

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

Анвар Валиевич Алимов, Зухра Жандаровна Рахманкулова, Муазам Асраровна
Исмаилова, Муяссар Абдусаттаровна Гулямова, Нина Михайловна Амизян,
Саида Эльбрусевна Юнусова, Умида Ферузовна Насирова, Наргиза Каримовна
Ходжамова, Мунира Кабуловна Абдукадилова, Шахноза Хасановна
Ходжиметова, Бородина Ольга Ивановна

Билимлар соҳаси –Жамоат таъминоти ва соғлиқни сақлаш – 500000

Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш – 510000

НЕОНАТОЛОГИЯ ФАНИДАН

НЕОНАТОЛОГИЯ

5111000 – «Касбий таълим» ва 5510100 – «Даволаш иши»

йўналиши учун

ДАРСЛИК

Тошкент – 2018

Тақризчилар: 1.ТошВМОИ Педиатрия кафедраси мудири, т.ф.д., профессор Шамсиев Ф.С.

2. Республика скрининг маркази директори, профессор Шарипова М.К.

3. ТошПТИ Ўзбек, рус ва лотин тиллари кафедраси мудири, филология фанлари номзоди Турдиева К.Ш.

КИРИШ СЎЗИ

Ота-она бўлиш бахти насиб этган ҳар бир инсон фарзандининг баркамаол шахс бўлиб вояга етишини орзу қилади. Соғлом авлод тушунчаси, айниқса, бизнинг юрт учун ниҳоятда муҳим аҳамиятга эга. Зеро, ҳалқимиз ўз эртасини фарзандларнинг истиқболида кўрадиган, ўғил – қизим, болам деб яшайдиган ҳалқ. Шу маънода, мамлакатимиз Президенти Шавкат Мирзиёев ҳар бир чиқишлари ва учрашувларда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш, болалар саломатлигини янада мустаҳкамлаш, соғлом авлод туғилиши ва тарбияланишига алоҳида эътибор бериб келмоқда. Хусусан, давлатимиз раҳбарининг жорий йил 5 январь ва 7 февраль кунлари соғлиқни сақлаш соҳаси вакиллари билан ўтказган учрашувлари ҳам бу борада муҳим бурилиш ясади.

Айниқса, давлатимиз раҳбарининг “2016—2020 йилларда Ўзбекистонда оналик ва болаликни муҳофаза қилиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги қарори соҳа ривожига муҳим дастуриламал ҳужжат бўлди.

Аслида, бугунги кунга келиб умуммиллий ҳаракатга айланган бундай ислохотларнинг тамалтоши мустақилликка эришилган дастлабки кунлардаёқ қўйилган эди. Ўша пайтда турли иқтисодий-ижтимоий қийинчиликларга қарамай, миллат генофондини соғломлаштириш, баркамол авлодни тарбиялаш масаласига энг асосий вазифа сифатида эътибор қаратиб келинган. Фақат соғлом ҳалқ, соғлом миллатгина буюк ишларга қодир бўлади деган ҳаётбахш шиор тиббий-ижтимоий ислохотларнинг бош мақсадига айланган эди.

Шуни ҳам алоҳида эътироф этиш жоизки, ўзаро изчиллик касб этган Оила йили, Аёллар йили, Соғлом авлод йили, Баркамол авлод йили, Она ва бола йили, сиҳат-саломатлик йили, Ёшлар йили, Мустаҳкам оила йили, Соғлом бола йили муносабати билан махсус давлат дастурлари қабул қилиниши элимиз саломатлигини асраш ва муҳофаза қилишда беқиёс аҳамият касб этди. Бугун эса “Соғлом она ва бола” миллий концепсияси

асосида амалга оширилаётган кенг кўламли чора-тадбирлар репродуктив саломатликни мустаҳкамлаш, соғлом оилани шакллантириш, ирсий касалликларнинг олдини олишда муҳим омил бўлмоқда.

Ушбу дасрлик ҳам ана шу эзгу мақсадлардан келиб чиқиб, мамлакатимиз олимлари томонидан тайёрланди. Дарсликда Ўзбекистон Республикаси олимларининг Неонатологияга қўшган ҳиссалари ёритилган бўлиб, жумладан, т.ф.д., профессор Шамсиев С.Ш. – чақалоқлар пневмониясининг ўзига хослиги, т.ф.д. Раҳманкулова З.Ж. – ҳомила ичи инфекциялари, т.ф.д., профессор Мухамедова Х.Т. - янги туғилган чақалоқларда септик жараён мавзулари бўйича қилган илмий натижалари алоҳида эътиборга молик.

Ҳар йили дунёда бир ойликкача бўлган тўрт миллиондан ортиқ болалар, асосан ҳаётининг биринчи “қалтис” ҳафтасида нобуд бўлади. Бу ўлимларнинг талайгина қисми оналар саломатлик ва овқатланиш ҳолатларининг ёмонлиги, шунингдек туғруққача, туғруқ вақтида ва туғруқдан сўнг кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг мос эмаслиги оқибатидир.

Перинатал тиббиёт соҳаси бўйича ҳар йили 6000га яқин мақолалар чоп этилади. Дарсликлар ушбу мақолаларда ёритилган далилларга асосланган замонавий тиббиётнинг ютуқларини ёритиб беришга улгурмаяптилар. Ушбу дарсликда талабалар учун БЖССТнинг халқаро тавсиялари янгиланган ҳолда киритилган.

Юқоридагиларни эътиборга олган ҳолда, тиббиёт олийгоҳлари талабаларини янги далилларга асосланган ахборотлар билан таъминлаш муҳим ҳисобланади.

Тақдим этилаётган дарслик, далилларга асосланган замонавий меъёрлар ва стандартларнинг тўлиқ рўйхатини ўз ичига олган бўлиб, талабаларни она ва унинг янги туғилган боласига эҳтиёжларига мос равишда юқори сифатли ёрдам кўрсатишларига имкон беради.

Аннотация.

Дарсликда шифохона ва ҚВП шароитида янги туғилган чақалоқлар парвариши масалалари кўриб чиқилган. Неонатологияда фойдаланиладиган замонавий терминология, ҳомила ва янги туғилган чақалоқлар анатомо-физиологик хусусиятлари, мослашув даври ўзига хос хусусиятлари БЖССТ тавсияларига мос ҳолда келтирилган. Ушбу дарсликда перинатал асфиксия, чақалоқлар сарикликлари, нафас бузилиш синдроми, ҳомила ичи инфекциялари, геморрагик касалликлар замонавий ташхисоти ва даволаш усуллари, шу билан бир қаторда чақалоқларни парваришлар бўлимлари ташкил этиш тамойиллари ҳам ёритиб берилган.

В учебнике рассмотрены вопросы ухода за новорожденными детьми в условиях стационара и СВП. Современная терминология в неонатологии, анатомо-физиологические аспекты новорожденного ребенка, особенности периода адаптации представлены в строгом соответствии рекомендациям ВОЗ. Изложены современные методы диагностики и лечения таких патологических состояний у новорожденных, как перинатальная асфиксия, желтухи новорожденных, синдром дыхательных расстройств, внутриутробные инфекции, геморрагическая болезнь новорожденных. Освещены организационные принципы создания отделений для новорожденных.

In the book the issues of care for their newborn children in the hospital and SAP. The modern terminology in neonatology, anatomical and physiological aspects of a newborn baby, especially the adaptation period are presented in strict accordance with WHO recommendations. Describes the modern methods of diagnosis and treatment of pathological conditions in the newborn, as perinatal asphyxia, neonatal jaundice, respiratory distress syndrome, intrauterine infection, hemorrhagic disease of the newborn. Highlight the organizational principles of the neonatal unit.

МУНДАРИЖА

Кириш.....	4
Асосий қисқартмалар рўйхати.....	6
Боб-1. ҚВП ва туғруқ комплексларида чақалоқларга тиббий ёрдамни ташкил этиш (Исмаилова М.А.).....	12
Боб-2. Муддатига етиб туғилган соғлом чақалоқларни парвариши.....	23
2.1. Янги туғилган чақалоқларда мослашув даврининг узига хос хусусиятлари (анатоми – физиологияси, чегаравий ҳолатлари).....	24
2.2. Соғлом янги туғилган чақалоқни парваришlash асослари	41
2.3. Янги туғилган чақалоқни клиник текшириши.....	49
Боб -3. Муддатига етмай туғилган чақалоқ (Ходжамова Н.К.)	
3.1. Муддатига етмай туғилган чақалоқларни парваришlash хусусиятлари..	76
3.2. Ҳомила ривожланишидан орқада қолиши (Ходжамова Н.К.).....	101
Боб-4. Чақалоқларнинг она сути билан овқатлантириш.....	111
Боб-5. Янги туғилган чақалоқни перинатал асфиксияси (Гулямова М.А.)..	125
Боб-6. Янги туғилган чақалоқларнинг сариқликлари (Амизян Н.М.).....	159
Боб-7. Нафас бузилиш синдроми (Исмаилова М.А.).....	185
Боб-8. Янги туғилган чақалоқларнинг туғруқ жароҳатлари	
8.1. Марказий асаб тизими перинатал патологияси (Ходжиметова Ш.Х.)....	198
8.2. Тери, юмшоқ туқима туғруқ жароҳатлари (Носирова У.Ф.).....	211
8.3. Орқа мия ва елка чигали туғруқ жароҳатлари	216
8.4. Бош мия туғруқ жароҳатлари (Абдукадилова М.К.).....	227
Боб-9. Янги туғилган чақалоқлар инфекциялари (Рахманкулова З.Ж.)	
9.1. Янги туғилган чақалоқлар бактериал инфекциялари.....	244
9.2. Ҳомила ичи инфекциялари.....	276

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
Список сокращений.....	6
Глава-1. Организация медицинской помощи новорожденным в родильных комплексах и СВП(Исмаилова М.А.).....	9
Глава-2. Уход за здоровыми недоношенными новорожденными.....	21
2.1. Особенности адаптационного периода у новорожденных (анатомо – физиологические, пограничные состояния).....	22
2.2. Основы ухода за здоровым новорожденным.....	41
2.3. Клинический осмотр новорожденных.....	49
Глава-3. Недоношенный новорожденный (Ходжамова Н.К.)	
3.1. Особенности ухода за недоношенными новорожденными.....	76
3.2. Задержка внутриутробного развития (Ходжамова Н.К.).....	101
Глава-4. Вскармливание новорожденных детей.....	111
Глава-5. Перинатальная асфиксия новорожденных (Гулямова М.А.).....	125
Глава-6. Желтухи новорожденных (Амизян Н.М.).....	159
Глава-7. Синдром дыхательных расстройств (Исмаилова М.А.).....	185
Глава-8. Родовые травмы новорожденных	
8.1. Перинатальная патология центральной нервной системы (Ходжиметова Ш.Х.).....	198
8.2. Родовые травмы кожи, мягких тканей (Насирова У.Ф.).....	211
8.3. Родовые травмы спинного мозга и плечевого сплетения (Юнусова С.Э.).....	216
8.4. Родовые травмы головного мозга (Абдукадилова М.К.).....	227
Глава-9. Инфекции новорожденных (Рахманкулова З.Ж.)	
9.1. Бактериальные инфекции новорожденных.....	244
9.2. Внутриутробные инфекции.....	278

CONTENTS

Introduction.....	4
list of Abbreviations.....	6
Chapter 1. The organization of medical care for newborns in maternity hospitals and rural health units	9
Chapter 2 . Caring for healthy preterm infants	21
2.1. Features of the adaptation period in the newborn (anatomical - physiological , boundary conditions).....	22
2.2. Care Basics ha healthy newborn	41
2.3 . Clinical examination of newborns	49
Chapter 3. A premature newborn	
3.1. Particularly care for premature infants	76
3.2. Intrauterine growth	101
Chapter -4 . Feeding babies	111
Chapter -5 . Perinatal asphyxia	125
Chapter 6. Neonatal jaundice	159
Chapter 7. Respiratory distress syndrome	185
Chapter -8. Newborn Birth Injuries	
8.1. Perinatal pathology of the central nervous system	198
8.2 . Birth injuries of the skin, soft tissues,	211
8.3. Birth injuries of the brain and spinal cord of brachial plexus	216
8.4. Birth injuries of the brain	227
Chapter -9 . Infections of newborn children.	
9.1. Bakterialnye neonatal infections	244
9.2 . Intrauterine infection	278

АСОСИЙ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

АИТ	–	аутоиммун тиреоидит
АК	–	аорта коарктацияси
АКС	–	алиментар конституцион семириш
АМ	–	аёллар маслаҳатхонаси
АОҲ	–	антиоксидант ҳимоя
АРТ	–	антиретровирус терапияси
АС	–	амниотик суюқлик
АС	–	аортал стеноз
АФП	–	α - фетопротеин
АФС	–	антифосфолипид синдроми
АЮҚҲ	–	айланиб юрадиган қон хажми
БА	–	бактериал амнионит
БАТН	–	бўлмачалараро тўсиқ нуқсон
БВ	–	бактериал вагиноз
БЎГ	–	бирламчи ўпка гипертензияси
БЭ	–	билирубин энцефалопатияси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ГТП	–	γ - глутаматтранспептидаза
ГИЭ	–	гипоксик-ишемик энцефалопатия
ГК	–	гипертрофик кардиомиопатия
ГТСС	–	глюкозага толерантликка соатлик синамаси
ДК	–	дилатацион кардиомиопатия
ДКА	–	диабетик кетоацидоз
ДТБ	–	диффуз токсик бўқоқ
ДТЎ	–	думғазанинг тепа суяк ўлчами
ДФ	–	даволаш физкультураси (жисмоний тарбияси)
ЁБҚ	–	ёқа бўшлиғи қалинлиги
ЗОМ	–	зардоб-оқсиллар маркери
ИББҚД	–	инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет

ИБҚД	–	инсулинга боғлиқ қандли диабет
ИГП	–	идиопатик гиперпролактинемия
ИТХ	–	иммунтанқислик ҳолати
ҚАҚ	–	қонни алмашлаб қуйиш
КАХ	–	кислота-асос ҳолати
ҚБ	–	қалқонсимон без
КГГ	–	кардиотокография
ҚИҚҚ	–	қоринча ичига қон қуйилишлар
КПИ	–	кардиопикнотик индекс
КСТРН	–	кўп сонли туғма ривожланиш нуқсонлари
КТ	–	компьютер томографияси
КФК	–	креатинфосфокиназа
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
ЛПО	–	липидларнинг пероксидли оксидланиши
МВБ	–	марказий веноз босим
МЕХ	–	муддатига етмаган ҳомиладорлик
МИҚҚ	–	мия ичига қон қуйилишлар
МИТ	–	меъда-ичак тракти
МРТ	–	магнит-резонанс томографияси
МС	–	митрал стеноз
МС	–	Марфан синдроми
МХА	–	медицина хирургик академияси
НЭЎБ	–	нейроэндокрин семириш
ОАЙ	–	очиқ артериал йўл
ОАС	–	опиат абстинент синдром
ОБСК	–	ОИТС билан боғланган симптомлар ва синдромлар комплекси
ОЗ	–	оптик зичлик
ОИТВ	–	одам иммунтанқислиги вируси
ОИТС	–	ортирилган иммунтанқислик синдроми

ОХГХГЧ	–	одам хорионик гонадотропини
ПВҚҚ	–	паривентрикуляр қон қуйилишлар
ПВЛ	–	перивентрикуляр лейкомаляция
ПЛ	–	плацентар лактоген
ПРЛ	–	пролактин
ПТ	–	пренатал ташҳис
ПТС	–	поликистоз тухумдонлар синдроми
ПЎИ	–	плацентанинг ўтказувчанлик индекси
РДС	–	рангли Допплер сурати
РИҲ	–	радиоактив ифлосланган ҳудудлар
СТГ	–	секинлашган турдаги гиперсезувчанлик
СТК	–	сийдик-тош касаллиги
СФПЕ	–	сурункали фетоплацентар етишмовчилик
СХ	–	сенсбилизация хавфи
СЭҚҚ	–	субэпендимал қон қуйилиши
СЯР	–	системалияллияғланиш реакцияси
ТБГ	–	тироксинни боғловчи глобулин
ТЗ	–	трийидтиронин
ТИДҚИ	–	томир ичи диссеминланган қон ивиши
ТРН	–	туғма ривожланиш нуқсонлари
ТТГ	–	тиреотроп гормон
ТЮН	–	туғма юрак нуқсонлари
ТЯ	–	тироксин
УТТ	–	ультратовуш текшируви
ЎАКС	–	ўпка артерияси клапани
ФДМ	–	фибриноген деградация маҳсулотлари
ФОТ	–	фето-оналик трансфузия
ФТ	–	Фалло тетрадаси
ФТ	–	фетал трансфузия
ФТТ	–	функционал ташҳис тестлари

ФФТС	–	фето-фетал транфузион синдром
ФҲ	–	физиологик ҳомиладорлик
ХА	–	хромосом аберрациялар
ҲББПЎ	–	ҳомила бошининг бипариетал ўлчами
ҲБФП	–	ҳомиланинг биофизик профили
ҲВУ	–	ҳомила сон суягининг узунлиги
ҲГК	–	ҳомиланинг гемолитик касаллиги
ҲИИ	–	ҳомила ичи инфекциялари
ҲҚА	–	ҳомила қорин айланаси
ҲРОК	–	ҳомила ривожланишининг орқада қолиши
ХТИД	–	ҳомила тухумининг ички диаметри
ЦМВХ	–	цитомегаловирус
ЦНС	–	марказий нерв тизими
ЦТЛ	–	цитотоксин Т-лимфоцитлар
ЧГК	–	янги туғилган чақалоқларнинг гемолитик касаллиги
ЧГК	–	чақалоқлар геморрагик касаллиги
ЧП	–	чақирилган потенциаллар
ЭКУ	–	экстракорпорал уруғлантириш
ЭС	–	Эйзенменгер синдроми
ЭТ	–	эркин тироксин
ЭТЙ	–	эркин трийодтиронин
ЭЭГ	–	электроэнцефалография
ЭЭФ	–	экстремал экзоген омил
ЮИК	–	юрак ишемик касаллиги
ЮҚЧ	–	юрак қисқаришлари частотаси
ЮТК	–	юрак-қон томир касаллаклари
ЯТМЁК	–	ярим тўйинмаган ёғ кислоталари
НбАс	–	глюкозаланган гемоглабин
РАРР-А	–	pregnancy associated plasma protein A

Боб-1. Ўзбекистонда оналарга ва чақалоқларга тиббий ёрдамни ташкил этиш.

Ўзбекистон Республикаси Президенти томонидан 2014 йилда тасвир этилган “Соғлом бола йили” Давлат дастури, ҳамда «2009 — 2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Дастури тўғрисида» 1 июл 2009 йил №1144 қарорига асосан республикада перинатал хизматлар тизими ривожланмоқда, патологияси мавжуд ҳомиладор аёллар, бемор ва муддатига етмай туғилган чақалоқлар бўлган барча вилоятларда турли даражадаги перинатал марказлар ташкил этилди.

Бу перинатал марказлар бир-биридан ҳомиладор аёл, янги туғган аёл, янги туғилган болага мос тиббий ёрдам кўрсатиш учун турли перинатал ёрдамнинг йўналишларини тақсимланиши, малакали тиббий ходимлар билан таъминланганлиги, уларнинг тажрибали лаборатор-диагностик текширув имкониятлари билан фарқланиши керак.

Ўзбекистон ҳудудида ҳомиладор аёлга, яқинда туғган аёлга ва янги туғилган болаларга мамлакатнинг географик, ижтимоий-иқтисодий ва тиббий ташкилотларининг ўзига хос хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда, шаҳарлараро перинатал тиббий ёрдамни кўрсатиш - тиббий ёрдам кўрсатиш ташкилотининг порлоқ истиқболи ва ўз замонасининг моделидир.

Перинатал ёрдамни аниқлаш ва уни ҳудудийлаштириш

Перинатал ёрдам бу - аёлларга, ҳомилага ва янги туғилган чақалоқларга, шу жумладан ҳомиланинг ривожланиш даврида, ҳомиладорликда, туғруқ вақтида ва туғишдан кейинги даврда кўрсатиладиган тиббий ёрдам тизимидир.

Перинатал ёрдамни ҳудудийлаштириш бу - географик ҳудудга мос келувчи оналар ва янги туғилган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатишдир.

Худудийлаштириш бу – тиббий ёрдамни мақсадга мувофиқ бутун худудга тақсимлаш, яъни тиббий ёрдам хизматларини барча турлари (бирламчи, иккиламчи ва учламчи) жойлашганлиги, аҳолига қулайлик ва ижтимоий самарадорлигига тиббий хизматни кўрсатиш.

Перинатал ёрдамни худудийлаштириш аниқ бир худудда ҳомиладорлар ва янги туғилган чақалоқларнинг аҳволининг оғирлик даражасига мос келувчи тиббий ёрдамни кўрсата оладиган турли даражадаги тиббий муассасаларни яратиш учун зарурдир.

Перинатал ёрдам ислохатлаштириш тамойилига кўра худудийлаштириш уч асосий қатъийликда амалга оширилади:

1. Ягона мезонларга кўра перинатал ёрдамнинг сифатини кўтариш.
2. Оналар ва янги туғилган чақалоқлар амалдаги ҳамма таркибий қисмларга перинатал ёрдам эркинлиги.
3. Тиббий муассасалар ва турли мутахассислар орасида самарали ўзаро ҳамкорлик.

Перинатал ёрдамни мақсади, худудийлаштириш тамойиллари таркиби:

- Оналар, перинатал ва ёш болалар ўлими кўрсаткичларини камайтириш.
- Перинатал ёрдам сифатини юксалтириш.
- Мерос бўлиб қолишликни таъминлаш ва антенатал даврда ҳомиладор аёлларни парваришлаш, энг мақбул госпитал ёрдам кўрсатиш.
- Инсоний ва молиявий манбалардан рационал фойдаланиш.

Перинатал ёрдамни худудийлаштириш модели

Перинатал ёрдамни худудийлаштириш моделида - ҳомиладор аёлга, янги туғилган чақалоқларга оғир ҳавф омиллари ва касаллигининг жиддийлигини ҳисобга олган ҳолда уч поғонали госпитал ёрдам кўрсатилади. Айрим ҳолларда яқинда туғган аёлга ва янги туғилган чақалоқга етарли даражада тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаганда, дарҳол олий даражали тиббиёт ташкилотидан юқори тажрибали мутахассислар жалб этилади.

Перинатал ёрдамни худудийлаштириш умумий тартибида госпитализациягача бўлган даврда бирламчи звенода ҳомиладор аёлга жуда

катта эътибор берилади. Оғир хавф омиллари ва жиддий патологияси бор хомиладор аёлга туғри, аниқ ташҳис қўйиш мақсадида ёки малакали даволаш чораларини кўрсатиш учун махсус тиббиёт ташкилотларига йўналтирилади.

Бирламчи звенода тиббий-санитар ёрдам ва янги тартибда перинатал ёрдам кўрсатиш, қуйидаги функциялар асосида ўтказилади:

- Хомиладор аёлларни парваришlash ва ўз вақтида хавф – ҳатарни олдини олиш керак;
- Лозим бўлганда, хомиладор аёлни консултацияга юбориш ёки махсус госпиталлаштириш;
- Рационал контрацепциялар туғрисида махсус ва соғлом турмуш тарзи туғрисидаги маълумотларни ёритиш, чора-тадбирларини ўтказиш, ҳамда хомиладорликгача аёлни кузатиш ва рухий қувватlash.
- Янги туғилган чақалоқларни парваришlash, ўз вақтида овқатланишдаги муаммоларни бартараф қилиш ва касалликларни кузатиш.

Госпитал босқич-перинатал ёрдам худудийлаштиришнинг модулида Ўзбекистоннинг ҳар бир худудларида (вилоятлар) уч босқичдаги тиббий ёрдам кўрсатилган:

- а.** I-босқич- асосий ёрдам (асосий кузатув)
- б.** II-босқич-иҳтисосlashган ёрдам
- с.** III-босқич – юқори малакали ва иҳтисосlashган ёрдам

Биринчи босқичдаги тиббий ташкилот хомиладорлиги меёрида кечаётган ёки хавф омили кам бўлган, гестацион даври 37 ва ундан ортиқ бўлган аёлларга малакали тиббий ёрдам кўрсатади ва мосlashув даврида кўз илғамас ҳатоликлар ёки соғлом туғилган чақалоқлар кузатувларни таъминлайди.

Иккиламчи босқичдаги тиббий ташкилот хомиладорлиги ўрта оғир кечаётган ёки хавф омиллари ҳисси юқори бўлган аёлларга ва туғруқларга, ва шунингдек эрта туғиш, гестацион даври 34 хафтадан ошиқ бўлган

аёлларга ва ихтисослаштирилган ёрдамга мухтож чақалоқларга малакали кузатувни таъминлайди

Учламчи босқичдаги тиббий ташкилот хавф омили ҳисси юқори бўлган ҳомиладорлик ва туғруқ, экстрагенитал касаллик, туғруқ асоратлари, шунингдек эрта туғиш, гестацион даври 34 ҳафтага етмаган, интенсив терапияга ва ихтисослашган ёрдамга мухтож, иккиламчи босқич тиббий ташкилотига тегишли бўлмаган чақалоқларга малакали ва ихтисослашган кузатув таъминланади.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЖАҲОН
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТАШКИЛОТИ ТАВСИЯЛАРИГА КЎРА
ТИРИК ВА ЎЛИК ТУҒИЛИШ МЕЗОНЛАРИНИ
АНИҚЛАШ**

**1. ГЛОССАРИЙ ДЕФИНИЦИЯЛАРИ
(АСОСИЙ ТУШУНЧАЛАР)**

- Уруғланиш** – сперматозоид ва тухум хужайрани қўшилиши;
- имплантация** – уруғланган тухум хужайрани бачадон деворига бирикиши;
- ҳомила** — уруғлангандан 7-8 ҳафтадан сўнг(эмбрионал даврини охири) туғилгунгача бўлган даврда ривожланган ҳосила;
- аборт** – ҳомиладорликни 22 ҳафталик муддатгача ёки ҳомила оғирлигини 500 граммга етмасидан тўхтатиш (ихтиёрсиз ўзи ҳайдалиши ёки эмбрион/ҳомилани чиқариб олиниши);
- сунъий аборт** – ҳомиладорликни ҳомиладор аёлни хоҳишига кўра ёки тиббий кўрсатмаларга асосан тўхтатилиши;
- бола ташлаш** – ҳомилани 22 ҳафталик муддатгача йўқотиш;
- туғруқ** – 500 граммдан юқори вазни, ҳомиладорлик муддатида қатъий назар, ёки 22 ҳафта ва ундан катта муддатдаги тирик ёки ўлик ҳомилани она организмидан тўлиқ ҳайдалиши ёки чиқариб олиниши(экстракция);
- туғруқ содир бўлиши** – бола туғилиши амалга ошадиган физиологик жараён;
- тирик туғилиш** — она организмидан ҳомиладорлик муддатида қатъий назар уруғланган ҳосилани ҳайдалиши ёки чиқариб олиниши ва киндик кесилганлиги ёки йўлдош ажралганлигидан қатъий назар, ушбу жараёндан сўнг ҳомила нафас олади ёки қуйидаги хаётийлик белгиларидан ҳеч бўлмаганда биттасини намоён қилади: юрак уриши, киндик пулсацияси, мушак ҳаракати;

Ўлик туғилиш — уруғланган ҳосилани она организмдан ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ҳайдалишигача ёки чиқариб олинишигача нобуд бўлиши ва ушбу ажратилишдан сўнг ҳаётийлик белгиларини кузатилмаслиги (юррак уриши, нафас олиши, киндик пулсацияси, мушак ҳаракати);

перинатал давр — ҳомила ҳаётини 22 тўлиқ ҳафтаси (154 кун - ушбу даврга келиб нормада ҳомила вазни 500 граммни ташкил қилади)дан бошланиб, туғилганидан 7 тўлиқ кундан сўнг якунланади.;

неонатал давр (янги туғилган чақалоқлик даври) — туғилиш давридан бошланиб, 28 тўлиқ кундан сўнг якунланади;

Гестацион ёши - Ҳомиладорлик муддатини охирги ҳайзни биринчи кунидан бошлаб ҳисобланади ва тўлиқ кунларда ёки тўлиқ ҳафталарда ифодаланади. Охирги ҳайзни биринчи кунини 0 кун деб ҳисоблаш зарур. Шундан келиб чиққанда, дастлабки 0-6 кунлар «тўлиқ нолинчи ой ҳафтаси», 7-13 кунлар эса «тўлиқ биринчи ой ҳафтаси» ҳисобланади ва 40 ҳафта дейилганда «тўлиқ 39 ҳафта» тушунилади. Ҳисоб аниқлиги учун ҳафта ва кунлар тўлиқ ҳисобланиши зарур.

Ҳомиладорлик муддатига қараб, туғруқлар ажратилади:

1) **муддатидан илгари** (муддатига етмай туғилган чақалоқлар) – ҳомиладорлик муддати 37 тўлиқ ҳафтадан кам муддатдаги туғруқлар (259 кунгача);

2) **муддатига етиб** (муддатига етиб туғилган чақалоқлар) – 37 тўлиқ ҳафтадан 42 тўлиқ ҳафтагача бўлган муддатдаги туғруқлар (259-293 кунлар);

3) **муддатидан ўтиб** (муддатидан ўтиб туғилган чақалоқлар) – 42 тўлиқ ҳафта ва ундан катта муддатдаги туғруқлар (294 кун ва ундан катта).

Тирик туғилган чақалоқлар тана вазни ҳаётини биринчи соатида аниқланиши лозим, чунки постнатал даврини биринчи ҳафтасида тана вазни камайиши кузатилади. Ҳомила ёки янги туғилган чақалоқни туғилган заҳоти аниқланган тана вазни охирги бир граммгача аниқликда қайд қилинади.

1) **туғилганидаги кичик тана вазни** – тана вазни 2500 грамм дан кам бўлганда (1500 граммдан 2499 граммгача);

2) туғилганидаги жуда кичик тана вазни – тана вазни 1500 грамм дан кам бўлганда (1000 граммдан 1499 граммгача).

3) туғилганидаги ўта кичик (экстремал) тана вазни – тана вазни 1000 граммдан кам бўлганда(500 граммдан 999 граммгача).

Янги туғилган чақалок(хомила)ни бўй узунлиги уни ёзилган ҳолатида бош суягини энг юқори нуқтасидан товонигача бўлган масофани горизонтал бўй ўлчагичда ўлчаш орқали амалга оширилади (22 ҳафтали хомиладорликда хомила бўй узунлиги 25 см ни ташкил этади).

4. **Ўлим ҳолати** юзага келиш вақтига қараб янги туғилган чақалокни ўлими фарқланади:

- 1) антенатал ўлим – туғруқгача бўлган ўлим;
- 2) интранатал ўлим — туғруқ даврида юзага келган ўлим;
- 3) постнатал ўлим – тирик чақалок туғилганидан сўнг юзага келади.
- 4) неонатал ўлим - тирик чақалок туғилганидан сўнг 0-6 сутка (6 сутка, 23 соат, 59 минут, 59 секунд);
- 5) эрта неонатал ўлим - 7 сутка (7 сутка, 23 соат, 59 минут, 59 секунд).
- 6) кечки неонатал ўлим – 7-27 сутка (27 сутка, 23 соат, 59 минут, 59 секунд).

ҲОМИЛА ИЧИ ҲАЁТИНИ ДАВОМИЙЛИГИНИ АНИҚЛАШ

Ҳомила ичи ҳаёти давомийлигини аниқлаш учун уни аниқланган бўйи узунлигини 5,6 коэффициентга кўпайтириш лозим. Ушбу усул ҳомилани ёши 3 ойдан ортиқ бўлган барча ҳолатларда мақбул. Масалан: ҳомилани бўйи узунлиги 20 см бўлганда ёши 4 ойни ташкил қилади.

$$20 \times 5,6 = 112 \text{ кун}$$

$$112 \text{ кун} : 7 = 16 \text{ ҳафта}$$

Гааза усули бўйича аниқланган бўй узунлигидан квадрат илдиз чиқарилади, агар бўй узунлиги 25см дан ошмаса, хомила бўйи узунлиги 25 смдан юқори бўлса, унда аниқланган кўрсаткични - 5га бўлинади. Масалан: агар ҳомилани бўйи узунлиги 9 смни ташкил қилса, квадрат илдиз

чиқарилганда 3 ойни ташкил қилади, агар ҳомилани бўйи узунлиги 45 смни ташкил қилса, ёши 9 ойга тенг бўлади ($45\text{см} : 5 = 9$ ой).

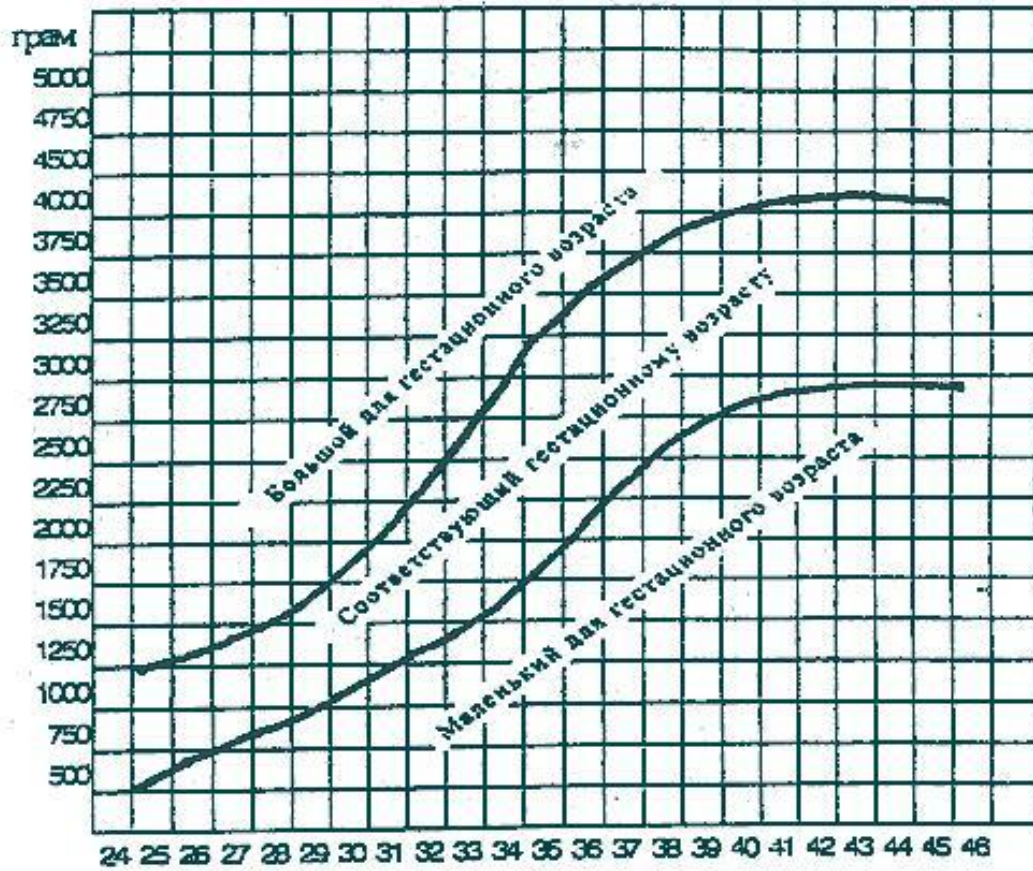
Суякланиш ўзакларини пайдо бўлиш муддатлари

Суяк номлари	Ҳафталар
Тил ости суяги	28-32
Тўш	21-24
Товон суяклари	21-25

Сон суягини суякланган қисмини ўлчами бўйича ҳомилани гестацион ёшини аниқлаш

Сон суягини суякли қисмини ўлчами (см)	Ҳомилани гестацион ёши (ҳафталар)
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

Гестацион ёшни аниқлаш картаси



Гестация тўлиқ ҳафталари

Чала туғилган	Муддатига етган	Муддатидан ўтган
---------------	-----------------	------------------

Плацента (йўлдош) вазни

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

Ўлим кўрсаткичлари. Ҳисоблаш формулалари

Ҳомила ичи ўлими кўрсаткичи

$$\frac{\text{Ўлик туғилганлар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

Ўлик туғилганлик кўрсаткичи

$$\frac{\text{Ўлик туғилганлар сони}}{\text{Умумий туғилганлар сони}} \times 1000$$

Эрта неонатал ўлим кўрсаткичи

$$\frac{\text{Эрта неонатал даврда ўлганлар сони (0-6 куни)}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

Перинатал ўлим кўрсаткичи

$$\frac{\text{Ўлик туғилганлар + Эрта неонатал даврда ўлганлар сони}}{\text{Умумий туғилганлар сони}} \times 1000$$

Перинатал ўлим кўрсаткичи тана вазни 500 граммдан кам бўлмаган (агар туғилганидаги тана вазни номаълум бўлса, бўй узунлиги 25см ва ундан ортиқ ёки ҳомиладорлик муддати 22 ҳафта ва ундан ортиқ ҳолатлар) ҳомилаларни + эрта неонатал даврда ўлганлар сонини ҳар 1000 та умумий туғилганлар сонига бўлган нисбатини ўз ичига олади. Ушбу кўрсаткич ҳар доим ҳам ўлик туғилганлар ва эрта неонатал ўлим кўрсаткичларини йиғиндисига тенг бўлмайди, чунки айтиб ўтилган кўрсаткичлар алоҳида ҳисобланганда турли маҳраж кўрсаткичларига бўлинади.

Кечки неонатал ўлим кўрсаткичи

$$\frac{\text{Тирик туғилганидан сўнг 7-27 куни ўлганлар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

Неонатал ўлим кўрсаткичи

$$\frac{\text{Неонатал даврда ўлганлар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

Постнеонатал ўлим кўрсаткичи

$$\frac{\text{Тирик туғилгандан сўнг 28 кундан 1 ёшгача даврда ўлганлар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

Гўдаклар ўлими кўрсаткичи

$$\frac{\text{1 ёшгача бўлган даврда ўлган болалар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

5 ёшгача бўлган болалар ўлими

$$\frac{\text{5 ёшгача ўлган болалар сони}}{\text{Тирик туғилганлар сони}} \times 1000$$

БОБ-2. МУДДАТИГА ЕТИБ ТУҒИЛГАН СОҒЛОМ ЧАҚАЛОҚЛАРНИ ПАРВАРИШИ

Чақалоклик даврининг асосий тушунчалари

Соғлом янги туғилган чақалок- бу ҳомиладорлиги ва туғруқ вақти асоратсиз кечган соғлом онадан туғилган, Апгар шкаласи бўйича 8-10 балл олган, вазни 2500-4000г бўлган, вазн-бўй коэффиценти 60–80 центиль, мослашиш даври меъёрида кечган ва максимал вазн йуқотиш 6–8%дан кам бўлган, туғилганидан она сути билан овқатлантирилаётган чақалокдир.

Янги туғилган чақалокларни клиник гуруҳлари:

- Муддатида туғилган чақалоклар–38–40 ҳафтада туғилган бўлиб, вазни 2500 грамдан ортиқ бўлган, бўйи–47см, морфологик ва функционал ривожланиши гестацион ёшига мос.
- Муддатига етмай туғилган чақалоклар ҳомиладорликнинг 38 ҳафтасигача туғилган, вазни 2500гдан, бўйи 45смдан кам бўлган чақалоклардир.

Муддатига етмай туғилган чақалоклар етук ва етилмаган бўлиши мумкин, ҳомила ичи ривожланишидан орқада қолиши билан туғилиши мумкин (гестацион ёшига нисбатан кўйилади).

Муддатига етмай туғилган чақалоклар гестацион ёшига кўра қуйидаги даражаларга бўлинади:

- I даража–35–37 ҳафта
- II даража–32–34 ҳафта
- III даража–29–34 ҳафта
- IV даража– 29 ҳафтадан кам бўлган.

Етилмаган чақалоклар–гестацион ёшига мос бўлмаган, етуклик даражаларига туғри келмаган чақалок.

Муддатидан ўтиб туғилган чақалоклар– ҳомиладорликнинг 42 ҳафтасидан кейин ва муддатидан ўтиб туғилиш белгилари бўлган чақалоклардир.

Йирик туғилган чақалоқлар—туғилганда вазни 4000гдан катта бўлган чақалоқлар. Янги туғилган чақалоқларни вазни 4500гдан ортиқ бўлса гигант чақалоқлар деб ҳисобланади.

2.1. Янги туғилган чақалоқларда мослашув даврининг узига хос хусусиятлари (анатомио – физиологияси, чегаравий ҳолатлари)

Тери қопламлари

Янги туғилган чақалоқларнинг териси пушти ранг, эластик, юмшоқ, пайпаслаганда бахмалга ўхшаган. Тери қопламлари қон томирларга бой ва улар юза жойлашган. Баданининг орқа ва елка соҳаларида момиқ соч қолдиқлари бўлиши мумкин. Тер безлари яхши ривожланмаган. Тер безларининг ёғ безлари билан биргаликда актив фаолияти болани тез исиб ёки совиб кетишига сабаб бўлади. Териси нозик, нотуғри парвариш қилинганда бичилиш келиб чиқади. Бичилган соҳа инфекция билан зарарланиши ва йирингчалар пайдо бўлиши мумкин. Чақалоқнинг энса соҳасида, тепа қовоғининг устида ва қошлар орасида кўкимтир ёки қизғиш рангдаги доғлар – **телеангиэктазиялар** (қон томирлар – капиллярларнинг кенгайиши) бўлиши мумкин. Баъзида бурун қанотлари устида сарғиш-оқимтир тугунчалар - **милиялар** кўринади. Думғаза соҳасида кўкимтир рангли пигментация - **муғул доғи** бўлиши мумкин. Муғул доғи 4-6 ёшга бориб йўқолади, лекин баъзида бутун умр давомида ҳам қолиши мумкин, бу одам организмида ҳеч қандай бузилишларга олиб келмайди. Янги туғилган чақалоқлар сочи узунлиги 2смгача, қоши ва киприклари майинлигидан деярли кўринмайди, тирноқлар бармоқларнинг учигача етади.

Тери ости ёғ қавати

Тер ости ёғ қавати яхши ривожланган, қалин, эримайдиган ёғ кислоталарга бой.

Суяк тизими

Суяк тўқимасига қаттиқлик берувчи тузлар миқдори кам, шунинг учун суяклар юмшоқ. Суяк тизимининг чақалоқлик давридаги ўзига хос хусусияти шундан иборатки, уларда бош суягининг чоклари ва лиқилдоқлари очик.

Катта лиқилдоқ ромбсимон шаклга эга, тепа ва пешона суякларининг бирикиш соҳасида жойлашади, ўлчамлари 1.8-2.6Х2-3см. Кичик лиқилдоқ учбурчак шаклида бўлиб, тепа ва энса суякларини бирикиш соҳасида жойлашган, кўпчилик болаларда туғилган вақтида ёпиқ бўлади. Суякларнинг бундай бирикиши, ҳомила бошининг тор-туғруқ йўлларидадан ўтишида муҳим аҳамиятга эга. Ҳомила бошининг ўзига ҳос тузилиши хавфли эмаслигини ота-онага тушунтириш лозим. Шунингдек, янги туғилган чақалоқ тана қисмлари ўлчамларининг номуносиблиги хавотирли эмас. Чақалоқнинг боши катта (нормада бош айланаси 34-35см, кўкрак айланасидани 1-2см каттароқ), кўллари оёқларига нисбатан узунроқ. Кўкрак қафаси бочкасимон шаклда: қовурғалари горизонтал жойлашган, асосан тоғайдан иборат. Умуртқа поғонаси физиологик букилишларига эга эмас, бу белгилар кечроқ, бола ўтиришни ва юришни бошлаганда шаклланади.

Мушак тизими

Мушаклар тонуси баланд. Кўллар тирсак бўғимида ярим букилган, оёқлар тизза бўғимида букилиб қоринга яқинлаштирилган (ҳомиланинг она қорнидаги ҳолатини эслатади). Мушаклар яхши ривожланмаганлиги сабабли бошини яхши ушламайди. Чақалоқлар кўл-оёқларини тўхтовсиз ҳаракатлантиради, бироқ мақсадга йўналтирилган ҳаракатлар ва кўникмалар асаб тизимининг етилиши давомида пайдо бўлади.

Нафас аъзолари

Нафас йўллариининг шиллиқ қаватлари нозик, қон томирларга бой, шу сабабли юқумли касаликларда (кўпроқ вирусли) тўқималарнинг шишиши тез ривожланади, кўп миқдорда шиллиқ ажралиб чиқади. Бу эса нафасни сезиларли даражада қийинлаштиради ва обструктив синдромга олиб келади. Янги туғилган чақалоқларда бурун йўллари, трахея ва бронхлар анатомик тор. Евстахиев найи аксинча катта ёшдаги болалардагига нисбатан кенгроқ ва калтароқ бўлиб, ўрта қулоқни яллиғланишини ва отитни ривожланишини осонлаштиради. Янги туғилган чақалоқларда пешона бўшлиғини (фронтит) ва тепа жағ бўшлиғини (гайморит) яллиғланишлари бўлмайди, чунки улар

хали шакланмаган. Ўпка етарли даражада ривожланмаган, юзаки нафас олиши асосан диафрагма ҳисобига. Меъда ва ичакда газлар тўпланиши, ич қотиши, таранг йўргаклаш ва бошқа сабаблар нафас олишини бузилишига сабаб бўлади. Юзаки нафас олиш туфайли янги туғилган чақалоқлар етарлича кислород олиши учун тез-тез нафас олади. Меъерий кўрсаткич- бир дақиқа ичида 40-60 марта.

Қон томир тизими.

Бола туғилгандан сўнг қон айланиш тизимида ўзгариш кузатилади, биринчи навбатда функционал (киндик ва вена томирлари бўшаб қолади) сўнг анатомик (ҳомила ичи қон айланиш йўллари ёпилади). Биринчи нафас олиши билан кичик қон айланиш тизими ишга тушади, қон кислород билан тўйинади. Пульс сони 1 дақиқада 140-160 марта, овқатланганда ёки йиғлаганда дақиқасига 180 мартагача ошади. Қон босими бола ҳаётининг биринчи ойида 66/36 мм.см.уст, иккинчи ойига келиб 80/45мм.см.устга етади.

Овқат ҳазм қилиш тизими.

Янги туғилган чақалоқларда ҳазм тизими функционал етилмаган, лекин катта оғирликни ўзига олади. Эмизикли онанинг овқатланиш тартибининг ҳамда болани овқатлантириш тартибининг бузилиши ҳазм қилиш жараёнини бузилишига олиб келади. Оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати қон томирларга бой, юпка, осон шикастланувчан. Тили катта. Лабини шиллиқ қаватида «ёстикчалар» оқиш чизиклар билан бўлинган тепаликлар бўлиб кўрилади, улар лаб бўйлаб перпендикуляр жойлашган. Ёноқларга тарангликни Биш ёстикчалари беради - ёғ тўқимаси қаватида жойлашган. Гипотрофияни оғир турига ўтиши билан организмда Биш ёстикчаларидан ташқари, бутун ёғ тўқималари йўқолади. Ҳазм безлари ва сулак безлари кам ривожланган. Сулак ҳам ҳаётининг биринчи кунларида кам миқдорда ажратилади, бу чақалоқ ейдиган овқат турига боғлиқ. Қизилўнгачни ошқозонга ўтиш қисмидаги кардиал сфинктер суст ривожланган, чақалоқда баъзида кўп булмаган қайт қилишлар шу билан боғлиқ. Қайт қилишни олдини олиш учун

овқатлантириб бўлгандан сўнг, 20 минут давомида болани вертикал ҳолда кўлда ушлаб туриш лозим. Бола ҳаётининг дастлабки кунларида ошқозоннинг ҳажми 30млни ташкил этади, 1 ой охирига келиб эса 90-100 млга катталашади. Ичак мушаклари яхши ривожланмаган, овқат пассажи секинлашган. Натижада сутни ҳазм қилиш жараёнида болани ичакларида газ тўпланиши, метеоризм, баъзан ич кетиши кузатилади. Чақалоқнинг дастлабки ахлати - меконий бола ҳаётининг 1-3 кунда кузатилади. Меконий ўзига хос ёпишқоқ консистенцияга, тўқ яшил рангга эга бўлиб, деярли ҳидсиз. Меконий ҳомила олди суюқлиги таркибидаги туклар, терининг қипиқланган қисмларидан, ҳомиланинг ошқозони ва ичакларининг шиллик қаватларининг кўчиб тушишидан ҳосил бўлади. Бола туғилгач ҳаётининг 1 соатларида меконий ажралишига қараб, болада қизилўнгач, ошқозон, ичак, ташқи чиқарув тешигида ривожланиш нуқсонларининг бор йўқлиги ҳақида фикр юритиш мумкин.

Бола ҳаётининг дастлабки 10-20 чи соатлари ичида боланинг ошқозон-ичак тизими деярли стерил бўлади, кейинчалик унга овқат ҳазм қилиш учун керак бўладиган бактериал микрофлора жойлашади. Жигарнинг аҳамияти чақалоқларда жуда катта. Соғлом болаларнинг жигарининг қирраси пастки қовурғадан 2 смгача чиқиб туриши мумкин.

Сийдик айириш тизими.

Туғилиш пайтига келиб буйраклар, сийдик йўллари ва сийдик пуфаги нисбатан яхши шаклланган бўлади. Бироқ туғруқ вақтида бола томонидан ўтказилган кучли стресс қисқа вақтга моддалар алмашинувини бузилишига олиб келади. Буйрак коптокчаларидаги сийдик ҳосил бўладиган кўтарилувчи ва тушувчи найчаларида сийдик кислотаси кристалларининг тўпланиши юзага келади. Шу сабабли бола сийдиги тўқ сариқ рангли бўлади. Чақалоқларда ҳаётининг дастлабки кунларида олигурия кузатилади (10-15 мл/кг/суткасига).

Янги туғилган болаларнинг чегаравий ҳолатлари.

Эрта неонатал даврда мослашиш реакцияларининг кучайиш фазаларига қуйидагилар киради:

1. Ўткир респиратор-гемодинамик мослашиш бола ҳаётининг дастлабки 30 дақиқаси давомида кузатилади.
2. Аутостабилизация даври –асосий функционал тизимларни ташқи муҳитга мослашиб, ўзаро фаолятини бажариши (1-6 соат давомида).
3. Метаболик мослашиш – ҳаётининг дастлабки 3-4 куни мобайнида моддалар алмашинувининг анаболик турига, овқатланишнинг лактотроф турига ўтиши муносабати билан кузатилади

Тўлғоқ вақтида бола ортиб бораётган гипоксияни, туғруқ йўллари орқали чиқиш вақтида катта жисмоний юкломани (“оғриқ ҳужуми”) бошидан кечиради, яъни бачадон туби ҳомила боши билан келган вақтида умуртқа поғонаси суякларининг ҳар 1смига 120кг ва бундан юқори босимдаги куч билан босади ва тўлғоқ вақтида унинг ҳолатини шўнғувчининг сувга сакрагандаги ҳолати билан таққослайдилар. Туғилгандан кейин боланинг ҳаёт шароитлари тубдан ўзгаради, у бирданига ҳарорати анча паст атроф муҳитга (бачадон ичидаги муҳит билан солиштирганда) тушиб қолади;

Гравитация, кўп сонли тактил, эшитув, кўрув, вестибуляр ва бошқа таъсирловчилар, нафас олиш ва овқатланиш турининг ўзгариши организмнинг деярли барча тизимлари фаолятининг қайта қурилишни талаб қилади.

Юқорида айтилганидек, боланинг туғруқ стрессига, янги яшаш шароитларига мослашишини (адаптация) акс эттирадиган реакциялар янги туғилган чақалоқларнинг чегаравий (ўтиш, транзитор, неонатал физиологик) ҳолатлари деб аталади. Бу ҳолатлар, янги туғилган чақалоқларнинг анатомик-физиологик хусусиятларидан фарқли равишда, туғруқ вақтида ёки туғилгандан сўнг пайдо бўлади, сўнгра ўтиб кетади. Чегаравий ҳолатлар, деб айтилишининг боиси улар бола ҳаётининг икки даври (она қорнидаги ва она қорнидан ташқаридаги) чегарасида пайдо бўлишидан ташқари, улар янги

туғилган чақалоқлардаги физиологик ва патологик жараёнлар орасидаги чегарани ҳам белгилаб беради. Масалан, муддатига етиб туғилган чақалоқлар учун боғланмаган билирубин миқдорининг 170-205 мкмоль/л бўлиши физиологик гипербилирубинемия ҳисобланади, аммо тана вазни жуда кичик ва нафас бузилиш синдроми (НБС) бўлган болалар учун эса бу кўрсаткич билирубин энцефалопатиясини келтириб чиқариши мумкин. 1 – жадвалда туғруқда ва туғруқдан кейин организмнинг асосий фаолият тизимларидаги табиий қайта қурилишлар, неонатал даврда уларнинг мослашув (чегара ҳолатлари) ва патологик жараёнлари санаб ўтилган. Ҳамма чегаравий ҳолатлар ҳар бир болада ривожланавермаслигини қайд этиб ўтмоқ даркор.

Туғруқ катарсиси (грекчадан “тозаланиш” деган маънони англатади). Янги туғилган чақалоқ ҳаётининг биринчи сонияларида ҳаракатсиз. Нур, товуш ва оғриқ каби таъсиротларга нисбатан жавоб реакцияси йўқ. Мушак тонуси ва рефлекслари суст. Кейинги 5-10 сония давомида бола дастлабки чуқур нафасини олади, болада флексор ҳолати ва спонтан мушак ҳаракатлари пайдо бўлади.

“Ҳозирок туғилган бола” синдроми. Бу синдром асосида чақалоқга туғруқ вақтида ички ва ташқи кўзғатувчиларнинг таъсири натижасида буйрак усти безлари ва параганлияларида кўп миқдорда катехоламинларнинг ажралиши ётади. Бу ҳолатлар болани чуқур нафас олишига, қичқиришига, рефлексларнинг кўзғалишига, флексор позасининг пайдо бўлишига ва мушак тонусларининг ошишига олиб келади. Ҳаётининг кейинги 5-10 дақиқаси давомида болада ўта фаоллик кузатилади. Бола туғилган вақтида катехоламинларнинг миқдори оғир стресс ўтказган катталарники

Транзитор гипервентиляция. Бола туғилгандан сўнг қичқириб йиглаши унинг дастлабки нафасидир. Нафас олиш тезлиги бир дақиқада 30-60 марта. Нафас олиш ҳажми эса 6-8 мл/кгни ташкил этади. Соғлом чақалоқларда дастлабки 3 соат давомида гасп (болада нафас олиш чуқур, нафас чиқариш эса бироз кийинлашган) шаклида нафас олиш кузатилади, бу

ўпканинг очилишига ва альвеола ичидаги фетал суюқликнинг эвакуациясига ёрдам беради. Мослашиши даврининг дастлабки 2-3-кунларида ўпканинг бир дақиқадаги ҳаво алмашинуви катта ёшдаги болаларга нисбатан қарийб 3 баробар кўпдир. Мана шу ҳолат компенсатор хусусиятга эга булиб, ацидознинг олдини олади ва физиологик гипервентиляция, деб аталади.

Қон айланишидаги транзитор ўзгаришлар. Ҳомиланинг қон айланишияниги туғилган чақалоқларга нисбатан 3 та асосий хусусият билан ажралиб туради:

1. Плацентар қон айланиш доираси борлиги билан.
2. Анатомик шунтларнинг очиклиги билан (овал тешик, боталлов тармоқчаси, аранциев тармоқчаси).
3. ўпка орқали ўтадиган қон миқдори минимал (юрак қисқариши ҳажмининг 6-9%нинг ташкил этади).

Қон айланишидаги транзитор ўзгаришлар куйидагилардан 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 (боталлов тармоқчаси) фаолияти бола туғилгандан кейин 15-20 дақиқа мобайнида ёпила бошлайди, 24-48 соатда ҳам тугамайди. Унинг анатомик жиҳатдан ёпилиши бола ҳаётининг 2 -8- ҳафтасигача 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.

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.

Муддатига етмай туғилган болаларда тана вазнининг физиологик камайиши 12-14%ни ташкил этади. Тана вазнининг физиологик камайиши асосан организмдан нафас ва тери орқали суюқлик йуқотилиши натижасида юз беради. Тана вазнининг физиологик камайиши 3 даражага ажратилади:

I даража - тана вазнининг 6%дан кам миқдорда камайишида сувсизланиш (эксикоз)нинг белгилари кузатилмайди, лекин боланинг очкўзлик билан эмишини сезиш мумкин, бундан ташқари ташхисий кўрсатмалардан қон зардоби таркибида натрий ва эритроцитларда калий миқдорининг кўпайганлигини аниқлаш мумкин.

II даража - тана вазни 6-10%гача камайиши билан кечади. Тана вазни транзитор камайишининг II даражасида сувсизланиш белгилари: шиллик пардаларнинг қизариши, тери бурмалар қайта тикланишининг бузилиши, боланинг бир хил товуш билан йиғлаши, юрак уриши ва нафас олишининг тезлашиши каби белгилар пайдо бўлади. Лаборатор кўрсатмалардан юкорида қайд этилган белгилардан ташқари (тана вазни физиологик камайишининг I даражасида) хужайра гипогидратацияси белгиларининг кучайиши ва хужайра ташқарисидаги сув миқдорининг камайиш белгилари (гематокрит кўрсаткичнинг ошиши, қон зардоби таркибидаги умумий оксил миқдорининг кўпайиши ва олигурия) кузатилади.

III даража - тана вазни 10%дан зиёдга камайиши билан кечиб, бундачанқаш аломатлари: тери ва шиллик пардаларнинг куруқлиги, катта лиқилдокнинг чўкиши, безовталаниш, кучли тахикардия, қул ва оёқларнинг совуқ, болганлиги хосдир.

Янги туғилган чакалоқни эрта кўкракка қўйиш онада лактация жараёнини яхшилайти. Натижада бола етарли миқдорда сут эмади, бу эса тана вазнини тез тиклаб олишга ёрдам беради. Бунда болани эркин (талабига қараб) овқатлантириш муҳим аҳамиятга эга.

Йуқотилган тана вазнининг қайта тикланиши ой-куни етиб туғилган чакалоқларда ҳаётининг 7-10, муддатига етмай туғилган болаларда эса 15-20-кунларига тўғри келади.

Чақалоқлар физиологик сариқлиги. Чақалоқлар физиологик сариқлигининг сабаби қонда бевосита билирубин миқдорининг ошиб кетиши барча чақалоқларда ҳаётининг дастлабки 2-3- кунларида кўзатилиб, 60-70% ҳолларда у кўзга яққол ташланадиган сариқликка олиб келади. Бунда тери ва шиллиқ пардаларнинг саргайиши бола ҳаётининг 2 - 3 кунларида юзага келиб, боғланмаган (конъюгацияланмаган) билирубиннинг миқдори муддатида туғилган болаларда 51-60 мкмоль/л, муддатига етмай туғилган болаларда эса 85-103 мкмоль/л-гача кўпаяди. Билирубиннинг қондаги максимал миқдори 130-170 мкмоль/л ни ташкил этади.

Транзитор сариқлик муддатига етмай туғилган болаларда нисбатан кўп учрайди ва анча юқори гипербилирубинемия билан кечади. Аммо муддатига етмай туғилган болаларда билирубиннинг унча катта бўлмаган миқдори ҳам бош миянинг 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. Одатда жигарда эркин билирубин глюкуронилтрансфераза ферменти воситасида глюкурон кислотаси билан боғланади ва сувда эрувчан шаклга ўтади, сўнгра организмдан сийдик билан чиқариб юборилади. Чақалоқ боланинг жигарида вақтинча глюкуронилтрансфераза ферменти фаолиятининг етишмовчилиги шу жараённи етарли таъминлашга қодир эмас. Бундан ташқари уларда ичакда β -глюкуронидаза ферменти таъсирида боғланган билирубиндан глюкурон кислотанинг ажралиши натижасида ҳосил бўладиган эркин билирубиннинг кўп миқдорда қонга сўрилиши ҳам физиологик сариқликни кучайтиради.

Физиологик сариқлик махсус даволаш муолажаларини талаб қилмайди, эмизиш сонини кўпайтириш тавсия этилади. Боланингумумий аҳволи ва билирубиннинг қондаги миқдори ошиб боришини назорат қилиш лозим.

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

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

2. Қиз чақалоқлар ҳаётининг 5-7 кунларида баъзан (5-10% ҳолларда) 1-2 кун давомида кам-камдан (0,5-1,0 мл) ташки таносил аъзоларидан кон ажралиши кузатилади. Бу ҳолҳечқандай давони талаб қилмайди.

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

Жинсий кризларнинг сабаби туғруқдан олдин ва туғруқ пайтида бола организмидаги ўтган она эстроген гормонларининг миқдори ўзгариши натижасидир.

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

Оддий эритема деб бола туғилгандан сўнгги 2 кунда тана терисининг қизаришига айтилади. Одатда бу ҳол бола ҳаёти дастлабки ҳафтасининг охирига бориб йўқолади. Физиологик эритема муддатига етмай туғилган болаларда ва онаси кандли диабет билан оғриган болаларда нисбатан узоқроқ (2-3 ҳафтагача) сақланиб туради.

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

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

Токсик эритема – *аллергоид реакция* терида қизил доғлар сифатида намоён бўлиб, баъзан унинг марказида тугунча ёки пуфакчалар ҳам бўлиши мумкин. Бу ҳолат 20-25% чақалоқларда учраб, бола ҳаётининг 2-5- кунларида пайдо бўлади. Бу доғлар кўпинча бўғимлар атрофи, думба соҳаси, кўкрак қафасининг олди томонида жойлашади, баъзан эса бутун гавдага тарқалиши мумкин. Орадан 2-3 кун ўтгач, у ўз-ўзидан йўқолиб кетади. Токсик эритеманинг келиб чиқишида аллергия омиллари катта аҳамиятга эгадир. Даво талаб қилмайди.

Транзитор дисбактериоз ва ичак транзитор катарити. Транзитор дисбактериоз ва ичак транзитор катарити 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 йўрғакда сувли доғлар пайдо бўлади.

Бу ахлатни микроскопда текширганда, ҳар кўриш майдонида 30тагача лейкоцитлар ва кўп миқдорда ёғ кислоталари борлигини аниқлаш мумкин. Орадан 3-4 кун ўтгач, ахлатнинг ранги сариқ, ўзи эса бўтқасиман шаклга ўзгаради. Бу ўткинчи ҳолат **транзитор ичак катарити** деб аталади ва унинг пайдо бўлишида бола овқатланиш тартибининг ўзгариши, яъни туғилгандан сўнг боланинг она сuti билан овқатлана бошлаши сабабдир. Айни пайтда бунгача стерил бўлган ошқозон-ичакда микроблар жойлаша бошлайди. Ичакнинг дастлабки бактериал флораси бифидумбактериялар, лактобактериялар, стрептококклар, стафилакокклар, ичак таёкчаси ва замбуруғлардан иборат. Ичакдаги микроорганизмлар орасидаги нисбатнинг

вақтинча бузилиши ўткинчи - **транзитор дисбактериоз** деб аталади. Ушбу ҳолат 3 фазадан иборат.

1. Асептик фаза – 10-20 соат давомида кузатилади
2. Инфекцияни кўпайиш фазаси – бола ҳаётининг 3-5-кунигача кузатилади. Юқорида келтирилган микроорганизмларни ичакка тушиши.
3. Трансформация фазаси – 1-ҳафтанинг охири; 2-ҳафтанинг бошидан кузатилади. Бифидобактериялар кўпайиб асосий ичак микрофлораси, деб ҳисоблана бошлайди.

Соғлом чақалоқ йўғон ичагининг микрофлорасини ташкил этадиган микроблар 3 гуруҳдан иборат:

1. Асосий флора - анаэроб флора, 95-99%ни бифидобактерия ва бактериодлар ташкил этади.
2. Йўлдош флора- 3-5% лактобактерия ва ичак таёқчасидан иборат.
3. Қолдиқ флора – 1% гача аэроб-сапрофит микроорганизмлардан иборат. Уларга энтеробактериялар, стафилакокклар, замбуруғлар киради.

Иссиқлик алмашинувининг транзитор бузилиши. Иссиқлик алмашинувининг транзитор бузилиши - гипотермия ва гипертермия шаклида кечади.

Транзитор гипотермия- бола туғилгандан сўнг дастлабки 30 дақиқа давомида тери ва тўғри ичак ҳарорати пасаяди, орадан бир соат ўгач, бадан ҳарорати мўътадиллашади. Агар туғруқ хонасидаги ҳарорат 22-23°С бўлса, боланинг ҳарорати 35,5-35,7°С гача тушиши мумкин. Ҳарорат кўл 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 (38,5-39,5°С), болани ниҳоятда ўраб-чирмаш натижасида иссиқлаш, ҳамда болани етарли миқдорда она сути билан эмизмаслик, иситиш воситалари ёнида ётиши натижасида модда

алмашинувининг бузилиши оқибатида тана ҳароратининг кўтарилишига айтилади.

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

Буйрак фаолиятининг транзитор ўзгаришлари. Чақалоқларда 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.

Эрта неонатал олигурия- барча соғлом чақалоқлар ҳаётининг дастлабки 3 кунда кузатилиб, бу ҳолат организмга нисбатан кам суюқлик тушаётгани ва қон айланишининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқдир. Ажралаётган сийдик миқдори биринчи кунда тахминан соатига 0,75 - 1мл/кг, кейинчалик соатига 2-5 мл/кг ни ташкил этади. Бу ҳолат янги туғилган чақалоқларнинг компенсатор - мослашув реакцияси бўлиб ҳисобланади.

Физиологик протеинурия (альбуминурия) - барча чақалоқларда ҳаётининг дастлабки кунларида кузатилади. Бу ҳолат коптокчалар ва найчалар ўтказувчанлигининг ошганлиги билан боғлиқ.

Буйракнинг сийдик кислотаси доначалари билан боғлиқ бўлган инфаркти деярли барча чақалоқларда учраб, у бола ҳаётининг дастлабки ҳафтаси охирида пайдо бўлади. Бунда сийдик кислотаси кристаллар шаклида буйракнинг йиғувчи каналчалари бўшлиғига тўпланади, натижада сийдик ранги ўзгаради, лойқаланади ва болани ўраган йўрғакда сарғиш-ғишт рангли доғ қолади. Бу ҳолат махсус даволашни талаб этмайди, аммо боланинг етарли даражада она сути билан таъминланишига эътибор бериш лозим.

Транзитор полицитемия

Бундан ташқари чақалоқ болаларда **полицитемия** (қизил қон таначаларининг одатдагидан зиёд бўлиши) кузатилади. Бу ҳолат гемоглобиннинг 180 - 220 г/лдан кўп бўлиши ва гематокритнинг 0,55-0,65 ва ундан ҳам юқори, эритроцитлар сони $6-8 \times 10^{12}/л$ бўлиши билан таърифланади.

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

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

Чақалоқ болаларда эритропоз (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 ҳосилбўлишидаги ўткинчи ҳолатдир.

Бундан ташқари, чегаравий ҳолатларнинг баъзи бирлари фақат муддатига етмай туғилган болалардагина (масалан, транзитор гипераммониемия ва гипертирозинемия) кузатилади. Кўпгина чегаравий ҳолатлар лаборатор феноменлар, клиник кўринишлар бўлмаган реакциялар, лекин шунга қарамай уларни билиш лозим, чунки улар муайян патологик жараёнларга мойиллик келтириб чиқаради.

Жадвал 1

Янги туғилган чақалоқларнинг чегаравий ҳолатлари (неонатал даврнинг ўтиш жараёнлари)

Тизим	Неонатал даврдаги физиологик қайта қурилиш	Неонатал даврнинг ўтиш жараёнлари (чегаравий ҳолатлари)	Чегаравий ҳолатни патологик жараёнларга мойиллаштирадиган ҳолатлар
Марказий нерв тизими	Ташқи муҳитнинг кескин ўзгарган шароитларига (товуш, ҳарорат, гравитация ва б. – “сенсор хужум”), туғруқлардаги “оғрик” юкламасига	Туғруқ катарсиси. Импринтинг. Ҳозиргина туғилган бола синдроми. Транзитор неврологик дисфункция	Туғилишда кардиоресператор депрессия, жуда хилма-хил касалликларда умумий симптомлар (гипер кўзгалувчанлик ёки

	мослашиш.		пасайиши)
Ташқи нафас	Ишга тушиш. Ўпканинг ёзилиши, альвеолалар ва аэрогематик тўсик етилиши.	Транзитор гепервентиляция. Нафаснинг “гасп” типдаги транзитор-таранглашган гипервентиляцияси	Транзитор тахипноэ (II типдаги НБС). Респиратор бузилишлар
Юрак қон-томир тизими	Қон айланиши, биринчи галда кичик қон айланиши, газ алмашинуви ўзгаришлари билан жигарнинг қайта қурилиши ва йўлодош киндик қон оқими йўқлиги, олтита фетал коммуникациялар ёпилиши туфайли қайта қурилиши.	Транзитор қон айланиши (шунтлаш). Транзитор гиперволемиа ва полицитемиа (микроциркуляция бузилмаган ёки бузилган). Миокард транзитор гиперфункцияси ва метаболизм бузилиши	Юрак қон-томир етишмовчилиги. Респиратор бузилишлар. Тромбозлар, шиш синдроми. Транзитор сариклик.
Ҳазм тизими	Гемо ва амниотроф овқат алмашинуви ҳисобига лактотрофга қайта қуриш; ичакни бактериял флора эгаллаши.	Транзитор ичак катари. Ичакнинг транзитор функционал тутилиши. Транзитор дисбактериоз.	Қайт қилиш, қусиш. Номонанд овқат сабаби МИЙ касалликлари, шартли патогенфлора инфекцияси.
Тери қопламлари	Атроф муҳитнинг пастроқ ҳароратига, тактил таъсиротларга, микроблар тушишига мослашиш.	Оддий эритема. Токсик эритема. Физиологик терининг қипиқланиши. Транзитор дисбиоценоз.	Тери ва тери ости ёғ клетчаткасининг орттирилган ва ноинфекцион касалликлари
Сийдик чиқариш аъзолари	Ўзгарган гемодинамика, гормонал фон ва кўп сув йўқотишларга мослашиш.	Транзитор олигоурия ва протеинурия. Урат инфаркти.	Шиш синдроми. Азотемия. Сийдик йўллари инфекциялари
Эндокрин тизими	Туғруқда стрессга мослашиш. Фетоплацентар гармонлар	Симпатоадренал тизим, гипофиз, буйрак усти безлари, қалқонсимон ва меъда	Симпатоадренал криз. Буйрак усти беzi етишмовчилиги. Симтоматик

	комплекси ва оналик гармонларидан “ҳоли бўлишга” (чиқарилишига) мослашиш.	ости безларининг транзитор гиперфункцияси. Қалқонсимон олди безининг, муддатига етмай туғилганларда қалқонсимон безнинг транзитор етишмовчилиги, Жинсий криз (сут безлари дағаллашуви, милиа, бурун шиллиғи орборизацияси, дескваматив вульвовагинит ва б.)	гипокальциемия, гипомагниемия ва гипогликемия. НБС II тури. Транзитор гипотиреодизм. Мастит. НБС I тури.
Моддалар алмашинуви	Туғруқда стресс ва гипоксемия, бошқа гармонал фон, газ алмашинуви ўзгаришлар ва туғилишдан кейин гипоксимия, овқатнинг янги тури ва ҳаётининг биринчи кунлари очлик билан.	Фаоллаштирилган гликолиз, гликогенолиз ва липолиз. Транзитор гипогликемия. Транзитор манфий азот баланси. Транзитор гипербилирубиниемия, гипокальциемия, гипомагниемия, гипераммониемия, гипертирозинемия. Транзитор тана вазнини йўқотиш. Транзитор липидлар пероксид оксидланишининг фаоллашуви. Урат инфаркти. Транзитор иссиқлик баланси бузилишлари (гипотермия, гипертермия)	Симптоматик гипогликемия, гипокальцийемия, гипомагниемия, юрак етишмовчилиги, энергетик етишмовчилик синдроми. Билирубин энцефалопатияси. Транзитор иситма. Талвасалар. Муддатига етмай туғилган чақалоқларнинг “озод радикал касаллиги”. Мия шиши. Респитатор бузилишлар. Склерема.
Гемостаз	Туғруқда қонга тромبوластик моддалар тушиши сабабли фазали ҳолатлар, томирлар девори	Транзитор: фаоллашган фибринолиз, қон ивиш витамин К-қарам омиллар етишмовчилиги,	Янги туғилган чақалоқларнинг геморрагик касаллиги. Ҳар қандай касалликларда қон

	ўтказувчанлигининг ошганлиги ва эритроцитлар ҳамда лейкоцитлар ҳалок бўлиши билан	тромбоцитларнинг паст агрегацион фаоллиги	оқишига ва тромбозларга мойиллик
Гемопоз тизими	Қон яратиш ҳужайралари қатламлари ва гемоглобин синтезини неонатал даврда физиологик қайта қуриш. Иммунитетнинг кескин фаоллашуви сабабли лимфоцитопознинг ҳам фаоллашуви	Эритропознинг ошиши ва неонатал даврнинг ўтиш жараёнлари (чегаравий ҳолатлар). Миелопознинг транзитор фаоллашуви. Тўқималарда транзитор фаоллашган лимфоцитоз	Гипербилирубинемия чегаравий ҳолатларга мойил бўлган патологик жараёнлар Сариклик. Тромбозлар. Анемия, лейкопения, оғир инфекцияларда анемиялар ва лейкомоид реакциялар
Иммунитет	Стрес гормонал фон таъсирида массив антиген агрессия сабабли қайта қуриш (шаклланмаган тўсиқларда ностерил шароитларда яшаш, лактотроф овқатланиш) (йўлдош орқали гуморал иммунитет омиллари тушишининг тугаши)	Туғилишнинг биринчи соати ва кунларида транзитор иммун танқислик. Полиморф ядроли лейкоцитлар, фибронектиннинг транзитор хемотаксис танқислиги	Фақат янги туғилган чақалоқларга хос стрептококк β -инфекциянинг тарқок кечиши. Инфекцион ёки секин кечадиган вирусли инфекциялар. Муддатига етмай туғилган болаларда сепсис бўлиши.

2.2. Янги туғилган чақалоқлар парвариши

Соғлом янги туғилган чақалоқ – бу туғилгандан сўнг ҳеч қандай тиббий ёрдамга муҳтож бўлмаган ва ўзининг яшаш фаолиятини яхши сақлаб қолган чақалоқдир.

Янги туғилган чақалоқни тўғри парвариш қилиш ҳамда унинг умумий аҳволини тўғри баҳолаш – келажакда уни ташқи муҳитга мослашиш қобилиятини ва саломатлигини сақлаб қолиш учун катта аҳамиятга эга омиллардан бири.

Туғруқхонада соғлом чақалоқнинг тўғри парваришига қуйидаги муҳим фаолиятлар киради:

- Терига тери контакти.
- Киндик тизимчасини боғлаш.
- Она кўкрагига тўғри қўйиш.
- Гонобленнорейани олдини олиш.
- Янги туғилган чақалоқлар геморрагик касаллигини олдини олиш.
- Вакцинация, скрининг.
- Янги туғилган чақалоқнинг етуклигини баҳолаш.
- Йўргаклаш, чўмилтириш.
- Она ва болани биргаликда бўлиши.

Янги туғилган чақалоқни бирламчи парвариши

Туғруқ залида ҳар бир бола учун керак бўладиган парвариш анжомлари: 1) алоҳида тоза оқлик тўплами (3та йўргак, адёл, қалпоқча, пайпоқ); 2) янги туғилган чақалоқнинг бирламчи парвариши учун стерил тўплам: 2 та Кохер қисқичи, Роговин скобаси ёки резина ҳалқа, уни қўйиш учун қисқичлар, пахтали чўплар, болани ўлчаш учун қоғоз тасма (лента), онанинг исми-шарифини ёзиш учун 2 та клеёнка браслет, боланинг туғилган куни ва соати, жинси, вазни ва тана узунлиги, туғруқ тарихи рақами ва бола кроватчаси рақами, юқори нафас йўлларида шилликни сўриб олиш учун резина нокча.

Терига тери контакти

Она (ота) ва бола териси орқали бевосита яқин мулоқот - бу терига тери контактидир.

Унинг ижобий томонлари кўп бўлиб, уларга: она ва бола ўртасидаги руҳий ва эмоционал боғланишнинг пайдо бўлиши, кўкрак сути билан озиклантиришни қўллаб-қувватлаш, онадаги лактация жараёнини яхшилаш, меъерий ҳолатларда бола учун таниш бўлган она микрофлораси болага ўтиши, чақалоқни тана ҳароратини меъерида сақлаш, оғриқ қолдирувчи усуллардан бири. Чақалоқ туғилган заҳоти қуритилади, бошига иссиқ қалпоқча кийгизилади, болани она кўкрагига етқизилиб устидан иссиқ адёл билан ёпилади. Терига тери контакти туғруқ залида ва болани хонага ўтказиш вақтида ҳам бажарилади. Контакт даврида боланинг тери ранги, нафас олиш сони ва тана ҳарорати назорат қилиб борилади.

Киндик тизимчасини боғлаш ва ишлов бериш

Киндик тизимчасини боғлаш ва ишлов бериш 2 босқичда бажарилади: чақалоқ туғилган заҳоти киндикка 1-қисқич киндик тизимидан 10см масофада, иккинчиси эса ундан 2см ташқарига қўйилади; Киндикнинг қисқичлар орасидаги масофа 5%ли спирт йод эритмаси ва 96%ли этил спирти (инфекцияланишга хавф бўлганда) билан артилади ва ўртасидан қирқилади. Киндик тизимчасини киндик пульсацияси тўхтагандан сўнг қаттиқ қисилади. Киндик қолдиғига ишлов бериш туғилгандан сўнг 2 соат давомида ўтказилиши лозим. Болани йўргаклаш столчасига, нур иссиқлиги манбаи остига ётқизилади. Киндик қолдиғини қаттиқ сиқилади; киндик ҳалқасидан 0,5 - 1см (3-4 смгача ҳам қолдириши мумкин) масофада Роговин скобаси (резина ҳалқа) қўйилади. Киндик қолдиғи қуруқ ва очиқ қолдирилади.

Болани онанинг кўкрагига қўйиш

Бола ҳаётининг дастлабки 30 дақиқаси ичида она кўкрагига берилади. Онага қулай ҳолат берилади, чақалоқни она кўкрагига ётқизилади, болани

эмишга тайёрлиги баҳоланади: қидириш ва сўриш рефлекслари, ютиш ва нафас олиш қобилияти. Она кўкрагидан бир неча томчи оғиз сути сиқиб чиқарилади ва болага кўкрак сўрғичини тўғри оғзига солишига ёрдам берилади (боланинг оғзи сўрғични ареоласи билан бирга қамраб олиши керак). Болани эмиш муддати чегараланмайди. Эмиш вақтида боланинг тери ранги ва нафас олиши назорат қилиб борилади.

Гонобленнорея профилактикаси

Янги туғилган чақалокни туғруқ йулларидан утиш даврида кўзларининг инфекцияланишини олдини олиш учун гонобленнорея профилактикаси ўтказилади. Самарали усулардан бири - бу 1%ли тетрациклин малҳамини (0,5%ли эритромицин малҳами) туюбикдан сиқиб иккала кўзга сўриш. Ушбу усул туғилгандан сўнг 1 соат давомида ўтказилади.

Антропометрия

Антрометрияни туғилгандан сўнг 1 соат мобайнида ўтказилади. Янги туғилган чақалокни олдиндан 3%ли водород пероксид ёки 1%ли хлорамин эритмаси билан артилган тиббиёт тарозисида, стерил йўрғакда тортилади.

Янги туғилган чақалок бўй узунлигини оёқчаларини ёзган ҳолатда, энса дўмбоқчасидан товон дўмбоқчасигача ўлчанади. Бош айланаси қош усти равоқлари чизиғи ва кичик лиқилдоқ соҳасидан ўлчанади. Кўкрак айланаси кўкрак сўрғичлари учи ва қўлтиқ остидан ўтувчи чизиқ бўйича ўлчанади. Стерил клеёнкадан тайёрланган билакка боғич боғлаб қўйилади.

Бола ҳаётининг дастлабки 30 дақиқаси ичида она кўкрагига берилади. Болани туғруқ залидан бўлимга одатда туғилгандан 2 соат сўнг ўтказилади.

Янги туғилган боланинг вазни ҳар куни аниқланади, тана ҳарорати ўлчанади. Боланинг тагини оқар сув остида олдиндан орқага йўналишда ювилади. Бу вақтда боланинг боши тирсак букилмасида, кафт бармоқлари билан эса бола сонини маҳкам ушлаб туриш керак.

Бола парвариши учун яхшиси бир марта тутиладиган буюмлардан фойдаланган афзал.

Янги туғилган чақалоқлар геморрагик касаллиги профилактикаси

Янги туғилган чақалоқлар геморрагик касаллиги - витамин Кга боғлиқ қон плазмасидаги қон ивиш омилларининг вақтинчалик етишмовчилиги натижасида келиб чиқади. Геморрагик касаллик профилактикаси витамин К танқислигини тўлдириш ва қон кетишининг олдини олиш учун муҳимдир. Бу профилактик чора-тадбир ҳамма чақалоқларга 6 соатдан кеч қолмасдан ўтказилади. Янги туғилган чақалоқларга витамин К₁ мг (0,5 мг муддатига етмай туғилган чақалоқларга) миқдорида 1 марта мушак орасига юборилади. Витамин К₁ ўқлигида 1%ли Викасол эритмасидан фойдаланса бўлади. 0,3-0,4 мл муддатига етган, 0,2-0,3 мл муддатига етмай туғилган чақалоқларга юборилади. Викасолнинг антигеморрагик таъсири 8-24 соатдан сўнгра бошланади. Суткалик дозаси 4 мгдан ошмаслиги лозим. Доза ошиб кетишининг асорати эритроцитларнинг гемолизига олиб келиши мумкин.

Геморрагик касаллик ривожланишининг юқори хавф гуруҳларига: асфиксия ва туғруқ жароҳати билан туғилган чақалоқлар, муддатига етмай ва ҳомила ривожланишининг орқада қолиши билан туғилган чақалоқлар, салицилатлар, гепарин, антибиотиклар, талвасага қарши дори моддалари истеъмол қилган оналардан туғилган чақалоқлар ва фақат она сути билан озиқланадиган чақалоқлар киради.

Янги туғилган чақалоқлар иммунопрофилактикаси

Махсус ўргатилган тиббиёт ҳамшираси ёрдамида, махсус хонада ўтказилади.

Сил касаллигининг олдини олиш. Бола ҳаётининг 3-4- кунини эмланади. ВСГ зардоби – музлатилган ҳолатдан вакуум остида қуритилган, кучсизлантирилган тирик бактериялар. Зардоб штамми биринчи марта 1920 йилда француз олимлари Кальметт ҳамда Герен томонидан таклиф қилинган ва вирулентлиги кучсизлантирилган буқа туридаги тирик сил бактерияларининг ўзгартирилган кўринишидан иборат. Зардоб ампулаларда

чиқарилиб, 1 мг куруқ оқ модда кўринишида бўлиб, бу 20 зардоб дозасига тўғри келади. Зардобнинг ҳар бир ампуласига 2 мл стерил изотоник натрий хлорид эритмаси қўшиб қўйилган. Зардобни алоҳида совутгичда 2-4⁰С хароратда сақлаш зарур. Зардобни тери орасига (0,1 мл, 0,05 мл зардоб сақлайди) терини 70%ли спирт билан артгандан сўнг, чап елканинг учдан бир юқори ва ўрта қисмига юборилади.

BCG вакцинациясини кечиктириш учун кўрсатмалар: йирингли-яллиғланиш касалликлари, сепсис, ҳомила ичи тарқалган инфекциялари, неонатал даврда юзага чиқадиган оғир перинатал энцефалопатиялар, янги туғилган чақалоқларнинг гемолитик касаллиги, тана вазни 2000 граммдан камлиги, муддатига етмай туғилганлик, туғма ферментопатиялар ва иммун танқислик ҳолатлари. Бундай болаларни эмлаш муддатлари клиник соғайганидан сўнг врач фтизиатр билан келишилган ҳолатда қилинади.

Вирусли гепатитнинг олдини олиш: HBs антигени мусбат ёки HBs антигени ҳақида маълумот йўқ оналардан туғилган барча янги туғилган чақалоқлар умумий аҳволи ва тана вазнига эътибор бермаган ҳолда, ҳаётининг дастлабки 12 соати мобайнида эмланиши лозим. Агар бола HbsAg манфий онадан туғилган бўлса: тана вазни 1800 граммдан ортиқ чақалоқлар ҳаётининг дастлабки 2 куни мобайнида, тана вазни 1800 граммдан кам бўлган чақалоқлар туғруқхонадан чиқишидан олдин ёки тана вазни 1800 граммга етгандан сўнг эмланади. 0,5 мл (10 мг) HbsAg вакцинасидан соннинг тепа, олдинги ёки ёнбош қисмига мушак орасига юборилади. Қайта эмлаш 1-6 ойликда амбулатор тиббиёт муассасаларида ўтказилади.

Полимиелитнинг олдини олиш: полимиелитга қарши эмлаш барча чақалоқларга ҳаётининг 2- кунидан кейин ўтказилади. Кўп ҳолларда силга қарши эмлаш билан биргаликда. Болани оғзига 2 томчи вакцинадан томизилади.

Янги туғилган чақалоқ етуклигини баҳолаш

Янги туғилган чақалоқ етуклигини тўғри баҳолаш мослашиш даврида кузатилиши мумкин бўлган ўзгаришларни аниқлаш учун лозим.

Янги туғилган чақалоқ етуклигини аниқлаш усуллари:

- Акушерлик усули (Хомиланинг биофизик профили, БЖССТ формуласи орқали тахминий туғруқ кунини аниқлаш;
- Баллард шкаласи орқали (морфологик ва нерв-мушак етуклиги жадваллари) болани гестацион ёшини аниқлаш вақтида бир неча қоидаларга риоя қилиш керак;
- Курув иссиқ, яхши ёритилган, ортикча шовқинсиз хонада ўтказилади;
- Баҳолашнинг оптимал вақти бола овқатлангандан 1-2 соат ўтгач ҳисобланади;
- Кўрувда ва белгиларни баҳолашда тизимли ёндашув бўлиши лозим;
- Аниқланган баҳо кўрсаткичлари болаларни ривожланиш тарихига киритилиши лозим.

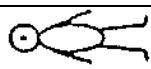
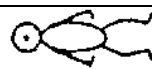

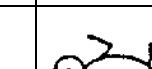
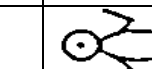
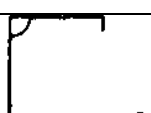
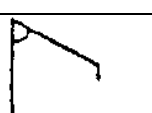
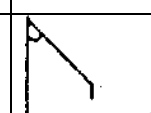
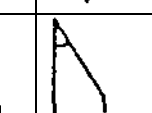
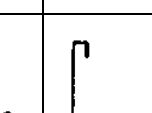

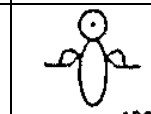
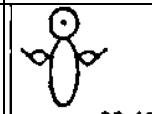
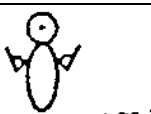
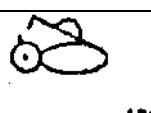
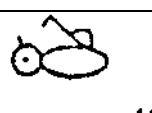

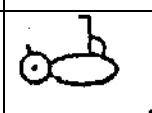
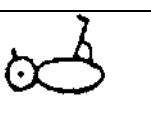
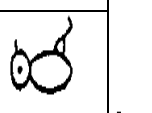
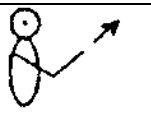
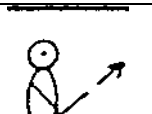



Морфологик белгиларига кўра боланинг гестацион ёшини ҳисоблаш.

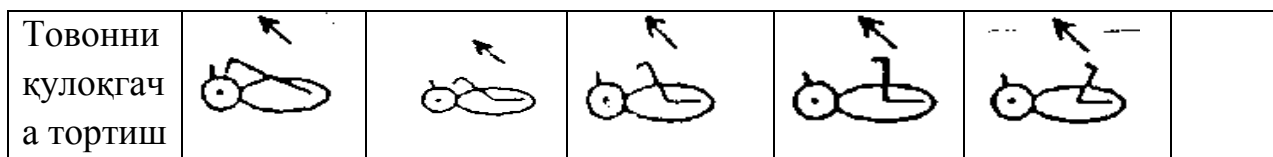
(Баллард Дж. 1979)

Белгилар	Баллар					
	0	1	2	3	4	5
Тери	Желатиноз қизил, тиниқ	Силлиқ пушти, вена томирлари кўринарли	Юзаки қипикланиш ёки/ва вена томирлари номига кўринади	Бурмалари кам, веналари кам кўринади	Пергаментсимон, чуқур эгатли, томирлар кўринмайди	Етук, тукли бурмали
Лануго	Йўқ	Кўп	Сийрақлашган	Туксиз соҳалар	Кўп қисми туксиз	
Бурмалар	Йўқ	Аниқ эмас, қизил чизиқлар	Оёқ панжасининг олдинги қисми бурмали	Оёқ панжасининг 2/3 қисмида бурмалар	Оёқ панжасининг ҳамма қисми бурмали	
Кўкрак сўрғичлари	Сезилар-сезилмас	Ясси, сўрғич атрофи доираси йўқ	Тўқима сезиларли, сўрғич атрофи доираси 1-2 мм	Сўрғич кўтарилган, сўрғич атрофи доираси 3-4 мм	Сут беги тўқимаси тўлиқ шаклланган, сўрғич атрофи доираси 5-10мм	
Қулоқ	Қулоқ супраси	Қулоқ супраси	Қулоқ супраси	Зич ва шаклланган	Зич тоғай, қулоқ тоғай.	

	ясси, букилгани- дан сўнг букилгани- ча қолади.	бироз бурмали, юмшок, букилгани- дан сўнг секин тўғрилана- ди	кам бурмали, юмшок, букилгани- дан сўнг осон тўғрилана- ди	ан букилгани дан сўнг дархол тўғрилана ди		
Жинсий аъзо (эркак)	Ёрғок бўш, бурмаси йўқ.		Уруғдон ёрғокқа тушган, бурмалари бор.	Уруғдон ёрғокқа тушган, бурмалар и яхши	Уруғдон “осилган” ёрғок чукур бурмали	
Жинсий аъзо (аёл)	Клитор ва кичик жинсий лаблар бўртган		Катта ва кичик жинсий лаблар тахминан бир хил	Катта жинсий лаблар кичик жинсий лабларини ёпади.	Клитор ва кичик жинсий лаблар тўлиқ катта жинсий лаблар тагида.	

Нерв-мушак етуклиги белгилари

Белгилар	Белгилар баллда баҳоланади.					
	0	1	2	3	4	5
Ҳолати						
Квадрат ойна	 90°	 60°	 45°	 30	 0	
Кўлнинг қайтар реакцияс и	 100°		 100-100°	 90-100°	 < 90°	
Тизза ости бурчаги	 150°	 160°	 130°	 110°	 90°	 < 90°
Шарф симптом и						



**Морфологик ва нерв-мушак етуқлигининг умумий баллари орқали
янги туғилган чақалоқнинг гестацион ёшини аниқлаш жадвали**

Умумий баллар	Гестацион ёши, (хафталарда)	Умумий баллар	Гестацион ёши, (хафталарда)
5	26	30	36
10	28	35	38
15	30	40	40
20	32	45	42
25	34	50	44

Морфологик ва нерв-мушак етуқлигининг умумий баллари орқалиянги туғилган чақалоқнинганиқланган гестацион ёши 2 хафтага фарқ қилса, ушбу бола ривожланишдан орқада қолган, деб ҳисобланади.

Йўргаклаш

Янги туғилган чақалоқни қаттиқ қисиб йўргаклаш мумкин эмас!

Сабаблари:

- Диафрагма ҳаракатини чеклаб ўпка вентиляциясини камайтиради;
- Тананинг йўргак сиққан соҳаларида қон айланишнинг бузилиши;
- Йўргак ва бола танаси ўртасидаги ҳаво ёстикчаси иссиқликни ушлаб қолаолмайди;
- Бола ҳаракатининг чекланиши иссиқлик ҳосил бўлишини сусайтиради;
- Оёқ-қўллар ҳаракатининг чекланиши нерв-мушак координациясини ривожланишига тўсқинлик қилади;
- Боши билан қаттиқ қисиб йўргаклаш бола боши ҳаракатини чеклайди, натижада бола тўлақонли она сути билан озиқлана олмайди;

- Йўргакланган бола кўпроқ ухлайди ва кам эмади;
- Болани эркин йўргаклаш бола ҳуқуқларини чекламайди.

Чўмилтириш

Болани чўмилтириш бола ҳаётининг 2-3- кунигача кечиктирилади.

Агар бола танаси қон ёки шиллиқлар билан ифлосланган бўлса, чумилтиришни туғилгандан 2 – 6 соатдан сўнг, тана ҳароратини ва хона ҳароратини меъёрида сақлаган ҳолда ўтказилади.

Она ва боланинг биргаликда бўлиши

Она ва болани биргаликда бўлишининг ижобий томонлари:

- Она ва бола ўртасидаги жисмоний ва эмоционал яқин мулоқот;
- Ота-онада болага нисбатан жавобгарлик ҳиссини уйғотиш;
- Онага болани мустақил парваришлаш кўникмаларини ўргатиш;
- Оилага ўз тушунчалари ва кўникмаларини кўрсатиш имконини беради;
- Мустақил фикр юритиш имконини беради;
- Госпитал инфекцияни болага ўтиш хавфини кескин камайиши.

2.3. Янги туғилган чақалоқни клиник текшириш

Янги туғилган соғлом чақалоқни одатда туғруқ залида уни териға тери контактидан кейин (1-2 соат мобайнида) кўрикдан ўтказилади. Хонада ҳарорат 24-26⁰С бўлиши керак (жадвал №2). Нур иссиқлиги манбаидан оптимал фойдаланган маъқул. Қўлни кўрувдан олдин ювиш лозим. Текшириш табиий ёритилишда ўтказилгани маъқул, бу тери қопламлари рангига тўғри баҳо беришга имкон беради. Кўздан кечириш йўргаклаш столчасида ўтказилади.

Жадвал-2

Янги туғилган чақалоқ тана ҳароратини меъёрида сақлаш учун зарур бўлган ташқи муҳит ҳарорати

Тана вазни (кг)	Ташқи муҳитҳарорати		
	29,5° С	26,5°С	24° С
1,5–2	Ҳаётининг 2-куни	Ҳаётининг 3- кунидан	Ҳаётининг 3-ҳафтасидан
2–3		Ҳаётининг 1-ҳафтаси	Ҳаётининг 2-ҳафтасидан
3 ва <		Ҳаётининг 1- куни	Ҳаётининг 2- кунидан

Янги туғилган чақалоқнинг ҳолатига ташқи кўрикда баҳо берилади. Соғлом янги туғилган бола учун юзнинг тинч ифодаси, жонли юз ифодаси хос. Кўздан кечира бошлаш кўпинча эмоционал қичқириш билан ўтади. Бола қичқириғи кучи, давомийлиги ва модуляцияси бўйича баҳоланади. Кучсиз қичқириқ ёки унинг бўлмаслиги шифокорни ташвишлантириши керак. Ой-куни тўлиб туғилган чақалоқдаги афония товуш бойламларига шикаст етганлиги, МНС зарарланиш: субдурал гематома, калла суяги ичига қон қуйилиши, ҳомила инфекциялари, соматик касалликлар оқибати бўлиши мумкин. Кўзгалувчан (“миядан”) қичқириш субарахноидал қон қуйилиши, калла суяги ичида босимнинг ошиши учун хос. Туғма гидроцефалия, билиар энцефалопатияда қичқириқ кўпинча монотон (бир хил) тус олади. “Мия қичқириғи” калла суяги нервлари каудал гуруҳи (ядроларини эмас, кўпинча ўтказувчи йўллари)нинг зарарланишини ифодалайди. Соғлом боланинг қанча муддатгача йиғлаши таъсирловчининг сабабига монанд (очлик, тактил, оғриқ таъсиротлари) бўлиши керак, сабаби бартараф этилгач тез орада йиғи тўхтайдди. Турли хил патологик ҳолатларда бу алоқа бузилади. Қичқириш хусусиятлари алмашинув бузилишлари (гипогликемия, гипокальциемия), айрим ирсий касалликлар (Даун касаллиги, “мушук чинқириғи” синдроми)ни диагностика қилишга имкон бериши эҳтимол. Туғма стридорда йиғлаш

ифодаси ўзгарган. Янги туғилган чақалоқда ҳаракат фаоллиги хусусиятлари паллиар тизим устунлиги ва миелинизациянинг етарли эмаслиги билан боғлиқ. Соғлом янги туғилган бола учун буқувчи мушаклар тонусининг кучайиши (физиологик) хос, бу флексор позани белгилайди: бош кўкракка эгилган, кўллар тирсак бўғинларида букилган ва танага яқинлаштирилган, панжалар букилган, оёқлар тизза ва чаноқ сон бўғимларида букилган. Ёнбош ҳолатида бош баъзан орқага эгилган. Калла суяги шакли ва соғлом янги туғилган чақалоқ ҳолати ҳомиланинг туғруқдаги ҳолатига боғлиқ. Ёзиш ҳаракатларида (бош, юз) бош одатда орқага ташланган, юзлари шишган. Чаноқ билан келганда оёқлар тизза бўғимларида ёзилган ва чаноқ-сон бўғимларида кескин букилган бўлиши мумкин.

Янги туғилган чақалоқ ҳолатига баҳо беришда тана нисбатига баҳо бериш муҳим. Янги туғилган чақалоқ учун қуйидаги анатомик белгилар хос: боши катта, мия бўлими юз бўлимидан устунлик қилади, бўйин ва кўкраги калта, юқори бўлимида торайган ва пастки қисмида кенгайган, қорни узун, оёқлари калта.

Тери. Соғлом янги туғилган чақалоқнинг териси эластик, пайпаслаб кўрилганда духобасимон. Янги туғилган бола териси творогсимон мой (vernix caseosa) билан қопланган бўлади. Очиқ-ойдин ифлосланиш юз берганида ёки ишонарли хавф бўлмаганда туғруқда бу мойни тозалаш тавсия қилинмайди. Соғлом янги туғилган болада тери қопламаларининг ранги ёшга боғлиқ. Ҳаётининг биринчи дақиқаларида акроцианоз, периорал цианоз бўлиши мумкин. Меъёрда цианоз бўлиши мослашиш жараёнида фетал қон айланишининг ташқи муҳитда қайта қурилишига боғлиқ. Бирламчи парваришдан сўнг тери ҳарорати ва тактил таъсирлар натижасида тиниқ пушти рангга киради. Бу ҳолат физиологик эритема дейилади. Вақтидан ўтган ҳомиладорликда қуйидаги ўзгаришлар юз бериши мумкин: лануго, казиоз мойининг йўқлиги, калла суякларининг зичлиги ошган, чоклар ва лиқилдоқлар торлиги, тирноқларнинг узайиши. Кеч муддатларда туғилган боланинг териси қуруқ, десквамация қисмлари, товонлар, кафтлар соҳасида

мацерациялари бўлади. Терининг тургори пасайган. Тери ости ёғ клетчаткаси кучсиз ривожланган, тери бўшашган бўлиб кўринади.

2-3-кун охиридан бошлаб 60-70% болаларда тери иктерик тус олади. Ҳаётининг 3-4-кунлари сариқлик юқори даражага етади (умумий биллирубин кон зардобиди 205 мкмоль/л гача), ҳаётининг биринчи ҳафтаси охири, иккинчи ҳафта ўрталарига келиб сариқлик йўқолади. Биринчи суткада сариқлик пайдо бўлиши, узок давом этиши ва давомийлиги, тўлқинсимон кечиши унинг патологик ифодасидан дарак беради.

Терини кўздан кечиришда патологияга тааллуқли бўлмаган хусусиятларни аниқлаш мумкин.

– оқимтир сарғиш тошма (*milia*), ёғ безлари секретини билан тўлган жуда майда кисталардан ташкил топган. Жойлашуви бурун учи ва қанотлари, пешона қисмида бўлади. Чақалоқлик даврининг охирида йўқолиб кетади, даволашни талаб қилмайди.

– олдинда келувчи қисм терисига, склераларга *петихиал қон қуйилишлар* туғруқ жароҳатларидан ёки гемостаз патологиясидан (кўпроқ тромбоцитопатиядан) далолат бериш мумкин.

– *телеангиоэктазиялар* – босилганда йўқоладиган қизғиш-кўкимтир доғлар, бу белги уларни гемангиомадан ажратиш туради. Бурун қаншарида, бошнинг сочли қисми чегарасида, бўйиннинг орқа сатҳида жойлашади. Даволаш талаб этмайди, боланинг 1-1,5 ёшигача ўзи йўқолиб кетади.

– *муғул доғлари* думғаза, думбалар соҳасида, камроқ сонларнинг ён сатҳида жойлади, одатда кўкимтир рангга эга, бу пигмент ҳосил қиладиган хужайралар мавжудлигига боғлиқ. Даволаш талаб қилинмайди. 4-7 ёшларга бориб ўзи йўқолиб кетади, баъзан умрбод қолади.

– *туғма ҳоллар* терининг ҳар хил соҳаларида жойлашиши мумкин, кўпинча жигарранг ёки кўкимтир-қизил рангли.

Янги туғилганлик даврида патологик ҳолатлар ва кўпгина касалликларга тери қопламлари рангининг патологик ўзгаришлари хос бўлади.

Барқарор цианоз борлиги қуйидаги қатор касалликларнинг ташҳисот мезони бўлиб хизмат қилиши мумкин:

- церебрал ҳарактердаги – асфиксия, калла суяги ичига қон қуйилишлар, орқа мия бўйин қисмининг шикастланиши, МНС зарарланиши билан ўтадиган инфекциялар;
- ўпка туфайли – пневмопатиялар, пневмониялар, пневмоторакс, ўпканинг ривожланиш нуқсонлари ва б.;
- кардиал цианоз – туғма юрак нуқсонлари, фетал коммуникацияларнинг фаолият кўрсатиши.

Акроцианоз илк неонатал даврда соғлом янги туғилган чақалоқлар бўлимида ҳарорат тартиби бузилганда бўлиши мумкин. *Периорал цианоз* меъёрда йиғлаганда ва безовта бўлганда пайдо бўлиши мумкин. Турғун периорал цианоз кўпинча келиб чиқиши кардиал касаллик белгиси бўлиши мумкин.

Туғилишда *тери қопламларининг рангпарлиги* оғир гипоксия, шок, туғруқ жароҳатларидан дарак беради. Узайиб кетган рангпарлик периферик қонда гемоглобин ва эритроцитлар миқдорини, гематокрит кўрсаткичини текшириш учун кўрсатма ҳисобланади.

Терининг *кулрангсимон тусга* кириши оғир асфиксияда ёки перинатал инфекциялар оғир кечганда (токсинлар таъсири), гипогликемияда кузатилади. Тери қопламаларининг *мармарсимонлигини* муддатига етмай туғилган болаларда физиологик деб ҳисобласа бўлади, муддатига етиб туғилган чақалоқларда етилмаганлик белгиси, совқотиш ёки МНС вегетатив бўлими бошқарилишининг хусусиятларидан саналади.

Терига визуал баҳо берилгандан сўнг пальпация ўтказиш зарур, бунда тери ҳарорати, эластиклиги, турлари, тери остидаги ёғ қатлами қалинлигига баҳо берилади. Тери тургорининг пасайиши гипотрафия, сувсизланиш, муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликда учрайди.

Ҳаётининг биринчи суткаларида кўпинча қусишлар кузатилади. Айни вақтда қизилўнғач ўтказувчанлиги текшириб кўрилади. Бироқ қусишлар ёки

қайт қилишнинг тўхтамаслиги қатор касалликлар: ривожланиш нуқсонлари, пилороспазм, МНС зарарланиши, инфекциян касалликлардан далолат беради.

Янги туғилган чақалоқни кўздан кечиришда *анал тешикнинг борлигини* ва меконий ажратилишини қайд этиш зарур. Кейинроқ кўздан кечиришда ёшга оид ўзгариб турадиган нажас ифодаси қайд қилинади.

Дастлабки нажас (меконий) – куюқ, тўқ-яшил рангдаги ёпишқоқ масса, одатда 1-2 кун келади. Кейинчалик нажас бирмунча тез-тез келади, шакли ва рангига кўра ногомоген бўлади, у ичакнинг ўтиб кетувчи катарига хос. 2-4 кун ўтгач нажас бўтқасимон ва ранги сариқ тилларанг бўлади. Ич келишининг тезлашуви бола овқатлантиришдаги хатоларда, ичакнинг инфекциян зарарланишларида рўй бериши мумкин ва копрограмми, бактериал экмани ўрганиш учун кўрсатма ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқларнинг кўпчилигида нажасида кўп миқдорда муцин, учдан бир қисмида эса озроқ миқдорда тўқима оқсили бўлади.

Тизимлар бўйича кўздан кечириш. Агар бола вазмин бўлса, биринчи навбатда қорни кўздан кечирилади ва қорин бўшлиғи аъзолари пальпация қилинади. Оғиз бўшлиғи пардалари, конъюнктивалари кўриқдан ўтказилади. Оёқларининг чаноқ сон бўғимларида керилиш даражасини текширишнинг охирги босқичида аниқланади. Нафас олиш сони ва юрак қисқаришлари тезлигини уйқуда ўтказган маъқул, чунки бу кўрсаткичлар янги туғилган чақалоқда беқарор бўлади.

Бошни кўздан кечириш. Янги туғилган чақалоқда бош шакли ҳомиланинг туғруқдаги ҳолатига ва калла суяқларининг туғруқ йўллари орқали ўтаётганда шаклига боғлиқ. Янги туғилган боланинг боши брахиоцефалик, долихоцефалик ва аксарият нотўғри шаклда бўлиши мумкин. Муддатига етиб туғилган чақалоқнинг бош айланаси одатда 34-37 см.ни ташкил қилади, бу кўкрак қафас айланасидан 1-3 см.га кўп. Бош айланасини такрорий ўлчашни ҳаётининг 3-куни ўтказиш зарур, чунки бу вақтга келиб туғруқ шиши қайтади. Туғруқ ўсмаси туғруқ вақтида ҳомила бошини

олдинда келган қисмида жойлашади, ҳамирсимон консистенцияга эга, аниқ чегарасиз атрофдаги тўқималарга ўтади. Шунингдек кўздан кечираётганда чоклар ва лиқилдоқларнинг ҳолатига баҳо бериш зарур. Олдинги лиқилдоқ чекка ва пешона суяклари ўртасидаги тожсимон ва сагиттал чоклар бириккан жойда жойлашган, орқа лиқилдоқ – чакка ва энса суяклари ўртасидаги бўйлама ва лямбдасимон чоклар кесишган жойда жойлашган. Одатда катта лиқилдоқ 2,5-3,0см ўлчамга эга ва 8-12- ойга келиб ёпилади, кичик лиқилдоқ кўпинча бола туғилганда ёпиқ ёки ҳаётининг 2-3-ойига келиб ёпилади. Соғлом янги туғилган чақалоқларда чоклар ва лиқилдоқлар одатда уларни ҳосил қилган суяклар сатҳида бўлади. Чоклар ва лиқилдоқларнинг доимий бўртиб туриши калла суяги ичи босимининг ошишидан далолат беради. Эксикозда катта лиқилдоқнинг ичига ботиши қайд этилади.

Бош айланаси, унинг кўкрак айланасига мос келиши, чоклар ва лиқилдоқларнинг ҳолати, лиқилдоқларнинг ёпилиш муддатлари, айниқса ҳомила ривожланишдан орқада қолган болаларда ва муддатига етмай туғилган болаларда ўзига хосликка эга, шунинг учун битта кўрсаткичнинг меъёрий кўрсаткичдан четланишига асосланиб болада гидро- ёки микроцефалия борлиги тўғрисида хулоса чиқаришга ҳожат йўқ.

Соғлом янги туғилган чақалоқнинг юзи симметрик. Яққол асимметрия –ривожланиш нуўсонлари туғма дакриоцистит ва жағ остеомиелити, калла суяги нервларининг зарарланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Кефалогематома – калла суяги гумбази бирорта суягининг суяк усти пардаси остига қон қуйилиши, аниқ чегараланган ва битта суяк чегарасида жойлашиб, баъзан икки томонлама бўлиши мумкин, секин сўрилиб кетади, яллиғланиши, оҳакланиши мумкин. Кефалогематоманинг юз ва гавданинг (гемисиндром) қарама-қарши томонидаги учоқли неврологик симптоматика билан бирга келиши ярим шарнинг зарарланиши ёки кефалогематома томонида калла суяги ичига қон қуйилишига олиб келади. Пальпацияда флюктуациялар аниқланади. Кефалогематомалар қуйидагича бўлинади:

1) жойлашуви бўйича;

2) ўлчамлари бўйича: катта (5смдан кўп), ўртача (3-5см) ва кичик (3см гача);

3) кечиши бўйича: асоратланган (оғир, инфекцияланган, оссификацияланган) ва асоратланмаган.

Кефалогематома, айниқса акушерлик қисқичларини қўйиш натижасида келиб чиққан бўлса, калла суяклари синишлари билан бирга учраши мумкин. Кефалогематома бўлган барча янги туғилган чақалоқлар калла суягини рентгенологик текширувдан ўтказиш лозим. Кефалогематомалар даволашни талаб этмайди.

Апоневроз остига қон қуйилишлар калла суягининг биттаси билан чегераланиб қолмайди, флюктуация билан ифодаланади. Асоратлари: инфекцияланиш, гипербилирубинемия, анемия камроқ учрайди.

Калла суяқларининг синишлари. Пайпаслаб аниқлаш мумкин: крепитация, шиш. Туғруқ жароҳати оқибатида синишлар кўпинча чакка суяги соҳасида жойлашади. Кўп сонли синишлар такомилга етмаган остеогенез учун хос.

Янги туғилган чақалоқларда ҳаётининг биринчи кунларида **кўзларни кўриқдан ўтказиш** қийинчилик туғдиради. Ҳолати ўзгарганда, баъзан тинч турганида ҳам қисқа муддатли, кўлами тор горизантал нистагм бўлиши мумкин. Кўз соққалари ҳаракатида вақти-вақти билан яқинлашадиган ғилайлик пайдо бўлиши мумкин. Склералар ва конъюнктивалар рангининг ўзгариши айрим ирсий касалликларда учрайди. Склераларнинг иктерик бўлиши гипербилирубинемияга хос.

Реактив конъюнктивитлар камдан-кам учрайди. Конъюнктивитни биринчи навбатда инфекцияли кўриниши (хламидиялар, стафилококк, ичак таёқчаси) деб қараш керак. Йирингли ажралмадан ташқари қизариш хос. Гонобленорея кўп миқдорда йирингли ажралма, шиш, юқори қовоқнинг қизариши билан ифодаланади. Конъюнктивитда йирингли ажралмани гонококк ва хламидияга бактериологик текшириш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Оғиз бўшлиғи, лабларнинг шиллик пардалари – сўлакнинг кам ажралиши сабабли тиниқ пушти ранг ва қуруқроқ бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллик пардасини яхши парвариш қилмаганда сатҳидан кўтарилиб турадиган оқ доғлар пайдо бўлади, бу оғиз оқариши дейилади. Candida замбуруғлари томонидан чақирилади.

Энг кўп учрайдиган **юз ривожланиш нуқсонлари (1:1000)** – юқори лабнинг ёрилиши (хейлосхизис) ва қаттиқ танглайнинг ёрилиши (палатосхиз) ҳисобланади. Аспирацион синдром хавфи бўлганда зонд орқали овқатлантириш лозим. Туғруқхонадан чиқаришгача обтуратор қўлланган маъқул.

Қатор хромосома касалликларида бўйиннинг ўзгариши кузатилади. Калта бўйин умуртқалар таналарининг яссиланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қанотсимон бўйин (бўйиннинг ён сатҳларидаги елкаларга томон йўналишида жойлашган терининг узунасига кетган бурмалари) Шерешевский – Тернер синдроми учун хос. Бўйинни пальпация қилиш тўш-ўмрови сўрғичсимон мушакнинг асимметрик таранглашишини аниқлаш мумкин. Рентгенологик текширув ўтказиш тайинланади.

Соғлом янги туғилган чақалоқда **кўкрак қафасининг шакли** бочкасимон, пастки апертура ёйилган бўлади. Кўкрак қафаси симметрик, пастки қисмлар нафас ҳаракатида фаол қатнашади. Кўкрак қафаси шаклининг қуйидаги патологик ўзгаришлари энг кўп учрайди: тўшнинг ичига ботиши ва куракларнинг орқага силжиши (воронкасимон кўкрак). Муддатига етмай туғилган болаларда нафас бузилишлари натижасида тўшнинг ичига ботишини, воронкасимон кўкрак қафасидан фарқ қилиш керак. Дистоция ёки травматик туғруқларда ўмров суяги синиши хавфи кузатилади. Кўкрак қафаси пайпаслаб кўрилганида ўмров синиши (синишнинг қанча вақтдан буён мавжудлигига кўра шиш, пальпация қилишда крепитация ёки қадок борлиги аниқланади), қовурғалар синиши (крепитация, тери ости эмфиземаси) аниқланади. Кўкрак қафаси

ригидлигининг ошиши ўпка патологияси ва баъзи бир ривожланиш нуқсонларига хос бўлади.

Кўкрак қафасини кўздан кечиришда шифокор юрак-қон томирлар ва нафас тизимининг функционал ҳолатига баҳо бера бошлайди.

Чўққи турткиси чапдан тўртинчи қовурғалар орасида ўрта-ўмров чизигидан 1-2см ташқарида жойлашган. Нисбий юрак тумтоқлиги чегаралари пальпатор перкуссия билан аниқланади: юқори чегараси – III қовурға чап чегараси – чин ўрта ўмров ва олдинги аксиллар чизиклар ўртасида, ўрта-ўмров чизигига яқин, ўнг чегараси – тўшнинг ўнг чегарасидан 1 см ташқарида юрак тумтоқлиги чегараларининг кенгайиши туғма юрак нуқсонларида, гемодинамик бузилишлардан бўладиган юрак дилатациясида (асфиксия, пневмония, геперволемиа) аниқланади. Юрак тумтоқлиги чегараларининг силжиши пневмоторакс, диафрагма чурралари, ателектаз учун хос ва рентгенологик текшириш учун кўрсатма ҳисобланади.

Соғлом янги туғилган чақалоқда юрак тонлари – аниқ, жарангдор, тиниқ бўлади. Юрак қисқаришлари частотаси ўзгариб туради (вариабел) ва тинчликда минутига 110-140 марта уришни ташкил қилади. Брадикардияда ЮҚС минутига 100 мартадан кам. Туғилгандаги брадикардия оғир гипоксия ёки туғруқ жароҳатларидан дарак беради. Турғун брадикардия калла суяги ичига қон қуйилишлар, билирубин энцефалопатияси, гипотиреоз учун хос. Брадикардия, шунингдек метаболик бузилишлар, ритм бузилишлари кўриниши бўлиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда брадикардия юракнинг инфекцион зарарланганига боғлиқ бўлиши мумкин. ЮҚС нинг минутига 160 дан ортиқлиги тахикардия, деб ҳисобланади. Тахикардия билан бола гипертермия, тактил, оғриқ таъсиротларига жавоб беради. Турғун тахикардия айрим юрак нуқсонлари, ўпка патологияси, ритм бузилишлари учун хос. Юрак тонларининг бўғиқлиги (тўмтоқлиги) оғир ва давомли гипоксия, юрак нуқсонлари, миокарднинг инфекцион зарарланиши, метаболик бузилишлар учун хос. Ҳаётининг биринчи соатлари ва кунларида турғун систолик шовқин борлиги ҳаммавақт юрак нуқсонидан дарак беравермайди, балки

фетал коммуникациялар фаолият кўрсатиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Юрак нуқсонларида систолик шовқин, одатда, ҳаётининг 3-5-куни пайдо бўлади, ортиб боришга мойил, аксиллар соҳасига, елкага, экстракардиал томирларга узатилади, тана вазиятига алоқадор эмас.

Ўпка перкуссияси боланинг чалқанча ҳолатида қилинади. Бунда жигарнинг юқори чегараси аниқланади. Соғлом янги туғилган чақалоқда у V қовурға сатҳида бўлади. Орқа ўпка майдонларини болани қафтга қўйиб ўтказиш мақсадга мувофиқ. Зарарланган сатҳ устида перкутор товушнинг қисқа тортиши пневмопатиялар, пневмониялар, ателектаз, пиогидроторакс учун хос. Қиёсий перкуссия маълумотлари пневмоторакс, ўпка ателектази, диафрагма чурралари, ўпка гипоплазиясини аниқлашда айниқса кўп ахборот беради. Перкутор товушнинг ҳар қандай ўчоқли ўзгаришлари кўкрак кафасини рентгенологик текшириш учун кўрсатмадир. Соғлом янги туғилган чақалоқда нафас пуэрил, нафас олиш ва нафас чиқаришнинг $\frac{1}{3} - \frac{1}{2}$ қисми эшитилади ва ҳамма ўпка майдонлари бўйлаб ўтказилади. Нафас ифодасининг ўзгариши (сусайган, қаттиқ) ҳамда ўпканинг ўзгарган перкутор натижалари ҳам кўпгина касалликлар ва нафас тизимининг ривожланиш нуқсонлари бўлиб ҳисобланиши мумкин.

Соғлом янги туғилган чақалоқда ўртача нафас сони 1 минутда 30-60 ни ташкил қилади. Нафас сонининг 1 минутда 60 дан кўп бўлиши тахипноэ, 30 дан камлиги брадипноэ деб баҳо берилади. Нафас сонининг ўзгариши нафас тизими касалликлари, МНС зарарланишлари, айрим метаболик бузилишлар, юрак-томирлари патологияси билан бирга ўтади.

Туғилишдан кейин биринчи-иккинчи кундаги ўпка устидаги нам хириллашлар нафас механикаси бузилган тақдирда, ҳомила ичи ўпка суюқлигининг қолдиғи сўрилиб улгурмаган тақдирда патология ҳисобланмайди. Кейинги кунларда эса патологиядан дарак беради. Турли калибрли хириллашларнинг кўплиги аспирацион синдром аломати бўлиши мумкин. Хириллашларнинг жарангдорлигига ва жойлашиш доимийлигига динамикада баҳо бериш диагностик аҳамиятга эга. Нафас шовқинлари

ҳикилдоқнинг ривожланиш нуқсонларида (стридорда инспиратор шовқин) ва ўпка зарарланганда (экспиратор шовқинлар) пайдо бўлиши мумкин.

Соғлом янги туғилган болада нафас ҳаракати бузилишлари ҳаётининг биринчи соатларида қисқа апноэ (нафаснинг 10сониягача тўхтаб қолиши, ундан ошиши патологик ҳолат, деб ҳисобланади) ва гасплар борлиги билан юзага чиқиши мумкин. Муддатига етмай туғилган болаларда нафас бошқарилиши механизмларининг етилмаганлиги, метаболик бузилишлар (гипогликемия, гипокальциемиа ва б.), қоринча ичига қон қуйилишлар, инфекциялар брадикардия ва цианоз билан ўтадиган давомли апноэ вужудга келишига сабаб бўлиши мумкин. Такрорланадиган давомли апноэ талвасалар эквиваленти сифатида қаралиши мумкин. Нафас сусайиши экстрапульмонал сабаблардан (тор бурун йўллари, шикастланиш натижасида бурун шиллик пардасининг шиши, ЎРВИ, туғруқ вақтида онага айрим дори воситаларининг кўлланилиши) бўлиши мумкин. Янги туғилган чақалоқнинг оғзи билан нафас олишини аускультация усули билан қиёсланади.

Қорин. Соғлом янги туғилган болада қорни юмалоқ шаклда, нафас олиш жараёнида фаол қатнашади. Қориннинг дам бўлиши соғлом янги туғилган болаларда керагидан ортиқча эмизилганда, газ (ел) ҳосил бўлиши ошганида (сунъий овқатлантириш) содир бўлиши мумкин. Қориннинг дам бўлиши шунингдек паст ичак тутилиши, гиршепрунг касаллиги, некрозга учратувчи энтероколит, меконий илеуси (муковисцидоз) клиник белгиси бўлиши мумкин ва аксарият оғир инфекцион касалликлар: сепсис, пневмония, ҳомила ичи инфекциялари билан бирга учрайди. Қориннинг ичига ботиши юқори ичак тутилиши, диафрагма чурралари, постгеморрагик анемия, сувсизланишга хос. Қорин асимметрияси диафрагма чурралари, қорин олдинги деворининг ривожланиш нуқсонларида кузатилади. Қорин олдинги девори тери қопламлари рангининг ўзгариши қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликлари учун хос бўлади.

Киндик ярасини кўздан кечириш: унинг ўлчамлари, ярача атрофидаги ва киндик ҳалқаси терисининг ҳолати, унинг битиш ҳолати, киндик венаси

(киндик устидан ўрта чизик бўйича) ва иккита артериясини пайпаслаш (киндикдан пастроқни ва латерал).

Жигар. Соғлом янги туғилган чақалоқларда жигар қовурға равоғидан ўрта ўмров чизиги бўйича кўпи билан 2 см га чиқиб туради. Жигар ҳомила ичи инфекциялари, асфиксия, жигар субкапсуляр гематомаси, гемолитик касаллик, патологик сариқликлар, модда алмашинуви касалликларида катталашishi мумкин.

Талок. Янги туғилган чақалоқда қовурға равоғида пайпасланади. Спленомегалиялар кўпинча перинатал инфекциялар, янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги, ирсий сфероцитоз ва қатор бошқа ирсий касалликларда учрайди.

Буйраклар (кўпинча ўнг) фақат чуқур пайпаслашда аниқланади, юзасининг ғадир-будурлиги ривожланиш нуқсонларининг белгиси бўлиши мумкин.

Жинсий аъзоларни кўздан кечирish. Соғлом янги туғилган ўғил болаларда мойклар ёрғоққа тушган, жинсий олат бошчаси чекка кертмак остига яширинган. Муддатига етиб туғилган қиз болаларда катта уятли лаблар кичикларини бекитиб туради. Жинсий лаблар шиши, шиллиқли ёки консимон ажралмалар жинсий криз кўриниши бўлиши мумкин.

Соғлом янги туғилган чақалоқ қўл-оёқларининг туғма нуқсонлари ёки туғруқ жароҳатларини кўздан кечирish лозим. Соғлом янги туғилган чақалоқларда чаноқ-сон бўғимларида оёқларни деярли горизонтал сатҳга кериш мумкин. Чаноқ-сон бўғимларида ҳаракатланишнинг чекланишини МНС зарарланишларида, чаноқ-сон бўғимлари дисплазиясида қайд қилинади. Чаноқ-сон бўғимидаги туғма чиқишнинг мавжудлиги Ортолани ва Барлоу тести орқали текширилади. Ушбу ҳолатларда шубҳанинг бўлиши ортопедга юбориш учун кўрсатма ҳисобланади.

Чаноқ-сон бўғимларида патологик ҳаракатчанлик оёқларнинг мушаклари тонуслари пасайганда; айрим ирсий касалликларда (Даун касаллиги, артрогрипоз) қайд қилинади.

Кўздан кечиришни яқунлаётган шифокор боланинг муолажаларга жавоб натижасини, терморегуляция барқарорлигини яна бир марта баҳолайди, соматик ва неврологик хусусиятлари, мослашиш жараёнлари динамикасини қайд этади ва олинган маълумотларни янги туғилган боланинг ривожланиш тарихига ёзиб қўяди.

Неврологик кўздан кечириш. Янги туғилган болада кўрик шароитларини мослашдан бошлаш керак, чунки хонанинг ҳарорати, ёритилиши етарли бўлмаса, ҳосил қилинадиган рефлекс, реакцияларга ва бошқаларга таъсир этади. Кўрик вақтида хонада ҳавонинг оптимал ҳарорати боланинг 2-3 дақиқалик очик ҳолатдаги мослашишидан сўнг, тахминан 24-26⁰С бўлиши керак. Паст ҳароратда мушаклар тонусининг ошиши ва тремор пайдо бўлиши, юқори ҳароратда – мушаклар гипотонияси бўлиши мумкин. Ёритилиш янги туғилган болага нисбатан симметрик бўлиши керак, чунки бир томондан тушаётган ёруғлик қорачиқ ва кўз ёриғини ёритилган томонда торайишини чақиради. Кўздан кечиришда боланинг боши сапитал текисликда бўлиши зарур, чунки бош бурилган томондаги асимметрик бўйин-тоник рефлекс туфайли бош бурилган томонда мушак тонусининг пасайиши, қарама-қарши томонда эса ошиши қайд қилинади.

Охирги эмизишдан кейин ўтган вақтни ҳисобга олиш зарур, чунки бола тўйганидан сўнг бўшашган, унда мушак тонуси ва қатор рефлекслар ҳамда реакциялар пасайган бўлиши мумкин, эмизишдан олдин эса янги туғилган бола безовталиқ, тремор ва мушак тонуси ошишига олиб келадиган нисбий гипогликемия ҳолатида бўлиши мумкин.

Кейинроқ янги туғилган чақалоқнинг ҳолатини аниқлаш мақсадга мувофиқ бўлади, чунки рефлекслар ва реакцияларнинг бир хил кўрсаткичлари боланинг бир ҳолати учун физиологик ва бошқа ҳолати учун патологик бўлиши мумкин. Н.Ф.Р.Рехтл ва Д.Д.Вейнтема (1964) янги туғилган чақалоқнинг қуйидаги ҳолатларини фарқ қиладилар.

- 1) кўзлар юмилган, нафас олиш бир текис, ҳаракатлар йўқ;
- 2) кўзлар юмилган, нафас олиш нотекис, сезиларли катта ҳаракатлар

йўқ;

3) кўзлар юмилган, катта ҳаракатлар йўқ;

4) кўзлар очик, доимий сезиларли ҳаракатлар, кичқириш йўқ;

5) кўзлар очик ёки юмуқ кичқириш ёки кўзғалиш ҳолат;

6) ҳар қандай бошқа ҳолат (тасвирлансин), жумладан кома.

Кўрик учун оптимал 4 ҳолат ҳисобланади.

Янги туғилган чақалоқнинг умумий фаоллик кўрсаткичи алоқага киришиши, норозилик реакцияси(зўрлаб уйғотиш, очлик, хул йўргаклар ва б.) ва таъсирловчи омиллар бартараф қилинганда тинчланиш тезлиги бўйича баҳоланади. Чақалоқнинг коммуникабеллиги ҳамда хулқ-атворини аниқлашда боланинг ва текширувчининг ўзаро алоқаси муҳим аҳамият касб этади ва шунга кўра чақалоқнинг қуйида тасвирланган реакцияларигина эмас, балки уларни олишда текширувчининг саботлилиги ҳам катта аҳамиятга эга. Ёруғлик таъсиротига жавобан бола қовоқларини юмади (агар кўзлари юмуқ бўлса) ёки қисади (агар кўзлари очик бўлса). Қатор янги туғилган чақалоқларда ёрқин буюмга қараш, баъзан эса ҳатто кузатиш қайд қилинади. Эшитув таъсиротида янги туғилган чақалоқда кўз юмилиши (кохлеопальпебрал рефлекс) ёки қорачиқ торайиши (кохлеопупилляр рефлекс) пайдо бўлиши мумкин. Қатор ҳолларда тарқалган startle-реакция (қуйироққа қ.) пайдо бўлиб, Моро рефлекси унинг элементи бўлиши мумкин. Боланинг алоқа боғлашига баҳо беришда жонли (текширувчининг юзи ва товуши) ва жонсиз (сунъий ва табиий ёруғлик манбалари, кўнғироқ, қарсак) таъсирловчиларга эшитув ва кўрув реакциясининг фарқи муҳим ҳисобланади. Излаш, кафт-оғиз, тортиб олиш рефлекслари ва Бабинский рефлекси (қуйироққа қ.) тактил сезувчанлик борлигидан дарак беради.

Болага оҳиста игна санчишда қошларини чимиради, кўзларини қисади, бурун-лаб эгатини бужмайтиради, оғзини очади, лабларини чўччайтиради, оғзи чўзилади, тили таранглашади, ияги титрайди, чинқиради, шунингдек ҳаракат реакциясини: флексия билан қўл-оёқлар аддукциясини чақиради. *Оғрик реакцияси* таъсиротдан бир неча секунд ўтгач пайдо бўлади, бу

миелинизациянинг етарлича эмаслигидан, янги туғилган чақалоқ нервлари бўйича ўтказувчанликнинг секинлигига боғлиқ.

Санаб ўтилган реакцияларнинг пасайиши қатор соматик ва неврологик касалликлар натижасида МНСнинг фаоллигининг пасайиш белгисидан ёки тегишли анализаторнинг зарарланишдан бўлиши мумкин. Чунончи, оғриққа реакция йўқлиги ирсий сенсор полиневропатиянинг оқибати бўлиши ҳам мумкин.

Боланинг умумий фаоллигининг белгилари орасида *спонтан ҳаракат фаоллигини* кўрсатиб ўтиш зарур. Уни баҳолаш етарли даражада субъектив ва шифокорнинг тажрибасига боғлиқ, объективлаштиришга эса фаоллик видеоёзувини таҳлил қилинганда эришиш мумкин. Одатда спонтан ҳаракатлар оёқларни вақти-вақтида букиш ва ёзиш уларнинг бирини иккинчиси устига қўйиш (чалиштирилиш), таянчдан тортишдан; қўлларни муштларни қисиб тирсак ва биллак-кафт бўғимларида кўкрак сатҳида ҳаракатлантиришдан иборат.

Янги туғилган болалар учун физиологик ҳисобланган ҳаракатларда хорееподоб компонент борлиги экстрапирамид моторика устунлигидан дарак беради ва тилнинг безовталиги, бармоқларнинг чўзилиши ва бир-бирига алоқадор бўлмаган ҳаракатлардан иборат бўлади.

Янги туғилган боланинг *юз ифодаси* етарлича бой ва одатда, симметрик; у кўзни қаттиқ қисишдан, қовоқ солишдан, бурун-лаб бурмаларининг чуқурлашувидан, лабни чўччайтиришдан, оғзини очишдан иборат.

Юз асимметрияси бола бошининг туғруқ йўлларида ўтиш хусусиятлари сабабли биринчи кунларда бўлиши мумкин. Иккинчи томондан, юз асимметрияси краниал иннервацияси зарарланганига боғлиқ бўлиш мумкин.

Янги туғилган чақалоқда кўз соққаларининг ҳаракатлари етарлича мувофиқлашмаган ва турткисимон, айрим болаларда тинчликда горизонтал нистагм қайд этилиши мумкин, болани айлантирганда нистагмнинг борлиги

вестибуляр аппаратнинг бекаму кўстлик белгиси ҳисобланади. Доимий ёки давомли (20 с дан кўп) нистагм (горизонтал, вертикал, ротатор) гипоксик-ишемик энцефалопатия (II босқич), калла суяги ичига қон қуйилиши, орқа мия бешинчи ва (ёки) олтинчи бўйин сегменти сатҳидаги спинал жароҳат сабабли вертебрал-базиляр етишмовчилик натижасида вестибуляр аппаратининг таъсирланишидан далолат беради. Ўтиб кетадиган ҳамкор ғилайлик борлиги соғлом янги туғилган боланинг физиологик хусусияти бўлиши мумкин, бироқ кейинчалик динамик кузатувни талаб қилмайди. Бир кўз соққасининг яқинлашиши билан ўтадиган турғун ҳамкор ғилайлик узоқлаштирувчи нервнинг зарарланганидан дарак беради; тарқоқ ғилайлик кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг зарарланганидан далолат беради ва одатда, зарарланган томондаги птоз ва қорачиқ кенгайиши (мидриаз) билан бирга келади.

Меъёрда янги туғилган болада қорачиқлар юмалоқ шаклда, симметрик ва 2-3мм диаметрга эга. Қорачиқларнинг симметрик торайиши (миоз) гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг II босқичида қайд қилинади; птоз ва энофтальм билан бирга келадиган бир томонлама миоз қорачиқ торайган томонда орқа миянинг еттинчи бўйин сегменти сатҳида зарарланиш белгиси ҳисобланади (Клод Бернар Горнер синдроми), шунингдек миоз томонида атаксия, тремор ва миоклонуслар бўлганда мия қопқоғи зарарланганини тахмин қилиш мумкин. Симметрик мидриаз гипоксик – ишемик энцефалопатиянинг I босқичида қайд этилади, бир томонлама мидриаз юқорида кўрсатиб ўтилган кўзни ҳаракатлантирувчи нервнинг зарарланиши билан бирга ўрта мия зарарланганидан ва мидриаз томонда птоз билан ва қарама-қарши томонда гемипарез билан бирга намоён бўлади ва Вебер синдромини шакллантиради.

Кўз ёригининг торайишига олиб келадиган ҳолатлар юқорида баён қилинган эди. Бурун-лаб бурмасининг текислашуви ва юзнинг пастки ярмида юз ифодасининг сусайиши, кўз ёриғи кенгайган томонда мушак тонуси ва периостал рефлексларнинг ошиши ва тилнинг қарама-қарши томонга

девиацияси билан бирга намоён бўладиган кўз ёриғининг торайиши кўз ёриғи кенгайган томонда пирамида йўллар зарарланганидан дарак беради. Кўз ёриғи қовоқларни юмиб бўлмаслик (лагофталъм), кўз соққасининг юқорига кетиши (Белла феномени), кўп ёш оқиши ёки, аксинча, кўзнинг куруқлиги юз нерви ёки ядросининг периферик зарарланганини кўрсатади. Мушак тонуси, периостал рефлекслар ва қарама-қарши томонидаги гипокинезия билан шундай симптоматика борлиги ўрта мия зарарлангандан дарак беради (Мийяр-Гюблер синдроми); юз нерви периферик парези белгиларининг сўриш, ютиш, тил мушаклари атрофияси, шунингдек қатор ҳолларда кулоқ тоғайининг деформацияси ва пастки жағнинг ўсиб етилмаганлигининг бирга учраши юз нервлари ядроларининг туғма (одатда аутосом-доминант) ўсиб етилмаганидан далолат беради (Мебиус синдроми).

Кўз соққаларининг пастга ҳаракатларида (бошини биржойда спонтан ёки тез ҳаракати) қовоқ ва рангдор парда ўртасида склеранинг оқ хошияси пайдо бўлади. (Грефе симптоми). Грефе симптоми соғлом муддатига етмай туғилган ва етук бўлмаган болаларда, шунингдек муддатига етиб туғилганлар ҳаётининг биринчи кунларида намоён бўлиши мумкин. Бу симптом гидроцефалия, калла суягидаги гипертензия, билирубин энцефалопатиясида пайдо бўлиши мумкин.

Асимметрик огизни очиш. Бу бола эснаганда ва қичқирганда юз бериб, уч шохли нерв ҳаракат қисмининг бир томонлама зарарланиш белгиси бўлиши мумкин. Ютиш, қичқиритиш тузилиши ва тил мушаклари атрофияси краниал нервларнинг *каудал гуруҳи* (тил-ютқун, адашган ва тил ости нервлари) нинг зарарланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, бунда ютиш рефлексининг пасайиши каудал гуруҳдаги нервларнинг периферик зарарланиши (бульбар фалажлик), ошиши – ядро усти тузилмаларининг зарарланишидан бўлади (псевдобульбар фалажлик).

Янги туғилган чақалоқнинг қичқиритиши умумий фаоллигининг энг муҳим кўрсаткичларидан бири саналади ва давомийлиги ҳамда ифодаси бўйича баҳоланади. Соғлом янги туғилган бола учун қаттиқ, жарангдор,

эмоционал йиғлаш хос. Кучсиз йиғлаш ҳамма касалликларда, МНС фаолияти сусайган синдроми билан ўтадиган ҳам неврологик (калла суяги ичига қон қуйилишлар, нейроинфекциялар, гипоксик – ишемик энцефалопатиянинг II босқичи), ҳам соматик (сепсис, пневмония ва б.) касалликларида кузатилади. Асабийлашиб жаҳл билан йиғлаш ҳамма ҳолатлар, чунончи неврологик (гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг I босқичи, калла суяги ичига қон қуйилиши) ҳамда метаболик (гипогликемия, гипокальциемия, гипомагниемия ва б.) ҳолатлар учун хос бўлиб, улар нерв-рефлектор қўзғатувчанлик ёки калла суяги ичи гипертензияси билан ўтади. Монотон (бир хил) йиғи туғма гидроцефалия ва билирубин энцефалопатиясидан дарак бериши мумкин. Қичқириш краниал нервларнинг каудал гуруҳи ёки шу ядролар билан боғлиқ ядро усти толалари зарарланганда овози бўғиклашиб қолади. Янги туғилган бола йиғисининг частотали таърифи 400-650 Гц га мос келади яъни биринчи октаводаги “до”-“соль” ноталари). Частотаси 800-1200 Гц пасайиб борувчи оҳанг билан йиғлаш пайдо бўлиши болада оғриқ борлигини билдиради.

Титраш (муайян амплитуда ва частота ўқи атрофида жамланган вақти-вақтида тебранишлар сифатидаги) янги туғилган чақалоқларнинг деярли ярмисида учрайди ва флексор мушак гипертонияси, чақалоқ болаларнинг турғун рефлекслари ва юқори периостал рефлекслари билан бирга jitteriness белгилайди, бу соғлом болаларда гипернорадреналинемияга боғлиқ, бироқ шунингдек гипогликемия, гипокальциемия, гипомагниемия, наркотик абстинент синдром, сепсис, гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг I босқичи, калла суяги ичига қон қуйилиши оқибати бўлиши ҳам мумкин. Паст амплитудали юқори частотали титраш янги туғилган бола йиғлаганда ёки қўзғалган ҳолатида, шунингдек уйқунинг айрим босқичларида физиологик ҳодиса ҳисобланади. Тарқалганлиги бўйича титраш ияк, тил, шунингдек оёқ-қўлларни қамраб олиши мумкин.

Мушак тонуси янги туғилган чақалоқ ҳаракат фаоллигининг энг муҳим таърифи ҳисобланади. Боланинг фаол мушак тонуси (позаси) ва пассив тонуси ҳақида гапириш мумкин, унинг қиймати бўғимлардаги ҳаракатчанлик

текширилганда аниқланади. Соғлом муддатига етиб туғилган болада тонуснинг флексор ошиши (қўллар ҳамма бўғимларда букилган, гавдага яқинлаштирилган ва кўкрак қафасига ёпишган, панжалар мушт қилиб қисилган, қўлнинг бош бармоқлари қолган тўртта бармоқ остида; оёқлар бўғимларда букилган, оёқ панжаларида орқага букиш устунлик қилади). Қатор ҳолларда қўлларда мушак тонусининг оёқларга нисбатан физиологик ошишининг устунлиги ва бўйин экстензияси қайд қилинади. Янги туғилган чақалоқнинг фаол мушак тонуси ҳақида, шунингдек болани ҳавода юз тубан кўтариб турилганда хулоса чиқариш мумкин, бунда боланинг боши гавдаси билан битта чизикда жойлашади, боланинг қўллари бир оз букилган, оёқлари эса узатилган бўлади. Бир соатлик видео ёзувда соғлом янги туғилган бола чалқанча вазиятда токи стимуляция қилгунча бошини 55 минутгача ўнгга бурганча тутди, флексия позаси экстензор ва асимметрик позалар каби шунча учрайди. Флексор поза, эҳтимол, янги туғилган чақалоқнинг кўрикка реакцияси бўлса керак.

Меъёрий пассив мушак тонусининг тахминий кўрсаткичлари: бош ҳаракатланганида ён ияк акромиал ўсимтага тегади; қўлларни тирсак бўғимларида 108° гача ёзиш мумкин, билак-кафт бўғимларида 150° гача букиш мумкин; букилган сонларни ҳар томонга 75° (буриш) узоқлаштириш; 90° бурчак остида тизза бўғимида букилган оёқни ёзиш; панжаларни дорсал букиш 102° ни ташкил қилади. Янги туғилган чақалоқда тракция ўтказишда (билагидан тортилганда) меъёрий мушак тонусида тирсак бўғимларида оз-моз ёзилиш рўй беради, шундан кейин флексор ҳолатда текширувчи болани қўлларида тортилганда яна тонуснинг ошиши кузатилади:

Мушак тонуси боланинг гавда тузилиши ва физиологик ҳолатига кўра ўзгариши мумкин. Шунинг учун мушак тонусидаги беқарор ва озгина ўзгаришларни олдиндан патологик, деб ҳисобламаслик керак. Битта гуруҳ мушакларида ўзгарадиган тонус мушак дистонияси дейилади.

Мушак тонусининг ошиши флексор гипертониянинг кучайишида юзага чиқади (осилтирилган ҳолатда болада қўллар ва оёқлар кескин букилган,

тракцияда букиш фазаси бўлмайди), юқорида кўрсатилган бурчакли кўрсаткичлар пасайган мушак тонусининг бундай ошиши гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг бошланғич босқичлари, калла суяги ичига қон қуйилишлар учун хос. Қатор ҳолларда экстензор гуруҳ мушакларининг тонуси ошади, бу флексор гипертония ошиши, боши юз тубан пастга осилган ҳолатда эса боланинг боши орқага ташланган, қўллари ёзилган. Экстензор гипертония опистотонус кўринишида максимал даражада юзага чиқади: боши орқага ташланган, оёқлари ёзилган ва кўпинча чалиштирилган (устма-уст қўйилган). Мушак тонусининг экстензор ошиши гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг III босқичи, менингитлар, калла ичига қон қуйилишлари (айниқса, орқа калла суяги чуқурчасига) учун хосдир. Биллирубин энцефалопатияси учун ҳам боланинг оёқ-қўллари узатилган ва қўл панжалари мушт қилиб қисилган специфик ҳолати хосдир.

Мушак тонусининг пасайиши локал ва тарқалган бўлади. Мушак тонусининг тарқалган пасайишида янги туғилган чақалоқнинг ўзига хос ҳолати қайд қилинади – “бақа” ҳолати (оёқ-қўллар ҳамма бўғимларда ёзилган, сонлар узоқлашган ва ташқи ротацияда, қорин кенг ва яссилашган). Пассив ҳаракатлар ҳажми кўпайган, юз тубан пастга энгаштирилганда бош ва оёқ-қўллари осилиб туради, тракцияда букиш фазаси йўқ ва боши орқага ташланади. Тарқалган гипотония янги туғилган чақалоқлик даврида кўпчилик соматик ва неврологик касалликларнинг белгиси бўлиши мумкин (сепсис, пневмония, ҳаракат бузилишлари синдроми, ҳар хил этиологияли ҳомила ичи инфекциялари, метаболик бузилишлар, гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг II-III босқичлари, калла суяги ичига қон қуйилишлар, спинал туғруқ жароҳати, нерв-мушак касалликлари (жумладан Верниг-Гоффманн касаллиги). Мушак гипотанияси орқа мия ёки мияча эволюцияси индивидуал хусусиятларининг белгиси (Уолтон хавфсиз мушак гипотанияси) бўлиши мумкинлигини кўрсатиб ўтиш жоиз.

Локал гипотания тегишли неврал иннервацияга (жароҳатли невропатия, плексопатия) ёки сегментар бузилишларга (туғруқ спинал жароҳати) боғлиқ бўлиши мумкин.

Рефлектор фаолиятга ушбу рефлексни кам деганда уч марта текшириш асосида баҳо берилади. Рефлекс тебраниши учала синамаларда сақланиб қолганда ёки учинчисида амплитуда жуда оз пасайганда рефлекс меъёрий ҳисобланади: тебранишнинг сақланиб қоладиган дастлабки паст қийматида ёки рефлексни қайта чақиришда кескин пасаядиган учта синамада, шунингдек рефлекс ҳосил қилиш учун такрор қўзғатишга зарурат бўлганда у пасайган ҳисобланади. Биринчи чақиришда рефлекснинг меъёрий тебраниши ва кейин унинг пасайиши ёки рефлекс йўқолиши унинг камайиб кетганини кўрсатади. Рефлекснинг юқори тебраниши ёки чақирган сайин унинг ортиши рефлекс ошганлигидан дарак беради. Рефлекснинг экзальтацияси деганда унинг спонтан пайдо бўлиши ёки хос бўлмаган қўзғатувчига нисбатан пайдо бўлиши, сўниш йўқлиги ва ҳимоя механизмларининг ишга тушиши тушунилади. Бирнеча рефлексларни (Моро ва юқориги тортиб олиш; таянч ва қадамли) текширишни бир усулда жамлаш ҳисобига, вақт бўйича қисартириш мумкин. Янги туғилган болада периостал (пай, чуқур) рефлекслар етарлича беқарор (лабил) ва уларни бошқа кўрсаткичлардан алоҳида баҳолаш кам ахборот беради. Тизза рефлекслари энг мунтазам чақирилади, янги туғилган болани текширишнинг энг кам ҳажмига ахилл, биципитал ва карпорадиал рефлексларни ўрганишни киритиш мумкин. Периостал рефлексларнинг симметрик пасайиши ёки йўқолишини янги туғилган чақалоқларнинг соматик ва метоболик касалликлари натижасида МНС фаоллигининг умумий пасайишида, шунингдек гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг II-III босқичларида, туғруқ спинал жароҳатларида, ирсий нерв-мушак касалликларида кузатиш мумкин. Рефлексларнинг асимметрик пасайиши ёки йўқолиши иннервация соҳалари билан мувофиқ равишда неврал ёки сегментар спинал зарарланиш тўғрисида маълумот бериши мумкин. Периостал рефлексларнинг симметрик ошиши ёки экзальтацияси

чақалоқларнинг қатор соматик ва метаболик касалликлари ва ҳолатлари (масалан, гипогликемия, гипокальциемия ва б.), шунингдек юқорида тасвирланган jitteriness ҳодисасида, гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг I босқичида, калла суяги ичига қон қуйилишлар ва калла суяги ичи гипертензияси билан ўтадиган бошқа ҳолатларда бўлади. Периостал рефлексларнинг асимметрик ошиши гипокинезия, мушак тонусининг ошиши ва краниал иннервация билан бирга бош мия қарама-қарши ярим шари марказ олди пуштасининг ёки пастга тушувчи пирамид йўлларининг зарарланганидан далолат беради.

Қорин ва кремастер рефлекслари чақириш ва ифодаланганлигининг доимий эмаслиги сабабли неонатологияда чегараланган аҳамиятга эга.

Янги туғилган чақалоқларнинг рефлекслари (“бирламчи”, “шартсиз рефлекслар”) текшириш алоҳида аҳамиятга эга. Янги туғилган чақалоқларнинг кўпгина рефлекслари боланинг эволюцион етилганлигини, уни функционал ҳолатини акс эттиради ва улардан фақат айримлари муайян топик аҳамиятга эга. Уларнинг кўп сонли эканлигини назарда тутиб, энг кўп ахборот берадиганлари хусусида тўхталиб ўтиш зарур. Бола оғиз бурчаги соҳасидаги терисини силашда бош таъсирловчи томонга бурилади (излаш рефлекси), бармоқни янги туғилган чақалоқнинг лабларига оҳиста теккизилганда лабларини чўзади (тумшук рефлекси), оғзига сўрғич солинганда сўриш ҳаракатлари пайдо бўлади (сўриш рефлекси). Кафт соҳасини босилганда бола оғзини очади, бошини эгади, елка ва билакларини букади (Бабкиннинг кафт-оғиз рефлекси), бармоқларни янги туғилган бола кўлига киритилганда текширувчининг бармоқларини тортади (юқори чангаллаш рефлекси), бу қатор ҳолатларда болани ўрнидан кўтариш имкониятини беради (Робинсон рефлекси). Моро рефлексини чақириш усули бўйича кўп кўринишли ҳисобланади, бу унинг startle-реакцияси (чўчиш реакцияси) ёки arousal-реакцияси (уйғониш, жонланиш реакцияси) деб аталадиган, яъни янги туғилган чақалоқнинг бирмунча мураккаб феъл-атвориغا боғлиқ. Моро рефлекси эшитув таъсиротларига (қарсак), тактил ва

вестибуляр таъсиротларга (йўргаклаш столчаси бўйлаб уриш, бола гавдаси ҳолатини ўзгартириш ва ҳ.к.) пайдо бўлади. Таъсиротга жавобан янги туғилган бола қўлларининг ҳар томонга узоқлашиши ва қўл панжаларининг ёзилиши (I фаза) пайдо бўлади, шундан сўнг қўллар дастлабки ҳолатига қайтади (II фаза). Умуртка поғонаси бўйлаб елка териси таъсирланганда янги туғилган бола гавдасини таъсирланиш томонига ёйсимон букади (Галант рефлекси). Қўлтиғидан кўтарилган бола оёқларини ҳамма бўғимларида букади, таянчга қўйилгади эса ярим букилган оёқларда туради (муддатига етмай туғилганларда кузатилади), бола олдинга энгаштирилганда у қадам ташлаш ҳаракатларини қилади (юриш рефлекси), бунда у оёқларини болдирининг учдан бир пастки қисмида чалиштириши мумкин. Бола қорни билан ётганда текширувчи ўз кафтларини унинг оёқ панжаларига қўйганида рефлектор итариб юбориш ва эмаклаш пайдо бўлади (Бауэр рефлекси). Оёқ панжаси ёстикчаси II-III бармоқлар соҳасида босилганда товоннинг букилиши пайдо бўлади (Веркомнинг пастки чангаллаш рефлекси), товонни штрихли таъсирлантиришда унинг ёзилиши ва бармоқларнинг елпиғичсимон очилиши пайдо бўлади (Бабинский рефлекси).

Янги туғилган чақалоқлар рефлексларининг фаоллиги ўзгариши периостал рефлекслар ўзгаришларидаги ҳолатларга боғлиқ бўлиши мумкин. Кафт-оғиз ва юқори чангаллаш рефлекси, шунингдек Робинсон рефлекси орқа миянинг тегишли бўйин сегментлари зарарлангани тўғрисида маълумот бериши мумкин. Бу Моро рефлексига ҳам тааллуқли, бироқ унинг пасайиши мия ўзаги зарарланишларига боғлиқ бўлиши ҳам мумкин. Моро рефлекси ҳолати янги туғилган бола умумий функционал ҳолатининг асосий кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. Янги туғилган бола умумий функционал ҳолатининг бошқа муҳим кўрсаткичлари бўлиб, пастки товон рефлекси ва Бабинский рефлекси ҳисобланади, уларнинг йўқолиши нерв тизимининг фаолияти жуда пасайиб кетганда пайдо бўлади. Қадам (юриш) рефлекси ва таянч рефлекси кўпинча йирик болаларда бўлмайди. Галант рефлекси баъзан бола ҳаётининг 5 – кунидан кейин пайдо бўлади.

Янги туғилган бола рефлексор фаолиятининг ўзига хослиги вестибуляр рефлекслар борлиги ҳисобланади. Чалқанча ётган янги туғилган боланинг боши эгилганда қўллардаги флексор тонус ошади, экстензор тонус эса оёқларда ошади, бош ёзилганда (кўтарилганда) қарама-қарши реакция (симметрик бўйин-тоник рефлекс). Боланинг боши ён томонга бурилганда бурилган томондаги қўл ва оёқда ёзилиш ҳамда қарама-қарши томонда букилиш рўй беради. Гестациянинг 36-37-хафтасидаги болаларда бўйин-тоник рефлекслари яхши ифодаланган, унинг ортиқча ифодаланганлиги муддатига етиб туғилган болада гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг II босқичида, билирубин энцефалопатиясида, калла суяги ичига қон қуйилишларида учрайди. Спонтан ҳаракатлар ва рефлексор фаоллиги баъзи бир турларининг пайдо бўлиш ва сўниш динамикаси 3 – жадвалда келтирилган.

Жадвал 3

Янги туғилган чақалоқларда рефлекслар эволюцияси (Volpe J.J., 1995)

Рефлекс	Пайдо бўлиши (хафталар)	Барқарор аниқланиши (хафталар)	Йўқолиши (ойлар)
Сўриш	28	32-34	12
Излаш	28	32-34	3-4
Юқори чангаллаш	28-32	32	2
Бўйин тоник	35	4	7
Моро	28-32	37	6
Юриш	35-36	37	3-4
Галант	28	40	3-4
Бабинский	34-36	38	12

Янги туғилган чақалоқ вегетатив нерв тизим фаолиятини симпатик ва парасимпатик тузилмалари таъсирларининг баланси бўйича баҳолаш мумкин. Янги туғилган болада вегетатив фаолият кўрсаткичлари орасида кўз қорачиқлари, тери қопламалари ҳолатини, артериал босим даражасини, юрак уриши ва нафас сони ва мустақиллиги, ичак перистальтикасини, сўлак ва бронхлар секрецияни ажратиш зарур.

Симпатикотонияда мидриаз, артериал гипертензия, тахикардия, тахипноэ, “талвасали” нафас, ичак перистальтикаси пасайиши, сўлак ва бронхлар секрециясининг камлиги қайд қилинади. Тери қопламлари томонидан рангпарлик ва оқ дермографизм устунлик қилиши қайд этилади. Симпатикотониянинг устунлиги чақалолқларда қатор соматик касалликларнинг ўткир фазасида (сепсис, пневмония), шунингдек гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг I босқичида, менингоэнцефалитларда кузатилади. Гипернорадренаминемия сабабли симпатикотоник ҳолатлари тремор билан ўтади.

Парасимпатик (ва унга ҳамкорликдаги серотонинергик) тонус миоз, артериал гипотензия, брадикардия ва брадипноэ, аритмик нафас, апноэ элементлари, мўл сўлак ва бронхиал секреция билан намоён бўлади. Тери қопламлари гиперемияланган, дермографизм одатда, қизил бўлади. Парасимпатикотониянинг устунлик қилиши соматик ва неврологик касалликларнинг оғир (баъзан терминал) шакллари (сепсис, ҳаракат бузилишлари синдроми, менингоэнцефалит, гипоксик-ишемик энцефалопатиянинг II босқичи, субтенториал қон қуйилишлар) хос. Аксарият неонатологик амалиётда вегетатив тонуснинг беқарорлиги (вегетатив дистония синдроми ёки вегетатив-висцерал дисфункциялар синдроми) қайд этилади, бунда қорачиқлар диаметрининг лабиллиги, юрак уришлари ва нафас сони ва ритми, бронхлар ва сўлак секрециясининг ўзгариб туриши кузатилади. Тери қопламлари “мармарсимон” тусга киради. Агар янги туғилган чақалоқни ёнбошга бурилганда гавданинг пастки ярми гиперемияли, юқори қисмлари эса рангпар бўлса (“арлекин” симптоми), муддатига етмай туғилган болаларда ва ҳомила ривожланишдан орқада қолган чақалоқларда вегетатив бошқарилиш етилмаган деб тахмин қилиш мумкин. Шунингдек, ой куни етиб туғилган болалардаги вегетатив дистония синдроми аксарият мия ичига қон қуйилиш ҳолатларида учрайди.

Бошни кўздан кечиришда калла суяги шаклига, унинг ўлчамларига, чоклар ва лиқилдоқларнинг ҳолатига асимметриялар борлигига эътибор

бериш лозим (юқорига “Бошни кўздан кечириш”га қ.). Калла суяги шакли туғруқ ўсмаси ёки кефалогематома натижасида ўзгарган бўлиши мумкин.

Янги туғилган соғлом чақалоқлар нерв тизими ҳолатини динамик ўрганиш болаларнинг деярли ярмида гўдакнинг неврологик статусида транзитор физиологик ўзгаришлар борлигидан далолат беради (транзитор неврологик дисфункция). Бу ўтиб кетувчи ғилайлик ёки кўз ҳаракатларининг эпизодик сузувчанлиги, кўрув вақтида реакциясининг пасайиши, беқарор тремор ва периостал рефлекслар амплитудасининг қисман ўзгариши, мушаклар тонусининг қисман ошиши, Моро, Галант, кадам ташлаш ва таянч рефлексларининг ҳаётининг дастлабки 4 кунда тегишли равишда пасайиши, ҳаётининг биринчи кунда фаолият пасайиши симптомларининг устунлиги, иккинчи кунда ортиши ва 4 кундан пасайишнинг энг кам кўринишлари ва янги туғилганлик даври охирида йўқолишидан иборат. Шунинг учун янги туғилган чақалоқнинг неврологик статусида у ёки бу четланишни физиологик ёки патологик тоифага киритиш учун уни бошқа ҳодисалар муносабати билан баҳолаш, диагностик кузатиш, қатор ҳолларда эса тегишли бўлган қўшимча текшириш усуллардан фойдаланиш зарур.

Болани жорий парваришини аниқлаш мақсадида, кўрувнинг бошида авваламбор, бола ҳаёти учун хавфли симптомларни текшириш зарур. Янги туғилган чақалоқлар хавфли симптомлари специфик эмас. Уларга: иштаҳаси пастлик/овқатдан бош тортиш, тахипноэ (1 дақиқада 60дан ортиқ нафас олиши), туш суягининг яққол ичкарига тортилиши, ихраб нафас олиши, талваса, мушакларнинг гипо- ёки атонияси, тана ҳароратининг узгариши ($>38^{\circ}\text{C}$ ёки $<36,5^{\circ}\text{C}$), биринчи 24 соат давомидаги сариқлик ёки кафт ва товонларнинг сариқлиги. Ушбу ҳаёт учун хавф белгиларининг борлиги аниқланганда, болага зудлик билан даво чораларини бошлаш ва болани юқори даражали тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббиёт муассасаларига ўтказиш лозим.

БОБ-3. Муддатига етмай туғилган чақалок

3.1. Муддатига етмай туғилган чақалокларни парваришlash хусусиятлари

Муддатига етмай туғилган бола, деб тўлиқ 37 ҳафталик ҳомиладорликка етмай ёки охири ҳайз циклининг биринчи кунидан ҳисоб қилинганда тўлиқ 259 кундан эрта туғилган болага айтилади. Тана вазни ва гестацион ёшига нисбатан ой куни етиб туғилган ва муддатига етмай туғилган болаларни икки гуруҳга ажратилади: жисмоний ривожланиши бўйича гестация муддатига мувофиқ келадиган болалар ва гестация муддатига нисбатан жисмоний ривожланишдан орқада қолган болаларга бўлинади. Муддатига етмай туғилган болалар сони (учраш сони), айрим истиснолар ҳисобга олинганда, саноати ривожланган мамлакатларда 5-10% ни ташкил қилади.

37 ва ундан ортиқ ҳафтада туғилган ёки тана вазни 2500 г дан кам туғилган чақалоклар “кичик вазли, муддатига етиб туғилган бола” ёки ҳомила ичи ривожланишидан орқада қолган, ой-куни етиб туғилган болалар сифатида белгиланадилар.

Тана оғирлиги 1500г ва бундан кам (1499 – 1000г) туғилган болалар ўта кичик вазли болалар гуруҳини ташкил қилади, тана оғирлиги 1000г дан кам (999 – 500г) болалар эса – экстремал кичик вазли болалар дейилади.

Ҳомиладорлик муддати (гестация муддати) шартли равишда охири ҳайз циклининг 1-кунидан ҳисобланади. “Постконцептуал ёши” – онанинг охири ҳайз циклининг бошланишидан боланинг ҳафталардаги тахминий умумий ёши ҳисобланиши мумкин. Масалан, гестациянинг 25 – ҳафтасида туғилган 7 ҳафталик бола (боланинг ёши 1 ой. 3 ҳафта) 32 ҳафталик постконцептуал ёшдаги бола, деб шарҳланади.

Ватанимиз адабиётида илгари мавжуд бўлган чала туғилганликнинг даражалари бўйича таснифидан ҳозирги вақтда фойдаланилмаяпти. Тана оғирлиги ва гестацион ёшнинг нисбати бўйича ой-куни етиб туғилган ва муддатига етмай туғилган болаларни учта гуруҳга бўлинади: гестацион

ёшига кўра катта (жадвал буйича 90 центилдан катта), гестацион ёшига мос келадиган ва гестацион ёшига нисбатан кичик (жадвал буйича 10 центилдан кичик). Ҳар бир бундай гуруҳга типик патология хос. Шундай қилиб, болаларни ушбу гуруҳлар бўйича тақсимлаш туғилгандан сўнг дарҳол ҳар бир бола учун патологияни прогноз қилиш имконини беради, бу турли касалликларнинг клиник кўриниши кўпинча ўхшаш бўлган оғирлиги кам болалар билан амалий ишлашда айниқса муҳим.

Муддатига етмай туғилган бола ривожланишининг ҳамма кўрсаткичларига мувофиқлигига, унинг аъзо тизимлари клиник ҳолатига баҳо бериш учун биринчи навбатда унинг гестацион ёшини билиш зарур. Тана вазни бу ҳолда мезон бўлиб хизмат қила олмайди, чунки туғилишда тана вазни 2,5 кг дан кам болалар орасида уларнинг тахминан учдан бир қисми ой-кунида туғилган, ҳомила ривожланиши асимметрик ёки симметрик турда орқада қолганлиги аниқланган.

Боланинг жисмоний ривожланиши унинг гестацион ёшига мувофиқлигига постнатал баҳо бериш учун махсус жадваллардан (3-жадвал), ёки ЖССТ тавсиясига кўра ҳомила ривожланиши графигидан (1 график) фойдаланилади.

Вақтидан илгари бошланадиган туғруқ янги туғилган болалар ўртасида ўлим ва касалланишнинг экстраординар кўпайиши билан ўтади. Шу муносабат билан ҳомиладор аёлни замонавий туғруққача кузатиш ва туғруққа ёрдам беришнинг энг муҳим вазифаларидан бири муддатига етмай туғилишнинг олдини олиш ҳисобланади.

Ҳомилага ва муддатига етмай туғилган болага медикаментоз таъсир. Акушерликда қўлланиладиган муддатига қадар туғруқларнинг олдини олиш усуллариининг таъсирини, шунингдек туғруқда баъзи бир дори воситалардан фойдаланишнинг янги туғилган муддатига етмаган чақалоққа таъсирини муҳокама қилиш лозим. Вақтидан илгари туғруқлар олдини олишнинг умумий қабул қилинган чораларини ўтказишда (социал қувватлаш, бачадон фаоллиги мониторинги, ётоқ тартиби, фармакологик усуллар) бола

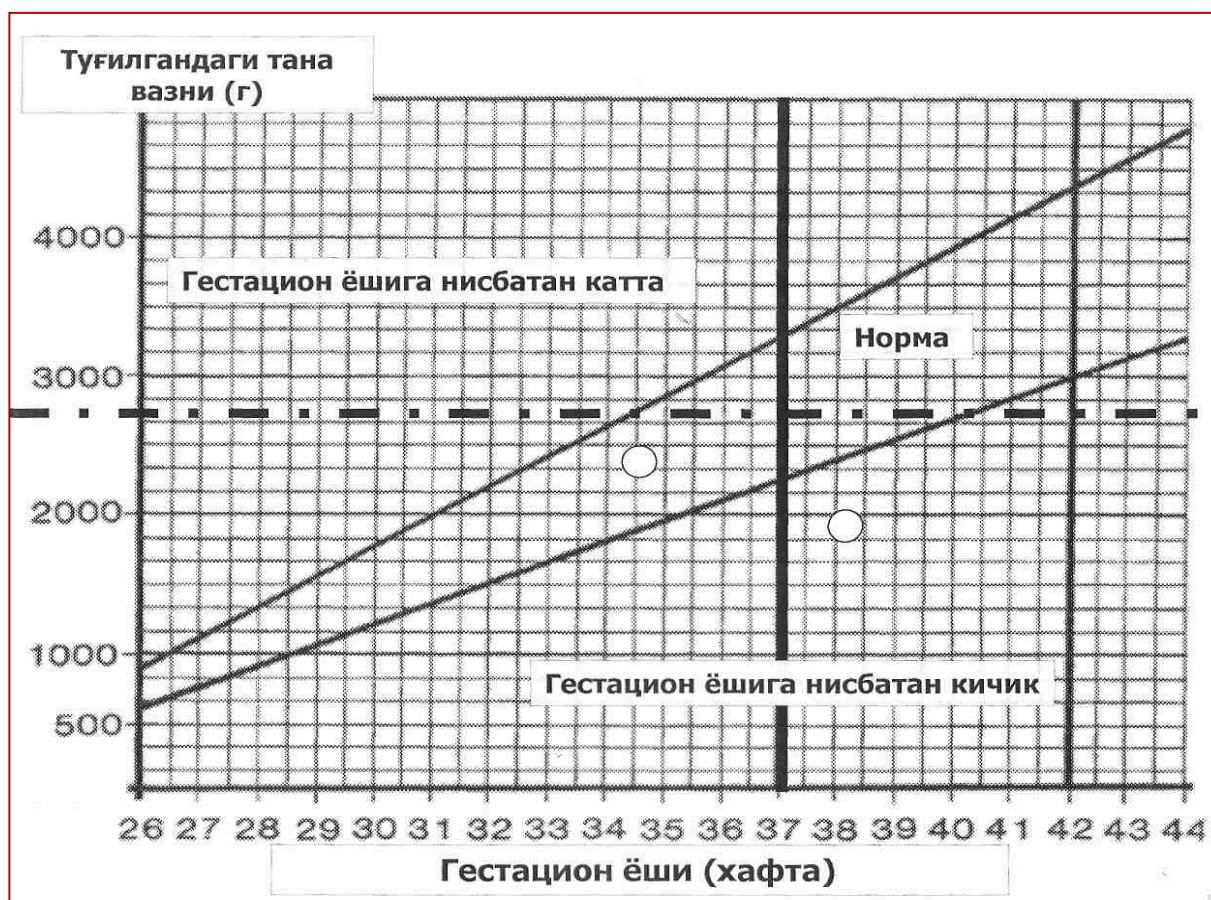
учун туғруқ натижаларининг кўрсаткичлари бўйича ҳеч қандай статистик ишонарли патологик кўринишлар кузатилмаган.

Жадвал 4

**Туғилишда жисмоний ривожланишнинг гестацион ёшга боғлиқ
ҳолда асосий кўрсаткичлари ($M \pm \sigma$) (Г.М.Дементьева,
Е.В.Короткая, 1981)**

Гестация муддати, хафта	Тана оғирлиги, г	Тана узунлиги, см	Бош айланаси, см	Кўкрак айланаси, см	Оғирлик бўй кўрсаткичи
28	1124 ± 183	35,9 ± 1,8	26,6 ± 1,9	23,9 ± 1,9	31,2 ± 3,9
29	1381 ± 172	37,9 ± 2,0	28,0 ± 1,5	25,7 ± 1,7	36,3 ± 3,3
30	1531 ± 177	38,9 ± 1,7	28,9 ± 1,2	26,4 ± 1,4	39,4 ± 3,7
31	1696 ± 212	40,4 ± 1,6	29,5 ± 1,5	26,7 ± 1,6	41,9 ± 4,3
32	1827 ± 267	41,3 ± 1,9	30,2 ± 1,6	27,9 ± 1,9	44,1 ± 5,3
33	2018 ± 241	42,7 ± 1,8	30,6 ± 1,2	28,4 ± 1,7	46,4 ± 4,6
34	22,35 ± 263	43,6 ± 1,7	31,1 ± 1,3	28,9 ± 1,7	49,9 ± 4,9
35	2324 ± 206	44,4 ± 1,5	31,9 ± 1,3	29,6 ± 1,6	51,7 ± 4,6
36	2572 ± 235	45,3 ± 1,7	32,3 ± 1,4	30,1 ± 1,9	53,6 ± 4,9
37	2771 ± 418	47,6 ± 2,3	33,7 ± 1,5	31,7 ± 1,7	57,9 ± 6,6
38	3145 ± 441	49,6 ± 2,0	34,7 ± 1,2	33,1 ± 1,6	63,6 ± 6,9
39	3403 ± 415	50,8 ± 1,6	53,5 ± 0,9	34,3 ± 1,2	66,9 ± 6,6
40	3546 ± 457	51,7 ± 2,1	35,7 ± 1,3	35,0 ± 1,7	68,8 ± 7,5

Ҳомила ичи ривожланиши графиги



Вақтидан илгари бошланган туғруқларни даволашнинг ўзига хос хусусиятлари бор. Бундай шароитда қўлланиладиган β -адреномиметиклар йўлдош орқали ўтишига ҳеч қандай шубҳа йўқ. Ҳомила β -рецепторларининг стимуляцияси умуман олганда онадаги сингари реакцияларни, хусусан тахикардияни чақиради, гарчи у ҳомилада онадагига нисбатан одатда кам юзага чиққан бўлса-да. Онада ва ҳомилада метаболик реакциялар – туғруқлардан кейин гипогликемия ва гиперинсулинемия авж олишига олиб келиши мумкин бўлса-да, туғруқ фаолиятини тўхтатиш мақсадида β -адреномиметиклардан фойдаланиш фониди ёки ундан кейин тез орада туғилган чақалоқларда қондаги глюкоза даражасини текшириш тавсия этилади.

Магний сульфатдан шунингдек туғруққа қадар ва туғруқ вақтида фойдаланилади. Ҳомила қонида магний даражаси онадаги кўрсаткич билан

узвий корреляция қилади. Магний препаратлари билан даволаш даврида ёки тез орада туғилган болаларда уйқучанлик ва бўшашиш кузатилиши мумкин, уларда мушак тонуси паст, қонда кальций даражаси пасайган. Бундай болаларга ортикча магнийни чиқарилиши учун 3-4 кун талаб қилинади.

Шундай қилиб, бу дори воситалари туғрукни вақтинча кечиктириш учун фойдали бўлиши мумкин ва бу фурсат онани интенсив перинатал ва неонатал тегишлича даволаш учун ихтисослашган марказга ўтказиш, неонатал касалланишни камайтириш мақсадида глюкокортикоидлар тайинлаш сингари таъсирчан тадбирлардан фойдаланиш керак.

Ҳомила ўпкасининг етилишини тезлаштириш. Респиратор дистресс-синдром вақтидан илгари юз берган туғрукнинг энг оддий асорати ҳисобланади, у гестацион ёшининг 34-ҳафтасигача туғилган 50%дан кўпроқ болаларда кузатилади.

Йўлдош орқали ҳомилага ўтадиган кортикостероидлар тайинлаш респиратор дистресс-синдром ҳолатларининг клиник муҳим ва статистик ишонарли пасайишига олиб келади. Даво бошланишидан 24 соатдан кўп ва 7 кундан кам вақтда туғилган болаларда энг катта натижага эришилади, бироқ бу оптимал давргача ёки ундан кейин туғилган болаларда ҳам респиратор патология ҳолларининг камайиши қайд қилинади. Онага тайинланган кортикостероидлар 31-ҳафтагача туғилган болалар учун ҳам таъсирга эга. Улар нонатал паталогиянинг бошқа жиддий шакллари ривожланиш хавфини пасайтиради, масалан, қоринча ичига қон қуйилишлар хавфини 50%га камайтиради. Бу, эҳтимол, респиратор дистресс-синдром камайиши билан боғлиқ бўлса керак.

Бу препаталарни қўллаш шунингдек некротик энтероколит ҳолатларининг ривожланишини ҳам камайтиради. Қоринчалар ичига қон қуйилишлардаги сингари бу ижобий таъсир, эҳтимол респиратор патологиянинг сусайиши ва механик вентиляциянинг пасайиши натижасида бевосита пайдо бўлади.

Клиник синовларнинг маълумотлари кортикостероидлар билан даволаш перинатал инфекцион касалликлар хавфини кучайтиради, деб ҳисоблашга асос бўла олмайди. Бу ҳамма ҳомиладорларга, жумладан туғруқ бошлангунча ҳомила пуфаги (қоғаноқ) ёрилган аёлларга ҳам тааллуқли.

Оналари туғруққача кортикоидлар олган болалар орасида неонатал ўлим даражаси паст, бу гуруҳда яшаб кетган болалар сони назорат гуруҳидаги болалар билан таққосланганда туғилиш пайтига келиб ўрта ҳисобга бирмунча паст гестацион ёшга эга. Шунга қарамай, глюкокортиностероид “олган” болалар гуруҳида неврологик ва интеллектуал тестларнинг мезонлари назорат гуруҳига нисбатан яхшилиги маълум бўлди. Респиратор дистресс-синдромда ҳам, уни даволашда ҳам бирга келадиган асоратларнинг оғирлигини эътиборга олиб, буни тушунтириш мумкин.

ХРОҚ да (бу кўпинча муддатига етмай туғилганлик билан бирга учрайди) онада артериал гипертензия бўлмаган тақдирда ҳомила ўпкаси, ҳатто тезлашган етилиши билан ажралиб туриши мумкин, бироқ бунда ҳам кортикостероидларни тайинлаш фойдали ҳисобланади. ХРОҚда антенатал кортикостероид давонинг потенциал ножўя оқибати неонатал гипогликемия бўлиши мумкин.

Шундай қилиб, 24 мг дозада бетаметазон, 24 мг дозада дексаметазон ёки 2г дозадан гидрокартизон тайинлаш ўлим даражасининг сезиларли пасайиши ва госпитализация қиймати ва давомлилигининг камайиши билан ўтади.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларнинг ташқи кўриниши қатор фарқ қиладиган белгиларга эга, улар гестация муддатига бевосита боғлиқ бўлади. Гестацион ёш нечоғлик кам бўлса, бу белгилар кўпроқ яққол ифодаланган бўлади.

Ўсишнинг паст кўрсаткичлари ва озикланишнинг пасайиши амалда туғилган ҳамма муддатига етмай туғилган болаларга хос. Муддатига етмай туғилган болалар учун непропорционал тана тузилиши: боши гавдасига нисбатан катта, бўйин ва оёқлари калта, киндиги пастда жойлашган. Бу

хусусиятлар оёқларнинг ўсиш суръати қисман ҳомиладорликнинг иккинчи ярмига хослигига боғлиқ. Тана вазни экстремал паст бўлган муддатига етмай туғилган чақалоқлар учун тери қопламларининг яққол гиперемияси хос. Муддатига етмай туғилган болаларнинг кейинги хусусияти майин тукларнинг (лануга) жадал кўпайиши, улар фақат елка ва орқада эмас (муддатида туғилган боладаги каби), балки ёноқлар, сонлар, думбаларда ҳам бўлади. Тери ости ёғ қавати юпкалашган ёки йўқ, ёноқлар соҳасидагина қолган бўлади. Туғилган вақтда тирноқлар кўпинча бармоқларнинг учларигача етмайди. Тирноқлар ҳомиладорликнинг 28-32-ҳафтасида бармоқларнинг учларигача етади, 35 ҳафтадан ортиқ муддатда эса бармоқлар четидан чиқиб туради. Тоғай тўқима етарли ривожланмаганидан муддатига етмай туғилган болаларда кулоқ супралари юмшоқ, калла суяги шакли муддатида туғилган болаларга нисбатан юмалоқроқ, суяклари юмшоқ, чоклари ва лиқилдоқлари очиқ. Мия калла суяги юзникидан устунлиги қайд қилинади. Қиз болаларда жинсий ёриқ очилиб туради, чунки катта жинсий лаблар кичик лабларни ёпиб турмайди. Ўғил болаларда мойялар ёрғоққа тушмаган ва чов каналларида ёки қорин бўшлиғидан бўлади. Муддатига етмай туғилган болаларда сут безларининг физиологик дағаллашуви бўлмайди.

Ташқи белгилардан бирортаси алоҳида қаралганида муддатига етмай туғилганликнинг шак-шубҳасиз белгиси бўла олмайди, уларнинг қўшилиб келишигина ҳисобга олинади.

Муддатига етмай туғилган боланинг функционал хусусиятлари. Муддатидан олдин туғилган болалар учун бўшашганлик, уйқучанлик, кучсиз йиғи, мушак тонусининг пасайиши, эмиш рефлексининг сусайиши терморегуляциянинг такомиллашмагани хос. Бунда физиологик меъёрлар гестацион ёш ва ҳаётлик вақтига боғлиқ ҳолда бирмунча фарқ қилишини кўрсатиб ўтиш лозим. Ҳаётининг биринчи кунларида меъёр деб ҳисобланган белгилар (масалан, метаболик ацироз) кейинчалик патология бўлиб чиқади.

Муддатига етмай туғилган боланинг нафаси муддатида туғилган боланиқидан минутлик сони кўплиги ва лабиллиги, нафас ҳаракатларининг юзакилиги, нафас чуқурлигининг нотекислиги, давомийлиги турлича респиратор паузалар пайдо бўлиши билан фарқ қилади. Апноэ сони (нафаснинг 10 с ва кўпроққа тўхташи) ўта муддатига етмай туғилган болаларда максимал (энг юқори) бўлади. Муддатига етмай туғилган соғлом чақалоқларда апноэ даврлари нафас чуқурлигининг бир хил (Биот тури), нафас ҳаракатлари даврлари билан тўғри алмашинуви, паузалар билан даврий нафас олиши ва тобора кўпайиши, сўнгра эса нафас амплитудасининг пасайиши (Чейин-Стокс тури) мумкин. Ўта муддатига етмай туғилган болалар учун нафас чиқариш қийинлашиб, талвасали ҳаракатлар хос бўлади. Нафас сони гестацион ёшга боғлиқ ҳолда бирмунча ўзгариб туради. Нафас олиш сони ўрта ҳисобда минутига 48-52 (36 дан 62 гача) ни ташкил қилади. Бу гестацион ёш билан корреляция қилади: гестацион ёш нечоғлик кам бўлса, парадоксал уйқу фазасида нафас шу қадар кўпроқ бўлади.

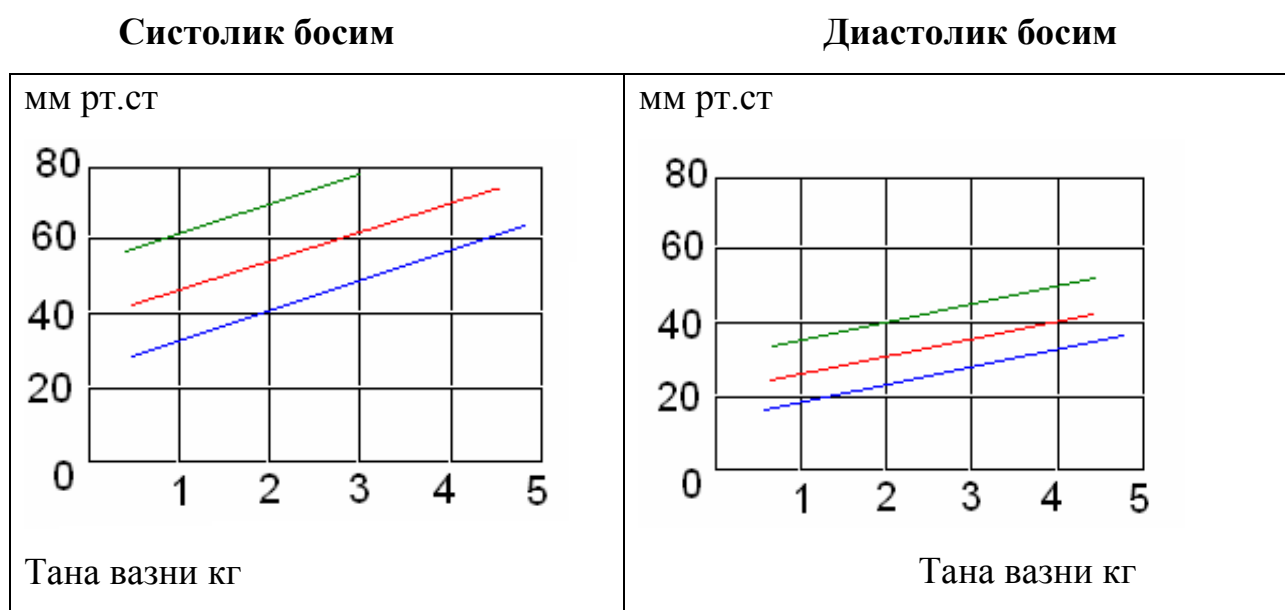
Янги туғилган болаларда юрак қон-томирлар тизимининг функционал хусусиятлари нерв тизими вегетатив симпатик бўлимининг устунлиги билан ифодаланади. Ҳар қандай таъсиротлар юрак уришларини тезлаштиради, тонлари жарангдорлигини кучайтиради ва артериал босим ошади. Муддатига етмай туғилган болаларда ЮҚС янги туғилганлик даврида минутига 140-160 марта уради, безовталиқда эса ЮҚС минутига 200-220 мартага етиши мумкин. Айрим болаларда аускультацияда *эмбриокардия* феномени – I ва II тонлар орасидаги паузаларнинг давомлилиги бўйича бир хиллиги ва II ва I тонлар орасида юрак тонларининг кучи бўйича бир хиллиги билан характерланадиган юрак ритми аниқланади.

Муддатига етмай туғилган болаларда артериал босимни назорат қилиш интенсив неонатал парваришнинг ажралмас қисмидан иборат. Систолик артериал босимнинг пастки даражалари туғилишдан кейин дастлабки 12 соатда: 1500г тана вазнида симоб устунининг 40мм, 3000г тана вазнида 50мм ни ташкил қилади. Бош миянинг ишемик ва геморрагик

шикастланишларининг олдини олиш учун мия қон оқимини монанд ва барқарор қувватлаб туриш ғоят муҳим. Қон плазмаси ҳажмини кўпайтирадиган эритмаларни аста-секин қуйиш, инотроп препаратлар инфузияси йўли билан артериал гипотензияни коррекция қилиш тавсия этилади.

График 2

Янги туғилган чақалоқлар артериал босими кўрсаткичларининг центил графиклари



Муддатига етмай туғилган болаларда (айниқса тана вазни экстремал кичик) аксарият Финкельштейн симптоми аниқланади: ён бош ҳолатида терининг турлича рангдалиги кузатилади. Пастки ярми пушти ранг, юқориси – оқ ранг. Бу симптом тери капиллярлари тонуси устидан назоратни амалга оширадиган гипоталамуснинг етилмаганлигига боғлиқ.

Буйрақларнинг функционал хусусиятлари. Кунлик диурез ҳаётининг 1-хафтаси охирида 60 дан 130 мл гача ўзгариб туради. Сийдик ажратишлар сони суткасига 8-13 марта. Коптокчалар фильтрациясининг ҳажми минутига 19,4 мл/м², сувнинг каналча реабсорбцияси 96%. Функционал етилмаганлик буйрақ осморелуляциясининг такомилга етмаганлигида ҳам намоён бўлади. Буйрақлар фаолиятига баҳо бериш учун соат сайин диурез суръатини қайд

етиш керак, бу ҳаётининг 3-кунигача соатига 1мл/кг, 3-кунидан соатига 2-5 мл/кг ни ташкил қилади.

Муддатига етмай туғилган болаларнинг ҳомиладан ташқари ҳаёт шароитларига мослашиш хусусиятлари

Муддатига етмай туғилган чақалоқларда тана вазнини йўқотилиши туғилгандаги вазнига нисбатан ўрта ҳисобда 9-14% ни ташкил қилади. Унинг туғилишдаги вазнига боғлиқлиги кузатилади. Тана вазни катта болаларда унинг йўқотилиши муддатига етиб туғилган болаларга хос рақамларга яқинлашган (6-8%). Муддатига етмай туғилган болаларда тана вазнининг камайиб кетиши вақт бўйича чўзилган, тананинг бирламчи вазнига тикланиши ҳаётининг 2-3-ҳафтасигача давом этади.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларда транзитор гипербилирубинемия муддатида туғилган болаларга нисбатан бирмунча кўпроқ кузатилади. Сариклик 90-59% муддатига етмай туғилганларда қайд қилинади, муддатига етмай туғилган болалар қонда билирубин миқдори қонда 85 мкмоль/л гача етади, бироқ унинг йиғилиши секинроқ рўй беради. Барвақт туғилган чақалоқларда сариклик интенсивлиги билан гипербилирубинемия даражаси ўртасида ўзаро алоқадорлик бўлмайди. Муддатига етмай туғилган болада жигар фермент тизимининг бирмунча секин етилиши билирубин интоксикацияси хавфини туғдиради, ядроли сариклик билвосита билирубиннинг нисбатан кам концентрацияларида вужудга келиши мумкин (170 мкмоль/л). Муддатига етмай туғилган болаларда билирубин миқдорининг пасайиши ҳам секинлашган бўлади ва кўриниб турадиган сариклик узок вақт 2 ҳафтагача ва ундан ортиқ қайд қилиниши мумкин.

Муддатига етмай туғилганларда гормонал криз амалда қайд қилинмайди. Бундан ташқари муддатига етмай туғилганларда ёки тана вазни экстремал кичик болаларда аксарият ҳолатларда транзитор гипотиреоидизм ривожланади.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларни парваришлаш

Муваффақиятли парвариш қилишнинг асосий шарт-шикастловчи ташқи омиллар таъсирини пасайтириш, дори-дармонлар таъсири кам бўлгани ҳолда эрта рационал овқатлантиришдир. Катта одам учун арзимаган бўлиб туюлган ташқи муҳитдаги ўзгаришлар муддатига етмай туғилган бола организмида чуқур шикастланишларига сабаб бўлиши мумкин. Ташқи муҳит кўпгина омилларининг таъсир механизмлари ва даражаси (интенсив ёритилишининг оптимал даражаси, эшитув таъсиротлари ва б.) етарлича ўрганилмаган, бу жуда оддий масала эмас. Қуйида муддатига етмай туғилган чақалоқларни яхши парваришлашда иссиқлик режими ва овқатлантиришнинг аҳамиятига тўхталиб ўтамиз.

Иссиқлик режими

Тана вазни экстремал кичик бўлган болаларни туғилган вақтидан то улар терморегуляция маркази такомиллашишига қадар, парваришлашда атроф муҳит ҳароратига алоҳида диққат эътибор билан қараш лозим. Клиник амалиётда янги туғилган чақалоқлар парваришининг асосий вазифаси бу-термонеитрал атроф муҳитни қўллаб-қувватлаш. *Термонеитрал атроф-муҳит* – бу шундай муҳитки, бунда бола организми минимал моддалар алмашинуви ва кам миқдорда кислородни талаб этадиган ҳолда, ўз тана ҳароратини меъёрда сақлаб туради.

Оддий муолажалар, масалан ҳаётий фаолият назорати ёки йўргакни алмаштириш бола танасининг оғирлиги жуда кам бўлганда иссиқликни йўқотиш хавфига олиб келиши мумкин. Ўз навбатида, иссиқлик йўқотишининг эпизодлари иссиқлик ишлаб чиқаришга ҳам, унинг захираларини сақлаб қолишга ҳам қодир бўлмаган болани совуқ стрессга дучор қилади. Маълумки, совуқ стресси физиологик жараёнларнинг ўзгаришига олиб келади, бу касаллик хавфини кучайтиради, ёки боланинг соғайишини қийинлаштиради. Умумий иссиқлик даражасининг 25 фоизи янги туғилган чақалоқнинг тери сатҳидан сезилмайдиган сув йўқотишларига сарфланади, булар метаболизм даражасига мос келади ва бола тана вазнига

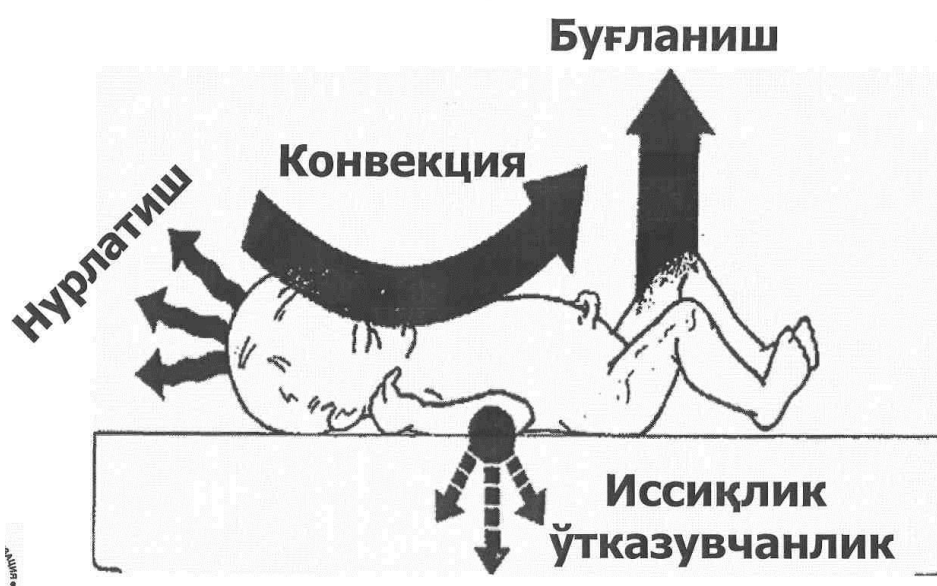
боғлиқ. Масалан, тана вазни 800г бўлган, муддатига етмай туғилган болада терининг очик сатҳидан суюқлик йўқотиши соатига 2,8 мл/см ни ташкил қилади, ваҳоланки оғирлиги 1800г болада шундай шароитларда суюқлик йўқотилишини соатига 0,8 мл/см ни ташкил этади. Буни инфузион терапия хажмини ҳисоб-китоб қилишда назарда тутиш керак, чунки иссиқлик ишланишини таъминлаш учун метаболизм даражасининг ошиши суюқликнинг кўп йўқотилишига олиб келади.

Иссиқлик ҳосил қилиш асосида ётадиган метаболик жараёнлар тана хароратини қувватлаб туриш учун организмни АТФ шаклидаги энергия ва бирламчи иссиқлик билан таъминлайди. Унинг миқдори тери сатҳидан йўқотиладиган ҳамда, нафас билан чиқариладиган ҳаво иссиқлигига мос келиши керак. Иссиқлик ҳосил қилишни қисқартирадиган (мушак) термогенез ва “қисқартирмайдиган термогенез” ҳисобига амалга оширилади, охиргиси янги туғилган чақалоқда кўпроқ муҳим. Янги туғилган чақалоқларда иссиқликни ишлаб чиқаришнинг асосий механизмиларига - фаол мушак ҳаракатлари ва кўнғир ёғнинг оксидланиши киради. Ҳомила ҳаётининг 26-ҳафтасидан бошлаб кўнғир ёғ ишлаб чиқарилади ва медиастинум, кураклар орасида, умуртқа поғонаси бўйлаб, буйрак, буйрак усти беши ва талоқ атрофидаги соҳаларда тўпланади. Кўнғир ёғ таркибининг кўп миқдорини учлицидлар ташкил қилади. Ушбу тўқима капилляр қон томирларига бой. Кўнғир ёғнинг парчаланишидан, оддий ёғга нисбатан кўпроқ миқдорда иссиқлик ажралади.

Иссиқлик ҳосил қилишнинг ошиши кислородга эҳтиёжнинг кўпайиши билан ўтади. Оксигенация етарлича бўлмаса 1 молекула глюкоза утилизациясида 38 молекула АТФ ҳосил бўлиши рўй беради, агар оксигенация бузилган бўлса, фақат 2 молекула АТФ ҳосил бўлади.

Тана сатҳидан ташқи муҳитга иссиқлик йўқотилиши қуйидаги 4 та йўл билан амалга оширилади: *нурлатиш, конвекция, иссиқлик ўтказувчанлик ва буғланиш (Расм №1)*. Ҳар бир механизмдан иссиқлик йўқотишнинг олдини олиш ва болани иситишни таъминлаш учун фойдаланилиши мумкин.

Иссиқликни бирмунча иссиқ буюмдан бирмунча совуғигача (уларнинг бевосита контактисиз) нур чиқаришда йўқотишлар кўпинча муддатига етмай туғилган болани парваришlashда рўй беради. Дераза олдиға ёки елвизакка қўйилган инкубатор деворларининг салқин ташқи юзасида иссиқлик йўқотишлар кўп бўлади. Бу йўқотишларнинг олдини олиш учун қўшалок деворли инкубаторлар, болани инкубатор ичида қўшимча ўраб-чирмаш, шунингдек унинг ташқи деворларини нур чиқарадиган иссиқлик манбалари билан иситишдан фойдаланилади.



Расм 1 Иссиқлик йўқотиш йўллари.

Конвекция – иссиқликнинг атрофдаги ҳавога ўтишидир, шунга кўра бундай йўқотишлар ҳаво оқимининг тезлигига ва бола очиқ юзасининг майдонига боғлиқ. Иссиқликнинг конвекция билан йўқотилиши нафас йўллари орқали рўй беради, чунки бола нафас орқали илиқ ҳаво чиқаради, шунинг учун бола нафас олаётган газ аралашмасининг иситилиши ғоят муҳим. Туғруқхонада муддатига етмай туғилган чақалоқни иситиладиган столчаға ётқизгунларига қадар кўп миқдорда иссиқлик йўқотиши мумкин.

Перинатал марказда тана оғирлиги жуда кичик болаларни қабул қилиш учун махсус туғруқ палатаси бўлиши керак, унда ҳаво ҳароратини 28-30⁰С гача тезда кўтариш мумкин. Болани иситиладиган столчадан транспорт кювезига ўтказишда, уни салқин ҳаво билан тўқнашувига олиб келиб, иссиқлик йўқотади. Болани аделга йўргакланган ҳолда интенсив даволаш постига қўлда кўтариб келтиришда яна иссиқлик йўқотиш мумкин. Бундай ҳолат юз бермаслиги учун транспорт кювезидан фойдаланиш лозим.

Болани замонавий инкубаторларда иситиш конвекцион усули амалга оширилади. Инкубаторларда 50-60% атрофида намлик сақланганда буғланиш ҳисобига иссиқлик йўқотиш жуда кам бўлади. Шунингдек, болага қўшимча равишда пластик қоплама, қалпоқчалар қўлланилади, болага флексор поза берилади. Инкубаторнинг салбий томони заифлашган бола учун хавfli инфекция кўзғатувчиларининг кўпайишига имкон беради. Мунтазам равишда санитария ишловибериш, ҳар 24 соатда намланиш учун сувни алмаштириш инфекция хавфини камайтиради.

Иссиқлик ўтказувчанлик – бу иссиқликни бир буюмни иккинчисига уларнинг бевосита мулоқотида ўтказишдир. Бола иссиқликни ички аъзолардан тери юзасига ва теридан ўзи тўқнаш келадиган совуқ юзада йўқотиши мумкин. Тана вазни жуда кичик муддатига етмай туғилган бола ўз танасига зарур иссиқликни шу тариқа йўқотадиган ҳолатлар кўп бўлади. Туғилиши билан уни олдиндан иситиб қўйилмаган юзага ётқизишлари мумкин. Иссиқлик ўтказувчанлик ҳисобига иссиқлик йўқолишининг олдини олиш учун бола қўйиладиган тарози ёки реанимацион столчага олдиндан иситиб қўйилган оқлиқ тўшалиши керак. Бола олдиндан илитилган инкубаторга солингандан кейин ҳам иссиқлик йўқотиш давом этиши мумкин, уни совуқ рентген кассетага ётқизилади, масалан, йўргакни олдиндан иситмай йўргакланади. Иссиқ ўтказувчанликдан янги туғилган чақалоқлар учун иситиш механизми сифатидан кам фойдаланилади. Иссиқ юза иссиқлик йўқотишдан сақлайди, бироқ у иссиқлик манбаи сифатида фойда бермайди. Иссиқлик ўтказувчанлик ёрдамида иситишдан жуда эҳтиётлик билан

фойдаланиш лозим, чунки бола уларнинг сезувчан териси иситиш манбаининг паст ҳароратларида термик куйиши мумкин.

Терморегуляциянинг бузилиш ҳолатлари Х Халқаро Касалликлар Классификаторида Р80-Р83 кодлари билан белгиланади. Тана ҳароратининг $>37,5^{\circ}\text{C}$ дан ортиши гипертермия деб аталади. Гипотермия куйидаги 3 даражага бўлинади: енгил – $36,3-36^{\circ}\text{C}$, ўрта оғир – $35,9-32^{\circ}\text{C}$, оғир $<32^{\circ}\text{C}$.

Иссиқликни ортиқча йўқотиш муддатига етмай туғилган бола организмида куйидаги патологик жараёнларга олиб келади: қонда кислород даражаси пасаяди, метаболик ацидоз кучаяди, гипогликемия ривожланади билвосита билирубин даражаси ортади ва липолиз кучаяди. Оғирлиги экстремал кичик болалар учун иссиқлик йўқотиш ҳаётини йўқотиш билан баравар бўлиши мумкин. Ушбу ҳолатнинг олдини олиш мақсадида ЖССТ тавсиясига кўра “Иссиқлик занжири” чора-тадбирларини кенг қўллаш зарур.

“Иссиқлик занжири” қадамлари:

1. Туғруқ зали меъерий ҳароратини таъминлаш.
2. Чақалоқни зудлик билан қуритиш (нам йўргакларни олиб ташлаш).
3. Эрта терига тери контактини ўтказиш (энг камида 2 соат мобайнида).
4. Эрта она сути билан овқатлантириш (туғилгандан сўнг биринчи 30 дақиқа мобайнида).
5. Болани тўлиқ кўруви, чўмилтириш ва тана вазнини ўлчашни кечиктириш.
6. Мавсумга мос кийинтириш.
7. Она ва болани биргаликда бўлишини ташкил қилиш.
8. Реанимация ва транспортировкани иссиқлик ҳимояси билан таъминлаш.
9. Тиббиёт ходимларига “иссиқлик занжири” қадамларини ўргатиш.

4 – жадвал.

Тана ҳароратини ўлчаш

	Жиддий касаллиги бўлган бола	Вазни кам бола¹	Вазни жуда кам бола²	Касаллик яхши кечаётган бола
--	-------------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------

¹Вазни кам бола деб, туғилганда вазни 2,5 кг дан кам ёки ҳомиладорликнинг 37- ҳафтасигача муддатда туғилган болага айтилади

²Вазни жуда кам бола деб, туғилганда вазни 1,5 кг дан кам ёки ҳомиладорликнинг 32- ҳафтасигача муддатда туғилган болага айтилади

Ўлчашлар сони	Ҳар соатда	Кунига 2 марта	Кунига 4 марта	Ҳар куни
---------------	------------	----------------	----------------	----------

Чақалоқлар гипотермиясини даволаш

Янги туғилган чақалоқ совқотишдан сўнг аста-секин иситилиши керак. Инкубатордаги ҳарорат бола танасининг ҳароратидан 1-1,5 градус юқори бўлиши керак. Кейинчалик боланинг аксилляр ёки ректал ҳароратини ҳар 15 дақиқада ўлчанади ва у оша борган сайин инкубаторда ҳаво ҳароратини 1,0-1,5 градусдан оширмай кўтариш мумкин. Қон газлари, метаболик жараёнлар, қонда глюкоза даражаси, соат сайин диурез суръатларини назорат қилиш зарур. Агар мониторинг ва тасвирланган иситиш босқичлари қадам-бақадам ўтказилмаса, балки тез иситилса, бу тўқималарда кислородга эҳтиёжнинг кескин ошишига, сув йўқотишнинг кучайишига, апноэ, брадикардия, нафас қисишига сабаб бўлиши мумкин.

Болани иситиш ва унинг тана ҳароратини ушлаб туриш усуллари

Туғруқ бўлими ходимлари гипотермияли чақалоқларни иситиш усулларини билишлари жуда муҳимдир. Болани иситиш ва унинг тана ҳароратини ушлаб туришнинг 5 та усули бор. Ҳар бир усулдан фойдаланишга доир махсус кўрсатмалар қуйида берилган.

Болани иситиш ва унинг тана ҳароратини сақлаб туриш усуллари

Усул	Танлаш ва фойдаланиш бўйича тавсиялар	Афзалликлари	Хавфлари/қийинчиликлари
Терини терига теккизиш усули	Барқарор ҳолатдаги ҳамма чақалоқларга тўғри келади Оғирлик даражаси ўртача гипотермияли (32-36,4С) болани, айниқса бошқа усулларни қўллаб бўлмаганда, иситиш	Она боласини бевосита кузатиб туриши мумкин Онаси бўлмаганида “терини терига” усулини бошқа одам бажариши мумкин Чақалоқлар,	

	<p>учун тўғри келади</p> <p>Ҳаёт учун хавфли ҳолатлари (яъни сепсис, оғир нафас етишмовчилиги) бўлган чақалоқлар учун тўғри келмайди</p>	<p>одатда, нормал тана ҳароратини ушлаб турадилар</p>	
<p>Онанинг “кенгуру усули”да парвариши</p>	<p>Ҳолати барқарорлашган янги туғилган ва вазни 1,5-2,5 кг бўлган болалар учун тўғри келади, ва айниқса вазни 1,5-1,8 кг бўлган чақалоқларни узок вақт парваришlash учун тавсия қилинади</p> <p>Ҳаёт учун хавфли ҳолатлари (яъни сепсис, оғир нафас етишмовчилиги) бўлган чақалоқлар учун тўғри келмайди</p> <p>Агар онада жиддий касал ёки туғруқ билан боғлиқ бўлган асорат бўлса, бу усулда парваришlashга имкон бермайди</p>	<p>Она боласини бевосита кузатиб туриши мумкин</p> <p>Чақалоқлар одатда, нормал тана ҳароратини ушлаб турадилар</p>	<p>Она доимо боласи билан бўла олмаслиги мумкин</p>
<p>Нур иссиқлиги манбаи</p>	<p>Вазни 1,5 кг ва ундан кўпроқ янги туғилган касал болалар учун тўғри келади</p> <p>Текшириш, даволаш ва муолажалар вақтида</p>	<p>Болани кузатишга имкон беради</p> <p>Бола нур иссиқлиги манбаи остида бўлганида кўпгина муолажаларни</p>	<p>Агар боланинг ҳарорати ўлчанмаса, бола иссиқлаб кетиши ёки совуқ қотиши мумкин.</p> <p>Болада сувсизланиш юз бериши мумкин.</p> <p>Нур иссиқлиги манбаи қимматбаҳо мослама.</p>

	болани иссиқ тутиш, шунингдек, совуқ котган болани иситиш учун фойдаланинг	бажариш мумкин	Нур иссиқлиги манбаига ишончли электр манбаи зарур.
Инкубатор	Вазни 1,5 кг дан кам бўлган давомли парваришга муҳтож янги туғилганлар учун тўғри келади, улар учун кенгуру усули бўйича она парвариши тўғри келмайди Ҳаёт учун хавфли ҳолатлари (яъни сепсис, оғир нафас етишмовчилиги) бўлган чақалоқлар учун тўғри келади	Доимий ҳароратни сақлаб туради Болани кузатишга имкон беради Кислород берилиши осон Болани батамом ечинтириш мумкин	Агар боланинг ҳарорати ўлчанмаса, бола иссиқлаб кетиши ёки совуқ қотиши мумкин. Болада сувсизланиш юз бериши мумкин. Инкубаторга бактериялар осон тўпланеди Қимматбаҳо ускуна. Ишончли электр манбаи зарур. Бола парваришига, инкубаторни тозалашга ва уни ишлатишга махсус тайёрланган ходим талаб қилинади.
Илиқ хона	Касалликдан тузалатётган ва диагностик ёки даволаш муолажалари тез-тез талаб қилинмайдиган вазни кам болаларни парваришlash учун тўғри келади Ҳаёт учун хавфли ҳолатлари (яъни сепсис, оғир нафас етишмовчилиги) бўлган чақалоқлар учун тўғри келмайди		Бола совуқ қотиши мумкин. Хона катталар учун ноқулай бўлиши мумкин.
Бошқа усуллар (мас.иссиқ сувли шиша ёки қайноқ	Бошқа усулларни қўллаб бўлмаганда, шошилиш холлар учун тўғри келади		Бола иссиқлаб кетиши мумкин. Бола иссиқ нарсалардан куйиб қолиши мумкин. Агар совуқ қолган нарсалар

ғиштлар)	(мас. Транспортировка вақтида)		олиб ташланмаса, бола совқотиши мумкин. Доимий ҳароратни ушлаб туриш қийин.
----------	--------------------------------------	--	--

“Терига тери” усули

- Иситиш ўтказиладиган хона ҳарорати 25°Сдан паст бўлмаслиги керак.
- Чақалоқ туғилган заҳоти қуритилади, бошига иссиқ қалпоқча кийгизилади, болани она кўрагига ётқизиблиб устидан иссиқ адёл билан ёпилади.
- Боланинг тана ҳароратини “терига-тери” усули бошланганидан икки соат кейин ўлчанади. Агар боланинг ҳарорати 2 соат иситишдан кейин 36.5 - 37.5°Сга кўтарилмаса, чақалоқни яна бир марта текширилади.

Нур иссиқлиги манбаи

- Нур иссиқлиги манбаи бу - нур ёрдамида болани иситишдир. Ушбу усулни ўтказиш вақтида болага ҳар томондан ёндошиш ва эркин кузатув олиб бориш мумкин.
- Қисқа муддатда, бир неча соатга болани 400 Вт қувватли нур манбаи остига 50см узоқликда ётқизилади.
- Ёритувчи ва электр лампалар хавфли ҳисобланади, чунки улар болани куйдириши ёки устига тушиб кетиб жароҳатлаши мумкин.
- Нур иссиқлиги манбаидан фойдаланиладиган хонанинг ҳарорати 22°Сдан паст бўлмаслиги керак.
- Бола тозаланган матрас (тўшак) устига ётқизилади.
- Нур иссиқлиги манбаини ёқилади ва тайёрловчи йўриқномасига биноан керакли ҳароратни (одатда 36°С ва 37°С оралиғида) ўрнатади. Агар чақалоқлар махсус парвариши бўлимига бола олиб келиниши олдиндан маълум бўлса, бу ускунани бола совуқ юзада ётмаслиги учун чойшаб ва матрасни иситиш мақсадида олдиндан ёқиб қўйилади.

- Кузатиш ёки муолажа бажариш учун бола тўлиқ ёки қисман яланғоч бўлишидан ташқари ҳолларда боланинг боши ва усти ёпилади.
- Бола нур иссиқлиги манбаи остида бўлганда, имкон борича, унинг вазиятини тез–тез алмаштириб турилади.
- Ҳар соат ускуна ва хона ҳароратини текширилади ва ҳарорат параметрларини тегишлича созланади.

Инкубатор

Инкубаторда боланинг вазни ва ёшига кўра зарур ҳарорати ўрнатилади, болани инкубаторга ётқизишдан аввал уни керакли ҳароратгача иситилади (жадвал 2).

Жадвал -5 .

Инкубаторнинг тавсия қилинадиган ҳарорати

Боланинг вазни	Инкубаторнинг ҳарорати ёш бўйича			
	35 С	34 С	33 С	32 С
1,5 кг дан кам	Ҳаётининг 10 – 12- кунлари	Ҳаётининг 11- куни 3- ҳафтаси	Ҳаётининг 3- куни – 5- ҳафтаси	5 ҳафтадан каттароқ
1,5 - 2,0 кг		Ҳаётининг 1 - 10- кунлари	Ҳаётининг 3- куни - 5- ҳафтаси	4 ҳафтадан каттароқ
2,1 - 2,5 кг		Ҳаётининг 1 – 10- кунлари	Ҳаётининг 11- куни - 3- ҳафтаси	3 ҳафтадан каттароқ
2,5 кг дан ортиқ		Ҳаётининг 1-2 куни		Ҳаётининг 2- кунидан каттароқ

Кислород, намлик, тоза муҳит ва ҳароратни назорат қилишни таъминлайдиган, иссиқ ҳаво ёрдамида иситиладиган инкубаторлар ҳозирда кенг қўлланилади. Бу инкубаторларда намлик сув резервуари ёрдамида таъминланади. Инкубаторлар боланинг изоляцияси ва назорати учун жуда қулайдирлар. Замонавий инкубаторларнинг деворлари 2 қаватли, бу эса иссиқликни муқим ушлаб туришни таъминлайди. Иссиқ ҳаво билан иситиладиган инкубаторларнинг 2 тури мавжуд.

1. Инкубаторни иситувчи элементи орқали иситилган ҳаво конвекция йўли билан, вентиляторсиз инкубатор ичида тарқалади.
2. Инкубаторнинг иситиш элементи орқали иситилган ҳаво вентилятор ёрдамида тарқатилади.
 - Болани тозаланган матрас (тўшак) ва тоза чойшаб устига ётқизилади.
 - Боланинг бошига қалпоқча кийдирилган, усти ҳам ёпиқ бўлиши лозим. бола кузатув ёки муолажа бажариш учун тўлиқ ёки қисман ечинтирилган ҳоллар бундан мустасно.
 - Болани ичкарига жойлаштиришингиз билан инкубатор қопқоғини имкон борича тез ёпинг, ва инкубатор дарчаларини иссиқликни сақлаб қолиш учун доимо ёпиқ ҳолда сақланг.
 - Инкубатор ҳароратини биринчи 8 соат мобайнида ҳар соатда, сўнгра эса ҳар 3 соатда текширинг:
 - Агар инкубаторнинг реал ҳарорати белгиланганига мос келмаса, у яхши ишламаётган бўлиши мумкин;
 - Инкубатор ичида керакли ҳарорат ҳосил бўлгунча ҳарорат параметрларини ўзгартиринг ёки болани иситишнинг бошқа усулидан фойдаланинг.
 - Боланинг ҳароратини дастлабки 8 соат мобайнида ҳар соатда, сўнгра эса ҳар 3 соатда ўлчанг:
 - Агар боланинг ҳарорати 36.5°C дан паст ёки 37.5°C дан юқори бўлса, инкубаторнинг ҳарорат параметрларини тегишлича ўзгартиринг;
 - Агар инкубаторда тавсия қилинган ҳарорат параметрлари ўрнатилишига қарамай, боланинг ҳарорати 36.5°C дан паст ёки 37.5°C дан юқориликча қолса, болани ноноормал ҳароратдан даволанг.
 - Бола тез-тез бажариладиган муолажалар ва даволашга муҳтож бўлмаса, уни онаси билан бирга бўлишини таъминланг.

Илиқ хона

- Боланинг бошига қалпоқча ва устига етарлича кийим кийдирилади ёки усти ёпилади.
- Хона ҳароратининг 26 С дан паст бўлмаслиги керак. Илиқ хонада катта ёшдаги тиббиёт ходими ва болани парвариш қиладиганлар, одатда ўзларини ўнғайсиз ҳис қиладилар; янги туғилган чақалоқлар эътиборсиз қолдирилмаслиги, ходимлар ва яқинлари болани иситишнинг бошқа усулини таъминламай туриб, хона ҳароратини камайтирмаслик зарур.
- Болани совуқ деворлар ва деразалардан нари сурилган ва елвизаклардан холи бўлган каравотчасига ётқизинг.
- Хона ҳароратини ва боланинг тана ҳароратини кунига 4 марта ўлчанг
- Тунда кўшимча иссиқлик билан таъминланг.

Муддатига етмай туғилган болаларни овқатлантириш.

Овқатлантириш бўйича масалаларни ҳал қилиш учун тўртта асосий саволга жавоб бериш шарт: қачон бошлаш, қандай ҳажмда, нима афзалроқ ва овқатлантиришни қандай усулда олиб бориш. Муддатига етмай туғилган чақалоқ учун ўз онасининг сути энг афзал озуқадир. Баъзи бир ҳолатларда махсус мослашган сут аралашмалари ва парентерал овқатлантиришдан фойдаланилади.

Муддатига етмай туғилган чақалоқ ўсиб-улғайиши учун кўп миқдордаги каллорияга муҳтож – 120-140 ккалл/кг/кунига. Лекин шу билан бирга бу болаларда меъдасининг ҳажми кичик, меъда-ичак тракти тўлиқ етилмаган ва сўриш рефлекси сустлиги кузатилади. Муддатига етмай туғилган меъдасининг ҳажми ± 20 мл/кг. Уларни тез-тез (8-12 мартагача кунига), кичик ҳажмда овқатлантирилади, сут миқдорини аста-секин кунига 10-20 мл/кгдан ошириб борилади, меъёрадаги миқдорга етиб боргунча. Болаларни она сутига талабининг қондирилгани белгилари: овқатлангандан сўнг бола тинч, физиологик вазн йўқотиш 10%дан кам, тана вазнини бир кунига камида 15г/кг кўшади, кунига 6 мартадан ортиқ сийдик ажратади.

**Туғилгандан бошлаб кунига ҳар 2-3 соатда болага бериладиган
сут миқдори (мл)**

Тана вазни	0 кун	1 кун	2 кун	3 кун	4 кун	5 кун	6 кун	7 кун
1,5 – 1,9 кг	15мл	17мл	19 мл	21мл	23мл	25мл	27мл	27+мл
2,0 – 2,4 кг	20мл	22мл	25 мл	27мл	30мл	32мл	35мл	35+мл
2,5 + кг	25мл	28мл	30 мл	35мл	35мл	40+мл	45+мл	50+мл

Муддатига етмай туғилган чақалоқни овқатлантириш усули унинг гестацион ёши ва сўриш, ютиш рефлексининг етуқлигига ва нафас олиш ҳолатига боғлиқ.

- 34-35 ҳафтали чақалоқларни она кўкрагига берилади.
- 30-32 ҳафтали чақалоқлар она кўкрагига берилади ёки альтернатив овқатлантириш усулларида фойдаланилади (пиёлача/чашка, қошиқ, шприц).
- 30 ҳафтадан кичик чақалоқларни зонд орқали овқатлантирилади.

Энтерал овқатлантиришни бошлашга имкон бўлмаганда парентерал овқатлантиришни бошлаш зарур (туғилишдан сўнг 2 соатдан кечиктирмай). Изотоник глюкоза эритмасидан (5-7,5% эритма) бошлаш, кейин қондаги қанд миқдори остида глюкоза эритмаси концентрациясини ўзгартириш мумкин. Бошланғич юбориш тезлиги соатига 4 мл ни ташкил қилиши лозим. Глюкозанинг ҳомилага етиб бориш тезлигини ҳам таъминлаш дақиқасига 5-6 мг/кг ни ташкил қилиши керак. Ҳаётининг иккинчи кунда аминокислоталарни эритма шаклида киритиш (суткасига 0,5 г/кг) мақсадга мувофиқ, бу оқсил коррекциясидан ташқари тана вазни жуда кичик болаларда глюкозага толерентликка ижобий таъсир кўрсатади. Биринчи кундан кальцийни ҳам юбориш мажбурий ҳисобланади (100 мг/кг, яъни 2,5 мл 10%ли кальций хлорид эритмаси ҳар 100 мл инфузион эритмага) кейинги

кунлари қондаги миқдори назорат қилиниб, калий ва натрий коррекция қилинади.

Тўлиқ парентерал овқатлантиришда зарур ёғ кислоталари билан таъминлаш мақсадида ёғ эмульсияларидан фойдаланилади. Тана вазни жуда кичик болаларда ёғ кислоталари танқислиги ҳаётининг биринчи ҳафтаси ичида пайдо бўлиши мумкин.

Ёғ кислоталари танқислиги клиник симптомларининг олдини олиш учун Америка педиатрия академияси калориялар сифатида 2-4%ли нопроотеинли ёғ эмульсияларини парентерал вена ичига киритишни тавсия этади. Бу кунига 0,5-1,0 г/кг ни ташкил қилади. Ёғ эмульсияларини венага юборишдан кўшимча фойда шундан иборатки, бу периферик веналар ўтказувчанлигини томирлар эпителийсига ҳимоя таъсир ҳисобига узайтирса керак. Дастлабки дозаси-суткасига 0,5 г/кг, сўнгра суткасига 0,5 г/кг дан кўшиб бориб, максимал доза – суткасига 3 г/кг га етказилади. Гиперлипидемия ривожланишининг олдини олиш учун киритиш тезлиги соатига 0,15 г/кг дан ошмаслиги керак, бу суткасига 3,6 г/кг га тенг. Тавсия этиладиган инфузия вақти 24 соат, бу ёғ эмульсиясининг соат сайин тезлигини камайитиришга имкон беради. Вена ичига юбориш учун ёғ эмульсияларининг 20%ли эритмаларидан фойдаланган афзал ҳисобланади.

Парентерал овқатлантиришдан энтерал овқатлантиришга аста-секин ўтилиши керак. Фақат парентерал овқатланишда бўлган болада шиллик парда атрофияси ва энтерал овқатлантириладиган болаларга нисбатан меъда-ичак йўлининг ривожланишдан орқада қолиши қайд этилади. Бу жараёнлар энтерал овқатлантириш бошланганидан сўнг қайтар ҳисобланади. Ҳазм ферментлари фаоллигини ошириш ва сўрилиш механизмаларини барқарор қилиш учун овқатлантириш ҳажмини аста-секинлик билан ошириш керак бўлади. Энтерал овқатлантиришни бошлаш тартиби қуйидагигача: дистилланган сув билан синама ўтказилади, сўнгра сув ҳажмини ошириш ёки 5%ли глюкоза эритмасини бир неча марта юбориш, сўнгра онанинг кўкрак сути берилади. Муддатига етмай туғилган боланинг меъда-ичак йўлига

субстрат киритиш унинг ривожланишида бир қанча ўзгаришларга сабаб бўлади. Кўкрак сути билан овқатлантириш меъда-ичак йўлини тамомила ажойиб тарзда рағбатлантиради.

Меъда-ичак йўлини (МИЙ) энтерал овқатлантиришга тайёрлаш учун трофик (ёки бошланғич) овқатдан фойдаланиш чақалоқлар озукани яхши кўтара олишини таъминлашга ёрдам бериши маълум бўлди. Кунига тахминан 10-14 мл/кг киритилади. Муддатидан илгари туққан она ёки аёлнинг соф кўкрак сути (термик ишлов берилмаган) афзалроқ, бироқ шунингдек муддатига етмай туғилган болалар учун махсус аралашма ҳам ишлатилиши мумкин. Бундай режимда овқатлантириш 7кундан 14 кунгача давом этади, сўнгра аста-секин концентрацияси ва ҳажми кўпайтирилади. Бошланғич овқатлантиришдан фойдаланиш ҳолестатик сариқлик, билвосита гипербилирубинемия камайишига олиб келади, суякларнинг метаболик касаллиги кам учрайди, шунингдек гастрин ва МИЙ бошқа гормонларининг ишлаб чиқилиши кўпаяди. Тана вазни экстремал кичик болаларда энтерал овқатлантиришга ўтиш тўғрисида қарор қабул қилиш кўпинча қийин. Бунда муддатига етмай туғилганлик даражаси, перинатал жароҳатлар тўғрисидаги маълумотлар, ҳозирги клиник ҳолат, МИЙ фаолияти ва бошқа индивидуал омиллар ҳисобга олинади. Тана вазни экстремал кичик бўлган бола учун оптимал вақт танлаш қатъий индивидуал бўлиши ва касалликнинг турли болаларда турлича кечишига мувофиқ ҳолда ўзгартирилиши керак.

Овқатлантириш ҳажмини назорат қилишнинг муҳим шарти ҳар галги овқатланишдан олдин меъда таркиби сўриб олинади, муддатига етмай туғилган болани кундалик соат сайин кузатиш варағига албатта киритилади. Агар аспират ҳажми олдинги овқатлантириш ҳажмидан 10%ли га ошса ва патологик аралашмалар сақласа, стандарт овқатлантириш тартибини бекор қилиш, кўшилиб келган клиник белгиларга баҳо бериш (қайт қилиш, қусиш, қорин дам бўлиши ва б.) ва овқатлантиришнинг бузилиш сабабларини аниқлаш лозим. Бола ҳолати меъёрига келгач энтерал овқатлантириш кичик ҳажмлардан бошланади ва уларни аста-секин ошириб борилади.

Муддатига етмай туғилган болалар патологияси

Муддатига етмай туғилган болаларда энг кўп учрайдиган касалликлар: асфиксия, 1-турдаги нафас бузилишлари синдроми (гиалин мембранали касаллик), бронх-ўпка дисплазияси, қоринчалар ичига қон қуйилишлар, муддатига етмай туғилган болалар ретинопатияси, туғма ривожланиш нуқсонлари (ТРН).

3.2. ҲОМИЛА РИВОЖЛАНИШИДАН ОРҚАДА ҚОЛИШИ

Ҳомила ривожланишидан орқада қолишига олиб келувчи сабабларига кўра 4та ҳавф омиллар гуруҳи фарқланади:

1. Она томонидан – озиқланишдаги нуқсонлар, гипогликемия, гипертония касаллиги, юрак қон-томир касалликлари, буйрак ва ўпканинг сурункали касалликлари, 1 турдаги қандли диабет, ҳомиладорликдаги гестозлар, онанинг зарарли одатлари;
2. Йўлдош томонидан – вазнининг ва юза сатҳининг етишмаслиги (чақалоқ 8% дан камлигини), тузилишидаги нуқсонлари ва йўлдошнинг қисман кўчиши, ёпишишидаги нуқсонлари;
3. Ижтимоий – биологик – ижтимоий – иқтисодий шароитининг ёмонлиги ва онанинг (ўқув даражасининг) маълумотининг етишмовчилиги, ёши, яшаш аҳволи ва онасининг касбий зиёнликлари;
4. Ҳомила тарафдан – кўп ҳомилали ҳомиладорлик, ривожланиш нуқсонлари, генерализациялашган ҳомила ичи инфекциялари.

Таснифи

А) СИММЕТРИК ҲРОҚ – +

БА=ТУ=ТВ, ҳаммаси 10%дан кам,

Бош айланаси (БА), тана узунлиги (ТУ) ва тана вазни (ТВ) шу гестацион ёшга нисбатан меёрий равишда камайган. Симметрик ҲРОҚ ҳомила ўсишида потенциал имкониятларини пастлигидан (генетик бузилишлар, ҳомила ичи инфекцияси) ёки ҳомиладорликнинг эрта даврларида таъсир килувчи экзоген (ташқи муҳит) омиллари таъсиридан келиб чиқади.

Б) АССИМЕТРИК ҲРОҚ – БА=ТУ>ТВ, ҳаммаси 10%дан кам,

Ҳомиланинг тана вазни тана узунлиги ва бош айланасига пропорционал бўлмаган ҳолда камайган. Тана вазнига нисбатан, бош айланаси ва тана узунлиги мавжуд гестацион ёшнинг кўрсаткичларига яқинроқ. Бунинг сабабларига кўпроқ бачадон-йўлдош қон айланишининг етишмовчиликлари, онанинг овқатланишидаги камчиликлари ёки экзоген омилларни келтириш мумкин.

ҲРОҚ турли вариантларини аниқлашда вазн- узунлик индекси (ВУИ), «ponderal index» кенг қўлланилади, қуйидаги формула орқали аниқланади:

$ВУИ = \text{туғилгандаги вазни, г.} \times 100 / \text{бўй узунлиги, см.}$

Меёрида у қуйидагига тенг: 60-70 ед.

ҲРОҚ ташхисида ажратилади:

- Этиологик омиллар ва умумий ахволидаги хавф омиллари (она томонидан, йўлдош томонидан, ҳомила томонидан, аралаш)
- Клиник вариант (гипотрофик, гипопластик ва диспластик)
- Оғирлик даржаси (енгил, ўрта оғир ва оғир)
- Интранатал ва неонатал даврларнинг кечиши (асоратсиз ёки асоратли ва йўлдош ҳолатлар билан).

КЛИНИК КЎРИНИШИ.

1. **ХРОҚнинг гипотрофик варианты** (пренатал гипотрофия - ПГ)
 Бундан чақалоқлар асосан тана вазнининг бирламчи йўқотишдан хаддан зиёд кўп вазн йўқотадилар ва йўқотган вазнларинг жуда қийинчилик билан тиклайдилар, киндик колдиғи тушганидан сўнг киндик яраси жуда секинлик билдан битади. Чақалоқлар қонида глюкоза, кальций, магний миқдори паст кўрсаткичларда аниқланади. Жигарнинг оқсил – синтезлаш фаолиятларининг пастлиги туфайли витамин К га боғлиқ омилларнинг етишмовчилиги юзага келади,

1 – жадвал

Пренатал гипотрофиянинг турига кўра клинико-диагностик белгилари

Белгилари	Енгил	Ўрта оғир	Оғир
<i>Бўй узунлигига кўра тана вазнининг камлиги</i>	1,5 сигмадан кўп (10% центилдан паст)	2 сигмадан кўп (5% центилдан паст)	3 сигмадан кўп (1% центилдан паст)
<i>Тери қопламларининг трофик ўзгаришлари</i>	Эластиклиги пасайган ёки йўқолган	Тери қуруқ, оқимтир, қипиқланади, ёрилишлари ҳам бўлиши мумкин	Ажинсимон, қуруқ ва пластинкасимон қипиқланиш билан оқимтир ёрилишлар кўп.
<i>Тери ости ёғ қавати</i>	Барча жойда юпқалашган	Қоринда йўқ	Тананинг барча қисмларида йўқ
<i>Тўқималар тургори</i>	Ўзгармаган ёки қисман пасайган	Қисман пасайган. Қўл ва оёқларда бужмайган кўндаланг бурмалар	Думба терисида, юзда, танада, сонда бўйлама бурмалар бўлиши.
<i>Мушаклар массаси</i>	Ўзгармаган	Асосан думба ва сонда камайган.	
<i>Бош</i>	Бош айланаси меёрда, сочлар ўзгармаган, қалин	Бош айланаси кўкрак айланасидан 3 см кўп, чоклари Кажется большой, на 3 см и более превышает окружность груди, швы широкие, БР впалый, края его податливые, мягкие	

<i>Эрта неонатал даврининг кечилиши</i>	Асоратсиз ёки туғруқ стресининг кўп бўлиши билан, алмашинув жараёнидаги енгил ўзгаришлар билан, баъзида энергетик етишмовчилик белгилари билан.	Асоратли. Асфиксия ёки сурункали ҳомила ичи гипоксияси билан, термолабиллик. Кўпинча полицитемия белгилари, гипогликемия, гипокальцемия. Талвасалар, респиратор бузилишлар, шишлар, мушаклар гипотонияси, гипорефлексия.	Асосан асоратланган, миянинг зарарланиш доминант белгилари билан. Юрак кон-томир етишмовчилиги, инфекциялар, анемия, сўриш рефлексининг кеч аниқланиши, яққол термолабиллик, кўпинча алмашинув бузилишлари, геморрагик синдром.
---	---	--	---

натижада геморрагик ҳолатлар кузатилиши мумкин. Бундай болалар кўпинча меконий билан аспирацияланиш фонидаги асфиксияда туғилдилар, натимжада “ҳавони йўқотиш” ҳолати юзага келади (пневмомедиастинум, пневмоторакс). Гемоликвординамик бузилишлар, шиш синдроми, бош мия ва орқа миянинг жароҳати, инфекция натижасида нафас бузилиши синдроми келиб чиқиши мумкин. Гипербилирубинемиянинг 171-256 мкмоль/л даги даражаси ҳам гипоальбунемия туфайли ядроли сариқликка олибкелиши мумкин.

2. **ХРОҚнинг гипопластик варианты.** Болаларни жисмоний ривожланишини ҳамма кўрсаткичлари пропорционал кичиклиги – 10% кам центель бўйича гестацион ёшга нисбатан олинади. Уларнинг тана тузилиш и пропорционал, лекин кичик бўладилар. Бош айланаси ва кўкрак айланасидаги нисбат бузилмаган бўлади. Бош суяги чокларининг четлари ва лиқилдоқлар юмшоқ, эгилувчан бўлиши мумкин, лекин бош суяги чоклар ёпиқ бўлади. Эрта неонатал даврда улар тезда совиб қолишга мойил бўладилар, полицитемик, гипогликемик, гипербилирубинемик синдром

ривожланиши, респиратор бузилишлар бўлиши мумкин. Бу гуруҳ болаларда турли ирсий патологиялар бўлиши мумкин.

3. **ХРОҚнинг диспластик варианты.** Ирсий патология ёки гинераллашган хомила инфекцияси ёки теротоген таъсирлар натижасида юзага келади. ХРОҚнинг диспластик вариантыни юзага келишида ривожланиш нуқсонлари, тана тузилишининг бузилиши, дизэмбриогенезда стигмаларнинг 5 тадан ортиқ бўлиши хосдир. Бу вариант учун хос кўринишлар куйидагилар: неврологик бузилишлар, модда алмашинувининг бузилиши, анемиянинг оғир шаклли кўриниши, турли инфекцион жараёнларнинг белгилари. ХРОҚнинг бу тури кўпроқ генетик патология фониди ўтади.

2 – жадвал

Асосий дизэмбриогенетик стигмалар (Л.Т.Журба бўйича)

Жойлашган жойи	Зарарланиш ифодаси
Бош суяги	Бош суяги шакли микроцефалик, гидроцефалик, брахицефалик, ассиметрик; Пешонаси қисқа, қош усти дўнглариининг бўртганлиги, энса суягининг осилиб қолиши, энса яссилиги, сўрғичсимон ўсимтанинг гипоплазияси.
Юз	Пешона ва буруннинг бир чизиқда тортилиши. Кўзнинг ёриғининг монголоид ёки антимоңголоид шаклда бўлиши, гипо- гипертелоризм, эгарсимон бурун. Бурун қиррасининг текисланиши, қийшайган бурун. Прямая линия скошенного лба и носа. или ный разрез глаз. Макрогнатия, микрогнатия, прогения, микрогения, иккиланган энгак, понасимон энгак.
Кўз	Эпикант, кўз қовоқлар бурмасининг хиндча бўлиши, қовоқнинг пастга тушиши, кўз ёриқларининг ассисетрияси, учинчи қовоқнинг йўқлиги, дистхиаз (киприкларнинг 2 қатор ўсиши), колобома, рангдор қаватнинг гетерохромияси, қорачиқнинг нотўғри шакли.
Қулоқлар	Қулоқ супрасининг катталиги, кам деформацияланган қулоқлар, хар хил катталиқдаги қулоқлар, қулоқларнинг турли баландликда жойлашиши, пастда жойлашган қулоқлар, helices ва antihelices анамалияси. Қулоқ солинчагининг битиб қолиши. Қулоқ солинчагининг иккиланиши.

Оғиз	Микростомия, макростомия, «баликсимон оғиз», юқори тор танглай, юқори текислашган танглай, гумбазсимон танглай, қисқа тил юганчаси, бурмасимон тил, тилнинг иккиланиши. высокое узкое небо, высокое уплощенное небо, аркообразное небо, короткая уздечка языка, складчатый язык, раздвоенный язык.
Бўйин	Қисқа, узун, қийшиқ бўйин, қанотсимон бурмалар, қўшимча бурмалар.
Тана	Узун, қисқа, кўкрак қафаси ботиқлиги, товуксимон, бочкасимон, ассиметрик, кўрак сўрғичлари орасидаги масофанинг кенглиги, қўшимча сўрғичлар, ханжарсимон ўсимта агенезияси, қорин тўғри мушакларининг диастази, киндикнинг пастда туриши, грижалар.
Бармоқлар	Брахиодактеллия, арахнодактеллия, синдактилия, кафтнинг кўндаланг эгати, бармоқларнинг букувчи контрактураси, V бармоқ калта ва букилган холатда, ҳамма баомоқларнинг қийшиқлиги.
Оёқ панжаси	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, сандалсимон ёриқ, икки тишли, уч тишли, ясси товон, бармоқларнинг бирининг устига бирини чиққанлиги.
Жинсий аъзолар	Крипторхизм, фимоз, жинсий олатнинг ривожланмаганлиги, жинсий лабларнинг ривожланмаглиги, клиторнинг гиперплазияси.
Тери	Депигментацияланган ва гиперпигментацияланган доғлар, катта тукли холлар, гемангиомалар, боршнинг сочли қисмининг аплазияси.

ТАШХИС бир неча параметрларнинг йиғиндисидан келиб чиқади:

А. Гестацион ёшни аниқлаш. Гестацион ёшни аниқлаш жуда муҳимдир.

Бунинг учун охирги ҳайз циклининг биринчи кунини, ҳомиланинг биринчи қимирлаган вақтини, бачадоннинг размери, ультратовуш фетометрия натижаларидан фойдаланилади.

Б. Ҳомилани баҳолаш:

1. Клиник ташҳис
2. Гормонлар даражасини аниқлаш
3. Ультратовуш текширув – бипариенталь диаметр (БПД), қориннинг айланаси, бош айланасининг қорин айланасига нисбати, сон айланаси. йўлдош ва амниотик суяқликнинг морфологиясини баҳолаш.

В. Янги туғилган чақалоқни баҳолаш:

1. Туғилганидан сўнг танавазнинг камлиги
2. Тана вазни индекси
3. Ballard бўйича баҳолаш.

Морфологик белгиларига кўра боланинг гестацион ёшни ҳисоблаш.

(Боллард Дж. ҳаммуаллифлар билан.,1979)

Белгилар	Баллар					
	0	1	2	3	4	5
Тери	Желатиноз қизил, тиниқ	Силлик, пушти, вена томирлари кўринарли	Юзаки қипиқла ниш ёки/ва вена томирлари номига кўринади	Бурмалари кам, веналари кам кўринади	Пергамент симон, чуқур эгатли, томирлар кўринмайди	Етуқ, туқли бурмали
Лануго	Йўқ	Кўп	Сийрак лашган	Туксиз соҳалар	Кўп қисми туксиз	
Бурмалар	Йўқ	Аниқ эмас, қизил чизиқлар	Оёқ панжасининг олдинги қисми бурмали	Оёқ панжасининг 2/3 қисмида бурмалар	Оёқ панжасининг ҳамма қисми бурмали	
Кўкрак сўрғичлари	Сезилар-сезилмас	Ясси, сўрғич атрофи доираси йўқ	Тўқима сезиларли, сўрғич атрофи доираси 1-2 мм	Сўрғич кўтарилган, сўрғич атрофи доираси 3-4 мм	Сут беги тўқимаси тўлиқ шаклланган, сўрғич атрофи доираси 5-10мм	
Қулоқ	Қулоқ супраси ясси, букилганидан сўнг букилганича қолади.	Қулоқ супраси бироз бурмали, юмшоқ, букилганидан сўнг секин	Қулоқ супраси яхўи бурмали, юмшоқ, букилганидан сўнг осон	Зич ва шаклланган букилганидан сўнг дарҳол тўғриланади	Зич тоғай, қулоқ тоғай.	

		тўғрилана ди	тўғрилана ди			
Жинсий аъзо (эркак)	Ёрғок бўш, ажини йўқ.		Уруғдон ёрғокқа тушган, бурмалари бор.	Уруғдон ёрғокқа тушган, бурмалари яхши	Уруғдон “осилган” ёрғок чуқур бурмали	
Жинсий аъзо (аёл)	Клитор ва кичик жинсий лаблар бўртган		Катта ва кичик жинсий лаблар тахминан бир хил	Катта жинсий лаблар кичик жинсий лабларини ёпади.	Клитор ва кичик жинсий лаблар тўлиқ катта жинсий лаблар тагида.	

Кислота – асос мувозанатини, гликемияни, гематокрит сонини биринчи 3 кун ичида сутк4асига 4 мартадан кам бўлмаган ҳолда аниқлаш. Қоннинг клиник таҳлили ҳаётининг 1 – кунда аниқланади ва кейинчалик кўрматма бўйича аниқланади. ХРОҚ билан туғилган болаларда ва муддатига етмай туғилган болаларда тери ости ёғ қавати захираси камлиги учун яққол сариқлик ҳар доим гипербилирубинемиа билан боғлиқ деб топилмайди.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА ХРОҚ АСОРАТЛАРИ

А. Гипоксия

1. Перинатал асфиксия. ХРОҚ билан туғилган чақалоқларда туғруқ стрессини кўтара олмаслиги туфайли уларда кўпинча асфиксия ривожланади.
2. Персистирловчи ўпка гипертензияси. (персистирловчи фетал қон айланиши синдроми.) Деярли барча ХРОҚ билан туғилган болаларда

сурункали ҳомила гипоксияси бўлиб, ўпканинг майда артериолаларининг силлиқ мушакларининг патологик қалинлашуви. Бу ўз навбатида ўпкада артериал гипертензиянинг турли даражаларининг ривожланишига олиб келади.

3. Меконием билан аспирацияланиш. ХРОҚ билан муддатидан ўтиб туғилган чақалоқлар меконий билан аспирацияланиш хавф гуруҳига киради.

Б. Гипотермия. ХРОҚ билан туғилган чақалоқларда терморегуляцияни бузилиши асосида тери ости ёғ қаватининг захирасининг камайиши ётади.

В. Модда алмашинувининг бузилишлари.

1. Гипогликемия. ХРОҚ билан туғилган чақалоқларда углеводлар алмашинуви бузилган бўлади, шунинг учун уларда гипокликемия ривожланаишига мойиллик бўлади. бу ҳолат гликоген захирасининг камайиши ва гликонеогенез жараёнининг бузилишидан келиб чиқади.
2. Гипокальцемия. ХРОҚ билан туғилган чақалоқларда идиопатик гипокальцемия юзага келиши мумкин.

Г. Гематологик бузилишлар. ХРОҚ сабабли ҳомилада гипоксия кечиши натижасида эритропоэтин миқдори ортиши ҳисобига полицитемия ва коннинг қовушқоқлиги ошган бўлади. Полицитемия гипокликемияни чуқурлаштириб миянинг жароҳатланишига олиб келади.

Д. Полицитемик синдром. ХРОҚ билан туғилган чақалоқларнинг 10-15%да кузатилади. Бунда гематокрит кўрсаткич 0,65 гача ва ундан юқорига кўтарилган бўлиб, гемоглобин эса 200 г/л дан ортиқ бўлади. Бу ҳолат ҳомила гипоксияси туфайли эритропоэз фаоллигини ошиши сабабли эритроцитлар миқдорининг кўпайганлигидан келиб чиқади. Неонатал полицитемияда периферик олчаранг цианоз ва юрак етишмовчилиги (тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашуви, юракнинг нисбий чегарасининг кенгайиши, турли шишлар), респиратор бузилишлар

(хансираш, “хириллашли” нафас, ковурғалараро мушакларнинг ортилиши), гипербилирубинемия (эритроцитлар парчаланишининг ошганлиги сабабли), талвасалар (миянинг перфузиясининг етишмовчилиги туфайли), олигоурия бўлиши мумкин. Полицитемия бор бўлган

чақалоқларда талвасалар гипокальцемиа, гипомагнемия ва гипогликемия билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин.

ДАВОЛАШ

Эрта антенатал ташхис қўйиш ХРОҚ ни самарали даволашнинг гаровидир. Агар аёлда овқатланишда етишмовчилик бўлса, гиповитаминоз аниқланса у холда уларни ўрнини тўлдириш ёки коррекция қилиш зарур. Бачадон – йўлдош етишмовчилигида абдоминал декомпрессия, кислородотерапия, пироцетам билан босқичли даволаш самарали ҳисобланади.

Медикаментоз даволаш асоси қуйидагича:

1. Витамин К ни 1-2мг парентерал юбориш.
2. НБС симптомлари яққол намоён бўлганида витамин Е 20 мг/кг м/о 3-5 кун давомида юборилади.
3. Гипогликемияда глюкозанинг 20% эритмасини 2-4 мг/кг миқдорда, кейинчалик глюкозани 10% эритмаси 80 мл/кг/суткасига юборилади.
4. Гипомагниемияда магний сульфатни 25% эритмаси биринчи суткаларда 0,4 мл/кг дан ҳар 6-12 соатда юборилади.
5. Гипокальцемиада кальций глюконатни 10% ли эритмаси 2 мл/кг ҳисобида вена ичига юборилади.
6. Геморрагик синдромда гепаринланган янги қон ёки плазма 10-15 мл/кг ҳисобда қуйилади.
7. Иссиқлик йўқотилишининини олдини олитшга катта аҳамият берилади.
8. Тана вазнининг етишмовчилигида копрограмма қилиш керак ва ўринбосар фермент терапия ўтказиш керак.

Даволашда репаратив, адаптацион ва оқсил-анаболик хусусиятга эга бўлган ўсимлик препаратларини қуйиш яхши натижа беради. Шундай хусусиятга эга бўлган препарат – экдистендир. Экдистен – табиатан стероид структура

бирлашмаси, адаптоген дори восита сифатида регистрацияланган (хисоб рақами 87/848/2) чақалоқлар ва болалар организмда оксил биосинтезини яхшилайдди. Бошқа аноболик стероидлардан фарқи андроген, антигонодотроп, тимолитик таъсири йўқ, буйрак усти безининг пўстлок қаватининг функционал фаолиятига таъсир ўтказмайди. Эқдистен – ЎзРССВ Фармокологик комитети томонидан гипотрофияни даволашда қўлланишга рухсат этилган.

Препарат организмга киритилганда жигар митохондрийларининг функционал жихатдан яхшиланишига олиб келади, бу эса фосфор бирлашмаларини интенсив кўтарилишига қаратилган, натижада митохондрийнинг полифермент система фаолияти ошади ва экзоген таъсирларга нисбатан химояси ошади.

Эқдистен углевод, липид ва электролит алмашувини яхшилайдди. Орган ва тўқималарда гликоген миқдори ошади, холестерин миқдори камайдди.

Эқдистеннинг самараси ҳомила ичи гипотрофияси билан туғилган янги туғилган чақалоқларда қисқа муддатда клиник кўринишларда кузатилади: патологик флексор гипертензиянинг йўқолиши, тери рангини меъёрлашиши, терини эластиклиги ва тўқима тургорини тикланиши, мушаклар тонусининг стабиллашиши, тери ости ёғ қаватини ҳосил бўлиши.

ХРОҚни клиник симптомларида умумий терапия таркибига эқдистен киритилганда ХРОҚ ни даражаларидан қатъий назар яхшинатижа беради.

ХРОҚ билан туғилган чақалоқларда 0,001 г/кг дан овқатдан сўнг 2-3 маҳал эқдистен берилади. Даволаш курси 14-20 кун.

БОБ-4. ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ОНА СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШ

Янги туғилганлик даврида она ва боланинг чамбарчас рухий ва биологик алоқаси кўкракдан эмизиш орқали таъминлаб турилади. Табиий эмизиш афзалликлари аёл сутининг кимёвий ва биологик хоссалари

билангина белгиланиб қолмай, балки қатор бошқа ҳолатларга ҳам боғлиқ. Кўпгина тадқиқотчилар кўкрак бериб овқатлантириш вақтида она билан бола ўртасидаги алоҳида руҳий яқинликнинг муҳимлигига тўхтатилиб ўтадилар. Бу таъсирнинг кўпгина жиҳатларини мавжуд илмий усуллар билан баҳолашнинг иложи йўқ, бироқ кўкрак бериб овқатлантиришнинг бола ҳаётининг биринчи ойида сунъий овқатлантиришга ўтказилган болалар билан таққосланганда фақат эрта психомотор эмас, балки болаларнинг (ва ҳатто катталарнинг) бирмунча юқори ақлий ва эмоционал ривожланишини ҳам қайд қиладилар.

Табиий овқатлантиришнинг болага 4 та асосий йўналишдаги таъсири фарқ қилинади:

- 1) асил овқат таъминоти (бу аҳамияти мослаштирилган аралашмаларда яхши руёбга чиқади);
- 2) иммунологик ҳимоя (специфик ва носпецифик);
- 3) бошқарув фаолияти (она сути таркибида гормонлар, ферментлар, ўсиш омиллари бўлгани боис боланинг ўсиши, ривожланиши ва тўқима таҳассулашувини бошқарадиган биологик фаол маҳсулот ҳисобланади, деб таъриф қилинади);
- 4) эмоционал ва хулқ-атвор омили (бу ҳоссаи сутнинг ўзининг биологик фаоллигига боғлиқлигидан ташқари, эмизишлар ритми, сутнинг тушиш тезлиги, она билан руҳий яқинлик мавжудлиги ва ҳозирча номаълум бўлган бошқа бир қатор омилларга боғлиқ).

Бундан ташқари, табиий эмизиш овқат вақтида ҳатти-ҳаракат ва метаболик стереотип шаклланишига имкон беради, анемия, рахит, аллергик ва инфекцион касалликлар ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради. Табиий эмизишнинг келажакдаги самарадорлиги ҳам муҳим. Чунончи, кўкрак сути эмган болаларда руҳий-асаб касалликлар, атеросклероз, лейкозлар, тиш-жағ тизими бузилишлари ва инсулинга қарам қандли диабет ишонарли камроқ ривожланади.

Фарзандли бўлиш жараёни табиий тугалланган фаолиятни касб этган холда, аёллар учун бола туғиш фаолиятини руёбга чиқариш босқларидан бири табиий эмизиш ҳисобланади, бу аёлнинг кейинги ҳаёти ва соғлиғи учун катта аҳамиятга эга. Чунончи, лактация даврида ҳайз кўрмаслик, кейинги хомиладорлик ва туғруқ муддатларининг узайишига шароит яратади, натижада туғруқлар орасида етарлича оралик даврга эришилади. Бундан ташқари, кўкрак бериб эмизадиган аёлларда кўкрак безининг хавфли ўсмалари сезиларли камайиши кузатилган.

Лактация даври бир неча босқичларга бўлинади. Онада туғруқдан кейин қонда йўлдош гармонлари (эстрогенлар ва прогестерон) даражасининг кескин пасайиши таъсири остида пролактин секрецияси кўпаяди ва лактациянинг барқарор бўлиш даври бошланади. Туғруқдан кейин дастлабки 3 кунда кўкрак безларидан оғиз сути ажралади, у қуюқлиги, сарик-қўнғир ранги, юқори солиштира оғирлиги (1,050 - 1,070) билан ажралиб туради, иситилганда осон ивиб қолади. Оғиз сути аввало юқори қийматли оқсилга бой манба ҳисобланиб, ўзига хос метаболик қийматга эга, оқсили етилган сутдагига нисбатан бир неча марта кўп. Оғиз сути катта миқдорда альбумин фракцияли оқсиллари билан ажралиб туради, бу оқсилнинг умумий миқдори казеин фракциясига нисбатан тахминан 9,5% алмаштириб бўлмайдиган аминокислоталарга бой, унинг улуши, тахминан 6% (етилган сутда тегишлича 17 ва 20%). Оғиз сутида етилган сутга нисбатан А, С, Е, В₁₂ витаминларига, рух, мис, темир тузларига, лейкоцитларга (кўпроқ лимфоцитларга) бой ҳисобланади. Унда катта миқдорда иммуноглобулинлар борлиги айниқса муҳим (секретор IgA), у лактациянинг 3 – ҳафтасида етилган сут билан алмашинади. Етилган она сути ўз миқдорий ва сифатий таркибига кўра кўпчилик болалар аралашмаларининг асоси бўлган сугир сутидан анча фарқ қилади (6, 7, 8-жадваллар).

Жадвал 7

Оғиз сути ва етилган она сутининг қиёсий таркиби

Сут тури	Оқсил	Қанд	Ёғ	Кул (зола)
----------	-------	------	----	------------

Оғиз сути	2,2-5,8	4,1-7,6	3,8-4,1	0,31-0,48
Ўтиш даври сути (4-5 кундан)	1,6-2,1	5,7-7,8	2,9-4,4	0,24-0,34
Етилган сут (2-3 ҳафтадан)	0,9-1,8	7,3-7,6	3,3-3,4	0,18-0,21

Жадвал 8

Оғиз сути ва сут калориялилиги (ккал/л)

Лактация куни				
1 – кун	2– кун	3– кун	4– кун	5– кун ва кейинроқ
1500	1100	800	750	700-650

Жадвал 9

**Она ва сигир сутида асосий озуқа таркибининг ўртача миқдори.
(И.Я. Конь.,2000)**

Миқдори 100 мл да	Она сути	Сигир сути
Оқсил, г	0,9-1,3	2,8-3,2
Зардоб оқсиллари, %	65-80	20
Казеин %	35-20	80
– лактоальбулин, мг	26	9
– лактоглобулин, мг	-	30
Ёғлар, г	3,9-4,5	3,2-3,5
ПНЖК, (ПТЁК) умумий ёғдан %	12,75	3,5-8,0
Линол кислота, %	13	1,6
Линолен кислота, %	0,29	0,2-0,4
Арахидон кислота, %	0,51	1,2-1,8
ПНЖ/НЖК	0,4	0,04
ТТЁК ПНЖК и 6/3 га нисбати	10:1-7:1	0,9-1
Углеводлар, г	6,8-7,2	4,8
Калориялик, ккал	70-75	62,0-66,5
Минерал моддалар, мг	200	700
Кальций, мг	35	120
Фосфор, мг	15	95
Кальций/фосфор нисбати	2,1-2,4	1,2-1,3
Натрий, мг	15	39
Кальций, мг	60	150
Магний, мг	4	10
Темир, мг	0,07	0,03
Рух, мг	0,3	0,4

Йод, мк	6,0	12,0
Селен, мкг	1,5-2,0	4,0
Мис, мг	0,04	0,02
Витаминлар		
А, мг	0,06	0,08
В ₁ , мг	0,1	0,04
В ₂ , мг	0,03	0,19
В ₆ , мг	0,006	0,04
РР, мг	0,28	0,08
С, мг	4,0	1,4
В ₁₂ , мкг	0,01	0,35
В _с , мг	5,2	5,3
Д ₃ , (МС)	0,5	0,3
Е ₁ , мг	0,35	0,11

Она сути таркиби индивидуал тебранишларга мойил ва қатор омиллар: онанинг овқатланиш хусусиятлари ва ҳарактери, лактация муддати, соғиш усули ва сут порцияси билан белгиланади (“олдинги” ва “кейинги” сут), муддатида туққан ва вақтидан олдин туққан она сути таркибида аниқ тафовутлар бўлади.

Она ва сигир сути оқсил компонентини таққослашда она сутида кўп миқдорда майда дисперс оқсиллар (альбуминлар), сигир сутида – йирик дисперс оқсиллар (казеин) устунлик қилиши эътиборни ўзига тортади. Она сутида зардоб оқсилларининг казеинга нисбати – 4:1, сигир сутида эса – 1:4. Она сути меъдада ивиганда майда дисперс оқсиллар устунлик қилгани боис майда ипир-ипирлар ҳосил бўлади, бу меъда шираси ферментлари таъсири учун юзани катталаштиради. Она сути оқсилларининг тузилиши бола зардоби оқсилларига биологик яқинлиги ҳисобига уларнинг тахминан қисми янги туғилган чақалоқ меъдаси шиллиқ қаватида сўрилади ва қонга ўзгармаган ҳолатда ўтади. Кўкрак сути, сигир сути каби, барча зарур алмаштириб бўлмайдиган ва алмаштирса бўладиган аминокислоталар тутади, бироқ аёл сутида уларнинг нисбати ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган бола эҳтиёжларига кўпроқ мос келади. Кўкрак сути цистин, цистеин, пролин, лейцин, ренинга бойроқ, бироқ метионин ва цистиннинг юқори миқдори фенилаланин ва тирозиннинг нисбатан паст концентрацияси

билан бирга келади. Бундай нисбат алмашинув жараёнлари ва МНС нозик ихтисослашуви учун оптимал ҳисобланади.

Она сути ўз таркибида ҳар хил антиинфекцион ҳимоя омилларини сақлайди. Табиий овқатлантирилаётган болалар сунъий боқиладиган болаларга нисбатан ҳар хил инфекцион касалликларга 1,5-2 марта ичак инфекцияларига 14 марта кам дучор бўладилар. Чунки кўкрак сутида сигир сутига қараганда глобулинлар 2 баробар кўп бўлади, унда иммуноглобулинларнинг (Ig) ҳамма 5 та синфлари мавжуд. Сутида секретор IgA даражаси қон зардобидан ҳатто юқори.

Бундан ташқари, термик ишлов берилмаган она сутида ичак деворида β - лимфоцитлар ихтисослашуви рағбатлантирадиган медиаторлар ажратиш қобилияти бўлган она лейкоцитлари (макрофаглар, нейтрофиллар, Т ва β -лимфоцитлар) бўлади. Она сутида кўп миқдорда комплемент (перфорин эффекти бўлган) лизоцим (бактериал девор протеогликанларини шикастлантирадиган, N-ацетилглюкозамин ишлаб чиқарадиган бифидобактерияларнинг ўсиш стимулятори), парааминобензой кислота ва ҳар хил бактерицид моддалар (лактенин), иммуноглобулинлар ишланишини рағбатлантириш хусусиятига эга ёғ кислота фракцияларидан бири бўлади.

Она сутида бифидоген омил азот сақловчи олигоаминосахарид 40 баробар кўп бўлади, у янги туғилган чақалоқлар ичагининг бифидобактериялар билан тез ишғол қилинишига имкон беради, бу ўз навбатида ацетил ва сут кислоталарнинг кўпроқ ишланиши ҳисобига нажас Р_hни пасайтиради, грамманфий бактериялар ва замбуруғлар ўсишини тўхтатиб туради.

Она сутининг ҳимоя омилларига, шунингдек лактопероксидаза (она сутининг В₁₂ билан боғланган протеини), лактоферрин (бактериялар ҳаёт фаолияти учун зарур темир ионларини боғлаши натижасида бактериостатик таъсир кўрсатади), антистафилококк омилни (линолен кислота унумли) ҳам киритадилар. Ичак касалликларида, дисбактериозларда ички тўсиғи бирмунча ўтказувчан бўлиб қолади, бу полипептидлар (юқори молекуляр

оксиллар) нинг сўрилиш имкониятига олиб келади. Аёл сути оксиллари таркиби бўйича бола оксилларига яқинлигини назарда тутиб, табиий овқатлантириладиган болаларда энтерал сенсibiliзация, яъни овқат аллергияси бирмунча кам ривожланади. Бунинг устига табиий овқатлантиришда овқат антигенларига толерантлик кўпроқ шаклланади.

Нисбатан яқинда, она сути таркибида ўсишни рағбатлантирадиган ва айрим тўқима ва аъзоларнинг ихтисослашуви амалга оширадиган моддалар аниқланди. Ҳозирги вақтга келиб, нейроўсиш ва эпидермал ўсиш омиллари батафсил ўрганилган. Уларнинг фақат натив аёл сутида бўлишини кўрсатиб ўтиш жоиз. Нейроўсиш омили периферик нерв тизими нейронларининг ихтисослашуви рағбатлантириш учун зарур. Эпидермал ўсиш омили ҳаётининг биринчи соатларида меъда, ингичка ичак ва йўғон ичакларнинг бошланғич қисми деворларининг ўсишини тезлаштиради, шунингдек у митоз бўлинишни ва хужайрада ДНК синтезини рағбатлантиради.

Кўкрак сути билан овқатлантиришда ёғнинг микдорий ва сифатий таркиби катта аҳамиятга эга, чунки сутнинг энергетик қийматининг тахминан 47%и ипидлар ҳисобига қопланади. Турли муаллифларнинг маълумотлари бўйича ёғнинг умумий микдори 100 мл да 2,7 дан 4,5 г гача ўзгариб туради. Аёл сути ёғлари сигир сутидан кўпроқ эмульсияланган, холестерин, фосфатидларга бойроқ (нерв толаларининг миелинизацияси учун зарур), осон суюқланадиган ёғ кислоталари ва ТТЁК кўп микдорда. ТТЁК хужайра қобиқлари ва хужайралараро субстанциялар таркибига киради, фосфатидларнинг таркибий қисмлари, тўқима гормонлари ўтмишдошларининг простагландинлари ҳисобланади. ТТЁК танқис бўлганда тана вазни ва бўй ўсишдан орқада қолиши, гиперкератоз, экзантема, ультрабинафша нурланишга нисбатан сезувчанликнинг ошиши, капиллярлар девори мўртлигининг ошиши, геморрагик синдромга мойиллик, полиурия, полидипсия ривожланади. Янги туғилган чақалоқларда ТТЁК етарлича организмга тушмаслиги шу билан изоҳланадики, хужайралар ўсиши ва уларда митохондрийлар сонининг кўпайиши, линолен кислотанинг катта

миқдорда сарфи билан фосфолипидлар синтезланади (линолен ва арахидон кислоталардан фарқли равишда организмда синтезлана олмайди, уларнинг синези пиридоксин ва биотин бўлганда амалга ошиши мумкин), бу унинг овқат билан доимо тушишини талаб қилади. Она сути ёғида сигир сутига караганда фосфолипидларнинг 5 баравар кўп концентрацияси бўлиши катта аҳамиятга эга. Фосфолипидлар овқат ўн икки бармоқ ичакка ўтаётганда пилориснинг бекилишини, меъдадан овқатнинг бир текис эвакуациясини, ичакка ўтнинг эрта ва кўп миқдорда тушишини таъминлайди. Фосфолипидлар шунингдек, балласт ёғ йиғилишини чегаралайди ва организмда оксил синтезига имкон беради.

Она сутида сут қандининг миқдори кўпроқ, унинг 90% β -лактозадир. Она сути β -лактозаси α -лактазага қарама-қарши ўлароқ (сигир сутида устунлик қилади) секин сингади ва ўйғон ичакка утганда граммсубат бактериялар флорасининг ўсишини, шунингдек ичак микроорганизмлари иштирокида В гуруҳидаги витаминлар синтезини рағбатлантиради.

Она сутида ҳазм ферментлари: липаза, амилаза, пепсиноген, трипсин фаоллиги етарлича юқори, бу шунингдек унинг яхшироқ сингишига ёрдам беради (масалан, она сути липазасининг фаоллиги сигир сутига нисбатан 15-20 марта кўп). Катта миқдорда бўладиган темир, мис, рух, кобальт ва бошқа микроэлементлар осон ўзлаштирилиши ҳисобига (яъни оксил-микропротеин билан алоқада) аёл сути анемияга қарши таъсирга эга. Кўкрак сутининг рахитга қарши таъсири D_3 витамин, лимон кислотаси, миқдорининг кўплигига боғлиқ. Кальций ва фосфор нисбатининг оптимал сўрилиши -1:1.

Она сутида витаминлар миқдори йил фаслига ва эмизаётган она овқатининг витаминли қийматига боғлиқ. Аёл сутида ўрта ҳисобда сигир сутига нисбатан РР, С, Е, D витаминлари кўпроқ бўлади.

Кўкрак сутида минерал тузларнинг умумий миқдори сигир сутидан кам. Бу муҳим аҳамиятга эга, чунки буйраклар экскретор фаолияти паст бўлган бола организмда ҳаётининг биринчи ойларида ионларнинг осмотик фаоллигини ошиб кетмаслигига имкон беради.

Она сутида асосий овқат ингредиентлари (оксиллар, ёғлар ва углеводлар) нинг нисбати уларнинг парчаланиши ва сўрилиши учун оптимал ҳисобланади. Шундай қилиб, кўкрак сути ҳаётнинг дастлабки 4,5-6 ойларида боланинг тўғри ривожланишини таъминлаши мумкин. Бундан каттарок ёшдаги болалар кўшимча овқат моддаларни киритишга муҳтож бўладилар.

Табиий овқатлантиришнинг долзарб муаммоси она сутида катор табиий бўлмаган бирикмалар (дорилар, алкоголь, никотин) борлиги ҳисобланади. Алкоголь сутга ва она қонига бир хил концентрацияда тушади. Эмизикли она алкогольли ичимликлар истеъмол қилганда аввало сут ажралишининг гормонал бошқарилиши бузилади ва лактациянинг тезда йўқотилиши рўй беради. Алкоголь мунтазам ичилганда ва кўкрак билан эмизиш давом эттирилганда болада ўсишдан ва психомотор ривожланишдан орқада қолиш, шунингдек Кушинг синдроми пайдо бўлган ҳоллар тасвирланган. Никотин ҳам она сутида йиғилади. Кунига 6-12 та сигарет чекишда пайдо бўладиган чақалоқлар никотин интоксикацияси тасвирланган. Болалар бўшашган бўлиб қолади, эмишдан бош тортади, қайт қилиши, қабзият, сийдик тутилиши кузатилиши мумкин.

Сигарет тутунида бўладиган бензпирен ва бошқа канцерогенлар ҳам осонликча сутга киради.

Кўкрак сути билан муваффақиятли овқатлантиришнинг 10 та тамойиллари

Дастурнинг негизини БЖССТ ва ЮНИСЕФ экспертлари гуруҳи таърифлаган “Кўкрак сути билан муваффақиятли овқатлантиришнинг 10 та тамойили” ташкил қилади:

- 1) кўкрак сути билан овқатлантиришнинг белгиланган қоидаларига амал қилиш ва бу қоидаларни тиббиёт ходимлари ҳамда туғруқ ёшидаги аёлларга маълум қилиш;
- 2) кўкрак сути билан овқатлантириш қоидаларини амалга ошириш учун тиббиёт ходимларини кўникмаларга ўргатиш;

3) ҳамма ҳомиладор аёлларга кўкрак сути билан овқатлантиришнинг афзалликлари ва усуллари ҳақида маълумот бериш;

4) оналарга туғруқдан кейин биринчи ярим соат ўтгач эмиза бошлашда ёрдам бериш;

5) оналарга ҳатто ўз болаларидан вақтинча ажратилган тақдирда ҳам қандай эмизиш ва лактацияни қандай қилиб сақлаб қолишни ўргатиш;

6) янги туғилган болаларга тиббий кўрсатмалардан ташқари ҳолатларда бошқа овқат ёки суюқликлар бермаслик;

7) она ва янги туғилган чақалоқнинг кеча-кундуз битта хонада бўлишларига одатлантириш;

8) кўкрак бериб эмизишни жадвал бўйича эмас, чақалоқнинг талабига кўра қондириш;

9) эмизиб боқилаётган чақалоқларга ҳеч қандай тинчлантирувчи воситалар ва она кўкрагини эслатадиган воситаларни асло бермаслик;

10) кўкрақдан эмизишни қувватлайдиган гуруҳлар тузишни маъқуллаш ҳамда оналарни туғруқхона ва касалхонадан чиққанларидан сўнг шу гуруҳларга юбориш.

Соғлом ой-қунига етиб туғилган чақалоқларни бағрига олиш, туғилгандан кейин дастлабки ярим соатда амалга оширилиши керак. Эрта бағрига олиш овқатлантириш фаолиятини бажармайди. Болага тушадиган оғиз сүтининг ўртача миқдори тахминан 2 мл. Бироқ ҳатто шу миқдор лактогенезни рағбатлантиришда, давомийлигини оширишда, иммунологик ҳимояни қарор топтиришда ва чақалоқларнинг касалланишини камайтиришда муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, янги туғилган чақалоқларни ҳомиладан ташқари шароитларга тезроқ мослаштиради, ичаклар ҳамда териға бифидобактерияларнинг эртароқ ўрнашишига ва ичак транзитор дисбактериози фазасини давомийлигининг камайишига олиб келади.

Туғилгандан сўнг 30 дақиқа ичида боланинг она билан эрта яқин бўлиши (“бадани баданига тегиши”) онанинг тез тинчланишига ва унда

стресс гормонал фонининг тез йўқолишига, оналик меҳри уйғонишига, бачадоннинг туғруқдан кейинги инволюциясига имкон беради, она билан бола ўртасида руҳий алоқа ўрнатилади, 4 ойгача кўкракдан эмадиган болалар сонини кўпайтиради. Она ва бола аҳволи қониқарли бўлганда ечинтирилган болани яланғоч она қорнига ётқизилади, бир оз вақт ўтгач янги туғилган бола она бағрига талпинади ва кўкрагини эма бошлайди. Биринчи эмизиш тахминан 20 минут давом қилиши керак. Болани кўкракка кечроқ олишга кўрсатмалар 9-жадвалда келтирилган.

Жадвал-10.

Болани кўкракка кечроқ олишга кўрсатмалар

Бола томонидан	Она томонидан
1. Апгар шкаласи бўйича баҳо камида 5-6 балл	1. Туғруқларда операция амалиётлари
2. Калла суяги мия жароҳатига гумон	2. Туғруқларда преэклампсия
3. Қониқарсиз умумий ҳолат	3. Туғруқ вақтида кўп қон йўқотиш
4. Ўта муддатига етмай туғилганлик	4. Ҳар қандай инфекция шароитлари
5. Овқатни қайт қилиш	
6. Ривожланиш нуқсонлари	

Жадвал-11.

Кўкрак сути билан эмизишга қарши кўрсатмалар

Боланинг касалликлари*	Онанинг касалликлари**
Модда алмашинувининг туғма нуқсонлари (фенилкетонурия, галактоземия, лейциноз, алактазия, гиполактазия, муковисцидоз)	1. Силнинг очик ва фаол шакллари
	2. Даволанган захм (агар онага ҳомиладорликнинг 6-7 ойидан кейин юққан бўлса)
	3. ОИВ инфекцияли аёллар (онани хохишига кўра)
	4. Хавфли ўсмалар

	5. Юрак, буйракларда декомпенсация ҳолати
	6. Айрим ҳолларда рухий касалликлар

Эслатма: * - бундай ҳолларда бола сутсиз овқатлантиришга ўтказилади, соя сути ёки махсус аралашмалар (Берлафен ва б.) ишлатилади.

** - бошқа инфекцияларда маълум шароитларда эмизиш мумкин (аёл ҳолатига кўра)

Болани кўкрак сути билан ва соғилган сут билан овқатлантиришга қарши кўрсатмалар она ва боланинг айрим касалликларига тааллуқли (10-жадвал).

Бола ҳаётининг дастлабки кунларида овқатланишнинг мезонлари: суткасига 3% гача тана вазнини йўқотиши, эмизишлар оралиғида боланинг ўзини тинч тутиши, эмизишдан кейин она кўкрагида сут борлиги. Боланинг дастлабки тана вазнининг камайиши 10%дан ошганда уни ҳар эмизишдан олдин ва кейин тарозида қиёслаб тортилади. Онада сут етишмаганда янги туғилган чақалоққа 4 кунгача қўшимча овқат тайинланмаслик лозим. Чунки қўшимча овқатни эрта киритиш эмиш фаоллигини ва шунга мувофиқ лактация ҳажмини камайтиради.

Болани овқатлантиришда она томонидан бўладиган (сўрғичларнинг шилиниш ва ёриқлари, мастит, галакторея, қаттиқ кўкрак, аёлнинг касалликлари, гипогалактия), шунингдек бола томонидан бўладиган қийинчиликлар (тил оқариш, лаб ва қаттиқ танглай нуқсонлари, прогнатизм ва Пьер Робен синдроми, тумов, тилнинг қисқа юганчаси, одатий бўлиб қайт қилиш, қабзиятлар ва б.) педиатрга кўпинча қатор муаммоларни келтириб чиқаради. Уларнинг олдини олиш ва даволашга доир бошқа қўлланмаларда маълумотлар кўплиги туфайли тўхталиб ўтмаймиз.

Жадвал-12.

Ҳаётининг биринчи йилини яшаб келаётган болалар учун овқат моддалари ва энергия сарфининг суткалик меъёрлари

Овқат ингредиентлари	0-2 ой	3-5 ой	6-11 ойлик
Энергетик таъминот (ккал/кг)	115	115	110
Оқсил (жами), г/кг*	2,2	2,6	2,9
Ҳайвонот оқсилли, г/кг	2,2	2,5	2,3
Ёғ (жами), г/кг	6,5	6,0	5,5
Линолен кислота, г/кг	0,7	0,7	0,7
Углеводлар (жами) , г/кг	13,0	13,0	13,0
Кальций, мг	400	500	600
Фосфор, мг	300	400	500
Магний, мг	55	60	70
Темир, мг**	4	7	10
Рух, мг	3	3	4
Йод, мкг	40	40	50
Витамин С,мг	30	35	40
Витамин А, мг рет экв., мкг	400	400	400
Витамин Е, токоферал экв., мг	3	3	4
Витамин D, мкг	10	10	10
Витамин В ₁ , мг	0,3	0,4	0,5
Витамин В ₂ , мг	0,4	0,5	0,6
Витамин В ₆ ,мг	0,4	0,5	0,6
Витамин РР, ниацин экв.,мг	5	6	7
Фолацин, мкг	40	40	60
Витамин В ₁₂ , мкг 03	0,3	0,4	0,5

Эслатма:

* - ФАО (ЖССТ 1987) эксперт гуруҳи тавсияси бўйича овқатлантиришнинг барча шаклларида оқсилга кунлик эҳтиёж 3 ойликкача бўлган болалар учун 2,0-2,3 г/кг, 4-6 ой – 1,49 г/кг, 7-9 ой-1,25 г/кг, 10-12 ой – 1,15 г/кг.

** - озуқа темир моддасининг 10% сингиши ҳисобга олинганда.

Оғирлиги кам ва йирик болаларни овқатлантириш муаммосига эътибор каратамиз ҳолос. Сўнгги йилларда она сутининг метаболик қийматига доир текширишлар туфайли овқатнинг зарур ва етарли миқдорларини ҳисоблашни услубий ёндошишлари ўзгартирилган. (11-жадвал).

Юқорида келтирилган овқат нормативлари қатъий эмас ва албатта риоя қилишни талаб этмайди. Айрим болаларнинг ҳар хил овқат ингредиентларига ўзига хос эҳтиёжлари биокимёвий ўзига хосликни белгилайдиган генотипик хусусиятларга кўра катта миқёсда ўзгариб туради.

Йирик болаларни овқатлантириш тўғрисидаги масалага қайтиб айтиш лозимки, статистика бўйича тахминан 5% болалар туғилганда вазни 4200г, 0,5% эса 5000г дан кўп бўлади. Бу болаларга кўкрак сути етадими? Сут миқдори етарлича бўлганда ва она рационал овқатланишда она сути ҳаётининг биринчи ойи мобайнида йирик соғлом боланинг ҳамма асосий эҳтиёжларини қондиради.

Боланинг овқати овқат ингредиентларига максимал эмас, балки оптимал қоплашга асосланиши керак. Ҳаётининг биринчи йилида тана оғирлиги ортиқча қўшиладиган болалар, оғирлиги меъёрий бўлган болаларга нисбатан 1,5 марта кўпроқ касалланадилар. Чунончи, улар ЎРВИ (1,5 марта), пневмония (2 марта), ҳазм қилишнинг ўткир бузилишлари (2 марта кўп) билан касалланадилар. Бундан ташқари, ҳаётнинг биринчи ҳафталари ва ойларида калорияси бўйича ортиқча овқатланишда ёғ тўқимасида адипоцитлар миқдори 4-5 мартага кўпайиши мумкин, бу-кейинчалик ёғ босиш ривожланишига асос бўлиб қолади. Илк гўдаклик ёшида болаларга оқсиллар кўп берилганда кўпгина аллергик диатез кўринишлари, буйрақлар интерстицийси зарарланиши, руҳий ривожланишдан орқада қолиш кузатилади.

Гестацион ёши 32 ҳафтадан кам болаларни назогастрал зонд орқали соғиб олинган сут билан овқатлантириш зарур, соғишни туғруқдан кейин дастлабки 6 соатда бошлаш керак. 32-34 ҳафталик гестация ёшидаги болаларни зонд орқали ҳам, шишачадан ҳам боқилади. Кўкрак сутини

бевосита бола оғзига соғиш ҳам мумкин. Гестациянинг 34 ҳафтасидан катта болалар кўкрак эмишлари мумкин. Зонд орқали ёки пиёлачадан (чашкача) кўшимча овқатлантириш мумкин.

Шундай қилиб, ҳозирги босқичда илк гўдаклик ёшидаги болалар овқати тўғрисидаги назариянинг асосий йўналиши табиий овқатлантириш афзалликларига доир билимларнинг тарқатилиши, уни сақлаб қолиш йўллари излаш ҳисобланади.

БОБ - 5. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР АСФИКСИЯСИ

ХКК Р 21.(Р 21.0-Р 21.9)

Ҳар йили дунёда 40000000 чақалоқда асфиксия ҳолати қайд этилади. Яъни ҳар 1000 тирик туғилган чақалоқнинг 1дан 50 нафаригача кузатилади. Ривожланган ва ривожланаётган давлатларда унинг учраш частотаси кескин фарқланади. ЖССТ кўрсатмаларига кўра асфиксия ривожланаётган давлатларда касалланиш ва ўлим кўрсаткичларинининг асосий сабаби бўлиб ҳисобланади. Ҳар йили 5000000 неонатал даврдаги ўлимнинг 19%и туғруқ вақтидаги асфиксияга боғлиқ.

Янги туғилган чақалоқлар асфиксияси – юрак фаолияти сақланган ҳолатда, нафас йўқлиги ёки номунтазам, самарасиз нафас ҳаракатлари билан тавсифланадиган синдромдир. Атаманинг шартли эканлиги ўз-ўзидан аён, чунки юнончадан таржима қилинганда “пульс йўқлиги” деган маънони билдиради.

Асфиксия қонда кислород миқдорини камайиши, карбонат ангидрид миқдори ва метаболик ацидознинг кучайишига олиб келувчи газ алмашинувининг бузилишидир.

Кейинчалик, узоқ давом этувчи асфиксия тизимли босимнинг пасайиши(гипотензия) ва ички аъзолар ишемиясига олиб келади.

Ҳомила ичи гипоксияси - перинатал ўлим сабаблари ичида етакчи ўринни эгаллайди. Болаларнинг ўлик туғилиши ва янги туғилганлик даврида ўлимга олиб келадиган патологик омилларнинг 60 %и антенатал даврга ва атиги 20 %и туғруқ даврига тўғри келади. Сурункали ҳомила ичи гипоксияси билан касалланган бола учун туғруқ фаолиятининг асоратлари, айниқса нохуш ҳисобланиб, компенсатор механизмларнинг бузилиши ва оғир оқибатларга олиб келади. Перинатал гипоксия ҳомила ва янги туғилган чақалоқда марказий нерв тизими шикастланишларининг 30 – 60 % ига сабабчи ҳисобланади, бу ўринда патологик четланишларнинг юзага чиқиш даражаси ҳомила ичи гипоксиясининг қанча давом этганлигига ва оғирлик даражасига боғлиқ бўлади.

Этиология: Анамнезга кўра антенатал ва интранатал даврда кузатиладиган патологиялар асфиксияга олиб келувчи хавф омиллари сифатида баҳоланади ва улар бирламчи реанимация ўтказиш учун керакли тайёргарлик қарорини қабул қилишда муҳим аҳамият касб этади.

Асфиксияга олиб келувчи омиллар:

1. Туғруққача бўлган омиллар:

- Сурункали юрак қон томир касалликлари;
- Сурункали нафас олиш тизими касалликлари;
- Сурункали сийдик-таносил тизими касалликлари;
- Оғир даражали анемия;
- Ҳомиладорликнинг III триместридаги инфекцион касалликлари;
- Қандли диабет;
- Ҳомиладорликнинг 2- ва 3- ойлигида қон кетиши;
- Ҳомила олди қобиқларининг вақтидан олдин ёрилиши;
- Она ёшининг 16 ёшдан кичик ва 35 ёшдан катта бўлиши;
- Кўп ҳомилалик ;
- Вақтидан ўтиб кетган ҳомиладорлик;
- Зарарли одатлар (ичиш, чекиш, наркотик моддаларни қабул қилиш);
- Узоқ кечувчи гестозлар (4 ҳафтадан ортиқ);
- Бачадоннинг доимий тонусда бўлиши;
- Чақалоқлар гемолитик касаллиги;
- Ковак венанинг бачадон танаси билан эзилиши;
- Антенатал кузатувнинг йўқлиги;
- Ҳомила аномалиялари.

2) Интранатал омиллар:

- Туғруқ вақтида кучли қон кетиши;
- Ҳомиланинг думба билан келиши;
- Ҳомила олди сувларининг меконий билан бўялиши;
- Меъёрий булмаган ҳомила юрак тонлари;

- Тезкор ва оғир туғруқ;
- Ҳомила олди сувларининг ёмон ҳидли бўлиши;
- Чўзилган туғруқ;
- Бола елкасининг дистоцияси (туғруқ йўлларида сиқилиб қолиши);
- Кесар кесиш;
- Акушерлик қисқичлари ёки вакуум экстрактордан фойдаланиш;
- Вақтидан илгари туғруқ;
- Чўзилган сувсиз давр;
- Ҳомиланинг хавф солувчи юрак ритми;
- Киндик қовузлогининг тушиб қолиши;
- Йўлдошнинг кучиши;
- Чанок, думба билан келиши ва бошқа аномал келишлар;

Ўткир асфиксиясига интранатал омиллар сабабчи ҳисобланади. Бироқ ҳомиланинг барча тизими меъерий етилиши ва фаолият кўрсатишини бузган сурункали антенатал гипоксия фонида пайдо бўлган асфиксия энг оғир кечади ва оқибати нохуш бўлади. Лекин антенатал гипоксия туғруқда ҳаммавақт ҳам ўткир асфиксияга олиб келавермайди.

Ҳомила олди сувларида меконий 15% туғруқ вақтида топилади, бироқ шундай болаларнинг 100 тадан 8-10 таси меконий аспирациясига ёки фетал дистрессга учрайди. Ўткир асфиксияда туғилган кўпчилик болаларда юқорида санаб ўтилган омиллар кўшилиб келади, лекин янги туғилган кўпчилик чақалоқларни ўткир асфиксияга олиб келадиган 5 та етакчи механизмлар мавжуд:

- 1) йўлдош оналик қисмининг ноадекват гемоперфузияси (хусусан, онадаги ҳар қандай гипер- ёки гипотензион синдром);
- 2) онада анемия, юрак қон-томир ва нафас етишмовчилиги бўлган тақдирда, она қони оксигенациясининг ёмонлашуви;
- 3) йўлдош кўчганда газлар алмашинувининг бузилиши;
- 4) киндик тизими орқали қон оқимининг тўхташи (тугунлар, босилиш, киндик қовузлоқлари тушиши);

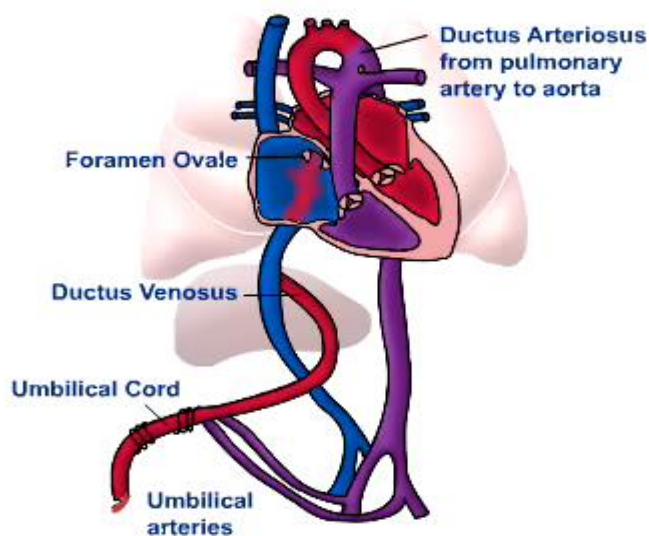
5) боланинг мустақил адекват нафас олиш имкониятининг йўқлиги (ривожланиш нуқсонлари, МНС зарарланиши, онани медикаментоз даволаш ва б.).

Боланинг интранатал асфиксия ҳолатида туғилишини ишонч билан олдиндан башорат қиладиган ягона диагностик белги мавжуд эмаслигини кайд этиб ўтмоқ зарур. Чунончи, ҳомилада юрак қисқаришлари сонини мониторинг қилиш (кардиотокография) каби кенг тарқалган усул етарлича натижа бермади, бу ўтказилган кўп сонли текширишларда намойиш қилинди. Шунинг учун ҳатто антенатал анамнези яхши бўлган бола туғилганда ҳам реанимацион тадбирлар ўтказиш учун ҳамма жихозларни тахт қилиб қўйиш керак (қуйироққа қ.).

Ҳомила ва чақалоқ организмидаги физиологик ўзгаришлар

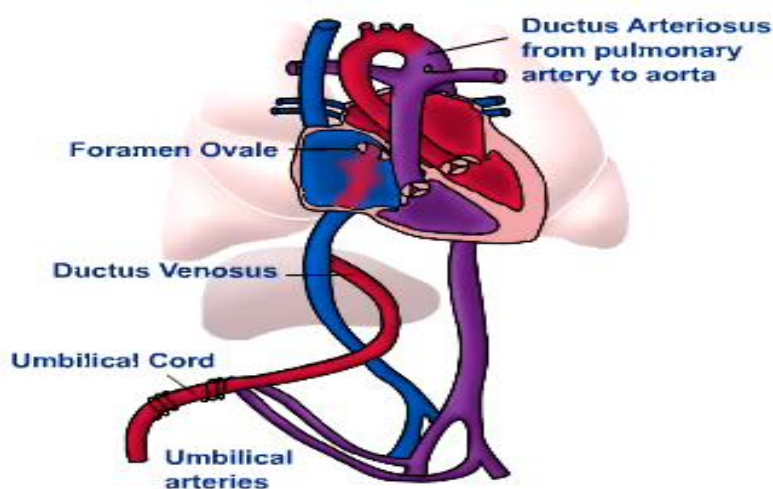
Кислород ҳомила учун ҳаётий муҳим ҳисобланиб, у йўлдош қобиклари орқали она қонидан ҳомила қонига диффузия йўли билан ўтади.

Ҳомиланинг ўпка альвеолалари ҳомила олди суви билан тўлган. Ўпка артериолалари торайган, ўпкада қон айланиш пасайган ва қоннинг озроқ қисмигина ўпка орқали ўтади. Ҳомилада газ алмашинуви ва она қорнида кислота-ишқор алмашинуви йўлдошга боғлиқ. Қон артериал йул орқали аортага ўтиб кетади (1 расм)



Расм 2. Ҳомила қон айланиши.

Туғруқдан сўнг қон айланиши ва ўпканинг ҳолати. Туғилгандан сўнг чақалоқ бошқа йўлдош билан боғланмаган ва унинг ўпкаси кислороднинг асосий манбаи бўлиб ҳисобланади. Ўпкадаги ҳомила олди сувларининг 20%и табиий туғруқ вақтида нафас йўллари орқали ташқарига чиқиб кетади, 80%и эса ўпка тўқимаси орқали қон томирлар ва лимфа томирларига сўрилади, ўпка ҳавога тўлади ва ундаги кислородининг концентрацияси 21%ни ташкил этади. Киндик артериялари ва венаси ёпилади, тизимли босим ошади, ўпка артериолалари кенгаяди ва артериал йўл ёпилади (2-расм). Ўпкада қон айланиш кўпаяди ва шунга кўра қонда кислороднинг миқдори ортади. Ўпкада кислородга тўйинган қон аввал юракга сўнгра тўқималарга тарқалади.

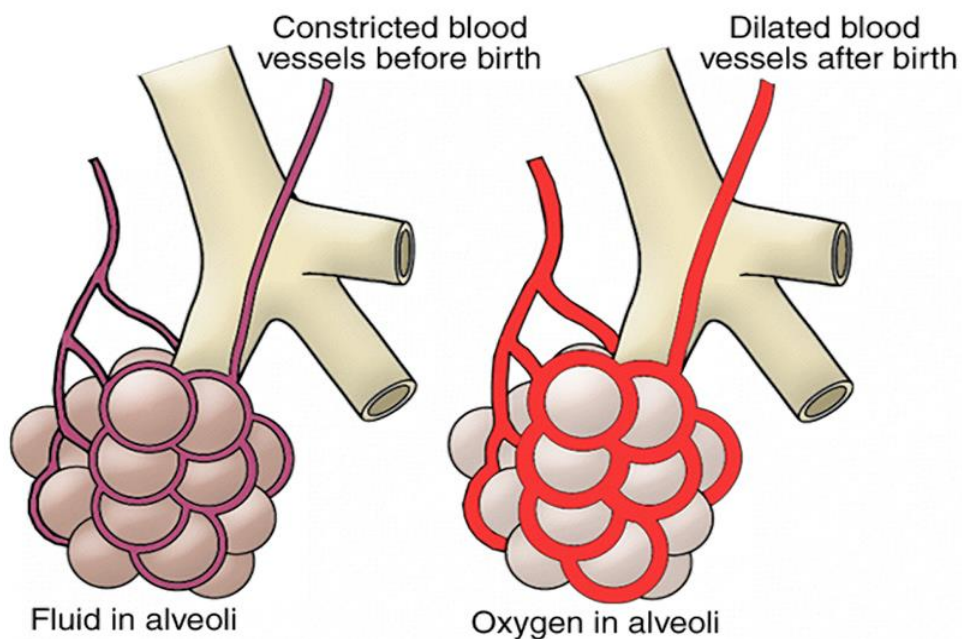


Расм -3. Янги туғилган чақалоқда қон айланиши

Мослашув вақтида келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар:

Ўпка вентиляциясининг етарлича бўлмаслиги ўпка артериолаларининг муқим торайишига олиб келади ва бу ўз навбатида артериал қонни кислород билан тўйинишига қаршилик қилади.

Бола аъзоларининг оксигенацияси ва адекват қон айланиш етишмовчилигининг узок вақт чўзилиши бош мия ва бошқа аъзоларнинг зарарланишига ёки ўлимга олиб келади.



Расм -4. Туғруқ вақтида ўпка томирларининг кенгайиши

Чақалоққа кислород бирламчи тушмаганда, *бирламчи апноэ* келиб чиқади – бу юрак қисқаришлари частотасининг пасайиши билан кечадиган дастлабки нафас тўхташи бўлиб, бунда тактил стимуляция орқали ёрдам бериш мумкин.

Кислород етишмовчилигининг узок вақт чўзилиши натижасида иккинчи марта нафас тўхташи келиб чиқади – бу иккиламчи апноэ. Иккиламчи апноэ қон босими ва юрак уришлари частотасининг давомли пасайиши билан кузатилади, бу ҳолатда фақат ёрдамчи вентиляция ёрдам беради, тактил стимуляция эса ёрдам бермайди.

Тактил стимуляцияга жавобан нафаснинг тикланиши апноэнинг характери ва ҳомиладаги (чақалоқдаги) ўзгаришларни давомлилигини баҳолашга ёрдам беради. Бу болаларнинг кўпчилигида вентиляция фонида мустақил нафас ва юрак уришларининг частотаси тез тикланади.

Патогенези. Ўткир асфиксия патогенезининг етакчи ҳалқалари куйидагилар:

1. **Гипоксемия**-оксидланиб улгурмаган маҳсулотлар йиғилиши ва метаболик ацидозга олиб келади, шунингдек “нафас” ҳаракатларининг кучайиши, тахикардия, суюк кўмигидан эритроцитларнинг кўшимча миқдори

чиқарилиши кўринишидаги мослашиш механизмларини ўз ичига олади. Мослашув жараёнларининг рўёбга чиқиши симпатико-адренал тизимнинг фаоллашуви, буйрак усти безлари пўстлоғи гормонлари ва цитокинлар билан таъминланади. PO_2 нинг симоб устуниси хисобида 40 мм дан пастга тушиши қон айланишининг марказлашувига сабаб буладиган “ишемик рефлекс”, яъни ҳаётий муҳим аъзолар: тери, ўпка, буйраклар, жигар, диафрагма, мия, буйрак усти безлари функциясини таъминлаш учун МИЙ ишемиясига олиб келади.

2. Ўпканинг фетал ҳолатини сақлаши ва кичик доира томирларининг юқори қаршилиги қон шунтланишига (ўнгдан чапга), нафас етишмовчилиги ва юрак етишмовчилиги (юракнинг ўнг бўлими босимдан, чап бўлими эса ҳажмдан таранаглашади) ривожланишига, нафас ва циркулятор гипоксия кучайишига сабаб бўлади.

3. Тизимли гемодинамик ўзгаришлар гиповолемик шокнинг 1 – фазаси клиникасига мувофиқ келади. Қон айланиши марказлашувининг салбий оқибати бўлган оксидланиб улгурмаган маҳсулотлар ва CO_2 йиғилиши, ишемияланган тўқималарда ацидоз ҳосил бўлишига олиб келади, бу эса ўз навбатида тизимли гемодинамика, микроциркуляция, гемореология, сув электролит мувозанати, алмашинув жараёнлари учун бир қатор нохуш оқибатларга сабаб бўлади. Лактат йиғилиши билан мослашган анаэроб гликолизнинг фаоллашуви ацидозни кучайтиради.

4. Гипоксия ва аралаш ацидознинг бундан кейинги авж олиши прекапилляр сфинктерларнинг очилишига, артериал босим (АБ) тушиб кетиб, қон айланиши марказланишига, яъни ҳаётий муҳим аъзоларда тўқима перфузиясини пасайтирадиган гемодинамик коллапсга сабаб бўлади.

5. Асфиксияда бузилишларнинг муҳим патогенетик ҳалқаларидан бири гиперкатехоламинемия бўлиб, у ацидоз ва эндотелий шикастланиши фонида плазма протеазалари, яъни тромбин, фибринолитик кинин ва комплемент тизимни фаоллаштиради. Бу протеолиз маҳсулотлар эндотоксикоз ва ацидоз билан бирга ҳужайраларнинг мембранаси, митохондрияси, лизосома, рибосомасини ва гематоэнцефалик тўсиқнинг шикастланишига, томир

ўтказувчанлиги ошишига, томирлар тонуси тушиб кетишига, хужайралар деструкциясига (шу жумладан эритроцитларнинг ҳам), интерстициал бўшлиқ шишига, сладж-феноменига, томир ичида ивиш ишга тушишига, тромбоз, микроциркуляция блокадасига, дистрофик жараёнларга олиб келади.

6. Асфиксия оғир кечганда МНС бузилишлари, нафас етишмовчилиги (НЕ), юрак етишмовчилиги (ЮЕ), ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ), жигар шикастланиши, буйрак усти беши етишмовчилиги кўринишидаги кўп аъзоли етишмовчилик фонида тромбогеморрагик бузилишлар, ДВС синдроми ҳаёт учун энг хавфли асорат ҳисобланади.

Сурункали антенатал гипоксияли болада пайдо бўлган асфиксия патогенези ўткир асфиксиядан жиддий фарқ қилади, чунки антенатал гипоксия пневмопатия, энцефалопатия, ангиопатия, жигар фермент тизимининг етилмаганлиги, буйрак усти безлари ва қалқонсимон безнинг кам миқдордаги захиралари, шунингдек патологик ацидоз ва иккиламчи иммун танқислик ҳолати (ИТХ) асосида ривожланади.

Бундай гипоксиянинг асосий метаболик компоненти бола туғилган пайтдан гипоксемия, гиперкапния ва метаболик ацидоз бирга келиши ҳисобланади. Бу ҳолда перинатал гипоксия ва туғруқ стресси мослашув захираларининг камайиши ёки ҳатто тугаши шароитларида юз беришини ҳисобга олиш керак. Антенатал энцефалопатия ташқи нафас қарор топиши бузилиши билан МНС фаолияти пасайиши синдроми кўринишида юзага чиқади. Мия қон оқими интензивлиги (интранатал пайдо бўлган асфиксиядан фарқли равишда) тизимли босим ва қоннинг кислота – асос ҳолати (КАҲ) билан тўлиқ аниқланади, чунки ауторегулятор механизмлар бузилиши, артериал гипотензия асосида мия перфузиясини кескин пасайтиради. Гипоксик- ишемик энцефалопатия, мия ичига қон қуйилишлар ва талваса синдроми пайдо бўлишига имкон беради.

Патологик ацидоз мембраналарнинг эрта шикастланишига сабабчи бўлиб, гемодинамика, гемореология ва транскапилляр алмашинув учун нохуш оқибатлар келтириб чиқаради. Аспирация, ателектазлар, сурфактант

емирилиши, шунтлаш (ўнгдан-чапга) НЕ механизмини, шунингдек ўнг коринча ЮЕ ни белгилайди. АБ тушиб кетиши, симпатико-адренал етишмвовчилик асосида гиповолемиа билан боғлиқ коллапс коронар кон оқимини ҳам пасайтириб, миокарднинг ишемик некрозларини келтириб чиқаради. Қон ёпишқоқлигининг ошиши, ҳужайралар агрегат ҳолатининг бузилиши (сладж) микроциркуляцияни баттар ёмонлаштиради. Коагуляцион параметрларнинг катта ўлчамда ўзгаришлари ва тромбоцитлар гипоагрегациясининг фазовий бузилишлари тромбогеморрагик бузилишлар ривожланишининг юқори хавфини келтириб чиқаради.

Гипоксиянинг кечиши ва унинг оқибатлари антенатал стресснинг оғирлиги, адаптацион механизмларнинг ҳолати, НЕ, ЎБЕ, ЮЕ даражаси, мия шиши, жигар, МИЙ шикастланиши ва йирингли септик асоратлар кўшилишига караб белгиланади. Сурункали ҳомила гипоксияси асосида ривожланган асфиксия ва ўткир интранатал асфикация патогенези схема тарзида берилган.

Расм - 5. Сурункали ҳомила ичи гипоксияси асосида ривожланган асфиксия патогенези

Таснифи. 1952 йилда америкалик акушер Виржиния Апгар туғилганда 1 ва 5 дақиқа ўтгач янги туғилган чақалоқ ҳолатини клиник баҳолаш шкаласини таклиф қилган

Апгар шкаласи

Симптомлар			
	0	1	2
Юрак уришлар сони (1 дақиқа ичида)	Йўқ	100 дан кам	100 дан кўп
Нафас	Йўқ	Брадипноэ, нотурғун	Меъёрий, каттик қичқиради
Мушаклар тонуси	Қўл – оёқлари осилган ҳолатда	Қўл – оёқлари бир оз букилган	Фаол ҳаракат
Рефлектор кўзгалувчанлик	Эътибори йўқ	Гримаса	Қичқиради, йўтал, аксириш

Тери ранги	Тарқалган оқариш ёки цианоз	Бадани пушти ранг, қўл – оёқлари кўкимтир (акроцианоз)	Бутун бадани ва қўл – оёқлари пушти рангда
------------	-----------------------------	--	--

Ҳозирги вақтда фақат Апгар шкаласи бўйича баҳолаш асфиксиянинг бирдан-бир мезони бўла олмайди ва туғилгандан сўнг 1 соат ўтгач Апгар бўйича паст баҳо ҳаммавақт асфиксия синоними бўлмайди, чунки кардиореспиратор депрессия ҳолатида туғилган болалар шу баҳони олишлари мумкин.

Туғилишдаги кардиореспиратор депрессия туғилишда ва ҳаётининг дастлабки дақиқаларида асосий ҳаётий фаолиятларнинг пасайиши, натижасиз нафас (гиповентиляция), сусайган мушак тонуси, МНС фаолиятининг пасайиб кетиши, бироқ қонда гиперкапния, аксарият, гипоксемия ҳам йўқлиги билан тавсифланадиган синдром. Апгар бўйича баҳолашда 1 дақиқа ўтгач бундай болалар 4-6 балл, бироқ 5 дақиқа ўтгач – 7 балл ва бундан юқори баҳо оладилар. Илгари худди шундай болаларга енгил ва ўртача оғирликдаги асфиксия ташхиси қўйиларди ва кераги бўлмаган суяқлик ва фармакотерапия тайинланарди, ваҳоланки улар учун шарт- шароитларини етарли даражада ташкил қилинса кифоя эди. Агар кардиореспиратор депрессиясининг сабаби аниқланса ва кейинги динамика уни тасдиқласа, асфиксия ташхиси қўйиш мақсадга мувофиқ эмас.

Асфиксия ташхисини қўйишда ЖССТ томонидан қабул қилинган Америка Педиатрлари Академиясининг 1966 йилги тавсиялари энг тўғри хисобланади.

Асификсия ташхисотнинг мезонлари

- Киндик артерияси қонидаги метаболик ацидоз **pH 7.00дан паст**
- 5 дақиқада Апгар шкаласи орқали баҳолаш 0дан 3 баллгача.
- Неврологик ўзгаришлар талваса, кома ёки гипотония (неонатал энцефалопатия).
- Полиорган етишмовчилик.

Шундай қилиб, асфиксия оғирлигини туғруқ хонасида эмас, илк неонатал давр тугагандан сўнг аниқланади.

Клиник кўриниши. *Ўртача оғирликдаги асфиксия* туғилишдан кейин 1-дақиқа ичида меъерий нафас олиш бўлмаганда, юрак уришлари сони эса дақиқасига 100 ва кўпроқ бўлганда қайд этилади. Мушак тонуси кам, таъсиротга реакцияси суст. Апгар шкаласи бўйича баҳолаш 1 ва 5 дақиқа ўтгач – 4-6 балл (кўк асфиксия). Ҳаётининг биринчи дақиқасида МНСнинг ўртача ифодаланган синдроми қайд қилинади: Спонтан ҳаракат фаоллиги, кўриққа реакция пасайиши, янги туғилган чақалоқ рефлексларининг пасайиши (кўпроқ автоматик юриш, таянч, Бауэр эмаклаш рефлeksi), кичқириш кам эмоционал. Тери қопламлари цианотик, лекин кўшимча оксигенацияда тез пушти рангга киради. Аксарият ҳолатларда акроцианоз сақланади. Аускультацияда тахикардия, юрак тонлари бўғиқлашган, нафас сустлашган, ҳар хил калибрли хириллашлар борлиги аниқланади. Чўзилган бирламчи апноэдан сўнг нафас ритмик, энтиқишлар, баъзан қовурғалар ва тўшнинг ичига тортилиши аниқланади.

Одатда ҳаётнинг биринчи соатларида МНС фаолиятининг сусайиш синдроми ўта кўзғалувчанлик билан алмашинади: қўлларнинг кичик қўламли тремори, бу йиғлаш ва безовталиқда кучаяди, жаҳл билан йиғлаш, уйқу бузилиши, овқатни тез-тез қайт қилиш, гиперестезия, спонтан Моро рефлeksi (1 фазаси) ва Ильпо рефлeksi мусбат бўлади. Бунда таянч, юриш ва Бауэрнинг эмаклаш рефлексларининг пасайиши ёки йўқолиши, мушак гипотонияси ёки дистония кўзда тутилиши мумкин. Тасвирланган бузилишлар функционал ва ўтиб кетадиган бўлади. Адекват терапия ўтказилганда ўткир ўртача оғирликдаги гипоксияни бошидан кечирган болаларнинг аҳволи тезда яхшиланади ва илк неонатал давр охирига келиб қониқарли бўлиб қолади.

Оғир интранатал асфиксия қуйидаги белгилар билан ифодаланади: туғилганда пульс – дақиқасига 100 тадан кам, нафас йўқ ёки кескин қийинлашган, тери рангпар, мушаклар атонияси. Бурун катетерига реакция

йўқ. Аппар шкаласи бўйича баҳо 1 – дақиқада 0-3 балл (МКБ-10, ВОЗ) кўйилади. Боланинг туғилгандаги аҳоли ўта оғир, деб баҳоланади.

Одатда спонтан ҳаракат фаоллиги, кўрувда жавоб реакцияси ва мушаклар тонуси йўқ. Физиологик рефлекслар йўқолган. Тери қопламларининг ранги цианотик-оқимтир ёки рангпар. Фаол оксигенацияда секин тикланади. Юрак тонлари бўғиқлашган. Ўпка устидаги физикал маълумотлар – вариабел. Меконий одатда туғруққача ёки туғруқ вақтида чиқади ва ҳомилада нафас ҳаракатлари бошланиши натижасида меконий билан аспирацияланишга олиб келади.

Чақалоқлар оғир асфиксияси кўп ҳолларда шокка олиб келади. Тери қопламлари ерсимон тусга киради. Периферик гемодинамиканинг бузилиш белгилари (“оқ доғ” симптоми – 3 с дан ортиқ) ва марказий динамика бузилиш белгилари: артериал гипотония, марказий веноз босимининг пасайиши (яққол юрак етишмовчилигида эса ошиши мумкин) қайд этилади. Неврологик статусда кома ёки ступор белгилари, кўрувга ва оғрик таъсиротига реакция йук, адинамия, арефлексия, атония юзага чиқади. Кўзлари юмуқ, қорачиқларнинг ёруғликка реакцияси кам ёки йўқ, миоз ҳам, мидриаз ҳам, шунингдек горизонтал ва вертикал нистагм ҳам бўлиши мумкин. Мустақил нафас бўлмайди, нафас ҳаракатларида кўшимча мушаклар иштироки кўринади. Тез-тез апноэ хуружлари хос. Юрак тонлари бўғиқ, баъзан уларни фақат эпигастрал соҳада эшитишга муваффақ бўлинади. Дағал систолик шовқин томирларга ва экстракардиал соҳага яхши ўтказилади. Юрак етишмовчилигига нисбий юрак тўмтоқлиги чегараларининг кўпайиши ҳарактерли. Ўпкада сустлашган нафас фониди (ателектаз оқибати) ўтказувчан ва нам ҳар хил колибрли хириллашлар (аспирация оқибати) эшитилади.

Ҳомила ичи гипоксиясини ўтказган болалар гуруҳида қорин пальпациясида гепатомегалия, аускультацияда эса ичакнинг кучсиз перистальтикаси аниқланди. Ишемия ва метаболик бузилишларда динамик ичак тутилиши белгилари бўлиши мумкин.

Бола аҳволининг барқарорлашуви асосида гипертензион синдром белгилари пайдо бўла бошлайди: кенг кўламли тремор, кўз симптоматикаси, катта лиқилдоқнинг бўртиб чиқиши, мушаклар гипотониси, сўриш ва ютиш рефлекслари бўлмагани ҳолда кўпинча талваса синдроми қайд этилади. Аҳволи ижобий томонга ўзгарганда 2-3- кундан бошлаб гемодинамиканинг барқарорлашиш белгилари намоён бўлади, пай рефлекслари, янги туғилган чақалоқнинг физиологик рефлекслари (Бабкин, Моро-1 фазаси, юқори ва пастки ушлаб олиш, Бабинский, Галант) шунингдек, мустақил нафас тикланади, ютиш, сўнгра эса сўриш рефлекслари ҳам пайдо бўлади.

Чақалоқларнинг бирламчи реанимацияси бўйича дастлабки тренинг дастури 1980 йилнинг ўрталарида ишлаб чиқилган. 2000 йилда дастур биринчи марта қайта кўриб чиқилган, 2005 йилда исботланган тиббиётга асосланган ҳолда кейинги қайта кўриб чиқиш ўтказилди, чақалоқлар бирламчи реанимацияси китобининг олтинчи нашри 2014 йилда чоп этилди ва ЖССТ томонидан амалий соғлиқни сақлашга тавсия этилди.

Таърифлаган ABCD реанимация, деб умум қабул қилган реанимацион тамойиллардан фойдаланиш талаб этилади:

А блоки (Airway, нафас йўллари)

В блоки (Breathing, нафаси)

С блоки (Circulation, қон айланиши)

Д блоки (Drug, дорилар)

Бироқ янги туғилган чақалоқларда туғруқ залида реанимацион амаллар кўрсатишнинг қатор хусусиятлари бор, бу одам ҳаётининг бу даврида организмнинг ўзига хос реактивлигига боғлиқ ва реанимацияга тайёргарлик ҳатто болани жонлаштириш жараёнидан ҳам фаол ва давомлироқ бўлиши керак.

Асфиксияда ва кардиореспиратор депрессияда янги туғилган болага **бирламчи ёрдам кўрсатишнинг асосий тамойилларини** қуйидагича таърифлаш мумкин:

•Реанимацияга тайёрлик: а)ходимларнинг тайёрлиги, б) жой ва жиҳозларнинг тайёрлиги, в)медикаментларнинг тайёрлиги.

- Янги туғилган бола “тана ҳароратининг ҳимояси”.
- АВСД -реанимация, “қадам ва қадам” даво албатта тескари алоқа ва ҳар бир қадамнинг самарадорлигини баҳолаш билан.

- Ҳамма тадбирлар ўтказилаётганда асептика қоидалари.
- Медикаментоз давони камайтиришга интилиш, полипрогмазиядан қочиш, клиник натижаси аниқ дори воситаларини қўллаш.

- асфиксиядан кейинги даврда (клиник, аппарат, лаборатор) монитор кузатув. Ҳозирга қадар янги туғилган чақалоқларни пухта парваришлаш, жумладан уларга туғруқ залида биринчи ёрдам кўрсатиш билим, кўникма ва шифокор санъати билан боланинг ҳолатига баҳо бериш, унинг ўзини яхши ҳис қилишига ёрдам беришни ўз ичига олади.

Ходимларнинг тайёрлиги. Тиббиёт ходимларининг тайёрлигини кўйидаги омиллар белгилайди:

- Ҳар бир туғруқда энг камида реанимацияни бошлай оладиган бир нафар мутахассис қатнашиши керак ва унинг асосий вазифаси болага керакли парваришни ташқил этишдир. Туғруқда иштирок этувчи ушбу, ёки бошқа бир мутахассис реанимацияни тўлиқ ўтказиш кўникмаларига эга бўлиши керак. Реанимация муолажаси ўтказилиши кўзда тутилаётган туғруқ жараёнларида туғруқ залида қўшимча ходим бўлиши керак (БЖССТ, 2014)

- Кўп ҳомилалик туғруқларда ёки бошқа юқори хавф бўлган ҳолатларда 4тагача ва ундан ортиқ ўқитилган тиббиёт ходимлари талаб қилинади. Юқори малакали мутахассис команда лидери вазифасини бажаради.

- акушерлар билан доимий ижодий мулоқот, ҳомиладорлик ва туғуруқнинг кечиш хусусиятларини, она фармакотерапиясини, ҳомиладорлик ва туғруқ вақтида ҳомиланнинг ҳолатини билиш;

- асфиксия ёки кардиореспиратор депрессияли бола туғилишининг юқори хавф омилларини (антенатал ва интрантал) билиш;

- асфиксияда янги туғилган болаларга ёрдам кўрсатиш алгоритмини ўрганиш;
- асфиксияда янги туғилган чақалоққа ёрдам кўрсатишнинг амалий кўникмаларини ва аппаратура билан ишлашни мукамал эгаллаш;
- жиҳозлар, жой, дори-дармонлар тайёрлигини назорат қилиш;
- ҳамма манипуляциялар ва муолажаларни бажаришда асептикага амал қилиш;
- аппаратуранинг соғайтиш махсус ходимлар борлиги
- маҳаллий шароитларни ҳисобга олиб, болани парваришлаш бўйича ҳамма муолажалар ва кўникмаларни бажариш учун миллий протокол тўплами борлиги.

Реанимация жойининг тайёрлиги қуйидагиларни ўз ичига олади:

- жиҳозлар, материаллар ва медикаментларнинг жамланганлиги;
- парвариш жиҳозлари, материаллар ва медикаментларнинг стериллиги (стерилизация вақти кўрсатилади);
- ишни контрол текшириш-ларингоскоп ёритиши, дозиметр, ЎСВ учун аппарат иши, Электр тармоғига иссиқлик манбаи, ЎСВ учун электрсўрғич ва аппаратни улаш;
- дозиметрнинг кислород системасига ва ЎСВ аппаратига улаш.

Реанимация жойининг тайёрлигини назорат қилиш (бола туғилишига қадар), даволаш (ЎСВ аппарати ва б.), ҳимоя (нур иссиқлиги манбаи), мониторинг (пульсоксиметр ва б.) учун зарур ҳамма асбоб-ускуналарнинг ишлашини текшириш.

1.2 шаклда келтирилган алгоритм чақалоқлар реанимацияси дастури доирасида реанимацион чораларни ўтказиш заруратини билдиради. Ромбли қизил чизиқли катакларда болани баҳолаш бўйича саволлар бор, тўртбурчак яшил чизиқли катакларда бу баҳоларга муносиб ҳаракатлар ёритилган. Бу чизмани ўрганиш, бунинг учун ҳар бир этапни ёзувини ўқинг ва қарор қабул қилиш вақтларини аниқланг. Ундан реанимация этапларини осон ёдда сақлаш учун фойдаланинг.

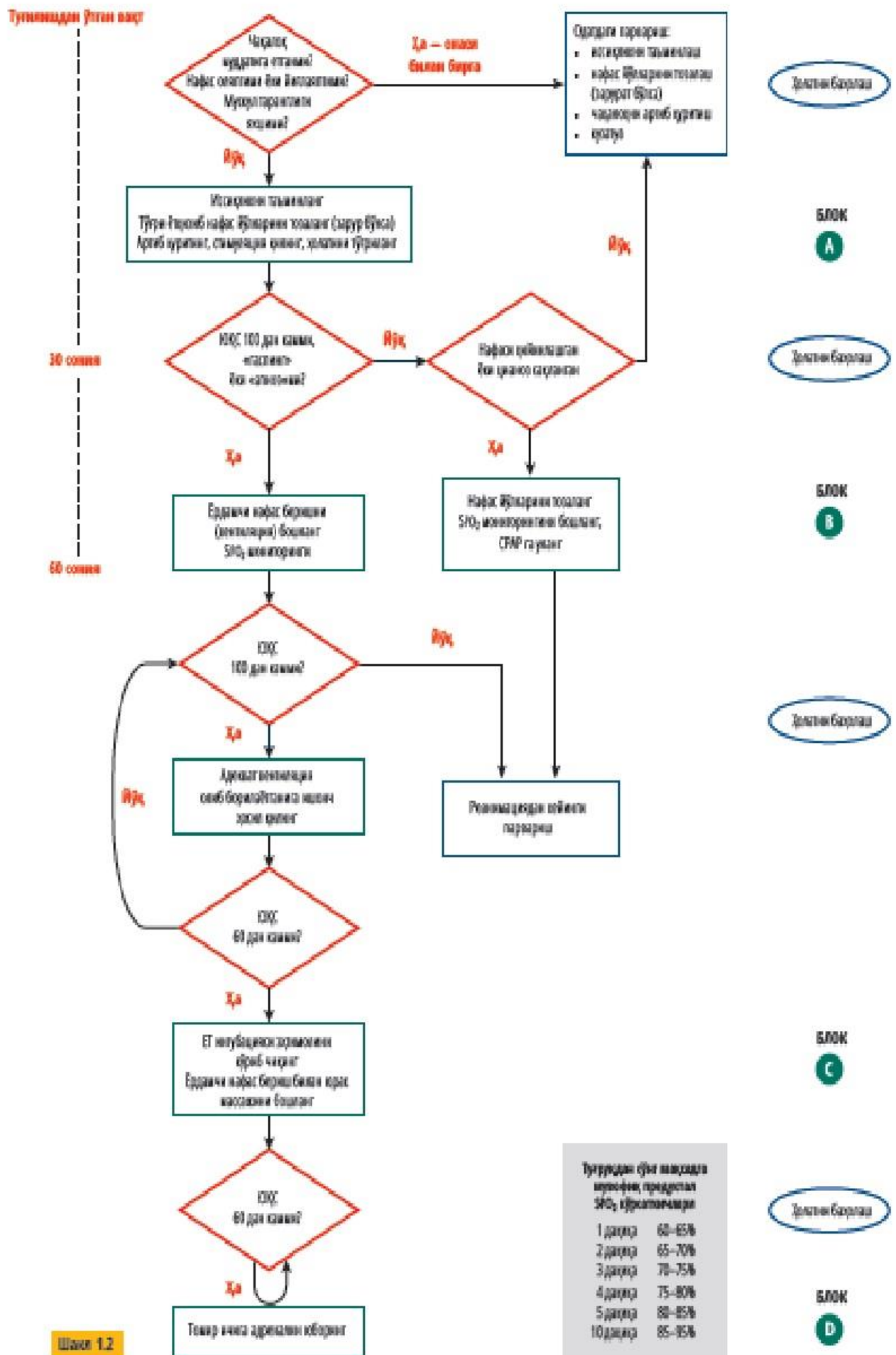
Бирламчи баҳолаш блоки. Бола туғилаётганида Сиз чақалоқни бирламчи баҳолаш учун 3 саволга жавоб беришингиз керак :

Бола муддатига етганми?

Нафас олаяптими ёки қичқираяптими?

Мускул тонуси яхшими?

Сиз барча 3 саволга «Ҳа» деб жавоб берсангиз, унда болани онаси билан қолдириш керак, у ерда унинг аҳволини баҳолаш ва одатдаги парвариш ўтказилади. Йўқ жавоби, биргина бўлса ҳам, реанимациянинг эрта этапларига ўтиш керак.



А блоки (Airway, нафас йўллари) чақалоқга тиббий ёрдам кўрсатишнинг эрта этаплари бўлиб, нафас йўлларининг ўтказувчанлигини тиклашга қаратилган.

- Иссиқликни таъминланг: илиқ, қуруқ йўргак билан болани ёпиб ва онасининг кўкрагига тери-тери контактини таъминлаб қўйинг. Агар саволлардан бирига йўқ жавобини берган бўлсангиз, болани иссиқлик манбаи столига қўйинг, столни шундай қўйингки, барча реанимация гуруҳи ҳар томондан яқинлаша олсин.

- Боланинг бошини керакли ҳолатга қўйинг, нафас йўллари очиқ бўлсин.

Зарурат бўлса, нафас йўлларини тозаланг. Нафас йўлларини тозалаш, меконийни трахеядан олишни ҳам кўзда тутди .

- Тери қопламларни артиб қуритинг, тактил стимуляция қилинг, ва яна бошини тўғри ҳолатга, нафас йўлларини очиқ бўлишини таъминлаб қўйинг.

Блок А нинг самаралигини баҳолаш. Сиз чақалоқ аҳволини биринчи қадамларни бажаргандан кейин, умумий 30 сониядан ошмаган вақтда дарҳол баҳолайсиз. Сиз бир вақтда ҳам нафасини ва юрак қисқаришлари сонини баҳолашингиз керак. Агар чақалоқ ўзи нафас олмаётган бўлса (апноэ ёки «гаспинг» типиди бетартиб нафас) ёки унинг юрак қисқаришлари 100 мартадан кам бўлса, унда Сиз, 30 дақиқача вақтни оладиган бирламчи қадамларни бажариш жараёнида ва ундан сўнг, болани аҳволини баҳолайсиз. Сиз бир вақтнинг ўзида нафас ва юрак уришларини сонини санайсиз. Чақалоқ ўзи нафас олмаса, (апноэ ёки бетартиб «гаспинг» типиди бўлса) ёки юрак уришлари сони 100 тадан кам бўлса, сиз тезликда 1.2 шаклнинг чап томонидаги В блокига ўтишингиз керак.

Агар болада қийин нафас ёки тери ранглари цианози бўлса, 1.2 шаклнинг ўнг томонидаги В блокига ўтасиз.

В блоки (Breathing, нафаси) Чақалоқда апноэ ёки юрак қисқаришлари сони 100 дан кам бўлса, сиз болага ўпканинг мусбат босим остида вентиляциясини бошлайсиз. Боланинг ўзининг нафаси бор, лекин респиратор дистресс синдроми белгилари кўринса, кўпчилик неонатологлар, ниқобча орқали нафас йўлларида доимий мусбат босим яратиш усулини қўллайдилар,

айниқса муддатига етмаган чақалоқлар учун. Сиз ўпкани мусбат босим остида вентилляцияси ёки СРАР усулини ўтказмоқчи бўлсангиз, қўшимча кислородга талабини аниқлаш учун пульсоксиметр ишлатишингиз керак бўлади.

Янги туғилган чақалоқлар реанимацияси учун 2 хил ўлчамдаги никоблардан фойдаланилади:

- Кичик массали ва муддатига етмай туғилган чақалоқлар учун 0 ўлчамли.
- Муддатига етиб туғилган чақалоқлар учун 1 ўлчамли.

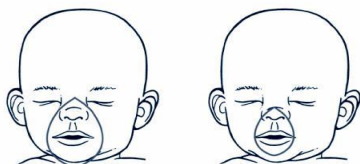
Амбу қопчасига бўлган талаблар:

- Эластик, ҳаво билан ўзи тўладиган, ҳажми муддатига қараб ЯТЧ лар учун 250-500 мл.
- Қопчани сиққанда 45см сув устунидан кам бўлмаган босим ҳосил бўлиши керак.
- Осон йиғилиб ажраладиган, тозалашга қулай бўлиши керак.

Муддатига етиб туғилган чақалоқнинг биринчи спонтан ёки сунъий нафаси ўпкада функционал қолдиқ ҳажмини ҳосил қилади. Оптимал босим, нафас олиш ва ҳаво йўналиши тезлиги вақтида ўпкада функционал қолдиқ ҳажмини яратиш учун аниқланмаган. Нафас олганда ўртача бошланғич юқори босим 30 – 40 см H_2O га тенг бўлганда, муддатга етган чақалоқлар учун натижали вентилляцияни таъминлайди. Одатда ерданчи вентилляция дақиқасига 40-60 марта ўтказилади, бироқ турли тезликдаги ўтказилган вентилляция эффект ЎСВиги ҳозиргача ўрганилмаган. Юрак уриш сонининг тез ошиб бориши, адекват бошланғич вентилляциянинг асосий меъзонларидан бири ҳисобланади. Юрак уриши сони ошмаганда кўкрак қафаси ҳаракатини кузатиш керак .

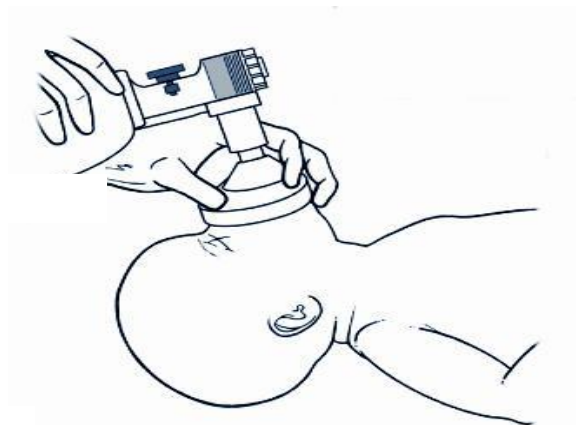


Никобнинг тўғри жойлашуви ва меъёрий ўлчами



Жуда катта никоб

Жуда кичик никоб



Никобни тўғри қўйиш техникаси

В блоки самаралигини баҳолаш. Ўпкага мусбат босимда вентиляция ўтказиш, CPAP ва/ёки қўшимча кислород беришни 30 дақиқа адекват ўтказгандан сўнг, Сиз яна бола ҳолатини баҳолайсиз, ўпка вентиляцияси самарали эканлигига ишонч ҳосил қилиш учун. Реанимациянинг кейинги этапларига ўтиш учун, ўпканинг адекват вентиляциясини таъминлаш жуда муҳим. Кўпчилик ҳолатларда ўпка вентиляцияси тўғри ўтказилганда, юрак қисқаришлари сони 100 тадан ошади. Бироқ, ЮҚС 1 дақиқада 60 тадан кам бўлса, С блокига ўтинг.

С блоки (Circulation, қон айланиши) Чақалоқнинг қон айланишини Сиз юрак массажи билан тиклашингиз мумкин. Бу этапда эндотрахеал интубацияни бажариш тавсия этилади, агар бу вақтгача ўтказилмаган бўлса. Бунда вентиляция билан юрак ташқи массажини мувозанатини сақлаш қулайроқ.

Трахея интубациясига кўрсатмалар янги туғилган чақалоқлар реанимациясининг бир неча этапларида пайдо бўлиши мумкин.

- Агар ҳомила олди суви меконийли бўлиб, болада юрак уриши, мушаклар тонуси ва нафаси сусайиб туғилса, ҳар қандай жонлантириш чораларидан олдин биринчи навбатда трахеяни интубация қилиш лозим.
- Агар мусбат босим остида ўпка вентиляцияси жараёнида боланинг клиник ҳолати ўзгармаса ва кўкрак қафаси экскурсияси бўлмаса, ўпкани адекват вентиляция қилиш мақсадида трахеяни интубация қилишга қарор қилишингиз мумкин.

- Агар ўпкани мусбат босим остида вентиляция қилиш бир неча дақиқага чўзилса, ўпка вентиляциясини енгиллаштириш ва самарадорлигини ошириш мақсадида трахеяни интубация қилишингиз мумкин.
- Юрак ташқи массажини қилишга кўрсатма туғилганда трахеяни интубация қилиш, кўкрак қафаси компрессияси ва ўпка вентиляцияси координациясини таъминлаб, ҳар бир нафас самарадорлигини максимал оширади.
- Алоҳида ҳолатларда, масалан чақалоқ ўта кам вазнли туғилса, сурфактант киритиш учун, туғма диафрагмал чуррага шубҳа бўлса.

Мос келувчи эндотрахеал найча ўлчами чақалоқнинг тана вазнига боғлиқ. Пастдаги жадвалда чақалоқларнинг гестация муддати ва тана вазнига боғлиқ эндотрахеал найчалар ўлчамлари келтирилган. Бундай жадвалларни ҳар бир туғруқ залида, реанимацион стол ёнига ёки бевосита иситиш манбаи ёнига жойлаштириш фойдалидир. Баъзида жадвалда кўрсатилган ўлчамдан кичик диаметрли найча ишлатишга тўғри келади, бироқ, бу ҳаво оқими қаршилигининг ортишига олиб келади. Натижада керакли нафас ҳажмини таъминлаш мақсадида юқори босимни қўллаш зарурияти туғилиши мумкин. Бундан ташқари кичик диаметрли найчалар тез тўсилиб қолиши мумкин. Ишлаб чиқарилаётган кўпчилик эндотрахеал найчалар, оротрахеал интубациясини бажариш учун узунлик қилади. Эндотрахеал найчанинг ортиқча узунлиги сезиларли даражада ҳаво оқимининг қаршилигини кучайтиради. Баъзи клиницистлар эндотрахеал найча узунлигини киритишдан олдин қирқишни афзал кўрадилар. Эндотрахеал найчани 13–15 см узунликда қисқартириш, найчани киритишда қулай ушлашга имкон беради ва чуқур кириб кетиш эҳтимолини камайтиради. 13–15 см узунликдаги найчанинг оғиз бўшлиғидан лаблар чегарасидан ташқарига чиқиб турган бўлаги, боланинг юзига яхши маҳкамлаш ва кириш чуқурлигини бошқариш учун етарли бўлади. Коннекторни ажратинг (эсда тутинг, коннектор ва найчани уланган жойи жуда зич бўлиши мумкин) ва коннекторни қайта улаш енгил бўлиши учун найчани диагонал бўйича кесинг. Коннекторни эндотрахеал найчага қайта уланг.

Интубация ва кейинчалик ишлатиш жараёнида коннектор тасодифан чиқиб кетмаслиги учун, бир бирига зич уланиши лозим. Коннектор ва эндотрахеал найча улангандан сўнг, букилишлар йўқлигига ишонч ҳосил қилинг. Найчанинг ҳар бир диаметрига маълум ўлчамдаги коннектор мос келади. Коннектор ва эндотрахеал трубкаларни номуносиб ўлчамларда ишлатиш қатъиян ман этилади.

Баъзи клиницистлар эндотрахеал найча асл узунлигини қолдириб, интубациядан кейин респиратор терапияни узоқ вақт давом этиши зарурияти бўлгандагина найчани кесишни афзал билишади. Эътибор беринг, найчани маҳкамлашда баъзи мосламалар билан фойдаланганда эндотрахеал найчанинг узунлиги 15 см бўлиши афзалроқ.

Трахея интубациясида кулланиладиган интубацион найча улчами ва киритиш чуқурлиги.

Гестацион ёши (хафталарда)	Тана вазни (гр)	Эндотрахеал найча ўлчами (ички диаметр) (мм)	Юқори лабдан киритиш чуқурлиги* (см)
< 28	< 1000	2.5	6-7
28-34	1000-2000	3.0	7-8
34-38	2000-3000	3.5	8- ²
>38	>3000	3.5 - 4.0	9-10

*Юқори лабдан киритиш чуқурлиги (см) = тана вазни (кг)+6



А



Б

(А) Эндотрахеал найча ўрнатилган, меконийни чиқариш учун мослама найчага уланган, электроотсоснинг/электроторткичнинг шланги уланишга тайёрланган. (Б) Аспираторнинг назорат қилувчи порти, эндотрахеал найча чиқарилган сари трахеядан меконийни олиб ташлаш учун, тўсилган.

ЎСВ бошланишидан 20–30с ўтгач ЮҚС ни ҳисоблаш зарур (6 с учун ва олинган сони 10 га кўпайтирилсин). Агар ЮҚС дақиқасига 60 уришдан кам бўлса, ташқи юрак массажини бошлаш зарур. Бунда тўшнинг пастки учдан бир қисми (кўкрак учини бириктирадиган чизикдан пастроқни, лекин қиличсимон ўсимтани эмас, чунки жигарнинг йиртилиш хавфи бор) 1.5см пастга дақиқасига 90 марта босилади. Юрак массажини вентиляция билан мувофиқлаштиришга ҳожат йўқ.

Юракнинг билвосита массажи

Юракнинг билвосита массажи (ЮБМ) адекват ўпка вентиляцияси ўтказилгандагина эффектив бўлади. ЮБМ тўш суягининг пастги 1/3 қисмида ўтказилади, чуқурлиги кўкрак қафасини олдинги орқа ўлчамини 1/3нинг ташқил этади. ЮБМ ЎСВ билан синхрон бўлиши керак бир вақтни ўзида куйидаги таъсирларни сақланг:

- Тўшга дақиқасига 90 марта босиш 30 мартаба нафас бериш билан бирга (2 сония давомида 3 марта босиш ва 1 марта нафас бериш) шундай қилиб ҳар таъсир 0,5 сония давом этади. Шунда нафас чиқариш нафас олгандан кейин тўш суягини босганда содир бўлади. Вентиляция ва компрессиянинг

биргаликда кечишини таъминлаш учун кўкрак қафаси босилишини тиббий ходим эшитиб санайди, (гуруҳ билан ишлаш). Нафас, юрак уриш сони, тери копламларининг ранги ҳар 30 сониядан кейин баҳоланиши керак: юрак уриш сони 60 мартадан ошгунча вентиляция ва компрессияни биргаликда давом эттириш керак.

Юракнинг билвосита массажини ўтказиш усуллари

Юракнинг билвосита массажини ўтказишнинг иккита усули мавжуд:

- Иккала бош бармоқ билан
- Бир қўлнинг иккита бармоғи билан.

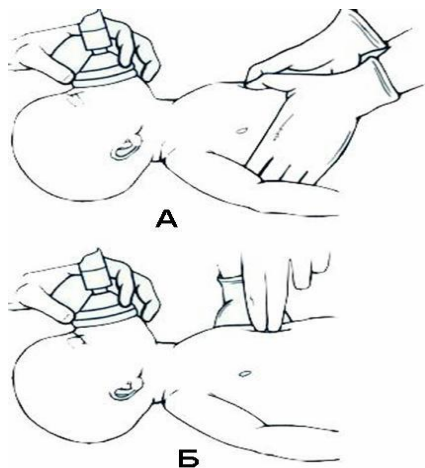
Иккала бош бармоқ усули

Иккала бош бармоқ усули ЮБМнинг оптимал усули: иккала бош бармоқ тўш суягининг паскги 1/3 қисмида жойлашади, иккала қўлнинг қолган бармоқлари эса бола танасини камраб олади, унинг орқасини ушлаб туради.

Компрессия ўтказилаётган вақтда кўкрак қафаси юзасидан бармоқларингизни олманг.

Икки бармоқли компрессия усулини қўллаганда иккинчи қўл боланинг орқа томонидан ушлаб туради.

Массаж ўтказаяётган вақтда бармоқларни кўкрак қафаси юзасидан узманг. Бу усул киндик венасига катетеризацияси вақтида ишлатилади (2-3, ёки 3-4 бармоқ охирлари).



Туғилгандан 90 сониядан сўнг

- ЮБМ ва ЎСВ ни 30 дақиқадан кейин тўхтатилади ва нафас частотаси ҳамда ЮУС ни қайта баҳоланади.
- Адекват вентиляция ва қон айланиши тиклангандан кейин болани адекват парвариш ва доимий динамик кузатувда бўлиши учун бўлимга кўчирилади.
- Агар болада спонтан нафас бўлмаса ёки юрак уриш сони дақиқасига 100 тадан кам, лекин 60 тадан кўп бўлса ЮБМ тўхтатилади, вентиляцияни 30 сония давом эттирилади.
- Агар спонтан нафас бўлмаса трахея интубацияси қўллаш мумкин: бу ҳолатда эндотрахеал интубация самарали вентиляцияни таъминлайди.

С блоки самаралигини баҳолаш. Ўпка вентиляцияси билан бирга юрак ташқи массажи ўтказилганидан кейин, Сиз яна боланинг ҳолатини баҳолайсиз. Агар юрак массажи ва ўпка вентиляцияси ўтказилганига карамай, ЮҚС 1 дақиқада 60 мартадан кам бўлса, Сиз D блокига ўтасиз.

Блок D (Drugs, дорилар) Сиз вентиляция ва юрак ташқи массажини давом эттирган ҳолда, вена ичига (в/и) адреналин юборасиз.

Реанимация вақтида дори-дармонларга кам ҳолларда кўрсатма бор.

Лекин, агар:

- Агар юрак уриш сони дақиқасига 60 тадан кам бўлса 30 сония давомида юрак бевосита массажи, 100% кислород билан ЎСВ қилинади ва баъзи ҳолларда адреналинни юборишга кўрсатма берилади. Чақалокларга тавсия этиладиган адреналиннинг қонцентрацияси 1:10 000.
- Эндотрахеал юборилганда адреналиннинг дозаси—1:10000 эритмадан 0,3-1,0мл/кг, эритма юборилгандан сўнг мусбат босим остида бир неча вентиляция ҳаракатларни ўтказиш керак.
- Вена ичига юбориладиган адреналиннинг дозаси – 1:10000 эритмадан 0,1-0,3мл/кг, эритмани юборилгандан сўнг катетерни 0,5–1,0мл физиологик эритма билан ювилади.
- Адреналинни оқим ҳолида, максимал тез юбориш керак
- Юрак уриш частотасини адреналин юборилгандан 30 сониядан сўнг баҳоланади.

Чақалоклар реанимацияси учун дори воситалари

Дори воситаси	Қўллаш концентрацияси	Тайёрлаш	Миқдори /юбориш йўли	Юбориш тезлиги /огоҳлантиришлар
Адреналин	1:10000	1 мл да 1:10000 ли эритма	0,1-0,3 мл/кг В/И (0,3 – 1,0 мл/кг Э/Т)	Тез юбориш Эндотрахеал юборганда 1-2 мл физиологик эритмада суюлтириш мумкин.
Волемик суюкликлар	Физиологик суюклик (афзалроқ), Рингер - лактат, қон (қатъий кўрсатмага кўра)	40-50 мл ни битта катта ёки иккита кичик шприцга тортилади.	10 мл/кг в/и, киндик венаси	5-10 дақиқа давомида юбориш. Фақат қуйидаги ҳолларда: • Чақалок реанимацияга жавоб бермади; • Қон кетиши аниқланганда;

60 с мобайнида юрак массажи яхши натижа бермаса, юрак фаолиятини ё киндик венасига ёки эндотрахеал 0.01% доза ҳисобидан адреналин юбориб рағбатлантириш лозим. Адреналин эритмаси натрий хлориднинг тенг миқдори билан суюлтирилади. Кириштиришни 5 дақиқа ўтгач (3 мартагача) такрорлаш мумкин. Айни вақтда ЎСВ ва юракнинг билвосита массажи давом эттирилади. Шундан кейин киндик венаси катетерланади (киндик веноз катетери узунлиги елкасидан киндиккача см даги масофа – 5см га тенг ва

катетер учи диафрагма билан чап бўлмача орасида туриши керак), веноз ва артериал босим ўлчанади, микроциркуляция ҳолатига баҳо берилади (“оқ доғ” симптоми). “Оқ доғ” симптоми 3с ва кўпроқ (шифокор бармоғи билан босганда йўқоладиган) бўлиши гиповолемия белгиси ҳисобланади, бунда хажмни тўлдирувчи эритмалар (натрий хлорид изотоник эритмаси, Рингер - лактат, қон) 10мл /кг дозада киритилиши керак.

ЯТЧга ёрдам кўрсатаётганда боланинг ҳолати ҳақида ота-онасига маълумот бериш жуда зарур.

D блоки самаралигини баҳолаш. Агар ЮҚС 1 дақиқада 60 мартадан ошмаса, С ва D блокдаги ҳаракатларни, шаклда кўрсатилган эгри чизик бўйича қайтариш керак.

Агар ЮҚС 60 мартадан ошса, юрак ташқи массажини тўхтатиш керак. Ўпка вентиляциясини, юрак қисқаришлари сони 100 мартадан ошгунича ва адекват мустақил нафас тиклангунча давом эттирилади. Зарурат бўлса қўшимча кислород ва/ёки СРАР, қоннинг кислород билан тўйинишини (сатурация, SPO2) пульсоксиметр билан ўлчаб, кўрсаткичлари бўйича ишлатиш мумкин. Сатурация кўрсаткичларини 95%дан оширмасликни назарда тутиш керак . Бола ҳолати, ҳар бир ҳаракат бошлангандан кейин, асосий 3 белгиларга қараб баҳоланади:

- Нафас ҳаракатлари;
- Юрак қисқаришлари сони;
- Қоннинг кислород билан тўйинишини пульсоксиметр кўрсаткичи бўйича (афзалроқ) ёки тери ранглари бўйича баҳолаш.

Сиз ҳар бир этапнинг самаралигини юқорида санаб ўтилган кўрсаткичлар бўйича баҳолайсиз, бироқ (реанимациянинг кейинги этапига ўтиш учун) энг муҳим кўрсаткич, юрак қисқаришлари сонининг пастлиги саналади. Баҳолашнинг бу жараёни, қарор қабул қилиш ва ҳаракатлар, реанимация давомида қайтарилади.

Чақалоқлар реанимациясининг қуйидаги муҳим жиҳатларига эътибор беринг (шакл 1.2):

- Юрак қисқаришларининг икки аҳамиятли сонини эсда сақлаш керак: 60 ва 100 марта уриши. ЮҚС 60 мартадан кам бўлиши қўшимча реанимацион чора тадбирлар кераклигидан далолат беради. ЮҚС 100дан ортиқ бўлиши, одатда болада апноэ ёки қоннинг кислород билан тўйиниши паст даражада бўлмаса, А блокдан сўнг, реанимацион чораларни тўхтатиш мумкинлигидан далолат беради.

- Шаклдаги юлдузча (*) трахея интубацияси зарур бўлиши мумкин бўлган этапларни кўрсатади. Биринчи — бу алоҳида ҳолат, қачонки нафас йўлларида меконийни олиб ташлаш зарур бўлиши билан боғлиқ. Реанимациянинг бошқа ҳолатларида интубация ўтказиш, вентиляцияни яхшилаш ва /ёки юрак массажини самарасини ошириш учун ёрдам бериши мумкин.

- Чақалоқлар реанимациясида биринчи ҳаракатлар, боланинг ўпка вентиляциясига қаратилган (А ва В блоклар). Қачонки ўпканинг адекват вентиляцияси таъминланиши ва **самарали вентиляциянинг давом этиши билан** юрак қисқаришлари сони ва тизимдаги артериал босими, ўпканинг қон айланиши одатда ўз-ўзидан яхшиланади. Бироқ қонда ва тўқималарда кислороднинг кам миқдори бўлганда, юрак қисқаришларини таъминлаш учун унинг массажи ва адреналин юбориш зарурати туғилиши мумкин, ўпкага қоннинг тушиши ва унинг кислород билан тўйиниши учун. (С ва Дблоки). **Болага ўпканинг адекват вентиляцияси ўтказилаётганига ишонч ҳосил қилмагунингизча, юрак массажи ўтказишга шошилманг.**

- Юрак мускуллари ва бошқа тўқималарга кислород етказиш, муҳим жараён ҳисобланади, лекин кислороднинг ортиқчаси ҳам тўқималарни жарохатлаши мумкин, шунинг учун В блокдан қўшимча кислород беришни болага пульсоксиметр узатгичини тақиб, назорат қилиш ўта муҳим.

Реанимацион чора-тадбирларни тўхтатиш

Реанимацияни тўхтатишни команда лидери ва ходимлар иштирокида қабул қилиниши керак.

- ЯТЧга 10 дақиқа реанимация кўрсатилгандан кейин ҳаётӣ белгилар пайдо бўлмаса (спонтан нафас ва юрак уриши йўқ) нерв тизими ривожланишининг оғир бузилишларига ва ўлимга хавф солади.
- 10 дақиқали адекват ва тўхтовсиз реанимацион таъсирдан кейин, ҳаётӣ белгилар пайдо бўлмаса реанимацияни тўхтатиш мумкин.
- 20 дақиқа адекват ЎСВдан кейин спонтан нафас пайдо бўлмаса ЯТЧда оғир асфиксия ривожланади. Агар у яшаса кейинчалик интенсив терапия ўтказиш талаб қилинади. Агар интенсив терапия ўтказиш имконияти туғилса, интенсив терапия бўлимига ўтишга тайёрлагунча 30 дақиқа ЎСВ давом эттирилади. Агар интенсив терапия ўтказишга имкон бўлмаса, 20 дақиқали вентиляциядан кейин болада реанимацияга жавоб булмаса (спонтан нафас йўқ) ЎСВни тўхтатиш мумкин.

Постасфиксия синдромининг кечиши туғилиш вақтида турли оғирликдаги ҳомила ривожланишида қўшилиб келган касалликлар ва асоратлар борлиги, шунингдек парваришнинг монандлигига боғлиқ.

Асоратнинг икки гуруҳи мавжуд: эрта (ҳаётининг биринчи соатлари, биринчи кунда ривожланади) ва кечки (ҳаётининг биринчи ҳафтаси охири ва кейинроқ). Асоратларнинг иккала гуруҳи аъзолар ва тизимларнинг зарарланиши бўйича таснифланади.

Эрта асоратлари:

- 1) МНС зарарланиши – мия шиши, калла суяги ичига қон қуйилишлар (КИҚК), перивентрикуляр лейкомаляция, бош мия моддаси некрозлари;
- 2) юрак қон-томир тизими ўзгаришлари – ўпка гипертензияси, транзитор миокард ишемияси, юрак етишмовчилиги, шок (карахтлик);
- 3) буйраклар дисфункцияси – преренал буйрак етишмовчилиги, кортикал некроз, буйрак интерстицияси шиши, буйрак томирлари тромбози, яъни ЎБЕ ҳар хил вариантлари;
- 4) пневмопатиялар – шиш, ўпкадан қон кетиши, аспирацион синдром, иккиламчи сурфактант танқислиги, сурфактант ишлаб чиқарилишининг сусайиши ва унинг ингибицияси еки синтези сусайиши натижасида.

5) меъда-ичак йўли зарарланишлари – динамик ичак тутилиши, парез ва моториканинг бошқа нуқсонлари, некрозланувчи энтероколит;

б) гематологик аниқланади; анемия ёки полицитемия, тромбоцитопеник пурпура ёки ДВС – синдром.

Кечки асоратлар орасида неврологик тури устунлик қилади: гипоксик-ишемик энцефалопатия, гипертензион гидроцефал синдром, талваса синдроми. Кечки асоратларга шунингдек пневмониялар, менингит, сепсис кўринишидаги инфекциялар ҳам киритилади. Кислород терапиясининг асорати бронх-ўпка дисплазияси ва ретинопатия бўлиши мумкин.

Олиб бориш тактикаси. Апгар шкаласи бўйича паст баҳо билан туғилган ҳамма болалар, агар уларда ўпканинг ёрдамчи вентилияцияси ёки реанимация тўлиқ ўтказилган бўлса, интенсив терапия бўлимига ўтказилишлари шарт. Бу бўлимда чақалоқлар туғилгандаги ҳолатининг бир неча соат ёки кун ичида оғирлигига кўра монитор қувзатувда бўладилар. Бундай шароитда ота-оналарга болаларини эркин кўра олишларини таъминлаш керак. Организмнинг ҳаётий муҳим қатор фаолиятлари ҳолати ва гомеостаз кўрсаткичлари ҳолати устидан узлуксиз кузатилади. Мониторинг клиник, лаборатор, аппарат турларига бўлинади.

Клиник мониторинг: а) тана вазнини ўлчаш (кунига 2 марта); б) бола клиник ҳолатининг ўзгариши тўғрисидаги динамик ёзувлар (неврологик, соматик статус); в) Ҳар 3 соатда назорат қилиш керак: нафас сонини, нафас олиш характерини (нафас олишда иштирок этувчи кўкрак қафасинининг бўш соҳаларининг чуқур тортилиши, ихраб нафас чиқариш), юрак уришлари сони, тери ва шиллик қаватлар ранги, тана ҳарорати, овқатланиш (сўриш рефлексининг фаоллиги). г) олаётган суюқлиги (овқати, инфузион даво, дори воситаларини эритиш) ва таркиби (калораж, оқсиллар, ёғлар ва углеводлар); д) йўқотилган ҳамма суюқликлар ҳажмини ҳисобга олиш (сийдик, нажас, қайт қилиш, меъдада туриб қолган суюқлик); ж) болани ҳар гал кўрувда “оқ доғ” симптомига баҳо берилади.

Аппарат мониторинги орқали ЎСВ, кардиомониторлар, қоннинг кислород билан тўйиниши (имконияти бўлса) кўрсаткичларини руйхатга олиш мумкин.

Лаборатор мониторинги: а) гематокрит, гемоглобин, лейкоцитлар, эритроцитлар, ретикулоцитлар, тромбоцитлар миқдори, ранг кўрсаткичи ва лейкоцитар формула; б) КАМ (РН, ВЕ, РСО₂, РО₂); қон, балғам, сийдик, меъда суюқлиги, нажас, ликвор, киндик жароҳати ва эшитув йўлидан ажралма Грам бўйича бўйаш ва суртма микроскопияси; г) сийдикнинг клиник анализи; д) қоннинг биокимёвий анализи: глюкоза, умумий оксил, билирубин ва унинг фракциялари, даражаси, трансаминазалар фаоллиги, мочевина, калий, натрий, кальций, магний қонцентрацияси; е) қон ва сийдик осмолярлиги; ж) коагулограмма; з) копрограмма; й) кўкрак қафаси ва қорин рентгенограммаси.

Қиёсий ташҳис туғилишда кардиореспиратор депрессия кўзғатувчи ҳолатлар, шунингдек ўткир қон йўқотишлар (жумладан ички аъзолар жароҳати), калла суяги ичига қон қуйилишлар, юрак ва миянинг ривожланиш нуқсонлари, ўпка касалликлари, калла суяги ичида туғруқ ва спинал жароҳатлар, диафрагмал чурралар билан ўтказилади. Муддатидан ўтиб туғилган болаларда, айниқса, меконий аспирацияси синдроми, туғруқ жароҳатлари, персистирловчи ўпка гипертензияси ва пневмоторакс, муддатига етмай туғилган болаларларда эса – нафас бузилиш синдроми, калла суяги ичига қон қуйилишлар, гипераммониемия синдроми кўпроқ учрайди.

Туғилишда кардиореспиратор депрессия – туғилишда МНС фаолияти пасайиб кетиш синдроми борлиги, жумладан мушак тонусининг пасайиши, гиповентиляция, аксарият брадикардия мавжудаги, бироқ қонда гипоксемия, гиперкапния, яққол ацидоз йўқлиги хос. Бунда болада ҳаёт фаолиятининг бир неча пасайиб кетишига хос белгилар бўлиши мумкин.

Кўпинча боланинг кардиореспиратор депрессия ва Апгар шкаласи бўйича паст баҳо олиб туғилиш сабабини аниқлаб бўлмайди. Одатда бу

болаларга атроф муҳит шароитларини оптимал ташкил қилиш ҳамда вақтинча нафас ва бошқа қувватлашни ташкил этишнинг ўзи кифоя қилади ва Апгар бўйича баҳолаш 5 дақиқадан ўтгач 7 балл ва бундан юқорига чиқади. Илгари худди шундай болаларда енгил ёки ўртача оғирликдаги асфиксия ташҳиси қўйилган ва уларга керак бўлмаган инфузион ва фармакотерапия тайинланган.

Даволаш. Асфиксия ўтказган болаларда даволаш оптимал микроиклимни ва комфорт шароитни яратишдан, гипоксемияни даволаш, қоннинг меъерий газ таркибини, юрак фаолиятини, қон босимини ва айланиб юрувчи суюқлик ҳажминини, қондаги глюкоза миқдорини бир меъерда ушлаб туришдан иборатдир. Қоннинг меъерий электролит таркибини тиклаш ва бир меъерда ушлаб туриш (нормо- Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺). Бунинг учун парентерал овқатлантиришни иложи борица тезроқ, яъни гипоксемияни даволаб бўлгандан сўнг ва меъерий қон айланиш тикланган заҳоти бошлаш керак. Асфиксиянинг оғир даражаларида энтерал овқатлантиришни 2-3 суткага кечиктириш лозим.

Режали инфузион терапияни зарурат бўлганда туғилишдан 40-50 мин ўтгач бошлаш керак. Инфузион давонинг одатдаги ҳажми ҳаётининг биринчи кунларида 60-80мл/кг (тана вазни 750г дан кам муддатига етмай туғилганларда ҳажм 100-200 мл/кг гача кўпайтирилиши мумкин), ҳар куни юборилаётган суюқлик ҳажми 20 мл/кг оширилади, суюқлик ҳажми 140 - 200мл/ кг / сут. етмагунча. Бироқ юрак етишмовчилиги, ўпка, мия шишида боланинг суткалик эҳтиётдан келиб чиқиб инфузион терапия 2/3га қисқиради.

Янги туғилган чақалоқларни суюқликларга бўлган физиологик талаби.

Ёши (сутка)	Тана вазни (г)			
	>1000	1001-1500	1501-2500	>2500
1	80-100	60-80	40-60	30-40
2	100-120	80-100	60-80	40-70
3-4	120-150	100-120	80-100	70-90
5-7	150-180 (200 гача)	120-160 (180 гача)	100-150 (170 гача)	90-140 (160 гача)

Инфузион давонинг ҳажмидан суръати муҳим, шунинг учун уни ҳар 6-8 соатда назорат қилиб туриш керак. Ҳаётнинг биринчи кунда одатда инфузия учун 5-10%ли глюкоза эритмаси ишлатилади. Инфузион даво ифодаси ва суръати кўп жиҳатдан асосий клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг мониторинг натижаларига боғлиқ .

Метаболик бузилишлар коррекцияси ва олдини олиш: гипо- ва гипергликемиялар, ацидоз, гипокальциемия, гипомагниемия (қуйига қ.) ва б.

Гипогликемияни қонда глюкоза даражаси 2.6 ммоль/лдан паст бўлганда аниқланади.

Қонда глюкоза даражасини биринчи аниқлашни гипогликемия ривожланиш ҳавф гуруҳидаги болаларда туғилишдан 30 – 60 дақиқа ўтгач ўтказиш мақсадга мувофиқ, сўнгра дастлабки 2 кун ичида қонда глюкоза концентрациясини ҳар 3 соатда ёки ҳар бир овқатлантиришдан олдин ўлчанади. Инфузион терапия олаётган болаларда глюкозанинг даражаси охириги 2 ўлчовдан сўнг меъёрий кўрсаткичга етса, глюкозанинг даражасини ҳар 12 соатда аниқланади. Глюкозанинг қондаги миқдори 2,6 ммоль/лдан паст, лекин 1,1 ммоль/лдан паст бўлмаган ҳолатларда кўкрак билан овқатлантириш сонини ёки бериладиган сут ҳажмини кўпайтириш лозим.

Глюкоза эритмаларини парентерал юбориш гипогликемия даражаси 1,1 ммоль/л ва бундан паст бўлганда бошланади. Глюкозанинг 10%ли эритмасини вена ичига, дақиқасига 2,5 мл/кг тезликда 5 дақиқа давомида секин, оқим ҳолида юборилади. Глюкозанинг миқдорини юборилгандан 30 дақиқа сўнганиқланади ва кейин ҳар 3 соатда аниқланади. Агар глюкозанинг қондаги миқдори 1,1 ммоль/лдан паст ҳолати сақланса, бунда глюкозани вена ичига оқим шаклида юбориш қайтарилади ва инфузион терапия давом эттирилади. *Гипергликемия* одатда оптимал бўлмаган инфузион даво оқибати ҳисобланади. Агар глюкоза даражаси 10 ммоль/л дан юқори бўлса, инсулин 0,1 ТБ/кг/соат дозада гипогликемияни мунтазам назорат

қилган ҳолда ва глюкоза инфузияси суръати чекланган микрооқим билан тайинланади.

Гипокальциемия қонда умумий кальций даражаси 1,75 ммоль/л дан кам ва ионлангани – 0,85 ммоль/л дан паст бўлганда аниқланади. У эрта (хаётнинг дастлабки 3 кун), ўртача (хаётнинг 4-7-кунлари) ва кечки (хаётининг 3-хафтасида ва кейинроқ бошланади) бўлади. Гипокальциемияда вена ичига 10%ли кальций глюканат эритмаси 1-2 мл/кг дозада (яъни 9-18 мг кальций 1кг тана вазнига). Бунда ой-кун тўлиб туғилган чақалоқда кальцийга суткалик эҳтиёж 75 мг/кг (жуда муддатига етмай туғилганларда 150 мг/кг гача етади.)

Ўткир постасфиктик даврда фойдаланиладиган дори воситаларининг асосий гуруҳлари қуйидагича: антигипоксантилар, антиоксидантлар, метаболик, гемодинамик бузилишларнинг коррекцияси учун фойдаланиладиган воситалар. Бундан ташқари, оксигенотерапиянинг ҳар хил усуллари қўлланилади.

Оксигенотерапия, ЎСВ 100%ли кислород билан нафас олишда қон PO_2 ни, 5.33 кПа дан кўпга ёки PCO_2 ни 9.33 кПа дан юқори меъёрлаштиришга имкон бўлмаганда қўлланилади. Янги туғилган чақалоқлар, айниқса муддатига етмай туғилганларга соф кислородни ингаляция қилиш мумкин эмас деб ҳисобланади. 80%ли кислород билан ЎСВ давомийлиги 100% намланганда кўпи билан 2-3 соат, 60%ли кислород билан кўпи билан 10 соат, бирмунча давомли ингаляцияларни эса кўпи билан 30%ли кислород билан ўтказган маъқул. Кислород давонинг 2 жихатига эътибор берайлик: ҳарорат ва намлик. Совуқ кислород ҳаво аралашмаси фақат совуқ стресс кўзғатмай, иссиқлик беришни кескин кўпайтиради, натижада периферик қон айланиши бузилади.

БОБ-6. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИГИ ҲКК (P55.9)

Янги туғилган болаларнинг гемолитик касаллиги (ЧГК) – ҳомила ва онанинг ўртасида эритроцитар антигенлар, резус тизими, АВО ёки бирмунча кам учрайдиган омиллар бўйича мос келмаслиги натижасида иммунологик номутаносиблик (изоимунизация) билан боғлиқ касалликдир.

Изоимунизация келиб чиқиши ота томонидан бўлган антигенларнинг ҳомиладан онага ўтиши ва репродукцияни таъминлашда қатнашадиган она ва бола ўртасидаги ўзаро иммунобиологик муносабатларни бузади. Шунинг учун ЧГК гемолитик анемия ва унинг оқибатлари кўринишдагина эмас, балки патологиянинг бошқа шаклларида ҳам намоён бўлади (инфекцион асоратларга нисбатан мойилликнинг ошиши, мослашув жараёнлари, нейроэндокрин регуляцияси бузилишлари ва б.). У янги туғилган чақалоқларнинг транзитор ҳолатлари клиникасига ўзига хос хусусиятлар киритади.

Туғма ривожланиш нуқсонларининг учраш сони ошганлиги, сурункали ҳомила ичи гипоксияси ва гипотрофияси, муддатига етмай туғилиш сонининг юқорилиги, туғилган болалар ўлими ва такроран ҳомиладор бўлганларда бола ташлашлар, туғруқнинг асоратланиб кечиши ва эрта неонатал даврда геморрагик бузилишларнинг сони юқорилиги қайд этилади. Келтирилган белгилар касалликнинг кўп тизимли ҳарактерга эга эканлиги ва антенатал даврдаги эмбрио – фетогенез жараёнида иммунологик механизмларнинг иштирок этишини тасдиқлайди.

Этиологияси. Маълум эритроцитар антигенлар массаси орасида, жумладан 75 генетик полиморф тизимлар қон гуруҳларига бирлаштирилган 500 дан ортиқ генетик гуруҳли омиллар ажратилади. ЧГК ривожланишида “резус” ва АВО тизимлари катта аҳамиятга эга. ЧГК камроқ KELL, DUFFI, KUDD, S, M ва б. тизимлар антигенлари бўйича номутаносибликка боғлиқ. “Резус” тизими 6 та асосий антигенлардан иборат, улар синтезини 3 жуфт генлар белгилайди. Уларни ифодалаш учун қуйидаги атамалардан

фойдаланилади: Фишер (бунда антигенлар C,C: D,d, E,e деб белгиланади) ва Виннер атамаси (Rh, hr, Rho, hro, Rh, hr антигенлар), резус манфий дейилади, колганлари эса унга эга эмас, гарчи уларда “резус” системасининг бошқа антигенлари бўлса-да, D-антиген липопротеин цитоплазматик мембрана ички сатҳида, айни вақтда А ва В антигенлари эса ташқи сатҳида жойлашади. Она ва боланинг эритроцитар антигенлари бўйича фарқланиши, эҳтимол тутилган зиддиятга сабабчи ҳисобланади: ЧГК 3-6% шундай ҳолларда пайдо бўлади.

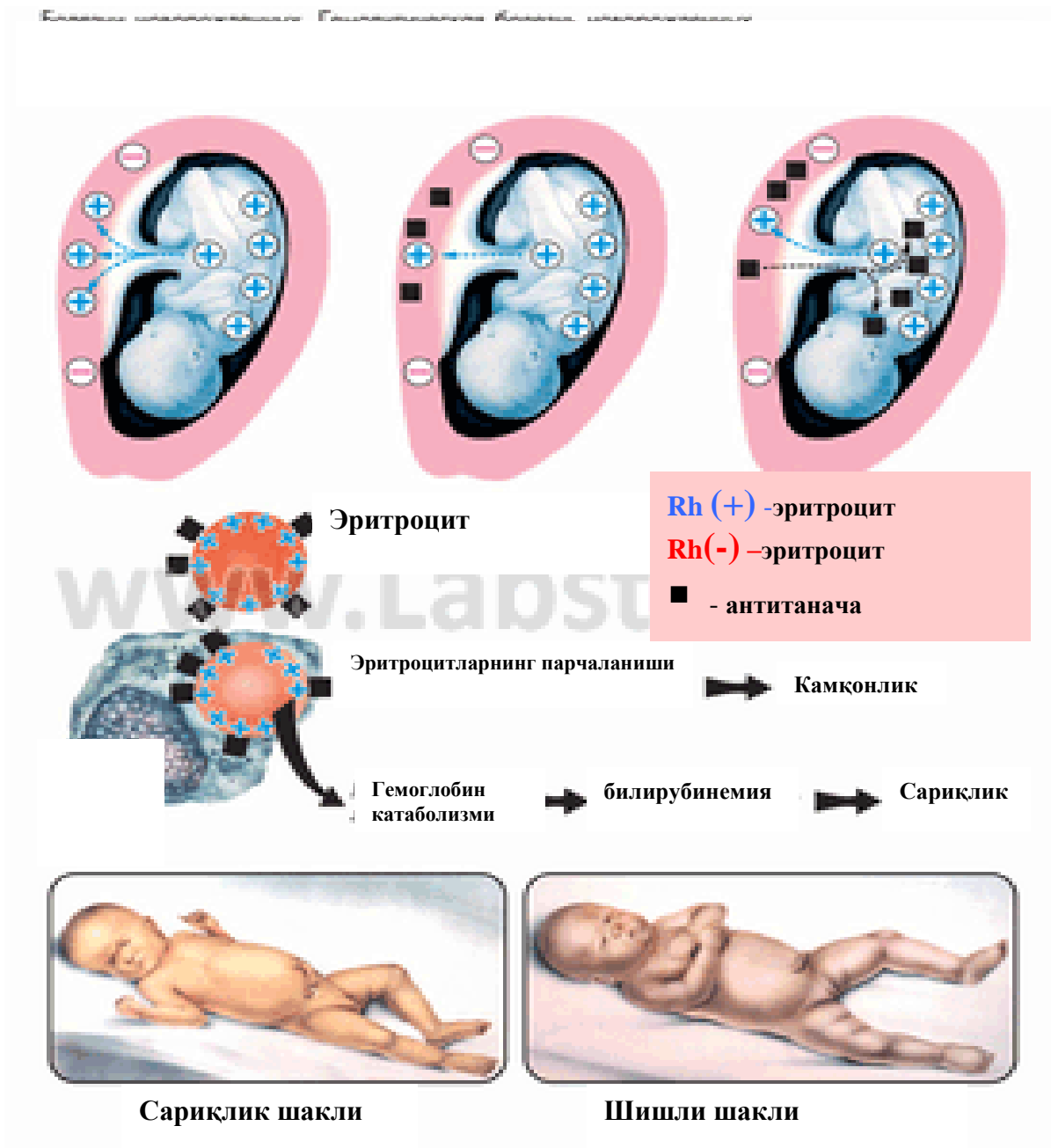
Резус зиддиятга, одатда онанинг олдинги хомиладорликдаги бўлиб ўтган сенсбилизацияси сабаб бўлади (абортлар, бундан олдинги хомиладорликда резус мусбат бола туғилиши, чунки туғруқда ҳамма вақт қисман фето оналик трансфузияси рўй беради). Шу муносабат билан D-антигенлар эмбрионда 5-6 ҳафтадаёқ пайдо бўлишини эслатиб ўтиш зарур, бинобарин, илк муддатлардаги абортларда сенсбилизация бўлиши мумкин, бунда фақат эритроцитар антигенлар билан эмас, балки тўқима антигенлари билан ҳам бўлиши мумкин. Бу операциянинг аёл организмнинг хомиладорликни сунъий тўхташнинг иммунологик ва гормонал қайта қурилиши асосида ўтказилиши ҳисобга олинандиган бўлса, абортларнинг салбий оқибатларини баҳолаш қийинлиги маълум бўлади.

ABO зиддиятда ЧГК кўпинча биринчи хомиладорликда ривожланади, чунки етакчи этиологик омил йўлдош тўсиғининг бузилишидир: хомила ичи гипоксиясига олиб келадиган омиллардан онанинг соматик касалликлари, гестози, инфекцияи ҳисобланади. Онада IgM синфига таалуқли, яъни шикастланмаган йўлдош орқали ўтмайдиган табиий изоагглютининлар борлиги хомилага уларнинг транспланцентар транспортига олиб келиши мумкин эмас. Табиийларидан фарқли равишда она IgG га таалуқли гуруҳли АГга иммунизация қилингандан сўнг пайдо бўлган антитаналар меъёрий йўлдош орқали бемалол ўтиб, гемолиз чақиради. Кўпинча ABO тизими бўйича зиддият муносабати бўйича онада O(I) гуруҳи, болада эса – A(II) гуруҳи бўлганида ЧГК юзага келади.

Патогенези. ЧГК патогенези асосини, юқорида кўрсатиб ўтилганидек, ҳомиланинг эритроцитлар антигенлари билан онанинг изоммунизацияси, уларнинг йўлдош орқали ўтиши, ҳужайра ичи, баъзан эса томир ичида бола эритроцитларининг гемолизи ва боғланмаган билирубин билан гипербилирубинемия бўлиши ташкил қилади. Гемолизнинг жойлашувидаги тафовутлар гемагглютининлар ёки гемолизинлар хоссаларига эга бўлган антитаналар синфи ва субсинфи билан боғлиқ.

ЧГК да шикастланишлар даражаси ва оғир-енгиллиги антитаналарнинг онадан ҳомилага транспортининг бошланиш ва давомийлик муддати билан боғлиқ. Она антитаналарининг кўп миқдордаги ўтиши туғруқ вақтида рўй беради. (8-расм).

Уларнинг маълум бир миқдори она сути орқали ўтиши мумкин. ЧГК патогенезида гиперсезувчанликнинг секинлашган тури (ГСТ) аҳамияти ўрганилмоқда, чунки бемор болалар қонида цитотоксик Т-лимфоцитларнинг (ЦТЛ) ошиши аниқланади, ваҳоланки бу онасига тегишли бўлиши мумкин. ЧГКнинг энг оғир, шишли шаклини худди шу сабаб билан боғлайдилар. Ҳомиладорликнинг 16-18 ҳафтасида фетал эритроцитлар ҳомиладорлик меъёрий кечаётганида, иммунологик зиддиятсизҳам она қонида топилади, бевосита туғруқ олдида эса 75% ҳомиладорларда топилиши ЧГК шаклида рўёбга чиқадиган асосий патогенетик жараёнлар ҳали етарлича ўрганилмаганидан далолат беради. Хусусан ҳомила жигари ҳолатининг боғланмаган билирубин даражасига ва унинг озод фракциясининг (альбумин билан боғланмаган) энцефалопатиялар оғирлигига таъсири унчалик аниқ эмас. ЧГК жигар етишмовчилиги белгилари билан оғир кечганда билирубин элиминациясининг ҳамма фазалари: ушлаб олиш ҳам, конъюгация ҳам, экскреция ҳам бузилган бўлади.



Расм -13. Янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги патогенези.

ЧГКнинг энг хавфлиси:, қонда билвосита билирубиннинг юқори даражаси липотроп хусусияга эга бўлиб у мия ядроларига кириб, ядроли сариқлик чақирishi ҳисобланади. Ядроли сариқлик ривожланиши учун қонда билвосита билирубин концентрацияси катта аҳамиятга эга: унинг миқдори 428-496 мкмоль/л бўлганда ядроли сариқлик 30% болаларда, 518-684 мкмоль/л бўлганда 70% болаларда пайдо бўлади. Айнаи вақтда қон зардобида билирубин билан ядроли сариқлик ривожланиши ўртасида тўғридан-тўғри

корреляция йўқ ва билвосита билирубин нейротоксиклигининг хавф омиллари катта аҳамиятга эга:

1) гематоэнцефалик тўсиқни шикастловчи ва уни ўтказувчанлигини оширувчи: гипергликемия натижасида плазма гиперосмолярлиги, оғир респиратор ацидоз, мияга ва мия пардаларига қон қўйилишлар, инфекциялар асоратлар борлиги, артериал гипертензия ва бошқа омиллар:

2) билвосита билирубиннинг токсик таъсирига нейронлар сезувчанлигининг ошиши: муддатига етмай туғилганлик, оғир асфикция, гипотермия, очлик, анемия, гипогликемия;

3) альбуминнинг билвосита билирубинини маҳкам боғлаш қобилиятининг пасайиши: гипоальбуминемия, ацидоз, инфекциялар ёки томир ичи гемолизи, эстерификацияланмаган ёғ кислоталари концентрациясининг ошиши, айрим дорилар билан боғланиш учун рақобат. (сульфаниламидлар, фурасемид, дифенин, индометацин, салицилатлар, метициллин, оксациллин, цефалотин, цефоперазон, алкоголь).

Юқорида санаб ўтилган барча омиллар билирубин энцефалопатияси хавфини оширади ва беморда юқоридаги омиллардан 2-3-тасининг борлиги гипербилирубинемиянинг катта даражасида қонни алмаштириб қуйишни талаб этади.

Эрта неонатал даврда тана вазни 1500 гр дан кам болаларда қонда билвосита билирубиннинг ҳар 50 мкмоль/лга ошиши (100 мкмоль/лдан юқори), 2-3-ёшда психомотор ривожланишдан орқада қолиш даражаси 30% га ошади. Муддатига етмай туғилган болаларда мия зарарланишларининг учраш даражаси ва оғирлигини фақат гематоэнцефалик тўсиқ ҳолати билан эмас, балки уларни муддатига етиб туғилган болалар билан солиштирганда ганглиозидлар ва сфингомиелин микдоринининг кўплиги (боғланмаган билирубинга ўхшаш хусусиятли) билан боғлайдилар, лекин жигарнинг ферментатив тизими етарли эмас.

Гипербилирубинемиядан ташқари, ЧГКнинг кўп тизимли касаллик сифатидаги оғирлиги шундан иборатки, гемолизнинг иммунологик

механизми гемостаз тизимини, бинобарин, гемореология, микроциркуляция, томирлар ўтказувчанлиги, тизимли гемодинамика ва артериал босимга таъсир кўрсатадиган бошқа плазма протеазаларини (фибринолитик, кинин ва комплемент тизими) фаоллаштиради. Эритроцитларнинг парчаланиш маҳсулотлари, Ig ва комплемент учун рецепторлари бўлган лейкоцитлар фаоллиги келиб чиқиши лизосомал протеазалар даражаси ошишига олиб келади, цитокинларнинг бутун спектрини (интерлейкинлар, келиб чиқиши моноклеар колонияларини рағбатлантирадиган омиллар) ўзгартиради. Бу патогенезга ўз ҳиссасини қўшади ва эҳтимол, клиник белгилар табиатига, хусусан шиш синдроми, юрак қон-томир бузилишлари, геморрагик синдром, анемиянинг табиати ва даражасига таъсир қилади. Барча келиб чиққан оқибатлар гематоэнцефалик тўсиқ ўтказувчанлигини оширади.

Бошқа томондан, ЧГК оғир кечиши натижасида болалар инфекцион асоратларга мойил бўлади, баъзан улар септик тус олиб, яъни иммун танқислик ҳолати белгилари пайдо бўлади, бу шунингдек ЧГК кечишини қийинлаштиради ва унинг оқибатига ёмон таъсир қилади.

ЧГК таснифи қуйидагиларни аниқлашни кўзда тутилади:

- 1) зиддият тури (резус, АВО тизими, кам учрайдиган омиллар бўйича);
- 2) клиник шакли (ҳомила мацерацияси билан ўлими, шишли, сариқлик, анемик);
- 3) сариқлик ва анемик шаклларида оғир енгиллик даражалари (енгил, ўртача оғирликда ва оғир);
- 4) асоратлари (билирубин энцефалопатияси – ядроли сариқлик, бошқа неврологик бузилишлар, геморрагик ёки шиш синдроми, жигар, юрак, буйрак усти безлари шикастланиши, “ўт қуюқлашиш” синдроми, модда алмашинуви бузилишлари: гипогликемия ва бошқалар);
- 5) қўшилиб келган касалликлар ва фон ҳолатлари (муддатига етмай туғилганлик, ҳомила ичи инфекциялари, асфиксия ва б.)

Клиник кўриниши

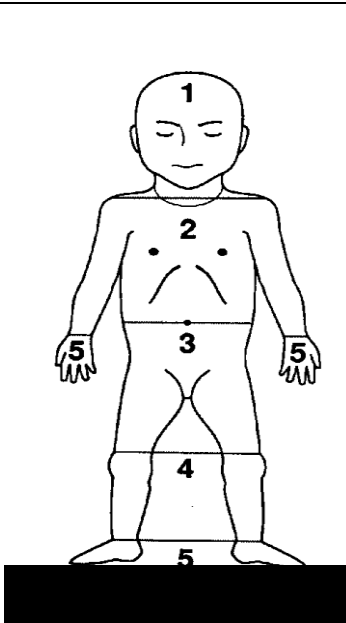
Шишли шакли –ЧГКнинг энг оғир кўринишидир. Она анамнезида: бола ташлашлар, ўлик бола туғиши, такрорий абортлар, муддатига тўлмаган хомиладорлик хос. Хомиладорлик даврида ультратовуш билан текширишда хомиланинг ўзига хос ҳолати (“Будда ҳолати”), калла атрофида доира аниқланади. Йўлдош вазни шиш натижасида кескин катталашган (меъёрда у хомила тана вазнининг 1/6-1/7 қисмини, шишда эса 1/3 ва ҳатто хомила танаси оғирлигига тенг). Хомиладорлик кечиши кўпинча преэклампсия ва эклампсия ҳолатидагидаги гестоз билан асоратланади. Бола туғилганда ташқи жинсий аъзолар, оёқлар, бошнинг шиши, анасарка, асцит кузатилади. Қорин кескин катталашган (бочкасимон). Эритроид метаплазма ва фиброз сабабли гепато- ва спленамегалия юзага чиққан. Марказий ва периферик гемодинамиканинг бузилишлари белгилари нисбий юрак тўмтоқлиги чегараларининг кенгайиши, тонларнинг бўғиқлиги, тери қопларининг рангпарлиги, олигоурия ва нафас етишмовчилиги кўринишида бўлади (кўпинча гипопластик ўпка ёки гиалин мембранали касаллик натижасида).

Шишли шакли бўлган болаларда аксарият геморрагик синдром бўлади (мияга, ўпкага, меъда-ичак йўлига, териға қон қуйилишлар). Бу болаларнинг бир қисмида гематологик текширишда ДВС-синдром аниқланади, бироқ барча болаларда жигарда синтезланадиган плазма прокоагулянтларининг жуда паст даражаси қайд қилинади. Гипопротеинемия, киндик қонида умумий билирубин миқдори ошиши (бевосита ва билвосита ҳисобига), оғир анемия (гемоглобин концентрацияси 100г/лдан кам), ҳар хил даражадаги нормобластоз ва эритробластоз, тромбоцитопения хос. ЧГК туғма шишли шакли бўлган яшаб кетган болаларни фаол даволашдан кейин, аксарият ҳолларда оғир неонатал инфекциялар, жигар циррози, энцефалопатиялар ривожланади.

Сариқлик шакли– ЧГКнинг энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади. Чақалоқларда туғилгандаёқ қисман (туғма сариқлик шакли) сариқлик бўлади, кўпчилик болаларда у ҳаётининг биринчи кунларида пайдо бўлади. Сариқлик нечоғлик эрта пайдо бўлса, ЧГК одатда оғирроқ кечади. Билвосита

билирубин миқдори билан терининг иктериклик даражаси ўртасида қатъий боғлиқлик йўқлигини таъкидлаб ўтиш лозим, гарчи кафтларнинг сариққа бўялиши билвосита билирубиннинг 205 мкмоль/л дан ортиқ даражаси учун хос, деб ҳисобланади.

Сариқликнинг оғирлик даражасини аниқлашнинг энг оддий усули бу- теридаги сариқликнинг пайдо бўлиш вақти ва жойлашган жойини аниқлашдир. Сариқлик чақалоқ ҳаётининг биринчи куниданоқ тананинг ҳар қандай соҳасида, 2-куни қўл ва оёқларида, 3-куни эса қўл кафти ва оёқ товонида пайдо бўлиши бу “хавфли” сариқлик белгиси, деб ҳисобланади(1-расм, 25 жадвал). Агар хавфли сариқликнинг белгилари пайдо бўлса, қон таҳлилидаги билирубин кўрсаткичларини аниқланишини кутмасдан, фототерапияни зудлик билан ўтказиш лозим.

	<p style="text-align: center;">Билирубин РЭС тизимини тарқ этиб альбумин билан боғланади</p> <p style="text-align: center;">Билирубин дастлаб тананинг проксимал қисмида, сўнгра дистал қисмида йиғилади</p> <p style="text-align: center;">Сариқлик тепадан пастга қараб тарқалади</p>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;">1</th> <th style="width: 10%;">2</th> <th style="width: 10%;">3</th> <th style="width: 10%;">4</th> <th style="width: 10%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Соҳа</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Қон зардобиддаги умумий билирубин мкмоль/л</td> <td>100</td> <td>150</td> <td>200</td> <td>250</td> <td>>250</td> </tr> </tbody> </table>		1	2	3	4	5	Соҳа						Қон зардобиддаги умумий билирубин мкмоль/л	100	150	200	250	>250
	1	2	3	4	5														
Соҳа																			
Қон зардобиддаги умумий билирубин мкмоль/л	100	150	200	250	>250														

Расм -14. Крамер шкаласи

Жадвал-20.

Сарғайиш даражасини (оғирлик даражасини) клиник баҳолаш

Ёши	Сариклик қуйидаги жойларда яққол кўринади	Қандай баҳолаш керак
1-куни	Тананинг ҳар қандай қисмида ³	Кучли сарғайиш (оғир даражаси)
2-куни	Қўлларда ва оёқларда	
3-куни	Панжаларда ва товонларда	

АВО зиддиятда гипербилирубениемия ҳаётнинг 2-3 кунда ва ҳатто кечроқ пайдо бўлади. Сариклик даражаси ва аста-секин туси ўзгаради. Шунингдек гепатосленомегалия, склералар, шиллик пардаларнинг сарик рангга бўялиши, қориннинг керчганлиги хос. Қонда билвосита билирубин даражаси ошган сайин болаларда МНС фаолияти пасайиб кетиш синдроми белгилари ошиб боради, булар билирубининтоксикациясига боғлиқ. Туғма сариклик шаклида болада кўпгина иммун танқислиги ва унинг оқибати сифатида инфекциялар жараёнлар бўлади. Ретикулоцитоз, нормабластоз ва эритробластоз билан гиперрегинатор анемиянинг ҳар хил даражада юзага чиқиши хос. Бу қоннинг ядро сақловчи ҳужайраларнинг миқдори ошиши (псевдолейкоцитоз) кўринишида; тромбоцитопенияда акс этади. Баъзан лейкомоид реакцияли чин лейкоцитоз ҳам кузатилади.

Билирубин энцефалопатияси (БЭ) – ҳаётнинг дастлабки 36 соатида клиник жихатидан камдан-кам аниқланади. Одатда уни 3-6-кунларида аниқланади. Кечишининг 4 фазаси фарқ қилинади: 1) билирубин интоксикацияси белгиларининг устунлик қилиши (МНС фаолияти пасайиши синдроми; бир хил монотон қичқириш, мушак тонусининг пасайиши, иштаҳасизлик, қайт қилиш, қусиш, патологик эснаш, адашган нигоҳ). 2) ядроли сарикликнинг классик белгилари пайдо бўлиши (энса мушаклари ригидлиги, спастиклиги, опистотонус, товуш таъсиротига реакция йўқлиги, вақти-вақти билан қўзғалувчанлик ва кучли “мия” чинқириғи, катта лиқилдоқнинг бўртиб чиқиши, юз мушакларининг учиши ёки тўлиқ амимия,

³Ҳаётнинг биринчи кунда тананинг ҳар қандай қисмидаги ёки ҳаётнинг иккинчи кунда қўллар ва оёқларда, панжа ва товонлардаги кўринадиган сариклик жуда жиддий муаммо ҳисобланади ва зудлик билан фототерапия ёрдамида даволашни талаб этади. Қондаги билирубин даражасининг натижаси маълум бўлмагунча фототерапия бошлашни орқага сурмаслик лозим

кенг миқёсдаги тремор, талвасалар, кўз симптоматикаси: “қуёш ботиши” симптоми, нистагм, Грефе симптоми; нафас тўхтаб қолиши, юрак ритмининг бузилишлари, летаргия, баъзан тана ҳароратининг ошиши) 3)сохта тузалиш даври (хатто тўлиқ реабилитация имконияти борлиги тўғрисида таассуроти пайдо бўладиган неврологик симптоматиканинг орқага қайтиши); 4)неврологик асоратларнинг клиник шаклланиш даври: болалар церебрал фалажи клиникаси, атетоз, хореоатитоз, парезлар, карлик, асаб рухий ривожланишда орқада қолиш, дизартрия янги туғилганлик даври охирида ёки ҳаётининг 3-5ойида юзага чиқа бошлайди. Мия шикастлари нафас ёки юрак етишмовчилиги ривожланиши, аксарият геморрагик синдром фонида летал натижа билирубин интоксикациясининг дастлабки 2 – фазасида юз бериши мумкин. Янги туғилган чақалоқларда, айниқса муддатига етмай туғилганларда ядроли сариқликларнинг классик белгилари хамиша бўлавермайди, шунинг учун ҳозирги вақтда уни аниқлашнинг ҳархил инструментал усуллари ишлаб чиқилмоқда.

Анемия шакли ЧГКли касалларнинг 10-20%ида аниқланади. Болалар яхши эммайди, вазн кўшмайди, рангпар ва ланж бўлади. Кўпинча гипатоспленомегалия кузатилиб, нафас бузилишлари ҳам хос (гемик гипоксия сабабли тахипноэ). Периферик қонда турлича юзага чиққан анемия топилади. Кўпинча у нормобластоз, ретикулоцитоз, сфероцитоз билан бирга учрайди, яъни регенератор ҳисобланади. Чунки бу ҳолда эритроцитлар тўлиқ геммоглабинлашмайди, гипохромия кузатилади. Баъзан гипорегенератор анемия қайд этилади, бу суяк кўмиги фаолиятининг тармоқланиши ва ундан эритроцитларнинг етилган ва етилмаган шакллариининг чиқишининг орқада қолиши билан изоҳланади. Бунга гемопозетик омилларининг етишмаслиги (эҳтимол цитокинларнинг) сабаб бўлса керак. Қонда билвосита билирубин даражаси одатда меъёрда ёки нисбатан ошган бўлади. Аксарият анемия тасодикий топилма бўлади ва биринчи марта ҳаётнинг 2-3-ҳафтасида топилади. Анемия табиий овқатлантириш фонида (изоантитаналарининг потенциал манбаи) ва дори воситалари таъсири остида кучайиши

мумкинлигини таъкидламоқ зарур, бу гемолизнинг кескин кучайишига ва хатто ДВС синдром ривожланишига олиб келиши мумкин.

ЧГК кечиши ва оқибати касалликнинг шакли ва оғирлигига, иммунологик етишмовчилик даражасига, даволашни ўз вақтида ва тўғри олиб боришга боғлиқ. Касалликнинг шишли шаклида оқибат одатда нохуш. Сариқлик шаклига учраган кўпчилик болалар ҳаёти учун оқибат яхши, бироқ билвосита гипербилирубинемия 340-400 мкмоль/л бўлган ҳамма болаларни реабилитация ўтказиш учун неонатал-неврологик бўлимларга жойлаштириш зарур. Чунки билирубинемия чўққисида яққол неврологик бузилишлари бўлмаган гипербилирубинемияси 257-342 мкмоль/л ли бемор болаларнинг 5-30%ида психомотор ривожланишдан орқада қолиши кузатилади. АВО – ЧГК кечиши резус – ЧГК нисбатан бирмунча енгил кечади. Бироқ АВО зиддиятда томирлар ичи гемолизи ва ДВС синдром ривожланиши мумкин.

Кўпинча алмашлаб қон қуйиш оперциясини (АҚҚ) бошдан кечирган 1-3 ойлик болаларда меъерий ёки гипохром (ранг кўрсаткичи бўйича) ва меъерий ёки гипорегенаратор (суяк кўмиги реакцияси бўйича) эритропоэтинларнинг транзитор етишмовчилиги ҳамда темир ва Е витамини танқислиги билан боғлиқ анемия ривожланади. Шунинг учун ЧГК ни бошдан кечирган болаларга 3 ҳафталигидан бошлаб темир препаратларини профилактик тайинлаш керак (кунига 2 мг/кг.). Анемиялар патогенезида суяк кўмигига қарши йўналган “хўжайинга қарши трансплантат” реакциясини кейин истисно қилиш мумкин эмас.

Ташҳиси. ЧГК ни антенатал аниқлаш мумкин. Қонда резус-манфий мансубликка эга ҳамма аёлларда камида 3 марта антитаналар титри текширилади. 1-текширишни аёл 1-марта мурожат қилганда ва аёллар консультациясига ҳисобга қўйганда ўтказиш зарур. Ҳомиладороликнинг 3 триместрида ҳар ойда текшириш ўтказиш керак. Агар антитаналар титри 1:16-1:32 ва кўпроқ бўлса, 26-28 ҳафтада амниоцентез ўтказиш ва ҳомила олди сувларида билирубинсимон моддалар концентрациясини аниқлаш зарур. Зарурат бўлганда ҳомиладорликни 32-ҳафтасидан кечиктирмай,

ҳомилада қонни алмашлаб қўйишни амалга оширилади. ЧГКнинг шишли шаклини УТТ да аниқлаш ҳам мумкин. ЧГКни иммунологик текшириш энг осон ва аниқ усул ҳисобланади.

ЧГК га гумон бўлганда текшириш режаси: 1) она ва боланинг қон гуруҳи, қайси резусга мансублигини аниқлаш; 2) периферик қон анализи, ретикулоцитларини ҳисоблаш билан; 3) бола қон зардобиде билирубин концентрациясини динамик аниқлаш; 4) трансминазалар даражасини аниқлаш; 5) иммунологик текширишлар резус мос келмасликда қонда ва она сутида антитаналар титрини, шунингдек бола эритроцитлари билан билвосита Кумбс реакциясини ва она қон зардоби билан билвосита Кумбс реакциясини динамикада аниқлаш. АВОнинг мос келмаслигида она қони ва сутида аллогемаглютининлар титрини табиий агглютининларни иммун агглютининлардан фарқ қилиш учун оксил ва туз муҳитларида аниқланади (иммун антитаналар бўлганда оксилнинг муҳитдаги аллогемагглютининлар титри тузли муҳитга нисбатан 2 босқичга юқори).

Бола ва онанинг бошқа камёб эритроцитар антигенли омиллари бўйича зиддият бўлган тақдирда она зардоби қўшилганда бола эритроцитларининг гемогглютинацияси қайд қилинади (индивидуал мос келишликка тест).

Қиёсий ташхиси. Аввало бу физиологик сариқлик эмас, балки патологик сариқлик эканлигига ишонч ҳосил қилиш керак. Физиологик сариқлик туғилгандан кейин дастлабки 12 соатда пайдо бўлмайди, тўлқинсимон кечмайди, 10 кундан кўп давом этмайди, билирубиннинг ўсиш суръати соатига 6 мкмоль/л дан ёки суткасига 85 мкмоль/лдан ошмайди, қондаги билвосита билирубиннинг мутлоқ даражаси 205-221 мкмоль/л, бевосита билирубин эса 25 мкмоль/л дан юқори эмас. Қиёсий ташхис инфекцион гепатитлар, камроқ гемолитик анемияларнинг бошқа шакллари, ирсий гипербилирубинемиялар билан ўтказилади (21жадвал).

Жадвал 21

Янги туғилган чақалоқларнинг сариқликлари

ИРСИЙ	ОРТТИРИЛГАН
-------	-------------

Билирубиннинг ортиқча ишланиши	
<p>1. Эритроцитар мембранопатиялари (микросфероцитоз, эллиптоцитоз ва б.)</p> <p>2. Эритроцитар энзимдефицитлар (глюкоза 6-фосфат-дегидрогеназа, пируваткиназа ва б.)</p> <p>3. Гемоглобинопатиялар - тузилмасидаги нуқсонлар (ўроқсимон хужайрали касаллик М-гемоглобинемия ва б.) ва гемоглобин синтези нуқсонлари (талоссемия), гем синтези (туғма эритропорфириялар)</p>	<p>1. Ҳомила ва она аллоиммун зиддияти оқибатида янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги</p> <p>2. Қон қуйилишлар (кефалогематома, апоневроз остига, мияга, ички аъзоларга), петехиялар ва экхимозлар ва б.</p> <p>3. Ютилган қон синдроми</p> <p>4. Полицитемия</p> <p>5. Дори гемолизи (К витамини, сульфаниламидлар; она окситоцинини киритиш ва б.)</p> <p>6. Ошган энтерогепатоген билирубин циркуляцияси (пилоростеноз, “она сутидан сариқлик”, ичак тутилиши ва б.)</p> <p>7. Е витамини танқислиги анемияси ва неонтал пикноцитоз.</p>
ИРСИЙ	ОРТТИРИЛГАН
Билирубин клиренси пасайган (жигар сариқликлари)	
<p>1. Билирубиннинг гепатоцитлардан тортиб олиш нуқсони (Жильбер касаллиги)</p> <p>2. Билирубин конъюгацияси нуқсонлари (Криглер-Найяр 1-ва 2-тури, Люцея Дрискал синдромлари)</p> <p>3. Билирубиннинг гепатоцитдан экскрецияси нуқсонлари (Дубин-</p>	<p>1. Гормонлар дефицитлари (гипотиреоз, гипопитуитаризм) ёки ортиқчаси (она сутидан сариқлик)</p> <p>2. Инфекцион гепатитлар.</p> <p>3. Токсик гепатитлар (сепсис, захарланиш, дорилардан.).</p> <p>4. Муддатига етмай туғилганлик.</p> <p>5. Тўлиқ парентерал овқатлантириш.</p>

<p>Жонс, Ротор синдроми)</p> <p>4. Симптоматик гипотиреозда, галактоземияда, фруктоземияда, гиперметионинемияда, гипераммониемияда ва б.)</p>	
<p>Обструктив (механик сариқликлар) (обструктив чақалоқлар холангиопатияси)</p>	
<p>1. Фетал типдаги жигардан ташқари ўт чиқарувчи йўллар атрезияси ёки гипоплазияси ўт йўлларининг синдромал аномалиялари бошқа ривожланиш нуқсонлари билан (Алажилля синдроми, “Норвег холестази”, аутосомаларнинг 13,18,21, жуфтлари бўйича трисомиялар, лепречаунизм)</p> <p>2. Оилавий носиндром холестаза (Байлер Мак-Элфреш “шимолий америкалик индейецлар” лимфедемаси билан)</p> <p>3. Симптоматик холестозлар ирсий касалликларда муковисцидоз, альфа 1 антитрипсин, гемохроматоз, гистоцитоз Х, Нимана Пик касаллиги гликоген касаллиги жигар-переброренал синдромида (Цельвегер синдроми), 3 бета-гидроксистероид дегидрогенази дефицити сабабли адреногенитал синдромда.</p>	<p>1. Атрезия ёки жигардан ташқари ўт йўллари гипоплазияси перинатал гепатит сабабли, эҳтимол, 3-турдаги реовируслар томонидан қақирилган.</p> <p>2. Турли этиологияли перинатал гепатитда ўт чиқарувчи йўллар гипоплазмаси ва жигар ичи атрезиялари, шунингдек бирламчи биллиар цирроз, бирламчи склерозловчи холангит, “трансплантат-хўжайинга қарши” реакцияси, кўчириб ўтказилган жигарнинг кўчиб тушиши.</p> <p>3. Умумий ўт йўли стенози ёки унинг кистаси</p> <p>4. Холедохолитиаз.</p> <p>5. Ўсмалар ва бошқа тузилмалардан босилиши.</p> <p>6. Ўт қуюқлашиши синдроми.</p>
<p>АХБОРОТ</p>	<p>АҲАМИЯТИ</p>

Клиник маълумотлар	
<i>Оилавий анамнез:</i>	
<p>Ота-оналар ёки оиладаги катта болалар анамнезида сариқлик ёки анемия бўлганлиги.</p> <p>Оилада катта болалар неонатал сариқликка эга бўлган.</p> <p>Оилада катта болаларда сурункали жигар касалликлари ёки муковисцидоз, галактоземия, тирозинемия, гиперметионемия, Криглер-Найяр синдроми, альфа-1 антитрипсин дефицити</p> <p><i>Онаник анамнези:</i></p> <p>Ҳомиладорлик даврида ноаниқлик касалликлар</p> <p>Қандли диабет</p> <p>Онанинг ҳомиладорлик даврида қабул қиладиган дорилари</p> <p><i>Туғруқ анамнези:</i></p> <p>Вакуумэкстрактор</p> <p>Окситоцин туғруқда</p> <p>Киндикни боғлашни кечиктириш</p> <p>Апгар шкаласи бўйича паст баҳолар</p> <p><i>Бола анамнези:</i></p> <p>Меконий ажралиш кечикиши ёки кам ич келиши</p> <p>Каллорияли юклама</p> <p>Қусишлар</p> <p>Болани кўздан кечириш</p>	<p>Ирсий гемолитик анемия ёки билирубинклиренси нуқсонлари тахмин қилинсин. Янги туғилган чақалоқлар гемолитик касаллиги тахмин қилинсин. Ҳамма нарса неонатал гипербилирубинемия билан бирга қўшилади.</p> <p>Қизилча, цитомегалия, герпес, токсоплазмоз, захм, В гепатити ва б.</p> <p>Туғма инфекцияларни муҳокама қилиш</p> <p>Диабет оналардан туғилган болаларда неонатал сариқликнинг учраш даражаси юқори.</p> <p>Сульфаниламидлар, нитрофуранлар, безгакка қарши препаратлар Г-6ФД р дефицити бўлган болада эритроцитлар гемолизини кўзгатиши мумкин.</p> <p>Кефалогематомалар ва неонатал сариқликлар учраш даражасининг ошиши.</p> <p>Гипербилирубинемиянинг гипенатриемия, эритроцитларнинг бўкиши билан учраш даражасининг ошиши</p> <p>Полицитамия ва гипербилирубинемиянинг учраш</p>

<p>Ҳомила ривожланишининг кечикиши</p> <p>Бош ўлчамлари</p> <p>Кефалогематома</p> <p>Плетора</p> <p>Рангпарлик</p> <p>Петихиялар</p> <p>Киндик қолдиғи ёки киндик атрофидаги ўзгаришлар</p> <p>Гепатоспленомегамия</p> <p>Кўздаги ўзгаришлар</p> <p>Киндик чурраси</p> <p>Туғма нуқсонлар</p>	<p>даражасининг ошиши</p> <p>Асфиксияда туғилган болаларда сариқликни учраш даражасининг ошиши.</p> <p>Билирубинэнтеропатоген циркуляциясининг ошиши. Ичак тутилишининг ҳар хил турларини муҳокама қилиш (атрезиялар, меконий тикини, Гиршпрунг касаллиги, ҳалқасимон меъда ости беши ва б.), гипотериоз.</p> <p>Етарлича бўлмаган каллораж билирубин конъюгациясини ёмонлаштиради.</p> <p>Ичак тутилиши сепсис, галектоземия, пилоростенозга шубҳа қилмоқ, ҳаммаси гипербилирубинемия билан намоён бўлади.</p> <p>Болаларда кўпинча полицетимия сариқлик топилади.</p> <p>Микроцефалия ёки гидроцефалия ҳомила инфекцияларига боғлиқ бўлиши ва сариқлик билан намоён бўлиши мумкин.</p> <p>Томирдан ташқаридаги қон гипербилирубинемия билан ассоцияланиши мумкин.</p> <p>Полицетимия.</p> <p>Гемолитик анемияга гумон қилиш.</p> <p>Ҳомила инфекциялар, сепсис ёки</p>
---	--

	<p>оғир гемолитик касалликни сариқлик сабаби сифатида гумон қилиш.</p> <p>Омфалит ва сепсис сариқлик чақириши мумкин.</p> <p>Янги туғилган чақалоқларнинг гемолитик касаллигига ёки ҳомила инфекцияларига гумон қилиш.</p> <p>Хориоретинит топилиши ҳомила инфекциясини тахмин қилдиради.</p> <p>Агар чўзилган сариқлик бўлса гипотериозни истисно қилинади.</p>
Лаборатор маълумотлар	
<p><i>Она томонидан:</i></p> <p>Қон группаси ва Кумбс билвосита тести.</p> <p>Серология .</p> <p><i>Бола:</i></p> <p>Гемоглабин</p> <p>Ретикулоцитлар миқдори.</p> <p>Эритроцитлар морфологияси.</p> <p>Тромбоцитлар миқдори.</p> <p>Лейкоцитлар миқдори.</p> <p>Эритроцитлар чўкиш тезлиги.</p> <p>Бевосита билирубин.</p> <p>Иммуноглобулин М.</p> <p>Қон группаси ва Кумбс бевосита тести.</p> <p>Карбоксигемоглабин даражаси.</p> <p>Сийдик анализи.</p>	<p>Сариқлик хромосома нуқсонли болаларда учраш даражасининг ошиши.</p> <p>АВО ёки Rh–мос келмасликни аниқлаш учун зарур.</p> <p>Туғма захм истисно қилинсин.</p> <p>Анемия – гемолитик касаллик ёки массив геморрагияларга шубҳа қилиш учун асос, 220г/лдан юқори гемоглабин сариқликларнинг ошган частотаси билан ассоцияланади.</p> <p>Ретикулятитоз–янги туғилган чақалоқларнинг гемолитик касаллигига гумон.</p> <p>Сфероцитоз–АВО гемолитик касаллиги ёки ирсий сфероцитозлар тахмин қилишга асос.</p> <p>Фрагментланган эритроцитлар ДВС</p>

	<p>синдромида бўлади.</p> <p>Тромбоцитопения инфекциялар учун хос. Лейкопения ёки лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, таёқча ядроли, сегмент ядроли нейтрофиллар 0,2 дан кўпроқ нисбати инфекциялар учун хос.</p> <p>ЭЧТ соатига 5 мм дан кўпайиши ҳаётининг биринчи 48 соатида инфекция ёки АВО гемолитик касаллигидан дарак бериши мумкин.</p> <p>Ошган даража фақат инфекцияларда эмас, балки янги туғилган чақалоқларнинг оғир гемолитик касаллигида ҳам бўлиши мумкин.</p> <p>Кўтарилиш инфекцияга ишора.</p> <p>АВО ва она билан Rh мос келмаслиги баҳолаш учун зарур. Ошган даража гемолитик касаллик ёки томирлардан ташқари геморрогиялар оқибати бўлиши мумкин</p> <p>Редукциялайдиган моддалар иштироки галактоземияга шубҳа уйғотади.</p>
--	---

Даволаш. ЧГКнинг туғма шишли шаклида гиперволемиядан сақланиш учун зудлик билан киндикни босиб туриш (1 соат ичида), болада сариклик бўлмаса ҚАҚ ни ёки эритроцит массани қуйишни бошлаш керак.

Гиперволемияли болаларда юрак етишмовчилиги жуда тез ривожланади. Шунинг учун эритроцит массани фақат 10мл/кг ҳажмда

қуйилади, резус манфий эритроцитар масса билан биринчи ҚАҚ ўтказишда эса унинг умумий ҳажмини баъзан 75-80 мл/кг гача пасайтирилади ёки агар, ҚАҚ тўлиқ ҳажмда ўтказилса (1кг га 2 ЦҚХ, яъни 170мл/кг), бу ҳолда қонни киритишга қараганда 50мл га кўпроқ чиқарилади. Қон қуйишни жуда секин, МВБ(сув устунни ҳисобида 3-5 см), ЮҚС ва артериал босимни назорат қилган ҳолда ўтказиш зарур. МВБ (марказий вена босими), юрак қисқаришлари частотаси ошиб борганда, яъни юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлганда ҚАҚни тўхтатиш лозим. Кўпинча бундай болаларда нафас етишмовчилиги ривожланади (ўпка гипоплазияси ёки НБС фониди) ва нафас чиқаришда мусбат босим яратиш қўшимча ўпка вентиляцияси (ҚЎВ) ёки сунъий ўпка вентиляцияси (СЎВ) ўтказиш учун қўшимча кислород бериш талаб қилинади.

Геморрагик синдром мавжудлиги янги музлатилган плазма ёки илик донор қони (10-15 мл/кг), викасол (1мл/кг) қуйишни талаб этади, оғир тромбоцитопенияда (30 x 10⁹/л дан кам) тромбоцитар масса, жуда кескин гипопротейнемияда (40г/лдан кам)12,5%ли альбумин эритмаси (1г/л) қуйиш зарур. Юрак етишмовчилиги ривожланганда дигоксин (тўйиниш дозаси-0,03 мг/кг 2-3 кун ичида берилади) тайинланади. ҚАҚдан кейин умумий коидаларга кўра инфузион даво бошланади.

Сариқлик шаклида болани туғилгандан кейин 2-6 соат ўтгач ёшига мос келадиган миқдордаги донор сути билан овқатлантирилади, она сути билан ҳаётининг 2-3 ҳафтасидан бошлаб, аллоантитаналар камайганидан кейин овқатлантириш бошланади. Асли гипербилирубинемияни даволаш консерватив (АҚК, плазмафероз, гемосорбция) ва оператив турларга бўлинади.

Фототерапиядан ҳозирги вақтда кенг фойдаланилади, бу гипербилирубинемияларни консерватив даволашнинг самарали ва амалда хавфсиз усулидир.

Одатда зангори ёруғлик манбаи (тўлқин узунлиги 450нм) бола устидан 45-50 см масофада жойлаштирилади, у дақиқасига 5-30 мк Вт/см² ёритилишни

таъминлаши керак. Ой куни тўлиб туғилган болаларда фототерапияни биринчи кун охирида қон зардобида билвосита билирубин даражаси 145 мкмоль/л ва бундан кўпроқ, кейин эса 205 мк моль/л ва кўпроқ бўлганда, муддатига етмай туғилганларда 145 мкмоль/л ва кўпроқ бўлганда бошланади, туғилишда тана вазни жуда кам бўлган болаларда фототерапияни қон зардобида билвосита билирубин 100 мкмоль/л бўлгандаёқ бошланади. Фототерапияни ҳаётининг биринчи 24-48 соатида бошлаган маъқул. Уни одатда узлуксиз ўтказилади. Фототерапиянинг жинсий безларга шикастловчи таъсири бўлмаса-да, кўз ва жинсий аъзоларни ҳимоя боғлам билан беркитиш зарур, деб ҳисобланади. Фототерапиянинг ижобий самарасини билвосита билирубиннинг сийдик ва нажас билан экскрецияси кўпайиши, билвосита билирубиннинг фотооксидланиши натижасида токсинлигининг ва бинобарин, ядроли сариқлик хавфининг камайиши билан боғлайдилар. Фототерапия “она сутидан бўладиган” сариқликда ҳам юқори самарага эга.

Фототерапиянинг ножўя таъсирлари қуйидагилар бўлиши мумкин: 1) меъёрга нисбатан кўпроқ сув йўқотилиши мумкин, шунинг учун 25% суюқлик берилиши керак; 2) нажаснинг яшил тусга кириши, билвосита билирубин фотодериватларининг бўлишига боғлиқ (даво талаб қилинмайди); 3) терида транзитор тошма; 4) МНС фаолияти пасайиш синдроми; 5) қорин мушакларининг чўзилиши (даво талаб қилинмайди); 6) “бронза бола”синдроми (жигари шикастланган болаларда учрайди, оқибати шикастланиш даражасига кўра аниқланади); 7) тромбоцитопенияга мойиллик, ортиқча парчаланиши билан боғлиқ (даво талаб қилинмайди); 8) фототерапия ўтказиш даврида боланинг ўсиши секинлашади; 9) вазни кам болаларда Баталов йўлининг персистенцияси кузатилади; 10) давомли фототерапияда рибофлавиннинг транзитор етишмаслиги кузатилади, бироқ бу унинг самарасини камайтирмайди.

Фототерапиянинг давомийлиги қонда билвосита билирубин даражасининг пасайиши суръатлари билан белгиланади. Фототерапиянинг самарадорлиги уни инфузион даво билан қўшиб олиб борилганда кўпаяди,

чунки билирубиннинг сувда эрийдиган дериватларининг чиқарилиши тезлашади. Муддатига етиб туғилган болаларга ҳаётининг биринчи кунда қонда қанд миқдорини назорат қилиб, одатда 50-60 мл/кг 5-10%ли глюкоза эритмаси қўйилади. Кейин ҳар куни 20 мл/кг дан қўшилади, 5 – кунга келиб киритилаётган суюқликнинг ҳажми кунига 150 мл/кг гача етказилади. Ҳаётининг 2-кунидан кальций даражаси тегишлича физиологик эҳтиёжга кўра коррекция қилинади (меъёрида у муддатига етиб туғилган болаларда 75 мг/кг ни ташкил қилади). Коррекция 10%ли кальций глюконат (9 мг/мл) ёки кальций хлорид (36 мг/мл) эритмаси билан амалга оширилади. Учинчи кундан бошлаб инфузион эритмага 2 ммоль/кг натрий ва хлор (изотоник эритмада) ва 1 ммоль/кг калий қўйилади. Янги туғилган болаларга мононуклеар фагоцитар тизимнинг блокадаси ва тромбоцитлар агрегациясининг пасайиши сабабли гемодез ва реополиглюкин қўйиш мумкин эмас.

Бошқа даволаш усулларида тозаловчи ҳуқна ва ичакда билвосита билирубинни адсорбциялайдиган дори воситалари тайинланади. Тозаловчи ҳуқна ҳаётининг дастлабки 2 соатида қонда билвосита билирубин даражасининг максимал кўтарилишини камайтиради. Ҳаётининг 12-соатидан сўнг бундай даволашнинг самараси бўлмайд.

Холестерамин (кунига 1,5г/кг) ва агар-агар (кунига 0,3 г/кг) биринчи кунларда берилса, энтеросорбция ҳисобига юқори билирубинемия ривожланишини пасайтиради, фототерапия самарадорлигини оширади, унинг давомийлигини камайтиради. Дори воситаларининг кунлик миқдори 3 та қабулга тақсимланади ва овқатдан сўнг ичирилади.

Фенобарбитал туғилишдан кейин тайинланади, билирубинди-глюкуронид ҳосил бўлишига имкон беради ва ўт оқиб чиқишини яхшилайд.

Даволашнинг биринчи кунда фенобарбитал кунига 20 мг/кг тайинланади (3 қабулга бўлинсин) ва кейинги кунлардан 3,5-4 мг/кг дан буюрилади.

Қонни алмашлаб қўйиши(ҚАК).

Муддатига етиб туғилган болаларда ҚАҚ га мутлоқ кўрсатмалар: 1) гипербилирубинемия 342 мкмоль/л дан юқори; 2) умумий билирубиннинг ортиш суръати соатига 9 мкмоль/л; 3) билирубиннинг киндик қондаги даражаси 60 мкмоль/л дан юқори.

Ҳаётининг биринчи кунидан бошлаб ҚАҚ га кўрсатма қуйидагилар ҳисобланади: а) бола ҳаётининг биринчи соатларида тери қопламларида сариқлик ёки яққол рангпарлик пайдо бўлиб, жигар ёки талоқнинг катталашishi; б) қон анализидида оғир анемия (Нв – 100 г/л дан кам), нормобластоз, она ва бола қонида гуруҳ ёки резус омил бўйича исботланган мос келмаслик борлиги. Қонни алмашлаб қуйишда билирубиннинг тахминий миқдорини аниқлаш учун қуйидаги формулани ишлатиш мумкин.

Гестацион ёши (ҳафталарда) X 10 = билрубин миқдори(мкмоль/л)

Қон зардобидидаги билирубин даражасидан келиб чиқиб, сарғайишни даволаш мезонлари қуйидаги 22,23, 24-жадвалларда келтирилган.

Жадвал- 22

Қон зардобидидаги билирубин даражасидан келиб чиқиб, сарғайишни даволаш

Фототерапия				Қонни алмашлаб қуйиш ⁴				
Ёши	Соғлом, муддатида туғилган бола		Ҳар қандай хавф омили бор ⁵		Соғлом, муддатида туғилган бола		Ҳар қандай хавф омили бор	
	Мл/дл	Мкмо ль/л	Мл/дл	Мкмо ль/л	Мл/дл	Мкмо ль/л	Мл/дл	Мкмо ль/л

⁴Қонни алмаштириб қуйиш бу қўлланмади тасвирланмайди. Жадвалдаги қон зардобидидаги билирубин даражалари қонни алмаштириб қуйишнинг имкони бўлган ёки болани қонни алмаштириб қуйиш мумкин бўлган бошқа муассасага тез ва хавфсиз кўчириш имкони бўлган ҳолатлар учун кўрсатилган. Агар қон алмаштириб қуйиш имкони бўлса ва билирубин даражаси жадвалда кўрсатилган даражага етган бўлса, она ва боланинг қон синималарини олинган.

⁵Хавф омиллари боланинг кичик вазни (туғилганда 2,5 кг дан кам ёки ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасигача муддатда туғилган), гемолиз ва сепсисни ўз чига олади.

1-куни	Ҳар қандай кўринарли сарғайиш ⁶				15	260	13	220
2-куни	15	260	13	220	25	425	15	260
3-куни	18	310	16	270	30	510	20	340
4-кун ва кечроқ	20	340	17	290	30	510	20	340

Жадвал 23

АҚШда ҚАҚга кўрсатма ҳисобланган қон зардобидаги билирубин (мкмоль/л ҳисобида) даражалари

Туғилгандаги тана вазни (г)	ЧГК асоратлари йўқ	Асоратлар ёки йўлдош патология
1250 дан кам	222	171
1250 – 1499	257	222
1500 – 1999	291	257
2000 – 2499	308	291
2500 ва ундан ортиқ	342	308

Жадвал- 24.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларда гипербилирубинемияни даволаш

Тана вазни	Қон зардобидаги билирубин миқдори мкмоль/л	
	соғлом	бемор

⁶Ҳаётнинг биринчи кунда тананинг ҳар қандай қисмида ёки қўллар ва оёқларда, ҳаётнинг 2 кунда панжалар ва товонлардаги кўринарли сариқлик жуда жиддий муаммо ҳисобланади ва зудлик билан фототерапия ёрдамида даволашни талаб этади. Қон зардобида билирубин даражаси аниқланиб, натижа маълум бўлгунга қадар фототерапия бошлашни орқага сурманг.

	Фототерапия	ҚАҚ	Фототерапия	ҚАҚ
Муддатига етмай туғилган чақалоқлар				
1000 гдан ортиқ	5-7 (85-120)	ўзгарувчан	4-6 (68-103)	ўзгарувчан
1001-1500 г	7-10(120-171)	ўзгарувчан	6-8(103-137)	ўзгарувчан
1501-2000 г	10-12(171- 205)	ўзгарувчан	8-10(137-171)	ўзгарувчан
2001-2500 г	12-15 (205- 257)	ўзгарувчан	10-12(171- 205)	ўзгарувчан
Муддатига етиб туғилган чақалоқлар				
2500 граммдан ортиқ	15-18(257- 308)	20-25 (342- 428)	12-15(205- 257)	18-20(308- 342)

ҚАҚ учун резус – зиддиятли ҳолатда боланинг қон гуриҳидаги, резус манфий, консервациядан 2-3 кундан ортиқ муддат ўтмаган, 170-180 мл/кг миқдордаги қондан фойдаланилади. АВО – зиддиятда агглютининлар титри паст 0(I), бироқ ҳажми камроқ (250-400 мл) қон қуйилади, чунки эртасига одатда қайта ҚАҚ да шунча миқдор қон қуйиш зарурати пайдо бўлади. ЧГК да ҚАҚ учун камёб омиллар бўйича зиддиятда шундай омили йўқ донор қонидан фойдаланилади. ҚАҚ учун қон ҳажми 2 ҳажм айланиб юрган қонга тенг бўлиши керак (АҚХ нинг 85-90 мл/кг). Бунда ҚАҚ тўғри ўтказилганида, айланиб юрган қоннинг 85%и алмаштирилади.

ҚАҚ ўтказишда қуйидаги қоидаларга амал қилиш лозим: тўғри ўрнатилган киндик катетерининг учи ковак венада, диафрагма билан ўнг бўлмача орасида бўлиши керак; киндик катетерининг узунлиги унинг учидан киндик ҳалқаси сатҳидаги белгигача, елкадан киндиккача сантиметрлар ҳисобидаги масофага минус 5 см бўлиши керак; катетерни илова қилинган махсус меъерий ўлчов бўйича аниқ белгилаш мумкин. Кўпгина клиницистлар қуйиладиган қон 35 – 37°С гача илитилган бўлиши керак деб ҳисоблайдилар

(айни вақтда қоннинг қизиб кетиши жуда ҳавфли!). ҚАҚ бошладан олдин меъда суяқлигини сўриб олиш керак, муолажани боладан 30 – 40 мл (муддатига етмай туғилган болалардан 20 мл) қонни чиқаришдан бошланади. Киритилган қон миқдори чиқарилганидан 50 мл га кўпроқ бўлиши керак. Операция аста – секинлик билан ўтказилиши керак. Бутун операция давомийлиги 2 соатдан кам бўлмаслиги керак. Ҳар 100 мл киритилган қонга 1 мл 10%ли кальций глюконат эритмаси киритилиши керак. Операциядан кейин сийдик анализи, 1 – 2 соат ўтгач, қондаги глюкоза даражасини аниқланади.

ҚАҚ асоратлари: 1) юракка тегишли (катта қон ҳажмининг тез юбориш туфайли юрак етишмовчилиги, ҳажми сабабли гиперволемиа, гипокальцемиа ёки қонда цитрат кўпайиб кетиши, юрак аритмияси, гиперкалиемиа хисобига юрак тўхташи мумкин); 2) томирга тегишли (ҳаво эмболияси, қопқа вена тромбози, томир перфорацияси); 3) инфекцион (вирусли, протозойли, микотик ва бактериал инфекциялар); 4) ярали некротик энтероколит 5) анемия 6) геморрагик синдром: 7) метоболик бузилишлар (гипогликемиа, ацидоз, гиперкалиемиа, гипокальцемиа) 8) гипотермиа; 9) томир ичи гемолизи кўринишидаги посттрансфузион асоратлар (гематурия, ЎБЕ, шок ва б.қ.); 10) “хўжайинга қарши трансплантат” реакцияси.

Оператив аралашув (ҚАҚ, гемосорбция, плазмаферез) дан кейин 2-3 кун ичида пенициллин гуруҳидаги антибиотиклар тайинланади. ҚАҚ дан кейин консерватив даво шарт. Энтерал овқатлантириш 6-8 соат ўтгач бошланади.

Профилактикаси. ЧГК ҳавфини оширадиган иккита муҳим нарсани айтиб ўтиш зарур. 1) ҳар бир қиз болани бўлажак она сифатида кўрмоқ лозим ва шунинг учун, сенсibiliзация ҳавфи сабабли қон ва унинг препаратларини қуйиш фақат ҳаётий кўрсатмалар бўйича ўтказилиши керак; 2) абортлардан кейин ЧГК ҳавфи бирмунча ортади. Шунинг учун бизнинг фикримизча, аёлларга абортнинг зарарини тушунтириш натижасида ЧГКнинг олди олинган бўлар эди.

Оқибати. Агар ЧГК да перинатал леталлик 40 йилларда 40-45 % ни ташкил қилган бўлса, ҳозирги вақтда у 2,5 %гача камайган, бироқ у жаҳоннинг айрим мамлакатларида анча юқори. Тадқиқотларга кўра ЧГК нинг сариқлик шаклини бошдан кечирган кўпчилик болаларда жисмоний ва психомотор ривожланиш ўртача ёш меъёрларга мос келади. 4,9 % болаларда жисмоний ривожланиш ўртачадан паст, 8% ида эса МНС томонидан патологик белгилар қайд қилинади. Бундай болаларда инфекцион касалланиш ошган. Бундан ташқари 52% болаларда экссудатив-катарал диатез кўринишлари қайд этилади.

БОБ -7. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРДА НАФАС БУЗИЛИШИ СИНДРОМИ.

Нафас бузилиши синдроми (НБС), респиратор дистресс синдром ва гиалин мембраналар касаллигининг синонимлари ҳисобланади. Жаҳон касалликлар Х таснифида “янги туғилган чақалоқларда нафас бузилиши синдроми” термини ишлатилади, P22 – коди билан белгиланади.

НБСнинг сабаблари. Патофизиологияси:

- 1) Сурфактантнинг ҳосил бўлиши ва ажралиши етишмовчилиги;
- 2) Сурфактантнинг сифатий дефекти;
- 3) Сурфактантнинг ингибирланиши ва парчаланиши;
- 4) Ўпка тўқимаси тузилишининг етилмаганлиги.

НБСнинг ривожланишига олиб келадиган хавф омиллари:

- 1) Муддатидан олдин туғилиш;
- 2) кесарча кесиш йўли орқали туғилган чақалоқлар;
- 3) Онада қандли диабет;
- 4) Ўғил бола;
- 5) Европоид ирқи;
- 6) Янги туғилган чақалоқлар гипотермияси;
- 7) Эгизакларнинг иккинчисида.

Перинатал стресс эса қисман туғруқ вақтининг узайиши ва НБСнинг частотаси ҳамда оғирлигини камайтиради. Бундай вазиятда 39 ҳафтада режали кесарча кесиш ҳам хавф остида бўлиб, хусусан сувсиз ораликни узоқлаштириш ва НБСнинг ривожланиш хавфини камайтиради (Morrison 1995).

Эпидемиологияси:

Нафас бузилиши синдроми 26 - 28 ҳафталик муддатда туғилган ва тана вазни 1000 граммдан кичик бўлган чақалоқларнинг 50 - 80% ида, 30 - 31 ҳафталикдан сўнг эса 50% гача ривожланади. НБС ва унинг оқибатлари 30% неонатал ўлимнинг сабабидир.

Патогенез: НБСга сурфактант етишмовчилиги сабабини Every M.E. ва Mead J. лар исботлашган. НБС патогенезининг асосий қисми бўлиб эса сурфактантнинг сифатий ва миқдорий етишмовчилиги ҳисобланади.

90% липидлар сурфактант 2 туридаги альвеолоцитлар томонидан синтезланадиган юза актив моддадан иборат. Улардан 80% ни фосфолипидлар: фосфатидилхолин (лецитин), фосфатидилглицерол ҳамда бошқа фосфолипидлар ва нейтрал ёғлар, 10 - 11 % оқсилларни эса: А, В, С, D, протеинлар ташкил этади.

Сурфактантнинг асосий фаолиятлари:

- 1) Альвеолаларни нафас чиқаришда **бўшашиб** қолишига қаршилик кўрсатади;
- 2) Альвеоляр эпителийни жароҳатлардан асрайди ва мукоцилиар клиренсда иштирок этади;
- 3) Бактерицид таъсирга эга;
- 4) Ўпка микроциркуляциясида ва альвеолалар девори ўтказувчанлиги регуляциясида иштирок этади ва ўпка шишининг ривожланишига қаршилик кўрсатади.

Сурфактантнинг бу функцияларини бажаришда гидрофил (А, D) ва гидрофоб (В, С) альвеолалардан ташкил топган оқсиллар юзанинг тортиш кучини камайтиришда муҳим роль ўйнайди.

Сурфактант ҳомилада 20 - 24 ҳафтадан ишлаб чиқарилишни бошлайди. Осмиофил пуфакли гранулалар кўринишида альвеолалар юзасида йиғилади. Туғруқ пайтида интенсив сурфактант ажралиб, ўпканинг бирламчи ёйилишига ёрдам беради. Сурфактантнинг ярим парчаланиш даври 10 - 12 соатни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг 33 - 35 ҳафтасигача сурфактант синтези этаноламиннинг метилланиш йўли билан сўнгра эса фосфатидилхолинтрансфераза ёрдамида синтезланади. Сурфактант синтезининг биринчи йўли гипоксия, ацидоз, гипотермия таъсирида тез ишдан чиқади. Шунинг учун сурфактант системаси тўлиқ ҳомиладорликнинг 35 - 36 ҳафтасида етилади деб ҳисобланади. Шу

муддатдан олдин туғилган боладаги сурфактант запаси фақат нафаснинг бошланиши ва ўпканинг функционал қолдиқ ҳажми шаклланишидагина иштирок этади. Сурфактант синтезини глюкокортикоидлар, тиреоид гормонлар, эстрогенлар, адреналин ва норадреналин ошириб, инсулин камайтиради.

Сурфактант етишмовчилиги альвеолаларни нафас чиқаришда бўшашиб қолишига ва нафас мушаклари ишининг ошиб кетишига сабаб бўлади. Альвеолалар бўшашиб қолганлиги ҳисобига ўпкада тўхтовсиз газ алмашинуви бўлмайди ва гипоксемия ҳамда гиперкапния ривожланади.

Сурфактант синтезини камайтирадиган омиллар:

- 1) гипотермия, иситилмаган кислород билан сунъий ўпка вентилизацияси;
- 2) Патологик ацидоз;
- 3) Гиповолемия;
- 4) Полицитемия;
- 5) Гипоксемия;
- 6) Гипероксия;
- 7) Ўпканинг босим ва ҳажм–жароҳатланиш;
- 8) Анте, интра ва постнатал инфекциялар.

Юқоридаги омиллар альвеолаларни жароҳатлаб, яллиғланиш цитокинлари, комплемент ва хемокинлар системаси активацияси, эндотелий ўтказувчанлигини ошириши сабаб бўлиб, натижада альвеолалар шишини келиб чиқишига сабаб бўлади.

Сурфактант инактивацияси ва уни парчаланишига олиб келадиган омиллар:

- 1) Инфекция;
- 2) Альвеолага ўтган плазма оқсиллари;
- 3) Патологик ацидоз;
- 4) Оксидантлар, перекис бирикмалари, яллиғланиш цитокинлари;

НБС ривожланишининг асосий омили бўлиб ҳомилада ўпка етилмаганлиги ҳисобланади.

Гистологик ўпка етилмаганлиги ацинусда бириктирувчи тўқима кўплиги, альвеолалар ва альвеоляр йўлларнинг камлиги, ацинуслар дифференцировкасининг тугалланмаганлиги, капиллярларнинг альвеолаларга ёпишмаганлиги билан намоён бўлади. Муддатидан илгари туғилганларда НБСни оғирлаштирувчи далил бўлиб, нафас мушакларининг нимжонлиги ҳисобланади.

Патологоанатомик текширувда НБСдан ўлган болаларда гиалин мембраналар, ателектазлар, шиш геморрагик ўзгаришлар аниқланиб, ўпка ҳавосиз бўлиб, сувда чўқади. Гиалин мембраналар фибрин матрикс ва эозинофил хужайралар детритидан иборат.

НБС кузатилган болаларда патофизиологик ўзгаришлар:

1) ўпка тўқимаси чўзилувчанлиги ва функционал қолдиқ ҳажмининг камайиши;

2) минутли ўпка вентиляцияси ва кислороднинг ўпкадаги утилизациясининг пасайиши;

3) нафас ишининг ошиши;

4) эффектив ўпка қон айланишининг камайиши;

5) оғир гипоксия ва гипоксемия;

6) гиперкапния;

7) аралаш (респиратор ва метаболик) ацидоз;

8) ўпка гипертензияси ва умумий гипотензия;

9) гиповолемия, микроциркуляция бузилиши, периферик шишлар яъни шок белгилари;

10) компенсацияланган ёки декомпенсацияланган ДВС синдром;

11) модда алмашинуви (гипопротеинемия, гипогликемияга мойиллик, гипокальциемия ва гиперкалиемия ва б.);

12) Юрак етишмовчилиги ва миокард дисфункцияси;

13) Транзитор гипотироксинемия билан боғлиқ температура ностабиллик, гипотермияга мойиллик;

14) олигурия ва шишлар билан боғлиқ буйрак ва периферик перфузиянинг етишмовчилиги;

15) Функционал ичак тутилиши.

Клиник кечиши. НБСнинг биринчи белгиси бўлиб, (1 минутга 60 марта) ҳансираш ҳисобланади. Бола ҳаётининг биринчи дақиқасидан бошлаб бошланади. Тери ранги пушти рангга ўзгариб, бу эса фетал гемоглобиннинг кислород билан юқори ўхшашликка эгалиги билан боғлиқ.

Кейинги симптом экспиратор шовқинлар ёки хирилловчи нафас чиқариш (грантинг нафас). НБСнинг бошланиш даврида ўпка қолдиқ функционал ҳажмини кўпайтириш ва альвеолалар бўшашиб қолишига қаршилиқ кўрсатиш мақсадида овоз бойламларининг спазми юз беради.

Учинчи симптом кўкрак қафаси ретракцияси (ханжарсимон ўсимтаси, эпигастрал ёки қовурғалараро оралик, умров усти соҳалари ичига тортилиши). Кейинроқ бурун қанотлари таранглиги, апноэ хуружлари, цианоз, ёноқларнинг шиши, юрак ритмининг ригидлиги, парадоксал нафас (олд қорин деворининг нафас олишда ичга тортилиши), оғизда кўпик, қўл ва оёқлар шиши. Аускультацияда бошида сусайган нафас, кейинчалик куруқ, крепитация ва майда пуфакли хириллашлар эшитилади.

Умумий симптомлар:

- 1) тан ҳароратининг ностабиллиги
- 2) холсизлик, гиподинамия, МНС зарарланиши белгилари: адинамия, летаргия ва кома;
- 3) тери ости ёғ қаватининг периферик шиши;
- 4) гипорефлексия ва гипотония;
- 5) гиповолемия ва артериал гипотония;
- 6) олигурия;
- 7) қайт қилиш, метеоризм ва ичак тутилиши белгилари;
- 8) тана вазнини йўқотиш;

9) курбақа позаси.

Кўпинча болада мияга қон қуйилиши белгилари ва перивентрикуляр лейкомаляция аниқланиб, НБС шок ва ДВС синдромга олиб келади.

Янги туғилган чақалоқларда нафас бузилишларини аниқлаш учун Сильверман шкаласидан фойдаланилади. Бунда 10 балл ўта оғир, 6 - 9 балл оғир, 5 балл ўртача оғир, 5 баллдан паст бошланаётган НБС ҳисобланади.

Сильверман шкаласи

0 – Стадия	1 – стадия	2 – стадия
<i>Нафасда кўкрак қафаси ва қорин олд девори синхрон иштирок этади.</i>	<i>Синхронликнинг йўқолиши ёки қорин олд девори кўтарилганда кўкрак қафасининг юқори қисми минимал тушиши.</i>	<i>Нафас олишда сезиларли асинхрония (аргизмчоқ симптоми.)</i>
<i>Қовургалараро оралиқ тортилмайди.</i>	<i>Қовургалараро оралиқнинг энгил тортилиши.</i>	<i>Қовургалараро оралиқнинг сезиларли тортилиши.</i>
<i>Ханжарсимон ўсимтанинг тортилмаслиги</i>	<i>Ханжарсимон ўсимтанинг энгил тортилиши</i>	<i>Ханжарсимон ўсимтанинг сезиларли тортилиши.</i>
<i>Нафасда дахан ҳаракатланмаслиги</i>	<i>Нафас олишда дахан пастга тушиши, оғиз ёпиқ.</i>	<i>Нафас олишда дахан пастга тушиши, оғиз очик.</i>
<i>Нафас чиқариш шовқинсиз.</i>	<i>Экспиратор шовқинлар аускультацияда эшитилади.</i>	<i>Экспиратор шовқинлар фонедоскопни оғзига олиб борганда ёки фонедоскопсиз эшитилади.</i>

НБСнинг ўртача кечишида боланинг аҳволи биринчи 1 - 2–кун оғир бўлади. Кейинчалик ҳамма симптомлар камайиб боради. Диурез, мушаклар тонуси ва ҳаракат активлиги ошади, неврологик статус яхшиланади, кислород ва ИВЛга мухтожлик камаяди.

НБС билан касалланган болаларни даволашда неонатолог ёш физиологиясини, интенсивсив терапия алгоритмлари ва клиник симптомлар анализини билиши керак. Асосий ҳаётий параметрларнинг мониторинги, ИВЛ, инфузион ва медикаментоз терапиянинг коррекцияси талаб этилади. Диагноз клиник кўриниш ва кўкрак қафаси рентгенологик текшируви асосида қўйилади.

Рентгенологик текширувда биринчи 6 соатда ўзгаришлар тетрадаси кузатилади:

- 1) Нодоз ретикуляр ўзгариш;
- 2) Йирик ҳаво йўлларида ҳаволи бронхограммаси;
- 3) Диффуз симметрик ўпка хавочанлигининг камайган ўчоқлари;
- 4) Периферик ўпка чегаралари пневматизациясининг пасайиши.

Бундан ташқари кардиомегалия, юрак ва диафрагма чегаралари аниқлигининг йўқолиши кузатилади. НБСнинг рентгенологик белгилари специфик эмас. Аммо барибир бошқа патологиялардан дифференциация қилиш учун рентгенография қилинади.

Текширувлар ҳажми:

- 1) Тери орқали оксигемоглобинометрия. Оддий пульсоксиметрга ишониш хавфли, у гипоксемияни яхши аниқласа ҳам, гипероксияга сезувчан эмас. Гипероксия чақалоқнинг ўпка ва кўзларига хавфли ҳисобланади;
- 2) Киндик, тирсак, катта болдир артериялари ва марказий венада P_{aO_2} ва P_{aCO_2} ни аниқлаш;
- 3) Юрак қисқаришлар сонининг доимий мониторинги;

4) Ҳар соатда қорин терисининг температураси, артериал босим, диурез ва нафас олинаётган ҳавода кислород концентрацияси аниқланади, ҳар 3 - 6 соатда гликемия ва асос кислота ҳолати аниқланиб туради.

НБСнинг ўткир фазасида:

- 1) Кўкрак қафаси рентгенографияси;
- 2) Гематокрит кўрсаткични аниқлаш ва қоннинг тўлиқ анализи;
- 3) ЭКГ;
- 4) Қон ва трахея суртмаларини экиш;
- 5) Қон плазмасида мочевина азоти, калий, натрий, кальций ва магний, умумий оксил ва альбуминни аниқлаш;
- 6) НСГ.

Дифференциал диагноз.

Дифференциал диагностика нафас олишнинг (нафас олиш йўллари ва ўпканинг туғма нуқсонлари ва туғма ароҳат натижасида вужудга келган бузилишлар, юрак нуқсонлари диафрагмал чурра, полицитемия, метаболик бузилишлар натижасида) бузилиши билан олиб борилади. Хоналарнинг агенезияси бурун орқали нафас олиш кузатилмайди, болада цианоз кучли, нафаснинг бузилиши биринчи нафас олгандан кейин вужудга келади. Бурунда шиллиқ суюқликлар кўп миқдорда тўпланган. Туғма нуқсон бурун орқали катетаризация ва зондлаш муолажасини ўтказиш мумкин бўлмаганидан сўнг оғирлашади. Даво усули хирургик, аммо ҳаво ўтказгич оғиз бўшлиғи орқали ўтказилади.

Трахео-қизилўнгач орасидаги оқма

Клиник белгилари: тиқилиб қолиш, цианоз хуружлари, йўтал, эмизиш вақтида ва эмизгандан сўнг ўпкада хириллаш. Қизил ўнгачнинг контраст текшируви (сувда эрувчан контраст суюқлик билан) ва бронхоскопия текширувлари ташхисга аниқлик киритади.

Диафрагмал чурра

Туғилгандан сўнг нафас олишнинг оғирлашиши билан кечади. Типик клиник белгилари: олдинги қорин девори тортилган. Объектив текширувда

кўкрак қафаси асинхрон ҳаракатлари, юрак учи турткисини бузилиши, ўпканинг пастки қисмида перкутор товушнинг қисқариши кузатилади. Кўкрак қафаси рентгенография диагностикада асосий ролни эгаллайди. Даволаш жарохлик усулида амалга оширилади.

Бош ва орқа миянинг туғма жароҳаланиш кузатилган болаларда нафас бузилиши билан бирга МНС жароҳати белгилари ҳам кузатилади. Ташхис (Диагностика) учун НСГ, умуртка рентгенографияси, люмбал функциядан фойдаланилади.

Кўк турдаги юрак туғма нуқсонлари ва персистирланувчи фетал циркуляцияни НБСдан дифференциация қилиш мушкул. Лекин НБС кузатилаётган болаларда кўпинча умрининг биринчи дақиқаларида тери қопламалари оддий рангда бўлади. Нафас учун 100% кислород ишлатилганда НБС билан касалланган болаларда Ра О₂ ошади, кўк нуқсонли болаларда эса ўзгармайди. Шунга кўра клиник кўрув, аускултация, Силверман шкаласи бўйича баҳолаш муҳим аҳамиятга эга.

Пневмониялар

Стрептококк В ва бошқа гуруҳдаги стрептококклар томонидан чақирилган пневмониялар НБС га ўхшаш клиникада кечади, чунки сурфактант ингибицияси ва унинг дефицитини чақиради. Бунда қоннинг клиник таҳлиллари қон ва трахея ювиндиси экмаси катта диагностик аҳамиятга эга.

Даволаш

Тана ҳароратининг ҳимояси. Гипотермияни олдини олишга қаратилган. Гипотермия сурфактант синтезини камайишига ва метаболик ацидоз ривожланишига олиб келади.

Оғриқсизлантириш. Болани врач томонидан кўруви максимал кам вақт ва нозик бўлиши керак.

Қоннинг газ таркибини нормаллаштириш. Турли хил усуллар ёрдамида нафас йўлларида доимий баланд босим ҳосил қилиш билан нафас олинаётган ҳавони кислород билан бойитиш (CPAP).

НБС да ўпка сунъий вентиляциясига клиник кўрсатмалар:

- 1) Нафас иши жуда қийинлашиши (ретракция, тахипное);
- 2) СРАР фонида тез тез қайталаниб турган апноэ хуружлари;
- 3) Ўткир юрак қон томир етишмовчилиги.
- 4) Генерализацияланган хуружлар.

Лабораторияда:

- 1) Респиратор ёки аралаш ацидоз;
- 2) Рефрактер гипоксемия.

Кислородли терапия билан боғлиқ хавфлар:

1) куруқ ва совуқ кислород ўпкани жароҳатлайди, артериолалар спазми, ўпка гипертензияси, ацидоз, сурфактант синтези пасайишига олиб келади. Кислородни 32 - 34⁰С гача иситиш ва намлантириш муҳим ҳисобланади. Ҳаддан ташқари намлантириш ўпка шишига олиб келиши мумкин.

2) кислороднинг токсик таъсири ўпка, кўзлар ва МНС жароҳатига олиб келади.

Сурфактант терапия. Сурфактант дефицитини тўлдириш чала туғилган болаларда ўз самарасини беради. Ҳозирги даврда бузоқлар ўпкасидан олинган сурфактант ишлатилмоқда.

Экзоген сурфактант:

1) ўпка чўзилувчанлиги ва функционал қолдиқ ҳавони кўпайтириб, нафас мушаклари ишини камайтиради;

2) ўпка сунъий вентиляциясида оксигенация индекси ва кислороднинг альвеокапилляр градиентини яхшилайдди;

3) НБС да (асосан, 30 ҳафталик туғилган болаларда профилактика сифатида), меконий аспирацияси синдромида, катталар типигаги НБС да леталликни камайтиради;

4) ўпка сунъий вентиляцияси вақти ва асоратларини камайтиради;

5) мияга қон қуйилиши ва ретинопатияларни частотасини камайтиради;

6) эндоген сурфактант синтезини камайтормайди.

Сурфактантни туғилгандан сўнг биринчи 15 - 30 минутда юбориш энг самарали (эффeктив) ҳисобланади. Тайёрланган дозани 37°С гача иситилади ва интубацион трубкага 4 га бўлиб, 10 - 15 минут давомида юборилади. Ҳар гал боланинг ҳолати ўзгартирилади. Керак бўлса ушбу муолажа ҳар 6 ва 12 соатда такрорланади. Ўпканинг сунъий вентилияцияси тўхтатилиб, СРАР га ўтказилади. Бу профилактик терапия НБС нинг частотаси ва оғирлигини сезиларли камайтиради.

Ривожланган НБС ни сурфактант билан даволаш унчалик самарали эмас. Бунда сурфактант юборишдан олдин ва кейин ҳамма ҳаётий функцияларни барқарорлаштириб олиш лозим. Бунда ўпка вентилияцияси параметрлари, нафас мушаклари визуал анализи, тери орқали сатурация анализи, юрак қисқаришлари сони ва кислота асос ҳолати ҳар 3 - 6 соатдан сўнг кўкрак қафаси рентгенографияси текшириб турилади.

Кислота асос ҳолати коррекцияси

Анемия, гиповолемия, гипотония коррекцияси. Касалликнинг ўткир даврида гематокрит кўрсаткичи 0,4 дан баланд, гемоглобин миқдорини эса 100 г/л даражасида ушлаб туриш керак. Чунки анемия тўқималар гипоксиясига олиб келади. Гиповолемиyani (оқ доғ симптоми 3 секунд ва кўпроқ) асосан анемияли болаларда изотоник NaCl ёки янги музлатилган плазма билан коррекция қилинади. 10 - 12 мл кг миқдорда 1 - 2 мл кг мин тезликда қуйилади.

Анемия ва гиповолемия коррекциясидан сўнг ҳам артериал босим паст қолаверса (тах.45 mm. Hg уст.) допамин (бошловчи доза 3 - 5 мкг кг мин, кўрсатмаларга кўра 10 – 15 - 20 мкг кг мин гача кўтарилади.)

Инфузион терапия ва овқатлантириш

НБС кузатилаётган болаларни биринчи 2 - 3 суткада қайт қилиш хавфи ва юрак ўпка асоратлари бўлмаслиги учун энтерал озиқлантирилмайди. Лекин гипогликемия ва чанқоқни олдини олиш учун режали инфузион терапия бошланади. Туғилгандан 30 - 40 минут ўтгандан сўнг 50 - 60 мл/ кг кейинчалик ҳар бир кунга 20 мл/ кг дан қўшиб борилади.

Болада олигурия кузатилса, инфузион терапияни эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим чунки, ортиқча инфузия артериал йўлни очиқ қолишига ва ўпка шишига олиб келиши мумкин. Диурезни тикланиши соғайишни бошланиши ҳисобланади. Ҳаётнинг биринчи кунларида 5 - 10% глюкоза, иккинчи кундан 2 - 3 моль /кг /сут натрий ва хлор, 2 моль/ кг/ сут кальций қўшилади. Тромблар профилактикаси учун 1 мл суюқликка 0,2 - 0,5 ЕД гепарин қўшилади.

Инфузион терапиянинг ҳажми ва характери қуйидагиларга қараб аниқланади:

- 1) Диурез;
- 2) Тана вазни динамикаси;
- 3) Мия қон айланиши интенсивлиги динамикаси;
- 4) Юрак қон айланиши системаси ва периферик циркуляция ҳолатига қараб;
- 5) Кислота асос ҳолати ва қоннинг ионограммаси ҳолатига қараб;
- 6) Парвариш шароитлари, тана харорати ҳимояси адекватлиги ва ЎСВ методларига қараб аниқланади.

Сут билан овқатлантириш боланинг аҳволи яхшиланиши, хансирашнинг 1 минутда 60 дан камайганда, узоқ апноэ, қайт қилиш кузатилмаганда, назорат сифатида дистилланган сув юборилгандан сўнг бошланади. Овқатлантиришнинг тури (доимий ёки бир марталик ошқозон ва пилорик зонд, бутилка) сўриш рефлекси бор ёки йўқлигига боғлиқ.

Антибиотикотерапия. НБС ташхиси қўйилгандан сўнг гентамицин ва ампициллин тавсия қилинади. Бу стрептококкли инфекциянинг НБС га ўхшаб кечиши ва ЎСВга ўтиш билан боғлиқ. Аммо 3 кундан сўнг қон экмалари ва клиник қон анализлари натижалари олинганидан сўнг антибиотикотерапияга ўзгаришлар киритилади.

Витаминотерапия

Мушак ичига витамин Е 10 мг / кг ҳар кунги кислород ҳаволи ёстик ишлатилишида ретинопатиянинг олдини олиш учун тавсия этилади. Витамин

А ни мушак ичига 5000 МЕ дан ҳафтасига 3 марта 4 ҳафта давомида юборилади. Бунда сурункали кислородга ўрганиб қолиш, НЭЖ ва бронх ўпка дисплазиясини олдини олади.

Диуретиклар. Фуросемид диурезни ошириб, ўпкалар ҳолатини яхшиласа ҳам, артериал йўлни очиқ қолиши, буйракда кальцификатлар ва дисэлектролитемияга олиб келиши мумкин.

Глюкокортикоидлар. Ҳозирги даврда НБС билан касалланган ҳамма болаларга сурфактант стимуляцияси учун глюкокортикоидлар қилиш қўлланилмайди. Бу сурфактант препаратлари асосан қўлланилиши ва глюкокортикоидларнинг асоратлари: гипергликемия, артериал гипертония, ошқозон ичакдан қон кетиши, НЭЖ ва бошқалар билан боғлиқ. Глюкокортикоидларни фақат буйрак усти беши етишмовчилиги бўлган беморларга тавсия қилинади.

Олдини олиш. Антенатал гормонал терапия. Муддатидан олдин туғиш хавфи бўлганда онага мушак ичига ёки *per os* 12 мг бетаметазон (2 марта 24 соат оралиқ билан) 6 мг дан 4 марта 12 соат оралиқ билан дексаметазон берилади.

Гормонал терапия ва туғруқ орасида вақт 24 соат бўлиши оптимал ҳисобланади. Бу терапия эффекти 10 кун сақланади ва туғруқ бўлмаса дексаметазонни 6 - 12 мг бир марта берилади. Кортикостероидларнинг антенатал курси фақатгина НБС нинг частота ва оғирлигини камайтирибгина қолмасдан балки очиқ артериал йўл, қоринча ичига қон қуйилишлари, перивентрикуляр лейкомаляция, НЭЖ ни ривожланиш хавфини камайтиради.

Туғруқни сунъий чўзиш яъни сувсиз оралиқ 2 суткадан кўп чўзилса, НБС ривожланмайди, аммо бундай болаларда сепсис ва мияга қон қуйилиш ҳолати кузатилиши мумкин. Туғруқдан сўнг экзоген сурфактант билан терапия НБСнинг юқори самарали олдини олиш ҳисобланади.

БОБ - 8. НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ПЕРИНАТАЛ ПАТОЛОГИЯСИ

ХКК (P10-P15)

Мия перинатал зарарланишларнинг ҳақиқий сони аниқланган деб ҳисоблаб бўлмайди. Бу неврологик меъёрни патологиядан фарқ қилиш учун асосий мезонларнинг аниқ эмаслигига боғлиқ. Катталарда ва ўсмирларда “неврологик меъёр” тушунчасини белгилаш учун функционал, юкламали тестлар ва динамик кузатувлардан фойдаланилади ва худди шу усулларни янги янги туғилган болаларнинг неврологик статусини баҳолашда ҳам қўллаш керак.

Айни вақтда, янги туғилган чақалоқларни синчиклаб клиник текшириш аҳамиятига етарлича баҳо бермасликдан қочиш лозим. А.Ю.Ратнер ва унинг болалар неврологлари мактаби туғруқхоналарда янги туғилган болаларнинг орасида кўп марта такрорланган оммавий кўрикларда, клиник текширишда амалда учта боладан биттасида неонатал неврологик бузилишларнинг белгилари бўлган (А.Ю.Ратнер, С.В.Бондарчук, 1992). 11 жадвалда Россия педиатрларининг VI Конгрессида тасдиқланган ва Россия перинатал тиббиёт ассоциацияси мутахассислари томонидан ишлаб чиқилган, янги туғилган чақалоқлар марказий нерв тизимини перинатал жароҳатланишларининг таснифи келтирилган.

Жадвал 17

Янги туғилган чақалоқлар марказий нерв тизимининг перинатал жароҳатланиш таснифи

Патогенетик характеристика	Нозологик шакли	Асосий клиник
I.МНТни гипоксик жароҳатланиши		
I.A) P 91.0 Церебрал ишемия	Церебрал ишемия 1 даража (енгил)	МНТнинг кўзғалиши ва/ёки сусайиши (5-7 кунгача)

	Церебрал ишемия II даража (ўрта оғир)	<ul style="list-style-type: none"> • МНТнинг қўзғалиши ва/ёки сусайиши (5-7 кундан ортиқ) • Талваса • Мия ичи гипертензияси • Вегетатив-висцерал бузилишлар
	Церебрал ишемия III даража (оғир)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 кундан ортиқ церебрал фаолликнинг жадал камайиши Сўниш-кома Сўниш - қўзғалиш-талвасалар Сўниш -талвасалар-кома • Талвасалар (эпистатус) • Мия ўзаги бўлимларини дисфункцияси • Декортикация • Децеребрация • Вегетатив-висцерал бузилишлар • Жадалланувчи мия ичи гипертензияси
I. Б) P 52 Гипоксик генезли мия ичи қон қуйилишлари	1. Қоринчалар ичига қон қуйилиши биринчи даражаси (субэпендимал). Муддатига етмай туғилган чақалоқларга хос	Специфик неврологик симптомларсиз
	2. Қоринча ичига қон қуйилиши II даража (субэпендимал + интравентрикуляр). Муддатига етмай туғилган чақалоқларга хос	<ul style="list-style-type: none"> • Шок • Апноэ • Сўниш-кома • Талвасалар • Мия ичи гипертензияси (жадал ёки секин жадаллашувчи)

<p>3. Қоринча ичига қон қуйилиши III даража (субэпендимал интравентрикуляр+перивентрикуляр). Муддатига етмай туғилган чақалоқларга хос</p>	<p>+</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Шок • Апноэ • Чуқур сўниш-кома • Талвасалар (асосан тоник) • Мия ичи гипертензияси (бош мия ўзаги каудал қисмининг дисфункцияси билан жадал ёки секин прогрессируваниши)
<p>4. Бирламчи субарахноидал қон қуйилиши. Муддатига етмай туғилган чақалоқларга хос</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Марказий нерв тизими юқори қўзғалувчанлиги • Гиперестезия • Парциал (фокал)клоник талвасалар • Мия ичи гипертензияси (ўткир гидроцефалия)
<p>5. Мия моддаси ичига қон қуйилиши (паренхиматоз). Муддатига етмай туғилган чақалоқларга хос</p>		<p>Клиник кўриниш қон қуйилишларнинг ҳажми ва жойлашган жойига боғлиқ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиник белгиларсиз бўлиши мумкин • Юқори қўзғалувчанлик-талвасалар • Чуқур сўниш-талвасалар • Парциал (фокал) талвасалар • Мия ичи гипертензияси
<p>2. В) МНТнинг қўшма ишемик-геморрагик жароҳатланиши (нотравматик)</p>		<p>Клиник кўриниши ва умумий аҳволнинг оғирлиги асосий жароҳат турига ва жойлашиш жойига боғлиқ.</p>
<p>II. МНТ травматик жароҳатланиши</p>		

П.А)Р10 Мия ичи туғрук травмасы.	1) Эпидурал қон қуйилиш	<ul style="list-style-type: none"> • Эрта мия ичи гипертензияси • Юқори қуўғалувчанлик • Талвасалар • Баъзида қон қуйилган тарафда қўз қорачиғини
	2) Субдурал қон қуйилиш Супратенториал Субтенториал (инфратенториал	<ul style="list-style-type: none"> • Клиник белгиларисиз кечиши • Гемипарез • Парциал талвасалар • Қон қуйилган тарафда қўз қорачиғининг • Кенгайиши (ҳар доим қуўзатилмайди!) • Мия ичи гипертензияси
		<ul style="list-style-type: none"> • Ўткир мия ичи гипертензияси • Тоник талвасалар • Бульбар бузилишлар • Сўниш-кома • Нафас ва юрак фаолиятини жадаллашган бузилишлари
	3) Қоринчалар ичига қон қуйилиши	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори қўзғалувчанлик-сўниш • Талваса (фокал, мульти-фокал) • Жадаллашган мия ичи гипертензияси – гидроцефалия • Нафас ва юрак фаолиятини бузилишлари

	4) Паренхиматоз қон куйилишлар (геморрагик инфаркт)	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори кўзгалувчанлик • Сўниш - кома • Талвасалар • Жадаллашган мия ичи гипертензияси • Ўчоқли бузилишлар (гематоманинг ҳажми ва жойлашган жойига боғлиқ)
	5) Субарахноидал қон куйилиш	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори кўзгалувчанлик • Гиперестезия • Ўткир ташқи гидроцефалия • Талвасалар
II. Б) 3.11.5 Орка мия туғруқ жароҳатлари	Орка мияга қон куйилиши (чўзилиш, узилиш, шикастланиш) умуртқа поғонасининг жароҳатланиши ёки жароҳатланишисиз	<ul style="list-style-type: none"> • Спинал шок • Нафас бузилишлари • Ҳаракат ва сезги бузилишлари • Сфинктерлар функциясини бузилиши • Клод Бернар-Горнер синдроми
II. В) P14 Периферик нерв тизими туғруқ жароҳатлари	Елка чигалининг травматик зарарланиши Дюшен-Эрба проксимал тури (Cv-Cvi)	Қўлнинг (қўлларнинг) проксимал қисми суст парези
	Дежерин-Клюмпке дистал тури (Cvii-Ti)	<ul style="list-style-type: none"> • Қўлнинг (қўлларнинг) дистал қисми суст парези • Клод Бернар-Горнер синдроми

	Тотал фалаж (Cv-Ti)	<ul style="list-style-type: none"> • Кулнинг (қўлларнинг) тотал суст парези • КлодБернар-Горнер синдроми • Нафас бузилишлари
	Диафрагмал нерв жароҳатланиши	<ul style="list-style-type: none"> • Нафас бузилишлари («парадоксал» нафас, тахипноэ) • Клиник белгиларисиз кечиши мумкин
	Юз нервнинг травматик зарарланиши	Зарарланган томонида: <ul style="list-style-type: none"> • Лагофталъм • Бурун-лаб учбурчагининг текисланиши • Қичқирик вақтида
	Бошқа периферик нервларнинг травматик зарарланиши	Клиник кўриниши нерв тури ва жойлашган жойига боғлиқ
III. МНТнинг дисметаболик ва токсикометаболик бузилишлари		
III. А) Р 70-Р 71 Моддалар алмашинувининг ўтиб кетувчи бузилишлари	1) Ядровий сариқлик (билирубин энцефалопатияси)	<ul style="list-style-type: none"> • Сўниш • Апноэ • Талвасалар • Опистотонус • Қайталанувчи дистоник ҳужумлар • «Ботаётган қуёш» симптоми
	2) Гипогликемия	<ul style="list-style-type: none"> • Клиник белгиларсиз • Сўниш – кўзғалиш • Талвасалар
	3) Гипомагниемия	<ul style="list-style-type: none"> • Қузғалиш • Талвасалар

	4) Гипермагниемия	<ul style="list-style-type: none"> • Сўниш-кома • Апноэ.
	5) Гипокальциемия	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори қўзғалувчанлик • Талвасалар • Мушак титаник спазмлари • Артериал гипотензия
	6) Гипонатриемия	<ul style="list-style-type: none"> • Клиник белгиларисиз • Сўниш • Артериал гипотензия • Талвасалар • Кома
	7) Гипернатриемия	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори қўзғалувчанлик • Артериал
III. Б) P 04 МНТ функциясининг токсикометаболик бузилиши	<p>Ҳомиладорлик даврида спиртли ичимликларни ичиш, чекиш, наркотиклар ва тобеликни чақирувчи дори моддаларини қабул қилиш натижасида келиб чиқувчи ҳолатлар</p> <p>МНТга токсинлар (вирусли, бактериал) таъсирида келиб чиқувчи ҳолатлар</p> <p>Ҳомилага ёки янги туғилган чақалоқга юборилган дори</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Юқори қўзғалувчанлик • Талвасалар • Гиперакузия • Сўниш • Кома
IV. Перинатал даврдаги инфекцион касалликлар натижасида МНТнинг зарарланиши		
IV.А)P35-P37 МНТнинг ҳомила ичи инфекциялари (TORCH-синдроми) натижасида зарарланиши	<p>Цитомегаловирус инфекцияси</p> <p>Герпетик инфекция</p> <p>Токсоплазмоз</p> <p>Туғма қизилча</p> <p>ЕСНО-вируслари ва б.</p> <p>Захм</p>	
Энцефалит Менингит		
Менингоэнцефалит		

IV. Б) МНТнинг неонатал сепсис натижасида зараланиши Менингит Менингоэнцефалит Вентрикулит Энцефалит	Стрептококкли инфекция Стафилококкли инфекция Коли-бактериал инфекция Клебсиеллез инфекцияси Кўк йиринг таёқча инфекцияси Листерия Кандидоз	<ul style="list-style-type: none"> • Менингеал • Мия ичи гипертензияси • Талвасалар • Кома • Гидроцефалия • Ўчоқли бузилишлар
---	---	---

Ташхис намуналари

- 1 ойгача МНТ перинатал зарарланишининг ўрта оғир даражаси, сусайиш синдроми, ўткир босқичи.

- 1 ойдан кейин – МНТнинг перинатал зарарланиши, ўрта оғир даражаси, гипоксик-геморагик этиологияли, ҚИҚҚ I даражаси, гидроцефалия синдроми, тикланиш даври.

Гипоксик-ишемик энцефалопатия

Гипоксик-ишемик энцефалопатия (ГИЭ) анте-, интра- ёки аралаш гипоксиянинг бевосита оқибати ҳисобланади ва 1000та ой – кунига етиб туғилган чақалоқларда 1,6 дан 8,0 гача учрайди.

Патогенези. Янги туғилган чақалоқларнинг гипоксик-ишемик энцефалопатияси ривожланишида гипоксия ҳам, ишемия ҳам аҳамиятга эга. Бундай шароитда у ёки бу омилнинг устиворлиги ўзига хос кўринишга эга.

Ой-куни етиб туғилган чақалоқлар учун мия гипоксиясида бош мия пўстлоғи ва пўстлоқ ости оқ моддасининг парасагитал зарарланиши хос бўлиб, унинг асоратли кечишида спастик тетраплегия ва ақлий етишмовчилик қонуниятли натижа бўлиши мумкин. Ой-куни етиб туғилган чақалоқларда мия гипоксик зарарланишининг бошқа специфик морфологик белгиси базал ганглиялар ва таламуснинг status marmoratus ҳисобланиб, хореоатетоз ва рухий ривожланишдан орқада қолишга олиб келади. Пўстлоқ ва пўстлоқ ости оқ моддасининг фокал ва мультифокал некрози ой-куни етиб туғилган чақалоқларда ҳам, муддатига етмай туғилган чақалоқларда ҳам

ГИЭга хос ўзгаришлар бўлади, бунда гемипарез ва фокал тутқаноқлар шаклланиши мумкин.

Шунингдек, гестациянинг ҳар қандай муддатидаги болалар учун мия зарарланишининг умумий хили нейронларнинг селектив ва диффуз некрози ҳисобланади. Ой-куни етиб туғилган болаларда селектив некрознинг хусусияти унинг бош мия пўстлоғида, миечада, бош мия ўзагида ва орқа миёда жойлашуви ҳисобланади, одатда, мия ўзаги ва спинал шикастланишга тегишли ўзгаришлар ўткир ва оғир гипоксияда, сурункали ва енгил гипоксияда эса пўстлоққа тегишли бузилишларга олиб келади. Оқибати ноҳуш кечганида, болаларда спастик тетраплегия, аклий заифлик, мия ўзаги дисфункцияси, талвасалар ривожланади. Муддатига етмай туғилган болаларда нейронларнинг селектив некрози диэнцефал соҳада ва бош мия пўстлоғида устунлик қилади, бу спастик тетраплегия, краниал нервлар зарарланишини шакллантириши, “диққат-танқислиги синдроми” ва “гипоталамик синдром” бўлиши мумкин.

Гипоксияда муддатига етмай туғилган болалар миясининг шикастланиш морфологияси учун пери- ва интравентрикуляр зарарланишлар хос ҳисобланади. Айнан шундай шикастланишнинг сабаби, гестация ёши 32 ҳафтадан кам болаларда ён қоринчалар олдинги шохи тубидаги герменал (пушт) матриксида қон таъминотининг терминал турда бўлишидир.

Терминал матрикснинг сўрилиб кетиши ва терминал қон таъминоти ўрнига магистрал қон таъминоти тури одатда концептуал ёшнинг 32 ҳафталаарида рўй беради. Пери- ва интравентрикуляр зарарланишлар ривожланишининг муҳим қўшимча омили “пассив” босим феномени саналади. Бу гипоксияда томирлар ауторегуляциясининг йўқотилишига ва церебрал қон оқимининг тизимли босимга чизиқли боғлиқлигига эга. Тизимли босим ошганда қон қуйилишлар, пасайганда – ишемия ва некроз ривожланади. Биринчи ҳолатда терминал веналар тромбози, сўнгра қон қуйилиши пайдо бўлади. Жараён одатда, унилатерал жойлашади ва гемиплегия ва аклий етишмовчиликка олиб келади.

Иккинчи ҳолатда перивентрикуляр оқ модданинг билатерал ишемик зарарланиши(лейкомаляция) рўй бериб, перивентрикуляр олигодендроглиянинг озод радикаларга нисбатан сезувчанлигини белгилайди. Бу ҳолатда хужайра ҳалокатининг апоптоз механизми асосида юзага чиқади. Спастик пара- ва тетраплегиялар, ақлий заифлик, кўришнинг пасайиши бу зарарланишнинг натижаси ҳисобланади.

ГИЭнинг клиник кўриниши клиник таснифлар доирасида кўздан кечирилади. Классик бўлиб қолган биринчи босқичли тасниф 1976 йилда Н.В.Сарнат ва М.С. Сарнат томонидан таклиф қилинган (19-жадвал).

Жадвал 18

Муддатига етиб туғилган чақалоқларда постаноксия энцефалопатциясининг босқичлари (Sarnat Н.В. ва Sarnat М.С.,1976).

Кўрсаткичлар	1 босқичи	2 босқичи	3 босқичи
Онг даражаси	Безовталиқ	Летаргия	Ступор
Нерв-мушак назорати			
Мушак тонуси	Меъёрий	Енгил	Ланжлик
Ҳолати	Енгил	гипотония	Доимий бўлмаган
Периостал	дистал	Дистал	децеребрация
рефлекслар	флексия	флексия	Пасайган ёки
Сегментар	Ошган		йўқолган
миноклонус	Бор	Ошган	Йўқ
Комплекс рефлекслар			
Эмиш	Сусайган	Сусайган ёки	Йўқ
Морорефлекси	Пастки	йўқ	
	бўсаға	Сусайган,	Йўқ
	билан ошган	тўлиқсиз,	
Окуло-вестибуляр	Меъёрий	юқори бўсаға	
рефлекс		Ошган	Йўқ ёки сусайган

Бўйин-тоник рефлекси	Енгил	Ошган	Йўқ
Вегетатив реактивлик Қорачиқлар	Асосан симпатик Мидриаз	Асосан парасимпатик Миоз	Иккала тизим йўқолган Ўзгариб турадиган, ноадекват реакция, фотореакциялар пасайиши
Юрак уриши Бронхиал ва сўлак секрецияси	Тахикардия Кам	Брадикардия Профуз	Ўзгарадиган
Ичак перистальтикаси Талвасалар	Меъёрий ёки пасайган Йўқ	Кучайган, диарея Фокал ёки мультифокал	Ўзгарадиган Камдан-кам (дицеракциядан ташқари)
ЭЭГ	Бедорлик меъёрий ЭЭГ	Аввалига паст вольтли δ - Θ -эгри чизик; Кечроқ даврий паттерн; Талвасаларда 1-1,5 Гц чўққи-	Аввалига даврий паттерн изопотенциал фазалари билан; кечроқ-изопотенциал
Кечиши	Суткадан кам	тўлқин 2-14 кун	Бир неча соатдан хафталаргача

Ҳозирги вақтда ГИЭга ўткир ва ўртача ўткир касаллик сифатида каралади, неврологик статуснинг кейинги ҳолати фақат патологик жараённинг кечишига эмас, балки бола миясининг етилиш хусусиятларига ҳам боғлиқ.

ГИЭ клиник диагностикаси, клиник таснифлар ва стандарт неврологик шкалалардан фойдаланишга асосланади, улар меъёрий ва девиант неврологик статусни чегаралашга имкон беради.

Девиант неврологик статус доирасида чақалоқ неврологик статусида мослашув транзитор силжишлар (чақалоқнинг транзитор неврологик дисфункцияси) ва ГИЭ клиник кўринишларини фарқ қилиш керак.

Ҳозирги замон визуализация усуллари (нейросонография, аксиал компьютер томография, магнит-резонанс томография, γ -сцинтиграфия) мия моддаси ўта кичик тузилмаларини, ривожланиш нуқсонлари бор-йўқлигини, ликвор бўшлиқлар ўлчамлари ва шаклини баҳолаш имкониятини беради. Магнит-резонанс томография визуализациянинг энг ахборотли усули ҳисобланади ва унинг ёрдамида ГИЭ кечиш босқичларини аниқлашга муваффақ бўлинди: ўткир (5кунгача), ўртача ўткир (20кунгача) ва сурункали (56 кунгача).

Мияда қон оқими интенсивлигини доплерография ва позитрон эмиссион томография ёрдамида ўрганиш мумкин. ГИЭда мияда қон оқими интенсивлиги тўғрисидаги маълумотлар бу усуллардаги маълумотлар бўйича жиддий фарқ қилади. Бирмунча қулай усул доплерографияинтра-ва экстрацеребрал томирларда қон оқими қийматига баҳо беришга имкон яратади, айниқса окклюзион жараёнларда аниқлиги билан ажралиб туради.

Асосий муаммо туғруқдан кейинги даврда мияда қон оқимининг табиий босқичли ўзгаришларини, гипоксияда қон оқимининг мослашув ўзгаришларини ва патологик жараён сифатида мияда қон оқими ауторегуляциясининг йўқолиш белгиларини фарқ қилиши ҳисобланади.

ГИЭ нейрофизиологик ташҳислаш усуллари орасида электроэнцефалографияни (ЭЭГ) кўрсатиб ўтиш зарур. ГИЭ ташҳисоти учун эски ЭЭГ дан фойдаланилади, у ГИЭ ҳар хил босқичларини, суммар ЭЭГ, ЭЭГ билан картирлашни аниқлашга имкон беради. ЭЭГ картирлашдан фойдаланиш ГИЭ асосий неврологик синдромлари паттернларини аниқлашга имкон беради. ЭЭГнинг окулограмма, электрокардиограмма, пневмограмма,

тери гальваник рефлекс ва орал кутб (полиграфия), мушаклар электромиограммасини қайд қилиш билан бирга қўлланиши уйқунинг турли фазаларини ва уларнинг гипоксия оқибатида шаклланиш жараёнидаги бузилишларни фарқлашга имкон беради.

Чақалоқларда ЭЭГ диагностикасининг мураккаблиги церебрал етилмаганлик паттернлари ва патологик паттернларни аниқлашдан иборат.

Чақирилган потенциаллар (ЧП) ташхисотининг энг ахборотли усули ҳисобланиб, улар ГИЭ оқибатларини ва карликни (мия ўзагига тегишли эшитув ЧП), кўрликни (кўрув ЧК), болалар церебрал фалажи (соматосенсор ЧП)ни 100% аниқлик билан олдиндан аниқлашга имкон беради.

Даволаш. ГИЭни даволаш қуйидаги босқичларни ўз ичига олади.

- 1) гипоксияни даволаш,
- 2) гипоксия сабабли келиб чиққан бузилишларни даволаш,
- 3) гипоксик мия шиши ва нейропротекцияни даволаш.

ГИЭнинг замонавий фармакотерапия тамойилларини қайд этиш лозим (препаратнинг фармакодинамикаси, фармакокинетикаси, унинг таъсир механизмлари ва рандолизланган “қўшалок кўр” тестлаш билан текшириш тўғрисида аниқ тасавур).

ГИЭнинг келгуси **оқибати** гипоксия оғирлигига боғлиқ, гипоксия эса кислота асос ҳолати кўрсаткичлари, энцефалопатия оғирлиги (ГИЭ 1 босқичда оқибат яхши, 2 босқичда – шубҳали ва қўшимча текшириш усулларига боғлиқ, 3 босқичда нохуш) билан тасдиқланган. ГИЭнинг нохуш натижаларига болалар церебрал фалажи, рухий ривожланишнинг орқада қолиши, эпилептик тутқаноқлар, гидроцефалия, диққат ва гиперактивлик танқислик синдроми, эшитув ва кўрув анализаторининг зарарланишлари, ғилайликни киритадилар.

8.1. Тери, юмшоқ туқима туғруқ жароҳатлари

“Туғруқ жароҳати” атамаси туғруқ вақтида бола тўқималари ва аъзолари бутунлигининг бузилишларини (фаолият бузилиши ҳам шундан) бирлаштиради. Перинатал гипоксия ва туғруқдаги асфиксия кўпинча туғруқ жароҳатлари билан ўтади, бироқ улар пайдо бўлишининг патогенетик ҳалқаларидан бири бўлиши ҳам мумкин.

Туғруқ жароҳати доялик жароҳатига қараганда бирмунча кенг тушунча; туғруқда доялик амаллари – туғруқ жароҳатларининг сабабларидан биридир. Доялик амалларининг жароҳатлилиги фақат доялик кўникмалари билан белгиланмайди, балки ҳомиланинг қандай ва қайси ҳолат бўйича туғруққа киришишга боғлиқ. Кўп давом этадиган ҳомила гипоксияси, оғир интранатал асфиксия туғруқ вақтида ҳатто меъёрий кечаётганда ҳам туғруқ жароҳати юз бериш эҳтимолини оширади. Туғруқ жароҳати ривожланишига мойиллик қиладиган омиллар: думба билан келиши ва бошқа аномал келишлар, макросомия, ҳомиладорликнинг муддатидан кечиккани, сурункали ва ўта тез туғруқлар, ҳомила бошининг катталиги, ўта чала туғилганлик, олигогидроамнион, ҳомиланнинг ривожланиш нуқсонлари, туғруқ йўллари ўлчамларининг камайиши (инфантилизм, рахит оқибатлари ва б.) ва туғруқ йўллари ригидлигининг ошиши (ёши қайтган биринчи туғувчилар, ҳомиладорлик даврида Д витамини кўплиги), акушерлик амаллари – ҳомиланингоёқчасига айланиши, турли хил акушерлик қисқичларини, вакуум экстрактори ва б. ишлатиш ҳисобланади. Соф акушерлик жароҳатларига калла суяги, оёқ-қўллар, курак суюқларининг синиши мисол бўла олади.

Юмшоқ тўқималарнинг юза жароҳатлари. Тананинг ҳар хил қисмларида петехиялар ва экхимозлар, шилинишлар – туғруқ жароҳатларининг энг кўп учрайдиган белгиси. У ҳомиланинг олд билан ётган соҳасида, омбурлар ёки ҳомила ичи мониторингида электродлар қўйилган жойда, ҳомила бошидан қон олишда, реанимацион тадбирлар ўтказишда, қорин ичи амалларида, акушер кўли билан ушлаганда катта бўлмаган шилиниш ва кесилган жойлар фақат маҳаллий антисептик даволашни талаб

этади, анилин бўёқларининг спиртли эритмалари билан ишлов бериш, боғлам қўйиш ва б. Петехия ва экхимозлар ҳаётининг 1-2 -ҳафтасида ўз-ўзидан сўрилиб кетади.

Адипонекроз (тери ости ёғ клетчаткасининг ўчоқли некрози) акушер ёки неонатолог қўли билан босган жойда пайдо бўлиши мумкин: яхши чегараланган зич тугунлар, думба, орқа, елкалар, оёқ-қўллар тери ости ёғ қатламида диаметри 1-5см ли инфилтратлар бўлади. Инфилтратлар устидаги тери ё ўзгармаган ёки бир оз цианотик. Ўз-ўзидан йўқолади ва даволаш талаб қилинмайди.

Тўш-ўмров сўрғичсимон мушакнинг шикастланиши ва қон қуйилишлари. Қисқичлар қўйилганида, қўл амалларида, айниқса бола думбаси билан келган туғруқда кузатилади. Одатда мушакнинг учдан бир пастки қисми (стернал қисм) йиртилади. Шикастланган ва гематома бўлган жойда кичикроқ, ўртача зичликдаги ёки ханжарсимон консистенцияли ўсма қўлга уннайди. Баъзан уни биринчи марта ҳаётининг 1-ҳафтаси ўртасида – охирида, қийшиқ бўйин ривожланаётганда аниқланади. Боланинг боши шикастланган мушак томонга эгилган, ияги эса қарама-қарши томонга қараган бўлади. Аксарият мушакка қон қуйилиши орқа мияжароҳати билан бирга учрайди. Тўш-ўмров сўрғичсимон мушак гемотомасини туғма мушак бўйин қийшиқлигидан фарқ қилинади. Айрим ҳолларда мушакнинг туғруққача фиброзланиши ҳомила вазиятининг нуқсони, ҳомила сувларининг кам миқдори ва мушакни она чаноғининг суяк қисми босиши билан боғлиқ, баъзан эса суяк-мушак тизимининг (умуртқа поғонаси, кала скелети суяклари ва б.) ирсий зарарланишларининг кўриниши ҳисобланади.

Ташҳис бошнинг ўзига хос ҳолати, юз симметрияси, тўш-ўмров сўрғичсимон мушакнинг калталаниши ва зичлашиши, зарарланган томонда кулоқ супраси ўлчамларининг кичрайиши аниқланганда қўйилади. Жараён икки томонлама бўлганда бош олдинга эгилган, бўйин лардоза кучайган, умуртқа поғонасининг ҳаракатчанлиги бўйин томонида чегараланган бўлади.

Даволаш: бошга коррекцияловчи ҳолат яратиш (бошнинг патологик эгилиши ва юзнинг бурилишини тугатишга имкон берадиган болишчалар), куруқ иссиқлик, физиотерапия (калий йодид билан электрофорез), кейинрок массаж. Бу тадбирлар наф бермаганда ҳаётнинг 1-ярим йиллигида хирургик коррекция талаб этилади.

Туғруқ ўсмаси– чакалоқ боши билан келганда ёки вакуум-экстрактор кўйилган жойда, бош юмшоқ тўқималарининг шиши, аксарият кўкимтир, петехиялари ва экхимозлари кўп, гипербилирубинемияга сабаб бўлиши мумкин. Даволаш талаб қилмайди, 1-3 кунда ўз-ўзидан тузалади. Кефалогематома (қуйига қ.), аповневроз остига қон қуйилишидан фарқ қилинади.

Апневроз остига қон қуйилиши ҳамирсимон шиш, бош тепа ва энса қисмининг шиши билан ўтади. Кефалогематомадан фарқли равишда шишиш битта суяк билан чегараланиб қолмайди, туғруқ ўсмасидан эса туғруқдан кейин интенсивлиги бўйича катталашиши мумкин. Кўпинча инфекция тушади, шунингдек ҳаётининг биринчи кунларида постгеморрагик анемия ривожланиши, кейин эса гипербилирубинемияга сабабчи ҳисобланади. Қон қуйилиш ўлчамлари катта бўлганда ирсий геморрагик касалликларни истисно қилиш зарур. Қон қуйилиши 2-3 ҳафтадан сўнг сўрилиб кетади.



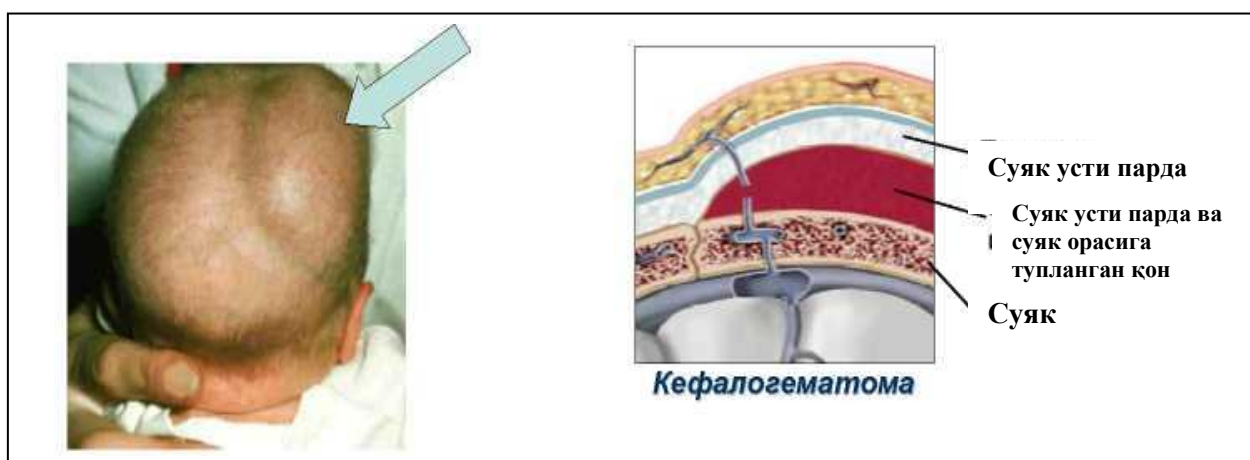
Расм-9. Апневроз остига қон қуйилиши.

Кефалогематома. Ташқи кефалогематома калла суяги гумбазининг бирорта суягининг устки пардаси остига қон қуйилиши бўлиб, туғруқдан кейин бир неча соатлар ўтгандан кейингина пайдо бўлиши мумкин (кўпинча битта ёки иккала тепа суяклар соҳасида ва камроқэнса суягида); янги туғилган чақалоқларнинг 0,2-0,3%ида кузатилади. Ўсма аввалига қайишқоқ консистенцияли, ҳеч қачон қўшни суякка ўтмайди, пульсацияланмайди, оғримайди, эҳтиётлик билан пальпация қилганда четида болишчага ўхшаш флюктуация кузатилади. Кефалогематомаустидаги тери сатҳи баъзан патехиялар бўлсада, ўзгармайди. Ҳаётнинг биринчи кунларида кефалогематома катталашиси мумкин, баъзан томирдан ташқаридаги бильрубин ошиши ҳисобига сариклик кузатилади. Ҳаётининг 2-3 ҳафтасида кефалогематома ўлчамлари кичраяди ва тўлиқ сўрилиши 6-8-ҳафтага келиб юз беради. Айрим ҳолларда оҳакланиши, камдан-кам йиринглаши мумкин.

Суяк усти пардаси остига қон қуйилишининг сабаби бош чиқаётган вақтда бош ҳаракатларида суяк усти пардасининг қўчиши, камроқ ҳолларда калла суягидаги ёриқлар сабаб бўлади. Шу туфайли катта кефалогематомаси бўлган (диаметри 6 см дан катта) ҳамма болаларда калла суягида ёриқни истисно қилиш учун уни рентгенография қилиш зарур.

Кефалогематома жуда камдан-кам ҳолларда ирсий коагулопатияларнинг дастлабки белгиси бўлади. Муддатига етмай туғилган болаларда кефалогематома ҳомила ичи тарқоқ микоплазмоз билан бирга келиши мумкин.

Қиёсий ташхис туғруқ ўсмаси (чоклар орқали ўтади, 2-3 кун ўтгач йўқолади), апоневроз остига қон қуйилиши (ясси, ҳамирсимон консистенцияли, чоклар устидан ўтади, флюктуацияланади), мия чурралари – мия пардалари ва мия моддасининг лиқилдоқ ва суяк нуқсонлари орқали бўртиб чиқиши (нафас ҳаракатларини акс эттириб пульсацияланади, кўпинча пешона соҳасида жойлашган, калла суяги рентгенограммасида суяк нуқсони кўринади) билан ўтказилади. Калла суяги ёриқларида нейросонография ва нейрохирург консультацияси шарт.



Расм -10. Кефалогематома

Даволаш: ҳаётининг дастлабки 3-4 кунда соғилган она сути билан шишачадан овқатлантириш, кейин бола ҳолати барқарор бўлганда эмизиш мумкин. К-витамини (агар туғилганда юборилмаган бўлса) бир марта мушак орасига юборилади. Баъзан кефалогематомалар кальцийланади ва катта (диаметри 8 см дан ортиқ) қон қуилиш сўрилиб кетгандан кейин остидаги суяк пластинкаси кескин юпқалашиб қолиши ёки кистасимон суяк ўсимталари ҳосил бўлиши мумкин, шунга қарамай неонатологлар кўп йиллар давомида бирон-бир хирургик аралашувдан бош тортар эдилар. Ҳозирги вақтда ёндашув бирмунча ўзгарди ва ҳаётнинг 6-7- кун катта гематомалар ичидаги суяқлик пункция йўли билан чиқарилади.

Юз нерви фалажи. Нервнинг периферик қисми ва унинг тармоқлари кўпинча акушерлик қисқичларидан шикастланади. Оғизнинг осилиб қолиши ва ҳаракатсиз бўлиб қолиши, унинг шиши, бурун-лаб бурмаси, қош усти рефлексининг йўқлиги, зарарланган томонда қовоқларнинг зич бўлмаган юмилиши, йиғлашда оғиз ассиметрияси, кўз ёшланиши билан ифодаланади. Мебиус синдроми (нерв ядроси йўқлиги), калла суяги ичига қон қуйилишлар билан қиёсланади. Даволаш невропатолог тавсияси бўйича ўтказилади.

Суякларнинг туғруқ жароҳатларида ҳамда қорин пардаси ичидаги жароҳатларида ҳамма вақт болалар хирургии маслаҳати талаб қилинади.

8.2. Орқа мия ва елка чигали туғруқ жароҳатлари

Этиологияси. Орқа мия шикастларининг сабаби елкалар билан калла суяги асоси ўртасидаги масофанинг кўпайиши ҳисобланади, бу фиксацияланган елкадан бошни тортишда (думбаси билан келганда), ортиқча ротацияда (юзи билан келганда-25% ҳолларда) кузатилади. Бундай болаларда туғруқ вақтида аксарият қисқичлар, вакуум экстрактор қўйиш, кўлда бажариладиган ҳар хил амаллардан фойдаланилганда кузатилади.

Патогенези. Турли омиллар аҳамиятга эга бўлиши мумкин:

1) умуртқа поғонасининг шикастланишлари (1 ва 2 бўйин умуртқалари бўғимларида чала чиқиш; атлантоаксиал ва умуртқалараро бўғимларнинг уларда қисилган капсуладан блокланиши; умуртқалар танасининг силжиши 1-2 умуртқалар дислокацияси; бўйин умуртқалари ва уларнинг кўндаланг ўсимтаси синиши; умуртқаларнинг ривожланиш нуқсонлари – ёйчаларнинг битмаслиги, 1 бўйин умуртқаси ёйчаларининг ривожланмаганлиги, унинг орқа қисми бўлмаслиги);

2) орқа мия ва унинг пардаларига қон қуйилишлар, томирлар ёрилиши ёки улар ўтказувчанлигининг ошиши сабабли эпидурал клетчаткага қон қуйилиши;

3) умуртқа артериялари ҳавзасида стеноз, спазм ва окклюзия сабабли ишемия, Адамкевич артериясининг босилиши, орқа мия шиши;

4) умуртқалараро дисклар шикастланиши.

Орқа миянинг жароҳатларимеханизмида, А.Ю.Ратнер бўйича, умуртқалар артериялари ҳавзасида қон айланиши бузилиши билан бирга мия ўзаги, мияча ва орқа миянинг бўйин бўлимида ишемия ривожланиши етакчи ўринни эгаллайди.

Томир бузилишлари ҳомила умуртқа поғонаси бўйин бўлими кескин флексияция, тракциясида ёки торсиясида пайдо бўлади. Туғруқда ҳомила

чаноғи билан келганда энг катта юк фақат бўйин бўлимига эмас, балки орқа миянинг кўкрак ва бел бўлимларига ҳам тушади. Янги туғилган чақалоқгавдаси тракциясида, фиксацияланган бошчада умуртқа поғонаси 4-5см гача, орқа мия эса 0,5-0.6см гача чўзилиш мумкин, шунинг учун умуртқа поғонаси жароҳати орқа мия жароҳатидан камроқ учрайди.

Ҳомиладаги оғир гипоксияда олдинги шох мотонейронлари олдинги – ичкигуруҳи хужайраларининг зарарланиши кузатилади, яъни орқа мия шикасти антенатал ривожланиб, туғруқ вақтида асфиксияга олиб келиши мумкин.

Бўйин илдизлари ва елка чигалининг шикастланишлари патогенези ҳанузгача фаол муҳокама қилинаёпти. Механик омиллар билан бир қаторда (нерв пояларининг тортилиши, ўмров ёки елканинг ротацияси) акушерлик муолажаларида, кўллар фаолсизлиги, елка чигалининг хомиладаги ўзгаришлари, орқа мия сегментар қон айланишининг бузилишлари шу жумладан умуртқа поғонаси жароҳатларининг аҳамияти борлигини кўрсатади.

Клиник кўриниши шикастланиш жойи ва турига боғлиқ. Умуртқа поғонаси бўйин бўлимининг жароҳатида одатда оғриқ ҳисси бўлади(бола вазиятини ўзгартириш, уни қўлга олиш ва айниқса Робинсон симптомини текшириш бирданига йиғи чақиради). Бундан ташқари, фиксацияланган қийшиқ бўйин, калталашган ёки узунлашган бўйин – энсамушакларининг таранг тортиши, бўйин юмшоқ тўқималарининг қонталашиб ва зич бўлиши, тер чиқмаслиги, зарарланган жой устида тери қуруқ бўлиши мумкин.

Юқори бўйин сегментлари ($C_I - C_{IV}$) шикастланганда спинал шок манзараси: ланжлик, адинамия, диффуз мушак гипотонияси, гипотермия, артериал гипотензия, гипо- ва арефлексия, пай ва оғриқ рефлексларининг кескин пасайиши ёки йўқлиги, жароҳат бўлган жойдан дистал томонда ихтиёрий ҳаракатларнинг тўлиқ фалажи ёки спастик тетрапарез кузатилади. Туғилиш вақтидан бошлаб нафас бузилиш синдроми қайд этилади (нафас қийинлашган, тахипноэ ёки нафас аритмияси, қовурғалараро ораликлар

силлиқлашган ёки ичига ботган, қорин дам бўлган). Бемор вазияти ўзгартирилганда нафас бузилишларнинг апоноэга қадар кучайиши типик ҳодиса ҳисобланади.

Сийдик ажратишнинг орқада қолиши (нейроген қовуқ) ёки даврий сийдик тутолмаслик хос. Болани кўздан кечиришда “бақа ҳолати”ни аниқлаш мумкин. Кўпинча бош бирор томонга бурилган (аксарият спастик бўйин қийшиқлиги худди шу томонда аниқланади). Шунингдек III, VI, IX, X жуфт калла нервлари ва VIII жуфтнинг вестибуляр қисмининг ўчоқли зарарланиш белгиларини аниқлаш мумкин. Мия ўзагининг зарарланиш белгилари, чанок аъзолари фаолиятининг бузилишлари ва миотоник турдаги ҳаракат бузилишлари кўшилиб келиши вертебробазилляр хавзасидаги ишемиядан далолат беради. Нафас бузилишлари ва туғилишдан кейин асфиксия хуружлари, шок (караҳтлик) янги туғилган чақалоқларнинг ўлимига сабаб бўлади.

Диафрагма парези (Кофферат синдроми) елка чигали (n.frenicus), C_{III}-C_{IV} сатҳидаги орқа мия жароҳатида ривожланади. Алоҳида бўлиши мумкин, 75% болаларда юқори парез ёки қўлнинг тотал фалажи билан бирга келади. Диафрагма нерви шикастланиши аксарият чап томонлама Дюшенн-Эрба парезида кузатилади.

Диафрагма парези клиникасида нафас бузилиш синдроми: вазият ўзгартирилганда кучаядиган нафас қисиши, аритмик нафас, цианоз хуружлари етакчи ҳисобланади. Янги туғилган чақалоқни кўздан кечиришда кўкрак қафаси асимметрияси, зарарланган томоннинг нафас ҳаракатида орқада қолиши, парадоксал нафас (нафас олишда қорин деворининг ичига тортилиши ва нафас чиқаришда унинг бўртиб чиқиши) аниқланади; аускультацияда парез томонида сустлашган нафас ва аксарият крипитация хирриллашлар эшитилади.

Диафрагма парези бўлган беморларда плеврал бўшлиқда босимнинг пасайиши ва вентиляциянинг етарли бўлмаганлигидан пневмония ривожланиши мумкин, ўта оғир ва сурункали кечиш унинг хусусияти

хисобланади. Бўйин соҳасида парез томонда шиш кузатилиши мумкин (веноз оқим қийинлашган). Рентгенологик кўриниш ўзига хос: зарарланган томонда диафрагма гумбази юқори туради, қовурға диафрагма синуслар чуқур, соғлом томондаги диафрагма гумбази компонентлар эмфизема ҳисобига бирмунча яссиллашган. Кўкс оралиғи аъзоларининг қарама-қарши томонга силжиши кузатилиши мумкин, бу аксарият юрак етишмовчилиги белгилари (тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлиги, систолик шовқин, жигарнинг катталашуви) билан ўтади. Баъзан диафрагма парези аниқ клиник манзара бермайди, фақат рентгенологик аниқланади, ҳолос ва аксинча, диафрагма парезининг энгил шакллари рентген негатив бўлишлари мумкин. Кофферат синдроми бола туғилган заҳоти ёки унинг аҳволи ёмонлашганда аниқланади. Диафрагма парезининг энгил шаклларида функциясининг ўз-ўзидан тикланиши рўй бериши эҳтимол. Оғир парезларда кўпчилик ҳолларда диафрагма фаолияти 6-8 ҳафта давомида тўлиқ ёки қисман тикланади. Диафрагма фалажи. Қўлларнинг тотал фалажи билан бирга келган болаларда оқибати ёмонроқ бўлади.

Дюшен-Эрба парезлари ва фалажлари орқа мия C_v-C_vI сатҳларда ёки елка чигали зарарланганда ривожланади. Дюшенн–Эрба фалажининг клиник кўриниши бирмунча типик: шикастланган қўл гавдага келтирилган, тирсак бўғимида ёзилган, ичига буралган, елка бўғимида ротация қилинган, билакда пронацияда, панжа кафти букилган ва орқага ҳамда ташқарига очилган.

Бош аксарият эгилган. Бўйин кўп миқдордаги кўндаланг бурмалар билан калта бўлиб кўринади, баъзан кетмайдиган намланиш бор. Бошнинг қайрилиши спастик ёки травматик қийшиқ бўйин борлигига боғлиқ. Мушак тонуси проксимал бўлимларда пасайган, натижада елкани ёзиш, уни ташқарига буриш, горизонтал даражагача кўтариш, тирсак бўғимида букиш ва билак супинацияси қийинлашган. Боланинг кафтда юз тубан ётиш ҳолатида парез бўлган қўли очилиб туради, соғлом қўли эса гавдадан чуқур бўйлама бурма билан ажралиб туради (Новикнинг “кўғирчоқ қўлчаси” симптоми), қўлтиқ чуқурчасида баъзан оролчага ўхшаш кўп сонли бурмалар

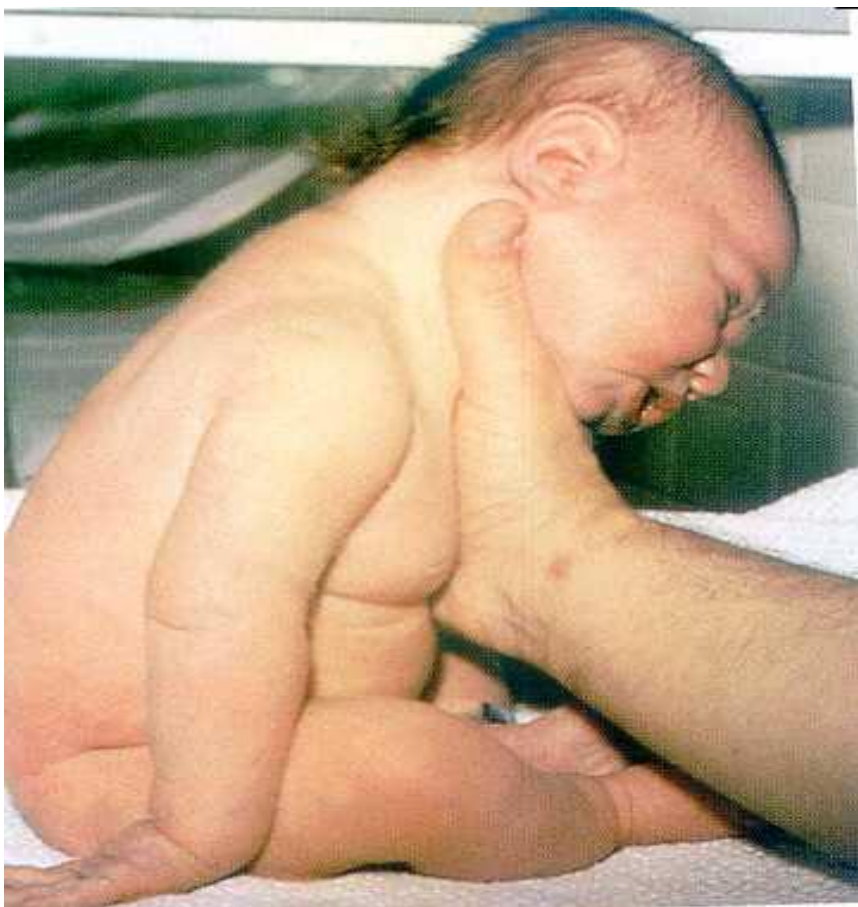
қайд қилинади (“қўлтиқ ости оролчаси”) ва парез бўлган елканинг проксимал бўлимида тери тортилади (у бўлган тақдирда елка синишини истисно қилиш зарур).

Парез бўлган қўлнинг елка бўғимида пассив ҳаракатларида елка бўғимининг ушлаб турадиган мушаклар тонуси пасайиши натижасида, (рентгенологик тасдиқланади) елка суяги бошчаси қисман ёки тўлиқ чиққанда “шиқирлаш” симптоми (Фикс симптоми) топилиши мумкин. Елка ва билакнинг патологик ҳолати елканинг ротатор ичи контрактураси ва билакнинг пронатор контрактурасининг шаклланишига олиб келади (Фолькман контрактураси). C_v ва C_{vI} оғир шикастланганда жараёнга оёғининг шикастланган томонида пирамида етишмовчилиги симптоми пайдо бўлишини келтириб чиқарадиган пирамид йўллари тортилиши (тизза ва ахилл рефлекси кучайиши, камроқ сонни яқинлаштирадиган мушакларда мушак тонусининг ошиши) мумкин. Дюшен-Эрба проксимал фалажи аксарият ўнгда пайдо бўлади, икки томонлама, диафрагма нерви шикастланиши ва церебрал симптоматика билан бўлиши ҳам мумкин. Нерв ўзакларининг тортилиш симптоми аксарият мусбат.

Дежерин-Клюмпке пасти дистал фалажи орқа миyaning $C_{VII}-T_I$ сатҳида ёки елка чигалининг ўрта ва пастки дасталари жароҳатида пайдо бўлади. Қўл фаолиятининг дистал бўлимда қўпол бузилиши қайд қилинади: панжа ва бармоқларни букиш фаолияти, панжа суяклараро ва чувалчангсимон мушаклар, тенар ва гипотенар мушакларининг фаолияти кескин пасайган ёки йўқ бўлади. Қўлнинг дистал бўлимларида мушак тонуси пасайган, тирсак бўғимида ҳаракатлар йўқ, панжа “тюлень панжаси” (агар билак нерви шикастланиши устувор бўлса) ёки “тирноқли панжа” (тирсак нерви шикастланиши устувор бўлса) шаклига эга бўлади. Панжани кўздан кечирганда цианотик тусли (“ишемик қўлқоп” симптоми) ушлаб кўрилганда совуқ, мушаклар атрофияга учрайди, панжа яссилашади. Елка бўғимида ҳаракатлар сақланиб қолган, Моро рефлекси пасайган, Бабкин ва чанг солиш рефлекслари йўқ. Бўйин симпатик толаларининг шикастланиши

шикастланган томонда Бернар-Горнер синдроми (птоз, миоз, энофтальм) пайдо бўлиши билан ифодаланади.

Қўлнинг умумий фалажи (Керер фалажи) орқа миянинг C_V-T_I сегментлари ёки елка чигали шикастланганда кузатилади, аксарият бир томонлама бўлади. Клиник жиҳатдан фаол ҳаракатлар йўқлиги, кескин мушак гипотонияси (“шарф” симптоми бўлиши мумкин), туғма ва пай рефлекслари йўқлиги ва трофик бузилиши билан тавсифланади. Одатда Бернар-Горнер синдроми қайд қилинади.



Расм -11. Елка чигалининг жароҳатланиши, қўлнинг умумий фалажи.

Дюшен–Эрба фалажи ва Керер фалажи, агар улар умуртқа поғонаси бутунлигининг бузилиши билан бирга келса (дислокация, синиш ва б.), Унтерҳарншейдт синдроми билан асоратланиш мумкин: бош кескин бурилганда умуртқа артерияси спазми пайдо бўлади, ретикуляр формация ишемияси келиб чиқади, спинал шок клиникаси юзага келади, бу эса летал натижага сабаб бўлиши эҳтимол; бирмунча енгил ҳолларда диффуз мушак гипотонияси, акроцианоз, панжалар, товонларнинг совиши, қўлларнинг

парези, бульбар бузилишлар ривожланади. Аҳвол яхшиланганда неврологик симптоматика регрессга учрайди (йўқолади).

Орқа мия T_I-T_{XII} кўкрак бўлимининг шикастланиши клиник жиҳатдан кўкрак қафаси нафас мушаклари функциясининг бузилиши натижасида нафас бузилишлари билан чиқади, улар диафрагма нафас олишни амалга ошираётганда ичига ботади. Орқа мия сегментларининг T_{III}-T_{VI} сатҳида жараёнга тортилиши клиник жиҳатдан спастик қуйи парапарез билан намоён бўлади.

Болаларда орқа мия пастки-кўкрак сегментларининг травмаси қорин девори мушакларининг кучсизлиги оқибатида “ёйилган қорин” симптоми билан юзага чиқади. Бундай болалар аранг йиғлашади, лекин қорин деворига босилганда йиғи кучаяди.

Бел думғаза соҳасидаги туғруқ жароҳати қўлларнинг меъёрий ҳаракат фаоллиги сақланиб қолгани ҳолда пастки суст парапарез пайдо бўлишида юзага чиқади.

Оёқларнинг мушак тонуси пасайган, фаол ҳаракатлар кескин чегараланган ёки бўлмайти. Кўздан кечиришда: оёқлар “бақа ҳолатида” туради, болага вертикал ҳолат берилганда, оёқлари осилиб қолади, таянч, автоматик юриш ва Бауэр симптомлари йўқ, тизза ва ахилл рефлекслари йўқолган, “кўғирчоқ оёқчаси” симптоми қайд қилинади. Болаларда айрим мушак гуруҳларининг синергизми бузилиши натижасида паралитик маймоқлик пайдо бўлади. Бунда туғма маймоқликдан фарқли равишда панжани тўғри ҳолатга пассив чиқариш мумкин. Аксарият соннинг чала ва тўлиқ чиқишлари шаклланади. Жараёнга думғаза сегментлари тортилганда анал рефлекс йўқолади, ануснинг очилиб қолиши кузатилиши мумкин, сийдик ва нажасни тутолмаслик ҳам қайд қилинади (сийдик чиқариш актидан ташқари вақтда, сийдикнинг томчилаб ажралиши кузатилади). Кейинчалик трофик бузилишлар: думба мушаклари гипотрофияси (“иғна санчилган копток” симптоми), сонда бурмаларнинг силлиқланиши, оёқ

мушаклари атрофияси, болдир-товон бўғимлари соҳасида контрактуралар пайдо бўлиши авж олади.

Умуртқа поғонаси кўкрак ва бел бўлими жароҳатларида маҳаллий симптомлар қуйидагилар: паравертебрал мушакларининг таранглашиши, кифоз ёки кифосколиоз тури бўйича деформациялар, шикастланган умуртқа “суяк” ўсимтасининг чиқиб қолиши.

Орқа мия натал шикастланишининг энг оғир тури *миянинг қисман ёки тўлиқ узилиши* (асосан бўйин ва юқори-кўкрак бўлимларида). Шикастланиш сатҳидаги кучсиз парезлар (фалажлар) ва шикастлаган жой сатҳидан қуйироқдаги спастик фалажлар, чанок аъзолари фаолиятининг бузилиши (беихтиёр сийдик ва нажас чиқариш ёки қабзиятлар), сийдик йўллари инфекциясининг қўшилиши хос ҳисобланади. Орқа мия узилиши бўлган жароҳатда ҳаётининг биринчи соатлари ва кунларида неврологик симптоматика – қонқуйилишлари мия шиши, шокбўлиши мумкин ва бола спинал неврологик симптоматика пайдо бўлишидан бир неча соат олдин нобуд бўлиши мумкин.

Ташхиси ва қиёсий ташхиси. Орқа мия натал шикастланишининг ташхиси анамнезни ва типик клиник манзарани синчиклаб ўрганиш асосида аниқланади. Ташхисни тасдиқлаш учун умуртқа поғонаси рентгенографияси (ривожланиш нуқсонлари ва жароҳатланишларни топиш), кўкрак қафаси рентгенографияси (диафрагма фалажини аниқлаш учун) зарур. Умуртқа поғонаси рентгенограммаси иккита проекцияда қилинади. Атлант чала чиқишини аниқлаш учун бошини ҳиёл ($20-25^0$ га) орқага ташлантириб тўғридан расми олинади, рентген нуруни эса юқори лаб соҳаси марказига йўналтирилади. Электромиография фалажларида преганглионар (денервацион потенциаллар) ва постганглионар (патологиясиз электромиограмма) бузилишларни аниқлашга имкон беради. Краниография ва окулист кўриги бош ва орқа миянинг биргаликдаги жароҳатига шубҳа бўлганда, айниқса юқори бўйин сегментлари шикастланганда буюрилади. Келиб чиқиши спинал суст парезларда (марказий фалажлардан фарқли

равишда пай рефлексларининг йўқлиги ва трофик бузилишлар борлигини унутмаслик керак.

Фалажларнинг қиёсий ташҳиси қуйидагилар билан ўтказиш лозим: 1)ўмров синиши; 2)эпифизиолиз; 3)елка остеомиелити (бунда бўғим шиши ва гиперемияси, крепитация, елка бўғими соҳасидаги пассив ҳаракатларда оғриқ; рентгенологик текшириш зарур. Бунда ҳаётнинг 7-10-кунида бўғим ёриғининг кенгайиши, кейинчалик-суяк ўзгаришлари, бундан ташқари, интоксикация симптомлари бўлади, қон анализидида – нейтрофил лейкоцитоз чапга силжиши билан; баъзан диагностика мақсадида бўғим пункцияси ўтказилади); 4)туғма гемигипоплазия (калла юз асимметрияси билан гавданинг ярми ва бир томондаги оёқ-қўлларнинг ривожланмай қолиши). Бундан ташқари, орқа миянинг жароҳатланишини орқа миянинг ривожланиш нуқсонлари билан қиёслаш зарур (комплекс даволаш фонидида мусбат динамика йўқлиги); Маринеску-Шегрен синдроми билан (нейросонография ёки катарактани аниқлаш учун компьютер томографияси қўлланилади); туғма миопатиялар билан (даволаш фонидида минимал мусбат динамика, ташҳисда биопсия қилинган мушакларни гистологик текшириш ҳал қилувчи ҳисобланади), шунингдек, буйрак усти безига қон қуйилиши билан фарқланади.

Даволаш. Умуртқа поғонаси ва орқа мия туғруқ жароҳатига шубҳа қилинганда, биринчи навбатда бош ва бўйин иммобилизацияси ҳисобланади. Буни Шанц пахта-дока ёқаси ёрдамида, чала чиқиш ва чиқишларда эса-оғриқ синдроми йўқолгунча 150-330гр юк билан ниқоб қўлланиб тортиш йўли билан бажарса бўлади. Сўнгги йилларда О.М.Юхнова таклиф қилган иммобилизациянинг оддий ва самарали усули кўпчиликка маъқул бўлди, бунда пеллот типидидаги ҳалқасимон пахта-дока боғламидан фойдаланилади. Аввалига бола бошининг айланаси санитиметрли тасма билан ўлчанади, ҳалқасимон пахта-дока боғлами тайёрланади, унинг ички диаметри бола боши айланадиган 2-3см га кам бўлиши керак. Боланинг бошчасини шу боғламга жойлаштирилади, бўйнига функционал қулай ҳолат

яратилади ва болани боғлам билан бирга йўргакланади. Бу муолажани туғрук залида қилинади.

Иммобилизация муддати 10-14 кун. Вакуум тўшак ёрдамида ҳам иммобилизация қилиш мумкин.



Расм – 12. О.М. Юхнова усули бўйича бўйинни иммобилизация қилиш.

Оғриқ синдромини йўқотиш мақсадида венага ёки мушак орасига седуксен (реланиум) 0,1мг/кг дан суткасига 2-3марта, кучли оғриқларда эса фентанил 2-10 мкг/кг ҳар 2-3 соатда, морфин ёки промедол судексен каби дори воситалари (0,1 мг/кг) тайинланади. 0,05 мл дозада 50%ли анальгин эритмасини кунига 2-3марта қўллаш мумкин, лекин самараси камроқ бўлади. Мушак орасига викасол юборилади (агар К₁ витаминини туғилишда юборилмаган бўлса). Мухими, озор етказмай парваришлаш, эҳтиётлик билан йўргаклаш, албатта бўйинни авайлаш: оғриқ синдроми йўқолгунча ва бола ахволи барқарор бўлгунча шишача ёки зонд орқали боқилади.

Ўртача ўткир даврда МНС фаолиятини меъёрга келтиришга қаратилган даволаш (ноотропил, пантогам, сермион) тайинланади, мушак тўқимасида трофик жараёнларни яхшилаш учун (АТФ, В₁, В₆ витаминлари ва 2-ҳафта охиридан В₁₂ витамини ёшига кўра мушак орасига 15-20 инъекциягача) буюрилади. Нерв-мушак ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида дибазол, галантамин, прозерин, оксазил буюрилади. 3-4-ҳафтадан бошлаб, сўрдирувчи таъсирли дори воситалари (коллогеназа, лидаза) ва миелинизацияни яхшилайдиган (церебролизин АТФ ва В₁₂ витамини билан мушак орасига 15-20 инъекциясигача) тайинланади. Айни вақтда 8-10 кундан бошлаб физотерапия қўлланилади: биринчи галда умуртқа поғонасининг бўйин

кисмига электрофорез, мияда қон айланишини яхшилайдиган ва оғрик реакциясини бартараф этадиган юқори воситалари; кейинчаликиссиқлик муолажалари (парафин, озокерит), диадинамик тоқлар, электростимуляция, кейинроқ игнали рефлексотерапия қўлланилади.

Бўйин бўлими жароҳатида бир қутбдан 0,5-1,0%лиэуффилин эритмаси ва бошқа қутблардан 0,1-1,0%ли никотин кислота эритмаси билан электрофорездан фойдаланилади. А.Ю.Ратнерга кўра электродлардан бирини бўйин-энса соҳасида юқори умуртқалар сатҳида, иккинчисини эса тўш суяги дастасида жойлаштирилади; ток кучи 1 мА дан ошмаслиги, муолажа давомийлиги 6-7 мин; курсга 10-12 муолажа тайинланади. Ўткир жараён тугагач массаж, аввалига умум мустаҳкамловчи, аҳвол яхшиланганда эса тонусни оширувчи нуқтали массаж элементлари билан тайинланади, ҳаётнинг 3-4 ҳафтасидан бошлаб гидрокинезотерапия қўлланиши мақсадга мувофиқ (сув ҳарорати 37-36,5⁰С, ванна давомийлиги 10 дақиқагача, сувга денгиз тузи, хвой экстракти қўшилади 10-15 муолажа), орқа миянинг оғир шикастларида барқарор даволаш натижасини олиш учун ҳаётнинг 1-йилида камида 2-3 марта даволаш курси ўтказилади. Анаболик жараёнларини яхшилаш мақсадида ҳаётнинг 2-ҳафтасидан бошлаб адаптогенлар (элеутерококк, жень-шень) дан фойдаланиш мумкин.

Орқа мия натал жароҳати оқибатининг оғир-енгиллик даражаси ва шикастланиш сатҳига боғлиқ. Зарарланишнинг енгил даражасида кўпинча ўтиб кетувчи ишемия бўлиб, 3-4 ой мобайнида тезда соғайиш рўй бериши мумкин, баъзан парез бўлган қўл-оёқда мушаклар заифлиги узоқ вақтгача сақланиб қолиши мумкин; парез бўлган қўл фаоллиги кам, ўйинчоқни ушлашга уринишда унинг орқада қолиши қайд қилинади. Органиқ ўзгаришларга боғлиқ бўлган орқа миянинг ўртача оғирликдаги ва оғир зарарланишда бузилган фаолиятнинг тикланиши секин кечади, давомли тикловчи даволаш талаб қилинади. Қўпол органиқ бузилишларда нерв толаларнинг дегенерацияси содир бўлади, мушаклар атрофияси, контрактулар, сколиоз, бўйин остеохондрози, сон чиқиши, маймоқлик

ривожланади ва булар ортопед даволашини талаб қилади. Бундан ташқари, А.Ю.Ратнерга биноан туғруқ орқа мия жароҳатининг келажакдаги кечки оқибатларига периферик цервикал етишмовчилик (елка камари мушакларининг гипотрофияси, куракларининг чиқиб қолиши, боланинг гиперқайишқоқлиги билан умумий миопатик синдром), мия ва орқа мия қон айланишининг ўткир бузилишлари, узок масофани кўра олмаслик, эшитув бузилишлари, тунги энурез, талвасали ҳолатлар, тўсатдан ўлим синдроми, гипертония касаллиги, атеросклероз ва ҳатто жинсий ожизлик бўлиши мумкин. Ҳаётининг биринчи йилидаги болаларда қусиш ва овқатни қайт қилиш синдроми бўлиши мумкин.

Профилактикаси. Ҳомилани антенатал муҳофаза қилиш тамойиллари ва туғруқда унинг ҳолати мониторинги, акушерлик йўналишини мукамаллаштириш жуда муҳимдир. “Доянинг кўли тегмаган бола бахтиёр», “бизнинг бутун ҳаётимиз доялар билан ўзаро келишув” деган қадимги афоризмлар бор. Ҳозирги вақтда доянинг ортиқча фаоллиги зарар деб саналади: аёл имкони борича ўзи туғиши керак, доянинг эса ҳомилани чиқариб олиши ножоиз, доя эса туғилиш вақтида ҳомилани осилиб қолишдан ушлаб қолиши лозим, ҳолос. У “оралиқни ҳимоя қилиш”га, воқеа ҳодисаларнинг табиий кечишини ўзгартиришга уринмаслиги керак. Оралиқнинг бутунлиги аксарият боланинг жароҳати (кўпинча умуртқа поғонасининг) ҳисобига сақлаб қолинади.

8.3. Калла суяги ичига қон қуйилишлар

Калла суяги ичига қон қуйилишлар (КИҚК)нинг қуйидаги вариантлари фарқ қилинади: субдурал, эпидурал, субарахноидал, пери ва интравентрикуляр, паренхиматоз ва миячага қон қуйилади. Бундан ташқари, геморрагик инфарктлар ҳам ажратилади, бунда мия оқ моддасининг чуқур қатламларида миянинг ишемик (тромбоз ёки эмболия оқибатида) юмшашидан кейин қон қуйилиши рўй беради.

ҚИҚҚ учраш даражаси аниқланмаган. Турли сабабларга кўра уни аниқлаш қийин: кечининг аксарият носпецификлиги ёки клиник симптомлари камлиги, айниқса муддатига етмай туғилган болаларда; турли стационарларда акушерлар, неонатологларнинг тажрибаси ва маҳоратининг ҳар хил даражада эканлиги, бинобарин туғруқни олиб бориш тактикасининг фарқ қилиши, кесар-кесиш амалиётининг учраш сони, перинатология, она ва янги туғилган болани медикаментоз даволаш, битта клиник вазият, лаборатор ва бошқа параклиник маълумотларни (масалан, ультратовуш усулидаги топилмалари) бир хил шарҳлаш шулар жумласига киради. Қоринчалар ичи қон қуйилиши (ҚИҚҚ) ва паравентрикуляр қон қуйилишлар (ПВҚҚ) тана вазни 1500гр дан кам муддатига етмай туғилган болаларда айниқса кўп (50%гача), туғилганда тана вазни 1000дан кам болаларда ҚИҚҚ 65-75% ҳолларда аниқланади, ваҳоланки ой-куни етиб туғилган чақалоқлар орасида 1000та янги туғилган болаларга 1та ҳодиса тўғри келади. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра, ҚИҚҚ бошқа турларининг учраш сони жуда ўзгариб туради. Ўлган чақалоқларнинг ярмида секция ёриш вақтида ҚИҚҚ ва ёки бош мия анатомик тузилмаларнинг шикастланганлигини топадилар.

Этиологияси. Турли болаларда ҚИҚҚ этиологияси ва патогенозининг гетерогенлиги шубҳасиздир. ҚИҚҚ га асосий сабаб омиллар қуйидагича: 1) туғруқда шикастланиш; 2) перинатал гипоксия ва унинг оғир шакллари алоқадор бўлган гемодинамик (айниқса артериал гипотензия) ва метаболик бузилишлар (патологик ацидоз, реоксигенация фонида липидлар пероксид оксидланишнинг ортиқча фаоллашуви ва б.); 3) коагуляцион ва тромбоцитар гемостазнинг перинатал хусусиятлар (хусусан, коагуляцион гемостаз витамин К га қарам омиллар танқислиги); 4) боланнинг гестацион ёшининг кичиклиги; 5) томирлар девори, жигар ва мия зарарланишини келтириб чиқарадиган ҳомила ичидаги вирусли ва микоплазмали инфекциялар; 6) нораціонал парвариш ва иатроген аралашувидир (айниқса гиперосмоляр эритмалар масалан, натрий гидрокарбонатни венага тез қуйиш; назорат

килинмайдиган ортиқча кислородлидаво; оғриққа сабаб бўладиган муолажаларда оғриқсизлантиришнинг йўқлиги; бепарволик билан парваришlash ва болага шикастловчи муолажаларни бажариш; дори полипрогмазияси, кўпгина тромбоцитар ингибиторлардан фойдаланган ҳолда).

Бош мия туғруқ жароҳатининг пайдо бўлишининг бевосита сабаби она чаноқ суяги ва ҳомила бош ўлчамларининг номувофиқлиги (чаноқ суягининг ҳар хил туғма нуқсонлари, йирик ҳомила), шиддатли (2 соатдан кам) ёки чўзиладиган (12 соатдан ортиқ) туғруқлар; нотўғри бажариладиган акушерлик амаллари ва операциялар: қисқич қўйиш, вакуум экстрактор, думба билан келганда қўлда бажарилган амаллар ва ҳомилани айлантириш, ҳомилани чаноқ қисмидан тортиб чиқариш, бошини тракция қилиш; ҳомила манфаатларини инкор қилиб “оралиқни ҳимоя” қилиш тўғрисида ортиқча ғамхўрлик ҳисобланади. Бироқ ҳомила ичидаги сурункали гипоксия ўтказган ёки бошқа антенатал патологияси бўлган болада ҳатто боши билан меъёрий туғруқлар биомеханизмида ҳам КИҚҚ вужудга келиши мумкин, шунга кўра бундай ҳолларда кесар-кесиш амалиёти билан туғдиришга киришилади.

Бош мия туғруқ жароҳати ва гипоксия бир-бири билан патогенетик боғлиқ ва одатда, кўшилиб келади, бунда айрим ҳолларда бош мия тўқималарининг шикастланиши ва КИҚҚ оғир гипоксия оқибати, бошқа ҳолларда унинг сабаби ҳисобланади. Кўпчилик неонатологлар мияга ва унинг юмшоқ пардаларига жароҳатли ва жароҳатсиз қон қуйилишлар нисбати 1:10ни ташкил қилади, деб ҳисоблайдилар.

Патогенези. Мия моддасига, миячага субдурал ва эпидурал қон қуйилишлар, одатда жароҳат сабабли бўлади. Айни вақтда туғруқ жароҳатининг бошқа белгилари кефалогематома, апоневроз остига қон қуйилиши, акушерлик қисқичларининг излари, синишлар ва б. бўлганда ҳар қандай калла суяги ичига қон қуйилишларнинг жароҳат сабабли бўлганлиги аниқланади. ҚИҚҚ, ПВҚҚ, мия моддасига майда нуқтали қон қуйилишлар

этиологияси бўйича одатда гипоксик бўлади. Субарахноидал кон куйилишлар ҳам гипоксик, ҳам травматик генезга эга бўлиши мумкин.

20-жадвалда муддатига етмай туғилган болаларда ПВҚҚ ва ҚИҚҚ хавфини кучайтирадиган омиллар келтирилган.

ПВҚҚ ва ҚИҚҚ думли ядро бошчаси (гестация муддати 28ҳафтадан ортик болаларда) ва танаси устидаги субэпендимал ва паравентрикуляр пушт тўқимасида (гестация муддати 28 ҳафтадан кам болаларда) қоринчалараро тешик сатҳида жойлашади. Пушт тўқимаси полипотент хужайралар сақлайди, улар миграция қилиб, катта яримшарлар қобиғининг 6 қават ядроларини ва чуқурроқда ётган ядро тузилмаларни ҳосил қилади.

Жадвал19.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларда ПВҚҚ ва ҚИҚҚ хавфини оширадиган патологик ҳолатлар

Онада бундан олдинги ҳомиладорликларнинг кўп учраганлиги	Артериал гипотензия ёки боладаги гипертензия ёки боладаги гипертензия
Онанинг гиёҳвандлиги, алкогольни суистеъмол қилиши ва чекиши.	Оғир ва давомли гипоксемия ва гиперкапния
Тиббиёт муассасасидан ташқаридаг туғруқлар	ИВЛ қатъий параметрлар билан (нафас олишда юқори чўққи босими, давомли нафас олиш, нафас чиқаришда юқори босим), гиалин мембранали касаллик (1 турдаги НБС), “ҳаво йўқотиш” синдроми (пневмоторакс ва б.)
Онадаги урагенитал инфекциялар она қорнида ривожланишнинг орқада қолиши	Гипернатриемия
Бола ҳаётининг биринчи соатлардаги транспортеровкаси	Гипогликемия
Туғилишда тана оғирлигининг жуда камлиги	Венага тез дори юбориш, айниқса гиперосмоляр эритмалар куйишда
Туғруқда окситоцин қўлланиши, туғруқдан олдинроқ онанинг	

билвосита	антикоогулянтлар,	ҳажм юкламаси
ацетилсалицил қилиши	кислотасини қабул қилиши	Юрак етишмовчилиги
Шиддатли туғруқлар		Патологик ацидоз очик артериал йўл синдроми ёки персистирлайдиган
Асфиксияда туғилиш, айникса		фетал циркуляция (яъни ўпка
натрий гидрокарбонат киритишни талаб этганда		гипертензияси)
Туғилишда катта гематомалар		Сурфактант билан ўрин босувчи даво
Эркак жинси		Гипотермия

Ҳомила ичи ҳаётининг 35-ҳафтасида пушт қавати сўрилади. Пушт қаватига базал ганглиалар узвий ёпишади. Бу соҳа тўқима қувватлаши бўлмаган, базал мембранаси етарлича шаклланмаган капиллярлар билан бетартиб жойлашган кўп миқдорда қон таъминоти билан фарқ қилади (коллоген танқислиги); артериал циркуляция ҳаддан зиёд бўлса ҳам, веноз оқим қийинлашган. Шунинг учун атериал босимнинг вақтинча кўтарилиши пушт қаватининг микроциркулятор тўлиб кетишга олиб келиб, субэпендимал қон қуйилиши (СЭҚК), сўнгра (томирлар ёрилганда) ПВҚҚ ва ҚИҚҚ ни чақиради.

Бошқа томондан, яққол гипоксемияда ривожланиши мумкин бўлган артериал гипотензия перивентрикуляр циркуляциянинг ишемик шикастланишига олиб келади, қон таъминотининг кейинги тикланиши эса (айникса тез) меъёрий ёки артериал босим ошишида қон қуйилишига сабаб бўлади. Пушт матрикси соҳасида барқарор ва давомли гипоперфузия перивентрикуляр лейкомаляцияга (ПВЛ) олиб келади. Асосий муаммо касал муддатига етмай туғилган болада мия қон оқимининг яхши назорат қила олмасликдан иборат. Пушт қаватида тизимли қон оқимидаги ўзгаришларда, мия қон оқимини ауторегуляция қила олмайди ва унинг ҳар қандай кескин ўзгаришлари микроциркуляциянинг жиддий ёмонлашувига олиб келиб, қон қуйилишининг юқори ҳавф омиллари ҳисобланади.

КИҚҚ генезида гемостаз тромбоцитар ҳалқаси ҳолати хусусиятларининг аҳамияти унчалик аниқ эмас: тромбоцитларнинг агрегацион фаоллиги коллоген АДФнинг ҳар хил дозалари каби агентлар таъсири остида худди шундай гестация муддатидаги соғлом янги туғилган болалар билан таққосланганда ишонарли паст бўлганлиги исботланган.

Шуни ҳисобга олиб, КИҚҚ учраш сонини тромбоцитларнинг адгезив агрегацион функциясини яхшилайдиган дори воситаларини, хусусан дицинон (этамзилат натрий)нинг олдини олиш мақсадида қўллаш билан камайтиришга муваффақиятли уринишлар қилган.

Бироқ ҳаётнинг биринчи соатларида, шунингдек қоннинг гиперёпишқоқлиги, полицитемияда тромбоцитларнинг паст адгезив-агрегацион фаоллиги – тромбозлардан ҳимоя омили, шунинг учун уни ошириш мақсадга мувофиқ эмас. Бундан ташқари, тромбоцитар гемостаз хусусиятлари КИҚҚ патогенезининг ҳалқалардан биридир, унинг ҳолати КИҚҚ ҳар қандай вариантлари ривожланишининг бошқа юқори хавф омилларининг салбий таъсирини бутунлай йўқ қила олмайди.

III ва IV даражадаги КИҚҚнинг ўзига хос асорати веноз геморрагик инфарктлар бўлиши мумкин. Улар одатда бир томонлама ва венани ўраб турган тўқималарнинг массив (қаттиқ) босилишидан пайдо бўлади. Артериал томирларнинг веноз геморрагик инфарктлари ва тромбо-эмболик зарарланишларнинг натижаси порэнцефалия ҳисобланади. ҚИҚҚнинг энг қонуниятли оқибатларидан бири – қоринчаларнинг кенгайишидир.

Клиник кўриниши. Янги туғилган чақалоқларда ҳар қандай ҚИҚҚнинг ўзига хос белгилари қуйидагилар: 1) бола умумий ҳолатининг тўсатдан ёмонлашиб, мия фаолиятининг ҳар хил турдаги пасайишлари келиб чиқади, баъзан қўзғалувчанликнинг ошиш белгилари пайдо бўлиши мумкин; 2) йиғиифодасининг ўзгариши ва кўрувда мулоқотнинг йўқотилиши; 3) катта лиқилдоқ бўртиб чиқиши ёки таранглашиши; 4) кўз соққаларининг аномал ҳаракатлари; 5) терморегуляция (гипо- ёки гипертермия) йўқолиши; 6) вегетовисцерал бузилишлар (сутни қайт қилиш, тана вазнининг патологик

камайиши, метеоризм, ичининг беқарор келиши, тахипноэ, тахикардия, периферик қон айланиши бузилиши); 7) псевдобульбар ва ҳаракат бузилишлари синдроми; 8) талвасалар; 9) мушак тонуси бузилишлари; 10) авж оладиган пост-геморрагик анемия; 11) метаболик бузилишлар (ацидоз, гипогликемия, гипербилирубинемия); 12) бош мия туғруқ жароҳатининг кечишини ва прогнозни оғирлаштирадиган соматик касалликлар қўшилиши (пневмония, юрак қон-томир етишмовчилиги, менингит сепсис, буйрак усти беши етишмовчилиги ва б.).

Эслатиб ўтилган симптомлар ва синдромларнинг ҚИҚҚ бўлган турли болаларда бирга учраши жуда кенг миқёсда ўзгариб туради, бу боланинг гестацион ёшига, преморбид фонига ва қўшилиб келадиган ҳолатларга, ҚИҚҚ эгаллаган сатҳга боғлиқ.

Эпидурал қон қуйилишлар калла суяқларининг ички юзаси билан қаттиқ мия пардаси орасида пайдо бўлади ва калла суяги чокларидан ташқарига тарқалмайди, чунки бу жойларда қаттиқ мия пардаси билан зич ёпишиб кетган бўлади. Эпидурал гематомалар кала скелети гумбази суяқларининг дарз кетиши ва синишларида эпидурал бўшлиқ томирлари узилганда ҳосил бўлади. Эпидурал гематомалар кўпинча кенг кўламли ташқи кефалогематомалар билан бирга қўшилиб келади. Клиник манзарасида симптомларнинг изчиллиги хос. Узоқ давом қилмайдиган “ёруғлик” оралиғидан (3соатдан 6 соатгача) сўнг мия босилиши синдроми ривожланади, у жароҳатдан 6-12 соат ўтгач кескин безовталиқ пайдо бўлиши, бола аҳволининг ёмонлашиб, 24-36 соат ўтгач кома ривожланишигача бориши мумкин. Қорачиқнинг зарарланган томонда кенгайиши (3-4мартага), фокал ёки диффуз клоник-тоник талвасалар, гематома жойлашган томон қаршисида гемипарез, асфиксия хуружлари, брадикардия, артериал босимининг пасайиши ўзига хос симптомлар ҳисобланади. Кўрув нерви сўрғичларининг димланиши тез ривожланади. Нейрохирургик даволаш талаб қилинади.

Субдурал қон қуйилишлар калла суягининг пластиналари силжиб деформация бўлишида пайдобўлади. Юқори сагитал ва кўндаланг синусларига қўйиладиган вена қон томирлари, мияча чодир томирларининг зарарланиши сабабчи бўлади. Субдурал қон қуйилиши аксарият ҳомила чаноқ билан келганда кузатилади. Одатда, субарахноидал қон қуйилиши билан бирга учрайди. Ўткир остикечишида (клиник белгилар жароҳатдан 4-14 кундан сўнг юзага чиқади) ёки сурункали гематомада клиник белгилари 3-4 ҳафта ўтгач шаклланиши мумкин. Бола аҳволининг оғир-енгиллиги қон қуйилишининг жойлашган ўрни, ортиб бориши суръати ва катта-кичиклигига боғлиқ.

Супратенториал субдурал гематомада 2-4 кун ичида сохта тинч давр кузатилиши мумкин, сўнгра гипертензион-гидроцефал ва дислокацион синдромлар орта боради: безовталик, лиқилдоқларнинг таранглашиши ва бўртиб чиқиши, бошни орқага ташлаш, энса мушаклари ригидлиги, калла суяги чокларининг очилиши, Грефе симптоми, қорачиқнинг гематома томонида кенгайиши, кўз соққаларининг коллатерал гемипарези қон қуйилиш томонига бурилиши, талвасали хуружлар бўлиши мумкин. Гематома орта борган сайин иккиламчи асфиксия хуружлари авж олади, брадикардия, вазомотор бузилишлар ва терморегуляциянинг ўзгариши, талваса тутқаноқлари, ступор ёки кома бўлади. Нейрохирургик даволаш зарур.

Аниқланмаган субдурал гематомада ва у яхши кечганда 7-10 кун ўтиши билан гематома инкапсуляцияси рўй беради, у босилиш ва ишемия сабабли мия тўқимаси атрофиясини чақиради. Бу бош мия туғруқ жароҳатининг оқибати ва натижасини белгилайди.

Гематоманинг субтенториал жойлашувида (мияча узилиши ва орқа калла суяги чуқурчасига қон қуйилиши) янги туғилган чақалоқнинг умумий аҳволи туғилиш пайтидан оғир, мия поясининг босилиш симптомлари орта боради: энса мушаклари ригидлиги, эмиш ва ютишнинг бузилиши, анизокорея, кўзнинг, бошни буришда ҳам йўқолмайдиган четга қараши;

дағал вертикал ёки ротатор нистагм, кўз олмаларининг “сузиши” кузатилади. Тоник талваса хуружлари ва “юмуқ қовоқлар” симптоми бўлиши мумкин (миячадаги калла нервлари V жуфт рецепторларининг таъсирланиши ҳисобига кўзни текшириш учун қовоқларни очиб бўлмайди).

Динамикада ҳолсизлик, рангпарлик, нафас бузилиши, брадикардия орта боради, мушак гипотонияси кўпинча мушак тонусининг ошиши билан алмашинади, гипо ва арефлексия пайдо бўлади.

Касалликнинг кечиши диагностика ва даволаш ўз вақтида амалга оширилишига боғлиқ. Супратенториал гематома олиб ташланганда 50-80% болаларда оқибати яхши, қолганларида оғирлик даражаси ҳар хил неврологик бузилишлар қайд қилинади (гемисиндром, гидроцефалия, минимал церебрал дисфункция ва б.). Мияча чодирини йиртилган ҳолатда янги туғилган чақалоқлар илк неонатал даврда ҳалок бўладилар. Мияча чодирини шикастланмаган субтенториал гематомали янги туғилган болаларда оқибат яхши бўлиши мумкин, бироқ ликвор йўллари обструкцияси натижасида гидроцефалия ривожланиши мумкин.

Субарахноидал қон қуйилишлар менингеал томирлар бутунлиги бузилиши натижасида пайдо бўлади. Қон қуйилишлар жойлашуви ҳар хил, аксарият катта мия ярим шарлари тепа-чакка соҳасида ва миячада бўлади. Субарахноидал қон қуйилганда қон мия пардаларида чўкиб қолиб, уларни асептик яллиғлантиради, бу кейинчалик мияда ва унинг пардаларида чандиқли-атрофик ўзгаришларга, микродинамик бузилишига олиб келади. Қон парчаланиш маҳсулотлари, айниқса билирубин токсик таъсирга эга. Субарахноидал қон қуйилишларнинг клиник белгилари менингеал, гипертензион гидроцефал синдромлардан, шунингдек қон қуйилиш жойлашган ўрнига кўра “тушиб қолиш” симптомларига боғлиқ. Клиник манзара туғилишдан сўнг дарҳол ёки бир неча кун ўтгач ривожланади. Умумий кўзғалиш белгилари: безовталиқ, “мия” қичқириғи, уйқу инверсияси устунлик қилади, болалар узоқ вақтгача кўзини катта очиб ётадилар, юз қиёфаси вазмин, хушёр ёки ҳавотирли. Гиперестезия, туғма рефлекслар

кучайиши, мушак тонуси ошиши туфайли салгина таъсирланишдан ҳаракат фаоллигининг ошиши кузатилади.

Гипертензион гидроцефал синдром бошни орқага ташлаш, талвасага тайёр ҳолат, локал ва полиморф талвасалар ҳамда калла нервлари функциясининг йўқолиши: ғилайлик, бурун, лаб бурмаларининг силлиқлашганлиги, шунингдек лиқилдоқларнинг бўртиб чиқиши, калла суяги чокларининг қочиши, бош айланасининг ортиши билан юзага чиқади. Энса мушаклари ригидлиги $1/3$ янги туғилган чақалоқларда кузатилади. Энса мушакларининг ригидлиги ё бир неча соат ўтгач ёки ҳаётнинг 2-3кунида пайдо бўлади. Соматик статусда аксарият сариклик, гипо- ва кўпинча ҳаётнинг 3-4 куни гипертермия кузатилади, у бир неча кун мобайнида сақланиб қолиши мумкин. Анемия, тана вазнининг бирмунча йўқолиши мумкин.

Субарахноидал қон қуйилишининг клиник белгилари кўпинча носпецифик ва унинг бирдан-бир белгиси талваса бўлишини ҳисобга олиб (агар қайталанувчи бўлса, бола улар орасида гўё соғлом бўлиб кўринади), люмбал пункция натижалари неонатологик ҚИҚҚ бу тури тўғрисида фикр юритадилар. Субарахноидал қон қуйилиши учун хос ўзгаришлар ликворда катта миқдорда эритроцитларни топиш, кейинчалик эса унинг ксантохромияси, оқсил даражасининг ошиши (протеинорраҳия), лимфоцитар цитоз ҳисобланади.

Якка субарахноидал қон қуйилишларда прогноз одатда яхши, неврологик оқибатлар умуман камдан-кам бўлади.

Қоринчалар ичи қон қуйилишлари бир ва икки томонлама бўлиши мумкин. Ультратовуш текшириш маълумотларига асосланиб, Л.Пэпайл бўйича, ҚИҚҚ 4 даражаси фарқ қилинади: 1)субэпендимал қон қуйилиш, мия қоринчалари ичига қон қуйилиши минимал бўлади ёки бўлмайди; 2) аниқланган ҚИҚҚ, бироқ ён қоринчалари қон билан тўлмаслиги; 3)батамом ҚИҚҚ тўлган ва локал битта ён қоринчанинг чўзилгани; 4) ҚИҚҚ ҳамма қоринчалар тўлиқ чўзилган ва мия ичига (оқ моддага) қон қуйилган. ҚИҚҚ

яққоллигига кўра клиник манзара ҳар хил бўлиши мумкин. 60-70% ҚИҚҚли беморларнинг “клиник гунглиги” аниқланади ва касаллик кўшимча текшириш усуллари ёрдамидагина (такрорий ультратовуш текширишлари, компьютер томографияси) топилиши мумкин.

Қуйидаги ҳолатлар орқали ўткир ҚИҚҚ ўзини намоён қилади: 1)сабабсиз гематокрит пасайиши ва анемия ривожланиши; 2)катта лиқилдок бўртиб чиқиши; 3)бола ҳаракат фаоллигининг ўзгариши; 4)мушак тонуси пасайиши, эмиш ва ютиш рефлексларининг йўқолиши; 5)апноэ хуружларининг пайдо бўлиши; 6)кўз симптоматикаси (нигоҳнинг ҳаракатсизлиги, доимий горизонтал ёки вертикал ротатор нистагм, окулоцефалик рефлекслар бузилиши, қорачиқнинг ёруғликка реакцияси йўқлиги); 7)артериал босим пасайиши ва тахикардия. Бошқа симптомлар камдан-камталваса, брадикардия, гипертермия, бошни орқага ташлаш, тоник позалар кузатилади. ҚИҚҚ ли касал болаларда талвасалар метаболик бузилишлар-гипогликемия, гипокальциемия, гипомагниемия, гипернатриемияга боғлиқ бўлиши мумкин. Мунтазам ўтказиладиган ультратовуш текширишлар маълумотларига кўра ҚИҚҚ 60-75% ҳолларда ҳаётининг дастлабки 30соатида ривожланади. Улар ҳаётининг 3 кунидан кейин пайдо бўлиши камдан-кам учрайди.

ҚИҚҚ кечиши ва оқибати кўп ҳолларда болаларнинг гестацион ёшига ва кўшилиб келадиган касалликларига, патологик ҳолатларга боғлиқ. ПВҚҚ (паравентрикуляр қон қуйилиши) ва СЭҚҚ (субэпиндимал қон қуйилиши) яъни ҚИҚҚнинг I даражаси) болада оқибатни белгиламайди ва кўпчилик беморларда оқибатсиз сўрилиб кетади. ҚИҚҚ III ва IV бирмунча ёмон оқибатларга эга – болаларнинг яшовчанлиги тегишилича 50-70% ва 20-40% атрофида бўлади ва уларда мия қоринчаларининг кенгайиши фоизи юқори (50% фоизгача) ва постгеморрагик гидроцефалия, кейинчалик эса оёқлар спастик диплегиялари, церебрал етишмовчиликнинг бошқа турлари ҳам кўп учрайди. Кўпчилик неонатологлар ҚИҚҚ дан кейин қоринчаларнинг кенгайиши 1/2-2/3 янги туғилганларда ҳаётининг 1-ойи охирида тўхтабгина

қолмай, балки қайта ривожланишга учрай бошлайди деб таъкидлайдилар. Агар калла суяги ичи гипертензияси ва мия қоринчаларининг кенгайиши бир ойдан ошган болаларда авж олиб борса, нейрохирургик ёрдам тўғрисидаги масала ҳал қилинади (масалан, қоринчалар билан қорин бўшлиғи орасига шунт қўйиш).

Мия ичига қон қуйилишлар олдинги ва орқа мия артерияларининг охирги (терминал) тармоқлари шикастланганда вужудга келади. Йирик ва ўрта калибрли артериялар камдан-кам шикастланади. Майда нуктасимон гемморагияларда клиник манзара кам юзага чиққан ва ноаниқ бўлади: ҳолсизлик, овқатни қайт қилиш, мушак тонуси ва физиологик рефлексларнинг бузилишлари, беқарор ўчоқли симптомлар, нистагм, анизокория, страбизм, фокал қисқа муддатли талвасалар, Грефе симптоми кузатилади.

Гематомалар ҳосил бўлганда клиник манзара бирмунча аниқ ва гематоманинг жойлашуви ва катталигига боғлиқ. Янги туғилганларнинг умумий аҳволи оғир, нигоҳи шуурсиз, аксарият “очиқ кўзлар” симптоми кузатилади, диффуз мушак гипотонияси, гипо- ёки арефлексия хос. Одатда ўчоқли симптомлар: қорачиқлар кенгайган (баъзан гематома томонида кенгроқ), ғилайлик, горизантал ёки вертикал нистагм, кўз олмаларининг “сузувчи” ҳаракатлари, эмиш ва ютишнинг бузилишлари бўлади. Пай рефлекслари сустлашган, бироқ қон қуйилишига қарама-қарши томонда ошиши мумкин. Болалар умумий аҳволининг ёмонлашуви мия шиши ошиб боришига боғлиқ.

Чуқур мия шишининг клиник кўриниши диффуз мушак гипотонияси, эмиш ва ютишнинг йўқлиги билан ҳарактерланади. Вақти-вақтида кучаядиган ёки сустлашадиган инграш қайд қилинади. Туғма рефлекслардан баъзан фақат чангаллаш сақланиб қолган, у симметрик ёки асимметрик (зарарланган томонда кучайиши) бўлиши мумкин. Фақат оғриқ таъсуротларига реакция суст бўлади, бола деярли овозини чиқармай йиғлайди. Уйқучанлик орта боради, уйқу юзаки, безовталиқ билан ўтади. Ана

шу аснода горизантал нистагм, ғилайлик, анизокария, такрорий, айникса клоник талвасалар пайдо бўлади. Кейинроқ брадикардияга ўтадиган тоник талвасалар кўшилиши мумкин.

Юз терисида ва кўкракда томирли доғлар, нафас аритмияси, апноэ хуружлари пайдо бўлади. Кўз тубида майда нуқтали қон қуйилишлар, тўр парда шиши аниқланиши мумкин. Цереброспинал суюқликда патологик ўзгаришлар, одатда бўлмайти, бироқ унинг босими ошиши кузатилади.

Петехиал геморрагиялар янги туғилган болаларни камдан-кам ҳолларда ўлимга олиб келади; геморрагиялар оқибатларсиз сўрилиб кетиши мумкин, бироқ айрим болаларда кейинчалик МНС органик зарарланиш белгилари топилади.

Кечиши. Бош мия туғруқ жароҳатларининг қуйидаги кечиш даврлари фарқ қилинади:

- ўткир (7-10 кун, баъзан 1 ойгача);
- ўткир ости (илк тикланиш 3-4 ойгача, баъзан 6 ойгача);
- кечки тикланиш даври (4-6 ойдан 1-2йилгача).

Бош мия туғруқ жароҳатининг ўткир даврида ой-куни етиб туғилган болаларда 4 фазани ажратиш мумкин. 1-фаза учун лене қўзғалиши, седатив давога толерантлик, қон айланиши марказлашуви, гипервентиляцияцион синдром, олигурия, гипоксемия, метаболик ацидоз хос. 2-фазага ўтиш МНС пасайиб кетиши, ўткир юрак қон-томирлар етишмовчилиги шиш-геморрагик синдром билан; периферик шишлар ва склерема пайдо бўлади. 3-фазада нафас аъзолари зарарланиши (интерстициал шиш, бронхобструктив синдром), юрак етишмовчилиги сақланиб қолади, кома ривожланади. Тикланиш (4) фазасида мушак гипотонияси йўқолади, янги туғилган чақалоқларнинг физиологик рефлекслари таъсирланишига эмоционал реакция пайдо бўлади. Аста-секин нафас бузилишлари, юрак етишмовчилиги ва сув - электролит бузилишлар йўқолади. Бош мия туғруқ жароҳатининг ўткир даврида аксарият инфекцион касалликлар ривожланади.

Муддатига етмай туғилган чақалоқларда ҚИҚҚ ўткир даврда қуйидаги вариантлар бўйича кечиши мумкин;

- 1) симптомларсиз ёки ноаниқ кам клиник манзара билан,
- 2) нафас бузилишлари устунлиги билан, апноэ хуружлари билан;
- 3) МНС фаолиятининг пасайиши синдромининг устунлиги билан; (мушак гипотонияси, адинамия, гипорефлексия, ноэмоционал йиғи ёки йўқлиги, эмиш ва ютиш рефлексларининг узок вақтгача бўлмаслиги, гипотермияга мойиллик, қайт қилиш, қусиш, апноэ ва брадикардия хуружлари ва б.

а) ошган кўзгалувчанлик синдромининг устунлиги (умумий кўзғолувчанликнинг ошиши, мушак гипертонияси ёки дистонияси, гиперрефлексия, кенг кўламли тремор, юқори ацидоз, талвасалар), ўчоқли симптоматика (грефе симптоми, спонтан вертикал нистагм, кучли ва доимо яқинлашадиган ғилайлик, “ботаетган кўёш” симптоми, фокал талвасалар ва б.), туғма автоматизм рефлексларининг қисман ёки батамом йўқолиши, гипертензион-гидроцефал синдром.

Даволаш. ҚИҚҚ бўлган янги туғилганлар учун: муҳофаза тартиби (инсульт бўлган катталарни кига ўхшаш) – товуш ва ёруғлик таъсирлари кучини камайтириш, кўрикларни авайлаб ўтказиш, йўргаклаш ва ҳар хил муолажалар ўтказишда эҳтиётлаш; оғриқли муолажаларни чеклаш; совқотишнинг ҳам, қизиб кетишнинг ҳам олдини оладиган “ҳароратдан ҳимояси”, онанинг бола парваришидаги иштироки. Бола оч қолмаслиги керак. Болаларни ҳолатига қараб овқатлантирилади: парентерал, ё зонд орқали, доимий транспилорик ёки марталик ёки шишачадан. ҚИҚнинг биринчи кунлари кўкрак тутиш ҳам, шишачадан овқатлантириш ҳам бола учун оғирлик қилади. Парентерал овқатлантиришда ритм муҳим, бу ҳажм ошиб кетишини ва гипертензиянинг олдини олади, иккинчи томондан гиповолемия, гипотензия, сувсизланиш, гиперёпишқоқликка йўл кўймайди.

Ҳаёт фаолиятининг асосий кўрсаткичларини мониторинг қилиш муҳим: артериал босим ва пульс, нафас олишлар сони ва тана ҳарорати, диурез, тана

вазни ва киритилган суюқлик миқдори, гемоглабин оксегенацияси ва қонда карбонат ангидрид газига (pCO_2) баҳо бериш, қатор биокимёвий қон кўрсаткичлари КОС, гликемия, натриемия ва калиемия, азотемия, кальциемия. Артериал гипер- ва гипотензияга, гипоксемия ва гиперкапнияга йўл қўймаслик (қон pCO_2 симоб устуни ҳисобида 55 мм дан юқори бўлмаслиги), гипогликемия (талвасалар ҚИҚҚни кучайтириши мумкин ва гипергликемия, гипернатриемия ва гипонатриемия, гипокальциемия. Парентерал овқатлантиришда катетерлар тромбозининг олдини олиш учун гепарин ишлатмаслик керак, чунки унинг ҳатто кичик дозалари ҳам (соатига 1-2 ТБ/кг) ҚИҚҚ хавфини кучайтиради. Шундай қилиб, ҚИҚҚ болаларни даволашнинг асоси – қуватлайдиган, симптоматик даволашдир. Медикаментоз ва бошқа даво қўшилиб келган патология ҳарактерига, қон кетиш оғирлиги ва жойига боғлиқ.

Тез авж оладиган субдурал гематомалар, орқа калла суяги чуқурчасига қон қуйилишлар ҳолатларида хирургик даволаш зарур. Кўпинча тегишлича назоратда (УЗИ) субдурал гематоманинг сўриб олиш операцияси бажарилади. Агар ҚИҚҚ беморда янги туғилган чақалоқларнинг геморрагик касаллиги ёки сарфлаш коагулопатияси белгилари бўлганда янги музлатилган плазма қуйилади. ҚИҚҚ ли ҳамма болаларга эскича усулда плазма қуйиш тавсия қилинмайди. Фақат ҚИҚҚ бўйича медикаментоз даво ўтказилмайди.

ҚИҚҚли беморларда ИВЛ ўтказиш айниқса мураккаб. Гипоксемия ёки гиперкапнияга қўймай қатъий вентиляция кўрсаткичларидан қочиш, ИВЛ кўрсаткичларини боланинг мустақил ритмига мослаштириб, болани кунт билан кузатиб, “болани аппарат билан курашишига” йўл қўймаслик жуда муҳим.

Профилактикаси. Аввало бу боланинг вақтидан олдин туғилишининг олдини олиш ва ҚИҚҚ юқори хавф омиллари ҳисобланган ҳамма ҳолатларнинг олдини олиш ва фаол даволашдан иборат. Адабиётларда ҚИҚҚ сони ва оғирлигини бирмунча камайтириш фойдасига далиллар келтирилган.

Онага туғруқдан олдин фенобарбитал, К-витамины, пирацетам тайинлаш, шунингдек чақалокқа ҳаётининг биринчи кунларида индометацин ёки дицинон киритиш шулар қаторига киради.

Амбулатория шароитида марказий нерв тизимининг перинатал жароҳатланиши бўлган болаларни олиб бориш тактикаси

Педиатр марказий нерв тизимида перинатал зарарланиши бўлган болаларни икки йил мобайнида ҳар ой кузатиб боради. Невропатолог тамонидан 1 ойлигида, бола ҳаётининг 1-чи йилида ҳар 3 ойда, иккинчи йилида ҳар 6 ойда кўрувдан ўтказилади.

Кўз шифокори тамонидан дастлаб 1 ойда, бола ҳаётининг 1-чи йилида, кейинчалик кўрсатмага биноан кўрувдан ўтказилади.

Аудиологик скрининг 1 ойлигида, отоларинголог кўрувидан 1, 4, 6, 12 ойлигида, кейинчалик кўрсатмага биноан ўтади.

Нейросонография 1 йилда 1 марта, умумий қон таҳлили йилига 2 марта, умумий пешоб таҳшили йилига 1 марта, қоннинг биохимиявий таҳлили (глюкоза, Са, билирубин миқдори, ишкорий фосфотаза фаоллиги ва ҳ.к) кўрсатмага биноан топширилади.

Орка мия шикастланишига шубҳа туғилганда умуртқа поғонасининг бўйин қислиб рентгенологик текширилади. Компьютер томография ва МРТ паренхиматоз қон қуйилишига шубҳа бўлганда қилинади.

Реабилитация:

- ҳимояловчи режим;

- клиник синдромларга кўра медикаментоз даволаш:

(В гуруҳига кирувчи витаминлар, дегидратацион терапия, мияда қон айланишини яхшилайдиган ноотроп моддалар).

- уқалаш.

- сузиш.

- перинатал орқа мия патологияси бор беморларни даволашда физиотерапия етакчи ўринни эгаллайди. Вертебробазилляр қон айланишини яхшиловчи 0,5 - 1%ли никотин кислотаси эритмаси билан электрофорез ўтказишга кўрсатма бор.

- кинезотерапия;

- мусиқа билан даволаш.

- ароматерапия;

- куруқ иммерсия.

Реабилитация муддатлари МНТ зарарланишининг клиник кўринишлари ва оғирлик даражаси ўзгаришига боғлиқ:

- енгил даражаси – 2 ёшгача;

- ўрта оғир даражаси 3 ёшгача;

- оғир даражаси – 18 ёшгача.

Оқибат:

- Ақлий ва жисмоний ривожланишдан орқада қолиш.

- Узоқ сақланувчи минимал церебрал дисфункция белгилари – бош оғриғи, тиклар, ҳаракат координациясининг бузилиши, нутқўзгариши;

- 50 % ўрта оғир даражалимарказий нерв тизими перинатал зарарланиши бўлган мактаб ёшидаги болаларда дезадаптацияривожланишига олиб келади. Кўпинча уларда диққатни жамлашнинг бузилиши синдроми ва гиперфаоллик ёки унинг сусайиши кузатилади. Мактаб ёшидаги болаларнинг 30 %ида , айниқса қизларга қараганда уғил болаларда бу ҳолат кўпроқ кузатилади.

- Ривожланишнинг патологик турида – марказий ёки периферик фалажлар, симптоматик эпилепсия, гидроцефалия кўринишидаги ҳаракатбузилишикузатилади.

БОБ-9. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ЙИРИНГЛИ- ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ.

Пневмония

Хламидия пневмонияси. Интранатал орттирилган, клиник кўриниши бола хаётининг 1-хафтаси охири 2- хафтаси бошларида йирингли конъюнктивит кўринишида намоён бўлади, унинг таъсирида отит, ринит, кучли, аммо хуружсиз кечадиган йўтал кузатилади (йўтал таъсирида баъзан қайт қилиш, цианоз кузатилиши мумкин). Шовқинли нафас, стридор кузатилади. Инфекцион токсикоз белгилари йўқ. Тана ҳарорати, боланинг умумий аҳволи ўзгаришсиз. Қон таҳлилида-эозинофилия. Рентгенда- ўпканинг диффуз шиши, майда ўчоқли инфилтратлар, интерстициал тўқиманинг ретикуло-майда тугунчали зарарланиши кузатилади.

Клебсиеллэз пневмония. Диарея, энтеритдан бошланади. Токсикоз кечроқ ривожланади. Менингит, сариқлик, сийдик йўллари инфекцияси сепсис кузатилиши мумкин. Ўпкада бироз шовқин, кўп миқдорда шиллик экссудат бўлиб, у майда бронхлар деворида тўпланиб қолади. Йирик некротик ва геморрагик ўзгаришлар кузатилади. Бўртиб турувчи бўшлиқли, лобар инфилтрат кузатилади. Абсцесс, пиотораксга олиб келади. Иситма ҳар доим ҳам кузатилмайди. Қонда лейкоцитоз, ЭЧТ миқдорининг ошиши.

Стафилококкли пневмония. Иситма, интоксикация, ўпкада деструктив ўчоқлар ўпка-плеврал асоратлар, бошқа аъзолардаги йирингли метастаз ўчоқлар (остиомиелит, йирингли отит) билан, қондаги септик ўзгаришлар (анемия, ЭЧТнинг кескин ошиши, лейкоцитоз, нейтрофилэз, токсик донадор нейтрофиллар кузатилиши) билан кечади. Геморрагик синдром-ДВСнинг асорати.

Стрептококкли пневмония. Эрта кечиши (бола хаётининг 3-5 кунда, асосан септицемия кўринишида кечади). Стрептококкли пневмонияли болаларнинг максимал туғилиш частотаси бола массаси 1000гр дан кам бўлган болаларга тўғри келади. Клиникаси нафас бузилишлари синдромига ўхшаш кечади. Иситма, гипотермия, тахипное, апноэ, шовқинли нафас, артериал гипотония,

кориннинг дам бўлиши, тери, шиллиққаватлар рангпарлиги, ҳаётининг биринчи дақиқаларидан летаргия кузатилиши билан кечади. Рентгенда тарқалган пневмония, сўнгра деструктив, баъзан нафас бузилишлари синдромидан фарқланмайди.

Ташхис: Анамнез, эпидемиологик, клиник, рентген, лаборатор текширувлар асосида.

- кўкракқаси рентгенографияси;
- тромбоцитлар миқдорини аниқлаш билан бирга қон таҳлили;
- қондаги газлар таркиби;
- гематокрит сони;
- конъюктива, бурун, томоқдан олинган суртмада иммунофлюоресцент зардоблар ёрдамида хламидияларни аниқлаш;
- бактериологик текширув (экмалар, бурун шиллиғи, бронхлар таркиби, қон бактериоскопияси) антибиотикларни қўллашдан олдин ўтказилади.
- трахея, бронх таркибидан қилинган суртмаларни Грам усулида бўяб, бактериоскопик текшириш.

Терининг йирингли-яллиғланиш касалликлари

Везикулопустулёз (стафилококкли перипорит)

Касалликни морфологик субстрати эккрин тер безларининг кириш қисмини яллиғланиши ҳисобланади.

- Бошнинг сочли қисмида, бурмаларда, думба ва сонда тўғноғич бошчаси катталигида йирингли пуфакчалар ҳосил бўлиши билан характерланади.
- Пуфакчалар аввал тиниқ, сўнгира суюқлик билан тўлади. Атрофи яллиғланган халқа билан ўралган бўлади.
- Касалликни кечишии хавфсиз.
- Пуфаклар чиққандан 2 - 3 кун ўтгандан кейин ёрилади.
- Бундан кейин, ҳосил бўлган кичкина эрозиялар қуруқ қипиқлар билан қопланади, ўзидан сўнг чандиқ ва доғ қолдирмайди.

- Даволашда: 1 – 2 % ли анилин бўёқли спирт эритмаси зараланган жойга суртилади.

Янги туғилган чақалоқлар пуфакчаси (пемфигус)

1. Ёмон сифатли. Эритематоз доғлар фонида қоринда, киндик атрофида, қўл-оёқларда ва табиий бурмаларда унча катта бўлмаган (0,5-1 см диаметрда)

2. Пуфаклар ва пуфакчалар пайдо бўлади. Никольский симптоми манфий. Пуфак ёрилгандан сўнгра, эрозия пайдо бўлади. Пуфак ўрнида пўстлоқ пайдо бўлмайди. Чақалоқнинг умумий ҳолати ўзгармаган.

3. Ёмон сифатли: терида кўп миқдорда кучсиз - 2-3 см ли диаметрда пуфаклар (фликтеналар) кузатилади. Никольский симптоми мусбат. Умумий аҳоли оғир, интоксикация белгилари яққол намоён бўлади. Тана ҳарорати фебрил. Касаллик баъзан сепсис билан тугалланади.

Даволаш: Пуфак стирилланган игна билан тешилади ва бриллиант ясхили билан қайта ишланади. Пуфаклар ёрилганда унинг ичидаги суюқликни соғлом терига тушишига ёл қўйилмайди.

Риттернинг эксфолиатив дерматити

- Тилла ранг стафилакоккнинг госпитал штамлари томонидан чақирилади.

- Киндик соҳаси ёки оғиз атрофида тери мацерацияси ва қизаришини пайдо бўлиши билан бошланади.

- Бир неча соатдан сўнг эритема қорин, тана ва қўл-оёқлар терисига тарқалади.

- Сўнг кучсиз пуфаклар ва ёриқ пайдо бўлади.
- Эпидермис кўчиб, кенг эрозиялар қолдиради.
- Янги туғилган чақалоқлар териси куйган терига ўхшайди.
- Беморни умумий аҳоли оғир, интоксикация белгилари намоён бўлади.
- Бу касаллик фонида айрим бошқа йирингли инфекциялар: омфалит, отит, конъюнктивит, зотилжам, энтероколит пайдо бўлади.

Касалликни яхши оқибатли кечувида эрозив сохалар из қолдирмай эпителизацияланади.

Даволаш: Хароратли химоя. Кувезга жойлаштириш. Терини авайлаб парваришлаш. Терининг зарарланган сохасига Буров суюқлиги билан компресс қўйилади, стерил физиологик эритмага 0,1 % ли кумуш нитрат қўшиб ёки 0,5 % ли калий перманганат эритмаси билан артилади. Терининг зарарланмаган сохаларига анилин бўёқли эритмалар суртилади. Қуриётган сохаларга 0,1 % ли витамин А таркибли юмшатувчи кремлар суртилади.

Фигнер псевдофурункулёзи

- Касаллик везикулопустулёзга ўхшаб бошланади, аммо инфекцион жараён бутун тер безига тарқалади.
- Тери остида 1-1,5 см диаметрли тўқ қизил рангли тугунлар пайдо бўлиб, унинг марказида йиринг ҳосил бўлади.
- Кўпинча бошнинг сочли қисми терисида, бўйиннинг орқа юзасида, белда, думбада, қўл ва оёқларда жойлашади.
- Беморни умумий ахволи ўзгаради, тана хароратининг кўтарилиши, интоксикация белгилари регионар лимфа тугунларни катталашиши кузатилади. Даволашни педиатр ва жаррох ҳамкорликда ўтказилади.

Янги тугилганчақалоқлар мастити

Касаллик кўкрак безларини физиологик қаттиқлашиши фонида пайдо бўлади. Битта кўкрак бези катталашади.

- Гиперемия, инфильтрация пайдо бўлади.
- Палпацияда оғриқли.
- Кейинчалик без устида тўқима юмшайди.
- Чақалоқнинг умумий ахволи оғирлашади, яққол интоксикация белгилари, тана хароратини кўтарилиши кузатилади.
- Даволаш эса жаррохлик йўли билан амалга оширилади.

Янги тугилганчақалоқларни некротик флегмонаси

Бу янги туғилган чақалоқларнинг оғир йирингли яллиғланишли касаллигидир. Пайпаслаганда терида зич қизил доғ пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликни тўрта босқичи тафовут этилади.

1.Бошланғич босқичи (ўткир яллиғланиш жараёни). Терида қизариш, тери ости ёғ қаватида йирингли эриш хосил бўлади. Яллиғланган тери тез ўзгаради. Бир неча соат ичида зарарланган ўчоқ ўлчамлари анча катталашади.

2.Алтернатив некротик босқич. Касаллик бошлангандан 1-1,5 кундан сўнг зарарланган соха ранги тўқ қизғиш кўк рангга киради, марказида юмшоқлик пайдо бўлади – “манфий тўқима симптоми”.

3.Тери кўчиши босқичи. Ўлган ва ажралган тери сохаси кўчади, сўнг йирингли чўнтакли, четлари керилган жарохат дефектлари шаклланади.

4.Репарация босқичи. Грануляцион тўқима ривожланиб, жарохат юзаси чандиқ хосил қилиб эпителизацияланади.

5.Касаллик оғир кечади, яққол интоксикация, юқори харорат, қушиш, кўкракдан бош тортиш, диспептик белгилар, тана вазнини йўқотиш кузатилади.

6.Даволаш жаррохлик йўли билан амалга оширилади.

Стрептодермиялар

Сарамас

- Сарамас-терини юзаки лимфатик тизимини зарарлайдиган, тери ва тери ости ёғ қаватини инфекцион-аллергик касаллигидир.
- Этиологияси *B* гуруҳга кирувчи бетта- гемолитик стрептококк.
- Инкубацион даври 5 кунгача давом этади.
- Сарамас кўпроқ юз терисида ёки киндик сохасида ва терининг бошқа қисмларида тез тарқалади. Шикастланиш ўчоғи четлари ногўғри шаклда, пайпаслаганда илиқ, тери гиперестезияси бўлиши мумкин.

- Янги туғилган чақалоқларда “оқ сарамас” бўлиши мумкин, бунда гиперемияси йўқ, тери ранги ўзгарган, айрим ҳолларда пуфак тери ости абсцесслар ва некрозлар пайдо бўлади.
- Касаллик умумий ҳолсизлик, қалтираш, тана ҳароратини 39-40С га кўтарилиши, қусиш, бўғимдаги оғриқлар билан ўткир бошланади.
- Биринчи кунларида шиш, қизариш, зарарланган тери соҳасида оғриқ пайдо бўлади.
- Кейинроқ регионар лимфаденитлар ва лимфоцитлар кўшилади.

Интертригеноз стрептодермия

- Қизариш соғлом теридан кескин ажралган, баъзан йирик бурмалар соҳасида енгил намланиш билан характерланади.
- Зарарланган ўчоқ периферияси бўйлаб пиококкли элементлар кузатилади.
- Кўпинча қулоқ орти бурмаси стрептодермияси учрайди ва қизариш, намланиш, чизикли ёрилишлар билан намоён бўлади.
- Яллиғланиш белгилари камайганда ёрмасимон қипиқланиш кузатилади.

Вулгар эктима

- Стрептодермияларни ягона чуқур шаклидир.
- Стрептококкларни эпидермис остига чуқур кириши натижасида ривожланади. Яллиғланиш инфилтрат фонида нўхот катталигидаги ва ундан каттароқ пуфак ёки эпидерма-дермал пустиула шаклланади.
- Эктима ўчоғида стафилококклар, псевдомонас аэрогеноза ва гонококклар бўлиши мумкин.
- Пуфак ёки пустиула тез қурийдими, сероз-геморрагик, йирингли-геморрагик пўстлоққа айланиб, терида чуқур жойлашган ва қирраси қизарган бўлади.

Паронихиялар

- Бармоқларни тирноқ фалангаси ёстиқчалари соҳасида яллиғланиш белгилари фонида тез ёриладиган пуфаклар ҳосил бўлиб, кейинчалик эрозия ривожланади.

- Оғриқ билан кечади.
- Баъзан тирсак лимфа тугунлари катталашади.
- Кўпинча импетигони оддий шакллари билан бирга кечади.

Папулоэрозив стрептодермия

- Думба, сонни орқа юзаси терисида 0,1 - 0,3 см ли кўкиш-қизил рангли папулалар (каварчик) пайдо бўлади.
- Улар тез эрозияланиб қатқалоқлар билан қопланади ва терининг яқин сохаларида янги элементлар пайдо бўлади.
- Стрептодермия давоси: стафилодермиялардаги маҳаллий терапияга ўхшаш бўлади.
- Стрептодермияни даволаш стафилодермияга ўхшаш бўлади. Айрим ҳолларда эктиманинг тешикли шакли ва паронихиянинг даволашни педиатр ва болалар жаррохи биргаликда ўтказади.
- Баъзан тирсак лимфа тугунлари катталашади.
- Кўпинча импетигони оддий шакллари билан бирга кечади.

КИНДИКНИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРИ

Катарал омфалит (намланган киндик)

Киндик жарохатидан сероз ажралма ажралади, эпителизация секинлашади. Баъзан енгил гиперемия ва киндик халқасини енгил инфильтрацияси кузатилади. Киндик қолдиғи тушгандан сўнг, биринчи кунларида пўстлоқ хосил бўлади, унинг остида эса кам миқдорда сероз суюқлик йиғилади. Чақалоқнинг умумий ахволи ўзгармайди.

Даволаш: маҳаллий 3 % ли водород пероксиди эритмаси билан, сўнг 2 % ли бриллиант яшили спиртли эритмаси билан ишлов берилади.

Йирингли омфалит

Киндик яраси туби, киндик халқасини ва уни тери ости ёғ қаватини, киндик томирларини бактериал яллиғланишидир.

Касаллик одатда, катарал омфалит симптомлари билан бошланади. Бир неча кундан сўнг, киндик ярасидан йирингли ажралма пайдо бўлади, киндик халқаси шиши, гиперемияси, киндик атрофи тери ости ёғ қавати инфильтрацияси пайдо бўлади. Киндик атрофидаги тери қизарган, қорин олд девори томирлари кенгайган бўлади. Беморни умумий ахволи оғир бўлади.

Киндик яраси

Омфалитни асорати сифатида хосил бўлади. Киндик ярасининг туби одатда сероз-йирингли ёки йирингли ажралма билан қопланган бўлиб, уни олиб ташлаганда яра кўринади. Касалликни биринчи кунлари беморни умумий ахволи ўзгармаслиги мумкин, кейинчалик интоксикация симптомлари кўшилади

Киндик томирлари касалликлари

Мойиллик юқори бўлган гуруҳларга даволаш ва ташхислаш мақсадида киндик томирлари катетеризацияси ўтказилган янги туғилган чақалоқлар киради. Киндик венаси тромбофлебитда киндикдан юқорида эластик оғирлик пайпасланади.

Киндик артерияси тромбоартеритда киндик халқаси остида эластик оғирлик пайпасланади. Перифлебит ва периартерит ривожланганда зарарланган томирлар устидаги тери шишган ва қизарган бўлади. Палпациясида қорин олди деворининг таранглиги аниқланиши мумкин.

Зарарланган томирни перифериясидан киндик халқасига томон енгил сирпантриб босганда, киндик яраси тубида йирингли ажралма пайдо бўлади. Бундай чақалоқларга инфекцион токсикоз белгилари типик бўлиб, баъзан кам намоён бўлади ёки умуман кузатилмайди.

Даволаш: киндик катетеризацияси натижасидаги тромбофлебитларда интоксикация белгилари бўлмаганда ва бактериал инфекция кўшилмаганда, фақат маҳаллий даво ўтказилади. Вена устидаги терига гепарин малхами ва антибиотикли малхамлар (оптимал – мупипросин – бактробан) ни навбатма-навбат ҳар икки соатда суртилади, шунингдек, киндик жарохатини

систематик тозалаш, физиологик терапия (СВСХ, УБН билан нурлаш, антибиотиклар билан электрофорез) ёрдамида амалга оширилади

Киндик тизимчаси гангренаси

Чақалоқ туғилганида туғруққа кўмаклашиш муассасаларида деярли учрамайди. Касалликни анаэроб таёкча кўзғатади ва бола хаётининг биринчи кунларида намоён бўлади. Киндик қолдиғи мумификацияланиши тўхтайтиди, намланади, тўққўнғир ранга киради ва ўзидан нохуш чириган хид ажратади. Беморнинг умумий ҳолати бузилган, тана ҳарорати кўтарилиши, интоксикация симптоми характерли бўлиб, қон таҳлилидаги ўзгаришлар инфекция жараённинг оғирлигига мос равишда бўлади. Одатда сепсис ривожланади.

Киндик қолдиғи ва киндикнинг инфекция касалликларида чақалоқларни даволаш, болалар касалхонасини янги туғилган чақалоқлар патологияси бўлимида олиб борилади.

Стафилакоккларга қарши антибиотиклар (гентамицин билан оксациллин ёки иккинчи авлод цефалоспоринлари) ни ўз вақтида тавсия этиш самарали терапияни асосий шарт ҳисобланади. Коррекция кўзғатувчи ва унинг антибиотикка сезгирлиги аниқлангандан сўнг ўтказилади.

Яққол интоксикацияда, тана вазнини кўп йуқотганда инфузион терапияга кўрсатма ҳисобланади. Антибактериал терапия фонида эубиотикларни қўллаш зарур. Киндик жароҳатига СВСХ қилинади.

Давоси:

Пуфакларни обработка қилиш учун қўлга стерил қўлқоплар кийилади. Терининг жароҳатланган жойини 2,5%ли поливидон йод антисептик эритмасида, 4% ли хлоргексидин глюконат ёки 60-90% ли этил, изопропил спиртида ювилади. Сўнг пуфакларни 0,5 %ли генциан виолети эритмасида обработка қилинади. Шу муолажани кунига 4 маҳал, пуфаклар битиб кетмагунича қайтарилади.

Агар пуфаклар 5 кун мобайнида битиб кетса, болани уйига жўнатилади. Агар пуфаклар кўп миқдорда сақланиб турса, болага оғиз орқали клоксациллин 50мг/кг ҳар 8 соатда 5 кун мобайнида берилади.

Агар бола танасида 10 тадан кўп пуфаклар бўлса ёки улар тана сатҳининг ярмидан кўпини ташкил қилса, стерил ланцетни ишлатган ҳолда пуфакнинг оқ марказини тешилади. Бактериологик текширув ва антибиотикка сезувчанлигини аниқлаш мақсадида стерил пахтага йиринг олинади. Терининг жароҳатланган жойларига маҳаллий ишлов берилади, мушак орасига 50мг/кг (0,5мл/кг) клоксациллин жўнатилади.

Флегмонани жарроҳ томонидан даволанади, дренаж ўрнатилади. Клоксациллин мушак орасига жўнатилади. Йиринг экмаси натижаси мусбат бўлса, сезувчанлигига монанд равишда антибиотик қўлланилади.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР СЕПСИСИ.

Сепсис – ациклик касаллик бўлиб, унинг асосида иммункомпромисс организмнинг бактерия ва шартли патоген инфекцияларга нисбатан ноадекват системали яллиғланиш реакцияси ташкил этади. Сепсис - қон томир эндотелийининг тарқалган яллиғланиши, гемостаз ва микроциркуляциянинг турғун бузилиши, гемостаз бузилиши натижасида келиб чиқадиган, компенсацияланган ва декомпенсацияланган ДВС синдроми ва оқибатда кўп аъзолар етишмовчилигига олиб келувчи касалликдир. Янги туғилган чақалоқлар сепсиси кўпинча микроорганизмларнинг госпитал штаммлари натижасида келиб чиқади, ўз вақтида даволанмаганда ўлимгача олиб келиши мумкин.

Сепсис келиб чиқиш вақтига қараб 2 турга бўлинади: эрта ва кечки.

Эрта неонатал сепсиснинг клиник белгилари чақалоқ ҳаётининг дастлабки 72 соатда, 85 % ҳолларда биринчи 24 соатда, 5 %ида эса 24 – 48 соат мобайнида намоён бўлади.

Янги туғилган чақалоқларга инфекция онадан трансплацентар, туғруқ йўллари, сийдик таносил йўллари орқали ўтади. Эрта сепсисни кўпинча В

гурухдаги стрептококклар, грамманфий энтеробактериялар, кам ҳолларда тилларанг стафилококк (*St. Aureaus*) ва бошқа стрептококклар (*Strep. A* ва *D*), клебсиелла, кўк йиринг таёқчаси (*pseudomonas*), энтеробактериялар чақиради.

Кечки неонатал сепсис янги туғилган чақалоқ ҳаётининг 4 – кунидан сўнг эпидермал стафилакокк, грамманфий флора ва антибиотикка чидамли бактериялар (*Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterobakter*, *Serratia*, *Akinetobakter* ва бошқалар) орқали ривожланади. *Candida* гуруҳига кирувчи замбуруғлар ҳам сепсиснинг келиб чиқишида муҳим ўрин тутди, асосан марказий веналарда катетер қўлланилганда учрайди. Бу ҳолда қўзғатувчилар ташқи муҳитдан тушади.

Эрта ва кечки сепсиснинг таснифи

Тасниф	Эрта неонатал сепсис	Кечки неонатал сепсис
Касаллик бошланиш вақти	чақалоқ ҳаётининг дастлабки 72 соати давомида	чақалоқ ҳаётининг 4-суткасидан
Хавф омиллари	Сийдик ва таносил йўллари инфекцияси, сувсиз ораликнинг 24-соатдан кўп бўлиши, хориоамнионит, муддатига етмай туғилиш, морфофункционал етишмовчилик.	ЎСВ, марказий веналар катетеризацияси, интенсив терапия ёки реанимация бўлимида узок муддат даволаш ўтказилганда.
Инфекция манбаи	Амниотик сувлари, туғрук йўллари, онанинг сурункали инфекция ўчоқлари.	Тиббий асбоблар, парвариш буюмлари, тиббиёт ходимилар, онаси.
Типик кечиши	Яшинсимон, кўп аъзо ва тизимларнинг зарарланиши, кўпинча зотилжам билан келади.	Секин ривожланувчи, фокал ўчоқлар, кўпинча менингит билан келади.

Ўлим (%)	5 – 20%	5- 10 %
----------	---------	---------

Касалликнинг келиб чиқишидаги хавф омиллари

1. Табиий барьерларнинг инфекцияга қарши хусусиятининг бузилишига (пасайиши) олиб келувчи хавф омиллари – узок муддатда киндик, марказий веналарда катетернинг туриши, трахея интубацияси, аралаш инфекция фонида оғир ўткир респиратор вирусли касалликлар, туғма нуқсонлар ва умумий аллергик ёки терининг бошқа зарарланиши (куйиш, терини туғруқ вақтида ёки жарроҳлик аралашуви натижасида жароҳатланиши), энтерал овқатлантирилмаганда ичак колонизациясининг резистентлигининг пасайиши, ичак дисбактериози.

2. Янги туғилган чақалоқларни иммунологик реактивлигини пасайтирувчи омиллар. Ҳомиладор аёлнинг овқатланишдаги камчиликлари (микронутриентлар танқислиги), асфиксияга ва мия ичи туғруқ жароҳатларига олиб келувчи антенатал даврнинг ва туғруқнинг асоратли кечиши, вирусли касалликлар, ирсий иммун дефицит ҳолатлар, галактоземия ва бошқа модда алмашинуви ирсий касалликлар.

3. Чақалоқнинг госпитал флора билан ва массив бактериал инфекция билан хавфини оширувчи омиллар:

- Ондаги бактериал вагиноз;
- 12 соатдан ортиқ сувсиз оралик (айниқса онасида сийдик таносил тизимида сурункали яллиғланиш ўчоқлари бўлса);
- Туғруқхонада санитар эпидемиологик ҳолатнинг ёмонлашганлиги, натижада инструментал манипуляциялар пайтида бактерияларнинг асбоблар орқали ўтиши, онада туғруқ вақтида ёки туғруқдан сўнг инфекцион жараённинг мавжудлиги, онадаги инфекция амниотик сувида аниқланиши.
- Муддатига етмай туғилиш ва юқоридаги 2 нафар омилларнинг қўшилиб келиши сепсиснинг юзага келиш хавфини оширади.

Ҳаётининг биринчи кунда янги туғилган чақалоқлар инфекцион агентга сезгир, бу қонда глюкокортикоидлар миқдорининг ошиши, транзитор

дисбиоз, тери ва шиллик қаватларда иммунологик барьер шаклланиши, оксил алмашинувининг катаболик йўналишда кечиши билан боғлиқ.

Энг кўп учрайдиган анте- ва интранатал хавф омиллари:

1. Она анамнезида кўп сонли абортлар бўлиши.
2. Онада 4 – ҳафтадан ортиқ гестоз кузатилса.
3. Сийдик таносил тизимидаги сурункали инфекция ўчоқлари, онада иситма ёки ҳомила ичи инфекциясининг бўлиши, туғруқ бошланишидан 3 кун давомида тана харорати кўтарилиши.
4. Онадаги бактериал вагиноз.
5. 12 – соатдан ортиқ сувсиз оралиқ.
6. Бактериал инфекцион жараённинг туғруққача ёки туғруқ пайтида яққол юзага чиқиши.
7. Тана вазни 1500гр дан кам туғилган чақалоқ.
8. Реанимацион ёрдам кўрсатиш зарур бўлган туғруқ вақтидаги асфиксия ёки бошқа патология бўлса, узок вақт (3 кундан ортиқ) чақалоқ энтерал овқатлантирилмаса.
9. Кенг соҳада тўқималарнинг зарарланиши билан кечадиган жаррохлик муолажаларида.
10. Чўзилган туғруқ.
11. 6 – соатлик рационал ЎСВ фонида чақалоқ аҳволининг енгиллашмаслиги ёки ёмонлашиши РДС синдроми кузатилади.
12. Ноқулай шароитдаги туғруқ.
13. Узок вақт киндик ёки марказий веналар катетеризацияси.
14. Ҳомила ичи инфекциялари.
15. Асоратланган, қийин кечувчи ҳомиладорлик ва туғруқ.

Патогенези. Инфекциянинг кириш дарвозаси: киндик яраси, шикастланган тери ва шиллик қаватлари (инъекция, катетеризация, интубация, зонд). Ичаклар, кам ҳолларда ўпка, ўрта қулоқ, сийдик йўллари, кўз. Агар кириш дарвозаси йўқ бўлса криптоген сепсис дейилади.

Инфекция манбаи: она, тиббиёт ходими, бошқа бемор чақалоқ.

Инфекция юқиш йўли: туғруқ йўллари, персонал кўллари, асбоблар, парвариш жиҳозлари.

Системали яллиғланишга жавоб синдромининг (СЯЖС) 2та босқичи бор: *1-босқичида* цитокинлар миқдорининг, катехоламинлар ва бошқа биоген аминлар, эндотоксинлар миқдорининг ошиши қон томир ва тўқималарнинг глюкозани анаэроб оксидланишга талабини оширади. Натижада лактат ацидоз (бошида қон рНи ўзгармайди) бўлади. Периферик томирлар қаршилиги ортади. Лекин перикапилляр томирлар шунти юзага келади, натижада тўқималарда капилляр перфузияси пасаяди. Бу хансирашга олиб келади, тахикардия, СВД баланд ёки паст бўлади, юракнинг дақақалий ҳажми ортади. Кейинчалик токсинлар натижасида томир эндотелийсининг зарарланиши, иммунитет комплексининг циркуляцияси, тўқима гипоксияси, шишиши, гиповолемия, тўқимада глюкоза алмашинувининг бузилиши гипергликемия билан кечади. Бир вақтнинг ўзида тромбоцитлар агрегацияси, томирда қоннинг ивиб қолиши, қон реологик хусусиятининг пасайиши гиповолемия билан бирга оғир микроциркуляция етишмовчиликка олиб келади. Бошланғич даврда артериал босим тушишига қарамай тери ранги доимий ҳолатида бўлади. Бу вақтда гипокапнияга хос гипервентиляция кузатилади. Метоболик ацидоз, олигоурия, безовталиқ, гиперкинезлар, тремор ҳолатлар, қорин дам бўлиши ҳам ҳос.

СЯЖСнинг *2-босқичида* периферик гемодинамика бузилишининг кучайиши натижасида кўп аъзоларнинг етишмовчилиги юзага келади.

Янги туғилган чақалоқлар сепсисида аъзолар етишмовчилигининг клиник лаборатор мезонлари

Функционал тизим	Аъзолар етишмовчилиги мезонлари.	
	Клиник	Лаборатор
Респиратор	Тахипноэ, хансираш, рангпарлик ёки цианоз, нафас актида ёрдамчи	Pa O ₂ < 70 мм рт ст; SatO ₂ (транскутан оксигенация) < 90%; PaO _n > 45 мм сим устуни; AaDO ₂

	мушаклар иштироки, экспиратор шовқин. ЎСВ, ЁЎВ ва қўшимча O ₂ га эҳтиёж.	(O ₂ нинг алвеоляр артериал градиенти) 300 дан кўп бўлса.
МНТ	Кўрувга реакцияси йўқолади, сўниш синдроми (апатия, мушак тонуси пасайган, кома бўлиши мумкин), кўзғалувчан, ноэмоционал, оғриқли йиғи, талваса.	УТТда МНТ нинг ишемик жароҳатланиш белгилари, НСГ мия шиши белгилари. НСГда гипертензион-гидроцефал синдром белгилари. Орқа мия суюқлигида оксилнинг ёки цитознинг меъеридан ошиши
ЮҚТ	Артериал гипотония, гиповолемиа, тахикардия, хансираш, юрак нисбий, чегаралари кенгайиши, юрак тонларининг бўғиқлашиши, шовқин эшитилиши мумкин. Акроцианоз, қоринда шиш, жигар катталашаши, ўпкада қон димланиш бергилари, мармарсимон тери	Марказий веноз босимининг ўзгаришлари, ўпка артериясида босимнинг ошиши, юракни қон ҳайдаш ҳажмининг пасайиши, ЭКГдаги ўзгаришлар метаболик ҳарактерга эга
Жигар	Теринг сариқ, кулранг яшил тусда бўлиши, тери геморрагияси, жигар катталашган, суюқлик ушланиб қолади, ипогликемия белгилари.	Гипербилирубинемиа(>205мкм/л); қонда трансмилаза активлиги, ЛДГ ва ишқорий фосфатаза кучайиши, гипоалбуминемиа, протромбин индекси вақтинча ошади, гипогликемия.

Буйрак	Олигурия (1мл/кг дан кам, адекват инфузион терапия фонида бўлса), анурия, суюқлик ушлаб қолинади, шиш.	қонда креатинин (> 76 мкмоль/л, 1 – суткада, > 61 мкмоль/л, 7 – суткада.). азот мочевиnasi (> 6 ммоль/л), калий ($>5,5$ мкмоль/л),
Гемипозз	тери рангпар, тери геморрагиялари	тромбоцитопения, анемия микроцитоз томонга MCV нинг силжиши; лейкопения ёки нейтропения, лимфоцитопения, нейтрофилларнинг токсик донадорлиги ортади, силжиш индекси $> 0,2$ бўшлиқ ҳисобига, миелоцитлар ва ёш промиелоцит формаларининг йўқлиги, эозинопения
Гемостаз	тери геморрагиялари, инъекция жойидан қон кетиши, тромбозлар.	ПВнинг ёки АКТВнинг ошиши, тромбин вақтининг ўзгариши, фибрин-фибриноген мономерларининг ошиши, АКТнинг узайиши, этанол тестининг мусбатлиги фибринолиз депрессияси, С протеини миқдорининг пасайиши, тромбоцитопения, Анемия
ОИТ	энтерал овқатлантириш имкони йўқлиги, қорин дам бўлиши, такрорий қусиш, диарея, ахлатдаги шиллиқ ва	нажасда дисбиоз, копрограммада ҳазм бузилиш белгилари, бактериологик ўсиш шулар қаторида замбуруғлар ҳам

	рангининг ўзгариши, ошдан қон кетиши.	
Эндокрин тизим	Терморегуляциянинг бузилиши совқотишга мойиллик билан, брадикардия, қорин дам бўлиши, ич қотиш, артериал босимнинг пасайиши, гипогликемия ва гипокальцемиа белгилари.	Гипогликемия (дастлаб гипергликемия); T_3, T_4 миқдори асосан шокда пасаяди, кортизол миқдорининг транзитор пасайиши (шокнинг дастлабки босқичида гиперкортизолемиа кузатилиши мумкин). ТТГ меъёрида ёки ошган. Шокда эса ТТГ миқдори пасаяди; СТГнинг миқдори пасайган, асосан шокда
Иммунитет	кандидоз белгилари, тана вазнининг камайиши, нозокомиал инфекциялари.	иммунологик реактивлик индекси $<2,5$; лимфоцитопения, эозинофилия, JgG миқдори $<2,0$ гр/л; Т-лимфоцит субпопуляциясининг нисбати бузилиши.

Классификация. Клиник ташхис қўйишда инфицирланиш вақти кўрсатилиши тавсия этилади: интранатал, неонатал.

Этиологияси буйича: бактериал, вирусли, замбуруғли, аралаш.

Кириш дарвозаси буйича: киндик, тери, кулоқ, криптоген.

Кечиши буйича: яшин тезлигида кечувчи, ўткир, чўзилган.

Клиник тури буйича: септицемиа ва септикопиемиа.

Асоратлари: декомпенсацияланган ДВС синдроми, анемия, тромбоендокардит, ичак тутилиши, буйрак, жигар ва бошқа аъзолар етишмовчилиги.

Клиника: Янги туғилган чақалоқлар сепсисининг характерли симптомлари йўқ. Улар фақат кўзгатувчига, зарарланиш вақтига, касал организмнинг хусусиятига боғлиқ. Сепсис кўпинча полиморф кўринишида кечади ва кўп аъзо ва тизимларни зарарлайди.

Септицемияда клиник симптомлар қатъий спецификликка эга бўлмаслиги мумкин, чунки у микроорганизмнинг хусусияти ва гемостаз бузилиши даражасига боғлиқдир. Бактеремия - ЯТЧ организмга инфекция тушиши билан, ҳамда соғлом чақалоқларда ҳам қисқа муддатли юзага келиши мумкин. (бу асимптоматик бактериемия дейилади, ўртача 15 % ЯТЧлар ҳаётининг биринчи ҳафтасида юзага келади.)

Септицемия фақат бактерия циркуляциясига эмас қон ва лимфанинг тозаланиши, элиминация аъзоларининг фаолиятига боғлиқ. Ҳомиладорлик пайтида инфицирланиш натижасида келиб чиқадиган септицемия бола ҳаётининг дастлабки 1-3 кунда умумий ахволининг оғирлашуви: МНТ функциясининг пасайиши, гипотермия, кам ҳолларда гипертермия, тери рангининг рангпар ёки кулрангда бўлиши, эрта сариқликнинг пайдо бўлиши ва унинг кучайиб бориши, кучайиб борувчи шиш синдроми, гепатоспленомегалия, нафас етишмовчилиги, лекин рентгенограммада яққол ўзгаришлар булмаслиги билан кузатилади. Юқорида қайд этилган симптомларга геморрагик синдром, қусиш, кекириш каби белгилар ҳам кўшилиши мумкин. Чақалоқ туғилгандан кейин сепсис кўпинча секин-аста бошланиш билан характерланади. Чақалоқнинг организмга инфекция кирганидан сўнг муддатига етиб туғилган чақалоқларда яширин давр 2 – 5 кунга, муддатига етмай туғилганларда 3 – ҳафтагача чўзилади.

Касаллик бошланишидан олдинги белгиларга қуйидагилар: ҳаракат активлиги, иштаҳанинг пасайиши, қусиш киради. Маҳаллий белгилардан кириш дарвозасининг (масалан киндик ярасининг) ҳолатига аҳамият бериш лозим, аммо грамманфий флора ҳеч қандай маҳаллий реакция бермаганлиги туфайли инфекциянинг бирламчи тушган жойини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Киндик қолдигининг кеч тушиши (муддатига етмай туғилган

чақалоқларда 10 - кунда), киндик тубининг ҳолати (қаттиқлашган, шишган), ажралма характери, давомийлиги, 16 – 18 кундан кейин ҳам киндик устида қаттиқ қўтир бўлиши яллиғланиш жараёнидан кузатилади.

Киндик ҳалқаси атрофида тўқималар шишган. Қорин олд деворида вена тўрининг кучайиши, айниқса киндик ҳалқасидан тепада қорин тўғри мушакларининг таранглашишини кўриш мумкин. Тромбофлебитда киндик венаси қаттиқлашади, перифериядан марказга қараб пальпация қилганда киндик томирларидан йиринг ажралади.

Сепсис ривожланишида характерли инфекцион токсикоз белгилари: ҳолсизлик ёки безовталиқ, гипо ёки гипертермия, диспепсия, шиш синдроми ёки эксикоз белгилар, дисрефлексия, дистония бўлиши мумкин.

Авж олиш даврида токсикоз белгилари янада кучаяди. Септикопиемик белгиларсиз алоҳида аъзоларнинг токсик зарарланиши кузатилади. Масалан: жигар функцияси бузилиши белгилари (гепатомегалия, сариклик, бевосита билирубин ва трансaminaза миқдорининг ошиши) диспептик бузилишлар; буйрак томонидан олигурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия. Септицемия зотилжам билан асоратланиши мумкин.

Септикопиемия йирингли ўчоқлар, метастазларининг борлиги билан тавсифланади. Мия қобиклари, ўпка, суяклар ва жигар пиемик ўчоқлар энг кўп жойлашадиган соҳалардир. Ҳозирда септикопиемияни кўпроқ грамманфий флора келтириб чиқаради, бу эса касаллик келиб чиқишини ўзгартиради, яъни касалликни бошланишида жуда кам клинико-лаборатор симптомлар кузатилаяпти ва йирингли менингит билан асоратланади. Бу эса орқа мия пункциясини бир неча марта ўтказишни талаб этади. Стафилакокк инфекцияси келтириб чиқарадиган эпифизар остеомиелитнинг частотаси камайиб, секин кечувчи, қийин ташхисланадиган, кам ва яққол бўлмаган рентгенологик ўзгариш билан кечувчи метафизар ва эпифизар зараланиш частотаси кўпайди.

Муддатига етмай туғилган чақалоқлар сепсиси ҳаётининг 1 – куни ва ҳафтасида худди НБСга ўхшаш, ўткир ости, чўзилган кечиши характерли.

Бунда ҳансираш, апноэ билан брадипноэ, брадикардия, сўриш рефлексии ёқлиги ва тана вазни кўшилмаслиги, мушак гипотонияси ёки дистонияси, ҳолсизлик, тез совқотиш, гипорефлексия, қусиш, қайт қилиш, нотурғун ич келиши, қорин дам бўлиши, шиш синдроми, терининг рангпар ёки сарик рангда бўлиши, склерема, тана ҳароратининг субфибрил ёки меъёрида бўлиши кузатилади. Актив терапия фонида беморнинг ҳолати маълум бир вақтга яхшиланиши, юқорида кўрсатилган симптомлар камайиши ёки маълум бир қисми йўқолиши ҳам мумкин. Интенсив даволаш охирида ёки вирусии инфекция кўшилиши натижасида беморнинг аҳволи ёмонлашади: ичакда некротик энтероколит типида инфекцион зарарланиш, зотилжам, пиурия, токсикоз ҳолати кучаяди, терида кулрангсимон доғлар ёки сариклик кучаяди, геморрагик синдром намоён бўлади.

Стафилококкли сепсис учун тери ва тери остии ёғ тўқимасининг локал йирингли зарарланиши, киндик (пемфигус, некротик флегмона, омфалит ва бошқалар), ўпка (деструктив зотилжам), суяк (остеомиелит, максиллит), кулоқ (йирингли отит, мастоидит), кўз ва бошқа аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Сепсиснинг бу тури ўткир токсикоз, гипертермия, кўзғалувчанлик белгиларининг устунлиги билан кечади. Одатда маҳаллий ўчоқ клиник белгилари етарлича аниқ ва типик бўлади. Масалан, менингит – иситма, кўзғалиш, лиқилдоқларнинг шишиши, монотон кескин йиғи, даврий чинқирик билан, талвасалар, бошини орқага ташлаш, қусиш, қайт қилиш, баъзан ич кетиши билан кузатилади. Катта ёшдаги болаларда кузатиладиган классик менингиал симптомлар янги туғилган чақалоқларда одатда кузатилмайди.

Остеомиелит– суяк усти пардасива суякнинг ғовак ва компакт моддасига тарқаладиган, суяк кўмигининг яллиғланиш касаллиги. Кўпинча сон ва елка суяклари зарарланади. Микроблар суякка гематоген йўл орқали тушади. Чақалоқлар остеомиелитида асосан суякларнинг эпифизар қисмининг зарарланиши юзага келади. Бу касаллик тилла ранг патоген

стафилококklar билан чақиради, ўткир кечади ва яқин жойлашган бўғимларни ҳам зарарлайди.

Касаллик токсикознинг пайдо бўлиши ва кескин ўсиб бориши билан бошланади, иситма, оёқ қўллар ҳаракатининг чегараланиши, пассив ҳаракатда ёки зарарланган жой пальпация қилинганда оғриқ аниқланади. Бундай вақтда баъзан пассив ҳаракатда, кўрилатган бўғим соҳасида ва яллиғланган жой устида ўзига хос типдаги крепитация сезилади. 2 – 3 кундан кейин бўғим соҳасида бўртиш, контурларининг яссиланиши, кейинроқ эса шиш ва суякнинг эпифизар қисмида зич инфилтрат пайдо бўлади. Суяк усти пардаси остидан юмшоқ тўқимага йиринг очилганда терида гиперемия, флюктуация пайдо бўлади. Рентгенологик текширувда: аввал бўғим ёриғининг кенгайганлиги, биринчи ҳафтанинг охири, иккинчи ҳафтанинг бошида эса суякланиш ядросининг ҳар хил кўринишдаги даражаида сдеструктив ўзгаришлари аниқланади. Жараённинг метафизга ўтишида (касалликнинг 10-14 кун) периостал ўзгаришлар аниқланади. Агар антибиотиклар билан даволаш ўз вақтида бошланмаса, баъзан грамманфий этиологияли ёки энтерококкли яллиғланишдаosteомиелит суст ёки ўткир ости кечади. Интоксикация белгилари у қадар кескин ифодаланмайди. Клиник жиҳатдан касаллик оёқ қўллар ҳолатининг чегараланиши, фиксацияланган ҳолати (бўғимнинг ҳаддан ташқари ёзилиши ёки букилиши) пальпация ва пассив ҳаракатда оғриқли реакция келиб чиқади. Зарарланган соҳада бўртиш ва рентгенологик ўзгаришлар кечроқ 3 – ҳафтадан кейин пайдо бўлади.

Граманфий йирингли ёки кандидозли менингит, стафилакоккли менингитдан фарқли равишда марказий нерв тизими фаолиятининг сусайиши (адинамия, мушак гипотонияси, қисқа вақтли тремор, мушак ригидлиги) мия устундаги ўзгаришлар (брадипноэ, апноэ хуружлари, брадикардия, сўриш рефлексининг сусайиши, кўз олмаларининг сузиш ҳаракатлари, нистагм) тана ҳарорати субфебрил ёки меъерий кечиши билан характерланади. Менингитал инфекциялар жараённинг бошида қисқа вақтли 2- 3 соат давомида

тана ҳароратининг кўтарилиши, 1-2 кундан кейин эса гипотермияга мойиллик кузатилиши мумкин. Тана вазнининг камайиши, тери рангининг кулранг калорит кўриниши, ноэмоционал, оғриқли, кучсиз йиғи характерли. Юқоридаги белгилар билан бир вақтда талваса, сариқлик, геморрагик синдром, грамманфий флора учун типик бўлган ичак ва ўпканинг зарарланиши кузатилиши мумкин. Йирингли менингит учун кўпинча кўздаги симптоматика типик ҳисобланади. Айрим ҳолларда катта лиқилдоқнинг бўртиши, бош айланаси ўлчамларининг катталаниши, энса мушаклари ригидлиги, қайталанувчи қусиш бўлади. Катта ёшдаги болаларга хос менингиал симптомлар ЯТЧларда аниқланмайди.

Йирингли менингит учун хос орқа мия суюқлигидаги ўзгаришлар характерли (оксил миқдорининг ортиши, цитоз, глюкоза миқдорининг камайиши, бактериоскопияда ёки экмада микробнинг аниқланиши) қайта орқа мия пункциясидан сўнг аниқланиши мумкин.

Кўк йирингли сепсис оғир касалликлар фониди: вирусли, бактериал, ҳомила ичи инфекциялари, туғруқ жароҳатлари, ривожланиш нуқсонлари, муддатига етмай туғилганлик ривожланади. Узоқ вақт ЎСВда ётган болаларда кириш дарвозаси бўлиб, асосан ўпка ва катетер билан жароҳатланган тери ҳисобланади. Кўк йирингли сепсис интоксикация симптомлари: МНСнинг сўниш синдроми, гипотермияга мойиллик, склерема ривожланиши билан характерли. Энг типик клиник симптомлардан бири терининг септик зарарланиши бу гангреноз эктима - терида ўзига хос кўк-қорамтир доғ некроз ҳисобланади. Жуда кам ҳолларда охирида пуфаклар пайдо бўлиши ва тери юза қаватининг кўчиши билан кечадиган кенг майдонли некрозлар ҳам кузатилади. Барча беморларда анемия, лейкопения, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, лейкоцитларнинг дегенератив ва токсик донадор шаклларининг пайдо бўлиши, тромбоцитопения аниқланади, ЭЧТ меъёрида. Кўк йирингли ва протейли сепсис билан касалланган беморлар ўзга хос ҳидга эга бўлади.

Анаэроб флора кўшилиши натижасида некротик энтероколит, ич келишининг тезлашиши ва кўпинча шиллик сувли характерда бўлиши, қориннинг доимий дам бўлиши, қориннинг пастки қисмида шиш, қусиш, умумий аҳволнинг ёмонлашиши, тана вазнининг камайиши, сувсизланиш, гипорerefлексия кузатилади. Кейинроқ эса ўт аралашмалари билан қусиш, қориннинг пасткида ва жинсий аъзоларда шиш, доимий метеоризм, қорин пальпациясида болада оғриқ реакциясининг бўлиши, ич келишининг камайиши ёки бутунлай тўхташи, баъзан шиллик, баъзан қон келиши кузатилади. Қорин дамлигининг кескин ортиб кетиши, ҳаддан зиёд безовталиқнинг кучайиб кетиши ва коллапс белгилари (хансираш, оқариб кетиш, артериал босимнинг пасайиши, мушак гипотонияси), бу ичак перфорацияси ҳақида фикр юритишга ва тезликда қорин бўшлиғи рентгенографиясига кўрсатма ҳисобланади.

Клебсиеллэз сепсис иситмасиз, гипотермия фониди ўткир ёки яшинсимон кечиши билан характерланади. Бунда склерема, тери қопламлари сарғайиши характерли. Гепато- ва спленомегалия кам учрайди.

Зотилжамда одатда йирингли эндокардит билан бошланади, кейин кўп миқдорда қуюқ, шилимшиқ-йирингли балғам пайдо бўлади. Бу эса трахеобронхиал дарахтни санація қилишни талаб қилади. Базан ўпкада кўп сонли деструктив ўчоқлар пайдо бўлади. Беморнинг аҳволи ёмонлашиши септик шок ривожланиши билан бошланиб геморагик синдром ва ДВС синдроми декомпенсацияси билан бирга кузатилиши мумкин.

Кириш дарвозаси бўлиб кўпинча томир катетеризация қилинган жой, ўпка, кам ҳолларда - киндик яраси, ичак ҳисобланади.

Колисепсис. Сепсиснинг авж олиш даврида тана ҳароратининг беқарорлиги ёки иситма, сариқлик, токсик гепатит ривожланиши билан кечадиган гепатомегалия, қориннинг дам бўлиши, диарея, апное хуружи, цианоз, юқори кўзгалувчанлик, летаргия кузатилади.

Менингит аниқ неврологик белгиларсиз кам симптомли кечиши мумкин.

Кампилобактер сепсис - қонли нажас, иситма, диарея бу сепсиснинг типик кўринишидир.

Гемофилик сепсис- микробнинг ноактив штамлари билан она туғруқ йўлларида зарарланиши натижасида: иситма, менингит, зотилжам, йирингли плеврит билан йирингли отит келиб чиқади. Остеомиелит, эндокардит, перитонит, септик тромбофлебит бўлиши мумкин.

Ташхисотда: Сепсиснинг ташхисоти бир неча босқичлардан ташкил топган.

Биринчи босқич - инфекция ўчоғини аниқлаш. Чақалоқлар эрта сепсисининг хусусиятларидан бири она организми ёки йўлдошда бирламчи септик ўчок бўлмаслиги мумкинлигини ҳисобга олиш зарур. Болада менингит, пневмония, энтероколит, пиелонефрит, артрит, остеомиелит, перитонит, абсцесс, юмшоқ тўқималар флегмонасини анамнез, физикал ва инструментал текширувлар, касаллик симптомларини динамикада кузатиш асосида тасдиқланади ёки инкор қилинади.

Иккинчи босқич - аъзолар етишмовчилиги ва асосий тизимлар функционал фаоллигини, гемостаз барқарорлигини баҳолаш.

Учинчи босқич - ЯТЧ организмида тизимли яллиғланиш реакциясини баҳолаш босқичидир.

ЯТЧни тизимли яллиғланиш реакциясининг мезонларига қуйидагилар киради:

- ҳарорат гомеостази бузулиши гипертермия $>38,0^{\circ}\text{C}$ ёки $<36,2^{\circ}\text{C}$.
- Умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар.
- Қон зардобидида С-реактив оксил миқдорининг 6 мг/л дан ошиши.
- Қон зардобидида прокальцитонин миқдорининг 2 нг/мл дан ошиши.

Чақалоқларда сепсисдаги гематологик кўрсаткичлар

Кўрсаткич	Чақалоқнинг ёши	1 мкл капилар қонидаги шакиллий элементлари
Лейкоцитоз	1- кун	$> 30\ 000$

	2-7 кун	> 20 000
	1-4 хафтасида	> 15 000
Лейкопения	1- кун	< 6000
	2-7 кун	<5000
	1-4 хафтасида	<5000
Нейтрофилез	1- кун	> 20 000
	2-7 кун	> 7500
	1-4 хафтасида	> 6500
Нейтропения	1- кун	< 5000
	2-7 кун	< 2000
	1-4 хафтасида	< 1750
Лимфоцитопения	1- кун	< 3000
	2-7 кун	< 3000
	1-4 хафтасида	< 1550
Лимфоцитоз	1- кун	> 8500
	2-7 кун	> 7500
	1-4 хафтасида	> 6750
Моноцитопения	1- кун	< 500
	2-7 кун	< 500
	1-4 хафтасида	< 300
Моноцитоз	1- кун	> 2 000
	2-7 кун	> 1500
	1-4 хафтасида	> 1500
Эозинофилия	1- кун	> 2 000
	2-7 кун	> 1500
	1-4 хафтасида	> 1000
Эозинопения	1- кун	< 100
	2-7 кун	< 200

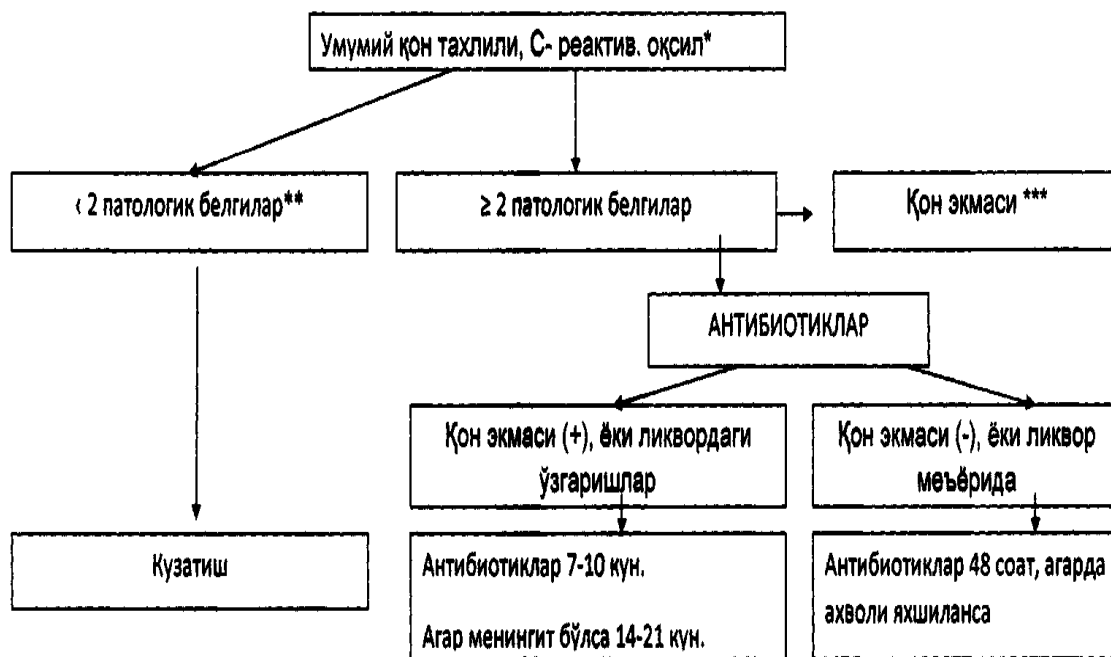
	1-4 хафтасида	< 200
Тромбоцитоз	1- кун	> 150 000
	2-7 кун	> 150000
	1-4 хафтасида	> 150000
Тромбоцитопения	1- кун	< 150000
	2-7 кун	< 150000
	1-4 хафтасида	< 150000
Анемия: эритроцитлар	1- кун	< 4500 000
	2-7 кун	< 4500000
	1-4 хафтасида	< 4000000
гемоглобин, г/л	1- кун	< 145
	2-7 кун	< 145
	1-4 хафтасида	< 120

Имкониятга қараб қўшимча лаборатор текширувларда тизимли яллиғланиш кўрсаткичлари, яллиғланиш келтириб чиқарувчи цитокинлар, яллиғланишининг ўткир фазаси оксилларининг миқдорини ўзгариши аниқланади. Бола ҳаётининг дастлабки 3 кунда юқорида кўрсатилган 3 босқич белгилари кузатилса бу “сепсис” ташхисини тахмин қилишга асос бўлади ва эмпирик антибактериал терапияни бошлашга кўрсатма бўлади.

Бола ҳаётининг 4- кундан сўнг бирламчи инфекция - яллиғланиш ўчоғининг мавжудлиги, 2 ёки ундан ортиқ аъзо ва тизимлар фаолиятининг бузилиши ва ҳеч бўлмаса юқоридаги 3 нафар тизимли яллиғланиш кўрсаткичларини бўлиши “сепсис” ташхисини тахмин қилиш учун асос бўлади ва тезда антибактериал терапияни бошлашга кўрсатма бўлади. Сепсиснинг ташхисотида муҳим босқич бу –микробиологик текширув, қон экмаси, орқа мия пункцияси (клиник кўрсатма бўлса), трахеядан, йирингли ўчоғдан суртма, сийдик экмаси.

Янги туғилган чақалоқларда хавф омили бўлганда текшириш ва даволаш

(инфекцияни клиник белгилари йўқ)



*Туғилгандан кейин дастлабки 4-6 с. текшириш; меъёрида - 12-24 с. ичида қайтариш;

**патологик критерии Polin R.A.;

*** ЯТЧ < 1500 г. Туғилган захоти экмада хавф омиллари бўлиши;

**** Агар қон экмаси (+), орқа мия пункциясини қилиш зарур;

Даволаш: Болада сепсис тахмин қилинганда ёки сепсис ташхиси қўйилганда ЯТЧни тезликда касалхонанинг реанимация бўлимига ёки ЯТЧлар патологияси бўлимига ётқизиш.

Парвариш – болани касалликнинг ўткир даврида ҳарорати 30⁰Сдан ва намлиги 60%дан кам бўлмаган кувезда сақлаш керак.

Овқатлантириш – асосан она сути билан боқилади, она сути бўлмаганда мослаштирилган, бифидобактериялар билан тўйинтирилган сунъий аралашмалардан (NAN, Нутрилон, Прегестимил, Альфаре) фойдаланилади. Умумий аҳволи оғир чақалоқлорни зонд орқали овқатлантирилади. Оптимал парваришни ташкил этиш учун она бемор боланинг парваришида қатнашиши, мусбат эмоционал статусни сақлаб туриш, кўшимча инфицирланишнинг олдини олиши, тери ва шиллик қаватларни доимий тоза сақлаши, хона ҳавосини алмаштириб туриш ишлари олиб борилади.

Сепсиснинг терапияси бир вақтининг ўзида 2 хил йўналишда олиб борилади:

1. Этиотроп даволаш- инфекцион агентга таъсир қилади.
2. Патогенетик даволаш- гомеостаз, иммун тизими ва аъзолар фаолиятини тиклашга қаратилган.

Антибактериал даволаш:

1. Даволашнинг дастлабки босқичида (касалликнинг этиологиясини аниқлашдан аввал) даво чоралари касалликнинг бошланиш вақтига қараб, шароитига қараб, бирламчи ўчоқнинг жойлашган жойига қараб (агар бўлса) ўтказилади.
2. Эмпирик даволашда танланадиган антибиотиклар ёки антибиотикларининг комбинацияси бактерицид хусусиятга эга ва сепсисни келтириб чиқарувчи инфекцияларга қарши бўлиши шарт.
3. Антибиотикларни танлашда уларнинг гематоэнцефалик ёки бошқа тўсиқлардан ўтишига эътибор берилади.
4. Барча ҳолатларда антибиотикларнинг кам токсиклигига, аъзолар етишмовчилиги хусусиятларига эътибор берилади.
5. Асосан вена ичига юбориладиган антибиотикларни танлаш керак.

ЯТЧларни эрта сепсисда ампициллин препарати аминогликозидлар билан биргаликда танланади. Масалан: ампициллин билан (300,400 мг/кг суткалик,4-6 марта) аминогликозидлар (гентамицин ёки тобрамицин 7,5-10

мг/кг сутка ёки амикацин 22,5-30,5 мг/кг сутка 3 марта) ёки цефалоспаринлар (200 мг/кг сутка 4 марта) карбенециллин комбинациясидан фойдаланилади.

Тери септик ҳолатида пенициллин ва цефалоспоринлар аминогликозидлар билан биргаликда қўлланилади.

Кўп ҳолларда ЎСВ ётган болалар *Ps. Aerogenose*, *Akinetobacter spp*, *Klebsiella spp* инфекциялари қўшилиб ўпка сепсисини келтириб чиқаради. Бунда тикарциллин/клавулон кислота, пиперациллин ёки цефтазидим +амикацин қўлланилади.

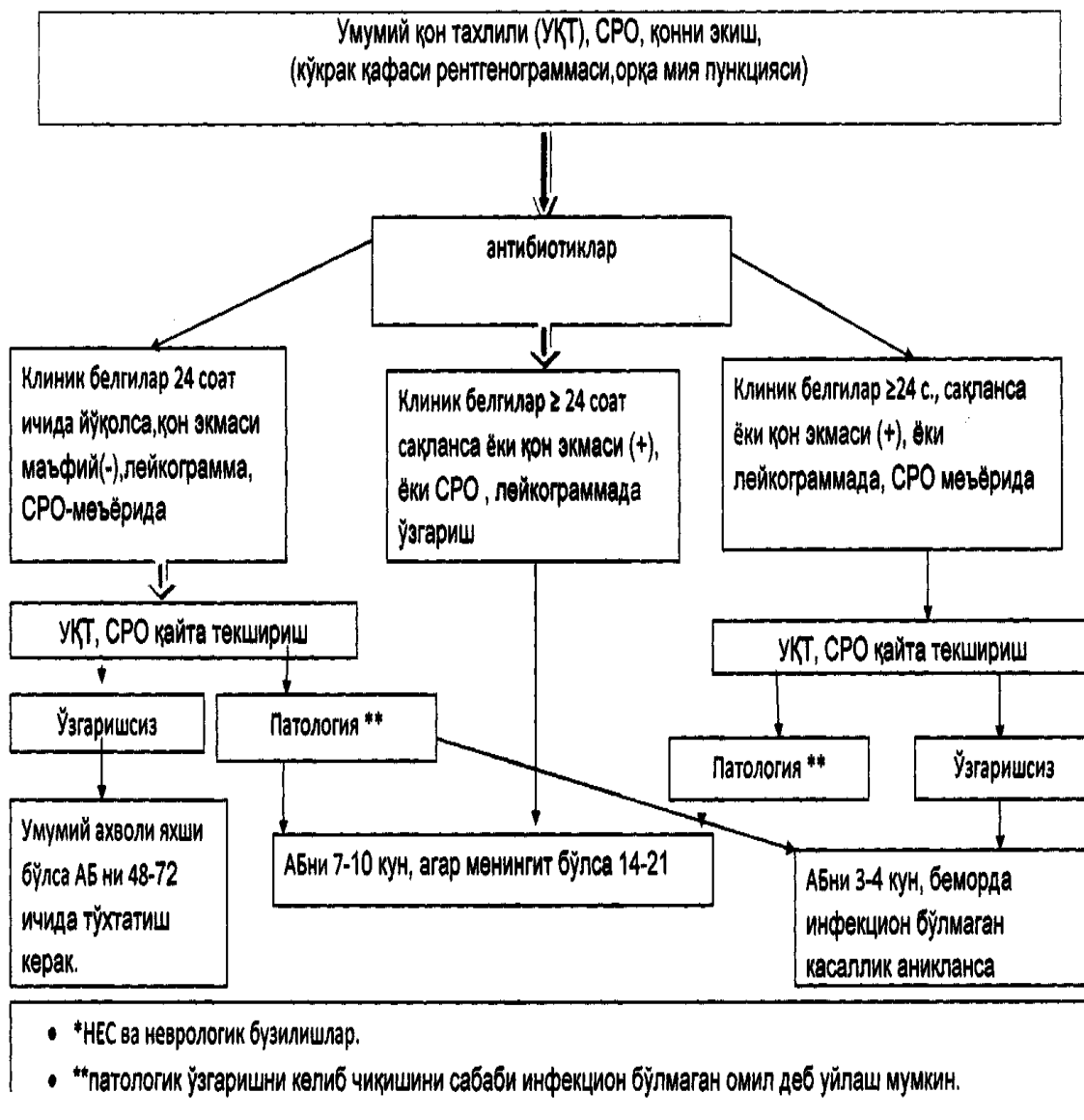
Асосан стафилакокк этиология сепсисда ванкомицин, агар бу дори моддаси самара бермаса линезолид қўлланилади.

Ичак ва сийдик йуллари сепсисда имипенем (тиенам), абдоминал сепсисда тикарциллин/клавулон кислота, пиперациллин, метронидазол, линкозамид, линезолин, амикацин қўлланилади.

48 соат ичида боланинг умумий аҳволи яхшиланса антибактериал даволаш натижасини яхши деб баҳолаймиз. 48 соат ичида боланинг умумий аҳволи яхшиланмаса антибактериал даволашни самара бермади деб баҳолаймиз. Бунда альтернатив антибактериал даволашга ўтилади ва дезинтоксикацион инфузион даволаш ўтказилади.

Антибактериал даволаш ўртача 4 ҳафта давом этади. Аминогликозидлар 10 кун давомида қўлланилади.

Янги туғилган чақалоқларда сепсиснинг клиник белгиларини аниқлаш ва даволаш.



Патогенетик даволаш куйидаги асосий йўналишлардан иборат: иммунокоррекцияловчи даво, инфузион даво, сув –электролитлар, қоннинг кислота-асос балансини тиклаш, шокка қарши даво, асосий аъзолар ва тизимларнинг вазифасини тиклаш. Иммунокоррекцияловчи даво учун ликопад, интерферон –альфа 2 (Виферон) дори воситаларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир.

Дезинтоксикацион терапия сийдик хайдовчиларни (фуросемид) қўллаш фонида суяқлик юбориш орқали олиб борилади. Симптоматик синдромал даволаш, нафас бузилиши терапияси, биокимёвий ўзгаришлар ва сув-электролит алмашинувини коррекциялаш. Қон ивиши бузилишини йўқотиш, иммуноглобулинларни вена ичига қўллаш, фагоцитоз жараёнини кучайтириш, комлемент тизимини жадаллаштириш, нейтрофилларнинг антигенга қараб ҳаракатланишига ёрдам бериш, антигенлар токсиклигини камайтириш, вирусларни нейтраллаш каби функциялар бажарилади.

Ўтказилган кўп сонли таҳлил натижаларига кўра иммуноглобулинларни вена ичига профилактик мақсадда қўллаш муддатига етмай туғилган чақалоқларда сепсис хавфини 3-4 % га камайтиради, лекин ўлим ва касалланишни камайтирмайди. Профилактика учун вена ичига қўлланиладиган иммуноглобулинларнинг дозаси 400-500 мг/кг, бу дозани 14 кундан кейин яна қайтариш керак. Олиб борилган текширишлар натижаси катта ёшли болалар ва катталарда вена ичига иммуноглобулин юбориш оғир сепсисни даволаш оқибатларини яхшилашга олиб келади.

ЯТЧ ларда қўлланиладиган 1 марталик доза 500-750 мг/кг, одатда 1 та дозадан 2-3 кунга буюрилади.

Шокка қарши даво адреналин, гидрокортизон 5-10 мг/кг. Гемостазнинг коррекцияси учун янги музлатилган қон плазмаси + гепарин 50-100 мг/кг суткасига фойдаланилади.

Абсцессларни очишда, остеомиелит ўчоғида актив аспирация аппарати қўйилганда педиатр болалар жарроҳи билан бирга иш олиб боради. Махаллий терапия вақтида ўпка патологиясида аэрозол антибиотик билан, йирингли эндобронхитда эса антисептик эритмалар билан ювиш олиб борилади. Физиотерапевтик муолажа зарарланган ўчоқни даволашда асосий ҳисобланади.

Беморда йирингли ўчоққа СВЧ, кейин антибиотиклар электрофорези қўлланилади. Меъёрий микробиоцинози сепсисли беморни компонент

даволаш учун муҳим. Антибиотиклардан фойдаланиш вақтида лактобактерин (1 дозадан 3 маҳал кунига) ичишга буюрилади.

Тикланиш даврида ва соғайиш даврида иммунитетнинг носпецифик стимуляторларидан фойдаланилади. Бу босқичда массаж ва гимнастика физиотерапия, сайр жуда муҳим аҳамият касб этади.

Диспансер кузатуви поликлиникада амалга оширилади. Стационардан беморларни чиқаргандан кейин 3 – йил давомида диспансер назорати остида бўлиши керак.

Сепсиснинг асоратлари. Гестацион ёши 28 ҳафтадан кам чақалоқларда ўлим 25 – 30 %ни ташкил қилади. 20 – 30 % ҳолларда сепсис менингит билан асоратланади, асоратланган менингитдан ўлим эса 20 – 25 %ни ташкил этади ва муддатига етмай туғилган чақалоқлар ўртасида энг юқори ҳисобланади.

Профилактик эмлаш бола соғайгандан сўнг 6 ой ичида қилинади. Неонатал сепсис ўтказган кам даражада церебрал дисфункцияси борлигини ҳисобга олиб ярим йил давомида фенибут, пантогам, аминалон, энцефабол, ноотропил (1-1,5 ойлик курс билан), темир етишмовчилиги анемияси, рахитни профилактикаси, массаж, гимнастика олиб бориш аҳамиятга эга.

ЯТЧлар йирингли септик касалликларининг олдини олиш ҳомиладор аёлларда (асосан сийдик йўллари ва жинсий аъзолар сфераси), сурункали яллиғланиш ўчоқлари, бактериал вагиноз ўчоқларини аниқлаш ва санация қилиш, ўткир инфекциядан алоҳидалантириш, аёллар маслаҳатхонасида кузатиш, ҳомиладорликнинг яхши кечиши учун шароит яратиш, бузилишларни коррекция қилиш, муддатига етмай туғилишдан огоҳлантириш ишларини олиб борилади.

Туғруқ уйи ва ЯТЧ патологияси бўлимларида ходимлар орасида эпидемияга қарши чора тадбирлар, йирингли септик касалликларнинг профилактикаси учун муҳим шароитлар яратиш ишларини олиб бориш, энг асосий аҳамиятлиси ҳамшира ва врач қўлини бола билан контактгача ва ундан кейин антисептик суюқ совун билан ювиш тавсия этилади. Қўлни ювишдан олдин халат енгини тирсаккача кўтариб соат ва тақинчоқларини

ечиб қўйилиши керак. Барча олиб бориладиган муолажалар, қон олиш, вена ичига дорилар юбориш, вена ичи катетерларини тўғри қўйилганлиги, бошқа муолажалар бир марталик стерил қўлқопларда бажарилиши шарт. Бир марталик нина, шприц, сўрғичлардан фойдаланиш керак. Ташҳисий аппаратуралар ҳам тоза сақланиши керак.

Туғилгандан кейин ярим соат ичида она кўкрагига чақалокни қўйиш йирингли септик касалликларнинг частотасини камайтиради. Туғилгандан кейин тери ва шиллиқ қаватлар, ичакларда, нафас йўлларида микроорганизмларнинг тўхтовсиз кўпайиши бошланади. Бу микроорганизмлар онадан ўтган бўлади. Шунинг учун она ва чақалокни туғруқ устида бирга бўлиши муҳим. Она умумий йўлга қўйилган тозалик қодаларни билиши, унга риоя қилиши ҳамшира эса буни ҳар доим кузатиб бориши, чақалокларни тўғри овқатлантириш қодаларини ўргатиши керак.

9.2. Ҳомила ичи инфекциялари ХКК (P35)

Янги туғилган чақалоклари ҳомила ичи инфекциялари бу – ҳомила ичида, туғруқ вақтида ва эрта неонатал даврда инфекция билан зарарланиши натижасида келиб чиқади.

Ҳомила ичи инфекциялар – болалар ва оналар ўртасида касалланиш ва ўлимнинг етакчи сабабларидан бири ҳисобланади. Ҳозирги вақтда улар катта ижтимоий ва иқтисодий аҳамият касб этади. Кўпчилик ҳолларда ҳомила ичи инфекция (ХИИ) ташҳиси жуда кеч аниқланади. Баъзи ХИИ диагностикаси ва аниқланиши фақат постмортал ўлимдан сўнг ўтказилади.

Нисбатан яқин даврлардан бошлаб иммунологик диагностик усуллари ривожланиши билан цитомегамия, герпес ва ОИВ – инфекцияси, хламидиоз, микоплазмоз сингари инфекцияларни аниқлаш имконияти пайдо бўлди. Анаэроб ўстириш техникасининг мукамаллаштирилиши 10 – 26 % ҳолларда амнион бўшлиғидаги яллиғланиш жараёнига аэроб микроорганизмлар билан бир қаторда спора ҳосил қилмайдиган анаэроб бактериялар сабаб бўлишини аниқлашга имкон берди.

ҲИИ тарқалганлиги эпидемиологик шароитга ва ҳомиладор аёллар ўртасида иммун танқис қатлам борлигига боғлиқ. Умуман олганда, туғма инфекциялар трансплацентар ўтиши 2,0 – 2,5 % га етди, бу инфекцияларнинг кўпчилиги клиник белгиларсиз кечади. Оғир клиник кечиш ҳолатлари 1: 5000 – 1: 10000 нисбатда туғруқларда учрайди.

Ҳомила ичи инфекцияларининг этиологияси ва патогенези

Перинатал инфекцияларнинг этиологик омиллари турли – туман патоген ҳамда шартли патоген микроорганизмлар бўлиши мумкин. Тури нуқтаи назаридан бу микроорганизмлар гемофил ва кўк йирингли таёқчалар, клебсиеллалар, В гуруҳидаги стрептококклар, коагулазоманфий стафилококклар, энтерококклар, бактероидлар, фузобактериялар, пептококклар, пептострептококклар, гарднереллар, ачитқисимон замбуруғлар ва бошқалар кўринишида бўлади. Бироқ ҳомила ичи инфекциялари ривожланишида турли микроорганизмларнинг таъсир даражаси бир хил эмас.

Кўпинча чақалоқларнинг инфицирланиши туғруқ вақтида юзага келади. Касалланиш даражаси бактериал вагиноз ва онанинг жинсий йўлларидаги инфекцияларида кескин ошади. Бу касалликлар натижасида онада ҲИИ билан тирик туғилган болалар сони 10% гача етади. Жинсий йўл билан ўтадиган микроорганизмлар орасида турли синфларнинг вакиллари (гонококклар, хламидиялар, трепонемалар, В гуруҳидаги стрептококклар, хеликобактерлар); вируслар (1 ва 2 турдаги герпес вируслари, цитомегаловирус, В гепатити, ОИВ вируси), замбуруғлар (кандидалар); оддий микроблар (трихомондалар) бўлади. Жинсий йўл билан ўтадиган инфекциялар ҳомиладорларнинг 10 – 15 % ида вақтидан илгари туғишига сабаб бўлишини эслатиб ўтиш лозим.

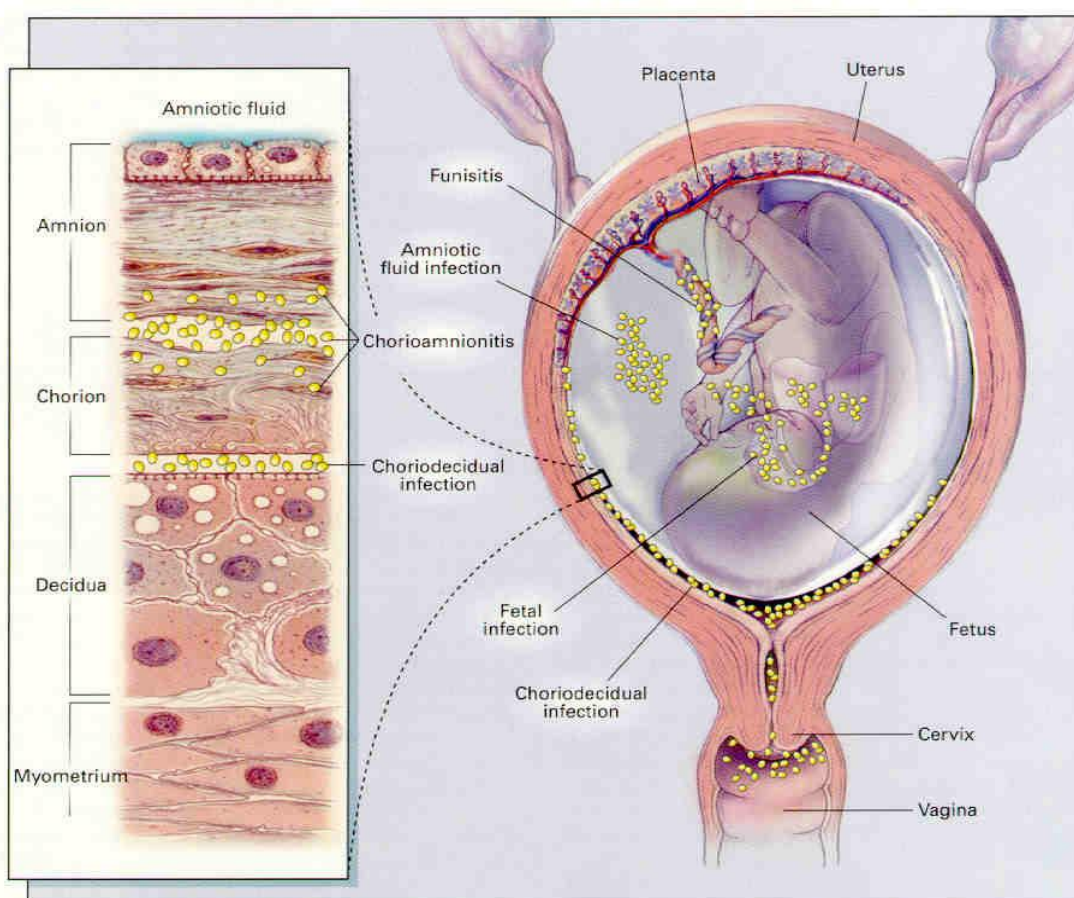
Перинатал инфекцияларнинг ривожланиши, ҳомиладор аёл иммунологик статусининг ҳолати билан боғлиқ. Маълумки, гестацион давр

мобайнида физиологик иммун танқислик пайдо бўлади. Ана шу фонда болада ҳам, ҳомилада ҳам ва чақалоқда инфекцион – яллиғланиш касалликларининг пайдо бўлиш хавфи ошади.

Меъёрада амниотик суюқлик стерил бўлади. Ҳомила пардалари бутунлиги бузилганда аминион бўшлиғининг инфекцияланиш даражаси ошади.

Ҳомила ичи инфекциялари патогенезида ҳомила олди сувлари инфекцияланишининг бир неча асосий йўллари фарқланади:

- 1) кин ва бачадон бўйинчасидан юқорига кўтариладиган инфекция;
- 2) кон оқими билан трансплацентар;
- 3) бачадон найчалари орқали қорин бўшлиғидан инфекция тушиши;
- 4) бевосита бачадон деворидан тушиши.



Расм - 15. Ҳомила инфицирланишининг асосий йўллари.

Қўзғатувчиларнинг ҳар бир ўтиш йўлларида амниотик суюқликка кириш масаласида тўлиқ аниқлик ҳозирча йўқ. Амнион бўшлиғининг ишғол қилинишида микроорганизмларнинг қиндан, айниқса бактериялар вагиноздан юқорига кўтарилиб тарқалиши сабаб бўлади, деган фикр устунлик қилиб келмоқда.

Юқорига кўтарилувчи инфекция жараёнининг I босқичи – қин ва цервикал каналда микроорганизмларнинг жадал ўсишидир. Кейин, бачадон бўшлиғига тушиб, улар децидуал парданинг базал қаватида колонияланади. (II босқич). Бу ҳолда микроорганизмлар ҳомила томирларига ёки амнион бўшлиғига тушиб хориоваскулит ривожланиши мумкин, бу бактериялар амнионит пайдо бўлишига имкон беради. (III босқич). Микроорганизмлар амнион бўшлиғига тушиб, ҳомиланинг инфекцияланишига олиб келади. (IV босқич).

Ҳомила олди сувларидаги микроорганизмлар персистенцияси улардан кўпчилигининг мазкур субстрат бактерицид хоссаларини бузиш хоссаларига эгаллиги билан эришилади. Амнион бўшлиғига киргандан сўнг қўзғатувчилар амалда ҳеч қандай тўсиқсиз инфекция ўчоғини шакллантиради. Амнион ичида инфекция ривожланишининг баъзи бир хусусий механизмлари маълум. Ҳомила олди суюқлигига тушган микроорганизмлар антибактериялар тизимларни фаолсизлантиради (инактивация). Бактериялар хемотаксинлар киндик томирларидан қондан нейтрофилларни ва пиллакчалараро қондан хорион пластинка орқали ҳомила олди сувларига “миграция” қилади. Ҳомила олди сувларидамавжуд бўлган нейтрофиллар ва бактериялар фосфолипаза ажратиб, ферментатив жараён натижасида у амнион хужайраларидан арахидон кислота ҳосил қилиб, кейин протогландинларга: E2 (бачадон бўйинчасини кенгайтирадиган) ва F2 α (бачадон қисқаришини индукциялайдиган)га айлантиради.

Этиологиясига кўра ҳомила ичи инфекцияларининг таснифи:

Ҳомила ичи инфекциялари, инфицирланган ёки бирор-бир инфекция билан касалланган онадан инфекциянинг ҳомилага ўтиши натижасида ровожланадиган касалликлар гуруҳи.

Бу гуруҳ касалликлари эпидемиологик жиҳатдан ўхшаш, лекин клиник симптомлари турлича бўлган кўзгатувчилар томонидан юзага келади.

1. Бактериал

- Стрептококк;
- Стафилакокк;
- Листериоз;
- Сил;
- Захм;

2. Вируслар

- Қизилча;
- Сувчечак;
- Цитомегаловирус инфекцияси;
- Энтеровирус инфекцияси;

3. Паразитар

- Токсоплазмоз;
- Микоплазмоз;

ХИИ ўткир, субклиник носпецифик симптоматика билан, шунингдек латент кечиши мумкин. Шу сабабли уларни аниқлаш муайян қийинчилик келтириб чиқаради.

Ҳомила ичи инфекцияларининг клиник яққол юзага чиққан шакллари ўз вақтидаги туғруқларда 0,5 – 1 % ни ташкил қилади, вақтидан олдин юз берган туғруқларда 3,5 – 16% гача кўпаяди. Амнион бўшлиғи ичидаги инфекцияларнинг клиник белгиларига қатор носпецифик белгилар: ҳомиладор аёлда тана ҳароратининг кўтарилиши, унда ёки ҳомилада тахикардия, бачадонда оғриқ, қиндан ёқимсиз хидли ажралма ажралиши киради. Аксарият амнион суюқлигининг инфекцияланиши ҳомила олди сувларининг вақтидан олдин кетиши ёки туғруқнинг вақтидан илгари

бошланишида намоён бўлади. Амнион суюқлигида грамманфий бактерияларнинг йиғилиши йўлдошворсиналари шишини келтириб чиқаради, бу ҳомиланинг интранатал гипоксиясини авж олишига сабаб бўлади.

Ҳомилада инфекцион жараённинг характери ва оғирлиги инфекция тушган даврда ҳомила ичи ривожланиш босқичи билан белгиланади. Эмбрион тараққиётининг дастлабки 3 ойида аъзо ва тизимларнинг шаклланиш ва дифференцировка жараёнининг бузилиши мумкин, бу туғма нуқсонларнинг ривожланишига олиб келади. ҲИИ фетал даврида қон айланишининг бузилиши, дистрофик ва некробиотик жараёнларнинг авж олишига ва гидронефроз, гидроцефалия ва бошқа бузилишлар кўринишида кечади. Инфекция тушган пайтда ҳомиланинг етуклиги нечоғлик кам бўлса, яллиғланиш жараёни шунчалик тез авж олиб кетади. Туғруқ вақтида инфекция тушганда инфекцион жараённинг ривожланиши ва оғир-енгил кечиши колонизация интенсивлиги ва ҳомиланинг етуклик даражасига боғлиқ бўлади.

Янги туғилган чақалоқларда касаллик белгиларининг намоён бўлиши инфекцион жараённинг босқичига боғлиқ. Чақалоқларда касаллик суст кечиши мумкин ёки унинг оқибатлари кўринишида намоён бўлиши мумкин. Бунда паталогик белгилар, одатда МНС, жигар, буйракларнинг зарарланиши билан боғлиқ. Инфекцион жараённинг ўткир босқичида ҳомила интранатал нобуд бўлиши, янги туғилган чақалоқ эса асфиксия ҳолатида, ўпка, МНС, жигар, юрак зарарланган ҳолда туғилиши мумкин. Агарда, бола инфекцион жараённинг инкубацион даврида туғилса, клиник белгилари бир неча соатлар, кунлар ва ойлардан сўнг намоён бўлиши мумкин.

Клиникаси. Янги туғилган чақалоқларда кўпгина ҳомила ичи инфекцияларининг клиник белгилари носпецифик ва яққол эмас.

Турли хил ҳомила ичи инфекцияларининг умумий белгилари:

Янги туғилган чақалоқларда қуйидаги клиник белгилар бўлиши мумкин: умумий белгилар– иштаҳанинг пасайиши, тана вазнининг ошишининг орқада қолиши, гипотрофия, ланжлик, склерема, тери рангпарлиги ёки сариқлик, пурпура; респиратор бузилишлар – тахипноэёки нафас сиқилиши, апноэ, цианоз, нафас актида қўшимча мушакларнинг иштироки; меъда-ичак симптоматикаси – қусиш, қайт қилиш, қорин чўзилиши, диарея, қорин олд девори пастозлиги, жигар талок катталашини. Кардиоваскуляр бузилишлар – тахикардия, юрак тонлари бўғиқлашини, нисбий юрак чегарасининг тўмтоқлиги, оёқ-қўллар совқотиши, ёпишқоқ терлаш, тери ости клетчаткаси тургори пасайиши, шишлар, пастозлик, артериал гипотензия ва б. МНС зарарланиши белгилари – талвасалар, апатия синдроми турлари, катта лиқилдоқ бўртиб чиқиши ва юқори частотали йиғлаш, гиперкўзғалувчанлик, мушак гипотонияси; гематологик силжишлар – анемия, сариқлик, қон оқувчанлик, тромбоцитопения, спленомегалия ва б.

Турли ҳил инфекцион касалликларнинг клиник кўринишлари инфекциянинг этиологиясига ва у ёки бу аъзонинг кўпроқ зарарланишига боғлиқ ҳолда ўзгаради. Инфекцияланган ҳомила олди сувларини ютиб юборилиши ва аспирацияси фетал пневмония, гастроэнтерит, менингит ёки септицемия авж олишига олиб келади.

Инфекцияланган муҳит билан бевосита мулоқотда бўлиш чегараланган яллиғланиш: конъюнктивит, омфалит ва бошқаларни келтириб чиқариши мумкин. Вирус бўлмаган микроорганизмлар томонидан қўзғатиладиган баъзи бир пренатал зарарланишлар 26 жадвалда келтирилган.

Жадвал- 26.

Вирус бўлмаган микроорганизмлар қўзғатиладиган пренатал зарарланишлар

Клиник белгилар характери

Инфекцияловчи микроорганизмлар

Марказий нерв тизими	
Менингит, менинго-энцефалит	<i>Candida albicans</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Streptococcus B</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Treponema pallidum</i>
Сезги аъзолари	
Кўзлар: катаракта, хориоретинит, ўткир ирит, сурункали иридоциклит, витриит, глаукома, кўрув нерви атрофияси, увеит, эндофтальмит, конъюнктивит, қулоқ: ўрта қулоқ яллиғланиши	Cryptococcus neoformans , Toxoplasma gondii , Treponema pallidum , Chlamidia trachomatis , neisseria gonorrhoeae . Mycobacterium tuberculosis
Юрак-қон томирлар тизими	
Перикардит, миокардит	Mycoplasma hominis , Bacteroides spp.
Нафас аъзолари тизими	
Пневмония, плеврит	Candida albicans , Cryptococcus neofarmans

Ҳомиладорлик даврида ҲИИнингносспецифик белгилари клиник аломатларни (ҳомиладорликнинг узилиш хавфи, ҳомила ривожланишининг кечикиши, кўп сувлилик, ривожланиш нуқсонлари ва б.) ва лаборатория текшириш усуллари кўрсаткичларини таҳлил қилишда вужудга келадиган диагностик қийинчиликларни келтириб чиқаради. Туғма инфекциялар клиник белгиларнинг йиғиндиси адабиётда “TORCH синдроми” – *Toxoplasma* (Токсоплазма), *Rubella* – (қизилча), *Cytomegalovirus* (ситомегаловирус), *Herpes* (герпес) деб аталади. Кўпинча ҲИИ ўзига хос клиник кўринишга эга бўлмагани сабабли Андре Намиас 1971 йилда TORCH атамасини таклиф қилган. (Т – *Toxoplasmosis*; R – *Rubella*; С –

Cytomegalovirus; H – Herpes simplex virus; O – Other) “TORCH синдроми” белгилари 28- жадвалда келтирилган.

Жадвал- 27.

“TORCH синдроми” белгилари

Патологияси	Сабаби
Туғма юрак касалликлари	Қизилча, ЦМВ, эпидемик паротит
Катаракта	Қизилча, ЦМВ
Хориоретинит	Қизилча, токсоплазмоз, ЦМВ, герпес (учук), сувчечак, захм
Микрофтальм	Қизилча, токсоплазмоз, сувчечак, оддий герпес
Церебрал кальцификация	Токсоплазмоз, ЦМВ, оддий герпес, қизилча
Тромбоцитопеник пурпур	ЦМВ, токсоплазмоз, захм, қизилча, оддий герпес
Сариқлик	ЦМВ, токсоплазмоз, захм, қизилча, оддий герпес, В гепатит, бактериал инфекция
Гепатоспленомегалия	ЦМВ, токсоплазмоз, захм, қизилча, оддий герпес, В гепатит, бактериал инфекция

Ҳомила ичи инфекцияларнинг бевосита текшириш усулларига трансобдоминал амниоцентез, сўнгра инфекцион агентни ҳомила олди сувларида идентификациялаш ва кўзгатувчини ёки қондаги специфик антитана даражасини аниқлаш учун кордоцентез усуллари киритилади.

Диагностиканинг билвосита усулларига цервикал канал, уретра ва киндан кўзгатувчи турини аниқлаш учун бактериологик ва вирусологик

текширувларга суртмалар олиш, шунингдек қондаги специфик антитаналар даражасини аниқлашга имкон берадиган серологик усуллар киритилади.

Ҳомиладорлик даврида УТТ муҳим диагностик аҳамиятга эга. Ҳомила ичи инфекцияланишининг эхографик белгиларига қуйидагилар киради:

– ҳомиланинг ривожланишдан орқада қолишсиндроми;

– ҳомила олди сувининг кам ёки кўплиги;

– йўлдош структурасининг бузилиши (томирларининг варикоз кенгайиши, гиперэхоген киритмалар мавжудлиги, йўлдош шиши, базал пластинанинг мос келмаслиги, вақтидан илгари ёки кеч етилиши);

– қорин ўлчамларининг катталашуви ва ҳомила буйраклари косача – жомча тизимининг кенгайиши.

Кардиотокография усули ҳомила ичидаги инфекцияланишига шубҳа қилишга имкон беради (ҳомиланинг субкомпенсацияланган ҳолатидан дарак берадиган кардиотокограмманинг товушсиз тури қайд этилади. Шунингдек, ҳомила ҳолатига баҳо бериш учун унинг биофизик профелианиқланади. Ҳомила ичи инфекцияланишида ҳомила тонусининг пасайиши, ареактив ностресс тест қайд этилади.

Ҳомила ичи инфекциясининг гистологик белгиларига (хорион ёки йўлдош биопсияси) қуйидагилар киради:

– пилакчалар етилишининг ўчоқли кечиши;

– томир ўзани редукцияси;

– пилакчалараро ораликларнинг зичлиги;

– ҳомила пардаларининг полиморф ядроли инфилтрацияси;

– йўлдош томирларида қон элементлари стази;

– фибриноидга “қамалган” склерозланган пилакчалар.

Ҳомила ичи инфекциялари (ҲИИ) – болага онадан ё туғулгунигача ёки туғилиш вақтидаюққан кўзғатувчилар келтириб чиқарган инфекциялар жараёндир.

Қизилча

Қўзғатувчиси – тоговирус, Rubivirus вакили. Қўзғатувчининг юқори контагиозлиги ҳомиладор аёл ва ҳомила учун жиддий ҳавф туғдирарди. Туғма қизилча нуқсонларининг классик учлиги (триадаси) катаракта, ривожланиш нуқсонлари ва нейросенсор карликни ўз ичига олади. Ҳомиладорликнинг илк муддатларида инфекцияланиш, ҳомиладорликни тўхтатиш учун тиббий кўрсатма каторига киради.

Туғма қизилча ташхисини кўйишда она анамнезида (бемор билан контактда бўлганлиги), клиник белгилар (ўзига хос тошмалар тошиши, лимфоадепатиялар, артропатиялар)га асосланади. Лаборатор диагностиканинг муҳим аҳамияти бор. Қизилча вирусига қарши антитаналарни топиш учун турли хил усуллар: радиал гемолиз, иммунофермент анализ (ИФА), латекс- агглютинация қўлланилади. Қизилча вирусига нисбатан специфик антитаналарни топиш учун IgM – антитаналар фиксацияси методи, билвосита радиоиммун анализ ва иммунофермент анализ усулларидан фойдаланилади. Ҳомилада туғма қизилча топилгандаги тактика: ҳомиладорликнинг дастлабки 12 – ҳафтасида қизилча вируси тушиши, ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма ҳисобланади. Бу муддат ўтиб бўлгач, туғма нуқсонлар хавфи тез пасаяди ва бундай беморларда ҳомиладорликни сақлаб қолиш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун текширув ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Токсоплазмоз

Қўзғатувчиси – бир хужайрали протозой паразит *Toxoplasma gondii*. Мушуксимонлар оиласи вакили охириги хўжайин бўлиб ҳисобланади. Одамга ҳайвоннинг ичак ажралмалари билан бевосита ва билвосита контактда, шунингдек, спороцисталарни сақловчи сабзавот ёки гўшти тановул қилганда юқади. Ҳомиладорда парозитемия 3 ҳафтагача давом этади ва йўлдошнинг яллиғланиши билан бирга кечади. Ҳомилада касаллик рифожланиш хавфи I триместрда 25 % ва ҳомиладорликнинг II триместрида 65 % ни ташкил этади.

Касаллик кўпчилик ҳолларда симптомсиз ўтади ёки инфекция жаранга ҳос бўлмаган белгилар (лоҳаслик, лимфоденопатия), ҳомилдорликнинг узилиб қолиш билан намоён бўлади. Ҳомиланинг оғир зарарланишларнинг УТТда аниқлаш мумкин (гидроцефалия ва бош миё қоринчаларининг кенгайиши, ҳомила ичи ривожланишдан орқада қолиши). Токсоплазмоз диагностикаси учун ELISA усули ёрдамида IgG, ва IgM ва IgA антитаналарини аниқлашда фойдаланилади.

Ҳомилдорлик даврида (12-ҳафтадан кейин) токсоплазмозни даволаш мақсадида ровамицин (спирамицин) суткалик дозаси 6 – 9 млн МЕ (3 ҳафта давомида) ичиш учун буюрилади. Тиббий кўрсатма бўйича ҳомилдорларда касалликнинг ўткир шакли аниқланса, ҳомилдорликни тўхтатиш тўғрисидаги масала қўйилиши мумкин.

Листерия

Қўзғатувчиси – *Listeria monocytogenes* – *Listeria* туркумидаги етита турларидан бири ҳисобланади. Ҳомилдорга ҳасталик овқатда пастеризация қилинмаган сугир сути, пишлоқ, ҳам сосискалар, тупроқдан ифлосланган сабзавотлар тановул қилганда юқади. Ондаги бактериемиа трансплацентар хорионамнионит авж олишига ва ҳомиланинг инфекцияланишига олиб келади.

Ҳомилдорда листериянинг типик симптомларига умумий беҳоллик, куракда, қоринда оғриқлар, бош оғриғи, иситма, ҳомила олди сувларининг кўплиги, ҳомилдорликнинг вақтидан илгари тўхташ белгилар ва ҳомиланинг ичи гипоксиясини киритадилар.

Листерия ташхиси қон, сийдик, ҳомиланинг меконий, амнион ва орқа миё суюқлигида қўзғатувчининг топилиши билан тасдиқланади. (озуқа муҳитларига экиш).

Ҳомилдорни даволаш антибиотикотерапия (ҳомилдорликнинг 12-ҳафтасидан кейин): пенициллин ёки ампициллин, гентамицин билан бирга (7

– 14 кун мобайнида ёшига хос дозаларда) ёки эритромицин (250 мг дан ҳар 6 соатда 7 кун мобайнида) симптоматик воситалар билан бирга қўлланилади.

Цитомегаловирусли инфекция

Қўзғатувчиси цитомегаловирус (ЦМВ) – герпесвируслар оиласига кирадиган шартли патоген қўзғатувчи. Инфекция жинсий йўл билан ёки инфекция тушган донор қони орқали юқади. Ҳомилага трансплацентар ёки инфекцияланган туғруқ йўллари орқали туғилганда юқади. Ҳомиладорликнинг илк муддатларида ҳомила ичи ўткир инфекциясида ўз – ўзидан юзага келадиган бола ташлаш, ўлик бола туғилиши мумкин. Бирламчи ёки авж олган сурункали цитомегалия ҳомиладорликнинг биринчи ярмида гепатоспленомегалия, микроцефалия, хориоретнит, менингит, гидроцефалия, ривожланиш нуқсонларига олиб келади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидаги инфекцияланиш МНС ва жигарнинг зарарланишини келтириб чиқаради.

Диагнози. Ҳомиладорларда бирламчи инфекция одатда белгиларсиз кечади. Баъзан грипп белгиларикузатилиб, улар бир неча ҳафталарга чўзилади. Диагностика учун культурал усул, ДНК - диагностика, полимераз занжирли реакция ва серололик усуллардан фойдаланилади.

Даволаш. Цитомегаловирусли инфекциянинг специфик давоси йўқ. Ҳомиладорларда ЦМВ аниқланганда вена ичига томчилаб 2 мл дан цитотект ҳафтасига икки марта (2 ҳафта давомида) қўлланилади. Иммунотерапия одам иммуноглобулини (вена ичига 3 мл дан томчилатиб, 200 мл изотоник натрий хлорид эритмасида ҳафтасига уч марта) ва виферон (суткасига 1та ректал шамчадан 2 марта, 5 кун давомида) билан ўтказилади. Метоболик даволаш курсларини ўтказиш мақсадга мувофиқ.

Касалликнинг эҳтимол тутилган оқибатларини прогноз қилиш қийин вазифа ҳисобланади, чунки ҳомилага инфекция тушиши ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида рўй бериши мумкин. Ҳомила ичицитомегаловирусли инфекциясининг учраш даражаси 0,4 дан 2,3 % гача ўзгариб туради.

Ҳомиладорлик даврида бирламчи инфекция билан зарарланганда хомиланинг зарарланиш хавфи 40 – 50 % ни ташкил қилади.

Герпетик инфекция (Учук)

Қўзғатувчиси оддий герпесвируси (HVS) серотиплари HVS – 1 ва HVS – 2. Қайталанувчи генитал герпес ҳолларининг кўпчилигига HVS – 2 сабабчи ҳисобланади.

Ҳомиладорларда оддий генитал герпеснинг клиник кўриниши жинсий йўллар шиллиқ пардаларида пуфакча тошма элементларининг юзага келиши билан намоён бўлади. Касаллик клиник жиҳатдан яққол кечган тақдирда пуфакли тошмалар соннинг ички юзаси ва қоринга тарқалиши мумкин. Бир вақтнинг ўзида гиперемия, қин шиллиқ пардасида ярали юзалар пайдо бўлиб, улар жуда оғриқли кечади. Лаборатор усуллардан иммунофлюоресценция реакциялари ва ELISA усуллари катта аҳамиятга эгадир.

Герпетик инфекцияда хомиладорликнинг муддатдан чўзилиб кетиши (частотаси) эрта муддатларда 54 % ва кеч муддатларда 25 % ни ташкил этади. Ҳомиладорликнинг 32-ҳафтасидан кейин, онадаги фаол герпетик инфекция хомила ва янги туғилган чақалоқларни 40 – 60 % ҳолатларда зарарлаши мумкин. Ҳомила учун бирламчи герпетик инфекция энг хавфли ҳисобланади, чунки бунда неонатал герпес 20 – 50 % ни ташкил қилади. Неонатал герпес чегараланган ва тарқалган инфекция кўринишида кечади, шунингдек бола ҳаётининг кейинги даврларида клиник белгилар билан латент (яширин) ўтади.

Ҳомиладорликни кузатиш давомида герпетик инфекцияни аниқлаш ва ўз вақтида даволаш керак. Туғруқ вақтида ёки улардан олдин туғруқ йўлларида вирусни аниқлашга ҳамма тестларни ўтказиш зарур.

Касалликнинг клиник, вирусологик ва иммунологик белгилари бўлмаган тақдирдагина, туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали ўтказиш мумкин. Инфекция топилган тақдирда, хомила пардалари зарарланганда, ёки сувсиз

оралиқ вақти давомийлиги 6 соатдан кўп бўлганда операция амалиёти билан туғдириш мақсадга мувофиқ бўлади.

Даволаш. Иммунотерапия учун одам иммуноглобулини (вена ичига 3 мл дан томчилатиб, 200 мл изотоник натрий хлорид эритмасида ҳафтасига уч марта) ва виферон (суткасига 1та ректал шамчадан 2 марта, 5 кун давомида) фойдаланилади. Маҳаллий антигерпетик малҳамлар қўлланилади.

Метоболик даволаш (7 кундан иккита курс, 2ҳафта танаффус билан) ўтказиш мақсадга мувофиқ. Биринчи курс: кокорбоксилаза – суткасига 100 мг мушак орасига, рибофлавин – 5 мг дан ичишга суткасига 3 марта, липоат кислота 0,0025г дан ичишга суткасига 3 марта, Е витамин 100 мг дан ичишга суткасига 3 марта.

Иккинчи курс: рибоксин 0,2г дан ичишга кунига 3 марта, фолат кислота 1 мг дан ичишга кунига 3 марта, калий оротат 0,5г дан ичишга кунига 3 марта, троксевазин 1 капсуладан ичишга кунига 2 марта.

III триместрда этиотроп даволаш учун ацикловирдан 200 мл дан ичишга суткасига 5 марта фойдаланиш мумкин (даво давомийлиги 5 сутка). Ҳомиладорда инфекция диссеминацияси бўлганда (энцефалит, пневмония ёки гепатит) ацикловирни 5 мг/кг дозада ҳар 8 соатда вена ичига киритиш тавсия қилинади. Ой-куни етган ҳомиладорликда касалликнинг ўткир кечишида кесарча кесишга нисбий кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Хламидиоз

Хламидиоз инфекциянинг клиник белгилари турлича кўринишда кузатилади. 18% ҳолларда конъюнктивит, 16% пневмония, баъзи ҳолларда эсаринит, фарингит, отит, ҳаттоки сепсис ҳам ривожланиши мумкин. Муддатига етиб туғилган чақалоқларда қуйидаги неврологик симптоматика: юқори кҳзгалувчанлик, кўл-оёқлар тремори, тери гиперестезияси, қайт қилиш, оғриқли қичқириқ кузатилади. Хламидия инфекцияси муддатига етмай туғилган чақалоқларда эса нафас етишмовчилиги кўринишида кузатилади.

Хламидиоз инфекциянинг неонатал даврда кечиши зарарланиш вақти, инфекцияни массивлигига, хомиланинг морфо-функционал етуклик даражасига, йўлдош касалликларнинг бор ёки йўқлигига боғлиқ.

Хламидияли пневмония бола ҳаётининг 7-11 кунидан кузатилади. Бунда: тана ҳароратининг ошиши, яққол бўлмаган интоксикация белгилари, хуружсимон йўтал, аускультатив белгилардан эса кам миқдорда ўпкадакрепитацияловчи хириллаш, бронхообструктив синдром кузатилади. Рентгенограммада инфилтратив ўзгариш, қон анализидан яққол эозинофилия, нейтрофилларнинг ортиши билан кузатиладиган лейкоцитоз. Хламидияли пневмониянинг кечиши кўпинча чўзилган.

Хламидиоз конъюнктивит бола ҳаётининг 1 ҳафтаси охирида ривожланади. Бунда конъюктиванинг қизариши, қовоқларнинг шишиши, йиринг ажралиши кузатилади. Бленорейани оддий кўз томчилари ва малҳамлари билан даволаш самарасиз бўлиб, баъзи ҳолларда ҳаттоки қовоқларнинг шиши ва йиринг ажралишини кучайтиради. Ноадекват даво олиб борилганда конъюнктивит бир неча ойга чўзилиши мумкин,

Сувчечак

Кўзгатувчиси – сувчечак ва Herpes Zoster ўраб олувчи темирлатки (VZV) вируси герпесвируслар оиласига киради. Касалликнинг учраши 10000 кишига 7 тани ташкил қилади. Касаллик юқори контагиозлиги билан тавсифланади. 90% дан ортиқ ҳолларда вирус нафас йўлларида тушиши орқали ва бемор терисидаги везикуляр суюқлик билан контактда юқади. Сувчечакда иммунитет бир умрга сақланади. Бироқ вирус сенсон нерв ганглияларида латент ҳолатда қоладива реактивациядан (камдан кам) ўзига хос тери тошмасини келтириб чиқаради.

Клиник кўриниши терида папула везикулёз тошмалар тошиши билан характерланади. Ҳомиладорларда асорат сифатида пневмония айниқса хавфли ҳисобланади.

Дастлабки 20 ҳафтада инфекция юқиши туғма сувчечак синдроми авж олишига сабаб бўлиши мумкин: оёқ – кўл суяклари ва мушакларнинг гипоплазияси, неврологик зарарланишлар (микроцефалия, ичак ва қовуқ сфинктерлари дисфункцияси), кўз зарарланиши (катаракта, микрофтальмия, хориоретинит). Ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан сўнг инфекция юқиши оғир фетал инфекция ривожланишига олиб келиши мумкин. Лаборатор ташхис жуфт зардобларда антитаналар титрининг тўрт карра ортиши ва VZV га специфик IgM – антитаналар топилишига асосланиб қўйилади.

Ҳомиладор аёллар назорати кучайтирилади. Даво ацикловир 200 мг дан суткасига 4 марта ўтказилади. Ҳомилада ривожланиш нуқсонлари аниқланганда ҳомиладорликни тўхтатиш тўғрисидаги масала ҳал қилинади. Айрим ҲИИ ларининг аниқ клиникаси 24 – жадвалда кўрсатилган.

Жадвал 28

Ҳомила ичи инфекциялари

Касаллик	Неонатал касаллик	Даволаш
кўзгатувчиси; унинг ҳомилага тушиш йўли	Ривожланиш нуқсонлари	
Қизилча; РНК вируси; гематоген.	Туғилишда вазнининг пастлиги; пурпура-петехиялар хос (тромбоцитопения оқибати), баъзан “черникали пирог”ни эслатади; анемия; менингоэнцефалит (спастик фалажлик ва парезлар, опистотонус); гепатит сариқлик; спленомегалия	Симптоматик, кувватловчи даво; специфик давоси йўқ.

	<p>билан; сурункали сариқлик; интерстициал пневмания; миокард некрози; суяк ўзгаришлари-остеитлар, болдир ва панжанинг “латерал” ротацияси; дерматоглифик бузилишлари; иридоциклит, тўр парда депигментацияси ўчоқлари. Интоксикация, қалтираш йўқ. Бемор 1,5-2 йилгача вирус ажратади.</p> <p>2/3 болаларда туғма қизилча перинатал давр тугагач юзага келади. Карлик (80%да), катаракта, глаукома, микроцефалия, гидроцефалия, ўсишдан, психомотр ривожланишдан орқада қолиш, чоклар ва лиқилдоқларнинг кеч ёпилиши, қандли диабет (20%да) қалқонсимон без касалликлари.</p> <p>Туғма ривожланиш нуқсонлари агар она хомиладорликнинг 1 ойида касал бўлганда 50%, янги туғилган чақалоқларда 2-3 ойда эса 25-14%, кечроқ касал</p>	
--	---	--

	<p>бўлганда 3-8%. Грегг триадаси (катаракта, микрофтальмия, глаукома ва б.), юрак (очик артериал йўл ўпка артерияси ва аорта стенозлари, тўсик нуқсонлар), карлик, меъда ичак йўли нуқсонлари, дизэмбриогенез стигмалари кўплиги.</p>	
<p>Цитомегалия; ДНК вирус герпес вируслар гуруҳидан; инфекция тушишининг гематоген йўли. Кўтарилувчи ёки қуйилган қондан, она сутидан ёки донордан юқиш ЭХТИМОЛ</p>	<p>Туғилишда вазни кам; сариқлик, гепатоспленомегалия (гепатит оқибати), геморрагиялар-петехиялар, мелена ва б. (тромбоцитопения), пневмония, менингоэнцефалит, қоринчалар атрофида майда церебрал кальцификатлар, интерстициал нефрит, анемия нормобластоз билан, хориоретинит, кератоконъюктивит, бактериал инфекциянинг оғир кечиши. Одатда клиникаси чилла даври яқунлангач юзага чиқади: карлик, энцефалопатия, пневмосклероз, жигар циррози, ичак, буйрақлар шикастланиши (нефротик</p>	<p>Цитомегалиянинг ҳаётга таҳдид солувчи кечувида ганцикловир кунига 10 – 15мг/кг миқдорда ёки фоскарнет 120мг/кг 3-6-12 ҳафта. Ганцикловир жуда токсик препарат. Цитотект (10% антицитомегаловирус иммуноглобулин) венага 2 мл/кг миқдорда 2-7 кун ўтгач 6 марта ва виферон 1 қўлланилади</p>

	<p>синдром), ички секреция безлари – қандли диабет, қалқонсимон без касалликлари</p> <p>Туғма нуқсонлар: микроцефалия, паравентрикуляр кисталар, порэнцефалия, ўт йўллари атрезияси, буйрак поликистози, қов чурраси, юрак нуқсонлари.</p>	
<p>Герпес-инфекция; ДНК вируслар 2 генитал турдаги (15-20% 1 тур герпес вируси); гематоген, генитал герпесда юқорига кўтарилувчи контаминацион</p>	<p>Терида везикуляр тошмалар, кератит ҳамма вақт бўлмайди.</p> <p>Туғруққача юққанда муддатига етмай туғилиш, пневмония, хориоритинит қалтираш ёки гипотермия, энцефалит, церебрал кальцифакатлар билан, геморрагик синдром, сариклик, гепатоспленомегамия.</p> <p>1 турдаги герпес-инфекцияда: нейротоксикоз, пневмония, оғир геморрагик синдром, стоматит, миокардит, оғир гепатит, ДВС-синдроми, буйрак етишмовчилиги.</p> <p>Кўпинча бактериал инфекциялар, сепсис кўшилади. Туғруқ вақтида</p>	<p>Ацикловир кунига 30-60 мг/кг 3 венага кўйиш 3 ҳафта ичида; кунлик миқдори ичишга 90 мг/кг.</p> <p>Виферон 1 ректал, кунига 2 марта 5 кун; 2-5 курс 5 кунлик танаффуслар билан тана вазнига 1500 граммгача; болаларга виферон ректал суткасига уч марта киритилади.</p>

	<p>юққанда – инкубацион давр 4-20 кун.</p> <p>Туғма нуқсонлар: камроқ оёк кўллар гипоплазияси, микроцефалия, микроофтальмия ретинопатия, тери чандиқлари.</p>	
<p>Сувчечак; ДНК-вирус герпес-вируслар гуруҳидан;гематоген</p>	<p>Туғма сувчечак белгилари нечоғлик кеч пайдо бўлса, кечиши шунчалик оғир – терида везикуляр тошмалар, гепатит, пневмония, миокардит, интерстициал нефрит, ичак яралари.</p> <p>Ҳаётининг дастлабки 4 кунда тошма пайдо бўлганда касаллик бир хил кечмайди.</p> <p>Онада туғруқдан олдин 5 кун ичида ва туғруқдан кейин 2 кунда тошмалар пайдо бўлганда жуда оғир (леталлик 30%) кечади.</p> <p>Туғма нуқсонлар: Агар она хомиладорликнинг 8-20 ҳафтасида сувчечак билан оғриган бўлса 1/3 ўлик бола туғиш ва неонатал ўлимлар; 2/3тирик қолганларда-гипопластик скелет нуқсонлари ва неврологик</p>	<p>Онада туғруқдан 5 кун олдин ва кейинги 2 кун ичида сувчечак элементлари пайдо бўлганда венага зудлик билан иммуноглобулин 5-7 кунга, ацикловир (дозаси юқорига қ.) тайинлаш билан бирга</p>

	анамалиялар ва б. Жумладан $\frac{1}{4}$ болаларда-кўз, сийдик-таносил ва меъда-ичак нуқсонлари	
Эпидемик паротит ; РНК-вирус:гематоген	Муддатига етмай туғилиш даражаси кўп, орттирилган пневмониялар, ўзига хос клиникаси йўқ. Туғма нуқсонлар: эндокардиал фиброэластоз ва бошқа нуқсонлар.	Симптоматик, кувватловчи даво; специфик даво йўқ.
Қизамиқ, РНК-вирус, гематоген	30% болаларда туғруқларда оналаридан қизамиқдан тошмалар; сурункали сариқлик, агар Ig G киритилмаган бўлса, пневмонияларнинг учраш даражаси кўп	Ўшандай
Инфекцион эритема; Parvovirus big ДНК вирус; гематоген	Ҳомилада туғма шиш, оғир анемия билан; анемия паст ретикулоцитозда шишсиз. Ҳомила ўлимнинг энг юқори хавфи (тахминан 10%) онанинг ҳомиладорликнинг биринчи ярмида касалланиши. Туғма нуқсонлар хос эмас	Ўшандай
Респиратор вирусли инфекциялар	Туғма ёки ҳаётнинг биринчи кунларидан катарал ходисалар (ринит, фаритнгит, конъюктивит, бронхит ва б.);	Ўшандай

	интоксикация; пневмония; камрок	
(Respratorius viralis infectio); аксарият аденовируслар, грипп ва парагрипп вируслари; РС вирус; гемотоген	Шиш ва геморрагик синдромлар; қалтираш; туғилишда вазн камлиги; энцефалит, сариқлик (гепатит оқибати) камдан-кам бўлиши мумкин, интерстициал нефрит, миокардит. Кўпинча бактериал инфекция қатлами ҳосил қилади. Туғма нуқсонлар бўлиши мумкин, бироқ ҳарактерлиси йўқ	
Энтеровирусли инфекциялар; РНК-вируслар коксаки ва ЕСНО гуруҳидан; гемотоген	Туғилишда тана вазни камлиги, қалтираш, отит, назофарингит, энцефаломиокардит, камрок сариқлик (гепатит оқибати), диарея, геморрагик синдром, пневмония, миокардит коксаки В инфекцияси учун хос. Туғма нуқсонлар: юрак пароклари, (Фалло тетрадаси, Роже касаллиги, аорта ва трикуспидал клапанлар атрезияси), эндокардиал фиброэластоз, буйрак паренхимаси дисплазияси, сурункали пиелонефрит	Ўшандай

	коксаки В-инфекциясидан кейин	
Вирусли гепатит В, гематоген. Контаминацион бўлиши мумкин эмас.	Муддатига етмай туғилиш, туғилганида вазни камлиги, ўткир, ўткир ости ва сурункали гепатит 2-3 ойдан бошланади. Анорексия, тана вазнининг йўқотилиши, гепатоспленомегалия, сариқлик, иситма. Қориннинг катталашиви, нажас оқимтир, сийдик ранги тўқ, гигант хужайрали жигар дистрофияси.	Специфик даво йўқ, аммо, бола Hbs Ag - мусбат онадан туғилган бўлса, ҳаётининг биринчи соатларида специфик зардоб ва иммуноглобулин қуйилади.
Листерия (Listeriosis) рграмм мусбат таёқча, гематоген	Бактериал инфекция Эрта бошланади (1-2 кунларидан): муддатига етмай туғилиш (2/3 болалар), асфиксия, апноэ хуружлари, пневмония, менингоэнцефалит, иситма, анемия, қусиш, диарея, ўткир гепатит, холангит, эндокардит, сепсис клиникаси, папулёз-розеолез тошмалар орқада, қоринда бўлиши хос. Оқиш-сарғимтир тугунчалар 1-3 мм ли ҳалқумнинг орқа деворига, конъюктивага, бодомча безларига тошади. Кечки	Апмициллин гентамицин билан катта дозада, томир ичига, 3 ҳафта давомида; “ҳимояланган” пенициллинлар, эритромицин, левомицитин, рифампицин. Цефалоспоринлар самарасиз.

	<p>бошланиши (2 ҳафтадан сўнг): менингит, диарея, сепсис, бўйин лимфа тугунларининг катталаниши.</p> <p>Туғма нуқсонлар хос эмас.</p>	
<p>Сил микобактерияси; гематоген; кўпинча инфекция тушган ҳомила олди сувларидан аспирацияда</p>	<p>Ҳаётнинг 2-3 ҳафтаси ва кейинроқ аспирацион инфекция тушганда интоксикация, ичак дисфункцияси ёки тутилиши, гепатоспиномегалия, қайтириш анемия, гипотрофия анемия стриклик, периферик ва қорин лимфатик тугунлари ситаланиши асосий ўпка шикастланиши гематоген инфекция тушганда-чала туғилганлик ҳомиланинг ривожланишда орқада қолиши анемия сариклик гепато-ва спенномегалия, менингит, пневмония, буйрак етишмовчилиги. Туғма нуқсонлар ҳарактерли эмас.</p>	<p>Фтизиатормомонидан силга қарши воситаларини биргаликда тайинлаш.</p>

<p>Захм оқиш трепонема гематоген туғрук йўлларида инфекция тушганда орттирилган захм</p>	<p>Триада хос: ринит, пуфак, гепато- ва спленомегалия, ринит, курук серозли йирингли геморрагик ажаралма билан. Товонда кафтларда диаметри 3 дан 10ммгача мис-кизил рангли инфилтратив фондаги бўшашган пуфак яралар, Найсимон суяклар периостит ва остеохондритлар. Пневмония, гемолитик анемия, оғиз бурчакларида, тўғри ичак ёрилишлари, хориоретинит. 1-2-хафтасида пайдо бўлиши мумкин. Бездоталик сабабсиз чўчиб тушиш, йиғлаш, тери оқариши, тана вазни кам кўшилиши. Кўкрак ёши: товон кафт, юзда тери инфекцион Гохзингер инфилтратлари, папулёз тошмалар, анус атрофида кандиломалар, гепатоспленомегалия, остеохондрит, Парро сохта фалажи, оғиз атрофияси, ямоқлар (Фурнье ямоқлар), анемия. Мактабгача ёш: Гетчинсон триадаси, (кератит, карлик, тишлар дистрофияси).</p>	<p>Пеницилин 10000-150000 тб/кг сутка дозада 3 инъекцияни 14 кун ичида. Такрор курси текшириш на тижаларига кўра 1,2,4, 6 ва 12 ойларда. Трепонемасиз серологик тестрлар 3 ойда сўнади ва 6 ойда манфий бўлиб қолади.</p>
<p>Интранатал</p>	<p>Болаларнинг асфиксияда</p>	<p>Бошланғич</p>

<p>бактериал инфекциялар (инфицирланган амнион синдроми) В,D гурух стрептококк, ичак таёқчаси, энтеробактер, кўтарилувчи; контаминацион.</p>	<p>туғилиши, узоқ сувсизлик даври, хомила олди сувлари хидли, хомиладорнинг туғрук давомида иситмалашади. Туғма пневмония, ичак туғилиши, иситма, энтероколит, пиодермия, геморрагик синдром, менингит, сариклик, пиелонефрит, сепсис. Туғма нуқсонлар хос эмас.</p>	<p>антибиотиклари – ампициллин гентамицин билан. Кейинчалик бактериологик текширишларга асосланган ҳолда.</p>
<p>Токсоплазмоз (Toxoplasmosis); Токсоплазма Гондии; гематоген</p>	<p>Паразитар касалликлар <i>Ўтқир</i> – умумий белгилар устунлик қилади: субфибрилитет, иситма, лимфааденопатия, гепатоспленомегалия, макулопапулез экзантемалар, шишлар, анемия, тромбоцитопения туфайли гемморагиялар, сариклик, диарея, пневмония, миокардит, нефрит. <i>Ўтқир ости</i> – фаол энцефалит белгилари устунлик қилади. <i>Сурункали</i>: гидроцефалия ёки микроцефалия, мияда кальцификатлар, талваса, хориоретенит, страбизм, кўрув нерви атрофияси. Хомила ичи инфицирланишининг 85 - 90%</p>	<p>Пириметамин (1мг/кг/сут бир марта ичишга) + сульфадиазин (50-100мг/кг/сут 4 маҳал ичишга) 3ҳафта давомида (ҳафтасига 2 марта фолевая кислота 5 мг ичишга берилади) ва кейин бир ойлик спирамицин курси (100 мг/кг/сут 3 маҳал ичишга). 1 йил давомида 3-4 курс даво ўтказилади.</p>

	<p>хولاتларда клиник белгилар неонатал давр охирларида юзага чиқади. 3 хил шаклнинг кечиш нисбати 1:10:100</p> <p><i>Туғма нуқсонлар:</i> гидроцефалия, микроцефалия, колобома, микрофтальмия.</p>	
<p>Миклоплазмоз Микоплозмалар Гематоген Юқорига кўтарилувчи</p>	<p>Кўпчилик болаларда чала туғилганлик нафас бузилишилари синдроми, склерема, кефалогематома ва бошқа геморрагиялар, Сариклик билвосита билирубин билан, менингоэнцефалит.</p> <p>Муддатида туғилган чақалоқлар: Туғма пневмония, терининг кулранг тусли рангпарлиги, геморрагик синдром, “ёруғлик оралиғи” сўнг менингоэнцефалит.</p> <p>Туғма нуқсонлар – 15 % болаларда, лекин характерлиси йўқ, қайта алоқа эҳтимоли бор - туғма нуқсонлар микоплазмадан инфекцияланиш хавфини белгилайдилар.</p>	<p>Эритромицин ва бошқа макролидлар 10-14 кун мобайнида виферон билан биргаликида (дозаларига қуйига қ.)</p>
Хламидиоз:	Йирингли конъюктивит (Эртромицин вена

<p>Хламидия трахоматис юқорига кўтарилувчи, туғруқларда контаминацион</p>	<p>бленорея) бола ҳаётининг 5-14 куни қовоқларнинг яққол шиши билан, ринит, фарингит, отит, аста-секин бошланадиган пневмония, хуружсимон қаттиқ йўтал, рентгенограммада ўпкада ҳўл инфилтратив ўзгаришлар, эозинофилия. Ўлик бола туғилишига, эрта ўлимга олиб келадиган антенатал пневмония бўлиши эҳтимол. Туғма нуқсонлар ҳарактерли эмас</p>	<p>ичига суткасига 50мг/кг дозасида 14 кунгача ёки бошқа макролидлар ичишга (Азитромицин, рокситромицин, мидекалицин) 1-2 курс виферон билан бирга(дозаси юқоригақ.)</p>
---	---	--

Ташхиси. ҲИИ носпецифик диагностика усуллариға сийдик, қоннинг клиник таҳлили, қон плазмаси ёки зардобдаги “ўткир фазали оқсиллар” концентрациясиға, гемостаз кўрсаткичларига иммуноглобулин даражасига баҳо бериш, қатор ҳолларда орқа мия суюқлиги таҳлили ва б. Инструменал диагностика усуллариға рентгенологик, окулоскопик, ультратовуш, ядро-магнитли резонанс ва б. қиради. ҲИИға гумон қилинган ҳар бир болани окулист бир неча марта текшириши лозим. Илк гўдак ёшидаги ва ҳатто мактабгача ёшдаги болалардаги токсоплазмозли хориоретинит одатда, ҳомила ичи токсоплазмозининг белгиси ҳисобланади.

ҲИИ ўзига хос текшириш усулларидан маркерларнинг иккита гуруҳи ажратилади:

- 1) кўзғатувчи, унинг геноми ёки антигенларини топиш;
- 2) специфик иммун жавоб белгиларини аниқлаш;

Қуйидагилар жуда муҳим:

- 1) бир неча текшириш усулларини ўтказиш:
- 2) бола-она жуфтлигини текшириш;
- 3) 2 ҳафтадан сўнг болани такрор текшириш.

Сўнги вақтларда ҳар хил қўзғатувчиларга специфик М ва G иммуноглобулиннианиқлаш, иммунофермент усулидан айниқса кенг фойдаланилади. М синфидаги специфик антитаналар яқинда бўлган инфекциядан далолат беради, уларни янги туғилган чақалоқда топиш, тегишли антитаналар ҲИИ нинг шубҳасиз белгисидир. Янги туғилган касал чақалоқлароналаридаги антицитомегаловирус ва антитоксоплазмозли антитаналар уларнинг болаларидагига нисбатан икки барабар кўпроқ аниқлангани ўзига эътиборни тортади. Демак, ҳомиладорлик даврида онаннинг биринчи инфекцияланиши ҳамма вақт ҳам боланинг инфекцияланишига олиб келавермайди. Иккинчи томондан, янги туғилганлик даврида М синфига мансуб иммуноглобулинларнинг йўқлиги, антитаналар инфекцияланмаганлигидан далолат беради. Бу ОИВ инфекция, В гепатити учун айниқса хосдир. Бу инфекцияларга гумон бўлганда биринчи галда янги туғилган бола қонида вирус геноми ёки унинг антигенларини топишнинг усуллари муҳимдир.

Қиёсий ташхиси. ҲИИ ноинфекцион эмбрио- ва фетопатиялар, постгипоксик энцефалопатия, калла суягли ичи туғруқ жароҳатлари, пневмониялар, ирсий патология, ноинфекцион этиологияли гипербилирубинемиялар, бирламчи геморрагик синдромлар, лекин энг муҳими сепсис ва орттирилган йирингли яллиғланиш касалликлари билан ўтказилади.

Ҳомила ичи инфекциялари билан касалланган оналардан туғилган чақалоқларни олиб бориш тактикаси

Қизилча билан касалланган онадан туғилган чақалоқни олиб бориш тактикаси

Вирус 1 йил мобайнида экмаларда аниқаниши мумкин. Энг яхшиси текширув учун материални бурундан, ҳалқумдан, орқа мия суюқлигидан,

конъюнктивадан ва пешобдан олиш керак. Туғма қизилчага чалинган чақалоқлар 1 йил мобайнида контагиозлиги сакланганлиги сабабли, то бурун ва ҳалқум шунингдек, пешоб экмаси натижалари қайта - қайта манфий чиқмагунча, улар бошқачақалоқлардан алоҳидалаштирилади. Лекин бундай чақалоқлар оналари билан биргаликда бўлиши шарт. Она сути таъқиқланмайди. Эмланган аёллар она сутида қизилча вируси бўлишига қарамадан вирус чақалоққа қандайдир зиён келтиришини тасдиқловчи тасдиқлар мавжуд эмас.

Қизилча профилактикаси:

Эмлаш тадбирларидан мақсад туғма қизилча синдромининг олдини олиш.

Қизилчага қарши эмлашни иккита йўлланмаси бор: мажбурий ва селектив эмланиш. Мажбурий эмланиш қизилча ва бу вирус чақирувчи туғма ривожланиш нуқсонларининг авжига чиқиш кўрсаткичларини камайишига олиб келади. Юқори эмланиш кўрсаткичларига эришиш ва бу ҳолатни сақлаш керак, шунингдек қизилчага нисбатан иммунитетни бўлмаган ва туғиш ёшига кирган ҳамма аёллар эмланиши шарт.

Агар аёлнинг эмланиш тарихи номаълум бўлса бундай ҳолатларда туғруқдан, аборт ёки бола тушишидан сўнг эмланиш тавсия этилади. Асосан ҳамма эмланган аёлларда антитаначалар ишлаб чиқарилади ва камчиликлари кам. Ҳомиладор аёллар қизилчага қарши эмланмайди, лекин эмланишдан сўнг уч ой ичида ҳомиладор бўлган ёки ҳомиладорлик пайтида эмланган аёллар назорат остида бўлиши керак.

Токсоплазмоз билан касалланган онадан туғилган чақалоқни олиб бориш тактикаси

Киндик қони, амниотик суюқлик ёки плацентадан олинган материални экиш мумкин. Микроорганизмларнинг плацента тўқимасида аниқланиши, ҳомила зарарланганлигидан далолат беради. Туғма токсоплазмоз ташхиси кўпинча клиник белгилар ва серологик тестлар асосида қўйилади.

Зарарланган чақалоқларни даволаш қуйидаги дорилар комбинациясидан иборат: пириметамин, сульфадиазин ва фолат кислотасининг қўшилмаси. Ҳомиладорлик пайтида токсоплазмозга чалинган аёллардан туғилган соғлом чақалоқлар тест орқали ёки 4 ҳафта мобайнида вирус аниқланмагунча превентив даво олиши мумкин. Агар туғма токсоплазмоз ташхиси кечроққўйилса, даво чора тадбирлари худди субклиник токсоплазмозга чалинган болалар давоси сингари муддатга чўзилади. Пириметамин ва сульфадиазин қабулқилувчи чақалоқларнинг қон таҳлилини, тромбоцитлар миқдорини ва пешоб микроскопиясини, даволаш пайтида келиб чиқиши мумкин бўлган камчиликларни, ўз вақтида аниқлаш учун ҳар ҳафта ўтказилади.

Токсоплазмоз профилактикаси :

Токсоплазмоз ва бошқа овқат орқали юқувчи инфекциялар билан зарарланишнинг олдини олиш учун оққатни хавфсиз ҳароратда тайёрлаш керак (71°C [160°F]).

Тиббиёт ходимлари аёллар маслаҳатхонасига биринчи марта келган ҳомиладор аёлга овқатланиш гигиенаси ва мушуклар билан мулоқотни чеклаш ҳақида тушунтириш ишларини олиб боришлари керак.

Тиббиёт ходимлари ҳомиладор аёлга *T. Gondii* серологик тестларини ўтказилганда кузатиладиган қуйидаги 2 муаммо билан таништиришлари лозим:

- 1) Ҳеч қайси текширув усули токсоплазма билан бирламчи зарарланиш вақтини аниқ кўрсатиб бера олмайди.
- 2) *T. Gondii* инфекцияси кам кузатиладиган гуруҳларда, IgM анализига мусбат натижа кўп ҳолларда янглиш чиқади. ложно-положительными.

Листерия билан касалланган онадан туғилган чақалоқ билан иш юритиш

Листерияга чалинган болалар ҳам оналарига буюрилган антибиотикларни қабул қилишлари керак, аммо шифокорлар ташхисни тасдиқлашидан олдин антибиотикларни комбинация ҳолатида тавсия қилинади.

Орқа мия суюқлигида, қонда, амниотик суюқликда, плацента ва меконий экмасида *Listeria* аниқланиши ташхисни тасдиқлайди.

Тавсия этилган даволаш алгоритми:

- Ташхисни тасдиқлаш учун туғруқдан кейин дарҳол диагностик материални олиниши лозим.
- Антибиотикотерапия ўтказилади (тавсия этилган режалар):
 - Амоксициллин / ампициллин (50 мг/кг дан ҳар 12 соатда), ёки
 - Гентамицин (2,5 мг/кг дан ҳар 12 соатда)
 - Агар стандарт даволаш натижа бермаса, котримаксозол қўллашни кўриб чиқиш лозим.

Лаборатор тест натижаларини олгандан сўнг:

- Янги туғилган чақалоқ соғлом бўлса - 48 соатдан сўнг антибиотикотерапияни тўхтатади.
- Янги туғилган чақалоқда текширув натижасимусбат бўлса:
 - Орқа мия суюқлиги экмаси мусбат натижа берса, амоксициллин/ампициллин ва гентамицин билан даволашни 21 кун мобайнида давом эттирилади.
 - Орқа мия суюқлиги экмаси манфий натижа берса, амоксициллин/ампициллин ва гентамицин билан даволашни фақат 14 кун мобайнида давом эттирилади.

Листерия профилактикаси :

Умумий тавсиялар:

- Ярим тайёр гўшт маҳсулотларини, сабзавотлардан, шунингдек термо ишловдан ўтган ва истеъмолга тайёр маҳсулотлардан алоҳида сақлаш керак.

- Хом маҳсулотларни ишловидан сўнг пичоқ, тахтакач ва кўлни ювиш лозим.
- Тез бузиладиган ва истеъмолга тайёр маҳсулотларни иложи борича тезроқ истеъмол қилиш керак.
- Инфекция билан зарарланиш ҳомиладорлик вақтига тўғри келса, ўз вақтида ўтказилган антибитикотерапия ҳомила ёки янги туғилган чақалоқни зарарланишининг олдини олади.

ЦМВ инфекцияси билан касалланган онадан туғилган чақалоқни олиб бориш тактикаси

ЦМВ туғма вирусли инфекцияларга олиб келувчи асосий сабаб ҳисобланади.

Туғруқкача зарарланган чақалоқларда 2та муаммо мавжуд:

- 10-15% зарарланган ҳомилада туғруқдан олдин тарқалган инфекциянинг ривожланиш хавфи бор. Белгилар турлича бўлиши мумкин: жигар ва талоқни меърий катталашидан (сарикликбилан кечади), касалликни оғиртароқ кўринишигача. 80% дан 90% гача тирик қолганчақалоқларни ҳаётининг биринчи йиллигида турли хил асоратлар кузатилади.
- Барча зарарланган ҳомидаларнинг 90%ида туғилгандан сўнгҳечқандай клиник симптомлар кузатилмайди. 5%-10%ҳолатларда бундай болаларда кейинчалик эшитув, ақлий ва турли оғирликдаги мувозанат бузилиши каби муаммолар кузатилади.

ЦМВ ни ташхислашда сийдик ва сўлакнинг экмаси «Олтин стандарт» ҳисобланади. Кўпчилик туғма ЦМВ инфекцияси бўлганчақалоқларда сийдик экмаси ҳаётининг 48-72 соатида мусбат натижа беради. Сўлак тез ва осон йиғилади, шунинг учун ҳозирда ишлатиладиган сийдик таҳлилини кейинчалик ўрнини боса олишига шубҳа йўқ. Ҳозирги кунда туғма ЦМВ инфекциясини даволашда бирорта ҳам антивирус препарати ўзиниоқламаган.

Зарарланган чақалоқлар бир неча ой ёки йиллар мобайнида вирус ажратиши мумкинлигини парвариш қилувчителиббиёт ходимлари унутмаслиги

керак. Улар бошқачақалоклардан ажратилиши ва доимий оналари назорати остида бўлиши керак.

ЦМВ инфекциясининг профилактикаси:

Ҳозирда ҳамма чора-тадбирлар хавфсиз вакцина ишлаб чиқаришга қаратилган. Ходимлар ва асосан ҳомиладор аёллар учун стандарт химояланиш чора-тадбирлари, йўргакни алмаштиришдан сўнг қўлни яхшилаб ювишдан иборат.

Гениталгерпес билан касалланган оналардан туғилган чақалокларни олиб бориш тактикаси

Агар онада қайталанувчи герпес бўлса ва чақалокда инфекция намоён бўлмаса:

- Эрта герпетик инфекциянинг белги ва кўринишларини аниқлашни оналарга ўргатиш лозим.
- Туғилгандан кейинги биринчи 24-48 соат ичида чақалокдан олинган материални вирусологик текшириш лозим.
- Агар касалликнинг белгилари пайдо бўлганбўлса ёки вирусологик текширув мусбат натижа берса даво чора-тадбирларини бошлаш керак.

Агар онада бирламчи инфекция бўлса:

- Бола туғилиши билан ва вирусологияга материал олингандан сўнг ацикловир тавсия этилади.
- Ҳозирги пайтда чақалокларни даволашда кенг қўлланиладиган дори ацикловир ҳисобланиб, уни 21 кун мобайнида юқори дозаларда 60 мг/кг/кунига қабулқилиш тавсия этилади.

Генитал герпеспрофилактикаси:

Генитал герпеснинг энг яхши профилактик усули – зарарланмаслик. Генитал герпесни бирламчи профилактик усуллари қуйидагилар бўлиши керак:

- Жинсий ҳамроҳлар сонини камайтириш;
- Презервативларни тўғри ва доимий ишлатиш.

Шунингдек, генитал герпес профилактикасига уни вақтида аниқлаш ва самарадор даволаш ҳам киради. Бу нафақат инфекцияга чалинган инсонда асоратлар хавфини камайтиради, балки бошқа инсонлар зарарланишига шунингдек вертикал йўл билан юқишнинг олдини олади.

Хламидиоз билан касалланган онадан туғилган чақалоқни олиб бориш тактикаси

Янги туғилган чақалоқда хламидия инфекцияси эритромицин билан 14 кун мобайнида даволаниши керак.

Агар конъюнктивит ривожланса:

- Агар йирингни олиш қийинчилик туғдирмаса, стерил тампон ёрдамида таҳлил учун намуна олинади
- Йирингни Грамм буйича бўйаш, экиш ва антибиотикларга бўлган сезувчанликни аниқлаш учун намунани лабораторияга юборилади.
- 14 кун мобайнида эритромицинни *per os* қабулқилиш тавсия этилади.
- Стерил физиологик эритма ёки тоза сув (қайнатилган ва совутилган) ва тоза тампонни ишлатиб, кўзнинг ички бурчагидан ташқи бурчагига йўналган ҳолда бола кўзини тозаланади (иложи борича бу муолажани онани ўзи қилиши керак). Бу муолажани кўз тўлиқ тозаланмагунга қадар кунига 4 маҳал ўтказилиши шарт .
- Кўз тозалангандан сўнг, юқори қовоқустига 1%ли тетрациклин малҳамини қўйилади. То кўз қизариши, шиши, ёпишиши ва йиринг ажралиши тўхтамагунча бу муолажани давом эттириш керак бўлади.

Хламидиоз профилактикаси:

Янги туғилган чақалоқларда хламидия конъюнктивитининг профилактикаси:

- Универсал профилактик кўрсатма туғилгандан сўнг 1 соат мобайнида 0,5%ли эритромицин ёки 1%ли тетрациклин малҳамларини чақалоқнинг иккала кўзига суртиш.

Гепатит В билан касалланган онадан туғилган чақалоқни олиб бориш тактикаси.

Гепатит В га қаршивакцина, иммуноглобулин, шунингдек уларни биргаликда қўлланилиши гепатит Вга юзаки антиген анализи натижалари мусбат бўлган аёллардан туғилган чақалоқларнинг гепатит В билан зарарланиш кўрсаткичини пасайишига олиб келади.

Гепатит В профилактикаси:

Гепатит В профилактикаси учун умумий тавсиялар:

- Ҳимояланмаган жинсий алоқадан қочиш
- Гепатит В га қарши доимий эмланиш гепатит В профилактикасида бирламчи стратегия ҳисобланади.
- Инъекция игналарини 1 мартаба ишлатиш лозим.
- Асбобларни бирламчи ишловисиз татуировка и пирсинг қилмаслик лозим.
- Ишлатилган игналарни қайта ишлатиш мумкин эмас.
- Маникюр/педикюр асбобларини умумий ишлатмаслик лозим.
- Гепатит В га чалинган аёл туғруғида махсус чоралар кўриш керак.
- Эмланишдан сўнг она сути билан боқишга қарши кўрсатма йўқ.

Даволаш. Онада ўткир инфекцион жарён клиникаси бўлмаганда болаларни она сути билан овқатлантириш лозим. Гарчи ҳозирги вақтда она сути билан цитомегаловирус ажратмаётганлигига ишонч ҳосил қилиниши ғоят муҳим саналади.

ҲИИ да специфик даво (24 – жадвалга қаранг) нозологик ташхис қўйилгандан кейингина бошланиши мумкин, у одатда иммунологик ва ёки микробиологик текширувларда тасдиқланган бўлиши керак.

Профилактикаси. Кўпчилик ҲИИ лар жинсий йўл билан ўтадиган кўзғатувчилардан пайдо бўлади, шунга кўра аҳолини тиббий ва ахлоқий саводхон қилиш, тасодифий жинсий алоқаларни истисно қиладиган ҳаёт

тарзи-ҲИИнинг олдини олишда жуда муҳимдир. Туғма қизилчанинг олдини олиш тегишлича эмлаш ҳисобланади. Россияда ҳомиладор аёлларни ҳисобга олишда ва кейинги ҳомиладорлик даврларида захм, токсоплазмоз, В гепатити ва ОИВ инфекцияси, қатор регионларда эса хламидиялар, микоплазмоз вагинал инфекцияларга текширилади.

Бактериал амнионит (Б.А.)

Б.Анинг клиник жиҳатдан яққол шакллари ўз вақтидаги туғруқларда 0,5 – 1 % ни ташкил этади ва вақтидан илгари туғруқларда 16 % гача кўпаяди.

Б.А этиологияси шартли – патоген гуруҳидаги ҳар хил микроорганизмлардан иборат. Тури жиҳатидан В гуруҳидаги стрептококклар, энтерококклар, спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар, замбуруғлар аҳамиятлидир. Амнион суяқликка инфекция тушиши ҳомила интранатал гипоксияси ривожланишига, амнион суяқлигининг вақтидан илгари кетишига ва ҳомиладорликнинг тўхтатишига, туғруқдан кейинги даврдаги инфекцион яллиғланиш асоратларига олиб келади. Инфекция тушган ҳомила олди сувларини ютиш ва аспирация янги туғилган чақалоқда пневмония, гастроэнтерит, ларингит ёки септицемия авж олишига олиб келади. Инфекцион муҳит билан бевосита мулоқотда бўлиш чекланган яллиғланиш: отит, конъюнктивит, омфалит чақириши мумкин.

Амнион бўшлиғида инфекцион жараён ўткир, субклиник носпецифик симптоматика билан, шунингдек латент кечиши мумкин. Амнион ичидаги инфекцияни топиш усуллари анамнестик, клиник ва лаборатор маълумотлар йиғиндисига асосланади.

Бактериал вагиноз (БВ)

Бактериал вагиноз ҳомиладорликда қин микроэкологияси дастлабки бузилишларининг энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади. Ҳомиладорларда мазкур патологиянинг учраши 27 – 35 % ни ташкил қилади. Микробиологик нуқтаи назарлардан БВ ни яллиғланмайдиган инфекцион синдром сифатида

қараш лозим, бу облигат анаэроб микроорганизмларнинг юқори даражаси ва лактобацилалар миқдорининг кескин пасайиши ва ёки уларнинг қин суяқлигида бўлмаслиги билан характерланади. Бактериал вагинозда бактериялар миқдори 3,4 тартибга кўпаяди ва $10^9 - 11^{11}$ КОЕ/мл га етади. Ҳомиладорликда БВ ҳомиладорликнинг охирига етмаслигига, ҳомила олди сувларининг вақтидан илгари кетиши, вазни кам болалар туғилиши, ҳомиланинг ичи инфекцияланиши, туғруқдан кейинги даврда йирингли яллиғланиш асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

Кандидоз

Вульвовагинал кандидоз *Candida albicans*, шунингдек *Candida Torulopsis* нинг бошқа турлари ва бошқа ачитқисимон замбуруғ томонидан қўзғатилади.

Касаллик симптомларига: вульва соҳасидаги қичишиш, қин ва вульва соҳасидаги эритема, ачишиш билан кечади, оқ рангли сузмасимон ажралмалар ажралади.

Ҳомила ривожланиш даврида ҳомиланинг замбуруғлар билан инфекцияланиши камдан – кам учрайди, ваҳоланки ачитқисимон замбуруғлар ҳомиладорларнинг 70 – 80 % ида учрайди. Янги туғилган чақалоқларда бошмиянинг замбуруғлардан зарарланиш ҳоллари тасвирланган, бунда специфик некротик продуктив яллиғланиш билан бирга псевдомицелий ипчалари ва замбуруғларнинг споралари аниқланган. Ҳомилага инфекция тушганда ва унда тарқалган кандидоз инфекция ривожланганда, одатда ҳомиладорликнинг вақтидан олдин тўхтатилиши кузатилади.

Жинсий йўл билан ўтадиган қин инфекциялари

Микоплазмали инфекция

Генитал йўлнинг шартли патоген микроорганизмларига тааллуқли *M.genitalis* ва *U. Urealyticum* нинг этиологик аҳамияти бор. *U. urealyticum* нинг ажралиш сони (частотаси) 50 – 75 %, *M. hominis* – 20 – 25%.

Ҳомиладорлик даврида микоплазмаларнинг униб чиқиши 1,5 – 2 мартага кўпаяди, бу микробиоценоз характерининг ўзгариши билан изоҳланади. Микоплазмаларнинг патогенлик омилларига ҳар хил ҳужайраларга (эпителий, лейкоцитлар, сперматозоидларга) ёпишиб, токсик ва деструктив таъсир кўрсатиши ва жуда ҳаракатчанлигини қайд этадилар. Инфекция тушиши ҳомиладорларда асоратлар ривожланишига олиб келади. Ҳомиладорликнинг узилиб қолиши, кўп сувлилик, ҳомила олди сувларининг вақтидан олдин кетиши, хориоамнионит, ҳомила ривожланишининг кечикиши шулар қаторига киради. Ҳомилага инфекция юқиши сони 3 – 20 % ни ташкил этади. Инфекция кўпинча юқорига кўтарилувчи йўл орқали юқади.

Микоплазмалар кўз, нафас йўллари, меъда – ичак йўли ва ҳомиланинг жинсий аъзоларининг шиллиқ пардаларига тушиб, эпителий крипталарида жадал кўпаяди. Янги туғилган чақалоқларда инфекция пневмония, менингит, конъюнктивит, тери ости абсцесслари кўринишида намоён бўлади. Микоплазмали пневмония одатда интерстициал табиатга эга. Пневмония микоплазмали менингит ва менингоэнцефалит билан бирга кузатилиши мумкин.

Ташхис қўзғатувчини микробиологик, серологик усуллар, бевосита ва билвосита иммунофлюоресценция, иммунофермент анализ, полимераз занжирли реакция ва ДНК диагностикаси ёрдамида идентификация қилишга асосланган.

Ҳомила ичи микоплазмозининг клиник ташхисини тасдиқлаш мақсадида йўлдош ва ҳомила пардаларини гистологик текшириш катта аҳамиятга эга, бу усул инфекцион жараён учун хос яллиғланиш дегенератив ўзгаришларни аниқлаб беради.

Ҳомила инфекцияланишининг олдини олиш мақсадида, анамнезида бола ташлаш, сурункали аднексит, вақтидан илгари туғруқлар, пиелонефрит бўлган ҳомиладор аёлларда текшириш ўтказилиши шарт.

Хламидиоз

Касаллик кўзгатувчиси – *Chlamidia trachomatis* (D дан K гача серотипи). Жинсий алоқада юқади. Ҳомиланинг хламидиялар билан инфекцияланиши антенатал ва интранатал даврда, ҳомила олди сувлари билан асперация натижасида рўй беради. Янги туғилган чақалоққа инфекция онадан (жинсий йўлларида туғилаётганида) юқади. Ҳомиладорларда хламидиянинг учраш сони 10 дан 40% гача ўзгариб туради.

Ҳомидаликнинг кечиши ҳомиладорликнинг узилиш хавфи, илк муддатларда спонтан абортлар, ривожланмаётган ҳомиладорлик, вақтидан илгари юз бераётган туғруқлар, йўлдош шаклланиш нуқсонлари, ҳомила пардаларининг бевақт йиртилиши, туғруқ фаолиятининг кучсизлиги, ҳомила ичи гипоксияси билан тавсифланади. 19 % инфекция тушган янги туғилган чақалоқларда конъюнктивит ва 16 % ида пневмония ривожланади.

Трихомоноз

Кўзгатувчиси – *Trichomonas vaginalis* касаллик асосан жинсий йўл билан юқади. Ҳомиладорлик даврида инфекция тушиши ҳомиладорликнинг узилиб қолишига, ҳомила пардаларининг вақтидан илгари йиртилишига, ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг интранатал инфекцияланишига олиб келади.

Ҳомиладорликда ўзига ҳос белгилар жинсий йўллардан сарғиш рангли ёқимсиз ҳидли кўпиксимон ажралмалар келиши, вульва соҳасида қичиши, ачишиш, дизурия ҳос.

Ташхиси қин чайиндиси, қиндаги ажралма, цервикал канал ва уретра суртмаларини микроскопия қилиш асосида қўйилади (метилен кўки билан бўяш). Сурункали кечишида иммунофермент анализининг аҳамияти катта.

Сўзак

Касалликнинг кўзгатувчилари *Neisseria gonorrhoeae*– аэроб грамманфий диплококлар ҳисобланади.

Касаллик белгилари: қиндан бадбуй ҳидли шиллиқ-йирингли ажралма ажралади. Ҳомиладорлик даврида инфекция тушиши ҳомиладорликнинг вақтидан илгари тўхташига, ҳомила пардаларининг барвақт йиртилишига,

хомилага инфекция юқишига олиб келади. Хомила туғруқ вақтида ёки инфицирланган амнион суюқлиги орқали зарарланади; бленнорея, вульвовагинит, анус ва ютқун соҳасида яллиғланишжараёнлари билан юзага чиқади. Касалликка ташхис қўйиш учун микроскопик ва культурал усуллардан фойдаланилади.

Хомиладорлар ва янги туғилган чақалоқларда ОИВ инфекцияси

ОИТС –орттирилган иммун танқислик синдроми, одам иммун танқислиги вируси – ОИВ келтириб чиқарган касаллик. Бу касалликни ОИВ –инфекция деб аталиши тўғрироқ ҳисобланади, ОИТС эса унинг охириги босқичи ҳисобланади. Бугунги кунда бу касалликнинг радикал патогенетик давосийўқлиги сабабли, ОИВ –инфекцияси ОИТС билан касалланишга ва ўлимга олиб келади. Касалликнинг олдини олиш чора тадбирлари доимо такомиллашиб бораётганлиги, даволаш усуллари ОИВ – инфекцияланган беморлар ҳаёт сифатини ва умр давомийлигини жиддий ўзгартиради. Шунга қарамай, ОИТС ўлимга гирифтор қиладиган, тузалмайдиган касаллик ҳисобланади.

ОИТСнинг эпидемиологияси

ОИТС клиник белгилари биринчи марта 1981 йилда тасвирланган, касалликни қўзғатувчиси 1983 йилда топилган, 1985 йилга келиб, вирусни қонда аниқлаш усуллари ишлаб чиқилган.

ВИЧ - инфекцияга диққат эътиборининг ошиши мазкур касалликнинг ўлим билан якунланиши ва жаҳонда тез суръатлар билан тарқалаётганлигига боғлиқ. Агар 1988 йилда дунёнинг 135 мамлакатаида 120 минг ОИТСҳоллари руйхатга олинган бўлса, 1996 йилга келиб касаллик юққан кишилар 22,5 млн га етди. Шунинг учун ҳам бу касалликни «20 аср вабоси» деб аталади. 1999 йил охирига келиб, ОИВ – инфекцияли кишилар сони 33,6 млн га етди. СПИД дан 1981 йилдан бошлаб қарийб 50 млн. киши вафот этди. Йил сайин жаҳонда СПИД дан 7 миллион бемор ҳаётдан кўз юмади. ВИЧ-инфекция

пандемияси глобал миқёсдаги ижтимоий-сиёсий муаммо ҳисобланади ва ўз оқибатларига кўра уни қурбонлар сони бўйича ҳам, етказилган иқтисодий зарар бўйича ҳам иккита жаҳон урушлари билан таққослаш мумкин.

Россияда биринчи ОИВ – инфекцияси билан зарарланиш ҳодисаси 1987 йилда Москвада рўйхатга олинган. РФ да ВИЧ-инфекциянинг ўсиш суръатлари дунёдагидан 4 марта паст, бироқ 1999 йилдан бошлаб касалланишнинг ўсиши кўчкисимон тус олган. Жаҳонда ОИВ– инфекция билан касалланишнинг 60%и жинсий йл билан юқади, парентерал юқиш йўли асосан гиёҳвандлар орасида фақат 10% ни ташкил қилади. Россияда ҳозирча парентерал юқиш йўли (гиёҳвандлар) устунлик қилади – 85%.

Этиологияси ва патогенези

Одам иммун танқислиги вирусини ретровируслар синфига киради. Вирус хўжайиннинг фақат тирик хўжайраларида репродукцияланади, уларга қонда бўладиган одам иммун системасининг муайян хўжайралари, биринчи галда CD4 T – лимфоцитлар(уларнинг эски номи T4 ёки T-хелперлар) киради.

Вирус хўжайрага ёпишиб, унинг ичкарасига киради ва кўпая бошлайди. Бу жараён вирус репликацияси дейилади. Вирус репликациясининг биринчи босқичи вируснинг ферменти таъсирига – тескари транскриптазага боғлиқ, бу унга ўз генетик ахборотини хўжайин хўжайраси генетик кодига интеграцияқилиши хусусияти орқали, нусха ҳосил қилишига имкон беради. Протеаза деб аталадиган фермент вирусга хўжайин организмнинг янги хўжайраларига юқтирилиши мумкин бўлган янги вирус нусхаларини ҳосилқилиши учун зарур. Одамнинг инфекцияланган хўжайраси ҳар бири бўлинишда янги вирус нусхасини ҳосилқилади. ОИВ хўжайранинг ташқи пардаси оқсилларининг генетик структурасини ўзгартириш ва хўжайин иммун системасини аниқлашдан сақлаш қобилиятига эга.

ОИВ узоқ вақтгача касалликнинг бирор-бир белгиларисиз кечиши мумкин (ОИВ – инфекциясининг латент босқичи). Сўнгра генетик хўжайранинг материали фаоллашади ва янги вирус ишлаб чиқара бошлайди,

бу муайян шароитларда хўжайин хужайрасидан озод бўлади ва бошқа хужайраларни зарарлайди. Бундай шартлардан бири иммунтизими бирламчи зарарланган хужайраларнинг пролиферациясини фаоллаштирувчи иммун жавоб стимуляцияси ҳисобланади. Иммун тизим фаолиятининг ОИВ томонидан бузилиши натижасида, иммун жавобда асосий аҳамиятга эга бўлган CD4 лимфоцитлар субпопуляцияси заифлашади. Вирус репродукцияси натижасида зараланган Т – лимфоцитлар ўз навбатида емирилади, уларнинг иммун регуляторлик функциясининг самарадорлиги ҳам пасаяди, натижада иммун танқислик ҳолати юз беради – одам организми уни зарарлантирадиган ҳар қандай, жумладан инфекция омилларига ҳимоясиз бўлиб қолади (ОИВ – инфекциясининг клиник босқичи ОИТС бошланади). ОИВ- инфекцияси Т – лимфоцитлардан ташқари, В – лимфоцитларни, макрофагларни ва нерв хужайраларини ҳам зарарлайди. Шунинг учун ОИТСбилан касалланган беморларнинг муайян қисмида хотиранинг тобора авж олиб борадиган пасайиши, деменция, энцефалитлар ва менингитлар неврологик симптомлари кузатилади.

Одам иммунитетнинг учала босқичидан – лимфоцитлар, фагоцитоз (лейкецитлар) ва лимфа тугунлари (антитаналар ишлаб чиқариши) – ОИВ биринчисини (касалликнинг бошланишидан) ва охирини (персистенцияловчи лимфоденопатия деб аталадиган босқичини) зарарлайди.

ВИЧ турлари

Молекуляр моделлаш усули одам иммун танқислиги вирусларининг умумий аждоди борлиги ва бундан камида 30 йил муқаддам пайдо бўлганлигини исботлаган. Ўзининг одатдаги хужайини – яшил Африка мартишкалари ҳисобланади, бу маймун учун Т – лимфотроп нопатоген вирус, унинг провируси, ўтмишдоши ҳисобланади. Вирус одамга хайвон уни жароҳатлаганида тушган бўлса керак, деб тахмин қилинади. Одам организмида вирус қатор мутацияга учраши, натижасида унинг оралик шакллари, аввало ОИВ – 2 вирулент типи бўлган (Ғарбий Африканинг Катар

мамлакатлари учун хос) кейин унинг 1985 йилда аниқланган энг фаол, патоген варианты – HTLV-III (ВИЧ – 1) топилган. ОИВ – 1 Шимолий Америка ва Оврупа мамлакатлари жумладан Россия аҳолиси орасида энг куп тарқалган.

Тузилиши бир хил, таърифи (характерискаси) ўхшаш бироқ генетик коди хар хил ОИВ кенжа турларининг 17 варианты (ёки субвируслар) фарқилинади. ОИТС клиник кўринишининг турли – туманлиги кўп жихатдан ОИВ – 1 кенжа турларининг турли – туманлигига боғлиқ. Ҳозирги вақтда 50% ҳолларда С кенжа тури топилди. Е субвируси клиник жихатдан ўта оғир ҳисобланади; унинг даражаси жаҳонда тобора ошиб бораяпти. ВИЧ вирус турлари ва кенжа турларидаги тавофутларга карамай, улар кўзғатадиган касалликнинг клиник кўриниши ўхшаш тусга эга.

ОИВ вирусини одам қони, сўлаги, спермаси ва қин секретини, шунингдек сийдигини, ахлатини ва кўз ёшидан ажратиб олишга муваффақ бўлинди. Янги туғилган чақалоқларда нафас йўллари ва меъда – ичак йўлидан топилади. ВИЧ асосан макрофагларда, қон лимфоцитларда, моноцитларда, сперма ва қин ажралмаларида йиғилади деб тахмин қилинади. Жинсий йўл билан юқиш хавфи ҳайз кўриш вақтидаги жинсий мулоқотди кучаяди. Аини пайтда вирус маиший йўл (тер, сийдик ахлат, кўз ёшлари ва сўлак) билан ўтмайди деб ҳисобланади. ОИВ – инфекцияли беморлар турмушда хавфсиз ҳисобланади, шунингдек ҳашоротлар чаққанида, овқат, сув, ич кийимларидан юқиш эҳтимоли исботланмаган.

Вирус шикастланмаган тери ва шиллик пардалар орқали ўтмайди. Эндометрий тўқималари (ҳайз кўриш, эндометрит, дисфункционал қон кетишлар) қин (вагинит), бачадон бўйинчаси (эндоцервит, эрозия), тўғри ички ва уретра тукималарининг яллиғланишида, организмга ОИВ – юқишига сабаб бўлиши мумкин. ОИВ инфекциянинг ўтиш йўллари 4 – жадвалда курсатилган. Жинсий йўл билан юқадиган касалликлар билан ОИВ – инфекция ўртасида чамбарчас алоқа борлиги исботланган (5 – жадвал). Жинсий аъзоларнинг шанкроид ва захм кўзғатган яралар, яширин инфекция

(айниқса хламидиоз) билан зарарланиши натижасида, эпителиал қатламлар ўтказувчанлиги ошиб кетади ва ОИВ нинг тўқималарга кириб бориш пенетрация хавфи ҳам ошади.

ОИВ – инфекцияланган шерик билан презерватив қўллаш биланбир йил давомида доимий жинсий алоқада бўлганда, юқиш эҳтимоли 10 – 15% ни ташкил қилади.

29 - жадвал-

ОИВ ўтиш йўллари

Жинсий

Гетеросексуал алоқа орқали (эркак – аёл)

Вагинал, анал, орал секс(оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси зарарланганда)

Гомосексуал алоқа орқали (эркак – эркак)

Анал секс

Парентерал

Қонва қон ўрнини босувчи воситаларни қуйиш

Аъзолар ва тўқималар донорлиги

Ностерилигна билан инъекция қилиш

Гиёҳвандларнинг инъекция игналаридан такрорий фойдаланиши.

Тиббиёт ходимларига операция вақтида терисини тасодифан шикастлантирганда очик жароҳат орқали, биринчи ёрдам кўрсатишда инфекция тушиши.

Перинатал

Трансплацентар

Туғруқ даврида (травматик)

Лактацион

Янги туғилган чақалоқни эмизаётганда

ОИВ – инфекция ва жинсий йўл билан юқадиган касалликларнинг бирга учраши(ЖЙНОК) (В.В. Пекровский, 1996).

ОИВ + Сўзак – 24%

ОИВ + Трихомоноз – 40%

ОИВ + Хламидиоз – 17%

ОИВ + Грам (+) флора чақирган касалликлар – 50%

ОИВ + Грам (–) флора чақирган касалликлар – 50%

ОИВ + Замбуруғ инфекцияси – 69%

ОИВ– инфекция диагностикаси

Ҳозирги вақтда диагностиканинг асосий усулиқон зардобини вирусга нисбатан антитаналар борлигига текшириш. Текшириш 2–босқичдаўтказилади.

1.Иммунофермент скрининг, ОИВ антитаналарига қарши антитаналар суммар спектрини иммунофермент усулда топишга йўналтирилган (ИФА – 50). Бирламчи ва назорат скринингги фарққилинади. Агар учта текширишлардан иккитасида мусбат натижа олинган бўлса, 2 – эксперт (мажбурий) босқич ўтказилади.

2.Иммун блотинг – специдик антитаналарни ОИВ – айрим структур оқсилларга (парда генлари, вирус ўзаги (сердцевина), вирус ферментлари) текшириш. Факат иккинчи босқич мусбат натижа берган лаборатория ташхиси – ОИВ – инфекция аниқланиши мумкин.

ОИВ – инфекция лаборатория ташхис аниқланган шахслар чуқур клиник – лаборатор текшириш ва касалликнинг босқичини ойдинлаштириш учун ихтисослашган стационар тиббий муассасасига юборилади.

Текшириш тугаллангандан сўнг узил – кесил клиник ташхис ОИВ – инфекция (ОИТС) аниқбўлади. Ташхис аниқ ёзилган маълумотнома инфекцияни тарқатмаслик учун жавобгарлиги тўғрисида тилхат билан берилади, бемор имзоси бўлган иккинчи нусхаси касаллик тарихига ёпиштирилади. Ташхис 3 киши (бўлим бошлиғи, даволовчи врач ва яна битта врач) иштирокида эълон қилинади. Бемор маълумотномани олишдан бош тортса, касаллик тарихига унинг олинмагани ёзиб қўйиб эълон қилинади. ОИВ – инфекцияни тарқатгани учун РФ жинойий кодексига биноан жинойий жавобгарлик кўзда тутилган.

ОИВ – инфекцияга текширилиши зарур бўлган шахслар

ОИВ билан инфекцияланганлар сони ўсиб бораётганига карамай, аҳолини вирус ташувчанликка ялпи мажбурий текшириш билан қамраб олинмаган. Кўпчилик ҳолларда бу муолажа фақат ихтиёрий ҳаракатларга эга. ЖССТ қоидаларига биноан ОИВ га мажбуран зўрлаб текшириш ман қилинган, стационарларга режа асосида юбориладиган, санаторий – курортда даволашга, психоневрологик интернатларга, қариялар уйларига борадиган беморларни ОИВ – инфекцияга асоссиз текширишни талаб қилиш таъқиқланади. Бундай шартларда аниқланмаган (ёки яширилган) ОИВ – инфекциянинг атрофдаги шахсларга, даволаш муассасаларининг тиббиёт ходимларига ўтиш хавфи кескин ортади. Иккинчи томондан ҳар қандай шахсни уз ихтиёрига кўра яширин (аноним) текшириш мумкин.

Қуйидаги шахслар мажбурий тиббиёт текширишдан ўтишлари керак:

1. Касаллик хавфи ёки ОИВ – инфекция ўтиш хавфи ошган гуруҳ;

- а) қон, сперма, тўқималар ва аъзоларнинг донорлари (ҳар гал донор материали олинаётганда);
- б) айрим, аввало тиббиёт касбидаги, ОИВ юқиш хавфи юқори бўлган ходимлар – гематологлар, реаниматологлар, гинекологлар, хирурглар, лаборантлар ва қон қуйиш станцияларининг ходимлари ва бошқалар. (Ишга қабул қилишда ва доимий тиббий кўрикларда);

- в) ҳомиладорлар (ҳомиладорликнинг ҳар бир триместри);
- г) хорижга узок муддатга (3 ойдан ортиқ) хизмат сафарига борадиган шахслар.

2. ОИТС билан касалланган беморлардаги клиник белгиларга ўхшаш ҳолатларда.

ОИВ – инфекция клиникаси (босқичлари).

ОИВ– инфекция босқичларининг клиник таснифи (В.И.Покровский 1989) инкубация, бирламчи белгилар, иккиламчи касалликлар ва терминал босқични ўз ичига олади.

1.Инкубация босқичи. (3 ойгача) Бу латент даврида («дарча фазаси») қонда вирусга нисбатан антитаналар йиғилади, вирусга нисбатан тест манфий, касалликнинг клиник манзараси йўқ бўлади. Бемор ўзини соппа – соғ сезади, шикоятлар қилмайди, бироқ шу вақтнинг ўзида ва касалликнинг охирига қадар атрофдагиларга юқиш нуқтаи назаридан хавф туғдиради. Парентерал (наркомания) юқишда касалликнинг юзага чиқиши кучаяди.

2. Бирламчи белгилар босқичи.

А. Ўткиринфекция (ёки сероконверсия фазаси). Аксарият 2 – 3 ҳафта давом этади. (1 кундан то 2 ойгача); қонда вирус миқдорининг кескин кўпайши, сўнгра нисбатан пасайиши билан ҳарактерланади. Клиник жиҳатдан иситма (лихорадка) ва вирусли респиратор касаллик белгилари («сероконверсион касаллик») билан намоён бўлиши мумкин. Бу босқич касалланган беморларнинг фақат 20 – 50% да қайд қилинади.Кўпинча лимфа тугунларнинг қисқа вақтга катталашиши ҳисобига янглишиб мононуклеоз, деб ташхис қўйилади.

Б. Белгиларсиз инфекция (1 – 8 йил).ОИВ – инфекциянинг бемор учун энг давомли ва тинч босқичи ҳисобланади. Шикоятлари ва клиник белгилари бўлмайди, организмда вируснинг аста – секин, бирин – кетин йиғилиши кузатилади. Шу билан боғлиқҳолда,умумий иммунитетнинг пасайиши

натижасида, бу босқичнинг охирига келиб персистенцияли тарқалган лимфоаденопатия ривожланишига олиб келади.

В. Персистенцияли тарқалган лимфоаденопатия.

Зарарлангандан 10 – 11 йил ўтгач ОИВ – инфекцияланганларнинг тахминан 50% ида касалликнинг 3 – босқичи ёки асли ОИТС ривожланади.

3. *Иккиламчи касалликлар босқичи.* Клиник кўриниши ОИТС – боғланган симптом ва синдром комплекси (ССК) пайдо бўлиши билан характерланади, бунда лимфа тугунларининг катталашishi билан иситмакузатилади, тана вазнининг тобора пасайиб бориши, диарея, қўшилиб келадиган (оппортунистик) инфекциянинг ҳар хил турлари, неврологик симптоматика, қоннинг онкологик патологияси (Т – хужайрали лейкоз) ва тери патологияси (Капоши саркомаси), тарқалган инфекциялар қўшилади. Бу босқичда А, Б ва В босқичлар фарққилинади (тарқалган инфекциялар).

4. *Терминал босқич.* Ташхис қўйилгандан кейин бир йил ичида 50% гача беморлар, 3 йил ўтгач – 80% беморлар нобуд бўладилар. Касаллик камдан–кам ҳолларда 2 – босқичда тўхтади, бунда одам бир умр вирус ташувчи бўлиб қолади.

СПИД да беморнинг бевосита ўлимига (учраш сонига кўра) қуйидагилар сабаб бўлади; тарқалган инфекциялар, гепатит, ўпка раки, юрак қон томирлари потологияси.

ОИТС ва ОИВ – инфекциясининг давоси

ОИВ – инфекцияни даволаш учун радикал специфик препарат ҳозирги вақтгача яратилмаган. Мавжуддори воситалар аввало вирус ривожланишининг ҳаёт циклига турли ферментларига таъсир қилиш орқали, ОИВ – инфекция ривожланишининг специфик олдини олишга мўлжалланган.

Уларга:

1) *тесқари транскриптазининг нуклеозид аналоглари (ингибиторлари)*, булар хўжайиннинг тирик хужайрасига, унинг геномга киришидан олдин, юқишнинг бошланғич босқичида тушган вирусни боғлашга қаратилган, бу

вақтда вирус ҳали беқарор ҳисобланади (ҳаёт муддати 1 сутка). Уларга мамлакатимизда энг кўп ишлатиладиган цитовудин (азидотимидин), ламивудин ва бошқалар киради. Бу препаратлар ОИТС антиретровирус терапиясида (АРТ) асосийдори воситаси сифатида қаралади;

2) *протеаза ингибиторлари* вируснинг кўпайишига имкон берувчи бу фермент, у геномга кирганидан кейин уни блоклайди. Бу босқичда вирус барқарор (ҳаёт даври 1 йил) дори воситалари таъсирига бирмунча чидамли бўлиб қолади. Бу қатордаги препаратларга саквиновир, ритонавир, индинавир, нельфинавир киради;

3) *тескари транскриптазининг нуклеозид ингибиторлари* – невирапин, делавирдин, ловирид – булар мамлакатимизда ҳали кенг қўлланилаётгани йўқ.

ОИВ– инфекциясини енгишда ҳар хил гуруҳлардаги препаратларни қўшилган ҳолдақўллаш яхши натижа беради. 1997 йилдан бошлаб, бундай усулдақўллаш ҳар йили дунёда ОИТС дан ўлимни 61% га пасайтиришга имкон берди.

Бу муолажаларнинг самараси маълумотларига кўра, АРТ ни интерферон қаторидаги (эндоген итерферон индукторлари)дори воситалари билан бирга қўлланиш ижобий натижалар берган. Алоҳида АРТ фонида бир курс давомида 10% гача вируслар, циклоферон билан қўшилган ҳолда эса 90% гача интакт бўлиб қолади.

Ҳаммамавжуд АРТ воситаларининг камчилиги. уларнинг ўта заҳарлилиги ва беморларнинг фақат 50%и бу даво курсини енга олади. Гиёҳвандлар одатда чидай олмайдилар.

Специфик даво айрим тоифадаги шахсларда (ҳомиладордан ҳомилага - ҳомила манфаатларини кўзлаб; тиббиёт ходимларига шахсан юқишининг олдини олиш мақсадида,ҳар йили жаҳонда 100 нафаргача шифокорлар зарарланади) ёки асли ОИТС дандаволаш учун (ОИВ – инфекциянинг 2 В ёки 3 А босқичида) амалга оширилади.

Гарчи қатор мутахассислар ОИВ – инфекцияни вирус ташувчилар аниқланган заҳоти, ОИТС клиникаси юзага чиқишига қадар бошлаш керак деб ҳисобласаларда (бу албатта тўғрироқ), ҳозирги вақтда жаҳондаги ҳамма мамлакатлар учун даво кечроқ бошланади. Бу кўп жиҳатдан иқтисодий сабаблар билан боғлиқ, чунки даволаш курсининг нархи жуда юқори.

ОИТС нинг носпецифик профилактикаси организмнинг иммун кучларини мустаҳкамлаш (иммун модуляторлар; умумийқувватини ошириш, витаминлар, энзимотерапия) организмнинг ҳаётий муҳим аъзоларини ватизимлариниқувватлаб туриш, оппортунистик инфекцияларни даволашга қаратилган.

Акушерликда ОИВ эпидемиологияси

ОИВ ташувчилар сонининг кўпайиши муносабати билан, касаллик фонида ҳомиладорлик юз берадиган ёки ҳомиладорлик даврида вирус юқадиган репродуктив ёшдаги аёллар сони кўпайиб боради.

Бундай шароитларда ОИВ – инфекциянинг онадан болага ўтиш хавфи пайдо бўлади. Касалликнинг кечишида ҳомилага инфекцияни юқиш хавфи борлигига қарамай, бемор аёлларнинг фақат озчилик қисми ҳомиладорликни тўхтатишга рози бўлишларини эслатиб ўтиш жоиз. Аксинча кўпчилик аёллар оналик инстинкти (меҳри) туфайли соғлом фарзанд кўриш илинжида ҳомиладорликни ниҳоясига етказишга интиладилар. ЖССТ маълумотлари бўйича бу ОИВ – инфекциянинг онадан ҳомилага ўтиш эҳтимоли (вертикал трансмиссия) 30 – 50% ни ташкил қилиш билан боғлиқ.

Онадан болага вирус ўтиш эҳтимоли бўлган қуйидаги йўллар фарқланади:

Туғруққача (трансплацентар) – озод вируснинг шикастланган йўлдош тўсиғи орқали ўтиши ёки аввал йўлдошнинг зарарланиши;

Туғруқ вақтида – туғруқвақтида аксарият ҳомила тери қопламларидаги микроёриқчалар орқали (жароҳат орқали);

Туғруқдан кейинги (лактацион) – болага кўкрак сути билан ёки айримҳолларда ҳомиланинг шикастланган териси орқали.

Онадан болага вирус ўтиш имкониятини белгилайдиган омиллар

- Вирус (вирус юкламаси – ҳомиладорликда вирус титри ортади, сўнгра яна пасаяди; вирус генотиби хусусиятлари ва унга айрим аҳоли гуруҳларининг индивидуал чидамлилиги).
- Оналик (онанинг иммун статуси, овқатланиш хусусияти аёлнинг умумий ҳолати, феъл – атвор омиллари – промискуитет, ҳомиладорликда антивирус даво).
- Акушерлик (4 соатдан кўп сувсиз давр, туғруқ усули, туғруқда қон кетиши, ҳомила шикастланиши билан ўтадиган акушерлик амаллари, инвазив мониторинг).
- Ҳомилага тааллуқли омиллар (муддатига етмай туғилганлик, генетик омиллар, кўп ҳомилали ҳомиладорлик).
- Чақалоққа тааллуқли омиллар (кўкрақдан овқатлантириш, янги туғилган чақалоқнинг меъда ичак йўли ва иммун тизими).

ОИВ – инфекцияли аёлларда ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврнинг кечиш хусусиятлари

- Ҳомиладорларда анемиянинг кўп учраши (ҳомиладорлик билан боғлиқ ваантитретровирус терапиянинг оқибатида), бу натижасида қон кўрсаткичларини доимий назорат қилиш ва медикаментоз коррекцияни талаб қилади; антианемик давога бир мунча қийинчилик билан берилади.
- Гестозлар – кўпроқ учрайди, бироқуларнинг оғирлик даражаси умуманолганда кам (балки ортиқча диққат – эътибор ва ҳомиладорларни қўли назорат қилиш билан боғлиқдир).
- Жинсий йўл билан ўтадиган инфекциялар (хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз); II – III триместрда жинсий йўлларнинг санациясини талаб этади.
- Ҳомиладорликни давом эттира олмаслик ва вақтидан илгари узилиши, 36 – 37 ҳафтада вақтидан илгари туғруқлар айниқса тез учрайди;

- Ҳомилада тана вазнининг пасайишига мойиллиги (ҳаммада эмас);
- Туғруқданкейинги даврда тукқан аёллардайиринг– септик касалланиш даражасинингошиши (10% гача тукқан аёлларда, жумладан метроэндометрит сони 20 – 30% ни ташкил қилади). Бу қонуният афтидан, тукқан аёллар организмнинг заифлашуви фонида инфекциянинг осонликча қўшилиш ва тарқалиши, ОИВ – инфекцияда иммунитетнинг яққол пасайиши билан боғлиқ.
- Бачадон субинволюцияси тукқан аёлларнинг 1/3 қисмида учрайди. Кўрсатибўтилган хусусиятларига кўра туғруқдан кейинги даврда бачадонни қисқартирадиган воситалардан фойдаланиш, антибиотиклар, метрогил, инфузион даво тавсия этилади.

Сунъий аборт операцияси ўтказилгандан сўнг стационарда 3 кун давомида назоратда бўлиш, бачадонни қисқартирадиган воситалар тайинлаш (но-шпа 2 мл + окситоцин 5 ТБ мушак орасига, кунига 2 марта), метрогил 100 мгвена ичига 2 – 3 кун давомида тавсия этилади. Антибиотиклар – ОИВ– инфекциядакўрсатма бўйича, ОИТС да мажбурий қўлланилади.

Ҳомиладорликда ОИВ – инфекциясини аниқлаш

- Катта диққат эътибор талаб қилинадиган хавф гуруҳлари: донорлар варещипиентлар, гиёҳвандлар (айниқса парентерал), текширувдан ўтмаган ҳомиладорлар, муайян турар жойи бўлмаган шахслар, мигрантлар, илгари тартибсиз жинсий алоқада бўлган шахслар (промискуитет), гуруҳий секс, фоҳишалар.
- Ёш (нисбий омил – ОИВ аксарият ёш шахсларда учрайди).
- Анамнези:С гепатит вирусини ташувчанлик ёки анамнезида гепатит борлиги, юқори нафас йўллариининг сурункали касалликлари, пневмониялар, сурункали пиелонефрит, листериоз,токсоплазмоз, ҳомиладорликкача ноаниқ этиологияли анемия, илгари ноаниқ этиологияли ЭЧТ (эритроцитлар чўкиш тезлиги)нинг давомли ошиши.

- Жинсий йўлларнинг яширининфекциялари (циомегалавирус, генеталгерпес, аксарият – хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз); этиологияси ноаниқ, специфик антибактериал даво фойда бермайдиган сурункали гинекологик яллиғланиш касалликлари.
- Ҳомиладорликнинг кечиш хусусиятлари.
- Кўрик: тери қопламлари, анемиябелгилари; инфекциянинг теридагиаломатлари, жумладан турлича жойлашадиган герпес (учук), ўраб оладиган темиртки, лимфа тугунларининг катталашуви.
- Махсус текшириш:ҳомила оғирлигинианиқлаш, ташқи жинсийаъзолар, кин деворлари ва бачадон бўйинчасининг ҳолати, жинсий йўлларнинг ажралмалари хос.
- Анализлари: қонклиник анализи (иммун танқсиқлиги ҳолатинингбелгилари ҳарактерли қизил қон кўрсаткичларининг пасайиши, ошиши. Бироқ, ҳомиладорлик ҳам – иммун тансиқлик ҳолати. Шунинг учун биринчи галда лимфоцитлар миқдорига аҳамият бериш зарур, уларнинг пасайиши ОИВ инфекция учун кўпроқ хос).
- Умумий сийдик таҳлили – инфекция белгилари. Нечипоренко синамаси (пиелонефрит), сийдик экмаси.
- Бактериоскопия, яширин инфекцияга(хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз, цитомегаловирус, герпес), қонни токсоплазмоз ва листериозга, RW га текшириш, австралия антигенигатекишириш.
- ОИВ инфекцияни аниқлашдаҳомиладорликда ИФА–50 орқали қон таҳлилининг (ҳомиладорликни ҳар бир триместрида) доимий назорати ғоят аҳамияти муҳим ҳисобланади.

ҲомиладорликдаОИВ инфекциясини аниқланган ҳолатдаги ёндашув

ИФА – 50 мусбат натижа олинган тақдирда ҳомиладор аёл кейинги даво олиш учун ихтисослашган тиббиёт марказига юборилади. Хавф гуруҳини ҳисобга олиб, ҳомиладорликнинг кечишига кўра аёл қуйидаги муддатларда шифохонага ётқизилиши керак:

1) 12 – 14 ҳафталарданазорат босқичларларини ўтказиш йўли билан (бирламчи скрининг ва иккиламчи блотинг; иммун ҳолат назорати – иммунограмма) ва ҳомиладорликнинг кечиши хусусида бирламчи текшириш ёрдамида ОИВ – инфекцияси ташхисини тасдиқлаш учун (агар у илгари тасдиқланмаган бўлса);

2) 22 – 24 ҳафталар – профилактик АРТ тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун АРТ ҳомиладорни эмас, асосан бўлажак бола манфаатларини тўлалигича кўзлаб ўтказилади. Олдини олиш даво чоралари ўтказилмаганда ҳомилага вирус ўтиш хавфи 25 – 30 % ни, тўлиқолдини олишда (3 босқич + кесар кесиш + кўкрак бериб эмизишданвоз кечиш) 3 % ни ташкил қилиши аниқланган. Иммун тизимига, умумий қон таҳлилига, даво самарадорлигига баҳо бериш учун қонда антитаналар титри (вирус юкламаси) аниқланади.

АРТ қуйидагича ўтказилади:

- *Туғруққача АРТ* – ҳомиладорликнинг 26 – ҳафтасидан тескари транскриптаза ингибиторлари билан (цидовудин ёки унинг ламивудин билан комбинацияси 500 мг/с дан перорал ҳар куни туғруқ кунига қадар);
- *Туғруқ вақтида АРТ* худди ўша препаратлар билан 2 мг дозада она танасини 1 кг оғирлигига туғруқнинг 1- соатидава кейинроқ 100 мг дан ҳар соатда;
- Туғруқдан кейинги АРТ фақат янги туғилган чақалоқда ўтказилади 6- ҳафта мобайнида шарбат кўринишидаги цитовудин билан, кейинчалик болани 2 ёшга тўлгунча кузатиб борилади.

АРТ билан даволашни аёл ўта қийинчилик билан ўтказади (кўнгил айниши, қусиш, диарея, иситма, бош оғриғи, интоксикация белгилари).

3) ҳомиладорларни 35 – 36 ҳафталарда узил – кесил текшириш ва туғруққа шай қилиш учун шифохонага ётқизилади (ҳомиладорлик асоратлари, инфекцияларни даволаш, жинсий йўллар санацияси);

4) 37-ҳафтада туғруқ учун стационарга олдиндан ётқизиш керак.

ОИВ – инфекция ўта хавфли хасталик бўлганлигидан туғруқларни олиб боришнинг ташкилий жиҳати туғадиган аёлни кейинчалик ҳомилага

юқишини олдини олишга, ҳамда тиббиёт ходимиغا шахсан юқишнинг олдини олишга йўналтирилган тартиб – қоидалар бўлган ихтисослашган махсус стационарга ётқизиш керак.

- Туғадиган аёл учун туғруқни олиб бориш умуман олганда оддий, фақат туғруқларда ҳомилага юқишнинг олдини олиш омилларини ҳисобга олган ҳолда бўлади.
- Туғруқда қон йўқотишнинг ошиши, йўлдош тўсиғининг бузилиши ҳомилага касаллик юқиш хавфини кучайтирди.
- Давомли (4 соатдан кўп) сувсиз даврга йўл қўймаслик. Электив (ҳомила пуфагини ёрмасдан) кесар кесиш ўтказилганда инфекция асоратларнинг сони 26%, пуфак қирқилганда (сувсиз даврнинг тобора ошиши) – 40 % гача.
- Туғруқ йўллари санацияси (диоксидин)
- Туғруқнинг иккинчи даврида ҳомила ва туғруқ йўллари шикастланишини камайтириш, туғруқларни эҳтиётлик биланолиб бориш кесар кесишда туғруқ вақтида юқиш сони 3 % гача пасаяди, операция қилинмаганда ОИВ инфекцияланиш 10,5% га етади. Инфекциянинг юқиш хавфи ҳатто инфекция асоратлар сони ўсмаганда ҳам, қон кетиш сабабли ошади.

ОИВ инфекциясининг болаларга юқиш йўллари қуйидагича:

1. Трансплацентар.
2. Туғруқ йўллари орқали.
3. Кўкрак сути билан овқатлантириш.
4. Парентерал.

Ҳар хил авторлар гапига қараганда ОИВ билан касалланган онадан ҳомилага юқиш частотаси 13 % дан 39 % гача , шундан 90% га яқини интранатал даврга тўғри келади ёки кўкрак билан эмизганда юқади.

Туғма ВИЧ инфекция болани қай вақтда инфекцияланганига боғлиқ. Кўпинча янги туғилган чақалоқларда ҳеч қандай клиник симптоматика кузатилмайди. Унинг 80% болаларда клиник намоён бўлиши биринчи 3 ёшга тўғри келади. Трансплацентар йўл орқали юққанда янги туғилган

чақалоқлар кўпинча муддатига етмай туғилган, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши билан, бош-юз дисморфизмлари ва (кенг бўртиб чиққан пешона, бурун қаншарининг ботиклиги, юқори лаб дўнглигининг бўртиб чиқиши) микроцефалия билан туғилади.

ОИВ инфекциясида кузатилиши мумкин бўлган клиник белгилар бу :

- Биринчи 6 ой давомида нафас етишмовчилигининг ривожланиб бориши (пневмоцист пневмонияси);
- Умумий персистланган лимфоаденопатия;
- Гепатоспленомегалия;
- Трансаминаза ферментларининг кўпайиши;
- Тана ҳароратининг ошиши;
- Узоқ давом этган ич кетиш;
- Геморрагик синдромли тромбоцитопения;
- Анемия;
- Сурункали тери касалликлари (кандидозли дерматит);
- Қайталанувчи инфекцион касалликлар;
- Психомотор ривожланишдан орқада қолиши.

Ташхислаш: Янги туғилган чақалоқларда ОИВ инфекциясини серологик текширувларда аниқлаш жуда қийин, чунки бола қонида она антитаначалари мавжуд, улар қонда 4- 16 ой мобайнида сақланиши мумкин. Агар 16 ойдан кейин ҳам антитаначалар аниқланса, бу ОИВ инфекцияси борлигини билдиради. Катталарга қараганда болаларда вирус титрининг ошиши иммунитет Т лимфоцитларнинг тўлиқ шакллана олмаганлигидан, шунинг учун уларда ОИТС ривожланиши юқори (2 ешгача 70% ҳолларда).

Янги туғилган чақалоқлар ташхисотида ОИВни аниқлаш мақсадида ПЦР реакцияси ўтказилади. Лекин асосий усул бу қон зардобида вирусга қарши антитаначаларни аниқлаш.

Қуйидаги текширув усуллари ўтказилади:

- Иммунофермент скрининг, бу усул ОИВ антигенига қарши умумий антитаначалар спектрини топиш
- Иммуно блотинг текширув - бу ОИВ инфекциясининг айрим оқсил структураларига қарши махсус антитаначаларни аниқлаш.
- Иммунологик текширув (Т- лимфоцитлар сонини аниқлаш). Дастлабки йил давомида Т ҳужайралар таркиби ва сони буйича чуқур ўзгаришлар бўлади (CD4+ ҳужайралар 1 ёшгача умумий миқдорининг камайиши: 1750 та ҳужайра /мм³; агар %ҳисобида бўлса 1 ёшгача: 30%дан камроқ),бу эса ривожланиб бораётган ОИВ инфекциясини характерлайди ва зудлик билан антиретровирус терапиясини бошлаш кераклигидан далолат беради.

Клиник лаборатор усуллар билан беморнинг ҳолатини қўшимча баҳолаш. Бундай баҳолаш қуйидагиларни ўз ичига олади: умумий қон тахлили ва қонни биокимёвий текшириш, жигар ферментлари, амилаза, липаза, суг дегидрогеназалари, иммуноглобулин миқдорини аниқлаш.

Чақалоқ ҳаётининг дастлабки ойдан вирус репликациясининг кучайиши кўпинча уларда цитомегаловирус инфекциясининг ривожланиши билан боғлиқ. Бу маълумотларни инобатга олган ҳолда кўпгина клиницистлар биринчи 6 ой давомида сийдикни цитомегаловирусга культурал текшириш лозимлигини маслаҳат беришади.

Профилактика

Касалликнинг фаол олдини олиш чора-тадбирлари ҳали ишлаб чиқилмоқда. ОИВ билан касал ҳомиладор аёлларни кузатув остига олиб, ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасидан зидовудин бериш керак, кейинчалик чақалоқлар зидовудин билан 6 ҳафта давомида 2 мг/кг оғиз орқали (1,5 мг/кг в/и 30 мин давомида юборилади) ҳар 6 соатда, гестацион ёши ҳали 32 ҳафта бўлмаган муддатига етмай туғилган чақалоқларга ҳар 12 соатда, гестацион ёши 32- 36 ҳафталик чақалоқларга эса ҳар 8 соатда берилади.

Дастлабки вирусологик тести манфий чиққан болаларни қайта 2 ойлигида текшириш лозим ва 4-6 ойлигида яна текширилади.

Чақалоқларга туғилгандансўнг 48 соат давомида ОИВ инфекциясини эрта ташхислаш мақсадида ОИВ ДНКсини ПЦР ёрдамида аниқлаш ёки културал текшириш қилинади.

ОИВ билан касалланган онадан туғилган чақалоқлардаги барча муолажалар медицина ходимлари томонидан перчаткада олиб борилади, токи онанинг қони ювиб ташланмагунча.

ОИВ билан касал онадан туғилган чақалоқларнинг кузатуви 36 ой мобайнида амалга оширилади.

Даволаш

1. Вирусга қарши препаратлар: азидотимидин (зидовудин) 2 мг/кг ҳар 6 соат мобайнида оғизорқали, бошланғич монотерапия учун диданозин 120 мг/м² кунига 2 маҳал.

2. Ҳар 4 ҳафтада гаммаглобулин 400 мг в/и, пасив иммунопрофилактика мақсадида.

3. Пневмоцист пневмония профилактикаси: котримаксозол кунига 1 маҳал 30 мг/кг. Агар болага ВИЧ инфекцияси, деб ташхис қўйилса 1 ёшгача бу профилактика олиб борилади, иммунологик статусга қарамай.

4. Бошқа қўшимча касалликларни даволаш.

5. Тирик полиомиелит вакцинасини эмламаслик лозим.

Янги туғилган чақалоқларнинг туғруқхонадаги кузатуви

1. ОИВ – билан туғилган чақалоқларни туғруқ жараёнини ўзига хос олиб бориш.

- Киндикни кесишдан олдин, иккита қисқич оралиғи хлоргексидинни (сувли еки спиртли) эритмаси билан ишлов бериш лозим.

- Боланинг терисини шикастламаслик учун бирламчи туалетни эҳтиёткорлик билан килиш лозим. Бола терисини совун ва илиқ сув билан ювиш керак. Тери тирналишларида водород пероксидини 3 %ли эритмаси билан, сўнгра хлоргексидинни спиртли эритмаси билан ишлов бериш лозим.

Шиллиқ қаватларни шикастланишларида (тирналишларида) хлоргексидинни сувли эритмаси билан ишлов бериш керак.

- Шахсий маслаҳат вақтидакўкрак билан эмизиш ўрнигасунъий овқатлантириш лозимлигини тушунтириш керак.
- Онадан ҳомилага ўтувчиинфекцияларни (гепатит В, С, сифилис, герпес, ЦМВ) хавфини баҳолаш керак.
- ОИВ инфекциясининг олдини олиш учун вирамун ичириш лозим:
- Вирамун – туғилгандан кейин 48 ва 72 соат оралиғида оғиз орқали сироп шаклида 2 мг /кг берилади. Агар она болани туғишдан 1 соат олдин ичган бўлса ёки ичишга улгурмаган бўлса, бола туғилиши билан 2 марта берилади: 1 - доза 2 мг/кг туғилиши биланок, 2 - си 2 мг/кг туғилганидан кейин 48 ва 72 соат оралиғида берилади.
- Онага кейинги босқичларда болани олиб бориш тактикаси ва диспансер назорати остида бўлиши лозимлиги ҳақида маслаҳат бериш.

Эмлаш

- Ҳамма ОИВ билан касалланган онадан туғилган чақалоқлар туберкулезга қарши БЦЖ вакцинаси билан, эмлаш календарига асосланиб эмланиши шарт.
- Кейинчалик ОИВ билан касалланган онадан туғилган чақалоқларга Ўзбекистон эмлаш календари асосида, болани ёшига қараб қолган эмлашлар олиб борилади.

Овқатлантириш

- ОИВ инфекциясини болага кўкраксути билан эмизиш натижасидаўтиши ҳақида оналарни огоҳлантириш лозим ва уларга сунъий рационал овқатлантиришни маслаҳат бериш керак.
- Агар чақалоқ сунъий овқатлантиришда бўлса, онага болани ҳеч қачон кўкраккақўймасликни тушунтириш керак.

- Тиббиёт ходимлари онанинг сунъий аралашмани тайёрлашни билишига ва болага эҳтиёткорлик билан беришига ишонч ҳосил қилишлари керак.
- Болани овқатлантиришда ҳечқандай камчилик йўқлигига врач ишонч ҳосил қилиши учун, оналар туғруқдан кейин 2 ҳафтаўтгач болани турар жойдаги болалар поликлиникасига олиб чиқишлари зарур.

ЭСЛАТМА: ОИВ инфекцияли онадан туғилган болада ОИВ статуси мусбат бўлиб тасдиқланган бўлса ва кўкрак сути билан овқатлантирилаётган бўлса, кўкрак сутибилан овқатлантиришни давом эттиришни маслаҳат бериш лозим.

Илк гўдак ёшидаги болаларда ўлим клиник белгиларнинг 3 йили ичида 75% га, ўсмирларда 36 % га етади.

ОИВ инфекциянинг индивидуал профилактикаси

Асосий вазифа – ОИВ билан инфекцияланган бемор аёлдан қон ва бошқа биологик суюқликларнинг тиббиёт ходимлари терисига ва шиллик пардаларига, айниқса акушерлик гинекологик операциялар ва муолажалар вақтида юқишнинг олдини олишдан иборат.

Индивидуал профилактика учун тирсакларгача узун ёки совутсимон махсус кийим (фартук, кўлқоплар – одатдагиси 2 жуфт; энгликлар, резина этиклар, қалқонча ёки ҳимоя кўзойнак – яхшиси тоун қарши кийим-бош) дан фойдаланилади. Операция ўтказишдан олдин кўл ва тирноқ бўғимлари 5 %ли йод эритмаси билан артилади.

Иш жараёнида (туғруқ қабул қилиш) кўлқопларга 70%ли спирт эритмаси, 3%ли хлорамин эритмаси, 0,5%ли хлоргексидин эритмаси ва бошқалар билан вақти- вақтида ишлов берилади. Бир марта ечилган резина кўлқоплар такроран ишлатилмайди.

Операция вақтида кесадиган ва санчадиган асбоблар билан ишлашда, ампула ва флаконларни очишда кўлқоп ва кўл терисини шикастланишдан эҳтиётлаш керак.

Қўлларида жароҳат, экссудатив ёки намланувчи дерматит бўлганда тиббиёт ходими операциядан, беморларни парвариш қилишдан ёки парвариш буюмлари ушлашдан четлатилади.

Тиббиёт ходимларининг қўлларига шикаст етганда ёки шиллик пардалари ифлосланганда ходимлар операцияни давом эттиришдан четлатилади. (Ходимларни алмаштиришни кўзда тутиш зарур), бирламчи ишлов берилади (туғруқ залида профилактик аптечка бўлиши шарт). Зудлик билан қўлларга ишлов бериш ва қўлқопларни ечиш, жароҳатдан қонни чиқариш, қўлни оқар сув остида совунлаб ювиш, уни 70% спирт эритмаси билан артиш ва жароҳатга 5 % йод эритмасини суртиш керак.

Қўллар қондан ифлосланганда – 70 %ли спирт эритмаси ёки 3 %ли хлорамин эритмасида ҳўлланган тампон билан артиш, илиқ оқар сув билан совунлаб икки марта ювиш, шахсий сочиқ билан яхшилаб артиш керак.

Қон юз терисига тушганда уни қунт билан ювилади, кўз шиллик пардасини зудлик билан сув ёки 1%ли борат кислота эритмаси билан ювилади; бурун шиллик пардасига 1%ли проторгол эритмаси билан ишлов берилади: оғиз бўшлиғи шиллик пардасини 70 %ли спирт эритмаси 0,05%ли калий перманганат эритмаси ёки 1%ли борат кислота эритмаси билан чайилади.

Кейинчалик шикастланган ходимларни профилактик АРТ учун ихтисослашган марказга жўнатиш лозим. Юқумли қон тери орқали тушганда ОИВ – инфекцияланиш хавфи ўрта ҳисобда 0,3 ни ташкил қилади.

Тери қопламларининг бемор организмида бўлган игнадан чуқур зарарланишларида энг юқори хавф (0,4%) қайд этилади. Терининг юза шикастларида инфекция тушиш хавфи 0,01 % гача ва бундан ҳам камаяди. Бу қон ҳажми ва ОИВ титрига боғлиқ. ОИВинфекцияси ўтиши учун камида 0,1 мл юқумли қон талаб қилинади. Жароҳатланишнинг олдини олиш ОИВ инфекциясини ўтиш хавфини тахминан 79% га камайтиради. АРТ ўтказиш зарурлиги тўғрисидаги масалани шифокор – мутахассис ҳал қилади. Ҳозирги вақтда кўпчилик мамлакатларда игналардан юза шикастланишлар ёки тери

контактлари учун постконтракт профилактикаси тавсия этилмайди. АРТ ни бошлашнинг идеал муддатлари дастлабки 2 соат. Даволанишни бошлашдан олдин ИФА – 50 текшириш ўтказиш зарур. Қайта тестлаш 6 ҳафта, 3 ва 6 ой ўтгач ўтказилади.

Инфекция тушган материал кийимга текканда бу жой зудлик билан 6 % водород пероксид эритмаси билан ишлов берилади, қўлқоплар зарарсизланади, кийим ечилади ва 3%ли хлороминга солиб қўйилади. Зарарланган кийим остидаги қўл териси ва бошқа соҳалар 70%ли спирт билан артилади. Юқумли боғлов материали, кийим (бир марталик), пойафзал пластик қопчиққа солинади ва куйдиришга берилади. Инструментлар дезинфекцион эритмага солинади, тозалаб ювилади ва иссиқлик билан ишлов берилади.

Инфекция тушган материал пол, деворлар, мебел – жиҳозларга тушганда унга 6 %ли водород пероксид эритмаси ёки 3%ли хлоромин эритмаси қўйилади, сўнгра дезинфекцион эритмага ҳўлланган латта билан артилади.

ОИВ билан касалланган аёлга биринчи ёрдам кўрсатишда қон билан бевосита мулоқотда эҳтиёт бўлиш керак. Оғиздан оғизга сунъий нафас олдирилаётганда ОИВ ўтиш ҳоллари қайд қилинмаган. ОИВ – инфекцияланиш мавжудлиги беморларга бундай ёрдам турларини бермасликка сабаб бўла олмайди.

Тест саволлари:

1. Антенатал ўлим кўрсаткичи

1. Яшаш қобилиятига эга бўлган ҳомилани туғруккача даврда нобуд булиши.

2. Туғруқ даврида нобуд бўлган ҳомила миқдори.

3. 1 ойгача болаларни нобуд булиши.

4. 1 ёшгача ўлган болалар сони

5. 1 ёшлик ўлган болалар сони

1

2. Болалар ўлим кўрсаткичи

1. 2 ёшгача ўлган болаларни 100 та тирик туғилганларга нисбати

2. 1 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

3. 5 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

4. 3 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

5. 4 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

2

3. Гудак болалар ўлим кўрсаткичи.

1. 2 ёшгача ўлган болаларни 100 та тирик туғилганларга нисбати

2. 1 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

3. 5 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

4. 3 ёшгача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилганларга нисбати

5. 1 ёшгача ўлган болаларни 100 та тирик туғилганларга нисбати

3

4. Перинатал ўлим кўрсаткичи.

1. 28 кунгача туғилиб ва ўлган болаларни 100 та тирик туғилган болаларга нисбати

2. 28 ҳафтагача ўлик туғилган болалар + 28 ҳафтагача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилган болага нисбати.

3. 28 ҳафтадан кейин ўлик туғилган болалар + 1 ҳафтагача ўлган болаларни 1000 та тирик туғилган болага нисбати.

4. 0 дан 6 суткагача ўлик туғилган ва ўлган болаларни 1000 та тирик туғилган болага нисбати

5. 7 суткагача ўлган болаларни 100 та тирик болага нисбати

1

5. Гестацион ёш

1. 28 дан 40 гача бўлган ҳафталар миқдори

2. Охирги хайз циклидан туғилгунгача бўлган тўлик ҳафталар миқдори.

3. Туғруқгача 2 -6 ҳафта миқдори Количество недель от 2-6 недель родов

4. Туғруқгача 30 -42 ҳафта миқдори

5. Туғруқгача 20 -25 ҳафта миқдори

2

6. Янги туғилган чақалоқлар: 1) Муддатига етиб туғилган 2) Муддатига етмай туғилган 3) Муддатидан ўтиб туғилган. Гестация муддати (ҳафталарда): а. 22 -37 б. 38-42 в. 42дан ортиқ

1-а,2-б,3- в

1-б,2-а,3- в

1-в,2-а,3- б

1-б,2-в,3-а

1-в,2-а,3-б

2

7. Чегаравий ҳолатлар

1. Тери катари

2. Тана вазнини физиологик йўқотиш

3. ЯТЧ сариқлиги

4. Жинсий криз

5. Киндик қолдиғининг ботиши

1234

8. Жинсий криз бу :

1. Кўкрак безини катталашиши(мастопатия)

2. Дескваматив вульвовагинит

3. Жинсий органлар шиши
4. Метрорагия
5. Мастит

1234

9. ЯТЧларни физиологик шартсиз рефлекслари (орал автоматизм)га киради
1. Қидирув
 2. Суриш
 3. Кафт-оғиз
 4. Хартумча
 5. Химоя

1234

10. Онада сутнинг миқдори кам булиши сабабини топинг
1. Кўкрак сути билан кам овқатлантириш
 2. Тунда кўкрак сути билан овқатлантирмаслик
 3. Болани кўкракка нотугри куйиш
 4. Вақтидан олдин овқатлантириш
 5. Сабаби йўқ.

1234

11. Кўкрак билан овқатлантиришга қарши курсатма
1. ОИТС
 2. Галактоземия
 3. Фенилкетонурия
 4. Уткир респиратор касалликлар
 5. Кесарева кесиш жаррохлиги

123

12. Тириклик белгиларини тўғри мослигини танланг: гестация муддати мезонлари 1. 22 ҳафта 2. 28 ҳафта 3. 38 ҳафта 4. 40 ҳафта 5. 42 ҳафта а. нафас олиш б. юрак уриши в. Рефлекслар сакланган г. киндик пульсацияси д. хомиланинг ихтиерсиз ҳаракатлари

1-абгд

2-абгд

3-абгд

4-абгд

5-абгд

1

13. Асфиксиянинг интранатал сабаблари

1. ҳомила ичи гипоксияси
2. онанинг соматик касалликлари
3. туғруқ жароҳатлари
4. киндик қовузлоғини тушиши
5. патологик туғруқ

345

14. Асфиксияни антенатал сабаблари

1. ҳомила ичи ишемия ва гипоксияси
2. онанинг соматик касалликлари
3. туғруқ жароҳатлари
4. киндик қовузлоғини тушиши
5. патологик туғруқ

12

15. Асфиксиянинг эрта асоратлари

1. гидроцефал
2. некротик энтероколит
3. мия шиши
4. ички аъзо етишмовчилиги
5. қонни марказлашуви

345

16. Асфиксиянинг кечки асоратлари

1. энцефалопатия
2. геморрагик синдром
3. мия шиши

4. пневмония
5. қонни марказлашуви

124

17. Аппар шкаласи мезонлари бу:

1. Тери коплами
2. Рефлектор фаоллик
3. Юрак уриш сони
4. Нафас олиш сони
5. Мушак тонуси

12345

18. Асфиксияда 4% сода эритмасини қўллашга кўрсатмалар:

1. метаболик ацидоз
2. брадикардия
3. хамма жавоблар тўғри
4. тахипноэ
5. респиратор ацидоз

1

19. Чақалоқларда ҳазм системасининг ўзига хослиги:

1. пилорик сфинктрнинг яхши ривожланганлиги, кардиал сфинктрнинг нозиклиги.
2. ошқозоннинг горизонтал жойлашганлиги
3. Ошқозоннинг қоп кўринишидаги формаси
4. Ошқозондаги босимнинг юқорилиги
5. Хамма жавоб тўғри.

5

20. Қизилўнгач халазиясида рентгенологик белги:

1. Ошқозондан қизилўнгачга контраст модданинг қайтиб чиқиши.
2. Қизилўнгачнинг диафрагма остининг конуссимон торайиши
3. Қизилўнгачнинг бир хилда кенгайиши.
4. Ошқозонда контраст модданинг кўп тўхтаб қолиши

5. тўғри жавоб йўқ

1

21.Пилороспазм учун характерли қусуқ массаси:

1. кўп, нордон массали, ўт пигментисиз, унинг миқдори эмганидан ортмайди
2. тез, оз миқдорда, эмганидан кейин тез орада қусади
3. Қусиш эмизиш вақтида кузатилиб ўт пигменти билан чиқади
4. Кўп сонли ивиган сут одатда эмизгандан кейин тез чиқмайди
5. тўғри жавоб йўқ

1

22. Ичак микрофлораси нормал миқдори:

1. асосий микрафлора
2. йондош микрофлора
3. қолдиқ микрофлора
4. сапрофит микрофлора
5. Хамма жавоб тўғри.

5

23. Рефлюкс –эзофагит ривожланади:

1. халазия кардии
2. ахалазия кардии
3. пилоростеноз
4. метеоризм

1

24.Пилоростез учун хос бўлган қусуқ массаси:

- 1.нордон хидга эга, қайт қилган массаси охирги эмганидан кўп
2. Қусуқ кўп миқдорда, ивиган миқдори эмганидан ортмайди
3. Қусуқ ўт пигментисиз, хозир эмган сут
4. Тартибсиз, кўп сонли
5. тўғри жавоб йўқ

1

25. Қусиш синдромининг асорати:

1. қусуқ моддалар аспирацияси
2. дегидратация
3. КИМнинг бузилиши
4. Хамма жавоб тўғри.
5. тўғри жавоб йўқ

1

26. Асфиксиянинг интранатал сабаблари

6. ҳомила ичи гипоксияси
7. онанинг соматик касалликлари
8. туғруқ жароҳатлари
9. киндик қовўзлогини тушиши
10. патологик туғруқ

345

27. Асфиксияни антенатал сабаблари

6. ҳомила ичи ишемия ва гипоксияси
7. онанинг соматик касалликлари
8. туғруқ жароҳатлари
9. киндик қовўзлогини тушиши
10. патологик туғруқ

12

28. Асфиксиянинг эрта асоратлари

6. гидроцефал
7. некротик энтероколит
8. мия шиши
9. ички аъзо етишмовчилиги
10. қонни марказлашуви

345

29. Асфиксиянинг кечки асоратлари

6. энцефалопатия

7. геморрагик синдром
8. мия шиши
9. пневмония
10. қонни марказлашуви

124

30. Апгар шкаласи мезонлари бу:

6. Тери коплами
7. Рефлектор фаоллик
8. Юрак уриш сони
9. Нафас олиш сони
10. Мушак тонуси

12345

31. Асфиксияда 4% сода эритмасини қўллашга кўрсатмалар:

6. метаболик ацидоз
7. брадикардия
8. хамма жавоблар тўғри
9. тахипноэ
10. респиратор ацидоз

1

32. Юракни бевосита массаж қилишга кўрсатмалар:

1. юракни уришлари сони дақиқасига 60 дан кам
2. юракни уришлари дақиқасига 100 дан кўп
3. нафас тухташи
4. гиповолемия
5. юрак уришлар сони дақиқасига 80та.

1

33. Ўпкани сунъий вентиляцияни бошланиши билан нафас олиши бўлмаса реанимация тўхтатилади:

1. 20 мин
2. 60мин

3. 40мин
4. 2 соат
5. 30 мин

1

34. Асфиксияни даволашда кадам С мақсади:

1. гемодинамика ва юрак фаолиятини тиклаш
2. вентиляцияни таъминлаш
3. нафас йулларини эркин ўтказувчанлигини таъминлаш
4. лаборатор контрол
5. хамма жавоблар тўғри

1

35. Янги туғилган чақалоқларнинг реанимацияси учун туғруқ залида медикаментлар туплами:

1. адреналин, сода, физ. раствор, налоксон
2. аскорбин кислотаси, кальций хлор, адреналин
3. допамин, дигоксин, этимизол, 96% спирт
4. адреналин, атропин, сода, преднизолон
5. преднизолон, сода, витамин В 12

1

36. Туғма токсоплазмозларни даволашда қўлланилади.

1. дараприм.
2. нистатин.
3. бисептол.
4. пенициллин
5. фуразолидон

1,3

37. Фетал гепатитнинг клиник белгиларига киради.

1. сариқлик
2. жигар улчамининг катталashiши
3. терида йирингли тошмаларнинг пайдо бўлиши

4. сийдикнинг туклашиши

5. рангсиз нажас

1,2,45

38. Фетал гепатитини ташхиси тасдиқланади.

1. боғланган билирубин сатхининг ошиши билан

2. боғланмаган билирубин сатхининг ошиши билан

3. қолдиқ азот сатхининг ортиши билан

4. трансаминаза активлигининг ортиши билан

5. гиперкалемия

2,4

39. Фетал гепатитининг этиологик омиллари бўлиши мумкин

1. цетомегаловирус

2. радиация

3. листерия

4. герпес вирус

5. токсоплазмозлар

1,3,4,5

40. Токсоплазмоз манбаларига киради

1. мушук, уй хайвонлари, кушлар

2. одам

3. уй хайвонлари ва одам

4. пашшалар

5. каламушлар

1

41. ЦМВ ни даволашда фойдаланилади

1. пенициллин

2. фуразолидон

3. цефалоспоринлар

4. цитотек

5. нистатин

1

42. Токсоплазмознинг этиологик омили

1. ДНК-вирус
2. ДНК-вирус
3. протейлар
4. спирохеталар
5. микобактериялар

1

43. Хомила ичи инфекциясини чақириши мумкин

1. Цитомегалия вируси
2. Стрептококк
3. Гепатит вируси
4. Оддий герпес вируси

1,3,4

44. ЯТЧларни хомила ичи специфик инфекциялари

1. Кизилча
2. Токсоплазмоз
3. Хламидиоз
4. Листерия
5. Афиксия

1,2,3,4

45. Хомила ичи инфекциясини типик учлик симптомини қайси

касаликларга мос эканлигини аниқланг 1)Қизилча 2)Токсоплазмоз

3)Сифилис

а.пузырчатка, ринит, гепатоспленомегалия б. карлик, куз нуқсонлари, туғма юрак нуқсонлари в.гидроцефалия, микрофтальмия, миёдаги кальцификатлар

1-б, 2-в, 3-а.

1-а, 2-б, 3-в,

1-а, 2-а, 3-в,

1-б, 2-а, 3-в,

1-в, 2-а, 3-б,

1

46. Ҳомила ичи инфекциясини симптомларининг типик куринишни аниқланг 1)гепатит В 2)токсоплазмоз 3)ЦМВ а. сариклик, геморрагик синдром, пневмония менингоэнцефалит, хориоретинит б.гепатоспленомегалия, сариклик, сийдикнинг туклашиши, нажас ахолияси, тана вазнини камайиши в.карлик, микрофтальмия,

1-б, 2-в, 3-а.

1-а, 2-б, 3-в,

1-а, 2-а, 3-в,

1-б, 2-а, 3-в,

1-в, 2-а, 3-б,

1

47. Ҳомила ичи инфекциясини даволашда моос келувчи препаратларни танланг 1.Герпес 2.Листерия 3.Цитомегалия а.ампициллин б.ацикловир в.цитотек

1-б, 2-а, 3-в

1-а, 2-б, 3-в,

1-а, 2-а, 3-в,

1-б, 2-а, 3-б,

1-в, 2-а, 3-б,

1

График органайзерлар тўплами

*График органайзер «Инсерт таблицаси»

V – янги туғилган чақалоқлар тўғрисидаги билимга (маълумот) мос келади.

– - янги туғилган чақалоқлар тўғрисидаги билимга қарама қарши.

+ - янги маълумот

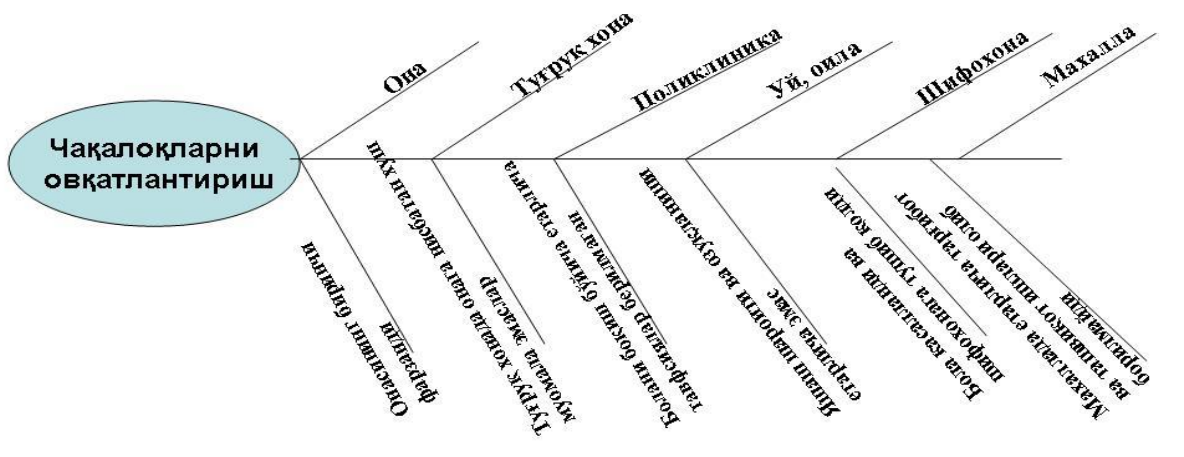
? – маълумот чунарсиз, аниқлик ва қўшимча талаб қилади

V	+	–	?
Киндикнинг кундалик парвариши		– (асосланган тиббиётга кўра А-даража)	
Киндик кесилган юзага ишлов берилмайди	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
ҚОНДА глюкоза миқдорини туғруқ залида аниқлаш			? (кўрсатма бўйича)
Янги туғилган чақалоқни эркин йўргаклаш	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
Янги туғилган чақалоқни кўкрак сути билан боқиш	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
Гонобленореянинг профилактикаси чақалоқ туғилгандан сўнг, 1% тетрациклин малхамини пастки ковоқ конюктивасига қўйиш билан бошланади.	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
Янги туғилган чақалоқ хар 3 соатда овқатлантирилади		– (асосланган тиббиётга кўра А-даража)	
Болани онага бериш «териға - тери»	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
Онаси билан сутка давомида бирға бўлишини тامينлаш.	+ (БЖССТ тавсияларига кўра)		
Туғилгандан сўнг доим нафас йўлларини тозалаш		– (асосланган тиббиётга кўра А-даража)	
Хар бир янги туғилган чақалоқ TORCH инфекцияга текширувдан ўтказилади			? (кўрсатма бўйича)

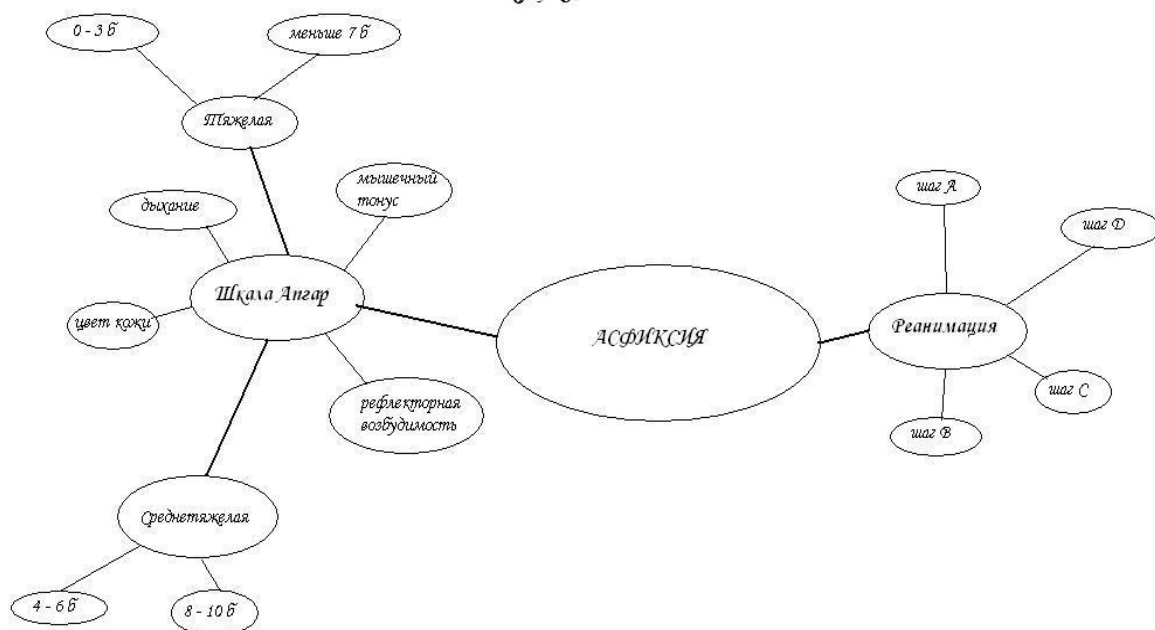
«Балиқ скелети» график органиайзери



Графический органиайзер «Балиқ скелети»



КЛАСШЕР



Категория таблициси

Категория – Олинган маълумотларни ажратилган белгилар асосида умумлаштириш.

1 босқич – талабалар кичик гурухларга бўлинади

2 босқич – талабалар категориялар изланувида, олинган инфомацияларни бирлаштира олади.

3 босқич – Иш жараёнида янги категорияларни пайдо бўлиши мумкин.

График органайзер «Категориал таблица»
мавзуси: Боғланмаган гипербилирубинемияли чақалоқлар сариқлиги

Маълумот

1. Сариқлик
2. Гепатоспленомегалия
3. Боғланмаган билирубин
4. Боғланган билирубин
5. Холсизлик
6. Гипотония
7. Гиподинамия
8. Гипорефлексия
9. Катта лиқилдоқ таранглиги
10. Симптом Грефе
11. Нормобластоз
12. Ретикулоцитоз
13. Қон тахлили
14. Rh-фактор
15. Ахолик нажас
16. Сийдик тўқлашиши
17. Кумбс Реакцияси (тўғри, нотўғри)
18. Фототерапия
19. Қонни алмашлаб қуйиш
20. Фенобарбитал
21. Холестерамин
22. Кўкракка тез тез қўйиш

Категориялар				
I гуруҳ				
Клиник манзараси	Лаборатор текширувлар	Асоратлари	Даволаш	
1.Сариқлик 2.Гепатоспленомегалия 3. Холсизлик	1. Қон тахлили 2. Боғланган билирубин 3. Боғланмаган билирубин 4. Нормобластоз 5. Ретикулоцитоз 6. Rh-фактор 7. Кумбс реакцияси	1.Гипотония, гипорефлексия, гиподинамия, катта лиқилдоқ таранглиги, симптом Грефе, билирубинли энцефалопатия. 2. Ахолик стул, сийдик тўқлашиши, ўт қуюқлашиш синдроми	1. ҚАҚ 2. Фототерапия 3. Фенобарбитал 4. Холестерамин 5. Кўкракка тез тез қўйиш	
II гуруҳ				
Этиопатогенез	Диагностика	Клиника	Даволаш Замонавий ёндашув	Даволаш Эскирган ёндашув
(AB0) қон гуруҳи ва резус фактори бўйича ҳомила ва болани мос келмаслиги	8. Қон тахлили 9. Боғланган билирубин 10. Боғланмаган билирубин 11. Нормобластоз 12. Ретикулоцитоз 13. Rh-фактор 14. Кумбс реакцияси	Сариқлик Гепатоспленомегалия Холсизлик	ҚАҚ Фототерапия Кўкракка тез тез қўйиш	Фенобарбитал Холестерамин

***График органайзер «Нилуфар гули»**

1 этап-Гурух асосий муаммони аниқлайди ва 9та квадрат ячейкаларни тўлдиришади

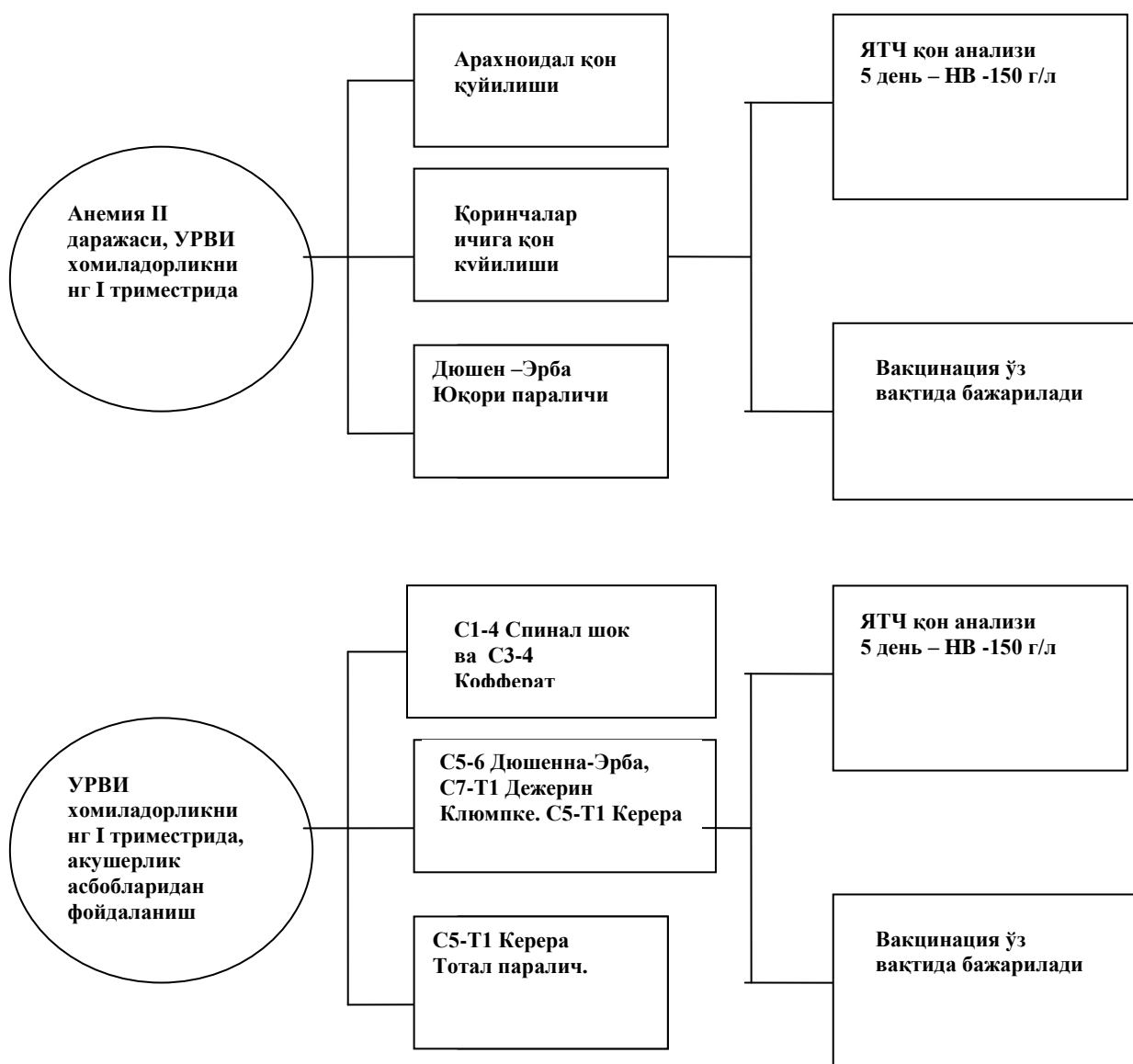
2 этап – 8та ячейкани муаммони ечиб тўлдириш (мия хужуми)

3 этап- хар бир янги 8та ячейкани тулдирилади ва шу холатда барча 8талик ячейкалар туўлдирилади.

4 этап- Бирлашиб, фикрлашиб схемани тулдирилади.

5 этап- Презентация.

«Каскад»



«Т - схема» График органайзери

Герпес инфекцияни ацикловир билан даволаш.

I босқич –Талабаларни Т-схема билан таништириш.

II босқич – Талабалар индивидуал ёки жуфт бўлиб ишлайдилар. Чап томонда «Ҳа», ўнг томонда –«Қарши» маълумотлар ёзилади.

III босқич – Схемалар солиштирилади, қўшимчалар киритилади.

IV босқич – Ўқув гуруҳи томонидан яхлит Т – схема тузилади.

Т-СХЕМА

«Афзалликлари»	«Камчиликлари»
Махсус терапия сифатида қўлланилади	Терида тошмалар, диарея кўринишидаги ножўя тасирини кузатилади.
Оғир неврологик асоратларни камайтиради.	Дори воситасини вена ичига юбориш керак
Ўлим холатини камайтиради.	Ошқозон ичак трактидан секин сўрилади
	Чақалоқларга перорал бериш қийин.
	даволаш курси узок.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Неонатология, Н.П. Шабалов. Санкт - Петербург, 2004.
2. Основы ухода за здоровым и больным новорожденным ребенком.
Камилов А.И., Ташкент. 2007
3. Решение проблем новорожденных. Руководство для эффективной практики. ВОЗ 2005.
4. ИВБДВ – Ведение больного младенца в возрасте до 2 месяцев. ВОЗ и ЮНИСЕФ. 2008.
5. Патология недоношенных детей. Н.А. Прокопцева., Э.Ф. Старых., Р.А. Авдеева., Е.Г. Нейман. Ростов-на-Дону. 2007.
6. Недоношенные новорожденные дети. В.Н. Тимошенко. Ростов-на-Дону. 2007.
7. Руководство по реанимации новорожденных. ЮНИСЕФ, 2006.
8. Первичная реанимационная помощь новорожденным. М. Дементьева, А.С. Коломтаев, В.С. Малышев, Р.И. Рюмина. М, 1999
9. Эффективная перинатальная помощь и уход (ЭПУ)
10. Консультирование по грудному вскармливанию: курс обучения. ЮНИСЕФ, 2006.
11. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей. ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. Москва. 2001.
12. Неонатология. Национальное руководство. Н.Н. Володин., Е.Н. Байбарин., Г.Н. Буслаева., Д.Н. Дегтярев. 2009. Москва
13. Руководство участкового педиатра. Т.Г. Авдеева. 2008. Москва
14. Базовая помощь новорожденному – международный опыт. Н.Н. Володин., Г.Т. Сухих., Е.Н. Байбарина., И.И. Рюмина. 2008. Москва.
15. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство. (Безопасное материнство). - ЮНИСЕФ. - Ташкент.-2009
16. «Она ва бола» Давлат дастури, 05.02.2001 йилдан 68 сонли ҳукумат қарори.

- 17.«Соғлом Авлод», Давлат дастури, 15.02.2002 йилдан 42 сонли ҳукумат қарори.
- 18.Ўзбекистан Президентининг 2009 йил 13 апрелдаги 1096-сонли “Соғлом авлодни шакллантириш, оналар ва болалар саломатлигини муҳофаза қилиш буйича қўшимча чоралар тўғрисида”ги қарори.
- 19.Ўзбекистан Президентининг 2009 йил 1 июлдаги 1144-сонли “2009-2013 йилларда аҳолининг репродуктив саломатлигини мустаҳкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Дастури туғрисида”ги қарори. «Оилани тиббий маданиятини ошириш, аёллар саломатлигини мустаҳкамлаш ва соғлом авлодни тарбиялаш чора-тадбирлари» ҳақидаги Давлат қарори 2002 йил 5 июлдаги 242 сонли.
- 20.«Перинатал ёрдам самарадорлигини ошириш ва шифохона ичи инфекцияланишини олдини олиш учун туғруқ комплекс(бўлим)лари ишини қайта ташкил қилиш» Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигини 2003 йил 13 ноябрдаги 500 сонли ҳақидаги буйруғи.
- 21.Essential Newborn Care and Breastfeeding , PEPC, WHO/Euro, 2002
- 22.Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
- 23.Thermal Protection of the Newborn: a practical guide. WHO, Geneva, 1997
- 24.William McGuire, Ginny Henderson and Peter W Fowlie. Feeding the preterm infant. BMJ 2004;329;1227-1230
- 25.Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
- 26.Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses and midwives. WHO, Geneva, 2003
- 27.Kangaroo Mother Care: A practical guide. WHO, Geneva. 2003

28. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2006
29. Kangaroo Mother Care: A practical guide. WHO, Geneva. 2003
30. Basic Newborn Resuscitation: a practical guide. World Health Organisation, Geneva, 1997.
31. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 13: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Circulation*. 2005;112:IY-188 – IY-195 2005
32. Essential Newborn Care Course Training Manual (Draft). Geneva, World Health Organization, 2006.
33. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation. Section 6: Paediatric life support, Resuscitation of babies at birth, 2005:S115-S133
34. Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care, Part 13: Neonatal Resuscitation Guidelines. *Circulation*. 2005;112:IY-188 – IY-195
35. Lindsay E. Nicolle et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asymptomatic Bacteriuria in Adults. *Infectious Diseases Society of America*, February 2005, Issue 40, 643-654.
36. Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd ed, 2000
37. James Chin. An official report of American Public Health Association. *Control of Communicable Disease Manual*. 17th Edition. 2000
38. WHO Euro. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Copenhagen, 2002
39. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2000 Mar. 26 p. (SIGN publication; no. 42).
40. Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. RCOG Press, October 2003.

41. James Chin. An official report of American Public Health Association. Control of Communicable Disease Manual. 17th Edition. 2000
42. Listeriosis. National Center for Infectious Diseases/ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). October 12, 2005.
43. Australasian Society for Infectious Diseases. Management of Perinatal Infections. Guideline for Listeria in pregnancy, 2002
44. Chuanfang Lee et al., Effect of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positive for hepatitis B surface antigen: systematic review and meta-analysis BMJ 2006; 332:328-336