

САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ


«Тасдиқлайман»
Самарқанд Тиббиёт Институти
Ўқув ишлар бўйича проректори
_____ Курганиязов З.
«__» _____ 2010 й.

НЕОНАТОЛОГИЯ

(педиатрлар ва неонатологлар учун ўқув қўлланма)

Самарқанд - 2010

- Муаллифлар: Дильмурадова К.Р. - СамТИ ВМОФ неонатология курси
мудир, т.ф.д., доцент.
Саидмурадова Р.С. - СамТИ ВМОФ неонатология курси
доценти, т.ф.н., доцент.
Базарова Х.Р. - СамТИ ВМОФ неонатология курси
ассистенти.
- Тақризчилар: Умарова З.С. - ТошПТИ болалар касалликлари
кафедраси профессори, т.ф.д.
Шарипов Р.Ҳ. - СамТИ ВМОФ болалар касалликлари
кафедраси мудир, т.ф.д., доцент.

М У Н Д А Р И Ж А

1	Сўз боши	5
2	Перинатал касалланиш ва ўлим	6
3	Туғруқхонада чақалоқ болаларга тиббий хизматни ташкил этиш .	9
4	Чақалоклик даврининг ўткинчи ҳолатлари	20
5	Биоценоз ва дисбиоз	25
6	Чақалокларда неврологик статус хусусиятлари	29
7	Чақалоклар асфиксияси	36
8	Чақалокларда респиратор дистресс синдром	46
9	Церебрал ишемия	58
10	Туғруқ жароҳатлари	62
11	Иловалар	77
12	Адабиётлар руйхати	84
13	Директив ва инструктив – услубий ҳужжатлари	85

С У З Б О Ш И

Неонатология – педиатриянинг бир қисми бўлиб, у чақалоклар парвариши ҳақидаги фандир. Сўнгги 10 йилларда неонатологиянинг барқ уриб ривожланиши аксарият перинатал омилларнинг сурункали хасталиклар келиб чиқишида муҳим аҳамиятга эга эканлиги билан боғлиқ. Шубҳасиз, инсон саломатлигининг шаклланишида анте- ва перинатал даврлардаги самарали утказилган профилактик муолажаларнинг ўрни катта. Эрта постнатал даврдаги юқори репаратив имкониятлар мавжудлигига қарамай, чақалоклардаги кўпчилик патологик жараёнлар асоратсиз ўтмайди ва сурункали иммунологик, неврологик, эндокрин хасталиклар шаклланишига олиб келади.

Ўзбекистон республикасида тиббиёт фанининг жаҳон стандартларига мослаштирилаётганлиги ва неонатология фани бўйича ўқув адабиётларининг танқислиги ушбу қўлланмани яратишимизга сабаб бўлди.

Қўлланмага жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг перинатал давр, самарали перинатал парвариш, ОИВ-инфекция, кўкрак сути билан овқатлантириш, тирик туғилганликнинг халқаро кўрсаткичлари ҳақидаги дастурлари ҳам киритилди.

Қўлланма барча босқичдаги ўқувчилар – талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар, неонатологлар, педиатрлар ва акушер-гинекологлар учун мўлжалланган бўлиб, унда муддатида ва чала туғилган болаларнинг ташқи муҳитга мослашиш хусусиятлари, ушбу даврда уларни парвариш қилиш усуллари келтирилган.

Юқорида келтирилганларни ҳамда неонатология бўйича давлат тилидаги адабиётлар танқислигини эътиборга олиб курсимиз ходимлари томонидан ушбу қўлланма яратилди.

Муаллифлар ушбу қўлланма бўйича барча фикр ва мулоҳазаларингизни мамнуният билан қабул қилишади.

ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛАНИШ ВА ЎЛИМ

Туғруқхона иш фаолияти кўрсаткичларини баҳолашнинг асосий мезонларидан бири – бу перинатал ҳасталаниши ва чақалоқлар ўлими кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Чақалоқлар ўлими боланинг гестацион ёшига қараб муддатида ва чала туғилган болаларда алоҳида қайд этилиб, чала туғилган болаларда эса бундан ташқари чақалоқнинг тана вазни ҳам ҳисобга олинади.

Чақалоқ болалар ўлими Халқаро статистикасига биноан қуйидагича баҳоланади:

Неонатал ўлим – бола ҳаётининг 28 куни давомида ўлган болалар сони х 1000 / шу вақт орасида тирик туғилган болалар сони.

Эрта неонатал ўлим – ҳаётнинг 1-чи ҳафтаси давомида ўлган болалар сони х 1000 / ҳисобот даврида тирик туғилган болалар сони.

Кеч неонатал ўлим – ҳаётнинг 2-4-чи ҳафталарида ўлган болалар сони х 1000 / тирик туғилган болалар сони.

Перинатал ўлим - ҳомила ва чақалоқларнинг перинатал даврда, яъни ҳомиладаликнинг 22 ҳафталигидан бошлаб чақалоқ ҳаётининг дастлабки 7 куни, яъни туғилгандан сўнгги 168 соатгача содир бўлган ўлимни ўз ичига олади.

Перинатал ўлим кўрсаткичи ҳомила ва чақалоқни антенатал, интранатал ва постнатал ҳимоя қилиш бўйича олиб борилган ишлар сифатини баҳолайди. Бу кўрсаткич қуйидагича аниқланади: ўлик туғилган болалар сони + ҳаётининг дастлабки ҳафтаси давомида ўлган болалар сони (0 – 168 соат) х 1000 / умумий (ўлик ва тирик) туғилган болалар сони.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг (ЖССТ) кўрсатмалари бўйича тирик туғилган чақалоқ деб тириклик белгиларидан биттаси (нафас олиш, юрак уриши, киндик тизимчаси пулсацияси, мушаклар ҳаракати)нинг мавжудлиги билан ва гестация муддати 22 ҳафта ва ундан ортиқ, тана вазни 500 грамм ва ундан ортиқ, бўйи 25см ва ундан ортиқ бўлиб туғилган ҳомила ҳисобланади. Ҳомиладаликнинг 22 ҳафтасигача, бўйи 25 смдан кам ва тана вазни 500 граммдан кам бўлиб туғилган ҳомила унда тирик туғилганлик белгилари мавжуд бўлиб, бир неча кунгача яшашига қарамай кеч ташланган бола деб баҳоланиб, агар у 7 кундан ортиқ яшаса тирик, муддатидан олдин туғилган бола бўлиб ҳисобланади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотлари бўйича перинатал ўлим кўрсаткичи 12-50%ни ташкил этади. Эрта неонатал ўлим эса 5,4%дан 16,4%гача ўзгариб турибди. Неонатал ўлим ҳомила ёши билан боғлиқ бўлиб, 28 ҳафтагача туғилган болаларда 70,2%; 30 ҳафталикларда - 38,5%; 32 ҳафталикларда - 19%; 36 ҳафталикларда - 4,3%; 38 ҳафталикларда - 0,35%; 40 ҳафталикларда эса 0,17%га тенг.

Ўлик туғилиш ва эрта неонатал ўлимнинг ўзаро нисбати анчайин турғун кўрсаткич бўлиб, у 55-65 / 45-35%ни ташкил этади, яъни ўлик туғилган болалар сони ҳаётининг дастлабки ҳафтаси давомида ўлган болалар сонидан 1,5 баробар кўпдир.

1. Ўлик туғилишга қуйидагилар сабаб бўлади: асфиксия - 23%; киндик тизимчаси ва йўлдошдаги ўзгаришлар - 22%; оғир ўтган туғруқ жараёни - 18%; онанинг касалликлари ва токсикозлари - 15%; ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари - 7,5%; бошқа сабаблар - 14%.

2. Перинатал ўлимга қуйидаги ҳолатлар олиб келади: ҳомиланинг асфиксияси - 25%; оғир ўтган туғруқ - 20%; киндик тизимчаси ва йўлдошдаги ўзгаришлар - 16%; онанинг касалликлари ва токсикозлари - 14%; туғма ривожланиш нуқсонлари - 10%; чала ва муддатидан ўтиб туғилиш - 5,6%; ҳомила ва чақалоқ зотилжами - 3,8%; чақалоқларнинг бошқа касалликлари - 0,9%; иммунологик сиғишмовчилик - 3,5%.

3. Эрта неонатал ўлим сабаблари: асфиксия - 27%; патологик туғруқ - 23%; туғма ривожланиш нуқсонлари - 14%; зотилжам - 8,8%; онанинг касалликлари ва токсикозлари - 8%; йўлдош ва киндик тизимчасидаги ўзгаришлар - 7,2%; бошқалар - 12,6%.

4. Чала туғилиш ҳисобидан: ўлик туғилиш - 30%, перинатал ўлим - 40% ва 55% неонатал ўлим содир бўлади. Эрта неонатал даврда чала туғилганлар орасида ўлим муддатида туғилган болаларга нисбатан 17-20 баробар кўпдир.

Чала туғилган болаларда эрта неонатал ўлимга олиб келувчи сабаблар қуйидагилардан иборат бўлиб бунда - ўпканинг тарқалган ателектазлари, гиалинли мембраналар - 50%; бош миянинг туғруқ жароҳатлари - 15%; зотилжам - 10-15%; ривожланиш нуқсонлари - 5-7%; ҳомиланинг юқумли касалликлари - 7-10%ни ташкил этади.

Кўп ҳомиладалик туғруқлар ва муддатидан ўтиб туғилган болалар орасида перинатал ўлим кўрсаткичлари муддатида туғилган болаларга нисбатан 5-6 марта юқори бўлиб, у перинатал ўлимнинг 10-12%ни ташкил этади.

Чақалоқларда ҳасталаниш кўрсаткичи қуйидагича ҳисобланади: бир йил мобайнида касалланишлар сони х 1000 / йил давомида тирик туғилган чақалоқлар сони. Муддатида ва чала туғилган чақалоқларнинг касалланиши алоҳида қайд этилади. Чала туғилган чақалоқларнинг ҳасталаниши - ушбу касаллик билан ҳасталанган чала туғилган чақалоқлар сони х 1000 / тирик чала туғилган чақалоқлар сонига тенг.

Летальность (ўлим) - маълум касалликдан ўлган чақалоқлар сони х 100 / ҳисобот давридаги шу ҳасталик билан касалланишлар сони. Агар касалланиш ҳоллари тўлиқ қайд этилмаса ва унинг кўрсаткичлари жуда паст бўлса, летальность (ўлим) кўрсаткичи жуда юқори бўлади. Ўлим

худди касалланиш каби муддатида ва чала туғилган болаларда алоҳида ҳисобга олинади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг кўрсатмасига биноан тирик туғилган бола деб уруғланиш натижасида ҳосил бўлган маҳсулотнинг ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар она организмидан ташқи муҳитга чиқарилиши ёки ҳайдалиши ҳисобланади, бунда ҳомилада нафас олиш ёки тирикчилигининг бошқа белгилари (юрак уриши, киндик тизимчасининг пулсацияси, мушаклар ҳаракати) мавжуд бўлади.

Ҳозирги пайтда республикамызда тирик ёки ўлик туғилган чақалоқлар Миллий ва Давлат статистикаси бўйича қайд қилинмоқда. Ўзбекистон республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг 30 декабр 1994 йилдаги 606-сонли буйруғига биноан ФХКК бўлиларида қуйидаги болалар қайд қилиниши лозим:

Давлат статистикасига кўра:

- 1000 грамм ва ундан ортиқ тана вазни билан ўлик ёки тирик туғилган барча чақалоқлар (бунда тана узунлиги 35см ва ундан кўп; ҳомиладорлик муддати 28 ҳафта ва ундан ортиқ бўлиши лозим). Шунингдек кўп ҳомидалик ҳомиладорликдан тана вазни 1 килограммдан кам бўлиб туғилган болалар ҳам ФХКК-да қайд этилиши керак.

- Тана вазни 500 граммдан 999 граммгача бўлган ёки гестация муддати 22 ҳафта ва ундан ортиқ, бўйи 25см ва ундан ортиқ ва 168 соатдан (7 кун) ортиқ яшаган барча чақалоқлар.

Тана вазни 500 грамм ва ундан кўп бўлиб тирик туғилган барча чақалоқлар парвариш қилиниши лозим. Барча ўлик туғилган ва туғруқ пайтида ўлган, 500 граммдан 999 граммгача тана вазнига эга бўлган болалар патологоанатомик ва антропометрик текширишдан ўтказилиши шарт.

Перинатал ўлимнинг Миллий статистикасида Жаҳон Соғлиқни Сақлаш ташкилотининг тавсияларига кўра тана вазни 500 гр ва ундан ортиқ бўлиб тирик ва ўлик туғилган (ёки тана вазни номаълум бўлса, бўйи 25 см ва ундан кўп) болалар қайд қилинади.

Яшашга қобилиятли ҳомидалар етилган ва етилмаган бўлиши мумкин.

Чақалоқларда етилганликни даражасини ҳомиладорлик муддати, боланинг тана вазни, ва етилганликнинг бошқа белгиларини эътиборга олиш лозим.

Етилган ҳомила (чақалоқ)нинг бўйи 47 см ва ундан ортиқ, тана вазни эса 2500 грамм ва ундан ортиқ бўлади. Ҳомила (чақалоқ) етилганлигининг қўшимча белгиларига терининг пуштиранг бўлиши тери ости ёғ қаватининг етарли ривожланганлиги, момиқ тукчаларнинг фақат елканинг юқори қисмларида бўлиши, тери бурмаларининг оёқ қафталарини бутунлай эгаллаганлиги, тухумларнинг (ўғил болаларда) ёрғоққа

тушганлиги, катта жинсий лабларнинг кичик жинсий лабларни тўлик ёпганлиги, кулоқ супраларида тоғай қисмининг мавжудлиги, тирноқнинг кўл панжаралари учларидан бир оз чиқиб турганлиги, киндик ҳалқасининг ўртада жойлашганлиги, физиологик рефлексларнинг яхши чақирилиши, ёруғликка реакциянинг яхшилиги, ҳаракатнинг фаоллиги ва йиғининг баландлиги ҳам киради.

Ҳомиланинг етилганлик даражаси неонатолог ва акушер-гинеколог томонидан биргаликда баҳоланади, ҳамда чақалоқларнинг ривожланиш тарихи ва туғруқ тарихига қайд этиб қўйилади. Юқорида келтирилган ҳомиланинг бўй узунлиги ва тана вазни кўрсаткичлари кўп ҳомидалик ҳомиладорликдан туғилган болаларга тегишли эмас.

ТУҒРУҚХОНАДА ЧАҚАЛОҚ БОЛАЛАРГА ТИББИЙ ХИЗМАТНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Туғруқхона муҳити чақалоқ боланинг физиологик хусусиятларини ва санитария-эпидемиология қоидаларини ҳисобга олган ҳолда ташкил этилиши лозим.

Туғруқ комплекси (бўлими)да қуйидаги таркибий қисмлар мавжуд: стационар, даволаш-диагностик бўлим ва маъмурий-хўжалик бўлим.

Туғруқ комплексининг тузилиши даволаш-профилактик муассасалар қурилиш нормативларига мос бўлиши лозим. Туғруқ комплексида қуйидагилар бўлиши шарт:

1. Кислород (марказлаштирилган).
2. Иссиқ ва совуқ сув.
3. Канализация.
4. Стационар учун мўлжалланган бактерицид нурлаткичлар.

Туғруқхона таркибида қуйидаги бўлинмалар бўлиши керак:

- қабул-кўрик бўлими;
- ҳомиладорлар патологияси бўлими (хонаси);
- I акушерлик бўлими;
- II акушерлик бўлими;
- ҳомиладорлар, туғувчи ва тукқан аёллар реанимацион ва интенсив даволаш бўлими;
- чақалоқларни реанимацион ва интенсив даволаш хоналари;
- гинекология бўлими;
- стерилизация ва лаборатория бўлимлари.

Барча бўлимлар керакли тиббий аппаратура ва инструментлар, парвариш учун ишлатиладиган буюмлар, тиббий мебеллар, асбоб-ускуналар билан жиҳозланган бўлиши шарт.

Туғруқ комплексига 300-буйруқ бўйича (6.06.2000й.) тиббий кўрикдан ўтган ва ОИТС, HBsAg-га текширилган шахсларгина ишга олинади.

Туғруқхонада акушерлик ва гинекология бўлимлари турли бинолар ёки турли қаватларда жойлаштирилади. Акушерлик ва гинекология бўлимларининг қабул бўлимлари алоҳида бўлади. Акушерлик бўлимлари туғруқ хоналари, туғруқдан сўнгги хоналар, инфекция касалликлар қайд этилган аёлларни изоляция қилиш учун хоналар, операцион блок ва санитария хоналаридан иборат. Туғруқ хоналарида ҳаво ҳарорати муддатида туғилган чақалоқлар учун 25°C, чала туғилган болалар учун эса 28 °C дан паст бўлмаслиги лозим.

Ҳозирги замонда перинатал парваришнинг самарали усуллари қўлланилмоқда. Бунда ҳомиладорлик - ҳасталик, туғруқ - муаммо, чақалоқ эса бемор сифатида қаралмаслиги лозим. 85% ҳолларда ҳомиладорликга шифокорларнинг аралашуви шарт эмас, бунда фақат эмоционал ва психологик қўллаб туриш кифоя.

Перинатал технологиялар – бу маҳаллий ресурсларни қўллаш йўли билан амалга ошириладиган тадбирлар мажмуидир.

Уларга қуйидагилар киради:

1. Барча муҳим ҳулосаларни қабул қилишда ҳомиладор аёлнинг асосий ўринда бўлиши;
2. Ҳомиладорлик пайтида гравидограмма ва туғруқда партограммани тўғри олиб бориш;
3. Туғруқда партнёрнинг қатнашишига рухсат бериш;
4. Туғруқ жараёнида туғатган аёлнинг ўзига қулай бўлган ҳолатни танлаши;
5. Турли кераксиз травмалик муолажаларнинг туғруқда қўлланилмаслиги;
6. Она ва боланинг эрта контактини таъминлаш;
7. Гипотермиянинг олдини олиш;
8. Чақалоққа самарали реанимацион ёрдам кўрсатиш;
9. Кўкрак сути билан боланинг талабига кўра овқатлантириш ва она ҳамда боланинг биргаликда бўлишини таъминлаш;
10. Тиббиёт ходимларининг қўлларини тўғри ювишлари.

Эффектив перинатал технологиялар барча она ва болага тўғри келади.

Перинатал тиббий ёрдамнинг иккита яъни традицион ва оилага мослаштирилган турлари мавжуд.

Жадвал 1.

Перинатал тиббий ёрдамнинг турлари.

Традицион	Оилага мослаштирилган
1. Она ва болага пациент сифатида қаралади.	1. Она ва бола ҳамда тиббиёт ходимлари битта жамоа аъзолари.
2. Туғруқнинг турли даврлари турли хоналарда ўтказилади.	2. Туғруқнинг барча даврлари битта хонада олиб борилади.
3. Боланинг парвариши алоҳида палатада олиб борилади.	3. Чақалоқнинг парвариши она ва бола палатасида ўтказилади.
4. Қариндошларнинг она ва бола ётган хонага кириб – чиқиши ман этилади.	4. Қариндошлар она ва бола парваришига жалб этилади.
5. Оталарга туғруқнинг бориши тўғрисида маълумот бериб борилади.	5. Ота туғруқда иштирок этади.

Эффектив перинатал парваришнинг асосий қоидалари қуйидагилардан иборат:

1. Индивидуал туғруқ хонаси. Аёл учун қулай шароит яратилиб, ҳар битта туғруқни алоҳида туғруқ хонасида олиб бориш.

2. Аёлни қўллаб-қувватлаш – партнёрнинг туғруқда иштирок этиши. Бунда туғруқ давомийлиги қисқаради, оғриқ камаёди, оғриқсизлантирувчи дориларни ишлатиш камаёди, инструментлар (қисқичлар, кесар кесиш операцияси) камроқ қўлланилади, чақалоқнинг соғломлик ҳолати яхшиланади.

3. Онанинг туғруқ пайтидаги эркин ҳолати – туғруқ пайтида онанинг ўзи учун энг қулай ҳолатни танлаш имконини беради.

Ҳозирги пайтда чақалоқ туғилган захотиёқ иссиқлик йўқотилишининг олдини олиш ҳамда ҳарорат занжирини сақлаш мақсадида чақалоқ қуритилади ва она қорнига ётқизилади. Она билан биргаликда устига иссиқ кўрпа ёпилиб, бошига қалпоқча кийдирилади. Болада эмишга тайёрлик белгилари (спонтан нафас, эмиш ҳаракатлари, кўкракни ахтариш) пайдо бўлгач, туғруқдан сўнг 30-60 дақиқа давомида кўкракка қўйса бўлади.

Терини терига усули – бунда иссиқликни сақлаш мақсадида бола она кўкраклари орасига қўйилади. Шу йўл билан «иссиқлик занжири» сақланади.

Юқори нафас йўллари ва оғиз бўшлигидан шилимшиқ моддаларни сўриб олиш кўрсатмага биноан (меқониал ва қонли аспирация, чақалоқлар асфиксиясида) амалга оширилади. Нафас йўлларидагидан агрессив тарзда ва

узоқ муддат шилимшиқни сўриш спонтан нафаснинг тикланишини кечиктиради, узоқ муддатли бронхоспазмни чакиради. Баллонча ёки махсус юмшоқ катетерни бурун парракларидан 3см-дан ортиқ юбормаган ҳолда тозалаш оптимал бўлиб ҳисобланади. Олдин оғиз бўшлиғи, сўнгра бурун йўллари тозаланади. Ушбу муолажа 5 сония давомида ўтказилиши лозим.

Киндик тизимчасини қисиш – пулсация тўхтагандан сўнг, тахминан туғруқдан сўнгги 1 дақиқа мобайнида ўтказилади (киндик тизимчасини дарҳол қисиш лозим бўлган ҳолатлар бундан мустасно). Киндик тизимчасининг парвариши очик ҳолда, мумификация чакирувчи воситаларсиз олиб борилади.

Она ва болани туғруқдан сўнгги хонага кўчириш олдидан антропометрия, тана ҳароратини ўлчаш, гонобленореянинг олдини олиш мақсадида кўз ва киз болаларда ташқи жинсий аъзоларга 1%ли тетрациклин малҳами суртилади, ҳамда геморрагик синдромнинг олдини олиш учун витамин К (1 мл/кг) қилинади.

Чақалокни онаси билан биргаликда палатага ўтказиш олдидан доя (стерил қўлқопларда) киндик тизимчаси қолдиғига иккиламчи ишлов беради: стерил дока салфетка билан киндик тизимчасининг қолдиғи асосидан периферияга қараб сиқилади, 96%ли этил спиртида ҳўллаб олинган докали шарик билан артилади, сўнгра скобали қисқич ёки резинали ҳалқача шундай қўйилиши лозимки, киндик тизимчаси қолдиғи тери юзасидан 3-4см узун бўлиши лозим. Агар болага инфузион даволаш ўтказиш мўлжалланаётган бўлса, киндик тизимчаси қолдиғи 3-4 см узунликда қолдирилади ва ипак лигатура қўйилади.

Болага қалпоқча, қўйлакча ва иштонча кийгизилади, чунки болани қаттиқ йўргаклаш қуйидагиларга олиб келади:

1. Диафрагма ҳаракатини чеклаб, тўсатдан юз берадиган ўлим синдроми хавфини кўпайтиради.

2. Иссикликни ушлаб туришни таъминламайди.

3. Асаб-мушак координациясини бузади.

4. Қон айланишини қийинлаштиради.

5. Кўкрак сути билан самарали овқатлантиришга ҳалақит беради.

Чақалок туғруқдан сўнгги она ва бола хонасига иссиқлик занжирини сақлаган ҳолда ўтказилади.

Неонатолог қуйидаги ҳолларда туғруқда иштирок этиши шарт:

- гестация муддати 36 ҳафтадан кам бўлса;

- туғруқда инструментар ва оператив аралашувлар мўлжалланса;

- ҳомиланинг патологик жойлашуви кузатилса;

- кўп ҳомилали ҳомиладорликда;

- ҳомила атрофи сувларида меконий мавжуд бўлса ва ҳомилада дистресс-синдром кузатилиши хавфида;

- резус сиғишмовчиликда;

- ҳомилада ривожланиш нуқсонларининг мавжудлигида;

- туғруқ жараёни аномалиясида.

ЖССТ нинг тавсияларига биноан акушерлик бўлимларида ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигида ва ундан ортиқ гестация ёшида туғилган барча чақалокларга ўз вақтида ва малакали ёрдам кўрсатилиши лозим.

Чақалокларни категориялар бўйича таснифлаш, хавф омилларини аниқлаш уларни парвариш қилиш усулини тўғри танлаш имконини беради.

Чақалоклар қуйидаги категорияларга бўлинади:

Гестация муддати бўйича:

1. Ҳомила (22 - 27 ҳафта).

2. Чала туғилган (28 - 37 ҳафта).

3. Муддатида туғилган (38 - 42 ҳафта).

4. Муддатидан ўтиб туғилган (42 ҳафта ва ундан кўп).

Тана вазни бўйича:

1. 4000 грамм ва ундан кўп (йирик ҳомила).

2. 2500-3999 грамм – гестация муддатига мос бўлиб туғилган бола.

3. 1500-2499 грамм – кичик вазнда туғилган.

4. 1000-1499 грамм – жуда кичик вазнда туғилган.

5. 500-999 грамм – ўта кичик вазнли чақалок.

Барча чақалоклар ҳаётининг 30-42 соатида етилганлик даражасини аниқлаш мақсадида Баллард жадвали бўйича баҳоланади ва бу маълумотлар чақалокнинг ривожланиш тарихига ёзилади (Жадвал 3). Баллард жадвали гестация муддатини аниқлашда кенг қўлланиладиган усуллардан биридир. У соғлом ва бемор болаларда гестация муддатини 2 ҳафтагача аниқлик билан баҳолаш имконини беради. Бунинг учун 6-та жисмоний ва 6-та неврологик етилганлик кўрсаткичлари ҳисобга олинади. Неврологик етилганлик кўрсаткичлари гестация муддатини аниқлашда мушаклар пассив тонусининг фаол тонусга нисбатан аҳамияти катталигига асосланган. Ушбу синама болани чалқанча ҳолатга ёткизиб ўтказилади (Жадвал 2, 4).

Жадвал 2.

Асаб - мушак фаолияти етилганлигини баҳолаш.

1. Болани ҳолати	Бола ҳолатининг хусусияти кўрик пайтида аниқланади
2. Квадратсимон оралиқ	Врач катта ва кўрсаткич бармоғи ёрдамида бола кўлнинг кафтини билаги томонга букади. Гипотенер дўнгчаси ва билак ички юзаси орасидаги бурчак кўз билан аниқланади
3. Кўлларнинг ўз ҳолатига қайтиши	Боланинг кўллари билак бўғинида 5 дақиқага букиб турилади. Сўнгра болани кафтларидан ушлаб, кўллари ёзилади. Агар кўллар қайта букилса 4 баллда баҳоланади. Бундан кам баҳо диаграммага мос ҳолда берилади.
4. Тизза ости бурчаги	Врач чап кўрсаткич бармоғи билан боланинг сонини кўкрак томонга букади (тиззасини катта бармоқ билан ушлаган ҳолда). Сўнгра ўнг кўлнинг кўрсаткич бармоғини товоннинг орқа томонига қўйган ҳолда оёқни тизза бўғинида ёяди. Тизза ости оралиғида ҳосил бўлган бурчак ўлчаниб, керакли баҳо берилади.
5. «Шарф» белгиси	Болани кўлидан ушлаб уни қарама-қарши елка томонига ва бўйин атрофига имкони борича енгил тортилади. Диаграммага биноан баҳоланади.
6. Оёқ товонини қулоққа тегизишга ҳаракат қилиш	Боланинг чаноғини столда тутган ҳолда оёқчасини имконияти борича бошига яқинлаштирилади ва диаграмма бўйича баҳоланади.

Жисмоний етилганликни баҳолаш.

Жисмоний етилганликни баҳолаш учун ишлатиладиган белгилар 5-жадвалда келтирилган. Момик тукчалар ўсиши кураклар ораси ва ундан юқориқ соҳаларда баҳоланади.

Ҳомиланинг гестацион ёшини аниқлаш учун бошқа усуллар ҳам қўлланилади: бўй узунлигини (сантиметрда) 5,6 коэффицентга кўпайтирилади. Бу усул ҳомиланинг ёши 3 ойликдан катта бўлган барча ҳолларда қўлланилади. Масалан: бўй узунлиги 20см, демак ҳомиланинг ёши 4 ойга тенг:

$$20 \times 5,6 = 112 \text{ кун}$$

$$112 : 28 = 4 \text{ ой}$$

Гааз бўйича эса гестация ёшини аниқлаш учун ҳомиланинг бўйи 25см-дан кам бўлса, бўй кўрсаткичидан илдиз ости чиқарилади. Агар ҳомиланинг бўйи 25см-дан ортиқ бўлса, бўй кўрсаткичи 5га бўлинади. Масалан: ҳомиланинг бўйи 9см бўлса, 9дан илдиз ости сони 3га тенг бўлади, демак ҳомила 3 ойлик бўлади. Агар ҳомиланинг бўйи 45 см бўлса унинг гестация ёши: $45 : 5 = 9$ ойга тенг.

Асаб-мушаклар етилганлик белгилари	БАЛЛАР							Балларни қайд қилиш устуни
	-1	0	1	2	3	4	5	
Боланинг ҳолати								
Квадратсимон бўшлиқ								
Кўлларнинг ўз ҳолатига қайтиши								
Тизза ости бурчаги								
«Шарф» белгиси								
Оёқ товонини қулоққа тегизиш								
Асаб-мушак етилганлиги баллари йиғиндиси								

Жадвал 3.

Жуда етилмаган болалар ҳам «Ballard» бўйича баҳоланади.

Баллар	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Гестация муддати ҳафталарда	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

Жадвал 4.

Асаб - мушак етилганликни баҳолаш.

Асаб-мушаклар етилганлик белгилари	БАЛЛАР							Балларни кайд қилиш устуни
	-1	0	1	2	3	4	5	
Боланинг ҳолати								
Квадратсимон оралиқ								
Қўлларнинг ўз ҳолатига қайтиши								
Тизза ости бурчаги								
“Шарф” белгиси								
Оёқ товонини кулоққа тегизиш								
Асаб-мушак тизими етилганлигининг баллардаги йиғиндиси								

Жуда етилмаган болалар ҳам «Ballard» бўйича баҳоланади.

Баллар	-10	-5	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Гестация муддати ҳафталарда	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44

Жадвал 5

Жисмоний етилганликни баҳолаш

Жисмоний етуклик белгилари	БАЛЛАР							Балларни кайд қилиш устуни
	-1	0	1	2	3	4	5	
Тери	Гиник, тез йиртилади ган, елимсимон	Шилимши кси-мон, юпка	Пушти рангда, веналар кўриниб туради	Юзаси тилинган, кизарган, веналар кам ривожланган	Йиртилган, оқарган сохалар бор, веналар сийрак	Пергамент-симон, чуқур ёриқлар аниқланади	Дағал, ёриқлар билан, бужмайган	
Момик тукчалар (lanugo)	Йўқ	Оз миқдорда, таркалган, тартибсиз	Кўп	Сийрак	Бўш сохалар аниқланади	Амалда йўқ		
Оёқ қафтлари юзаси	Товон 40-50 мм. 40 мм-дан кам	50 мм-дан ортиқ, бурмалар йўқ	Кучсиз кизил чизиклар	Фақат битта олдинги кўндаланг бурма мавжуд	Бурмалар товоннинг 2/3 қисмида, олдинги юзасида	Бутун юза бўйича бурмалар аниқланади		
Кўкрак (сут беи)	Йўқ	Сезиларси з	Ареола ясси, сўргич йўқ	Ареола нотекис, сўргич 3-4 мм	Ареола тўлиқ, сўргич 5-10 мм			
Кўз / кулоқлар	Кўз қовоқлари ёпишган: 1 бироз 2. каттик (зич)	Ковоқлар очик, кулоқ супраси ясси букланган ча қолади	Кулоқ супраси қийшайган, юмшоқ	Кулоқ супраси яхши қийшайган, юмшоқ, енгил тикланади	Кулоқ супраси шакланган, компакт, тез тикланади	Тоғай қаттиқлашган, кулоқ супраси каттик		
Гениталий (ўғил болалар)	Ёрғоқ силлик, бўш	Ёрғоқ бўш, бурмалари кичик	Тухумчала р найнинг юқори қисмида жойлашган, ёрғоқда бурмалар кам	Тухумчала р ёрғоққа туша бошлаган, ёрғоқда бурмалар кўпайган	Тухумчала р тушган, ёрғоқда бурмалар яккол кўзга ташланади	Тухумчала р осилиб туради, ёрғоқдаги бурмалар чуқур		
Гениталий (қиз болалар)	Клитор чиқиб туради, жинсий лаблар кўринмайди	Клитор чиқиб туради ва ички жинсий лаблар кичкина	Клитор чиқиб туради, ички жинсий лаблар кенгайган	Ички ва ташки лаблар бир хил ривожланган	Ташки жинсий лаблар ички жинсий лабларга нисбатан каттарок	Ташки жинсий клитор ва ички лабларни тўлиқ ёпади		
Жисмоний етилганлик баллари йиғиндиси								

Баҳолаш ўз ичига ўта етилмаган болаларни ҳам олади.

Ҳомиланинг гестацион ёшини суякланиш ядроларининг пайдо бўлиш муддатлари (жадвал 6), сон суягининг суяк қисми узунлигига қараб (жадвал 7), тана вазнининг гестация ёшига тўғри келишини аниқлаш картаси (чизма 1) ва йўлдош оғирлигига (жадвал 8) қараб ҳам аниқлаш мумкин.

Жадвал 6.

Суякланиш ядроларининг пайдо бўлиш муддатлари.

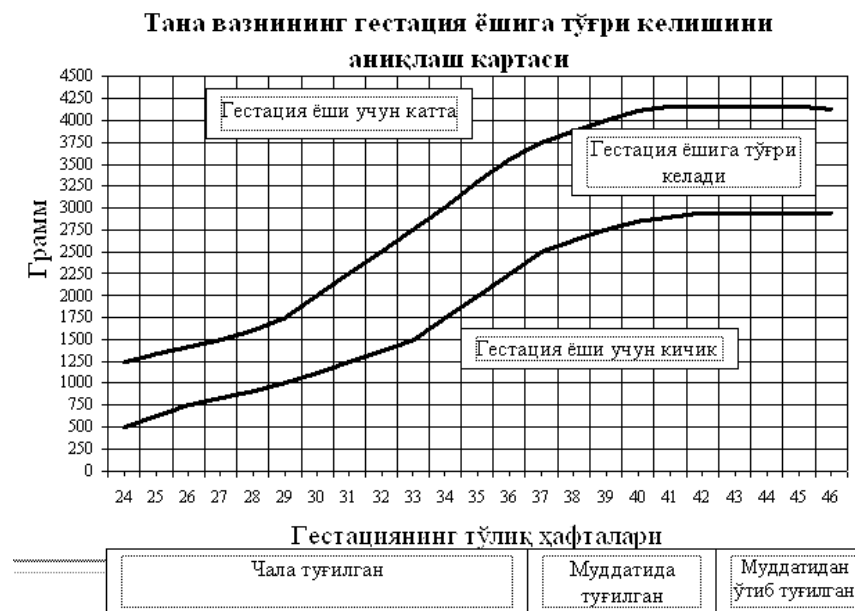
Суяклар	Ҳафталар
Тил ости суяги	28 -32
Тўш суяги	21 – 24
Товон суяклари	21 – 25

Жадвал 7.

Ҳомила гестация ёшини сон суягининг суяк қисми узунлигига қараб аниқлаш.

Сон суягининг узунлиги (см)	Ҳомиланинг гестация ёши (ҳафталарда)
1,74 – 2,0	15 – 16
2,1 – 2,4	16 – 17
2,5 – 2,7	17 – 18
2,8 – 3,0	18 – 19
3,1 – 3,3	19 – 20
3,4 – 3,6	20 – 21
3,7 – 3,9	21 – 22
4,0 – 4,2	22 – 23
4,3 – 4,4	23 – 24
4,5 – 4,6	24 – 25
4,7 – 4,8	25 – 26
4,9 – 5,0	26 – 27
5,1 – 5,2	27 – 28
5,3 – 5,4	28 – 29
5,5 – 5,6	29 – 30
5,7 – 5,8	30 – 31
5,9 – 6,0	31 – 32

Чизма 1.



Жадвал 8.

Йўлдош (плацента)нинг массаси

Ҳафталар	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Граммлар	250	280	310	320	340	370	380	395	410	435	440	469	470	485	500

Чақалоқнинг аҳволи ҳаётининг 1-чи ва 5-чи дақиқаларида Апгар жадвали бўйича баҳоланади, лекин унинг кўрсаткичларига қараб асфиксия ташхиси қўйилмайди. Апгар жадвали реанимацион муолажалар самарасини баҳолайди.

Чақалоққа реанимацион ёрдам кўрсатиш учун унинг аҳволини тез ва оддий баҳолаш тизимидан фойдаланилади, бунда учта асосий параметр ҳисобга олинади: нафас, юрак қисқариши сони, тери ранги. Чақалоқ аҳволини ушбу параметрлар бўйича баҳолаш реанимацион ёрдам ҳажмини тез аниқлаш имконини беради. Бирламчи ва реанимацион ёрдам туғруқ хонаси ёки операция хонасида бирламчи реанимация баённомаси бўйича олиб борилади. Дастлабки реанимацион ёрдам кўрсатиш кўникмаларини

неонатологлар, акушер-гинекологлар, доялар ва ҳамширалар бажара олишлари лозим.

Чақалоқни овқатлантиришда она сути ягона оптимал озуқа бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари она сути чақалоқлар хасталаниши ва ўлими олдини олишда муҳим омил ҳамдир. Ҳар бир туғруқ муассасаси «Болага дўстона муносабатдаги шифохона» номини олишга ҳаракат қилиш лозим, бунда кўкрак сути билан самарали озиқлантиришнинг 11 қондасига амал қилиниши шарт.

Болани эмизидан олдин она қулини совун билан ювади. Ҳар бир овқатлантириш олдидан кўкракни совун билан ювиш керак эмас.

Онада сут ишлаб чиқарилиши чақалоқнинг қанча сут эмизидан боғлиқ, у қанча кўп эмса, шунча кўп сут ишлаб чиқилади. Қуйидаги ҳолларда кўкрак сути билан озиқлантириш мумкин эмас:

1. Галактоземия билан хасталанган болалар (кам учрайдиган касаллик бўлиб ҳар 50 000 боланинг 1-тасида кузатилади), фенилкетонурия.

2. Радиоактив моддалар ва ўсмага қарши препаратлар билан даволанаётган оналар.

3. Онада одам иммунодефицити вируси аниқланган бўлса.

Кўкрак сути билан озиқлантиришга монеликлари бўлган болаларни донор сути билан овқатлантириш мутлақо мумкин эмас. Бу чақалоқларни фақат сутли аралашмалар билан боқиш лозим (аралаш овқатлантириш ҳам мумкин эмас!).

Туғруқдан сўнгги бўлимдаги хоналар она ва боланинг бирга бўлиши учун мослаштирилади. Она ва боланинг бирга бўлиши чақалоқларнинг хасталаниши олдини олиш, она ва бола орасида психозэмоционал алоқани ўрнатиш ва онада лактация жараёнини яхшилашда муҳим аҳамиятга эга.

Она ва боланинг бирга бўлиши учун хоналар қуйидаги бўлимларда ташкил этилади:

- 1 ва 2-чи акушерлик бўлимларида (1-2 койкага мўлжалланиб хоналарни тўлдиришда даврийликга риоя қилинади);
- интенсив даволаш бўлимида;
- операцион блокда (иложи борица).

Она ва бола битта кроватда ётиши мумкин. Агар она болани парвариш қила олмасагина уни боладан ажратилади. Она ва боланинг бирга бўлиши кўкрак сути билан овқатлантиришни қўллаб туради, шунингдек онада болани парвариш қилиш тажрибасини оширишга ёрдам беради.

Бунда болани талабига қараб овқатлантириш таъминланиши билан бирга, онада масъулият ҳиси ҳам ошади. Она ва бола хоналари 1-2 ўринга мўлжалланган бўлади. Она ва бола кроватлари ёнида тумбочка қўйилади. Она ва боланинг битта ўрни учун санитар норматив 12 м²-дан кам бўлмаслиги лозим. Хонага сув ўтказилган бўлиши шарт, агар бунинг

иложи бўлмаса, жўмракли идишлар қўйилади. Хонада чақалоқни йўргаклаш столи ҳам бўлиб, унинг усти клеёнкали мато билан ўралган бўлади.

Она ва боланинг биргаликда бўлишига монеликлар қуйидагилардан иборат:

1. Онадаги психоз ҳолати;
2. Онадаги сил (туберкулез)нинг очиқ шакли.
3. Онадаги ўткир инфекцион касалликлар.

Чақалоққа ўтказиладиган эмлашлар чақалоқ ривожланиш тарихига, чақалоқнинг алмашинув картаси, профилактик эмлашларни қайд қилиш журналига ёзиб қўйилади. Профилактик эмлашлар туғруқхонанинг эмлаш хоналарида ўтказилади (жадвал 9).

Жадвал 9.

Чақалоқларни эмлаш жадвали

Эмлаш муддати	Препарат номи
Туғруқдан сўнгги 24 соат ўтгач	Гепатит В вирусига қарши вакцина
Туғруқдан сўнгги 2-5 кунда	Силга қарши вакцина (БЦЖ) Полиомиелитга қарши вакцина (ОПВ)

Вакцинацияни махсус ўқитилган ҳамшира ўтказади. Вакцинацияга монеликлар: бола тана вазнининг 1800 граммдан кам бўлиши ва бош миянинг оғир жароҳатлари, ОИВ-инфекцияси бўлиб ҳисобланади.

Агар бола айрим сабабларга кўра дастлабки 24 соат давомида эмланмаган бўлса ва эмлашга монеликлар деярли бўлмаса, у туғруқхонадан чиқарилаётганда ёки 29 кун давомида эмланади. Агар бола уйда туғилган бўлса, у 29 кун мобайнида эмланиши лозим. Болаларни уйда эмлаш ман этилади.

ЧАҚАЛОҚЛИК ДАВРИНИНГ ЎТКИНЧИ ҲОЛАТЛАРИ

Яшашнинг янги шароитларига мослашиш даврида чақалоқлар организмида бир қатор ўзгаришлар бўлиб ўтади. Бу ўзгаришлар айрим касалликларга ўхшаб кетадиган белгилар билан кечиб, аслини олганда эса, улар вақтинчалик табиатга эга бўлиб, асосан ҳеч қандай муолажа талаб қилмайди. Бундай ҳолатларга: тана вазнининг физиологик камайиши, физиологик сариклик, жинсий кризлар, теридаги ўткинчи ўзгаришлар, транзитор дисбактериоз, физиологик диспепсия, иссиқлик алмашинувининг қисқа муддатли бузилиши, буйрак фаолияти ва қон айланишидаги ўткинчи ўзгаришлар, ўткинчи гипервентиляция, қон ивиш жараёни ва қон ҳосил бўлишидаги ўзгаришлар киради.

Тана вазнининг ўткинчи (транзитор) камайиши

Тана вазнининг транзитор камайиши бола ҳаётининг 3-4 кунларида содир бўлиб, у 8%-дан 10%-гача бўлади. Одатда вазнининг бундай камайиши 6%-дан ошмайди. Чала туғилган болаларда эса тана вазнининг физиологик камайиши 12-14%-ни ташкил этади. Тана вазнининг физиологик камайиши асосан организмдан нафас ва тери орқали суюқлик йўқотилиши натижасида юз беради. Тана вазнининг физиологик камайиши 3 даражага ажратилади:

I даража – тана вазнининг 6%-гача камайишида сувсизланиш (эксикоз)нинг белгилари кузатилмайди, лекин болада эмиш фаоллигининг ошганлигини сезиш мумкин, бундан ташқари ташхисий кўрсатмаларда қон зардоби таркибида натрий ва эритроцитларда калий миқдорининг кўпайганлигини аниқлаш мумкин.

II даража – тана вазнининг 6-10%-гача камайиши билан кечади. Тана вазни транзитор камайишининг II даражасида сувсизланиш белгилари: шиллик пардаларнинг қизариши, тери бурмаси қайта тикланишининг бузилиши, боланинг бир хил (монотон) товуш билан йиғлаши, юрак уриши ва нафас олишнинг тезлашиши кузатилади. Лаборатор кўрсатмалардан юқорида қайд этилган белгилардан ташқари (тана вазни физиологик камайишининг I даражасида) ҳужайра гипогидратацияси белгиларининг кучайиши ва ҳужайра ташқарисидаги сув миқдорининг камайиши белгилари (гематокрит кўрсаткичининг ошиши, қон зардоби таркибидаги умумий оксил миқдорининг кўпайиши ва олигурия) кузатилади.

III даража – тана вазнининг 10%-дан зиёдга камайиши билан кечиб, бунда сувсизланиш аломатлари: тери ва шиллик пардаларнинг қуруқлиги, катта лиқилдоқнинг чўкиши, безовталаниш, кучли тахикардия ҳосилдир. Лаборатор кўрсатмалардан – гипернатриемия (160 ммоль/л-дан зиёд), гематокритнинг 0,7 дан ортиқ бўлиши (одатда 0,5), умумий оксилнинг 74 г/л-дан ортиқлиги организмнинг сувсизланиб, қоннинг қуюқлашганлигидан далолат беради.

Чақалоқ болани эрта кўкракга қўйиш, онада лактация жараёнини яхшилайдиган. Натижада бола етарли миқдорда сут олади, бу эса тана вазнини тез тиклаб олишга ёрдам беради. Бунда болани эркин (талабига қараб) овқатлантириш муҳим аҳамиятга эга.

Йўқотилган тана вазнининг қайта тикланиши ой-куни етиб туғилган чақалоқларда ҳаётининг 7-10, чала туғилган болаларда эса 15-20 кунларига тўғри келади.

Чақалоқлар физиологик сариқлиги

Чақалоқлар физиологик сариқлигининг сабаби - қонда билирубин миқдорининг ошиб кетиши (одатда у 8-20 ммоль/л-га тенг) барча чақалоқларда ҳаётининг дастлабки 2-3 кунларида кузатилиб, 60-70% ҳолларда у кўзга яққол ташланадиган сариқликка олиб келади. Бунда тери ва шиллик пардаларнинг сарғайиши бола ҳаётининг 2 - 3 кунларида юзага келиб, боғланмаган (конъюгацияланмаган) билирубиннинг миқдори муддатида туғилган болаларда 51-60 ммоль/л, чала туғилган болаларда эса 85-103 ммоль/л-гача кўпаяди.

Транзитор сариқлик чала туғилган болаларда нисбатан кўп учрайди ва анча юқори гипербилирубинемия билан кечади. Чала туғилган болаларда билирубиннинг унча катта бўлмаган миқдори ҳам бош миyanинг зарарланиш хавфини туғдириши мумкин.

Физиологик сариқликка олиб келувчи омиллардан бири фетал гемоглобин (HbF) тутувчи қизил қон таначаларининг жадал парчаланиш жараёнида ҳосил бўладиган билирубин алмашинувининг етишмовчилигидир (гематологик назария). Одатда жигарда эркин билирубин глюкуронил-трансфераза ферменти воситасида глюкурон кислотаси билан боғланади ва сувда эрувчан шаклга ўтади, сўнгра организмдан сийдик билан чиқариб юборилади. Чақалоқ боланинг жигарида вақтинча глюкуронилтрансфераза ферменти фаоллигининг етишмовчилиги шу жараёни етарли таъминлашга қодир эмас (гепатологик назария). Бундан ташқари чақалоқларда ичакдаги β-глюкуронидаза ферменти фаоллиги туфайли ҳосил бўладиган эркин билирубиннинг кўп миқдорда қонга сўрилиши ҳам физиологик сариқликни кучайтиради.

Физиологик сариқлик махсус даволаш муолажаларини талаб қилмайди. Лекин боланинг умумий аҳволи ва билирубиннинг қондаги миқдорини назорат қилиб туриш лозим. Бундан ташқари бола етарли миқдорда овқат ва суюқликларни олиб туриши муҳим аҳамиятга эга.

Жинсий кризлар

Жинсий кризлар 65-70% чақалоқларда кузатилиб, қуйидаги ҳолатлар шаклида кечади.

1. Физиологик мастопатия – сут безларининг катталаниши туғилгандан сўнгги 3-4 кунларда пайдо бўлиб, бола ҳаётининг 7-8 кунларида улар энг катта ҳажмга етади, сўнгра аста-секин кичиклашиб, неонатал даврнинг охирига келиб, асли ҳолига қайтади. Аксарият ҳолларда бундай катталашган безни босиб кўрилганда, сут ёки сувга ўхшаш суюқлик чиқади. Даволаш муолажалари талаб этилмайди.

2. Қиз чақалоқларда ҳаётининг 5-7 кунларида баъзан (5-10% ҳолларда) 1-2 кун давомида кам-камдан (0,5-1,0 мл) ташқи таносил аъзоларидан қон ажралиши кузатилади. Бу ҳол ҳеч қандай давони талаб қилмайди.

3. Тошма (милия) тери юзасидан озгина кўтарилиб туради ва асосан бурун парраги, пешона ва энгақда, айрим ҳолларда эса бутун бадан терисида жойлашган бўлади. Даво талаб этмайди.

Жинсий кризларнинг сабаби туғруқ пайтида бола организмга ўтган она эстроген гормонларининг таъсиридир.

Теридаги ўткинчи ҳолатлар

Теридаги ўткинчи ҳолатларга қуйидагилар киради: туғруқ шиши, терининг физиологик кўчиши, оддий ва токсик эритемалар.

Туғруқ шиши – чақалоқ гавдасининг қайси қисми билан туғилган бўлса, шу жойда қисилиш оқибатида вена қон томирларида қоннинг туриб қолишидан келиб чиқади (одатда бу шиш чақалоқнинг боши ёки думбасида жойлашган бўлади). Туғилгандан сўнг бир ёки икки кун ўтгач, у ўз-ўзидан сўрилиб кетади.

Терининг физиологик кўчиши – бола ҳаётининг 3-5 кунларида пайдо бўлиб, асосан кўкрак қафаси ва қорин соҳасида кузатилади. Бола вақтидан ўтиб туғилса, бу ҳолат кучлироқ бўлиши мумкин.

Оддий эритема деб бола туғилгандан сўнгги 2 кунда тана терисининг қизаришига айтилади. Одатда бу ҳол бола ҳаёти дастлабки ҳафтасининг охирига бориб йўқолади. Физиологик эритема чала туғилган болаларда ва онаси қандли диабет билан оғриган болаларда нисбатан узокроқ (2-3 ҳафта-гача) сақланиб туради.

Токсик эритема - терида қизил доғлар сифатида намоён бўлиб, баъзан унинг марказида пуфакчалар ҳам бўлиши мумкин. Бу ҳолат 20-25% чақалоқларда учраб, бола ҳаётининг 2-5 кунларида пайдо бўлади. Бу доғлар кўпинча бўғинлар атрофи, думба соҳаси, кўкрак қафасининг олд томонида жойлашади, баъзан эса бутун гавдага тарқалиши мумкин. Орадан 2-3 кун ўтгач, у ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Токсик эритеманинг келиб чиқишида аллергик омиллар катта аҳамиятга эгадир. Токсик эритема кучли намоён бўлган ҳолларда кальций препаратлари, димедрол ҳамда қушимча равишда суюқликлар бериш тавсия этилади.

Транзитор дисбактериоз ва физиологик диспепсия.

Транзитор дисбактериоз ва физиологик диспепсия деярли барча чақалоқларда ҳаётининг дастлабки ҳафтаси давомида кузатилиши мумкин. Одатда 1-2 кун ичида, айрим ҳолларда 3 кунгача меконий (чақалоқ боланинг дастлабки ахлати) ажралади. Чақалоқ ҳаётининг кейинги кунларида ичи ўтиши тезлашиб, ахлатда шилимшиқ моддалар ва кетликда сувли доғлар пайдо бўлади.

Бу ахлатни микроскопда текширганда, ҳар кўриш майдонида 30-тагача лейкоцитлар ва кўп микдорда ёғ кислоталари борлигини аниқлаш мумкин. Орадан 3-4 кун ўтгач, ахлатнинг ранги сариқ, ўзи эса бўтқасиман шаклга киради. Бу ўткинчи ҳолат **физиологик диспепсия** деб аталади ва унинг пайдо бўлишига бола овқатланиш тартибининг ўзгариши, яъни туғилгандан сўнг боланинг она сути билан овқатлана бошлаши сабабдир. Айни пайтда бунгача стерил бўлган ошқозон-ичакга микроблар жойлаша бошлайди. Ичакнинг дастлабки бактериал флораси бифидумбактериялар, стрептококклар, ичак таёқчаси ва замбуруғлардан иборат. Бола ҳаётининг 4-5 кунларига бориб ичак микрофлораси асосан бифидумбактериялардан ташкил топган бўлади, аммо бу ҳолат боланинг овқатланиш туридан боғлиқдир. Чақалоқлик даврининг 14-17 кунларида агар бола она сути билан боқилаётган бўлса, унинг ахлатида асосан бифидумбактерияларни учратиш мумкин. Ичакдаги микроорганизмлар орасидаги нисбатнинг вақтинча бузилиши ўткинчи – **транзитор дисбактериоз** деб юритилади.

Физиологик диспепсия даволашни талаб қилмайди, лекин транзитор дисбактериознинг муддатини қисқартириш мақсадида чақалоқ ҳаётининг иккинчи кунидан бошлаб 10-14 кун давомида 3 дозадан кунига 2 маҳал бифидумбактерин тавсия қилинади.

Иссиқлик алмашинувининг транзитор бузилиши

Иссиқлик алмашинувининг транзитор бузилиши – гипотермия ва гипертермия шаклида кечади.

Транзитор гипотермия – бола туғилгандан сўнгги дастлабки 30 дақиқа давомида тери ва тўғри ичак ҳарорати пасаяди, орадан бир соат ўтгач, бадан ҳарорати мўътадиллашади. Агар туғруқ хонасидаги ҳарорат 22-23 °С бўлса, боланинг ҳарорати 35,5-35,7°С-гача тушиши мумкин. Ҳарорат қўл ва оёқларда янада пастроқ бўлади. Туғилгандан сўнгги дастлабки куннинг ўрталарига бориб, ҳарорат аста-секин кўтарилади ва мўътадил-гомойотермия ҳолати юзага келади.

Транзитор гипертермия деб бола ҳаётининг дастлабки 3-5 кунларида хона ҳароратининг юқори бўлиши, болани ниҳоятда ўраб-чирмаш натижасида иссиқлаш, ҳамда болага етарли микдорда она сути ичирмаслик натижасида модда алмашинувининг бузилиши оқибатида тана ҳароратининг кўтарилишига айтилади.

Чақалоқларда иссиқлик алмашинувининг транзитор бузилиши сабаблари бартараф этилса, бу ҳолатлар енгилгина ўтиб кетади.

Буйрак фаолиятининг транзитор ўзгаришлари

Чакалоқларда буйрак фаолиятининг транзитор ўзгаришлари – олигурия (сийдик ажралишининг камайиши), физиологик протеинурия (сийдик билан оксил моддаларининг чиқиши) ва буйракнинг сийдик кислотаси кристаллари билан боғлиқ бўлган инфаркти тарзида намоён бўлади.

Транзитор олигурия – барча соғлом чакалоқлар ҳаётининг дастлабки 3 кунда кузатилиб, бу ҳолат организмга суюқликнинг нисбатан кам тушаётгани ва қон айланишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқдир.

Физиологик протеинурия (альбуминурия) – барча чакалоқларда ҳаётининг дастлабки кунларида кузатилади. Бу ҳолат буйрак коптокчалари ва найчалари ўтказувчанлигининг ошганлиги билан боғлиқ.

Буйракнинг сийдик кислотаси дончалари (кристаллари) билан боғлиқ бўлган инфаркти деярли барча чакалоқларда учраб, у бола ҳаётининг дастлабки ҳафтаси охирида кузатилади. Бунда сийдик кислотаси кристаллар шаклида буйракнинг йиғувчи йўлчалари бўшлиғига тўпланади, натижада сийдик ранги ўзгаради, у лойқаланади ва болани ўраган кетликда сарғиш ранг қолади. Бу ҳолат махсус даволашни талаб этмайди, аммо боланинг етарли даражада она сути билан таъминланишига эътибор бериш лозим.

Қон айланишидаги транзитор ўзгаришлар

Бу ўзгаришлар қуйидагилардан иборат: бола туғилгач, ўпкага дастлабки қон келишининг миқдори 5 баробар кўпаяди. Систолик босим ўпка артериясида бола туғилганига қадар аортадаги босимга нисбатан юқори бўлади, туғилгандан сўнгги дастлабки соатдаёқ бу босимлар тенглашади ва 2 соат ўтгач, ўпка артериясидаги босим аста-секин камайиб, 4-6 ҳафталарда катта кишиларникига тенглашади.

Аорта ёйи билан ўпка артериясини боғлаб турувчи томир (Боталов тармоқчаси) фаолияти бола туғилгандан кейин 15-20 дақиқа мобайнида тугайди, аммо унинг анатомик жиҳатдан ёпилиши бола ҳаётининг дастлабки ҳафтаси давомида юз беради.

Юрак бўлмачалари орасидаги тешик (овал тешик) бола туғилгандан сўнг ўз фаолиятини тугаллайди, лекин унинг ҳам анатомик жиҳатдан ёпилиши бир неча ойгача чўзилиши мумкин. Бундан ташқари чакалоқ болаларда **полицитемия** (кизил қон таначаларининг одатдагидан зиёд бўлиши) кузатилади. Бу ҳолат гемоглобиннинг 220 г/л-дан кўп бўлиши ва гематокритнинг 0,56 ва ундан ҳам юқори бўлиши билан таърифланади.

Қон айланишидаги бу транзитор ўзгаришлар ўз-ўзидан йўқолиб, махсус даволашни талаб этмайди.

Транзитор гипервентиляция. Бола туғилгандан сўнгги кичкириб йиғлаши унинг дастлабки нафасидир. Чакалоқ болада нафас олиш чуқур, нафас чиқариш эса бироз кийинлашган бўлади. Мослашиш даврининг дастлабки 2-3 кунларида ўпканинг бир дақиқадаги ҳаво алмашинуви катта ёшдаги болаларга нисбатан қарийб 3 баробар кўпдир. Мана шу ҳолат компенсатор хусусиятга эга бўлиб, ацидознинг олдини олади ва физиологик гипервентиляция деб аталади.

Қон ивиши ва қон ҳосил бўлишида кузатиладиган ўткинчи ҳолатлар – К витаминига боғлиқ омиллар (II, VII, IX, X)нинг нисбий етишмовчилиги ҳамда бола ҳаётининг дастлабки кунларида фибрин парчаланиши (фибринолиз)нинг кучли бориши натижасида ҳаётнинг 2-4 кунларида қон кетишига мойиллик тарзида намоён бўлади.

Чакалоқ болаларда эритропоэз (қизил қон таначаларини ишлаб чиқариш)нинг кучлилиги, дастлабки 3 кунда лимфоцитлар ишлаб чиқаришнинг камайиши ва бу жараённинг бола ҳаёти биринчи ҳафтаси охирига бориб кучайиши қон ҳосил бўлишидаги ўткинчи ҳолатдир.

БИОЦЕНОЗ ВА ДИСБИОЗ

Микробиоценоз - организмнинг муҳим параметрларидан бири бўлиб, чакалоқ болада туғруқхона шароитида шаклланади. Чакалоқ бола организмдаги микрофлора одатда онадаги, ҳамда стационардаги микроблар штаммидан ташкил топган. Тана юзаси, нафас йўллариининг шиллиқ пардалари ва овқат ҳазм қилиш аъзоларига микробларнинг дастлабки кириши чакалоқлик даври физиологиясининг ажралмас қисмидир. Чакалоқларда иммунологик барқарорлик ҳали тўла етилмаганлиги туфайли организмга микробларнинг кўплаб тушиши унда турли яллиғланиш касалликларининг ривожланиш хавфини туғдиради.

Туғулгунга қадар стерил бўлган бола организмга микробларнинг дастлабки тушиши туғруқ пайтига тўғри келади. Кейинчалик атроф муҳит таъсири остида доимий микрофлора шаклланади. Шунингдек, микрофлоранинг шаклланишига болани овқатлантира бошлаш муддати ва унинг тури ҳам муҳим аҳамиятга эга.

Она сути билан овқатлантириш бошлангач, асосан бифидобактериялардан тузилган симбионт микрофлора ичакда кўпая бошлайди. Она сути, айниқса оғиз сути (молозиво) билан чакалоқ бола бифидофлоранинг ривожланишига таъсир этувчи бифидус-омилни олади. Ушбу омил патоген ва шартли-патоген микроорганизмларнинг кўпайишига тўсқинлик қилади. Ичакда бифидофлора титри юқори бўлганда организм ва ундаги микрофлора орасида физиологик барқарорлик, яъни эубиоз юзага келади.

Чакалоқ болада биоценознинг шаклланишига қуйидаги омиллар таъсир этади:

1. Она туғруқ йўлларининг микрофлораси;
2. Ташки муҳит микрофлораси;
3. Чакалоқнинг овқатлантириш тури.

Муддатида туғилган болаларда ичак микрофлораси шаклланиши ҳаётнинг 5-6 кунларига бориб тўлиқ тугайди. Унда қуйидаги босқичлар фаркланади: 1 - босқич – бола туғилгандан сўнг 10-20 соат давом этиб, асептик босқич дейилади, чунки бу босқичда ичак бўшлиғи стерил бўлади; 2 - босқич – бола ҳаётининг дастлабки 2-4 кунлари – ичакка кокклар ва бошқа микроорганизмларнинг кириш босқичи. Бу даврда ичак бўшлиғида доимий флора йўқ. Бошқача қилиб айтганда бу транзитор дисбактериоз давридир; 3 - босқич – трансформация босқичи бўлиб, бунда бифидофлора ичак микробларининг асосий қисмини ташкил этади.

Ошқозон ва ичакнинг турли қисмларидаги микрофлоранинг таркиби турлича бўлади. Масалан, 1 мл ошқозон суюқлигида 10^3 ачитки замбуруғлари, стрептококклар, лактобактериялар бор. 1 мл ингичка ичак суюқлигида 10^3 лактобактериялар, стрептококклар, ичак таёкчалари бор. Ёнбош ичак суюқлигида нордон сут таёкчалари, стрептококклар, ичак таёкчалари мавжуд бўлиб, бу ерда анаэроб флора йўқ. Йўғон ичак микрофлорасининг 90-95%ни анаэроб микрофлора ташкил этади. Бифидофлора ва бактероидлар шулар жумласидандир.

Одатдаги ичак микрофлораси қуйидаги вазифаларни бажарилади:

1. Антагонистик – ичак микрофлорасининг бу вазифаси уларнинг ҳаёти жараёнида ажралиб чиқадиган эндотоксинлар ёрдамида амалга оширилади, бу эндотоксинлар колицинлар деб аталади. Колицинлар патоген микробларга таъсир қилиб, уларнинг ўсишига тўсқинлик қилади.

2. Имунитет ҳосил қилишда иштирок этиши – бола ахлатидаги бифидобактериялар миқдори ва қон зардобидagi IgA миқдори орасида узвий боғланиш борлиги аниқланган. Шунингдек одатдаги ичак микрофлораси лимфоцитларнинг антиген таъсирига жавоби, бактерияларнинг фагоцитоз қилиниши, лизоцим миқдорининг ўзгариб туриши каби ҳимоя-мослашув жараёнларида ҳам муҳим аҳамиятга эга.

3. Овқат ҳазм қилинишида иштирок этиши – турли органик моддаларнинг парчаланишида, яъни оксиллар, ёғлар ва юқори молекуляр карбон сувларнинг ферментатив парчаланишида қатнашишдан иборат.

4. Синтетик фаолияти – одатдаги ичак микрофлораси тиамин, рибофлавин, никотин ва пантотенат кислоталари, К витамини, аскорбин кислотаси кабиларни синтез қилади. Витаминлар синтези асосан йўғон ичакда содир бўлади.

5. Резорбцион - ичакда нордон муҳит ҳосил қилиш йўли билан (бифидофлора сут кислотаси ишлаб чиқаради) кальций, Д витамини ва темирнинг ичак шиллиқ пардаси орқали сўрилиши учун қулай шароит яратади.

6. Репаратив фаолияти – ичак микрофлораси ошқозон – ичак йўллари шиллиқ пардаларининг тикланиши ва янгиланишида иштирок этади.

Перинатал патологияси (асфиксия, чакалоқлар гемолитик касаллиги, бош миянинг туғруқ жароҳатлари ва б.қ.) бўлган чакалоқлар ахлатини бактериологик текшириб қўрилганда 53,2% ҳолларда ичак дисбактериози аниқланади. Ичак дизбактериози бўлган болаларда ичак фаолиятининг бузилиши кузатилиб, у ахлат чиқаришнинг 6-7 мартагача қўпайиши, қориннинг дамлаши, ахлат рангининг яшил тусга кириши ва унда шиллиқ моддаларнинг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Юқумли омилларга боғлиқ бўлмаган перинатал патологияси бўлган болаларда ичак микробиоценозининг бузилиши асосан шартли – патоген микрофлоранинг фаоллашуви билан боғлиқ.

Дисбиоценоз (дисбактериоз) – бактериологик тушинча бўлиб, у организмдаги симбионт микрофлоранинг сифат ва сон жиҳатидан ўзгарганлигини англатади.

Дисбактериоз ривожланишига қуйидагилар: болани сунъий ва нотўғри овқатлантириш, чакалоқни парвариш қилувчи шахсда микрофлоранинг ўзгариши, чакалоқнинг юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлари, патологик кечган ҳомиладорлик ва туғруқ, болани антибиотиклар билан узоқ ва бетартиб даволаш ҳамда климатик омиллар (қиш фаслида ичак микрофлораси яхши ривожланади) сабаб бўлади.

Кўкрак сути билан овқатлантиришни тўхтатиш натижасида келиб чиқадиган дисбактериоз ҳолати болани касалликларга чалинувчан қилиб қўяди. Дисбактериоз ҳолатида бола атрофдаги кишилардан қандай микрофлорани қабул қилиши муҳим аҳамиятга эга. Бунда айниқса стафилококк ёки бошқа шартли – патоген микрофлораларни ташувчилар бола учун хавфли бўлиб ҳисобланади.

Дисбактериозни аниқлашда шартли – патоген микрофлоранинг микробиоценозда тутган ўрни ва уларнинг ассоциацияси муҳим аҳамиятга эга. Одатда ичак бўшлиғида анаэробларнинг умумий миқдори (уларга бифидо- ва сут-нордон таёкчалари киради) аэроб микроблар йиғиндисидан кўп бўлади. Шартли – патоген микроблар умуман аниқланмайди ёки оз миқдорда уларнинг фақат бир тури аниқланади.

Дисбактериознинг 1 даражасида анаэроб флора аэроб флорадан устун туради. Бифидофлора ва лактобактериялар 10^{-8} - 10^{-7} суюлтиришда ҳам аниқланади, шартли – патоген бактериялар (2 турдан ортиқ эмас) 10^{-4} - 10^{-2} суюлтиришда топилади.

Дисбактериознинг 2 даражасида анаэроб ва аэроб микроорганизмлар миқдори бир-бирига тенг бўлади. Шартли – патоген микроблар ассоциацияси 10^{-6} - 10^{-7} суюлтиришда аниқланади. Касалликнинг бу даражасида ичак таёқчаларининг атипик шакллари пайдо бўлади.

Дисбактериознинг 3 даражасида аэроблар миқдори анаэробларга нисбатан кўп бўлади. Айрим ҳолларда бифидо- ва лактобактериялар бутунлай йўқолади, шартли патоген микроблар сони эса кескин кўпаяди. Улар орасида айниқса патоген стафилококклар, замбуруғлар, клебсиелалар, клостридия каби микроблар кўп учрайди.

Дисбиозни даволаш. Дисбиоз кузатилаётган бола учун энг яхши овқат она сути бўлиб ҳисобланади. Она сути билан таъминлаш имкони бўлмаган ҳолларда таркибида пре- ёки пробиотиклар бўлган аралашмалар тавсия этилади (нордон сутли NAN, биолакт).

Дисбиознинг медикаментоз даволаш 2 босқичда олиб борилади:

1 – микробли деконтаминация

2 – микрофлорани муътадиллаш

1 босқич – микробли деконтаминация ахлатда шартли патоген микрофлора кўпайиб кетган ҳолларда тавсия этилади. Даволаш ажратилган флоранинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда белгиланади. Маҳаллий таъсирга эга бўлган облигат микрофлорага таъсир этмайдиган препаратларни тайинлаш мақсадга мувофиқдир.

- бактериофаглар: уларнинг таъсир доираси тор бўлиб, маълум микроорганизмларга таъсир этади (стафилококкга қарши бактериофаг, колипротей бактериофаг, клебсиеллэз бактериофаг, пиобактериофаг, интерстибактериофаг, пиоцениус-кўк йиринг таёқчасига қарши бактериофаг)

- нитрофуранлар (фуразолидон 5-8 мг/кг)

- энтерол (қунига 1 кап-дан 1 маҳал)

Ахлатдан ажратилган микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олиб антибиотиклар тайинланади (асосан аминогликозидлар). Анаэроб микрофлора устунлик қилганда нитромидазоллар, кандидозда эса – замбуруғга қарши препаратлар қўлланилади. Даволаш 1 босқичда 5-7 кун давом этади. Биозенот бузилишининг I даражаси кузатилаётган болаларда даволаш 2 босқичдан бошланади.

2 босқичда – ичак микрофлорасини муътадиллашга пробиотиклар (нормал ичак флорасини тутувчи препаратлар) тайинлаш йўли билан эришилади. Уларнинг таъсирини эса пребиотиклар кучайтиради. Биопрепаратлар сифатида ишлатиладиган микроорганизмларга *Lactobacillus acidophilus*, *L.plantarum*, *L.casei*, *L.bulgaricus*, *L.rhamnosus* GG, *Bifidobacterium bifidum* ва б.к. қиради.

Пробиотиклар қуйидагича таъсир кўрсатади:

- Ичак флорасининг ўсишини тўхтатувчи концентрацияда антибактериал моддалар, органик кислоталар, протеазаларни синтез қилишини кучайтириш;

- Адгезия рецепторларига антагонистик таъсир кўрсатиш;

- Имун жавоб (фагоцитар фаоллик)ни кучайтириш;

- Ig A, Т-киллерлар, интерферон концентрациясини ошириш;

- Яллиғланишга қарши цитокинлар ишлаб чиқарилишини муътадиллаш;

- Шиллиқ қаватлар ўтказувчанлигини камайитириш, муцин ишлаб чиқарилишининг ошиши натижасида цитопротекцияни кучайтириш.

Амалиётда пробиотикларнинг қуйидаги гуруҳлари ажратилади:

1. Монокультура тутувчи препаратлар – бифидумбактерин, лактобактерин;

2. Комплекс препаратлар – бифиформ, бифилонг, ацелак, линекс ва б.к.;

- a. Бактериялар сорбентига иммобилизацияланган препаратлар – бифидумбактерин-форте;

- b. Лизоцимли препарат – бифилиз.

Пребиотиклар – микрофлоранинг функционал озикланишини таъминловчи моддалардан иборат бўлиб, уларга инулин, галакто- ва фруктозоолигосахаридлар, лактулозалар қиради.

Пребиотиклар таъсири қуйидагилардан иборат:

- ахлатнинг рН-ни муътадиллайди;

- аммиак ишлаб чиқарилишини камайтиради;

- иммунитетни фаоллаштиради;

- клостридий, кандида, листерий ва бошқа микробларнинг ўсишини пасайтиради;

- овқатдан Са сўрилишини 40-60%га оширади;

- йўғон ичак эпителиясининг регенерациясини кучайтиради.

Пребиотиклардан дюфалак (лактолоза)нинг самараси яхши бўлиб, у қунига 3 мл дан тайинланади.

Аксарият ҳолларда дисбактериоз иккиламчи ферментатив танқислик ҳолати билан кечади, шунинг учун бундай беморларга креон, панкреатин каби препаратлар пробиотиклар билан биргаликда тайинланади.

Ичак микрофлорасини муътадилловчи препаратлар ва ферментларни бериш муддати боланинг умумий аҳволи ва дисбактериоз даражасидан боғлиқ. Одатда улар 3-4 ҳафтагача давомида тайинланади.

Олдини олиш тадбирлари. Ҳомиладор аёлда дисбиознинг, энг аввало киннинг дисбиозини аниқлаш ва даволаш, болани имкони борича эрта кўкракга қўйиш, парентерал овқатлантириш даврини иложи борича қисқартириш, рационал антибиотикотерапия дисбиознинг олдини

олишга ёрдам беради. Шунингдек онага туғруқдан 3-4 ҳафта олдин пробиотиклар тайинлаш ҳам яхши натижа беради.

ЧАҚАЛОҚЛАРДА НЕВРОЛОГИК СТАТУС ХУСУСИЯТЛАРИ

Неврологик кўрик чақалоқ болани клиник текширишнинг асосий қисмларидан биридир. Чақалоқ боланинг умумий аҳволини марказий асаб тизими фаолиятини текширмай туриб баҳолаш қийин. Шунингдек аниқланган неврологик ўзгаришларни тушунтириш учун она саломатлиги, ҳомиладорлик, туғруқнинг кечиши билан бир қаторда бола умумий аҳволининг туғруқдан сўнгги динамикаси, ички аъзолар томонидан ўзгаришлар, модда алмашинувидаги бузилишлар, медикаментлар қўлланилганлиги тўғрисидаги маълумотларни таҳлил қилиш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Аксариyat ҳолларда неврологик бузилишлар даражаси ва уларнинг динамикасини баҳолаш болани адекват даволаш мақсадида кўшимча текшириш чоралари ўтказиш лозимлигини аниқлашга ёрдам беради.

Болаларни неврологик кўрикнинг асосий хусусияти шундан иборатки, бунда боланинг ўзини тутиш ҳолати ва неврологик белгилар омукта равишда баҳоланиши керак.

Неврологик кўрик стандартларга максимал мослаштирилган шароитда ўтказилиши лозим: хона ҳарорати 24-26°C (чала туғилган болалар учун кувездаги ҳарорат 32-35°C), кучли ёруғлик ва шовқиннинг бўлмаслиги, йўргаклаш столи ўртacha юмшоқликда бўлиши ва кўрик болани овқатлантиришдан 1 соат олдин ўтказилиши керак. Чунки хонада ҳарорат паст бўлса мушаклар тонуси ошади ва тремор пайдо бўлади, аксинча, юкори ҳароратда мушаклар тонуси ва рефлекслар пасаяди. Худди шунингдек, овқатлангандан сўнг кўрик ўтказилса болада мушаклар тонуси пасайганлиги, оч қолганда эса мушаклар тонусининг ошганлиги ва безовталики кузатилади.

Чақалоқларни неврологик кўрик қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Ўзини тутиш ҳолати.
2. Мулоқотга кириши.
3. Мушаклар тонуси.
4. Шартсиз рефлекслар.
5. Спонтан ҳаракат фаоллиги.
6. Мия асаб тоалари фаоллиги ва пай рефлексларини текшириш.
7. Оғрик манбачларини аниқлаш.

Чақалоқнинг турли кўзгатувчиларга жавоби (врачнинг овози, тегиш, ёруғлик, кўнғирок товуши), шунингдек мушаклар тонуси, ҳаракат

фаоллиги, шартсиз рефлексларнинг намоён бўлиш даражаси бола қандай ҳолатда эканлигидан боғлиқ.

Т.Б.Бразентон бўйича соғлом чақалоқ болада қуйидаги ҳолатлар ажратилади:

1. Чуқур уйку: бунда боланинг кўзлари юмук, нафаси равон, кўл-оёқларда спонтан ҳаракат ва кўз олмаларининг ҳаракати кузатилмайди.

2. Юзаки уйку: бунда боланинг кўзлари юмук, нафаси нотекис, кўл-оёқларида сезиларсиз ҳаракат ва кўз олмаларининг тез ҳаракати аниқланади.

3. Мудраш: боланинг кўзлари очик ёки ярим очик, кўл-оёқларида ҳаракат секинлашган.

4. Тинч ҳушёрлик: кўзлари очик, қараши аниқ, ҳаракат фаоллиги минимал.

5. Фаол ҳушёрлик: кўзлари очик, қараши аниқ, ҳаракат фаоллиги яхши.

6. Йиғи: кўзлари очик ёки ёпик.

Соғлом, муддатида туғилган чақалоқларда уйку-ҳушёрлик цикллари алмашиб туради. Уйку 50 дақиқадан 2 соатгача, ҳушёрлик 10 дақиқадан 30 дақиқача давом этади. Овқатланишдан олдин муддатида туғилган чақалоқ мустақил равишда уйғонади. Чала туғилган чақалоқ (28 ҳафта ва ундан кам) доим уйку ҳолатида бўлади, лекин унга кўл тегилганда ёки ҳолатини ўзгартирганда уйғониб, кўзларини очади. 32 ҳафталикдан ўтиб туғилган чақалоқлар спонтан уйғониб, уларда уйку ва ҳушёрлик даврлари аниқ ажралиб туради.

Чақалоқнинг ёруғликка реакциясини текшириш - кўл фонари билан боланинг кўзига ёруғлик туширилса у кўзларини юмади ва бошини орқага ташлайди (Пейпер рефлекс).

Ҳаётининг дастлабки 5-6-кунларида ҳаракат қилаётган жисмга (оқ ёки қизил пуфак) боланинг реакцияси деярли бўлмайди. Ҳаётининг 6-7-кунларидан бошлаб у ҳаракатдаги предметни кузата бошлайди. Чала туғилган болаларда эса бу белги ҳаётининг 1 ойи охирида пайдо бўлади.

Чақалоқнинг товушга реакцияси - 27-28 ҳафталик гестация муддатида пайдо бўлиб, у кучли товушга киприк қоқиш (кохлеопалпебрал рефлекс), учиб тушиш, кўл-оёқлар ҳаракати, нафас ва юрак қисқаришининг камайиши билан намоён бўлади.

Мушаклар тонуси - бу кўл-оёқлар мушакларининг пассив эгиб-ёйгандаги қаршилигидир. Чақалоқларда мушаклар тонуси тинч ҳолатда аниқланади. Мушаклар тонуси одатда соғлом чақалоқларда гестация муддатидан боғлиқ бўлади. Тинч ҳолатда муддатида туғилган чақалоқларда кўл-оёқларнинг яримфлексор ҳолати хос.

Оёқларнинг экстензор ҳолати пешана, юз ёки чаноғи билан туғилган болаларда кузатилади.

Ҳаракат фаолигини баҳолаганда чақалоқ ҳаракатларининг сони, сифат ва симметриклигига эътибор берилади. Чала туғилган болаларда секин ҳаракатлар, қўллардаги катта амплитудали тез ҳаракатлар оёқларда экстензор ҳаракатлар билан алмашиб туради.

Соғлом чақалоқ учун такрорланиб турувчи стереотип ҳаракатлар (спонтан эмиш, қўлларнинг «сузувчи», оёқларнинг «велосипедист» ҳаракатлари) ҳос эмас.

Чақалоқнинг бошини кўраётганда кефалогематома, субапневротик гематома, туғруқ шиши, кучли конфигурация (бош шаклининг туғруқ йўлларида ўтаётгандаги ўзгариши) бор ёки йўқлигига эътибор бериш лозим.

Калла суяги чоклари палпация қилиниб, суякларнинг бир-бирига кирганлиги ёки улар ораллигининг кенгайганлиги аниқланади. Муддатида туғилган чақалоқларда бошнинг конфигурацияси ҳаётининг дастлабки ҳафтаси мобайнида, чала туғилган болаларда эса 2-3 ҳафтада ўтиб кетади.

Чақалоқларда сагитал чокнинг кенлиги 0,3см; чала туғилган болаларда эса 0,5см-дан ортиқ бўлмаслиги лозим. Катта ва кичик ликилдоқларнинг катталиги ҳар хил бўлиб, катта ликилдоқ 4х5см-гача бўлиши мумкин.

Чақалоқларнинг шартсиз рефлекслари қуйидаги жадвалда келтирилган (Жадвал 10).

Бош айланаси боланинг гестация ёшига боғлиқ. Одатда бош айланаси бола бўйининг ярми +10-га тенг ($\pm 1,5$ см). Шунингдек боланинг бош айланаси кўкрак айланасидан 1-3см катта бўлади. Чақалоқларда бош айланаси ҳафтасига 0,5см-дан, яъни 1-ойда 2-2,5см-га ошади.

Дизэмбриогенез стигма(белги)ларини аниқлаш. Агар чақалоқда 5 ва ундан ортиқ стигмалар аниқланса, бу ҳол асаб тизимининг онтогенези ҳам бузилганлигидан, яъни бош миянинг дисплазиясидан далолат берувчи хавф белгиси ҳисобланади.

Боланинг йиғиси. Соғлом чақалоқ боланинг йиғиси эмоционал бўлади. Бемор боланинг йиғиси паст, баъзан аксинча баланд, монотон, қиска, оғриқли (гўёки бола унга тегинмасликни сўраётгандек), ўтқир, спонтан пайдо бўлувчи (мияга кон қуйилганда, гипербилирубинемияли энцефалопатияда, гипокальциемия, гипомagneмия, менингит ва б.к.) хусусиятга эга бўлади.

Шундай қилиб, неврологик статусни баҳолаш чақалоқ кўригида муҳим аҳамиятга эга бўлиб, у марказий асаб тизими зарарланишларини барвақт аниқлаш имконини беради.

Чақалоқларнинг шартсиз рефлекслари.

№	Рефлекснинг номи	Ким томонидан, қачон киритилган	Топик диагностикаси	Рефлекс тури	Қайси ёшгача аниқланади	Рефлекснинг намоён бўлиши
1.	Излаш рефлекси	Reyns, 1667 йил	Учламчи асаб толасининг афферент йўли, Варолиев кўпригининг эфферент йўли, узунчоқ мия, орка миянинг юқори бўйин сегментлари.	Физиологик	3 ойгача	Оғиз бурчагини силаганда лаб пастга осилади ва бола бошини кўзгатувчи томонига буради. Юқори лабнинг ўртасига босганда у рефлектор равишда юқорига кўтарилади ва бош орқага ташланади. Худди шу нарсани пастки лабда ўтказсак, пастки лаб пастга тушади ва бола бошини эгади.
2	Хартум рефлекси	Esherish, 1888 йил Frendenber, 1931 йил	Учламчи асаб толаси, юз асаб толаси, Варолиев кўприги, узунчоқ мия.	Физиологик	3-4 ойгача	Бармоқ ёки болгача билан юқори лабга уриб кўрилганда мимик мушакларнинг қисқариши кузатилади (лаблар хартум каби йиғилади).
3	Сўриш рефлекси	Preyer, 1891 йил	Ҳ, VII, X, XI ва XII жұфт мия асаб тогалари	Физиологик		Боланинг оғизга бармоқни киргизганда сўриш ҳаракатлари пайдо бўлади.
4	Кафт-оғиз рефлекси	П.С.Бакин, 1955 йил	Орка миянинг бўйин қисми.	Физиологик		Боланинг кафтига босганда у оғизчасини очади.
5	Юқори ушлаш рефлекси	Robinson, 1891 йил	Орка миянинг бўйин қисми, VI-VIII бўйин сегментлари	Физиологик	3-4 ойгача, сўнгра шартли рефлексга ўтади	Бола қўл кафтини қитиклаганда, бармоқлар букилиб предметни ушлайди.
6	Робинсон рефлекси	Robinson, 1891 йил	Орка миянинг VI-VIII бўйин сегментлари	Физиологик	3-4 ойгача	Врачнинг бармоқларини ушлаган ҳолда чақалоқ ҳавода осилиб туради.
7	Веркомнинг пастки ушлаш рефлекси	Van Woerkam, 1912 йил	Орка миянинг I ва II думғаза ва V белгиларида ёпилади.	Физиологик	12 ойликгача	Чақалоқ оёқ кафтининг ўртасига бармоқлар билан энгил босганда оёқ бармоқлари букилади. Бармоқлар билан бирга оёқчалари ҳам букилади.
8	Моро рефлекси	Moro, 1918 йил	Орка миянинг бўйин қисми. Бу рефлекс цервикал патологияни аниқлашнинг скриннинг тести бўлиб ҳисобланади.	Физиологик	3-4 ойликгача	Бола ётган ётиқчага ҳолда тўсатдан урилганда, у қўлларини ярим очик очади, бармоқлар ёпилади (рефлекснинг I фазаси), сўнгра улар ўз ўрнига тушади (рефлекснинг II фазаси).
9	Галант рефлекси	Galant, 1917 йил Bertolotti, 1904 йил	Орка мия	Физиологик	2-3 ойликгача	Чақалоқ терисини умуртка поғонаси бўйлаб қитиклаганда у ёйсимон эгилади. Қитикланган томондаги оёқ барча бўғинларда букилади.
10	Перез рефлекси	Perez, 1955 йил	Орка миянинг барча қисмлари	Физиологик	3 ойликгача	Боланинг юзини пастга қилиб врачнинг кафти устига ётқизилади. Врач бармоғи билан дум соҳасидан бўйнигача умуртка поғонаси бўйлаб силади. Болада қиска муддатли апоноз, қичқириш, умуртка

						поғонасининг лордози, кўл ва оёқларнинг ёйилиши ва бошнинг орқага ташланиши кузатилади. Рефлекснинг асосий компонентлари - йиғи, кўл - оёқларнинг ёйилиши, бош ва чанокнинг юкорига кўтарилишидир. Шунингдек болада ануснинг бўртиб чиқиши ва сийиш ҳам кузатилиши мумкин. Перезнинг «декапитланган» рефлексиди – бунда бошнинг орқага ташланиши кузатилмайди.
11	Таянч рефлекс	Magnus, 1922 йил Rademeck, 1931 йил	Мия устун ва орқа миянинг бел қисми.	Физиологик	4-5 ҳафта	Болани стол устига тик қўйганда оёқчалари билан столга таяниб, врач ёрдамида тик туради.
12	Қадам ташлаш рефлекс	Peiper	Орқа миянинг бел қисми сегментлари	Физиологик	2 ойгача	Болани ерга таянтириб танасини олдинга енгил эгиб кўрганда у қадам ташлаш ҳаракатини қилади.
13	Бауэрнинг эмаклаш рефлекс	Bayet	Орқа миянинг бел қисми	Физиологик		Қорнига ётқизилган чақалоқнинг оёқ қафтларига енгил босганда у эмаклашга ҳаракат қилади.
14	Ҳимоя рефлекс		Орқа миянинг юкори бўйин сегментлари	Физиологик	1,5 ойгача	Болани қорни билан ётқизилганда дарҳол бошини ёнга буради ва кўтаришга ҳаракат қилади.
15	Тортиб олиш рефлекс	Peiper, 1962 йил	Орқа миянинг бел қисми	Физиологик		Агар оёқ қафтларига юзаки нина санчилса, оёқлар сон, болдир ва панжаларда бир вақтда букилади.
16	Экстензорлар кўшма рефлекс		Орқа миянинг бел қисми. Пастки парапарез ташхиси учун қўлланилади.	Физиологик		Оёқлардан бири пассив ҳолда очилади, шу оёқнинг қафтига нина санчилса, унинг бармоқлари ёйилади ва бошқа оёққа яқинлашади.
17	Бабинский рефлекс	Babinski, 1898 йил	Пирамид йўллар	Патологик	Соғлом болаларда бўлмайди	Оёқ қафтларини қитиклаганда катта бармоқлар экстензияси ва бошқа бармоқларнинг елпигичсимон ёйилиши кузатилади.

ЧАҚАЛОҚЛАР АСФИКСИЯСИ

Асфиксия (грекча сўз бўлиб, *a* – йўқ, рад этиш, *sphyxis* – томир уриши) яъни томир уриши йўқ деган маънони билдиради.

Чақалоқлар асфиксияси деб юрак уриши бўлгани ҳолда нафас олишнинг умуман йўқлиги ёки унинг юзаки ҳамда нотекис бўлиши тушунилади. Асфиксия бўғилиш билан кечадиган хасталаниш ҳолати белгиларининг мажмуаси бўлиб, унинг сабаблари турличадир.

O.D.Saugsted et al. (1998) фикрларига кўра ҳар йили асфиксиядан тахминан бир миллионга яқин бола ўлади ва шунча болада жиддий неврологик ҳамда бошқа асоратлар ривожланади.

Асфиксия перинатал хасталаниш ва ўлимнинг асосий сабабларидан бири бўлиб перинатал ўлим 40,3% ҳолларда асфиксия туфайли келиб чиқади.

Асфиксиянинг қуйидаги шакллари фарқланади:

1. Ҳомила гипоксияси (у антенатал ва интранатал бўлиши мумкин)
2. Чақалоқлар асфиксияси.

Этиологияси. Ҳомила ва чақалоқлар асфиксияси мустақил касаллик бўлмасдан она ва ҳомиланинг турли хасталиклари ҳамда қўпгина доялик асоратлари натижасида келиб чиқадиган патологик жараёндир. Асфиксиянинг келиб чиқиш сабаблари П.С.Персианинов бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинади:

1. Онанинг касалликлари натижасида кислороднинг етишмаслиги ва СО₂-нинг тўпланишидан келиб чиқадиган ҳомила асфиксияси (шок, қон йўқотишлар, юрак-қон томир тизими, нафас олиш аъзоларининг касалликлари, онанинг юқумли касалликлари).

2. Бачадон-йўлдош тизимида қон айланишининг бузилишидан келиб чиқадиган газ алмашинувининг бузилиши ёки киндик тизимчаси қон томирларида қон ҳаракатланишининг бузилиши (киндик тизимчасининг ҳомила бўйни ёки танасига ўралиши, йўлдошнинг ҳомиладан олдинда жойлашиши, туғруқ фаолиятининг аномалияси) натижасида келиб чиқадиган асфиксия.

3. Ҳомиланинг хасталиклари ва марказий асаб тизимининг ривожланиш нуқсонлари (анэнцефалия, бош мия чурраси, бош миянинг жароҳатлари, чақалоқлар гемолитик касаллиги ва юқумли касалликлари) туфайли келиб чиқадиган асфиксия.

4. Нафас йўллариининг бутунлай ёки қисман ёпилиб қолишидан келиб чиқадиган асфиксия.

Чақалоқ ҳаётининг сўнгги кунларида юзага келадиган асфиксиянинг сабаблари ҳам турличадир. Бундай сабаблар қаторига аспирация,

орттирилган пневмония, пневмоторакс, юракнинг туғма нуксонлари, марказий асаб тизими фаолиятининг наркоз ва қон қуйилишлари натижасида бузилиши, диафрагма асаб толасининг фалажи, гиалин мембраналар касаллиги кабилар киради.

Патогенези: ҳомила ва чақалоқ асфиксиясининг патогенези яхши ўрганилган.

Ҳомила асфиксиясида компенсатор - химоя реакциялари ҳаёт учун зарур бўлган аъзолар ва тизимлар фаолиятини сақлаб қолишга қаратилган бўлади. Кислород танқислиги таъсирида катехоламинлар ва бошқа вазофаол моддаларнинг қўллаб қонга тушиши ва натижада периферик қон томирларининг торайиши, ҳамда тахикардия кузатилади. Бунинг натижасида йўлдошга, миёга, юракка, буйрак усти безларига қон келиши яхшиланади, аммо ўпка, буйрак, талоқ, ичак ва терига оқиб келадиган қоннинг миқдори камаяди. Бу ҳол ушбу аъзолар ишемиясига олиб келади.

Ҳомила организмида кислороднинг етишмаслиги ва CO_2 миқдорининг ошиб кетиши натижасида респиратор ацидоз юзага келади.

Модда алмашинувининг кислородсиз (анаэроб) муҳитда бориши тўқималарда сут ва пировиноград кислоталарининг тўпланишига олиб келади ва метаболит ацидознинг ривожланишига сабаб бўлади. Анаэроб гликолиз натижасида глюкоза, гликоген, АТФ каби моддалар қўп миқдорда сарфланади ва гипогликемия ҳолати ривожланади. Глюкозанинг етишмаслиги энергетик маҳсулот сифатида ёғлар ва оксилларнинг сарфланишига олиб келади. Оқибатда организмда азот алмашинувининг маҳсулотлари, кетон таначалари ва эндоген сув миқдорининг ошиши кузатилади. Бундай патологик ўзгаришлар ҳомила организмида сув-электролит мувозанатининг бузилиши билан кечади. Бу маънода энг кучли ўзгаришлар натрий, калий, кальций ва магний каби электролитларда бўлиб ўтади.

Метаболик ацидоз шароитида калий ҳужайрадан қонга, натрий эса аксинча қондан ҳужайра ичига ўтади. Электролитлар мувозанатининг бузилиши натижасида суюқлик ҳужайралараро бўшлиққа ва томирлардан ташқарига ўтади, оқибатда гемодинамиканинг бузилиши ва гиповолемия ҳолати юзага келади. Электролитлар мувозанатининг бузилиши, гиперкалиемия, гипоксия ва метаболит ацидоз миокард фаолиятига салбий таъсир кўрсатади.

Кислород танқислиги ошиши ва метаболит ацидознинг ривожланиши микроциркуляция жараёнининг бузилишига олиб келади: прекапилляр сфинктерлар бўшашиб, посткапилляр сфинктерлар эса констрикция ҳолатида туриши капиллярда қоннинг тўпланиши, гидростатик босимнинг ошиши, ҳамда қон суюқ қисмининг қон томирлар атрофидаги тўқималарга чиқиши билан кечади. Микроциркуляциянинг бузилиши эса тўқима

гипоксияси, моддалар алмашунивидаги ўзгаришларни янада кучайтиради. Натижада муҳитнинг рН-и пасаяди, томирлар ўтказувчанлигининг кучайиши каби ўзгаришлар юзага келади (чизма 2).

Ҳомила ўткир гипоксияси шароитида ҳомиланинг мослашув механизмлари орасида асосий ўринни рефлектор ва марказий автоматик реакциялар эгаллайди, чунки улар бу шароитда қон айланиши тезлигини кучайтириб, юракдан қоннинг чиқарилишини тезлаштиради, нафас маркази қўзғалувчанлиги ва лабиллигини ўзгартиради.

Юқорида санаб ўтилган мослашув – химоя механизмлари ҳомилада чекланган бўлиб, гипоксия ҳолати кучаяверса, улар тезда издан чиқади. Шунинг учун компенсатор хусусиятга эга бўлган тахикардия брадикардия билан алмашади. Ўткир асфиксиянинг бошида кузатиладиган артериал қон босимининг ошиши ўрнини унинг пасайиши эгаллайди. Углеводлар жамғармаси анаэроб гликолиз туфайли тезда сарфланади.

Шундай қилиб, ўткир асфиксиянинг декомпенсация босқичида ҳомиланинг шок ҳолати юзага келади.

Ҳомила гипоксияси ўз вақтида бартараф этилмаса, чақалоқ асфиксияда туғилади.

Клиник кўриниши. Чақалоқнинг туғилгандан сўнг 1 дақиқада ва дастлабки 5 дақиқадаги ҳолати Вирджиния Апгар томонидан таклиф этилган жадвал ёрдамида баҳоланади (1952). Оғир асфиксияда туғилган болаларда эса 1, 5, 15 ва 20 дақиқаларда ҳам аҳолини баҳолаш лозим.

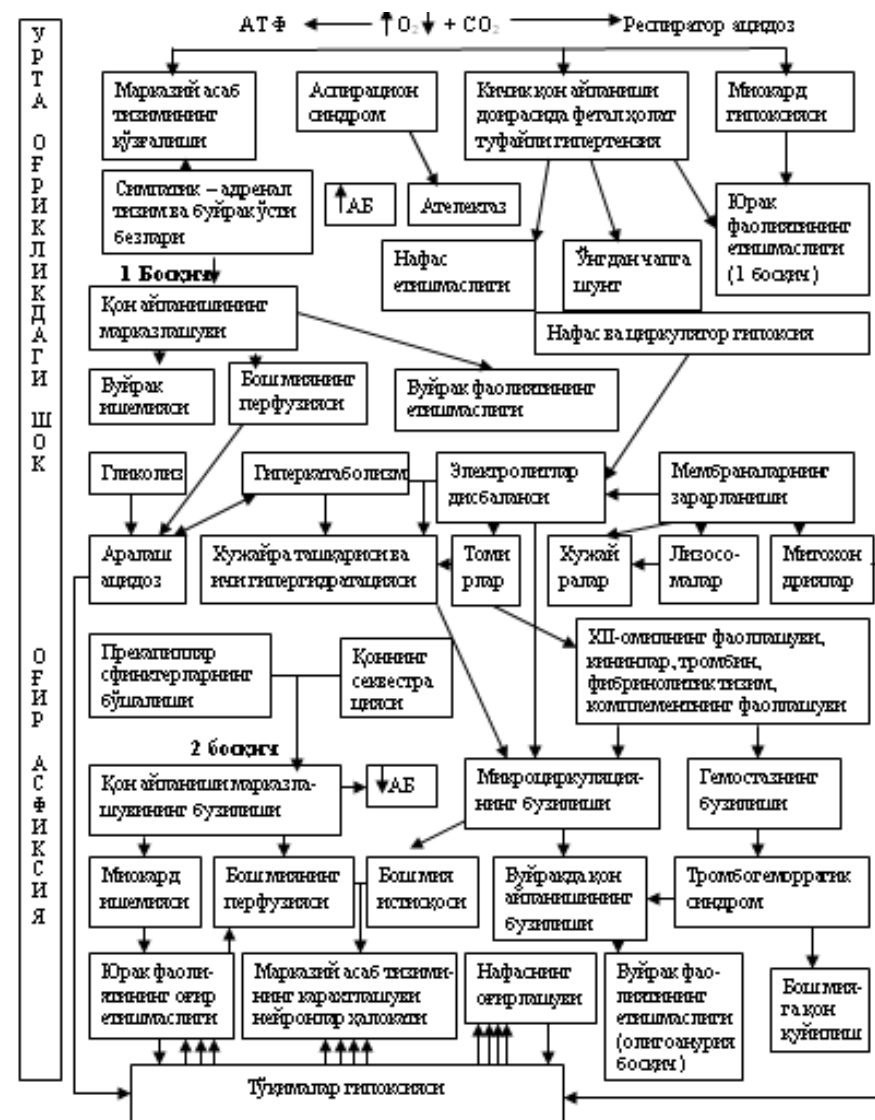
80 йилларнинг ўрталарига қадар асфиксия ташхиси учун Апгар жадвалидан фойдаланиларди ва Халқаро касалликлар таснифининг IX кўриги (1975 йил) бўйича ҳам асфиксиясининг оғирлик даражаси шу жадвал бўйича баҳоланарди. Америка педиатрия Академияси ва Америка акушер-гинекологлар колледжлари ходимлари кенг катамнестик текширишлар асосида қуйидаги хулосага келишди: «Апгар жадвали бўйича 1 ва 5 дақиқадаги баллар асфиксиянинг сабаби ва оқибатига тўғри келмайди, бу баллар (баҳо)нинг ўзигина асфиксиянинг кўриниши ёки оқибати деб баҳоланмаслиги лозим». Шунинг учун Халқаро касалликлар таснифининг X кўригида (1993 йил) Апгар жадвали билан баҳолаш туғруқдаги асфиксия даражасини баҳолаш кўрсаткичи сифатида киритилмаган. Апгар жадвали бўйича туғруқдан сўнгги 1 дақиқада паст баҳо «кардиореспиратор депрессия» деб баҳоланади ва асфиксиядан ташқари бошқа сабаблар (масалан, онасининг медикаментлар қабул қилганлиги, «стрессли» туғруқ ва б.қ.) туфайли келиб чиқиши мумкин. Турли даражалардаги кардиореспиратор депрессия билан туғилиш Carter et al. (1993) бўйича 10-15%ни ташкил этиб, чақалоқлар асфиксияси эса 1-1,5% ҳоллардагина кузатилади. Кардиореспиратор депрессия туғилганда ва ҳаётининг 1 дақиқасида брадикардия, нозффе́ктив нафас, мушаклар

гипотонияси билан кечадиган синдром бўлиб, бу ҳолатда қонда гиперкапния, аксарият ҳолларда эса гипоксемия ҳам кузатилмайд. Бундай болалар Апгар буйича тутиландан сўнгги 1 дақиқада 4-5 балл, 5 дақиқада эса 7 ва ундан ортиқ балл билан баҳоланади. Агар кардиореспиратор депрессия сабаби аниқ бўлса, болага керакли шошилишч ёрдам (оптимал ташки муҳит шароитини яратиш, вақтинчалик нафас ёки бошқа фаолиятларни қўллаб туриш)дан сўнг клиник белгиларнинг ижобий динамикаси ушбу ташхисни тасдиқлайди, бундай ҳолларда асфиксия ташхиси қўйилмайди.

Апгар жадвалидаги клиник белгилар биокимёвий ўзгаришларни акс эттиради. Асфиксиясининг оғирлик даражаси, кислота-ишқорий муҳитнинг ҳолати, электролитлар миқдори ва буйрак усти безлари фаолияти орасида ўзаро боғлиқлик кузатилади.

Чизма 2.

ЧАҚАЛОҚЛАР АСФИКСИЯСИНИНГ ПАТОГЕНЕЗИ



Апгар жадвали бўйича баҳолаб, асфиксиянинг 2 даражаси ажратилади: ўртача оғирликдаги ва оғир (жадвал 11).

Жадвал 11.

Апгар жадвали (1953 йил)

Белгилар	Баҳолари		
	0	1	2
Юрак уришлари сони (пульс)	Пульс йўқ	Пульс сийраклашган (ҳар дақиқада 100гача камайган)	Пульс ҳар дақиқада 100тадан ортиқ
Нафас олиш	Йўқ	Сийрак, нотекис, бола паст товуш билан йиғлайди	Нафас олиш текис, бола баланд товуш билан йиғлайди
Мушаклар таранглиги	Йўқ	Мушаклар таранглиги пасайган, қўл-оёқлари сал букилган	Ҳаракатлари фаол, мушаклар таранглиги сақланган
Тери ранги	Оқарган	Бироз кўқарган	Оч-пушти рангда
Рефлектор кўзгалувчанлик (бурунга катетер тикиб кўрганда ёки оёқ кафтларини қитиклаганда)	Йўқ	Афтини бужмайтиради	Йўғалади ва аксиради

Ўртача оғирликдаги асфиксияда чақалоқнинг умумий аҳволи оғир, тери қопламалари кўқарган, юрак уриши нотекис, секинлашган ва юрак товушлари бўғиқ бўлади. Бола умуман нафас олмаслиги мумкин ёки нафас нотекис бўлиб, узоқ вақт давом этувчи апноэ кузатилади. Асфиксиянинг бу даражасида мушаклар таранглиги пасайган, айрим ҳолларда эса бутунлай аниқланмайди, рефлектор кўзгалувчанлик сезиларли даражада сусайган. Апгар жадвали бўйича чақалоқ 4 – 5 баҳо олади.

Асфиксиянинг ўрта оғирликдаги даражасида Апгар бўйича бола ҳаётининг 1 дақиқасида 4-5 балл, 5 дақиқасида эса 6-7 балл олади.

Оғир асфиксияда туғилган бола Апгар бўйича 3 баллгача баҳоланиб, унда шокнинг II ва III даражаси клиник белгилари кузатилади. Бундай

ҳолатда ўпканинг адекват сунъий вентиляцияси ва оптимал ҳарорат ҳимоясини таъминлаш лозим.

Асфиксиянинг оғир даражаси кескин қарахтланиш белгилари билан кечади. Бунда чақалоқнинг териси оқарган, шиллик пардалар кўқарган, нафас олиш аниқланмайди, юрак товушлари нихоятда бўғиқ ва сийраклашган (ҳар дақиқада 80 - 60 тагача), мушаклар таранглиги ва физиологик рефлекслар сусайган ёки бутунлай аниқланмайди.

Асфиксиянинг оғир даражасида артериал қон босимининг пасайиши қоннинг дарвоза вена соҳасига тўпланиши билан кечади. Бунинг натижасида чақалоқда шок ҳолати ривожланади.

Шундай қилиб, оғир асфиксиянинг асосий кўрсаткичлари – Апгар бўйича бола аҳволининг 5дан сўнг 3 баллдан кам баҳоланиши, полиорган бузилишлар ҳамда метаболик ацидоз ва неврологик белгиларнинг мавжудлиги бўлиб ҳисобланади.

Асоратлари. Асфиксияни кечирган болаларда энг кўп учрайдиган асоратлар – бу аспирацион пневмония, тарқалган ёки полисегментар ателектазлар, бош мияга қон қуйилиши, шишли-геморрагик синдром ва клоник тутқаноқлардир. Кейинчалик юзага чиқадиган асоратлари неврологик бузилишлар тарзида намоён бўлади.

Қиёсий таҳлили. Асфиксиянинг оғир даражасини ҳомиланинг қучли қон йўқотиш натижасида кузатиладиган гиоволемик шок ҳолатидан фарқлаш лозим. Бундай шок ҳолати ҳомилдан қоннинг йўлдош орқали онага ўтиши (ҳомила-она трансфузияси) ва эгизак ҳомилаларнинг бирдан иккинчисига қоннинг оқиши (ҳомилдан ҳомилга фето-фетал трансфузия) натижасида келиб чиқади.

Постнатал асфиксияни эса гипогликемия, мия жароҳати, диафрагмал чурра, ателектазлар, ўпканинг туғма ривожланиш нуқсонлари билан фарқлаш лозим.

Даволаш. Чақалоқларга туғруқ хонасида кўрсатиладиган тиббий ёрдам ҳажми асфиксиянинг даражасига боғлиқ ҳолда олиб борилади.

Туғруққа тайёргарлик тадбирлари қуйидагиларни ўз ичига олиши шарт:

1. Янги туғилган чақалоққа оптимал ҳарорат режимини таъминлаш (яъни туғруқ хонасида ҳавонинг ҳарорати 25-28°C дан паст бўлмаслиги зарур).

2. Туғруқ ва жарроҳлик хоналаридаги барча реанимацион ускуналарни олдиндан тайёрлаш ва керак бўлган заҳотиёқ ишлатишни таъминлаш.

3. Боланинг асфиксияда туғилиши тахмин қилинаётган ҳолларда туғруқ хонасида икки кишидан иборат бўлган ва чақалоқларга ҳамма керакли реанимацион ёрдамни кўрсата оладиган реанимацион бригада

тайёр туриши керак. Ушбу бригаданинг вазифаси чақалокқа тез тиббий ёрдам кўрсатишдан иборат. Эгизакли туғруқда реанимацион бригада таркибидаги мутахассислар сони кўпайтирилади.

Реанимацион ёрдамнинг энг асосий компонентларидан бири боланинг ахволини тўғилган захотиёқ тўғри баҳолаш, керакли ҳаракатларни белгилаш ва сўнгра шу ҳаракатларни бажариш бўлиб ҳисобланади.

Туғруқ хонасида чақалокқа кўрсатиладиган реанимацион ёрдам «Баҳолаш – хулоса – ҳаракат» цикллари мунтазам ўтказилганда фойдали натижа беради (Чизма 3, Жадвал 12).

Даволаш муолажаларини ўтказишни белгилаётганда тирик туғилиш белгилари (мустакил нафас олиш, юрак уриши, киндик тизимчасининг пульсацияси, мушакларнинг мустакил ҳаракати)га аҳамият бериш зарур.

Тирик туғилганликнинг 4 белгисидан бирортаси ҳам бўлмаса бола ўлик туғилди деб ҳисобланади ва реанимацион ёрдам кўрсатилмайди. Агар чақалокда тирик туғилишнинг 1та белгиси аниқланса ҳам, болага реанимацион ёрдам кўрсатилиши шарт. Кўрсатиладиган реанимацион ёрдамнинг ҳажми ва ҳаракатнинг мунтазамлиги чақалокнинг ҳаёти учун муҳим бўлган 3та асосий белгиларга боғлиқ: мустакил нафас олиш, юрак уриши тезлиги, тери ранги. Бу ёрдам чақалок ҳаётининг биринчи дақиқасида, яъни Апгар жадвали бўйича баҳоланишни кутмасдан ўтказилиши зарур, реанимацион ёрдамнинг кечикиши бола ҳаёти учун қимматга тушиши мумкин (айниқса бола оғир асфиксияда туғилганда).

Кейинчалик реанимацион ёрдамнинг зарурати бўлса Апгар жадвали билан боланинг умумий ахволи ҳар 5 дақиқада, ҳаётининг 20 дақиқасигача баҳоланиб бориши керак. Чақалокнинг умумий ахволини баҳолаш вақтида 3та асосий клиник белгига асосланади:

- Нафас олиш
- Юрак уриши тезлиги
- Терининг ранги

Янги туғилган чақалокларга кўрсатиладиган реанимацион ёрдам «Реанимациянинг учта қонуни» қўлланмасига биноан олиб борилади:

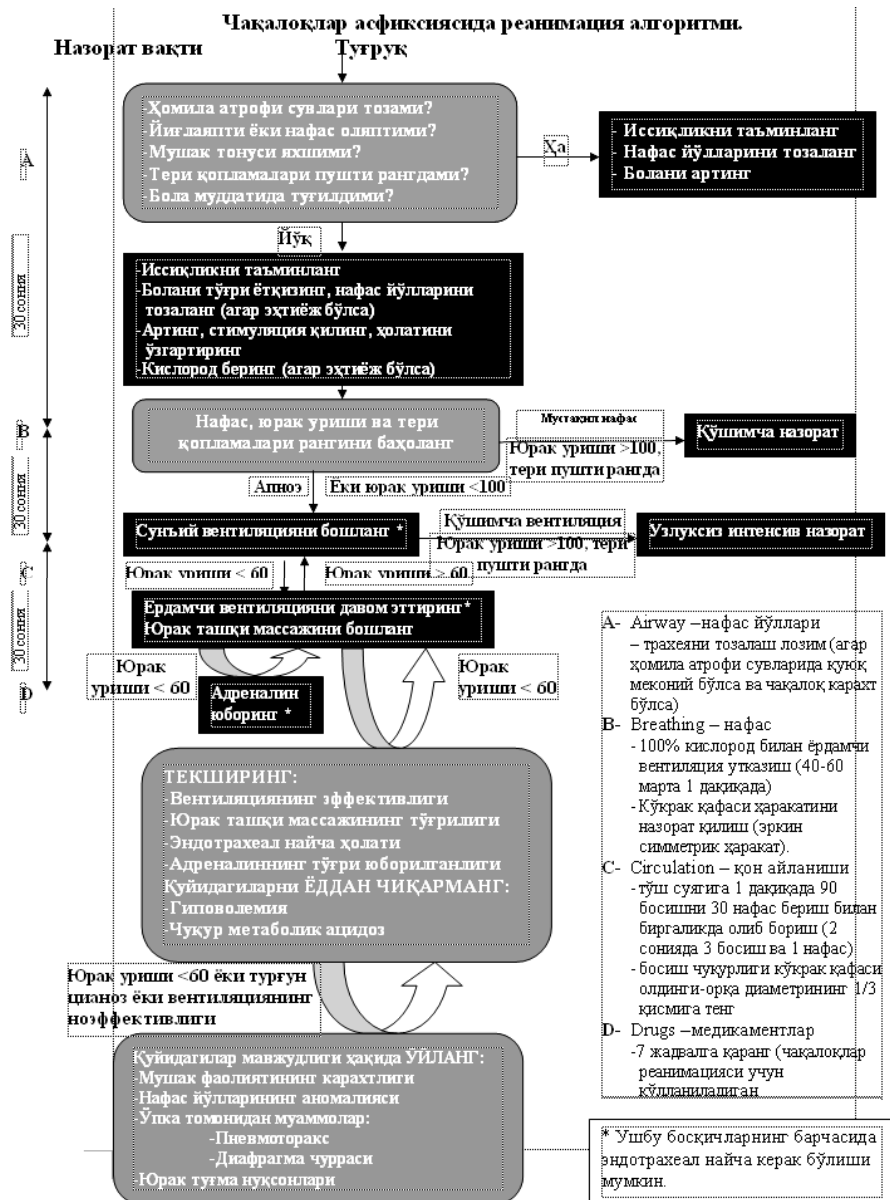
1. Нафас йўллари тозалаш
2. Нафас олишни тиклаш
3. Қон айланишини яхшилаш

Болани гипотермиядан сақлаш (иссиқлик тарқатувчи ускуна тагига жойлаштириш, терисини қуриштириш) билан «Реанимациянинг I қонуни»ни бажаришга киришилади, бунда нафас йўллари тозалаш мақсадида оғиз - бурун бўшлиқларида шилимшиқ моддалар сўриб олинади.

Чақалок орқаси ёки ёнбоши билан ётқизишиб, боши бироз орқага ташланади. Боланинг тўғри ётишини таъминлаш учун елкаси остига ёстиқча шаклида ўралган чойшаб ёки сочиқ қўйиш мумкин, бунда

боланинг елкаси тўшакдан 2-2,5 см кўтарилади. Шундан сўнггина оғиз ва бурун бўшлиғидан шилимшиқ сўриб олинади. Олдин оғиз, сўнгра бурун бўшлиғи тозаланади. Шилимшиқ моддаларни сўриб олиш учун баллончалардан ёки механик сўргичлардан фойдаланилади. Оғиз бўшлиғини тозалаш вақтида катетерни 3-4 см чуқурликда юбориш мумкин. Катетерни бундан ортиқ юбориш ҳалқум орқа деворининг китикланиши натижасида оғир брадикардия ёки апоноэга сабаб бўлади (вагус қўзғалиши туфайли). Чақалок йиғлаб туғилса ва нафас олиши раво бўлса, оғиз ва бурун бўшлиғини тозалаш шарт эмас.

Мустакил нафас бошланиши учун болани артиш ва шилимшиқни сўриш тактил стимуляция омилларидан ҳисобланади. Чақалок дарҳол ва мустакил нафас олмаса, тактил стимуляция давом эттириш керак. Тактил стимуляция юқори нафас йўллари тозалангандан сўнггина ўтказилиб, у чақалокнинг товоғига охиста уриш ва орқасини силашдан иборат.



Чақалоклар реанимацияси баённомаси

Касаллик тарихи			Рақами туғилиш санаси		Туғилгандаги тана вазни (граммларда)	
Исми, шарифи			Туғилиш вақти			
Апгар жадвали	Юрак қисқариш сони	Нафас сони	Мушак тонуси	Рефлекс-лар	Тери ранги	Баллар йигиндиси
1 дақиқа						
5 дақиқа						
Апгар бўйича 7 баллдан кам						
10 дақиқа						
Хомила атрофи сувларида меқоний						
Суюқ	Боши туғилган захотиёқ нафас йўллари тозалаш	Овоз ёруғини текшириш	Трахейни тозалаш	Трахейда меқоний мавжудлиги		
Ха ☐ Йўқ ☐	Ха ☐ Йўқ ☐	Ха ☐ Йўқ ☐	Ха ☐ Йўқ ☐	Ха ☐ Йўқ ☐		
Кислород билан даволаш Бошланиши:						
Намланган кислород		Бошланиши:	/5л/дақиқада		Давом этиши:	
Никоб оркали вентиляция		Бошланиши:	/100% O ₂		Давом этиши:	
Трахей интубацияси / вентиляции						
Интубацион найча диаметри						
Вақт:	2,5 _____ 3,5 _____				Давом этиши:	
	3,0 _____ 4,0 _____					
Юрак ташқи массажи						
Ўтказилмади ☐		Бошланиши:		Давом этиши:		
Медикаментлар						
Вақт	Доза	Адреналин	Физиологик эритма	Налоксон	Натрий гидрокарбонат 4,2%	Глюкоза
Бўлимга ўтказилаётгандаги аҳволи						

Қоникарли ☐ Ўрта оғир ☐ Оғир ☐ Ўта оғир ☐
Реанимациянинг фойдаси бўлмади ☐

Бўлимга ўтказиш вақти _____

Врачнинг эҳтирозлари

Имзолар:

Неонатолог _____
исми, шарифи, имзоси

Акушер-гинеколог _____
исми, шарифи, имзоси

Чақалокнинг товонига 1та ёки 2та охиста уриш, орқасини бир – икки марта силаш аксарият ҳолларда бирламчи апноэ билан туғилган болаларда нафаснинг тикланишига ёрдам беради. Ушбу усул ёрдам бермаса, болага зудлик билан сунъий нафас беришни бошлаш лозим.

Чақалокка кўрсатилган реанимацион ёрдамнинг сўнгги босқичида боланинг умумий аҳволи қуйидаги учта асосий критерий билан баҳоланади:

1. Нафас олиш
2. Юрак уриш тезлиги
3. Тери ранги

Ушбу белгиларни назорат қилиш ва уларни баҳолаш керакли маълумотларни беради ва кейинги қилинадиган ҳаракатларни белгилайди.

Юкорида белгиланган ҳаракатлар (болани артиш, нафас йўлларини тозалаш, бирламчи стимуляция) жаъми бўлиб 30 секунддан ошмаслиги керак. Агар бола нафас олмаса ёки юрак уриши 1 дақиқада 100тадан кам бўлса, бу ҳолда сунъий нафас олдириш йўли орқали организмни кислород билан бойитиш лозим. Сунъий нафас олиш Амбу копчаси ёки эндотрахеал найча ёрдамида ўтказилади.

Эндотрахеал найчанинг киритилиш узунлиги қуйидагича аниқланади: **боланинг тана вазни + 6 см.**

Тана вазни (кг)	Юбориш чуқурлиги (узунлиги – см)
1	7
2	8
3	9
4	10

Юрак ташқи массажи, юрак уриш тезлиги 60тадан кам бўлганда ўтказилади. Бунда тўш суягининг пастки 1/3 қисмига 2та бармоқ билан ритмик босилади, натижада юрак тўш суяги ва умуртқа поғонаси орасида босилади; кўкрак қафаси ичидаги босим ошади; ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларга қон келиши яхшиланади. Юрак уриши 1 дақиқада 100тадан ошса, вентиляцияни давом эттирган ҳолда юрак ташқи массажи тўхтатилади.

Дори-дармонлар билан даволаш асфиксиянинг оғир даражасида юкорида келтирилган муолажалар ёрдам бермаганда қўлланилади. Дорилар ва қон ҳажмини тўлдирувчи моддаларни юборишдан мақсад тўқималарнинг қон билан таъминланишини яхшилаш ва кислота-ишқорлик муҳитни муътадиллашдан иборат.

Янги туғилган чақалокларга реанимация билан боғлиқ бўлган махсус дориларни қуйидаги йўллар орвали юборилади: киндик венасидан, периферик қон томирлардан, нафас найи (трахея) орқали.

Чақалокнинг юрак уриши 1 дақиқада 60тадан кам бўлса, 100% кислород билан сунъий нафас берилиб, 30 секунд давомида юракни ташқи массаж қилинганлигига қарамасдан юрак уриши сони 1 дақиқада 60тадан кам бўлса адреналин юборилади. Бунда сунъий нафас ва юрак массажи давом эттирилади. Адреналин 0,1% эритма бўлиб, унинг 1:10 000 эритмасидан 0,1-0,3 мл/кг миқдорда вена қон томирига юборилади. Адреналин гидрохлорид юрак фаолиятини қўзғатади, юрак уришининг кучи ва тезлигини оширади.

Гиповолемия белгилари (оксигенотерапия ўтказилишига қарамай тери рангининг оқарганлиги, пульснинг сустлиги, «оқ доғ» белгисининг мавжудлиги, артериал қон босимининг пастлиги, реанимацион тадбирлар самарасининг камлиги) кузатилаётган ҳолларда циркуляциядаги қон ҳажмини тўлдирувчи эритмалар (физиологик ва Рингер-Локк эритмаси) тавсия этилади.

Реанимацион тадбирлар чўзилган (5 дақиқадан ортиқ) ёки ацидоз лаборатор тасдиқланган ҳоллардагина бикарбонат натрий (4,2%ли эритмаси 1-2 ммоль/кг ҳисобидан вена қон томирига 2 дақиқа давомида) тайинланади. Натрий бикарбонат эритмаси сунъий нафас бериш йўлга қўйилгач юборилиши лозим.

Онага наркотик модда юбориш натижасида чақалокда нафас олиш сустлашган бўлса налоксон гидрохлорид тайинланади (0,1 мг/кг). Бу препарат «наркон» деб ҳам аталади ва наркотик моддаларнинг антагонисти бўлиб ҳисобланади. Ушбу препаратни тайинлашда ҳам сунъий нафаснинг бир меъёрдалигини таъминлаш муҳим аҳамиятга эга.

Асоратлари. Чақалоклар асфиксиясининг оқибати кўп жиҳатдан уни қақирган сабаблар ва асфиксиянинг оғирлик даражасига боғлиқдир. Оғир асфиксияда туғилган болаларда 15-20 дақиқа давомида ўтказилган реанимацион тадбирлар ёрдам бермаса, уларни тўхтатиш лозим, чунки бу муддатдан ортиқ вақт давомида тирилтирилган болаларда оғир ақлий ва жисмоний мажруҳликлар ривожланади.

Оғир асфиксияда туғилган болаларнинг 10-20% ҳаётининг дастлабки 5-6 кун давомида нобуд бўлишади. Бу болаларнинг ўлимига асосан аспирацион пневмония, бош миёга қон қуйилиши ва бронхларнинг ёпилиб қолиши (обтурация) натижасида келиб чиқадиган ателектазлар сабаб бўлади. Тирик қолган болаларда жисмоний ва руҳий ривожланишдан орқада қолиш, фалажлар, сурункали зотилжам ва юкумли касалликларга мойиллик каби асоратлар пайдо бўлади. Шунингдек оғир асфиксияда туғилган болаларда ҳаракат фаоллигининг бузилиши ҳам кузатилади.

РЕСПИРАТОР ДИСТРЕСС СИНДРОМ

Респиратор дистресс – оғир анте- ва интранатал гипоксия ўтказган болларда кўзатилиб, чала ва муддатида туғилган чақалоқлар хасталиклари орасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди.

Респиратор дистресс ёки нафас етишмовчилиги – организмнинг патологик ҳолати бўлиб, бунда қоннинг нормал газли таркиби қўшимча мушаклар ишининг кучайиши ҳисобидан таъминланади.

Респиратор дистресс синдром – сурфактант ишлаб чиқарилишининг танқислиги ёки ҳаддан зиёд парчаланиши натижасида келиб чиқувчи касаллик бўлиб, унинг асосий белгиси нафас етишмовчилигидир.

Чақалоқларда респиратор патологиянинг сабаблари қуйидагилардан иборат:

I. Нафас йўллари патологияси:

- Нафас йўллари обструкцияси билан кечувчи ривожланиш нуқсонлари (атрезия, хоаналар гипоплазияси, миянинг олдинги қисми чурралари, макроглоссия, микрогнатия, ҳалқум, трахея ва бронхларнинг туғма стенозлари ва б.к.).

- Орттирилган касалликлар (бурун шиллиқ қаватларининг шиши, респиратор инфекциялар, ларингоспазм ва б.к.).

II. Ўпкада кислород утилизациясининг бузилиши билан кечадиган ўпка ва алвеолалар патологияси:

- Респиратор дистресс синдром (РДС – I тури).
- Транзитор тахипноэ.
- Мекониал аспирация синдроми.
- Респиратор дистресс синдромнинг катта кишиларда учрайдиган тури.

- Ҳавонинг ўпкадан кўкрак қафасига чиқиши (кўкрак қафасида эркин ҳавонинг мавжудлиги).

- Пневмониялар.
- Ателектазлар.
- Ўпкага қон қуйилишлар.

III. Ўпка қон томирларининг патологияси:

- Юрак – қон томирлар тизимининг туғма нуқсонлари.
- Ўпка гипертензияси (транзитор ёки қайталанувчи).

IV. Ўпканинг ривожланиш нуқсонлари.

V. Апноэ хуружлари.

VI. Ўпканинг сурункали касалликлари:

- Бронх-ўпка дисплазияси.
- Чала туғилган болаларда ўпканинг сурункали етишмовчилиги.

- Вильсон – Микити синдроми.

VII. Нафас жараёни бузилишининг ўпкадан ташқари сабаблари:

- Турли генезли димланиш натижасида юрак фаоллиятининг етишмовчилиги.

- Бош ва орқа мия жароҳатлари.

- Метаболик бузилишлар (ацидоз, гипогликемия, электролитлар алмашинувининг бузилиши).

- Шок (постгеморрагик, септик).

- Миопатиялар.

- Марказий асаб тизимида таъсир этувчи медикаментларни беришни тўхтатиш туфайли ривожланувчи синдром.

- Туғма гиповентиляциясин синдром.

Респиратор дистресс синдром ривожланишига мойиллик туғдирувчи омиллар:

1. Чалалик.

2. Туғруқ жараёни бошланмай туриб, болани кесар кесиш ёрдамида олиш.

3. Оғир перинатал асфиксия.

4. Онанинг қандли диабет касаллиги.

5. Онада қон кетишлар.

6. Ўғил болаларда киз болаларга нисбатан респиратор дистресс кўпроқ учрайди.

7. РДС эгизак ҳомиладорликда 2-чи бўлиб туғилган болада кўпроқ кузатилади.

8. Ҳомиланинг периферик қонда эритробластоз билан кечувчи гемолитик анемияси.

Респиратор дистресс синдромнинг асосий клиник белгилари:

1. Тахипноэ (нафас сони 1 дақиқада 60-тадан ортиқ). Нафас сонининг кўпайиши одатда ноадекват оксигенация ёки гиповентиляциядан далолат беради. Ҳансираш қонда карбонат ангидриди парциал босимининг кўтарилиши ва кислород парциал босимининг эса пасайишига жавоб реакцияси сифатида пайдо бўлади.

2. Цианоз – чақалоқ қонида кислородга тўйинмаган гемоглобин миқдорининг кўпайиши натижасида пайдо бўлади (30-50 г/л-дан ортиқ). Бу ҳол юрак фаолияти декомпенсацияси, марказий асаб тизимининг қарахтланиши ва метаболик бузилишлар билан кечади.

3. Ёрдамчи мушакларнинг нафас жараёнида иштирок этиши – бу фаолият жиҳатдан кўкрак қафаси билан боғлиқ бўлган (ковурғалараро, ўмров усти, қорин олдинги девори) мушаклари қисқаришининг компенсатор кучайиши бўлиб, вентиляцияни яхшилашга қаратилган. Бунда парадоксал нафас (қорин олдинги деворининг нафас чиқаришда

ичига тортилиши), лунжларнинг бўртиб чиқиши («карнайчи» нафаси) ҳам кузатилади.

4. Шовқинли, инқилаб нафас чиқариш – ҳавонинг қисман қисилган нафас ёруғидан ўтиши натижасида пайдо бўлади. Бу гўдакнинг ихтиёрсиз равишда алвеолаларда газ алмашинуви чўзиш мақсадида ўпка ҳажмини кўпайтиришга қаратилган ҳаракатидир.

5. Апноэ – бу нафаснинг 15 секунд ёки ундан камроқ вақт мобайнида юрак қисқариш сонининг 1 дақиқада 100-тадан кам бўлиши билан кечадиган ҳолат. Апноэ аксарият чала туғилган болалар учун одатий ҳол бўлишига қарамай, унинг бола ҳаёти дастлабки 24-48 соати мобайнида кузатилиши оғир касалликдан дарак беради.

6. Бурун қанотларининг ёйилиши. Нафас олишда бурун қанотларининг ёйилиши худди ёрдамчи мушакларнинг нафасда иштирок этиши каби нафас етишмовчилигидан дарак берувчи белги бўлиб ҳисобланади.

7. Ҳаракат фаоллигининг пасайиши респиратор дистресс синдром белгиси бўлиб ҳисобланмайди, чунки у марказий асаб тизими бузилишлари ва сепсисда ҳам хос бўлмаган белги сифатида кузатилиши мумкин. Лекин шунга қарамай, у респиратор дистресс синдром белгилари қаторига киритилган. Аксарият ҳолларда ўпканинг оғир зарарланишларида нафас фаоллигидан бошқа барча фаолликлар ҳам сезиларли даражасида сусаяди.

Чала туғилган болаларда нафас етишмовчилиги асосий сабаби нафас бузилишлари синдроми бўлиб ҳисобланади. Нафас бузилишлари синдромининг клиник кўринишида боланинг оғзида кўпик пайдо бўлиши, гипотермия, ланжлик, олигурия, қусиш, қориннинг дамлаши, бола тана вазни дастлабки камайишининг юқорилиги, периферик тери ости ёғ қаватининг шиши каби белгилар ҳам хос.

Респиратор дистресс синдромга пневмопатиялар ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Пневмопатиялар – бу ўпканинг хос бўлмаган касалликлари бўлиб, бола ҳаётининг дастлабки соат ва кунларида намоён бўлади.

Пневмопатияларнинг асосий сабаблари қуйидагилардан иборат:

1. Сурфактант ҳосил бўлиши ва ажралишининг танқислиги.
2. Сурфактантнинг сифатсизлиги.
3. Сурфактант ингибицияси ва парчаланиши.
4. Ҳомилада ўпка тўқимасининг етилмаганлиги.

Пневмопатияларнинг патогенези. Сурфактант юза фаол модда бўлиб, у II-турдаги алвеоляр ва туксиз бронхоляр (Клар) хужайраларда синтез қилинади.

Сурфактант липопроteid бўлиб, унинг 90% липидлардан ташкил топган, улардан 80% эса фосфолипидлардир. Ҳомилада сурфактант синтези 20-24 ҳафталикда бошланади. Ушбу тизимнинг тўла етилиши ҳомилаликнинг 35-36 ҳафталарига тўғри келади.

Сурфактантнинг асосий вазифалари қуйидагилар:

1. Алвеолаларнинг нафас чиқариш пайтида пучайишига қаршилик қилиш.
2. Ўпкани жароҳатланишлардан ҳимоя қилиш.
3. Ўпканинг граммпозитив микробларга қарши макрофагал реакциясини кучайтириш.
4. Маҳаллий микроциркуляция ва алвеолалар девори ўтказувчанлигини бошқариш, ўпка шиши олдини олиш.

Юқорида келтирилган этиологик ва мойиллик туғдирувчи омиллар (чалалик, ҳомила инфекциялари, перинатал гипоксия ва асфиксия, онанинг қандли диабет, туғруқ пайтида ўткир қон йўқотишлар ва б.қ.) таъсири остида беморларда сурфактант танқислиги пайдо бўлади ва бунинг натижасида қуйидагилар ривожланади:

1. Оғир гипоксемия ва гипоксия, гиперкапния, респиратор – метаболик ацидоз, гипогликемияга мойиллик, гипокальциемия ва бошқалар.
2. Ўпка гипертензияси ва тизимли гипотензия, гиповолемия, микроциркуляциянинг бузилиши, периферик шишлар, мушаклар гипотонияси.
3. Марказий асаб тизимининг зарарланиши.
4. Юрак етишмовчилиги, терморегуляциянинг нотурғунлиги, гипотермияга мойиллик, функционал ичак тутилиши ва б.қ.

Нафас бузилишининг оғирлик даражаси чала туғилган болаларда Силверман – Андерсен жадвали бўйича, муддатида туғилган болаларда эса Даунс жадвали бўйича баҳоланади (Жадвал 13 ва 14).

Жадвал 13.

Силверман –Андерсен жадвали.

Белгилар	0 балл	1 балл	2 балл
«Парадоксал нафас»	Йўқ	Синхронликнинг йўқлиги ёки нафас олганда кўкрак юқори қисмининг минимал чўкиши ва қорин олдинги деворининг кўтарилиши	Кўкрак юқори қисмининг нафас олганда сезиларли чўкиши ва қорин олдинги деворининг кўтарилиши
Нафас олганда қовурғалар оралиғининг таранглашуви	Йўқ	Енгил	Сезиларли (яққол)
Нафас олганда тиғсимон ўсимтанинг ичкарига ботиши	Йўқ	Енгил	Яққол
Пастки жағнинг нафас жараёнида қатнашуви	Йўқ	Нафас олганда пастки жағ осилган, оғиз ёпиқ	Нафас олганда пастки жағ осилган, боланинг оғзи очик
Экспиратор шовкинлар	Йўқ	Кўкрак қафасининг аускултациясида экспиратор шовкинлар аниқланади	Экспиратор шовкинлар фонендоскопни боланинг оғзига яқинлаштирганда, ёки фонендоскопсиз ҳам эшитилади

Чақалоқда баллар йиғиндиси бу жадваллар бўйича 10 баллга тенг бўлса - ўта оғир; 6-9 балл – оғир; 5 балл – ўрта оғир; 5 баллдан кам бўлса – енгил ёки респиратор дистресс бошланиши деб баҳоланади.

Пневмопатияларга ўпка ателектазлари, гиалинли мембраналар касаллиги, ўпкага қон қуйилишлар, мекониал аспирация синдроми, постасфиксик пневмопатия ва Микитти-Вилсон синдроми киради.

Жадвал 14.

Даунс жадвали

Белгилар	Баҳолаш баллари		
	1	2	3
Терининг цианози	Йўқ	Хона ҳавоси билан нафас олганда бор	40% O ₂ билан нафас олганда ҳам сақланган
Кўкрак қафаси юмшоқ жойларининг ботиши	Йўқ	Сезиларсиз	Яққол
Нафасдаги хириллашлар	Йўқ	Аускултацияда эшитилади	Масофадан эшитилади
Йиғиси	Баланд	Паст	Инкиллаш
Нафас сони/дақиқада	60-тадан кам	60 - 80	80-тадан қўп

Ўпка ателектазлари - бирламчи (ўта чала, етилмай туғилган, бош ва орқа миёга анте- ёки интранатал даврда қон қуйилишлар натижасида ҳомила атрофи сувлари билан аспирация бўлган ҳамда оналари туғруқдан олдин юқори дозада седатив препаратлар олган чақалоқларда кузатилади) ва иккиламчи (одатда ошқозон шиллиқи ва сут билан аспирация бўлганда, обструктив синдром билан кечаётган ўткир респиратор вирусли инфекция ва пневмонияда) бўлиши мумкин.

Бирламчи ателектазларнинг келиб чиқишида сурфактант ишлаб чиқарилиши танқислиги ва ўпка алвеолалари очилиши жараёнининг йўқлиги ёки сустлиги маълум аҳамиятга эга.

Клиникаси: Ателектазларнинг тарқалган, ўчоқли ва сегментар турлари ажратилади. Тарқалган ателектазлар клиник кўринишида нафас етишмовчилиги белгилари кучли ривожланган бўлиб, у кўкрак қафасининг юқори қисми таранглигининг ошганлиги, ўпка устида перкутор товушнинг қисқариши, нафаснинг сустлиги, тарқалган, паст товушли крепитацион ва майда пуфакли хириллашлар, тахикардия, юрак товушларининг бўғиклашуви, шиш синдроми, гепатомегалия каби белгилар билан намоён бўлади. Респиратор дистресс синдром 3-5 кун, ўта чала туғилган чақалоқларда узоқроқ давом этиб, бирламчи ателектазда унинг белгиларини туғилган заҳотиёқ кўриш мумкин.

Касалликнинг ташхисида 2 проекцияда қилинган кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси муҳим аҳамият касб этади. Кўпсегментли ва бўлакли ателектазларда диффуз – гомоген соя аниқланиб, ўпка расми кўринмайди, кўкрак қафасининг оралиқ соҳасида жойлашган аъзолар соясининг ателектаз томонига силжиши кузатилади. Тарқалган ателектазда эса кичик соҳали аппневматозлар (тўрсимон) аниқланади.

Гиалинли мембраналар касаллиги. Гиалин мембраналар касаллигининг ривожланиши чалалик даражаси билан боғлиқ. Гиалин

мембраналар касаллигининг ривожланишига бош мия қоринчаларига қон қуйилишлар, қалқонсимон ва буйрак усти безининг транзитор гипофункцияси, гиповолемия, гипероксия, гипотермия, эгизак ҳомиладорликлар сабаб бўлиши мумкин.

Клиникаси: Гиалин мембраналар касаллигининг дастлабки белгилари туғилгандан сўнгги 1-4 соат мобайнида ҳансираш (нафас сонининг 1 дақиқада 60–тадан ортиқ бўлиши)нинг пайдо бўлиши; экспиратор шовқинлар, нафас олганда тўш суяги тигсимон ўсимтаси чўкиши ҳисобидан кўкрак қафаси, қовурғалар оралиғи, ўмров усти чуқурчасининг ичкарига ботиши; шу белгилар билан бир қаторда ёки биров кечроқ бурун катақларининг керилиши, апноэ, цианоз (периорал, кейинроқ – акроцианоз ёки тарқалган цианоз), тери рангининг оқариши, лунжларнинг дўпайиб туриши (“карнайчи” нафаси), парадоксал нафас, юрак ритмининг ригидлиги, оғиздан кўпик ажралиб туриши, қўл ва оёқлардаги шишлар билан намоён бўлади. Кўкрак қафаси ясси шаклга киради. Бола ҳаётининг дастлабки соатларида ўпка устида жуда суст нафас, кейинчалик – баланд қуруқ хириллашлар, нафас олганда ва чиқарганда крепитацияли ҳамда майда пуфакчали хўл хириллашлар эшитилади. Шунингдек гипотермия, ланжлик, ҳаракатнинг камлиги, гипорефлексия, адинамия, летаргия ва ҳаттоки кома, артериал ва мушаклар гипотонияси, олигурия, иштаҳанинг бўғилиши, қусиш, қориннинг дамлаши, ичак тутилиши, тана вазнининг камайиши каби белгилар ҳам хос. Оёқлар аксарият ҳолларда «қурбақа» ҳолатида бўлади. Кўпинча мия қоринчаларига қон қуйилади. Респиратор – дистресс синдром кучайиб борса, шок ва қоннинг томирларда тарқалган ивиши синдроми белгилари ривожланади.

Гиалинли мембраналар касаллигининг кечиши. Касаллиқнинг ўрта оғир даражасида ва асоратлар бўлмаган ҳолларда бола ҳаётининг 3-4 кунларидан клиник белгилар аста-секин камайиб боради ва оқибати хайрли бўлади. Асоратлашган ҳолларда ва туғилганда тана вазни 1500 граммдан кам бўлган болаларда касаллик бир неча ҳафтагача чўзилиши мумкин.

Касаллиқнинг хос асоратлари – артериал тармоқнинг очилиши, септик шок, қоннинг томирларда тарқалган ивиши синдроми, пневмония, ўпка шиши ва б.қ.

Шиш – геморрагик синдром - бу пневмопатиялар ичида энг оғирларидан бири бўлиб, бутун организмда модда алмашинуvinинг бузилиши ва ҳомилалик давридаги кучли гипоксия натижасида келиб чиқадиган умумий гипергидратациядир. Ушбу синдромнинг келиб чиқишида нафас аъзоларининг етилмаганлиги ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шиш – геморрагик синдром кўпинча чала туғилган болаларда кузатилади.

Клиник кўриниши. Бу синдромнинг клиник кўриниши қовурғалар оралиғи, ўмров усти ва ости чуқурчаларининг ичига ботиб туриши билан кечадиган ҳансираш бўлиб, бунда нафаснинг тезлашуви апноэ билан алмашилиб туради. Нафас олиш жараёнининг бузилиши юрак – қон томирлари фаолиятининг издан чиқиши ҳамда марказий асаб тизими фаолияти бузилишининг белгилари ҳам пайдо бўлади.

Касаллиқнинг оғир шаклларида боланинг оғзидан қон аралаш кўпиксимон суюқлик ажралиб туради. Ўпкада перкутор товушнинг қисқариши, нафаснинг дағаллашуви ва хўл хириллашлар пайдо бўлиши каби ўзгаришлар аниқланади. Беморни рентгенологик текширилганда ўпкада ҳавонинг камайганлиги, юрак ва диафрагма чегараларининг ноаниқлиги топилади.

Шиш – геморрагик синдром аксарият ҳолларда ўпканинг тарқалган майда ўчоқли ателектазлари билан биргаликда кечади.

Касаллик оқибати яхши эмас.

Ўпкага кучли қон қуйилишлар синдроми аксарият ҳолларда чала туғилган болаларда кузатилади. Бу синдром чақалоқларда нафас олиш жараёнининг кучли бузилиши билан кечиб, чақалоқлар гемолитик касаллиги, асфиксия, зотилжам билан оғриган чақалоқларда кўпроқ учрайди.

Ўпкага қон қуйилишига ўпка томирларида қоннинг туриб қолиши, қон ивиши жараёнининг бузилиши, юрак - томир тизими фаолияти мослашуви (адаптацияси)нинг бузилиши муҳим аҳамиятга эгадир.

Клиник кўриниши. Ўпка тўқимасига қон қуйилиши нафас олиш жараёнининг бузилишига олиб келади. Бемор боланинг нафас йўлларида қон оқиши ёки оғиз ва бурнидан қон аралаш кўпиксимон суюқлик ажралиб туриши кузатилади.

Рентгенологик текшириб кўрилганда, ўпкада қон томирлар расмининг кучайганлиги ва чегараси ноаниқ бўлган қорамтир ўчоқлар ўпканинг шиши соҳалари билан алмашилиб туриши аниқланади.

Вилсон – Микитти синдроми. Вилсон ва Микитти 1960 йилда чала туғилган болаларда ўпка касаллиқларининг янги турини тасвирлаб беришди. Бу ҳолатнинг келиб чиқиш сабаблари охиригача аниқланмаган. Ушбу касалликда кузатиладиган нафас олиш фаолиятининг бузилиши ўпка тўқимасининг етилмаганлиги ва ундаги бирламчи гипертензия билан боғлиқ.

Касаллиқнинг клиник белгилари аста-секин юзага чиқади, у асосан бола ҳаётининг 1-5 ҳафталари давомида ривожланади. Болада нафас олиш сони ҳар дақиқада 60-80тагача кўпаяди, тери ва шиллиқ пардалар цианози пайдо бўлади.

Беморни рентгенологик текшириб кўрилганда ўпканинг тарқалган (диффуз) шиши (инфилтрацияси) аниқланади. Аста-секин боланинг умумий аҳволи оғирлашиб бориб, цианоз янада кучаяди, бунинг натижасида тери кулранг тусга киради, нафас олиш етишмовчилиги орта бориб, ўпка – юрак етишмовчилиги келиб чиқади. Беморни рентгенологик усул билан текширилиб кўрилганда ўпкада кичик думалоқ шишлар билан бир қаторда илдизсимон расмларни кўриш мумкин.

Касаллик узоқ вақт (6 ойдан 14 ойгача) давом этиб, аксарият ҳолларда (60-70%) боланинг ўлими билан тугайди.

Респиратор дистресс-синдромнинг ташхиси асосан касаллик клиник белгиларига қараб қўйилади. Бу мақсадда Сильверман жадвалидан фойдаланилади.

Шунингдек, бу синдромнинг антенатал ривожланиш эҳтимolini аниқлаш учун ҳомила атрофи сувларида лецитин-сфингомиелин нисбати ёки тромбопластин фаоллиги аниқланади. Агар сфингомиелин-лецитин нисбати ҳомила атрофи сувларида 2,0дан ортиқ бўлса, ушбу синдромнинг келиб чиқиш эҳтимоли 2%; иккидан кам бўлса 50%ни, бирдан кам бўлса 100%ни ташкил этади.

Шунингдек бу синдромни чақалоқда аниқлаш мақсадида Клеменсинг "кўпиклиниш" синамаси ҳам қўлланилади. Бу синама қуйидаги тартибда ўтказилади: ҳомила атрофи сувлари, юкори нафас йўлларидаги шилимшиқ ёки ошқозондаги моддалар 5,0 микдорда сўриб олиниб, пробиркага солинади, унга томчилаб этил спирти томизилади ва 10-15 сония давомида чайқаб турилади, агар пробиркадаги суюқлик устида кўп микдорда кўпик ҳосил бўлса, бу ҳолат ўпка тўқимасининг кониқарли етилганлигидан далолат беради.

Шундай қилиб, респиратор дистресс синдромнинг ташхиси қуйидагиларга асосланади:

1. Монитор назорат: нафас олиш сони, юрак уриши сони, артериал қон босими, кислород сатурацияси - SaO_2 (имкони борича), кунига бола тана вазнини 1-2 марта тортиб кўриш, ҳар соатда Силверман ёки Даунс жадвали бўйича баҳолаш, диурез ва тана ҳароратини назорат қилиш.

2. Қоннинг клиник таҳлили, гематокрит.

3. Кислота-ишқорий ҳолат, қондаги газлар таркиби.

4. Гликемия даражаси.

5. Қоннинг электролитлари (Ca, K, Mg, Na).

6. Кўкрак қафаси рентгенографияси.

7. ЭКГ.

8. Кўрсатма бўйича қондаги сийдикчил, билирубин, умумий оксил, коагулограмма.

9. Кўрсатма бўйича қон ва трахеядан олинган моддани экиб кўриш.

Респиратор – дистресс синдромнинг **қиёсий ташхиси** қуйидаги касалликлар билан ўтказилади:

- хоаналар агенезияси. Бу касалликда бола бурни билан нафас ола олмайди, цианоз ва нафас бузилиши белгилари биринчи нормал нафасдан сўнг пайдо бўлади. Бунда буруннинг кўп микдордаги шилимшиқли модда билан тўлиб туриши ва зонд ёки катетерни бурундан ҳалқумга ўтказиб бўлмаслиги ҳам хос;

- трахеоэзофагеал окмалар. Клиник жиҳатдан улар суюқликнинг томоққа учиши цианоз хуружлари, йўтал, овқатлантириш вақтида ўпкада хириллашлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади;

- диафрагмал чурралар. Туғилиш пайтида ёки кейинроқ кўпайиб боровчи нафас бузилишлари билан кечади. Бунда қориннинг ичкарига ботиши, кўкрак қафаси ўнг ва чап томонлари ҳаракатининг асинхронлиги, юрак чўққиси турткисининг аксарият ҳолларда ўнг томонга силжиши, ўпка устида перкутор товушнинг қисқариши, шу соҳаларда нафас шовқинларининг йўқлиги, соғлом томонга ётқизилганда цианознинг пайдо бўлиши каби белгилар ҳам хос;

- бош ва орқа миyanинг туғруқ жароҳатлари;

- кўкариш билан кечадиган юракнинг туғма нуқсонлари.

Респиратор-дистресс синдромда болада терининг ранги одатдагидек, юрак туғма нуқсонларида тери қопламалари кўкарган, 100% O_2 берилганда респиратор-дистресс синдромда қонда кислороднинг парциал босими (PaO_2) ошади, юрак туғма нуқсонларида эса бу кўрсаткич ўзгармайди.

- пневмониялар. Пневмонияга хос клиник ва лаборатор белгилар ёрдамида қиёсий ташхиси ўтказилади.

Даволаш. Респиратор – дистресс синдромни даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Тана ҳароратини оптимал даражада ушлаб туриш ($36,5-37,5^\circ\text{C}$) мақсадида болани кувезга жойлаштириб ($34-36^\circ\text{C}$), бошига қалпоқча, оёқларига эса пайпоқча кийдирилади. Кўрик пайтида гипотермияга йўл қўймаслик лозим.

2. Нафас йўллариининг ўтказувчанлигини таъминлаш учун боланинг бошини орқага енгил ташлашланади ("акса уриш ҳолати", бунинг учун елка остига 2-2,5 см қалинликдаги ёстиқча қўйилади). Ҳар 2-3 соатда боланинг ҳолатини ўзгартириб туриш керак (ёнбошига, қорнига ётқизиш ва б.к.). Кўрсатма бўлганда – трахеянинг санацияси ўтказилади.

3. Энтерал овқатлантириш одатда бола ҳаётининг 2-3 кунларида, умумий аҳволи стабиллашган (ҳансирашнинг камайиши, узоқ муддатли апноэнинг йўқлиги, қусишнинг тўхташи)дан сўнг бошланади. Овқатлантириш орогастрал зондлар ёрдамида ўтказилади. Овқатини юбориш режими узлуксиз (инфузион насос ёрдамида) ёки бир марталик (1

кунда 8-12 марта) бўлиши мумкин. Чақалоқ учун оптимал овқат – бу онадан соғиб олинган сутдир. Боланинг умумий аҳволи динамикада яхшиланиб борса (ютиш ва сўриш рефлекслари анча жонланса) пипетка, шприц, мензуркадан овқатлантира бориб, аста-секин болани кўкракдан овқатлантиришга ўтказилади. Она сути ва суюқликларнинг суткалик ҳажми боланинг ёши ва тана вазнини ҳисобга олган ҳолда тайинланади (жадвал 15).

Жадвал 15.

**Чақалоқ ҳаётининг дастлабки кунларида
овқат ва суюқликларнинг умумий ҳажми**

Ҳаёт кунлари	1	2	3	4	5	6	7
Овқат ва/ёки суюқлик ҳажми (мл/кг)	60	80	100	120	140	150	160+

Илова: Кичик вазнда туғилган болалар учун овқат ва суюқлик ҳажми тана вазнига боғлиқ ҳолда сўнгги бўлимларда келтирилган.

Ошқозонда овқатнинг узок муддат сақланиб туриши, ўт аралаш доимий қусиш, ичак перисталтикасининг суст ёки кучли бўлиши, ахлатда қоннинг мавжудлиги, қорин пардаси зарарланиши белгилари энтерал овқатлантиришга монелик бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолларда бола парентерал овқатлантиришга ўтказилади.

4. Респиратор-дистресс синдромнинг оғирлик даражасидан боғлиқ ҳолда оксигенотерапия усули танланади:

- кислород ингаляцияси палаткалар, ниқобчалар, назал катетерлар ёрдамида, шунингдек тўғридан – тўғри кувез ичига юбориш йўли билан ўтказиш мумкин. Кислородни илитилган ва намланган ҳолда берилиши суюқлик ва иссиқликнинг кўшимча йўқотилиши олдини олади. Сатурация даражасини 90-95% атрофида ушлаб туриш мақсадга мувофиқ.

- доимий ижобий босим остидаги спонтан нафас усули. Бунда назал канюлалар, юзга қўйиладиган ниқоб ёки интубацион трубка орқали амалга оширилиб, бунда кислород концентрацияси 50-60%, намлиги 80-100%, аралашма ҳарорати 36,5-37°C, юбориш тезлиги 3л/мин.-дан ортиқ бўлиши лозим. Муолажа 3-4 см сув устунига тенг бўлган босим билан бошланади. Агар гипоксия сақланиб қолса, босим 1-2 см сув устунига қўтарилади (босим 8 см сув устунидан ортмаслиги керак!) ёки аралашмадаги кислород концентрацияси 70-80%-гача оширилади. Амалда доимий ижобий босим остидаги спонтан нафас респиратор дистресс синдромнинг ўрта оғир шакллари даволашда, беморни

респиратордан олганда, шунингдек чала туғилган болаларда апноэ хуружларини даволаш ва олдини олиш мақсадида қўлланилади.

Доимий ижобий нафас усулига монеликлар:

- гиперкапния ($\text{PaCO}_2 \geq 50$ мм сим. уст.);
- гиповолемия;
- шок;
- юқори нафас йўллари ривожланиш нуқсонлари;
- ўпканинг сунъий вентилияцияси.

Ушбу усулни қўллашга қуйидаги клиник кўрсатмалар амалий аҳамиятга эга:

- нафас сонининг 1 дақиқада 70-тадан ортиқ бўлиши (тахипноэ), кўкрак қафасининг тортилиши, парадоксал нафас (Силверман жадвали бўйича 7-10 баллга тўғри келади).

- брадикардия билан кечадиган апноэ ва цианоз хуружларининг такрорланиб туриши (бундай ҳолатдан боланинг ўзи мустақил равишда чиқа олмайди).

Доимий ижобий босим остидаги спонтан нафас усулини қўллашга кўшимча кўрсатмалар – кислота-ишқорий ҳолат ва қондаги газлар миқдори бўлиб ҳисобланади:

- оксигенация 90-100%-ли кислород билан ўтказилганда $\text{SaO}_2 \leq 90\%$ бўлса;
- $\text{PaCO}_2 \geq 60$ мм сим. уст.дан ортиқ бўлса;
- $\text{pH} \leq 7,2$ бўлса.

Оксигенотерапия усулини танлашда қуйидагиларга эътибор берилади:

- Респиратор дистресс синдромнинг енгил шаклида (Силверман жадвали бўйича 5 баллдан кам баҳоланади) кувезга 1-2 л/мин тезликда кислород юбориш билан чекланса бўлади. Бунда нафас йўлларидаги кислород 25-30%-гача ошади. Ижобий ўзгариш бўлмаса, кислородотерапия доимий ижобий босими остидаги спонтан нафас усулида ўтказилади.

- Респиратор дистресс синдромнинг ўрта оғирликдаги шаклида (Силверман жадвали бўйича 5 балл) кислород чодирчаси ёки зич қўйилган ниқоб орқали кислород 2-4 л/мин тезликда юборилиши зарур, тана вазни 1250 граммдан кам бўлган чақалоқларга эса бурун канюлалари ёки интубацион трубка орқали доимий ижобий босимли спонтан нафас усулида оксигенация ўтказилади (ҳолбуки, аппарат ёрдамида ўтказиладиган ўпка сунъий вентилияциясининг самараси анча яхши). Чақалоқларда доимий ижобий босимли спонтан нафас усулини қўллашга асосий кўрсатма сатурациянинг (60% кислород билан нафас олишга карамай) 90%-дан паст бўлиши ҳисобланади.

- Респиратор дистресс синдромнинг оғир даражасида шошилиш равишида интубацион трубка орқали респиратор ёки Амбу копчаси ёрдамида ўпканинг сунъий вентилизациясини бошлаш лозим.

5. Сув – электролит баланси, суюқликларга ва электролитларга бўлган эҳтиёжни муътадиллаш индивидуал тарзда олиб борилади. Тана вазни 1500 граммдан ортиқ бўлган оғир асфиксияни ўтказган болаларга ҳаётининг дастлабки кунларида суюқлик миқдорини 40 мл/кг-гача чекланади. Тана вазни 1000 гр-дан 1500 гр-гача бўлган чала туғилган болаларга инфузион терапия 10% глюкозадан бошланади. Тана вазни 1000 гр-дан кам бўлган болаларга инфузион терапияни 5% глюкоза билан бошлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Гипогликемия ҳолати ривожланса, юборилаётган глюкозанинг концентрацияси оширилади.

Калийни парентерал юбориш бола ҳаётининг 3 кунидан бошланади. Калийга бўлган физиологик эҳтиёжни қоплаш учун калий хлориднинг 4-7,5% эритмалари қўлланилади (бу эритмаларнинг 1 млда мос равишда 0,5-1,0 мэкв-га калий мавжуд). Боланинг магнийга бўлган физиологик эҳтиёжи магний сульфатнинг 25% эритмасини парентерал юбориш (0,2 мл/кг) йўли билан қондирилади. Уни 10-20 мл 10% глюкозага қўшган ҳолда вена ичига боланинг нафас жараёнини мониторинг қилган ҳолда секин томчилаб юборилади (юбориш тезлиги 1-2 томчи/мин.).

6. Респиратор дистресс синдромнинг ўрта оғир ва оғир шаклларида антибиотиклар комбинацияси билан антибактериал даволаш: яримсинтетик пенициллинлар (ампициллин 50-100 мг/кг/кун) + аминогликозидлар (гентамицин 4-5 мг/кг/кун) тайинланади.

7. Синдромлар бўйича даволаш – гиповолемия, артериал гипотония, шиш синдроми, кислота-ишқорий ҳолатни муътадиллашга қаратилган.

8. Сурфактант воситасида ўриндош даволаш профилактик мақсадда бола ҳаётининг дастлабки 15-30 дақиқасида, даволаш учун эса 2-24 соатларида тавсия этилади.

9. Респиратор дистресс синдромда глюкокортикоидлар режали равишда қўлланилмайди (бу препаратлар буйрак усти бези фаолият етишмовчилигининг клиник-лаборатор белгилари мавжуд бўлса қўлланилади).

Олдини олиш тадбирлари. Антенатал гормонал профилактика. Бунда ҳомиладорликнинг 24-34 ҳафтасида муддатида туғиш хавфи бўлса онага мушаклар орасига ёки ичишга бетаметазон (12мг 2 маҳал 24 соат оралиқ билан) ёки дексаметазон (6мг-дан 4 маҳал 12 соатлик оралиқ билан) берилади. Гормонотерапия туғруқ бошланиши оралиғи 24 соатдан ортиқ бўлса натижаси яхши бўлади. Кортикостероидларни антенатал тайинлаш респиратор дистресс синдром ривожланишининг олдини олиш билан бир каторда артериал тармоқнинг очилиши синдроми, мия

қоринчаларига қон қуйилиши, перивентрикуляр лейкомаляция, некротик энтероколитнинг ривожланиш хавфини камайтиради ва ўта чала туғилган чақалоқлар парвариши муддатини қисқартиради.

Респиратор дистресс синдромнинг олдини олиш мақсадида туғруқни «чўзиш» усули ҳам қўлланилади, агар сувсизлик даври 2 кундан ортиқ давом этса, респиратор дистресс синдроми ривожланиш хавфи камаяди, лекин бу болаларда аксарият ҳолларда сепсис ривожланиши ва мияга қон қуйилиши мумкин.

Экзоген сурфактантни (экзосурф) туғруқдан сўнгги дастлабки 30 минут давомида юбориш ҳам респиратор дистресс синдром олдини олишда яхши натижа беради.

Оқибати. Респиратор дистресс синдромнинг оқибати унинг оғирлик даражаси ва йўлдош касалликлар мавжудлигидан боғлиқ. Тана вазни 1000 граммдан ортиқ бўлган болаларда даволаш рационал олиб борилганда ўлим 5-10%-дан ошмайди. Респиратор дистресс синдромни ўтказган болалар ҳаётнинг дастлабки йилида пневмония билан тез-тез оғришади, шунингдек уларда сепсис ҳам кўп кузатилади. Бу болаларда энцефалопатия (постгипоксик) ҳам хос асоратлардан бири бўлиб, айримларида у мактабгача ва мактаб ёшида мия фаолиятининг минимал дисфункциялари, ўқишдаги муаммолар тарзида намоён бўлади.

ЦЕРЕБРАЛ ИШЕМИЯ

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра 10% болаларда асаб - руҳий касалликлар қайд этилиб, ундан 80% миянинг перинатал зарарланишлари билан боғлиқ. Лекин миянинг перинатал зарарланиши кўрсаткичлари тўлиқ аниқланмаган, чунки одатдаги неврологик критериялар ва патологик белгилар орасида аниқ чегара йўқ. Миянинг перинатал даврда зарарланиши сабаблари қуйидагича тақсимланади: церебрал ишемия – 47%; миянинг ривожланиш аномалияси ва дисплазияси – 28%; TORCH-инфекция – 19%; туғруқ жароҳати – 4%; модда алмашинуви-нинг ирсий касалликлари – 2%.

Церебрал ишемия (ЦИ) анте-, интра- ёки аралаш гипоксия туфайли ривожланиб, ҳар 1000-та муддатида туғилган чақалоқнинг 1,6 – 8-тасида учрайди.

Патогенези: Церебрал ишемия ривожланишида гипоксия ва ишемия муҳим аҳамиятга эга.

Муддатида туғилган чақалоқларда гипоксияда бош мия пўстлоқ ва пўстлоқ ости қисмининг оқ моддаси зарарланиб, касаллик оғир кечган ҳолларда у спастик тетраплегия ва интеллектуал етишмовчилик билан асоратлашади. Бу болаларда миянинг гипоксик зарарланиши базал

ганглиялар ва таламуснинг status marmoratis шаклида кечиш, у хореоатетоз ва рухий ривожланишдан орқада қолиш билан намоён бўлади. Мия пўстлоқ қисми ва пўстлоқ ости қисми оқ моддасининг фокал ва мультифокал некрози муддатида ва чала туғилган болалар учун бир хилда кузатилиб, у гемипарез ва фокал тутқаноқлар олиб келади.

Шунингдек, турли гестация муддатида туғилган болалар учун мия зарарланишида нейронларнинг селектив ва диффуз некрози хос. Муддатида туғилган болаларда селектив некроз мия пўстлоғи, таламус, миёча, бош мия устуни ва орқа миёда жойлашиб, одатда ўткир ва оғир гипоксия устун ва спинал бузилишлар, сурункали ва енгил гипоксия эса бош мия пўстлоғи томонидан бузилишларга сабаб бўлади. Чала туғилган болаларда эса селектив некрозлар диэнцефал соҳа ва бош мия пўстлоқ қисмида жойлашиб, спастик тетраплегия, краниал асаб толаларнинг зарарланиши, диққат танқислиги ва гипоталамик синдромлар билан намоён бўлади. Уларда миянинг гипоксик зарарланиши морфологик жиҳатдан пери- ва интравентрикуляр зарарланишлар билан кечади.

Қон босимининг ошиши қон қуйилишларга, босимнинг пасайиши эса ишемия ва некрозга сабаб бўлади. Қон қуйилиши асосан унилатерал жойлашган бўлиб, гемиплегия ва интеллектуал етишмовчиликка сабаб бўлади. Босим пасайганда перивентрикуляр оқ модданинг зарарланиши (лейкомаляция) кузатилиб, у спастик пара- ва тетраплегия, интеллектуал етишмовчилик ривожланиш хавфини туғдиради.

Клиник кўриниши. Церебрал ишемия учун тўлқинсимон ва босқичли кечиш хос. Церебрал ишемия енгил (I-даража) шаклида безовталиқ, симпатикотония (тахикардия, тахипноз, кўз қорачиқларининг кенгайиши ва б.к.) кузатилиб, физиологик рефлекслар сақланган бўлади. Бундай болаларнинг аксарияти тузалиб кетади.

Церебрал ишемия ўрта оғир шаклида гаспинг ёки Чейн-Стокс даврий нафаси, брадипноз ёки брадикардия хуружлари, спонтан ҳаракатнинг сустлиги хос. Бу болаларда ҳаётнинг дастлабки куни иккинчи ярмида талваса синдроми кузатилиб, у талвасага қарши дорилар таъсирида осон бартараф этилади. Ҳаётнинг 2-чи кунида мушаклар тонуси бироз яхшиланади, лекин монотон йиғи, қусиш, миоклоник тутқаноқ, тремор, тартибсиз ҳаракат каби белгилар пайдо бўлади. Бола ҳаётининг 2-куни охири 3-чи куни бошларида апноэ хуружлари, мия ичи гипертензияси ёки мия шиши белгилари ривожланади. Ушбу белгилар 1 ҳафта мобайнида ўтиб кетиши мумкин. Агар неврологик белгилар (ланжлик, гипотония, сопороз ҳолат, эмишнинг сустлиги, ҳаракатнинг камлиги) бир ҳафтадан ортиқ сақланиб турса, 20-40% ҳолларда неврологик асоратлар юзага келади.

Церебрал ишемиянинг оғир шаклида (III даражаси) ҳаётнинг дастлабки 12 соатида бола беҳуш ёки қарахт бўлиб кейинчалик «ёлғон яхшиланиш» ҳолати кузатилади, ҳаётнинг 2-3 кунларига бориб, боланинг аҳволи қайта оғирлашади. Бунинг асосий сабаби миёда цитотоксик шиш билан кечадиган деструктив, ҳамда некротик жараёнлар ривожланишидир. Постгипоксик талвасалар қанчалик эрта бошланса, энцефалопатия шунчалик оғир кечади ва унинг оқибати жиддий бўлади. Шуни ёддан чиқармаслик лозимки, оғир перинатал гипоксияли болаларда ҳатто ҳаётининг дастлабки соатларида ҳам талваса метаболик бузилишлар - гипогликемия, гипокальциемиа, гипомагниемиа ва гипераммониемиа билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Церебрал ишемияли болаларда моторик бузилишлар, мушаклар гипотонияси турли даражада бўлиши мумкин. Ўткир оғир асфиксияда муддатида туғилган болаларда парасагитал қисмлар ишемияси натижасида бола ҳаёти дастлабки куни охирида «елкалар мажолсизлиги» кузатилади, яъни болани қўлтигидан тутиб тик ушлаганда «боланинг боши елкалари ичига ботади». Бундан проксимал қисмлар мажолсизлиги – «тюлен қўлчалари» белгиси ҳам далолат бериши мумкин. Чала туғилган болалар учун эса «оёқлар мажолсизлиги», ланжлик, апноэ хуружлари билан кечадиган брадикардия, ҳаракатнинг камлиги, эмиш рефлексининг йўқлиги, қусиш ва бошқа белгилар ҳам хос.

Церебрал ишемияли болаларда ўпка, юрак-қон томир ва метаболик бузилишларни эрта аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Турғун олигурия (диурез 15мл/кг/кун-дан кам) эрта неонатал даврда неврологик «чиқишнинг» ёмонлиги билан мос келади, яъни бу болаларда неврологик асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлади.

Перивентрикуляр лейкомаляция (ПВЛ) – чала туғилган болаларда гипоксик ҳолатдан сўнг энг кўп ривожланадиган асоратлардан биридир. Перивентрикуляр лейкомаляция патогенезида эркин радикаллар ҳал қилувчи аҳамиятга эга, демак ноадекват оксигенотерапия ҳам бунда маълум ўрин тутди. Чала туғилган болаларда ПВЛ гипотония, гипорефлексия, ланжлик, адинамия, талваса, спастик паралич ва парезлар, эмиш ва ютиш рефлексларининг йўқлиги, гипоксия (цианоз) хуружлари билан намоён бўлади.

Церебрал ишемиянинг **клиникаси** шартли равишда қуйидаги даврларга бўлинади: ўткир (дастлабки 7-10 кун); ўткир ости (эрта тикланиш даври – 11 кундан 4 ойгача); кеч тикланиш даври (4 ойдан 1-2 йилгача); қолдиқ асоратлар даври (2 йилдан сўнг).

Қасалликнинг ўткир даврида қуйидаги клиник синдромларни кўзатиш мумкин: асаб-рефлектор кўзғалишнинг ошганлиги,

гипертензион-гидроцефал синдром, карахтлик синдроми, талваса ва коматоз синдромлар.

Гипертензион-гидроцефал синдром учун бош айланасининг одатдагидан 1-2 сантиметр ортиқ бўлиши, сагитал чокнинг 0,5см-дан зиёдлиги, кичик ликилдоқларнинг очиклиги ва катта ликилдоқнинг пулсацияси хос. Шунингдек Грефе ва «ботаётган қуёш» симптоми, горизонтал нистагм, ғилайлик, мушаклар дистонияси аниқланади. Гипертензион-гидроцефал синдром алоҳида, баъзан эса карахтлик ёки коматоз синдром билан биргаликда кечади.

Карахтлик синдромида ланжлик, гиподинамия, спонтан фаолликнинг пасайиши, мушаклар умумий гипотонияси, гипорефлексия, эмиш ва ютиш рефлексларининг сустлиги кўзатилиб, бу белгилар 7-14 кунгача сақланиб туради. Ушбу синдром, одатда бола ҳаётининг 1 ойи охирига бориб йўқолади.

Талваса синдроми касалликнинг ўткир даврида карахтлик ва коматоз синдром билан биргаликда кузатилади. Унинг келиб чиқишига асосан миёга қон қуйилишлар ва метаболик ўзгаришлар (гипогликемия, гипомагниемия ва б.к.) сабаб бўлади. Талваса бола ҳаётининг дастлабки кунларида тонико-клоник ёки тоник шаклда намоён бўлиши мумкин. Бундан ташқари локал клоник талваса ёки гемиконвульсия ҳам кузатилади. Чақалоқларда талваса хуружлари қисқа муддатли бўлиб, тўсатдан пайдо бўлади ва апноэ, кичик амплитудали тремор, кўз олмаларининг тоник спазми, нистагм, чайнаш автоматизми, оёқларнинг пароксизмал клонуси, вазомотор реакциялар каби белгилар билан кечади.

Коматоз синдром учун ланжлик, адинамия, мушаклар гипо- ва атонияси, физиологик рефлексларнинг сўниши, кўз қорачиқларининг торайиши, ёруғликка реакциясининг сустлиги, горизонтал нистагм, пай рефлексларининг деярли йўқлиги хос. Шунингдек, чақалоқларда аритмик нафас, апноэ хуружлари, брадикардия, юрак товушларининг бўғиқлашуви, аритмия, артериал гипотония ва талваса хуружлари кузатилади. Бу ҳолат 10-15 кунгача сақланиб туриши мумкин. Аксарият бу ўзгаришлар миёга қон қуйилиши билан боғлиқ бўлганлиги туфайли дастлабки 10-12 кун мобайнида гидроцефалияга хос белгилар: катта ликилдоқнинг бўртиб, таранглашиб туриши, бош суяклари чокларининг очилиши, бош айланасининг тез ўсиши, кўз олмаларининг ичкарига ботиши (протрузия) юзага келади.

Касалликнинг эрта тикланиш даврида асаб - рефлексор кўзғалишнинг ошганлиги, гипертензион-гидроцефал синдром, вегетовисцерал дисфункциялар, ҳаракатнинг бузилиши, эписиндром, психомотор ривожланишдан орқада қолиши каби синдромлар кузатилиши мумкин.

Вегетовисцерал дисфункциялар синдроми – аксарият, бола 1-1,5 ойлик бўлганда асаб-рефлексор кўзғалишнинг ошганлиги ва гипертензион – гидроцефал синдром асосида юзага келади. Беморда доимий қусишлар, тургун гипотрофия, нафас ритмининг бузилиши ва апноэ, тери рангининг ўзгариши, акроцианоз, тахи- ёки брадипноэ, терморегуляция ва ошқозон – ичак фаолиятининг бузилиши каби белгилар ривожланади.

Психомотор ривожланишдан орқада қолиш бола 1-2 ойлик бўлгандан сўнг юзага чиқа бошлайди. Бундай болаларда онанинг товушини таниш, предметларни кузатиш хусусиялари суст бўлиб, нозмоционал йиғи ва кўз олмалари фиксациясининг бузилиши кузатилади. Болалар 6 ойлик бўлганда ҳам уларнинг ўйинчоқларга қизиқиши, фаол диққат ва онасига бўлган реакцияси жуда суст бўлади. Бундай болалар жисмоний ривожланишдан ҳам орқада қолишади.

Церебрал ишемиянинг клиник ташхиси неврологик статусни баҳолашда қўлланиладиган стандарт жадваллар ва қўшимча текшириш усуллари (нейросонография в б.к.)дан фойдаланган ҳолда қўйилади.

Церебрал ишемияни **даволаш** ўз ичига қўйидагиларни олади:

1. Гипоксияни даволаш – нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш ва ўпканинг адекват вентилизациясини таъминлаш;

2. Гипоксия чақирган метаболик бузилишларни даволаш, гиповолемияни бартараф этиш, миёни доимий равишда энергия билан таъминлаш, патологик ацидозни муътадиллаш;

3. Миёнинг гипоксик шишини даволаш мақсадида осмодиуретиклар ва нейропротекцион препаратлар, тутқаноқ хуружи кузатилганда фенобарбитал(10 мг/кг), салуретиклар (фуросемид – 1-2 мг/кг бола ҳаётининг 2 кунидан) тавсия этилади. Церебрал ишемияли болаларни даволаш дастурига нейропротектор сифатида кортексин тавсия этилади. Бу препарат миё зарарланишининг ўткир даврида (бола ҳаётининг дастлабки кунларидан 0,5-1мг/кг миқдорда вена ичига ёки мушаклар орасига кунига 1 маҳал 10 кун мобайнида) тайинланади.

Олдини олиш тадбирлари. Асаб тизимининг перинатал зарарланишлари олдини олиш ўз ичига бўлажак она саломатлигини ҳимоя қилиш, ҳомиладорликнинг кечишини назорат қилиш, перинатал патологияни интенсив ва ноотроп даволаш чораларини такомиллаштиришга қаратилиши лозим. Миёнинг ҳомилалик даврида зарарланиш хавфи она экстрагенитал хасталиклари, токсикозлари, она ва бола конининг изоиммун сиғишмовчилиги, ҳомила инфекциялари ва бачадондан қон кетиш ва патологик туғруқ пайтида кескин ошади. Шунинг учун ҳам чақалоқларда бош миёнинг гипоксик – ишемик зарарланиши олдини олишда юқорида келтирилган хавф омилларини ўз вақтида бартараф қилиш муҳим аҳамиятга эга.

ТУҒРУҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

Туғилиш жараёнида келиб чиқадиган жароҳатлар туғруқ жароҳатлари дейилиб, улар чақалоқлик даври касалликлари орасида асосий ўринлардан бирини эгаллайди. Туғруқ жароҳатларига бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланиши, суяклар синиши, орқа миyanинг шикастланиши, фалажлар, мушакларнинг шикастланиши, кефалогематома, туғруқ шиши кабилар киради.

1. Туғруқ шиши – одатда бола танасининг дастлаб туғиладиган қисми (боши, думбаси, қўл - оёқлари)да вена қон томирларида қон айланишининг бузилишидан келиб чиқади. Зарарланган соҳада хамирсимон шиш аниқланади. Шиш кўкимтир рангда бўлиб, айрим ҳолларда унинг юзасидаги терида нуктасимон қон қуйилишлар ҳам кузатилади.

2. Кефалогематома - суяк устки қобиғи остига қон қуйилиш бўлиб, у бир ёки ҳар иккала тепа суякларида жойлашган бўлиши мумкин. Кефалогематома устидаги тери ўзгармайди, у туғилгандан сўнгги 2-3 кун давомида катталашиб, айрим ҳолларда йиринглайди, жуда кам учрайдиган ҳолларда эса оҳакланиб суякланиши ҳам кузатилади. Шиш секин – аста, 6-8 ҳафта давомида йўқолади.

Давоси. Болани она сути билан овқатлантириш давом эттирилади. Унга ичишга К витамини ва глюконат кальций тайинланади. Кефалогематома йиринглаган ҳоллардагина жарроҳлик усулида даволанади.

3. Бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланиши.

Бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланишига ҳомилалик даври ва туғруқ жараёнидаги асоратлар сабаб бўлади. Бола ҳаётининг дастлабки ҳафтасидаги ўлимнинг қарийб ярми бош миyanинг туғруқ жароҳатлари натижасида келиб чиқади. Бу кўрсаткич айниқса чала туғилган болалар орасида каттадир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг маълумотларига қараганда, ҳар йили 120 млн. бола туғилиб, улардан 1%ида бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланиши кузатилади, 300 мингга яқин бола шу ҳасталиқдан ўлади ва яна шунчасида ақлий ҳамда жисмоний ривожланишдан орқада қолиш, болалар церебрал фалажи, эпилептик тутқаноқ каби мажруҳликлар ривожланади.

Этиология ва патогенези. Анте- ва интранатал даврларда ҳомиланинг ўткир ва сурункали гипоксияси бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланишига мойиллик туғдиради. Чунки гипоксия натижасида қон томирлар ўтказувчанлиги ошиши билан бир қаторда қоннинг фибринолитик фаоллиги кучаяди, томирлар деворида дистрофик ўзгаришлар юзага келади, вена қон томирларида қон айланиши секинлашиб, қон оқшининг тўхташи арафаси (престаз) ва тўхташи (стаз)

каби ҳолатлар ривожланади. Бунинг натижасида қон зардоби ва эритроцитларнинг қон томирларидан чиқиши, асаб тўқималарининг истисқоси, асаб хужайраларининг ишемик зарарланиши каби хавфли ўзгаришлар юзага келади (чизма 4).

Бош миyanинг туғруқ жароҳатларига олиб келадиган сабабларни шартли равишда учта асосий гуруҳларга ажратиш мумкин: ҳомиладорлик ва туғруқ давридаги асоратлар ҳамда ҳомиладор аёлнинг касалликлари.

Бош миyanинг туғруқ жароҳатлари кўпинча ҳомиладорликнинг кеч токсикозлари, ҳомиладор аёлнинг юрак–қон томир тизими касалликлари, ҳомиланинг бачадонда нотўғри жойлашганлиги, ҳомила сувларининг вақтидан олдин кетиб қолиши натижасида юзага келган узоқ муддатли сувсизлик даври, йўлдош ёки киндик тизимчаси томирларининг нуқсонлари, туғруқ жараёнининг суст ёки тез кечиши туфайли келиб чиқиши мумкин. Шунингдек ҳомиланинг вақтидан ўтиб туғилиши, ҳомила катталигининг она чаноғига тўғри келмаслиги туфайли жарроҳлик усуллариининг туғруқ пайтида қўлланилиши кабилар ҳам бош миyanинг шикастланишига сабаб бўлиши мумкин.

Юқорида санаб ўтилган сабаблар билан бир қаторда чақалоқларда бош миyanинг шикастланишига қон томирлари деворларида аргирофил толаларнинг камлиги ва улар ўтказувчанлигининг юқорилиги, марказий асаб тизими ривожланишининг тугалланмаганлиги, жигар фаолиятининг етилмаганлиги натижасида қон тизимининг номукамаллиги каби омиллар ҳам мойиллик туғдиради.

Бош миyanинг механик жароҳатланиши назариясига биноан ҳомила атрофи сувлари чиқгандан сўнг, ҳомиланинг турли қисмлари бир хил бўлмаган босимга учрайди, бу эса боланинг дастлаб туғиладиган қисмида қон айланишининг бузилишига олиб келади.

Кўриниб турибдики, бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланишининг патогенези ниҳоятда мураккаб бўлиб, унда патологик жараён бутун организмни қамраб олади.

Бош миyanинг туғруқ жараёнида шикастланишидаги патоморфологик ўзгаришлар периваскуляр ҳамда тўқима шиши ва кўплаб кичик қон қуйилишлардан иборат. Қон айланиши бузилиши белгилари билан бир қаторда суюқлик (ликвор) айланиши бузилишининг белгилари ҳам аниқланади. Бу белгилар бош мия юмшоқ қобиғининг шиши, каналлар ва бўшлиқларнинг кенгайиши, ҳамда эпендимасининг ўзгаришларидан иборат.

Ушбу патоморфологик ўзгаришлар мияда қон айланишининг бузилганлигидан далолат бериб, улар турли даражада ривожланган бўлади. Айрим ҳолларда бу ўзгаришлар ўткинчи хусусиятга эга бўлиб, ҳеч

6. Қон қўйилишлар бир неча турининг биргаликда учраши.

Клиник кўриниши. Касалликнинг клиник белгилари асосан бош мия истискоси, мияда қон ва суёқлик айланишининг бузилиши ҳамда гипоксемия, гипоксия ва ацидоз натижасида келиб чиқувчи модда алмашинувининг чуқур ўзгаришлари туфайли юзага келади.

Бош миянинг туғруқ жароҳатлари билан туғилган болада дастлабки ва доимий белгилардан бири нафас олиш жараёнининг бузилишидир. У нафас олиш сонининг ўзгариши, нафаснинг нотекислиги ва юзакилиги тарзида намоён бўлади. Бунда нафас олиш сони ҳар дақиқада 90-140тагача кўпайиб, айрим ҳолларда у нафас олишнинг сийраклашуви билан алмашилиб туради, оғир жароҳатларда эса нафас шовқинли бўлади.

Нафас олиш жараёнининг бузилиши билан бир қаторда юрак-қон томирлар тизими фаолияти томонидан кузатиладиган ўзгаришлар ҳам ҳосилдир. Бола ҳаётининг дастлабки соатлари ва кунларида нисбий брадикардия (томир уришининг сони ҳар дақиқада 90-100 мартагача) кузатилиб, сўнгра у тахикардия билан алмашади.

Нафас ва юрак-қон томирлар фаолиятининг етишмаслиги натижасида тери ва шиллик пардалар ранги ўзгаради, уларнинг оқариши билан бир қаторда тарқалган кўкариши (цианози)ни ҳам кўриш мумкин.

Бош миянинг туғруқ жароҳатида кузатиладиган доимий белгиларга мушаклар таранглиги, туғма рефлекслар ва ҳаракат фаоллигининг ўзгаришлари ҳам киради. Чақалоқларда туғилгандан сўнгги дастлабки соатларда мушаклар гипотонияси, кейинчалик, аксинча букувчи мушаклар гипертонуси аниқланади. Шунинг учун чақалоқ хос ҳолатни эгаллайди: қўл ва оёқлари букилган, боланинг боши орқага ташланган бўлади.

Бош миянинг туғруқ жароҳатини аниқлашда шартсиз рефлекслар ҳолатини аниқлаш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Бу болаларда узоқ муддат давомида очликни кезиш, эмиш ва ютиш каби шартсиз рефлекслар аниқланмайди. Шунингдек Моро, Бабкин, Робинсон, Бауэр туғма рефлекслари пасайган ёки умуман аниқланмайди. Боланинг йиғиси паст ёки аксинча жуда баланд бир хилдаги (монотон) товушда бўлади.

Бош миянинг туғруқ жароҳатлари ҳаракат фаоллигининг пасайиши, ҳаракат автоматизми, титраш ва тутқаноқ каби белгилар билан кечади.

Бош миянинг туғруқ жараёнида шикастланиши учун нистагм, гилайлик, анизокория, катта ликилдоқнинг таранглашиб ва бўртиб туриши, Грефе белгиси кабилар ҳам ҳосилдир. Бундан ташқари бу касалликда боланинг уйқуси нотинч, қисқа муддатли бўлиб айрим ҳолларда эса бола умуман ухламайди.

Терморегуляциянинг бузилиши натижасида ҳеч қандай сабабсиз тана ҳароратининг пасайиши ёки кўтарилиб кетиши ҳоллари кузатилади.

Бош мия туғруқ жароҳатларининг клиник белгилари турлича бўлишига қарамай унинг кечишида бир неча даврларни фарқлаш мумкин:

1. Касалликнинг ўткир даври (10 кунгача)
2. Эрта тикланиш даври (11 кундан 4 ойгача)
3. Кеч тикланиш даври (4 ойдан 1-2 йилгача)
4. Қолдиқ белгилар (2 йилдан сўнгги) даври.

Касалликнинг ўткир даври ўз навбатида қўзғалиш ва қарахтланиш боскичларига бўлинади.

Биринчи боскич – қарахтланиш боскичида мушаклар таранглиги пасаяди, ҳаракат фаоллиги йўқолади, тери оқимтир-кўкиш тусга киради, физиологик рефлекслар фаоллиги камаяди. Бу белгилар билан бир қаторда нафас олиш, юрак – қон томир тизимларининг бузилганлигидан дарак берувчи белгилар ҳам кузатилади. Ушбу клиник белгилар бош миядаги марказлар фаолиятининг чуқур бузилганлиги билан боғлиқ.

Иккинчи – қўзғалиш боскичи учун умумий безовталаниш, тартибсиз ҳаракатларнинг пайдо бўлиши, қўл-оёқларнинг қалтираши, клоник тутқаноқлар хуружи каби белгилар ҳосилдир. Шунингдек, сўриш, уйқу ва нафас олиш жараёнининг кескин бузилиши ҳам аниқланади. Бу боскичда тана ҳароратининг бир неча кун давомида кўтарилиб туриши ҳам кузатилади. Касалликнинг қўзғалиш боскичи ўрта мия ва гипоталамус соҳасида жойлашган асаб ҳужайраларининг бош мия пўстлоғи томонидан идора этилишининг бузилиши натижасида келиб чиқади.

Бош мия туғруқ жароҳати билан туғилган болалар ҳаётининг 10 кунларига бориб **эрта тикланиш даври** бошланади. Бу даврда ҳаётӣ жараёнлар пасайиши сақланиб, ланжлик, сўришнинг сустлиги, тана вазни тикланишининг ёмонлиги, овқатланиш ва бошқа қўзғатувчилар билан боғлиқ бўлган шартли рефлексларнинг одатдагидан кеч пайдо бўлиши каби белгилар ҳосилдир. Касалликнинг бу даврида марказий асаб тизимининг турли бўлақлари орасидаги ўзаро боғлиқлик мўътадиллашади, лекин мия пўстлоғидаги қарахтлик узоқ муддатга сақланиб қолади.

Касаллик даврларининг ўзаро алмашинуви, уларнинг давомлиги турлича бўлиб, нафақат жароҳатнинг оғирлик даражасидан, балки ҳомиланинг етилганлик даражасига ҳам боғлиқдир. Масалан, чала туғилган чақалоқларда узоқ муддат давомида умумий қарахтлик сақланиб туради, қўзғалиш даври умуман бўлмаслиги ёки унинг белгилари кучсиз ривожланганлиги аниқланади. Муддатида туғилган чақалоқларда эса касалликнинг иккинчи боскичи асосий ўринда туриб, у қарахтланиш даврига нисбатан узоқ давом этади.

Тикланиш даврида 60-80% болаларда клиник соғайиш, қолганларида эса чуқур неврологик, соматик ва модда алмашинувининг бузилишлари каби асоратлар ривожланади.

Касалликнинг асоратлари орасида энг кўп учрайдигани церебрал фалажлар ёки парезлар, гидроцефалия, энцефалопатия, эпилепсиядир.

Ташхиси. Одатда анамнестик ва клиник кўрсаткичлар асосида бош миянинг туғруқ жароҳати ташхисини қўйиш унчалик қийин эмас. Бунда асосий аҳамият чақалоқни неврологик текшириш (боланинг ҳолати, мушаклар таранглиги, ҳаракатлар доираси, туғма автоматизм рефлекслари, пай рефлекслари, калла – мия иннервация)га қаратилади. Қўшимча ташхисий усуллар сифатида реоэнцефалография, офтальмоскопия, электроэнцефалография, орқа мия каналлини пункция қилиш, нейросонография, магнит-резонансли текшириш, компьютер томография каби тадбирлар ҳам тавсия қилинади.

Қиёсий ташхис. Бош мия туғруқ жароҳатини марказий асаб тизими фаолиятининг бузилиши билан кечадиган касалликлар: туғма энцефалит ва менингит, модда алмашинувининг ирсий бузилишлари натижасида келиб чиқувчи касалликлар (фенилкетонурия, галактоземия), туғруқ жараёнида келиб чиқувчи ўткир асфиксия, марказий асаб тизимининг туғма ривожланиш нуқсонларидан фарқлаш лозим.

Давоси. Касалликни даволаш унинг даврларига боғлиқ бўлиб, бош мия турли қисмларининг фаолиятини ҳисобга олган ҳолда ташкил этилади. Касалликни даволаш ўз ичига асосан симптоматик муолажаларни олади (реанимация баённомаси, викасол, тутқаноққа қарши, седатив препаратлар ва б.к.).

Касалликнинг биринчи даврида (қарахтланиш) нафас олишнинг бузилиши кузатилганда мияни кислород билан таъминланишини яхшилаш асосий вазифалардан биридир, анаэроб модда алмашинувининг манбаи бўлмиш глюкоза жамғармасини тўлдириш ва метаболик ацидозга қарши курашиш муҳим аҳамиятга эга.

Кислород беришни бола туғилгандан сўнгги дастлабки дақиқалардан бошлаш лозим. Жароҳатланган чақалоқ катта миқдордаги кислородга муҳтож бўлади. Кислород билан даволашнинг турли усуллари мавжуд. Амалиётда кенг қўлланиладиган ёстикча орқали ёки бурун катетерлари орқали кислород бериш етарли организмни даражада O_2 билан таъминлаш имконига эга эмас. Альвеоладаги ҳавонинг кислород билан яхши тўйинишига кислород чодирчаси ёрдамида оксигенотерапия ўтказилгандагина эришилади.

Нафас олиш ва вазомотор марказларни қўзғатиш мақсадида нафас аналептикларидан этимизол (1-2 мг/кг) тайинланади. Бу препаратнинг афзаллиги шундаки, у бошқа марказларга таъсир этмай, седатив дориларининг таъсирини кучайтиради.

Чақалоқ организмнинг гипоксия ҳолатида эканлигини ҳисобга олиб, анаэроб гликолизда энергия манбаи бўлмиш глюкоза (20% эритмасидан 3-5 мл/кг) тайинланади.

Коннинг кислота-ишқорли ҳолатини ҳисобга олиб (ацидоз кузатилганда) гидрокарбонат натрий (5%ли эритмасидан 4-5 мл/кг/с) тайинланади.

Касалликнинг II - қўзғалиш босқичида тинчлантирувчи (седатив) моддалар: бром препаратлари, ГОМК, сибазон, фенобарбитал, аминазин тайинланади. Бош мия жароҳати билан туғилган болаларга натрий бром (0,25 – 0,5%ли эритмасидан 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал), фенобарбитал (5-10 мг/кг) берилади. Нейролептик таъсирга эга бўлган аминазин 1-2 мг/кг миқдорда тайинланади.

Бундан ташқари аминазин гипотермик таъсирга ҳам эга бўлиб, бунинг натижасида модда алмашинуви секинлашади, кислородга бўлган талаб анча камаяди, бу эса гипоксия ҳолатини кечирган организм учун жуда муҳимдир. Аминазин препарати мушаклар орасига 2-3 кун давомида юборилади.

Қўзғалишнинг дастлабки белгилари пайдо бўлган заҳотиёқ глутамин кислотаси (1%ли эритмасидан 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал ичишга) тайинланади. У марказий асаб тизимининг ҳаддан зиёд қўзғалиши натижасида ҳосил бўлган аммиакни бириктириб олиб, унинг заҳарли таъсирини камайтиради. Касалликнинг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда глутамин кислотаси 1 ойдан 5-6 ойгача берилади.

Даволаш муолажалари каторига орқа мия каналлини пункция қилиш ҳам киради. Уни ўтказишга қуйидаги кўрсаткичлар бўлганда киришилади: калла ичи гипертензиясининг кучли белгилари (катта ликлдокнинг бўртиб ва пульсация қилиб туриши, мушаклар таранглигининг ошганлиги), тез-тез қайтарилиб турувчи клоник ва тоник тутқаноқлар.

Юқорида санаб ўтилганлардан ташқари мия қоринчаларида қўп миқдорда қон қуйилганда жарроҳлик усули билан гематомани сўриб ташлаш ҳам тавсия этилади.

Бош мия жароҳати билан туғилган чақалоқларга К витамини (1%ли эритмасидан 1 мг/кг ҳисобидан) ҳам тайинланади.

Касаллик тутқаноқ билан кечганда магний сульфат (25% эритмаси 0,2 мл/кг мушаклар орасига), ГОМК (20 % эритмасидан 100-150 мг/кг мушаклар орасига ёки вена қон томирига), седуксен (0,5% эритмасидан 0,5-1 мг/кг мушаклар орасига ёки вена қон томирига) тайинланади.

Касалликнинг тикланиш даврида бош мия хужайраларининг тикланишини яхшиловчи препаратлар: кортексин (0,5-1,0 мг/кг), церебролизин (0,5 мл) кунига 1 маҳал мушаклар орасига, ноотропил (200 - 400 мг ичишга) ва глутамин кислотаси (1%ли эритмаси 1 чой қошиқдан кунига 3 маҳал) тайинланади. Кеч тикланиш даврида уқалаш ва даволаш гимнастикаси яхши натижалар беради.

Бош мия жароҳати билан туғилган болалар дастлабки 2 кун давомида зонд орқали соғиб олинган она сути билан овқатлантирилади. Бундай болаларни она кўкрагидан овқатлантириш муддати ҳар бир бола учун алоҳида (индивидуал) ҳал этилади. Бу муддат 3 кундан 7 кунгача бўлиши мумкин (асосан касаллик иккинчи даврининг белгилари йўқолгандан сўнггина она кўкрагидан овқатлантиришга рухсат этилади).

Туғруқ пайтида бош мия жароҳати олган болалар учун алоҳида тартиб ташкил этилмоғи лозим. Улар учун мутлоқ тинчлик, гамакчада тананинг юқори қисми кўтарилган ҳолда ётқизиш, кийинтиришни эҳтиётлик билан ўринда ўтказиш катта аҳамиятга эга.

Бош мианинг туғруқ жараёнида жароҳатланишининг олдини олиш антенатал даврдаёқ бошланиб ҳомиладор аёл касалликларини аниқлаш ва даволаш, туғруқ жараёнини тўғри олиб бориш орқали амалга оширилади. Чала туғилишнинг олдини олиш ҳам бош мия жароҳатини камайтирувчи омиллар каторига киради.

Оқибати. Бош мианинг туғруқ пайтида жароҳатланиши оқибати нафақат касалликнинг оғирлик даражаси, балки уни даволаш нақадар тўғри ташкил этилганлигига ҳам боғлиқдир.

Бош мианинг туғруқ жароҳатлари клиник жиҳатдан бутунлай тузалиш (60-80%), марказий асаб тизими томонидан унчалик кучли бўлмаган ўзгаришлар; психоневрологик касалликлар ва таянч-ҳаракат тизимининг бузилиши; сурункали соматик касалликларнинг ривожланиши каби оқибатлар билан тугаши мумкин.

ОРҚА МИЯНИНГ ТУҒРУҚ ЖАРАЁНИДА ШИКАСТЛАНИШИ

Орқа мианинг туғруқ жароҳатлари 0,9-1% ҳолларда кузатилади. Ўлган чақалоқларнинг 40-85%-ида махсус текширишлар ёрдамида орқа мианинг жароҳатини аниқласа бўлади, лекин фақат 20% ҳоллардагина у ўлимга сабаб бўлган деб баҳоланади. Асосан орқа мианинг бўйин қисми зарарланиб, бунга сабаб боланинг бошчаси фиксация бўлганда елка ва бош асоси орасидаги ораликнинг кенгайиши (думбачаси ёки оёқлари билан туғилаётганда), ва бола елкачалари билан тикилиб қолганда бошидан тортиб чиқариш ҳамда юзи билан келганда кескин буриш (ротация) бўлиб ҳисобланади. Бола думбачаси билан туғилганда орқа мианинг бўйин қисми билан биргаликда кўкрак ва бел қисмларига ҳам ортикча юклама тушади. Боланинг боши тикилиб қолганда танасидан тортиб чиқариш натижасида умуртқа поғонаси 4-5см-га, орқа мия эса 0,5-0,6 см-га чўзилади, шунинг учун орқа мианинг жароҳатлари умуртқа поғонасининг жароҳатларига нисбатан кўп кузатилади.

Орқа мианинг бўйин қисми зарарланганда ҳам оғир церебрал бузилишлар кузатилади. Бунга сабаб, умуртқа поғонаси бўйин қисми умуртқаларининг ён ўсимталаридаги тешикдан (foramen intervertebrale) магистрал артериялар бўйин орқа симпатик асаб толалари билан биргаликда ўтади, шунинг учун боланинг боши кескин бурилганда, бўйин кучли эгилганда ёки боланинг бошидан тортиб чиқарганда умуртқа артериялари қисилади ва вертебробазилляр бассейнга қон келиши камаюди. Шунинг учун ҳам чақалоқ бошини туғруқда кескин айлантириш мутлақо қутилмаган ҳолда бош мия ва спинал қон айланишининг бузилишига олиб келади.

Клиник белгилари. Касаллик клиник белгилари жароҳатнинг жойлашган ўрнига боғлиқ бўлиб, юқори бўйин қисмининг зарарланиши учун цервикал симптомокомплекс хос:

1. “Калта бўйин” симптоми - бунда бош тўғридан-тўғри елкага жойлашгандек бўлиб кўринади.

2. Новикнинг “кўғирчоқ кўлчалари” симптоми (кўлларнинг парезида кузатилади) парез бўлган кўлча танага зич тутиб турилади.

3. Финкнинг “қирсилаш” симптоми – кўл мушакларининг кескин гипотонияси натижасида кўл-елка бўғинида шалвираб туради (баъзан елка бўғинининг ярим чиқиши ёки чиқиши кузатилади).

4. “Кўғирчоқ бошчаси” симптоми – бош танага ёпиштириб қўйилгандек бўлади, орқа томондан қараганда бош ва тана орасида чуқур бурма кўзга ташланади.

5. Кўкрак қафасининг шакли деформацияга учраб, рахитик кўкрак қафасига ўхшаб қолади (пастки аппертура кенгайиб, кўкрак қафасининг ўрта қисми қисилган) – “диафрагманинг акушерлик параличи”.

6. Қорин шалвираган, япалоқлашган бўлиб, бунда зарарланиш бир томонлама бўлса, қориннинг шу томони бўртиб чиқади. Зарарланиш икки томонлама бўлганда, бола паст овоз билан йиғлаётган пайтда қоринчаси босилса, у баланд товушда йиғлай бошлайди.

Орқа мианинг бўйин қисми зарарланганда асосий симптомокомплекс оёқлардаги пирамид бузилишлар билан кечувчи ланж парепарез ёки монопарез тарзида намоён бўлади. Шунинг учун бундай чақалоқларда биринчи навбатда орқа мианинг бўйин қисмида кесишувчи рефлексларнинг пасайиши кузатилади:

1. Излаш, хартум ва сўриш рефлекслари бундай болаларда сақланиб қолади.

2. Бабиннинг кафт-оғиз рефлекси аниқланмайдиган ёки пасайган, шуни ҳам таъкидлаш лозимки зарарланиш симметрик бўлади. Болани уйига жавоб бериш вақтида бу рефлекс тикланмайдиган.

3. Орқа мия бўйин қисмининг зараланиши мавжуд бўлган беморлар учун ушлаш рефлексининг умуман бўлмаслиги, пасайиши ва асимметрияси хос. Бола ҳаётининг 7-кунларига бориб бу рефлекс бироз тиклана бошлайди.

4. Робинсон рефлекси – аниқланмайди, пасайган ва асимметрик бўлади.

5. Орқа миянинг дистал қисмлари жараёнга тортилмаганлиги туфайли таянч рефлекси сақланган бўлиб, 10% беморларда у оёқларнинг бири-бирига чалкаштирилиши билан кузатилади. Бунга сабаб пирамид йўллари зарарланишидир.

6. Автоматик юриш рефлекси сақланган.

7. Моро рефлекси цервикал патологиянинг скриннинг диагностик синамаси бўлиб ҳисобланади. Цервикал патологияли болаларда бу рефлекс аниқланмайди ёки жуда суст бўлади. Фақат 10% болалардагина бир ҳафтадан сўнг бу рефлекс тикланади.

8. Перез рефлекси – бола ҳаётининг 1 кунидан 1 кунга қадар чақирилади: унинг апноэ, йиғи, гипертонус, чанокнинг кўтарилиши каби барча компонентлари кузатилади. Лекин бемор болаларда соғлом болаларда кузатиладиган бошни орқага ташлаш ҳолати аниқланмайди.

9. Бауэрнинг эмаклаш рефлекси ўзгармаган.

10. Орқа миянинг бўйин қисми жароҳатланган болаларда ҳимоя рефлекси чақирилмайди. Ҳаттоки бола ҳаётининг 7-кунидан ҳам бу рефлекс тикланмайди.

11. Барча беморларда Бабинский рефлекси чақирилади.

Шундай қилиб, орқа миянинг бўйин қисми жароҳатини ташхислашда чакалоқлар шартсиз рефлексларини, айниқса орқа миянинг бўйин қисмидан боғлиқ бўлган рефлекслар (ушлаш, Робинсон, Моро, Бабинский кафт-оғиз ва ҳимоя рефлекслари)нинг пасайганлиги ёки аниқланмаслиги муҳим диагностик аҳамиятга эга. Айни пайтда бу беморларда қолган рефлекслар сақланиб қолади.

Орқа миянинг бел қисми зарарланиши бўйин қисмининг зарарланишига нисбатан кам учрайди ва асосан оёқларнинг параспапарези билан намоён бўлади. Бунда бош миянинг устунидан келиб чиқувчи рефлекслар (излаш, хартум, эмиш) ва орқа миянинг бўйин қисмидан боғлиқ бўлган рефлекслар (юқори ушлаш, Моро, кафт-оғиз ва Робинсон рефлекси) ўзгармайди. Бу патологияда асосан таянч рефлекси пасаяди ёки умуман аниқланмайди. Шунингдек, бу болаларда автоматик юриш рефлекси ҳам сўнади. Оёқлар парезида Бауэрнинг эмаклаш рефлекси аниқланмайди. Пастки ушлаш рефлекси беморларда пасайган бўлиб, ҳаётнинг 7 кунига келиб аста-секин тикланади. Бабинский рефлекси пирамид йўллари патологияси учун хос бўлиб, орқа миянинг бел қисми

шикастланганда ҳам намоён бўлади. Бу рефлекснинг ижобийлиги оёқ парезининг аралаш хусусиятга эга эканлигини кўрсатади (марказий ва периферик).

Орқа миянинг жароҳати учун қуйидаги белгилар ҳам хос: касал боланинг ҳолатини ўзгартирганда, қўлга олганда, айниқса Робинсон рефлексини чақирганда бола чинқиб йиғлайди; спинал шок-ланжлик, адинамия, мушаклар диффуз гипотонияси, гипотермия, артериал гипотензия, гипо- ёки арефлексия, пай рефлексларининг пасайиши ёки умуман аниқланмаслиги, тўлиқ паралич ёки спастик тетрапарез. Туғилган захотиёқ болада респиратор дистресс синдроми кузатилади. Боланинг ҳолатини ўзгартирганда нафас етишмовчилиги белгилари ошади, апноэ юзага келади. “Бақа ҳолати” хос. Нафас бузилишлари, асфиксия ва шок боланинг ўлимига сабаб бўлади.

Елка чигали, орқа миянинг турли соҳалари жароҳатланганда диафрагма парези (Кофферат синдроми), Дюшенн-Эрб, Дежерин-Клюмпке парези ва параличлари, қўлларнинг тотал параличи (Керер фалажи) кузатилади.

Ташхиси. Орқа миянинг туғруқ жароҳатлари ташхисини аниқлаш учун анамнезни мукамал ўрганиш ва клиник белгиларга аҳамият бериш лозим. Шунингдек, умуртқа поғонаси, кўкрак қафасининг рентгенографияси, электромиография ҳам ташхис қўйишда ёрдам беради.

Қиёсий ташхиси. Орқа миянинг туғруқ жараёнида шикастланиши белгиларини периферик асаб тоаларнинг шикастланиши билан фарқлаш лозим.

Давоси. Умуртқа поғонаси ва орқа миянинг жароҳатига шубҳа туғилса, биринчи навбатда бош ва бўйиннинг иммобилизациясини ўқилади. Буни Шанц бўйича пахта-докали ёқача ёрдамида амалга оширилади. Сўнгги йилларда ҳалқа шаклидаги пахта-докали пеллот шаклидаги боғлам қўлланилмоқда.

Оғрик синдроми камайтириш мақсадида оғриксизлантирувчи препаратлар тайинланади. Болани секин йўргаклаш (бўйинини ушлаб турган ҳолда), зонд ёки сўргич орқали овқатлантириш ҳам оғрикни камайтиради ва бемор аҳволини муътадиллашга ёрдам беради. Касалликнинг ўткир ости даврида марказий асаб тизими фаолиятини яхшиловчи даволаш муолажалари ўтказилади. Тикланиш даврида электрофорез тавсия этилади.

Олдини олиш тадбирлари. Орқа миянинг туғруқ жараёнида шикастланишининг олдини олишда ҳомиланинг антенатал ҳимояси ва унинг аҳволини туғруқ пайтида мониторинг қилиб туриш катта аҳамиятга эга. Ҳозирги пайтда туғруқга фаол аралашуш зарарли деб ҳисобланади: аёл ўзи мустақил туғиши лозим, акушер унга фақат бироз ёрдам беради

холос. Туғруқ пайтида онада “оралиқни химоя қилиш” аксарият ҳолларда боланинг жароҳат олишига олиб келади.

Оқибаги. Касалликнинг оқибаги жароҳатнинг даражасига боғлиқ. Орқа мия шикастланишининг енгил шаклида касаллик ҳеч қандай асоратсиз ўтиб кетади. Унинг оғир ва ўта оғир шаклларида эса фалажлар ривожланиши, чанокъ аъзолари фаолияти ва нафас олиш жараёнининг бузилиши каби нохуш ҳолатлар юзага келади. Айрим ҳолларда касалликнинг ўта оғир шакли боланинг ўлими билан тугайди.

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР ВА СУЯКЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Тери ости ёғ тўқимасининг некрози (adiponecrosis supcutanea) – туғруқ пайтида она чанокъ суюқлари ёки доялик қисқичларининг ҳомилага таъсири остида тўқималарнинг эзилишидан келиб чиқиб, бола ҳаётининг 2-3 ҳафтасида кўзга яққол ташланади, бу ҳолат асосан катта тана вазни билан туғилган болаларда учрайди. Одатда тери ости ёғ қаватининг некрози тананинг ташқи юзаси (орқа, елка, думба)да оғриқсиз инфильтрат шаклида аниқланади. Унинг катталиги турлича бўлиши мумкин. Инфильтрат устидаги тери ранги кўкимтир-кизғиш бўлади. Боланинг умумий аҳволи ўзгармайди. Бир неча ҳафта ёки 1 ой чамаси вақт ўтгач, инфильтрат ўз-ўзидан сўрилиб кетади. Агар болага қисқа муддатга преднизолон (1 мг/кг ҳисобидан) белгиланса, бу муддат янада қисқариши мумкин. Инфильтрат унчалик катта бўлмаса, иссиқ тутиш ҳам тавсия этилади.

Ўмров суюгининг синиши туғруқ жараёнида суюқлар синиши орасида биринчи ўринни эгаллайди. У ҳар 1000 боладан 11тасида учрайди. Синиш асосан ўмров суюгининг ўртасида жойлашган бўлади.

Ўмров суюгининг **синиши** туғруқ жараёнида зўриқиш натижасида келиб чиқади. У кўпинча катта вазн билан туғилган болаларда ҳамда туғруқ жараёни асорат билан кечганда кузатилади.

Бола туғилган заҳотиёқ умров суюғи соҳаси пайпаслаб кўрилганда оғриқ ва қисирлаш (крепитация) аниқланади. Болани йўргаклаганда, у безовталанади, ўмров суюғи синган томондаги қўлнинг ҳаракати чекланган бўлади.

Бола ҳаётининг 3–4 кунларига келиб, суюқ аста-секин бита бошлайди. Рентгенологик текшириш ёрдамида ташхис тасдиқланади.

Давоси. Ўмров суюғи синган елкани муқум тутувчи енгил боғлам қўйилади. Болани соғ томони билан ётқизилади. Шундай қилинганда, туғруқ жараёнида ўмров суюгининг синиши асоратсиз ўтиб кетади.

Оғир кечаётган туғруқ жараёнида **билак суюқлари, болдир суюғининг синиши, тирсак бўғинининг чиқиши** каби жароҳатлар ҳам учраши мумкин.

Сон суюғининг синиши, сон ва елка суюғи бошчасининг узилиши нисбатан кам учрайдиган жароҳатлардир.

Суюқ синганлигини аниқлаш осон, лекин елка суюғининг бошчаси узилишини аниқлаш анча қийин бўлганлиги учун рентгенологик текширув ўтказилади.

Бу жароҳатларни даволаш ортопедик усулда олиб борилади.

Калла суюғининг туғруқ жароҳатлари нисбатан кам учрайдиган ҳол бўлиб, улар асосан ёрилиш тарзида намоён бўлади. Бу асорат доялик қисқичларини нотўғри ишлатилганда келиб чиқади ва қон қуйилишлар билан кечади.

Периферик асаб толаларининг туғруқ жароҳатлари аксарият ҳолларда юз асаби толалари ва елка чигалининг шикастланиши тарзида намоён бўлади. Одатда бу асоратлар жароҳлиқ усулида тугалланган ва оғир кечган туғруқдан сўнг келиб чиқади.

Юз асаб толасининг туғруқ жараёнида келиб чиққан фалажи энг кўп учрайдиган туғруқ жароҳатларидан бири бўлиб, у доялик қисқичларини нотўғри қўйганда ёки туғруқ жараёнида она туғруқ йўллариининг ушбу асаб толасига қучли таъсири туфайли келиб чиқади. Асаб толасининг зарарланиши кўпинча бир томонлама бўлиб, у фалажликдан кўра парез шаклида кўпроқ намоён бўлади.

Клиник кўриниши. Юз асаб толаси зарарланган томонда лаб – бурун бурмаси силлиқлашади, пешонада ажинлар бўлмайди, боланинг қўзи ярим очик ҳолда бўлиб, йиғлаганда оғиз бурчаги соғ томонга қийшаяди. Чақалокнинг умумий аҳволи ва эмиш жараёни бузилмаслиги мумкин. Кўзнинг доимий очик туриши айрим ҳолларда конъюнктивит ва кератитга олиб келади.

Қиёсий ташхис. Асаб толасининг калла ичи қисми жароҳатланганда деярли барча ҳолларда n. facialis парезининг белгилари кузатилади: тилнинг жароҳатланган томонга оғиши кўзга ташланади.

Марказий келиб чиқишга эга бўлган фалажликларда жароҳатланган томондаги қўлларнинг фалажи ҳам хос белгидир.

Даволаш. Енгил парезлар тез орада (бир неча кун давомида) изсиз йўқолади. Тикланиш жараёнини тезлатиш мақсадида чақалокқа ичишга ёки мушаклар орасига В₁, В₁₂ витаминлари, дибазол тайинланади. Агар 4 ҳафта ичида парезлар ўтмаса физиотерапевтик муолажалар бошлаш тавсия этилади.

Конъюнктивит ва кератитнинг олдини олиш учун натрий хлориднинг изотоник эритмасига ҳўланган боғлам билан кўзни ёпиб қўйиш ва кўзга стерил вазелин мойи томизиб туриш керак.

Кўлнинг доялик фалажи 0,2 – 0,5% чакалоқларда кузатилади.

Этиологияси. Кўлнинг доялик фалажи асосан болани туғруқ пайтида тортиб чиқариш (айниқса бола думбаси билан туғилаётган)да келиб чиқади. Кўпинча туғруқ жараёнида доялик қисқичларини, вакуум-экстрактор, қўл билан бажариладиган турли муолажаларни нотўғри қўлланиши ҳам кўнгилсиз ҳолга сабаб бўлади. Аксарият елка чигали фалажи билан туғилган болаларда ҳомила гипоксияси ва бирламчи асфиксия аниқланади.

Патогенези. Чакалоқларда қўл фалажининг келиб чиқишига қуйидаги омиллар мойиллик туғдириши мумкин (А.Ю.Ратнер):

1. Умуртқа поғонасининг шикастланиши ёки ривожланишининг туғма нуқсонлари.

2. Қон томирларининг ёрилиши ёки улар девори ўтказувчанлигининг ошганлиги натижасида орқа мияга қон қўйилиши.

3. Умуртқа артериялари соҳасидаги ишемия (умуртқаларнинг шикастланиши натижасида).

4. Елка чигалидаги асаб толаларининг няхоятда чўзилганлиги натижасида улар фаолияти жиҳатидан ҳамкорлигининг бузилиши.

5. Елка чигалига кирувчи асаб толалари қобиғининг йиртилиши натижасида фаолиятининг бузилиши.

Клиник кўриниши. Қўл фалажининг қуйидаги турлари ажратилади: юқори (Эрб – Дюшен шакли), қуйи (Дежерин – Клюмпке шакли) ва тотал (Керер шакли).

Фалажнинг юқори шаклида шикастланиш 5-6 умуртқалар (C_V - C_{VI}) соҳасида жойлашган бўлиб, зарарланган қўл тана бўйлаб мажолсиз осилиб туради, унинг юқори қисми ичкарига қараган, билак-тирсак бўғинида бироз букилган, кафти эса орқага ва ташқарига қаратилган бўлади. Боланинг фалажланган қўлчаси, худди ясаб, ўрнатиб қўйилганга ўхшаб кўринади (Новик бўйича «кўғирчоқ қўли» белгиси). Агар ҳақим чакалоқни қўлига юзини пастга қаратиб олса, унинг зарарланган қўли осилиб туради. Қўлнинг бармоқларида ҳаракат сақланган бўлади. Шикастланган томонда Моро рефлекси аниқланмайди, шунингдек Бабкиннинг оғиз-кафт, Робинсоннинг ушлаш рефлекслари пасайган ёки умуман аниқланмайди. Аста-секин зарарланган томонда мушаклар гипотрофияси юзага келади. Боланинг бўйни калтадек бўлиб кўриниб, унда кўп миқдорда қўндаланг тери бурмалари пайдо бўлади. Аксарият ҳолларда бўйиннинг қийшайганлиги кўзга ташланади.

Беморда пастки бел ва думғаза умуртқалари таналарининг силжиши натижасида спастик хусусиятдаги тизза ва ахиллов рефлекслари пайдо бўлиши мумкин.

Юқори фалаж кўпинча диафрагмал асаб толасининг шикастланиши билан кечади (C_{VI}): болада нафас олишнинг бузилиши белгилари, кўкариш (цианоз), ҳансираш, умуртқалар ораллигининг силликланиши, кўкрак кафасининг зарарланган томонда бироз чўкиши кузатилади.

Қуйи фалаж орқа миянинг C_{VII} - C_{VIII} ва Th_1 соҳасида шикастланиши натижасида келиб чиқиб, у анча кам учрайдиган шикастланишдир. У билан ва кафт – бармоқ мушаклари фалажланиши билан кечиб, кейинчалик бу мушаклар атрофиясига олиб келиши мумкин. Бунда кафт – бармоқ териси оқаради ("ишемик қўлқоп" белгиси). Бу турдаги фалажда елка ва тирсак бўғинларида ҳаракат сақланган бўлади. Биринчи кўкрак толаси (Th_1) ва симпатик асаб толаси бир вақтда шикастланганда зарарланган томонда Бернар - Горнер синдроми (кўз олмасининг чўкиши, қорачиқнинг торайиши, птоз) кузатилади. Қуйи фалажда шикастланган томонда Бабкин ва Робинсон рефлекслари аниқланмайди.

Қўллар доялик фалажининг тотал шакли проксимал ва дистал мушакларнинг бир вақтда фалажланиши билан кечиб, у доялик фалажлари орасида айнақса кўп кузатиладиган хилидир.

Ташхис қўйишда туғруқ жараёнининг кечишини ҳисобга олган ҳолда хос клиник белгиларни синчиклаб аниқлаш катта аҳамиятга эгадир. Фалажнинг келиб чиқиш жойини аниқлаш мақсадида умуртқа поғонасининг бўйин соҳасини ён томондан рентгенограмма қилинади. Агар болада нафас олиш жараёни бузилган бўлса, умуртқа поғонасининг кўкрак соҳасидаги қисми ҳам рентгенограмма ёрдамида кўрилади (диафрагма асаб толасининг шикастланишини истисно қилиш мақсадида). Ташхисни аниқ қўйиш учун электромиография усули ҳам қўлланилади.

Қийсий ташхиси. Қўлнинг доялик фалажини елка суягининг синиши, елка бўғинининг чиқиши, елка суягининг проксимал эпифизиолизи, бош мияга қон қўйилиши натижасида келиб чиқадиган фалажлардан фарқлаш лозим.

Давоси фалажнинг келиб чиқиш сабабига боғлиқ. Агар фалаж умуртқа поғонасининг шикастланишидан келиб чиққан бўлса, болани оҳиста йўргаклаш лозим, чунки тез йўргаклаш натижасида умуртқа артериясининг эзилиши кучайиши мумкин. Айрим ҳолларда умуртқа поғонасининг бўйин қисми иммобилизация қилинади.

Фалажнинг барча турларида B_1 , B_{12} витаминлари, дибазол тайинланади. Айна пайтда умуртқа поғонасининг бўйин қисмига физиотерапия усуллари: иситувчи муолажалар (парафин, озокерит) ва электрофорезни қўллаш ҳам яхши натижа беради. Шунингдек секин – аста

килинадиган укалш, 4-хафтадан сўнг эса галванизация ҳам тайинланади. Агар белгиланган муолажалар фойдасиз бўлса, болани 3,5-4 ойлигида асаб жарроҳи кўригига юбориш лозим.

Оқибати фалажнинг келиб чиқиш сабабига боғлиқ бўлиб, енгил ва ўртача оғирликдаги (орқа миyanинг ишемияси натижасида келиб чиққан) шаклларида бемор ҳеч қандай асоратсиз тузалади, органик зарарланиш билан кечадиган фалажларнинг тузалиши анча қийин бўлиб, мушаклар атрофиясига олиб келади.

Иловалар:

1- Илова.

Болаларда юрак уриши сони.

Ёши	1 дақиқадаги юрак уриши сони
Чақалоқларда	120 – 140
6 ойликда	130 – 135
1 ёшда	120 – 125

2- Илова.

Соғлом чала туғилган чақалоқларда юрак уриши сони.

1 дақиқадаги юрак уриш			
Ёши, кунларда	Максимал	Минимал	Ўртача
0-3	207	120	155
4-6	207	120	155
7-15	170	133	155
16-30	200	109	159

3- Илова.

Чақалоқларда гематокрит кўрсаткичи.

Ёши	Гематокрит
1-2 кун	0.56
5-6 кун	0.53
9-10 кун	0.50
3 ҳафта	0.44
1 ойлик	0.42

4- Илова.

1 ойлик чақалоқларда электролитлар миқдори (ммоль/л-да)

Кўрсаткич	Норма
Қон зардобидидаги натрий	134-146
Эритроцитлардаги натрий	24.0-27.2
Қон зардобидидаги калий	3-7
Эритроцитлардаги калий	70-102
Қон зардобидидаги кальций	1.75-2.73
Қон зардобидидаги магний	0.75-1.2
Қон зардобидидаги ноорганик фосфор	1.8-2.5
Қон зардобидидаги хлоридлар	95-110
Қондаги глюкоза	2.6-5.5

5- Илова.

Чала туғилган болаларда гемограмма кўрсаткичлари.

Ёши	Кўрсаткич	Норма
Ҳаётининг дастлабки кунлари	Эритроцитлар, $\times 10^{12}$	4.6-7
1 кун	Гемоглобин, г/л	226 $\pm$ 2,02
Ҳаётининг 1 ҳафтаси		178 $\pm$ 27
Ҳаётининг 2 ҳафтаси		147 $\pm$ 21
Ҳаётининг 5 ҳафтаси		115 $\pm$ 20
Туғилганда	Ретикулоцитлар, %	5-6-га яқин
2 ҳафталикда		1.2гача
4 ҳафталикда		2.5гача
Ҳаётининг дастлабки кунлари	Лейкоцитлар, $\times 10^9$	5-30
Ҳаётининг 4-7 кунлари		8-25
10 кунликдан 1 ойгача		5-16
Туғилган заҳотиёқ	Гематокрит	0.60 $\pm$ 0.07
		0.56 $\pm$ 0.01

6- Илова.

Кислота-ишқорий ҳолат кўрсаткичлари

pH	(7.324)
pCO ₂	30.3 (40.9)
BE	3.26 (-5.5)
SB	23.3 (19.8)
BB	37.3
AB	19.9 (20.2)
CO ₂	20.9 (22.3)

7- Илова.

Чақалоқларда умумий оксил ва оксил фракциялари (г/л-ларда)

Ёши	Умумий оксил	Оксил фракциялари			
		α 1 - глобулин	α 2 - глобулин	β -глобулин	Γ -глобулин
Чақалоқларда	47 – 65	0.9 – 3.2	2.4 – 7.2	2.4 – 8.5	6.0 – 16.2
	1 ойликда	41 – 55	1.2 – 4.7	2.4 – 16.2	1.6 – 8.8
					4.1 – 12.1

8- Илова.

Чақалоқларда орқа мия суюқлигининг таркиби.

Кўрсаткич	Норма
Ранги	Ксантохром, рангсиз
Тиниқлиги	Тиниқ
Цитоз ва унинг таркиби, лимфоцитлар	100/3 гача
Умумий оксил, г/л	0.7 – 0.8
Альбуминлар, г/л	0.28 – 0.57
Глобулинлар, г/л	0.2 – 0.39
Фибриноген, г/л	0 – 0.1
Аммиак, г/л	0.5-гача
Электролитлар, ммоль/л:	
Натрий	128.76 – 146.16
Калий	2.74 – 3.68
Кальций	0.92 – 1.99
Хлоридлар, ммоль/л	169.2 – 245.6
Шакар, ммоль/л	2.22 – 3.88
Билирубин, ммоль/л	1.71 – 5.13

9- Илова.

Соўлом чақалоқларда гуморал иммунитет кўрсаткичлари (қон зардобдаги иммуноглобулинлар) V.C.Vaughan бўйича (1986)

Кўрсаткич	Ёши	
	Ҳаётининг 1 куни (қиндик қонида)	Чақалоқлик даври (ўртача кўрсаткич)
IgA, мг%	0 – 5	0 – 2.2
IgD, мг%	0	
IgE, МЕ/л	0 – 230	
Ўғил болаларда	0 – 170	
Қиз болаларда		
IgG, мг%	760 – 1700	700 – 1480
IgM, мг%	4 – 24	5 – 30

10- Илова.

Чақалоқларда қондаги кислороднинг мм сим.устуни ҳамда кПа-да ва қон рН-нинг ҳар дақиқадаги кўрсаткичлари (Н.У.Тиц, 1986)

Ёши	РаО ₂ мм сим.устуни	кПа	рН
Туғруқ пайтида	8-24	1,1-3,2	7,15
5-10 дақиқада	33-75	4,4-10,0	7,20
30 дақиқада	31-85	4,1-11,3	7,28
1 соатдан сўнг	55-80	7,3-10,6	7,30
1 суткада	54-95	7,2-12,6	7,35
Катта кишиларда	83-108	11,0-14,4	7,35-7,45

11- Илова.

Ҳомиланинг гестация ёшига мос келадиган жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари (М±m), (Г.М.Дементьева, 1998)

Гестация муддати, ҳафталарда	Тана вазни, граммларда	Бўй узунлиги, см	Айлана, см	
			Бош	Кўкрак
4	0,02±0,01	0,5±0,02		
8	1,1±0,2	3,5±0,14		
12	14,2±1,5	7,0±0,32		
16	108±11	14±0,62		
20	316±35	24±1,2		
24	620±74	29±1,3		
28	1124±183	35,9±1,8	26,6±1,9	23,9±1,9
29	1381±172	37,9±2,0	28,0±1,5	25,7±1,7
30	1531±177	38,9±1,7	28,9±1,2	26,4±1,4
31	1695±1212	40,4±1,6	29,5±1,5	26,7±1,6
32	1827±267	41,3±1,9	30,2±1,6	27,9±1,9
33	2018±241	42,7±1,8	30,6±1,2	28,1±1,7
34	2235±263	43,6±1,7	31,3±1,3	28,9±1,7
35	2324±1206	44,4±1,5	31,9±1,3	29,6±1,6
36	2572±235	45,3±1,7	32,3±1,4	30,1±1,9
37	2771±418	47,6±2,3	33,7±1,5	31,7±1,7
38	3135±441	49,6±2,0	34,7±1,2	33,1±1,6
39	3403±415	50,8±1,6	35,5±0,9	34,3±1,2
40	3546±457	51,7±2,1	35,7±1,3	35,0±1,7

12- Илова.

Чақалоқларда коагуляцион скрининг – тестлар (J.F.Casella, 1994)

Тест	Катта кишилар	Чақалоқлар	32-36 ҳафталик чала туғилган болалар	Катта кишилардаги кўрсаткичларига етадиган ёш
Қондаги тромбоцитлар сони, минг/мм ³	330±50	310±68	290±70	
Қисман тромбопластин вақти, сонияларда	44	55±10	70	2-9 ойликда
Протромбин вақти, сонияларда	12-14	13-20	12-21	1 ҳафталикда
Қон кетиш вақти, дақиқаларда	Барча ёшда 4±1,5			

13- Илова.

Чақалоқларда ичак микрофлорасининг таркиби

Кўрсаткич	Чақалоқлар	1 ёшдан сўнг ва катта кишилар
	Пайдо бўлиш вақти, микрофлоранинг сифати ва сони	
Ичакда микрофлоранинг пайдо бўлиш вақти	1 кунлар (2 ярми)	-
Бола ҳаётининг дастлабки кунларида ичак микрофлорасининг таркиби	Грам-мусбат Дедерлейн таёқчалари	-
Бифидофлоранинг пайдо бўлиш вақти	5-7 кун	-
Бифидофлора миқдори	10 ⁹ ва ундан кўп (барча микрофлоранинг 98%)	10 ⁸ ва ундан кўп
Ичак таёқчасининг умумий миқдори	100-700 млн/г	300-400 млн/г

Кучсиз ферментатив хусусиятга эга бўлган ичак таёқчаси	10%-гача	10%-гача
Лактозонегатив энтеробактериялар	5%-гача	5%-гача
Микробларнинг умумий микдорига нисбатан коккли шакллар	25%-гача	5%-гача
Сутли нордон бактериялар	10-100 млн/г	1-10 млн/г
Энтерококклар	1-30 млн/г	1 млн/г
Шартли-патоген микроблар	0,01-0,001%-дан кам	$3 \cdot 10^3 - 4 \cdot 10^6$ млн/г

15- Илова.

Чақалоқлар ҳаётининг дастлабки 2 ҳафтасида лейкограмма кўрсаткичлари

Боланинг ёши (кунларда)	Лейкоцитлар, $\times 10^9$ /л (мм^3)	Нейтрофиллар, %	
		Сегмент ядролилар	Таёқчасимон ядролилар
1	5-30	61	9
7	8-25	39	6
14	5-16	34	5,5

14- Илова.

Соғлом чақалоқларда лейкоцитар формула (%ларда) (А.Ф.Тур, Н.П.Шабалов, 1970)

Ёши	Миел оцитлар	Метам иелоцитлар	Нейтрофиллар				Лимфо- цитлар		Моноцит лар		Эозинофи ллар	
			Таёқчаси мон ядролилар		Сегмент ядролилар							
	ўзгаришлар			М	±с.ф.	М	±с. ф.	М	±с.ф.	М	±с.ф.	М
Хаётин инг 1 соатлар и	0-4	0-4	5,9	5,4	61,7	10,3	24,7	8,6	6,3	3,2	3	2
1 кун	0-1,5	0-4	6,6	5,8	61,2	11,6	23,6	8,1	7,3	3,2	2,6	1,9
2 кун	0-2,5	0-5	5,9	5,4	58	11,1	26,7	8,1	8,4	3,7	2,9	2,1
3 кун	0-1	0-4	3,8	2,8	52,5	11	31,1	9,2	10,1	4,2	3,7	2
4 кун	0-0,5	0-5	3,3	2,1	47,5	11,5	36,6	10,5	10,3	4,7	3,9	2,3
5 кун	0-2	0-4	3,2	1,9	43,2	10,8	40,3	9,6	10,4	4	3,9	2,1
6 кун	0-2	0-3	2,8	1,7	42,5	12	42,6	11,1	10,5	3,7	3,9	2,4
7 кун	0-1	0-4	3,0	1,6	38	9	45,8	9,3	10,5	4,4	3,7	2
8 кун	0-1	0-4	2,9	1,7	38,9	9,5	46,2	9,2	10,1	4,1	3,6	2,1
9-15 кун	0-0,5	0-4	2,5	1,6	36,,9	10,6	47,9	9,9	10,5	4,3	4,1	2

Илова: ст.ф. – стандарт фарк; Базофиллар микдори барча кунларда 1дан ортиқ эмас.

ТАВСИЯ ЭТИЛАДИГАН АДАБИЁТ РЎЙХАТИ

1. Барашнёв Ю.И. Перинатальная неврология. - Триада Х. - 2001.- 638с.
2. Врожденные перинатальные и неонатальные инфекции./ Под ред. А.Гриноу, Дж.Осборна, Ш.Сазерленд. Пер. с англ. - М., Медицина, 2000. - 287с.
3. Володин Н.Н., Антонов А.Г., Базарова М.В. и др. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. - Москва. - 2001. - 94с.
1. Дильмурадова К.Р., Саидмурадова Р.С. Неонатология. Учебное пособие. - Ташкент. - 2000. - 204с.
2. Дильмурадова К.Р. Инфекции новорожденных. Учебное пособие. - Самарканд. - 2006. - 82с.
3. Дильмурадова К.Р., Саидмурадова Р.С., Абдусаломов А.А. ОИТСнинг онадан болага трансмиссияси олдини олиш. - Тошкент. - 2005. - 66 с.
4. Месс В.Л. и др. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. - М., МЕДпресс-информ. - 2003. - 125с.
5. Немилова Т.К. и др. Антенатальная диагностика и тактика при пороках плода и новорожденного. Методическое пособие.-СПб. - СПбМАПО. 2002. - 90с.
6. Основы перинатологии. Под ред. Н.П.Шабалова и Ю.В.Цвелева. - М. - Мед-пресс-Информ. - 2002. - 572с.
7. Пальчик А.Б. Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. - СПб. - Питер. - 2000. - 219с.
8. Протокол диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. Российская Ассоциация специалистов перинатальной медицины.- М.: ГОУВУНМЦ. - 2001. - 94с.
9. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. - М. Бином. 2005.-335с.
10. Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А. ВИЧ – инфекция у детей. – СПб.: Питер. - 2003. – 440с.
11. Современная терапия в неонатологии. Под ред. Н.П.Шабалова. Пер. с англ. – М.: МЕДпресс - 2000. – 259с.
12. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие в 2-х томах. Москва. - МЕД-пресс – информ. - 2008г.
13. Улезко Е.А., Богданович Б.Б., Глещевич О.Е. Ультразвуковая диагностика болезней новорожденных. Минск.-АСТ– ХАРВЕСТ. - 2001. – 77с.
14. Фомичев М.В. Респираторная поддержка в неонатологии. - Екатеринбург. - Уральское книжное издательство. - 2002. – 150с.
15. Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных. Пер. с нем. – М. – Медицина. - 2003. – 422с.
16. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. – СПб. - Эл-биСПб.. - 2002. - 351с.
17. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство. ВОЗ. 2009 – 66с.
18. Программа по снижению младенческой смертности в республике Узбекистан. МЗРУз. 2006-54с.
19. Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. ВОЗ. 2009- 369с.
20. Эффективная перинатальная помощь и уход. Неонатология. Руководство для участника. ВОЗ. 2009- 150с.

ДИРЕКТИВ ВА ИНСТРУКТИВ – УСЛУБИЙ ХУЖЖАТЛАРИ

1. Конституция Республики Узбекистан. - Т. - «Узбекистон». – 2001 - 39с.
2. Закон Республики Узбекистан «О здравоохранении» - 1996.
3. Закон Республики Узбекистан «О профилактике заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)». - 1999.
4. Интегрированное ведение болезней детского возраста. Руководство стратегии ВОЗ. - Т. - 2002.
4. Грудное вскармливание. Учебное пособие. - Т. – 2003 - 89с.
5. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. - М. - ГОУВУНМЗРФ. – 2001 - 95с.
6. Приказ МЗ РУз №154 от 27.02.1991г. «О неотложных мероприятиях по оздоровлению женщин репродуктивного возраста Узбекистана».
7. Приказ МЗ РУз №183 от 11.04.1993г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинской помощи новорожденным детям республики Узбекистан».
8. Приказ МЗ РУз №606 от 30.12.1994г. «О регистрации рождения и смертей в учреждениях здравоохранения республики Узбекистан».
9. Приказ МЗ РУз №452 от 26.09.1995г. «Об организации Республиканского Центра по поощрению и поддержке грудного вскармливания».
10. Приказ МЗ РУз №295 от 4.05.1999 г. «Об охране, поощрении и поддержке практики грудного вскармливания в республике Узбекистан».
11. Приказ МЗ РУз №81 от 3.03.2006г. «Повышение эффективности грудного вскармливания, инициатива больницы доброжелательной к ребенку».
12. Приказ МЗ РУз №157 от 16.04.2001г. «О профилактике родового травматизма у новорожденных».
13. Приказ МЗ РУз №500 от 13.11.2003г. «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций».
14. Приказ МЗ РУз №484 от 3.11.2003г. «Республикада болалар касалликларини интегрирлашган усулида олиб бориш (БКИУОБ) стратегиясини дипломгача ва дипломдан кейинги тайёрлаш жараёнига киритишни кенгайтириш тугрисида».
15. Приказ МЗ РУз №600 от 29.12.2007г. «О соблюдении санитарно-гигиенического, противоэпидемического и дезинфекционного режимов в лечебно-профилактических учреждениях Министерства здравоохранения республики Узбекистан».
16. Приказ МЗ РУз №480 от 30.10.2007г. «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ – инфекцией в республике Узбекистан».

Теринга берилди 11.10.2010 йил. Босишга рухсат этилди 02.11.2010 йил.

Улчами 30х42 ¹/₈, офсет ьођози, офсет усулида чоп этилди.

Босма тобођи 11,5, адади 50 нусхада.

Буюртма №120.

СамДМИ босмањонасида чоп этилди.

Самаръанд ш. А.Темур књчаси 18.