

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIY TA’LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
SAMARQAND MED-CLASS TURON TIBBIYOT TEXNIKUMI**

Egamova M.T.

Abiyeva Z.A.

«CHAQALOQLIK DAVRI KASALLIKLARI»

**Med-Class Turon tibbiyot texnikumi talabalari
uchun o`quv - uslubiy qo`llanma**

SAMARQAND – 2026

Tuzuvchilar:

Egamova M.T.– Samarqand davlat tibbiyot universiteti tibbiy rehabilitatsiya, sport tibbiyoti va xalq tabobati kafedrası dotsent v.v.b

Abiyeva Z.A. - Turon Med-Class Turon tibbiyot texnikumi "Pediatriya va neanatologiya" fani o'qituvchisi

Retsenzentlar:

Jalilov A. X. – SamDTU, bolalar kasalliklari kafedrası PhD dosent

Raxmatova F. U. -TDTA, Bolalar kasalliklari kafedrası dotsenti, PhD

So‘nggi yillarda bolalar salomatligini muhofaza qilish va mustahkamlash masalasi tibbiyotning eng dolzarb yo‘nalishlaridan biri bo‘lib qolmoqda. Ayniqsa, chaqaloqlik davri inson hayotining eng nozik va mas‘uliyatli bosqichi hisoblanadi. Ushbu davrda organizm tizimlari hali to‘liq shakllanmagan bo‘lib, turli xil kasalliklarga nisbatan sezuvchanlik yuqori bo‘ladi.

Ushbu o‘quv-uslubiy qo‘llanmada chaqaloqlik davrida uchraydigan kasalliklar haqida asosiy tushunchalar batafsil bayon etilgan. Unda chaqaloqlarda eng ko‘p uchraydigan kasalliklarning kelib chiqish sabablari, klinik belgilari, tashxis qo‘yish usullari hamda davolash va profilaktika choralari keng yoritilgan.

Shuningdek, chaqaloqlik davri kasalliklarining rivojlanishiga ta’sir etuvchi omillar, ularning bolaning sog‘lom o‘sishi va rivojlanishidagi ahamiyati hamda zamonaviy pediatriyada tutgan o‘rni haqida muhim ma’lumotlar keltirilgan.

O‘quv-uslubiy qo‘llanma SamDTU ilmiy kengashi tomonidan ko‘rib chiqilgan « ____ » _____ 2026 y. Bayonnoma № _____.

Ilmiy kengash kotibi, t.f.n.

Ochilov U.U.

MUNDARIJA

t/r	Mavzu nomi	sahifa
1	Kirish	5
2	Hamshiralik tekshiruvi usullari	9
3	Chaqaloqlar gemolitik kasalligi	46
4	Nazorat savollari	51
5	Adabiyotlar ro'yxati	56

KIRISH

Hozirgi kunda jamiyatning hamshiralarga bo'lgan munosabati o'zgarib, kasbning nufuzi oshib bormoqda. Tibbiyot hamshirasi haqida faqat texnik ijrochi sifatida emas, balki fikrlovchi, o'z harakatlari va xatti-harakatlarini tahlil qiluvchi tibbiyot xodimi sifatida tasavvur shakllanadi. Hamshiralik ishining namoyondasi, ingliz hamshirasi Florens Naytingeyl ta'kidlaganidek, "hamshira uch xil tasnifga ega bo'lishi kerak:

- kasallikni tushunish uchun ilmiy;
- bemorni tushunish uchun yurak;
- bemorni parvarish qilish uchun texnik.

Bunday malakaga erishishga hamshiralik ishini tashkil etish yordam beradi. JSST ta'rifiga ko'ra, "hamshiralik ishi muloqot - inson bilan inson o'rtasidagi muloqotdir." Bu ishning asosida intuitsiya emas, balki ehtiyojlarni qondirish va muammolarni hal qilishga mo'ljallangan, puxta o'ylangan va shakllangan yondashuv yotishi kerak. Hamshiralik ishi xayrixohlik bilan, texnik jihatdan savodli yordam ko'rsatishdan ko'ra ko'proq narsa. Bu mas'uliyatli, g'amxo'r o'zaro munosabatlar hamdir.

Hamshiralik ishining mohiyati insonni parvarish qilishdan iborat. Hamshiraning bu parvarishni qay tarzda amalga oshirishi esa hamshiralik jarayonining mohiyatini ifodalaydi.

Hozirgi kunda hamshiralik jarayonining 5 bosqichi mavjud, ya'ni:

1-bosqich. Tibbiy hamshiralik tekshiruvi.

2-bosqich. Bemor muammolarini qo'yish.

3-bosqich. Hamshiralik aralashuvlarini rejalashtirish.

4-bosqich. Hamshiralik aralashuvi rejalarini amalga oshirish.

5-bosqich. Hamshira faoliyati natijalarini baholash.

Tibbiy hamshiralik tekshiruvi ma'lumot to'plash (pasport ma'lumotlari, shikoyatlar, hayot anamnezi, kasallik, epidanamnez ma'lumotlarini to'plash), hamshiralik tekshiruvi algoritmi bo'yicha obyektiv hamshiralik tekshiruvini

o‘tkazish (bu, albatta, shifokor tekshiruvidan farq qiladi), shuningdek, qo‘shimcha tekshiruv ma’lumotlarini tahlil qilish, bemorga tayinlangan muolajalar, dori vositalari va tibbiy adabiyotlar ma’lumotlarini tahlil qilishdan iborat. Tibbiy hamshiralik kuzatuvini o‘tkazish natijasi muammolarni aniqlash hisoblanadi.

Muammolarni qo‘yish bemorga shaxsiy ehtiyojlarini qondirishga yordam berishi kerak, ularning asosida Virjiniya Xenderson tomonidan ajratilgan 14 ta "kundalik faoliyat turi" yotadi:

1. Normal nafas olish.
 2. Yetarlicha ovqatlanish va ichish.
 3. Organizmning normal ketishi.
 4. Harakat va turli holatlar.
 5. Uyqu va dam olish.
 6. Mos kiyim tanlash, kiyinish va yechinish.
 7. Tana haroratini me’yorida ushlab turish.
 8. Tanani toza saqlash, parvarish qilish, tashqi ko‘rinishga g‘amxo‘rlik qilish.
 9. Atrof-muhitning xavfli omillaridan qochish va boshqalarga zarar yetkazmaslik qobiliyati.
 10. Boshqalar bilan muloqot qilish, his-tuyg‘ular, ehtiyojlar, qo‘rquv va fikrlarni ifodalash.
 11. Diniy qarashlarni saqlab qolish.
 12. Natija beradigan ish.
 13. O‘yin yoki dam olishning boshqa shakllarida ishtirok etish.
 14. Normal rivojlanishga olib keluvchi bilish, qiziqishni qondirish.
- Salomatlikni mustahkamlash uchun mavjud vositalardan foydalanish.

Muammolarni aniqlashdan oldin 10 ta universal ehtiyojni qondirishdagi buzilishlarni qayd etish lozim:

1. Normal nafas olish.
2. Adekvat ovqatlanish va ichish.
3. Fiziologik jo‘natmalar.

4. Uyqu.
5. Harakat.
6. Kiyim-kechak, shaxsiy gigiyena.
7. Tana haroratini me'yorda ushlab turish.
8. Atrof-muhit xavfsizligini saqlash.
9. Muloqot.
10. Mehnat va dam olish.

Olingan ma'lumotlar asosida muammolarni (aniq va potensial) shakllantirish va ularni ustuvorliklar bo'yicha taqsimlash lozim. Tasnifga ko'ra, muammolar birlamchi bo'lishi mumkin, ular shoshilinch yordam ko'rsatishni talab qiladi; oraliq (hayot uchun xavfli emas); ikkilamchi (kasallik yoki prognozga aloqasi yo'q).

Muammolar aniqlangandan so'ng, hamshiralik aralashuvlarini rejalashtirish, ya'ni maqsadlarni aniqlash va hamshiralik aralashuvlari rejalarini tuzish zarur. Maqsadlarni belgilashda shuni yodda tutish kerakki, maqsad har doim real va amalga oshirish mumkin bo'lishi kerak; har bir muammo bo'yicha alohida qo'yiladi; baholash mumkin. Aniq, puxta o'ylangan maqsadlar hamshiralik aralashuvlari rejalarini to'g'ri tuzish imkonini beradi. Hamshiralik aralashuvlari rejalarini tuzishda, ular har bir muammo bo'yicha alohida tuzilishi kerakligiga e'tibor qaratish lozim; hamshira (shifokor emas) faoliyatining barcha mumkin bo'lgan turlarini o'z ichiga olishi; aniq tuzilishi; qo'yilgan maqsadlarga erishishga aniq mos kelishi.

Hamshiralik aralashuvlari rejalarini amalga oshirish bosqichida rejalarining har bir bandi bo'yicha aniq amalga oshirilishi kerak bo'lgan belgilar qo'yilishi lozim. Hamshiralik jarayonining ushbu bosqichini aniq hujjatlashtirish bemor parvarishini amalga oshiruvchi butun tibbiy brigadaning uyg'un, izchil ishlashini ta'minlaydi.

Shunday qilib, ushbu bosqichda kelishilgan rejalariga muvofiq parvarishni tashkil etish bo'yicha ishlarni muvofiqlashtirish amalga oshiriladi.

Faoliyat natijalarini baholash belgilangan maqsadlarga erishilganligini qayd etishni nazarda tutadi. Bu bosqichda erishilgan natijalar rejalashtirilgan parvarish natijalari bilan taqqoslanadi, ya'ni hamshiralik aralashuvlarining samaradorligi

baholanadi. Agar ko'zlangan maqsadga erishilsa, muammo bartaraf etiladi. Bemorning muammolari aniqlanadi va bemor bilan ishlash davomida uning holatidagi dinamik o'zgarishlarni hisobga olgan holda har kuni o'rta qo'yiladi.

Hamshiralik jarayonini tashkil etishda shuni yodda tutish kerakki, hamshiralik jarayoni - bu uzluksiz jarayon bo'lib, uning markazida uning faol ishtirokchisi bo'lgan inson turadi. Demak, barcha shakllantirilgan muammolar, qo'yilgan maqsadlar, tuzilgan hamshiralik aralashuvi rejalari va ularning amalga oshirilishi bemor yoki uning qarindoshlari bilan muvofiq qilinishi shart, ular rejalashtirilgan rejalarni amalga oshirish va natijalarni baholash jarayoniga faol ishtirok etishlari kerak.

Hamshiralik tekshiruvini o'tkazish usullari; bolalik davrida eng ko'p uchraydigan kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va profilaktikasi masalalari bemor bola haqida aniqroq va asosli ma'lumot to'plash imkonini beradi. Somatik va yuqumli kasalliklarda standart bazis parvarish sxemalari, shoshilinch yordam ko'rsatish sxemalari hamshiralik jarayonini rejalashtirish va amalga oshirish bosqichlarini to'g'ri va asosli tashkil etishga yordam beradi.

HAMSHIRALIK TEKSHIRUVI USULLARI

Pediatrriyada hamshiralik tekshiruvi uslubi anamnezni yig'ish, umumiy ko'rikdan o'tkazish, bola ahvolidning og'irligini baholash va kasallik tarixini tuzishni o'z ichiga oladi. Anamnez yig'ish ota-onalar va bolalarni so'rab-surishtirishni, bolaning shikoyatlari, simptomlari va yashash sharoitlarini muhokama qilishni o'z ichiga oladi. Umumiy ko'rik jismoniy ko'rik, paypaslash, perkussiya va auskultatsiyani o'z ichiga oladi. Bolaning ahvoli og'irligini baholash va kasallik tarixini tuzish shifokorlar va ota-onalarga bolaning salomatlik holatini tushunishga hamda keyingi davolanishni rejalashtirishga yordam beradi.

Teri elastikligini aniqlash

O'ng qo'lning birinchi va ikkinchi barmoqlari bilan qorin terisini ushlab (teri osti yog' kletchatkasisiz). Barmoqlarni yozish (normada teri darhol yoziladi) (1-rasm).



1-rasm. Teri elastikligini aniqlash

Teri turgorini aniqlash

Barmoqlar bilan yelkaning ichki yuzasi yoki sonning ichki yuzasi sohasidagi teri va teri osti yog‘ kletchatkasini bosish. Teri turgorini siqilganda seziladigan qarshilikka qarab baholash, ya’ni terining elastikligini aniqlash (2-rasm).



2-rasm. Teri turgorini aniqlash

Teri osti yog‘ qatlami qalinligini o‘lchash

O‘ng qo‘lning bosh va ko‘rsatkich barmoqlari bilan qorinda kindikning yon tomonidan teri va teri osti yog‘ kletchatkasini burma shaklida ushlab (3-rasm); Hosil bo‘lgan burmaning qalinligi o‘lchanadi (me’yori 1-1,5 sm).



3-rasm. Teri osti yog‘ qatlami qalinligini o‘lchash

Katta liqildoq holatini aniqlash

Qarama-qarshi tomonlar orasidagi katta liqildoqning o‘lchamlari o‘lchanadi. Uning chetlarining elastikligi aniqlansin (zich, egiluvchan bo‘lmasligi kerak). Kalla suyaklariga nisbatan liqildoq holatini baholash (liqildoq kalla suyaklari sathida joylashishi kerak, liqildoqning botishi - eksikoz, uning taranglashishi, bo‘rtib chiqishi - kalla ichi bosimining oshishi, miya shishidan dalolat beradi) (4-rasm).



4-rasm. Katta liqildoq holatini aniqlash

Nafas olish chastotasini hisoblash

Hisoblashni bolaning tinch holatida (yaxshisi, bola uxlaganida) o'tkazish kerak. Qo'lni yoki fonendoskopni bolaning ko'krak qafasiga qo'yish. Nafas olishni qat'iy bir daqiqa oldin sanash kerak, chunki bolalarda nafas olish aritmikdir (nafas olish va chiqarish bitta nafas harakati sifatida baholanadi). (5-rasm)

Natijani baholash: chaqaloq - daqiqasiga 40 - 60; ko'krak yoshidagilar - daqiqasiga 30 - 35; katta yoshdagilar - daqiqasiga 15-20.



5-rasm. ***Bolalarda nafas olish***

Tomir urishini o'lchash

Bolani tinch holatda olib yurish. Bir yoshgacha bo'lgan bolada puls aniqlanadigan eng yaxshi joy yelka arteriyasidir. Uni qo'lning ichki tomonidan, tirsak bilan yelka o'rtasidan qidirish kerak. Ikkita barmoq bilan suyak tomonga yengil bosish, bir vaqtning o'zida bosh barmoq bilan qo'lning tashqi qismini ushlab turish (6-rasm).



6-rasm ***Bosh barmoq bilan qo‘lning tashqi qismini ushlab turish***

Bir yoshdan oshgan bolalarda pulsni uyqu arteriyasidan qidirish mumkin. Hiqildoq o‘rtasidagi do‘nglikni ikki barmoq bilan paypaslab toping. Barmoqlarni do‘nglikdan u bilan bo‘yin mushaklari orasidagi chuqurcha tomon harakatlantiring. Tomir urishini his qilish uchun bo‘yningizni bosing (7-rasm).



7-rasm ***Bir yoshdan oshgan bolalarda pulsni uyqu arteriyasidan qidirish mumkin.***

Ko‘pincha puls bilak arteriyasida o‘lchanadi (8-rasm). O‘ng qo‘lingizning 2-3-4 barmoq uchlari bilan bilak arteriyasidagi pulsni bilak sohasida tekshiring. Bolalarda pulsni sanash qat’iyan bir minut oldin o‘tkaziladi, chunki bolalarda puls aritmik bo‘ladi.



8-rasm *Puls bilak arteriyasida o'lchanadi*

Natija bahosi:

yangi tug'ilgan chaqaloq - daqiqasiga 120 - 140;

ko'krak yoshi daqiqasiga 110-120;

katta yoshdagilar daqiqasiga 70-100 ta.

Qon bosimini o'lchash

Bolani qulay holatga keltirish. Bolaning qo'lini kaftini yuqoriga qilib qo'yish. Bolaning yoshiga mos keladigan manjetka olinadi (manjetka o'lchanayotgan yuza uzunligining 2/3 qismini tashkil etishi kerak). Manjetkani bolaning yelkasiga tirsak bukilgan joydan 2 sm yuqoriroqqa qo'yish; Fonendoskopni tirsak bukilmasi sohasiga, yelka arteriyasiga (bosmasdan) qo'yish. Yelka arteriyasida puls yo'qolguncha manjetkaga rezina balloncha bilan havo haydash. Balloncha klapanini asta-sekin ochib, manjetkadan havo chiqariladi. Tonlar paydo bo'lgan paytda manometr shkalasidagi raqamni qayd eting (maksimal = sistolik A D). Tonlar yo'qolgan paytda manometr shkalasidagi raqamni qayd etish (minimal = diastolik AB). Bola qon bosimini formula bo'yicha baholang.

$$AB \text{ (sist.)} = 80 + 2 \times N$$

bu yerda: N yillar soni

AB (diast.) bolalarda quyidagilarni tashkil etadi: AB sist. + 10 mm sim. ust.



9-rasm Qon bosimini o'lchash

Tomoqni tekshirish

Yodda tuting: tomoqni ko'rikdan o'tkazishni bola uchun yoqimsiz muolajalardan biri sifatida tekshirish xulosasida o'tkazgan ma'qul. Bolaning yuzini yorug'lik manbaiga qaratib o'tqazish va zarur bo'lsa, uni yordamchi yordamida mahkamlash: a) yordamchining oyoqlarini o'z oyoqlari bilan o'rab oladi; b) qo'llari va gavdasini bir qo'li bilan mahkamlaydi; v) boshini ushlab, ikkinchi qo'lining kaftini bolaning peshonasiga qo'yadi. Chap qo'lni bolaning tepa sohasiga shunday qo'yingki, bosh barmoq bolaning peshonasida tursin. Boladan og'zini katta ochib, shpatel bilan til ildizini bosishni so'rash.

Eslatma: kichik yoshdagi bolaning og'zini shpatel yordamida ochish. Uni qalam kabi olib, og'iz bo'shlig'iga tishlargacha kiritiladi, qovurg'asi bilan aylantirilib, milklarning yon yuzasi bo'ylab tishlarning oxirigacha o'tkaziladi, so'ngra yassi qilib ag'darib, til ildiziga qo'yiladi va keskin bosiladi.

Tomoqni ko'zdan kechirish: uning giperemiya darajasini, bodomcha bezlari, tilcha, tanglay yoylari va halqum orqa devorining holatini aniqlash.

Yozuv namunasi: "Halqum tinch," yoki "Halqum o'rtacha giperemiyalangan, bodomcha bezlari gipertrofiyalangan," yoki "Halqum giperemiyalangan, halqum orqa devorining donadorligi qayd etilgan" va hokazo.



10-rasm Tomoqni tekshirish

Og‘iz bo‘shlig‘i va tishlarni tekshirish

Bolani yorug‘lik manbaiga qarab o‘tqazish va zarur bo‘lsa, uni yordamchi yordamida mahkamlash:

- a) bolaning oyoqlarini yordamchi o‘z oyoqlari bilan o‘rab oladi;
- b) qo‘llari va tanasini bir qo‘li bilan mahkamlaydi;
- v) boshini ushlab, boshqa qo‘l kaftini bolaning peshonasiga qo‘yadi.

Chap qo‘lni bolaning tepa sohasiga shunday qo‘yingki, bosh barmoq bolaning peshonasida tursin. Boladan og‘zini katta ochib, shpatel bilan til ildizini bosishni so‘rash.

Eslatma: kichik yoshdagi bolaning og‘zini shpatel yordamida ochish. Uni qalam kabi olib, og‘iz bo‘shlig‘iga tishlargacha kiritiladi, qovurg‘asi bilan aylantirilib, milklarning yon yuzasi bo‘ylab tishlarning oxirigacha o‘tkaziladi, so‘ngra yassi qilib ag‘darib, til ildiziga qo‘yiladi va keskin bosiladi.

Ko‘rib chiqish:

- a) milk, lunj shilliq qavatlar, stennon yo‘llarining holati (so‘lak bezlarining chiqarish yo‘llari);
- b) til (shakli, rangi, g‘ubori, so‘rg‘ichlari, namligi);

v) tishlar (ularning soni - kichik yoshdagi bolalarda, ularning holati, o'sish yo'nalishi, tishlar almashinuvi jarayoni - katta yoshdagi bolalarda).

Yozuv namunasi: "Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati toza, tili nam, ildiz atrofi oq karash bilan qoplangan. Karioz tishlar 4 ta, ulardan ikkitasi sanatsiya qilingan" va hokazo.



11-rasm Og'iz bo'shlig'i va tishlarni tekshirish

Limfa tugunlarini paypaslash

Yodda tuting: Limfa tugunlarini paypaslashda ularni aniqlash zarur:

o'lchamni santimetrlarda;

soni (yakka yoki ko'p sonli);

konsistensiyasi (yumshoq, elastik, zich va hokazo);

harakatchanligi (ostidagi to'qimalar bilan bog'langanligi);

sezuvchanlik (og'riqli yoki og'riqsiz).

Sog'lom bolalarda odatda faqat jag' osti, qo'ltiq osti va chov limfa tugunlari paypaslanadi, ularning o'lchami 0,5 sm gacha bo'ladi.

Ensa limfa tugunlari (boshning sochli qismidan, bo'yindan limfa yig'adi)

Qo'llarni ensaga qo'yish. Ensa suyagi bo'ylab barmoqlarning aylanma harakatlari bilan limfa tugunlarini qidirish. Iyak limfa tugunlari (iyak, lab, og'iz bo'shlig'i terisidan limfa yig'adi).

Boshni oldinga va pastga biroz egish.

O'ng qo'lining 2-3-barmoqlari bilan iyak sohasida limfa tugunlarini qidirish.

Jag' osti limfa tugunlari (og'iz bo'shlig'idan, tomoqdan limfa yig'adi)

Bir qo'lingizni bolaning tepa qismiga qo'ying, shunda qo'lingizning bosh barmog'i peshonada bo'ladi.

Bolaning boshini biroz oldinga va tekshirilayotgan tomonga egish.

Boshqa qo'lining yarim bukilgan panjasining to'rtta barmog'i bilan pastki jag' ostidan yengil palpatsiya o'tkaziladi, bunda limfa tugunlari jag' osti sohasidan olib tashlangandek bo'ladi va ular pastki jag' suyagiga bosiladi.

Tekshiruvni boshqa tomonda takrorlang.

Old va orqa/bo'yin limfa tugunlari (yuz terisi, quloq oldi so'lak bezlari, burunhalqum, tomoq, bo'yindan limfa yig'adi)

Bolaning boshini tekshirishga qarama-qarshi tomonga egish (to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakni yaxshiroq konturlash uchun). Ushbu mushakning oldingi va orqa qirralari bo'ylab limfa tugunlarini paypaslab ko'rish. Tekshirishni qarama-qarshi tomonda takrorlang.

Qo'ltiq osti limfa tugunlari (qo'llar terisi, teri va ko'krak qafasi a'zolaridan limfa yig'adi)

Bolaning qo'lini chetga olish. Yuqoriga yo'nalgan 4 ta barmoqni qo'ltiq ostiga chuqur kiritib, ko'krak qafasiga bosish (ayni paytda bola qitiqni his qilmasligi uchun uni suhbat bilan tekshirishdan chalg'itish kerak).

Bolaning qo'lini pastga tushirish.

Limfa tugunlarini qo'ltiq osti chuqurchasi bo'ylab pastga sirg'anuvchi harakatlar bilan palpatsiya qilish.

Tadqiqotni boshqa tomonda takrorlang.

Tirsak limfa tugunlari (yuqori oyoqlardan limfa yig'adi)

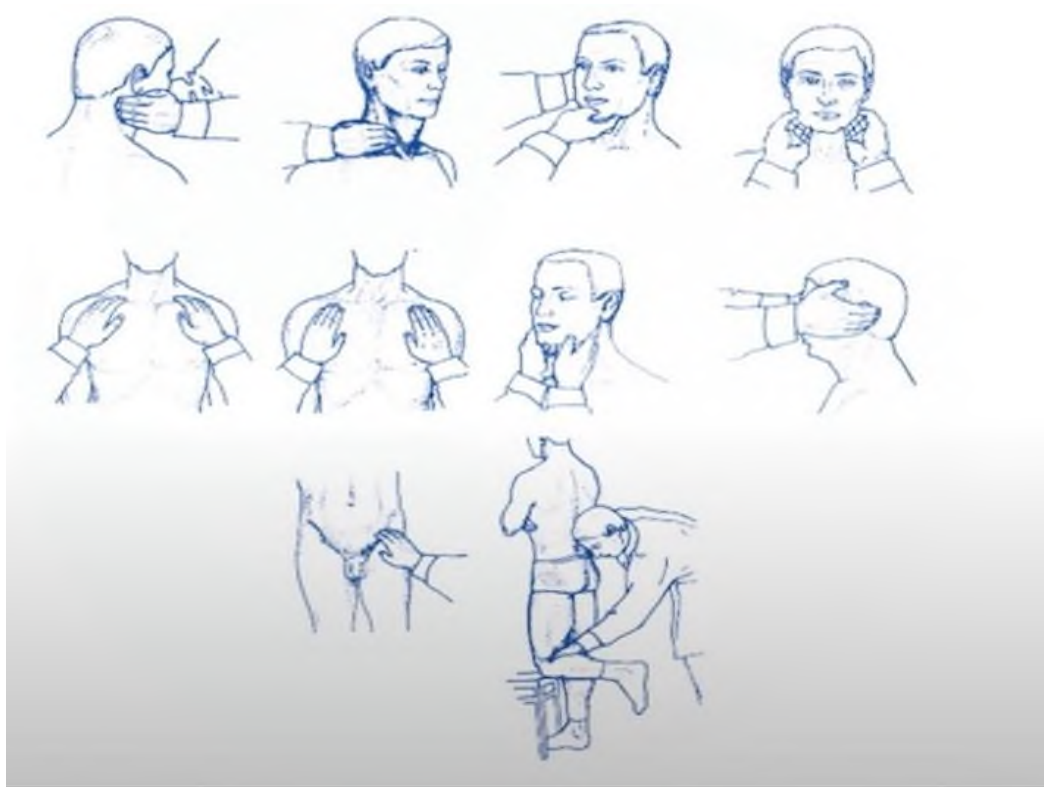
Bir qo'l bilan bolaning qo'lini ushlab ("qo'l berib ko'rish" holati).

Boshqa qo'lining ko'rsatkich va o'rta barmoqlari bilan tirsak bukilmasi sohasidagi va undan biroz yuqoridagi limfa tugunlarini paypaslab ko'rish.

Tekshiruvni bolaning boshqa qo'lda takrorlang.

Chov limfa tugunlari (oyoqlar, qorin, dumbalardan limfa yig'adi)

O'ng qo'lning 2-3-4 barmoqlari bilan chov burmalari sohasidagi chov limfa tugunlarini ikki tomondan paypaslash.



12-rasm Limfa tugunlarini paypaslash

Limfa tugunlari palpatsiyasini yozish namunasi: "Limfa tugunlari, paypaslash mumkin, kattalashmagan, harakatchan, elastik, og'riqsiz" yoki "O'ng tomondagi kattalashgan jag' osti limfa tugunlari paypaslanadi, o'lchami 1,0 x 1,5 sm, zich konsistensiyali, harakatchan, og'riqsiz" va hokazo.

Qorinni paypaslash

Qo'llarini isitmoq. Bemorning o'ng tomoniga o'tirish. Bolani orqasi bilan yostiqsiz yotqizish, qo'llar "choklari bo'yicha," oyoqlar tizzadan biroz bukilgan (qorin mushaklari bo'shashadi).

Paypaslash paytida ketma-ket ikkita harakat qilinadi: birinchisi, 2-3-4-barmoqlar bilan qorinning bir oz ichkarisiga kiritiladi, keyin a'zoni ushlab turgandek yuqoriga ko'tariladi.

Palpatsiya soat strelkasi bo'yicha quyidagi ketma-ketlikda o'tkaziladi: o'ng yonbosh sohasi → o'ng qovurg'a osti sohasi → epigastral soha → chap qovurg'a osti sohasi → chap yonbosh sohasi (chap yonbosh sohasini palpatsiya qilishda barmoqlar chuqurroq botiriladi va sirpanuvchi harakatlar bilan normada sigmasimon ichakning yumshoq elastik payi paypaslanadi).

Kindik atrofidagi sohani soat mili yo'nalishi bo'yicha paypaslash. Bunda quldirash, og'riq, bo'rtib chiqishlarga e'tibor berish.

Yozuv namunasi: "Palpatsiyada qorin yumshoq, og'riqsiz. Jigar va taloq paypaslanmaydi" yoki "Qorin yumshoq, o'ng qovurg'a ostida va epigastral sohada og'riq bor. Jigar qovurg'a ravog'i chetidan 1 sm chiqib turadi. Taloq paypaslanmaydi" va hokazo.



13-rasm Qorinni paypaslash

O't pufagi belgilari

Esda tuting: o't pufagi belgilarini tekshirishdan oldin: qo'llaringizni isitish; · bemorning o'ng tomoniga o'tirish; bolani orqasiga yostiqsiz yotqizish, qo'llar "choklari bo'yicha," oyoqlar tizza bo'g'imlaridan biroz bukilgan.

Kera simptomi

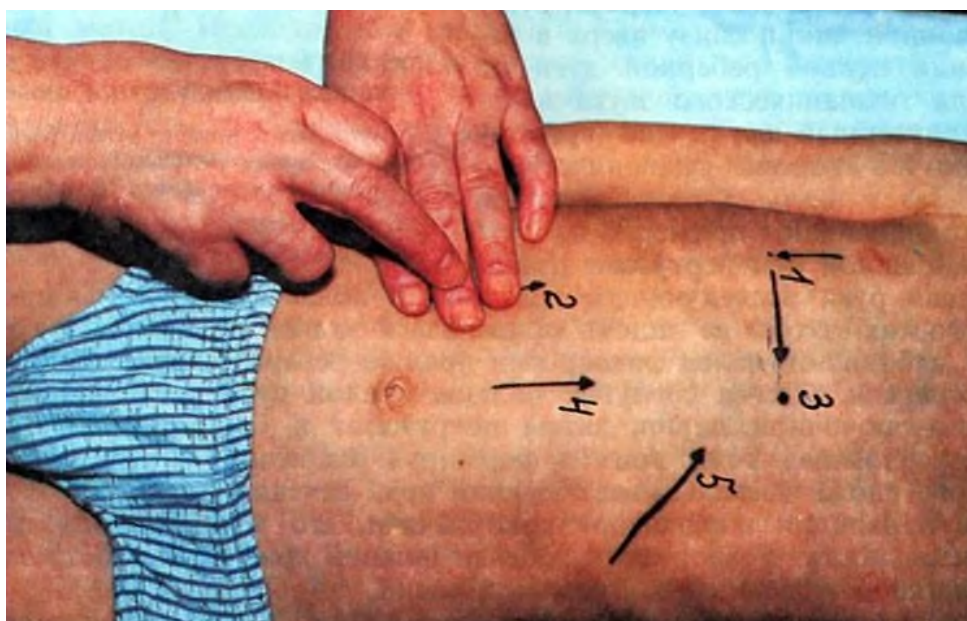
O't pufagi proyeksiyasi nuqtasi topilsin (o'ng qovurg'a yoyi bilan qorin to'g'ri mushagining tashqi qirrasini kesishgan nuqtada). Chap qo'lning bosh barmog'ini o't pufagi proyeksiyasi nuqtasiga qo'yish. O'ng qo'lning bosh barmog'ini qarama-qarshi tomondagi simmetrik nuqtaga qo'yish. Boladan chuqur nafas olishini so'rash. Bunda bosh barmoqlaringiz bolaning qovurg'a ostiga birmuncha kirishi kerak (o'ng tomonda og'riq paydo bo'lishi Ker simptomi musbat ekanligidan dalolat beradi).



14-rasm O't pufagi belgilari

Ortner simptomi

O'ng qo'l qovurg'asi bolaning o'ng qovurg'a ravog'ining tashqi qismi sohasiga joylashtiriladi va uning bo'ylab xanjarsimon o'simta yo'nalishida urib ko'riladi, so'ngra bolaning chap qovurg'a ravog'i bo'ylab xanjarsimon o'simtadan qorinning yon yuzasiga qarab urib ko'riladi (o'ng tomonda og'riq paydo bo'lishi Ortner o't pufagi simptomining musbatligidan dalolat beradi).



15-rasm Ortner simptomi

Yozuv namunasi: "Kera va Ortnerning o't pufagi simptomlari manfiy" yoki "Ker simptomi kuchsiz musbat" yoki "Ker va Ortnerning o't pufagi simptomlari musbat" va hokazo.

Pasternatskiy simptomi

Qo'llarini isitmoq. Chap qo'l kaftini bolaning beliga chap buyrak proyeksiyasi sohasiga yotqizish; O'ng qo'l qovurg'asi bilan chap qo'lning orqa yuzasiga urish;

O'ng buyrak proyeksiyasi sohasida ham xuddi shunday harakatlar o'tkazilsa, urib ko'rilganda og'riq paydo bo'lishi Pasternatskiy simptomining musbatligidan dalolat beradi.

Yozuv namunasi: "Pasternatskiy simptomi har ikki tomonda manfiy" yoki "Pasternatskiy simptomi o'ng tomonda musbat" va hokazo.



16-rasm Pasternatskiy simptomi

MENINGEAL ALOMATLAR

Ensa mushaklarining rigidligi. Bolani chalqancha yotqizish. Chap qo‘lingizni bolaning gardaniga, o‘ng qo‘lingizni esa ko‘krak qafasiga qo‘ying. Bolaning boshini oldinga shunday egish kerakki, u iyagini ko‘krak qafasiga tekkizsin (agar u buni qila olmasa, ensa mushaklarining qattiqligi haqida gapiriladi).

Kernig simptomi

Bolani chalqancha yotqizish. Bolaning oyog‘ini tizza va chanoq-son bo‘g‘imlaridan bukish. Oyoqni tizza bo‘g‘imidan rostlab, yuqoriga ko‘tarishga harakat qiling (agar rostlash imkoni bo‘lmasa, simptom ijobiy hisoblanadi).



17-rasm MENINGEAL ALOMATLAR

Brudzinskiy simptomi (Yuqori)

Bolani chalqancha yotqizish. Qo'lingizni bolaning ensasiga, ikkinchisini esa ko'krak qafasiga qo'ying. Tekshiriluvchining boshini ko'krak qafasi yo'nalishida oldinga keskin egish (agar bolaning oyoqlari tizza bo'g'imlarida sinxron bukilsa, simptom ijobiy bo'ladi).



18-rasm Brudzinskiy simptomi (Yuqori)

Yozuv namunasi: "Meningeal simptom manfiy," yoki "Ensa mushaklarining rigidligi qayd etiladi," yoki "Kernig va Brudzinsokgoning meningeal simptomlari musbat" va hokazo.

CHAQALOQLAR KASALLIKLARI

Umumiy ma'lumotlar. Chaqaloqlar patologiyasi pediatriyaning dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning fiziologik xususiyatlari, o'ziga xos kechadigan patologiyasi va yuqori o'lim darajasi bilan bog'liq bo'lgan neonatal davrga alohida e'tibor qaratiladi. Chaqaloqlar kasallanish strukturasi bo'yicha birinchi o'rinni asfiksiya va markaziy nerv

sistemasining zararlanishi egallaydi, keyin tug‘ma rivojlanish nuqsonlari, chaqaloqlar gemolitik kasalligi, yiringli-septik kasalliklar, pnevmoniyalar turadi.

Chaqaloq asfiksiyasi

Chaqaloq asfiksiyasi – yurak faoliyati mavjud bo‘lgan holda bolaning nafas olish harakatlari yo‘qligi yoki ayrim nomuntazam va samarasiz harakatlari bilan tavsiflanadigan sindrom. Gaz almashinuvining buzilishi qonda (gipoksemiya) va to‘qimalarda (gipoksiya) kislorod yetishmasligi, ortiqcha karbonat kislota (giperkapniya) va to‘liq oksidlanmagan almashinuv mahsulotlari to‘planib, atsidoz rivojlanishi bilan kechadi. Asfiksiyada hayotiy muhim organlar: markaziy nerv va yurak-qon tomir sistemasi, jigar funksiyasi buziladi. Birlamchi asfiksiya (gipoksiya) chaqaloq tug‘ilganda kuzatiladi. Bola tug‘ilganidan keyin birmuncha vaqt o‘tgach paydo bo‘ladigan ikkilamchi gipoksiya deb ataladi.



19-rasm Chaqaloq asfiksiyasi

Bolaning asfiksiya holatida tug‘ilish ehtimolini bashorat qilish uning hayotining birinchi soniyalaridan boshlab "rejali" reanimatsiya yordamiga o‘tish imkonini beradi. Reanimatsiya tadbirlarining kechikishi yoki samarasizligi uzoq muddatli reanimatsiyaga va bosh miya shikastlanishi xavfining ortishiga olib keladi.

Homila va yangi tug‘ilgan chaqaloq asfiksiyasining rivojlanish xavf omillariga quyidagilar kiradi: 1) antenatal (ona qornidagi) davrda - homiladorlarning uzoq muddatli gestozlari, homiladorlikning to‘xtash xavfi, qog‘onoq suvlarining ko‘p yoki kamligi, muddatidan o‘tgan yoki ko‘p homilali homiladorlik, homiladorlikning 2-3-trimestrlarida qon ketishi va yuqumli kasalliklar, onaning og‘ir somatik kasalliklari, homilaning ona qornidagi rivojlanishining kechikishi; 2) intranatal davrda (tug‘ruq paytida) - homilaning anomal oldinda kelishi, yo‘ldoshning muddatidan oldin ko‘chishi, muddatidan oldin tug‘ilish, uzoq vaqt suvsiz davr, cho‘zilgan tug‘ruq, homila boshining onaning kichik chanog‘i o‘lchamlariga mos kelmasligi, kindikning tushib ketishi, tugunlari va o‘ralishi, akusherlik qisqichlaridan foydalanish; homilada yurak, o‘pka va miya kasalliklari; 3) homilador ayol foydalanadigan dori vositalari (antidepressantlar, rezerpin, magniy sulfat, adrenoblokatorlar).

Ikkilamchi (orttirilgan) gipoksiya aspiratsiya, pnevmopatiyalar, bosh va orqa miyaning tug‘ruq jarohatlari, birlamchi asfiksiyani davolashda reanimatsiya choralarining samarasizligi, yurak, o‘pka va miyaning tug‘ma nuqsonlari oqibatida rivojlanishi mumkin. Birlamchi asfiksiyaning klinik manzarasi Yangi tug‘ilgan chaqaloqning holati Virjiniya Apgar shkalasi bo‘yicha beshta eng muhim klinik belgilar bo‘yicha baholanadi (1-jadval). Holat ballar yig‘indisi va har bir belgi bo‘yicha alohida ballar bilan baholanadi. Sog‘lom chaqaloqlar 8–10 ball umumiy bahoga ega bo‘ladi. JSST tasnifiga ko‘ra, asfiksiyaning ikki darajasi farqlanadi: o‘rtacha – umumiy bahosi 6–5 ball va og‘ir – 4–1 ball. Asfiksiyaning o‘rtacha darajasi teri qoplamlarining keskin ifodalanmagan sianoz, aniq, ammo sekinlashgan yurak qisqarishlari, siyrak va yuzaki nafas olish, mushaklarning qoniqarli tonusi, burun kateteri kiritilganiga (yoki oyoq kaftining ta’sirlanishiga) saqlanib qolgan reaksiya bilan tavsiflanadi.

1-jadval

Apgar shkalasi

Belgilari	0 ball	1 ball	2 ball
-----------	--------	--------	--------

Yurak urish tezligi	Yurak urishi yo‘q	Sekinlashish (100 zarba/daqiqadan kam)	100 dan ortiq zarba/
Nafas harakatlari	Mavjud emas	Siyrak, nomuntazam, ayrim talvasali nafas olishlar	Yaxshi, baland qichqiriq
Mushak tonusi	Lanj	Oyoq-qo‘llari biroz bukilgan	Faol harakatlar
Burun kateteriga reaksiya yoki oyoq kafti ta’sirlanishiga refleksi	Mavjud emas	Yuz burushtirish	Yo‘tal, aksirish
Teri rangi	Umumiy rangparlik yoki ko‘karish	Tanasi pushti, oyoqlari ko‘kintir	Hammasi pushti, qizil. daqiqa

Asfiksiyaning og‘ir darajasida chuqur tormozlanish holati kuzatiladi. Chaqaloqlarning teri qoplami oqargan, shilliq pardalari ko‘kargan, nafas olmaydi, yurak tonlari bo‘g‘iq, keskin sekinlashgan (1 daqiqada 60-80 martagacha), aritmik bo‘ladi. Mushaklar tonusi va reflekslar ancha pasaygan yoki butunlay yo‘qoladi. Tug‘ruq zalida yangi tug‘ilgan chaqaloqqa birinchi va reanimatsion yordam ko‘rsatish. Tug‘ruq xonasining neonatal xizmati xavf guruhidagi homilador ayollar to‘g‘risida doimiy ravishda xabardor bo‘lishi kerak, chunki ularning farzandlari reanimatsiya yordamiga muhtoj bo‘lishi mumkin.

Bolaning asfiksiya holatida tug‘ilishi bashorat qilinganda tug‘ruq zalida neonatolog va tayyorlangan bolalar hamshirasini o‘z ichiga olgan reanimatsiya

brigadasi bo'lishi kerak. Tug'ruq blokining yangi tug'ilgan chaqaloqqa reanimatsion yordam ko'rsatishga tayyorligi dori-darmonlar, jihozlar va uskunalarning to'liqligi hamda sterilligi bilan belgilanadi. Tug'ruq bo'limi reanimatsiya yordami ko'rsatish uchun kecha-yu kunduz shay turishi, asbob-uskunalar va jihozlar esa birinchi talab bo'yicha foydalanishga tayyor bo'lishi shart.

Uskunalar va jihozlar bir nechta bloklardan iborat:

- haroratdan himoya qilish - isitgichli reanimatsiya stoli, nurli issiqlik manbai, harorati +38...+40 °C bo'lgan termostatdagi steril issiq yo'rgaklar to'plami, oldindan isitilgan kuvez, tug'ruq zalidagi havo haroratini +24 °C dan past bo'lmagan darajada ushlab turuvchi asboblar;

- nafas yo'llari o'tkazuvchanligini tiklash - elektr so'rg'ich, so'rish uchun kateterlar, havo o'tkazgichlar, tig'li laringoskop, intubatsion naychalar;

- oksigenoterapiya - siqilgan kislorod manbai, uni yetkazib berishning markazlashtirilgan tizimi, kislorod konsentratsiyasi va oqimini tartibga soluvchi uskunalar, havo-kislorod aralashmasini isitgich va namlagich, yuz niqoblari;

- o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi uchun - "Mlada," "Vavulog-2," "Stephan" sun'iy nafas olish apparatlari, "Penlon," "Cardiff," "Amubu" nafas olish qopchalari;

- dori-darmon terapiyasi uchun - qadoqlardagi dori vositalari; kindik venasini kateterizatsiya qilish uchun to'plam (kindik kateterlari, qaychilar, pinsetlar, ipak ligaturalar); turli hajmdagi shprislar, shpris nasosi;

- hayot faoliyatini nazorat qilish - hayotni ta'minlash tizimlarini monitoring qilish uchun mo'ljallangan asboblar;

- xodimlarning shaxsiy himoyasi - sanitariya kiyimlari, qo'lqoplar, himoya ko'zoynaklari, niqob.

Tirik tug'ilish belgilarini baholash bola tug'ilgandan so'ng darhol amalga oshiriladi. Tirik tug'ilishning belgilari quyidagilardan iborat: mustaqil nafas olish, yurak urishi, kindik pulsatsiyasi, mushaklarning ixtiyoriy harakatlari. Tirik tug'ilishning barcha to'rtta belgisi bo'lmasa, bola o'lik tug'ilgan hisoblanadi va reanimatsiya qilinmaydi. Agar bolada tirik tug'ilish belgilaridan hech bo'lmaganda

bittasi bo'lsa, unga zudlik bilan (!) birlamchi va reanimatsion yordam ko'rsatish, hayotining 1-daqiqalari tugab, Apgar shkalasi bo'yicha birinchi baholash o'tkazilishini kutmaslik kerak. Reanimatsiya chora-tadbirlarining hajmi va ketma-ketligi mustaqil nafas olishning ifodalanganligi, yurak qisqarishlari chastotasi va teri rangiga bog'liq.

Apgar shkalasi bo'yicha baholash hayotning 1 va 5-daqiqalari oxirida asfiksiyaning og'irlik darajasini va reanimatsion chora-tadbirlarning samaradorligini aniqlash uchun o'tkaziladi. Keyinchalik, agar reanimatsiya tadbirlarini davom ettirish talab etilsa, baholash hayotning 20-daqiqasigacha har 5 daqiqada takrorlanadi.

Tug'ruq zalida yangi tug'ilgan chaqaloqqa birlamchi va reanimatsion yordam ko'rsatish bosqichlari. Tug'ruq zalida yangi tug'ilgan chaqaloqqa yordam ko'rsatish bosqichlari quyidagicha.

1. Dastlabki tadbirlar. Agar qog'onoq suvlari tiniq bo'lib, asfiksiya rivojlanish xavfi bo'lmasa, bolaning tug'ilgan vaqti belgilanadi, kindik kesilgandan so'ng u nurli issiqlik manbai ostiga qo'yiladi, issiq yo'rgak bilan quruq qilib artiladi (ho'l yo'rgak stolchadan darhol olib tashlanadi) va o'ng yonboshiga yoki yelkasi ostiga bolish qo'yib, boshi biroz orqaga tashlangan holda chalqancha yotqiziladi. Yuqori nafas yo'llaridan ko'p miqdorda shilimshiq ajralganda og'iz-halqumdagi suyuqlik aspiratsiya qilinadi. Yuqori nafas yo'llarini burun orqali sanatsiya qilish maqsadga muvofiq emas. Tor burun yo'llari kateter kiritish uchun to'siq bo'lishi mumkin. U burun orqali yuborilganda bradikardiya rivojlanishi mumkin. Agar og'iz-halqum aspiratsiyasidan keyin bola nafas olmayotgan bo'lsa, oyoq kaftlariga urib yoki orqasini qattiq ishqalab yengil taktil stimulyatsiya qilish kerak, lekin 1-3 martadan ko'p emas. Dastlabki tadbirlarning davomiyligi 20 soniyadan oshmasligi kerak.



20-rasm Tug‘ruq zalida yangi tug‘ilgan chaqaloqqa birlamchi va reanimatsion yordam ko‘rsatish bosqichlari.

Agar asfiksiya xavfi bo‘lsa yoki homila suvi atrofida patologik aralashmalar (mekoniy, qon, loyqa suvlar) bo‘lsa, bosh chiqqanda (yelkachalar tug‘ilgunga qadar) kateter yordamida og‘iz-halqum suyuqligi so‘rib olinadi, so‘ngra bolaning tug‘ilgan vaqti belgilanadi. Tug‘ilgandan keyingi dastlabki soniyalarda kindikka qisqichlar qo‘yiladi va pulsatsiya to‘xtashini kutmasdan kesiladi. Bola nurli issiqlik manbai ostiga yotqiziladi, yelkasi ostida valik bilan chalqanchasiga yotqiziladi, boshi biroz orqaga tashlanib, $15-30^{\circ}$ ga tushiriladi va og‘iz-halqumdagi suyuqlik qayta aspiratsiya qilinadi. To‘g‘ridan-to‘g‘ri laringoskopiya nazorati ostida shifokor elektr so‘rg‘ichga ulangan intubatsion naycha yordamida (kateter bilan emas!) traxeyani sanatsiya qiladi. Shundan keyin bola issiq yo‘rgak bilan quruq qilib artiladi. Dastlabki tadbirlarning davomiyligi 40 soniyadan oshmasligi kerak. Oshqozon tarkibini so‘rish bola tug‘ilganidan keyin kamida 5 daqiqadan keyin amalga oshiriladi. Bu apnoe va bradikardiya paydo bo‘lish ehtimolini kamaytiradi.

2. Tug‘ilgandan keyin bola holatini birinchi marta baholash, taktika. Mustaqil muntazam nafas olish, yurak qisqarishlari soni (YUQS) 100 zarba/daqiqadan yuqori va terining kichik akrotsianozida reanimatsiya tadbirlari to‘xtatiladi va bola kuzatuv tashkil etiladi. YUQS yurak tonlarini auskultatsiya qilish (yurak cho‘qqisidagi

turtkini paypaslash yoki son arteriyalaridagi puls, kindik pulsatsiyasi) yordamida aniqlanadi. YUQS 6 s ichida aniqlanadi va olingan qiymat 10 ga ko'paytiriladi.

Mustaqil nafas olish bo'lmaganda yoki uning samarasizligida (nomuntazam, yuzaki nafas olish), YUQS 100 zarba/daqiqadan kam bo'lganda va sianotik terida o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi ko'rsatilgan.

3. O'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi (O'SV). Chora-tadbirlar yuz niqobi va nafas olish xaltasi yordamida o'pkani shamollatishdan boshlanadi. Nafas olish chastotasi 1 daqiqada 40 ta bo'lishi kerak (15 soniyada 10 ta nafas olish). Gaz aralashmasidagi kislorod konsentratsiyasi – 90–100%. Ventilyatsiyaning boshlang'ich bosqichi davomiyligi 15-30 soniya. Qop yoki niqob bilan ventilyatsiya qilishning samarasizligi endotraxeal intubatsiya uchun ko'rsatma hisoblanadi. O'SV bilan bir vaqtda vena ichiga nalorfin yoki etimizol yuborish bilan nafas stimulyatsiya qilinadi.

O'SV boshlangandan 20-30 s o'tgach, YUQS daqiqasiga 80-100 zarbagacha bo'lsa, O'SV davom ettiriladi. Yurak urish tezligi daqiqasiga 80 martadan kam bo'lganda zudlik bilan yurakni bilvosita massaj qilish boshlanadi.

4. Yurakni bilvosita massaj qilish. U 1,5–2,0 sm amplituda va 1 daqiqada 120 ta siqish (1 soniyada 2 ta siqish) chastotasi bilan 100% kislorod konsentratsiyasiga ega bo'lgan O'SV niqobi fonida o'tkaziladi. Dekompressiya uchun me'da zondi (No 8) kiritiladi. 20-30 soniya davomida massaj samara bermasa, intubatsiya o'tkaziladi va massaj bilan birga apparatli O'SV boshlanadi. Muolajalar samaradorligini teri rangi va son arteriyasidagi pulsga qarab baholash lozim.

5. Dorilar bilan davolash. O'SV fonida yurak massaji samarasiz bo'lganda, yurak faoliyati 30 soniya davomida 0,01% adrenalini eritmasi bilan (0,1–0,3 ml/kg tana vazni hisobidan) rag'batlantiriladi. Yurak urishi bo'lmagan taqdirda preparat darhol, O'SVni boshlash va yurakni bilvosita massaj qilish bilan bir vaqtda yuboriladi. Adrenalinni endotraxeal yoki kindik venasiga (1:1 nisbatda suyultirilgan natriy xloridning izotonik eritmasi bilan) yuborish mumkin. Yuborishni 5 daqiqadan

keyin (3 martagacha) takrorlash mumkin. Bir vaqtning o'zida O'SV va yurakni bilvosita massaj qilish davom ettiriladi.

Agar o'tkir qon yo'qotish yoki gipovolemiya belgilari bo'lsa, aylanayotgan qon hajmini to'ldirish uchun eritmalardan birini (5% li albumin eritmasi, izotonik natriy xlorid eritmasi, Ringer eritmasi) 10 ml/kg hisobida yuborish kerak. Eritma kindik venasiga 5-10 daqiqa davomida yuboriladi. Teri qoplamlarining oqarishi yo'qolganda, YUQS daqiqasiga 80 zarbadan oshganda, arterial bosim oshganda boshqa dori-darmonlar qo'llanilmaydi, yurak massaji to'xtatiladi va adekvat mustaqil nafas olish tiklangunga qadar O'SV davom ettiriladi. Gipovolemiya belgilari saqlanib qolsa, eritma yuborish takrorlanadi.

O'tkazilayotgan tadbirlardan samara bo'lmagan taqdirda, kindik venasiga sekinlik bilan natriy bikarbonatning 4% li eritmasi (2-3 ml/kg hisobida) yuboriladi. Agar YUQS 80 zarba/daqiqadan kam qolsa, yurakni bilvosita massaj qilishni davom ettirish, adrenalin eritmasini va aylanib yuruvchi qon hajmini to'ldirish uchun eritmani qayta yuborish kerak.

6. Reanimatsiya tadbirlarini yakunlash. Tug'ilgandan keyin 20 minut davomida bolada yurak urishi bo'lmasa, reanimatsion tadbirlar to'xtatiladi. Reanimatsiya tadbirlarining ijobiy samarasi O'SV va yurak massajini to'xtatishga asos bo'ladi. Keyingi kuzatuv va davolash intensiv terapiya bo'limida (palatasida) olib boriladi. Noadekvat mustaqil nafas olish, shok, tutqanoq, markaziy sianozda yangi tug'ilgan chaqaloqni intensiv terapiya bo'limiga (palatasiga) transportirovka qilish tug'ruq zalida boshlangan O'SVni to'xtatmasdan amalga oshiriladi.

Reanimatsiyadan keyingi davr. Keyinchalik kompleks davolash intensiv sindromli terapiyaning umumiy tamoyillari bo'yicha olib boriladi. Oksigenoterapiya yuz niqobi, bosh qalpog'i, burun va burun-halqum kanyulalari, intubatsion naycha yordamida amalga oshiriladi. Havо-kislorod aralashmasi 60-80% gacha namlangan va +32...+34 °C gacha isitilgan bo'lishi kerak.

Reanimatsion muolajalardan keyin kritik holatlarda infuzion terapiya ko'rsatilgan. Infuzion eritmalar oyoq-qo'llarning periferik venalariga yuboriladi.

Bosh venalariga infuzion terapiya miya qon oqimida sezilarli o'zgarishlarni, oqim bilan yuborilganda esa qon ketishini (tomirlardagi bosimning keskin o'zgarishi tufayli) keltirib chiqarishi mumkin. Juda zarur bo'lganda eritmalarni yuborish uchun kindik venasidan foydalaniladi.

Glikemiya miqdori aniqlangandan so'ng glyukoza eritmasi yoki fiziologik eritma yuboriladi. Periferik venalarga yuborilganda glyukoza konsentratsiyasi 12,5% dan oshmasligi kerak. Glyukoza eritmasini infuziya qilishning boshlang'ich tezligi 6-8 mg/kg·min dan ko'p emas. Elektrolitlar (natriy, kaliy, kalsiy va boshqalar) miqdori kamayganda natriy xloridning 5-10% li eritmasi, kaliy xloridning 7,5% li eritmasi, kalsiy glyukonatning 10% li eritmasi (oldindan 5% li glyukoza eritmasi yoki natriy xloridning izotonik eritmasi bilan 10 marta suyultiriladi va 1,0 ml/min dan ko'p bo'lmagan tezlikda kiritiladi) tavsiya etiladi. Ko'rsatmalarga ko'ra kardiotrop va vazoaktiv vositalar (dopmin, dobutamin, izoproterinol, adrenalın, eufillin, orsiprenalin, izoptin) qo'llaniladi. Talvasaga qarshi preparatlar qo'llaniladi. Respirator yordam ko'rsatadilar. Buyraklarning ayirish funksiyasiga alohida e'tibor beriladi. Diurez paydo bo'lishiga diuretiklar (laziks, diakarb, veroshpiron) buyurish yordam beradi.

DVS-sindrom rivojlanganda uning bosqichiga qarab qon preparatlari va komponentlari, shu jumladan yangi muzlatilgan plazma va geparin, proteaza ingibitorlari (kontrikal, gordoks, trasilol), komplamin buyuriladi. Anemiyani davolash yuvilgan eritrotsitlar yoki bir guruhli eritrotsitar massa bilan, trombositopeniyani esa donorlik bir guruhli trombositlar konsentrati bilan olib boriladi. Ko'rsatmaga ko'ra glyukokortikoidlar, angioprotektorlar (troksevazin) qo'llaniladi. Homila ichi infeksiyalanish xavfi yuqori bo'lganda antibiotiklar buyuriladi.

Monitoring kuzatuvı dasturi. Sutkasiga bir necha marta bolaning tana vazni aniqlanadi. Infuzion terapiya fonida tana vaznining ortishi xavflidir. Nafas olish chastotasi, yurak qisqarishlari, arterial bosimni nazorat qilish qon tomir o'zanining suyuqlik bilan zo'riqishining oldini olish imkonini beradi. Yangi tug'ilgan

chaqaloqqa qon zardobi, gemostaz tizimi, siydikni biokimyoviy tekshirish ko'rsatiladi. Hayotining birinchi soatlaridan boshlab chaqaloqning soatlik diurezi aniqlanadi. U birinchi sutkada 0,3–0,5 ml/kg·soat, 2–3-sutkada 1,5–2 ml/kg·soat bo'lishi kerak. Bola hayotining 5–6-soatiga kelib diurezga erishilgan ma'qul.

Ikkilamchi asfiksiyaning oldini olish. Ikkilamchi asfiksiyaning oldini olish uchun bolalarni sovuq qotish va qizib ketishdan asrash, meteorizmda o'z vaqtida yordam ko'rsatish lozim. Bola nafas ololmay qolganda qoshiqcha bilan yoki zond orqali ovqatlantiriladi. Ovqatlantirishdan oldin va keyin oksigenoterapiya o'tkaziladi. Aspiratsiyaning oldini olish uchun emizish texnikasiga rioya qilish, ovqatlangandan so'ng bolaning boshini ko'targan holda 1 soat davomida yonboshda yotishini ta'minlash lozim.

Asoratlar. Erta va kechki asoratlar farqlanadi. Erta asoratlar orasida (ular hayotning birinchi soatlarida, bir sutkasida rivojlanadi) markaziy asab tizimining shikastlanishi (shish, miya ichiga qon quyilishi, miya nekrozi), pnevmopatiyalar (shish, o'pkadan qon ketishi, aspiratsion sindrom), oshqozon-ichak traktining shikastlanishi (ichak tutilishi, parez, nekrozlovchi enterokolit), buyrak funksiyasining buzilishi ustunlik qiladi. Kechki asoratlar (hayotning birinchi haftasi oxiridan va undan keyin kuzatiladi) nevrologik patologiya (ensefalopatiya, gipertenzion-gidrotsefal, tutqanoq sindromlari), infeksiyalar (pnevmoniya, meningit, sepsis), kislorod terapiyasi oqibatlarini - ko'z (retinopatiya) va o'pkaning shikastlanishini o'z ichiga oladi.

Tug'ruq travmasi

Tug'ruq jarohati - tug'ruq paytida homila to'qimalari va a'zolarining shikastlanishi bo'lib, u ona qornidagi yoki tug'ruq davridagi patologiya tufayli yuzaga keladi.

To'qima va organlarning shikastlanishi tabiiy tug'ruq paytida sodir bo'lishi mumkin. Homila shikastlanishi xavfini tug'ruq akti patologiyasi va asoratlari, akusherlik aralashuvlari, jarrohlik ta'siri oshiradi.

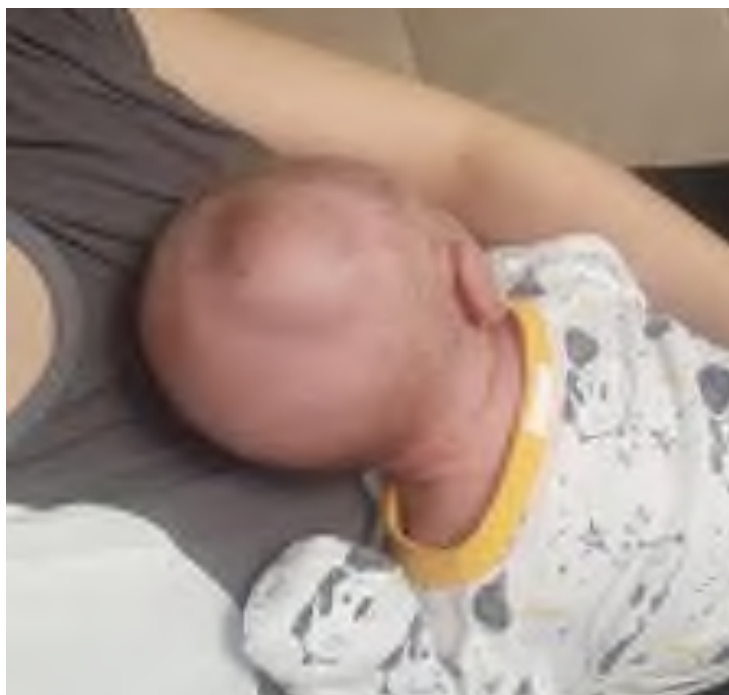


21-rasm Tug‘ruq travmasi

Tug‘ruq paytida asab tizimi, yumshoq to‘qimalar, suyaklar va ichki a‘zolarining shikastlanishi farqlanadi. Asab tizimining tug‘ruq jarohati markaziy asab tizimi (bosh va orqa miya), periferik asab tizimi (qo‘l, diafragma, mimik mushaklarning akusherlik parezlari) shikastlanishlarini o‘z ichiga oladi. Chaqaloqlar patologiyasida suyaklar (o‘mrov, son, boldir) sinishi katta o‘rin tutadi. Og‘ir tug‘ruqlarda ichki a‘zolarining jarohatlanishi va shikastlanishi, mushaklarning yirtilishi, keyinchalik qon quyilishi va gematoma hosil bo‘lishi mumkin. Yumshoq to‘qimalarning eng ko‘p zararlanishi tug‘ruq o‘smasi va kefalogematomadir.

Tug‘ruq o‘smasi fiziologik hodisa bo‘lib, homilaning oldinda yotgan qismi yumshoq to‘qimalarida shish va qon aylanishining buzilishi bilan tavsiflanadi. Boshda tug‘ma o‘sma hosil bo‘lganda, u odatda bitta suyakdan tashqariga ham tarqaladi. Homilaning boshqa qismlari oldinda yotganida tug‘ruq o‘smasi mos ravishda yuz, dumba, oraliq yoki boldirda paydo bo‘ladi. Tug‘ilgandan 2-3 kun o‘tgach, o‘sma odatda davolanishni talab qilmasdan so‘rilib ketadi.

Kefalogematoma tepa, kamdan-kam hollarda ensa, peshona yoki chakka suyaklari sohasida joylashgan suyak usti pardasi osti qon quyilishidir



22-rasm *Tug‘ruq o‘smasi*

Suyak usti pardasining ko‘chishi bosh yorilgan paytda harakatlenganda, kamdan-kam hollarda bosh suyagi yorilganda yuzaga keladi. Kefalogematoma chegaralari hech qachon bitta suyakning chok chiziqlaridan tashqariga chiqmaydi. Qon quyilishi og‘riqsiz, pulsatsiyalanmaydi, avvaliga elastik konsistensiyaga ega, keyin flyuktuatsiyalanadi, periferiyasi bo‘ylab zich valik bilan o‘ralgan. Gematoma ustidagi teri yuzasi o‘zgarmagan, ba‘zan petexiyalar paydo bo‘ladi. Hayotning birinchi kunlarida qon quyilishi ko‘payishi mumkin. 7–10 kundan keyin gematoma so‘rila boshlaydi. Ba‘zan bu jarayon uzoq davom etishi va bir necha oyga cho‘zilishi mumkin. Massiv kefalogramatmalar kamqonlik, gemolitik sariqlik, yiringlash bilan asoratlanadi.

Davolash qon ketishini to‘xtatish va tomir devorini mustahkamlashga qaratilgan (K vitamini, kalsiy xlorid, askorutin, bosuvchi bog‘lamlar qo‘llash, boshga sovuq qo‘yish). 10 kundan ortiq cho‘zilgan tarang kefalogramatmalarda nekroz va suyakning so‘rilishini oldini olish uchun jarrohlik yo‘li bilan davolash ko‘rsatilgan.

Markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi

Perinatal patologiya - bu homiladorlikning 28-haftasidan yangi tugʻilgan chaqaloq hayotining 7-kunigacha yuzaga keladigan patologiya.

Hozirgi kunda markaziy asab tizimining shikastlanishiga olib keladigan perinatal patologiyalar soni ortib bormoqda:

1. Miya gipoksiyasi 4 7%
2. Anomaliyalar (miya displaziyasi) - 28%
3. TORCH infeksiyalar 19% (toksoplaz.11 oz + qizilcha + sitomegaloviruslar + herpes + boshqa infeksiyalar) Herpes virusi teratogen xususiyatlari boʻyicha qizilchadan keyin 2-oʻrinni egallaydi.
4. Irsiy almashinuv kasalliklari: fenilketonuriya (FKU), glakozemiya, leytsinoz ("zarang sharbati" kasalligi).

"MNSning perinatal shikastlanishi (MNS tugʻruq jarohati, kalla ichi tugʻruq jarohati)" atamasi ostida, birinchi navbatda, bosh miyada qon quyilishlar (kalla ichi qon quyilishlari) va toʻqima destruksiyasi (gipoksik-ishemik ensefalopatiya) koʻrinishidagi chuqur patomorfologik oʻzgarishlar tushuniladi. Kalla ichi qon quyilishlari (KIIQ) kelib chiqishiga koʻra travmatik va gipoksik turlarga boʻlinadi. Gipoksik-ishemik ensefalopatiya (GIE) - perinatal gipoksiya tufayli kelib chiqadigan miya shikastlanishi boʻlib, harakat buzilishlari, tutqanoqlar, ruhiy rivojlanishning buzilishiga olib keladi.

Markaziy asab tizimi tugʻruq jarohatining asosiy sababi homilaning ante- va intranatal davrdagi oʻtkir yoki uzoq muddatli gipoksiyasi hisoblanib, u miyaga qon quyilishi yuzaga kelishiga zamin yaratadi. Homiladorlik davridagi har qanday noxushlik onada homila uchun, avvalo, gipoksiyaga aylanadi. Tugʻruq paytida bosh miya jarohati va gipoksiya patogenetik jihatdan bir-biri bilan bogʻliq va odatda birga uchraydi, bunda baʼzi hollarda bosh miya toʻqimalari va VCHK shikastlanishi ogʻir gipoksiya oqibati boʻlsa, boshqa hollarda uning sababi hisoblanadi.

Chaqaloqlarda markaziy asab tizimining shikastlanishi turli xil klinik va morfologik oʻzgarishlar bilan tavsiflanadi - gemoliktotsirkulyatsiyaning buzilishida

yengil funksional buzilishlardan tortib, diffuz shish va massiv VCHKda miya va hayotiy funksiyalarning qo‘pol shikastlanish belgilarigacha.

Etiologiyasi. MNT shikastlanishining eng ko‘p uchraydigan sabablari kislorod yetishmovchiligi (gipoksiya, asfiksiya), turli infeksiyalar va intoksikatsiyalar, miyaning mexanik shikastlanishi (siqilish, ezilish, to‘qimalarning yorilishi va qon quyilishi), irsiy moddalar almashinuvi kasalliklari, miya anomaliyalaridir. Homilaga mexanik ta’sirlar homila va ona chanog‘i o‘lchamlari o‘rtasida sezilarli nomuvofiqlik bo‘lganda, oldinda yotish anomaliyalarida, cho‘zilgan yoki shiddatli tug‘ruqlarda, shuningdek, akusherlik tug‘ruq operatsiyalari va qo‘llanmalar texnikasi buzilganda yuzaga keladi.

Patogenezi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda asab tizimining shikastlanishi turli xil klinik va morfologik o‘zgarishlar bilan tavsiflanadi - gemolikvorotsirkulyatsiya buzilishlarida yengil funksional buzilishlardan tortib, diffuz shish va katta hajmli kalla ichiga qon quyilishlarida miya va hayotiy funksiyalarning qo‘pol shikastlanish alomatlarigacha.

Klinik manzara. Kasallik kechishining quyidagi davrlari farqlanadi: o‘tkir (7-10 kun, chala tug‘ilgan chaqaloqlarda 1 oygacha), erta tiklanish davri (4-6 oygacha), kech tiklanish davri (1-2 yilgacha) va qoldiq holatlar davri (2 yoshdan keyin).

Bosh miyaning shikastlanishi tug‘ruqdan so‘ng darhol yoki hayotning 2-4-kunlarida namoyon bo‘ladi. Klinik simptomatika MNS va ichki a‘zolarining zararlanish belgilaridan iborat.

MNT zararlanish belgilari chaqaloqning nevrologik holatini baholash orqali aniqlanadi. Uni aniqlash uchun quyidagi ko‘rsatkichlardan foydalaniladi: 1) harakat faolligi; 2) mushaklar tonusining holati; 3) chaqaloqning shartsiz fiziologik reflekslari borligi va ularning kuchi; 4) patologik nevrologik belgilar - umumiy miya va o‘choqli. Kasallikning o‘tkir davrida umumiy miya buzilishlari (tushkunlik sindromi va giperqo‘zg‘aluvchanlik sindromi) ustunlik qiladi, miyaning o‘choqli shikastlanish belgilari ikkinchi o‘ringa tushib qoladi.

Depressiya sindromi umumiy lanjlik, harakat faolligining keskin pasayishi, yaqqol mushak gipotonyasi, reflekslarning pasayishi yoki yo'qligi bilan namoyon bo'ladi. MNT shikastlanishining eng og'ir ko'rinishi komatoz holatdir.

Giperqo'zg'aluvchanlik sindromi bezovtalik, yuqori harakat faolligi, umumiy giperesteziya bilan tavsiflanadi. Bolaning qo'llari va iyagi titraydi, mushaklar gipertenziyasi, ensa mushaklarining rigidligi, quloqni teshib yuborgudek qichqiriq, ingrash paydo bo'ladi.

Talvasa sindromi tonik va klonik xarakterdagi mahalliy yoki tarqalgan talvasalar bilan ifodalanadi.

Miyaning o'choqli zararlanishi "botayotgan quyosh" simptomi, nistagm, ptoz, ekzoftalm, yuz, burun-lab burmalari, til, ko'z tirqishlari asimmetriyasi, qo'l-oyoqlar parezi, mushaklar tonusi va reflekslar asimmetriyasi bilan namoyon bo'ladi.

Og'irlik darajasiga ko'ra kasallikning yengil, o'rtacha og'ir va og'ir shakllari farqlanadi. Kasallikning yengil shaklida markaziy asab tizimining shikastlanishi nospetsifik belgilar bilan kechadi. Og'ir hollarda MATning keskin susayishi, talvasalar kuzatiladi. Nafas, yurak-qon tomir va buyrak usti bezi yetishmovchiligi, ichak parezi rivojlanadi.

Erta tiklanish davrida astenonevrotik, gipertenzion va gidrotsefal sindromlar shakllanadi. Astenonevrotik sindromda yuqori qo'zg'aluvchanlik ustunlik qiladi, mushaklar gipo- yoki gipertonyasi bilan harakat buzilishlari kuzatiladi. Gipertonus bukuvchi va yozuvchi mushak guruhlarini hamda sonning yaqinlashtiruvchi mushaklarini qamrab olishi mumkin.

Gipertenziya sindromi markaziy asab tizimining qo'zg'alishi va umumiy giperesteziya belgilarining kalla ichi bosimining oshishi bilan birgalikda namoyon bo'lishidir. Orqa miya punksiyasida likvor oqim bilan yoki tez-tez tomchilab oqadi. Bosh aylanasing o'sish sur'ati me'yorning yuqori chegarasidan oshmaydi.

Gidrotsefal sindrom likvorning ortiqcha ajralishi yoki so'rilishining buzilishiga bog'liq. Klinik jihatdan bosh o'lchamining fiziologik me'yordan ortib borishi (hayotning birinchi choragida har oyda 2 sm dan ortiq), kalla choklarining

ajralishi, boshning sochli qismida yaqqol venoz to‘r, katta liqildoqning kattalashishi va bo‘rtib chiqishi bilan namoyon bo‘ladi. Yuqori qo‘zg‘aluvchanlik, quloqni teshadigan qichqiriq, ko‘z belgilari kuzatiladi, mushaklar tonusi o‘zgaradi (gipoyoki gipertonus). Keyinchalik psixomotor rivojlanish sur‘atining kechikishi xarakterlidir.

Diagnostikasi. Tashxisni tasdiqlash uchun onaning sog‘lig‘i, uning akusherlik-ginekologik anamnezi, homiladorlik va tug‘ruqning kechishi, bola kasalligining klinik manzarasi hisobga olinadi. Tashxis usullari sifatida bosh miyaning ultratovush tekshiruvi, oftalmoskopiya, bosh suyagi, umurtqa pog‘onasining rentgenologik tekshiruvi, orqa miya punksiyasi qo‘llaniladi.

Davolash. Davolash tug‘ruq zalida reanimatsiya tadbirlarini o‘tkazishdan boshlanib, intensiv terapiya palatasida, so‘ngra ixtisoslashtirilgan bo‘limda davom ettiriladi.

Kasallikning o‘tkir davrida u miya shishi va qon ketishini bartaraf etishga, avaylovchi rejim yaratishga qaratilgan. Davolash chora-tadbirlariga quyidagilar kiradi: dehidratatsiya o‘tkazish (mannitol, laziks, plazma, reoglyuman, deksametazon va boshqalar); talvasa sindromini bartaraf etish va oldini olish (seduksen, fenobarbital); tomir devori o‘tkazuvchanligini pasaytirish (askorbin kislotasi, rutin, kalsiy glyukonat); aylanib yuruvchi qon hajmini saqlab turish (albumin, reopoliglyukin); miokardning qisqarish qobiliyatini yaxshilash (kokarboksilaza, panangin); asab to‘qimasi metabolizmini me‘yorlashtirish va uning gipoksiyaga chidamliligini oshirish (glyukoza, ATF, lipoy kislotasi, alfa-tokoferol, glyutamin kislotasi). Jarohatlangan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar sindromli terapiyaga muhtoj bo‘ladilar: asab-reflektor qo‘zg‘aluvchanligining kuchayishi, talvasalar, nafas va yurak-qon tomir yetishmovchiligi, isitmalarni bartaraf etish zarur.

Tiklanish davridagi davolash yetakchi nevrologik sindromni bartaraf etishga va nerv hujayralaridagi trofik jarayonlarni rag‘batlantirishga qaratilgan. B guruhi vitaminlari, serebrolizin, ATF, aloe ekstrakti ishlatiladi. Nootrop preparatlar: piratsetam, aminimalon, pantogam, fenibut, ensefabol, piriditol qo‘llaniladi. O‘tkir

davrda boshlangan dehidratatsion terapiya davom ettiriladi. Miyada qon aylanishini yaxshilash uchun kavinton, stugeron, trental ishlatiladi. Davolashning fizioterapevtik usullari, massaj, davolash jismoniy tarbiyasi, igna terapiyasi keng qo'llaniladi. Dori-darmon, ortopedik, logopedik va ijtimoiy reabilitatsiya o'tkazilmoqda.

Parvarish. Kasallikning o'tkir davrida bolaga to'liq tinchlik berish kerak. Palatada baland ovozda gaplashish, taqillatish, keskin harakatlar qilish mumkin emas. Jarohatlangan bolalarni iloji boricha kamroq bezovta qilish, og'riqli muolajalarni cheklash, ko'rik va parvarish qilish muolajalarini karavotchada o'tkazish kerak. Bolani bir necha kun davomida kuvezga yotqizish tavsiya etiladi. Unga yonboshda gorizontal holat beriladi. Miya to'qimasining kislorodga bo'lgan talabi katta bo'lganligi sababli, kislorod yetkazib berish ta'minlanadi. Shifokor ko'rsatmasiga binoan bosh miya gipotermiyasi qo'llaniladi. Shu maqsadda maxsus "Xolod-2" apparatidan foydalaniladi yoki bolaning boshi ustiga muz solingan pufakcha osib qo'yiladi, oyoqlariga grelka qo'yiladi. Ovqatlantirish usuli holatning og'irligiga bog'liq (zond, qoshiqcha, holat yaxshilanganda – hamshira nazorati ostida ko'krakka qo'yish). Muvaffaqiyatli davolashning muhim sharti bolani ona suti bilan boqishdir. Kasal bolaning tez-tez qayt qilib turishi nihoyatda xavflidir. Asfiksiyaning oldini olish uchun shilliq va qayt qilinayotgan massalarni o'z vaqtida so'rib olish zarur. Teri va shilliq qavatlarni parvarish qilish ayniqsa puxta bo'lishi kerak. Teri quruq va distrofik o'zgargan bo'lsa, unga steril o'simlik moyi va A vitamini bilan ishlov beriladi. Og'iz va lablarning shilliq pardasi zarur bo'lganda natriy xloridning izotonik eritmasi yoki glyukoza eritmasi bilan namlanadi, shox pardani namlash uchun ko'zga A vitamini tomiziladi.

Prognoz. MNT shikastlanishining haqiqiy og'irligini hayotning 4-6 oyidan oldin aniqlash mumkin emas. Bolalar serebral falaji, kuchayib boruvchi gidrotsefaliya, epilepsiya, ruhiy rivojlanishning kechikishi og'ir oqibatlarga olib keladi. MNTning perinatal shikastlanishini boshdan kechirgan bolalarda bosh og'rig'i, nozik harakatlar koordinatsiyasining buzilishi, nutq buzilishlari, tiklar, tez

asab-ruhiy toliqish, diqqat yetishmasligi va giperaktivlik sindromi, ko‘rish va eshitish analizatorining shikastlanishi uzoq vaqt saqlanib qoladi.

Orqa miyaning tug‘ruq jarohatlari. Bosh miya jarohatlariga qaraganda ancha ko‘proq uchraydi. Chala tug‘ilgan bolalarda ular qo‘polroq namoyon bo‘ladi. Klinik manzarasi zararlanish darajasi va turiga bog‘liq. Shikastlanishning yetakchi belgilari harakat buzilishlaridir. Bolalarning psixik rivojlanishi odatda buzilmaydi. Bo‘yinning yuqori qismi jarohatlanganda spastik tetraparez, bulbar buzilishlar (sutning burundan oqishi, emish paytida tipirchilash, yig‘lashning yumshoq ohangi, "qo‘g‘irchoq qo‘l," "tushayotgan bosh," "qiyshiq bo‘yin" simptomlari) kuzatiladi. Orqa miyaning bo‘yin yo‘g‘onlashuvining oldingi shoxlari hujayralari sohasidagi jarohatlari qo‘llarning akusherlik falajlari paydo bo‘lishiga; orqa miyaning ko‘krak qismi jarohati esa nafas mushaklari funksiyasining buzilishiga va nafas yetishmovchiligining rivojlanishiga olib keladi. Bel-dumg‘aza sohasining zararlanishi oyoqlarning sust falajlanishi, chanoq a‘zolari funksiyasining buzilishi bilan xarakterlanadi.

Umurtqa pog‘onasi shikastlanganda tinch holat, immobilizatsiya, cho‘zish ko‘rsatilgan. Nerv trofikasini yaxshilovchi vositalar buyuriladi. Falajlar mavjud bo‘lganda davolashning fizioterapevtik usullari, massaj, davolash jismoniy tarbiyasi, igna bilan davolash ko‘rsatilgan.

Prenatal xavf omillarini baholash

Prenatal davrdagi xavf - bu homila yoki yangi tug‘ilgan chaqaloqning nobud bo‘lish xavfi, anomaliyalar va nuqsonlarning paydo bo‘lishi, shuningdek, boshqa patologiyalarning rivojlanish ehtimoli. U ona organizmining noqulay omillari, tashqi muhit va homila ichki muhitining buzilishi ta’sirida yuzaga keladi.

Homilador ayollar konsultatsiyasiga birinchi marta tashrif buyurganda (u buni homiladorlikning erta muddatlarida - 12 haftagacha qilishi kerak) klinik va laboratoriya tekshiruvlaridan so‘ng uning qaysi xavf guruhiga mansubligini aniqlash lozim. Buning uchun turli prenatal xavf omillarining ahamiyatini baholashning balli tizimidan foydalanish mumkin(2-jadval).

Xavf guruhiga mansubligini ahamiyatini baholashning balli tizimi

Xavf omillari	Ballar
1. Ijtimoiy-biologik:	
Onaning yoshi	
20 yoshgacha	2.
30-34 yosh	2.
35-39 yosh	3.
40 yosh va undan yuqori	4.
Otaning yoshi 40 va undan katta	2.
Kasbiy zararlar	
onamnikida	3.
otangnikida.	3.
Onaning zararli odatlari	
kuniga 1 quti sigaret chekish	1.
apkogopeni suiiste'mol qilish	2.
Otasining spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishi	2.
Hissiy zo'riqishlar	1.
Onaning bo'yi va tana vazni	
bo'yi 150 sm va undan kam	2.
og'irligi me'yordan 25% yuqori.	2.
Jami ballar	
2. Akusher-ginekologik anamnez	
Tenglik	
4-7 tug'ruq	1.
8 va undan ortiq	2.
Birinchi haqiqiy tug'ruqdan oldingi abortlar	
1.	2.

2. 3 va undan ortiq Takroriy tug‘ruqdan oldingi abortlar erta tug‘ruqdan keyingi abortlar 3 va undan ortiq Muddatidan oldin tug‘ruq	3. 4. 2.
1. 2 va undan ortiq O‘lik tug‘ilish	2. 3.
1. 2 va undan ortiq Neonatal davrda o‘lim	3. 8.
1. 2 va undan ortiq Bolalarda rivojlanish anomaliyasi	2. 7. 3.
Nevrologik buzilishlar Muddatida tug‘ilgan bolalar massasi 2500 g gacha va 4000 g va undan ortiq.	2. 2.
Bepushtlik 2-4 yil davomida 5 yil va undan ortiq	2. 4.
Operatsiyadan keyingi bachadon chandig‘i Bachadon va tuxumdon o‘smalari Istmo-servikal yetishmovchilik Bachadon rivojlanish nuqsonlari	3. 3. 2. 3.
Jami ballar	
3. Onaning ekstragenital kasalliklari Qon aylanishining buzilishsiz yurak-qon tomir nuqsonlari yurak nuqsonlari va qon aylanishining buzilishi	3. 10

gipertoniya kasalligining I -II -II bosqichlari	2-8-12
vegetativ-tomir distoniyasi	2.
Buyrak kasalliklari	
homiladorlikdan oldin	3.
homiladorlik paytida kasallikning kuchayishi	4.
Endokrinopogiya	
diabet	10
qarindoshlarda qandli diabet	1.
qalqonsimon bez kasalliklari	7.
buyrak usti bezi kasalliklari	7.
Kamqonlik	
gemoglobin (g/l) 90-100-110	4-2
Koagulopatiyalar	2.
Miopiya va boshqa ko‘z kasalliklari	2.
Surunkali o‘ziga xos infeksiyalar (sil, brutsellyoz, zaxm, toksoplazmoz va b.)	2.
Homiladorlikda o‘tkir infeksiyalar	2.
	Jami ballar
4. Homiladorlik asoratlari	
Yaqqol ifodalangan Homiladorlarning erta toksikozi	2.
Homiladorlarning kech toksikozi	
istisqo	2.
I-II-III darajali nefropatiya	3-5-10
preeklampsiya	11.
eklampsiya	12
Homiladorlikning I va II yarmida qon ketishi	3-5
Rh- va ABO - ona va homila qonining mos kelmasligi	5-10
Ko‘p suvlilik	4.
Kamsuvlik	3.

Homilaning chanoqdan oldinda yotishi	3.
Serpushtlik	3.
Muddatidan o'tgan homiladorlik	3.
Homilaning noto'g'ri holati (ko'ndalang, qiyshiq)	3.
Jami ballar	
5. Homila holatini baholash	
Homila gipotrofiyasi	10
Ppoda gipoksiyasi	4.
Sutkalik siydikdagi esterol miqdori	
30 haftada kuniga 17 mkmol.	34
40 haftada 42 mkmol/sut.	15
Amnioskopiya suvning o'zgarishi	8.
Jami ballar	

Yuqori xavf guruhiga prenatal omillarning umumiy bahosi 10 ball va undan yuqori, o'rtacha xavf 5 ball, past xavf - 4 ballgacha bo'lgan homiladorlar kiradi.

Yuqori xavf guruhidagi homilador ayollar ayollar maslahatxonasida tegishli mutaxassislarni jalb qilgan holda (zarurat tug'ilganda) sinchiklab tekshiruvdan o'tkazilishi lozim. Ularni kuzatish individual reja asosida amalga oshiriladi. ayrim hollardahomiladorlikni saqlab qolishning maqsadga muvofiqligi masalasi hal qilinadi.

Barcha guruhlarda xavf ehtimoli uch marta hisobga olishda, homiladorlikning o'rtalarida va tug'ruq jarayonida aniqlanadi. Homiladorlik kechishi bilan, odatda, tug'ruq davriga kelib past xavf guruhi kamayib, o'rta va yuqori xavf guruhi ko'payib borishi kuzatildi.

Chaqaloqlar gemolitik kasalligi

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi (CHGK) - bu ona va homila qonining eritrotsitar antigenlar bo'yicha mos kelmasligi natijasida homila va

yangi tugʻilgan chaqaloq eritrotsitlarining gemolizi (parchalanishi) natijasida yuzaga keladigan kasallik.

Etiologiyasi. CHGK asosan ona va homila qonining rezus-omil boʻyicha, kamroq hollarda guruh antigenlari (AVO) boʻyicha va yanada kamroq hollarda boshqa antigen tizimlari boʻyicha mos kelmasligi natijasida yuzaga keladi. Rezus-konflikt rezus-manfiy ayol rezus-musbat homila bilan homilador boʻlganda yuzaga keladi. AVO - ziddiyat onada O (I) qon guruhi va homilada A (P) yoki B (III) boʻlganda kuzatiladi. Rezus-manfiy ayolning oldindan sensibilizatsiyalanishi (homiladorlikdan oldin qon quyilishi) katta ahamiyatga ega. Kasallikning rivojlanishida yoʻldosh muhim rol oʻynaydi. Sogʻlom ayolning normal yoʻldoshi homiladorlik davrida antitelolar uchun oʻtkazuvchan emas. Yoʻldoshning toʻsiq funksiyasi faqat homiladorlikning turli kasalliklari va patologik holatlarida, shuningdek, tugʻruq paytida pasayadi.

Patogenezi. Homila organizmidan rezus-antigen rezus-manfiy ona qoniga oʻtib, oʻziga xos antitanachalar hosil boʻlishiga olib keladi. Antirezus-antitelolarning platsenta orqali homila qoniga qisman oʻtishi spetsifik antigen-antitelo reaksiyasiga olib keladi, buning natijasida eritrotsitlar gemolizga uchraydi. Eritrotsitlarning parchalanishi natijasida hosil boʻlgan erkin (bilvosita, toksik) bilirubin odatdagi sharoitda jigarda bogʻlangan (bevosita, toksik boʻlmagan) bilirubinga aylanadi va ichakka ajraladi. Agar eritrotsitlarning parchalanish tezligi jigarning zaharli bilirubinni zararsizlantirish qobiliyatidan oshib ketse, u qon oqimida toʻplanib, sariqlik rivojlanishiga olib keladi. Bilvosita bilirubin neyrotoksik zahar hisoblanadi, shuning uchun kritik darajaga yetgach, gematoensefalik toʻsiqdan oʻtib, poʻstloq osti yadrolari va bosh miya poʻstlogʻini shikastlaydi, yadro sariqligi rivojlanadi.

Klinikasi. CHGKning uchta shakli farqlanadi: shishli, sariqlik va kamqonlik.

Shish shakli eng ogʻir boʻlib, koʻpincha homilaning ona qornida nobud boʻlishiga olib keladi yoki chaqaloqlar katta shishlar bilan chala tugʻiladi. Bunday bolalarning terisi juda oqargan, biroz sargʻish mumsimon yoki sianotik tusda boʻladi. Yuz shishganligi sababli oysimon koʻrinishga ega. Tana va qoʻl-oyoqlarda

shish yaqqol seziladi. Bo'shliqlarda erkin suyuqlik aniqlanadi. Jigar va taloq kattalashgan. Bolalar, odatda, tug'ilganidan keyingi dastlabki soatlarda vafot etadi.



Chaqaloqlar gemolitik kasalligi

Sariqlik shakli eng ko'p uchraydi. Uning ifodalanish darajasi og'ir, o'rtacha va yengil bo'lishi mumkin. Uning asosiy belgilari - erta sariqlik, anemiya va gepatosplenomegaliya. Sariqlik tug'ilganda yoki birinchi, kamdan-kam hollarda ikkinchi sutkada namoyon bo'ladi, jadal rivojlanadi, jigar va taloq o'lchamlari kattalashadi. Bilirubin intoksikatsiyasi kuchayib borgan sari bolalarning ahvoli og'irlashadi: ular lanj, uyquchi bo'lib qoladilar, fiziologik reflekslar susayadi. 3-4-sutkada bilirubin darajasi kritik ko'rsatkichlarga yetishi mumkin va yadroviy sariqlik belgilari paydo bo'ladi (ensa mushaklarining rigidligi, talvasalar, "botayotgan quyosh" simptomi, "miya" qichqirig'i, katta liqildoqning taranglashuvi va boshqalar). Hayotining 1-haftasi oxiriga kelib, xolestaz munosabati bilan o'tning ichakka ajralishi buziladi ("o'tning quyushish sindromi"). Teri yashil tusga kiradi, axlat rangsizlanadi, siydik qorayadi, qonda bevosita bilirubin miqdori ko'payadi.



Chaqaloqlar gemolitik kasalligi

Anemik shakli nisbatan yengil kechadi. Bolada tug‘ilgandan keyin 1-hafta oxiriga kelib teri qoplamlarining oqarishi kuzatiladi. Sariqlik fiziologik sariqlikdagidan ortiq bo‘lmaydi. Jigar va taloq kattalashgan. Bolaning umumiy ahvoli kam o‘zgaradi. Qonda gemoglobin va eritrotsitlar kamayib, yetilmagan formalar ko‘payishi aniqlanadi. Bilirubin miqdori biroz oshgan.

Tashxislash. Ota-ona qonining mos kelmasligi va oilaviy anamnezdan tashqari, homiladorlik paytida antitanachalar titrining o‘zgarishini ham hisobga olish zarur (homiladorlikning uchinchi oyigacha antitanachalar titrining oshishi ayolning oldingi sezuvchanligidan, 4-oydan keyin esa haqiqiy homiladorlikda immunizatsiyadan dalolat beradi). Homila atrofi suvlarining UTT tekshiruvi o‘tkaziladi. Bola tug‘ilgandan so‘ng qon guruhi va rezus-omil, gemoglobin va eritrotsitlar miqdori, kindik qonidagi bilirubin miqdori va zarur bo‘lsa, uning keyingi soatlik o‘sishi aniqlanadi.

Davolash CHGK kompleks bo‘lishi, bemor bolaning qoni va to‘qimalaridan rezus-antitelalar va bilirubinni chiqarib tashlashga, metabolizmni me‘yorlashtirishga hamda hayotiy muhim a‘zolar va tizimlarning funksional holatini yaxshilashga qaratilgan bo‘lishi lozim.

Konservativ davolashga infuzion terapiya o'tkazish; gemoliz sur'atini pasaytiruvchi preparatlar (alfa-tokoferol, ATF, glyukoza); bilirubin almashinuvi va chiqarilishini tezlashtiruvchi preparatlar (fenobarbital); adsorbentlar (karbolen); bilirubinning teri yuza qatlamlarida fotokimyoviy oksidlanishiga asoslangan fototerapiya; vitaminoterapiya (B1, B2, C) kiradi.

Kasallikning og'ir shakllarida eng samaralisi qon almashtirish (QQA) hisoblanadi. Yangi konservalangan bir guruhli rezus-manfiy qon quyiladi (100-150 ml/kg). Operatsiya davomida bolaning 70% qoni almashtiriladi. Kuchli anemiyada eritrotsitar massa qo'llaniladi. Zarurat tug'ilganda, ZPK takrorlanadi. GTB bilan og'rigan bolalarni ovqatlantirish birinchi kunlarda donor yoki pasterizatsiya qilingan ona suti bilan o'tkaziladi (pasterizatsiya qilinganda antitelolar parchalanadi). Umumiy ahvoli qoniqarli bo'lganda bola hayotining 5-7-kunidan boshlab emizish mumkin. GTBni boshdan kechirgan bolalar pediatr, psixonevrolog, otolaringolog nazoratida bo'lishlari kerak. Qon dinamikasini kuzatib borish kerak. Bir yoshgacha bo'lgan bunday bolalarga profilaktik emlashlar o'tkazish mumkin emas.

Profilaktika ikki yo'nalishda amalga oshiriladi: 1) rezus-manfiy qonli ayollar sensibilizatsiyasining oldini olish (gemotransfuziyalarni ehtiyotkorlik bilan o'tkazish, abortlarning oldini olish, tug'ruq va abortlardan keyingi dastlabki 48 soat ichida anti-D immunoglobulinini yuborish);

2) homilador ayolda izoimmunizatsiya aniqlanganda kasallikning og'ir shakllarini oldini olish (homilador ayolga detoksikatsion, gormonal, antigistamin terapiya o'tkazish, transplantat antigenlariga antitanachalarni fiksatsiya qilish maqsadida teri laxtaklarini ko'chirib o'tkazish).

NAZORAT SAVOLLARI VA TOPSHIRIQLAR

1. Intensiv terapiya palatasida reanimatsiyaga rejali tayyorgarlik ko‘rishda hamshiraning vazifalarini ayting.

2. Asfiksiyada yordam ko‘rsatishning asosiy tamoyillarini sanab bering.

3. Bolani asfiksiyadan chiqarishdagi tadbirlar ketma-ketligini ko‘rsating.

4. Ikkilamchi asfiksiyaning oldini olish nimalardan iborat?

5. Eng ko‘p uchraydigan tug‘ruq jarohatlarini sanab bering.

6. Tug‘ruq o‘smasini kefalogematomadan qanday farqlash mumkin?

Singlimning taktikasi qanday?

7. MNT shikastlanishi uchun qanday klinik ko‘rinishlar xos?

8. MNT shikastlangan bolani qanday davolash va parvarish qilish kerak?

TEST SAVOLLAR

1. Chaqaloqlik davri qaysi yosh oralig‘ini o‘z ichiga oladi?

A) Tug‘ilgandan 28 kungacha

B) 1 oygacha 2 oy

C) 3 oygacha

D) 1 yoshgacha

2. Chaqaloqlarda eng ko‘p uchraydigan kasalliklardan biri qaysi?

A) Neonatal sariqlik

B) Gastrit

C) Gipertoniya

D) Revmatizm

3. Neonatal sariqlikning asosiy sababi nima?

A) Bilirubin almashinuvining yetilmaganligi

B) Yurak kasalligi

C) Buyrak yetishmovchiligi

D) Infeksiya yo‘qligi

4. Chaqaloqlarda gipoksiya nimani anglatadi?

- A) Kislod yetishmovchiligi
 - B) Qon ko'pligi
 - C) Suv yetishmovchiligi
 - D) Vitamin yetishmovchiligi
5. Tug'ma pnevmoniya qachon rivojlanadi?
- A) Tug'ilishdan oldin yoki tug'ruq vaqtida
 - B) 1 yoshda
 - C) 5 yoshda
 - D) Faqat maktab yoshida
6. Chaqaloqlarda sepsis nima?
- A) Og'ir umumiy infeksiya
 - B) Yengil shamollash
 - C) Allergiya
 - D) Hazm buzilishi
7. Asfiksiya nima?
- A) Nafas olishning buzilishi
 - B) Ovqat hazm bo'lmasligi
 - C) Uyqu buzilishi
 - D) Harorat ko'tarilishi
8. Chaqaloqlarda tug'ma nuqsonlar nimaga bog'liq bo'lishi mumkin?
- A) Homiladorlik davridagi zararli omillar
 - B) Faqat ovqatlanish
 - C) Faqat sport bilan shug'ullanish
 - D) Faqat uyqu
9. Chaqaloqlarda infeksiyaning asosiy belgilaridan biri qaysi?
- A) Tana haroratining o'zgarishi
 - B) Faqat soch to'kilishi
 - C) Tish og'rig'i
 - D) Ko'z rangining o'zgarishi

10. Chaqaloqlarda profilaktika choralariga nimalar kiradi?

A) To'g'ri parvarish va emlash

B) Faqat dori ichish

C) Operatsiya qilish

D) Harakatni cheklash

MAVZUDAN VAZIYATLI MASALALI TESTLAR

1. Yangi tug'ilgan chaqaloqda teri va ko'z oqi sarg'aygan, umumiy holati yaxshi. Bu holat nimani ko'rsatadi?

A) Fiziologik sariqlik

B) Sepsis

C) Pnevmoniya

D) Asfiksiya

2. Chaqaloq tug'ilgandan so'ng yig'lamadi, nafas olish sust. Bu qanday holat?

A) Asfiksiya

B) Allergiya

C) Gastrit

D) Raxit

3. Chaqaloqda tana harorati ko'tarilgan, emishni rad etmoqda, holsiz. Qaysi tashxis ehtimoli yuqori?

A) Sepsis

B) Sog'lom holat

C) Dispepsiya

D) Dermatit

4. Tug'ilishdan oldin ona infeksiya bilan kasallangan. Chaqaloqda nafas qiyinlashgan. Bu nimadan dalolat?

A) Tugʻma pnevmoniya

B) Gipertoniya

C) Raxit

D) Allergiya

5. Chaqaloqda mushak tonusi past, reflekslar sust. Bu nimani koʻrsatadi?

A) Nerv tizimi zararlanishi

B) Sogʻlom rivojlanish

C) Faqat ochlik

D) Allergiya

6. Chaqaloqda tez-tez qayt qilish va ich ketish kuzatilmoqda. Bu nimaga xos?

A) Hazm tizimi buzilishi

B) Yurak kasalligi

C) Koʻz kasalligi

D) Teri kasalligi

7. Chaqaloq tez-tez nafas oladi, koʻkrak qafasi tortiladi. Bu qanday holat?

A) Nafas yetishmovchiligi

B) Sogʻlom holat

C) Allergiya

D) Raxit

8. Chaqaloqda tugʻma nuqson aniqlangan. Buning sababi nima boʻlishi mumkin?

A) Homiladorlikdagi zararli omillar

B) Faqat ovqat

C) Faqat uyqu

D) Faqat harakat

9. Chaqaloqda tana harorati pasaygan, terisi oqarib ketgan. Bu nimadan dalolat beradi?

A) Gipotermiya

B) Sogʻlom holat

C) Allergiya

D) Gastrit

10. Chaqaloqda reflekslar yaxshi, emishi faol, vazni oshmoqda. Bu qanday holat?

A) Normal rivojlanish

B) Kasallik

C) Sepsis

D) Asfiksiya

Tavsiya etiladigan adabiyotlar ro'yxati

1. Prezident asarlari:

- 1.1. Shavkat Mirziyoev «Milliy taraqqiyot yo'limizni qat'iyat bilan davom ettirib, yangi bosqichga ko'taramiz» Toshkent – “O'zbekiston” 2018.
- 1.2. Shavkat Mirziyoev «Xalqimizning roziligi bizning faoliyatimizga berilgan eng oliy bahodir» Toshkent – “O'zbekiston” 2018.
- 1.3. Shavkat Mirziyoev «Erkin va farovon, demokratik O'zbekiston davlatini birgalikda barpo etamiz» Toshkent – “O'zbekiston” 2016.
- 1.4. Shavkat Mirziyoev «Tanqidiy tahlil, qat'iy tartib – intizom va shaxsiy javobgarlik – har bir rahbar faoliyatining kundalik qoidasi bo'lishi kerak» Toshkent – “O'zbekiston” 2017.

2. Asosiy adabiyotlar

- 2.1. M.F.Ziyayeva. Z.O.Rizayeva. “Bolalarda hamshiralik parvarishi”. Toshkent, “Fan va texnologiya” 2012 yil.
- 2.2.X.N Fayziyev. «Sestrinskiy uxod za detmi» Toshkent, «Ilm ziyo» nashriyoti, 2008 yil
- 2.3.K.S Inomov. «Pediatriyada hamshiralik ishi» Toshkent, 2007 yil

3. Qo'shimcha adabiyotlar

- 3.1.“Birlamchi tizimda onalar va bolalar bilan ishlash bo'yicha patronaj hamshiralari ishini tashkil etish” Tibbiyot xodimlari va tibbiy ta'lim muassasalari uchun mo'ljallangan amaliy qo'llanma. Toshkent, 2020 y. (YUNISEF).
- 3.2.“Onalar hamda bolalarda havf omillarini aniqlash bo'yicha yo'riqnomalar va beriladigan tavsiyalar” Patronaj hamshiralari uchun uslubiy ko'rsatmalar. Toshkent, 2020 y. (YUNISEF).
- 3.3.“Bolalikda hamshiralik ishi” fanidan tibbiyot kollejlari o'qituvchilari uchun metodik qo'llanma. Toshkent 2016 y (YUNISEF).
- 3.4.“Xavfsiz immunizatsiya” dasturi bo'yicha pedagoglar va tibbiyot xodimlari uchun qo'llanma. 2014 y (YUNISEF).

- 3.5. “Effektivniy perinatalniy uxod. Akusherstvo (Integrirovannoye vedeniye beremennosti i rodov) 2014 y (YUNISEF).
- 3.6. “5 yoshgacha bo’lgan bolalarning o’sishi va rivojlanishi” O’quv kursi. Toshkent, 2013 y. (YUNISEF).
- 3.7. “Onalarga bolalarni oziqlantirish va parvarish bo’yicha tavsiyalar” O’quv kursi. Toshkent, 2013 y. (YUNISEF).
- 3.8. “Bola-sog’lom bo’lsin desangiz”. O’quv kursi. Toshkent, 2013 y.
- 3.9. “Bemor bolalarni parvarish qilish va onalarga maslahat berish” Uslubiy qo’llanma. Toshkent, 2010 y.
- 3.10. “Qiz bolalarni o’sishini baholash va kuzatish hamda ko’rsatkichlarni bolaning rivojlanish tarixiga kiritish”. O’quv kursi. Toshkent-2009 yil. (YUNISEF).
- 3.11. “O’g’il bolalarni o’sishini baholash va kuzatish hamda ko’rsatkichlarni bolaning rivojlanish tarixiga kiritish” O’quv kursi. Toshkent, 2009.
- 3.12. Birlamchi tibbiy sanitariya tizimidagi hamshiralar ishining asosiy ko’nikmalari. O’quv qo’llanma. YuSAID ZdravPlyus loyihasi. Toshkent 2008.
- 3.13. “Ko’krak suti bilan boqish bo’yicha maslahat olib borish o’quv kursi” o’qituvchilar uchun qo’llanma. Toshkent, 2007y
- 3.12. “Shaxslararo muloqot va katta yoshdagilar auditoriyasini o’qitish” Master trenerlar uchun qo’llanma. Toshkent, 2006y
- Mana, to’g’ri javoblarga hech qanday belgi qo’yilmagan variant:

4. Internet saytlari:

- 4.1 www.ziyonet.uz
- 4.2 www.med.uz
- 4.2 www.medical.ru.
- 4.3 www.minzdrav.uz.
- 4.5 www.tma.uz.
- 4.6 www.tashpmi.uz.
- 4.7 www.wikipedia.uz.

