

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA‘LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

INAKOVA BARNOXON BAXODIROVNA

PERINATAL KASALLIKLAR

O‘quv qo‘llanma

Andijon, 2023-yil

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

И57

Tuzuvchi:

Inakova B.B. – ADTI fakultet pediatriya va neonatologiya kafedrasida dotsenti.

Taqrizchilar:

Arzikulov A.Sh. – ADTI davolash fakulteti uchun pediatriya kafedrasida, professori.

Shermatov R. – FJSTI pediatriya kafedrasida mudiri.

B.B. Inakova

И57 PERINATAL KASALLIKLAR: O‘quv qo‘llanma / B.B. Inakova:–
Andijon: RE-HEALTH nashriyoti, 2023 – 108 b.

ISBN 978-9910-758-31-7

Neonatologiya – bu chaqaloqlarni parvarishlash xaqidagi fan bo‘lib, uning asosiy vazifalariga hayotning dastlabki 4 haftasigacha bo‘lgan bolardagi kasalliklarni aniqlash va davolashning eng qulay usullarini izlab topish, bemor chaqaloqlar rehabilitatsiyasi (oyoqqa turg‘izish) va inson hayotining keyingi davrlarida mustaxkam salomatlikni ta‘minlash uchun zarur bo‘lgan sharoitlarni neonatal davrda yaratishlar kiradi. Aynan perinatal davrda (xomiladorlikning 28 haftasidan to chaqaloq tug‘ilib, hayotining 7 kunigacha bo‘lgan) ko‘pchilik kasalliklarga qarshi o‘tkazilgan birlamchi va ikkilamchi profilaktika samarasi juda yuqori bo‘ladi.

O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta‘lim, fan va innovatsiyalar vazirligi Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 04.07.2023-yildagi “430-Sh”-sonli buyrug‘iga asosan nashr etishga ruxsat berildi.

UO‘K 616-053.2

KBK 57.3

ISBN 978-9910-758-31-7

© **Inakova B.B., 2023**

© **RE-HEALTH nashriyoti, 2023**

MUNDARIJA

PERINATALOGIYADA KASALLANISH VA CHAQALOQLARNI TASHQI MUXITGA MOSLASHISHI. NEONATAL DAVR KASALLIKLARI.....	5
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNI EPP BO‘YICHA PARVARISHI.....	12
GIPOTERMIYANI OLDINI OLISH.....	13
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNING MORFOFUNKTSIONAL YETUKLIGINI BAHOLASH. BIRLAMCHI TUALET. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNI TUG‘RUQXONALARDA VA UY SHAROITLARDA PARVARISHLASH.....	18
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNI MOSLASHUVI, MOSLASHUV REAKTSIYALARI. YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARNI CHEGARAVIY (FIZIOLOGIK, TRANZITOR)HOLATLARI.....	38
KAM VAZNLI CHAQALOQLAR (KVCH).....	46
MUDDATIDAN AVVAL TUG‘ILGAN CHAQALOQ (MATCH). CHALA TUG‘ILISH SABABLARI, PARVARISH ASOSLARI. DISPANSER KUZATUV. MUDDATIGA AVVAL TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA CHEGARAVIY HOLATLAR VA MOSLASHUV JARAYONINING KECHISH XUSUSIYATLARI.....	54
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI. XOMILA ICHI GIPOKSIYASI. ASFIKSIYA. SABABLARI, PATOGENEZI, KLINIK KO‘RINISHLARI, ASORATLARI. DAVOLASH. REANIMVATSIYA VA INTENSIV DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI. POSTASFIKSIK SINDROMI.....	59
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA A-V-S- D REANIMATSIYA ASOSLARI.....	79
YURAKNING BILVOSITA MASSAJI VA SUNIY NAFAS TEXNIKASI...82	
YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ANEMIIYASI. MUDDATIGA YETIB VA MUDDATIGA YETMAY TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ANEMIIYASI. KLASSIFIKATSIYASI. ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI, DAVOLASHI. ANEMIIYANI ANTENATAL VA POSTNATAL PROFILAKTIKASI.....	89
MAVZUGA OID SAVOLLAR.....	99
TESTLAR.....	101
VAZIYATLI MASALALAR.....	103
ADABIYOTLAR.....	106

SHARTLI QISQARTMALAR

DTVY	- Chaqaloqlarni dastlabki tana vaznini tranzitor yo‘qotishi
BSF	- Bolalar serebral falaji
JSST	- Jaxon soliqni saqlash tashkiloti
O‘RVI	- O‘tkir respirator virus infeksiyalari
MAT	- Markaziy asab tizimi
KVCh	- Kam vaznli chaqaloq
KV	- Kam vazn
ChTCh	- Chala tug‘ilgan chaqaloq
PP	- Perinatal patologiya
EKG	- Elektrokardiografiya
YaTCh	- Yangi tug‘ilgan chaqaloq

PERINATALOGIYADA KASALLANISH VA CHAQALOQLARNI TASHQI MUXITGA MOSLASHISHI. NEONATAL DAVR KASALLIKLARI

Neonatologiya – bu chaqaloqlarni parvarishlash xaqidagi fan bo‘lib, uning asosiy vazifalariga hayotning dastlabki 4 haftasigacha bo‘lgan bolardagi kasalliklarni aniqlash va davolashning eng qulay usullarini izlab topish, bemor chaqaloqlar rehabilitatsiyasi (oyoqqa turg‘izish) va inson hayotining keyingi davrlarida mustaxkam salomatlikni ta‘minlash uchun zarur bo‘lgan sharoitlarni neonatal davrda yaratishlar kiradi. Aynan perinatal davrda (xomiladorlikning 28 haftasidan to chaqaloq tug‘ilib, hayotining 7 kunigacha bo‘lgan) ko‘pchilik kasalliklarga qarshi o‘tkazilgan birlamchi va ikkilamchi profilaktika samarasi juda yuqori bo‘ladi.

Neonatologiya eng yosh fanlardan biri bo‘lib, XX asrdagina pediatriyaning mustaqil qismi sifatida ajralib chiqqan. 1987 yili noyabr oyidan boshlab esa, pediatri-neonatolog vrachi atamasi qo‘llana boshlandi.

Atamalar.

Gestatsion yosh. Gestatsion yosh deganda oxirgi menstruatsiyaning birinchi kunidan boshlab tug‘ilgan soatigacha bo‘lgan muddat tushiniladi.

Bundan xomiladorlikning nima bilan yakunlanganligi (bola tirik tug‘ildimi, yoki o‘likmi) e‘tiborga olinmaydi. Gestatsiya muddatini belgilashda faqat to‘lik haftalar xisobga olinadi. Masalan, bolaning gestatsion yoshi 37 hafta 6 kun bo‘lsa ham 37 hafta deb xisoblanadi.

Chaqaloqning yetukligini morfofunktsional belgilarga asoslanib ham baxolanadi. JSST bo‘yicha gestatsion yoshni quyidagi jadval yordamida aniqlashimiz mumkin.

Bo‘yi x 4 : 5. Masalan: bola bo‘yi 50 sm., $50 \times 4 : 5 = 200 : 5 = 40$ hafta; Bo‘yi - 36 sm, $36 \times 4 : 5 = 144 : 5 = 28$ hafta.

Gestatsion yoshga nisbatan kichik bola xozirgi kunda xomila taraqqiyotining kechikishi (kam vaznlik) atamasi bilan almashtirilgan.

Gestatsion yoshga nisbatan katta bola o'z gestatsion yoshiga nisbatan tsentil vazni 90% yo'qori bo'lgan boladir.

Bo'ydan tushish (abort) Xomiladorlikning 22 haftasigacha vazni 500 gr. dan kam hayot alomatlari bor-yo'qligidan qat'iy nazar, tug'ilgan xomilaga- bo'ydan tushish, yoki abort deb ataladi. Agar bu bola 1 haftagacha (168 soat) yashasa o'z vaqtdan avval tirik tug'ilgan bolalar guruxiga kiritiladi.

Tirik tug'ilish. Tirik bola deyilganda ona organizmidan butunlay ajralgan, xomiladorlikning 28 haftasidan keyin, uzunligi 35 sm dan uzun va vazni 1000 gr. ortik bola tug'ilib, tug'ilgandan so'ng xech bo'lmasa bir marta nafas olgan bo'lishi kerak, yurak urishi, kindik tomirlari pulsatsiyasining mavjudligi yoki mushaklarning aktiv xarakatlari singari hayot belgilari bo'lishi kerak.

O'lik tug'ilish. Yurak urishining bor yo'qligi yoki boshqa hayot belgilarning mavjud-mavjud emasligidan kat'iy nazar o'lik tug'ilganlikning me'zonlari sifatida bola tug'ilgandan so'ng mustaqil nafas faoliyatining yo'qligi va jonlantirish hamda sun'iy nafas oldirish muolajalarining besamar ekanligi qabo'l qilingan.

Xomiladorlik davrlari:

Urug'lanish – tuxum xujayra va spermatozoid qo'shilishi va bachadon devoriga birikishi

Embrional davr – xomiladorlikning 7 kunidan 7-8 haftasi (75 kun) gacha bo'lgan davr

Fetal davr – 8 haftadan (75 kundan) tug'ilguncha bo'lgan davr.

Fetal davr– 22 haftadan tug'ilgungacha bo'lgan vaqtni o'z ichiga oladi, erta va kechki fetal davrlar bor.

Erta fetal davr – xomiladorlikning 76 kunidan 180 kungacha

Kechki fetal davr - xomiladorlikning 180 kunidan 280 kunigacha

Perinatal davr - xomiladorlikning 22 haftasidan (154 kun) dan bo'lgan davr, tug'ruq davr bilan bola hayotining dastlabki 7 kunini o'z ichiga oladi.

Xomila rivojlanishida quyidagi kritik davrlar farq qilinadi:

- **Birinchi kritik davr** — implantatsiya va implantatsiyagacha bo‘lgan davr xisoblanadi. Shu davrdagi xomilaga ta‘sir qiluvchi turli xil ta‘sirlar (radiatsiya, issiklik, gipoksiya) xomilaning o‘limiga sabab bo‘ladi.

- **Ikkinchi kritik davr** —organogenez va platsentatsiya davriga, yoldoshda qon tomirlar paydo bo‘lib, 3 haftadan 12-13 haftagacha davom etadi. Bu paytdagi shikastlovchi ta‘sirlar miyani, yurak-qon tomir sistemasi va boshqa organlarning shakllanishiga yomon ta‘sir qiladi.

- **Uchinchi kritik davr** -18-22 haftada organogenez davrida miyaning bioelektrik aktivligida, gemopoezda, gormonlar ishlab chiqarishda reflektor reaksiyalarda sifat jixatidan o‘zgarishlar ko‘zatiladi.

- Xomiladorlikni ikkinchi yarmida xomilani shikastlovchi ta‘sirlarga sezuvchanligi pasayadi.

Oy-kuni yetib tug‘ilgan bola - xomiladorlikni 37-42 haftasi oralig‘ida, ya‘ni xomiladorlikning 260 - 296 kunlari orasida tug‘ilganlardir.

Chaqaloqlik davri – bu tug‘ilgan paytdan to 4 haftalikkacha bo‘lgan davr. Yetuk chaqaloq – organ sistemalari tug‘ilgandan keyingi hayotga moslashish xususiyatlari tayyor holatdagi bola. Bu holat tana proportsiyasi, teri osti yog‘ kavatining rivojlanishi, bosh chanoq suyaklari holati, katta va kichik liqquidoqlar holati, kalla suyaklari, jinsiy organlarning yetukligi, singari tashki belgilarga, so‘rish va yutish reflekslarning mavjudligi, nafas olish va yurak urishining to‘g‘riligi va to‘g‘ri ritmi kabi funktsional belgilarga qarab baholanadi.

Noetuk chaqaloq – odatda chala tug‘ilgan chaqaloq xisoblanadi. Ayrim holatlarda noqulay sharoitlarda rivojlangan xomiladorlikdan tug‘ilgan oy-kuni yetib tug‘ilgan bolalar ham bu guruxga kiritilishi mumkin.

Shu bilan bir qatorda chala tug‘ilgan chaqaloq ham funktsional jixatdan yetuk bo‘lishi ham mumkin.

Noetuk tug‘ilgan bolalar – funktsional sistemalari tug‘ilgandan keyingi hayotining normal faoliyatini ta‘minlashga yetarli rivojlanmaganlar. Xomiladorlik muddatiga nisbatan kam vaznda tug‘ilgan bolalar quyidagicha guruxlanadilar:

Xomiladorlik muddatiga nisbatan kam vaznli, biroz oziqlanish defitsiti belgilarisiz yoki xomiladorlikning muddatiga nisbatan kam vaznli, hamda oziqlanish defitsiti belgilari (terining quruqlashishi, po'st tashlash) mavjud bolalar.

Chala tug'ilgan chaqaloq xomiladorlikni 28-38 haftalari orasida tug'ilgan, vazni 1000- 2500 gr. va uzunligi 35-45 sm.gacha bo'lgan bolalar.

Muddatidan o'tib tug'ilgan bola - xomiladorlikning 294 kunidan (42 haftasidan) keyin tug'ilgan hamda bo'yi vazni xomiladorlik muddatiga nisbatan katta bo'lgan bolalardir. Tug'ilgandagi vazni 3500 grammdan yo'qori bolalar "yirik tug'ilganlar", va tug'ilgandagi vazni 4500 gr dan ortiq bo'lsa, "o'ta yirik bolalar" deyiladi.

Perinatal davr davomiyligi tug'ruqqa olib keluvchi bir qator omillarga bog'lik xolda turlicha bo'lishi mumkin. Masalan, xomiladorlikning 28 haftasigacha bo'lgan davrda tug'ilgan (muddatidan erta tug'ilgan) bolalarda perinatal davr tug'ruq davr bilan bola hayotining dastlabki 7 kunini o'z ichiga oladi. Davomiyligiga ko'ra eng uzun perinatal davr cho'zilib ketgan xomiladorlikda ko'zatiladi. Perinatal davr bola hayotining keyingi davrlarida jismoniy, asab ruxiy va intellektual taraqqiyotini ta'minlovchi eng asosiy bosqichlardan biri bo'lib xisoblanadi.

Fiziologik tug'ruqlarda onaning gipofiz-buyrak usti bezi sistemasi va xomilaning endokrin bezlari faoliyati kuchayganligi ko'zatiladi. Bu narsa bola qonida, ayniksa xomila gipoksiyasida kortizol va o'sish gormoni miqdorining ortganligi bilan tasdiqlanadi.

Tug'ruqlar xomilaning funktsional sistemalari holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi hamda xomilaning biologik chidamliligini sinab kuo'rishning o'ziga xos usullaridan biri bo'lib xisoblanadi.

Perinatal patologiyalar (PP).

Perinatal patologiya – yunancha “per” atrof va lotincha “natis” tug'ilish so'zlaridan olingan bo'lib, perinatal davrda xomila va chaqaloqdagi patologik holatlar va kasalliklarni o'z ichiga oladi. Kasalliklarning paydo bo'lishi davrlariga qarab:

antenatal tug`ilgunga kadar, -intranatal-tug`ruqlar davri, hamda postnatal- tug`ilgandan keyingi patologiyalari tafavut qilanadi.

Perinatal davr va perinatal o`lim - bu davr 13 haftadan iborat bo`lib, xomiladorlikning 28 haftasidan to bola tug`ilgandan keyingi birinchi haftasi bo`lib, uning chegarasining 3 ta mezoni belgilangan: tana vazni – 1000 gr, tana uzunligi – 35 sm, xomiladorlik muddati – 28 hafta. Perinatal davr 3 ta davrga bo`linadi: kechki antinatal davr – xomiladorlikning 28 haftasidan tug`ruq jarayoni boshlanguncha bo`lgan muddat, erta neonatal davr – bola hayotining birinchi haftasi, kechki neonatal davr esa bola hayotining ikkinchi haftasidan boshlanadi.

Butun neonatal davr 4 haftani tashkil etadi. Erta neonatal davr davomiyligi 6 kun, 23 soat, 59 daqiqadan iborat.

Perinatal o`lim o`lik tug`ilganlar soni (xomiladorlikning 28 haftasidan keyingi o`lik tug`ilganlar) + hayotining birinchi haftasida o`lganlar (6 kun, 23 soat, 59 daqiqacha) sonining 1000 tirik va o`lik tug`ilganlar soniga nisbati.

O`lik tug`ilish ko`rsatkichi - *O`lik tug`ilganlar soni / Tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Neonatal o`lim ko`rsatkichi – *hayotining birinchi 28 kunida o`lgan chaqaloqlar soni / tirik tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Erta neonatal o`lim ko`rsatkichi - *hayotining birinchi 168 soatida o`lgan chaqaloqlar soni / tirik tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Kechki neonatal o`lim ko`rsatkichi – *hayotining 2-4 haftasida o`lgan chaqaloqlar soni / tirik tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Chaqaloqlar o`limi – *xar 1000 ta tirik tug`ilganlarga nisbatan 1 yoshgacha ulgan bolalar.*

Perinatal o`lim ko`rsatkichi - *O`lik tug`ilganlar soni+erta neonatal davrda o`lganlar soni / tirik tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Bolalar o`limi ko`rsatkichi – *1 yoshga yetib o`lgan bolalar / tirik tug`ilgan chaqaloqlar soni x 1000*

Tirik tug'ilish ko'rsatkichlari: *chaqaloq tug'ilgandan so'ng yashash belgilari mavjudligi - nafas olyapti yoki bitta ikkita nafas oldi, yurak urishi bor, kindik o'qi pulsatsiyasi, ixtiyorsiz xarakterlar mavjud.*

Chaqaloqlik davri bola kindigini kesgandan keyin boshlanib tug'ilganidan to 28 kunligigacha davom etadi. Vaqtida tug'ilgan chaqaloqlar tana massasi o'rtacha 2500 dan 4000 gr gacha, bo'yi $50 \pm 2-3$ sm gacha bo'ladi.

Sog'lom chaqaloqlarda simmetrik yuz tyzilishi va taktil qitiqlashlarga yuz ifodasini o'zgarishi bilan belgilanadi. Bola fleksor holatda bo'lib bukuvchi mushaklarning fiziologik tonusi yuqori bo'ladi. Boshning nisbiy kattaligi (kalla qutisi yuzdan katta) normal tug'ilgan chaqaloqning boshining aylanasi 34-36 sm, ko'krak aylanasi 2 sm kichik bo'ladi. Katta liqildoq 3x3 sm. Sog'lom chaqaloqning terisi yumshoq, elastik, toza bo'ladi. Tug'ilganda teri tvorogsimon massa bilan qoplangan (vernix caseosa). Yelka va bel teri sohasida yumshoq soch lanugo bilan qoplangan. Ko'krak qafasi bochkasimon simmetrik, pastga qarab kengayib boradi. Yurak cho'qqi turtkisi 4-qovurg'a orasidan 1-2 sm chapda o'rta ymrov chizig'idan. Yurak tonlari aniq, baland, tiniq eshitiladi. puls tinch holatda 110-140 ta min. Puls 100 dan kam bo'lsa bradikardiya, 160 dan ko'p bo'lsa taxikardiya. Chaqaloqning nafasi pueril (kuchaygan vezikulyar nafas fonida davomiy va baland tonkiy). Nafas soni 1 min. da 35 - 60 ta, 60 dan yo'qori bo'lsa taxipnoe 30 dan kam bo'lsa bradipnoe. Chaqaloqlarning qorni yumshok, nafas aktida aktiv xarakterlanadi. Jigar qovurg'a yoyi ostidan 2 sm chiqib turadi.

Sog'lom tug'ilgan o'g'il bolalarda tuxum moyakka tushgan, qizlarda katta lablar kichik labini qoplab yopib turadi. Chanoq - son bo'g'imi gorizontal holatda, oyoqlari to'g'ri bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloq gestatsiya muddatini aniqlash uchun ayolning so'ngi xayzining birinchi kunidan boshlab tug'ilgunga qadar kalendar yordamida necha hafta o'tganligini xisoblab chiqiladi. Yetuk tug'ilgan chaqaloqda bu muddat 38-41 haftani yani 259-293 kunni tashkil qilishi kerak. 38 haftaga yetmay tug'ilgan

chaqaloq muddatidan avval tug`ilgan chaqaloq deb aytiladi, 42 va undan ortiq hafta muddatida tug`ilgan bo`lsa “muddatidan o`tgan xomiladorlik” (perenoshennost) deb ataladi.

Chaqaloqning yetukligini morfofunktsional belgilarga asoslanib ham baholanadi. JSST bo`yicha gestatsion yoshni quyidagi formula yordamida aniqlashimiz mumkin.

Bo`y $x 4 : 5$. Masalan: Bola bo`yi 50 sm., $50 \times 4:5 = 200:5 = 40$ hafta; Bo`yi - 36 sm, $36 \times 4:5 = 144: 5 = 28$ hafta.

Ming yillik rivojlanish maqsadlarini (MRM)

- 1 maqsad: Ocharchilik va qashshoqlikni bartaraf etishga erishish
- 2 maqsad: boshlangich ta`lim egallashga 100% erishish
- 3 maqsad: ayollar tengxuquqligiga erishish
- 4 maqsad: bolalar o`limi ko`rsatkichlarini pasaytirish
- 5 maqsad: onalar salomatligini saqlash va yaxshilashga erishish
- 6 maqsad: OITS, tuberkulyoz va bezgakni tarqalishini oldini olish
- 7 maqsad: Atrof muxitni muxofaza qilish
- 8 maqsad: barcha insonlarni yetuk rivojlanishiga hamkorlik qilish

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI EPP BO'YICHA PARVARISHI

Yangi tug'ilgan chaqaloq parvarishi. CHaqaloq tug'ilishi bilan neonatolog tomonidan birinchi 30 sekund ichida qo'shimcha yordamga muxtojlik bor yo'qligini aniqlash uchun ko'rib holati baholanadi. So'ng akusherka issiq yo'rgagda bolani quritadi va ona qorniga qo'yiladi. «Teri-teri» qontakti amalga oshiriladi.

Butun tanadagi tug`ruq moyi artilmaydi, quritiladi, chunki u ximoya vazifasini o'taydi, infeksiyaga qarshi xususiyatlari mavjud, uning tarkibida fermentlar va vitaminlar mavjud. Bolani boshiga darhol qolpoqchasi va oyoqlariga paypoqchasi kiydiriladi. Bolani ona qorni ustiga yotqizib, o'rab qo'yiladi va ko'zatiladi. Bola mustaqil o'zi ona ko'kragini topib emishga xarakat qiladi.

2-soatdan so'ng bolani pediatr-neonatolog batafsil ko'ruvdan o'tkazadi, bolada nuqsonlar bor-yo'qlig'ini, organ tizimlarni holatini baholaydi.

«ISSIQLIK ZANJIRI» xususiyatlari

CHaqaloq tug'ilishi bilan butunlay boshqa muxitga tushib qoladi. Ona qornidagi xaroratdan ancha past xaroratga tushib qoladi. Sovuq xarorat ham bolaning sog'ligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shuning uchun bola tug'ilgan xona xarorati 25-26°C bo'lishi kerak.

Xona yorug, issiq, yelvizak bo'lmasligi kerak. Bola tug'ilgandan so'ng tezda toza quruq isitilgan yo'rgagga olib, artib, ona qorniga yotqizib quritishni davom ettiriladi, ayniqsa boshini yaxshiroq quritilishi kerak, so'ng xo'l yo'rgaglar quruq yo'rgaglarga almashtiriladi. Undan so'ng darrol boshiga qalpoqcha, oyoqlariga paypoqcha kiygiziladi, so'ngra ustidan odeyal bilan o'rab qo'yiladi. SHu holatda 2 soat davomida bola kyzatiladi. Iloji boricha qo'shimcha aralashuvlarga yo'l qo'yilmaydi.

GIPOTERMIYANI OLDINI OLISH

Tug`ilgandan so`ng bola tana xarorati tushib ketishi mumkin. Normada xarorat 36,5-37,5°C bo`lishi kerak. Yangi tug`ilgan paytda termoregulyatsiya xali yaxshi shakllanmagan bo`ladi. 36,4°C dan past xaroratira gipotermiya deb baholanadi. Issiqlik yo`qotish to`rt xil farqlanadi.

1.Parlanish yo`li bilan - tug`ilishi bilan namlikni yo`qotishi.

2.Konduktsiya - yo`li bilan - past sovuq havoda issiqlik ishlab chiqarish issiqlik yo`qotishdan orqada qoladi.

3.Nurlanish yo`li bilan – krovati sovuq narsaga yaqin qo`yilganda, masalan sovuq devorga yaqin joyda joylashsa.

4.Konvektsiya – yelvizak yoki shabadada issiqlik yo`qotish mumkin .

«Issiqlik zanjiri » etaplari

- tibbiy xodimlarni o`qitilishi

- issiq tug`ruq xonasini tayyorlash

-tanani quritish

- «teri-teri» kontaktini ta`minlash

-erta ko`krakka tutish

-erkin yo`rgaklash

-transportirovka paytida issiqlikni ta`minlash

-reanimatsiya yordamini issiq sharoitda o`tkazish

Chaqaloq kindigini parvarishlash.

Kindik tizimchasi pulsatsiyasi to`xtagach (taxminan 1 – 1,5 minutdan keyin, 1 minutda platsentar transfyziya – 80%, 15 soniyada - 25%, 30 sooniya - 50% tashqil qiladi.

Chaqaloqning kindik xalqasi tomonidan 10-12 sm qo`yib birinchi koxxer qisqichi qo`yiladi. 2 chi qisqich 2 sm undan yuqoriga qo`yiladi va ikkala qisqich orasi qirqiladi. Bu birinchi bosqichi. SHunday qilib biz chaqaloqni onasidan ajratamiz.

2 bosqichda (etapda) bolaning holati normal bo'lsa gigienik qoidalarga amal qilgan xolda kindik qoldigidan katta va ko'rsatkich barmoqlar bilan qon qoldiklari siqib tashlanadi, so'ng 1-1,5 sm qoldirib yangi ishlatilmagan kapelnitsaning rezinkasi pintset yordamida kindik qoldigiga qo'yiladi. Kindik qoldigi ochiq qoldirilib, mumifikatsiyalovchi moddalardan foydalanilmaydi. Kiyim tozaligiga rioya qilinadi.

PS. Kindik tizimchasi tomirlari orqali infuzion terapiyaga extiyoj tug'ilganda (41 K) kindik tizimchasiga kindik xalkasidan 3-4 sm. balandroqdan ipak ligatura yordamida bog'lanadi.

Bola yorug' dunyoga kelgach, uning hayot sharoiti butunlay o'zgaradi, ya'ni u shu zaxoti umuman boshqa bo'lgan past xarorat (bachadon ichiga nisbatan) ko'ruv, tovush va boshqa ko'zg'atuvchilar bo'lgan muxitga tushib qoladi. Bola yangi nafas tipiga, oziq moddalarni o'zlashtirish usuliga moslashishi, bu esa organizmning boshqa a'zolarida ham o'zgarishlar bo'lishi kuzatiladi.

Chaqaloq – bu tug'ilgan paytdan to 4 haftalikkacha bo'lgan bola. Yetuk chaqaloq – organ sistemalari tug'ilgandan keyingi hayotga moslashish xususiyatlari tayyor holatdagi bola.

Bu holat tana proporsiyasi, teri osti yog' qavatining rivojlanishi, bosh chanoq suyaklari holati, katta va kichik liqqildog'lar holati, kalla suyaklari, jinsiy organlarning yetukligi, singari tashki belgilarga, surish va yutish reflekslarining mavjudligi, nafas olish va yurak urishining turg'unligi va tug'ri ritmi kabi funktsional belgilarga qarab baholanadi.

Noetuk chaqaloq – odatda chala tug'ilgan chaqaloq xisoblanadi.

Ayrim holatlarda noqulay sharoitlarda rivojlangan xomiladorlikdan oy-kuni yetib tug'ilgan bolalar ham bu guruxga kiritilishi mumkin. SHu bilan bir qatorda chala tug'ilgan chaqaloq ham funktsional jixatdan yetuk bo'lishi ham mumkin.

Noetuk tug'ilgan bolalar – funktsional sistemalari tug'ilgandan keyingi hayotining normal faoliyatini ta'minlashga yetarli rivojlanmaganlar.

Xomiladorlik muddatiga nisbatan kam vaznda tug'ilgan bolalar quyidagicha guruxlanadilar: Xomiladorlik muddatiga nisbatan kam vaznli, biroz oziqlanish

defitsiti belgilarisiz yoki xomiladorlikning muddatiga nisbatan kam vaznli, hamda oziqlanish defitsiti belgilari (terining quruqlashishi, po‘st tashlash) mavjud bolalar.

Chala tug‘ilgan chaqaloq xomiladorlikni 28-38 haftalari orasida tug‘ilgan, vazni 1000- 2500 gr. va uzunligi 35-45 sm.gacha bo‘lgan bolalar.

Muddatidan o‘tib tug‘ilgan bola - xomiladorlikning 294 kunidan (42 haftasidan) keyin tug‘ilgan hamda bo‘yi vazni xomiladorlik muddatiga nisbatan katta bo‘lgan bolalar.

Tug‘ilgandagi vazni 3500 grammdan yo‘qori bolalar “yirik tug‘ilganlar”, va tug‘ilgandagi vazni 4500 gr dan ortik bo‘lsa, “o‘ta yirik bolalar” deyiladi.

Perinatal davr va perinatal o‘lim - bu davr 13 haftadan iborat bo‘lib, xomiladorlikning 28 haftasidan to bola tug‘ilgandan keyingi birinchi haftasi bo‘lib, uning chegarasining 3 ta mezoni belgilangan: tana vazni – 1000 gr, tana uzunligi – 35 sm, xomiladorlik muddati – 28 hafta.

Perinatal davr 3 ta davrga bo‘linadi: kechki antinatal davr – xomiladorlikning 28 haftasidan tug‘ruq jarayoni boshlangungacha bo‘lgan muddat, erta neonatal davr – bola hayotining birinchi haftasi, kechki neonatal davr esa bola hayotining ikkinchi haftasidan boshlanadi. Butun neonatal davr 4 haftani tashkil etadi.

Erta neonatal davr davomiyligi 6 kun, 23 soat, 59 minutdan iborat.

Perinatal o‘lim o‘lik tug‘ilganlar soni (xomiladorlikning 28 haftasidan keyingi o‘lik tug‘ilganlar) + hayotining birinchi haftasida ulganlar (6 kun, 23 soat, 59 minutgacha) sonining 1000 tirik va o‘lik tug‘ilganlar soniga nisbati.

Chaqaloqlar o‘limi – xar 1000 ta tirik tug‘ilganlarga nisbatan 1 yoshgacha ulgan bolalar.

Erta neonatal o‘lim – xar 1000 tirik tug‘ilgan bolaga hayotining birinchi to‘lik haftasidan (7 kunlik) yoki 168 soatda ulgan bolalar.

Gudaklar o‘limi sabablari ichida tug‘ma anomaliyalar, tug‘ruq shikastlanishlari, gipoksiya, nafas yullari kasalliklari va gemolitik kasallik asosiy urin tutadi. Erta neonatal o‘lim sabablaridan asosiylari bo‘lib atelektazlar, gialin parda kasalligi, asfiksiya, tug‘ma poroklar, zotiljam va boshqa lar xisoblanadi.

Perinatal davr (tug'ishga yaqin davr) - xomiladorlikning 28 haftasidan boshlab tug`ruq jarayoni va tug`ilgandan keyingi 168 soatni o'z ichiga oladi. Ayrim mamlakatlarda JSST klassifikatsiyasi buyicha perinatal davrning boshlanishi xomiladorlikning 22 haftasidan (ya'ni xomila vazni 500 gr.ga yetganidan keyin) deb kabo'l qilingan.

Perinatal davr davomiyligi tug`ruqqa olib keluvchi bir qator omillarga bog`lik xolda turlicha bo'lishi mumkin. Masalan, xomiladorlikning 28 haftasigacha bo'lgan davrda tug`ilgan (muddatidan erta tug`ilgan) bolalarda perinatal davr tug`ruq davr bilan bola hayotining dastlabki 7 kunini o'z ichiga oladi. Davomiyligiga kura eng uzun perinatal davr cho'zilib ketgan xomiladorlikda ko'zatiladi. Perinatal davr bola hayotining keyingi davrlarida jismoniy, asab ruxiy va intellektual tarakkiyotini ta'minlovchi eng asosiy boskichlardan biri bo'lib xisoblanadi.

Perinatal davrda chaqaloq organizmining mustaqil hayot uchun zarur bo'lgan funktsiyalari yetila boradi. P.K.Anoxin fikriga ko'ra 28 haftalik xomilada aloxida faoliyat ko'rsatayotgan reaksiyalar xazm qilish, nafas va yurak-qon tomir singari funktsional sistemalarga birikadilar.

Xomila va chaqaloqda jiddiy nevrologik va somatik kasalliklarning rivojlanishi extimoli boshqa davrlarga qaraganda perinatal davrda yuqori bo'ladi. Xomiladorlikning 28-40 haftalari orasidagi davrda xomilaning tug`ruqqa va tug`ilgandan keyingi hayotga tayyorlanishi davom etadi.

Xomilaning funktsional sistemalari tug`ruq paytigacha yetarli takomillashmagan bo'lsada tug`ruq paytida bachadonning "sikib chikaruvchi" ta'siriga va kislorod yetishmovchiligiga chidab olishini ta'minlashga kodir bo'ladi.

Fiziologik tug`ruqlarda onaning gipofiz-buyrak usti bezi sistemasi va xomi laning endokrin bezlari faoliyati kuchayganligi ko'zatiladi. Bu narsa bola qonida, ayniksa xomila gipoksiyasida kortizol va o'sish gormoni miqdorining ortganligi bilan tasdiqlanadi.

Tug`ruqlar xomilaning funktsional sistemalari holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi hamda xomilaning biologik chidamliligini sinab ko'rishning o'ziga xos usullaridan biri bo'lib xisoblanadi.

Tug`ruqlar tabiati va tug`ruqni yengillatiruvchi muolajalar xomila va chaqaloq adaptatsiya reaksiyalari tabiatini va darajasini belgilovchi omillardan bo'lib xisoblanadi. Tabiiy fiziologik tug`ruqlarda buyrak usti bezi, kalqonsimon bez va gipofiz faoliyati navbvt bilan aktivlasha boradi. Keser kesish bilan tug`dirilgan chaqaloqda yo'qoridagi bezlar faoliyati bir paytda kuchayadi va bola hayotining dastlabki minutlaridayok eritrotsitlar va leykotsitlarning periferik qonga kuplab tushishi ko'zatiladi.

Engil va qisqa muddat davom etgan gipoksiya xomilada adaptatsion reaksiyalarning ertarok rivojlanishiga sabab bo'ladi. Aksincha, ogir hamda davomiy gipoksiya adaptatsion reaksiyalarning sunishiga olib keladi. Oy-kuni yetib tug`ilgan soglom chaqaloq organizmining hayotiy muxim sistemalarining shakllanishi bola hayotining dastlabki 168 soatida yakunlnadi. Chala tug`ilgan bolalarda esa, atrof muxitga moslashuv jarayonlari sekinrok kechadi. Tug`ilgunga kadar xomila kanchalik noetuk bo'lsa, moslashuv reaksiyalari ham shunchalik kam shakllangan bo'ladi. Tug`ilganda 1000 – 1500 gramm atrofidagi kichik vaznli bolalarda moslashuv davri 3-4 haftagacha cho'ziladi.

Perinatal davr patologiyalari xomiladorlikning 28 haftasidan keyingi davrda salbiy omillar, tug`ruq patologiyalari va bola hayotining dastlabki 168 soati davomida tashki muxitning nokulay sharoitlari ta'sirida rivojlanadilar.

**YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNING
MORFOFUNKTSIONAL YETUKLIGINI BAHOLASH. BIRLAMCHI
TUALET. YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI
TUG'RUQXONALARDA VA UY SHAROITLARDA PARVARISHLASH.**

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni morfofunktsional yetukligini baholashni, birlamchi tualet o'tkazishni, chaqaloqlarni tug'ruqxonalarda va uy sharoitlarida parvarishlashga bo'lgan talablarni o'rganish talab qilinadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni birlamchi tualetini bajarish usullarini, birinchi marta vrach ko'rigini o'tkazishni, profilaktik emlash yo'l-yo'riqlarini chuqur o'rganishlar ham kerak bo'ladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar morfofunktsional belgilari.

CHaqaloqlik davri deb, kindik kesilib, xomilani onadan ajratib olingandan so'ngi hayotiga aytiladi. Bu davrning davomiyligi 4 haftaga teng. Bunda chaqaloq organizmi tashqi muxitga moslanishi bilan xarakterlanadi. Bu holat ko'pchilik organlar faoliyatida hamda moddalar almashinuvidagi chuqur o'zgarishlarga sabab bo'ladi. Bola tug'ilganidan boshlab o'pka orkali nafas olish faoliyati va tug'ilgandan keyingi qon aylanish jarayoni tiklanadi. Ovqat hazm qilish organlari faoliyat ko'rsata boshlaydi. Xususiy xaroratni boshqarish jarayoni paydo bo'ladi, qonning fizik va ximiyaviy morfologik xususiyatlari o'zgaradi, moddalar almashinuvi kuchayadi, organizmni asosiy faoliyati noturg'un holatda bo'ladi. Organizm bunday noturg'un holatdan siljishiga olib keluvchi holatlar paydo bo'ladi, ayrim fiziologik holatlar patologik holatlarga aylanadi. CHaqaloqlar holatini baholashda ularning yetukligi tushunchasi qo'llaniladi.

Etuk chaqaloq – qattiq qichkirib yig'laydi, yaxshi so'radi, xaroratni yaxshi saqlab turadi. Unda fiziologik reflekslar yaxshi shakllangan, muskul tonusi yaxshi, aktiv xarakatlari mavjud.

CHaqaloqning vazni, bo'yi va tana praportsiyasi. CHaqaloqlarning jismoniy rivojlanish ko'rsatkichlari onaning yoshi va salomatligi holatiga, uning

kun – va ovqatlanish tartibi, xomiladorlik davrining kechishi, tug‘ruqlar soni va bolaning jinsi kabi turli sabablarga bog‘lik bo‘ladi.

Teri, teri osti yog‘ qavati, muskullar. CHaqaloqning terisi sillik, elastik, biroz shishinqiragan, qizargan va suzmasimon modda bilan qoplangan bo‘ladi. Epidermis qavati yupqa va nozik bo‘lib, shox qavati chala rivojlangan, epidermisni xususiy teridan ajratib turuvchi asosiy parda ham yetarli rivojlanmagan. Terining biriktiruvchi to‘qimasi chala rivojlangan, muskul tolalari kam. Teri qon tomirlarga boy bo‘lib, kapillyarlari kattalarga nisbatan kengroq. Yog‘ bezlari yaxshi rivojlangan xolida ter bezlari yetarli shakllanmagan. CHaqaloq terisi oson jaroxatlanadi.

SHu bilan birga teri qayta tiklanish xususiyatlariga ega. Teri orqali bola issiq va sovuqni xamda og‘rik xissini sezadi. Terining ximoya funktsiyasi sust rivojlanganligi bois ko‘pincha infeksiyalarning tushish yo‘llaridan biri bo‘lib qoladi.

Ayrim chaqaloqlarning ensasi, peshonasi va qoshi atrofida noto‘g‘ri shakldagi qizil dog‘lar kuzatiladi. Ularning paydo bo‘lishi teri tomirlarini kengayganligi bilan bog‘lanadi. Vaqt o‘tishi bilan bu dog‘lar yo‘qoladi. Terining rangparligi, ko‘kimtirligi yoki kulrang tusdaligi odatda bolaning kasalligidan dalolat beradi.

Teri osti yog‘ qavati xomiladorlikni oxirgi 2 oyida yig‘ila boshlanib, yetuk chaqaloqda u yaxshi rivojlangan bo‘ladi. Bunday bolalarning yog‘ klechatkasi palmitin va stearin singari erishi qiyin bo‘lgan yog‘ kislotalaridan iborat. Bu holat teri osti yog‘ qabatining kattaroq yoshdagilarga nisbatan ancha zichroq ekanligiga sabab bo‘ladi.

CHaqaloqlarning muskul sistemasi sust rivojlangan bo‘lib, umumiy vaznning 23% tashkil etadi (kattalarda esa 42%). Qo‘l – oyoq muskullari ayniqsa sust rivojlangan. CHaqaloqlar muskul tolalari ingichka bo‘lishiga qaramay qo‘shuvchi to‘qima yaxshi rivojlangan. CHaqaloqlarda asab sistemasi pallidar qismining striar qismiga nisbatan ustunligi singari asab sistemasining

xususiyatlariga bog'liq xolda ular muskullarining sezilarli gipertoniyasi mavjud bo'ladi. Muskul apparatining elektr qo'zg'oluvchanligi sust bo'lganligi xolda mexanik qo'zg'oluvchangili ortgan bo'ladi.

Asab sistemasi. CHaqaloq bosh miyasining vazni 350-400 gr. iborat. Katta yarim sharlar po'stlog'iga nisbatan yupqa bo'lib miyaning kulrang moddasi oq moddasidan aniq ajralmagan. Gangliya xujayralari yetarli shakllanmagan. Bola tug'ilganda katta yarim sharlarining yirik juyaklarigina mavjud bo'lib, ular yuzaki, har doim ham aniq ko'zga tashlanavermaydi. Ayrim mayda juyakchalari umuman bo'lmaydi. Bosh miya po'stlog'ining yetarli darajada ko'zg'olmasligi va tez charchab qolishi kuzatiladi. Po'stloq osti markazlar tasiri kuchliroq.

Miyacha yetarlicha rivojlanmagan bo'lib, uzunchoq shaklga ega va juyaklari yuzaki. Uzunchoq miya gorizantal holatda bo'lib ancha yaxshi rivojlangan.

Orqa miya markaziy nerv sistemasining (MNS) boshqa bo'limlarga nisbatan funksional va morfologik jihatdan ancha yetuk bo'lib xisoblanadi. Uning uzunligi 14-16 sm bo'lib, vazni 3-4 gr.ni tashkil etadi. Bola tug'ilgan paytda orqa miyaning o'tkazuvchi yo'llari ancha yaxshi rivojlangan. Orqa miya suyuqligining umumiy miqdori o'rtacha 60 ml atrofida. Xosil bo'lgan likvor doimiy xarakatda bo'lib, kun davomida 4-5 marta yangilanib turadi.

CHaqaloqlarda orqa miya suyuqligi tiniq va biroz sarg'ish rangda bo'lib, bu sariqlik chaqaloqlar fiziologik sariqligida qondagi bilirubinning orqa miya suyuqligiga o'tishi bilan bog'lanadi va bu holat bir haftaga yaqin davom etadi.

Bola tug'ilganda vegetativ asab tizimining faoliyati ancha yaxshi rivojlangan bo'lib, ayrim organlarda parasimpatik bo'lim tasiri kuchli bo'lsa, boshqa organlarda esa, simpatik bo'lim tasiri yuqoriroq.

CHaqaloq asab tizimining xossalari ular xarakatining o'ziga xos xususiyatlari bilan belgilanadi. CHaqaloqlar xarakati atetoz ko'rinishida, koordinatsiyalanmagan va uzliksiz bo'lib, talamo-pallidar tizimi tasiri ustunligi bilan belgilanadi.

CHaqaloqlarni nevrologik tekshirish usuli kattalarnikidan farq qiladi. Tekshiruvlarni bola ovqatlaniganidan 1,5-2 soat o'tib, uning osoyishta va uyg'oq paytida olib boriladi. Tekshiruvlar natijalarini baholashda bola hayotining dastlabki 3 kunida kuzatilib, so'ng uzoq muddat saqlanib qoladigan simptomlarining topilishi alohida ahamiyat kasb etadi.

CHaqaloqlarda bosh miya innervatsiyasini tekshirish quyidagi yo'sinda amalga oshiriladi:

I juft (n. olfactorius) – o'tkir xidli moddalar bolani aftini bujmaytirishga va xarakat bezovtaligiga sabab bo'ladi

II, III, IV, VI juftlar (nn. Opticus, oculomotorius, trochlearis, abducens) – bola o'tkir yorug'lik manbaiga boshini buradi. Ko'z qorachig'i o'lchami va shakliga, hamda uning yorug'likka reaksiyasiga etibor karatiladi. Ko'z soqqalarining xarakati bola hayotining dastlabki kunlarida bir-birlaridan mustaqil ravishda amalga oshiradi. Bazan ularning xarakati bir tomonga yo'nalgan bo'lib, g'ilaylik ko'zga tashlanadi. Bu paytda "botayotgan quyosh" simptomi ham paydo bo'lishi mumkin. Mazkur simptom bola hayotining 4 haftasidan keyin ham boshqa nevrologik simptomlar bilan birga saqlanib qolsa, MNS zararlanganligining belgisi bo'lib xisoblanadi.

V juft (n. trigeminus) – uchlamchi nerv birinchi shoxining zararlanishida uning innervatsiya sohasida sezuvchanlik yo'qolib, korneal va konyunktival reflekslar so'nadi. Ikkinchi shoxning zararlanishi burun bo'shlig'ining pastki shilliq qavatini qitiklaganda unga nisbatan aksirish refleksi - reaksiya yo'qolgan bo'ladi. Uchlamchi nerv tolalarining zararlanishi zararlangan sohada chaynash muskullarining susayishi kuzatilib, bolaning og'zi ochiq va pastki jag'i osilib qolgan bo'ladi.

VII juft (n. facialis) – yuz nervi faoliyatini baholashda burun - lab uchburchagining simmetrikligi, mimik muskullarining tinch va yig'lagan paytidagi holati, qovoqlarining mahkam berkilishi so'rish paytida lablarning qimtilishiga etibor qaratiladi. Yuz nervi yuqori shoxining holati bola yuqoriga

qaraganda peshonasida bo'lgan teri burmalari paydo bo'lishi bilan baholaniladi. Ikkinchi shoh faoliyati haqida ko'zlarning yumilishi va ko'z yorig'ining holatiga etibor beriladi. Bolaning emishi va yig'lashini kuzata turib, yuz nervi uchinchi shohi faoliyatiga baholanadi.

CHaqaloqlarda ko'pincha yuz nervining periferik paralichi va parezlari kuzatiladi. Markaziy paralichlar odatda qarama - qarshi tomon gemiplegiyasi bilan bir paytda uchraydi.

VIII juft (n. acusticus) – eshituv nervi faoliyati bolaning tovushlarga cho'chishi, seskanib ketishi, qovoqlarini yumishi va nafas olishining o'zgarishi singari javoblari bilan baholanadi. Bunday javoblarning yo'kligi bolada eshitishning sustligidan dalolat beradi.

Bola tug'ilganda vestibulyar apparat qo'zg'olgan holatda bo'ladi. SHuning uchun yengil va qisqa-qisqa doimiy gorizontal nistagm chaqaloqlar uchun fiziologik holat bo'lib, bir oy davomida saqlanib qolishi mumkin. Dag'al va uzoq muddatli gorizontal yoki vertikal nistagmning paydo bo'lishi asab sistemasining zararlanganligidan guvoxlik beradi.

IX, X juftlar (nn.glossofaryngeus, vagus) – og'iz bo'shlig'i kuzatilganda yumshoq tanglayning xarakatchanligi va simmetrikligiga etibor qaratiladi. Paralich paytida u xarakatsiz va osilgan ko'rinishda bo'ladi, yutish faoliyati izdan chiqib, qalqib ketishi va suyuq ovqatning burniga ketib qolishi kuzatiladi. Bolaning ovozi bo'g'ik, ikki tomonlama paralichda esa afoniya vujudga keladi.

X juft zararlanganida chaqaloqlarda yurak-qontomir sistemasida ham o'zgarishlar yuzaga keladi: puls tezlashadi; nafas olish ritmi o'zgarishi mumkin.

XI juft (n. accesoriusWillisii) bu nerv holati to'sh-umrov – so'rg'ichsimon va trapitsiyasimon muskullar faoliyatiga ko'ra baholanadi. Bu nerv zararlanganida bolaning boshi sog'lom tomonga burilmaydi, zararlangan tomondagi yelka sohasi pastlab qoladi.

XIIjuft (nhupoglossus) – og‘iz bo‘shlig‘ida tilning holati, uning simmetrikligi, xarakatchanligi va emish jarayonidagi ishtirokiga ahamiyat beriladi.

CHaqaloqlar qo‘l – oyoqlari bukuvchi muskullarining tonusi yuqori bo‘lishi bois, ular yig‘ilgan holatda bo‘ladi. Aksincha bosh va bo‘yin yozuvchi muskullari tonusi baland bo‘lib, bolada boshini orqaga tashlab yotishga moillik kuzatiladi. CHaqaloqlar hayotining dastlabki kunlarida qo‘l – oyoqlarining qaltirashi (tremor) kuzatiladi. Tremor 4 kundan uzoqroq davom etsa, asab sistemasi zararlanishiga taxmin qilish mumkin. Pay reflekslari ichida doimiylaridan biri bo‘lib tizza refleksi xisoblanadi.

CHaqaloqlar va hayotining dastlabki oylaridagi bolalarda primitiv yoki fiziologik deb ataluvchi bir qator reflekslar kuzatilishi mumkin. Bu reflekslarning mavjudligi bosh miya noetukligi bilan tushintiriladi. Reflektor yoyi bosh miya stvoli va orqamiya segmentlarini o‘zida mujassamlashtirgan. Miya rivojlanishi fonida bu reflekslar asta-sekin so‘na borib, 4-5 oyligida butunlay yo‘qoladi. Agar ular kattaroq bolalarda mavjud bo‘lsa, miyaning oliy markazlari patologiyalaridan dalolat beradi.

Asosiy fiziologik reflekslari quyidagilardan iborat:

Kaft-og‘iz-bosh refleksi (Babkin refleksi).

Bosh barmoq bilan bola kaftining m. Tenor yaqinroq qismiga bosib ko‘rilganda bola og‘zini ochib, boshini ko‘kragi tomonga qarab bukadi. Refleksning sustligi va uning tezda yo‘qolib ketishi yoki butunlay yo‘qligi MNS zararlanganligidan darak beradi.

Ushlab olish refleksi (Robinson refleksi). Tekshiruvchi bolaning kaftiga qo‘lini qo‘yganida uni ushlab olishi va mahkam tutib turishi. Bazan chaqaloq vrach barmog‘ini shunday mahkam ushlaydiki, uni shu holatda yuqoriga ko‘tarish ham mumkin bo‘ladi. Bola qo‘l panjalari parezlarida refleks sust yoki butunlay bo‘lmasligi ham mumkin.

Pastki ushlab olish refleksi (barmoklar bukuvchi muskullarining tonik reaksiyasi). Bola tavonining birinchi suyaklararo sohasiga bosib ko'rilganda oyoq panjalari bukiladi.

Moro refleksi (quchoqlash refleksi). Bu refleksni turli usullar bilan chaqirish mumkin: u ushlab olish refleksining davomi sifatida ham yuzaga kelishi mumkin. Tekshiruvchining barmog'ini tutib turgan bolani boshini yostiqdand uzmagan xolda ko'tariladi va bolaning qo'li qo'yib yuboriladi. Bunda bola o'zini orqaga tashlaydi yelkalari yoziladi, qo'llari ikki tomonga keriladi (refleksning birinchi fazasi) so'ng qo'llari ko'krak ustida qovishtiriladi (ikkinchi faza). Bunday reaksiya bolaning soniga yoki dumbasiga shapatilaganida yoki yo'rgak stoliga urib ko'rilganda yoki qo'qqisidan eshitilgan qattiq shovqindan so'ng chaqirilishi mumkin.

Tayanch, to'g'rilanish va avtomatik qadam tashlash refleksi. Ko'ltig'idan tutib ko'tarilgan chaqaloq oyoqlari bilan stolga tayanadi. SHuningdek oyoqlari yozilib, gavdasi va bo'yni ham tug'rilaniladi. Bola biroz oldinga egilsa qadam tashlash xarakatlari paydo bo'ladi.

Bauerning emaklash fenomini. Qorniga yotqizilgan chaqaloq tovonlariga tiralgan tekshiruvchining kaftlariga tayanib oldinga intiladi.

Galant refleksi. Tekshiruvchi ko'rsatkich barmog'i bilan paravertibral chiziq orqali pastdan yuqoriga karab xarakat qilganida bola tanasining shu tomonga qarab yoysimon egilishi kuzatiladi.

Peres refleksi. Bola yuzi bilan yotgan bo'ladi. Ko'rsatkich barmoq bilan umurtka pog'anasining o'tkir o'simtalariga yengil-engil bosib, bolaning dumg'azasidan bo'yniga tomon silanganida bolalar tamonidan javob reaksiyasi qisqa muddatli apnoedan so'ng qattiq qichqirib, tosini ko'targan xolda lordoz, qo'l-oyoqlarning bukilishi va muskullar tonusining ortishi ko'rinishida bo'ladi. Bazan siyib yuborishi va ichi kelib ketishi mumkin.

Arshavskiyning tavon refleksi. CHaqaloqning tavon suyagiga bosib ko'rilganda u qichqirib yuboradi yoki yig'lashga xarakat qiladi.

CHaqaloqlik davrida sezgi organlari faoliyati hali to‘la rivojlanmagan bo‘lishi xarakterlidir. Bu davrda sezgi yo‘llarining bazi bir retseptorlari funksiyasi saqlangan bo‘ladi. Tam bilish organi yaxshi rivojlangan. Bola har xil tamga har xil ko‘zg‘alish bilan javob beradi. SHirin narsalar berilsa bola tinchlanadi, labini yalaydi va yutadi. Achchiq va sho‘r, nordon taomlarga bezovtalanish, emishdan to‘xtash va ko‘p miqdorda sulak ajratish bilan javob beradi.

Xid bilish qobiliyati sust bo‘ladi, lekin birinchi kunlaridayoq keskin paydo bo‘ladi. Burun shilliq qavatlarini nashatir spirti bilan qo‘zg‘atsa nafas olishi tezlashishi bilan javob beradi.

CHaqaloqlarda taktil sezgi qobiliyati nisbatan yaxshi rivojlangan bo‘lib, bola uning terisiga va shillik qavatiga tegilganda tezda javob reaksiyasini ko‘rsatadi. Sezgi ayniqsa yuzida, lablarida va qo‘l-oyoqlarida yaxshi rivojlangan, orqasida esa sust bo‘ladi. Bu narsa erkin nerv oxirlarining soniga bog‘liq bo‘ladi.

Ko‘rish qobiliyati asta-sekin rivojlanadi. Ko‘z nervining mielinizatsiyalanishi jarayoni hali tug‘allanmagan bo‘lib, chaqaloqning ko‘rish qobiliyati yorug‘likni sezish bilan cheklanadi xolas. Ko‘z xarakati odatda koordinatsiyalanmagan bo‘lib, fiziologik g‘ilaylik ko‘zga tashlanadi. Kornial va konyunktival reflekslar ancha sekin bo‘lsa ham chaqiriladi. Ko‘zga yaqinlashtirilgan predmetga nisbatan ko‘zni pirpiratish refleksi yo‘q, kuchli yorug‘likgina shu refleksni chaqirishi mumkin.

Bola tug‘ilganida eshitish qobiliyati sust bo‘lsa kerak deb taxmin qilinadi, chunki nog‘ora bo‘shlig‘i asta-sekin to‘la boshlaydi. Biroq, bola hayotining dastlabki kunlaridayoqqattiq tovushga seskanib ketish, yuz muskullarini burishtirish va nafas xarakatining ritmi va tezligining o‘zgarishlari bilan javob beradi. Qattiq tovushga reaksiyaning yo‘qligi bolaning tug‘ma karligidan darak beradi.

Og'riqni sezish tuyg'usi chaqaloqlarda ancha sust, biroq og'riq reflekslar bola tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlaridayoq osonlikcha chaqirilishi mumkin.

Moddalar almashinuvi.

Xomiladorlik davrida xomila bilan ona organizmidagi moddalar almashinuvi yo'ldosh orqali amalga oshadi. Metabolizmning o'ziga xos xususiyati chaqaloqlik davrida ham saqlanib koladi.

Moddalar almashinuvi tabiati xaqida kislota-ishkor muvozanati, oksidlanish-fosforlanish jarayoni holati va fermentlar aktivligiga qarab baho beriladi, chunki malum darajada ular moddlar almashinuvi holatini belgilaydi.

Aniqlanishicha, yetuk va sog'lom chaqaloq hayotining dastlabki 3 soatida dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz holatida bo'ladi. Kapillyar qonining rN o'rtacha 7,28 tashkil etadi; keyingi soatlar davomida u ko'tarila borib, 6 soatda 7,36-7,38 yetadi. Karbonat angidritning partsial bosimi (rSO₂) dastlabki 3 soatda 44,5 mm/sim.ust teng bo'lib, 6 soatdan keyin 32-36mm.sim.ust yetib, stabillashadi.

Bola hayotining dastlab kuni oxirlarida bufer rezervlar, sof va standart bikorbanatlar miqdori nisbatan yuqori bo'ladi. 4-5 kunga borib gaz almashinuvi ko'rsatkichlari kattalarnikiga yaqinlashadi.

Tuz – suv almashinuvi. Suv inson organizmining muxim tarkibiy qismini tashkil etib, xujayralar bilan xujayralar ora suyuqlik va qon zardobi o'rtasidagi faol munosabatni taminlaydi. Organizmda suv almashinuvi asosan oqsil va elektrolitlar vositasida amalga oshadi.

Organizmda umumiy suvning miqdori 70% tashkil etib, xujayralar ichra suyuqlik 50%, xujayradan tashqari suyuqlik esa 20% yetadi. Xujayradan tashqari suyuqlikning 15% oraliq, - va 5% aylanayotgan qismdan iborat bo'ladi.

Suvda erigan tuzlar organizmning osmotik bosimini yaratsa, kolloid-osmotik (onkotik) bosim esa oqsillar tamonidan amalga oshiriladi.

Xujayradan tashqari suyuqlikning asosiy kationlaridan bo'lib, natriy, kalsiy, magniy va kaliy xisoblanadi. Ularning orasida natriy muximroq ahamiyatga ega deb qabul qilingan. Chunki natriy osmotik bosimni, kislota-ishqor muvozanatini taminlaydi, muskullarning normal ko'zg'aluvchanligini saqlab turadi. Xujayralar ichra suyuqlikning asosiy kationi bo'lib kaliy xisoblanadi. Organizmdagi suyuqlik muxitida kationlardan tashqari bikorbanatlar, xloridlar, organik kislotalar, fosfotlar va sulfatlar singari anionlar ham mavjud. Xujayralar ichra va xujayralar tashqari suyuqliklar orasida funktsional izotoniya saqlanib turadi. Xujayradan tashqari suyuqlikda natriy ionlari miqdorining ortib ketishi shu suyuqlik hajmining ko'payishiga sabab bo'lsa, natriy ionlari kontsentratsiyasi kamayishi esa, suyuqlikning xujayra ichiga o'tishi yoki buyraklar orqali ajralib chiqishining kuchayishiga olib keladi.

Kaliyning fiziologik roli ham juda yuqori bo'lib, u xujayra tsitoplazmasida uglevodlar, oqsillar va murakkab fosfat efirlari bilan bog'langan holatda mavjud. Kaliy, ATF va pirouzum kislotalari almashinuvida ishtirok etadi. U atsitilxolin sintezini kuchaytiradi, nerv impulslarining o'tishida ishtirok etadi, adinozintrifosfatazani faollashtiradi, kreatinfosfat tarkibiga kiradi, glikogen va oqsillar xosil bo'lishida ishtirok etadi. Xlor osmotik bosim va kislota-ishkor muvozanatini boshqarishda ishtiroki mavjud. Qondagi xlor miqdori 96-108 mekv/l atrofida bo'ladi.

CHaqaloqlarda suv va tuz almashinuvi bir qator o'ziga xos xususiyatlarga ega. CHaqaloqlar organizmida suv tana vaznining 70-75% tashkil etadi, kattalarda esa 60%. CHaqaloqlarda xujayralardan tashqari suyuqlikning nisbiy hajmi kattaroq yoshdagi bolalar va kattalarga nisbatan 2 barobar ko'p. Demak, bola gipergidrotatsiya holatida tug'iladi. CHaqaloqlarda moddalar almashinuvi ancha jadal kechadi. Ular tanasi yuzasining vazniga nisbati kattalarga ko'ra ancha yuqori. SHuning uchun teri va o'pkalar orqali suyuqlik ancha ko'p yo'qotiladi (bolaning har kg vazniga bir soatda bir ml xisobida, kattalarda esa, bir soatda 0,5 ml xisobida). CHaqaloqlardagi suvga bo'lgan sutkalik extiyoj

katta bolalarga nisbatan 2-3 barobar ortiq. CHaqaloqlarda suv-tuz almashinuvining neyro-gumoral, endokrin va buyraklar mexanizmi yetarli rivojlanmagan. Bu holat chaqaloqlarda suv-tuz almashinuvi jarayonlarining qiyinchilik bilan amalga oshishi va ularning noturg'unligiga sabab bo'ladi, "tashnalik" va yuqori tana xarorati chaqaloqlarda xujayra eksikozining osonlikcha rivojlanishiga olib keladi.

Oqsil almashinuvi. Xomiladorlik davrida xomila jadal o'sadi. Bu holat xomilaga asosiy qurilish ashyosi xisoblangan oqsilni yetarli miqdorda taminlash talab qilinadi. Uglevod va yog' saqlovchi birikmalardan farqli ularoq oqsillar molekulasi tarkibida azot mavjud bo'lib, oqsil almashinuvini, azot almashinuvi deb atasa ham bo'ladi. Qonda oqsil almashinuvining oxirgi maxsuloti bo'lib, qoldiq azot xisoblanadi: uning tarkibiga mochevina, siydik kislotasi, kreatin, kreatinin va aminokislotalar kiradi. Xomila ona qonidan yo'ldosh orqali oqsillarni aminokislotalar xolida qabul qiladi. SHu bilan bir qatorda xomila qoni tarkibidagi aminokislotalar kontsentratsiyasi ona qonidagiga qaraganda ancha yuqori bo'ladi.

Bola organizmiga oqsillar ona suti orqali tushib, uning almashinuvi qoldiq mahsulotlari buyraklar orqali chiqarib tashlanadi. Hayotining dastlabki kunlari chaqaloq oqsillarni nisbatan kam qabul qiladi, chunki tug'ruqdan so'ngi 2-3 kun mobaynida onada gipolaktiya holati kuzatilib, o'g'iz suti orqali tushadigan oqsil miqdori ancha kam. SHuningdek bu paytda oshqozon va ichaklarda oziq-ovqat ingredientlarining so'rilishi ham ancha sust bo'ladi.

CHaqaloqlar xayotining dastlabki soatlarida qondagi qoldik azot miqdori onalarnikiga nisbatan biroz yuqori. Bola hayotining 2-3 kunlariga borib, azot miqdori sezilarli darajada ortadi: chaqaloqlar hayotining 1 kunida qondagi qoldiq azot miqdori 57,28 mkmol/l tashkil etsa, 3 kunga borib 72,67 mkmol/l yetadi. Qoldiq azot miqdorining bunday ko'tarilishi to'qima katobalizmi va buyrak ekskriyasiyasing sustligi bilan tushintiriladi. 5 kundan boshlab moddalar

almashinuvining katobolik yoʻnalishi anobolik yoʻnalish bilan almashinib, bola vazn qoʻshishni boshlaydi.

CHaqaloqlar qoni zardobida umumiy oqsil miqdori 60-80 g/l boʻlib, jumladan albuminlar 50-60%, globulinlar 35-50% tashkil etadi.

Uglevodlar almashinuvi. Uglevodlar organizmning energiyaga boʻlgan ehtiyojini qondiruvchi manbalardan boʻlib xisoblanadi. Sogʻlom chaqaloq hayotining dastlabki 72 soatida qondagi glyukoza miqdori -120 mg% atrofida boʻladi.

CHaqaloqlardagi gipoglikemiya holati tugʻish paytidagi stress – reaksiya, gormonal omillar tasirining oʻziga xos xususiyatlari, jigarning fermentativ sistemasi noetukligi bilan tushintiriladi. Hozirgi paytda adabiyotlarda chaqaloqlardagi asimptomatik gipoglikemiya bilan bir qatorda simptomatik gipoglikemiyaning ham koʻp uchrashi qayd qilinmoqda. Simptomatik gipoglikemiyaning asosiy belgilaridan boʻlib tsianoz, qaltirash (tremor) va talvasa (sudorog) holatlari xisoblanadi. Bunday gipoglikemiya holati bola hayotining dastlabki 3 kunida qondagi qand miqdori 30 mg% ortmasa, va 3 kundan soʻng 40 mg% koʻtarilmasa kuzatiladi. Simptomatik gipoglikemiyaning ogʻir shakllari oʻlim bilan yakunlanishi mumkin yoki ogʻir nevrologik asoratlarga sabab boʻladi.

Yogʻ almashinuvi. Yogʻlar asosiy energiya manbai boʻlib xisoblanadi. Ular yogʻda eruvchi vitaminlarni tashuvchi vazifasini ham bajaradi. Yogʻlar yogʻ zahirasi koʻrinishida teri osti kletchatkasida, charvida va x.k.z joylashgan boʻladi. Xomiladorlikning oxirlariga kelib xomilada anchagina yogʻ zahirasi yigʻilib qoladi. Ona sutidagi yogʻning 98% soʻriladi. CHaqaloqlar tanasidagi yogʻlar palmitin va stearin singari yuqori molekulyar yogʻ kislotalariga boy.

CHaqaloq qonidagi lipidlar miqdori ona qonidagiga nisbatan 2,5 barabror kam boʻlib, bu koʻrsatkich lipidlarning barcha fraktsiyalariga tegishli.

Bola tug'ilgandan keyin 2 soat o'tib energiyaning asosiy manbai sifatida foydalanadigan erkin yog' kislotalari miqdori 3 baravariga ortadi. Bola hayotining 1-2 kunida qondagi umumiy lipidlar miqdori 438 mg ni tashkil etadi.

CHaqaloqlarda lipidlar almashinuvi ancha aktiv kechadi, ayniqsa triglitseridlar (neytral yog'lar) jadal parchalanadi va erkin yog' kislotalarga aylanadi, va ular energiyaning asosiy manbai xisobida qo'llaniladi.

Bola hayotining dastlabki kunlarida energiya almashinuvida oqsillar va uglevodlar orasida uzviy aloqa mavjud. Uglevodlar tanqisligi ketoz rivojlanishiga olib keladi, chunki uglevodlar yetishmovchiligida Krebs tsiklida keton tanalar oksidlanishi tormozlanib, ularning yuqori yog' kislotalarga aylanishi sekinlashadi. Vena ichiga glyukoza kiritish keton tanachalarini suvlar va karbonat angidridgacha parchalab, ketoz holatini bartaraf etadi.

Ichki a'zolar.

Nafas organlari. Bola tug'ilganda nafas olish organlari hali yetarlicha takomillashmagan bo'ladi. CHaqaloqlar burni kichik, tog'aylari yumshoq va burun yo'llari tor bo'lib, shilliq qavati nozik va qon tomirlariga boy. Bu holat shilliq qavatlarining osonlikcha shishib qolishi tufayli burun orqali nafas olishning qiyinlashuviga sabab bo'ladi.

Burunning qo'shimcha bo'shliqlari chala rivojlangan. Yevstaxiy nayi qisqa va keng bo'lib gorizantal joylashgan. Xalqum, xiqildok, kekirdak va bronxlar tor, tog'aylari yumshoq, elastik tolalari kam, shilliq qavati nozik va qon tomirlarga boy.

Ko'krak qafasi bochka shaklida bo'lib, tog'aylari yumshoq va gorizantal holatda joylashgan. Traxeya bifurkatsiyasi 3-4 ko'krak umurtka sohasida joylashgan va bronxlar nisbatan tor.

O'pka kapillyarlarga boy, elastik tolalari kam. CHaqaloqlarda diafragma nisbatan yuqori joylashgani xisobiga o'pkaning pastki chegaralari kattaroq bolalarnikiga qaraganda yuqoriroqda joylashadi.

Xomiladorlik davrida gaz almashinuvi yoʻldosh orqali amalga oshadi. Bola tugʻilganidan boshlab oʻpka - nafas tizimi ishga tushadi. Dastlabki chuqur nafas jarayoni nafas markazini kuchaytiruvchi ekzogen va endogen omillar kompleksi orqali amalga oshadi. Bola tugʻilishi bilan qonda karbonat angidrid miqdori koʻtarilib (35-40 mm.sim.ust), kislorodning partsial bosimi esa, 35-40 mm.sim.ust. gacha pasayadi. Metabolik atsidoz boshlanadi. Bu holatlar nafas markazining qitiqlanishiga olib keladi. Bundan tashqari bola tugʻilganda paydo boʻladigan reflektor reaksiyalar ham malum ahamiyat kasb etadi. Dastlabki chuqur nafas olishdan soʻng siyrak va noritmik nafas xarakatlari paydo boʻladi. Keyinchalik ular tartibga tushib, nafas olishlar soni minutiga 40-60 taga yetadi. Dastlabki nafas olganidan soʻng oʻpkada sezilarli oʻzgarishlar ham vujudga keladi. Oʻpka aeratsiyasi nafas olish paytida xosil boʻladigan va 20-70 mm simob ust. atrofidagi manfiy bosim tufayli amalga oshadi. Uning orqasidan nafas chiqarishni taminlovchi musbat bosim ham shakllanadi. Har bir nafas hajmi 20 sm³ ga teng deb xisoblanadi. Bola hayotining birinchi kunida qonning kislorod bilan toʻyinishi 64-92% tashkil etadi

Yurak-qon tomir sistemasi. Xomiladorlik davrida xomilaning kislorod bilan taminlanishi ona qonidan yoʻldoshdan oʻtishi orqali amalga oshadi.

Ona qoni yoʻldoshning soʻrgʻichlararo boʻshligʻiga bachadon arteriyasi orqali tushib, bachadon-yoʻldosh venalari orqali qaytadi. Moddalar almashinuvi, jumladan gaz almashinuvi soʻrgʻichlar kapillyarlarining yupqa devorlari hamda ularni qoplab turgan epiteliyalar ishtirogida kechadi. Soʻrgʻichlar kapillyalaridagi aylanayotgan qon bilan soʻrgʻichlararo boʻshliqdagi qon orasida bevosita aloqa yoʻq. SHuning uchun ona qoni bilan bola qoni bir-birlari bilan aralashmaydi. Yoʻldoshda kislorod bilan toʻyingan qon kindik venasi orqali xomilaga oʻtadi. Kindik venasining bevosita davomchisi boʻlib xisoblangan arantsiy yoʻli dastlab jigarga boruvchi tarmoq ajratadi va soʻng oʻzi pastki kovak venaga kelib quyiladi. Demak, xomilaning jigari toza arterial qon bilan taminlanadi. Arantsiy yoʻli orqali tushgan arterial qon tananing quyi kismlaridan

vena qoni yig'ib kelayotgan pastki kovak vena qoni bilan aralashadi. Biroq, arantsiy yo'li diametri pastki kovak venanikiga nisbatan katta bo'lganligi bois, aralash qon o'zining gaz tarkibi jihatidan arterial qonga yaqinrok bo'ladi. Pastki kovak venadan kelayotgan aralash qon yurakning o'ng bo'lmasiga kelib quyiladi. Biroq, shu quyilish sohasida maxsus klapanlar (tarnovchalar) joylashgan bo'lib, ular pastki kovak venadan kelayotgan qon oqimini bo'lmaslararo to'siqda joylashgan oval tirkishga tomon yo'naltiradi, va natijada pastki kovak venaning qoni to'laligicha o'ng bo'lmasiga o'tib ketadi. Xomilada hali o'pkalar faoliyat ko'rsatmayotganligi bois, to'rtta o'pka venalaridan kelayotgan qon miqdori nihoyatda kam bo'lib, pastki kovak venadan o'tgan qonning gaz tarkibiga deyarli tasir ko'rsatmaydi. Natijada gaz tarkibi arteriyaga yaqin bo'lgan qon chap qorinchaga tushib, aorta orqali tana bo'ylab tarqaladi. Aorta yoyidan bosh miya va tananing yuqori qismlarini qon bilan taminlovchi uchta yirik arteriya (umumiy uyqu arteriyasi, nomsiz arteriya va chap umrov osti arteriyalari) qon oladi. Nisbatan kislorodga boy qon bilan taminlanganligi tufayli bola tug'ilganida uning bosh miyasi va tanasining yuqori kislari ham morfologik va funktsional jihatdan ancha rivojlangan bo'ladi.

Bosh miya va tananing yuqori kislaridan vena qoni yig'ib kelayotgan yuqori kovak vena o'z qonini yurakning o'ng bo'lmasiga keltirib quyadi. Yuqori va pastki kovak venalari qonlari bir-birlari bilan aralashmaydi va yuqori kovak vena qoni to'laligicha o'ng qorinchaga o'tib o'pka arteriyasi orqali o'pkalar tomon yo'naladi. Xomilada o'pkalar hali faoliyat ko'rsatmayotganligi tufayli ularni ozuqalanishiga oz miqdorda qon talab qilinadi. Qonning qolgan katta qismi o'pka arteriyasi bilan aortaning tushuvchi qismini birlashtiruvchi Botall yo'li nomi bilan ataluvchi qon tomiri orqali aortaga quyiladi. SHu paytdan boshlab aralash qon gaz tarkibi jihatidan vena qoniga yaqinlashadi. SHuning uchun xomila tanasining quyi qislari nisbatan sustrok rivojlangan bo'ladi. Ikkala yonbosh arteriyalaridan bir donadan qontomirlari: kindik arteriyalari kon olib, kindik halqasitomon yo'naladi va undan onb, o'z qonini

yoʻldosh venasiga keltirib quyadi – shu bilan xomilada qon aylanish halqasi yakunlanadi.

Bola tugʻilganda gemodinamikada sezilarli oʻzgarishlar kechadi. Bu oʻzgarishlar asosan yoʻldosh orqali qon aylanishining toʻxtatilishi, oʻpkalarning kengayib qon bilan toʻlishi, Botall va arantsiy yoʻllari, oval tirqish va kindik tomirlari qoldiqlarining berkilishi va bitib ketishi bilan amalga oshadi.

CHAqaloq yuragining oʻlchamlari nisbatan katta. Diafragmaning yuqoriligi bois yurak odatda gorizontol holatni egallaydi. Har ikkala qorincha devorining qalinligi oʻrtacha 5 mm tashkil qiladi. CHaqaloq yuragining hajmi 20 sm³ teng boʻlib, yurakning potentsial imkoniyatlari katta. Ayrim patologik holatlarda chaqaloqlar yuragi uzoq vaqt dekompensatsiya belgilarisiz ishlay olishi bilan kattalar yuragidan farq qiladi. Bu narsa chaqaloqlar miokardining gipoksiyaga chidamliligi va moddalar almashinuvining anaerob shaklga oʻta olishi xususiyatlari bilan bogʻlanadi.

CHAqaloqlar pulsi minutiga 140-160 atrofida va oʻta noturgʻun. Qon bosimi bola hayotining birinchi kunlari 66/36 mm/sim. ustunini tashkil etib, 7chi kuni - 75/42 ga yetadi.

Oy kuni yetib tugʻilgan chaqaloqda EKG elektr oʻqining oʻngga siljiganligi xarakterli boʻlib, R tishchasi aniq koʻzga tashlanadi. Q-tishchasi amplitudasi 8 mm ga yetadi. U oʻng koʻkrak tarmoqlarida yoʻq boʻlib, chap koʻkrak tarmoqlarida paydo boʻla boshlaydi. Barcha koʻkrak tarmoqlarida dastlabki 7 kun ichida S tishcha amplitudasi kamayganligi kuzatiladi. R tishchaning oʻziga xos xususiyatlari yurakning oʻng qismlari zoʻriqib, ishlashi hamda kichik qon aylanish doirasining faoliyati boshlanishi bilan bogʻlanadi. R va S tishchalarining bola hayotining keyingi davrlaridagi oʻzgarishlari oʻng qorincha zoʻriqishining kamayishi va chap qorincha faolligi ortishi bilan belgilanadi. CHaqaloqlarda yurak faoliyatini boshqarib turishida asab sistemasining parasimpatik qismi tasiri yuqori boʻladi.

Ovqat hazm qilish organlari. CHaqaloqlar og'iz bo'shlig'i o'lchamlari nisbatan kichik va nozik hamda oson zararlanadigan shilliq qavati bilan qoplangan. Til nisbatan katta. Jag' muskullari yaxshi rivojlangan. Oy-kuni yetib tug'ilgan sog'lom chaqaloqda so'rish qobiliyati mavjud. Bu murakkab refleks markazi uzunchok miyada joylashgan bo'lib, bosh miya po'stlog'i ishtirokisiz amalga oshadi. So'rish xarakatlarning faolligi bolaning yetukligi va sog'ligini bildiradi. Bola tug'ilganda qizilo'ngach 10-12 sm bo'lib, uning shilliq qavatlari nozik va qon tomirlariga boy. Muskul qavati va elastik to'kimasi sust rivojlangan.

Oshqozon biroz qiyshaygan holatda o'ng qovurg'a osti sohasida joylashgan.

Muskul qavati, elastik tolalari va qadaxsimon xo'jayralari sust rivojlangan. Oshqozon hajmi birinchi kuni 20 ml ni tashkil qilib, 1 - hafta oxirida 50 ml, 2 haftada 70-80 ml ga va 3 haftasida 90-100 ml ga yetadi. Oshqozonning motor va sekretor faoliyati deyarli yaxshi rivojlangan. Tabiiy usulda ovqatlantirganda oshqozon 2-2,5 soatda bo'shaydi. CHaqaloqlarda oshqozon shirasi xlorid kislotasi, pepsin, labferment va lipaza tutadi, pepsin aktivligi esa o'ta past. Oshqozon shirasining asosiy fermenti bo'lib labferment xisoblanadi.

CHaqaloqlar ichagi kattalarnikiga nisbatan uzun. Muskul va elastik qavati sust rivojlangan. Ichaklar devori toksinlar, gormonlar va turli immun tolalarga o'tkazuvchanligi nisbatan yuqori. 12 -barmoqli ichakka quyiladigan pankreatik shirasi tarkibida tripsin, lipaza va amilaza singari bir qator fermentlar mavjud. Ichakning xaqiqiy fermenti bo'lib enterokinaza xisoblanadi.

Ovqat hazm qilish apparati faoliyati oshqozon bo'shlig'idagi, devor oldi ovqat hazm bo'lishi va so'rish jarayonlari singari 3 ta bo'g'imni o'z ichiga oladi. Bola hayotining 10-20 soatlari davomida ichak trakti deyarli steril xisoblanadi. Keyinchalik bolaning og'iz bo'shlig'ida stafilokokklar, streptokokklar, pnevmokokklar, ichak tayoqchasi va atsidofil floralar paydo bo'la boshlaydi. Ichaklarning bakterial florasi ovqatni fermentativ hazm bo'lish jarayonlarini, V gurux va K vitamini xosil bo'lishini taminlaydi. Ichakda 70-90

g atrofiga yaqin mekoniy bo‘ladi. Mekoniy bu - to‘q zangori, yashil rangdagi gomogen va xidsiz massa. U oshqozon-ichak turli bo‘limlar sekretlaridan iborat bo‘lib, ko‘chib tushgan epiteliy va yutib yuborilgan qog‘onoq suvlarini saqlaydi. Mekoniybola hayotining dastlabki 3 kun davomida keladi.

CHaqaloqlarda jigar o‘lchami nisbatan katta bo‘lib, tana vaznining 4,4% tashkil etadi (kattalarda 2,8%). U qon tomirlariga boy. Biriktiruvchi to‘qima yetarli rivojlanmagan bo‘lib, jigar bo‘lakchalari yaxshi ajralmagan. O‘t bo‘yovchi moddalarga boy bo‘lib o‘t kislotalari va tuzlari nixoyatda kam. Jigarning faoliyati ovqat hazm qilish, qon aylanishi va moddalar almashinuvi jarayonlari bilan uzviy bog‘liq. Jigarning glikogen xosil qilish faoliyati yaxshi rivojlanganligi xolida dezintoksikasiya faoliyati sustroq shakllangan.

Siydik ajratish organlari.

Buyraklar eng muxim ajratuv organlaridan bo‘lib xisoblanadi. Bola tug‘ilganda buyraklarning to‘la shakllanishi tugallanmagan bo‘ladi. Po‘stloq qavati va kanalchalar yetarli rivojlanmagan. CHaqaloqlarda koptokchalar soni nisbatan ko‘p bo‘lishiga qaramay o‘lchamlari kichiqiligi bilan belgilanadi. SHumlyanskiy kapsulasi ichki varog‘i kubsimon epiteliyadan iborat bo‘lib, koptokchalar tomirlari xalqasi oralariga o‘tmagan bo‘ladi. SHu tufaylik filtrlovchi yuzaning kamligi kelib chiqadi. Buyraklarning kontsentratsiyalovchi xossalari sust rivojlangan.

Siydik yo‘llari egri-bugri va keng bo‘lib, muskul qavati va elastik tolalari yetarli rivojlanmagan bo‘lib, uzunligi 6-7 sm tashkil etadi. Siydik pufagi chaqaloqlarda ancha balandda joylashgan bo‘lib, hajmi 50-80 ml tashkil etadi. Siydik chiqaruv kanali uzunligi o‘g‘il bolalarda 5-6 sm, qizlarda esa 2-2,5 sm yetadi.

Bola tug‘ilganda siydik pufagida oz mikdorda siydik bo‘lib, bola hayotining 3 kunidan 4-5 marta, hafta oxiriga borib esa 15-20 martagacha siyadi. Dastlabki kunlarda siydik reaksiyasi o‘ta nordon bo‘lib keyinchalik sustlashadi.

Siydikning solishtirma og'irligi birinchi kunlarda 1008-1013 bo'lsa, so'ngra 1002-1004 gacha pastlaydi.

Bola hayotining dastlabki kunlarda oqsil izlari bilan birgalikda leykotsitlar topiladi. Oz miqdorda yangi va ishqorlangan eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar va bazan qand, atseton hamda indikan singari moddalar ham uchrashi mumkin.

Siydik miqdori birinchi kunda 19 ml, 2-kunda – 46, 3-kunda – 82, 4 – kunda- 122, 5-kunda -145, 6 -kunda – 183, 7 – kunda –188, 8 – kunda – 215 ml va x.k ortib boradi.

Qon ishlab chiqarish organlari. Qon ishlab chiqarishning bosh organi bo'lib suyak iligi xisoblanadi. Uning chaqaloqlar vazniga nisbatan og'irligi o'rtacha 12% tashkil etadi. Qon sistemasining asosiy vazifasi bo'lib, to'qima nafasini taminlash xisoblanadi. Organizmda kislorodning tashilishi gemoglobin xisobiga kechadi. Bola tug'ilganda uning qonidagi eritrotsitlar tarkibida 2 xil gemoglobin mavjud: fetal (NbF) va "kattalar gemoglobini" (HbA). Ularning nisbati keyinchalik o'zgarib boradi.

Eritrotsitlar soni odatda 1 mm^3 5 mln. dan ko'prok bo'ladi. CHaqaloqlarda gemoglobin 180-240 g/l atrofida bo'ladi. Keyingi kunlarda eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdori kamayishni boshlaydi. Leykotsitlar soni bola tug'ilganda 1 mm^3 qonda 10000-30000 atrofida bo'lib, bola hayotining 12-kuniga borganda 10000-12000 gacha kamayadi. CHaqaloqlar qoni leykotsitar formulasining o'ziga xos jixatlari bilan ajralib turadi: dastlabki 4 kunda neytrofillar soni limfotsitlar sonidan ustun kelsa, 5 kunga borib ikkalasi tenglashadi va keyingi kunlardan boshlab neytrofillar soni kamayib, limfotsitlar soni ortaboshlaydi.

Endokrin tizimi. Alohida etibor bo'qoq beziga qaratiladi. Uning vazni o'rtacha 11,7 gr. bo'lib, biriktiruvchi to'qima va limfoid elementlaridan tashkil topadi, hamda kortikal qavat ustun keladi. Bo'qoq bezi yosh organizm o'sishiga tasir ko'rsatadi, toksinlarni neytrallash jarayonlarida ishtirok etadi va uning asosiy vazifasi immunitet tizimi bo'lib xisoblanadi.

Qalqonsimon bez chaqaloqlarda taqa shaklida bo‘lib, vazni 1-7 g. atrofida. Dastlabki oylar mobaynida gistologik tuzilishi hamda faoliyati yetarli shakllanmagan bo‘ladi. Yod miqdori oz, tiroksin ajralishi yetarli emas.

Qalqonsimon oldi bezlari epitelial hujayralardan iborat bo‘lib, biriktiruvchi va yog‘ to‘qimalari sust rivojlangan. Bu bezlar kalsiy almashinuvini boshqaradi hamda organizmda kislota-ishkoriy muvozanatini tutib turadi.

CHaqaloqlarda gipofiz yetarli darajada rivojlangan bo‘lib, vazni 0,1-,15 gr. atrofida. O‘shish gormonini ishlab chiqaruvchi eozinofil hujayralar yaxshi rivojlangan bo‘lib, gonadotrop gormonlarini ishlab chiqaruvchi bazofil hujayralar bo‘lmasligi ham mumkin.

CHaqaloqlarda oshqozon osti bezining faoliyati qonikarli darajada rivojlangan.

CHaqaloqlik davrida buyrak usti bezlari vazni nisbatan katta bo‘lishiga qaramay gistologik tuzilishi hamda faoliyati yetarli rivojlanmagan. Buyrak usti bezlarining po‘stloq qismi nisbatan yaxshi rivojlangan bo‘lib, barcha kortikosteriod gormonlarini ishlab chiqaradi. Bola tug‘ilganda uning qonida kortikosteriodlar miqdori yukori bo‘lib, keyinchalik kamayib boradi va bola hayotining 3-5 kunlarga borib eng past kontsentratsiyasi kuzatiladi. So‘ngra yana ko‘tarila borib, hafta oxirida kattalarnikiga tenglashadi. Kortikosteriodlar organizmning tashki muxit tasirotlariga nisbatan ximoya – moslashuv reaksiyalarini amalga oshiradi hamda irsiy omillarning realizatsiyasida ishtirok etadi.

**YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI MOSLASHUVI,
MOSLASHUV REAKTSIYALARI. YANGI TUG'ILGAN
CHAQALOQLARNI CHEGARAVIY (FIZIOLOGIK, TRANZITOR)
HOLATLARI**

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda chegaraviy yoki fiziologik (parafiziologik, tranzitor, o'tkinchi) holatlar kuzatiladi. Bu holatlarning kelib chiqishi chaqaloqlarni tashqi muhitga moslashuvini ko'rsatadi. Bu holatlarga quydagilar kiradi: fiziologik sariqlik, tana vaznining fiziologik kamayishi, terini fiziologik katari, ichaklardagi fiziologik o'zgarishlar, toksik eritema, nordon siydikli infarkt, jinsiy kriz, tranzitor politsitemiya, "hozir tug'ilgan bola sindromi", fiziologik giperventilyatsiya va h.k.. Bu holatlarni chegaraviy deb atalishi shundan iboratki, bo'lar chaqaloqlarda kuzatilib tez o'tib ketishi bilan ifodalanadi, bazan esa, patologik holatlarga o'tib ketishi mumkin. SHuning uchun bu holatlarni sabablarini, kechishini, birinchi yordam choralarini o'rganish muxim xisoblanadi.

CHaqaloqlarni dastlabki tana vaznini tranzitor yo'qotishi (DTVY)

CHaqaloqlarni dastlabki tana vaznini tranzitor yo'qotishi ochlik (hayotining birinchi kunlarida sut va suv defitsiti hamda suvsizlanishi (70-75% nafas olish va 20-25 terlash) suv yo'qotish xisobiga yuzaga keladi. Tug'ilganda tana vaznini qancha bo'lganidan qat'iy nazar bola hayotining 3-4 bazida 5 kuniga kelib tana vaznini maksimal yo'qotish (DTVMY) yuzaga keladi. DTVMY tug'ilgandagi tana vazniga nisbatan xisoblanadi va uning tebranish chegaralari 3-10% tashkil etadi.

DTVMY katta ko'rsatkichlarga moyillik tug'diruvchi omillar: chala tug'ilganlik, tug'ilgan vaznini kattaligi, tug'ruq jarayonining cho'zilishi, tug'ilish davri shikastlari, onasidagi gipogalaktiya, yangi tug'ilgan chaqaloqlar xonasida yoki kuvezda xarorat va namlikning yuqoriligi, chaqaloqning ko'p issiklik yo'qotishi (krovat va kuvezlarni sovuq "ko'chaga qaragan" devori ostida joylashganda) va h.k..

DTVMY o'rtacha 6% tashkil etadi. SHu bilan birga DTVMY qizlarda gormonal kriz boshidan kechirayotgan bolalarda, hayotining birinchi soatida emizilgan erkin ovqatlantirishdagi bolalarda DTVMY ko'rsatkichlari nisbatan past bo'ladi.

DTVMY 3 darajasi farqlanadi.

I daraja DTVMY (6%) dan kam, klinikasida eksikoz belgilari aniqlanmaydi, nisbatan ochlik bilan emadi, bazan bezovta, laboratoriya analizlarida hujayra ichida gipogidratatsiya belgilaridan qon zardobida natriy, eritrotsitlarda kaliy miqdorining ko'payishi, siydikda kalii/azot koeffitsientning yuqori ko'rsatkichlaridan darak beradi.

II daraja DTVMY (6-10%) gacha kuzatilib, asosan chanqoqlik, teri rangparligi hamda shilliq pardalar yorqinligi, teri burmalarining sekin yozilishi, taxikardiya, xansirash, bezovtalik, tajanglik belgilari nomayon bo'ladi. Laboratoriya taxlillarida esa hujayra gipogidratatsiya va xujayradan tashqari suvsizlanish, gemotokrit soni, umumiy oqsil miqdorini ortishi, oliguriya, siydik nisbiy zichligining ko'tarilishi belgilari aniq ko'rinadi.

III daraja DTVMY (10%) va undan dan ortiq bo'lib, chanqoqlik, shilliq pardalarning va terining quruqligi, teri burmalarining sekin yozilishi, liqildoqning ichiga tortilishi, taxikardiya, xansirash, bazan gipertermiya, tremor, xarakatsizlik, bezovtalik, bazan adinamiya, arefleksiya, yurak tonlari bo'g'iqiqligi, teri marmarsimonligi, akrotsianoz belgilari ko'riladi. Laboratoriya tekshiruvida hujayra ichi va tashqarisi gipogidratatsiyasi belgilari aniqlanadi.

DTVMY yuqori ko'rsatkichlarini oldini olish tadbirlari.

Emizishga erta berish, talabga qarab suyuqlikni "erkin" ichirish (hayotini birinchi 5 kunida 6 ml/kg kuniga), 6 kundan boshlab o'rtacha 40-50 ml/kg kuniga va tana xarorati 37⁰S dan yuqori bo'lsa, har bir gradusga qo'shimcha 5ml/kg kuniga xisobidan suyuqlik beriladi. SHu bilan birga bir kun davomida chaqaloq ichadigan sut va suyuqliklarning miqdori 60-70ml/kg dan ortmasligi kerak. Tana vaznini tiklanishi odatda 6-7 kuni, ayrim xollarda 10 kuni yuz beradi va 3 chi hafta oxiriga kelib sog'lom yangi tug'ilgan chaqaloq yo'qotgan vaznni tiklaydi.

Tranzitor (fiziologik) giperbilirubemiya (icterus neonatorum)

Fiziologik (tranzitor) giperbilirubinemiya barcha chaqaloqlar hayotining birinchi kunlarida rivojlanadi, teri qoplaminig har xil darajada sarg'ayishi 60-71% holatlarida kuzatiladi. CHaqaloqlar kindik qoni zardobida bilirubinning miqdori 26-34 mkmol/l norma bo'lib xisoblanadi. CHaqaloqlar qon zardobidagi bilirubin 1,7-2,6 mkmol/l soatiga ko'tarilib, 3-4 kunlari o'rtacha 103-137 mkmol/l ortadi. CHaqaloqlar hayotining 2-3 kunlarida tranzitor sariqliklar bog'lanmagan bilirubin xisobiga ortib, oy kuni yetilib tug'ilgan chaqaloqlarda 51-75 mkmol/l konsentratsiyada, chala tug'ilgan chaqaloqlarda esa 85-103 mkmol/l.gacha ko'tariladi.

Etilib tug'ilgan chaqaloqlarda tranzitor giperbilirubinemiyaning odatdagi kechishi ikkinchi kunning boshida paydo bo'lib, hayotining 10 kunlarida yo'qoladi. Qon zardobidagi konyugatsiya bo'lmagan bilirubin miqdori yetilib tug'ilgan chaqaloqlar kabi 170 mk mol/l dan oshmasligi kerak. Konyugatsiyaga uchragan bilirubin 15% tashkil etadi.

Tranzitor sariqlik rivojlanish patogenezi:

Tranzitor sarig'lik rivojlanishi quyidagi omillarga bog'liq.

1. CHaqaloqlarda bilirubin xosil bo'lishini kuchayishi:

- a) fetal gemoglobinli eritrotsitlar miqdorini yuqoriligi va eritrotsitlar hayoti davomiyligining qisqaligi;
- b) eritropoezning talab darjasida emasligi;
- v) eritrotsitlardan va boshqa gem manbalaridan (miglobin, jigar tsitoxromi va boshqalar) xosil bo'lgan bilirubin miqdorining ortishi natijasida bog'lanmagan bilirubin miqdori qonda ko'payadi, natijada tranzitor sarig'likga sabab bo'lishi.

2. Jigar funktsional faoliyatini pastligi xisobiga:

- a) erkin bilirubinni gepatotsitlar tomonidan bog'lab olinishi sustligi;

b) Jigarning funktsional pastligi: a) gepatotsitlarning bog‘lanmagan bilirubinni.....pastligi; b) tufayli glyukornil kislotani bilirubinga bog‘lanishi pastligi;

v) bilirubinni jigardan ekskretsiyasini sustligi;

3. Ichakdan qonga o‘tayotgan erkin bilirubin miqdorini ortishi xisobiga:

a) glyukoronidaza faolligini yuqoriligi tufayli

b) ichakdan kelayotgan qonni bir qismi jigarga kirmay vena oqimiga o‘tishi;

v) ichakni sterilligi va jigar pigmentlari mahsulotlarining sustligi.

Klinikasi ikkinchi va uchinchi kunlardan boshlab teri qoplami sarig‘ligi va erkin bilirubin miqdori o‘z vaqtida tug‘ilgan bolalarda 51 — 60 mkol/l., chala tug‘ilgan bolalarda esa 80-10Zmkmol/l ga qadar ko‘tarilishi bilan ko‘rinadi.

Tranzitor sarig‘lik erta ko‘krakga tutilgan va gormonal krizli bolalarda nisbatan sust rivojlanadi. Chala tug‘ilgan bolalarda esa tranzitor sarig‘likni uzoq kechadigan sarig‘likga o‘tib ketish havfi saqlanib turadi.

Tranzitor atsidoz — tug‘ilish vaqtida hamma bolalar uchun xarakterli va qonni rN 7,2-7,0 ni tashkil etadi va birinchi 30 minut davomida rN pasayishi kuzatiladi. Tug‘ilish davridagi atsidoz metabolik xarakterga ega.

Teri qoplamlarida tranzitor o‘zgarishlari

Hamma yangi tug‘ilgan chaqaloq hayotining 1-chi haftasida kuzatiladi.

Oddiy eritema — terini qizarishi, teri surtmasini artgach va birinchi cho‘miltirishdan so‘ng yuzaga keladi. Dastlab u tsianotik tusda bo‘lib, 2-chi kunga kelib, eritema yorqin ifodalanadi, keyinchalik kamayib borib birinchi hafta oxirida butunlay yo‘qoladi. Chala tug‘ilgan bolalarda bu holat kuchli rivojlanadi.

Fiziologik teri tashlash - bola hayotining 3 - 5 kunida yirik kipaksimon yoki plastinkali teri tashlash ko‘rinishida, ayniqsa eritema yorqin bo‘lgan bolalarda kuzatiladi. Ko‘proq qornida, ko‘krak qafasida joylashadi. Fiziologik teri

tashlash ayniqsa muddatidan o'tib tug'ilgan bolalarda kuchli rivojlangan bo'ladi va o'z-o'zidan o'tib ketadi.

Toksik eritema — bolalarning 25 — 30% da hayotining 2 - 5-chi kuni biroz zichlashgan eritematoz dog'lar, bazan kulrang sarg'ish tusdagi papulalar yoki pufakchalar ko'rinishida bo'ladi. Dog'lar qo'l-oyoqlarning yozilish yuzalarida, bo'g'imlar atrofida, dumbalarida, ko'kragida, bazan qorin va yuzida kuzatiladi. Toshmalar ko'pligidan bazan butun badanni qoplaydi. SHu bilan birga ular hech qachon qo'l - oyoq kaftlarida va shilliq pardalarda bo'lmaydi. Toshmalar 1- 3 kun davomida kuchayib boradi, so'ngra esa 2 - 3 kun davomida izziz yo'qoladi, ammo toshmalar juda ko'p bo'lganda bola bezovta bo'ladi, diareya, mikropoliadeniya, jigar va taloq kattalashuvi, eozinofiliya kuzatilishi mumkin.

Toksik eritema allergoid reaksiya bo'lib, u sovuqqotish, ichakda parchalanmagan proteinlar so'rilishi, birlamchi bakterial flora, endotoksinlari tasirida mediatorlar miqdorini ortishi xisobiga tezkor allergik reaksiyalar vujudga keladi. Alohida davolashni talab qilmaydi, biroq toshmalar ko'payganda qo'shimcha suyuqlik va antigistamin preparatlar tayinlash maqsadga muvofiq bo'ladi.

Tranzitor disbakterioz – chaqaloq ichi kelishi nosozligiklari bolalar hayotining 1 haftasi o'rtalarida kuzatiladi. Bola tug'ilganda steril bo'ladi va tug'ilish vaqtida teri va shilliq pardalariga onaning tug'ish yo'llari mikroflorasi o'tadi. So'ngra esa mikroorganizmlar tibbiy xodimlar qo'li, parvarishlash predmetlari, havo va ona suti orqali o'tadi.

Ichakni birlamchi bakterial flora bilan qoplanish fazalari:

1. Aseptik faza - tug'ilgandan so'ng 10 - 20 soatni tashkil etadi.
2. Ichakda bakteriyalar o'tishini ortib borishi, yani bunda jarayon 3-5 kun davomida ichak bifido-bakteriyalari, ichak tayoqchasi, kolibiakteriyalar o'tadi.

3. transformatsiya bosqichi 1-chi hafta oxiridan boshlanib, 2 hafta davom etadi va bundan boshqa bakteriyalarni bifidoflora tomonidan siqib chiqarilishi yuz beradi.

O'tib ketuvchi katar genezida ovqatlantirish xarakteri odatda fiziologikholat xisoblanadi.

Tranzitor ichak katari (fiziologik dispepsiya) - tranzitor ichak katari odatda fiziologik holat xisoblanadi, ko'rinishi turlicha bo'lib, kuniga 4 - 5 marta suyuq ich kelishi bilan xarakterdanadi. Biroq, sanitar epidemik rejimga rioya qilinmaganda, suniy ovqatlantirilgan, parvarishlash nuqsonlari bo'lganda, ikkilamchi infektsiyani tushishi yoki endogen infektsiyani faollashuvi yuz berishi oqibatida patologik ich ketishiga o'tib ketishi mumkin.

Buyrak funksiyasi tranzitor xususiyatlari. Oliguriya - yangi tug'ilgan chaqaloqlarning hammasida hayotini 2-3 kuni aniqlanadi. Oliguriya deb, sutkalik siydik hajmi 15ml/kg dan kam bo'lganda xisoblanadi. Hayotining birinchi 12 soatida chaqaloqlarni 2/3 qismi siydik ajratadi. Oliguriya yuzaga kelishiga olib keluvchi sabablar:

1. Qonda antidiuretik gormon kontsentratsiyasi yuqoriligi.
2. Fiziologik ochlik va nafas olish xisobiga kompensator moslashuv reaksiyasi xisoblanadi.

Albuminuriya — yangi tug'ilgan chaqaloqlarning hammasida uchraydi. U buyrak koptokchasi va naychasi epiteliysini yuqori o'tkazuvchanligi tufayli yuzaga keladi.

Nordon siydikli infarkt - yig'uvchi naychalar yorig'ida siydik kislota tuzlarini kristall ko'rinishida to'planishi xisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 25%da uchraydi, chala tug'ilgan bolalarda kamroq uchraydi. Siydik bunda sariq qizg'ishga o'xshagan rangda, xira bo'ladi, choyshabda dog' qoldiradi. CHo'kmasida gialin va donadaor tsilindlar, leykotsitlar va epiteliylar aniqlanadi. Nordon siydikli infarkt bola hayotining birinchi haftasida kuzatiladi va ikkinchi haftaga kelib o'tib ketadi. Siydik orqali kislotani ko'p

miqdorda yo'qotish modda almashinuvi katabolik yo'nalishda ekanligidan va ko'p miqdorda xujayralarni parchalanganidan darak beradi. Chunki xujayra o'zagidagi nuklein kislotalarni parchalanishida siydik kislota purin va piramidin kislota yakuniy mahsuloti sifatida xosil bo'ladi.

Jinsiy kriz (gormonal kriz, kichik pubertat) — yangi tug'ilgan chaqaloqlarni 2/3 qismida uchrab, ko'prok qizaloqlarda ko'rinadi. Ko'krak bezlarining bo'rtishi (fiziologik mastopatiya) - bola hayotining 2 - 4 kuni boshlanadi, bez o'lchamlari kattalashadi va maksimal kattalashish 8—10 kunga to'g'ri keladi. So'ngra kichrayib normallashadi. Bezlarni kattalashuvi simmetrik ravishda boradi, paypaslaganda kulrang yoki oq tusdagi suyuqlik ajraladi. Bu sekret tarkibi bo'yicha o'g'iz sutiga yaqin. Davolash talab qilinmaydi. Agar ezilsa yoki siqilsa infeksiya tushishi havfi tug'iladi. Ko'krak bezlari kattalashuvi barcha chaqaloqlarning (qizlarda va o'g'il) yarmida uchraydi.

Deskvamativ vulvovagnit - qizaloqlarning 60 - 70% da jinsiy yorig'idan kulrang oq tusdagi shilliq ajratma ko'rinishda hayotning 1 - 3 kunida kuzatiladi. Qindan qon ketish (metroragiya) qizaloqlarning 5 - 10%da hayotining 5 -8 kuni anqlanadi. Davomiyligi 1—2 kun.

Jinsiy krizga shuningdek ko'krak so'rg'ichi atrofida va yorg'oqda giperpigmentatsiya, tashqi jinsiy azolarda yengil gidrotsele kiradi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda jinsiy kriz yuzaga kelishining sababi, xomilada ona estrogeni tasirida ko'krak bezlari va bachadon strukturasi bo'limlarini o'sishi va rivojlanishini kuchaytiradi. Bola tug'ilgandan so'ng prolaktin tasirida estrogen miqdorini keskin kamayishi yuz beradi. Bu esa yangi tug'ilgan chaqaloq bachadonning shilliq qavati funktsional qatlami ajralishiga qadar reaksiyani chaqiradi.

Tranzitor politsitemiya - bola hayotining birinchi soatlarida qonda gemoglobin miqdori, eritrotsitlar, leykotsitlar, gemokrit sonini ortishi o'z vaqtida tug'ilgan bolalarda 2 -5%, chala tug'ilgan bolalar esa 7- 15% tashkil etadi.

Aylanib yuruvchi qon hajmi bola hayotining birinchi soatlarida yuqori bo‘ladi va keyinchalik pasayadi. Chunki bola tug‘ilgandan so‘ng o‘pkadagi suyuqliklarni qonga so‘rilishi va keyinchalik esa ochlik xisobiga yo‘qolishi yuz beradi.

Gemopoezni tranzitor xususiyatlari:

1. Eritropoezni yuqori faolligi (mielogrammada normablastlar miqdorini yuqoriligi, fetal gemoglobinli eritrotsitlar sintezini ustunligi.

2. Mielopoez faolligi birinchi kun oxiriga kelib ortadi, so‘ngra pasayadi.

3. Limfopoezni darhol tug‘ilgandan so‘ng pasayishi, keyinchalik esa kuchayishi va birinchi hafta oxiriga kelib limfotsitlarni polimorf o‘zakli leykotsitlar sonidan ustunligi.

4. Bola hayotining birinchi kunlarida lifotsitopoezni past ko‘rsatkichlarida ekanligi, to‘qmalarda limfotsitlarni intensiv parchalanishi bilan bog‘lik bo‘ladi.

KAM VAZNLI CHAQALOQLAR (KVCH)

Kam vaznli chaqaloqlar deb xomilani ona qornida rivojlanishdan ortda qolishiga, yani gestatsion yoshiga nisbatan kam vazn bilan xomiladorlik muddatiga nisbatan tana vazni 10% tsentildan kam, morfologik yetuklik indeksi gestatsion yoshidan 2 va undan ortiq haftada tug'ilganlarga aytiladi. Kichik tana vaznda tug'ilgan bolalar 3 guruxga bo'linadi: Chala tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni uning gestatsion yoshiga mos kelsa. Xomiladorlik vaktidagi bo'lishi kerak bo'lgan vazndan kam vaznli chala tug'ilgan chaqaloqlar. Gestatsion yoshdan 10 tsentil kam vazn bilan oy kuni yetib yoki ortib (42 haftadan o'tib) tug'ilgan chaqaloqlar. Xomila o'sish va rivojlanishining kechikishi chalatug'ulgan bolalarda ko'proq uchraydi. Etiologiyasi: onaning somatik va boshqa og'ir kasalliklari, xomilador ayolning uzoq-muddat davomidagi toksikozi (4 hafta va undan ko'proq davom etsa), xomilaga ona kasbining tasiri, (issik tsex, vibratsiya, ultrazvuk va boshqalar) va ovqatlanishidagi nuqsonlar (oqsil, vitaminlar va v.x.) Onaning yomon odatlari (ichish, chekish va boshqalar), onaning reproduktiv sistemasi patologiyalari (ko'p bola tushish, o'lik tug'ish, 4-8 yil davomida bola ko'rmaslik), Yo'ldoshdagi kamchiliklar (yo'ldosh kichik bo'lsa, yo'ldosh pastga joylashsa va x.k.). Ko'p xomiladorlik, Xomilada xromosom va gen mutatsiyasi bo'lsa. Xomila ichi infeksiyalari, Yuqori tog'li xududlarda yashasa.

Patogenez - xomila o'sish va rivojlanishining orqada qolishi xomiladorlikning vaqtiga bog'liq. Agar bola oy kuni yetib tug'ilib, tana vazni ozgina kam bo'lsa - bunday xomiladorlikning oxirgi 2-3 oyida biror omilning tasiri bo'lgan bo'ladi. Agar o'sishi (10 tsentildan kam yoki 2 sigma -sm) bo'lsa bunda xomiladorlikning birinchi uch oyligining oxirida yoki ikkinchi uch oyligining boshlarida noqulay omilning tasir etganligidan darak beradi.

Xomila o'sish va rivojlanishini orqada qolishining birinchi variantini-gipotrofik, 2-chisini gipoplastik varianti deyiladi.

1- variantning rivojlanishida xomiladorlikning kechki og‘ir toksikozlari hamda yo‘ldosh sistemasi yetishmovchiligi sindromining mavjudligi alohida ahamiyat kasb etadi.

2 - variantning kelib chiqishida esa ko‘p xomiladorlik, oilada kichik vaznda bola tug‘ish, baland tog‘li xududlarda yashash singari omillar o‘z tasirini ko‘rsatadi. Xomila ichi o‘shish va rivojlanishining suratining pasayishi ko‘p jihatdan dizembrogenetik nuqsonlarga bog‘likligi aniqlangan. Patologiyaning displastik variantning asosini esa xromosom xastalıkları tashkil etadi.

Yuqorida aytib o‘tilgan vaziyatlarning barchasida xomila to‘qimalarining kislorod bilan taminlanishi izdan chiqadi-gipoksiya. Organizmda kislorodsiz glikoliz natijasida moddalar almashinuvining nordon oraliq mahsulotlarıyig‘ilishi esa, atsidozga sabab bo‘ladi. Patologiyaning (kam vaznli) yengilrok variantlarida chaqaloqlarda xomiladorlik davrda kechirgan gipoksiyaga javob reaksiyasi sifatida periferik qonda eritrotsitlar sonining ortishi, gemoglobin miqdorining ko‘tarilishi, kartizol qontsentratsisining yuqorilashishi kabi holatlar ko‘zga tashlanadi.

Yuqoridagi kompensator reaksiyalar bola hayotining dastlabki kunlari xatto soatlaridayoq keskin pasayib ketishi mumkin, bu holat o‘tkir bo‘yrak usti bezining o‘tkir yetishmovchiligi va energetik tanqislikka sabab bo‘lishi mumkin. Bunday bolalarda ortirilgan infeksiyon kasalliklarning og‘ir kechishiga sabab bo‘ladigan immunitetdagi o‘ziga xos chekinish mavjud bo‘ladi. Bunday xomiladorlikda normal kechayotgan tug‘riq jaroyoni ham jarohatli bo‘lib bu chaqaloqlarda asfiksiya, bosh va orqa miyaning tug‘ish paytidagi jaroxatlanishi singari asoratlari ko‘prok uchraydi.

Bosh miyaning shakllanishi muddati butun xomiladorlik davri hamda tug‘ilgandan keyingi ikki yillikni o‘z ichiga olganligi bois xomilaning o‘shishi va rivojlanishining kechikishini boshidan kechirgan chaqaloqlar erta neonatol davridagi MNS faoliyatining buzilishi eng asosiy belgilaridan biri bo‘lib xisoblanadi.

Klassifikatsiya - KVCH diagnozida quyidagi holatlar tafovut qilinadi:

- 1) etiologik omillar va ona-,yo'ldosh-,xomila- va aralash singari havfli holatlar;
- 2) asimmetrik -,simmetrik-, va displastik singari klinik variantlari;
- 3) engil-, o'rtacha og'ir singari og'ir-engilli darajasi; 4) intranatal va neonatal davrlarning asoratsiz yoki asoratli hamda yondosh patologiyalar bilan kelishi singari kechishi.

KVCH ning asimmetrik variantida xomiladorlik davri (prenatal) kam vaznlik diagnozini qo'yish ham mumkin. KVCH asimmetrik variantining og'ir- yengilligi darajasi bola bo'yining va bosh aylanasi ko'rsatkichlarining gestatsiya muddatlariga nisbatan yetishmovchiligi xisobga olinadi. Masalan: yengil shaklida defitsit $1,5=2$ sigma bo'ladi, o'rtacha og'irlikda 3 dan kam biroq 2-dan ko'proq; va og'ir shakli esa uch sigmadan ortiq ekanligi bilan belgilanadi. Displastik variantining og'ir-engilligi darajasi esa nafaqat bola bo'yidagi yetishmovchiligi bilan balkim rivojlanish nuqsonlarining mavjudligi tabiati va ko'p ozligi MAT holati va KV ga olib kelgan kasalliklarning xarakteri bilan belgilanadi.

KVCH bilan xastalangan chaqaloqlar erta neonatal davridagi asosiy asoratlardan bo'lib, asfiksiya xomilaning surinkali gipoksiya belgilari, bosh va orqa miyaning tug'ish paytidagi jaroxatlari, politsitomik sindrom, gipotermiyaga moil termolabillik, adiponekroz, sklerodema, sklerema, gipoglikemiya gipokaltsiemiya, gipomagnemiya singari moddalar almashivuning buzilishlari, chaqaloqlar gemorragik kasalligi, giperbilirubinemiya, nafas buzilishi sindromi hamda ikkilamchi infektsiyaning qo'shilishi singari holatlar xisoblanadi. KVCH bilan xastalangan bolalar hayotining kechki neonatal davrida esa entsefalopatiyalar, anemiyalar, davomiy sariklik, disbakteriozlarning malobsorbtsiya va KVning kuchayib borishi belgilari hamda g'i kasalliklarning qaytalanishi singari holatlari ko'proq uchraydi.

Klinik manzarasi.

KVCH ning asimmetrik varianti). KVning turli darajalarining klinik manzarasi jadvalda ifoda etilgan. KV bilan xastalangan bolalar odatda dastlabki vaznini ko'p miqdorda yo'qatishi va uning nixoyatda sekin tiklanishi; chaqaloqlar fiziologik sariqligining uzoq davom etishi, kindik qoldig'i tushgandan keyin ham kindik yarasi bitishining sekinligi bilan ajralib turadilar. Bunday bolalarda odatda gormonal kriz kuzatilmaydi.

KV bilan xastalangan bolalarda o'ta qo'zg'aluvchanlik davridan keyin energiya tanqisligi simptomkompleks kelib chiqadi: qonda glyukoza, magniy va kalsiy miqdorlari keskin kamayib ketadi. Jigarning oqsillar sintezi pasayishi oqibatida K vitaminiga bog'liq bo'lgan gemorragik holatlar ancha ko'p uchraydi.

KV bilan xastalangan bolalarda nafas faoliyatining buzilishi ko'pincha qon-, va likvordinomikasi buzilishlari shish sindromi, bosh va orqa miyaning zararlanishi hamda xomiladorlik davri yoki postnatal-orttirilgan infeksiyaning asoratlari sifatida vujudga keladi. Bunday bolalarda qusishga moillik hamda gipoglikemiya va moddalar almashinuvining boshqa buzilishlari oqibatidagi aspiratsiyalar tufayli ikkilamchi asfiksiya hurujlari tez-tez uchrab turadi.

171-256 mkmol/l atrofidagi giperbilirubinemiya ham gipoalbuminemiya hamda bosh miyaning anti-va intranatal zararlanishi fonida yadrolik sariqlikka sabab bo'lishi ham mumkin.

KVZ ning simmetrik varianti.

Simmetrik variantini og'ir yengilligini tana vazniga bosh aylanishiga, gestatsiya yoshiga qarab aniqlanadi. Yengil: defitsiti 1,5-2 sigma (sm). O'rta og'ir: defitsit 2 dan ortiq ... 3 kam. Og'ir shakli: defitsit 3 dan ortiq

Displastik variantlarda - fakat vaznga qaramay poroklar soniga, dizembrogenetik stigmalar og'ir darajasiga, MNS holatiga, modda almashinuvining buzilishlariga olib kelgan kasallik xarakteriga qaraladi. Klinik manzarasi: bunday bolalarda jismoniy tarakiyot ko'rsatkichlarinig barchasi proporsional tarzda 2 va 4 kundan ortiqsigmaga kamaygan (jadvalga qaralsin). Ularning tana tuzilishlari

proportsional bo'lgani xolda, gavdasi kichik ko'rinadi. Dizembriogenez belgilari oz (3-4 dona). Bosh va ko'krak aylanalari nisbatan buzilmagan. Bosh suyak choklari va katta lqkildoq qirg'oqlari ancha yumshoq va choklari xali bitmagan. Son suyagi boshchasida suyaklanish o'chog'i bo'lmasligi mumkin. Ayrim bolalarda vazn yetishmovchiligi tana uzunligiga qaraganda ancha sezilarliroq bilinadi. Bunday bolalar erta neonatal davrda gipotermiyaga moil bo'ladilar va ularda politsitemik,-gipoplastik, giperbilirubinemik sindrom, respirator uzgarishlar hamda ikkilamchi infeksiyaning qo'shilib qolishi ko'prok uchraydi.

KVCHning displastik variantida ko'pincha xromosom va xomiladorlik davri infeksiyasining keng tarqalgan shakllari topiladi. KVCH bu variantining asosiy belgilaridan bo'lib turli poroklar, tana azolari mutanosidligining buzilishi, dizembriogenez holatlarining mavjudligi xisoblanadi (jadval). Bu kasallikning klinik manzarasi etiologik omillarga chambarchas bog'likligiga qaramay og'ir nevrologik buzilishlarga bog'liq bo'ladi. Bunday bolalarni albatta vrach-genetik ko'rigidan o'tkazish lozim bo'ladi.

Politsitemik sindromi 1- kunlari gemotakrit ko'rsatkichi $-0,65$ va $<Nv - 220$ g/l va undan ortiq bo'lishi mumkin. Xomila gipoksiyasi eritropoezning aktivlashishi natijasida eritrotsitlar sonining ortishiga olib keladi. Neonatal politsitemiyani ko'p uchraydigan simptomlaridan biri periferik tsionoz, yurak yetishmovchiligi belgilari (taxikardiya, yurak tonlari bo'g'iqligi, yurak nisbiy chegaralarining kengayishi, jigarning kattalashuvi, shishlar va b.), respirator buzilishlar (xonsirash, shovkinli nafas, qovurg'alar ora muskullarining tortilishi, o'pka to'qimasi elastikligi pasayishi) giperbilirubinemiya (eritrotsitlarning parchalanishi natijasida), talvasa (qonni yopishqoqligi sababli bosh miyada qon yetishmovchiligi kelib chiqishi) oliguriya kuzatiladi.

Gipoglikemiya - klinikada chaqaloq bola hayotining birinchi 3 kunida qonda glyukoza miqdori $1,39$ mmol/l, kattaroq bolalarda esa $1,67$ mmol/l kam bo'lmaganda chaqaloqlarda gipoglikemik holati deb diagnoz qo'yiladi. KVCH bilan tug'ilgan bolalarda gipoglikemik holat 20% ga yaqin uchraydi. Bunga sabab

KVCH bilan tugʻilgan bolalar teri osti yogʻ qavatida glikogen zahirasi kam boʻlishidir. 50-75% bolalarda gipoglikemik belgilari klinikada rangparlik, terlash, muskul gipotoniyasi va apatiya, boʻshashlik, ovozing sustligi, koʻz olmasi tonusini pasayishi, gipotermiyaga moilligi, nafas xuruji, koʻkarishlar, talvasa, taxikardiyalar bilan namoyon boʻladi. Bazan esa oyoq muskullarning tortilishi, apnoe, bradikardiya, yurakning toʻxtab qolishi, koma kuzatilishi ham mumkin.

Gipokalsemiya: qon zardobida kalsiyning miqdori 1,75 mmol/l dan kamayib ketganda gipokaltsiemiya diagnozi qoʻyiladi va oʻtaqoʻzgʻaluvchanlik, giperesteziya, oyoqlar tremori, tonik talvasalar, tajanglik, monoton qichqiriq, xonsirash va taxikardiya, terining oqorishi, qorinni dam boʻlishi kabi simptomlar bilan namoyon boʻladi.

Gipomagnemiya - qon zardobida magniy 0,62 mmol/l dan kam boʻlsa gipomagnemiya diagnozi qoʻyiladi. Klinik belgilari qon zardobida magniy miqdori 0,49 mmol/l kamayib ketsa oʻta qoʻgʻgaluvchanlik tremor, muskullar titrashi, ensa mushaklarining regidligi, tonik talvasalar bilan kuzatiladi. KVCH ning oʻrtacha ogʻir va ogʻir shakllarida gipomagnemiya boʻshashlik, muskul gipotoniyasi, apnoe xuruji, bradikardiya, koʻz olmasi gipotoniyasi, oʻziga xos boʻlmagan qichqiriq bilan kuzatiladi.

7. DIAGNOZI VA DIFFIRENTSIAL DIAGNOZI. Gestatsion yoshini aniqlashda tana vazni aniq bir mezon boʻlib xisoblanmaydi, chunki KVCH bilan oy kuni yetib tugʻilayotgan, 1/3 bolalarning tana vazni 2500 dan past boʻlishi mumkin. Bolaning gestatsion yoshini aniqlashda morfologik yetuklik holatini koʻrsatuvchi jadvaldan foydalanib aniqlash katta ahamiyatga ega.

Ballar summasi	Gestatsion yoshi	Ballar summasi	Gestatsion yoshi
8	27 va undan past	19-20	36
9-10	28-30	21-22	37
11-12	31	23-24	38
13-14	32	25	39
15-16	33-34	26	40
17-18	35	27-28	41 va undan ortiq

2. Asoratlari

Belgilar	Engil	O'rta og'ir	Og'ir
Tana vaznining Bo'ying Uzunligiga	1,5 sigmadan Ortiq (10% Tsentildan kam)	2 sigmadan ortiq (5% tsentildan kam)	3 sigmadan ortiq (1% tsentildan kam)
Terining Trofik Buzilishlari Teri osti yog Qatlami To'qimalar turgori turgori Mushaklar	Buzilishlar yuk Yoki elastikligi Pasaygan Hamma joyda Yupkalashgan Uzgarmagan yoki Biroz pasaygan Uzgarmagan	Teri quruq, oqish, Kepaklashgan, Yoriklar bo'lishi Qornida Rivojlanmagan Sezilarli Pasaygan, kul-Kamaygan, aynik	Tirishgan, quruq, Plastinkasimon Kepaklashishi, Hamma joyda Rivojlanmagan Dumba soxasida, Yuzida, tanada
Tana vaznining Bo'ying Uzunligiga nisbatan	1,5 sigmadan Ortiq (10% Tsentildan kam)	2 sigmadan ortiq (5% tsentildan kam)	3 sigmadan ortiq (1% tsentildan Kam)

Klinik taxlillar, Ht, glikemiya, bilirubin va uning fraktsiyasi, qon zardobi, mochevina, kaliy, Na, Ca, Mg.

8. Davolash: kyuvez, ovkatlantirish usuli bolaning holatiga qarab ko'krak orqali, surgich, zond orqali utkaziladi.

Medikamentov davolash: Hamma bolalarga tug'ruqdan keyin VitK hayotining 1 kunida bifidumbakterin 1 doz 2 maxal. Bola og'ir SDR bilan tug'ilgan bo'lsa 3-5 kun davomida m/o vit Ye, (20mg/kg) gipoglikemida v/i 20% glyukoza erit. 2-4ml/kg qinin 10%, glyukoza eritmasi 180 ml/kg (berish tez. 1 ml/min) gipomagnemiyada m/o 25% magniya sulfat birinchi kunda 0,4ml/kg har 6-12 s keyin

ko'rsatmaga qarab kunda 1 marta 0,2 ml/kg gemorragik sindromlarda K vitamini beriladi.

KVCH ning hamma variantlarida ayniqsa asorati bo'lsa OPN ko'tarilishi lozim. V₁, V₁₂, V₆ vitaminlaridan, tserebromizin, piratsetam, entsefabol, aminonalon va boshqalar buyuriladi. Bolaning tana vazni 2500 grammga yetganda, boshqa qarshi ko'rsatmalar bo'lmaganda BTSJ qilinadi.

Prognozi.

KVCH ning gipotrofik va gipoplastik variantlarining yengil darajalarida, anti-va neonatal davrlari og'ir asoratsiz kechganda bola jismoniy riaojlanishda hayotining 1chi va 2chi yarmida o'zining tengqurlariga yetib oladi. Ruxiy rivojlanish tempi esa orqada qolishi mumkin. KVCHning P-chi darajasi bilan tug'ilgan bolalar esa o'zining tengqurlariga 1yoshga to'lganda yetib oladi, psixomotor rivojlanishi orqada qoladi, infeksiyon kasalliklarga chalinishi boshqa tengqurlariga nisbatan ko'proq kuzatiladi. Ularda temir- defitsit anemiya, raxit erta rivojlanadi, keyinchalik yengil tserebral disfunktsiyalar (nevropatik buzilishlar, ruxiy infantilizm, nevrotik reaksiyalar va boshqalar) kuzatiladi. KVCHning III-chi darajasi, displastik varianti prognozi jiddiyroqdir. Jismoniy va ruxiy rivojlanishining orqada qolishi uzoqroq davom etadi (2-4 yoshgacha va undan ham ko'proq), Ulardan 10-15 % da MNS ning chuqur shikastlanishi kuzatiladi (DTSP, progressivlanuvchi gidrotsefaliya, oligofreniya, epilepsiya va b.). SHu darajada tug'ulgan chaqaloqlarda infeksiyon kasalliklar va sepsisga chalinish juda yuqori bo'ladi va neonatal davrlaridayok kuzatiladi.

MUDDATIDAN AVVAL TUG'ILGAN CHAQALOQ (MATCH). CHALA TUG'ILISH SABABLARI, PARVARISH ASOSLARI. DISPANSER KUZATUV. MUDDATIGA AVVAL TUG'ILGAN CHAQALOQLARDA CHEGARAVIY HOLATLAR VA MOSLASHUV JARAYONINING KECHISH XUSUSIYATLARI.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish neonatologiyaning alohida bir bo'limini tashkil etadi. Chala tug'ilish sabablarini, chala tug'ilgan chaqaloqlarning morfo-funksioanal belgilarini, moslashuv holatlarini, kasalliklarni o'ziga xos kechishini, ularni parvarish qilish va ovqatlantirishning xususiyatlarini o'rganish, ularni oldini olish pediatr-neonatologlarning asosiy vazifalaridan biri bo'lib xisoblanadi.

Chala tug'ilish deb, xomiladorlikning 28-haftasidan 38 -haftasigacha, tana vazni 2500 gr.dan past, bo'yi 45 sm dan kam tug'ilgan chaqaloqqa aytiladi.

Chala tug'ilishning 4 darajasi farq qilinadi.

Tana vazniga qarab: gestatsion yoshiga karab:

I darajasi 2001 - 2500 g. 35 - 37 hafta

II darajasi 1501 - 2000 g. 32 - 34 hafta (kam vaznlik)

III darajasi 1001 - 1500 g. 29 - 31 hafta (o'ta kam vazn)

IV darajasi 1000 g dan kam 28 hafta va undan past (ekstremal kam vanlik)

Chala tug'ilish sabablari:

- onaning somatik kasalliklari: buyrak, yurak-qontomir, endokrin va g'i kasalliklar;

- onaning ginekologik patologiyalari: xomiladorlik davridagi asoratlar, ayniqsa kechki toksikozlar, og'ip akusherlik anamnezi (avvalgi abortlar, bo'yidan tushishlar), ruxiy va boshqa shikastlar, har xil intoksikatsiyalar (tamaki chekish va alkogol istemol qilish);

- ona va xomila orasida rezus va qon guruxlari nomunosibligi natijasidagi immunologik mos kelmasliklar;

- onaning yoshi: 18 yoshdan kichik va 30 yoshdan katta ayollar.

- xomiladagi irsiy kasalliklar (xromosom kasalliklar) va

- xomila ichi infeksiyalari va boshqa sabablar.

Chala tug‘ilgan chaqaloqning morfologik belgilari.

Tana tuzilishining o‘ziga xos nomutanosibligi: boshining vertikal o‘lchami tana uzunligini 1/3 qismini egallashi (oy kuni yetmay tug‘ilgan chaqaloqning boshi tanasining 1/4 qismiga teng). Boshining miya qismi yuz qismidan katta, kindik qorinning o‘rta nuqtasidan pastrokda joylashgan. Gvdasi va oyoqlarinisbatan kalta, teri osti yog‘ qavati yupqa. Obektiv ko‘rganda terisi tukchalar (lanugo) bilan qoplangan, boshida sochlari kalta va quyuq, o‘ta chala tug‘ilgan chaqaloqlarda esa tirnoqlari yaxshi rivojlanmagan, bazi chaqaloqlarda qorin to‘g‘ri muskulining tonusi past. Chala tug‘ilgan chaqaloqning kalla suyagi paypaslab ko‘rilganda kichik va yon liqildoqlari va choklari ochiqligi aniklanadi. Kalla suyagi yupka, ularning mineralizatsiyasi past, shuning uchun paypaslab ko‘rilganda yumshoq. Chala tug‘ilgan chaqaloqlar yorg‘og‘i bo‘sh, moyak hali jinsiy kanallarda, chala tug‘ilgan qizlarning katta jinsiy lablari kichik jinsiy lablarni yopmaydi, klitori gipertrofiyalangan. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni morfologik baholash nafaqat diagnoz qo‘yishda, balki bolaning gestatsion yoshini aniqlashda ham katta ahamiyatga ega.

Chala tug‘ilgan bolaning funktsional belgilari.

Mushaklarning gipotoniyasi, shuning uchun ham chala tug‘ilgan chaqaloq “baka holati”ni egallagan bo‘ladi.

Fiziologik eritemaning uzoq saqlanib qolishi, fiziologik sariqlikni yaqqol ifoda etadi. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarning fiziologik reflekslari tez chaqirilib, tez so‘nishi, o‘ta chala tug‘ilgan chaqaloqlarda esa, so‘rish va yutish reflekslari umuman bo‘lmasligi ham mumkin.

Obektiv ko'zdan kechirilganda bolaning bo'shashganligi, sekin va qisqa hamda noemotsional yig'i yoki umuman yig'lamaslik. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning energiya ajratish faoliyati sust, va aksincha, yo'qotilishi yuqori, shuning uchun ham tez sovuqqotadi va tez isib ketadi ham. Ovqat bilan tushadigan energiya manbai kam, yani 22% atrofida bo'ladi xolos (oy kuni yetib tug'ilgan chaqaloqlarda bu ko'rsatkich 42%). Ko'p issiklik yo'qotish teri yuzasining nisbiy kattaligi xisobiga bo'ladi (tana vazniga $0,15m^2$), oy-kuni yetib tug'ilgan chaqaloqlarda bu ko'rsatkich $0,065m^2$ ga teng). Chala tug'ilgan chaqaloqlarda suv-elektrolit almashinuvi o'ta noturg'un bo'lib, tana vazniga nisbatan 80-85%ni tashkil qiladi (oy kuni yetilib tug'ilgan bolalarda u 75% ga yaqin).

Chala tug'ilgan chaqaloqlarning immuniteti to'la rivojlanmaganligi sababli (V- va T- limfotsitlarning funktsional aktivligi sust) nospetsifik ximoyasi past, shuning uchun ham ular g'i kasalliklarga tez chalinadi.

Ovqat hazm qilish sistemasi - chala tug'ilgan chaqaloqlar oshqozonining hajmi kichik, kardial sfinkteri bo'sh, oshqozon shirasi proteolitik fermentlari aktivligi, oshqozon ostibezi va ichaklarning fermentlari faoliyati sezilarli pastdir.

Nafas olish organlari yetilmagan, surfaktant moddasi kam, alveolalar to'la ochilmagan. Nafas yo'llari tor va kalta. SHu sababli chaqaloqlarda pnevmopatiyalar va zotiljamlar osonlik bilan rivojlanadi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlarning birlamchi tozalovi.

Chala tug'ilgan chaqaloqning tug'ilganidan keyin teridagi tug'ruq moyini steril kungaboqar moyi bilan avaylab artiladi. Gonoblennoyeya profilaktikasi maqsadida ko'zga 30% sulfatsil natriy eritmasidan ikki tomchi tomiziladi. Qiz bolalar jinsiy organlariga ham o'sha eritmadan 1 marotaba tomiziladi. Gigienik vannani fakat 1chi daraja chala tug'ilgan va sog'lombo'lgan bolalarda o'tkaziladi. Bunda suv xarorati 38 gradus bo'lishi kerak.

Chala tugʻilgan chaqaloqni tugʻruq zalida yoki palatada koʻrish qoʻshimcha isitkichlar yoki berk kuvezlarda amalga oshiriladi. bolani sovuqqotishidan extiyot kilish maksadida vrach koʻruvi ketma-ket va shu bilan birga tez oʻtkazilishi lozim. Bolani kayta tekshirish 30 minutdan soʻng amalga oshiriladi. Koʻrish 2 usul bilan oʻtkaziladi: bola bilan bevosita mulokotda boʻish; bilvosita - ushlab koʻrish. Pediatr bolani koʻrishdan avval chaqaloqning gestatsion yoshi, antropometrik koʻrsatkichlaridan yaxshi xabardor boʻlishi shart. Yetilganlik morfologik belgilari ifodalangan jadvali pediatrik oldida turishi kerak.

Ketma-ket koʻrish: bola holatiga baho berish, disembriogenez stigmalarini, chala tugʻilish morfologik belgilarini aniqlash, nevrologik statusiga baho berish (bola tnasining holatini, muskul tonusi, motorikasi, bosh miya nervlari, maxsus reflektor reaksiyalari), somatik statusiga baho berish, va diagnozini shakllantirib, yakuniy xulosaga kelish.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarni ovqatlantirish.

Chala tugʻilgan chaqaloqlarni I-chi darajasida 4 - 6 soatdan soʻng koʻkrakga tutish mumkin.

Tana vazni 1500 g dan yuqori boʻlgan II-chi darajali chala tugʻilgan chaqaloqlarni 12—18 soatdan soʻng ovqatlantiriladi.

Tana vazni 1500 g dan past tugʻilgan chaqaloqlarga, agar soʻrish refleksi saqlangan boʻlsa, sut soʻrgʻich orqali beriladi. Refleks boʻlmasa oshqozon zondi yordamida ovqatlantiriladi. Ona sutining kunlik hajmi kaloriya usulida xisoblanadi. Buning uchun chaqaloqning kaloriyaga boʻlgan kunlik ehtiyoji xisobga olinadi:

$$10 \text{ kkal/kg} \times n \text{ (n— chaqaloqning kunlik yoshi)}.$$

Masalan: chaqaloq 6 kunlik, vazni 2300 g.

Kaloriyaga boʻlgan kunlik ehtiyoj — $2,3 \text{ kg} \times 10 \times 6 = 138 \text{ kkal}$ boʻladi.

100 ml ona sutining tarkibida 70 kkal. bor.

X ml — 138 kkal.

$X = 138 \times 100 : 70 \text{ k} = 125 \text{ ml}$ 1 kunlik ona suti hajmi.

Bu sut miqdorini ovqatlantirish soniga bo'lamiz, masalan 8 martaga $125:8 = 16\text{ml}$ 1 martalik ovqat hajmi deb xisoblanadi.

CHaqaloq 1 oylik bo'lgandan so'ng hajmiy usulda xisoblanadi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar maxsus parvarishga muxtoj bo'ladilar.

Ularni parvarishda quyidagi chora-tadbirlar o'tkazish talab etiladi.

1. CHaqaloqqa kuvez, isitish manbasi bo'lgan yo'rgaklash stoli, oyoqlariga issik grelkalar singari qo'shimcha isitish moslamasini qo'yish shart. Palataning xarorati 24-26 S atrofida bo'ladi.

2. Chala tug'ilgan chaqaloqlarning (CHTCH) birlamchi tozalovi muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloqlar kabi o'tkaziladi.

3. Tana vazni 2000 g dan kam bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqlar parvarishlash bo'limiga o'tkaziladi.

4. CHTCH larni tana vazni 2000g ga yetganda cho'miltirish ruxsat beriladi.

Tana vazni 2000g dan ortganda BTSJ va OPV ga qarshi emlashga ruxsat beriladi. Uchastka vrachi va patronaj hamshirasi bola hayotining 1- chi oyida 4 marotaba ko'rikdan o'tkazishi lozim. CHaqaloq 1oyga to'lganda nevropatolog, ortoped, pediater ko'rigidan ham o'tadi. Bunda chaqaloqqa antropometrik o'lchovlari va kontrol tortish ishlari bajariladi. CHTCH lar hayotining 1- chi yarmida uchastka vrachi va patronaj hamshirasi tomonidan har oyda 2 marotaba nazorat qilinadi. Qolgan 7 — 12 oylarida 1 oyda 1 marta ko'rib turiladi. Tana vazni 1500 g dan past CHTCHlarga profilaktik emlashlar 1 yoshga to'lgandan so'ng o'tkaziladi.

**YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI. XOMILA ICHI
GIPOKSIYASI. ASFIKSIYA. SABABLARI, PATOGENEZI, KLINIK
KO‘RINISHLARI, ASORATLARI. DAVOLASH. REANIMVATSIYA VA
INTENSIV DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI. POSTASFIKSIK
SINDROMI**

Perinatal kasallanish va o‘lim ko‘rsatkichlarini pasaytirish va kelajak avlod sog‘ligini ximoya qilish uchun xomila gipoksiyasi va chaqaloq asfiksiyasini barvaqt aniqlash, tezkor yordam choralarini o‘z vaqtida samarali o‘tkazish, oldini olish va davolash katta ahamitga ega. CHaqaloqlar asfiksiyasi tug‘ruq shikastlarining asosiy sabablaridan biri bo‘lib, tug‘ilgandan keyingi og‘ir holatlar, shu bilan birga keyinchalik og‘ir majruxliklarga sabab bo‘lishi mumkin. O‘z vaqtida xastalikni aniqlash va kerak bo‘lgan tez intensiv yordamni ko‘rsatilishi bunday oqibatlarni oldini olishi mumkin.

CHAQALOQLAR ASFIKSIYASI.

Asfiksiya chaqaloqlar orasidagi kasallanish va o‘lim darajalari yuqori ekanligining asosiy sababchilaridan biri bo‘lib xisoblanadi. Perinatal o‘lim strukturasi asfiksiyadan o‘lush 40,3% tashkil etadi. Ko‘pchilik holatlarda asfiksiyadan so‘ng miyada qon aylanishining og‘ir buzilishlari, ayrim paytlarda esa, miyaga qon quyilishlar bilan belgilanadigan MNS dagi og‘ir morfologik va funktsional o‘zgarishlar kelib chikadi. Miyaga qon quyilishlar esa, xomilaning xaloq bo‘lishiga, chaqaloqning postnatal davrdagi o‘limiga sabab bo‘ladi, keyinchalik bolaning somatik va asab-ruxiy rivojlanishiga salbiy tasir ko‘rsatadi.

Gipoksiyaning kuchli teratogen effekt ega ekanligi tasdiqlangan. Inson embrioni gipoksiyaning zararlovchi tasiriga o‘ta beriluvchan. Ko‘pchilik olimlarning fikricha tug‘ma nuqsonlarning asosiy sababchisi bo‘lib gipoksiya xisoblanadi. Organizmning kislorod yetishmovchiligiga sezgirlik darajasi ontogeneznining turli bosqichlarida turlicha bo‘ladi. Gipoksiyaga nisbatan sezgirlikning ortib ketishi, ayniqsa embrionning implantatsiyasi davrida hamda bir qator organ va sistemalar morfologik

rivojlanishi suratining jadallashuvi vaqtida va yo'ldosh shakllanayotgan davrda ko'proq namoyon bo'ladi.

SHu bilan bir qatorda xomila rivojlanishidagi o'zgarishlar darajalari nafaqat gipoksiyaning qaysi davrda tasir qilgani bilangina belgilanib qolmay, balkim kislorod yetishmovchiligi darajasiga ham bog'liq. Gipoksiyaning teratogen tasiri mexanizmi noaniqligicha qolmoqda. Biroq, gipoksiyaning fermentlar tizimi aktivligini va moddalar almashinuvi jarayonlarini izdan chiqarishi embrion taraqqiyotiga salbiy tasir ko'rsatadi deb taxmin qilinadi. SHuningdek nuklein kislotalar va oqsillar sintezini izdan chiqarib, embrionning rivojlanishini ham buzadi degan fikrlar ham mavjud. Xomilaning boshqa mexanik tasirotlarsiz kislorod yetishmovchiligining bir o'zi ham bosh miya va ichki organlarga ko'plab qon quyilishlar bilan belgilanadigan tsirkulyator o'zgarishlarga sabab bo'lishi mumkin.

Asfiksiya gipoproteinemiya olib keladi, qonning fibrinolitik aktivligini kuchaytiradi. Bu holat esa o'z navbatida qon quyilishlarga moyillikni keltirib chiqaradi. SHuning uchun xomila va chaqaloqlar asfiksiyasiga qarshi kurash neonatologiyaning eng dolzarb masalalaridan biri bo'lib xisoblanadi.

Asfiksiya xaqida tushincha.

Asfiksiya – asphyxia – yunoncha (a – inkor, sfigmos – tomir urishi) – pulsning yo'qligini anglatadi. Hozirgi paytda chaqaloqlar asfiksiyasi deyilganda yurak urishi mavjud bo'lgani xolda nafas olmaslik yoki noritmik hamda talvasasimon yuzaki nafas olish holati borligi tushiniladi.

Asfiksiya - bu turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan bo'g'ilish va o'tkir kechadigan patologik jarayon bo'lib, uning asosida qon va to'qimalarda kislorod yetishmovchiligi va organizmda karbonat angidrid hamda moddalar almashinuvining boshqa nordon oraliq mahsulotlari yig'ilib qolishi yotadi.

Xomila va chaqaloq organizmida kislorod yetishmovchiligi holati har doim ham yurak urishining to'xtab qolishiga va giperkapniyaga sabab bo'lavermaydi. Aksincha, chuqur bioximik o'zgarishlarning mavjudligiga qaramay, chaqaloq yurak urishi bilan

tugʻilib, biroq, qon taxlilida giperkapniya aniqlanmasligi ham mumkin. “Asfiksiya” tushinchasi tor manoda respirator va metabolik atsidoz bilan bir qatorda kislorod yetishmovchiligi va karbonat angidrid yigʻilib qolishi holatini anglatrsa, keng manoda esa,- organizm qiyinchilik bilan amalga oshiradigan vazifa –

xomilaning postnatal muxitga oʻtishini taminlovchi adaptatsion mexanizmlarning buzilishlarini bildiradi.

Asfiksiya quyidagicha guruxlanadi:

1.Xomila asfiksiyasi (xomiladorlik davri asfiksiyasi). Oʻz navbatida u antenatal va intranatal shakllarga boʻlinadi.

2. CHaqaloqlar asfiksiyasi (postnatal asfiksiya).

Asfiksiyaning mazkur turlari bir-birlaridan nafaqat qaysi davrda rivojlanganliklari bilan, balkim patogenetik jihatdan ham farq qiladilar. Jumladan, xomiladorlik davri asfiksiyasi asosini qon aylanishining buzilishlari tashkil etsa, chaqaloqlar asfiksiyasi asosida esa, nafas olishning buzilishlari yotadi. Nafas olishning buzilishlari holati esa, oʻz navbatida, xomiladorlik davridagi qon aylanishi buzilishlarining muqaddimasi sifatida namoyon boʻlishi ham mumkin.

CHaqaloqlar asfiksiyasi oʻz navbatida yana kindikni bogʻlagandan keyin dastlabki mustaqil nafas xarakterlarining yoʻqligi koʻrinishidagi – birlamchi, hamda odatda xomiladorlik davrida asfiksiyani boshidan kechirgan yoki asfiksiya bilan tugʻilgan chaqaloqlar hayotining keyingi soatlari va kunlarida kuzatiladigan ikkilamchi shakllariga boʻlinadi.

Etiologiyasi.

Xomila va chaqaloqlar asfiksiyasi - bu alohida kasallik emas, balki u turli akusherlik patologiyasi, ona va xomila organizmining bir qator xastaliklarining oqibati xisoblanib, ayrim patologik jarayonlarning simptomi va ifodasi sifatida namoyon boʻlishi ham mumkin.

Xomila organizmi uchun ona organizmi tashqi muxit xisoblanadi va uning xomila taraqqiyotidagi muhim ahamiyati hammaga malum fakt. Ona – xomila tizimida normal gaz almashinuvi jarayonlarning buzilishi xomiladorlik davri

asfiksiyasiga sabab bo'ladi. Bunday holatlar ona qonining kislorod bilan yetarli to'yinmasligi yoki kislorodni xomila to'qimalariga yetkazib berishda ishtirok etuvchi jarayonlarni boshqarib turuvchi organ va sistemalardagi morfologik hamda funktsional o'zgarishlar tufayli kislorod almashinuvi jarayonlarining buzilishlari sababli yuzaga kelishlari mumkin.

Kelib chiqishi sabablariga ko'ra asfiksiya turli olimlar tomonidan turlicha guruxlanadi. Eng mukammal, va asfiksiya moxiyatini to'la anglatuvchi guruxlanishdan biri bo'lib L.S.Persianinov klassifikatsiyasi xisoblanadi.

I. Onadagi kasalliklar va intoksikatsiyalar natijasidagi kislorod tanqisligi va karbonat anhidrid yig'ilib qolishi oqibatida rivojlangan xomila asfiksiyasi:

- 1) yo'ldoshdan qon ketishi, surunkali gipoxrom anemiyalar, leykozlar va boshqalar;
- 2) shok;
- 3) xomilador onadagi yurak-qon tomir sistemasi kasalliklari: subkompensatsiya yoki dekompensatsiya fazasidagi yurak nuqsonlari, va ayniqsa, gipotoniya bilan birgalikda kechayotgan mitral kasalligi;
- 4) o'pka emfizemasi, zotiljam va sil singari gaz almashinuvining buzilishiga sabab bo'ladigan o'pka va nafas yo'llari kasalliklari;
- 5) zaharli moddalarni qabul qilish yoki turli zaharlanishlardagi ekzogen intoksikatsiyalar singari holatlar;
- 6) narkoz va narkotik moddalarni qabul qilish;
- 7) onadagi g'ikasalliklar.

II. Bachadon-yo'ldosh sistemasidagi qon aylanishning buzilishi natijasida yo'ldosh orqali kechadigan gaz almashinuvidagi o'zgarishlar yoki xomiladorlik hamda tug'ish paytidagi asoratlar tufayli kelib chiqqan kindik tomirlaridagi qon aylanishining buzilishlari oqibatida rivojlangan asfiksiya

- 1) kindik o'qinining chin tug'ilib qolishi;
- 2) kindik o'qining xomila bo'yni yoki tanasiga o'ralib qolishi;
- 3) kindik o'qi xalqasining chiqib qolishi va keyinchalik kisilib qolishi;

4) bola chanog‘i bilan kelgan xollarda xomila boshi bilan onaning tug‘ish yo‘llari orasida kindik o‘qining qisilib qolishi;

5) kindik o‘qining yorilib ketishi;

6) yo‘ldoshning muddatidan avval ko‘chishi;

7) yo‘ldoshning xomiladan avval chiqishi;

8) xomiladorlikning kechki toksikozlari;

9) xomiladorlik muddatining cho‘zilib ketishi;

10) bachodoning tez-tez, davomiy va talvasasimon qisqarishlari bilan kechadigan tug‘ish jarayoni anomaliyasi;

11) qaqanoq suvining erta ajralishi.

III. Xomila kasalliklari va uning MNS dagi o‘zgarishlari tufayli rivojlangan asfiksiya:

1) anentsefaliya, akraniya va bosh miya churralari singari MNS tug‘ma nuqsonlari;

2) yurak tug‘ma nuqsonlarining og‘ir shakllari;

3) xomilaning miya shikastlari;

4) chaqaloqlar gemolitik kasalligi;

5) listerioz, toksoplazmoz va h.k. singari xomiladorlik davri infeksiyalari.

IY. Nafas yo‘llarining qisman yoki to‘la berkilib qolishi oqibatida rivojlangan chaqaloqlar asfiksiyasi. SHuningdek, bu guruxga nafas yo‘llari rivojlanishidagi nuqsonlar hamda nafas yo‘llariga shilliq va qaqanoq suvlari tushib qolishi oqibatida rivojlangan asfiksiyalar ham kiradi.

Xomiladorlikning ikkinchi yarmidagi infeksiyalar va toksikozlar natijasida turli intoksikatsiyalar, ishlab chiqarishdagi zaharli omillar, qon kasalliklarida eritropoezni izdan chiqaruvchi turli dori-darmonlarni qabul qilish va ona organizmining turli kasalliklari ham pirovard natijada xomilada surunkali kislorod yetishmovchiligi holatiga olib kelishlari mumkin. Onadagi yurak qon - tomir, o‘pka – va nafas yo‘llari kasalliklari, cho‘zilib ketgan xomiladorlik (perenashivanie) gaz almashinuvi buzilishlariga sabab bo‘lib, xomiladorlik asfiksiyasini keltirib chiqarishlari mumkin.

Bu holat o'z navbatida tug'ilgandan keyin boshlanadigan nafas olish xarakterlarining so'nishiga, va natijada, chaqaloq asfiksiyasining rivojlanishiga olib keladi..

Xomila yashash sharoitlaridagi keskin o'zgarishlar bois, tug'ish paytidagi asfiksiya xomiladorlik davridagi asfiksiyaga nisbatan tezroq rivojlanadi. Bunday asfiksiya bazan xomiladorlikning kompensatsiyalashgan gipoksiyasining davomi bo'lsa, boshqa xollarda esa, tug'ish jarayonining ayrim bosqichlaridagina rivojlanadi. Tug'ish paytidagi asfiksiya xomilaga emas, balki kindik o'qi yoki yo'ldoshga ko'rsatilgan mexanik tasirotlar natijasida rivojlanadi. Bunday holatlarga yo'ldoshning vaqtdan avval ko'chishi, ajralishi, kindik o'qining o'ralib qolishi, kindik o'qining boladan avval chiqishi, qisilib qolishi, kindik tomirlarining yorilib ketishi va h.k. lar kiradi.

Tug'ish davridagi asfiksiyalar kelib chiqishida tug'ish jarayonlarini qiyinlashtiruvchi (chanoqning torligi, bolaning teskari kelishi, tug'ish jarayonlarining birlamchi va ikkilamchi susayishlari) omillar katta rol o'ynaydi. Akusher qisqichlaridan foydalanish, vakuum – ekstraksiya, bolaning chanoq tomoni bilan tortib olish singari operativ muolajalardan so'ng asfiksiya ayniqsa ko'p kuzatiladi. Bu holatlar operatsiya ko'lami bilan emas, balki, operatsiyagacha bo'lgan patologik holatlar darajasi bilan ham o'lchanadi.

Yuqorida aytib o'tilgan patologiyalar bolaning nafas yo'llariga ko'p miqdorda qakanoq suvlari yoki tug'ish yo'llari shilliqlarining tushishiga va natijada asfiksiya rivojlanishiga sabab bo'ladilar. Bosh va orqa miyaga, uzunchoq miyaga, til osti va adashgan nervlar yadrolariga qon quyilishlari bilan kechadigan tug'ish davri shikastlarida ham asfiksiya rivojlanishi mumkin.

Amaliyotda orttirilgan (ikkilamchi) asfiksiya ham uchrab turadi. Bunday asfiksiya ayrim xollarda xomiladorlik asfiksiyasi, yoki birlamchi asfiksiyaning davomi bo'lib xisoblansa, boshqa xollarda atelektaz mavjudligi tufayli o'pkaning ayrim sohalarining nafas olishda ishtirok etmasligining oqibati sifatida namoyon bo'ladi. Bu asfiksiya chaqaloqlarda gialin parda kasalligida, o'pka parenximasiga qon quyilganida va pnevmoniyalarda ko'proq kuzatiladi.

Patogenez.

Asfiksiyada keltirib chiqaruvchi sabablarning turli-tumanligiga qaramay, pirovard natijada xomilada gaz almashinuvi buzilib, organizmda kislorod tanqisligi rivojlanadi. Qonning kislorod bilan to'yinishining pasayishi-"gipoksemiya" deb ataladi; to'qimalarniki esa – "gipoksiya" deyiladi.

Xomila qonining kislorod bilan taminlanishi normada ham kattalarnikiga nisbatan ancha past bo'ladi. Birok, xomila organizmi kislorod yetishmovchiligini sezmaydi, chunki kislorod uning ehtiyojiga yarasha yetkazib beriladi.

Xomila qonining kislorod bilan to'yinishi fiziologik tug'ruqlardan keyin 40-60% tashkil etadi va 30 minut o'tib 70% yetadi. Bola hayotining 7- kuni 87-97% bo'ladi. Asfiksiyada qonda kislorod miqdori sezilarli pasayadi (20 mm.sim.ust.) va 12 soat o'tib normallashadi.

Qonning kislorod bilan to'yinish darajasi bilan bola ahvoli og'irligi o'rtasida uzviy bog'liqlik yo'q. Masalan, qonning kislorod bilan to'yinishi ko'rsatkichlari past bo'lgan xolda ham bola qoniqarli ahvolda tug'ilishi mumkin, va aksincha, bu ko'rsatkich normal bo'lgani xolda og'ir gipoksiya belgilari bilan tug'ilishi ham mumkin.

CHaqaloqlar qonida karbonat angidridning partsial bosimi 35 mm.sim. ust. tashkil etadi. Bola hayotining birinchi kuni oxiridan to 4-5 kunigacha giperkapniya holati kuzatilib, o'pka giperventilyatsiyasi va nafas olishning chuqurlashuviga sabab bo'ladi. 6 - kunga borib bola qonida karbonat angidrid miqdori normallashadi. Asfiksiyaning yengil shaklida ham sezilarli (50 mm.sim.ust.) giperkapniya rivojlanadi. Asfiksiyaning o'rtacha og'irlikdagi shakli yanada yaqqolroq namoyon bo'lgan giperkapniya mavjudligi bilan belgilanadi. Asfiksiyaning og'ir shaklida esa, o'pka giperventilyatsiyasi tufayli karbonat angidrid ko'rsatkichlari normadan ham pastlab ketadi – yani atsidozni kompensatsiya qilishga sarflanadi. Demak, asfiksiya patogenezining birinchi xalqasi bo'lib, gipoksemiya va gipoksiya hamda ular tufayli yuzaga kelgan giperkapniya xisoblanadi. Birok, u har doim ham asfiksiya darajasini belgilay bermaydi.

Asfiksiya patogenezining navbatdagi xalqasi bo'lib metabolik atsidoz xisoblanadi. Kislorod tanqisligi oqibatida xomila va chaqaloq organizmida moddalar almashinuvi jarayonlari izdan chiqadi, organizmda anaerob glikoliz boshlanishi natijasida sut-, pirouzum-, sirka kislotasi va h k. kabi uglevodlar almashinuvining chala oksidlangan nordon oraliq maxsulotlarining yig'ilib qolishi qonning kislota-ishkor muvozanatini buzib, dekompensatsiyalashgan metabolik atsidoz simptomlarini paydo qiladi.

Kislota-ishkor muvazanatlarining buzilishlari quyidagicha guruxlanadi: 1) gaz (nafas) atsidozi – qonda karbonat angidrid partsial bosimi (RSO_2) 45 mm sim ust.dan ortib ketishi – giperkapniya; 2) gazzsiz (metabolik) atsidoz – moddalar almashinuvi (metabolizm) jarayonlari buzilib, qonda oralik nordon moddalar yig'ilib qolishi natijasida rivojlanadi; 3) gaz (nafas) alkaloz – organizm tomonidan ko'p miqdorda

yo'qotilishi tufayli qonda karbonat angidrid miqdorining pasayib ketishi natijasida rivojlanadi; 4) gazzsiz (metabolik) alkaloz organizmda kislotalar miqdorining kamayib ketishi xisobiga yuzaga keladi.

Sog'lom chaqaloqlar uchun rH 7,20-7,36 tashkil etadi. Yengil asfiksiyada bu ko'rsatkich 7,19 – 7,10 bo'lsa, og'ir asfiksiyada 7,09-6,85 gacha siljiydi. Asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlar qonida metabolik atsidoz 7 kundan ortiqroq saqlanadi va o'tkazilgan davo choralari samaradorligiga qarab normallasha boradi.

Chala oksidlanish jarayonlarining qondagi oralik mahsulotlari xujayralardagi bioximik jarayonlarga tasir ko'rsatadi; ularning faoliyatini izdan chiqarib, to'qima gipoksiyasiga sabab bo'ladi: organizm xo'jayralari tomonidan kislorodni qabul qilish xossalari buziladi.

Atsidoz tasirida xujayralardagi kaliy xujayralararo bo'shliqqa va qonga chiqishi natijasida giperkaliemiya yuzaga keladi. Xujayralarda esa, kaliy o'rniga natriy yig'ilib, qon zardobida uning miqdori keskin pasayadi. Bu esa o'z navbatida qon bosimining pasayishiga, periferik qon aylanishining buzilishiga va muskullar gipotonyasiga sabab bo'ladi. Demak, og'ir asfiksiya holatida tug'ilgan chaqaloqlarda

giperkaliemiya va giponatriemiya ko‘rinishidagi suv – elektrolit muvozanatining buzilishlari kuzatiladi.

Elektrolitlar muvozanati buzilishlari xujayralar gipergidratatsiyasi hamda qon zardobi hajmining kamayishiga sabab bo‘ladi. Keyingi kunlarda qon zardobida va eritrotsitlarda natriy miqdorining normallasuvi fonida organizmda kaliy yetishmovchiligi yuzaga keladi va korrektsiyalovchi terapiyaga ehtiyoj tug‘iladi. SHu bilan bir qatorda asfiksiyaning dastlabki bosqichlarida qonda kalsiy miqdorining ortishi kuzatilib, mazkur giperkaltsiemiya giperkaliemiyaning yurak faoliyatiga salbiy tasirini cheklab turadi. Keyinchalik atsidoz kuchaya borishi fonida giperkaltsiemiya ko‘rsatkichlari giperkaliemiyanikidan ortda qola boshlaydi.

Malumki bu elektrolitlar yurak faoliyatiga bir-birlariga zid tasir ko‘rsatadilar (kaliy – vagotrop tasir qilsa, kalsiy-simpatotrop effektga ega). Giperkaliemiya gipoksiya tufayli kelib chiqqan atsidoz bilan birgalikda chaqaloqlar o‘limining asosiy sababchisi bo‘lib qolishi ham mumkin. Giperkaliemiya chaqaloqlar hayotining dastlabki kunlari kuzatilib, 3 kunligidan boshlab gipokaliemiya bilan almashina boshlaydi va bu holat 7 kungacha davom etadi.

Kislorod tanqisligi tasirida kichik qon aylanish doirasidagi gipertenziya, qon tomirlarining kengayib qon bilan to‘lib ketishi, venalarda qon dimlanishi, to‘qimalarning va qon tomirlarining shishi, devorlari o‘tkazuvchanligining ortib ketishi, turli organlarda staz oldi va staz holatlari va ularga qon quyilishlar sifatida namoyon bo‘luvchi qon aylanishining buzilishlari yuzaga keladi.

Asfiksiya oqibatida rivojlangan gipoksemiya miya to‘qimalari gipoksiyasiga sabab bo‘ladi. Bu holat o‘z navbatida qon aylanishi buzilishi tufayli kelib chiqqan miyadagi mikrotsirkulyatsion o‘zgarishlar natijasida yanada chuqurlashadi. Miya gipoksiyasi miya markazlari, jumladan, birinchi navbatda nafas olish va yurak-qon tomir markazlari faoliyatini izdan chiqarib, asfiksiyaning klinik manzarasini yuzaga keltiradi. Natijada o‘ziga xos patologik xalqa xosil bo‘ladi: qon aylanishining buzilishlari to‘qimalarda, birinchi navbatda, miyada kislorod tanqisligiga olib kelsa,

miyadagi gipoksiya o'z navbatida qon aylanishi buzilishlarini yanada chuqurlashtiradi.

Asfiksiya patogenezining navbatdagi zvenosi bo'lib, gipoglikemiya xisoblanadi. Gipoksiya oqibatida anaerob glikolizning kuchayishi uglevodlarning ko'p sarf bo'lishiga olib keladi. Ularning zahirasi (jigardagi glikogen xisobiga) kam bo'lib, qonda qand miqdorining pasayib ketishiga sabab bo'ladi. Sog'lom chaqaloqlardagi qand miqdori ko'rsatkichlari kattalarnikiga nisbatan ancha kam. CHaqaloq gipoglikemiya holatida tug'ilgan, birinchi kun o'rtalarida qonda qand miqdori eng past (50 mg%) bo'ladi va bunday holat 3-4 kun maboynida saqlanib qoladi. So'ng asta-sekin ko'tarila boshlaydi. SHuni takidlash kerakki, chaqaloqlar gipoglikemiyaning kattalarga nisbatan osonroq ko'taradilar va patologik o'zgarishlar ular qonida qand miqdori 30 mg% dan pasayganidagina kelib chiqishlari mumkin.

Asfiksiya holatida tug'ilgan chaqaloqlar qonida qand miqdori sog'lomlarnikidagiga qaraganda ancha yuqori bo'lib, 10-12 soatdan keyin keskin tushib ketadi va 5-6 kun davomida shunday saqlanib qoladi. Agar qandning miqdori 30 mg% dan kamayib ketsa asosan miya zararlanadi, chunki miya faoliyatini tutib turuvchi energiya zahiralarini asosan uglevodlar xisobiga bo'lgani uchun ko'p miqdorda glyukoza talab qilanadi.

Sezilarli gipoglikemiya va kuchayib borayotgan atsidoz miyani zararlab, uning o'ziga xos belgilarini paydo qiladi. Gipoglikemiyaning dastlabki belgilaridan bo'lib gipotoniya, tremor, bezovtalik, nistagm, teri rangining oqarishi va eng hafvliylaridan bo'lib apnoe xisoblanadi; nafasning to'xtab qolishi yarim daqiqadan ortiqroq davom etsa dastlab tsianoz, so'ngra tartibsiz nafas olish xarakatlari paydo bo'ladi va nafas faoliyati qayta tiklanadi. Biroq, ayrim xollarda nafas olish markazining falaji oqibatida apnoe o'lim bilan yakunlanishi ham mumkin.

Xomila asfiksiyaning klinik belgilari. Xomilaning ahvolini baholashda yurak faoliyatiga va xarakat aktivligiga etibor beriladi. Xomila asfiksiyasi havfi tug'ilgan holat va asfiksiya holatlari tafovut qilinadi. Xomila asfiksiyasi havfi tug'ilgan holatda asfiksiya simptomlari hali ko'zga tashlanmaydi, biroq, yoki onada xomila

asfiksiyasiga olib keluvchi kasalliklar mavjud bo‘ladi, yoxud xomila reaktivligining o‘zgarishlari (to‘lg‘oq paytida, yoki azolarining birortasi palpatsiya qilinganida aniqlanadigan bradikardiya) kuzatiladi. Tug‘ish jarayonining ikkinchi bosqichida, ayniqsa to‘lg‘oqlar orasidagi davrda, sezilarli va davomli bradikardiyaning mavjudligi xomilada asfiksiya boshlanganidan guvohlik beradi. Birok, yurak urishi tezligining pasayishi asfiksiyaning dastlabki belgisi deb xisoblanmaydi, aksincha kislorod yetishmovchiligining ilk signali bo‘lib yurak urishi tezligining 160 va undan ortib ketishi sanaladi. Taxikardiyaning bradikardiya (100 dan kam) bilan tez-tez almashinib turishi asfiksiyaning boshlanayotganidan darak beradi.

Yurak urishi tezligining sezilarli kamayishi odatda yurak tonlarining kuchayishi, jarangdorligining ortishi bilan birga kechadi. Xomilada asfiksiya kuchayishi fonida yurak urishi yanada sekinlasha boradi, aritmiya paydo bo‘ladi. Qon bosimi pasayib, yurak tonlari bo‘g‘iklashadi. Asfiksiyada xomilaning bezovtalanashi xarakatlarining tezlashuvi va kuchayishi bilan belgilanib, ona qorni palpatsiya qilinganda aniqlanadi. Bazan xomilador ayol xomilaning “o‘zini urayotganligini” xis etadi.

Bola boshi bilan kelganda mekoniyning ajralishi ham xomila asfiksiyasining boshlanishi belgilaridan biri bo‘lib xisoblanadi. Odatda bola boshi bilan kelgan fiziologik-normal tug‘ruqlarda mekoniy ajralishi kuzatilmaydi, chunki to‘g‘ri ichak sfinkterining normal tonusi saqlangan xolda bo‘ladi. Asfiksiyada bu sfinkterning bo‘shashib ketishi natijasida mekoniy ajralib, qaqanoq suvini xira-yashil rangga kiritadi.

Xomila asfiksiyasining 3 darajasi tafovut qilinadi:

engil dadarajasi: to‘lg‘oklar orasidagi davrda yurak urishi tezligi 160 va undan ortiq bo‘lib, xomila xarakatlarining kuchayishi bilan bir paytda kuzatiladi yurak tonlari aniq, ravshan va jarangdor.

II– o‘rtacha og‘irlikdagi – gipoksiyaning og‘irroq bosqichi belgilari mavjudligi bilan xarakterlanadi: yurak urishining tezlashuvi (160 va undan ortiq) sekinlashuvi (100 dan kam) bilan almashinib turadi. Yurak tonlarining jarangdorligi ham

bo'g'iqlashuvi bilan almashinadi. Xomila bezovtalanishi kuchayib, qog'onoq suvida mekoniy paydo bo'ladi.

III – og'ir darajasi – yurak urishining turg'un sekinlashuvi bilan belgilanadi. Xomila xarakatlari avval kuchli, shiddatli bo'lsa, keyinchalik pasayib, butunlay to'xtaydi.

Chaqaloqlar asfiksiyasi.

Hozirgi paytda chaqaloqlar asfiksiyasining 3 darajasi tafovut qilinadi: I – yengil; II - o'rtacha og'irlikda va III – og'ir.

Asfiksiyaning yengil darajasi teri qoplamalarining yengil ko'karishi, yurak tonlari aniq va ravshan bo'lganligi xolida yurak urishining sekinlashganligi, nafas olishining siyrak va yuzaki ekanligi bilan belgilanadi. Muskullar tonusi yaxshi. Reflektor qo'zg'aluvchanlik (burun kateterilizatsiyasi, tovonni qitiqlash va reflekslar) saqlangan.

O'rtacha og'irlikdagi asfiksiyada bolaning umumiy ahvoli og'ir. Teri qoplamalari yaqqol ko'kargan. Yurak urishi bir maromda, biroq sezilarli sekinlashgan, tonlari bo'g'iq. Bola umuman nafas olmaydi yoki nafasi noritmik bo'lib, muntazam emas, nafas olishning davomli to'htab qolishi tez-tez qaytalanib turadi. Muskul tonusi keskin pasaygan yoki butunlay yo'q. Reflektor qo'zg'aluvchanlik sezilarli pasaygan.

Asfiksiyaning og'ir shaklida "ok asfiksiya"ning barcha belgilari ko'zga tashlanadi: bosh miyaning barcha bo'limlarini qamrab oluvchi chuqur tormozlanish holati; teri rangi oqargan, bazan mumsimon tuslanadi, shilliq qavatlar ko'kimtir, nafas olmaydi, yurak tonlari o'ta bo'g'iq, sekinlashgan (minutiga 80-60 tagacha), noritmik. Muskullar tonusi va reflekslar susaygan yoki butunlay yo'q. Kindik o'qi puchaygan, pulsatsiyasi yo'q. Arterial bosim pasaygan, qopqa venasida qon dimlangan va bolaning umumiy holati shokni eslatadi.

Asfiksiyaning asosiy belgilaridan biri bo'lib chaqaloqning nafas olmasligi yoki nafas faoliyatining keskin buzilishi xisoblanadi. Birok, shuni unutmaslik kerakki, sog'lom tug'ilgan chaqaloqlar ham fiziologik apnoe tufayli nafas olmasligi mumkin.

Ammo, bunda teri pushti rangda, kindik o'qi tarangligi saqlangan va bolaning yurak urishiga monand pulsatsiyasi davom etayotgan bo'ladi.

Hozirgi paytda chaqaloqning umumiy ahvolini baholashda 1953 yilda Apgar tomonidan taklif qilingan shkaladan foydalanadi.

Apgar shkalasi

Simptomlar	Ballar bilan baholash		
	0	1	2
1. Yurak urishi tezligi	Yo'q	100 dan kam	100 dan ortiq
2. Nafas olishi	Yo'q	Bradipnoe, noritmik (chinqirig'i sust)	Normada, chinqirig'i kuchli
3. Muskul tonusi	Qo'l-oyoqlari shalviragan	Qo'l-oyoqlari sal bukilgan xolda	Aktiv xarakatlar mavjud
4. Reflektor ko'z g'aluvchanlik	Javob yo'q	Sust namoyon bo'ladi (yuzi bujmaygan)	Yo'tal, aksirish, yig'lash
5. Teri rangi	Keng tarqalgan ko'karish yoki oqarish	Tana rangi pushti, qo'l-oyoqlar ko'kargan	Tana va qo'l-oyoqlari pushti.

Bola hayotining 1- va 5- minutlarida 7 ball – yengil asfiksiya;

1 minutda 4-6 ball, 5- minutda 8-10 ball – o'rtacha og'irlikda;

1 – minutda 4 ball va 5 – minutda 7 balldan kam bo'lsa, og'ir asfiksiya deyiladi.

Asfiksiya tashxisini o'rnatish uncha qiyin emas. Biroq, asfiksiya ko'pincha tug'ish paytidagi miya ichi shikastlanishlarining asorati bo'lganligi uchun asfiksiya bilan tug'ilgan chaqaloqlarni ko'zdan kechirganda nafaqat asfiksiya darajasi baholanadi, balkim miyaga qon quyilishlari belgilarining mavjudligiga ham etibor qaratiladi.

Asfiksiyada MNS dagi funktsional o'zgarishlar asosan qon va limfa aylanishlarining buzilishlari hamda miya shishi bilan bog'langan bo'lib, klinikada bu holatlarni baholashda "miyada qon aylanishi buzilishining I, II va III darajalari" qo'llaniladi. Miyada qon aylanishi buzilishlarining asosida miyada kislorod yetishmovchiligi tufayli rivojlangan MNSning turli bo'limlaridagi funktsional o'zgarishlar yotadi.

Miyada qon aylanishi buzilishining I – darajasi noturg'un va uncha sezilarli bo'lmagan nevrologik simptomlarning mavjudligi bilan belgilanadi. Ular xarakat aktivligining va shartsiz fiziologik reflekslarning susayishi yoki kuchayishi, qo'l-oyoqlarning yengil qaltirashi hamda muskullar distoniyasi ko'rinishida namoyon bo'ladi. Bu simptomlar odatda 3-4 kun davomida saqlanib qoladi. Bunday o'zgarishlar asosida qisqa muddatli (3-4 kun) likvorodinamik buzilishlar va miya shishi yotadi. Mazkur o'zgarishlar funktsional tabiatli bo'lishiga qaramay, ular o'zlaridan so'ng nerv-reflektor qo'zg'aluvchanlikning ortib ketishi singari asoratlar qoldirishi mumkin.

Miyada qon aylanishi buzilishining II darajasi klinik jihatdan xarakat aktivligining kuchayishi, sezilarli bezovtalik, qaltirashlar, uyquning buzilishi, noturg'un gipertonus, pay reflekslarining kuchayishi, Moro refleksi va Greffe simptomining zo'rayishi bilan ifodalanadi. Ayrim holatlarda bola bo'shashgan va adinamiya kuzatilib, muskullar tonusi hamda shartsiz reflekslar susaygan bo'lishi ham mumkin. Ko'pincha gorizontaal yoki vertikal nistagm, ko'zlarning g'ilayligi va qo'l panjalarning "tyulen suzgichlari" holatiga kirishi kuzatiladi.

Morfologik jihatdan MNS da miyaning ancha sezilarli shishi, qon tomirlarining distsirkulyator paralichi va mayda nuqtali qon quyilishlar kabi o'zgarishlar topiladi.

Miyada qon aylanishi buzilishining III darajasi bolaning umumiy holatining o'ta og'irligi, qo'zg'aluvchanlikning keskin ortganligi, "kishini seskantiruvchi", "miya qichqirig'i", ko'zlarning "katta-katta ochiqligi", g'ilaylik, vertikal, gorizontaal va rotator nistagm, "suzayotgan ko'z soqqasi" va "botayotgan quyosh" simptomlari mavjudligi bilan belgilanadi.

Talvasalar tonik va klonik ko‘rinishda bo‘lib, “talvasa statusi” darajasiga ham yetishi mumkin. Bolaning holati ko‘pincha majburiy bo‘lib, bunda qo‘llari yoniga uzatilgan, panjalari “tyulen suzgichlari”i va “akusher” qo‘lini eslatadi. Oyoqlar chalishtirishga moyil bo‘lib, oyoq panjalari yuqoriga yoki pastga qayrilgan xolda kuzatiladi.

Muskullar tonusi dinamikasi ham o‘ziga xos tomonlariga ega: bola umumiy ahvolining dastlabki kunlardagi og‘ir holati muskullar gipotonyasi va pay reflekslarining susayishi bilan birgalikda kechsa, keyinchalik muskullar gipertonyasi va giperrefleksiya bilan almashiniladi. Qo‘l-oyoqlarining klonusoid talvasaga ko‘p duchor bo‘lishi piramidar yo‘llarning ham zararlanganidan dalolat beradi. Bolaning tug‘ilishi paytida nafas faoliyati turli tasirotlarga o‘ta beriluvchan. SHu tufayli asfiksiyalarda birlamchi va ikkilamchi atelektazlar ayniqsa ko‘p uchraydi.

Birlamchi atelektazlar bola tug‘ilgan zahotiy oq paydo bo‘lsa, ikkilamchisi esa, havo bilan to‘lib kengaygan o‘pka yana o‘zining avvalgi (fetal) xoliga qaytganida rivojlanadi. Tug‘ish paytida asfiksiyani boshdan kechirgan chaqaloqlarda qisman atelektazlar bir necha kundan to 2-3 haftagacha saqlanib qolishi ham mumkin. Asfiksiyada qon tomirlar devori o‘tkazuvchanligi oshib ketganligi tufayli o‘pka shishini keltirib chiqaradi. Bu sindrom ko‘pincha gialin parda kasalligi va atelektazlar bilan birga yuzaga keladi.

Yuqorida sanab o‘tilgan o‘pkadagi o‘zgarishlar klinik jihatdan nafas olishning yuzakiligi va tezlashganligi, qovurg‘alararo sohalarning ichiga tortilishi, tsianoz hamda ikkilamchi asfiksiya ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Har qanday qitqlovchilar nafas olish xarakatlarining diskoordinatsiyasiga sabab bo‘lishi mumkin, va bu holat, ayniqsa bola emayotgan paytida yaqqolroq namoyon bo‘ladi. Auskultatsiyada susaygan nafas fonida turli kalibrdagi pufakchali xirillashlar eshitiladi. Eng ko‘p uchraydigan asoratlaridan bo‘lib zotiljam xisoblanadi.

Yurak kon-tomir sistemasidagi asfiksiya sababli kelib chikkan o‘zgarishlar yurak tonlarining bo‘g‘iqdashganligi yoki bo‘g‘iqqligi, yurak ritmining taxikardiya yoki bradikardiya singari o‘zgarishlari va arterial bosimning pasayishi sifatida ko‘zga

tashlanadi. Yurakdagi bunday o'zgarishlar gipoksiyaning yurak faoliyatini boshqaruvchi markazlariga hamda yurak muskullariga ko'rsatgan bevosita tasiri bilan tushintiriladi.

Kislorod tanqisligi oqibatida eritrotsitlar parchalanib, parchalanish mahsulotlari eritropoezni kuchaytirishi natijasida retikulotsitoz rivojlanib, qonning morfologik ko'rinishi ham o'zgaradi.

Asfiksiyada butun organizmdagi o'zgarishlar ko'z tubida ham o'z aksini topadi. Yengil asfiksiyada ko'z tubida to'r qavat venalarining kengayganligi va qon tomirlar tutami bo'ylab retinaning yengil shishi kuzatiladi. Og'irroq holatlarda esa venalarning kengayganligi bilan bir qatorda ularning egri –bugriligi, ko'ruv nervi diski chegaralarining noaniqligi va retinaning shishi paydo bo'ladi. Og'ir va davomiy bo'lgan xomiladorlik davri asfiksiyasi yanada chuqurroq o'zgarishlarga sabab bo'ladi: venalar keskin kengaygan, ularning yaqqol deformatsiyasi, ko'ruv nervi diski chegaralari bilinmaydi, kulrang tusga kirgan, retinaning diffuz shishi hamda tasmacha yoki dog'lar ko'rinishidagi qon quyilishlar topiladi.

Ko'zning tur pardasiga qon quyilishi chaqaloqda miyada qon aylanishi buzilishining ilk simptomlaridan bo'lib xisoblanadi.

Asfiksiyaning morfologik belgilari.

Asfiksiyadagi morfologik o'zgarishlar organ va to'qimalardagi qon dimlanishlari, shishlar, qon quyilishlari, xujayralarning xalok bo'lishlari sifatida namoyon bo'ladi. Miyada qon aylanishlari buzilishlarining MNSdagi belgilari venoz qon dimlanishi va qon quyilishlaridan iborat.

Miyaning yumshoq pardasi venalarida qon dimlanishi oqibatidagi subaraxnoidal qon quyilishlarining sababchisi asfiksiya ekanligi ko'pchilikka malum. Ular ko'pincha bosh miya yarim sharlarining ensa va tepa sohalarida hamda miyachada qon tomirlar yo'nalishi bo'ylab kuzatiladi. Asosan miyaning ichki venasi bo'ylab joylashgan miya moddasidagi fokusli mikrogemorragiyalar kuzatilishi mumkin. Bunday qon quyilishlarning hayotiy muxim markazlarga joylashganligi nafaqat ular faoliyatini izdan chiqaradi, balkim bolaning o'limiga ham sabab bo'lishi

mumkin. Miyaning yumshoq qobig'iga va miya moddasining o'ziga qon quyilishlar asosan perivaskulyar tabiatga ega bo'lib, diapedez yo'l bilan amalga oshadi va har ikkala yarim sharlarining simmetrik sohalarga joylashgan.

Ba'zan orqa miya epidural kletchatkasiga ham turli o'lchamlardagi dog'simon qon quyilishlar kuzatiladi. Maydaroqlari tez kunlar ichida so'rilib ketsa, kattaroqlar, ayniqsa umurtqa pog'onasining bo'yin, ko'krak qismida nerv tutamlari atrofida joylashganlar esa, ularning faoliyatini izdan chiqarishlari ham mumkin. Ayrim xollarda konyunktiviga qon quyilishi-ekximozlar va teridagi petexiyalar ham uchrab turadi. Asfiksiya deyarli barcha ichki organlarni zararlab, ularda parenximatoz yoki yog'li degeneratsiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

Profilaktikasi.

Xomila va chaqaloq asfiksiyasining oldini olish chora-tadbirlari ayollar maslaxatxonasidan boshlanadi. Ayollar konsultatsiyasida xomilador ayolni har tarafлама va diqqat bilan tekshirish va ularni muntazam kuzatib borish xomilador ayoldagi kasalliklarni o'z vaqtida aniqlash va xomilaning antenatal ximoyasi chora-tadbirlarni o'tkazish imkoniyatlarini yaratadi.

Asfiksiyaning ayollar konsultatsiyasida boshlangan profilaktikasi tug'ish jarayonida ham davom ettirilib, bu chora-tadbirlar asosan tug'ish jarayonini to'g'ri tashkil etishdan iborat. Xomiladorlik asfiksiyasiga havf tug'ilganida yoki uning boshlanishi belgilari paydo bo'lganida zudlik bilan davolash ishlari boshlanadi. Bunda eng avval asfiksiya sabablari o'rganiladi va ularni bartaraf qilish choralari ko'riladi.

Xomiladorlik davri asfiksiyasini davolash.

Xomiladorlik davri asfiksiyasiga havf tug'ilganida yoki uning boshlanayotganligi belgilari paydo bo'lganida A.P.Nikolaev triadasi keng qo'llaniladi:

1) tug'ayotgan ayolga 2-3 minutli tanafuslar bilan 10 minut davomida kislorod bilan nafas oldirib turiladi, og'irroq holatlarda esa kislorod doimiy tarzda beriladi;

2) kislorod berish bilan bir paytda ayol venasiga kordiazol (korazol)ning 10% eritmasidan 1 ml yuboriladi yoki shu dozadagi kordiamindan foydalaniladi;

3) 40% glyukoza eritmasidan 50 ml 300 mg askorbin kislotasi bilan birga vena ichiga kiritiladi. Samara olinmagan taqdirda 10-15 minut o'tib, Nikolaev triadasi yana qaytariladi.

Bunday xollarda sigetinning 1% eritmasidan 4 ml, 5-10% glyukoza eritmasi bilan birgalikda yuborilishi ham yaxshi samara beradi. Sigetin bachadon-yo'ldosh sistemasida qon aylanishini yaxshilaydi, bachadonning qisqarish faoliyatini kuchaytiradi. SHuning uchun uni tug'ish faoliyati sust kechayotgan holatlarda buyurish tavsiya qilinadi. Tug'ish jarayoni o'ta kuchaygan va xomila muddatidan avval ko'chgan holatlarda buyurish mumkin emas.

Xomila organizmida glyukoza utilizatsiyasini (o'zlashishi) kuchaytirish uchun ona organizmida glyukozemiyaning orttirish lozim. Eng ratsional usul bo'lib glyukozaning 5-10% eritmasidan 500 ml ni 1-2 soatida vena ichiga tomiziladi. Bu usul yordamida onadagi glikemiya sathini uzoq muddat ushlab turishiga erishiladi va sut kislotasi miqdori ko'tarilishining oldini olinadi. So'nggi paytlarda onaning har kg/vazniga 0,1 ml dan kiritiladigan etimizoldan ham yaxshi samara kuzatilmokda.

Patologik metabolik atsidozda kislota-ishkor muvozanatini korrektsiya qilishda 0,3 M (molyar) TNAM (Trishydromethyly-aminomethan) eritmasi yoki 4-5% natriy gidrokarbonat eritmasidan foydalanadi. Boshqa ishkoriy eritmalaridan TNAM hujayralar membranasidan osonliqcha o'tishi va uning bufer tasiri hujayralar ichida kechishi bilan farqlanadi. U vodorod ioni kontsentratsiyasini kamaytiradi va ishqoriy rezervni ko'paytiradi; diuretik tasir ko'rsatadi va kaliy miqdorini pasaytiradi. Biroq, uning ishqorlovchi tasiri o'ta yuqori bo'lganligi tufayli qonning kislota-ishkor muvozanati ko'rsatkichlarini aniqlamay turib ishlatib bo'lmaydi. TNAMning 0,3 M eritmasining yuboriladigan miqdori: $K=V \cdot Ye \cdot x$ tana vazni (kg) formulasi bilan aniqlaniladi.

Tugʻruqxonalar amaliyotida eng makbul va havfsiz dorilardan boʻlib natriy gidrokarbonat xisoblanadi. U qondagi atsidozni pasaytiradi va NSO_3 ionlarining kiritilishi xisobiga karbonat angidrid miqdorini biroz orttiradi.

Tugʻadigan ayollarga ishqoriy eritmalarni kiritish xomiladorlik va tugʻish jarayonlari patologik kechganida va xomila qonida “patologik” metabolik atsidoz aniqlanganida buyuriladi. Natriy gidrokarbonatning 5% eritmasining yuboriladigan miqdori (ml)=(VE-10) x tana vazni (kg) : 2 formulasi yordamida xisoblab topiladi.

Kislota-ishqor muvozanatini aniqlash imkoniyati boʻlmagan taqdirda ona vazni xisobga olinadi xolos. Odatda natriy bikarbonat eritmasidan 150-200-250 ml minutiga 40-60 tomchi tezligida asta-sekin yuboriladi. Ishqoriy eritmalar kiritilganida 20-30 minut oʻtib avval ona, soʻng xomila qonida ortiqcha kislotalar miqdori 2 baravariga kamayadi, rN ortadi, SO_2 miqdori biroz koʻpayadi. Yuqoridagi dozalarda natriy gidrokarbonat yuborilganida alkaloz holati rivojlanmaydi, chunki uning 5% eritmasi ishqorlovchi tasiri 1,5-2 soat davom etadi xolos. Soʻng tugʻruq jarayonining patologik kechishi sabablari bartaraf etilmasa ham ona, ham xomila qonidagi metabolik atsidoz qaytadan rivojlanadi.

Ishqoriy eritmadan soʻng darhol glyukozaning 10% eritmasidan 100 ml yuboriladi. Zarur paytlarda 1-2 soatlardan soʻng ishkoriy eritmalarini qaytadan kiritish ham mumkin.

Kiritilgan natriy gidrokarbonat natijasida atsidoz pasayishi bilan bir qatorda ionlashgan kalsiy miqdori keskin tushib ketadi, natijada giperkaliemiya holati ham rivojlanishi mumkin. Uning oldini olish maqsadida kalsiy xlorning 10% eritmasidan 10-20 ml yuborib turish eng zarur shartlardan biri xisoblanadi.

CHaqaloqlar asfiksiyasini davolash.

Asfiksiya holatida tugʻilgan chaqaloqlarni jonlantirish gipoksiya va metabolik oʻzgarishlarni bartaraf qilish, yurak faoliyatini va gemodinamikani qayta tiklashga yoʻnaltirilgan kompleks chora-tadbirlarni oʻz ichiga oladi. Bu chora-tadbirlar oʻz vaqtida, muntazam, reja asosida va albatta, bir vaqtda oʻtkazilishi lozim. Reanimatsion chora-tadbirlarning samarasi ularning boshlangan muddati bilan

belgilanib, qancha erta boshlansa kasallikning oqibati shuncha yaxshi. CHaqaloqda mustaqil nafas faoliyatini tiklash asfiksiya holatidan chiqarishning asosiy vazifasi bo'lib xisoblanadi. Imkoni boricha zudlik bilan gipoksiya va atsidoz holatini bartaraf etish asfiksiyaning og'ir asoratlarning, bazan esa nerv xujayralari zararlanishi va miyaga qon quyilish singari qaytmas o'zgarishlarning oldini olish imkoniyatlarini beradi.

YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLARDA A-V-S- D REANIMATSIYA ASOSLARI

ABCD- reanimatsiya printsipli asfiksiyada tug‘ilgan chaqaloqlarda qo‘llaniladi.

A- airway – nafas yo‘llarini tozalash va xavo o‘tkazuvchanligini taminlashdan iborat.

B – breath – nafas yani ventilyatsiyani taminlash (suniy (IVL) yoki yordamchi (VVL) usulida)

C – cardial. Circulation – yurak faoliyatini tiklash yoki saqlash va gemodinamikani yaxshilash.

D – drags –medikament – dorivor moddalar qo‘llash

1.CHaqaloqga birlamchi yordam ko‘rsatishning asosiy printsiplari:

1.reanimatsion yordamni planli o‘tkazish

- xodimlarni tayyor turishi

- joy va narsalarni tayyorlash

- medikamentlarni tayyorlash.

2.CHaqaloqga kerakli temperatura sharoitini yaratish

3.Apgar bahosini ko‘ymay turib chaqaloqqa birinchi yordam ko‘rsatish

A (1)- etap reanimatsiya – tug‘ruq yo‘llaridan boshi ko‘rinishi bilan kateter yordamida agar xomila oldi suvlari iflos bo‘lsa, og‘iz bo‘shligini tozalash lozim, agar xomila oldi suvlari toza bo‘lsa salfetka yordamida tozalanadi. Kindikni 1 – 1,5 minutdan so‘ng kesish tavsiya etiladi. 1-etap 20-25sek davom etib, uni oxirida nafasni baholash kerak bo‘ladi. Adekvat nafas tiklangandan so‘ng, yurak urishi soni aniqlanadi va u 100 dan ortiq bo‘lishi kerak, teri qoplamlari pushti rangda bo‘ladigan bo‘lsa reanimatsion tadbirlarni to‘xtatib kuzatish kerak bo‘ladi. SHu bilan birga tug‘ruq zalida asfiksiya yeki kardiorespirator sindrom bilan tug‘ilgan chaqaloqlarga vitamin K qilinadi. Agar bola tug‘ilgandan so‘ng nafas olmaydigan bo‘lsa, yurak urishi 100 dan kam, teri qoplamlari meqoniy bilan qoplangan bo‘lsa, nafas yo‘llari va traxeya tozalanadi. Bunday bolalar tug‘ilishi bilan intubatsiya qilinadi va IVL yoki

VVL ga olinadi. Intubatsiyani albatta kindik bog'langandan so'ng, bola reanimatsion stolga olinib o'tkaziladi.

V — breathing (nafas



■ o'pkani suniy shamollatishga o'tkazish

B – etapni vazifasi tashqi nafasni tiklashdan iborat, o'pka ventilyatsiyasini tiklash, gipoksemiyani bartaraf etish, mustakil nafas bo'lmaganda o'tkaziladi.

O'pka ventilyatsiyasi maska yordamida o'tkaziladi. Optimal kislorod-havo oqimi 5-8 ml/min. tashkil qiladi.

Ko'krak qafasini ekskursiyasi alveolalar ventilyatsiyasini bildiradi. O'pkada ventilyatsiya kuzatilmasa intubatsiya qilinadi.

C — circulation (qon aylanishi)



qon aylanishi tiklash, yani. Yurakni yopiq massjini o'tkazish

C – bosqich - gemodinamik va metabolik buzilishlarni bartaraf qilishdan iborat. Agar yurak urish soni 60 dan kam bo'lsa 100% kislorod maska orqali berilib, yurak massaj qilinadi. Agar 30 sek. davomida natija bo'lmasa intubatsiya kilinib IVL apparatiga ulanadi. To'g'ridan-to'g'ri massaj qilishda to'shning 1/3 qismi ikkala barmoq bilan eziladi 3:1 nisbatda 90 sek davomida. Xanjarsimon o'sikni ustida emas, chunki jigar yorilishi mumkin. Mustakil yurak urishi 80 dan ortik bo'lsa massaj to'xtatiladi.

D– Agar 30 sek davomida natija bo'lmasa yurak faoliyatini tiklash uchun 0,01% adrenalin 0,1ml/kg (0,01-0,03mg/kg) endotroxeal yoki t/i yuboriladi. Adrenalin teng miqdorda fiziologik eritmada eritilib so'ngra junatiladi, yuborishni 5 minutdan so'ng kaytarish mumkin 3 martagacha. O'SV va massaj davom ettiriladi. Adrenalin beta-adrenomimetik bo'lib, tomirlar vazokonstriksiyasi xisobiga miya va yurakning qon bilan taminlanishini , yurak faoliyatini yaxshilaydi.

Soda – bikarbonat natriya, atsidozni bartaraf etish maqsadida, 4% li eritma – 1,0-2,0 ml/kg vena ichiga yuboriladi.

Fiziologik yoki Ringer eritmasi – gipovolemiyani bartaraf qilish uchun 10ml/ kg ga vena ichiga yuboriladi.

Nalokson – narkotik analgetiklar antagonistq bo‘lib, nafas markazini qitiqlaydi. Ampulada 1,0 mlda 1,0 mg – 0,1 mg/kg yani 0,1 ml/kg v/ichiga, mushak orasiga, endotraxealno yoki teri ostiga qilish mumkin.

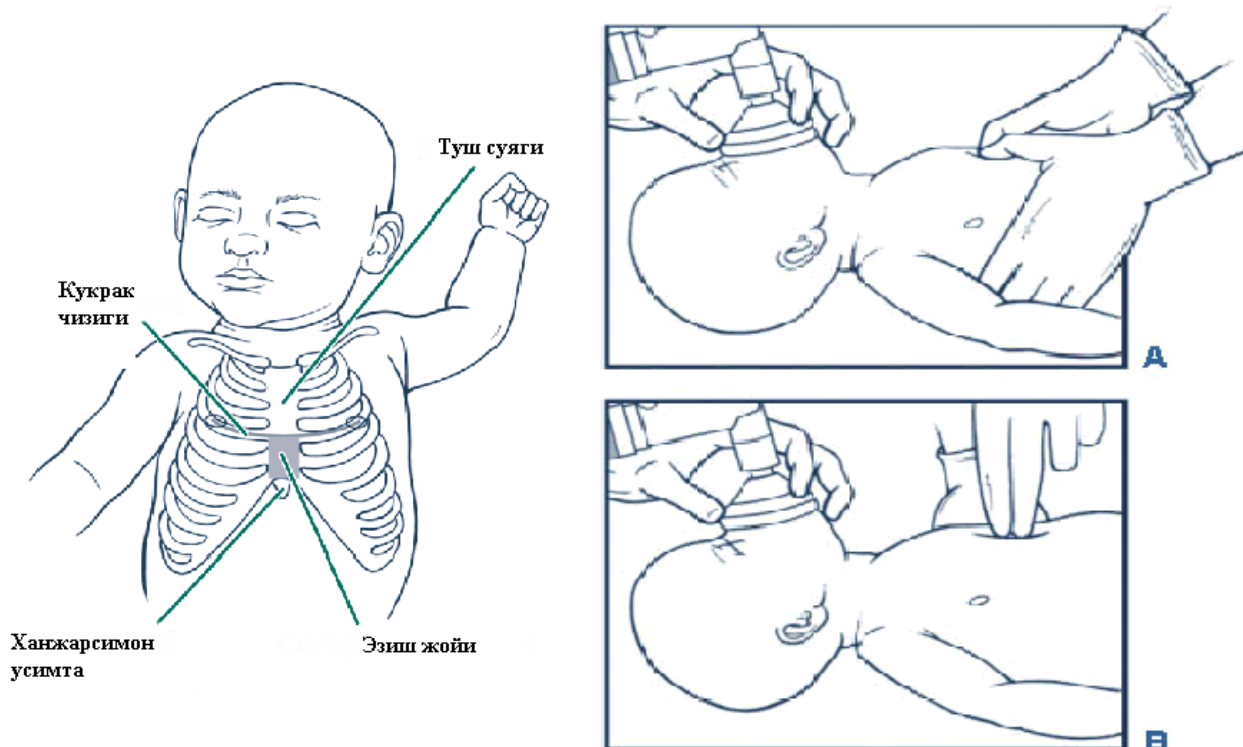
YURAKNING BILVOSITA MASSAJI VA SUNIY NAFAS TEXNIKASI.

Maqsad: Yurakning bilvosita massaji va suniy nafas yurak urishi va nafas olishi to‘xtab kolganda (chaqaloqlar asfiksiyasida, neyrotoksikoz holatlarida va boshka reanimatsion holatlarda) yurak va nafas faoliyatini tezkor tiklash maksadida o‘tkaziladi.

Bajarilishi: Bolani qattiq joyga yoki qattiq matrasga yotqiziladi. Muolaja yordamchi vrach yoki hamshira bilan birgalikda bajariladi, biri yurakni massaj qiladi, ikkinchisi suniy nafas beradi.

Katta yoshdagi bolalarda esa ko‘krak qafasini pastki 1/3 qismiga o‘rta chizik bo‘ylab qo‘lni kafti bilan qo‘yiladi. Ikkinchi qo‘l kafti esa birinchi qo‘lni ustiga qo‘yiladi.

Rasm 3. Yurakning bilvosita massaj nuqtasi va qilish usullari.



So'ng ritmik ravishda ko'krak qafasining yurak sohasi 4-5 sm chuqurlikda eziladi. Massaj 1 daqiqada 70-90 marta bajarilishi kerak. Qovurg'alar sinmasligi uchun ko'krak qafasini yonboshini, xanjarsimon o'sig'ini ezib bo'lmaydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak massaji ko'rsatkich va o'rta barmoqlar bilan ezish orqali amalga oshiriladi. Ezish ko'krak qafasini xanjarsimon o'simtaning yuqori chekkasi sohasida ritmik ravishda 1,5-2 sm chuqurlikda 1 daqiqada 100-120 marta o'tkaziladi.

Yana bir usulda ko'krak qafasi kaft orasiga olinib - 2-5 barmoqlar ko'krak qafasi tagida joylashadi va bosh barmoq bilan yurak sohasi eziladi. Yurakning bilvosita massaji suniy nafas berish bilan birgalikda amalga oshiriladi. Ikkinchi vrach har 4 marta yurak ezishiga bitta nafas beradi ("og'iz-og'iz" ga, "og'iz-burunga", Ambu qopchasi, kislorod yostiqchasidan yoki boshka usulda).

CHaqaloqqa suniy nafas berish "og'iz-og'iz" ga, "og'iz-burunga", Ambu kopchasi, kislorod yostikchasidan yoki boshka usulda amalga oshiriladi. Yengil asfiksiyalarda chaqaloq tug'ilgan zaxoti dumba sohasiga urib yuborish, yoki yuziga suv sepib yuborilsa chaqaloq nafas olib yuborib, nafasi meerlashadi. Ayrim xollarda "og'iz-og'iz" ga, "og'iz-burunga" usulida puflab yuborilsa yaxshi natija berishi ham mumkin.

Agar chaqaloq nafas olish soni 1 min da 20 tadan kam bo'lsa, yoki nafas olmasa, yoki perioral va umumiy tsianoz kuzatilsa, to'sh suyagining ichiga tortilishi, nafas olishda granting (yani xirillab nafas olish) kuzatilsa chaqaloqqa suniy nafas berish muolajasi Ambu kopchasi, kislorod yostikchasidan yoki boshqa o'tkaziladi. Buning uchun chaqaloqni yo'rgakka o'rab isitiladigan stol ustiga chalqancha yotkiziladi. Nafas yo'llarini ochish uchun boshini biroz orqaga qilib, yelkasini tagiga yumshoq yostiqcha qo'yiladi (shunday holatda nafas olish yo'llari ochiladi). Og'iz bo'shligida shilliq bo'lsa uni balonchik yordamida so'rib tashlanadi, so'ng burundan ham so'rib tashlanadi. Og'iz va burunni berkitgan xolda respirator maska o'rnatiladi (muddatida tug'ilgan chaqaloqlar uchun 1-chi o'lchamda, chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun O-

o'lchamda). Respitator maska burun-og'iz uchburchagini maxkam berkitib turishi lozim. Va shundan so'ng qopcha eziladi. Kopchani ezganda qo'lingizga yetarli qarshilik bo'lsa, biling-ki davlenie yetarli. Minutda 40 marta ezish kerak. SHu davrda ko'krak qafasi ekskursiyasini kuzatib boramiz. Suniy nafas to'g'ri olib borilganda ko'krak qafasi ekskursiyasi kuzatiladi. Bir necha dakikadan so'ng to'xtatib kuzatamiz. CHaqaloq mustakil nafas olishni boshlasa suniy nafas berishni to'xtatish mumkin. Agar nafas tiklanmasa suniy nafas muolajasini davom ettiramiz. Og'ir xollarda suniy nafas traxeya intubatsiyasini o'tkazib suniy nafas ventilyatsiyasi apparatiga ulanadi.

Agar bolada bradikardiya, aritmiya yoki yurakning to'xtab qolishi singari holatlari kuzatilsa, IVL bilan bir qatorda yurakni tashqaridan massaj qilish muolajalari ham olib boriladi.

O'tkazilgan muolajalardan samara olinmaganida vena ichiga yoki to'g'ridan-to'g'ri yurak bo'shlig'iga adrenalin gidroksloridning 0,01% eritmasidan 0,2 ml kiritiladi. Zarur bo'lgan xollarda (gipotoniya, bo'shshganlik, teri rangining oqligi) bolaning har kg vazniga 1-2 mg xisobidan prednizolon yoki 2-3 mg/kg dan gidrokortizon kiritilishi ham mumkin. SHuningdek, 0,3 ml dan kordiamin yoki 7,5% - 0,2 ml etimizol singari nafas analeptiklarini teri ostiga kiritish tavsiya etiladi.

MNS analeptiklaridan kofein – benzonatning 10 mg, strixinin-nitratning 0.05 mg, pikrotoksinning 0,05 mg, 1 ml suvda eritilgan aralashmasini qo'llash chaqaloqlar asfiksiyasida yaxshi samara beradi. Bu aralashma nafas va qontomirlar markazini qo'zg'atadi, ularning so'ngan faoliyatini qayta tiklaydi, shuningdek boshva orqa miyaning so'ngan reflektor faoliyatini ham jonlantiradi. Analeptik aralashma 0,5-1,0 ml 20% glyukoza eritmasi bilan kindik venasiga kiritiladi. 3-5 minutdan keyin muolaja yana qaytarilishi ham mumkin. Talvasa va bezovtalik vaqtida qo'llanilmaydi.

Nafas olish va yurak faoliyatini tiklashga qaratilgan choralar bilan bir paytda chaqaloq organizmida atsidoz tufayli izdan chiqqan bioximik va gemodinamik muvozanatni korrektsiya qilishga yo'naltirilgan tadbirlar ham o'tkaziladi.

Asfiksiya holatida tugʻilgan chaqaloqdagi patologik atsidozni bartaraf qilish ishkoriy eritmalar va glyukoza kiritish yoʻli bilan amalga oshiriladi. SHuningdek bu dorilar qon bosimini koʻtarishga ham yordam beradi. Bunday eritmalarini kiritish tugʻilgandan keyingi dastlabki 5 minutida kislorodning istemol qilinishini yaxshilaydi, mustaqil nafas faoliyatini tiklash uchun ketadigan vaqt davomiyligini qisqartiradi.

Agar bola ogʻir asfiksiya holatida (Apgar shkalasi boʻyicha 4 ball yoki undan kam) tugʻilgan, hamda vazni 3000 g gacha boʻlsa, 5 % natriy gidrokarbonat eritmasidan 15 ml talab qilinadi. Vazni 3000-4000 g boʻlsa-20 ml; 4000 dan ortiq holatlarda –25ml ni tashkil etadi. Agar bola asfiksiyaning yengil va oʻrtacha ogʻir (5-7 ball) holatida tugʻilgan boʻlsa, ishqoriy eritma miqdori 3000 g gacha boʻlganlarga 10 ml; 3000-4000 g-15 va 4000 dan yuqorilarga-20 ml dan qilib belgilanadi.

Ishqoriy eritma kindik venasiga asta-sekinlik bilan yuboriladi. Soʻng organizmning energiyaga boʻlgan ehtiyojini qoplash, elektrolitlar muvozanatini tiklash va gipoglikemiyaga qarshi kurash maqsadida oʻsha igna orqali glyukozaning 10% eritmasidan 10 ml kiritib qoʻyiladi.

Ishqoriy eritma yuborilgach, bola organizmida ionlashgan kalsiy miqdori kamayib, mavjud giperkaliemiya belgilari yuzaga chiqishi mumkin. SHuning uchun 3-5 minut oʻtib, alohida shpritsda (!) kalsiy glyukanatning 10% eritmasidan 3 ml yuboriladi. Kiritilgan kalsiy preparati kaliy antagonisti sifatida giperkaliemiyaning vegetativ asab sistemasi va mio-kardga koʻrsatadigan salbiy tasirlarini kamaytiradi. SHuningdek, kalsiy glyukonatlarni kiritish kaliy ionlarining hujayralar boʻshligʻiga qaytib oʻtishiga ham yordam beradi.

Asfiksiyaning yengil shakllarida infuzion terapiya ishqoriy eritma yoki glyukoza yuborish bilan cheklanadi. Natriy gidrokarbonatning 5% eritmasining yuqoridagi dozalari gipernatriemiyaga olib kelmaydi. Kokarboksilaza, 20% GOMK, infezol va reopoliglyukin singari dorilar qoʻllanilganida soda eritmasining dozasi 50% ga kamaytiriladi. Ogʻir asfiksiyalarda infuzion terapiya kindik venasiga

o'rnatilgan kateter orqali minutiga 7-8 tomchi tezligida tomchilatish yo'li orqali o'tkaziladi.

Natriy oksibutiratning 20% eritmasi 100-150 mg/kg xisobidan kiritiladi. Uning tasiri anoksiya sharoitida miya "yashovchanligini" orttirish, kislota-ishkor muvozanatini va gemodinamika ko'rsatkichlarini normallashtirish hamda MNS qo'zg'aluvchanligini pasaytirish sifatida namoyon bo'ladi.

Miya shishiga qarshi kurashda qonning osmotik bosimini kamaytaruvchi, miya va boshqa to'qimalardagi suyuqlikning qonga o'tishini taminlovchi gipertonik eritmalardan foydalaniladi. Gipertonik eritmalar tasirida miyaichi bosimining pasayishi miyada qon aylanishining yaxshilanishiga, va natijada, miya faoliyatining tiklanishiga olib keladi. SHuni unutmash kerakki, keng qo'llaniladigan glyukozaning gipertonik eritmasi fakat 14% xollardagina miyaichi bosimini qisqa muddat (35-40 min) davomida pasaytira oladi xolos. SHuning uchun glyukoza eritmasi uning shishga qarshi tasirini kuchaytiruvchi plazma bilan birgalikda qo'llanilishi maqsadga muvofik deb xisoblanadi.

Hujayralar gipergidratatsiyasini kamaytirish maqsadida 10 ml fiziologik eritma yoki 5% glyukoza bilan birgalikda bolaning xar kg vazniga 0,5-1,0 g quruq modda xisobidan mannitol singari osmodiuretiklar kiritiladi. Mannitolning boshqa osmodiuretiklardan afzalligi uning toksik tasiri minimalligi tufayli jigar va buyrak zararlanishlarida ham bemalol qo'llash mumkinligidan iborat.

Bosh miyaning postgipoksik shishini kamaytirishda osmodiuretiklar bilan birgalikda albumin, plazma hamda infezol va reopoliglyukin singari molekulyar og'irligi kam bo'lgan qon o'rnini bosuvchi preparatlardan ham foydalaniladi.

Qon yopishqoqligining pasaytirilishi fonida uning osmolyar va kolloid-osmolyar xossalarning turg'un ko'tarilishi bilan quyimolekulyar dekstranlar agglyutinatsion effektini ham bartaraf etadilar hamda qon aylanishini mikrotsirkulyar sohasigacha yaxshilaydilar. Infezol va reopoliglyukinlar ekstratsellyular bo'shliqdagi suyuqliklarni qon tomiri bo'shlig'iga o'tkaza olish xususiyatlari bilan qonning suyulishi (gemodilyutsiya fenomeni) ga sabab bo'ladi. Ular buyraklarning filtratsion

xossalarini yaxshilab, diurezni kuchaytiradi. Ularning kunlik optimal dozalari bolaning har kg vazniga 10-15 ml ni tashkil etadi.

Apgar shkalasi bo'yicha 1-2 balli asfiksiyaning eng og'ir shakllarida adrenal gidrokloridning 0.01% eritmasidan 0,2 ml vena ichiga kiritiladi.

CHaqaloq vazniga qarab kiritilayotgan suyuqliklarning kunlik miqdori 90-140 ml dan ortmasligi lozim. Bu miqdor bolaning suyuqliklarga bo'lgan kunlik ehtiyoji, diurez va ekstrarenal suyuqlik yo'qotilishi hajmiga to'g'ri keladi. CHaqaloq dastlabki kunlari mobaynida teri va o'pkalar orqali 100 ml; ichaklardan 20-25 ml va siydik orqali 10-80 ml ga yaqin suyuqlik yo'qotadi.

Infuzion terapiya o'tkazilgan bemorlarning barchasiga saluretiklar buyurilishi lozim. Ularning orasida eng kuchli diuretik tasirga egalardan biri bo'lib laziks xisoblanadi. U bolaning har kg vazniga 1-3 mg xisobidan muskul orasiga yoki vena ichiga kiritilishi mumkin. Infuzion terapiya yordamida bolaning asfiksiya holatidan tezroq chiqishiga va ko'plab asoratlarning oldini olishga erishiladi.

Miyada qon aylanishining buzilishi, miya shishi va miyaga qon quyilishi singari tug'ish paytidagi miyaichi shikastlanishlari belgilari paydo bo'lganida kranio-tserebral gipotermiya o'tkaziladi.

Yuqorida bayon qilingan reanimatsion chora-tadbirlarni umumlashtirgan xolda asfiksiya bilan tug'ilgan bolalarga quyidagi chora - tadbirlarni o'tkazish sxemasiga rioya qilish talab qilinadi.

I. Apgar shkalasi bo'yicha 5-7 ball bo'lgan asfiksiyaning yengil va o'rtacha og'ir shakllarida o'tkaziladigan terapevtik choralar:

1) bola boshining chiqishi yoki tug'ilishi bilanoq yuqori nafas yo'llarini shilliqdan tozalash;

2) bolani isitish (quruq issiq);

3) maska yordamida IVL o'tkazish; etimizolning 1,5% li eritmasidan 0,2, kordiamin-0,3 singari nafas analeptiklarini yuborish;

4) hali kesilmagan kindik venasiga chaqaloqning vazniga qarab, 10 ml 20% glyukoza bilan birgalikda 5% natriy gidrokarbonat eritmasi yuborish;

5) kindik pulsatsiyasi to'xtagunga qadar kesilmay turadi;

II. Apgar shkalasi bo'yicha 4 ball va undan past bo'lgan asfiksiyaning og'ir shakllarida:

1) bola tug'ilishi bilan oq nafas yo'llaridan shilliqni tozalab tashlash

2) kindik kesilgach, intubatsiya qilinib traxeya shillikdan tozalanishi va havo bilan kislorod nisbati 1:1 bo'lgan xolda IVL o'tkazish;

3) zarur bo'lganda (bradikardiya, aritmiya, yurak to'xtab qolganida) – yurakning tashqi massaji va samara olinmagan xollarda 0,01% adrenalindan 0,2 ml yurak bo'shlig'iga kiritiladi;

4) IVL bilan bir paytda kindik venasiga 5% soda eritmasi bolaning vazniga va xomiladorlik qanday kechganligiga qarab yuboriladi va shu igna yordamida yana 20% glyukozadan 8-10 ml, 8-10 mg/kg xisobidan kokarboksilaza va 10% kalsiy glyukonatdan 3,0 kiritiladi;

5) kindik venasiga o'rnatilgan doimiy kateter orqali 10 ml/kg xisobidan reopoliglyukin yoki quruq plazma, 0.5 g/kg xisobidan mannitol singari osmodiuretiklar 50 ml 20% glyukoza va har 3-4 gramm quruq glyukozaga 1ED xisobidan insulin bilan birgalikda kiritish;

6) gipotoniyalarda 1-2 mg/kg xisobidan prednizolon;

7) mustaqil nafas faoliyati kechikayotgan xollarda 2,4% eufillindan 0,2 ml muskul orasiga kiritilishi;

8) yuqorida o'tkazilgan chora-tadbirlardan samara olinmaganida hamda tug'ish paytidagi miyaichi shikastlanishlariga gumon qilinganida dastlab 20% natriy oksibutirat 100-150 mg/kg xisobidan va 0,25-0,5 mg/kg xisobidan droperidol eritmasi kiritilgach 1,5-2 soat maboynida KTSG o'tkazish;

9) bola jonlantirilib, ekstubatsiya qilingach intensiv davolash palatasiga ko'chiriladi.

**YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR ANEMIIYASI. MUDDATIGA
YETIB VA MUDDATIGA YETMAY TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR
ANEMIIYASI. KLASSIFIKATSIYASI. ETIOPATOGENEZI, KLINIKASI,
DAVOLASHI. ANEMIIYANI ANTENATAL VA POSTNATAL
PROFILAKTIKASI.**

Anemiya (kam qonlik) – eritrotsitlar miqdori yoki normaga nisbatan qon hajm birligida gemoglobin 2 standart yo‘nalishidan kamayib ketishiga aytiladi. CHaqaloqlar hayotining birinchi haftalarida gemoglobin miqdori arterial kapillyar qonida 140 g/l dan past, eritrotsitlar soni $4,5 \times 10^{12/l}$, gematokrit ko‘rsatkichi 0,38 l/l dan kam bo‘lganda anemiya deb aytiladi. Xuddi shu ko‘rsatkichlar chaqaloq hayotining 2 - haftasida o‘zgarmaydi, 3 haftasida gemoglobin miqdori 120 g/l, eritrotsitlar soni $4,0 \times 10^{12/l}$ dan pasayganda anemiya deb diagnoz qo‘yiladi.

CHaqaloqlar anemiyasini kelib chiqishi xuddi katta bolalar singari quyidagilarga bo‘linadi:

I. Qon yo‘qotishlar natijasidan kelib chiqqan anemiyalar (postgemorragik anemiyalar)

omillar	Ona tomondan	Bolada gematologik anemiya belgilari
Infektsiya	Sitomegaliya Toksiplazmoz Sifilis Qizilcha Koksaki V-infektsiya Oddiy herpes Bezgak Parvovirus infeksiyasi	Sarg‘ayma, gemolitik anemiya, trombositopeniya, leykopeniya Xomila vodyankasi, anemiya
Kasalliklar	Qizil volchanka Limfogranulematoz Leykoz, qandli diabet Gipertoniya	Trombositopeniya, leykopeniya, LE-omilli anemiya Go‘dakli paytidagi Limfogranulematoz (kam uchraydi) Go‘dak yoshidagi leykoz (kam uchraydi) politsitemiya, sarg‘ayma, qon tarkibidagi HbA1chbFmiqdori kutariladi Neropeniya Trombositopeniya Gemolitcheskaya anemiya, trombositopeniya

	Tireotoksikoz Bolezni Verlgofa Autoimmun gemolitik anemiya Eklampsiya	Trombotsitopeniya, qonning tomirlar ichida ivishi DVS sindromi
Bola antigeniga sensibilizatsiyasi	Eritrotsitlar Leykotsitlar Trombotsitlar	Gemolitik anemiya Leykopeniya Trombotsitopeniya
Dorilar, toksik moddalar	Tiazidjar Gidrolazin Xinin Kuyaga qarshi preparatlar, sulfanilamidlar, bezgakga qarshi vositalar, nitrofuranelar, Dikumarol Gidantoinlar-barbituratlar Atsetilsalitsil kislotalar Penitsillin	Trombotsitopeniya, leykopeniya, gemolitik anemiya Trombotsitopeniya, leykopeniya, Trombotsitopeniya Gemolitik anemiya Gemorragiyalar Gemorragiyalar Gemorragiyalar, qon oqish vaqtining uzayishi, trombotsitopatiyalar Kumbs-musbat gemolitik anemiya Metgemoglobinemiya Sarg'aymalar, eritrotsitlarning osmotik turg'unligining ortishi Trombotsitoz

1. Eritrotsitlar parchalanishining ortishi (gemolitik anemiya).
2. Gemoglobin yoki eritrotsitlar mahsulotining buzilishi (gipoplastik va defitsit anemiyalar).

CHaqaloqlarda anemiya holati gemoglobin miqdori 150g/l dan, eritrotsitlar miqdori $4,5 \times 10^{12/l}$ dan kam bo'lgan xollarda qo'yiladi. CHaqaloqlar anemiyalarining rivojlanishi o'tkir yoki surunkali qon ketishlari, eritrotsitlarni gemolizga uchrashi sababli katta miqdorda qon quyilishlar va boshqa sabablar tufayli rivojlanishi mumkin. CHaqaloqlarda va ayniqsa chala tug'ilgan chaqaloqlarda rivojlanadigan erta neonatal anemiyalar neonatal davrdagi turli patologik holatlarni kechishini og'irlashtiradi. Oy kuni yetib va chala tug'ilgan chaqaloqlarda rivojlangan postgemorragik anemiyalardan shok holati rivojlanishi mumkin va bu o'z navbatida og'ir asoratlarga olib kelib, bazida o'limga ham sabab bo'lishi mumkin. SHuning

uchun talabalar anemiyalarni turlarini, kelib chiqish sabalarini, klinik simptomatikasini, diagnostikasi, davolash va oldini olish qanchalik muxim ekanligini isbotidir.

CHaqaloqlar anemiyalari. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda birinchi kunlari anemiya holati gemoglobin miqdori 180g/l dan, eritrotsitlar miqdori $5,5 \times 10^{12/l}$ dan past boʻlgan xollarda qoʻyiladi.

CHaqaloqlar anemiyalarining quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1. Tugʻruq paytidagi anemiya
2. Neonatal davrning erta anemiyasi
1. Neonatal davrning kechki anemiyasi

CHaqaloqlar anemiyalarining rivojlanish sabablariga koʻra quyidagi turlari tafovut qilinadi:

1. turli oʻtkir va surunkali qon ketishlar oqibatida rivojlanadigan anemiyalar
 2. eritrotsitlarni tez parchalanishi oqibatida rivojlanadigan anemiyalar (gemolitik anemiyalar)
 - a. irsiy mikrosferotsitar anemiya (Minkovskiy -SHoffar kasalligi)
 - b. irsiy nishonsimon hujayrali anemiya (Kuli anemiyasi, talassemiya)
 - v. oʻroqsimon hujayrali anemiya va boshqalar.
 - g. toksik gemolitik anemiyalar
 - d. immun reaksiyalar oqibatida rivojlangan anemiyalar
 3. Gemoglobin sintezini va eritropoez pasayishi oqibatida rivojlangan anemiyalar
 2. Irsiy gipoplastik va aplastik anemiyalar
- Tugʻish paytidagi anemiyalar asosan qon yoʻqotish va gemoliz natijasida rivojlanadi. Qon ketish sabablari: prenatal: transplatsentar, intraplaysentar, retroplatsentar va intranatal boʻlishi mumkin.
- Transplatsentar qon yoʻqotish sabablari:
- a) xomila –ona transfuziyasi
 - b) feto-fetal transfuziya

Intraplatsentar va retroplatsentar qon ketish yo'ldosh gematomalarida, yoki uni erta ko'chishida, yo'ldoshni noto'g'ri joylashishida, anomal tomirlar yorilishida yani bo'lakli yo'ldoshda hamda jarroxlik muolajalari vaqtida rivojlanishi mumkin.

Intraplatsentar qon ketish – akusherlik yordam paytida shikastlansa, yo'ldosh va kindik o'qi anomaliyalarida, kindik o'qi kalta bo'lsa (10-15 sm), kindik anevrizmalarida, akusherlik qisqichlaridan foydalanilganda, katta jaroxatlardan qon ketganida, yo'ldosh va kindikni kesar kesish vaqtida shikastlanishlarida rivojlanishi mumkin.

Erta neonatal davr anemiyalariga quyidagilar ham sabab bo'lishi mumkin:

chaqaloqlar anemiyalarining rivojlanishi o'tkir yoki surunkali qon ketishlari, eritrotsitlarni gemolizga uchrashi sababli, katta miqdorda qon quyilishlar va boshqa sabablar tufayli rivojlanishi mumkin;

eritrotsitlarning tez parchalanishi, chaqaloqlik davrning o'ziga xos xususiyati bo'lib xisoblanib, turli omillar tasirida bu holat kuchayib ketishi mumkin. Fetal eritrotsitlarda metabolik siljishlar o'zgaruvchan bo'ladi, bu o'z navbatida membrana rigidligini oshiradi, ularning o'tkazuvchanligi kamayadi va kapillyarlardan o'tayotib shikastlanadi. SHikastlangan eritrotsitlar taloqda va boshqa organlarda parchalanadi. Ayrim eritrotsitlar qon tomirlari bo'shlig'idayoq parchalanishi mumkin.

Eritrotsitar tizimining morfofunktsional xususiyati chaqaloqlarda gipoksiya, atsidoz, gipoglikemiya, infeksiya va h.k. gemolitik holatlarga sabab bo'ladi.

Barcha gemolitik holatlar uchun quyidagi gemotologik ko'rsatkichlar xos: gemoglobinemiya (Nv 150 g/l dan kam) eritropeniya, retikulotsitoz (70%₀ dan ortiq), bilirubinemiya (103-107 mmol/l dan yuqori).

Chaqaloqlar anemiyalarining rivojlanishi o'tkir yoki surunkali qon ketishlari, eritrotsitlarni gemolizga uchrashi sababli, katta miqdorda qon quyilishlar va boshqa sabablar tufayli rivojlanishi mumkin. CHaqaloqlarda va ayniqsa chala tug'ilgan chaqaloqlarda rivojlanadigan erta neonatal anemiyalar neonatal davrdagi turli patologik holatlarni kechishini og'irlashtiradi.

Chaqaloqlar gemorragik kasalligi

Chaqaloqlarda qon ivishining 13 omilining kontsentratsiyalari kattaroq bolalarga nisbatan 30-50% gacha past bo‘ladi. SHunga binoan chaqaloqlarda gemostaz muvozanati juda osanlik bilan izdan chiqishi mumkin. Bunday holatlar ayniqsa chala tug‘ilgan chaqaloqlarda, asfiksiyalarda, atsidozlarda, gipotermiyalarda, degidratatsiyalarda va turli infeksiyalarda ko‘proq kuzatiladi.

Qon ivishi jarayoni murakkab biologik protsess bo‘lib, bunda qon zardobida, qonning shaklli elementlarida, ayniqsa trombotsitlarda va to‘qimalarda bo‘ladigan ko‘plab omillar ishtirok etadi.

CHaqaloqlarning gemorragik kasalligi – melena (melena neonatorum) turli etiologiya va patogenezlarga ega bo‘lgan kasalliklar guruxiga kiritilib, uning asosiy belgisi bo‘lib qonketishlar xisoblanadi.

Chaqaloqlardagi gemorragik simptomlar klassifikatsiyasi.

1. K vitaminiga bog‘liq bo‘lgan chaqaloqlar gemorragik kasalligi.

Sutli taomlarning kechroq berila boshlaganligi tufayli kelib chiqadigan K vitamiga bog‘liq omillar tanqisligi oqibatidagi protrombin aktivligining pasayishi.

2. Toksikozlar, gipoksiyalar, chala tug‘ilganlik, sepsis, gipotermiyalar, atsidoz tufayli kelib chiqqan, keng tarqalgan qon-tomiri koagulyatsiyasi (trombogemorrogik sindrom) oqibatidagi sarf bo‘lish sindromi.

3. Trombotsitoliz yuqori bo‘lganligi natijasidagi – sarf bo‘lish koagulopatiyasi, immun mexanizm, Viskott-Oldrich sindromi, Kazabax-Merrit sindromlari tufayli kelib chiqqan trombotsitopeniyalar.

4. Qonivishi faktorlarining defitsiti oqibatidagi kasalliklar: A, V, S, D gemofiliyalar, gipofibrinogenemiya, paragemofiliyalar va x.k.

5. K vitaminiga bog‘liq (II,VII, IX va X faktorlar) yetishmovchiligi oqibatida rivojlangan chaqaloqlar gemorragik kasalligi.

Odatda K vitamini jigarda II,VII, IX, Xqonivish omillari sintezini kuchaytiradi. Xomiladorlik davrida xomila organizmiga onadan juda kam

mikdorda K vitamini o'tadi. Malum bo'lishicha K vitamini yo'ldosh orqali ham kam o'tadi. SHuning uchun ham K vitaminining kindik qonidagi mikdori ona qonidagiga nisbatan ancha kam.

Inson organizmiga K vitamini o'simlik mahsulotlari orqali tushadi. K vitaminiga bo'lgan kunlik minimal extiyoj 2 mg/kg atrofida. Kattalar ichagi orqali umuman so'rilmasligi bilan bir qatorda, chaqaloqlar ichagida yaxshi so'riladi. K vitamini ichakda ichak florasida ishtirokida ishlab chiqiladi. CHaqaloqlar ichagi steril bo'lganligi tufayli K vitaminining asosiy manbai bo'lib oziq-ovqat xisoblanadi. 100 ml ko'krak sutida 1,5 mg K vitamini bo'ladi xolos. Sigir sutining 100 ml esa, 6 mg gacha saqlaydi. Demak, chaqaloq ona suti bilan K vitaminini kam mikdorda qabul qilganligi uchun hayotining 3-5 kunlari ekzogen gipovitaminoz rivojlanadi. Ichaklarga bakteriyalar o'rnashib, K vitamini ishlab chiqara boshlagach ona suti bilan birgalikda tushgan K vitamini jamlanib, bolaning kunlik extiyojini qoplay boshlaydi. Ona suti bilan boqilgan bolalarda suniy usulda boqilgan bolalarga nisbatan gemorragik kasallik ko'proq uchraydi.

Odatda gemorragik kasallik belgilari bola hayotining 2-kunidan keyin rivojlanadi. Teri va shilliq qavatlariga petexiyalar va ekximozlar ko'rinishidagi qon quyilishlar bilan bir qatorda qon ketishlar kuzatiladi. Ayniqsa oshqozon – ichaklardan, kindik yarasidan qon ketishlar va miyaga qon quyilishlar havfli bo'lib xisoblanadi.

Oshqozon-ichaklardan qon ketganida bolaning axlati qon aralash, qoramoyssimon ko'rinishda bo'lib, toza qon bilan, yoki kofe quyqasini eslatuvchi modda bilan qusishi mumkin – melena (melena neonatorum).

Oshqozon-ichaklardan qon ketishi oqibatidagi chin melena (melena vera) bilan qon yutib yuborishi oqibatidagi qon aralash qusish va ich kelish) sohta melena (melena spuriya) ni adashtirib yubormaslik zarur.

Agar oshqozon va ichaklardan qon ketish ikkilamchi belgi bo'lib, sepsis, tug'ma sifilis, gemofiliya, invaginatsiya va x.k.lar oqibatida rivojlangan bo'lsa unda simptomatik melena (melena simtomatica) deb ataladi.

CHin melena yaxshi sifatli-engil yoki yomon sifatli - og'ir shakllarda kechishi mumkin. Yaxshi sifatli kechishida faqat 1-3 kun davom etadi. Qon yo'qotish unchalik ko'p bo'lmaydi. Bolaning umumiy ahvoli kam o'zgaradi. Anemiya sezilarli darajada bo'lmaydi. Qon ketish ko'rsatkichlari va trombotsitlar soni normada, kasallik oqibati nisbatan yaxshi. Yomon sifatli melenada qon ketish kuchli bo'lib, anusdan tinimsiz qon oqib turadi. Qon aralash to'xtovsiz qusadi. Qon ivish vaqti sezilarli cho'zilgan bo'lib, trombotsitlar soni kamaygan. Umumiy ahvoli og'ir, anemiya sezilarli darajada. Prognoz doimo jiddiy bo'ladi.

CHin va soxta melenani bir-biridan farq qilishda fetal gemoglobinning ishqorlar tasiriga chidamliligi sinamasiga asosan o'tkaziladi. Malumki, ona organizmida HbA, chaqaloq eritrotsitlarida esa, gemoglobin HbFbo'ladi. Ularni farqlashda Apt sinamasidan foydalanadi. Bunda 1% natriy ishqori eritmasi qo'llaniladi. Qonaralashgan qusuq moddasi yoki axlat pushti rangdagi eritma xosil bo'lgunga qadar yuviladi. TSentrofuga qilinib, cho'kma ustidagi suyuqlikdan 5 ml olinadi va unga 1 ml 1% natriy ishqori eritmasi quyiladi. Eritma rangining sariq yoki to'q jigarranga kirishi qonda gemoglobin A, yani ona qoni borligidan darak beradi; eritma rangining o'zgarmay qolishi gemoglobin F - bola qoni ekanligidan dalolat beradi.

Simptomatik melena chin melenadan gemorragik sindromning kechroq, yani asosiy kasallik fonida rivojlanishi bilan farq qiladi.

Tug'ma gepatit, o't quyulishi sindromi, o't yo'llari atreziyasi, g'i gepatit singari jigar zararlanishlarida ham qonivish jarayoni 2 -bosqichi bo'zilishida qonketishlar rivojlanishi mumkin. Bunda K gipovitaminozi hamda jigar parenximasi zararlanishlari farqlanishi kerak. Bunda K vitamini yuklamasi (10 mg) dan keyin trombin vaqti dinamikasi ko'zatiladi. Agar 24 soat maboynida

trombin vaqti ko'rsatkichi normaga kelmasa, gepatotsitning og'ir zararlanishi belgisi deb xisoblanadi. Agar K avitaminozi yoki gipovitaminozi bo'lsa trombin vaqti ko'rsatkichi ortadi.

Chaqaloqlar gemorragik kasalligi shakllari.

Sarf bo'lish gemorragik sindromi. Trombogemorragik sindrom, qon-tomiri bo'shlig'ida qonivishi sindromi va ularning oqibatidan chiqkan qonivishi omillari defitsiti-sarf bo'lish sindromini ko'pchilik holatlarida chaqaloqlarda kasalliklar sababchisi deb xisoblab kelinadi.

M.S Machabeli trombogemorragik sindromning 4 bosqichini tafovut qiladi:

I bosqichi – qisqa muddatli, ko'p mikkorda xosil bo'lgan tromboplastin oqibatidagi giperkoagulyatsiya bosqichi; bu davrda qonivish vaqti plazma rekaltsifikatsiyasi vaqti tromboplastin generatsiyasi sinamasi qisqargan bo'ladi. Trombotsitlar adgeziyasi va protrombin sarfi kuchaygan.

II. bosqichda koagulyatsiyaning I va III fazalari o'rtasida o'zgarishlar kuzatiladi. Tromboplastin xosil bo'lishi tezlashadi. Fibrinogen mikdori kamayadi (farqlovchi belgi). Fibrinogen qanchalik ko'p sarf bo'lsa, uning qondagi mikdori shunchalik kamayadi.

IIIbosqich - afibrinogenemiya. Barcha qonivishi faktorlarining mikdori kamayib, gipergeparinemiya va fibrinoz rivojlanadi.

IV bosqich – barcha faktorlar aktivligining fiziologik ko'rsatkichlarga qaytish davri bo'lib xisoblanadi. Biroq, xali to'la tuzalish kuzatilmaydi.

Trombogemorragik sindrom ko'pincha asfiksiya, gipotermiya va boshqa patologik holatlar mavjud bo'lgan chaqaloqlarda rivojlanadi. Klinik jihatdan bu sindrom teriga ko'pincha petexiyalar va ekximozlar ko'rinishdagi qon quyilishlar, bazan gematomalar shaklida namoyon bo'ladi. Ayrim xollarda miyaga, buyraklarga qon quyilishlari ham mumkin.

Chaqaloqlardagi trombositopeniya. Yetuk chaqaloqlarda trombositlar soni 150000 dan, chala tug'ilganlarda esa 100000 dan kam bo'lganda aytiladi.

Bu holat trombositopoez bilan trombositoliz o'rtasidagi muvazanat buzilganmda vujudga keladi.

Kazabax-Merrit sindromi – trombositopeniyaning katta gemangiomalar bilan birgalikda kuzatiladi. Odatda kasallik chaqaloqlik davrida boshlanadi. Sezilarli trombositopeniya ancha kuchli qonketishlar va qon quyilishlar bilan birga kechadi. Gigant angiomalarning joylashgan o'rni ko'pincha tananing chap kvadrati sohasida bo'ladi.

Viskot – Oldrich sindromi - bola jinsiga bog'liq xolda retsessiv yo'l bilan beriladi. Klinik manzarasi ekzema, ichidan qonkelishi va septik kasalliklarga moilligi bilan ajralib turadi. Sezilarli trombositopeniya mavjud bo'ladi. Odatda o'g'il bolalar og'riydi. Dastlab ekzema va ich ketish kuzatiladi. Ekzema asosan bolaning yuzida va qo'l-oyoqlarida joylashgan, tanasida va qornida kam kuzatiladi. Immunologik komflikt bo'lmaydi. Terapiya samarasiz bo'lib, bolalar birinchi yoshdayoq o'lib ketadilar.

Davolash.

CHaqaloqlar gemorragik sindromini davolash 2 yo'nalishda olib boriladi:

- 1) kasallik sababini bartaraf etish;
- 2) yo'qotilgan qon o'rnini to'ldirish;

Zudlik bilan o'tkaziladigan davo-choralari plazma quyish bilan boshlanadi. So'ng guruxi va rezus omilini xisobga olgan xolda yangi qon quyiladi, K vitamini yuboriladi. Yangi qonfaktorlar defitsitini to'ldiradi, gemoglobin mikdorini orttirib, gepoksemik gipoksiyani bartaraf etadi, K vitamini II, VII, IX va X faktor mikdorini oshiradi. Kontservalangan qon quyish yordamida gemoglobin mikdorini orttirish bilan bir qatorda aylanilayotgan qonmikdorini ko'paytirishga ham erishiladi. K vitaminiga bog'liq bo'lgan faktorlar yetishmasligi oqibatida rivojlangan chaqaloqlar gemorragik kasalligining yengil va o'rtacha og'ir shakllarida kuniga 20-25 mg K vitaminini ichgani buyurilsa kifoya qiladi. Inektsiyada K vitamini 1-5 mg dan yuboriladi. Eng yaxshi preparat bo'lib K₁ vitamini (mefiton, fosfomenadion, konakion) xisoblanadi,

chunki K₃ vitamini (vikasol) gemolizni kuchaytirishi mumkin. Davolash samarasi bir necha soatdan keyin seziladi. Profilaktik maqsadlarda, ayniqsa chala tug'ilgan bolalarning barchasiga 2-5 mg K vitamini kiritilsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

Trombogemorragik sindrom rivojlangan bo'lsa yoki uning rivojlanishi extimoli tug'ulgan takdirida kuniga 100-200 birlik/kg xisobidan geparin vena ichiga yuborib turiladi. Trombogemorragik sindromning III bosqichida geparin bilan bir qatorda 0.1 g/kg xisobidan AKK va fibrinolizinning boshqa ingibitorlari kiritiladi. SHuningdek yangi muzlatilgan plazma quyiladi. Kasallikning og'ir shakllarida kortikosteroidlar buyurilishi ham mumkin. Trombotsitopeniyaning yengil shakllarida medikamentozterapiya o'tkazilmasa ham bo'ladi.

Melenada maxalliy terapiya – gidrokarbonat natriyni 05% eritmasini 1 choy qoshiqdan 3 marta va epsilon-aminokapron kislotadan 1 choy qoshiqdan 3 marta ichgani buyuriladi. (1 ampula quruq trombin 50 ml + 5% epsilon-aminokapron kislotasi + 1 ml 0,025% adroksol eritmasidan ko'shiladi).

Kuchli va qaytalanuvchi qon ketishlar oqibatida rivojlangan postgemorragik anemiyalarda, yangi muzlatilgan plazma yoki tayyorlanganiga 2 kundan ortiq bo'lmagan yangi eritrotsitar massa 15 ml/kg xisobidan tomchilatib yuboriladi.

Profilaktikasi. Bola tug'ilishi bilanoq muskul orasiga kiritilgan K vitamini chaqaloqlar gemorragik kasalligining oldini olishda samarali vosita bo'lib xisoblanadi. K₁ vitamini yetuk chaqaloqlarga 1 mg dan, chala tug'ilganlarga esa 0,5 mg dan kiritiladi. Vikasolning dozasi bolaning har bir kg vazniga 1 mg xisoblanadi. Malumki, K vitaminini ichgani buyurilishi chaqaloqlar gemorragik kasalligining kechki shakli profilaktikasida samarasi kam bo'ladi, biroq har kuni 1 mg K vitaminini berib turish tabiiy usulda oziqlantirilayotgan bolalar uchun yetarli deb xisoblanadi.

MAVZUGA OID SAVOLLAR

1. Neonatal xizmatni tashkil qilish va ishlash asoslari.
2. Xomila rivojlanish davrlari.
3. Xomila rivojlanish kritik davrlari.
4. Xomiladorlikgacha va xomiladorlik davrda tasir etuvchi omillar.
5. Tugʻruq davrida tasir etuvchi omillar.
6. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni morfofunktsional yetukligini baholash.
7. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni birlamchi tualeti
8. Yangi tugʻilgan chaqaloqni tugʻrukxona va uy sharoitida parvarish.
9. Yangi tugʻilgan chaqaloqni chegaraviy holatlari - fiziologik sariqlik.
10. Yangi tugʻilgan chaqaloqning chegaraviy holatlari - tana vaznining fiziologik kamayishi.
11. Yangi tugʻilgan chaqaloqning chegaraviy holatlari - fiziologik ichak katari, disbakteriozi
12. Yangi tugʻilgan chaqaloqning chegaraviy holatlari - terini fiziologik katari, toksik eritema.
13. Yangi tugʻilgan chaqaloqning chegaraviy holatlari - nordon siydikli infarkt, jinsiy kriz.
14. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar asfiksiyasi. Xomila ichi gipoksiyasi. Asfiksiya sabablari, patogenezi.
15. Yangi tugʻilgan chaqaloqlar asfiksiyasi. Xomila ichi gipoksiyasi. Asfiksiya darajalari va klinik koʻrinishlari.
16. Asfiksiya asoratlari. Davolash. Reanimatsiya va intensiv davolashni zamonaviy usullari. Reabilitatsiya.
17. Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloq. Chala tugʻilish sabablari, darajalari.
18. Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqning morfofunktsional belgilari.
19. Muddatiga yetmay tugʻilgan chaqaloqni parvarishlash asoslari. Dispanser kuzatuvi.
20. Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni ovkatlantirish usuli (zond, soʻrgʻich).

21. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga sut miqdorini xisoblash usullari
22. Muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqni ovqatlantirish.
23. Ona sutining afzalliklari
24. Ona suti bilan ovqatlantirishning 10 tamoyillari
25. Emizikli onaning kun-va ovkatlanishtartibi.
26. Gipogalaktiya va uning profilaktikasi.
27. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasi. Muddatiga yetib va muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasi. Klassifikatsiyasi.
28. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasi. Etiopatogenezi.
29. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasi klinikasi.
30. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar anemiyasini davolash.
31. Anemiyaning antenatal va postnatal profilaktikasi.
32. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi kelib chiqish sabablari va patogenezi.
33. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi. Klinik shakllari, kechish xususiyatlari.
34. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi sariqlik shaklining kechish xususiyatlari.
35. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi shish shaklining kechish xususiyatlari.
36. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi anemik shakli kechish xususiyatlari.
37. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi. Bilirubin entsefalopatiyasi.
38. CHaqaloqlar gemolitik kasalligining diagnostik mezonlari.
39. CHaqaloqlar gemolitik kasalligini davolash taktikasi,
40. CHaqaloqlar gemolitik kasalligini dispanser kuzatuv. Davolash va sog'lomlashtirish tadbirlarini rejasi.
41. CHaqaloqlar gemolitik kasalligi. Qon almashtirib quyishga ko'rsatmalar.
42. Markaziy nerv tizimi tug'ruq jaroxatlari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni turli genezli perinatal entsefalopatiyalarining diagnostikasi va klassifikatsiyasi.
43. Markaziy nerv tizimi tug'ruq jaroxatlari. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni turli genezli perinatal entsefalopatiyalarini klinikasi, erta diagnostikasi
44. Markaziy nerv tizimi tug'ruq jaroxatlari dispanser kuzatuv va davolash va reabilitatsiya tadbirlari.

TESTLAR

1. Chala tug‘ilgan chaqaloq deb qachon aytiladi?
 - A. xomiladorlikning 37 haftada tug‘ilganda
 - B. xomiladorlikning 35-37 haftasida tug‘ilda
 - C. xomiladorlikning 28 haftadan 37 haftagacha
 - D. xomiladorlikning 26 haftasidan 36 haftasigacha
2. Muddatidan o‘tib tug‘ilgan chaqaloq deb qachan aytiladi?
 - A. xomiladorlikning 37-41 haftasida tug‘ilgan chaqaloqqa
 - B. xomiladorlikning 38-41 haftasida tug‘ilgan chaqaloqqa
 - C. xomiladorlikning 39-41 haftasida tug‘ilgan chaqaloqqa
 - D. 42 hafta va undan utib tug‘ilgan chaqaloqqa aytiladi
3. Tug‘ruk shishini qaysi kasallik bilan solishtirma tashxis o‘tkazish kerak?
 - A. bosh miya o‘smalari bilan
 - B. subaraxnoidal gematomalar bilan
 - C. teri osti gematomalar bilan
 - D. kefalogramatomalar bilan
4. Kefalogematomaning asosiy klinik belgisini ayting?
 - A. pulsatsiyaning bo‘lishi
 - B. bosh suyaklari choklari orasidan chikib turishi
 - C. flyuktuatsiyaning bo‘lishi
 - D. bir suyakdan tashkarigna chikmaslik
5. Chala tug‘ilishning sabablariga kiradi:
 - A. onasining kasalliklari va ovqatlanishining buzilishi
 - B. xomila ichi infektsiyalari
 - C. jismoniy va ruxiy shikastlari
 - D. xamma javob tog‘ri
6. CHaqaloq 35-36 haftalik, tana vazni 2000g, buyi 43 sm. Tashxis qo‘ying:
 - A. muddatiga yetib tug‘ilgan chaqaloq

- B. muddatidan utib tug'ilgan chaqaloq
- C. CHTCH ning I-chi darajasi
- D. CHTCH ning II-chi darajasi.
7. CHaqaloq 30-31 haftada tutilgan, tana vazni 1000g, buyi 36sm. Tashxis qo'ying.
- A. muddatiga yetib tug'ilgan chaqaloq
- B. yetilmagan chaqaloq
- C. CHTCH ning I-chi darajasi
- D. CHTCH ning II-chi darajasi.
8. CHTCH larning klinik belgilarini ko'rsating:
- A. tana vazni 2700, kul-oyogining kaltaligi, kindigining past joylashishi
- B. tana vazni 2200g, bosh aylanasi 34 sm, tanasi "lanugo" bilan koplangan, boshining choklari ochik
- C. tana vazni 2000g, tashki jinsiy organlari tula rivojlanmagan, refleslari sustlashgan, boshining choklari ochik
- D. tana vazni 2800g, ko'krak aylanasi 32sm, katta liqildog'i 2 x 2 sm, tanasining issiqligini ushlab turadi, reflekslari saqlangan.
9. CHTCHlarga ovqatlantirish qaysi usulda xisoblanadi:
- A. Finkelshteyn formulasi
- B. Zaytseva formulasi
- C. kaloriyali usulda
10. CHaqaloq 34 haftalik muddatda tug'ilgan. Tug'ilganidagi vazni 1250g. Tana vazni defitsiti 30,5 %. Savol: sizning diagnozingiz?
- A. Chala tug'ilganlikning II d, tug'ma gipotrofiya IV d.
- B. Chala tug'ilganlikning I d, tug'ma gipotrofiya I d
- C. Chala tug'ilganlikning III d, tug'ma gipotrofiya II d
- D. Chala tug'ilganlikning II d, tug'ma gipotrofiya III d.

VAZIYATLI MASALALAR

Masala 1

Qiz bola I xomiladorlikdan tug'ildi, xomiladorlik yaxshi kechgan. Apgar shkalasi bo'yicha 6-7 ball. CHaqaloq ahvoli o'rta og'irlikda, yengil ko'kargan. Sizing tashxisingiz?

Javob:

O'tkir intranatal asfiksiya, gipoksik genezli, o'rta darajada. A-qadam reanimatsiyani bajarish va shu bilan birga V-qadamga o'tish.

Masala 2

CHaqaloq onasi 25 yoshda, II xomiladorlik, birinchi tug'ruq. Onasi arterial gipertoniya kuzatilgan. Xomiladorlik nefropatiya asorati bilan. Tug'ruqda qog'onoq suvlari barvaqt ketishi va tug'ruqni sust kechishi kuzatilgan. CHaqaloq Apgar shkalasi bo'yicha 0-1 ball, 5 minutdan keyin 5 ball bilan baholangan. Sizing tashxisingiz va taktikangiz?

Javob:

Xomila ichi surunkali gipoksiyasi. Asfiksiya og'ir darajada. Gipoksik-travmatik genezli. A va V reanimatsiyadan so'ng S ga o'tish

Masala 3

CHaqaloq I xomiladorlik va I tug'ruqdan. Onaning yoshi 21 yoshda. Xomiladorlik yaxshi kechgan. Tug'ruq muddatida va tabiiy yo'l bilan. CHaqaloq boshii bilan tug'ilgan, Apgar shkalasi bo'yicha 8-10 b. baholandi. Holati qoniqarli. Sizing tashxisingiz?

Javob:

Sog'lom chaqaloq adaptatsiya davri.

Masala 4

Bola 1-xomiladorlikdan, birinchi tug'ruk. Gestatsiya yoshi 39-40 xaftalikda. Xomiladordik o'rta og'ir anemiya ($Nv = 74 \text{ g/l}$), nefropatiya bilan o'tgan. Tug'ilish vaqtida bo'lgan, tug'ruq dumbasi bilan bo'lgan. Tug'ruk jarayoni sust kechgan. Tana

vazni 3900gr., bo'yi – 51 sm. Tug'ilganda yigisi yo'q, teri rangi oqargan, gipotoniya, arefleksiya. Puls 1 min - 76ta. Nafas-12 ta. Sizning xulosangiz?

Javob:

Xomila ichi surunkali gipoksiyasi. Asfiksiya og'ir darajada. Gipoksik-travmatik genezli. A va V reanimatsiyadan so'ng S ga o'tish.

Masala 5.

Bola birinchi xomiladorlikdan, birinchi tugishi. Ona yuldoshning erta kuchishi kuzatildi. Bola “keserova kesish” yul bilan tugilgan. Bolaning vazni 3400 gr. Buyi 50 sm. Bolaga Apgar jadvali buyicha 4 ball kuyildi.

Fiziologik reflekslari sust rivojlangan. Muskullar gipotonusi, 3 kun utkach bolaning axvoli yaxshilandi.

1. Sizning xulosangiz?
2. Yordam kursating.

Masala 6

Bola 1-xomiladorlikdan, birinchi tugruk. Gestatsiya yoshi 39-40 xaftalikda, Tugilish vaktida yigisi yuk, teri rangi okargan, gipotoniya, arefleksiya. Puls 1 min - 60 ta. Nafas-12 ta.

1. Sizning xulosangiz?
2. Apgar jadvali buyicha baxo bering.

Masala 7

CHakalok 1 xomiladorlikdan, 1 tug'rukdan. 31 haftalik. Xomiladorlik anemiya, toksikoz bilan o'tgan. Tug'ilgandagi vazni 2100gr., Apgar jadvali bilan 3 ball. Nafasi noregulyar, 1-2 minutiga, yurak urishi 100 tadan past. Nafas yo'llari tozalanib, sunniy nafas berish boshlandi, 30 sekunddan keyin holati o'zgarmadi, yurak urishi 60 dan pasaydi.

1. Sizning taktikangiz?

Masala 8

Bola birinchi xomiladorlikdan, birinchi tug'ish. Xomiladorlik davrida onada kuchli toksikoz, anemiya kuzatilgan. Xomiladorlikning ikkinchi trimestrida gestoizning

ikkinchi darajasi belgilari bo'lgan. Bola 38 haftada gipoksiya alomatlari bilan tug'ildi. Tanavazni 2600 gr. Bo'yi 47 sm. Tug'ilganda nafas olishi noregulyar, 1 daqiqada 12 ta, yurak urishi 100 tadan kam, teri ko'kimtir rangda, fiziologik reflekslari chaqirilmayapti, muskullar atoniyasi.

1. Sizning tashxisingiz.
2. Birinchi yerdam kursating.

Masala 9

CHaqaloq tug'ilgan vaqtda nafas yo'q, YuQS 1 min 88 marta, tana oxirlari yengil bukilgan, shilliqni tortib olishga yengil grimas, teri qoplamalari total ko'kimtir.

Apgar shkalasi bo'yicha baho bering

Masala 10

CHaqaloqonasi 25 yoshda, Iloxomiladorlik, birinchi tug'ruq. Onasi arterial gipertoniya kuzatilgan. Xomiladorlik nefropatiya asorat bilan. Tug'ruqda qog'onoq suvlari barvaqt ketishi va tug'ruqni sust kechishi kuzatilgan. CHaqaloq Apgar shkalasi bo'yicha 0-1 ball, 5 minutdan keyin 5 ball bilan baxolangan. Sizning tashxisingiz va taktikangiz?

Javob:

Xomila ichi surunkali gipoksiyasi. Asfiksiya og'ir darajada. Gipoksik-travmatik genezli. A va V reanimatsiyadan so'ng S ga o'tish

Masala 11

CHaqaloq Iloxomiladorlik va Itug'rukdan. Onaning yoshi 21 yoshda. Xomiladorlik yaxshi kechgan. Tug'ruq muddatida va tabiiy yo'l bilan. CHaqaloq boshii bilan tug'ilgan, Apgar shkalasi bo'yicha 8-10 b. baholandi. Holati qoniqarli. Sizning tashxisingiz?

Javob:

Sog'lom chaqaloq adaptatsiya davri.

ADABIYOTLAR

1. Asosiy adabiyotlar:

1. Tricia Lacy Gomella with M. Douglas Cunningham and Fabien G. Eyal NEONATOLOGY Management. Procedures, On-Call Problems, diseases, and drugs 2013. P.147-149, 580-583, 758-759, 824-825

2. Qo'shimcha adabiyotlar:

Mamlakatimiz manbaalari:

1. «COVID-19 bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha vaqtinchalik ko'rsatmalar» UzR SSV. 2020y.
2. Akusherlik amaliyotda birinchi yordam. Neonatologlar uchun o'quv qo'llanma JSST, 2004 y.
3. B.SH.Maxmudova, G.T.Nuritdinova, B.B.Inakova. "Neonatologi" fanidan "Amaliy ko'nikmalarni bajarish". O'quv qo'llanma. Andijon. 2019 y.
4. G.T.Nuritdinova, B.B.Inakova, M.E.Abdullaeva "Yangi tug'ilgan sog'lom chaqaloqlarni parvarish qilish asoslari". O'quv qo'llanma. Andijon. 2020 y.
5. G.T.Nuritdinova, B.B.Inakova, M.E.Abdullaeva "Yangi tug'ilgan chaqaloqlar g'i kasalliklari". O'quv qo'llanma. Andijon. 2022 y.
6. Daminov T.A. VICH – infeksiya. O'quv qo'llanma. Toshkent. 2011 y.
7. Inakova B.B., Nuritdinova G.T., Maxmudova B.SH. "Инфекционные заболевания период новорожденности" Учебное пособие. Андиян 2022г.
8. Kamilov A.I., Sog'lom va bemor yangi tug'ilgan chaqaloqlarning asosiy parvarishi. Neonatologlar uchun o'quv qo'llanma. Toshkent. 2007 y.
9. Meyoriy xujjatlar: Vazirlar mahkamasining Sog'liqni Saqlashga tegishli qarorlari, O'zR SSV buyruqlari. № 2650. 4947. 3071.
10. Raxmankulova Z.J., Ismailova M.A. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasalliklari. Neonatologlar uchun o'quv qo'llanma. Toshkent. 2018 y.
11. Raxmankulova Z.J., Kamalov Z.S., Aripova T.U. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda homila ichi infeksiyasi. Monografiya. Toshkent. 2016 y.
12. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2015 yil 5 maydagi PQ-2956-sonli "Tibbiy ta'lim tizimini yanada islox qilish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori.
13. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018 yil 7 dekabrda PF-5590 sonli "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora-tadbirlar to'g'risida"gi Farmoni.
14. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2019 yil 6 maydagi PQ-4310 sonli "Tibbiyot va farmatsevtika ta'limi va ilm-fani tizimini yanada rivojlantirish chora –tadbirlari to'g'risida"gi qarori.
15. O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 7 apreldagi PQ-4666 sonli "Tibbiy-sanitariya sohasida kadrlarni tayyorlash va uzluksiz kasbiy rivojlantirishning mutlaqo yangi tizimini joriy etish chora-tadbirlari to'g'risida"gi qarori.
16. O'zbekiston Respublikasi Prezidenti 2017 yil 20 apreldagi PF-2909-sonli "Oliy ta'lim tizimini yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi Farmoni.

17. X.A.Xusanova “Neonatologiya muammolariningzamonoviy yechimlari” O‘quv qo‘llanma. Andijon.2022 y.

18. O‘zbekiston Respublikasining «Ta’lim to‘g‘risida»gi Qonuni, 1998.

19. Protokol lecheniya gospitalizirovannyx s diagnozom COVID-19”Rekomendatsii byli podgotovleny gruppoy COVID otdeleniya infektsionnyx bolezney Meditsinskogo tsentra universiteta Lyublyany (UKC Ljubljana) . 2020 g.

Xorijiy manbaalari:

1. Belousova T.V., Andryushina I.V., Nujdin A.I. Neonatologiyada amaliy qo‘llanma. Novosibirsk, 2007 g.

2. Volodin N.N., Baybarin Ye.N., Buslaeva G.N., Degtyarev D.N. Neonatologiya. Milliy qo‘llanma. Moskva. 2008 g. Ramn N.N. Volodin, Moskva. Tibbiy adabiyotlar. 2011g.

3. Volodina N.N., Chernyshova V.N., Degtyaryova D.N. va b. Neonatologiya: oliy o‘quv yurtlaridagi klinik ordinatorlar uchun o‘quv qo‘llanma. M.: Nashriyot markazi, Akademiya. 2005 g.

4. Ramn G.T. Suxix. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga asosiy yordam – xalqaro tajriba. Moskva. 2008 g.

5. Roosz. R., O. Gentsel-Borovicheni., G. Neonatologiyaga oid amaliy tavsiyalar.

6. Yatsk G.V. Neonatologiya bo‘yicha amaliy qo‘llanma – M.: Moskva. Tibbiy axborot agentligi. 2008 g.

Internet saytlari:

1. <http://www.medicalstud.ru/med-ge>

2. <http://www.pharmamed.ru/mg>

3. <http://www.rmj.net>

<http://www.eurasiahealth.org/attaches/80/8064/225.doc>

4. <http://www.eurasiahealth.org/attaches/85/8545/677.doc>

5. <http://www.ahrq.gov/http://www.ahrq.gov/hiddenmenu>

6. <http://www.firstgov.gov/http://www.firstgov.gov/>

7. <http://www.avsc.org>

8. <http://www.rcog.org.uk/medical/greentopguide.html>

9. www.mediasphera.aha.ru/pediatr/ped-mn.htm

10. www.Ziyo.Net

11. www.MedPortal.ru

12. www.evrika.ru

13. www.Med-edu.ru

14. www.med-info.ru

15. www.medagent.ru

16. www.ziyonet.uz

17. www.journals.medi.ru

18. www.edu.uz

O‘quv qo‘llanma

Inakova Barnoxon Baxodirovna

PERINATAL KASALLIKLAR

Muharrir: Abdurahimov A.

Korrektor va dizayn: Nazirjonov O.

Tasdiqnoma № 3693-615f-9ccc-0187-7582-2706-6992, 31.10.2020.

Format 60x84/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi

<https://s2.glbimg.com/XT8LviLNyGO9bz20WTqnT8VguQ4=/e.glbimg.com/og/ed/f/original/2020/11/11/gettyimages-104301014.jpg>

Shartli b.t. 6.28. Adadi 10 dona. Buyurtma №95.

«RE-HEALTH» nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

170127, Andijon, Yu. Otabekov ko‘chasi, 1-uy.

Telefon: +998941010091

e-mail: re-health@mail.ru

<http://re-health.uz>

0337

