

ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

**«TASDIQLAYMAN»
ADTI Ekspert kengashi raisi
t.f.d., professor M. M. Madazimov**

“ _____ ” _____ 2025 y.

Xankeldieva Xurmatxon Kamchievna

**BOLALARGA TIBBIY XIZMAT KO’RSATISH TAMOYILLARI VA
ULARDA UCHRAYDIGAN PATOLOGİYALARNI TASHXISLASH VA
DAVOLASH
(Монография)**

Andijon– 2025 y.

Tuzuvchi:

Kadirov Sh.N. Andijon davlat tibbiyot instituti, “Vrachlar malakasini oshirish va qayta tayyorlash fakulteti umumiy xirurgiya, bolalar xirurgiyasi, endoxirurgiya, va anesteziologiya-reanimatologiya, bolalar anesteziologiyasi reanimatologiya” kafedrasida dotsenti, tibbiyot fanlari doktori.

Taqrizchilar:

Egamov Yu.S. Andijon davlat tibbiyot instituti, “Jarrohlik kasalliklari va fuqarolar muxofazasi” kafedrasida mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Ruzmatov I.B. Urganch davlat tibbiyot instituti, “Bolalar jarrohligi, anesteziologiya va reanimatologiya” kafedrasida dotsenti, tibbiyot fanlari doktori.

Monografiya andijon davlat tibbiyot instituti ekspert kengashining 2025 yil “_____” _____dagi _____-sonli bayonnomasi bilan ma’qullangan va chop etishga tavsiya etilgan.

Ekspertlar kengashi kotibi,
t.f.n, dotsent

D.O.Ten

Annotatsiya

Monografiyada neonatologiya bo'yicha materiallardan tashqari ushbu nashr amaliyotchi uchun sog'liqni saqlash, anesteziologiya, reanimatsiya, akusherlik, bolalar nevrologiyasi, kardiologiya, pediatriya, radiologiya, bolalar jarrohligi, audiologiya, oftalmologiya va endokrinologiya ishlarini tashkil etish bo'yicha zarur ma'lumotlarni o'z ichiga oladi.

Monografiyada to'liq va erta tug'ilgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning tashqi hayot sharoitlariga moslashish davri xususiyatlari, ushbu davrda ularning emizish taktikalari o'rganilgan. Asosiy patologik holatlar va yuzaga keladigan kasalliklar to'g'risida tizimlashtirilgan ma'lumotlar keltirilgan.

Monografiyadagi ma'lumotlar Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan

tasdiqlangan bolalar kasalliklari bo'yicha dasturga mos keladi, u talabalar, pediatriklar va neonatolog shifokorlar uchun mo'ljallangan.

Annotatsiya

Помимо материалов по неонатологии в монографии, данное издание содержит необходимую информацию по организации работы практикующего врача в области здравоохранения, анестезиологии, реанимации, акушерства, детской неврологии, кардиологии, педиатрии, радиологии, детской хирургии, аудиологии, офтальмологии и эндокринологии. В монографии изучены особенности периода адаптации доношенных и недоношенных новорожденных к внешним условиям жизни, их тактика грудного вскармливания в этот период. Приводятся систематизированные данные об основных патологических состояниях и возникающих заболеваниях. Информация в монографии соответствует утвержденной Минздравом программе по детским болезням, которая предназначена для студентов, педиатров и врачей-неонатологов.

Annotation

In addition to the materials on neonatology in the monograph, this publication contains the necessary information on the organization of the work of a practitioner in the field of healthcare, anesthesiology, intensive care, obstetrics, pediatric neurology, cardiology, pediatrics, radiology, pediatric surgery, audiology, ophthalmology and endocrinology. The monograph examines the peculiarities of the period of adaptation of full-term and premature newborns to external living conditions, their breastfeeding tactics during this period. Systematized data on the main pathological conditions and emerging diseases are presented. The information in the monograph corresponds to the program on childhood diseases approved by the Ministry of Health, which is intended for students, pediatricians and neonatologists.

SHARTLI QISQARTMALAR

AG-arterial gipertoniya

BK-bolalar kasalliklari

GS- gerpes simpleks

KXT- kasalliklarning xalqaro tasnifi

MAT- markaziy asab tizimi

N- neonatologiya

P- pediatriya

PM- perianatal markaz

RT -retikulyar tana

TYOK -tuyinmagan yog‘ kislotalari

CHGK- chaqaloqlar gemolitik kasalligi

CHNOBS- chaqaloqlar nafas olish buzilishi sindromi

ET- elementar tana

EKG- elektrokardiografiya

EXoKG- exokardiografiya

HII- homila ichi infeksiyalari

HIO‘S- homila ichi o‘shida orqada qolish

MUNDARIJA

Kirish.....	7
I BOB. Aholiga neonatologik xizmat ko‘rsatish tomoyillari.	
Chaqaloqlik davrlarining xususiyatlari.....	10
1.1. Neonatologik xizmatni tashkil etish. Neonatologik yordamning hozirgi holati va rivojlanish yo‘llari.....	10
1.2. Homila ichi o‘shishi sustligi va uning sabablari.....	19
1.3. Erta tug‘ilgan chaqaloq tushunchasi va xususiyatlari.....	22

1.4. Erta tug‘ilgan chaqaloqning anatomik va fiziologik xususiyatlari.....	23
1.5. Erta tug‘ilgan chaqaloqlarni emizishni tashkil etish.....	29
II BOB. Chaqaloqlik davrida uchraydigan kasalliklar va ularni xususiyatlari.....	31
2.1. Chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromi (CHNOBS) (gialin membranasi kasalligi).....	31
2.2. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi.....	34
2.3. Homila ichi infeksiyalar.....	38
2.4. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning asfiksiyasi.....	62
III BOB. Chala tug‘ilgan chaqaloqlar.....	81
3.1. Chala tug‘ilganlik belgilari.....	81
3.2. Chala tug‘ilgan bolalarda Yangi tug‘ilganlik davrining kechishi xususiyatlari.....	84
3.3. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarishlashning bosqichma-bosqichligi..	88
3.4. Chala tug‘ilgan bolalarning harorati boshqarilishining xususiyatlari.....	86
3.5. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni oziqlantirish.....	90
3.6. Chala tug‘ilgan bolalarni poliklinikada kuzatish tamoyillari.....	93
3.7. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarda kasallik kechishining xususiyatlari	95
3.7.1. Chala tug‘ilgan bolalarda sepsis xususiyatlari.....	96
3.7.2. Chala tug‘ilgan bolalarda kamqonlik xususiyatlari.....	98
3.7.3. Chala tug‘ilgan bolalarda raxit xususiyatlari.....	103
Xulosalar	106
Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati.....	108

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	7
ГЛАВА I. Направления неонатологического обслуживания населения.	
Особенности младенческих периодов.....	10
1.1. Организация неонатологической службы. Современное состояние и пути развития неонатологической помощи.....	10
1.2. Задержка внутриутробного роста плода и ее причины.....	19
1.3. Понятие и особенности недоношенного ребенка.....	22

1.4. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка.....	23
1.5. Организация грудного вскармливания недоношенных детей.....	29
ГЛАВА II. Заболевания, встречающиеся в младенчестве, и их особенности...	31
2.1. Респираторный дистресс-синдром у младенцев (CHNOBS) (заболевание гиалиновой мембраны).....	31
2.2. Гемолитическая болезнь новорожденных.....	34
2.3. Внутриутробные инфекции плода.....	38
2.4. Асфиксия новорожденного.....	62
ГЛАВА III. Недоношенные дети.....	81
3.1. Признаки недоношенности.....	81
3.2. Особенности течения периода новорожденности у недоношенных детей.....	84
3.3. Поэтапный уход за недоношенными детьми.....	84
3.4. Особенности контроля температуры недоношенных детей.....	86
3.5. Кормление недоношенных детей.....	90
3.6. Принципы амбулаторного наблюдения недоношенных детей.....	93
3.7. Особенности течения болезни у недоношенных детей.....	95
3.7.1. Особенности сепсиса у недоношенных детей.....	96
3.7.2. Особенности анемии у недоношенных детей	98
3.7.3. Особенности рахита у недоношенных детей.....	103
Выводы	106
Список использованной литературы.....	108

CONTENTS

Introduction.....	7
CHAPTER I. Principles of neonatal care. Features of infancy.....	10
1.1. Organization of a neonatological service	
Current state and ways of development of neonatological care.....	10
1.2. Intrauterine growth retardation and its causes.....	19
1.3. The concept and characteristics of premature babies.....	22
1.4. Anatomical and physiological features of a premature baby.....	23

1.5. Organization of breastfeeding for premature babies.....	29
CHAPTER II. Diseases arising in infancy and their features.....	31
2.1. Infant Respiratory Disorder Syndrome (ChNOBS)	
(Hyaline Membrane Disease).....	31
2.2. Hemolytic disease of the newborn.....	34
2.3. Intrauterine infections.....	38
2.4. Asphyxia of a newborn.....	62
CHAPTER III. Premature babies.....	81
3.1. Signs of premature birth.	
Features of the neonatal period in premature babies.....	81
3.2. Features of the course of the disease in premature babies.....	84
3.3. A step-by-step approach to caring for premature babies.....	84
3.4. Features of the temperature regime in premature babies.....	86
3.5. Feeding premature babies.....	97
3.6. Outpatient follow-up principles.....	89
3.7. Features of the course of the disease in premature babies.....	89
3.7.1. Features of sepsis in premature babies.....	96
3.7.2. Features of anemia in premature babies.....	98
3.7.3. Features of rickets in premature babies.....	103
Conclusions.....	106
List of used literature.....	108

KIRISH

Neonatologiya - bu neonatal davrda bolaning rivojlanishi fiziologiyasi va patologiyasi bilan shug'ullanadigan pediatriyaning bo'limi bo'lib bola tug'ilgach haytining keyingi davrlarida uning sog'lig'ini belgilaydigan inson hayotidagi eng muhim davrdir.

Neonatal davr tug'ilishdan boshlanadi va tug'ilgandan 28 kun o'tgach tugaydi. Bundan tashqari, "perinatal davr" ta'rifi mavjud. KXT-10 ma'lumotlariga ko'ra, u homiladorlikning 22 to'liq haftasida (154 kun) boshlanadi va tug'ilgandan keyingi

7-kunida tugaydi. Perinatal davr onaning ekstragenital va akusherlik patologiyasi bilan bog'liq patogen omillarning ta'siri tufayli hayotning ushbu davrida paydo bo'ladigan kasalliklarning inson salomatligi uchun alohida ahamiyati bilan bog'liq holda ta'kidlanadi. Perinatal davr uchta davrga bo'linadi: antenatal, intrapartum va erta neonatal. Antenatal davr zigota hosil bo'lgan paytdan boshlab boshlanadi va tug'ilish boshlanishi bilan tugaydi. Tug'ruqdan keyingi davr tug'ruq boshlanishidan to bola tug'ilishigacha hisoblanadi. Erta tug'ilgan chaqaloq davri bola tug'ilgan paytdan boshlab dastlabki 7 kunni o'z ichiga oladi.

Neonatologiyada sog'liqni saqlash holatini va bolaning morfologik va funksional rivojlanish darajasini, uning moslashuvchan imkoniyatlarini baholash uchun zarur bo'lgan tushunchalar mavjud.

Bolaning homiladorlik davri - bu uning homila ichi rivojlanish davomiyligi bo'lib, onaning oxirgi normal hayz kunining birinchi kunidan boshlab to'liq kunlarda yoki to'liq haftalarda hisoblanadi. To'liq tug'ilgan bola homiladorlik davrida 37-42 xaftada tug'ilgan bola deb hisoblanadi. Ko'pincha to'la tug'ilgan chaqaloqlarning tana vazni 2500 dan va uzunligi 46 sm dan oshadi. Homiladorlikning 37-haftasi tugashidan oldin tug'ilgan bola erta deb hisoblanadi.

Homiladorlik yoshidan qat'i nazar, Yangi tug'ilgan chaqaloqlar ajralib turadi:

- tug'ilishning og'irligi past (2500 g dan kam);
- tana og'irligi juda past (1500 g dan kam);
- tana og'irligi juda past (1000 g dan kam).

Neonatologiyada tirik tug'ilish va o'lik tug'ilishning ta'riflari muhim ahamiyatga ega. Agar tug'ilish paytida hayot belgilaridan kamida bittasi bo'lsa: nafas olish, yurak urishi, kindik ichakchasidagi pulsatsiya yoki ixtiyoriy mushaklarning aniq harakatlari bo'lsa, bola homiladorlik davridan qat'i nazar, tirik tug'ilish deb ataladi. O'lik tug'ilish - bu homiladorlik davridan qat'i nazar, konsepsiya mahsulotining to'liq chiqarib yuborilguncha yoki tug'ilgungachacha o'lishidir.

Neonatal davrning bo'linishi asosida erta neonatal o'lim (hayotning birinchi haftasidagi o'lim), kech neonatal (hayotning 2-4 xaftaligidagi o'lim) va neonatal

o'lim (hayotning dastlabki 28 kunida) ko'rsatkichlari hisoblangan.

Bola tug'ilganda, moslashuvchan mexanizmlarning murakkab tizimi shakllanadi, buning natijasida nisbatan qisqa vaqt ichida Yangi tug'ilgan chaqaloq Yangi hayot sharoitlariga moslashadi. Ovqatlanish va nafas olishning Yangi shartlarga muvofiq metabolizmni qayta qurish sodir bo'ladi, bu davrda metabolizmning katabolik tabiati sodir bo'ladi va hayotning birinchi kunlarida tana vaznining pasayishi kuzatiladi.

Metabolik moslashuv tugagandan so'ng, metabolizmning anabolik yo'nalishi tiklanadi va rivojlanish erta bolalikka xosdir. Bunga parallel ravishda, hayotning ushbu davriga xos bo'lgan adaptiv reaksiyalar nafaqat uning hayotiy faoliyatini saqlab qolishga, balki organizmning barcha tizimlari funksiyalarini qayta tuzilishini ta'minlaydigan hujayra, to'qima va tizimli darajada namoyon bo'ladi. Keyingi rivojlanish.

Sog'lom to'laqonli bolada moslashish jarayoni hayotning 7-10-kunigacha tugaydi, erta tug'ilgan bolada esa u asta-sekin davom etadi. Bola qanchalik etuk bo'lsa, Yangi hayot sharoitlariga moslashish shuncha vaqt talab etadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning moslashuvi davrida ma'lum funksional holatlar kuzatiladi, ular odatda o'tish davri deb ataladi (chegara chizig'i). Fiziologik bo'lib, ular ma'lum sharoitlarda patologik xususiyatlarga ega bo'lib, asoratlarni rivojlanishiga hissa qo'shishi mumkin (masalan, o'ta erta tug'ilgan chaqaloqlarda sariqlik). Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda vaqtinchalik holatlar:

1) tana vaznining vaqtincha yo'qolishi, hayotning 3-4 kunida eng aniq va 6% dan oshmasligi;

2) vaqtinchalik gipotermiya (hayotning dastlabki 30-60 daqiqasida) va gipertermiya (hayotning 3-4 kunida tana vaznini maksimal darajada yo'qotish paytida ba'zi bolalarda kuzatiladi);

3) teridagi vaqtinchalik o'zgarishlar (fiziologik eritema, umumiy o'sma, toksik eritema - hayotning 3-5-kunida allergik reaksiya);

4) vaqtinchalik giperbilirubinemiya (sariqlik hayotning 2-kunida paydo bo'ladi va 5-7-kunga kelib asta-sekin yo'qoladi);

- 5) buyrak funksiyasining vaqtinchalik xususiyatlari (hayotning birinchi kunidagi oliguriya, proteinuriya, siydik kislotasi infarkti, infarkt siydik);
- 6) gormonal inqiroz (sut bezlari, metrorragiya va boshqalar);
- 7) vaqtinchalik disbioz va fiziologik dispepsiya;
- 8) xomilalik shuntlarning asta-sekin yopilishi bilan bog'liq qon aylanish tizimining vaqtinchalik holati;
- 9) gemostaz va gemopoezning o'tkinchi xususiyatlari.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning moslashuvchan qobiliyatlari ko'p jihatdan uning homila ichi rivojlanishi davom etgan sharoitga bog'liq, chunki ular asosan homilaning tug'ilish paytidagi turli organlari va tizimlarining morfologik va funksional etuklik holatini aniqlaydi.

SHuning uchun, bu o'tish holatlari turli darajalarda, turli xil kombinatsiyalarda ifodalanadi va ba'zida ularning ba'zilari kuzatiladi. Ko'pgina hollarda, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tish davri erta neonatal davrning oxiriga kelib o'tadi, ularning 7 kundan oshgan bolalarda davom etishi patologiyaning alomati deb qaralishi va bolani qo'shimcha tekshirish uchun choralar ko'rilishi kerak.

I BOB. AHOLIGA NEONATOLOGIK XIZMAT KO'RSATISH TOMOYILLARI. CHAQALOQLIK DAVRLARINING XUSUSIYATLARI

1.1. Neonatologik xizmatni tashkil etish. Neonatologik yordamning hozirgi holati va rivojlanish yo'llari.

Neonatologiyaning mohiyati: hayotning dastlabki to'rt haftasida bolalarda kasalliklarni tashxislash va davolashning optimal usullarini izlash, kasal Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni rehabilitatsiya qilish, neonatal davrda davlatni shakllantirish uchun zarur bo'lgan sharoitlarni yaratish insonning butun keyingi hayotida sog'liq.

Aynan perinatal davrda (odamning homila ichi hayotining 28-haftasidan boshlab, tug'ilishdan keyingi 7-kungacha) insonning ko'plab surunkali kasalliklarining birlamchi va ikkilamchi profilaktikasi yuqori samara beradi. Neonatologiya fan sifatida XX asrda paydo bo'ldi. "Neonatologiya" va "neonatolog" atamalari amerikalik pediatri Aleksandr SHaffer tomonidan 1960 yilda "Yangi tug'ilgan chaqaloq kasalliklari" qo'llanmasida taklif qilingan.

Bolaning nafas olayotganini ko'rish kerak. Akusher tanasi iliq ekanligiga ishonch hosil qilganda, agar bolaning nafas olishi sezilmasa, uning og'ziga puflashi kerak ... "Bundan tashqari, Yangi tug'ilgan chaqaloqni cho'miltirish kerakligi haqida aytiladi. Bunday hammomdagi suv "qadimgi yunonlar odatiga ko'ra yoqimli iliq, qaynoq, sovuq emas, sho'r emas" bo'lishi kerak. "Bolaning to'shagini o'rtacha haroratli xonaga qo'yish kerak; unda juda ko'p yorug'lik bo'lmasligi kerak, chunki haddan tashqari yorqin yorug'lik bolani ko'r qilib qo'yishi mumkin. "

19-asr doylarining hissasi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni emizishni yaxshilashda juda katta: ularning faoliyati tufayli neonatologiyani shakllantirish uchun zarur shart-sharoitlar yaratildi. Parijdagi CHerite kasalxonasida va onalar shifoxonasida ishlagan fransuz akusher Per Budening (1846-1907) roli ayniqsa katta. Uning tadqiqotlari Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ratsional parvarish qilishda emizishni muhim rolini ta'kidladi. Neonatologiyada P. Budinning asosiy xizmatlari shundaki, u Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga g'amxo'rlik qilishning abadiy tamoyillarini shakllantirgan:

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga neonatologik yordam ko'rsatish darajasi Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini oshirishning ikkita asosiy yo'nalishi mavjud - zamonaviy, ilmiy intensiv, yuqori texnologiyali, qimmat tibbiy yordamni rivojlantirish (bu Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 2-5 foiziga kerak) va barcha Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga zarur bo'lgan asosiy tibbiy va yordamchi texnologiyalarga asoslangan tibbiy yordamni tashkil etishni takomillashtirish.

Asosiy neonatal parvarish - Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish - chaqaloqning qaerda tug'ilganligidan qat'i nazar, barcha tug'ilish uchun mavjud bo'lgan tibbiy tadbirlarning minimal to'plami. Asosiy neonatal parvarish nafaqat

Yangi tugʻilgan chaqaloq va onaning sogʻligʻini, balki hayotning yuqori sifatini va oilaning sogʻlom psixologik iqlimini belgilaydigan omilning muhim qismidir: tugʻruqning ijobiy hissiy xotirasi oilaning koʻproq farzand koʻrish istagi. Toʻgʻri tashkil etilgan neonatal parvarishlash keraksiz protseduralar va keraksiz dori-darmonlarni yoʻq qilish orqali moddiy resurslarni tejashga yordam beradi, shuningdek, Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda kasallikning davolanishiga sarflanadigan mablagʻlarni sozlashning buzilishi bilan bogʻliq.

Birinchi daraja - onalar va bolalarga yordamning oddiy shakllari: Yangi tugʻilgan chaqaloqqa birlamchi tibbiy yordam koʻrsatish, xavf sharoitlarini aniqlash, kasalliklarni erta tashxislash va bemorlarni boshqa sogʻliqni saqlash muassasalariga yuborish. Ikkinchi daraja - normal va murakkab tugʻruq uchun barcha zarur tibbiy yordamni koʻrsatish. Ushbu darajadagi muassasalarda yuqori malakali kadrlar va maxsus jihozlar boʻlishi kerak. Bu erda ular qisqa muddatli mexanik shamollatish, ogʻir kasal va oʻta erta tugʻilgan chaqaloqlarning holatini klinik barqarorlashtirish va ularni uchinchi darajali kasalxonalarga yuborishni taʼminlaydigan muammolarni hal qilishadi. Uchinchi daraja - har qanday murakkablik darajasida tibbiy yordam koʻrsatish. Bunday muassasalar yuqori malakali kadrlar, laboratoriyalar va zamonaviy uskunalar bilan maqsadli taʼminlashni talab qiladi.

Perinatal parvarishlash quyidagilar boʻlishi kerak:

- dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan;
- yaxlit (yaxlit yondashuv);
- ishdan boʻshatilgan;
- tegishli texnologiyalar asosida;
- koʻp tarmoqli;
- hududiy lashtirilgan;
- qarorlarni qabul qilishga ayollarni jalb qilishga qaratilgan;
- oilaga yoʻnaltirilgan;
- madaniy va milliy anʼanalarga nisbatan sezgir.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni parvarish qilishda tegishli texnologiyalar (JSST, 2002):

- keraksiz aralashuvsiz parvarish qilish;
- terining terlga tegishi;
- talab bo'yicha emizish;
- bola va onaning birgalikda yashashlari;
- har ikki ota-onaning g'amxo'rlikda ishtirok etishi;
- ota-onalar bilan muloqot;
- Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi noqulaylik va og'riqni oldini olish;
- erta va kasal bolalarni harakatlarini cheklamasdan va inkubatorida "uya" qilmasdan parvarish qilish;
- tug'ruqxonada minimal yashash;
- ishdan bo'shatilganda maslahat berish.

Perinatal markazlar (PM) - 500 ming va undan ortiq kishi yashaydigan hududlarda homiladorlik paytida patologik anormalliklari bo'lgan homilador ayollarga konsultativ-diaagnostik tibbiy yordam ko'rsatish, aniqlangan patologiyani ambulatoriya va statsionar sharoitida davolash, homilador ayollarni tug'ruq uchun tashkil etiladi. "yuqori" xavf guruhlaridan va to'liq reabilitatsiya kompleksiga ega bo'lgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga tibbiy yordamni tashkil etish (emizikli bolalarning I va II bosqichlari).

SHaxsiy kompyuter mustaqil sog'liqni saqlash muassasasi yoki sog'liqni saqlash tashkilotlari tarkibidagi tarkibiy bo'linma. Kompyuter asosan homilador ayollar, mehnatga layoqatli ayollar, tug'ruqdan keyingi ayollar, Yangi tug'ilgan bolalar uchun eng qiyin kontingentga maslahat-diaagnostika, tibbiy va reabilitatsiya yordamini taqdim etadi.

Perinatal markazning tuzilishi:

1. Konsultativ-diaagnostika bo'limi (poliklinika):

- homilador ayollar uchun maslahat xonalari;
- tushish uchun joy;
- tibbiy genetik maslahat uchun xona (Yangi ochilgan (qurilayotgan) shaxsiy kompyuterlarda tibbiy-genetik maslahat berish mumkin);
- umumiy amaliyot shifokori va boshqa tibbiy mutaxassislarning kabinetlari;
- oilani rejalashtirish idorasi;

- reproduktiv funksiyalari buzilgan turmush qurgan juftliklar uchun maslahat xonalari;

- homilador ayolni va uning oilasini tug‘ruqqa, sheriklik bilan tug‘ilishga fiziopsixoprofilaktik tayyorlash idorasi (zali);

- ayollarga tibbiy-psixologik va ijtimoiy-huquqiy yordam ko‘rsatish idoralari;

- davolash xonasi;

- kichik operatsiya xonalari;

- dinamik kuzatuv va rehabilitatsiyaga muhtoj yosh bolalar uchun ambulatoriya bo‘limi (ofis);

- yordamchi reproduktiv texnologiyalar bo‘limi

- funksional diagnostika bo‘limi (ofis);

- fizioterapiya bo‘limi (ofis);

- stomatologiya kabineti;

- 10-15 o‘rinli kunduzgi statsionar (nerezident bemorlar uchun - pansionat).

Perinatal markazning tuzilishi:

Akusherlik kasalxonasi:

- Homiladorlik patologiyasi bo‘limi;

- operatsiya xonalari bo‘lgan tug‘ruq bo‘limi (individual tug‘ruq);

- biokimyoviy va funksional kuzatuv guruhi bo‘lgan ayollar uchun reanimatsiya va intensiv terapiya bo‘limlari bilan anesteziologiya-reanimatsiya bo‘limi;

- onalik va bolalikni birgalikda o‘tkazadigan akusherlik fiziologik bo‘limi; • akusherlik kuzatuv bo‘limi (qutilarga olingan bo‘limlar, agar ular yo‘q bo‘lsa, izolyator mavjudligi; ona va bola birgalikda bo‘lish uchun palatalar);

- gemokorreksiya qilishning ekstrakorporeal usullari bo‘limi;

- shoshilinch tibbiy yordam ko‘rsatish uchun joyida behushlik va reanimatsiya akusherlik guruhlarini joylashgan masofaviy maslahat markazi.

Pediatric kasalxonasi:

- Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar bo‘limi, akusherlik fiziologik va akusherlik kuzatuv bo‘limlari;

- ekspres laboratoriyasi bo'lgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi (reanimatsiya yotoqlari soni - 1000 tug'ilishga 4 ta yotoq miqdorida);

- shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish uchun joyida behushlik va reanimatsiya neonatal guruhlar joylashgan masofadan maslahat markazi;

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlar va erta tug'ilgan chaqaloqlar patologiyasi bo'limi (emizishning II bosqichi)

Akusherlik shifoxonasi (AS) tuzilishi: Asosiy bo'limlar: I va II akusherlik bo'limlari (II) akusherlik bo'limlarida Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun homiladorlik patologiyasi bo'limining (bo'limlari) fiziologik (I) tug'ruq bo'limi (bo'limlari) ginekologik bo'limi (bo'limi) intensiv terapiya bo'limi (bo'lim) va reanimatsiya

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limi tuzilishi protsessual; sil kasalligiga qarshi emlash xonasi; neonatal intensiv terapiya bo'limi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'linmalar, ular orasida shaffof bo'laklar mavjud; onaning bolasi bilan birgalikda yashash xonalari (hammom va dush bilan); inson suti va bolalar sutini yig'ish, qayta ishlash va saqlash uchun binolar (sut xonasi); neonatal bo'limi hududidan tashqarida bo'shatish xonasi; shifokorlar uchun xona; o'rtacha asal bilan tibbiyot xodimlari uchun xona. ta'lim; menejer ofisi; katta hamshira xonasi; giyohvand moddalar, giyohvand moddalar va sarf materiallarini saqlash xonasi; styuardessa opaning idorasi; uskunalarini qayta ishlash va bolalar uskunalarini sterilizatsiyadan oldin qayta ishlash xonasi; toza zig'irlarni saqlash xonasi; iflos zig'irni vaqtincha saqlash uchun xona; hammom va tibbiyot xodimlari uchun dush; sanitariya xonasi; sanitariya nazorati xonasi bo'lgan tibbiyot xodimlari uchun kiyinish xonasi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar bo'limining vazifalari, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarga tibbiy yordam ko'rsatish; tibbiy yordam ko'rsatish, shu jumladan Yangi tug'ilgan chaqaloqni birlamchi reanimatsiyasini tashkil etish va o'tkazish; ona va Yangi tug'ilgan chaqaloqning birgalikda bo'lishini tashkil etish va ta'minlash; emizishni qo'llab-quvvatlash bo'yicha tadbirlarni o'tkazish; Yangi tug'ilgan

chaqaloqlarni davolash va profilaktika choralarini o'tkazish; sanitariya va epidemiyaga qarshi tadbirlarni o'tkazish; profilaktik emlashlar; irsiy kasalliklarni aniqlash uchun neonatal skrining va audiologik skrining o'tkazish; Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning onalari va qarindoshlari bilan sanitariya-ma'rifiy ishlarni olib borish; Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning profilaktikasi, diagnostikasi va davolashning Yangi samarali usullarini ishlab chiqish va amaliyotga tatbiq etish; kafedrada davolash-diagnostika ishlari sifatini oshirish bo'yicha chora-tadbirlarni ishlab chiqish va amalga oshirish; buxgalteriya hisoboti va tibbiy hujjatlarni yuritish, faoliyat bo'yicha hisobotlarni taqdim etish

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ajratish kun tartibi:

4.30-6.00 Bolalar uchun ertalabki hojatxona, tortish, tana haroratini o'lchash, ovqatlantirishga tayyorgarlik, uchrashuvlarni bajarish. Yo'lak va kommunal xonalarni nam tozalash

6.00-6.30 Bolalarni birinchi ovqatlantirish. Palatalarni nam tozalash

7.00-8.00 Parvarishlash vositalarini sterilizatsiya qilish, almashtirish stolini, tibbiy stollarni, tarozilarni davolash

8.45-9.30 Bolalarni o'rab olish

9.30-10.00 Bolalarni ikkinchi ovqatlantirish, toza choyshab olish. Dezinfeksiyalovchi vositalarni tayyorlash

10.00-13.00 Doktor davri. Bolalarni qayta ishlash va o'rash

13.00-13.30 Bolalarni uchinchi oziqlantirish. Kameralarni nam tozalash. Kuvezning o'zgarishi

13.30-15.00 Kundalik uchrashuvlarni bajarish. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning rivojlanish tarixini va boshqa tibbiy hujjatlarni ro'yxatdan o'tkazish. Bolalar uyidan chiqish

15.00-15.45 Bolalar bo'shatilgandan keyin matraslarni yig'ish va xonaga o'tkazish. Xonalarni to'ldirish (ta'sir qilish 2 soat)

15.45-16.30 Bolalarni o'rab olish. Tana haroratini o'lchash

16.30-17.00 Bolalarni to'rtinchi oziqlantirish

17.30-18.45 Xonalarni quyilgandan keyin yuvish. Ko'za va kislorodli terapiya

buyumlarini davolash

18.45-20.00 Bolalarni o'rash va ikkilamchi davolash

20.00-20.30 Bolalarni beshinchi oziqlantirish. Kameralarni nam tozalash

20.30-21.30 Mato matolari va fartuklarni yuvish

21.30-23.30 Bolalarni o'rash. Uchrashuvlarni bajarish. Yo'laklarni va kommunal xonalarni nam tozalash

23.30-24.00 Bolalarni oltinchi ovqatlantirish. Kameralarni nam tozalash

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun bo'linmalardagi harorat rejimi Bolalar xonalari engil, iliq, yaxshi shamollatiladigan, foydali maydon bo'lishi kerak: sog'lom tug'ilgan chaqaloq uchun kamida 2,5 m², erta tug'ilgan chaqaloqlar va kuzatuv bo'limidagi bolalar uchun - kamida 4,5 m². Kameralarni siklik to'ldirish prinsipiga amal qilish kerak. Bolalar bo'limlarida bolalarni alohida-alohida parvarish qilish uchun tegishli jihozlar va buyumlar bo'lishi kerak (ko'rpa-to'shaklar, stol almashtiriladigan stol, laganda tarozi, suv havzasi yoki vannaxona, idishlar, ko'krak uchlari, cho'tkalar, ishlatilgan zig'irlarni yig'ish uchun idish va boshqalar). O'zgartirish jadvallari oson ishlaydigan sirtga ega bo'lishi kerak. Bo'limlarda doimiy harorat rejimi saqlanib turadi: 22-24 ° C, erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun - 24-26 ° C, havoning nisbiy namligi - 60% (ko'zalarda 60-90%).

Ona va bola birgalikda yashash. Palatalarni to'ldirishga talablar Ona va bola birgalikda bo'lish sharoitida Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish texnologiyalarida epidemiologik xavfsizlikni ta'minlash. Federal klinik ko'rsatmalar. - M., 2015 .-- 46 p.

Tug'ruqdan keyingi bo'lim birinchi navbatda ona va bolaning bir yoki ikkita mahalliy bo'limda birgalikda bo'lish prinsipi asosida tashkil etilishi kerak. Bir kishilik xonalarga ustunlik berish kerak. Palataning maydoni bitta yotoq uchun kamida 10 kvadrat metrni tashkil etadi.

Onaning va Yangi tug'ilgan chaqaloqning birgalikda bo'lishining afzalliklari Onaning va Yangi tug'ilgan chaqaloqning tug'ruqxonaning tug'ruqdan keyingi bo'limida bo'lishining ajralishdan ko'ra afzalliklari bor: nozokomial infeksiya va kasalxonadagi shtammlarning aylanish intensivligi kamayadi , bolaning turli xil

biotoplarini kolonizatsiyasi onaning shtammlari bilan amalga oshiriladi, onasi Yangi tugʻilgan bolani parvarish qilishda faol ishtirok etadi (belkurak, terining va shilliq pardalarning hojatxonasi, ovqatlanish). Tugʻruqdan keyingi fiziologik boʻlimning yotoqlari, iloji boʻlsa, onaning va bolaning birgalikdagi yashash xonalarida joylashgan boʻlishi kerak. Kuzatuv boʻlimida bunday xonalarni tashkil qilish mumkin. Ona va bola birgalikda yashash uchun bitta yoki ikki kishilik palatalar moʻljallangan.

Kamerani toʻldirish bir kun ichida amalga oshiriladi. Kafedraning sanitariya-gigiena va epidemiyaga qarshi rejimi alohida qolish bilan fiziologik boʻlim rejimiga mos keladi. Choʻyshablar har 3 kunda almashtiriladi, koʻylak va sochiq - har kuni, tugʻruqdan keyingi ayol uchun yoʻrgak - kerak boʻlganda. Onalar uchun individual sanitariya salfetkalari va bir martalik zigʻirdan va Yangi tugʻilgan chaqaloqlar uchun bir martalik sanoat tagliklaridan foydalanishga ruxsat beriladi. Ona va bola birgalikda yashashning har bir boʻlimi Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni tortish uchun tibbiy tarozi bilan jihozlangan.

Onalar yotadigan joylari yonida Yangi tugʻilgan chaqaloqning choʻyshablarini saqlash va ularga Yangi tugʻilgan chaqaloq terisi va shilliq pardalarini parvarish qilish uchun dorilar toʻplami bilan laganda qoʻyish uchun alohida yotoqxona stollari yoki javonlar oʻrnatilgan. Yangi tugʻilgan chaqaloq uchun birinchi hojatxona va birinchi kuni unga gʻamxoʻrlik qilish Yangi tugʻilganlar boʻlimi hamshirasi va onasi tomonidan amalga oshiriladi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqning yashash sharoitlaridan qatʼi nazar (onasi bilan birgalikda yoki alohida ravishda), tibbiy koʻrsatmalarga bogʻliq holatlar bundan mustasno, Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning ratsionida ona sutidan tashqari oziq-ovqat yoki ichimliklardan foydalanishdan saqlanish kerak.

Ona va bola birgalikda yashashga qarshi koʻrsatmalar Puerpera tomonidan koʻrsatmalar: homilador ayollarning kech toksikozlari; - dekompensatsiya bosqichidagi ekstragenital kasalliklar; tugʻruq paytida jarrohlik aralashuvlar; - tez va uzoq muddatli mehnat; uzoq, 18 soatdan ortiq, tugʻruqdagi suvsiz oraliq; - tugʻruq paytida koʻtarilgan haroratning mavjudligi; perineumdagi koʻz yoshlar yoki

kesmalar.

Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa qarshi ko‘rsatmalar: erta tug‘ilish; - voyaga etmaganlik; homila ichi xomilalik gipoksiya; - II-III darajadagi homila ichi xomilalik ovqatlanish etishmovchiligi; intrakranial va boshqa turdagi tug‘ilish travmasi; - tug‘ilish asfiksiyasi; ichki organlarning rivojlanish anomaliyalari va deformatsiyalari; - gemolitik kasallik.

Akusherlik shifoxonasida Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa g‘amxo‘rlik qilishning asosiy tamoyillari: Yangi tug‘ilgan chaqaloqning normal tana haroratini saqlash; Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa o‘z vaqtida yuqori sifatli birlamchi reanimatsiya yordamini ko‘rsatishga tayyorligi; emizishni eng erta boshlanishini va ona va bolaning birgalikda bo‘lishini ta‘minlash; yuqumli kasalliklarning, shu jumladan tibbiy yordam ko‘rsatish bilan bog‘liq infeksiyalarning oldini olish, ularni davolash; tug‘ruqxonada Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni gepatit B va sil kasalligiga qarshi emlash; irsiy kasalliklar bo‘yicha neonatal skrining o‘tkazish; bolalarda eshitish qobiliyatining buzilishini erta aniqlash va rehabilitatsiya qilish uchun uyg‘otilgan otoakustik emissiya orqali audiologik skrining; tug‘ilishning psixologik va emotsional jihatlarini hisobga olgan holda zamonaviy texnologiyalardan foydalanish, neonatal adaptatsiya normal va patologik fiziologiyasining asoslarini tushunish; tug‘ruq paytida mehmondo‘st muhit, ona va Yangi tug‘ilgan chaqaloq o‘rtasidagi erta munosabatlarni rivojlantirish; bolani parvarish qilishda onaning va boshqa oila a‘zolarining faol ishtiroki, Yangi tug‘ilgan chaqaloqni boshqarish taktikasi bo‘yicha qaror qabul qilishda ishtirok etish.

1.2. Homila ichi o‘sishi sustligi va uning sabablari.

Homila ichi o‘sishning sustligi bo‘lgan bolalar (HIO‘S) KXT-10 kodi - P05 (homilaning o‘sishi va to‘yib ovqatlanmasligi).

Bolaning homila ichi rivojlanishining kechikishi - bu hayotning prenatal davrida paydo bo‘lgan va xarakterli bo‘lgan sindromdir.

Tana og‘irligi va Yangi tug‘ilgan chaqaloqning balandligi, ma‘lum homiladorlik davri uchun zarur bo‘lgan ko‘rsatkichga nisbatan ikki yoki undan ko‘p (yoki 10 sentildan past) og‘ishlarga kamayishi.

HIO'S bilan bolalar tug'ilishining chastotasi turli mamlakatlarda juda xilma-xil (3 dan 30% gacha), chunki bu tashxis yotadigan mezonlarga, aholining genetik yukiga, hayotning ijtimoiy-iqtisodiy sharoitlariga, ayollarning sog'lig'iga bog'liq. reproduktiv yosh va boshqa omillar. Moskvada Yangi tug'ilgan chaqaloqlar populyasiyasida HIO'S chastotasi 1000 tirik tug'ilgan chaqaloqqa 67,4 va erta tug'ilishga 179,5 ni tashkil qiladi.

Homila ichi o'sishni orqaga surish sabablari.

1. Endogen: xromosoma kasalliklari, ko'p homiladorlik, homila ichi infeksiyalar, tug'ma nuqsonlar.

2. Ekzogen: homiladorlikning normal davomiyligini buzadigan ijtimoiy-biologik (yomon iqtisodiy ahvol va to'yib ovqatlanmaslik, mehnat salomatligi, yomon odatlar va boshqalar), onaning somatik kasalliklari va homiladorlik paytida ularning kuchayishi, homiladorlik asoratlari va platsentaning patologiyasi.

Noqulay omil ta'sir qilish paytidagi homiladorlik davri va uning davomiyligi HIO'S shaklini belgilaydi.

Nosimmetrik shakli (gipoplastik variant) - tana vazni, bo'yi va bosh atrofi homiladorlik davri uchun zarur bo'lgan ko'rsatkichlardan orqada qolmoqda. Homila ichi rivojlanishi homiladorlikning dastlabki davrlaridan boshlab noqulay sharoitlarda o'tgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi. Ko'pincha, HIO'Sning ushbu shakli bilan bolada disembrigenez sIG-Masi (displastik variant) mavjud.

Asimmetrik shakl (gipotrofik variant) - tana vazni ma'lum homiladorlik davri uchun mos keladigan ko'rsatkichdan ortda qolmoqda. Balandligi va bosh atrofi yoshga mos keladi. Homiladorlikning ikkinchi yarmida homila ichi rivojlanishning noqulay sharoitlarida kuzatiladi.

HIO'S ning uchta darajasi mavjud:

I) engil daraja - gipotrofiya I - 1,5 sIG-Maning etishmasligi yoki 25 dan 10 sentilgacha;

II) o'rta daraja - gipotrofiya II - 2 sIG-Ma etishmovchiligi yoki 10 dan 3 sentilgacha;

III) og'ir daraja - to'yib ovqatlanmaslik III - 2 sIG-Madan ko'proq yoki 3-

sentildan kam tanqislik.

Jismoniy rivojlanishdagi orqada qolish bilan birga, Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda markaziy asab tizimining funksiyalarini shakllantirishda kechikish bo‘lishi mumkin - bu postural, passiv ohang va homiladorlik yoshIga refleksli javoblar o‘rtasidagi farq.

SHu bilan birga, sharsiz reflekslarning shakllanishi tonik reaksiyalarIga qaraganda ko‘proq kechiktirilganda, ushbu funksiyalarning to‘g‘ri rivojlanishidan 2-4 xaftaga qadar yoki dissotsiatsiyalangan rivojlanishdan bir xil kechikish mavjud.

Ushbu bolalar eng qiyin kontingentni tashkil qiladi, chunki ularning ko‘pchiligida hujayra va to‘qima darajasida neyroimmun-endokrin regulyasiyasi buzilgan, bu ko‘p organlarning etishmovchiligi va gomeostazning beqarorligini belgilaydi.

HIO‘S bilan Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda Yangi atrof-muhit sharoitlariga moslashish jarayoni qiyin, organizmning barcha funksional tizimlarida yuqori kuchlanish bilan asta-sekin davom etadi. SHu bilan birga, tezkor tuzatishni talab qiladIgan gomeostatik funksiyalarning buzilishi ko‘pincha paydo bo‘ladi, ularning rivojlanishida HIO‘S bilan bog‘liq bo‘lgan bola organizmidagi metabolik jarayonlarning o‘ziga xos xususiyatlari va uni oziqlantirishga individual yondashuvning etishmasligi ma‘lum rol o‘ynashi mumkin.

HIO‘S bo‘lgan bolalarda erta neonatal moslashuvning eng tez-tez uchraydigan asoratlari.

1. Tug‘ilganda asfiksiya.
2. Gipoglikemiya birinchi kuni sodir bo‘ladi va bir necha kun ichida sodir bo‘lishi mumkin.
3. Politsitemiya.
4. Nevrologik kasalliklar.
5. Amniotik suyuqlik va / yoki mekonyum aspiratsiyasi sindromi.
6. O‘pka qon ketishi.
7. Tug‘ilganda plazma hajmining ko‘payishi va hujayradan tashqari suyuqlik miqdori. SHishishga katta moyillik mavjud.

8. Issiqlik uzatishni ko'payishi va issiqlik ishlab chiqarishning kamayishi.
9. Aylanib yuruvchi T-limfotsitlar soni kamayadi, B hujayralar soni esa normaldir.
10. Opsonizatsiya, xemotaksis, fagotsitoz jarayonlarining pasayishi.
11. G immunoglobulinining past darajasi.
12. HIO'S bilan erta tug'ilgan chaqaloqlarda gipokalsemiya, giperfosfatemiya, giperbilirubinemiya.

13. Kechiktirilgan tug'ruqdan keyingi gemodinamik qayta qurish. HIO'S bilan emizish va Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni boqish, bolaning etukligi darajasini hisobga olgan holda individual yondashuvni talab qiladi

birgalikda patologiyaning mavjudligi. Yangi tug'ilgan chaqaloqning HIO'S patologiyasining surunkali shakllari va markaziy asab tizimining jiddiy zararlanishi (infantil miya yarim falaj, epilepsiya, progressiv gidrosefali, minimal miya disfunktsiyasi) natijasida bolalikdagi nogironlikning rivojlanishiga katta hissa qo'shadi.

"Xomilani dasturlash" tushunchasiga binoan (Lukas A., 1991), bachadon ichidagi xomilada ozuqa moddalari va kislorod etishmovchiligi sharoitida hujayra bo'linish tezligi, hujayra turlarining tarqalishi va ularning metabolik faolligi o'zgaradi, bu "organlar tuzilishini va hujayra darajasida tartibga solishning o'ziga xos xususiyatlarini dasturlash". Bu katta yoshdagi yurak-qon tomir, metabolik va endokrin kasalliklarga moyilligini aniqlaydi. Kuzatilgan:

- 1) yurak ishemik kasalligi;
- 2) qon bosimining ko'tarilishi;
- 3) II turdagi qandli diabet va insulin qarshiligi;
- 4) xolesterin metabolizmi va qon ivishining buzilishi (qon zardobida LDL va plazmadagi fibrinogen konsentratsiyasining ortishi);
- 5) polikistik tuxumdon sindromi (homila ichi rivojlanish jarayonida androgen darajasining ortishi);
- 6) skelet mushaklari metabolizmasidagi o'zgarishlar (glikoliz va ATP ishlab chiqarish darajasining pasayishi, yog' oksidlanishining kuchayishi);

7) simpatik asab tizimining faolligi oshdi. Xomilaning HIO'S profilaktikasi ayollarning takomillashuvidir

reproduktiv yoshdagi va homilador ayollarga etarlicha yordam ko'rsatishda: tug'ruqdan oldin klinikada ro'yxatdan o'tayotganda, platsenta etishmovchiligi va homilaning HIO'S rivojlanish xavf omillarini aniqlash, homilador ayolning sog'lig'ini dinamik nazorat qilish va o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish.

1.3. Erta tug'ilgan chaqaloq tushunchasi va xususiyatlari

Erta tug'ilgan chaqaloq - bu homiladorlikning 22-37 xaftaligi (oxirgi hayz siklining birinchi kunidan 154-259 kun) oralig'ida vazni 500 dan 2500 g gacha va 45 sm gacha bo'lgan Yangi tug'ilgan chaqaloq. (JSST tavsiyalari 1977)

Kod KXT-10.

Epidemiologiya. Erta tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish chastotasiga oid statistik ko'rsatkichlar sezilarli farqlarga ega (4-16%), chunki bir qator mamlakatlarda homiladorlikning 28-haftasigacha tug'ilgan bolalar Yangi tug'ilgan deb hisoblanmaydi. Perinatal davr homiladorlikning 28-haftasidan boshlab hisoblab chiqilgan "Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan tavsiya etilgan tirik tug'ilish va o'lik tug'ilish mezonlariga o'tish to'g'risida" 04.12.2002 yildagi 318-son. 28-36 hafta bo'lgan, erta tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilish darajasi 5,5-8% ni tashkil qiladi. Erta tug'ilgan chaqaloqlar orasida 80% homiladorlik davrida 32-36 xaftada tug'ilgan bolalardir.

Tug'ilganda tana vazniga qarab, erta tug'ilgan chaqaloqlarning to'rtta guruhini ajratish odatiy holdir:

Erta tug'ilishning I darajasi - 2500-2001 g;

Erta tug'ilishning II darajasi - 2000-1501 g;

Erta tug'ilishning III darajasi - 1500-1001 g - tana og'irligi juda past;

Erta tug'ilishning IV darajasi - 1000 g dan kam - tana vaznining juda pastligi.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarning kasalligi va o'limi, nogironlik darajasi qanchalik yuqori bo'lsa, bolaning homiladorlik muddati qancha past bo'lsa. Erta tug'ilgan chaqaloqlarni emizish, davolash va reabilitatsiya qilish katta moliyaviy xarajatlarni talab qiladi, shuning uchun erta tug'ilishning oldini olish nafaqat eng

muhim tibbiy, balki ijtimoiy muammo hamdir.

Erta tug‘ilgan chaqaloqning tug‘ilishiga sabab bo‘lgan sabablar

1. Ijtimoiy-iqtisodiy va demografik omillar (oilalar daromadi va uy-joy sharoitlari, homilador ayolning ovqatlanishi, mehnat xususiyati ayollar, ta‘lim, sog‘liqni saqlashning tabiati va boshqalar). So‘nggi yillarda chekish, alkogolizm va giyohvandlikning roli oshdi.

2. Ijtimoiy-biologik omillar (otalar-onalar yoshi, homiladorlikning tartib raqami, tug‘ilish oralig‘i, oldingi homiladorlik natijasi, ko‘p homiladorlik va boshqalar).

3. Klinik omillar: 1) onaning yuqumli kasalliklari; 2) homiladorlik bilan bog‘liq bo‘lgan asoratlilar (gestosis); 3) bachadonning shikast etkazuvchi shikastlanishi (avvalgi abortlar); 4) ona va homilalar qonining izoserologik mos kelmasligi; 5) ayol jinsiy organlarining rivojlanishidagi anomaliyalilar; 6) onalar kasalliklari, shu jumladan jinsiy yo‘l bilan yuqadigan infeksiyalilar; 7) onaning neyroendokrin patologiyasi; 8) bolaning xromosoma anomaliyalari.

Ko‘pgina hollarda, bolaning erta tug‘ilishining sababi bo‘lgan noqulay omillarning kombinatsiyasi uning funksional etukligini va tug‘ruqdan keyingi davrda rivojlanish tezligini belgilaydi.

1.4. Erta tug‘ilgan chaqaloqning anatomik va fiziologik xususiyatlari

Morfologik belgilar: jismoniy nomutanosib, pastki oyoq-qo‘llari va bo‘yni kalta, kindik halqasi past, boshi nisbatan katta. Bosh suyagining suyaklari yumshoq, tikuv va fontanellalar ochiq. Kulaklar yumshoq, boshiga mahkam bosiladi. Orqa terisida, elka sohasida, peshonada, yonoq va sonlarda burmalar mavjud, terisi ingichka, fiziologik eritema aniq ifoda etilgan. Teri osti yog‘ qatlami yuqalashgan yoki yo‘q, faqat yonoqlarda qoladi. Tirnoqlar ko‘pincha barmoq uchiga etib bormaydi. Qizlarda jinsiy a‘zolar yorilishi, chunki katta labiya kichiklarini yopmaydi. O‘g‘il bolalar moyagi yorg‘oqqa tushmaydi.

Erta tug‘ilgan chaqaloqlar uchun markaziy asab tizimining anatomik va funksional etukligi xarakterlidir, bu ularning xususiyatlarini belgilaydi: sustlik, uyquchanlik, mushak tonusining pasayishi, zaif yig‘lash, yutish va so‘rish

reflekslarining rivojlanmaganligi, nomukammal termoregulyasiya. Simptomlarning og'irligi bolaning homiladorlik yoshiga bog'liq. Turli stimullarga reaksiyalar umumlashma, faol tormozlanishning kuchsizligi, hayajonlanishning nurlanishi bilan tavsiflanadi.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarda immunitet tizimining hujayralari reaksiyalarining supressor yo'nalishi kuzatiladi, bu katta biologik ma'noga ega: tug'ilgandan so'ng daPhol organizmga kuchli antigenik ta'sir oqimi bilan patologiyani rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik. Immunitet tizimining o'ziga xos bo'lmagan reaksiyasining xususiyatlari: suyak iligi granulotsitlari zaxirasining tez tükenmesi, kam xematik faollik, komplement tizimining etarli darajada faollashmasligi, nomukammal fagotsitoz, leykotsitlarning interferon ishlab chiqarish qobiliyati sezilarli darajada kamayadi.

Birlamchi nonspesifik mudofaa reaksiyasini ham, B-limfotsitlarning pishib etishini va o'ziga xos immunitet reaksiyasini belgilaydigan hujayralararo o'zaro ta'sirlarning etukligi mavjud. Homiladorlik muddati qancha past bo'lsa, shuncha ko'p ko'rsatkichlar kamayadi. Gumoral himoya reaksiyalari asosan onaning anitanalari bilan ta'minlanadi, ular (IgG) asosan homiladorlikning uchinchi trimestrida homilaga etkaziladi. "Fiziologik" immunitet tanqisligi erta tug'ilgan chaqaloqlarning opportunistik floraga nisbatan past qarshiligini, yuqumli jarayonni umumlashtirish tendensiyasini, septik holatni, virusli infeksiyalarga yuqori sezuvchanlikni aniqlaydi.

Tug'ilish paytidagi ichki sekretiya bezlari tizimli ravishda farqlanadi, ammo ularning moslashish davridagi faoliyati cheklangan. Zararli omillarga ta'sir qilish haddan tashqari kuchlanishni, so'ngra funksiyalarni susayishga olib keladi.

Erta tug'ilgan chaqaloqning nafas olish tezligi o'zgaruvchan (daqiqasiga 36-82), qanchalik ko'p bo'lsa, bolaning tanasi og'irligi kamayadi. Nafas olish kichikroq va notekis chuqurlik, individual ilhom va ekshalatsiyani uzaytirishi va nafas olish pauzalarining turli muddatlari paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Nafas olish harakatlari ritmining xilma-xilligi erta tug'ilgan chaqaloqlarda faollashtirilgan uyqu fazasining yuqori vakili (80%) bilan belgilanadi (kattalarda paradoksal uyqu

fazasining gomologi). O'pkaning morfologik etuklik darajasi bolaning homiladorlik davriga va uning homila ichi rivojlanish sharoitlariga bog'liq. Homiladorlikning 28-30 xaftaligidan oldin tug'ilganlarda o'pkaning alveolalari va kapillyar tarmoqlari rivojlanmagan, o'pkada moslik kam, sirt faol moddalar ishlab chiqarilishi etarli emas, bu Yangi holatga o'tish paytida nafas olish buzilishlarining paydo bo'lishiga olib keladi. atrof-muhit sharoitlari.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarda yurak urishi, nafas olish kabi, o'zgaruvchan (daqiqada 130-150), arteriyalar

Birinchi kunlarda past qon bosimi 3-4-kunga ko'tariladi (85/40 mm Hg). Tug'ilgandan so'ng o'pka qon aylanishining boshlanishi bilan bog'liq bo'lgan gemodinamikani qayta qurish, sekinroq, bolaning homiladorlik yoshi pastroq va o'pka to'qimalarining morfofunktsional pishib etishmasligi bilan bog'liq. Bularning barchasi gemodinamik buzilishlarning kelib chiqishiga sabab bo'ladigan patologiya paydo bo'lishiga olib keladi.

Oshqozonning kichik hajmi, pylorik sfinkter tonusining yurak ustidan ustunligi, zaif ichak harakatlanishi tez-tez regurgitatsiya va shishiradi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda me'da shirasining hajmi to'la tug'ilgan chaqaloqlarga qaraganda 3 baravar kam, pH qiymati 4,4-6,6. Gastrin, ximosin, pepsin, motilin miqdori kamayadi, tripsin va ximotripsin, laktaza, enterokinaza, lösin aminopeptidaza, ishqoriy fosfataza fermentlarining kam faolligi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda ingichka ichak shilliq qavatidagi fermentlarning faolligi pasayadi, bu erda laktoza laktaza ta'sirida hazm qilinadi, bu borada etarli darajada hazm qilish va fermentatsiya qilish mumkin. Ferment faolligi pastroq bo'lsa, erta tug'ilish darajasi shunchalik katta bo'ladi.

Kundalik siydik miqdori 60 dan 130 ml gacha, siyish chastotasi kuniga 8-13 marta, siyish hajmi 1,5 dan 15 ml gacha. Buyraklarning funksional xususiyatlari: glomerulyar filtratsiya hajmi past, suvning tuban reabsorbsiyasi kamayadi, naychaning tizimga kiradigan natriyning deyarli to'liq reabsorbsiyasi, diuretiklarni yuborishga buyrakning zaif reaksiyasi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda buyraklarning konsentratsiyasi, buyrak osmoregulyasiyasi va kislota-ishqor holatini saqlab turish

qobiliyati, muddatidan oldin tug‘ilgan chaqaloqlarga qaraganda kam.

Suv-tuzli gomeostaz. Yangi tug‘ilgan chaqaloqning tanasida suv miqdori yuqori. Tana vazni 1500-2000 g gacha bo‘lgan erta tug‘ilgan chaqaloqlarda bu 80-85% ni tashkil qiladi. Bola o‘sishi bilan tanadagi suv miqdori kamayadi, bu strukturaviy uyali materialning, birinchi navbatda oqsilning ko‘payishi bilan izohlanadi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda suvning katta qismi hujayradan tashqaridagi suyuqlikdir. Erta tug‘ilgan chaqaloqlarda bu tana vaznining 42,5% ni tashkil qiladi. Ammo, tanadagi suv miqdorini tana yuzasi birligiga hisoblasak, ortiqcha suv unchalik katta emas. Bu maxsus narsani anglatadi suv almashinuvining zo‘riqishi va erta tug‘ilgan chaqaloqlarni ayniqsa suv muvozanatiga sezgir qiladi.

Erta tug‘ilgan chaqaloqlarda bir kilogramm vaznda aylanma qon miqdori to‘la tug‘ilgan bolalarga qaraganda yuqori. Tug‘ilgandan keyingi dastlabki daqiqalardan boshlab hujayradan tashqari suyuqlikning qayta taqsimlanishi boshlanadi, qon tomirlardan qon hujayralararo bo‘shliqqa chiqadi, bu esa tarkibida past miqdordagi plazma oqsillari bilan shish paydo bo‘lishiga olib keladi.

Tanadagi suvning chiqarilishi tanadagi suyuqliklarning elektrolitlar tarkibi bilan bog‘liq. Osmotik plazmadagi konsentratsiya keng o‘zgarib turadi va 252 dan 354 mosm / l gacha, eng yuqori ko‘rsatkichlar kam pishgan bolalarda kuzatiladi. Osmolar plazma konsentratsiyasining deyarli yarmi natriy tomonidan aniqlanadi, uning konsentratsiyasi 154-165 mmol / l ni tashkil qiladi. Erta tug‘ilgan chaqaloqlarning qonida kaliy miqdori 3,5 dan 6,5 mmol / l gacha.

Oddiy sharoitlarda Yangi tug‘ilgan chaqaloq terlash bilan 1-1,2 g / kg / soat suv yo‘qotadi. Ekzikoz ayniqsa oson rivojlanadi va erta tug‘ilgan chaqaloqqa katta xavf tug‘diradi, chunki shu bilan birga atsidoz chuqurlashadi.

Qonning kislota-asos holati (QKAH)

Qonni hisoblash erta tug‘ilgan chaqaloqni tashqi hayotga moslashish jarayonining muhim ko‘rsatkichidir. Tug‘ilgandan so‘ng daPhol qonning o‘rtacha pH qiymati 7,25 ni tashkil qiladi, normalizatsiya hayotning faqat 12-soatiga to‘g‘ri keladi, ammo bu ko‘rsatkichning beqarorligi saqlanib qoladi. Har qanday salbiy ta’sir bilan atsidoz osonlikcha paydo bo‘ladi.

Azotli gomeostaz

Hayotning birinchi kunlarida, Yangi tug'ilgan chaqaloq etarli miqdordagi paphez oqsilini olmaganida, katabolik jarayonlar ustunlik qiladi, bu qonda azotli mahsulotlarning ko'payishiga olib keladi, ayniqsa erta tug'ilgan chaqaloqlarda. Ularning oqsil almashinuvining katabolik fazasidan anabolik fazaga o'tishi sekinlashadi, chunki organizmda yog' va glikogen zaxiralarining etishmasligi bilan ular oqsilni energetik maqsadlarda ishlata boshlaydilar.

Karbongidrat gomeostazi

Homila ichi homilaning energiya ehtiyojlari faqat onaning qonidagi glyukoza bilan qoplanadi va homila tanasida homila ichi rivojlanishning so'nggi davrlari glikogenning tez to'planishi. Xomilaning etukligi kam tug'lsa, glikogen zaxiralari shunchalik kam bo'ladi. Tug'ilgandan keyingi dastlabki soatlardan boshlab qonda shakar tez pasayishni boshlaydi va hayotning 2-4 soatlari oxiriga kelib eng past ko'rsatkichlarga etadi. Keyin glysemiya hayotning birinchi kunining oxiriga kelib asta-sekin o'sishni boshlaydi. Erta tug'ilgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda past miqdordagi glikogen zahiralar mavjud, shuning uchun birinchi kunning oxirigacha ularda glysemiya ko'paymaydi. Aksincha, ko'pincha klinik simptomlar bilan kechadigan gipoglikemiya kuzatilishi mumkin: xavotir, qo'l oyoqlarning titrashi, taxikardiya, nafas olish qiyinlashuvi va hatto klinik tutilish. Gipoglikemiya atsidoz holatini chuqurlashtiradi, chunki glyukoza etishmasligi bilan keton jismlarning karbonat angidrid va suvga oksidlanishi inhibe qilinadi.

Lipidli gomeostaz

Energiya manbai sifatida Yangi tug'ilgan organizm o'z yog'ini ishlatadi, uning zaxirasi erta tug'ilgan chaqaloqlarda kam. Uglevod zahiralarining tez kamayishi bilan yog' kislotasi oksidlanishi to'liq sodir bo'lmaydi. Shuning uchun, erta tug'ilgan chaqaloqlarda hayotning dastlabki 12 soatida keton tanasining qonida sezilarli darajada o'sish kuzatiladi, uning konsentratsiyasi hayotning 2-haftasigacha ko'payadi, bu metabolik atsidozni kuchaytiradi va saqlaydi. SHu bilan birga, ular ko'p to'yinmagan yog' kislotalari, ya'ni linoleik va a-linolenik (-3 va -6), shuningdek uzun zanjirli ko'p to'yinmagan yog'li kislotalarning (TYOK), ayniqsa

arakidonik (AA) etishmovchiligiga ega. Ikkinchisi miyaning, retinaning va boshqa to'qimalarning hujayra membranalarining tarkibiy lipidlariga kiradi, ularning normal ishlashini ta'minlaydi va retseptorlarning xususiyatlariga, ion nasoslarining faolligiga, o'ziga xos oqsillar va fermentlarning sinteziga va o'tkazilishiga ta'sir qiladi. signal beruvchi molekulalar. DPUFA - bu organizmning yallig'lanish va immunitet reaksiyalarini modulyasiya qiladigan eikosanoidlarning kashshoflari.

Giperbilirubinemiya

Erta tug'ilgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda sariqlik adaptatsiya davrida eritrotsitlar gemolizining kuchayishi va jigar fermentativ tizimining pishmaganligi sababli kuzatiladi. Qonda bilvosita bilirubinning maksimal konsentratsiyasiga hayotning 5-8 kunida erishiladi, sariqlik uch haftagacha yoki undan ko'proq davom etadi. Bilvosita bilirubin yo'q

suvda eriydi va shuning uchun siydik bilan chiqarilmaydi. Haddan tashqari shakllanish bilan u hujayra membranalarida, ayniqsa asab hujayralarida to'planib, hujayralardagi nafas olish va metabolizm jarayonini buzadi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda bilirubin intoksikatsiyasini rivojlanishiga quyidagilar yordam berishi mumkin: 1) ularning gipoalbuminemiyasi tufayli plazma oqsillari bilan bog'lanish qobiliyatining pasayishi; 2) og'ir gipoglikemiya, chunki glyukoza jigar hujayralarida bilvosita bilirubinning aylanishida qatnashadi; 3) gipoksiya, unda bilirubin uchun hujayra membranalarining o'tkazuvchanligi oshadi. Bilirubin intoksikatsiyasi belgilari: bolaning umumiy sustligi, mushaklarning gipotenzivasi, emish refleksining pasayishi, nafas olish etishmovchiligi.

Termoregulyasiya

Erta tug'ilgan chaqaloqlarda hayotning birinchi kunlarida jigarrang yog'ning kam zaxirasi, mushak tonusi pastligi va etarli ovqatlanish tufayli issiqlik hosil qilish qobiliyati pasayadi. SHu bilan birga, tananing katta yuzasi va himoya yog' qatlamining kam rivojlanganligi, shuningdek terining qon bilan ta'minlanishining o'ziga xos xususiyatlari (tomirlarning yuzaki joylashishi) va tarqalishi tufayli issiqlik uzatilishi ko'payadi. vazodilatatsion reaksiyalar. Bularning barchasi erta tug'ilgan chaqaloqning tanasini tez sovutish imkoniyatini yaratadi, asidotik siljishlar

kuchayadi, kapillyar o'tkazuvchanligi oshadi va shish paydo bo'ladi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda markaziy asab tizimining issiqlikni tartibga soluvchi tuzilmalari ham etuk emas, natijada bola nafaqat sovishdan, balki qizib ketishdan ham aziyat chekishi mumkin.

Erta tug'ilgan chaqaloqqa g'amxo'rlik qilish uchun to'g'ri sharoitlarni hisobga olgan holda uning qo'ltiq ostidagi tana harorati 36-37 gacha saqlanadi? Hayotning birinchi kunlarida haroratning kunlik o'zgarishi kuzatilishi mumkin (1 gacha), ammo vaqt o'tishi bilan ular ahamiyasiz bo'lib qoladi (0,3-0,5?).

SHunday qilib, erta tug'ilgan chaqaloqning morfofunktsional etuklik darajasi adaptiv reaksiyalarni o'tkazish va Yangi atrof-muhit sharoitida omon qolish qobiliyatini belgilaydi.

1.5. Erta tug'ilgan chaqaloqlarni emizishni tashkil etish

Neonatogiyada erta tug'ilgan chaqaloqlarni emizish uchun ikki bosqichli tizim mavjud. Birinchi bosqich - bu ixtisoslashgan tug'ruq an'anaviy tug'ruqxonada erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun intensiv terapiya va terapiya uchun muddatidan oldin uyga etkazib berish yoki alohida bo'limlar. Ikkinchi bosqich - tug'ruqxonalardan ko'chirilgan erta tug'ilgan chaqaloqlarni davolash va parvarish qilish bo'yicha ixtisoslashtirilgan shifoxona yoki bo'lim. Erta tug'ilgan chaqaloqlarni emizishning ikkinchi bosqichiga o'tkazish yoshi, tana vazni, klinik holati bilan belgilanadi va hayotning 8-kunidan ilgari amalga oshiriladi.

Tibbiyot xodimi ishining asosiy tamoyillari:

1) bola uchun optimal harorat va namlikni ta'minlash (buning uchun tug'ruq xonasi va maxsus inkubatorlarning maxsus sharoitlari ta'minlangan);

2) tug'ruq xonasida va keyingi bosqichlarda ehtiyotkorlik va ehtiyotkorlik prinsipiga qat'iy rioya qilish kerak, bolaga nisbatan manipulyasiya sonini kamaytirish kerak; 3) parvarish qilishda aseptikaga rioya qilish, infeksiyani oldini olish; 4) gomeostaz kasalliklarini o'z vaqtida va etarli darajada tuzatish; 5) boshlang'ich vaqtini tanlashda individual yondashuv va shu maqsadda pasterizatsiyalanmagan ona sutidan foydalangan holda bolani ovqatlantirish usuli yoki u yo'q bo'lganda, moslashtirilgan sut aralashmalari.

Erta tugʻilgan chaqaloqni boqish muammo boʻlib, uning muvaffaqiyatli echimi shifokorlar va hamshiralarning tajribasi va mahoratiga bogʻliq. SHu sababli, erta tugʻilgan chaqaloqlarni emizish (ayniqsa, tana ogʻirligi past va oʻta past boʻlganlar) yuqori malakali tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshirilishi kerak.

Koʻp erta tugʻilgan chaqaloqlar hayotning birinchi soatlaridan boshlab intensiv davolanishga muhtoj. Erta tugʻilgan chaqaloqlarda asosiy terapevtik chora-tadbirlar gipoksiya bilan kurashish, atsidozni toʻgʻirlash, suvli tuzli gomeostazni saqlash, nafas olish funksiyalari, yurak-qon tomir tizimi va energiya manbalarini toʻldirishga kamayadi. YUqumli jarayonlar mavjud boʻlganda, etiologik omil va immuno-tuzatuvchi terapiyani hisobga olgan holda antibiotiklardan foydalanish talab etiladi. Erta tugʻilgan chaqaloqni emizish va davolashning vazifasi hayotni saqlab qolish va uning erta tugʻilishi va tugʻruqdan keyingi kasalligini keltirib chiqargan patologiya keltirib chiqaradigan noxush oqibatlarining oldini olishdir.

II BOB. CHAQALOQLIK DAVRIDA UCHRAYDIGAN KASALLIKLAR VA ULARNI XUSUSIYATLARI

2.1. Chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromi (CHNOBS) (gialin membranasi kasalligi)

CHNOBS - bu erta tugʻilgan chaqaloqlarda oʻpkaning pishmaganligi va birlamchi sirt faol moddasi etishmovchiligi sababli erta tugʻilgan chaqaloqlarda tashqi nafas olish funksiyasining jiddiy buzilishi.

Ushbu patologiya homiladorlik muddati 34 haftadan kam boʻlgan bolalarda,

shuningdek, diabetes mellitusda tug'ilgan onalarda kuzatiladi. Vujudga kelish chastotasi qanchalik yuqori bo'lsa, bolaning homiladorlik muddati shuncha past bo'ladi: 60-80% - homiladorlikning 30-haftasidan oldin tug'ilganlarda va 25-35% - 30-34-haftada tug'ilganlarda. Homilador ayollar tomonidan kortikosteroidlarni profilaktik ravishda qo'llash CHNOBS bilan kasallanishni 2 baravar kamaytiradi.

Patogenez. CHNOBS ning rivojlanishi quyidagilarga asoslangan:

1) o'pka to'qimalarining morfologik etukligi (alveolalar va qon tomir tizimining etarli darajada rivojlanmaganligi);

2) sirt faol moddasi - sirt faol moddasini ishlab chiqaradigan hujayralarning pishmaganligi va/yoki gipoksiya bilan bog'liq disfunktsiyasi; 3) vazospazm va / yoki qonning reologik xususiyatlarini buzilishi sababli o'pkada mikrosirkulyasiyaning buzilishi;

4) markaziy asab tizimining etilmaganligi va nafas olish harakatlari ritmi va chuqurligini tartibga solish mexanizmlari. Natijada, SDD rivojlanishining etakchi patofiziologik mexanizmi va uning zo'ravonligi ro'yxatdagi funksiyalar va ularning birikmalarining buzilish darajasiga bog'liq.

Surfaktant - fosfolipidlar, neytral lipidlar va oqsillardan tashkil topgan modda, homila ichi rivojlanishning 20-24 xaftaligidan boshlab II tip alveolotsitlar tomonidan ishlab chiqariladi va bolaning birinchi nafasi boshlanishi bilan alveolalardagi sirt taranglik kuchining pasayishini ta'minlaydi. va nafas olish paytida ularning barqarorligini ta'minlash. Bundan tashqari, sirt faol moddasi bakteritsid ta'siriga ega va o'pkada makrofag funksiyasini rag'batlantiradi.

O'pka to'qimalari va qon tomirlarining morfologik etukligi fonida sirt faol moddasining etishmasligi nafas chiqarishda alveolalarning qulashiga olib keladi, bu umumiy atelektazning shakllanishiga yordam beradi. Bunday holda gaz almashinuvi buziladi, anaerob glikoliz faollashadi, metabolik atsidoz rivojlanadi. Atsidoz ta'sirida o'pka arteriolalari spazmi kuchayadi, bu o'pka perfuziyasining buzilishiga va qonning o'pka ichi manevriga olib keladi, bu esa gipoksemiyaning kuchaytiradi. SHu bilan birga, ushbu sharoitda o'pka tomirlarining o'tkazuvchanligi oshadi, plazma oqsillari interstitsial bo'shliqqa va alveolalar lümenine kirib boradi, bu esa

gialin membranalarini hosil bo'lishiga olib keladi.

CHNOBSda tashqi nafas olish funksiyasining o'zgarishi o'pkaga muvofiqlikning pasayishi, funksional qoldiq qobiliyati, alveolyar shamollatish va perfuziyaning gelgit hajmi va ilhomlanish paytida havo yo'li qarshiligining oshishi bilan namoyon bo'ladi.

CHNOBSning klinik xususiyatlari

SDD bola hayotining birinchi daqiqalarida va soatlarida rivojlanadi. Nafas olish mavjudligiga qaramay, aniq mahalliy yoki umumiy siyanozning davom etishi mavjud. Bunday holda, nafas olish yuzaki ravishda qiyinlashadi. Nafas olishda yordamchi mushaklar qatnashadi (ko'krak qafasining mos keladigan joylarini tortib olish), nafas qisilishi (daqiqada 60 dan ortiq nafas olish) va ekspiratuar nola ("xirillagan" nafas chiqarish) kuzatiladi. Klinik simptomlarning zo'ravonligi, ularning o'sish tezligi auskultatsiya ma'lumotlari bilan o'zaro bog'liq: nafas olish tovushlarining zaiflashishi, ko'krak qafasining ayrim qismlarida to'liq bo'lmaguncha va o'pkada mayda pufakchali toshmalar paydo bo'lishi. Bir nechta klinik parametrlarni dinamikada baholash nafas olish buzilishlarining rivojlanish darajasi va og'irligi to'g'risida ob'ektiv g'oyani olishga imkon beradi (o'zgartirilgan Daun shkalasi) (jadval).

Rentgen tasviri tug'ilgandan keyin o'tgan vaqtga va kasallikning og'irligiga bog'liq: pnevmatizatsiyaning biroz pasayishidan uning deyarli to'liq yo'qligigacha ("oq o'pka"). O'pka gialinli membranalari kasalligining o'ziga xos manzarasi: o'pka sohalari shaffofligining diffuz pasayishi, to'r pardasi, o'pka ildizi (havo bronxogrammasi) sohasidagi ma'rifat joylari.

CBS qonini o'rganish kompensatsiyalanmagan nafas olish yoki nafas olish metabolik atsidozining mavjudligini va kislorod kuchlanishining pasayishini (gipoksemiya) aniqlaydi. Hayotning dastlabki soatlarida qonni klinik tahlil qilish xarakterli xususiyatlarga ega emas.

Differensial diagnostika: Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning vaqtinchalik taxipniyasi, pnevmoniya, amniotik suyuqlik aspiratsiyasi sindromi.

SDD zo'ravonligini baholash

Davolash:

1. Kerakli harorat, namlik va himoya sharoitlarini ta'minlash.
2. Hayotiy funksiyalar holatini nazorat qilish (yurak urishi, nafas olish, qon bosimi, qon kislorod bilan to'yinganligini ro'yxatdan o'tkazish).
3. Sirt faol moddalarining etishmovchiligini sirt faol moddalar preparatlarini kiritish bilan bartaraf etish: "Surfaktant HL", (Rossiya); "Surfactant BL" (Biosurf, Rossiya); Kurosurf (CHiesi Farmaceutici Parma, Italiya); exosurf neonatal (Glaxo Vellom, Buyuk Britaniya).
4. Arterial qon pO₂ ni 50-80 mm Hg darajasida ushlab turish uchun kislorod bilan davolash. San'at. mexanik shamollatish paytida burun kanulalari yoki endotrakeal naycha orqali o'z-o'zidan nafas olish paytida doimiy ijobiy havo bosimini yaratish orqali.
5. Suv va elektrolitlar muvozanatini saqlash, atsidozni to'g'irlash, organizmning energiya xarajatlarini to'ldirishga qaratilgan terapiya. Gipovolemiya va arterial gipotenziya bo'lsa, suyuqlik hajmini almashtirish bilan birga kardiotonik dorilar (dopamin, dobutamin) buyuriladi.
6. Antibakterial terapiya.
7. Bolaning ahvoli yaxshilanishi bilan, enteral ovqatlanishni erta boshlang.

CHNOBSning asoratlari

O'tkir davrda: o'pkaning interstitsial amfizemasi, pnevmotoraks, pnevmomediastin, ishlaydigan arterial duktus duktusi, qorincha ichi qon ketishi, bakterial infeksiya. Uzoq muddatli oqibatlar: bronxopulmoner displazi (omon qolganlarning 5-30%), erta tug'ilishning retinopatiyasi, psixomotor rivojlanishning kechikishi.

2.2. Yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi

Xomilaning va Yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi (CHGK) - bu turli xil eritrotsitlar antijenlari uchun ona va homila qonining immunologik mos kelmasligi natijasida kelib chiqadigan patologiya shakli.

Homila va Yangi tug'ilgan chaqaloqning gemolitik kasalligi. P55.0
Xomilaning va Yangi tug'ilgan chaqaloqning rezus izoimmunizatsiyasi. P55.1 ABO

- homila va Yangi tugʻilgan chaqaloqni izoimmunizatsiya qilish. P56 Izoimmunizatsiya tufayli homilaning tomchisi. P57.0 Kernikterus izoimmunizatsiya tufayli.

Epidemiologiya

Rossiyada CHGK Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning 0,6 foizida aniqlanadi.

Tasnifi

Mojaroning shakliga qarab, ona va bola qonining mos kelmasligi Ph omiliga koʻra, ABO tizimiga va kam uchraydigan qon omillariga koʻra ajratiladi.

CHGKning klinik shakllari: anemiya, icteric, edematous. Sariqlik va anemiya zoʻravonligiga koʻra, engil, oʻrtacha va ogʻir kasalliklar mavjud. CHGKning asoratlari: kernikterus, safro qalinlashish sindromi.

Etiologiya

Ph-salbiy onada Ph-musbat (Ph +) homila holatida mojaro yuzaga kelishi mumkin. Guruhning mos kelmasligi bilan onada asosan O (I) qon guruhi bor, va homilada A (II) yoki B (III) mavjud. Koʻpincha CHGK qonning mos kelmasligi bilan yuzaga keladi

boshqa eritrotsit antijenleri uchun ona va homila. Hozirgi vaqtda eritrotsitlar antigenlarining 10 dan ortiq izoserologik tizimlari maʼlum.

ABO tizimidagi nomuvofiqlik tufayli CHGK paydo boʻlishi 1: 200-256 tugʻruq, platsentaning toʻsiq vazifasi birinchi homiladorlik paytida boʻlganida sodir boʻladi.

Ph omil antigenlar tizimi (D, C, e, c, e) bilan ifodalanadi, ular orasida eng immunogen D antigenidir, evropa irqi odamlarining 85% Ph-musbatdir. Agar Ph manfiy ayol Ph musbat erkakdan homilador boʻlsa, u holda homila Ph musbat boʻlish ehtimoli 50% ga teng, xuddi otasi kabi.

ABO tizimining guruh antigenlari embrionning eritrotsitlarida 5-6 xaftadan, Ph omil esa - homiladorlikning 8 xaftaligida uchraydi. Xomilalik eritrotsitlar homiladorlikning uchinchi trimestrida onaning qonida aniqlanadi, ammo birinchi homiladorlik paytida immunizatsiya kamdan-kam hollarda (Ph-salbiy ayollarning taxminan 1% da) sodir boʻladi, bu esa murakkab homiladorlik bilan osonlashadi.

Ko'pincha izoimmunizatsiya rivojlanishining asosiy stimuli tug'ruq paytida, ayniqsa homila eritrotsitlarining onaning qonlga transplacental o'tishini kuchaytiradigan jarrohlik aralashuvlar mavjud bo'lganda paydo bo'ladi. Birinchi homiladorlikdan so'ng, salbiy rezusli ayollarning 10% rezus-musbat homilaga sezgir bo'ladi.

Onaning tanasida antigenni qabul qilishlga javoban M, G, A immunoglobulinlar sinflga mansub antikorlar hosil bo'ladi, ular serologik xususiyatlar farqlga qarab "to'liq" (IG-M), aglutinin va "to'liq bo'lmagan" ga bo'linadi. "(IgG va Iga). IgG anitalari "to'liq" antikorlarga qaraganda pastroq molekulyar og'irlikka ega va shuning uchun homilada gemolitik kasallik rivojlanishining asosiy sababi bo'lgan platsentani osonlikcha kesib o'tadi.

Patogenez. Onaning anitalari homila ichiga kirganda antigen o'z ichiga olgan eritrotsitlar bilan bog'lanib, bu ularning gemolizlga olib keladi. Rivojlanayotgan anemiya natijasida eritrotsitlar ishlab chiqarishni ko'paytirishga qaratilgan kompensatsion mexanizmlar faollashadi. Suyak iligida eritrotsitlarning yosh shakllari shakllanishi rag'batlantiriladi, jigar va taloqda ekstramedullyar gemopoez o'choqlari paydo bo'lib, gepatosplenomegaliya hosil bo'ladi. Eritrotsitlarning gemoliz jarayonining ustunligi

gemopoez ustidan homilada anemiya va gipoksiya rivojlanishiga olib keladi. Eritrotsitlarning gemolizasi natijasida bilvosita bilirubinning haddan tashqari shakllanishi sodir bo'ladi, uning chiqishi ma'lum bir chegaraga qadar onaning tanasi orqali amalga oshiriladi. Bilirubinning haddan tashqari to'planishi bilan uning toksikligi o'zini namoyon qiladi, bu to'qimalarning metabolizmini, jigar funksiyasini, ayniqsa oqsil sintezini buzilishiga olib keladi. Portalda va kindik tomirlarida gipoproteinemiya, gipoalbuminemiya, gipertoniya rivojlanib, qon tomir devorining o'tkazuvchanligi oshadi. Tizimli qon aylanishida turg'unlik natijasida suyuqlik to'qimalarda va bo'shliqda terlaydi va anasarka rivojlanadi.

Klinik belgilari. Sariqlik va tomchisiz gemolitik anemiya kasallikning eng kam tarqalgan va engil shakli hisoblanadi. Terining oqarishi, bo'g'iq yurak tovushlari, sistolik shovqin, taxikardiya qayd etilgan. Qonda eritrotsitlar va gemoglobin miqdori

kamayadi.

Sariqlik bilan gemolitik anemiya kasallikning eng keng tarqalgan va og'ir shakli hisoblanadi. Sariqlik tug'ilish paytida bo'lishi mumkin yoki hayotning dastlabki 24 soatida paydo bo'lishi mumkin. Jigar va taloq kattalashishi, terining biroz oqarishi xarakterlidir. Og'ir holatlarda amniotik suyuqlikning ikterik bo'yoqlari, dastlabki moylash va kindik ichak pardalari bo'lishi mumkin. ABO tizimida ziddiyat bo'lsa, terining sariqligi keyinroq - 2-kuni paydo bo'ladi, ammo uning intensivligi hayotning 3-4-kunlarida tez o'sib boradi. Qonda o'rtacha darajada aniqlangan normoxromik yoki giperxromik anemiya, retikulotsitoz, normoblastoz mavjud va bilvosita bilirubin darajasi $51 \text{ mkmol} / \text{l}$ dan oshadi. Rivojlanayotgan kasallikning og'irligi eritrotsitlar gemolizining tezligiga, bilirubin to'planishiga, uning jigarda konjugatsiya tezligiga, buyraklar va oshqozon-ichak trakti orqali chiqarilishiga bog'liq. Bilirubinning soatlik o'sish intensivligi $5,1 \text{ mmol} / \text{l} / \text{soatdan}$ oshadi.

Sariqlik va tomchi bilan gemolitik anemiya gemolitik kasallikning eng og'ir shakli bo'lib, unda bolalar o'lik bo'lib tug'iladi yoki tug'ilgandan ko'p o'tmay vafot etadi. Ikterik tus bilan terining o'tkir rangparligi, umumiy shish, assit, jigar va taloqning kattalashishi, gemodinamik buzilishlar mavjud. Nafas olish muammosi va qon ketishlar ko'pincha rivojlanadi.

Qonda og'ir anemiya, normoblastoz, eritroblastoz, gipoproteinemiya, giperbilirubinemiya aniqlanadi.

Gemolitik kasallikning og'irligi tug'ilish paytida asosiy simptomlarning og'irligi (sariqlik, anemiya, jigar va taloq hajmining oshishi, shish) va ularning bola hayotining keyingi soatlaridagi o'sish darajasi bilan belgilanadi. CHGKning og'irligi bolaning erta tug'ilish darajasi bilan belgilanadi, bu hayot uchun prognozni va asoratlarni rivojlanishini aniqlaydi.

Eng og'ir asorat - yadroviy sariqlik - bu hujayralar membranalari lipidlarida osonlikcha eriydigan bilvosita bilirubin bilan miya sopi, serebellumning yadro shakllanishiga zarar etkazilishi natijasida yuzaga keladi. Bilirubin intoksikatsiyasining birinchi alomatlari: so'rg'ich refleksining to'liq

yo‘qolishIgacha emish faolligining pasayishi, apnea hujumlari, isitma, sustlik va konvulsiv sindromning paydo bo‘lishi.

Gemolitik kasallik diagnostikasi. 1. Onaning anamnestik ma’lumotlarini baholash (Ph-salbiy qon, O (I) qon guruhi, qonda antikorlarning mavjudligi, ilgari tug‘ilgan bolalarda gemolitik kasallik ko‘rsatkichlari, tushish, o‘lik tug‘ilish).

2. Yangi tug‘ilgan chaqaloqni fizik tekshirishda gemolitik kasallikning klinik belgilarini aniqlash va ularning o‘rish dinamikasini kuzatish.

3. Bolaning qon guruhini va Ph omilini, shuningdek kindik qonidagi bilirubin miqdorini aniqlash. Kumbsning to‘g‘ridan-to‘g‘ri va bilvosita reaksiyasini shakllantirish. Agar kerak bo‘lsa, onaning va bolaning qonining kam uchraydigan omillarga mos kelmasligini aniqlash uchun qo‘shimcha tadqiqotlar.

4. Bilirubinning soatlik o‘rishining qiymatini aniqlash.

5. Klinik klinik tahlilni baholash (eritrotsitlar soni, gemoglobin darajasi, gematokrit, normoblastoz va eritroblastoz mavjudligi).

Gemolitik kasalliklarni davolash. Bola hayotining antenatal davrida terapevtik tadbirlar eritrotsitlarning gemoliz darajasini pasaytirish va og‘ir anemiya rivojlanishining oldini olishga qaratilgan. Ular terapevtik va profilaktik invaziv bo‘lmagan davolash usullaridan foydalanadilar (antigenlar bilan desensitizatsiyalash terapiyasi, plazmaferez, limfotsitimmunoterapiya, platsenta etishmovchiligini oldini olish). Homilador ayolning aniq sezgirliigi bilan va homilada gemolitik kasallikning og‘ir shakli aniqlanganda, invaziv terapiya usuli qo‘llaniladi - homila ichiga qon tomir orqali qon quyish.

Bola tug‘ilgandan so‘ng, asosiy maqsad nogironlikka olib keladigan kernikterusdan saqlanish uchun qonda bilvosita bilirubinning toksik konsentratsiyasini oldini olishdir. Bilvosita giperbilirubinemiyaning davolashning quyidagi usullari qo‘llaniladi: 1) bilirubin va antikorlar chiqarib yuboriladigan qonni almashtirish; 2) bilvosita bilirubinni neyrotoksik ta’sirga ega bo‘lmagan, suvda eruvchan fotizomer lumirubinga aylantirishga qaratilgan fototerapiya; 3) retikuloendotelial tizim hujayralarining Fc retseptorlarini blokirovka qilishga va eritrotsitlarning keyingi gemolizini inhibe qilishga yordam beradigan standart

immunoglobulinlarni tomir ichiga yuborish; 4) oshqozon-ichak traktida bilirubinni bog‘lash uchun sorbentlardan foydalanish.

Prognoz. O‘z vaqtida samarali davolanish bilan prognoz qulaydir. YAdroviy sariqlikning rivojlanishi bilan bolaning o‘limi yoki chaqaloq miya yarim falajining shakllanishi mumkin. Og‘ir shishgan shaklda prognoz bolaning hayoti va keyingi rivojlanishi uchun noqulaydir.

Ph sensitizatsiyasining oldini olish

Tug‘ruqdan oldin klinikada, homilador ayollarni ro‘yxatdan o‘tkazishda qon guruhini va Ph-ni aniqlash kerak. Homilador ayolda Ph-salbiy qon va erida Ph-musbat qon bo‘lsa, uning anitanalari borligini aniqlash kerak. Antikor bo‘lmasa, qayta skrining homiladorlikning 24 va 28 xaftalarida amalga oshiriladi. 28-haftada antikorlar bo‘lmagan taqdirda, anti-D immunoglobulinni tayinlash bilan Ph sensitizatsiyasining profilaktikasi amalga oshiriladi. Tug‘ilgandan so‘ng (72 soatdan kechiktirmay) Ph-musbat bolada anti-D immunoglobulin qo‘llaniladi. Homilaning qisqa davrida abort qilish va tushirishdan so‘ng, barcha rezus-salbiy sezgir bo‘lmagan ayollarga anti-D immunoglobulinni yuborish kerak, homiladorlik paytida invaziv usullar bilan, platsenta ajralishi bilan.

2.3. Homila ichi infeksiyalar

Homila ichi infeksiyalar - bu Yangi tug‘ilgan bolalarning yuqumli kasalliklari, infeksiyasi tug‘ilishidan oldin ona organizmidan patogenning kirib borishi natijasida sodir bo‘lgan. Bu sodir bo‘lgan homiladorlik davri asosan yuqumli jarayonning xususiyatini belgilaydi. SHunday qilib, embrion davrida infeksiya paytida malformatsiyalar hosil bo‘ladi yoki embrionning o‘limi sodir bo‘ladi. Xomilaning dastlabki davridagi yuqumli jarayonlar (homiladorlikning 4-6 oyi) organizmning funksional tizimlarining, asosan markaziy asab tizimining normal rivojlanishini buzish bilan ifodalanishi mumkin. Homiladorlikning 27-haftasidan keyin yuqtirilganda, homilaning yuqumli kasalligi Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda kuzatiladigan bir xil yallig‘lanish reaksiyalari va klinik belgilar bilan birga keladi. Antenatal davrdagi yuqumli kasalliklarning natijasi boshqacha bo‘lishi mumkin: homila tug‘ilishidan oldin o‘lishi, kasal bo‘lib tug‘ilishi yoki tug‘ilish paytida

kasallikning qoldiq belgilari bo'lishi mumkin. Xomilaning infeksiyasi tug'ilish paytida aloqa paytida, shuningdek tug'ilish kanalidan yoki yuqtirilgan amniotik suyuqlikdan yuqtirilgan balg'amni yutish va yutish orqali ham sodir bo'lishi mumkin. Intrapartum infeksiya bilan kasallikning dastlabki belgilari bolada tug'ilgandan keyin turli vaqtlarda (bir necha soatdan bir necha kungacha) paydo bo'lishi mumkin, bu patogenning virulentligiga, infeksiyaning massivligiga va homila holatiga bog'liq. tug'ilish vaqti.

Infeksiyani homilaga yuqtirish usullari

1. Transplacental yo'l - qo'zg'atuvchining onaning qonidan homila qoniga to'g'ridan-to'g'ri kirishi yoki yo'ldoshga birlamchi zarar etkazilishi, so'ngra amniotik membranalar, kindik ichakchasidagi va amniotik suyuqlik infeksiyasi.

2. Ko'tarilish yo'li - yuqumli razvedka qin kanalidan yoki bachadon bo'yni bachadonidan keladi, so'ngra xomilada yallig'lanish o'choqlari o'pkada va oshqozon-ichak traktida infeksiyalangan amniotik suyuqlikni yutish va yutish natijasida topiladi.

3. Infeksiyani qo'zg'atuvchisi onaning qorin bo'shlig'idan bachadon naychalari orqali kirib borishi, amniotik membranalarining qo'shni joylarga zarar etkazishi va keyinchalik amniotik suyuqlikni yuqtirish.

Yuqumli razvedkaning onaning tanasidan homilaga kirib borishi yo'lida himoya to'siqlari mavjud: platsenta va homila immuniteti, ularning samarali himoyasi bolaning homiladorlik yoshiga bog'liq.

Onaning o'tkir yoki surunkali infeksiyasining har qanday patogenlari bolada homila ichi infeksiyani keltirib chiqarishi mumkin - bu viruslar, bakteriyalar, mikoplazmalar, xlamidiya, protozoa, qo'ziqorinlar va boshqalar.

KXT-10 da homila ichi infeksiyalar III sinfdagi "Perinatal davrda yuzaga keladigan ba'zi bir holatlar" etiologik prinsipiga muvofiq P35- P 39 "Perinatal davrga xos yuqumli kasalliklar" bloklarida keltirilgan.

Perinatal davrga xos bo'lgan yuqumli kasalliklar (P 35 - P 39).

P 35 Tug'ma virusli kasalliklar.

P 35.0 Tug'ma qizilcha sindromi.

P 35.1 Tug‘ma Sitomegalovirus infeksiyasi.

P 35.2 Tug‘ma uerpes simpleks virusi infeksiyasi.

P 35.8 Boshqa tug‘ma virusli infeksiyalar.

P 35.9 Tug‘ma virusli kasallik, aniqlanmagan.

P 37 Boshqa tug‘ma yuqumli va parazitar kasalliklar.

P 37.0 Tug‘ma sil kasalligi.

P 37.1 Tug‘ma toksoplazmoz.

P 37.2 Neonatal (tarqalgan) listerioz.

P 37.3 Plasmodium falciparum tufayli tug‘ma bezgak.

P 37.4 Boshqa tug‘ma bezgak.

P 39 Perinatal davrga xos bo‘lgan boshqa yuqumli kasalliklar.

Homila ichi virusli infeksiyalar

Tug‘ma qizilcha - P 35.0

Togaviridae oilasiga mansub P HK tarkibidagi virus, Rudivirus turiga kiradi.

Xomilaning infeksiyasi homiladorlik paytida birlamchi infeksiya paytida yuz beradi, chunki ilgari o‘tkazilgan kasallik doimiy immunitetni qoldiradi. Homiladorlikning dastlabki 2 xaftaligida homila ichi qizilcha yuqtirish xavfi 100% ga yaqinlashadi, ammo homiladorlik davri oshgani sayin u kamayadi va 16-20 xaftada 30% ni tashkil qiladi.

Homiladorlikning birinchi trimestrida homilani yuqtirishning klassik uchligi: tug‘ma yurak kasalligi, ko‘zning shikastlanishi (katarakt, glaukoma, chorioretinit), eshitish asabining shikastlanishi tufayli eshitish qobiliyati buzilishi. Keyinchalik infeksiya bilan: HIO‘S, markaziy asab tizimining shikastlanishi (meningoensefalit) sababli asab kasalliklari, anemiya, trombositopeniya, sariqlik, ko‘p qon ketish.

Diagnostika virusni siydik va faringeal sekretsialardan ajratish va qonda past qizg‘ish qizilcha qarshi antitellarni aniqlashdan iborat. Davolash simptomatikdir, chunki o‘ziga xos antiviral kimyoviy terapiya mavjud emas. Kasal bolalar izolyasiyaga muhtoj, chunki ular virusni uzoq vaqt davomida tarqatib yuborishgan. Oldini olish profilaktik qizamiqqa qarshi emlashlardan iborat. Homilador ayollarga qizilcha bilan va ular bilan aloqada bo‘lgan bolalar bilan aloqa qilishdan saqlanish

tavsiya etiladi.

Gerpetik infeksiya - P35.2

Herpesviridae oilasining DNK tarkibidagi virusi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarning kasalligi, qoida tariqasida, Alphaherpesvirinae oilasiga mansub 1 va 2 turdagi herpes simpleks viruslari (HSV) tufayli yuzaga keladi. Herpes virusi yuqori darajada neyrotrop hisoblanadi.

Neonatal herpes bilan kasallanish 7500 tugʻilishdan 1 tani tashkil qiladi. Xomilaning infeksiyasi homilador ayolda birinchi boʻlib paydo boʻlgan infeksiya natijasida yuzaga keladi, kamdan-kam hollarda surunkali infeksiyaning kuchayishi bilan. Agar onada genital herpesning namoyon boʻlishi boʻlsa, bolalarning 30-40% tugʻilish kanalidan oʻtayotganda yuqadi. Homiladorlikning birinchi trimestrida onaning asosiy kasalligi bilan, homila ichiga gematogen yoʻl orqali kirib boradigan virus malformatsiyalar (mikrosefali, mikrofalmiya, miya toʻqimalarida kalsifikatsiya) shakllanishiga olib kelishi mumkin. Homiladorlikning keyingi bosqichlarida gerpetik infeksiya oʻlik tugʻilishga olib keladi va agar bola tugʻilishidan oldin yoki tugʻruq paytida yuqtirilsa, bolalar oʻtkir (umumiy yoki mahalliy shaklda) yoki yashirin infeksiyani boshdan kechiradilar.

Herpes infeksiyasining birinchi alomatlari tugʻilish paytida mavjud yoki hayotning birinchi haftasida paydo boʻladi. Bola letargik boʻlib qoladi va yaxshi emmaydi. Uning tana harorati koʻtariladi, nafas qisilishi, taxikardiya, sariqlik paydo boʻladi. Baʼzida qusish va qon bilan aralashtirilgan axlat mavjud. MAT shikastlanishining alomatlari mavjud (konvulsiyalar, opistotonus) - meningoensefalit, ensefalit. Oʻlim darajasi 80% ni tashkil qiladi. Omon qolgan bolalarda mikrosefali, gidrosefali, aqliy zaiflik va koʻzning shikastlanishi (chiororetinit, katarakt, koʻrlik) rivojlanadi.

Gerpetik infeksiyaning mahalliy shakllari bilan vesikulyar eritema koʻrinishidagi terining shikastlanishi va konʻyunktivit, keratokonjunktivit, chiororetinit, keratit koʻrinishidagi koʻz kasalliklari mumkin.

Toʻliq tugʻilgan chaqaloqlarda erta neonatal davrda infeksiyaning yashirin kursi mumkin, bu surunkali, past intensiv infeksiya xavfini tugʻdiradi, asab

kasalliklari asta-sekin rivojlanib boradi.

Homila ichi herpes infeksiyasini diagnostikasi kasallikning klinik ko‘rinishi, onaning anamnezi va laboratoriya tekshiruvlari natijalari asosida amalga oshiriladi. Quyidagi usullardan foydalaniladi: 1) herpes simpleks virusi antigenini aniqlash uchun to‘g‘ridan-to‘g‘ri immunofluoresans usuli bilan terining eroziya qilingan joylaridan pufakchalar yoki qirib tashlash tarkibini tekshirish; 2) polimeraza zanjiri reaksiyasi (PSR) orqali qon va miya omurilik suyuqligidagi virus genomini aniqlash.

Antiviral davolash asiklovir bilan amalga oshiriladi. Rossiya Perinatal tibbiyot mutaxassislari assotsiatsiyasining tavsiyalariga binoan (2002), izolyasiyalangan terining shikastlanishi uchun asiklovir 10 kun davomida kuniga 45 mg / kg dozada qo‘llaniladi. YUqtirishning umumiy shakli bilan asiklovirin dozasi kuniga 60 mg / kg gacha oshiriladi. Davolashning davomiyligi 14-21 kun. Oftalmik herpes uchun asiklovirinni o‘z ichiga olgan ko‘z moyi ishlatiladi.

Oldini olish infeksiyani vertikal ravishda yuqish xavfi yuqori bo‘lgan homilador ayollarni aniqlash, ularni davolash va etkazib berishning eng maqbul usulini tanlash orqali amalga oshiriladi.

Sitomegalovirus infeksiyasi (SMV) - R35.1

Sitomegalovirus hominis qo‘zg‘atuvchisi - Herpesviridae oilasining DNK tarkibidagi virusi, Betaherpesviridae subfamilyasi.

Sitomegalovirus odamlar orasida keng tarqalgan, shuning uchun tug‘ish yoshidagi seropozitiv ayollar soni 90% ga etadi. Homiladorlik uchun xos bo‘lgan immunitet tizimidagi o‘zgarishlar doimiy infeksiyani va homilaning atenatal yoki intrapartum infeksiyasini qayta faollashishiga yordam beradi. Ammo homilaning homila ichi infeksiyasi va kasallikning og‘ir shakllarini rivojlanishining eng katta xavfi homilador SMV ning asosiy kasalligi holatida kuzatiladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda SMV kasalligi 0,2-2,5% ni tashkil qiladi.

Sitomegalovirus hujayraga, uning yadrosiga kirib, faol ravishda takrorlana boshlaydi. Bunday holda, yadro kattalashadi, unda inkluziyalar aniqlanadi, hujayra gipertrofiyalari va sitomegaliya uchun o‘ziga xos xususiyat - "boyo‘g‘li ko‘zi" ga ega bo‘ladi. O‘ziga xos gigant hujayralar asosan turli organlarning epiteliy

to'qimalarida, birinchi navbatda parotid va boshqa tuprik bezlari kanallarida, og'ir holatlarda esa jigar, taloq, o'pka, buyrak, oshqozon osti bezi va miyada joylashadi.

Homila Sitomegalovirus bilan, shuningdek boshqa virusli infeksiyalar bilan kasallangan bo'lsa, SMV namoyon bo'lishi homiladorlik davomiyligiga bog'liq - yuqumli blastopatiya, embriopatiya, fetopatiya.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuqumli kasallikning umumiy shakli yoki uning asemptomatik yo'li mavjud. SMV ning klinik belgilari: ultratovush tekshiruvi bo'yicha HIO'S, mikrocefali, gepatosplenomegaliya, sariqlik, petekial toshma va trombositopeniya, xoriretinit, CNS zararlanishining alomatlari (xavotir, titroq, konvulsiyalar yoki aksincha, funksiyalarni chuqur bostirish sindromi). miyaning, periventrikulyar naqshning giperekogenligi, qorincha bo'lmagan interstitsial pnevmoniya kuzatiladi.

Homila ichi SMV diagnostikasi onaning anamnezi, kasallikning klinik ko'rinishi va laboratoriya tekshiruvlari natijalari asosida amalga oshiriladi. Quyidagi usullardan foydalaniladi: 1) qon va miya omurilik suyuqligidagi virus genomini DNKning gibrizatsiyasi va polimeraza zanjiri reaksiyasi (PSR) yordamida aniqlash, bu esa CMV replikatsiyasining klinik jihatdan muhim faolligini ko'rsatadi;

2) serologik tekshiruv - fermentga bog'liq immunosorbent tahlilidan foydalangan holda qonda o'ziga xos IgG anitanalarini aniqlash, uning past avidligi jarayonning faolligini ko'rsatadi. Bu, shuningdek, o'ziga xos IG-M anitanalarini aniqlash yoki 3-4 haftadan so'ng bolani dinamikada tekshirishda juftlashgan sarumlarda anti-CMV-IgG anitanalari titrlarining 4 barobar ko'payishi bilan ham belgilanadi. Ammo, agar tug'ilish paytida anti-CMV-IgG anitanalarining titrlari onaga teng bo'lsa va qayta tekshirilgandan so'ng ular 1,5-2 baravar kamaygan bo'lsa, u holda bolada aniqlangan antikorlar onalikdir va shuning uchun bolada CMV ning diagnostik jihatdan muhim belgisi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda SMV davolash o'ziga xos giperimmun anti-Sitomegalovirus immunoglobulin - NeoCytotect bilan amalga oshiriladi. Preparatning ta'siri hujayradan tashqarida joylashgan viruslarni preparat tarkibidagi anti-CMV-IgG anitanalari bilan zararsizlantirishga asoslanadi, bu ta'sirlanmagan

hujayralarni virusli infeksiyasini oldini oladi va shu bilan tanadagi CMV tarqalishini inhibe qiladi. Homila ichi SMV ni a-interferon preparatlari bilan davolash samaradorligini o'rganish ishlari olib borilmoqda. Kasal bolani pasturriza qilinmagan ona suti bilan CMVga qarshi antitellar bilan oziqlantirish virusning faol ko'payishini oldini oladi va kasallikning asemptomatik shaklini rivojlanishiga yordam beradi.

Homila ichi SMV bilan kasallangan bolalar boshqalarga yuqtirish manbai bo'lishi mumkin, shuning uchun homilador ayollarga ularga g'amxo'rlik qilishlariga ruxsat berish tavsiya etilmaydi.

Adenovirus infeksiyasi

DNK o'z ichiga olgan adenoviruslar katta guruhni tashkil qiladi, shu jumladan 32 serologik tur, shu jumladan homilaning homila ichi infeksiyasi ko'pincha 3 va 7 turdagi viruslar tomonidan kelib chiqadi. Odamlarda adenovirus infeksiyasi yashirin shaklda, uzoq davom etishi bilan sodir bo'lishi mumkin. bodomsimon bezlar va adenoidlarda virus. Agar homiladorlik paytida infeksiyaning kuchayishi sodir bo'lsa, homila yuqishi mumkin. Adenoviruslar sitopatik ta'sirga ega bo'lib, yadro ichi qo'shilishining shakllanishiga, hujayraning xromosoma apparati o'zgarishiga va hujayraning bo'linish jarayonini inhibe qilishga yordam beradi, ular embrionda rivojlanish anormalliklarini keltirib chiqarishi mumkin.

Homilador ayollarda infeksiya ko'pincha yuqori nafas yo'llarining katarasi shaklida uchraydi. Xomilada patologik jarayonning borishi

homila ichi infeksiya vaqtiga, infeksiya darajasiga va homila holatiga bog'liq. Jiddiy kasallik bilan homila tug'ilishidan oldin vafot etadi yoki nafas olish holatida tug'iladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi adenovirus infeksiyasi allaqachon tug'ilish paytida tashxis qo'yilgan yoki hayotning dastlabki soatlarida tez rivojlanib boradigan pnevmoniya shaklida namoyon bo'ladi, qoida tariqasida aniq intoksikatsiya va isitma alomatlari bilan davom etadi. Adenovirus infeksiyasi ko'zning kon'yuktivasining shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Jiddiy umumiy infeksiyada membranali kon'yunktivit, ensefalit kabi CNS belgilari va dispeptik kasalliklar paydo bo'lishi mumkin. Tirik qolgan bolalarda virusning davomiyligi

uzoq vaqt davom etadi.

Tashxis kasallikning klinik ko'rinishidagi ma'lumotlarga (ko'zning shikastlanishi bilan pnevmoniya) onaning tarixi bilan taqqoslaganda va virusli DNKni aniqlash uchun qon va miya omurilik suyuqligi sinovlari natijalariga asoslanadi.

Etiotropik davolash mavjud emas, simptomatik terapiya va ikkilamchi infeksiyani oldini olish amalga oshiriladi.

Gripp infeksiyasi

Gripp viruslari (A, B, C) RNKni o'z ichiga oladi va qisqa ko'payish sikliga ega. Ular sitopatik ta'sir bilan tavsiflanmaydi.

Aholi o'rtasida gripp epidemiyasi davrida homilador ayollarda ushbu infeksiyaning chastotasi bilan homila va Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda homila ichi infeksiya chastotasi o'rtasida aniq moslik yo'q edi. Tug'ilgunga qadar homilaning gripp virusi bilan homila ichi infeksiyasi ko'pincha pnevmoniya rivojlanishiga sabab bo'ladi, bu gemorragik va o'pka shishi bilan murakkablashishi mumkin. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda infeksiya markaziy asab tizimining shikastlanishi va gemorragik sindrom bilan umumlashtiriladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gripp pnevmoniyasining o'ziga xos morfologik belgisi bronxial epiteliyning ko'payishi hisoblanadi.

Etiotropik davolash mavjud emas, simptomatik terapiya va ikkilamchi infeksiyani oldini olish amalga oshiriladi.

Enterovirus infeksiyalari

Enterovirus guruxiga Coxacae, eCHO viruslari (har bir guruhda 30 dan ortiq serologik tur mavjud) va poliomielit kiradi.

Ko'pincha, homila sitopatik va teratogen ta'sirga ega bo'lgan Coxacae viruslari B2, B3, B4 va A6 ta'sir qiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Coxacae viruslari keltirib chiqaradigan homila ichi infeksiya miyokardit, meningoensefalit va gepatit shaklida uchraydi. Kasallik belgilari tug'ilish paytida yoki hayotning birinchi kunlarida paydo bo'lishi mumkin.

YUqumli yuqumli yuqumli kasalliklar bilan bir qatorda yuqori o'limni keltirib

chiqaradigan kasallikning subklinik yoʻnalishi mavjud boʻlib, aksariyat hollarda tugʻruqdan keyingi qiyin moslashish aniqlanadi. ECHO viruslari keltirib chiqaradigan klinik aniq infeksiya Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda kuzatilmaydi.

Etiotropik davolash mavjud emas, simptomatik terapiya va ikkilamchi infeksiyani oldini olish amalga oshiriladi.

Virusli gepatit

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarni HBgAg-pozitiv onalardan yuqtirish boshqa virusli infeksiyalar singari sodir boʻladi. SHu sababli, barcha homilador ayollar HBSAg tekshiruvidan oʻtkaziladi, erta boshlangan va doimiy ravishda oʻsib boruvchi neonatal sariqlik. Agar uning immunologik genezisi chiqarib tashlansa, tugʻma gepatit haqida oʻylash kerak, bu ALT va AST faolligining oshishi, qonda toʻgʻridan-toʻgʻri bilirubinning yuqori qismining paydo boʻlishi va najasning oʻrtacha rangsizlanishi bilan tavsiflanadi. Jigar va taloq kattalashadi, bolaning umumiy ahvoli yomonlashadi, regurgitatsiya paydo boʻladi va ogʻir kasalliklarda gemorragik sindrom. Tugʻma gepatit bilan kasallangan bolalarning aksariyati omon qoladi, ammo HBSAg tashuvchisi boʻlib qolmoqda, bu esa gepatotsellular saraton rivojlanish xavfini tugʻdiradi. Bola hayotining erta neonatal davrida kasallikning asemptomatik kechishi ham mumkin.

Tashxis oʻziga xos antigen va antikorlarni aniqlashga asoslangan.

Tugʻma virusli gepatitni davolash simptomatik boʻlib, gepatit B ga qarshi oʻziga xos immunoglobulindan foydalanish mumkin.

Gepatit B. profilaktikasi neonatologlar uyushmasining tavsiyalariga koʻra, onalari gepatit B virusini tashuvchisi boʻlgan Yangi tugʻilgan chaqaloqlar hayotning dastlabki 12 soatida emlanadi. Qaerda boʻlsa

vaziyatning ogʻirligi tufayli Yangi tugʻilgan chaqaloqni oʻz vaqtida emlash mumkin emas, holat barqarorlashgandan soʻng daPhol majburiy faol immunizatsiya bilan gepatit B ga qarshi oʻziga xos immunoglobulinning yagona qoʻllanilishi koʻrsatilgan.

Gepatit B ga qarshi maxsus immunoglobulin yoki emlashni olgan Yangi tugʻilgan chaqaloqlar pediatri va yuqumli kasalliklar boʻyicha mutaxassis tomonidan

1,5 yil davomida kuzatilishi kerak.

Homila ichi bakterial infeksiyalar

Xomilaning kasalliklari turli xil patogen va fursat tug'diruvchi bakteriyalar sabab bo'lishi mumkin, ular orasida etakchi o'rinni homilador ayolda o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlarini (tonzillit, xoletsistit, pielonefrit, sistit) keltirib chiqaradigan streptokokklar, listeriyalar va e. coli egallaydi. Endoservitsit).

Streptokokk infeksiyasi

Homila ichi streptokokk infeksiyasi 1500-2000 tirik tug'ilishdan 1 tani tashkil qiladi.

A guruhidagi streptokokklar ko'pincha odamlarda yuqori nafas yo'llarida turli xil o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayonlarini keltirib chiqaradi. B guruhidagi streptokokklar qin florasida, siydikda uchraydi va ular tug'ruqdan keyingi kasalliklarga sabab bo'lishi mumkin. D guruhidagi streptokokklar odamning ichak yo'llarining oddiy saprofitlari, ammo ular safro va siydik yo'llarida yallig'lanishni keltirib chiqarishi mumkin. SHuning uchun bolaning infeksiyasi onaning surunkali infeksiyasining kuchayishi, doimiy bakteriyuriya va tug'ruq paytida uzoq vaqt suvsiz oraliqda paydo bo'lishi mumkin.

Umumiy infeksiya o'pka (pnevmoniya), miya (meningit, meningoensefalit), siydik yo'llari (pielonefrit), yurak (miokardit), oshqozon-ichak trakti (gastropatiya) zararlanganda sodir bo'ladi. Streptokokk B tomonidan kelib chiqadigan kasallikning klinik ko'rinishi ko'pincha homilaning doimiy gipertenziyasi yoki o'pkaning gialin membranalari kasalligi turidan kelib chiqadi, chunki streptokokk B alveolyar pnevmotsitlar va kapillyar endotelial hujayralarni ta'sir qiladi va shu bilan o'pka sirt faol moddasi hosil bo'lishini bostiradi. Jigar va taloq kattalashishi, gemorragik namoyishlar, qonni o'rganishda xarakterlanadi - neytrofil tabiatning leykotsitozi, leykotsitlar formulasining chapga siljishi, trombositopeniya.

Diagnostika onaning tarixini va ona-bola juftligini mikrobiologik tekshirish natijalarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

Etiotrop davolash penitsillin seriyasining antibiotiklaridan, so'ngra ajratilgan patogenning antibiotiklarga sezgirligini hisobga olgan holda boshlanadi.

Immunokrektor va simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Oldini olish oilani rejalashtirish bosqichida va homiladorlik paytida ayolda surunkali infeksiya o'choqlarini tiklashdan iborat.

Koli-bakterial infeksiya

Esherixa coli bilan homilaning yuqishi asosan ko'tarilish yo'li bilan sodir bo'ladi, bu homilador ayollarda qin florasida mikrobnig tez-tez borligi, siydikda pielonefrit bilan mikrobnig chiqishi bilan bog'liq. Homilador ayollarda o'tkir pielit va pielotsistitda ba'zida bakteremiya paydo bo'ladi, so'ngra e. coli platsentada yallig'lanish o'choqlari paydo bo'lishiga va amniotik suyuqlik yuqishiga olib kelishi mumkin.

Xomilalik kasallik ko'pincha esherixa coli gemolizatsiya qiluvchi shtammlaridan kelib chiqadi. Homila ichi infeksiya kursining og'irligi bolaning massiv infeksiyasiga va homiladorlik davriga bog'liq. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda meningit va meningoensefalit, og'ir pnevmoniya kuzatilishi mumkin. Chaqaloqlarda kasallikning engil shakllari kuzatiladi: subfebril holat, kindik yarasining sekin chandig'i, sustlik, sariqlik.

Diagnostika onaning tarixini va ona-bola juftligini mikrobiologik tekshirish natijalarini hisobga olgan holda amalga oshiriladi.

Etiotropik davolash aminoglikozidlarni qo'llash bilan boshlanadi, so'ngra ajratilgan patogenning antibiotiklarga sezgirligini hisobga olgan holda. Immunokrektor va simptomatik terapiya o'tkaziladi.

Oldini olish oilani rejalashtirish bosqichida ayolda surunkali infeksiya o'choqlarini tiklashdan iborat.

Listerioz

Kasallik korinobakteriyalar oilasidan grammusbat tayoqchadan kelib chiqadi, listeriyalarning 4 serotipi aniqlangan. Odam yuqtirgan hayvonlar bilan aloqa qilish yoki yuqtirilgan oziq-ovqat yoki suvni yuqtirish orqali yuqadi. Homilador ayollarning listeriozi va Yangi tug'ilgan chaqaloqlar odamlarda infeksiyaning eng keng tarqalgan shakli hisoblanadi (barcha holatlarning 75%). Ayollarda Listeria infeksiyasi namoyon bo'lmasdan yoki surunkali pielotsistit, endoservitsit surati

bilan davom etishi mumkin. Homiladorlik paytida yuzaga keladigan alevlenme isitma, titroq, bosh og'rig'i, bel og'rig'i va kataral simptomlar bilan davom etadi, shuning uchun u ko'pincha virusli infeksiya sifatida qabul qilinadi.

Xomilalik infeksiya gematogen, transplasental yoki ko'tarilish yo'li bilan sodir bo'ladi. Bunday holda, bachadon ichidagi homila onaning tanasiga listeriyalarning katta oqimining manbaiga aylanadi. Natijada homiladorlikning muddatidan oldin tugashi, tug'ilishdan oldin homilaning o'lishi yoki og'ir nafas olish. Xomila tug'ilgandan keyin onaning harorati tez pasayadi. Bakteremiyadan so'ng bolada septik jarayon rivojlanib, turli organlar va to'qimalarda miliar bakterial-toksik nekroz va proliferativ hujayra granulomalari paydo bo'lishi bilan tugaydi, ularning vafot etgan bolaning organlarida mavjudligi tashxis qo'yishning ishonchli tasdig'iga aylanadi. kasallik.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda og'ir listeriya infeksiyasining klinik ko'rinishi o'ziga xos xususiyatlarga ega emas. Nafas olish va yurak-qon tomir kasalliklari, regurgitatsiya, nevrologik alomatlar (giperekstitibillik yoki CNS depressiyasi sindromi), jigar va ayniqsa taloq hajmining ko'payishi kuzatiladi. Chaqaloqlarda tana haroratining ko'tarilishi va erta tug'ilgan chaqaloqlarda gipotermiya bo'lishi mumkin. Anemiya va qorin terisi, orqa, ekstremitalarda va kamroq yuzida mayda tugunli yoki mayda mevali toshmalar paydo bo'lishiga e'tibor qaratiladi. Döküntü ba'zan gemorragik holga keladi. Infeksiyaning umumiy ko'rinishidagi o'lim 80% ni tashkil qiladi, prognoz listeriya infeksiyasining lokalizatsiya qilingan shakllarida bo'lishi mumkin.

Listerioz tashxisi qon, siydik, mekonyum va miya omurilik suyuqligidagi qo'zg'atuvchining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi (madaniy muhitda madaniyat).

Davolashda penitsillin antibiotiklari simptomatik vositalar va immunomodulyasion terapiya bilan birgalikda qo'llaniladi.

Oldini olish listeriya infeksiyasiga shubha qilingan taqdirda veterinariya va sanitariya-gigiena nazoratini o'tkazishdan, shuningdek, listeriozga shubha qilingan homilador ayollarni profilaktik davolashdan iborat.

Toksoplazmoz

Toxoplasma gondii - bu sporozoa sinflga mansub hujayra ichidagi parazit bo'lib, uning asosiy xujayrasi mushuk oilasi vakillari bo'lib, uning hujayralarida parazit jinsiy yo'l bilan ootsistlar hosil bo'lishi bilan ko'payadi. Ikkinchisi, tuproqda pishganidan so'ng, oziq-ovqat yo'li bilan oraliq xostlarning - turli sutemizuvchilar va odamlarning ichaklariga kiradi. Vujudga kirib, toksoplazmalar turli organlarning hujayralariga kirib boradi, ular ko'payib, psevdokistalar va kistlarni hosil qiladi, ular atrofida yotqizilgan kalsiy tuzlari bo'lgan membrana bilan o'ralgan. Toksoplazma kistalari ko'pincha miyada, yurak to'qimalarida, bachadonda, ko'zda, o'pkada uchraydi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda toksoplazmoz faqatgina ayol homiladorlik paytida yoki uning boshlanishidan bir hafta oldin kasal bo'lganida paydo bo'ladi. Transplental yuqish xavfi homiladorlikning birinchi uchdan birida 17% dan oxirgi uchdan birida 75% gacha ko'tariladi. 1000 homiladan 1 tasi yuqtiriladi.

Homila ichi toksoplazmozning klinik ko'rinishlari asosan homilani yuqtirish vaqti bilan belgilanadi. Agar infeksiya homiladorlikning so'nggi uchdan birida ro'y bergan bo'lsa, bola bu jarayonni umumlashtirish bosqichida tug'iladi va kasallik sepsisning klinik ko'rinishi bilan davom etadi. Oldingi infeksiya bilan homilada infeksiyaning umumlashishi davri utero bilan tugaydi va tug'ilgandan keyin ensefalit belgilari ustun keladi yoki markaziy asab tizimida allaqachon qaytarib bo'lmaydigan o'zgarishlar yuz beradi.

Toksoplazmoz bilan homila nekrotizan meningoensefalitni rivojlantiradi: miyada va orqa miyada miliar granulalar, miya to'qimalarining nekrozi, qorinchalar devorlarida periventrikulyar vaskulit va oshqozon yarasi, pia materining hujayrali infiltratsiyasi va Silviya akvedukti, miya yarim tiqilishi. kalsifikatsiyalar. Klinik ko'rinishlar: konvulsiyalar, atoniya, arfleksiya, termoregulyasiya va nafas olish ritmining buzilishi, parez, jarayonning keyingi bosqichlarida - mikrocefali, psixomotor rivojlanishning sustligi.

Ko'zlar tomondan nekrotizan retinokoroidit qayd etiladi, so'ngra optik asab atrofiyasi, psevdokoloboma, katarakt, ko'z mushaklarining pareziyasi va mikrofalmiya kuzatiladi.

Ba'zida gepatosplenomegali, bo'shashgan najas, terida - makula papulyari va petekial toshma, kamroq - eritroblastoz bilan sariqlik, interstitsial pnevmoniya, miokardit kuzatiladi.

Tashxis klinik belgilar va laboratoriya natijalariga asoslangan. Periferik qonda oqsil hujayralari dissotsiatsiyasi, intraserebral kalsifikatsiyalar, atipik limfotsitlar bilan leykotsitoz va eozinofiliya bo'lgan ksantoxromik miya omurilik suyuqligining mavjudligi tashxisni juda osonlashtiradi.

Toksoplazmozni aniqlash uchun elishay qo'llaniladi, uning yordamida o'ziga xos IG-M aniqlanadi.

Toksoplazmozni etiotropik davolash nafaqat infeksiyaning klinik ko'rinishlari mavjudligida, balki ular yo'q bo'lganda ham amalga oshiriladi, shu bilan birga onada o'tkir infeksiya aniqlanishi kerak. Pirimetamin preparatlaridan (Tindurin, Daraprim, Xloridin) sulfanilamidlar bilan birgalikda foydalanish tavsiya etiladi. Makrolidlar samaradorligi bo'yicha ikkinchi o'rinda turadi, ammo ularning afzalligi Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun kam toksiklikdir (sumamed, wilprafen).

Tug'ma toksoplazmozning oldini olish homilador ayolda o'tkir toksoplazmoz aniqlanganda davolashga kamayadi.

Xlamidiya

Xlamidiyalar tabiatda keng tarqalgan va amalda tekshirilgan sutemizuvchilar va qushlarning barcha turlarida aniqlanadigan CHlamydiales tartibidagi majburiy hujayra ichidagi mikroorganizmlardir. CHlamydiaceae oilasiga mansub xlamidiya va xlamidofila turiga mansub xlamidiyalarning ko'plab turlari orasida odamning asosiy patogenlari CH. traxomatis va CH. pnevmoniya

Bolalarda xlamidial infeksiya bilan kasallanish kattalar populyasiyasi bilan chambarchas bog'liq bo'lib, ularda CH. traxomatis - bu jinsiy yo'l bilan yuqadigan eng keng tarqalgan kasallik. Homilador ayollarda yuqtirish chastotasi, so'ralgan kontingentga qarab, 10 dan 40% gacha. Bularning barchasi Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda infeksiyaning yuqori xavfini aniqlaydi, agar homiladorlik paytida infeksiya davolanmasa, uning chastotasi 70% ni, makrolidlar bilan davolashda esa 12-14% ni tashkil qiladi. CH tomonidan kelib chiqqan xlamidial infeksiya.

pnevmoniya kuz va qish paytida kattalardagi nafas olish kasalligining kelib chiqishiga sabab bo'ladi.

Xlamidiyalar faqat mezbon organizm hujayralari ichida ko'payadi, shuning uchun ularning klinik namunalarda mavjudligi har doim yuqumli jarayonning borligi sifatida baholanadi. Yuqumli shakl xlamidiya - hujayradan tashqari mavjudotga moslashgan, metabolik faol bo'lmagan elementar tana (ET). Hujayra endotsitoz bilan bir nechta ET tutadi, natijada uning sitoplazmasida xlamidiyaning bir nechta mikrokoloniyalari paydo bo'lishi mumkin. Infeksiyadan 4-6 soat o'tgach, xlamidiyalar oraliq jismlar orqali vegetativ reproduktiv yuqumsiz shakllarga - retikulyar tanalarga (RT) aylanadi. Ikkinchisi hujayra sikliga kiradi, ikkilikka bo'linadi (jami 8-12 sikl), qiz RTlar oraliq jismlarga, so'ngra yana elementar jismlarga - Yangi avlodning yuqumli shakllariga aylanadi. Rivojlanishning to'liq sikli 48-72 soat davom etadi, odatda inklyuziya membranasining yorilishi, Yangi hujayralarni hujayradan tashqari muhitga chiqarish va boshqa xujayra hujayralarini yuqtirish bilan tugaydi.

Siklni an'anaviy transformatorlar ta'sirida (masalan, antibiotiklardan - penitsillinlar yoki sefalosporinlardan foydalanganda), shuningdek, RT faoliyati bosqichida noqulay sharoitlarda tormozlash mumkin. Natijada hujayra devorining nuqsonlari bo'lgan L-ga o'xshash va g'ayritabiiy xlamidiyalar shakllanadi, ular hujayra bo'linishi paytida qiz hujayralarga yuqishi mumkin, bu patogenning saqlanib qolishiga va infeksiyaning surunkali rivojlanishiga olib keladi. Atrof muhit sharoitlari o'zgarganda (immunitet omillari, mezbon organizmidagi gormonal o'zgarishlar, kasbiy xavfli ta'sir), xlamidiyaning normal tuzilishi qayta tiklanadi, bu ularning rivojlanish siklining davom etishiga va yuqumli jarayonning faollashishiga olib keladi. SHunday qilib, tanaga kirib, ko'payib, xlamidiyalar bir vaqtning o'zida rivojlanishning turli bosqichlarida, shu jumladan istalgan vaqtda reproduktiv siklning normal shakllariga o'tishi mumkin bo'lgan doimiy shakllarda mavjud bo'lishi mumkin.

CH. Tomonidan kelib chiqqan homila ichi xlamidiya manbai. traxomatis va CH. pnevmoniya - bu homiladorlik paytida o'tkir infeksiyani yuqtirgan yoki

surunkali doimiy xlamidial infeksiyaga chalingan onadir. Bolaning infeksiyasi antenatal ravishda yoki tugʻruq paytida sodir boʻladi, bu xlamidial yalligʻlanish jarayonining lokalizatsiyasi va ogʻirligiga bogʻliq. Koʻpgina hollarda yuqtirgan amniotik suyuqlikni yutish va / yoki aspiratsiya qilishda konʻyunktiva, vulva yoki siydik chiqarish kanalining shilliq pardalariga, shuningdek yuqori nafas yoʻllariga, oshqozon-ichak traktiga tushadigan qoʻzgʻatuvchining vertikal uzatilishi mavjud. Bundan tashqari

Bundan tashqari, bolaning infeksiyasi transplacental yoʻl bilan sodir boʻlishi mumkin, buning natijasida homilaning qon tomir tizimining shikastlanishi bilan jarayonning umumlashirilishi mavjud. Oʻpka miya va yurakka qaraganda kamroq va kamroq darajada taʻsir qiladi. Ammo, agar bu sodir boʻlsa, u holda bola tugʻruq paytida yoki hayotning birinchi soatlari va kunlarida vafot etadi. Amniotik suyuqlikni yutish va aspiratsiya qilishda koʻpincha tomoq, traxeya, bronxlar va alveolalar yuqtiriladi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda homila ichi xlamidial infeksiya oʻtkir yoki yashirin yoʻlga ega, bu infeksiya sodir boʻlgan homiladorlik davriga, uning massivligiga, bolaning morfologik va funksional etukligi darajasiga va homila ichi rivojlanishning noqulay sharoitlari bilan bogʻliq boʻlgan patologiyaning mavjudligiga bogʻliq. . Erta tugʻilgan chaqaloqlarda oʻtkir xlamidial infeksiya quyidagi klinik shakllarga ega boʻlishi mumkin.

1. Miya, oʻpka, yurak, oshqozon-ichak trakti, jigar va boshqa organlarga jiddiy zarar etkazadigan, ularning funksiyalari buzilishiga, ogʻir asfiksiyada bola tugʻilishiga va hayotning birinchi soatlari va kunlarida oʻlimga olib keladigan umumiy infeksiya.

2. Klonik-tonik tutilish va apnening takroriy hujumlari bilan meningoensefalit.

3. Homila ichi pnevmoniya.

4. Nafas olish buzilishi sindromi (Erta tugʻilgan chaqaloqlarda).

5. Gastroenteropatiya.

6. Limfadenit.

7. Konyunktivit.

SHuni ta'kidlash kerakki, xlamidiya bilan kasallangan bolalarning 10-15 foizida homila ichi o'sishni (HIO'S) asimmetrik shakli mavjud. Intrapartum gipoksiyaning chastotasi 30-40% ni tashkil qiladi va asfiksiyada tug'ilish chastotasi to'la va erta tug'ilgan chaqaloqlar sonidan 2-3 baravar yuqori.

Xlamidiya bilan kasallangan bolalarda, hayotning dastlabki soatlaridan boshlab, kasallikning o'ziga xos bo'lmagan belgilari kuzatiladi, bu gemodinamikaning buzilishini bildiradi. Avvalo, markaziy asab tizimining shikastlanish belgilari nafaqat asfiksiyaga uchragan bolalarda, balki qoniqarli holatda tug'ilganlarda ham namoyon bo'ladi. Xavotir va reaktivlikning kuchayishi, uyquning buzilishi, mushak tonusining o'zgarishi, fiziologik reflekslarning inhibatsiyasi, ekstremitalarning titrashi, terining giperesteziyasi, regurgitatsiya kuzatiladi. Bolalar tez soviydi. Uzoq davomiylik mahalliy siyanoz, terining "ebrusi". Hayotning keyingi kunlarida, davom etayotgan terapiyaga qaramay, markaziy asab tizimining funksional holatidagi buzilishlar barqaror xarakterga ega bo'lib, ba'zi hollarda nevrologik simptomlarning ko'payishi kuzatiladi. SHu bilan birga, to'la muddatli chaqaloqlarda ko'pincha markaziy asab tizimining gipereksitilligi sindromi ustunlik qiladi, qisqa muddatli tonik-klonik tutilishlar paydo bo'lishi mumkin, erta tug'ilgan chaqaloqlarda esa markaziy asab tizimining tushkunlik sindromi, yo'qolish emish refleksi va apne xurujlarining ko'rinishi ko'proq xarakterlidir.

Miyaning neyrosonografik tekshiruvi natijalari periventrikulyar zonalarining uzoq muddatli giperekogenligi mavjudligini ko'rsatadi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda intraventrikulyar qon ketish va mo'tadil ventrikulomegali ekografik belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Homila ichi xlamidial infeksiyaning ikkinchi namoyishi, markaziy asab tizimining belgilariga parallel yoki biroz kechiktirilgan, bu markaziy gemodinamikaning buzilishi. Bu yurak tovushlarining bo'g'ilishida va sistolik shovqin paydo bo'lishida, yurak tubiga yaqinroq bo'lganida namoyon bo'ladi. EKG ma'lumotlariga ko'ra, Hisning o'ng to'plami filialining to'liq bloklanishi, miyokarddagi metabolik jarayonlarning buzilishi, o'ng qorinchaning ortiqcha yuk

belgilari va ko'krak qafasi organlarining rentgenogrammasida o'sish kuzatilmoqda. bazal qon tomir naqshlari, "nam" o'pka, o'pkaning shishishi, uning o'ng bo'limlari ("sferik yurak") tufayli yurak hajmining oshishi. Exokardiografik tekshiruvda gemodinamikaning buzilishi, o'pka qon aylanishida bosimning ko'tarilishi, endokard va yurak qopqog'i apparati holatining o'zgarish belgilari varaqalarning akustik zichligi ortishi, mitralning prolapsasi va trikuspid klapanlari.

Homila ichi xlamidial infeksiyaga ega bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish buzilishi sindromining ilgari klinik ko'rinishlari mavjud (hayotning birinchi soatlaridan boshlab) va odatda, o'pkada ventilyasiya-perfuziya munosabatlari buziladi, bu esa etkazib berishni talab qiladi to'qimalarning oksijenatsiyasini hech bo'lmaganda eng past qabul qilinadigan chegaralarda ushlab turish uchun kislorod konsentratsiyasini oshirish. Kasallikning davomiyligi xomilalik shuntlarning uzoq muddatli saqlanib qolishi va ko'pincha yurak-o'pka etishmovchiligining ko'payishi bilan murakkablashadi. Eng og'ir holatlarda melena yoki dis- kabi gemorragik hodisalar tomir ichi qon pıhtılaşması. Omon qolgan chuqur erta tug'ilgan chaqaloqlarda keyinchalik bronxo-o'pka displazi rivojlanadi.

Xlamidiya bilan kasallangan to'la muddatli chaqaloqlarning ko'pchiligida hayotning birinchi haftasida nafas olish buzilishi yo'q yoki engil, asosan burun bilan nafas olish qiyinlashishi, nafas qisilishi va nafas olish shovqinining zaiflashishi ko'rinishida. Faqatgina amniotik suyuqlik olgan bolalarda va erta tug'ilgan chaqaloqlarda kasallikning klinik ko'rinishida nafas olish buzilishi birinchi o'ringa chiqadi: nafas qisilishi, yordamchi mushaklarning nafas olish harakatlarida ishtirok etishi, o'pkada kichik pufakchali toshmalar. O'pkada yallig'lanish infiltratsiyasi, ko'pincha o'ngda, kasal bolalarning 60 foizida birinchi oxirigacha, qolganlarida esa hayotning 2-3-haftasida aniqlanadi.

Ko'pgina homila ichi infeksiyalar uchun xarakterli alomat bo'lgan og'ir sariqlik, asosan, erta tug'ilgan chaqaloqlarda kuzatiladi, ularda giperbilirubinemiya ko'pincha qonni almashtirishni talab qiladi.

Oshqozon-ichak traktining xlamidiyasini mag'lub etish bilan regurgitatsiya, shishiradi, odatdagi najas bilan yo'rgak toshmalarining erta paydo bo'lishi

kuzatiladi. Jigar va taloq hajmining o'sishi har uchinchi bolada aniqlanadi.

Konyunktivit tug'ilgandan 3-4 kun o'tgach, birinchi navbatda lakrimatsiya, konjunktivaning engil qizarishi va shishishi bilan, so'ngra mukopurulent oqindi paydo bo'lishi va ko'zning yallig'lanish reaksiyasining kuchayishi bilan namoyon bo'ladi.

Xlamidial infeksiyada qonning o'zgarishi o'rtacha anemiya, nisbiy neytrofiliyaning uzoq muddat saqlanib qolishi, hayotning 7-10 kunigacha eozinofillar ($> 7\%$) va monotsitlar ($> 10\%$) sonining ko'payishida namoyon bo'ladi. To'liq tug'ilgan chaqaloqlarda, hayotning birinchi haftasida tana haroratining 38-39 gacha ko'tarilishi kuzatilishi mumkinmi, bu tana vaznining maksimal darajada yo'qolishi bilan bog'liq emas.

Xomilaning infeksiyasi vertikal ravishda tug'ruqdan oldin yoki tug'ruq paytida sodir bo'lgan hollarda, hayotning Yangi tug'ilgan chaqaloqlar davridagi chaqaloqlarda kasallik yashirin kechadi. Klinik alomatlar keyinroq paydo bo'ladi, ko'pincha bolalar tug'ilgandan 3-6 oy o'tgach, passiv ravishda orttirilgan immunitet yo'qolganda kasal bo'lishni boshlaydilar.

Homiladorlik paytida pnevmoniya paydo bo'lishi mumkin. Uning tez-tez namoyon bo'lishi: zaiflik, charchoq, rinit yoki faringit, past darajadagi isitma, samarasiz doimiy yo'tal. Agar homilador ayol kasal bo'lib qolsa, homilaning transplasental infeksiyasi paydo bo'lishi mumkin. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda homila ichi pnevmoniyaning rivojlanishi kuzatiladi.

Rentgenologik tekshiruvda o'pka naqshining oshishi va bazal infiltratsiya aniqlanadi. Gemodinamikaning tug'ilishdan keyingi kechiktirilgan restrukturizatsiyasi (ochiq oval oynasi) va o'ng yurakning ortiqcha yuklanishi kuzatiladi. Miyaning periventrikulyar zonalarining giperekogenligi uzoq vaqt saqlanib turadi. Qonda trombotsitoz ($> 500 \times 10^3 / \text{mm}^3$), monotsitoz (10-14%), eozinofiliya (12-18%) kuchaymoqda.

Diagnostika

Homila ichi xlamidial infeksiya diagnostikasi klinik simptomlar, serologik tadqiqotlar va epidemiologik ma'lumotlar asosida o'rnatiladi.

CHI bilan homila ichi infeksiya uchun xavf guruxiga bolalarni tanlashda. traxomatis, onaning tarixini tahlil qilish kerak. Oldindan tashxis qo'yilgan urogenital xlamidiya, otoimmun kasalliklar, nafas olish tizimi, oshqozon-ichak trakti, siydik tizimining surunkali kasalliklari, shuningdek surunkali adneksit, tashqi homiladorlik, abortdan yoki oldingi tug'ruqdan keyingi yallig'lanish o'zgarishlarini, ushbu homiladorlikning tugatish tahdidini hisobga oling. , amniotik suyuqlikning erta yorilishi, platsentaning ajralishi.

YUqori nafas yo'llarining surunkali kasalliklari (sinusit, tonsillit), yuqumli va aspinga bog'liq bronxial astma, shuningdek homiladorlik paytida uchraydigan o'tkir nafas yo'llari kasalliklari ko'rsatkichlari tarixi bilan yuqish ehtimolidan shubhalanishga imkon beradi. zotiljam.

Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi disembrigenezning ko'plab stIG-Malari, homila ichi rivojlanishning kechikishi, gipoksiya belgilari va onaning tarixi bilan birgalikda gemodinamikani kechiktirilgan restrukturizatsiyasi xlamidial infeksiyani laboratoriya diagnostikasi uchun asos bo'lib xizmat qiladi.

Tadqiqot uchun materiallar pastki qovoqning kon'yunktivasidan, tomoq va vulvaning orqa devoridan, siydik va qondan olingan qirib tashlashdir. Traxeobronxial daraxt va oshqozonni yuvish vositalaridan foydalanish mumkin.

Xlamidiyani aniqlash usullari: 1) "oltin standart" - L-929, McCoy, HeLa-920 hujayra madaniyatida xlamidiyani aniqlash; 2) har qanday yorliq bilan birlashtirilgan o'ziga xos antikorlardan foydalangan holda sinov materialidagi xlamidiya antigenini aniqlash: to'g'ridan-to'g'ri yoki bilvosita immunofluoresan usullar (PIF, NIF), immunoperoksidaza va ferment bilan bog'liq immunosorbent tahlil (Elishay - jinsga xos lipopolisakkaridni aniqlash), to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita. immunofloresans 3) polimeraza zanjir reaksiyasi usuli (PSR) - qo'zg'atuvchini xlamidiya uchun xos bo'lgan DNK sekanslarini ko'p marta nusxalash (kuchaytirish) orqali aniqlash - yuqori sezgir (80-95%) va o'ziga xos (taxminan 92%); 4) anti-Xlamidiya antitalari mavjudligini aniqlaydigan serologik usullar (Iga, IG-M, IgG ni aniqlash bilan elishay).

Kasallikning o'tkir bosqichida etiotrop davolash makrolidlar (sumamed,

wilprafen) bilan amalga oshiriladi. YAshirin infeksiyani davolash uchun Viferon-1 ning Azitromitsin (Sumamed, Pliva) bilan birikmasi qo'llaniladi.

Xlamidiya bilan kasallangan bolaning homila ichi infeksiyasini oldini olish quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) homiladorlik uchun ro'yxatdan o'tayotganda barcha ayollarni, shuningdek, bepusht nikoh uchun oilani rejalashtirish klinikalariga murojaat qilgan er-xotinlarni tekshirish; 2) homiladorlik paytida xlamidial infeksiya aniqlansa, er-xotinlarni majburiy davolash; 3) bolani har bir ko'zning kon'yunktiva xaltasiga 1% tetratsiklin yoki 0,5% eritromitsin oftalmik moyini tug'ilgandan so'ng daPhol va yana 2 soatdan keyin joylashtirish orqali kon'yunktivitning oldini olish.

Homila ichi xlamidial infeksiyaning dastlabki kompleks etiopatogenetik terapiyasi bu katta yoshdagi bolalarda surunkali doimiy infeksiya va u bilan bog'liq kasalliklar shakllanishining oldini olishdir.

Mikoplazma infeksiyasi

Mikoplazmalar - hujayralar devoridan mahrum bo'lgan va Mollicutes ("yumshoq teri") bakteriyalarining alohida sinfida ajratilgan, eng kichik erkin yashovchi mikroorganizmlar. Inson kamida 10 ta mikoplazma turining tabiiy egasidir, ammo eng muhimi bu - *Alycoplasma pneumoniae*, *Alycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Alycoplasma genitalium*, *Alycoplasma fermentans*, *Alycoplasma incognitis*.

Infeksion manbai mikoplazmozli odam yoki mikoplazma tashuvchisi. Infeksiyani yuqtirish havodagi tomchilar bilan, jinsiy yo'l bilan, onadan homilaga (bachadonda yoki tug'ruq paytida) amalga oshirilishi mumkin. Mikoplazmalar davom etishi mumkin, bu esa surunkali infeksiyalarni keltirib chiqaradi. Odatda genitoüriner trakt kasalliklarida, septik abortda va tug'ruqdan keyingi isitmada *A. hominis*ning roli tan olingan. *A. hominis* va *A. genitalium* o'rtasidagi homila tushishi va muddatidan oldin tug'ilishi bilan tugaydigan homiladorlik patologiyasi bilan homilaning o'likligi va bolalardagi rivojlanish nuqsonlari bilan aloqasi o'rnatildi. SHuningdek, homila va *A. hominis* bilan kasallangan Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning nafas yo'llarining shikastlanishlarini aniqlashning sezilarli chastotasi mavjud.

Mikoplazmalar odamning urogenital traktining jinsiy yo‘l bilan yuqadigan patogenlari orasida alohida o‘rin tutadi. So‘nggi yillarda homilador ayollar sonining ko‘payishi kuzatilmoqda (15% gacha), ularda mikoplazmalar va ureaplazmalar tadqiqot davomida aniqlanadi. Jinsiy trakt mikoplazmalar va / yoki ureaplazmalar tomonidan kolonizatsiya qilingan onalardan tug‘ilgan bolalarda infeksiyaning chastotasi 18-30% ni tashkil qiladi. Infeksiyani homila ichiga yuqtirishning gematogen va kontakt yo‘llari mavjud. Infeksiyaga kirish eshigi ko‘pincha ko‘zning shilliq pardasi, jinsiy a‘zolar (qizlarda) va nafas olish yo‘llari. Boladagi mikoplazma infeksiyasi homila ichi rivojlanishning turli bosqichlarida paydo bo‘lishi mumkin va ko‘pincha o‘z-o‘zidan abort qilish va erta tug‘ilishning sababi hisoblanadi.

Homila ichi mikoplazma infeksiyasi o‘ziga xos klinik ko‘rinishga ega emas. Tug‘ruq paytida bolaning infeksiyasi kon’yunktivitni (1-2% hollarda), terining shikastlanishini keltirib chiqarishi mumkin. Homila ichi pnevmoniya kamroq tez-tez kuzatiladi, bu interstitsial xarakterga ega va og‘ir nafas etishmovchiligi bilan davom etadi (tez nafas olish qiyinlishuvi, siyanoz). SHu bilan birga, o‘pkada aniq jismoniy hodisalar mavjud emas. Faqatgina keyinchalik, alveolyar jarayonning rivojlanishi bilan o‘pkada kichik pufakchali toshmalar eshitiladi. Erta tug‘ilgan chaqaloqlarda mikoplazma pnevmoniyasi o‘pkaning gialin membranalarida fonida rivojlanishi mumkin. Ba’zida homila ichi mikoplazma infeksiyasi barcha ichki organlar va markaziy asab tizimining (meningoensefalit) zararlanishi bilan umumlashtiriladi. Mikoplazma infeksiyasida harorat reaksiyasi odatiy emas, ba’zida yuqori leykotsitoz mavjud.

Ureaplazma infeksiyasining bakterial infeksiya bilan birikishi oz vaznli (<1500 g) bolalarda o‘limga olib keladi.

83% hollarda mikoplazmalar yoki ureaplazmalar bilan bachadon ichi infeksiyasining mavjudligi pielonefritning erta (3 yoshgacha) boshlanishiga, yuqori leykotsituriya, mikrogematuriya va kristaluriya bilan kasallikning tez-tez qaytalanishiga olib keladi. Mikoplazmalar assotsiatsiyasi allergiyaning erta boshlanishiga yordam beradi.

Mikoplazma infeksiyasining tashxisi konjunktiva, faringeal orqa devoridagi

qirib tashlashda, siydikda polimeraza zanjiri reaksiyasi (PSR) yordamida qo'zg'atuvchining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi, uning sezgirligi va o'ziga xosligi 92-98% ni tashkil qiladi.

Makrolidlar mikoplazma infeksiyasini davolash uchun ishlatiladi: azitromitsin (sumamed), roksitromitsin (rulid).

O'tkir infeksiyadan keyin mikoplazmalarning davom etishi davom etishi mumkin. Mikoplazma bilan kasallangan bolalarda ko'pincha temir tanqisligi anemiyasi, ekssudativ diatez, erta pielonefrit va nafas yo'llarining tez-tez yuqish tendensiyasi mavjud.

Kandidoz

Kandidoz - Kandida jinsining xamirturushga o'xshash zamburug'lari qo'zg'atadigan yuqumli va yallig'lanish kasalligi bo'lib, ulardan Kandida albicans ko'pincha bolalarning homila ichi infeksiyasi paytida aniqlanadi.

YAqinda Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda homila ichi kandidoz bilan kasallanish tez-tez o'sib boradi (yosh bolalardagi kandidoz holatlarining 1% gacha), homilador ayollarda genital kandidozning ko'payishi tufayli, bu antibiotiklardan keng foydalanish va o'ziga xos xususiyatlarga bog'liq immunitet holati.

Xomilaning Kandida jinsi zamburug'lari bilan yuqishi transplasental yoki ko'tarilish yo'li bilan sodir bo'ladi. Gematogen tarzda qo'ziqorinlar homila ichiga kandidal platsentit yoki homilador ayolning umumiy mikotik kasalligi borligida kiradi, bu juda kam uchraydi. Ko'pincha bolada yuqtirilgan amniotik suyuqlikni yutish yoki aspiratsiya qilish, shuningdek, onada genital kandidoz bo'lsa, tug'ilish kanali orqali o'tayotganda infeksiya yuqadi.

Qo'ziqorinlarning yopishqoq xususiyatlari, ularning ko'payish qobiliyati va Yangi paydo bo'lgan himoya reaksiyalari sharoitida toksikligi

terining va shilliq pardalarning fiziologik strukturaviy xususiyatlari mavjudligida tug'ilganlar invaziv mikotik jarayonning tez rivojlanishiga olib keladi.

Homila ichi kandidoz infeksiyasining quyidagi shakllari mavjud: 1) terining va shilliq pardalarning kandidozi; 2) visseral kandidoz; 3) umumiy kandidoz. Teri kandidozi teri to'qimalarining infiltratsiyasi borligi bilan ajralib turadi, ko'p

miqdordagi papulyoz elementlarni notekis qirralar bilan birlashtirib, eksfoliyalangan epidermisning oq qirradi bilan hoshiyalanadi. Odatda lokalizatsiya - bu anus atrofidagi teri, sonning ichki qismi va son sohasi. SHilliq pardalar kandidozi bilan oʻrtacha giperemiya fonida osongina olinadigan oq pishloqli blyashkalar koʻrinadi.

Visseral kandidozda Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda pnevmoniya, gastrit, enterokolit, sistit, pielonefrit tashxisi qoʻyiladi, ularning klinik koʻrinishlari ogʻir yuqumli toksikoz mavjudligi bilan tavsiflanmaydi. Kandidozning umumiy shakli yuqumli jarayonda organizmning bir nechta funksional tizimlari, shu jumladan markaziy asab tizimining (meningit, meningoensefalit) ishtirokida sodir boʻladi. Qon testlarida leykotsit formulasini chapga siljishi bilan neytrofil tabiatning leykotsitozi, eozinofiliya qayd etiladi. Miya-orqa miya suyuqligini oʻrganishda neytrofil-limfotsitik xarakterdagi oqsil hujayralari dissotsiatsiyasi (hujayraning ozgina koʻpayishi bilan oqsil tarkibining keskin koʻpayishi), sitoz (3 ml dan 300-500 hujayradan koʻp boʻlmagan) aniqlanadi.

Homila ichi kandidoz infeksiyasini diagnostikasi, ayniqsa, visseral va umumiy shakllar mavjud boʻlganda sezilarli qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Bu, birinchi navbatda, onaning tarixi va ona-bola juftligini bakteriologik tekshirish natijalariga asoslangan. Tadqiqot uchun materiallar terining shikastlanish joylari, shilliq pardalari, siydik, oshqozonni yuvish, miya omurilik suyuqligidir. Kandida jinsi zamburugʻlarini faol holatda ajratish mikroskopik tekshirish va patologik fokusdan olingan material ekinlarida, shuningdek, PSR yordamida qoʻllaniladi.

Homila ichi kandidozni davolash uchun ularga sezgirligiga qarab mahalliy va tizimli taʼsir koʻrsatadigan antimikotik preparatlar qoʻllaniladi.

2.4. Yangi tugʻilgan chaqaloqning asfiksiyasi

Yangi tugʻilgan chaqaloqning asfiksiyasi - bu homila ichidan homilaning tashqaridagi xomilalik mavjudligiga oʻtish jarayonida moslashish mexanizmlarini buzilishi bilan bogʻliq patologik terminal holat.

Yangi tugʻilgan chaqaloq asfiksiyasi patogenezing markazida uteroplazental qon aylanishining buzilishi natijasida homilada gemodinamikaning buzilishi yotadi. Odatda, tugʻilgandan soʻng, bola intensiv ravishda birinchi nafas oladi, bu esa

alveolyar bo'shliqni havo bilan to'ldirishga, o'pka qon aylanishi tomirlari qarshiligining pasayishiga, o'pkada qon oqimining ko'payishiga olib keladi. tizimli arterial bosim. Arterial qon oqimi orqali kislorodli qonning perfuziyasi homila shuntlarining yopilishiga olib keladi va qon aylanishining postnatal qayta tuzilishini tezlashtiradi. Bundan tashqari, o'pkaning kengayishi va ularning normal ishlashi uchun zarur bo'lgan sirt faol moddasining sintezi faollashadi.

X reviziyoni kasalliklarining xalqaro tasnifiga ko'ra, Yangi tug'ilgan chaqaloq asfiksiyasining ikki darajadagi og'irligini ajratish kerak: og'ir va engil yoki o'rtacha. SHu maqsadda barcha Yangi tug'ilgan chaqaloqlar Apgar shkalasi bo'yicha baholanadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun Apgar balli

Kuchli asfiksiya: hayotning birinchi daqiqasida Apgar skori 0-3 ballni tashkil etadi, beshinchi daqiqada u 6-7 balldan oshmaydi.

Engil yoki o'rtacha darajada asfiksiya: hayotning birinchi daqiqasida Apgar skori 4-6 ballni tashkil qiladi, 5 daqiqadan so'ng 8-10 ball.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning asfiksiyasi, qoida tariqasida, xomilalik gipoksiya bilan kechadi, bu to'qimalarga kislorod etkazib berish va / yoki ulardan foydalanish buzilishi natijasida yuzaga keladi. Bunga muvofiq quyidagilar ajratiladi:

1) gipogoksik gipoksiya, gemoglobinning kislorod bilan to'yinganligi normal darajadan past bo'lsa;

2) qon aylanishidagi gipoksiya, arterial qonda normal tarangligiga qaramay, kislorod to'qimalarga etarli miqdorda berilmaganda;

3) qizil qon hujayralari sonining sezilarli darajada kamayishi yoki qizil qon hujayralarida kam miqdordagi gemoglobin miqdori bilan, shuningdek gemoglobinning kislorod bilan birikish qobiliyatining pasayishi bilan gemik (anemiya) gipoksiya;

4) hujayralar kisloroddan to'liq foydalana olmaganda, uyali gomeostazni buzgan holda to'qimalarning gipoksiyasi.

Xomilada uzoq muddatli (surunkali) yoki qisqa muddatli (o'tkir) gipoksiya kuzatilishi mumkin. Surunkali gipoksiya sabablari: 1) onaning kasalliklari va uning

gipoksiya rivojlanishiga olib keladigan noqulay mehnat sharoitlari (kasbiy sog'liq); 2) homiladorlikning asoratlari va unga bog'liq platsenta rivojlanishining buzilishi va uteroplasental qon aylanishining buzilishi; 3) homila kasalliklari.

O'tkir gipoksiyaning sabablari: 1) platsentaning ona qismidan homilaga qon etishmovchiligi (onadagi past bosim va boshqalar); 2) platsenta etishmovchiligi; 3) kindik ichakchasini qisib qo'yish; 4) homilaning kompensator-adaptiv reaksiyalarining susayishi va normal mehnat sharoitida ham bachadonning kontraktil faoliyati bilan bog'liq kislorodlanish o'zgarishiga toqat qilmaslik.

Asfiksiyada bolaning tug'ilishiga sabab bo'lgan omillar

Onaning holati: 1) boshlang'ich yoshi > 30 yosh; 2) gipertoniya; 3) qandli diabet; 4) anemiya (gemoglobin 100 g / l dan kam); 5) buyraklar, urogenital traktning surunkali kasalliklari; 6) gestosis; 7) platsenta biriktirilishining anomaliyalari; 8) polihidramnioz; 9) izoimmunizatsiya; 10) ko'p homiladorlik; 11) platsenta etishmovchiligi va qon ketishi; 12) alkogol bilan zaharlanish; 13) giyohvandlik vositalari va psixotrop preparatlarni qo'llash; 14) yuqumli kasalliklar; 15) surunkali infeksiyalar.

Tug'ilish shartlari va homila holati: 1) homila holatining anomaliyasi; 2) homilaning prezentatsiyasi; 3) mevali membranalarning erta yorilishi; 4) uzoq muddatli yoki tezkor mehnat; 5) kindik ichakchasidagi asoratlar; 6) homila boshiga forseps yoki vakuum ekstraktorini kiritish; 7) tug'ruqdan bir soat oldin tomir ichiga yoki mushak ichiga 2 soat davomida tinchlantiruvchi vositalarni kiritish; 8) homila ichi o'sishning sustligi, makrosomiya, tug'ruqdan keyingi davr, erta tug'ilish, homila deformatsiyalari; 9) tug'ilishdan oldin va tug'ruq paytida xomilalik gipoksiya.

Xomilaning gipoksiya va Yangi tug'ilgan chaqaloq asfiksiyasining patogenezi

Gipoksiya homila uchun etarli miqdordagi to'qima oksigenatsiyasini saqlashga qaratilgan kompensatsiya mexanizmlarini faollashtirishga olib keladi: eritropoez rag'batlantiriladi (eritropoetinning faollashuvi), tarkibida gem tarkibidagi oqsillar (gemoglobin, miyog'lobin, neyroglobin, sitoglobin) ishlab chiqarish ko'payadi, homila gemoglobin darajasi kislorodga eng yuqori yaqinlik, ortadi,

NO-sintaz fermentlari faollashishi natijasida azot oksidi (NO) hosil bo'lishi katekolaminlar, glyukokortikosteroidlar, vazopressin, serotonin, melatonin va boshqa neuropeptidlarning hosil bo'lishini oshiradi.

Davomiy gipoksiya sharoitida quyidagilar mavjud: 1) uteroplental qon oqimi intensivligining oshishi; 2) xomilada qon tomir tonusining oshishi va shu tufayli qon tomir yotog'ining muhim qismining qisqarishi; 3) xomilaning tizimli aylanishini osonlashtiradigan qonni jigarga yotqizish; 4) sistolik qon bosimi va markaziy venoz bosimning ko'tarilishi; 5) yurakning ko'payishi; 6) qonni miya, yurak, buyrak usti bezlarining ustunligi va o'pka, buyrak, oshqozon-ichak trakti va homila mushaklaridagi qon oqimining pasayishi bilan qayta taqsimlash. Ushbu jarayonlarning kiritilishi miyaning normal kislorod bilan ta'minlanishini ta'minlaydi, karbonat angidrid zo'riqishi va qon pH darajasi normal chegarada qoladi ($\text{pH} > 7,25$).

Xomilaning uzoq muddatli gipoksiyasi yoki uning qonlga kislorod etkazib berishning keskin pasayishi bilan reaksiyaning ikkinchi bosqichi sodir bo'ladi: 1) anaerob glikoliz kuchayadi; 2) glikogenning depodan (jigar, yurak, buyraklar) mobilizatsiyasi mavjud; 3) fosfolipazalar faollashadi. Ushbu jarayonlar to'qimalarda, ayniqsa miyada energiya jarayonlarini saqlashga yordam beradi. Bundan tashqari, prostaglandinlar ishlab chiqarilishi ko'payadi, bu mayda mayda tomirlarning kengayishiga va mikrosirkulyasiyaning yaxshilanishiga yordam beradi. Ushbu davrning uzayishi kislotali metabolik mahsulotlar, peroksinitrit, CO_2 to'planishiga olib keladi, bu esa to'qimalarning gipoksiyasini rivojlanishiga va homila to'qimalari tomonidan kislorod iste'molining pasayishiga yordam beradi. Ushbu bosqichning o'ziga xos xususiyati qonning nafas olish atsidozidir ($\text{pH} = 7.2-7.24$).

Progressiv gipoksiya sharoitida mekoniyumning amniotik suyuqlikka tushishi kuzatiladi, xomilalik bradikardiya paydo bo'ladi, shu tufayli diastolning davomiyligi oshadi, bu esa o'z navbatida chap qorincha to'ldirilishini yaxshilashga va yurakning quvvatini saqlab qolishga yordam beradi. Kasilmalar. Bu yurakning normal chiqishi va sistolik qon bosimini vaqtincha ushlab turishga imkon beradi. Bunday sharoitda

miya qon oqimi hali ham miyaning faoliyati uchun etarli, garchi miyada qonni subkortikal hududlarning ustunligi bilan qayta taqsimlash allaqachon mavjud. Qachon

Mahalliy qon oqimi va mikrosirkulyasiyani tartibga solishning ushbu kuchli omili azot oksidi ishlab chiqarishning ko'payishi hisoblanadi.

Gipoksiyaga moslashishning so'nggi bosqichida kompensator-adaptiv reaksiyalarning susayishi sodir bo'ladi, bu kislorod kuchlanishining sezilarli pasayishlga va karbonat angidrid kuchlanishining oshishlga va metabolik atsidozning rivojlanishiga olib keladi ($\text{pH} < 7.2$). U erda: 1) qon tomir tonusining pasayishi; 2) tizimli qon bosimining pasayishi; 3) markaziy venoz bosimning oshishi; 4) yurak etishmovchiligining rivojlanishi; 5) miya qon oqimining pasayishi va miya gipoperfuziyasi; 6) asab to'qimalarida metabolik kasalliklar.

Asab to'qimalarida metabolik kasalliklar bo'lsa, quyidagi jarayonlar sodir bo'ladi:

1) tromboksan va prostaglandin F_{2a} tarkibidagi o'sish bilan birga prostaglandinlar sintezining buzilishi, bu kapillyarlarning torayishlga, trombotsitlar agregatsiyasining ko'payishiga va natijada mikrosirkulyasiya, trombning buzilishiga olib keladi. miya to'qimalarining shakllanishi va ishemiyasi;

2) miya yarim ishemiyasi sharoitida qo'zg'atuvchi aminokislotalarning (glutamat, aspartat) hujayradan tashqari konsentratsiyasi oshadi, bu neyronlarning sitoplazmasining depolarizatsiyasiga va hujayra membranalari o'tkazuvchanligining oshishlga yordam beradi;

3) ATPazlarning funksional faolligi o'zgaradi, natijada hujayradan kaliy chiqishi ko'payadi va hujayra ichidagi natriy miqdori ko'payadi, natijada shish paydo bo'ladi;

4) hujayra ichidagi kalsiyning konsentratsiyasi oshadi, fosfolipaza faollashishi, lipid peroksidatsiyasi oshadi;

5) azot oksidining ortiqcha ishlab chiqarilishi va peroksinitritning ortiqcha hosil bo'lishi asab hujayralarining apoptozisining rivojlanishiga yordam beradi.

Kuchli qaytarilmas metabolik atsidoz ($\text{pH} < 7.0$) rivojlanadi, hosil bo'lgan

elementlarning hujayralararo bo'shliqqa chiqishi bilan (diseksiya paytida diapedetik qon ketishlar), asab hujayralarida qaytarilmas o'zgarishlar va ularning o'limi bilan qon tomir devorining o'tkazuvchanligi oshadi.

Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligining 1995 yil 28 dekabrda buyrug'Iga binoan birlamchi reanimatsiya tirik tug'ilgan bolalar uchun, ularning homiladorlik davri va tana vaznidan (> 500 g) qat'iy nazar amalga oshiriladimi? 372 "Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti mezonlariga, tirik tug'ilish va o'lik tug'ilish mezonlariga o'tish to'g'risida".

Chaqaloq tug'ilgandan so'ng, akusher, tee orqali elektr so'rg'ichga ulangan balon yoki kateter yordamida (vakuum 100 mm dan ko'p bo'lmagan), tomoq va burun yo'llarining yuqori qismlarini so'rib oladi, qisqichlarni qo'llaydi. va kindik ichakchasini kesib tashlaydi.

Kindik ichakchasini kesib bo'lgandan so'ng, Yangi tug'ilgan chaqaloq tezda issiq stolga o'tkaziladi, u nurli issiqlik manbai bilan isitiladi, boshini bir oz orqaga tashlagan holda yotadi, elkasiga va orqasiga buklangan bezi qo'yadi.

Bolani tezda yo'q qilish kerak, chunki bug'lanish orqali issiqlik yo'qotilishi juda yuqori va gipoksiya sharoitida issiqlik hosil bo'lish mexanizmi buzilgan. Gipotermiyaga uchragan bolalarda metabolik atsidoz, gipoksiya va gipoglikemiya rivojlanishi mumkin.

Reanimatsiyaning birinchi bosqichi - bu shamollatish, o'pka perfuziyasi va yurak chiqishi tez tiklanishi.

Bola tug'ilganda, shifokor ta'kidlashi kerak: o'z-o'zidan nafas olish paydo bo'lganmi, agar bo'lmasa, yurak urishi bormi? Uchta belgini (yurak urishi, nafas olish tartibi va terining rangi) hisobga olgan holda, u daPhol reanimatsiya choralari zarurligi to'g'risida qaror qabul qilishi va ularni bola tug'ilgandan boshlab 15-20 kundan kechiktirmasdan boshlashi kerak. Apgar balidan 1 va 5-daqiqalar oxirida ularning samaradorligini baholash uchun foydalanish kerak. Baholash hayotning 20-daqiqasigacha har 5 daqiqada takrorlanishi kerak (faqat o'z-o'zidan nafas olish bo'lsa).

Mustaqil, ammo etarli bo'lmagan nafas harakatlari paydo bo'lganda ("nafas

olish" yoki notekis, qiyin, sayoz nafas olish kabi konvulsiv nafas olish), o'z-o'zidan kengayadigan sumka (Ambu, Penlon va boshqalar) yoki Aira tizimi yordamida mexanik shamollatishni dafhol boshlash kerak. yuz niqobi. Nafas olish tezligi daqiqada 40, kislorod konsentratsiyasi 90-100%, O₂ oqimi daqiqada 10 litrdan ko'p emas, shamollatishning dastlabki bosqichi davomiyligi 15-30 soniyani tashkil qiladi. Yuqori nafas yo'llarining rivojlanishidagi anomaliyalar va ularning erkin o'tishini ta'minlashning iloji bo'lmagan taqdirda, og'iz orqali havo kanalidan foydalanish kerak. Tilga erkin o'tirib, tomoqning orqa qismiga etib borishi kerak, manjet esa bolaning labida qoladi. Bundan tashqari, tug'ilishdan bir daqiqadan so'ng bolaning holati va niqobli shamollatish samaradorligi baholanadi. Agar niqob orqali mexanik shamollatish davom ettirilsa (1,5-2 daqiqadan ko'proq), bolaning oshqozonga sond kiritiladi (? 8 Fr).

Penlon apparati yoki Aira tizimi yordamida niqob orqali 100% kislorod bilan shamollatish juda samarali.

o'rtacha va engil asfiksiyalı bola tug'ilganda. Bunday holda, atsidozni tuzatish kislorodlanish va RSO₂ ning pasayishi tufayli yuzaga keladi, bu esa o'pkaning qon tomirlari kengayishiga yordam beradi.

Traxeyani intubatsiya qilish darhol amalga oshirilishi kerak: 1) nafas olish harakatlari bo'lmaganida va diffuz siyanoz mavjud bo'lganda; 2) traxeyani sanitariya talab qiladigan mekonyumga bo'yalgan amniotik suyuqlikning katta aspiratsiyasi bilan; 3) yuzaki nafas olish harakatlari ega bo'lsa ham, homiladorlik muddati 28 haftadan kam bo'lgan Yangi tug'ilgan chaqaloqlar; 4) agar siz diafragma churrasidan shubhalansangiz; 5) 1-2 daqiqa davomida samarasiz niqobli shamollatish bilan.

Intubatsiya urinishi 30 soniyadan oshmasligi kerak. Agar bu muvaffaqiyatsiz bo'lsa, unda AIRA tizimidan foydalangan holda niqob orqali ventilyasiya 1 minut davomida amalga oshirilishi kerak va shundan keyingina ikkinchi marta intubatsiya qilishga urinish kerak. Aero tizimiga ko'ra o'pkaning sun'iy ventilyasiyasini 1 daqiqada 40-50 chastotada 100% kislorod bilan va birinchi 3-6 nafasda bosim - 30-35, so'ngra 20-25 sm suv bilan boshlang. San'at. minutiga 8-10 litr kislorod oqimi

bilan. Katta aspiratsiya sindromi bo'lsa, mexanik shamollatishdan oldin traxeobronxial daraxtni 2% natriy gidrokarbonat eritmasi bilan sanitarizatsiya qilish va oshqozon tarkibini so'rib olish kerak.

O'pkaning intubatsiyasi va mexanik shamollatilishini reanimatsiya usullari bo'yicha eng yaxshi mutaxassis amalga oshirishi kerak. SHu bilan birga, ikkinchi shifokor (yoki tajribali hamshira) endotrakeal naychaning to'g'ri holatida bo'lishini va gaz almashinuvining yaxshi bo'lishini ta'minlash, shuningdek, yurak urishini baholash uchun nafas olish tovushlarini tinglashi kerak. Agar yurak urish tezligi daqiqada 80 martadan oshsa, etarli darajada o'z-o'zidan nafas olish tiklanguniga qadar mexanik shamollatishni davom ettirish kerak, so'ngra terining rangi baholanadi. Bradikardiya holatida (80 mart / min va undan kam) yordamchi yurak massajini daqiqada 100-120 chastotada o'tkazadi, uni 100% kislorodli ventilyator bilan muvofiqlashtiradi: sternumga 3 bosim - 1 nafas. YUrak massaji chaqaloqning o'z yurak urish tezligi daqiqada 100 martaga etguncha davom etadi. Agar 30 soniyadan keyin yurak urish tezligi daqiqada 100 martadan kam bo'lsa, dori terapiyasini boshlash kerak. Buning uchun ikkinchi yordamchi kindik venasini kateterizatsiya qiladi va oldindan tayyorlangan 0,1% adrenalin eritmasidan 0,1-0,3 ml / kg yuboradi. Ikkinchisini to'g'ridan-to'g'ri endotrakeal naychaga kiritish mumkin. (Dozalashning aniqligi uchun 1 ml preparat izotonik natriy xlorid eritmasi bilan 10 ml gacha suyultiriladi va 0,5-1 ml AOK qilinadi). Epinefrin yurak urish tezligini va kuchini oshiradi va qon bosimini periferik vazokonstriksiyaning keltirib chiqaradi.

Agar 30 soniyadan so'ng yurak urishi tiklanib, daqiqada 80 martadan oshsa, ko'krak qafasining siqilishi to'xtatiladi, ammo mexanik shamollatish mustaqil etarli nafas olish tiklanguniga qadar davom etadi. Agar yurak urish tezligi daqiqada 80 martadan pastroq bo'lsa, adrenalin qayta kiritilishi kerak. Terining doimiy oqarishi (etarli darajada kislorodlanishga qaramay) va zaif puls (bu gipovolemiya yoki o'tkir qon yo'qotish belgisi) mavjud bo'lganda, to'ldirish uchun 5% albumin eritmasi yoki fiziologik eritma (10 ml / kg) yuborilishi kerak. BCC.

Uzoq muddatli surunkali homila ichi gipoksiya fonida Yangi tug'ilgan

chaqaloqning asfiksiyasi paydo bo'lgan hollarda (onaning og'ir ekstragenital patologiyasi, gestosis bilan homiladorlikning asoratlari, homiladorlikning uzayishi), mumkin bo'lgan metabolik atsidozni bartaraf etish uchun bolaga in'eksiya qilish kerak. Etarli miqdordagi o'pka nafas olishini tiklaganidan keyin tomir, tana vazniga kg / kg miqdorida 2 meq / kg yoki 4 ml miqdorida 4% natriy gidrokarbonat. In'eksiya tezligi 1 meq / kg / min. SHunga qaramay, yodda tutish kerakki, natriy gidrokarbonatning 3 meq / kg dozada quyilishi organizmda 1,5 daqiqada hosil bo'lgan CO₂ miqdorini hosil bo'lishiga olib keladi. SHuning uchun CO₂ni yo'q qilish yaxshi shamollatish-perfuziya munosabatlarini, ya'ni etarli nafasni tiklashni talab qiladi. 4% natriy gidrokarbonat eritmasining osmolyarligi 952 mosm / l ni tashkil qilganligi sababli, ushbu preparatning reaktiv tez yuborilishi gipernatremiyaga hissa qo'shishi mumkin, bu gemodinamikadagi gipoksik o'zgarishlar fonida, ayniqsa, erta tug'ilgan chaqaloqlarda qorincha ichi qon ketishiga olib kelishi mumkin.

Agar reanimatsiya choralari boshlangandan 5 minut o'tgach, Yangi tug'ilgan chaqaloqning Apgar skori 4-5 balldan yuqori bo'lmasa, tomir ichiga prednizolon (1 mg / kg) yoki gidrokortizon (5 mg / kg) eritmasini yuborish tavsiya etiladi.

Nafas olish stimulyatorlari faqat onasi bola tug'ilishidan bir soat oldin giyohvand moddalarni qabul qilganligi ma'lum bo'lgan taqdirda qo'llaniladi. Dori depressiyasiga qarshi kurashish uchun 0,01 ml / kg nalokson tomir ichiga yoki endotrakeal yuboriladi.

Mexanik shamollatish jarayonida asoratlar paydo bo'lishi mumkin: - giperoксиya (nafas olayotgan havoda O₂ konsentratsiyasini kamaytirish kerak);

- miya qon oqimining pasayishiga olib keladigan gipokarbiya (nafas olish tezligini kamaytirish kerak);

- o'pkaning kengayishi yaxshilansa, ekspiratuar bosim haddan tashqari ko'tarilishi mumkin, so'ngra o'pka aylanishi tamponadasi, o'pka arteriyasida bosimning oshishi va o'ngdan chapga shunt paydo bo'lishi mumkin. Bu klinik jihatdan tizimli qon bosimining pasayishi, ekspiratuar bosim oshishi bilan mexanik shamollatish paytida qon bosimi tebranishlarining ko'payishida namoyon bo'ladi.

Bunday holda, endotrakeal trubkani nafas yoʻlidan tezda ajratib qoʻyish kerak va qon bosimining keskin koʻtarilishi daPhol koʻzga tashlanadi. Bunday holda, shunt hajmini kamaytirish uchun ekspiratuar bosimni kamaytirish kerak;

- pnevmotoraks mexanik shamollatishning asoratlari sifatida paydo boʻlishi mumkin, koʻpincha mekonyum aspiratsiyasi boʻlgan bolalarda; kuchlanishli pnevmotoraks tezkor davolanishni talab qiladi (torakotsentez).

Agar koʻrilgan choralar samarali boʻlsa, yurak urishi va qon bosimi oshadi, puls bosimi oshadi, markaziy venoz bosim pasayadi va bola pushti rangga aylanadi.

PO₂, PCO₂, qon pH qiymati va gemodinamika normallasishi bilan oʻz-oʻzidan nafas olish harakatlari paydo boʻladi. Ulardan oldingi vaqt miyaning shikastlanish darajasi bilan toʻgʻridan-toʻgʻri proporsionaldir. SHunday qilib, ogʻir asfiksiyada tugʻilgan bolalarda (pH = 6.95-7.0), reanimatsiyaning 10-20-daqiqasida oʻz-oʻzidan nafas paydo boʻlishi bilan, keyinchalik miyaning jiddiy shikastlanishi aniqlanmadi. Agar mustaqil ravishda muntazam nafas olish 20-daqiqadan soʻng tiklangan boʻlsa (Apgar 0-3 ball), u holda bolalar oʻlimi darajasi 53% ni tashkil etdi va tirik qolgan bolalarning 57% da miya yarim falaji qayd etildi.

Agar 20 daqiqadan soʻng oʻz-oʻzidan nafas olish tiklanmasa, yurak urishi boʻlmasa, bolaning tiklanishini toʻxtatish kerak. Oʻz-oʻzidan nafas olish boʻlmaganida, ammo yurak urishi mavjud boʻlganda bunday xulosaga kelish qiyinroq. Keyin savolni bolaning etukligi darajasi, uning homila ichi rivojlanish shartlari, tugʻma nuqsonlar mavjudligini hisobga olgan holda individual ravishda hal qilish kerak.

Reanimatsiyaning keyingi bosqichi oʻz-oʻzidan nafas olishga oʻtish, ikkilamchi gipoksiya profilaktikasi va metabolik kasalliklarni tuzatishni oʻz ichiga oladi.

Ogʻirligi 1500 g dan kam boʻlgan erta tugʻilgan chaqaloqlar reanimatsiya choralariga muhtoj boʻlgan maxsus guruhni anglatadi. Apgar ballari <6 ball boʻlgan deyarli barcha bolalarda sayoz samarasiz nafas olish tufayli mexanik ventilyasiya qilish kerak. Mexanik shamollatish davomiyligi masalasi har holda homilaning hayotiyligini hisobga olgan holda alohida-alohida hal qilinadi. Bolani mexanik shamollatishdan asta-sekin oʻz-oʻzidan nafas olishga oʻtkazish kerak, birinchi

navbatda nafas olish tezligini kamaytirish, so'ngra O₂ konsentratsiyasi. Ijobiy ekspiratuar bosim bilan nafas olishga o'tish ko'rsatilgan.

Tug'ilganda, nafas olish buzilishi sindromini rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan, erta tug'ilgan chaqaloqlarni (homiladorlik muddati 30 haftadan kam, tana vazni 1350 g dan kam) asfiksiya qilishda sirt faol moddasini profilaktik ravishda qo'llash mumkin. Ko'rsatilganidek, preparatni qabul qilish nafas olish buzilishlarini rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi, ammo bu SDD dan o'limni va bronxopulmoner displazi kabi dahshatli asoratlarning chastotasini ikki baravar kamaytiradi.

Sirt-faol moddadan foydalanish o'pkaning transpulmoner bosimning normal qiymatlarida sezuvchanligini oshirishga yordam beradi, ekshalatsiya paytida alveolalarning turg'unligini oshiradi va atelektaz hosil bo'lishining oldini oladi, oqsillar va suvning tomirlardan oqishini kamaytiradi. o'pka.

Profilaktik maqsadlarda sirt faol moddalar preparatlari (ekzosurf neonatal, sirt faol moddasi-bl, kurosurf) hayotning dastlabki 2 soatida kiritilishi va bolada mexanik shamollatish o'tkazilishi kerak.

Reanimatsiyadan keyin bolani inkubatorga yotqizishadi va zudlik bilan intensiv terapiya bo'limiga o'tkazadilar, bu erda uning holati nisbatan barqarorlashgandan 30-60 minut o'tgach, akusher kindik ichak va terini qayta ishlaydi.

Reanimatsiya tadbirlari tugagandan so'ng, shifokor "Tug'ilgan xonada Yangi tug'ilgan chaqaloqqa birlamchi va reanimatsiya yordami kartasini" to'ldirishi shart - ro'yxatdan o'tish shakli 097-1 / u-95. SHuni ta'kidlash kerakki, reanimatsiya yordamini tashkil qilishda kadrlarni oldindan tayyorlash va tug'ruq bo'limini zarur jihozlar bilan jihozlash muhimdir.

Gipoksiya natijasida qon aylanishining buzilishi va organizmda yuzaga keladigan chuqur metabolik o'zgarishlar kattalardagi postresusitatsiya kasalligining klinik ko'rinishiga o'xshash nevrologik simptomlarni aniqlaydi: funksiyalarni bostirishning dastlabki bosqichi umumiy qo'zg'alish bosqichi bilan almashtiriladi,

bu uyqu buzilishi, ekstansorli gipertenziya va turli xil motorli avtomatizmlarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Uzoq muddatli uyqu buzilishi va konvulsiv sindrom o'z-o'zidan miyada metabolik kasalliklarni sezilarli darajada

kuchaytiradi, toksik mahsulotlarning to'planishiga olib keladi, bu ma'lum darajada kasallikning nojo'ya natijalarini aniqlaydi. SHuning uchun konvulsiv tayyorgarlikni engillashtirilgan va uxlashni boshlashga yordam beradigan farmakologik vositalardan foydalanish kerak (seduksen tomir ichiga yoki mushak ichiga, klinik ta'sirga erishilguncha 1 mg, GHB, 100 mg / kg / 24 soat).

Terapevtik tadbirlar kompleksida infuzion terapiya muhim rol o'ynaydi, ularning asosiy vazifalari: gemodinamikani normallashtirish, suv-elektrolitlar balansi va qonning kislota-baz holati, diurezni ta'minlash va energiya va plastmassa moddalarni bola. AOK qilingan suyuqlik hajmini aniqlashda Yangi tug'ilgan chaqaloq organizmining bazal metabolizm va teri, o'pka, ichak va buyraklar orqali namlikni yo'qotish ehtiyojlarini qoplash uchun minimal ehtiyojlaridan kelib chiqish kerak. Ushbu talablar 30-40 ml / kg suyuqlikning birinchi kunida tomchilatib yuborish yo'li bilan qondiriladi. Hayotning 3-kunidagi infuziya hajmi 80-90 ml / kg, 4-kuni - 100-110 ml. Damlamaning asosini 10% glyukoza eritmasi tashkil qiladi.

Degidratsiya maqsadida plazma (10-15 mg / kg), albumin (7-10 ml / kg miqdorida 10% eritma), mannitol (10% / 10 ml eritma), lazik (0,2 ml 1% eritma).

Aylanma qon hajmini to'ldirish va uning reologik xususiyatlarini va mikrosirkulyasiyasini yaxshilash uchun trental buyuriladi. Infuzion terapiyadan tashqari antioksidantlar (A, E, C vitaminlari), glutamik kislotadan foydalanish kerak. Metabolik atsidoz mavjud bo'lganda qonni ishqorlash uchun kokarboksilaza va / yoki 4% natriy gidrokarbonat eritmasi ishlatiladi.

Natriy, kaliy, kalsiy tarkibini tuzatish qon elektrolitlari tarkibi bo'yicha laboratoriya ma'lumotlari mavjud bo'lganda amalga oshiriladi. Buning uchun 10% natriy xlorid eritmasi, 7,5% kaliy xlorid eritmasi, 10% kalsiy glyukonat eritmasidan foydalaning.

Miyokard kontraktilyasini yaxshilash, o'pka gipertenziyasi, gipovolemiya va gipegidratsiyani yo'q qilish uchun yurak glikozidlari tavsiya etiladi. Dopamin gipotenziyani davolash va yurak faoliyatini va buyrak faoliyatini yaxshilash uchun ishlatiladi.

Xomilaning gipoksiyasi va Yangi tug'ilgan chaqaloqning asfiksiyasini oldini

olish prenatal tashxisga asoslangan bo'lishi va quyidagi tarkibiy qismlardan iborat bo'lishi kerak:

- xomilalik gipoksiyani rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan homilador guruhlarni o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish;
- homilador ayollarning akusherlik va ekstragenital patologiyasini intensiv davolash;
- xomilalik gipoksiya terapiyasining ta'siri bo'lmagan taqdirda erta etkazib berish.

Neonatal va perinatal yordamni takomillashtirishning dolzarb muammolari

Maktabgacha va maktab muassasalaridan boshlab aholining tibbiy ta'limining davlat dasturini yaratish, bu barcha gazetalar, jurnallar, televizorlarning tibbiyot, shu jumladan perinatologiya muammolarini muntazam yoritib borish majburiyatini nazarda tutadi.

O'smir qizlarning sog'lig'ini yaxshilash. Buning uchun qiz kasal bo'lsa, reabilitatsiya tadbirlarining individual kompleksini ishlab chiqish uchun pediatri, terapevt, akusher va tor mutaxassislar bilan bog'lanish kerak.

Oilani rejalashtirish markazlarining ijtimoiy imkoniyatlari.

Tug'ruqdan oldin parvarish qilishni takomillashtirish, shu jumladan homilador ayollarni ijtimoiy qo'llab-quvvatlash, muddatidan oldin tug'ilish va platsenta holatini nazorat qilish usullari, homila patologiyasini diagnostikasi va faol terapiyasi (bemor homila sifatida), mintaqaviy perinatal xizmat.

Antenatal klinikalar va perinatal markazlarning ayollarda urogenital infeksiyalarni, xususan streptokokk-B, xlamidial va tug'ilish kanalining disbiyozini diagnostikasi va davolash imkoniyatlarini kengaytirish.

Oilaviy tashxisning to'liqligi mezonlarini ishlab chiqish (ota-onalarning nasl-nasablari, konstitutsiyaviy va fenotipik xususiyatlari va boshqalar) va oila tarixi ma'lumotlariga asoslanib, oziqlanishni farqlash va umuman olganda homilador ayolni boshqarish (bu ayniqsa allergik diatezli ayollar uchun to'g'ri keladi: qachon dietadan chiqarishni kuzatishni boshlash kerak va ular birinchi va ikkinchi turdagi yordamchilarning ratsional nisbati shakllanishiga va ularning immunologik

reaktivligiga qanday ta'sir qiladi) bola).

Bolaning genetik pasportini ota-onalarga berish bilan homila va Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda irsiy va tug'ma patologiyalarni aniqlash va kelajakda irsiy moyillik mavjud bo'lgan kasalliklarni davolash uchun molekulyar biologiya usullari yordamida imkoniyatlarni kengaytirish (ushbu pasportning tarkibi yildan-yilga kengayib boradi).

Yangi tug'ilgan chaqaloqqa birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish usullarini takomillashtirish, shu jumladan parvarishlash sifatini standartlashtirish, chastotani kamaytirish va yordamchi va mexanik shamollatish samaradorligini oshirish.

Bolaning ahvolini va jarrohlik aralashuvini kuzatish uchun minimal invaziv usullarni ishlab chiqish.

Diagnostikada va davolashda faqat isbotlangan tibbiyot usullari bilan sinab ko'rilgan, yatrogenizm ehtimolini kamaytiradigan usul va usullardan foydalanish; miya, ko'z va eshitish qobiliyatini himoya qilishga qaratilgan davolash usullari samaradorligini keyingi tahlil qilish; Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning klinik farmakologiyasidagi tadqiqotlarning keskin kengayishi va neonatal dori terapiyasining uzoq muddatli ta'sirini o'rganish.

Eng keng tarqalgan neonatal patologiyasi bo'lgan bolalar uchun neonatal formulasini yaratish: nafas olish buzilishi sindromi, qorincha ichi qon ketishi, Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning gemolitik kasalligi va boshqalar.

Perinatal davrdagi hodisalarning uzoq muddatli oqibatlarini baholash bo'yicha tadqiqotlarni kengaytirish:

homilador ayolning ovqatlanishida ksenobiotiklarning rolini va bolaning funksional tizimlari patologiyasini, immunopatologiyani aniqlash;

perinatal imprintingning turli jihatlardagi ahamiyatini aniqlash - psixologik va uning inson markaziy asab tizimining xususiyatlarini shakllantirishdagi o'rni, immuniteti va immunopatologiyadagi ahamiyati, funksional tizimlari va ontogenezning so'nggi bosqichlarida reaktivlik xususiyatlari, mikrobiologik va uning yosh bola biotsenoziga ta'siri;

peri- va neonatal patologiyaning erishilgan malformatsiyalar va rivojlanish

anomalialarini shakllantirishda, xususan, oddiy o'pka gipoplaziyasini va keyinchalik nafas yo'llarining surunkali obstruktiv kasalliklarini, bronxial astmani rivojlanishidagi rolini o'rganish;

gerpes enterovirus guruhidagi viruslar bilan keng tarqalgan perinatal infeksiyaning uzoq muddatli oqibatlarini tekshirish va aniqlash;

umurtqa tug'ilish jarohatlarining chastotasini aniqlashtirish va ularning uzoq muddatli oqibatlarini yanada o'rganish.

Perinatal yuqumli jarayonlar uchun javobgar bo'lgan Yangi patogenlarni va xususan tug'ma gepatitni aniqlash.

OIV bilan kasallangan onalardan tug'ilgan bolalarni perinatal boshqarishni takomillashtirish (diagnostika, davolash va profilaktika usullari).

Transplatsental tarzda olingan ona limfotsitlarining nafaqat Yangi tug'ilgan chaqaloqning immunologik reaktivligini shakllantirishda va infeksiyaga qarshi himoya qilishda, balki uning patologiyasidagi rolini o'rganish; Umuman olganda, ularning taqdiri va neonatal davrda paydo bo'lgan bolalarda va kattalarda immunopatologiyada uzoq muddatli saqlanish va ishtirok etish imkoniyati.

Nozokomial infeksiyalarning oldini olish, ularning diagnostikasi va davolash taktikasini takomillashtirish; erta tashxis qo'yish mezonlarini takomillashtirish va keyingi differensial terapiya bilan Yangi tugilgan sepsisning har xil turlarini tekshirish.

Bemor bolasi bo'lgan oilalarni qo'llab-quvvatlash markazlarini yaratish va ularning ijtimoiy imkoniyatlarini doimiy ravishda kengaytirish.

Neonatologiyada salbiy oqibatlarining oldini olish zamonaviy sog'liqni saqlashning muhim muammosi hisoblanadi

Tibbiy amaliyotda noxush oqibatlarining oldini olish nafaqat sog'liqni saqlashni o'rganishni, balki ushbu holatlar sonini kamaytirishga qaratilgan aniq chora-tadbirlarni ishlab chiqishni talab qiladigan mahalliy sog'liqni saqlashning muhim muammosi hisoblanadi. Buni, avvalambor, ayollar va Yangi tug'ilgan bolalarning sog'lig'ini muhofaza qilish bilan bog'lash kerak [1,2,3,5].

Tadqiqot natijalariga ko'ra, erta tug'ilish homila uchun mehnatning noqulay

natijasi uchun hal qiluvchi omil hisoblanadi. Buni zamonaviy adabiyot ma'lumotlari tasdiqlaydi [5].

JSST ma'lumotlariga ko'ra, muddatidan oldin tug'ilishdagi perinatal o'lim muddat tug'ruqdan 33 baravar yuqori. Erta tug'ilgan chaqaloqlar 50% o'lik tug'ilish, 60% erta neonatal va 70% bolalar o'limiga to'g'ri keladi.

YUqorida aytib o'tilganlar, muddatidan oldin tug'ilishning yuqori foizlari kasalxonaga qadar bo'lgan davrda nojo'ya omillarning kam baholanishidan dalolat beradi.

Postterm homiladorlik - bu homiladorlik va tug'ilishning noqulay natijasi uchun fon yoki hal qiluvchi omil bo'lib, bu bir qator mualliflarning fikrlarini tasdiqlaydi. Adabiyotga ko'ra, tug'ruqdan keyingi chaqaloqlarda kamolot buzilishi sindromi 30% hollarda, to'la tug'ilgan chaqaloqlarda esa faqat 3% hollarda kuzatiladi. To'liq muddatli homiladorlikdagi perinatal o'lim 1,1% ni tashkil qiladi va 44 xaftaga qadar u 6 baravar ko'payadi (6-7%). Binobarin, kasalxonaga qadar bo'lgan davrda homilador ayollarni boshqarishda jiddiy kamchiliklar bo'lgan [4,5,6].

Kamqonlikning yuqori darajasi homilador ayollarning kasalxonaga yotqizilish bosqichidagi ishdagi kamchiliklarni ham, ijtimoiy kelib chiqishni ham pastligini ko'rsatadi. Ushbu turdagi qon patologiyasini aniq baholamaslik yuzida. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, homilador ayollarning 40 foizida ushbu ekstragenital kasallik kech toksikoz bilan kechadi, 15-20 foizida tug'ilish muddatidan oldin tugaydi, polihidramnionoz va boshqa asoratlar kam uchraydi.

Mehnat munosabati ko'pincha suvning o'z vaqtida tushmasligi, mehnatning anormalliklari va gipotonik qon ketishi bilan murakkablashadi. Homiladorlik paytida temir tanqisligi anemiyasi ko'pincha surunkali gipoksiya va homila etishmovchiligi bilan kechadi. YUqorida aytib o'tilganlar homiladorlikning dastlabki bosqichlarida ushbu patologiyani antenatal klinikada aniqlash, samarali davolanishni tayinlash, vaqt o'tishi bilan nazorat natijalarini tahlil qilish va homilador ayollar orasida temir tanqisligi anemiyasi rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan guruhlarni aniqlash zarurligini ko'rsatadi.

Bubble drift - homiladorlik patologiyasining nisbatan kam uchraydigan shakli. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, uning chastotasi barcha homilador ayollarga nisbatan 0,04 dan 0,07% gacha. Binobarin, ko'pgina shifokorlar uning klinikasi, diagnostikasi va kistali drift boshlanishining dastlabki bosqichlarida etarli terapiya usullari bilan etarli darajada tanish emaslar.

O'pka emboliyasi juda kam uchraydigan nozologiya bo'lib, unga terapevtik omillarning ta'siri cheklangan ahamiyatga ega. Hatto ataylab vakolatli davolanish ham har doim ham ijobiy natija bermaydi.

Homila ichi xomilalik gipoksiya (67%) va tug'ruq paytida asfiksiyaning yuqori foizlari (43%) ma'lum chegaralar ichida tuzatilishi mumkin va homiladorlarning kasalxonaga yotqizilish bosqichida ham, kasalxonada ham shifokorlar faoliyatidagi kamchiliklarni ko'rsatadi. Iloji bo'lsa, ushbu patologiyani erta tashxislash, xavf ostida bo'lgan ayollar uchun homiladorlikning muhim bosqichlarida davolanish, rejalashtirilgan tug'ruqdan oldin kasalxonaga yotqizish, tug'ruq paytida kuzatuv, homilaning holatini inobatga olgan holda tug'ruqni tejash, o'z vaqtida neonatal parvarish qilish zarur.

SHubhasiz, bolada markaziy asab tizimining gipoksik shikastlanishining yuqori foizini kamaytirish kerak. Xomilaning gipoksik shikastlanishi o'rtacha holatlarning 43 foizini tashkil qiladi. Adabiyotga ko'ra, bolalarda markaziy asab tizimining perinatal shikastlanishi bilan somatik buzilishlar uzoq vaqt davom etadi, shu jumladan, 100% hollarda allergiyaning u yoki bu shakli mavjud. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, barcha asab kasalliklarining 20-40% murakkab mehnat natijasidir. SHu sababli, tug'ruq paytida kuzatuv kuzatuvini, homilaning holatini hisobga olgan holda tug'ruqni tejashni, kelajakda dispanser ro'yxatga olish guruhlarini tuzish bilan birgalikda pediatr va pediatrik nevropatologni birgalikda o'z vaqtida kuzatishni amalga oshirish zarur.

Homila ichi xomilalik infeksiya (24%) minimal darajaga tushirilishi kerak. Adabiyotga ko'ra, yuqumli fetopatiya bilan kasallangan onalarda tug'ruq natijasi noxush: bolalarning 80% o'limga olib keladi. Omon qolganlar, odatda, psixomotor rivojlanish, surunkali gepatitning kechikishi bilan markaziy asab tizimiga jiddiy

zarar etkazadilar. Natijada, tug‘ruqdan oldin klinikalarda homiladorlikdan oldin ham ayollar bilan tushuntirish ishlarini olib borish kerak. Kelajakdagi onalarda infeksiya o‘choqlarini, ekstragenital kasalliklarni oldindan aniqlash, homiladorlik paytida alevlenme paytida infeksiya o‘choqlarini qayta tashkil etish, homiladorlikning muhim bosqichlarida belgilangan terapiya standarti bilan kerakli davolanishni amalga oshirish kerak. ixtisoslashtirilgan bolalar bo‘limlarida Yangi tug‘ilgan chaqaloqni o‘z vaqtida davolashni amalga oshirish.

Xomilaning tug‘ilish travmasi (24%) minimallashtirilishi kerak. Bir qator tadqiqotchilarning fikriga ko‘ra, o‘lik tug‘ilgan chaqaloqlarning 80-85% va Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning turli xil sabablari bilan o‘limlari umurtqa pog‘onasi, ayniqsa, bachadon bo‘yni umurtqasi; bosh suyagi va miyaning shikastlanishi 20-40% da uchraydi. tug‘ruq paytida ichakchasidagi shikastlanish - bu mehnatni boshqarish va katta miqdordagi homila massasi, tos suyagi torayishi, onaning perineumini "har qanday narxga" asossiz himoya qilish bilan travmatizatsiya qiladigan akusherlik foydalari taktikasi [6].

Natijada, tug‘ruqxonaga yotqizilganida, tug‘ilish rejasini oldindan tuzish kerak: tabiiy tug‘ilish kanali orqali yoki tejamkorlik operatsiyalari usuli bilan (akusherlik forsepslarini qo‘llash operatsiyasi akusherlik operatsiyasi emas: bu vaqtda operatsiya, Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarning 25-50 foizida sefalogenatoma bilan bosh suyagi sinishi aniqlandi). Erta tug‘ilganda, tug‘ruq paytida yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan gipoksiya holatini kuchaytirmaslik uchun perineotomiya qilish kerak [6].

YUqorida aytib o‘tilganlar homilador ayolni boshqarishning barcha bosqichlarida o‘z vaqtida ultratovush diagnostikasini o‘tkazish, ayolning anamnezini to‘liq yig‘ish, xavf omillarini hisobga olgan holda homiladorlik rejasini tuzish va oldindan tanlab olish zarurligini ko‘rsatadi. homila uchun etarli etkazib berish usuli.

Xomilaning to‘yib ovqatlanmaslik darajasi nisbatan yuqori (24%) kasalxonaga qadar bo‘lgan davrda tibbiyot muassasalari faoliyatidagi ayrim kamchiliklarni ko‘rsatadi. Ayollarning jinsiy a‘zolari kasalliklarini davolash, tug‘ish yoshidagi

ayollarning yurak-qon tomir va boshqa kasalliklarini davolash va oldini olish, homilador ayollarda toksikozni oldini olish va erta davolashni amalga oshirish, mehnat va hayotning gigienik shartlariga rioya qilish zarurligini tushuntirish, homiladorlik va odatiy xavflarni, homiladorlik dominantini buzadigan stressli vaziyatlarni istisno qiling. Prognozni tayyorlash bilan tugʻruq rejalarini etarli darajada ishlab chiqish uchun ayollarni oʻz vaqtida kasalxonaga yotqizish zarur, bu erda birinchi navbatda homila holatini baholash boshlanadi. Bolaning qisman platsenta ajralishi bilan ogʻrilganligi (14% hollarda) onaning ogʻir sharoitlariga bogʻliq.

Zamonaviy maʼlumotlarga koʻra, 45% hollarda platsenta ajralishi uzoq davom etgan sust gestoz fonida, shuningdek gipertoniya, gipertoniya bilan birga kelgan buyrak kasalligi va tugʻruq paytida oʻtkir yuqumli kasalliklar va jarohatlar natijasida yuzaga keladi [6]. Binobarin, homilaning holatini yaxshilash uchun tugʻilishni etarli darajada ragʻbatlantirish va tugʻruq induksiyasini oʻtkazish, xomilaning oʻtkir asfiksiyasini oldini olish, tugʻruqni tayyorlangan tugʻruq kanali bilan tezda tugatish, agar homilani tezda chiqarib olish imkoniyati boʻlmasa. qin bilan etkazib berish, sezarenni bajarish.

Xomilaning ichak tutilishi va qisqa kindik ichakchasidagi holatlari tibbiy tuzatish uchun deyarli mos emas. Iloji boʻlsa, ularni erta tugʻilishdan oldin tashxislash zarur, rejalashtirilgan sezaren yoki ayolning individual holatini hisobga olgan holda (yaxshi tugʻilish kanali, yaxshi mehnat) tugʻruqni eng tez tugatishga intiling. Tugʻma nuqsonlar (12% holatlar), adabiyot maʼlumotlariga koʻra, Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda kasallanish tarkibida ikkinchi oʻrinni egallaydi. Rivojlanish anomaliyalari nihoyatda xilma-xildir, ularning nozologik shakllari minglab. Malformatsiyani erta tashxislashda (12 haftagacha) homiladorlikni oʻz vaqtida toʻxtatish, 22 haftagacha tashxis qoʻyish paytida - sunʼiy tushish haqida, diagnostikada koʻproq boʻlsa 22 xafta, kichik sezaren zarur [6].

Kelajakda va baʼzi hollarda oldindan har ikki sherik uchun zarur tavsiyalarni ishlab chiqish bilan tibbiy-genetik maslahat berish kerak.

YUqorida aytilganlarning barchasi olingan maʼlumotlardan akusherlik va

ginekologiya sohasidagi mutaxassislar, shuningdek neonatologlar uchun ko'rsatmalar tayyorlash uchun foydalanish zarurligini ko'rsatadi.

III BOB. CHALA TUG'ILGAN CHAQALOQLAR.

3.1. Chala tug'ilganlik belgilari

Gestatsiyaning 37-haftasidan 42-haftasigacha (259-294 kun) bo'lgan muddatga tug'ilgan bola o'z vatiqda tug'ilgan (etilgan) hisoblanadi

Vaqtidan ilgari tug'ilish – bolaning oxirgi hayz sikli birinchi kunidan sanab boshlanadigan (BJSST, 1977) homiladorlikning to'liq 37 haftasi tugash vaqtiga kelib yoki 259 kundan oldin tug'ilishi.

Bu shuni ko'rsatadiki, chala tug'ilganlikni aniqlab beradigan mezon

gestatsion yosh hisoblanadi.

Ko'p yillar mobaynida chala tug'ilganlikni tana vazni 2500 g va undan kam bo'lgan bola tug'ilishi sifatida qaralgan. Hozirgi vaqtda jismoniy rivojlanish paratmetrlari va hatto morfologik va funksional etilganlik darajasi chala tug'ilish tashxisida mezon sifatida qaralmaydi, sababi ular gestatsion yoshga mos kelmasligi mumkin (masalan QSIRda). Masalan, chala tug'ilgan chaqaloqlar tana vazni ko'pincha 2500 g dan ortiq bo'ladi, tana vazni 2500 g dan kam Yangi tug'ilganlarning chamasi $\frac{1}{3}$ o'z vaqtida tug'ilgan hisoblanadi.

Chala tug'ilganlik tasnifi. Hozirgi vaqtda chala tug'ilishning bir nechta tasnifi qo'llaniladi.

X qayta ko'rib chiqilgan KXTda quyidagi variantlar ajratilgan.

R07. Homiladorlik muddati qisqarishi bilan, shuningdek tug'ilganda past tana vazni bog'liq buzilishlar.

Eslatma. Tug'ilganda tana vazni va gestatsion yosh belgilangan bo'lsa, tug'ilgandagi vazn afzal ko'riladi.

Istisno tariqasida: homilaning sekin o'sishi va oziqlanishining etishmasligi bilan bog'liq tana vaznining kichik holati (R05-R07).

R07.0. Tug'ilganda haddan tashqari kichik vazn.

R07.1. Tug'ilganda vazn kamligining boshqa holatlari. R07.2. Juda ham etilmaganlik.

Homiladorlik muddati to'liq 28 haftadan (to'liq 196 kundan)

kam. R07.3. Chala tug'ilishning boshqa holatlari.

Homiladorlik muddati 28 hafta yoki ko'p, lekin to'liq 37 haftadan kam (to'liq 196 kundan, ammo to'liq 259 kundan kam).

Quyidagilar ajratiladi:

– tug'ilganda haddan tashqari kichik vazn (ekstremal kichik vazn):

– tug'ilgandagi vazn 999 g yoki kam (1000 g gacha);

– tug'ilganda juda ham past vazn:

– tug'ilganda tana vazni 1000-1499 g (1500 g gacha);

– tug‘ilganda boshqa kichik tana vazni:

– tug‘ilgandagi vazni 1500-2499 g (2500 g gacha). Klinik tasnif amaliyotda keng qo‘llaniladi.

Hozirgi vaqtda «chala tug‘ilgan chaqaloq» tashxisi belgilanganda tug‘ruq sodir bo‘lgan homiladorlik muddati ko‘rsatiladi.

Tashxisni shakllantirish namunasi: 30 haftalik chala tug‘ilish.

Vaqtidan ilgari tug‘ruqlar uchrash tezligi Yangi tug‘ilanlarning umumiy sonidan 5-13,6% ni tashkil qiladi.

Etiologiyasi. Chala tug‘ilish sabablarini 3 ta guruhga ajratish mumkin.

Ijtimoiy-iqtisodiy:

- tibbiy xizmatning yo‘qligi yoki etarli emasligi;
- hayotning va moddiy ta‘minotning past darajasi va, natija sifatida, onaning yomon ovqatlanishi, qoniqarsiz yashash-maishiy sharoitlar;
- ma‘lumotlilik darajasi (8 sinfdan past) – hayot tarziga, shaxsxususiyatlariga, moddiy yaxshilanishga ta‘sir qiladi;
- ruhiy va jismoniy shikastlar-iztiroblar, qo‘rquv, hoimladorning yiqilishi yoki lat eyishi, og‘ir narsalarni ko‘tarish;
- kasbiy illatlar, yomon odatlar (chekish, alkogol, narkotiklar);
- nikohdan tashqari tug‘ishlar (asosan kutilmagan homiladorlikda);
- salbiy ekologik holat.

Ijtimoiy-biologik:

- onaning kichik yoshi yoki katta yoshdagi onalar (18 yoshdan kichik va 35 yoshdan katta);
- bo‘y pastligi, infantil tana tuzilishi;
- ko‘p homilali tug‘ruqlar (chala tug‘ilganlarning hammasi 20%).

Klinik:

- jinsiy a‘zolar infantilizmi, asosan gormonal izdan chiqishlar (sariq

tananing etishmasligi, tuxumdonlarning gipofunksiyasi, istmik-servikal etishmaslik) bilan qo‘shilib kelganda – vaqtidan ilgari barcha tug‘ilganlarning 16,6% gacha;

- ilgarigi abortlar va bola tashlashlar endometriyning noto‘liq sekretsiasiga, stromaning kollagenlashishiga, istmik-servikal etishmaslikka, bachadonning qisqaruvchanlik qobiliyati oshishiga, bachadonda yallig‘lanish jarayonlarining (endometrit, sinexiyalar) rivojlanishiga olibkeladi;

- onaning somatik kasalliklari, asosan homiladorlik paytida dekompensatsiya yoki qo‘zish belgilari bilan. Revmatizm, yurakning revmatik nuqsoni, pielonefrit, gipertonik kasallik, kamqollik va boshqa kasalliklar bachadon-yo‘ldosh qon aylanishini izdan chiqaradi, yo‘ldoshda degenerativ o‘zgarishlarni chaqiradi;

- endokrin kasalliklar (buyrak usti bezlari po‘stlog‘ining giperfunksiyasi, tireotoksikoz, qandli diabet);

- o‘tkir yuqumli kasalliklar (isitma baland paytidagi tug‘ruq, shuningdek sog‘ayishdan keyingi eng yaqin 1-2 haftadagi tug‘ish);

- homiladorlik patologiyalari – kech gestoqlar, nefropatiya, ona–yo‘ldosh–homila tizimidagi immunologik nizo, homiladorlik vaqtidagi operativ aralashuvlar (asosan laparotomiya);

- homilaning kasalliklari – qorin ichi infeksiyalari, xromosom kasalliklar, rivojlanish nuqsonlari va boshqalar;

- ekstrakorporal urug‘lanish.

Vaqtidan ilgari tugʻruqlar sabablarini boshqa tamoyil boʻyicha ajratish mumkin: onadan kelib chiqqan; homila tomonidan sodir boʻlgan; homiladorlik kechishi xususiyatlari bilan bogʻliq; tashqi muhitga bogʻliq.

3.2.Chala tugʻilgan bolalarda Yangi tugʻilganlik davrining kechishi xususiyatlari.

Chala tugʻilganlarda Yangi tugʻilganlik davri postkonseptual (gestatsion + postnatal) yoshni hisobga olganda 28 kundan koʻp davom etadi. Masalan, agar bola 32 haftalik gestatsiya muddatida tugʻilsa, unda uning hayoti 1 oyida gestatsion yoshi $32 + 4 = 36$ haftani tashkil qiladi. Chala tugʻilganlarda bukuvchi mushaklarda mushak tonusining oshishi odatda hayotining 1-2 oylarida paydo boʻladi. Sogʻlom tana vazni 1500 g gacha boʻlgan chala tugʻilgan bolalarda soʻrish refleksi hayotining 1-2 haftasida, tana vazni 1500 g dan 1000 g gacha boʻlganlarda hayotining 3-haftasida, 1000 g dan kam vazndagilarda hayotining birinchi oyida paydo boʻladi.

Tana vaznining fiziologik kamayishi uzoqroq – 4-7 kun davom etadi va 10-14% ni tashkil etadi, uning qayta tiklanishi bola hayotining 2-3haftalarida sodir boʻladi.

Vaqtidan ilgari tugʻilgan 90-95% bolalarda, vaqtida tugʻilgan bolalardagiga solishtirganda ancha ifodalangan va uzoq davom etadigan neonatal sariqlik kuzatiladi.

Vaqtida tugʻilganlarga solishtirganda gormonal kriz va TE kamroq uchraydi.

Chala tugʻilgan bolalarning koʻpchiligi 1-1,5 yoshga kelib tengdoshlariga etib olishadi. Tugʻilgan vaqtida vazni juda ham past boʻlgan bolalar, odatda jismoniy va asab-ruhiy rivojlanish borasida vaqtida tugʻilgan tengdoshlaridan 2,5-3 yilga ortda qolishadi. Ularda 5-7 va 11-14 yoshlarda eng aniq namoyon boʻladigan, rivojlanish monandligi buzilishi (boʻy oʻsishi ortda qolishi) aniqlanishi mumkin.

3.3. Chala tugʻilgan chaqaloqlarni parvarishlashningbosqichma-

bosqichligi.

Chala tug'ilgan bolalarni parvarishlashning uchta bosqichi bor:

I bosqich – vaqtidan oldin keladigan tug'ruqlarga ixtisoslashtirilgan tug'ruqxona;

II bosqich – II bosqichda chala tug'ilganlarni parvarishlash bo'limi (bir yilda 1000 ta vaqtidan ilgari tug'ilishlar soniga nisbatan 40-45 koyka);

III bosqich – poliklinika (ambulator-poliklinika bosqichi).

Ba'zi holatlarda chala tug'ilganlarni parvarishlashning ikki bosqichi qo'llaniladi. Tana vazni 2200-2300 g bo'lgan normal tana haroratini ushlab turish qobiliyatiga ega va normal neonatal davrda o'zgarishlarga ega bo'lmagan vaqtidan ilgari tug'ilgan chaqaloqlar II bosqichdan o'tmasdan uchastka pediatri kuzatuv ostiga olinib tug'ruqxonadan uyiga chiqarilishi mumkin.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni tug'ruqxonadan chiqarishning zaruriy sharoitlari bo'lib quyidagilar hisoblanadi:

- yaxshi ifodalangan so'rish va yutish reflekslari;
- tana vazning muntazam va etarlicha qo'shilib borishi;
- tana haroratini mustaqil ushlab turish qobiliyati;
- kindik yarasining yaxshi bitishi;
- qonning normal tahlillari.

Etilmasdan tug'ilgan bolani tug'ruqxonadan hayotining 7-8-kunidan so'ng chiqarish lozim.

Bunday tug'ruqxona etilmagan chaqaloqlarni bitta muassasada maksimal tarzda to'plash maqsadida yaratiladi. Bu muassasada zamonaviy qimmat uskunalarni to'plash va yuqori malakaga ega kadrlarni tayyorlash imkoniyatini beradi, sababi chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun tug'ruqni boshqarishda hamda jonlantirish tadbirlarini amalga oshirishda yuqori darajadagi moddiy jihoz mavjudligi va xodimlarning amaliyko'nikmalari taqoza qilinadi.

Chala tug'ilganlarni tug'ruqxonada parvarishlash tamoyillari:

- postnatal adaptatsiya uchun qulay sharoitlarni yaratish, bolani qo‘shimchaisitish;
- fiziologik etilmaganlik darajasini hisobga olgan holda adekvatoziqlantirishni tashkillashtirish;
- parvarishlashning muhofaza tartibini ta‘minlash (og‘riq, yorug‘lik, tovush qo‘zg‘atuvchilarini yo‘q qilish, tibbiy muolajalarni minimallashtirish);
- infitsirlanishni oldini olish;
- gomeostaz buzilishlarini korrupsiyalash, eng to‘liq va samarali tekshirish hamda davolash uchun xavf guruhlarini ajratish.

3.4. Chala tug‘ilgan bolalarning harorati boshqarilishining xususiyatlari.

Gestatsiya muddati 24-26 hafta bo‘lgan bolalar – poykilotermli organizmlardir. Ular issiqlikni saqlay olishi uchun atrof muhitdagi harorat ularning tana haroratiga teng yoki baland bo‘lishi kerak. Gestatsiyaning ancha kech muddatlarida ham chala tug‘ilgan bolalarni ko‘rikdan o‘tkazish, yo‘rgaklash, turli muolajalar ularning sovg‘otish xavfi bilan bog‘liq. Aynan shuning uchun vaqtdan ilgari tug‘ilgan bolani termoneytral zonada ushlab turishni ta‘minlash kerak.

Termoneytral zona – tananing chiki haroratini me‘yorda ushlab turish uchun organizm minimal miqdordagi energiyani sarflaydigan issiqlik tartibi zonasi.

Haroratni boshqarish gestatsion yoshga, morfologik va funksional etilganlik, tana vazni, bolaning kunlarda sanaladigan postnatal yoshiga, bolaning umumiy ahvoliga (somatik va/yoki nevrologik patologiya mavjudligiga) bog‘liq.

Bola sovg‘otganda uning tanasi harorati kislorodni ist‘emol qilish va energiyadan (glyukoza zahiralaridan) foydalanishi hisobiga ushlaturiladi.

Chala tug‘ilgan bola sovg‘otganida qonda kislorod miqdori pasayishi, gipoglikemiya rivojlanishi, BB darajasi oshishi, metabolik atsidoz rivojlanishi, lipoliz jarayonlari oshishi kuzatilishi mumkin.

Chala tug‘ilgan bolada tananing me‘yoriy haroratini ushlab turishning asosiy uslubi bo‘lib inkubatorlarda (kuvezlarda) parvarishlash hisoblanadi.

Bolani kuvezga joylashtirishga ko‘rsatmalar: tana haroratinimustaqil tarzda ushlab turaolmaslik ko‘rinishidagi harorat boshqarilishining buzilishi.

Odatda kuvezda parvarish olib borishga quyidagi bolalar muhtoj bo‘ladi:

- tana vazni 2000 g va undan kam;
- asfiksiya sharoitida tug‘ilganlar;
- tug‘ruq shikasti bilan tug‘ilganlar;
- II III darajali RDS bilan tug‘ilganlar;
- shish, aspiratsion va boshqa sindromlar bilan tug‘ilganlar;
- va tirishish (talvasa) sindromida.

Harorat tartibidan tashqari inkubator o‘z ichida quyidagilarni ta‘minlaydi:

- ma‘lum bir namlikni (60-80%), bu bug‘lanish orqali issiqlikni yo‘qotishni minimumgacha kamaytirish imkonini beradi. Ancha baland namlik bolaning infitsirlanish xavfini oshiradi (namlantirish kamerasida bakteriostatiklarni qo‘llash va undagi suvni har 24 soatda almashtirish zarur). Past namlik sezilarsiz suyuqlik yo‘qotishlarini oshiradi va inkubatorda ancha yuqori haroratni taqoza qiladi;
- kuvezga kislorodni “umumiy” etkazib berish yo‘li bilan kislorodning ma‘lum bir konsentratsiyasini (70% gacha).

Bolaga kerakli bo‘lgan harorat tartibi chama bilan jadvallar bo‘yicha aniqlanadi. Haroratning ushbu qiymatlari bolani joylashtirish oldidan kuvezni isitishda qo‘llaniladi – boshlang‘ich harorat.

Keyinchalik kuvezdagi havo harorati bola tanasining normal haroratini ta‘minlash uchun etarli miqdorda bo‘lishi kerak.

Zamonaviy inkubatorlar teri va havo datchiklari bilan jihozlangan (qaytar bog‘liqlik tamoyilidagi servonazorat).

Bolani parvarishlashda atrof muhit havomining o‘zgarishiga yo‘l

qo'ymaslik kerak: imkoni boricha bolani yo'rgaklash stoliga qo'ymaslik va barcha muolajalarni kuvezda amalga oshirish, inkubatorning eshiklarini va derazalarini imkoni boricha kam ochish.

Bolani isitishning boshqa uslublariga nurli issiqlik, isitiladigan to'shakcha (matrats), oldindan isitilgan choyshablarni qo'llash kiradi.

Bu uslublar bolani ochiq krovatga ko'chirishda o'tuvchi bosqich sifatida qo'llanilishi mumkin. Ularni inkubatoridagi havo harorati 30 °S dan kam bo'lgan holatlarda qo'llash tavsiya qilinadi.

Chala tug'ilgan bolalar palatasidagi havo harorati 24-26 °S dan past bo'lmasligi (28 °S gacha), namlik 55-60% dan kam bo'lmasligi lozim.

Chala tug'ilgan bolaning kuvezda bo'lish davomiyligi individual – bir nechta kundan bir necha oygacha. Chaqaloqlarni kuvezda uzoq muddat ushlaturish qator negativ ta'sirlarga olib kelishi mumkin – infitsirlanish, atrof muhit sharoitlariga adaptatsiyalanishning qiyinlashishi, vibratsiya natijasida eshitish a'zolarining shikastlanishi.

Bolani kuvezdan olishga ko'rsatmalar: tana vaznining 1700-1800 g ga to'lishi, o'z tana haroratini ushlab turish qobiliyati va hayotga xavf soluvchi patologik holatlarning yo'qligi.

Infitsirlanishni oldini olish avvalambor sanitar-epidemiya qarshi tartibga qat'iy rioya qilishdan iborat.

Infitsirlanishni oldini olish uslublari:

- agar bola ahvoli imkon bersa – bolani ko'krakga qo'yish yoki tug'ruqdan keyingi birinchi 30 daqiqa-3 soat ichida og'izsutdan bir necha tomchi berish;
- lizotsim, eubiotiklar qo'shilgan ona suti bilan boqish;
- kuvezlarni muntazam (har 3 kunda) dezinfektsiyalash, kislorodli palatkalarni, burun kateterlarini, nafas olish konturlarini almashtirish (har 12 soatda);
- infeksiyali patologiya rivojlanishi bo'yicha yuqori xavf guruhidagi chala tug'ilgan chaqaloqlarga antibiotiklarni va o'rnini bosuvchi immunoterapiyani tayinlash.

Infeksiyani o'z vaqtida aniqlash maqsadida tug'ilgan vaqtda bakteriologik nazorat zarurdir (tashqi eshituv yo'lidan florani aniqlash uchun surtma va ekish; sterillikni aniqlash uchun qon va mekonini ekish; oshqozon yoki endotraxeal tarkibning bakterisokpiyasi; yo'ldoshni gistologik va bakteriologik tekshirish).

Chala tug'ilganlarni parvarishlashning II bosqichiga o'tkazish odatda hayotning 3-kunda amalga oshiriladi. Agar bola jonlantirish tadbirlariga muhtoj bo'lsa yoki unda yuqumli yohud jarrohlik patologiyasi tashxislansa zudlik bilan intensiv terapiya bo'limiga, chala tug'ilganlarni II bosqichda parvarishlash maxsus bo'limiga yoki mos holda jarrohlik bo'limiga o'tkazish ko'rsatilgan (tashish sharoitlari bo'lganda).

Ona va bola birgalikda bo'lish sharoitida II bosqichda parvarishlash davomiyligi bir nechta kun va haftadan 1-3 oygacha o'zgarib turadi.

II bosqichda bolani parvarishlash I bosqichda boshlangan tadbirlarning davomi hisoblanadi.

Bundan tashqari, II bosqichda quyidagilar amalga oshiriladi:

- antropometriya, tarozida tortish – har kuni, bosh aylanasi o'lchash – haftada 1 marta;
- jismoniy rivojlanishning boshqa parametrlarini nazorat qilish – 1 oyda bir marta;
- cho'miltirish (2 haftadan keyin, sho'rlanish bo'lganda har kuni yoki kunaro), tana vazni 1000 g dan kam bo'lgan bolalar hayotining 1-oyidan keyin cho'miltiriladi;
- bolani qorniga yotqizishni iloji boricha erta boshlash kerak, bunda yostiqchasiz qattiq yuza qo'llanilgani ma'qul. Chala tug'ilganlarni ham qornida yotqizib parvarishlashning maqsadga muvofiqligi isbotlangan (oksigenatsiya yaxshilanadi, qusishlar kamayadi);
- qorin old-yon devorini uqalash – bola tana vazni 1700-1800 g ga etganda harkuni amalga oshiriladi;
- bolaning 3-4 haftalik yoshida (1700-1800 g vaznga erishgandan so'ng)

ayvonda sayr qildirish.

Parvarishlashning II bosqichida chaqaloqlarni kuo‘atish va davolash neonatologlar va tor mutaxassislar: nevrolog, oftalmolog, ortoped, otolaringolog, logoped tomonidan olib boriladi.

II bosqchi bo‘limidan chiqarish bola vazni 1700 g ga etganda amalga oshirilishi mumkin. Bolaning vazni 2000 g bo‘lganda uyiga ruxsat berish imkoni bor.

3.5. Chala tug‘ilgan chaqaloqlarni oziqlantirish.

Chala tug‘ilgan chaqaloqlar OITning anatomik-fiziologik xususiyatlariga ega, ular quyidagilardan iborat.

So‘rish va yutish reflekslari va ularning uyg‘unligi gestatsiyaning 32-34 haftasigacha rivojlanmagan. Oshqozon hajmi kam, kardial qismidagi kam rivojlangan sfinkterga solishtirganda pilorik qismining tonusi ustun.

Oshqozon shirasi sekretiysi, kislota hosil qilish va pepsinogen ishlab chiqarish imkoniyati pasaygan. Ichak peristaltikasi faolligi past, buqorin dam bo‘lishiga va ichaklarning kuchli cho‘zilishiga olib keladi.

Oqsillarni parchalash noto‘liq. Laktaza faolligi kamaygan. Hatto chqur chala tug‘ilgan bolalarda oshqozon osti bezi funksiyasi etarli darajada qoladi. Uglevod va oqsil almashinuvida ishtirok etadigan ichak fermentlari lipolitik fermentlarga qaraganda ancha erta bosqichlarda shakllanadi, shu munosabat bilan chala tug‘ilgan chaqaloqlarda fekal yog‘ning kuchli ekskretiysi qayd qilinadi.

Birinchi oziqlantirishni tayinlash muddatlari. Birinchi qo‘shimcha ovqatlantirishni tayinlash muddatlari qat’iy individual bo‘lishi kerak. Bolani birinchi marta ovqatlantirish haqidagi savol bolaning gestatsion yoshi va klinik ahvoli hisobga olingan holda hal qilinadi. Enteral oziqlantirishni iloji boricha erta boshlashga harakat qilish kerak. Juda ham kech boshlangan birinchi oziqlantirish boshlang‘ich tana vaznining yo‘qotilishini kuchaytiradi, elektrolit va metabolik buzilishlarga, atsidozga, disbakterioz rivojlanishiga,

turg'un so'rish va yutish reflekslarining sekin shakllanishiga olib keladi.

Gestatsiyaning katta muddatlarida chala tug'ilgan va nisbatan qoniqarli ahvoldagi bolalarga birinchi oziqlantirishni tug'ilganidan keyin 2-3 soatdan kech qolmasdan boshlash lozim.

Gestatsion yoshi 34 hafta va tana vazni 2000 g dan kam bolalarda oziqlantirishning asosiy tamoyillari – ehtiyotkorlik va bosqisima-bosqichlikdir. SHu bilan birga, tana vazni 1000-1500 g bo'lgan turg'un bolalarning ko'pchiligida enteral oziqlantirish 1-kun oxirida boshlanadi. Birinchi ovqatlantirish boshlanishidan oldin klinik holatni baholash kerak, agar bola Apgar shkalasi bo'yicha 1-5 ball bilan asfiksiyani boshidan o'tkazgan bo'lsa oziqlantirishni biroz qoldirish lozim, bolaga parenteral oziqlantirish tayinlanib, metabolitik buzilishlarni korreksiyalash choralari ko'rilishi zarur; so'rg'ich orqali ovqatlantirish uchun nafas olish tezligi daqiqasiga 60 tadan, zond orqali ovqatlantirish uchun daqiqasiga 60-80 tadan oshmasligi kerak.

Zaruriy ovqat miqdorini hisoblash. Energetik (kaloriyali) uslub bilan aniqlanadi:

- hayotning 1-kunidan 10-kunigacha $10 \text{ kkal} \cdot \text{m} \cdot \text{n}$ dan tayinlanadi, bu erda m
- tana vazni, kg da; n – bola yoshi, kunlarda; hayotning 11-kunidan 20-kunigacha kaloriylik 100 dan 130 kkal/kg gacha; 21-kundan 1 oygacha muddatda – 130 kkal/kg dan 140-150 kkal/kg gacha oshiriladi.

Oziqlantirish tezligi bolaning tana vazniga, etilish darajasiga, umumiy ahvoliga bog'liq. 7-8 martalik ovqatlantirish qo'llaniladi, lekin ko'rsatmalarga binoan ovqatlantirish tezligi kuniga 10 martagacha ko'paytirilishi mumkin.

Ovqatlantirish usullari:

- ko'krak orqali – gestatsiyaning 35-37 haftali chala tug'ilgan chaqaloqlarda qoniqarli ahvolda amalga oshirish mumkin. Ko'krak bilan oziqlantirishdan oldin va keyin bolani tizimli tarzda tarozida tortib ko'rish zarurdir;
- so'rg'ich orqali – postnatal adaptatsiya davrida buzilishlar bo'lmagan

homiladorlikning 33-34 haftasidan keyin chala tug‘ilganlarda (ularda so‘rish refleksi so‘saygan) qo‘llaniladi;

– zond orqali – qanshardan xanjarsimon o‘siqqacha bo‘lgan masofaga teng uzunlikda kiritiladi, bunda zond orogastral (afzalroq) yoki nazogastral (havo o‘tish yo‘lida qo‘shimcha qarshilik yaratadi, apnoe va bradikardiyaga sababchi bo‘ladi) kiritilishi mumkin.

Zond orqali ovqatlantirishga ko‘rsatmalar: gestatsiya muddati 32-33 haftadan kam, so‘rish va yutish reflekslarining yo‘qligi, O‘SV, RDS 5 ball, vazn egriligining yassiligi, tug‘ruq shikastiga shubha, so‘rishda turg‘un sianoz paydo bo‘lishi, qattiq va yumshoq tanglay nusonlari.

Zond orqali ovqatlantirish turlari:

– bolyusli (uzku-uzuk) – zond sutning bir martalik porsiyasi uchun qo‘llaniladi, so‘ng darrov olib tashlanadi. Sut sekinlik bilan, kuch ishlatmasdan, og‘irlik kuchi bo‘yicha beriladi. Usul, tomchilab kiritishga solishtirganda ancha fiziologik, sababi gormonlarning siklik chiqarilishiga olib keladi, bu OIT o‘ssishi va rivojlanishini kuchaytiradi;

– uzaytirilgan (tomchilab, mikrooqimli) – zond 3 kungacha bo‘lgan muddatga qo‘yiladi. Umumiy ahvoli og‘ir va oshqozonda dimlanishga bo‘lgan moyilligibor, tana vazni 1500 g dan kam, shuningdek ancha yirik bolalarda qo‘llaniladi. Adaptatsiyalangan aralashma oshqozonga infuzion nasos yordamida yuboriladi. Bu vaziyatda aralashma ona sutiga qaraganda afzalroq, sababi uning sterilligini kiritishning butun davomiyligida saqlash osonroq.

Zond orqali oziqlantirishda har bir ovqatlantirish oldidan oshqozondagi qoldiq ovqat hajmini tekshirish kerak.

Agar u oldingioziqlantirish hajmidan 10% dan ortiq bo‘lsa,

sut miqdori 50% gakamaytiriladi va keyinchalik asta-

sekin sut hajmi ko‘paytirilib boriladi. Oziqlantirish tartibini qayt ko‘rib

chiqishga ko‘rsatmalar: qusish,

qayt qilish, yassi yoki salbiy vazn egriligi, qorin dam bo‘lishi.

3.6. Chala tug‘ilgan bolalarni poliklinikada kuzatish tamoyillari.

Chala tug‘ilgan bolalarni poliklinikada kuzatishda dispanserizatsiya, reabilitatsiya, sanitar-ma’rifiy ish kabi tamoyillarga rioya qilish zarur.

Dispanserizatsiya o‘z ichiga oladi:

- II bosqich bo‘limidan chiqarilgandan so‘ng 1-kuni chala tug‘ilgan bolani ko‘zdan kechirish;
- hayotning 1-oyida bo‘lim mudiri va har haftada uchastka pediatri tomonidan ko‘zdan kechirish amalga oshiriladi;
- hayotning birinchi yarim yilligida uchastka pediatri tomonidan bir oyda ikki marta uyda ko‘rikdan o‘tkazish olib boriladi;
- hayotning 2-yarmidan boshlab poliklinikada bir oyda bir marta ko‘rikdano‘tkazish amalga oshiriladi.

Dispanser kuzatuv vaqtida shifokor bolaning konseptual yoshiga mos holda jismoniy (8-, 9-jadvallar) va asab-ruhiy rivojlanish parametrlarini baholaydi.

Jadval 1. **Tana vazni.**

YOsh, oylarda	Gestatsiya muddatiga mos holda vazn qo‘shilish bog‘liqligi, g	
	32-37 hafta	32 haftadan kam
1	400	300
2-10	700	600
11-12	500	400

Ekstremal vazn kamligi bor bolalarda tana vazni jadal ortib boradi. Ularning vazni 2-2,5 oyga kelib ikki marta, 3,5 oyga kelib uch marta, 1 yoshga kelib 8-10 marta kattalashadi.

Jadval 2. **Tana uzunligi.**

YOsh, oylarda	Har oyda bo‘y qo‘shilishi, sm
1-3	3-5
4-6	2,5-3

7-12	1-1,5
------	-------

1-yilda bolalarning bo‘yi o‘sishi o‘rtacha 26-35 sm ga ortadi.

Tana vazni ekstremal kam bolalarda hayotining 1-yarmida bo‘y 18-22 sm ga, 2-yarmida – 10-12 sm ga oshadi va 1-yilga kelib 70-75 sm ni tashkil qiladi.

Hayotning birinchi 3 oyida bosh aylanasi har oyda 1,5-2 sm ga ortadi; 4 oydan 6 oygacha muddatda har oyda– 1-1,5 sm ga; hayotning 2-yarmida har oyda –0,5-1 sm ga oshadi.

Bosh va ko‘krak aylanasi kesishishi bola hayotining 4– va 5-oylarida boshlanadi, kamroq hollarda hayotning 6-7-oyida.

Tishlar chiqish kechroq sodir bo‘ladi: chala tug‘ilganlarda gestatsiyaning 35-37 haftasid – 6-7-oylarda; gestatsiyaning 32-34 haftasida – 7-9-oylarda; gestatsiyaning 31-haftasida – 10-11-oylarda.

Chala tug‘ilgan bolalarda asosiy psixomotor ko‘nikmalar kechroq paydo bo‘ladi. Asab-ruhiy rivojlanishda orqada qolish etilmaganlik darajasiga bog‘liq. Bolaning asab-ruhiy statusini hozirgi vaqtda mavjud bo‘lgan gestatsion yoshga nisbatan baholash kerak, ya’ni gestatsiyaning 28-haftasida tug‘ilgan bola vaqtida tug‘ilgan tengdoshlaridan taxminan 12 haftaga (3 oyga), 34 hafta muddatda esa 8 haftaga (2 oyga) orqada qoladi.

Ko‘pchilik bolalarda ko‘ruv va eshituv jamlanishi hayotining 2-3-oyida sodir bo‘ladi, ular boshlarini 2-3 oyligidan ushlab boshlashadi, chalqancha holatdan qoringa ag‘darilishni 6,5-7 oylarda, qorindan orqaga ag‘darilishini bir oydan keyin bajara olishadi. Bunday bolalar mustaqil tarzda 8-12 oylarda o‘tira oladi, 8-13 oylarda turadi.

Afsuski, katamnezda chala tug‘ilganlarni kuzatish shu bolalarda kasallanish va rivojlanish buzilishlarining yuqori darajadaligini isbotlaydi.

Turg‘un psixomotor rivojlanishning orqada qolishini, MNTning og‘ir shikastlanishlarini faqat chala tug‘ilganlik bilan emas, balki qorin ichi davrida va tug‘ilish jarayonida turli salbiy omillar ta’siri bilan ham bog‘lash kerak.

Chala tug'ilganlarda turli darajadagi nevrologik buzilishlar uchrash tezligi, turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, 3,6% dan 50% gacha o'zgarib turadi. Kam vaznli bolalarning deyarli yarmida MNT funksiyasining engil darajadagi buzilishi, 10-15% da esa miyaning og'ir organik shikastlanishlari kuzatiladi.

Ko'ruv va eshituv a'zolarining shikastlanishlari foizi yuqori. Masalan, tana vazni 1000 g dan kam bolalarning 1/3 da ko'rish nuqsonlari (o'zoqni yaxshi ko'rolmaslik, g'ilaylik, astigmatizm, ko'ruv nervining atrofiyasi, to'r parda ko'chishi) kuzatiladi. Ularda virusli va bakterial infeksiyalar, raxit, kamqonlik 10-20 marta ko'p kuzatiladi.

3.7. Chala tug'ilgan bolalarda kasalliklar kechishining xususiyatlari.

Chala tug'ilgan bolalardagi zotiljamning klinik manzarasida intoksikatsiya va nafas etishmovchiligining umumiy simptomlari ustun keladi. Nafas etishmovchiligida perioral va periorbital sianoz ancha erta paydo bo'ladi, nafas olish aktida yordamchi mushaklar ishtirok etadi. Chala tug'ilgan bolalar uchun apnoe, nafas aritmiyalari xurujlari, davriy ravishda – nafas olishning patologik turlari xos. Zotiljam rivojlanishining boshlanishida giperventilyasiya natijasida alkaloz kuzatilishi mumkin, u keyinchalik uzoq vaqt saqlanadigan respirator- metabolik atsidoz bilan almashinadi. Chala tug'ilganlarda intoksikatsiya ko'pincha MNT so'stlashish belgilari (bo'shashganlik, adinamiya, mushak gipotoniyasi, giporefleksiya), qusish, qayt qilish, tana vazni tushishi bilan namoyon bo'ladi. Isitmalash kam uchraydi, ko'proq normo– va gipotermiya xos.

Chala tug'ilganlarda qusishga moyillik mavjudligi sababli aspiratsion zotiljamlar ko'proq kuzatiladi.

CHuqur chala tug'ilganlarda immun tizimining etilmaganligi va statsionar sharoitlarida uzoq vaqt qolishi natijasida pnevmotsistli zotiljam rivojlanishi mumkin.

Vaqtida tug'ilganlarga solishtirganda, chala tug'ilganlarda kasallikning noturg'un klinik holati davomiyligi va kechishi ko'proq uchraydi,

bu o'pkaga bog'liq (pnevmotoraks, atelektazlar, emfizema) va o'pkadan tashqari (otit, enterokolit, gemodinamik izdan chiqishlar, DTI-sindrom, gipotrofiya) asoratlarga olib keladi. Chala tug'ilgan bola boshidano'tkazgan zotiljam erta kamqonlik va raxit rivojlanishi uchun omil bo'ladi. O'pka to'qimasining past rezorbsion qobiliyati, shuningdek chala tug'ilgan bolalarning o'pkalaridagi dimlanish hodisalarining uchrash tezligining ko'pligi natijasida Kravets simptomi (og'izdan ko'piksimon ajralma chiqishi) ancha ko'p rivojlanadi.

Chala tug'ilgan bolalardagi zotiljam persistirlanuvchi fetal qon aylanish sindromi, SO'Vdan keyin esa ochiq arterial yo'l sindromi bilan asoratlanadi.

Chala tug'ilgan bolalar uchun periferik qon aylanish buzilishlari – shish sindromi, akrotsianoz, terining «marmar manzarasi», qo'l va oyoq panjalarining sovushi xos.

Ko'pincha kasallikning quyidagi sxema bo'yicha rivojlanishi xos: pnevmopatiya – zotiljam – sepsis, shuningdek zotiljamning boshqa kasalliklar, kalal ichi qon quyilishlari, gemolitik kasallik, OIT kasalliklari bilan qo'shilib kelishi tipikdir.

3.7.1. Chala tug'ilgan bolalarda sepsis xususiyatlari.

Turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, chala tug'ilganlarning sepsis bilan kasallanishi taxminan 1-4% ni tashkil qiladi. Bunda, tana vazni qanchalik kam bo'lsa, kasallanish shunchalik yuqori (tug'ilganida tana vazni 1500 g dan kam bo'lgan 16% bolalarda, shu jumladan 1200-1500 g tana vaznidagi 10% va 500-750 g vaznli 33% bolalarda).

Etiologiyasi. Spetsifik bakterial agentlarning izohlab bo'lmaydigan o'zgarishlari, keng spektrdagi antibiotiklarni va sun'iy nafas uchun mo'ljallangan uskunalar yordamida tiriltirishning kompleks uslublarini qo'llashning keng tarqalganligi sepsis Etiologiyasi jiddiy ta'sir ko'rsatdi. Sepsis erta boshlanganida grammanfiy mikroblar, kech boshlanganida grammusbat mikroblar qo'zg'atuvchi bo'lib hisoblanadi. Neonatal sepsisga ega chala tug'ilgan bolalarning taxminan 10%da anaerob bakteriyalar ajratib olinadi. Ko'pincha chala tug'ilganlar sepsisida aralash infitsirlanish o'rin

olgan: virusli-mikrobli, mikrobli-kandidozli yoki mikrobli-mikrobli.

Patogenezi. Chala tug'ilgan bolalarda infeksiya kirish darvozasi bo'lib ko'p hollarda kindik yarasi, shikastlangan teri qoplamlari va shilliqqavatlar (in'eksiya, kateterizatsiya, intubatsiya, zond qo'yish o'rinlari), ichak va o'pkalar hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Chala tug'ilgan bolalar infeksiya manbaini chegaralash qobiliyatiga ega emas, shuing uchun ularda sepsis septitsemiya shaklida kechadi.

Chala tug'ilganlarning ko'pchiligida sepsis hayotining birinchi haftasi oxirida, ikkinchi haftasi boshida rivojlanadi. Uning klinik ko'rinishlari katta polimorfizm va nospetsifikligi bilan ajralib turadi (bradipnoe va apnoe davrlari bilan kechuvchi hansirash, bradikardiya, noturg'un ich kelishi, qorinning vaqti-vaqti bilan dam bo'lishi, shish sindromi, sklerema, uzoq vaqt saqlanib qoladigan sariqlik, parenxiimatoz a'zolarining o'rtamiyona kattalashishi). Sepsisning asosiy va doimiy belgisi bo'lib turli darajada ifodalangan intoksikatsiya hisoblanadi. Teri qoplamlari ranggi o'zgarishi ham juda xos, ular rangpar bo'lib qoladi, kulrangsimon, ba'zida er rangli yoki somonsimon tus oladi. Bu belgi kasallik rivojlanishining eng kuchli vaqtida ifodalangan bo'ladi.

Ko'p bolalarda tez-tez qusish yoki qayt qilish qayd etiladi, bu toksikoz bilan birga birlamchi tana vaznining yo'qotilishiga olib keladi. Keyinchalik tana vazni oshish egriligi yassi yoki tekislangan bo'lib qoladi. Lekin vaznning ijobiy oshishi va qusish yo'qligi sepsisni istisno qilolmaydi.

Harorat reaksiya xos emas. CHuqur chala tug'ilgan bolalarda hatto piemik o'choqlar bo'lganda ham tana harorati me'yor ko'rsatkichlarida qoladi.

Ancha ko'p hollarda gemorragik sindrom (in'eksiya o'rinlaridan kuchli qon ketishlar, melena, gematuriya) uchraydi, u ham kasallikning boshlanishida, ham jarayonning kuchaygan vaqtida rivojlanishi mumkin. Gemorragik reaksiyalar patogenezi protrombin darajasi va boshqa vitamin-

K ga bog‘liq qon ivish omillarining pasayishi, ikkilamchi trombositopeniya yoki DTI-sindrom bilan bog‘liq.

Faol davolash sharoitida bemor ahvoli qandaydir bir vaqtga yaxshilanishi, qator simptomlar esa yo‘qolishi mumkin. Ammo jadal terapiya tugagandan so‘ng ahvol yana yomonlashadi, nekrozlanuvchi enterokolit turidagi ichak shikastlanishi bilan birga infeksiya toksikozning yuqorida ko‘rsatilgan barcha belgilari aniqlanadi, sariqlik yoki terining kulrang tusdagi «marmar» ko‘rinishi yana kuchayadi, gemorragik sindrom paydo bo‘ladi.

Chala tug‘ilganlar uchun sepsisning spetsifik asorati bo‘lib yaralarning perforatsiyasi va keyinchalik peritonit bilan kechuvchi yarali-nekrotik enterokolit hisoblanadi.

Tiklanish davrida ko‘pincha kamqonlik, gipotrofiya, ifodalangan disbakterioz rivojlanadi.

3.7.2. Chala tug‘ilgan bolalarda kamqonlik xususiyatlari.

Neonatal davrdagi eritropoez xususiyatlari quyidagilardan iborat bo‘ladi.

Yangi tug‘ilgan bolalar (ham vatida tug‘ilgan, ham chala tug‘ilgan) fiziologik politsitemiya holatida tug‘iladi. Hb (170 ± 20 g/l) va gemotakrit ($0,58 \pm 0,05$) darajalari hayotning boshqa davrlariga solishtirganda Yangi tug‘ilganlik davrida eng yuqori.

Yangi tug‘ilganlarda Er katta o‘lchamlari, yuqori osmotik turg‘unsizligi, shakl o‘zgarishi pasayganligi bilan ajralib turishadi. Hayotning birinchi kunlarida periferik qonda normoblastlar, retikulotsitlar miqdorining ortiqqligi ko‘p aniqlanadi.

Homilaning qorin ichida yashashi vaqtida asosiy Hb – bu fetal Hbdir. Gestatsiyaning 30-32-haftasidan boshlab Hb A sintezi faollashadi va tezkor tug‘ruq vaqtiga kelib uning darajasi umumiy Hb miqdoriga solishtirganda 30-40% ga etadi. Chala tug‘ilganning gestatsion yoshi qanchalik kam bo‘lsa, fetal Hb foizi shuncha yuqori va Hb A miqdori shuncha past bo‘ladi.

Gestatsiyaning 32-haftasidan boshlab hayotning 2-oyi oxirigacha

eritropoetin (EP) ishlab chiqarilish joyining jigardan buyrakka almashinishi sodir bo'ladi, ammo uning sintezining katta qismi jigarga to'g'ri keladi. Bu shu bilan tushuntiriladi-ki, jigarning kislorodli retseptorlari gipoksiyaga ancha kam sezgir, bu homilani haddan tashqari politsitemiyadan himoya qiladi. Buyrakning kislorod retseptorlari gipoksiyaga ancha kuchli sezgir va $rO_2 = 95$ mm sim. ust. ga sezuvchanlikni yuzaga keltiradi (jigarda – 25-30 mm sim. ust., Sat – 50-60%).

Tug'ilgandan keyingi birinchi oylarda Er va Hb miqdori pasayadi va vaqtida tug'ilgan bolada eng past raqamlarga hayotining 8-12 haftasida, chala tug'ilganlarda hayotining 4-8-haftasida etib boradi. Fiziologik kamqonlik oziqlantirish sharoitlariga bog'liq bo'lmagan holda barcha Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yuzaga keladi, gipoksiyaning klinik belgilari kam, gemotransfuziyalar bilan barqarorlashmaydi.

Bunday fiziologik kamqonlik bir nechta sabablar bilan izohlanadi:

- katta muddatdagi Erga solishtirganda fetal Er umri davomiyligining qisqaligi (40-70 kun) bilan;
- eritropoezning fiziologik qayta qurilishi bilan: periferik qonda Er miqdori va Hb konsentratsiyasining tez va ifodalangan kamayishi, u quyidagilarga bog'liq:
 - a) o'pka orqali nafas olishga o'tganda qonning kislorod bilan to'yinishining ortishi, bu to'qimalar oksigenatsiyasi yaxshilanishiga olib keladi, ko'p miqdordagi Erga bo'lgan ehtiyoj yo'qoladi, shu sababi ularning parchalanishi sodir bo'ladi;
 - b) arterial qonda rO_2 oshishi natijasida eritropoetin sintezi pasayishi, bu eritropoezning vaqtinchalik so'nishiga olib keladi;
 - v) eritropoetin sinteziga buyraklar qo'shilishi bilan uning gipoksiyaga javoban eritropoetin ishlab chiqarilishi oshishi ($Hb < 100$ g/l da), bu kamqonlik korreksiyalanishiga olib keladi. Nojo'ya ta'sirlar (oqsilning etarlicha tushmasligi, infeksiyalar, temir, folatlar, vitamin E etishmovchiligi) va etarli bo'lmagan eritropoetinli javob (etilmaganlik, buyraklar patologiyasi)

kamqonlik saqlanishiga sababchi bo'lishi mumkin.

SHunday qilib, chala tug'ilish ko'pincha kamqonlik bilan qo'shib keladi.

Tasnif. Kamqonliklar quyidagicha tasniflanadi.

X qayta ko'rib chiqilgan KXT bo'yicha ajratiladi:

R61.2. Chala tug'ilganlar kamqonligi.

Og'irlik darajasiga ko'ra farqlanadi:

- Hb 85-100 g/l;
- Hb 84-70 g/l;
- Hb 70 g/l dan kam.

Hosil bo'lish vaqtiga bog'liq holda kamqonlikning uchta turi farqlanadi.

Erta kamqonlik hayotning birinchi 4-8-haftasida rivojlanadi. Chala tug'ilganlarda erta kamqonlik uchrash tezligi gestatsiya yoshi (GYO)ga nisbatan qaytar bog'liqlikka ega: 32-34 haftalik muddatda har bir 5-bolada, GYO 29-31 hafta bo'lgan bolalarning 65%da, GYO 28 hafta va kam bo'lgan bolalarning 75-100% da rivojlanadi. O'Z mohiyatiga ko'ra, erta kamqonlik Yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi fiziologik kamqonligining ancha ifodalangan varianti hisoblanadi va quyidagi xususiyatlariga ega:

- chala tug'ilganlarda Hbning maksimal pasayishi hayotning 4-8-haftasiga to'g'ri keladi, ya'ni vaqtda tug'ilganlarga nisbatan erta;
- retikulotsitlar miqdori past ($< 10\%$);
- Hb miqdori tushishi ancha ifodalangan, uning miqdori 70 g/l ga etibborishi mumkin, bunda tana vazni va GYO qanchalik kam bo'lsa, Hb pasayishi shuncha katta, gematokrit 20 dan 30% gacha o'zgarib turadi;
- Hbning maksimal pasayishiga erishilgandan keyin va eritropoez stimulyasiyasi boshlanganidan so'ng chala tug'ilgan bolalarda temir zahirasi tezlik bilan kamayadi, sababi Yangi tug'ilganda depolangan temir miqdori tug'ilgan vaqtdagi tana vazni va Gyoga tug'ri proporsional (temirning 40%

gacha miqdorini homila homiladorlikning 2-yarmida onadan oladi);

– kamqonlik normotsitar, normoxrom xarakterga ega. Bu shu haqida guvohlik beradiki, uning genezi negizida asosiy rolni chala tug‘ilgan bolalarning eritropoetin ishlab chiqarish qobiliyatining kamligi va unga nisbatan qon yaratuvchi a’zolar reaksiyasining pastligi, disproteinemiya, neyrogumoral boshqaruvning takomillashmaganligi, buyrak usti bezlari, jinsiy bezlar funksiyasining etishmasligi, funksional gipotireoz asosiy rolni o‘ynaydi.

Klinik manzarasi. Chala tug‘ilganlarning erta kamqonligi teri qoplamlari va shilliq pardalarning rangparligi, harakat faolligi va mushak tonusining pasayishi, yurak cho‘qqisidagi mayin sistolik shovqinli taxikardiya, taxipnoe, apnoe xurujlari, ishtaha va tana vazni ko‘payishining yomonlashishi bilan namoyon bo‘ladi.

Chala tug‘ilganlarning erta kamqonligini korreksiya qilish uchun temir preparatlarini, vitamin V12ni, foliy kislotasini qo‘llash maqsadga muvofiq emas. Hayotining 4-8-haftasidan erta yoshdagi chala tug‘ilganlarga temir preparatlarini profilaktik tarzda tayinlash erta kamqonlik rivojlanishiga to‘sqinlik qilolmaydi va uning ifodalanganlikdarajasini kamaytirmaydi.

Kamqonlikning oraliq turi bola hayotining 8-16 haftasida kuzatiladiva baland eritropoez hamda qonning oshib borayotgan hajmi bilan bog‘liq. Bunda temir va folatlar zahirasi kamaygan bo‘ladi, vitamin E ning ham nisbiy etishmovchiligi kuzatiladi. Vitamin E etishmasligida retikulotsitlar miqdorining oshganligi, ifodalangan anizotsitoz, poykilotsitoz, Er umri davomiyligining qisqarganligi, gemolitik krizlar,shishlar, trombotsitoz qayd qilinadi. Foliy kislota zahirasi kamayganda Erning mikrotsitozi, neytrofillarning gipersegmentatsiyasi, trombotsitopeniya, megaloblastoidli o‘zgarishlarga ega giperplastik suyak iligi, psixomotor rivojlanishning orqada qolishi, tana vazni va bo‘y o‘shishiga qo‘shilishlar pasayishi kuzatiladi. Vitamin E etishmasligi makrotsitar megaloblastik kamqonlik bilan namoyon bo‘ladi, ishtaha pasayishi, tana vazni qo‘shilishi kamayishi, jigar va taloqning

o'rtamiyona kattalashishi, periferik mielopatiya ko'rinishidagi nevrologik buzilishlar, glossit, "laklangan" til bilan kechadi.

Chala tug'ilganlarning kech kamqonligi hayotning 16-haftasidan keyin rivojlanadi. Odatda temir zahirasi yo'qolishining natijasidir. Bu kamqonlik periferik qonda mikrotsitlar mavjudligi, kuchli ifodalangan anizo- va poykilotsitozga ega gipoxrom turida bo'ladi. Biokimyoviy tekshirishlarda zardob temirining kamayishi va qon zardobining teimrni bog'lash qobiliyati ortishi, ferritin darajasi kamayishi va transferrin miqdori oshishi qayd qilinadi.

Davolash. Chala tug'ilganlarning erta kamqonligida quyidagilarni bajarish zarur:

- kamqonlikni ushlab turgan sabablarni aniqlash va bartaraf qilish, boshqa kamqonlik turlari bilan differensial tashxisot o'tkazish;
- ratsional ovqatlantirishni tashkillashtirish, sun'iy ovqatlantirishda faqat chala tug'ilganlar uchun moslashtirilgan aralashmalarni ishlatish;
- ochiq havoda sayr qilish, uqalash, gimnastika bajarish, raxit profilaktikasini olib borish;
- rekombinat eritropoetinni 25-100 Birl/kg dozada teri ostiga haftada 3 marta 4 hafta mobaynida temir preparatlari va vitamin E bilan birga yoki rekorman 250 Birl/kg/kun dozada haftada 3 marta teri ostiga 2-4 hata mobaynida qo'llash; spetsifik terapiya talab qilinmaydi; temir preparatlarini, vitamin V12, foliy kislotasini qo'llash maqsadga muvofiqemas.

8-16 haftada rivojlangan kamqonlikda vitaminlar, foliy kislotasi, temir etishmovchiligini aniqlash maqsadida bolani klinik-laborator tekshirishdan o'tkazish va aniqlangan etishmovchiliklarni korreksiyalash kerak: foliy kislotasi – 1 mg/kun; vitamin E – 5-10 mg/kun; temir preparatlari – 3-5 mg/kg/kun, elementar temir bo'yicha.

Chala tug'ilganlardagi kech kamqonlikni oldini olish uchun 2-oylik yoshligidan boshlab ularga temir preparatlari (uch valentli temirni tutuvchi preparatlar afzalroq) bir oy mobaynida 2 mg/kg/kun hisobida 3 marta

ichishga tayinlanadi. Uning hazm bo'lishini yaxshilash uchun bir vaqtning o'zida eubiotiklarni tayinlash tavsiya qilinadi. Davolash maqsadida temir preparatlarini tayinlash faqat zardob temiri (me'yor 15 mkmol/l), ferritin (me'yor 30 ng/ml dan ko'p), transferin (me'yor 24,4-41,3 mkmol/l) miqdori va temir almashinuvining boshqa ko'rsatkichlari aniqlanganidan so'ng amalga oshirilishi kerak.

3.7.3. Chala tug'ilgan bolalarda raxit xususiyatlari.

O'z vaqtida tug'ilgan bolalarga solishtirganda, chala tug'ilgan bolalarda raxit bilan kasallanish juda ham yuqori va 75-85% doirasida o'zgarib turadi.

Etiologiyasi. Chala tug'ilganlarda raxitga moyillik omillari:

- vitamin D, kalsiy, fosfor zaxiralarining kamayishi;
- skeletning past mineralizatsiyasi;
- organizmning atsidozga moyilligi;
- gipoproteinemiya;
- tug'ilgandan keyin kuchli o'sish natijasida kalsiy va fosforga bo'lgan ortiqcha ehtiyoj;
- yog'larning (shuningdek vitamin D) etarli darajada hazm qilinmasligi;
- quyosh nurlari ostida bo'lishning kamligi;
- tez-tez takrorlanadigan yuqumli kasalliklar va oshqozon-ichakbuzilishlari.

Klinik manzarasi. Chala tug'ilgan bolalardagi raxitning klinik manzarasi uchun kasallikning sekin rivojlanishi va o'tkir osti kechishi xos. Chala tug'ilganlardagi raxit, vaqtida tug'ilganlardagidek asab-vegetativ buzilishlar (havotirlik, seskanishlar, terlash, ensaning kallanishi) bilan kechmaydi, balki darrov «gullagan» belgilar – erta, hayotning 6-8-haftasida yuzaga keladigan kraniotabesdan boshlanadi. Lekin tug'ilganidan uchrashi mumkin bo'lgan suyaklarning fiziologik yumshashi (psevdokraniotabes)dan differensial tashxisotni o'tkazish kerak. Ko'pincha psevdokraniotabessagittal chok tomonlaridagi ikala tepa suyaklari, va kamroq hollarda ensa suyagi

yumshashi bo'yicha tashxislanadi. CHin kraniotabes suyaklar ma'lum bir qattqlikka ega bo'lgandan keyin paydo bo'ladi.

Chala tug'ilgan bolalarda uchrash tezligi bo'yicha ikkinchi simptom bo'lib hayotning -oyida paydo bo'ladigan raxit tasbehlari hisoblanadi. Bu simptom, rentgenologik va biokimyoviy o'zgarishlar bilan bir qatorda, raxitning eng ishonarli isboti hisoblanadi. Garrison egatining konturlanishi nafaqat raxitni ko'rsatishi mumkin, balki mushaklar va boylamlar so'stligida ham kuzatiladi.

Uchinchi belgi – ko'krak qafasining deformatsiyasi, ancha kech paydo bo'ladi.

Faqat hayotning 3-4-oylarida ko'p terlash (ter bezlarining nisbatan kech rivojlanishi oqibatida) paydo bo'ladi, undan keyin – kal bo'lish (soch to'kilishi), «qurbaqa qorni» (hayotning 3-oyidan keyin), peshona va tepa dumboqlari yuzaga keladi. Lekin bu simptomlar kam kuzatiladi. Kasallikning og'ir kechishida suyaklarning «yashil novda» turidagi suyak usti pardasi osti sinishlari qayd qilinishi mumkin.

CHuqur chala tug'ilgan bolalarda raxitning klinik belgilari yanada kech paydo bo'ladi.

Tashxislash. Biokimyoviy ko'rsatkichlardan ishqoriy fosfataza darajasining oshishi (gipoproteinemiya yo'qligida) eng muhim, u klinik va rentgenologik simptomlar paydo bo'lishidan oldin keladi. Rentgenologik o'zgarishlar klinik simptomlardan so'ng, dastlab tirsak suyagining metafizi sohasida, keyin bilak suyagida.

Profilaktika va davolash. Raxitni oldini olish maqsadida tug'ilishdagi tana vazni 2000 g dan ko'p chala tug'ilgan bolalarga hayotining 10-14-kunidan boshlab birinchi ikki yil mobaynida 400-500 ME kunlikdozada har kuni vitamin D tayinlanadi (yoz oylari bundan mustasno). Tug'ilish vazni 200 g dan past bo'lgan bolalarga vitamin D hayotining 10-20 kunidan boshlab (enteral oziqlantirishga erishilgandan so'ng) 1000-2000 MEdozada hatining birinchi yili mobaynida (yoz oylaridan tashqari) har kuni tayinlanadi;

hayotining 2-yilida kunlik doza 400-500 ME gacha kamaytiriladi. Eng samarali bo‘lib vitamin D3 preparatlari hisoblanadi, ular suvli eritma shaklida ishlab chiqariladi, bu uning yaxshi hazm bo‘lishini ta’minlaydi.

Chala tug‘ilgan bolalar raxiti etiologik jihatdan organizmda kalsiy va fosfor tuzlari tashilish va ishlatilishi buzilishi bilan zich bog‘liq ekan, ushbu mineral moddalarning ovqat bilan etarlicha tushishini nazorat qilish kerak va ularning etishmovchiligida kalsiy preparatlarini berish lozim.

XULOSALAR

Postnatal rivojlanish va bolaning sog'lig'i asosan perinatal davrning o'tishi bilan belgilanadi. Patologik perinatal omillarning ta'siri genetik dasturning amalga oshirilishini belgilaydi, butun hayot davomida populyasiyada kasallanish xavfini oshiradi. Bolaning rivojlanishi uchun perinatal davr o'ta muhimdir. Homiladorlikning oxirida homilaning intrauterin shakllanishi tugaydi. Tug'ruq paytida homila ko'plab omillarga duch keladi, dastlabki 7 kun ichida bolaning tashqi hayotga moslashish xususiyatlarini aniqlaydi.

Yangi tug'ilgan davr qisqa, lekin shu bilan bir vaqtda inson hayotida juda muhim hisoblanadi. Aynan hayotning birinchi kunlari va haftalarida sog'lom organizm shakllanishi uchun asos solinadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasalliklari tez va kuchayib boruvchi, ko'p hollarda kasallikning mavjud ko'rinishlarini to'g'ri talqin qilishni qiyinlashtiradigan atipik klinik manzara bilan kechish xususiyatiga ega. Yangi tug'ilgan davrning fiziologiyasi va patologiyasining xususiyatlari haqidagi etarli bo'lmagan bilim zamonaviy, maqsadga yo'naltirilgan davolash-diagnostik tadbirlarni amalga oshirishni qiyinlashtiradi.

SHu bilan bir vaqtda chaqaloqlarning ko'pgina kasalliklari ham diagnostika, ham davolash taktikasini tanlash borasida oshig'ich harakatlarni talab qiladi. SHuning uchun ham tibbiy oliy ta'lim muassasalalari talabalarini o'qitishda pediatriyaning ushbu bo'limi bo'yichachuqur va tizimlashtirilgan bilimni olish juda ham muhim hisoblanadi.

So'nggi yillarda homila patologiyasining ko'payishi kuzatilmoqda, bu esa bolani tashqi hayotga moslashishining buzilishi yoki mumkin emasligiga olib keladi. JSST Ekspert qo'mitasi ma'lumotlariga ko'ra, hayotning birinchi yilidagi bolalar kasalligi asosan perinatal davrda yuzaga kelgan sharoitlar tufayli 39,8 foizga oshgan. Bolalar o'limi, shuningdek, perinatal davrda jiddiy buzilishlar bilan bog'liq.

SHu bilan birga, mavjud vaziyatga ta'sir ko'rsatadigan usullardan biri bu erta neonatal davrda moslashuvi buzilgan holda tug'ilishning oldini olish bo'yicha yondashuvlarni takomillashtirishdir. SHu munosabat bilan, moslashuvning buzilishini prognoz qilishning aniqligini oshirish muhim vazifalardan biridir.

Butunjahon sogʻliqni saqlash tashkilotining Evropa mintaqasidagi odamlarning toʻliq "salomatlik salohiyatini" amalga oshirish siyosatiga muvofiq, eng muhim maqsad onalar va bolalar sogʻliqni saqlash xizmatlarining ajralmas qismi boʻlgan "hayotdan sogʻlom boshlash" dir.

Onalar va bolalarni himoya qilish Sogʻliqni saqlash vazirligi va tibbiyot muassasalarining asosiy tibbiy-ijtimoiy yoʻnalishi va faoliyatining asosiy yoʻnalishlaridan biriga aylandi, chunki inson hayoti davomida uning sogʻligʻini belgilovchi omillarning uchdan ikki qismi yaxshi hayotga bogʻliq. homiladorlik, tugʻish va hayotning birinchi yili. SHu sababli, pediatriyadagi neonatologiya muammolari inson hayotida sogʻlom boshlash maqsadlariga erishishda ustuvor vazifalar sifatida qaraladi.

Yangi tugʻilgan chaqaloqning hayoti zamonaviy neonatologning malakasi darajasiga, uning eʼtiboriga, masʼuliyatiga, maʼlumotiga, chidamliligiga, tanqidiy vaziyatlarda qaror qabul qilish qobiliyatiga bogʻliq.

Neonatologiya, uning echimi nafaqat Yangi tugʻilgan chaqaloqlarda patologik sharoitlarni rivojlanish xavfini obʼektiv baholashga, balki erta neonatalni va natijada, bolalar oʻlimini kamaytirish boʻyicha chora-tadbirlar majmuini ishlab chiqishga imkon beradi.

Ushbu muammolarni muvaffaqiyatli hal qilish uchun etiologiyasi, patogenezi va bolalarning erta neonatal notoʻgʻri moslashuvi klinikasi toʻgʻrisida aniq maʼlumot talab etiladi. Zamonaviy konsepsiyalarga koʻra, neonatal davrda moslashish ona va bola tanasining fiziologik barqarorlikni saqlashga qaratilgan reaksiyalar toʻplami sifatida qaraladi.

Bolalarda moslashuvchanlikning buzilishi uchun koʻplab pre-va perinatal omillar mavjud, ammo homiladorlik va tugʻruqning murakkab kechishi bilan bogʻliq boʻlgan xomilalik gipoksiya alohida ahamiyatga ega.

Oʻtkir va / yoki surunkali gipoksiya turli xil nevrologik simptomlarning paydo boʻlishiga olib keladi: motor funksiyalari, aqliy funksiyalar rivojlanishining kechikishi, keyinchalik bu oʻrganish, oʻzini tutish, ijtimoiy va kasbiy moslashishda asosiy qiyinchiliklardan biriga aylanadi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI

1. Veltищев, YU. E. Sostoyanie zdorovya detey i obщaya strategiya profilaktiki bolezney / YU. E. Veltищев // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. — 1994. — Pril. — 67 s.
2. Barashnev, YU. I. Perinatalnaya nevrologiya / YU. I. Barashnev. — M.: Triada-X, 2001. — 638 s.
3. Saveleva, G. M. Akusherstvo / G. M. Saveleva. — M.: Meditsina, 2000. — 816 s.
4. SHabalov, N. P. Neonatologiya. 4-e izdanie, T. 1,2 / N. P. SHabalov. — M.: Medpress-inform, 2006.
5. Gritsenko, V. A. Kliniko-anamnesticheskaya i mikrobiologicheskaya karakteristika novorozhdennykh s raznym karakterom ranney neonatalnoy adaptatsii / V. A. Gritsenko, A. A. Vyalkova, E. V. Azarova, YA. V. Gritsenko // Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «CHelovek i ego zdorove». — 2009. — № 3. — S. 38-46.
6. Neonatologiya. Natsionalnoe rukovodstvo/ Pod. red. N. N. Volodina. — M.: GEOTAR-Media, 2007. — 847 s.
7. Palchik, A. B. Gipoksicheski-ishemicheskaya ensefalopatiya novorozhdennykh / A. B. Palchik, N. P. SHabalov. — SPb.: Piter, 2000. — 219 s.
8. Asfiksiya novorozhdennogo / N. P. SHabalov, V. A. Lyubimenko, A. B. Palchik, V. K. YAroslavskiy. — M.: Medekspress, 2004. — 224 s.
9. Aleksandrovich, YU. S. Intensivnaya terapiya kriticheskix sostoyaniy u detey / YU. S. Aleksandrovich, K. V. Pshenisnov, V. I. Gordeev. — SPb.: Izdat. N-L., 2014. — 976 s.
10. Dementeva, G. M. Fizicheskoe razvitie novorozhdennogo (posobie dlya vrachey) / G. M. Dementeva. — Moskva. 2000. — 26 s.
11. Varianty adaptatsionnykh reaksiy u novorozhdennykh gruppy vysokogo riska po vnutritrobnomu infitsirovaniyu. Akusherstvo i ginekologiya / M. G. Elizarova, E. V. Mixalev, G. P. Fillipov i dr. — 2005. 4. — S. 19-22.
12. SHabalov, N. P. Osnovy perinatologii / N. P. SHabalov, YU. V. Svelev. —

М.: Medpress-inform, 2004. — 368 s.

13. Volodin, N. N. Principy vedeniya novorozhdennykh s respiratornymi distress-sindromami / N. N. Volodin. — М., 2008. — 24 s.

14. Enkin, M. V. Rukovodstvo po effektivnoy pomoshchi pri beremennosti i rojdenii rebenka /M. V. En-kin. — SPb. : Petropolis, 2003. — 455 s.

15. Axmadeeva, E. N. Klinicheskoe obsledovanie novorozhdenного i etapy diagnosticheskogo poiska / E. N. Axmadeeva, V. N. Amirova, O. A. Bryuxanova. — Ufa, 2006. — 85 s.

16. Polin, R. A. Sekrety neonatologii i perinatologii / R. A. Polin, A. R. Spitsner. — М. : Bionorm, 2013. — 622 s.

17. Xazanov, A. I. Klinicheskaya neonatologiya /

A. I. Xazanov. — М.: Nestor-Istoriya, 2014. — 408 s.

18. Dementeva, G. M. Profilaktika narusheniy adaptatsii i bolezney novorozhdennykh / G. M. Dementeva, YU. E. Veltichev. — М.: Meditsina, 2000. — 75 s.

19. Dementeva, G. M. Pervichnaya i reanimatsionnaya pomoshch novorozhdennym / G. M. Dementeva, A. S. Kolo-itaev, V. S. Malyshev. — М.: Meditsina, 2000. — 78 s.

20. Klinicheskoe rukovodstvo po asfiksii ploda i novorozhdenного / Pod red. A. Mixaylova i R. Tunel-la. — SPb.: Petropolis, 2001. — 144 s.

21. Dementeva, G. M. Vыхajivanie gluboko nedonoshennykh detey: sovremennoe sostoyanie problemy / G. M. Dementeva, I. I. Ryumina, M. I. Frolova//Pediatriya. — 2004. — № 3. — S. 60-66.

22. Axmadeeva, E. N. Osobennosti mikrobnogo peyzaja novorozhdennykh v zavisimosti ot sposoba rodorazresheniya / E. N. Axmadeeva, V. N. Amirova, O. A. Bryuxanova // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. — 2006. — № 5. — S. 19-21.

23. Baranov, A. A. Zdorove detey Rossii / A. A. Baranov, I. S. Sybul'skaya, V. YU. Albitskiy. — М. : In-formatik, 1999. — 273 s.

24. Romanenko, V. A. Neotlojnaya neonatologiya /

- B. A. Romanenko. — CHelyabinsk, 2003. — 129 s.
25. Ratner, A. YU. Nevrologiya novorozhdennykh / A. YU. Ratner. — Moskva. 2005. — 368 s.
26. Сывыан, Р. В. Vnutritrobnoe programmirovaniye zabolevaniy cheloveka: ot adaptatsii k patologii / Р. В. Сывыан. — Ekaterinburg, 2007. — 72 s.
27. SHextman, M. M. Rukovodstvo po ekstrageni-talnoy patologii u beremennykh / M. M. SHextman. — M.: Triada-X, 1999. — 816 s.
28. Karr, F. Akusherstvo, ginekologiya i zdorove zhenniny / F. Karr. M. : MEDpress-inform, 2005. — 176 s.
29. Koxanevich, E. V. Aktualnyye voprosy akusherstva, ginekologii i reproduktologii / E. V. Koxanevich. — M.: Triada-X, 2006. — 480 s.
30. Gritsenko, V. A. Vnekishechnyye esherixiozy i problema reproduktivnogo zdorovya cheloveka / B. A. Gritsenko, M. G. SHuxman // Jurnal mikrobiologii, epidemiologii i immunobiologii. — 2000. — № 2. — С. 111-115.
31. Vyalkova, A. A. Sovremennyye predstavleniya ob etiologii mikrobnovospalitelnykh zabolevaniy organov mochevoy sistemy u detey / A. A. Vyalkova, O. V. Buxarin, V. A. Gritsenko i dr. // Nefrologiya i dializ. — 2001. — № 3 (4). — S. 463-469.
32. Bazovaya pomoshch novorozhdenному — mejdunarodnyy opyt / Pod red. N. N. Volodina, G. T. Suxix. — M.: GEOTAR-Media, 2008. — S. 132-133.
33. Ignatko, I. V. Printsipy terapii platsentarnoy nedostatochnosti i sindroma zaderjki rosta ploda / I. V. Ignatko // Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii. — 2006. — № 5 (6). — S. 2-7.
34. Borisova, L. G. Osobennosti funktsionalnykh pokazateley serdtsa u novorozhdennykh s sindromom zaderjki rosta ploda v rannem neonatalnom periode / L. G. Borisova, S. YU. Zaxarova, O. A. Kraeva // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. — 2014. — № 2. — S. 9-12.
35. Gritsenko, V. A. Kliniko-mikrobiologicheskii monitoring perinatalnoy

infekcionno-vospali-telnoy patologii u novorozhdennykh g. Orenburga / V. A. Gritsenko, T. V. Biryukova, A. A. Vyalkova // Kurskiy nauchno-prakticheskiy vestnik «Chelovek i ego zdorove». — 2008. — № 3. — S. 27-35.

36. Biryukova, T. V. Vrojdennaya pnevmoniya: kli-niko-mikrobiologicheskie kriterii i algoritm prognozirovaniya / T. V. Biryukova, T. V. Kosmovich, I. N. Voropaeva, V. A. Gritsenko, A. A. Vyalkova // Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii. — 2009. — № 1 (25). — S. 609-610.

37. Xaitov, R. M. Sovremennyye predstavleniya o zaщite organizma ot infektsii / R. M. Xaitov, B. V. Pinegin // Klinicheskaya immunologiya. — 2000. — № 1. — S. 18-23.

38. Vasilenko, L. V. Sostoyanie ploda i novorozhdennogo u materey, perenesshix nespetsificheskie vospalitelnyye zabolevaniya genitaliy /L. V. Vasilenko, T. I. Ruzmykina // Mater. Vseross. mejdissiyl. nauch-no-praktich. konf. «Vnutritrobnyye infektsii ploda i navorojennogo». Saratov, 2000. — S. 19-20.

39. Gomella, T. L. Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. Sixth edition. McGraw-Hill, 2009. — 894 p.

40. Singh, J. Resuscitation in the «gray zone» of viability: determining physician preferences and predicting infant outcomes / J. Singh. Pediatrics. — 2007. — № 120 (3). — S. 519-526.

41. Vyalkova, A. A. Perinatalnaya infekcionno-vospalitel'naya patologiya u novorozhdennykh g. Orenburga: regionalnyye osobennosti epidemiologii, nozologii i mikrobiologii / A. A. Vyalkova, T. V. Biryukova, O. V. Buxarin, V. A. Gritsenko, I. N. Voropaeva, T. V. Kosmovich // Tixookeanskiy meditsinskiy jurnal. — 2006. — № 7. — S. 83-87.

42. Gritsenko, V. A. Ekologicheskie i meditsinskie aspekty simbioza Escherichia coli i cheloveka / V. A. Gritsenko, O. V. Buxarin // Jurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol. — 2000. — № 3. — S. 92-99.

43. Bashmakova, N. V. Vyjivaemost i aktualnyye perinatalnyye tekhnologii pri vychajivanii novorozhdennykh s ekstremalno nizkoy massoy tela / N. V. Bashmakova, V. V. Kovalev, A. M. Litvinova i dr. // Ross. Vestn. akushera-ginekologa. — 2012.

— № 12 (1). — S. 4-7.

44. Bulatov, V. P. Sostoyanie zdorovya glubokonedonoshennykh detey do godovalogo vozrasta / V. P. Bulatov, L. X. Vafin // Kazanskiy meditsinskiy jurnal. — 2003. — T. 84 (1). — S. 58-59.

45. Rooz, R. Neonatologiya. Prakticheskie rekomendatsii / R. Rooz, O. Gensel-Borovicheshi, G. Prokit-te. — M. : Meditsinskaya literatura, 2011. — 568 s.

46. Volodin, N. N. Printsipy vychajivaniya detey s ekstremalno nizkoy massoy tela / N. N. Volodin, D. N. Degtyarev // Voprosy akush., ginekol. i perinata-tol. — 2003. — № 2. — S. 11-15.

47. Vyalkova, A. A. Infeksiya mochevoy sistemy u detey — novyye resheniya staroy problemy / A. A. Vyalkova, V. A. Gritsenko, L. M. Gordienko // Nefrologiya. — 2010. — № 14 (4). — S. 63-76.

48. Gritsenko, V. A. Rol persistentnykh svoystv v patogeneze endogennykh bakterialnykh infektsiy / V. A. Gritsenko, YU. B. Ivanov // Vestnik Uralskoy meditsinskoy akademicheskoy nauki. — 2009. — № 2 (25). — S. 35-39.

49. Ekologiya mikroorganizmov cheloveka / A. V. Valy-shev, F. G. Gilmutdinova, V. A. Gritsenko i dr. ; pod red. O. V. Buxarina. Ekaterinburg : UrO RAN, 2006. — 480 s.

50. Gritsenko, V. A. Mexanizmy uropatogen-nosti bakteriy / V. A. Gritsenko, D. G. Deryabin, YU. A. Brudastov, O. V. Buxarin // Jurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol. — 1998. — № 6. — S. 9397.

51. Gritsenko, V. A. Faktory riska razvitiya pielonefrita u detey / V. A. Gritsenko, O. V. Buxarin, A. A. Vyalkova // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. — 1999. — № 6. — S. 34-40.

52. Azarova, E. V. Kliniko-anamnesticheskaya kharakteristika novorozhdennykh s razlichnym techeniem ranney neonatalnoy adaptatsii / E. V. Azarova, T. V. Biryukova, V. A. Gritsenko, A. A. Vyalkova // Vestnik Uralskoy meditsinskoy akademicheskoy nauki. — 2007. — № 2. — S. 14-17.

53. Gritsenko, V. A. Patogeneticheskoe obosnovanie kliniko-

mikrobiologicheskoy klassifikatsii bakteriurii / V. A. Gritsenko, A. A. Vyalkova, O. V. Buxarin // Rossiyskiy vestnik perinatologii i pediatrii. — 1997. — № 5. — S. 43-48.