

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi**

**Tibbiy ta'limni Rivojlantirish Markazi**

**Toshkent Tibbiyot Akademiyasi**

# **Tug'ruq travmalari**



**Tibbiy oliy ta'lim muassasalarining VI kurs talabalari  
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma**

**TOSHKENT 2019**

**O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni Saqlash Vazirligi  
Tibbiy ta'limni Rivojlantirish Markazi  
Toshkent Tibbiyot Akademiyasi**

**«TASDIQLAYMAN»**

**O'R SSV Asosiy Tibbiy Ta'lim  
Boshqarmasi boshlig'i**

\_\_\_\_\_ U.S. Ismoilov

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 y.  
bayonnoma № \_\_\_\_

**«KELISHILGAN»**

**O'R SSV Tibbiy Ta'limni  
Rivojlantirish Markazi direktori**

\_\_\_\_\_ N.R. Yangiyeva

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 y.  
bayonnoma № \_\_\_\_

# Tug'ruq travmalari

**Tibbiy oliy ta'lim muassasalarining VI kurs talabalari  
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma**

**TOSHKENT - 2019**

**Tuzuvchi:**

**K.Z.Yahyayeva** - t.f.n., Toshkent Tibbiyot Akademiyasi “2-son bolalar kasalliklari kafedrası” katta o’qituvchisi

**Taqrizchilar:**

**1. D.R.Qurbonova** - t.f.n., Toshkent Tibbiyot Akademiyasi “1-son bolalar kasalliklari” kafedrası dotsenti

**2. K.A.Hamzayev** - t.f.n., ToshPTI “Shoshilinch pediatriya va halokat tibbiyoti ” kafedrası dotsenti

O’quv – uslubiy qo’llanma TTA MTK kengashida ko’rib chiqildi va tasdiqlandi, bayonnoma № 5 « 15 » yanvar 2019 y.

O’quv- uslubiy qo’llanma TTA Ilmiy Kengashida ko’rib chiqildi va tasdiqlandi, bayonnoma № 6 « 23 » yanvar 2019 y.

**TTA Ilmiy Kengashi kotibi**



**Ismoilova G.A.**

### **Annotatsiya**

Ushbu o'quv-uslubiy qo'llanma tibbiy oliy o'quv muassasalari davolash fakultetining «5510100» VI kurs va tibbiy-pedagogika fakultetining «5111000» VI kurs talabalari, magistrlar, oilaviy poliklinika va stasionarda faoliyat yurituvchi umumiy amaliyot vrachlarining ishchi o'quv dasturi doirasiga kiradi. O'quv-uslubiy qo'llanma perinatal patologiya - tug'ruq travmalariga bag'ishlangan. Qo'llanmada shaxsiy ish tajribasi va ilmiy manbalar tahlili asosida tug'ruq travmalari turlari, ularning rivojlanishiga olib keluvchi sabablar, perinatal xirurgiya tamoyillariga mos keluvchi konservativ va operativ davolash usullari to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Tug'ruq travmalari yuzaga kelishini tushuntiruvchi bosh miya va kalla suyagining anatomik xususiyatlari to'g'risidagi zamonaviy bilimlar bayon qilingan.

## KIRISH

Tug'ruq travmalari yangi tug'ilgan chaqaloqlar kasalliklari orasida 26,3 dan 41,9% gacha, muddatida tug'ilgan o'lik chaqaloqlar orasida 37,9% uchraydi (Kravchenko E.N., 2009, Vlasyuk V.V., 2009; Черная Н.Л. 2009; Ратнер А.Ю 1985; Schwartz P., 1964) Sushko va boshqa hammualliflar ma'lumotlariga ko'ra (1998), tug'ilgan chaqaloqlar orasida tug'ruq travmalari chastotasi 3-8 % ni tashkil qiladi. Nerv sistemasining perinatal jarohatlanishlari 35- 40 % larda nogironlikka olib keladi (Пальчик А.Б., Шабалов Н.П, 2009). Bolalarda asab tizimining falaji va boshqa perinatal zararlanish omillarining ulushi yuqori (Antonov A. G. 2009; Yatsyk G. V., 2008; Beresnev Y. I., 2001; Shmidt H. 1965). Ular orasida eng muhimi tug'ruq travmalari faktori bo'lib, mexanik shikastlanish va turli xildagi serebral gemodinamikaning buzilishiga olib keladi . Bularning barchasi tug'ruq travmasi muammosining dolzarbligini ta'kidlaydi. Bolada MNS ning aniq bir turdagi zararlanishi aniqlansa, uning rivojlanishida tug'ruq travmalarining rolini aniq belgilash talab qilinadi Tug'ruq travmasi omili u yoki bu turdagi jarohatlanishni keltirib chiqarganligi aniqlangandagina, "tug'ruq travmasi" tashxisi qo'yiladi. Tug'ruq travmalarini o'z-o'zidan paydo bo'luvchi yoki akusherlik aralashuvlari (akusherlik qisqichlaridan foydalanish, tortish, mexanik harakatlar) tufayli kelib chiqqan turlarga bo'lish mumkin. Akusherlik yordamisiz uyda tug'ilganda MNS jarohatlanishlari tug'ruqxonalarda tug'ilgandagiga nisbatan kamroq uchraydi (Водолацкий Н.П. и соавт; 2009; Барашнев Ю.И., 2002; Хасанов А.А., 1992; Власюк В.В., 1991). Bolaning boshini kuchli bukish va yozish, ayolda oraliqni ortiqcha himoya qilishga intilish, yelka kamarini chiqarib olish uchun boshini tortish, homilani ko'krak qafasidan ushlab chiqarish, mustaqil tug'ruqni kutmasdan bolaning bel va oyoqchalaridan tortib olish, tug'ruqning ikkinchi davrini tezlashtirish maqsadida akusher tomonidan bachadon tubini bosish va boshqa manipulyatsiyalar tug'ruq travmalarining sabablaridan biridir. Tug'ruq jarayonidagi istalgan aralashuvlar, tug'ruq kuchlarini stimullash, yotgan holda tug'ruqni amalga oshirishni talab qilish homila uchun salbiy oqibatlarni keltirib chiqaradi.

## **Tug'ruq travmalarining sabablari va turlari**

### **Mavzuning dolzarbligi.**

Tug'ruq travmalari perinatal tibbiyotning eng dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. Tug'ruq paytida yuzaga keladigan organlar va to'qimalarga zarar yetkazish organ yoki tizimning funksiyasini yanada yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Ayniqsa, MNS ning umumiy jarohatlanishi alohida dolzarb muammo hisoblanadi. Erta tashxislash va davolash, shuningdek yetarli rehabilitatsion choralarni qo'llash tug'ruq travmalari prognozini yaxshilashga yordam beradi.

### **Ta'limning maqsadi.**

Talabalar tayanch-harakat, asab tizimi va yangi tug'ilgan bolaning turli organlari anatomik va fiziologik xususiyatlarini bilish kerak, chaqaloqlarni parvarishlash tamoyillari va boshqa bilimlardan klinik tekshiruvlar o'tkazish va bemorlarni davolashda foydalanish.

### **Talaba bilishi kerak:**

1. "Tug'ruq travmalari" ta'rifi.
2. Tug'ruq travmalari sabablari.
3. Tug'ruq travmalari tasnifi.
4. Turli xil lokalizatsiyali tug'ruq travmalarining klinik belgilari
5. Tug'ruq travmalarida tekshirish usullari
6. Tug'ruq travmalaridan kelib chiqadigan asoratlari.
7. Tug'ruq travmalari lokalizatsiyasiga qarab chaqaloqlarni davolash tamoyillari.
8. Tug'ruq travmalaridan keyin bolalarni rehabilitatsiya qilish tamoyillari.

### **Talaba qila olishi kerak:**

1. Tug'ruq travmalarining klinik belgilarini aniqlash.
2. Tug'ruq vaqtida chaqaloqning shikastlanishiga sabab bo'ladigan omillarini aniqlash va tahlil qilish.

3. Shikastlangan organ va tizimlar va boshqa jarohatlar o'rtasida differensial diagnostika amalga oshirish.
4. Tug'ruq travmalari tashxisini shakllantirish.
5. Yangi tug'ilgan chaqaloqni tug'ruq travmalari bilan tekshirish rejasini tuzing.
6. Yangi tug'ilgan chaqaloqni tug'ruq travmalari bilan davolash rejasini tuzing.
7. Tug'ruq travmalari asoratlari aniqlash.
8. Tug'ruq travmalari bilan tug'ilgan bolani reabilitatsiya qilish rejasini tuzing.

Amaliy mashg'ulotga tayyorgarlik ko'rayotganda talaba tavsiya etilgan adabiyotni o'rganadi va standartlarga nisbatan javoblarning to'g'riligini tekshirish bilan test savollarini hal qiladi..

## **1. Tug'ruq travmasi tushunchasiga ta'rif va " tug'ruq travmasi " sabablari**

" Tug'ruq travmasi " atamasi tug'ruq vaqtida paydo bo'lgan organlar va to'qimalarning yaxlitligi buzilishlarini (va natijada — funktsiya buzilishi) birlashtirgan patologiya turini tavsiflaydi. Perinatal gipoksiya va asfiksiya ko'pincha tug'ma travmasiga hamroh bo'ladi yoki ularning paydo bo'lishida patogenetik aloqalardan biri bo'lishi mumkin. Tug'ruq travmalarining haqiqiy chastotasini aniqlash qiyin, ammo statistikaga ko'ra, hozirgi vaqtda 2 dan 7 % gacha. Homilaning o'lim sababi sifatida, u 3.2 % dan oshmaydi va erta neonatal davrda o'lim sababi 2.5 %. Tug'ruq travmasi akusherlik travmasidan ancha kengroq tushuncha. Tug'ruq travmalarining etiologiyasi:

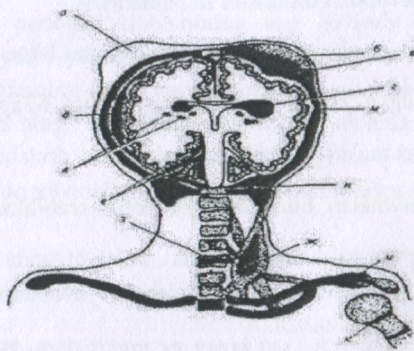
Moyillik qiluvchi omillar:

- \* homila kattaligi va homilador ayol kichik chanog'ining kattaligi (katta homila yoki toraygan chanoq o'rtasidagi farq);
- \* homilaning noto'g'ri holati (masalan, ko'ndalang, dumba bilan) (bolaning dumbasi pastda va boshi yuqorida);
- \* homila surunkali gipoksiyasi (kislorod ochligi) ;
- \* muddatidan oldin yoki o'tib tug'ilish;
- \* tug'ruqning davomiyligi (tez yoki uzoq cho'zilgan tug'ruqlar).

Bevosita sabablar:

- \* homilani aylantirish va tug'ruq yo'llaridan chiqarishda homilani tug'ilishini tezlashtirish uchun akusherlik amaliyotining (asboblar yordamisiz tug'ruq paytida qo'lda bajariladigan manipulyatsiya) noto'g'ri bajarilishi;

\* akusherlik qisqichlari, vakuum ekstraktori va boshqalarni qo'llash.



Rasm №1. Tug'ruq travmalari lokalizatsiyasi

a - yumshoq to'qimalar tug'ma shishi; b - kefalogematoma; v - miya moddasiga qon quyilishi; g - qorinchalar yorilishi; d - leptomeningeal qon quyilish, qaysiki, jarohatsiz asfiksiyaga olib kelishi mumkin; e - miyacha chodiriga qon quyilishi uning yorilishi bilan; j - to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushakka qon quyilishi; h - subdural qon ketish; g - birinchi bo'yin umurtqasi chiqishi

## 2. Yumshoq to'qimalar shikastlanishi.

Tug'ruq paytida teri va teri osti to'qimalarining zararlanishi (qirilishlar, tirlangan, qonashlari, va hokazo.), odatda, xavfli emas va infeksiyani oldini olish uchun faqat mahalliy davolanishni talab qiladi (yodning 0.5% spirtli eritmasi bilan davolash, aseptik bandajni qo'llash); odatda 5-7 kundan keyin yo'qoladi.

**Adiponekroz** - Teri osti-yog' kletchatkasining o'choqli nekrozi bo'lib, 1-5 sm kattalikdagi infiltratlar dumba, bel, yelka, qo'l-oyoqlar sohasidagi teri osti-yog' kletchasida joylashadi. Bola hayotining 1-2- haftalarida paydo bo'ladi. Palpatsiyada ba'zan og'riqli. Bola umumiy ahvoli o'zgarmaydi, tana harorati normal. Sklerema va skleredermiya bilan farqlanadi. Oqibati yaxshi. Infiltratlar o'z o'zidan yoki issiqlik muolajalari (sollyuks, paxtali quruq bog'lamlar) va vitamin E dan so'ng so'rilib ketadi.

**Tug'ruq o'smalari** - gemorragiyalar, boshning yumshoq to'qimalarining shishishi boshning oldinda kelishi bilan tug'ilish paytida sodir bo'ladi. Tug'ruq o'smalari tug'ruq kanalida homila boshi uzoq qolganda, qon oqimining buzilishi tufayli, ekssudatsiya va perivaskulyar qon quyilishlar oqibatida paydo bo'ladi. Bunday o'smalar qon quyilish miqdoriga qarab qizil, to'q qizil, sariq rangli



jelesimon mahsulot tutadi. Tepa – ensa sohasida ko'proq joylashadi. Aniq chegaraga ega emas, choklar va liqildoqlar bo'ylab o'tadi. Homila qancha ko'p suvsiz muhitda qolsa, o'smalar shuncha yaqqol namoyon bo'ladi.

Ko'pincha, tug'ruq shishi birinchi marta tug'uvchi onalardan tug'ilgan bolalarda, uzoq cho'zilgan tug'ruq davomida paydo bo'ladi.

**Periostal dimlanish** - odatda, o'ng yoki chap parietal kalla suyaklari uchun xos, aniq chegaralariga ega nuqtasimon va dog'simon qon quyilishlar bilan xarakterlanuvchi (to'liq muddatli bolalarda) tug'ruq travmasi. Bunday dimlanish tug'ruq kanalida homila boshi uzoq qolganda paydo bo'ladi. Tug'ilgandan so'ng tug'ruq o'smalari hajmi tez kamayadi, periosteal dimlanish esa bir hafta davom etishi mumkin.

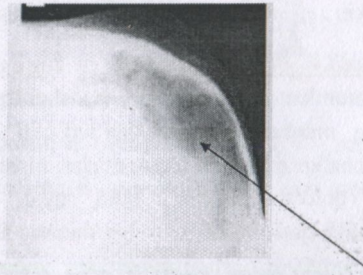
**Subaponevrotik qon quyilishlar** - tug'ilgandan keyin kattalashuvchi va yiringlashi mumkin bo'lgan gematoma shakllanishi bilan tug'ruq travmasi. Qon quyilishining manbai-periosteumdan teri osti to'qimalariga boruvchi tomirlar va teri osti kletchatkasining xususiy tomirlari hisoblanadi. Kefalogematomadan farqli o'laroq, bu qon quyilishlar bitta suyak bilan cheklangan emas. Kichik subaponevrotik qon ketishlar bir necha hafta ichida so'riladi. Katta qon ketishlarida infeksiya rivojlanishining yuqori, xavfi va bosh terisi tez-tez jarohatlanishi tufayli xirurgik yo'l bilan davolashni talab etadi. Olib tashlash kichik bir kesma orqali amalga oshiriladi: qonning suyuq qismi mustaqil ravishda oqadi. Tromblar chiqariladi, gematoma bo'shlig'ida rezina chiqargich qo'yiladi.

**Kefalogematoma** - chaqaloqning bosh suyagi sohasidagi suyak usti pardasiga qon quyilishi (rasm 2, 3). Kalla suyagi sinishlarida va suyak usti pardasida qon aylanish buzilishlarida kelib chiqadi. Kefalogematomani suyak usti pardasi siljishi oqibatida kelib chiqadi deb hisoblash noto'g'ri, chunki suyak usti pardasi siljish qobiliyatiga ega emas. Suyak usti pardasi ostida qon to'planishi natijasida ushbu qavatning kattalashishi suyak usti pardani qatlamlanishiga sabab bo'ladi.



## Rasm №2. Kefalogematoma

Tirik tug'ilgan chaqaloqlarda, ayniqsa o'g'il bolalarda kefalogematoma ko'proq uchrab, 0,5 - 1,8% tashkil etadi. Ko'p hollarda bu patologiya birinchi tug'uvchi ayollardan va tezkor tug'ruqlar natijasida tug'ilgan bolalarda tez-tez uchraydi. Ko'pincha kefalogematoma tepa sohasida uchrab, kalla choklaridan o'tmaydi. Bitta bolada bir necha kefalogematoma paydo bo'lish hollari uchrab turadi.

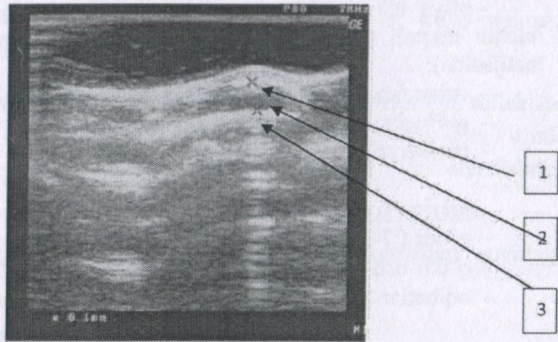


Rasm №3. Kefalogematomaning rentgen kartinasi.

Birinchi pozitsiyada tug'ilgan bolalarda kefalogematoma o'ng tepa suyagida, ikkinchi pozitsiyada tug'ilgan bolalarda esa chap tepa suyagida joylashadi. Birinchi pozitsiya va oldingi sinklitizmida o'ng tepa suyagi, ikkinchi pozitsiya va old sinklitizmida esa chap tepa suyagi yotadi, bunda venoz dimlanish yuzaga kelib, qon quyilish kuzatiladi. Bu ma'lumotlar kefalogematoma rivojlanishida venoz dimlanishning rolini ko'rsatadi. Birinchi kunlarda periosteum ostidagi qon suyuq va flyuktuatsiyalanishi mumkin. Keyinchalik u asta-sekin eriydi, so'riladi va organizatsiyaga o'tadi. 10-20 kunda gematomadagi qon bo'tqa yoki jelega o'xshash bo'ladi. Chetlarida kalsiy to'planadi. Kichik kefalogematomalarda 1,5- 2 oylarda so'rilib ketadi (rasm № 4). Ossifitsirlangan kefalogematoma erishi bosh suyagi asimmetriyasi va ba'zi hollarda deformatsiyalarga olib keladi.

Gemoglobinning qonda parchalanishi tufayli bilirubin miqdori oshadi va bu sariqlikka olib keladi yoki yangi tug'ilgan chaqaloqlardagi fiziologik sariqlikni uzaytiradi

Yirik kefalogematomalarda qon punksiya yo'l bilan tozalanib, bosuvchi boylamlar qo'yiladi. Qon qayta to'planganda gematomaning takroriy punksiyasi va qon ivish tizimi tekshiruvi yana o'tkaziladi.



Rasm №4. Kefalogematomaning ultratovush tasviri. 1 – ossifikatsiya maydoni, 2 –kefalogematoma bo'shlig'i, 3 - suyak

Samara bo'lmaganda gematoma ochilib, drenajlanadi. Birlamchi punksiyani so'rilish kuzatilmaganda 5-6-sutkalarda o'tkazish tavsiya etiladi. Kefalogematoma ossifikatsiyasida umumiy narkoz ostida kefalogematomaning ossifikatsiyalangan maydonlari olib tashlanadi. Kefalogematoma yiringlashida umumiy narkoz ostida soha ochib tozalanadi va drenajlanadi.

### 3. Tug'ma bosh miya jarohatlari.

Tug'ma bosh miya jarohatlari tez-tez uchrovchi va tug'ruq paytida bosh miyaning og'ir jarohatlanishi kuzatiladigan patologiya bo'lib, kallaning bosilishi, sochilishi, yorilishi, bosh miyaga qon quyilishi va miya shishi kabi asoratlarga olib keladi. Tug'ma kalla-miya jarohatlari kelib chiqish sababi perinatal gipoksiya, perinatal gemostaz xususiyatlari buzilishi, homilaning gestation yoshi, homila ichi infeksiyalari kabi salbiy omillar ta'sir etishi tufaylidir. Biroq, gipoksiyani ko'pincha miyaning mexanik shikastlanishi bilan bog'liq patogenetik holat sifatida qayd etish kerak.

Bu omillar odatda birlashtiriladi, birinchisi - miya to'qimalarining shikastlanishi gipoksiyaga sabab bo'lsa, boshqasi - uning natijasi hisoblanadi.

Miya va uning yumshoq membranalaridagi jarohatlar va travmatik qon ketishlarning nisbati 1:10.

Tug'ma bosh miya jarohatlari quyidagicha tavsiflanadi

Qon ketish darasiga ko'ra:

- epidural (travmatik genezli);

- subdural (travmatik genezli);

- Miya ichi — katta (yarimsharga, ko'ruv do'mboqlariga, miyachaga) va kichik nuqtali (travmatik, gipoksik genezli, gemostaz tizimidagi o'zgarishlar natijasida);

- subaraxnoidal (travmatik yoki gipoksik genezli);
- qorincha ichi (gipoksik genezli);
- periventrikulyar (gipoksik genezli);

davriga ko'ra:

- o'tkir (7-10 kundan 1-1,5 oygacha.);
- o'tkir osti (erta tiklanuvchi davr 3-4 oydan 1-2 yilgacha);
- oqibatlar (sog'ayish yoki bosh miyaning organik zararlanishlari);

og'irlik darajasiga ko'ra:

- yengil;
- o'rta og'ir;
- og'ir;

Davrdan qat'iy nazar yetakchi simptomlar:

**o'tkir** - neyreflektor qo'zg'alish, ta'sirchanlik, so'nish, gipertenziv, gipertenziv-gidrosefalik, spastik, miya komasi;

**o'tkir osti** — astenonevrotik, vegetovistseral va harakat buzilishlari, gidrosefal, tutqanoq sindromlari, psixomotor yoki nutq rivojlanishi kechikishi;

**oqibat** — sog'ayish, psixomotor, nerv-psixik yoki nutq rivojlanishidagi buzilishlar, organik zararlanishlar - BSF, oligofreniya, epilepsiya, karlik, ko'rlik, va boshqalar.

Muddatida tug'ilgan chaqaloqlarda intrakranial qon ketishining umumiy chastotasi 2-4 % ni tashkil etadi. Intrakranial qon ketishining klinik ko'rinishi gematomaning joylashishiga va hajmiga bog'liq. Bosh miya jarohatlari bilan tug'ilgan to'liq muddatli chaqaloqlar uchun o'tkir davr 4 bosqichda kechadi.

1-bosqich uchun xos : sedativ davolashga tolerantlik fonida MNS qo'zg'alishi, qon aylanishi markazlashishi, giperventilyatsiya sindromi (taxipnoe), oliguriya, gipoksemiya, atsidoz.

2 bosqichga o'tish bilan markaziy asab tizimi faoliyati so'nishi, bolada qon aylanish sistemasi faoliyati buzilishi bilan o'tkir yurak etishmovchiligi va shishli - gemorragik sindrom ustunlik qiladi, periferik shish va sklerema paydo bo'ladi.

3-bosqichda respirator sindrom yurak yetishmovchiligi va miya komasi rivojlanishi bilan yetakchilik qiladi.

4- (tiklanish) bosqichida mushaklarning tonusi normallashadi, fiziologik reflekslar va ta'sirlanishga hissiy javob paydo bo'ladi. O'pka, yurak-qon tomir yetishmovchiligi bartaraf qilinadi, metabolik jarayonlar va elektrolitlar muvozanati tiklanadi.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarda o'tkir davrda miya ichi qon ketishlari quyidagi variantlarda uchraydi:

- \* simptomsiz yoki kuchsiz atipik klinik ko'rinish bilan;
- \* nafas olish qiynlashuvi belgilarining tarqalishi bilan, apnoik xuruj;
- \* umumiy so'nish sindromining tarqalishi;
- \* o'choqli simptomatika bilan gipertonik-gidrosefalik sindrom va ortib borayotgan qo'zg'aluvchanlik sindromining ustunligi.

### 3.1. Miya ichiga qon quyilishlar

Subdural (SDQ), epidural (EDQ) va miyachaga qon quyilishi tug'ruq travmalarining natijasidir. Bosh suyagining vertikal va frontal-okspital tekisliklarda siqilishi, katta yarim sharlarning yuza tomirlarida yoki orqa ensa chuqurchasi venoz sinuslari yorilishi, qorincha ichi qon ketishlari (QIQ), subaraxnoidal (SAQ) va periinterventrikulyar qon ketishlar (PIVQ) ga sabab bo'ladi. Bu patologiya erta tug'ilgan chaqaloqlarda ko'proq uchraydi, asosan endotelial kapillyarlari va venalarining gipoksik - ishemik zararlanishi, venoz dimlanishi sababli miyaga kichik nuqtali qon quyilishlar kelib chiqadi.

Miya ichiga qon quyilishi kuzatilgan barcha bolalarda gemostaz buzilishining asosiy sabab omillariga keng spektrli prokoagulyantlar va boshqa qon ivish faktorlarini, miyaning ishemik-trombotik zararlanishini keltirib chiqaruvchi omillarga esa qon ivishiga qarshi va fibrinolitik sistema yetishmovchiligini kiritish mumkin.

Chaqaloqlarda har qanday intrakranial qon ketishining eng tipik belgilari:

- bolaning umumiy holatining to'satdan yomonlashishi, muntazam ravishda qo'zg'aluvchanlik va so'nishning almashib turishi;
- qichqiriq tabiatini o'zgartirishi;

- katta liqildoqning bo'rtishi,
- ko'zlarning g'ayritabiiy harakatlari;
- termoregulyatsiya buzilishi (gipo-yoki gipertermiya);
- vegetovisseral kasalliklar (hiqichoq tutish , patologik toshma , vazn yo'qotish , meteorizm, ich kelishi buzilishi , taxipnoe , taxikardiya, periferik qon aylanish buzilish kasalliklari);
- psevdobulbar va harakat funksiyalari buzilishi, tutqanoqlar;
- progressiv post-gemorragik anemiya;
- asidoz, gipoglobulinemiya, gipobilirubinemiya va boshqa metabolik buzilishlar;
- somatik kasalliklar qo'shilishi (meningit, sepsis, pnevmoniya, yurak-qon tomir va buyrakusti bezi yetishmovchiligi va boshqalar.).

**Subaraxnoidal qon quyilishlar (SAQ)** - miya pardalari tomirlarining yaxlitligini buzish natijasida yuzaga keladi. Ularning eng ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi miya yarim sharlari parietal-temporal sohasi va miyacha chodiridir. Qon miya pardalarida quyilib, ularning aseptik yallig'lanishiga, likvorodinamika buzilishiga va chandiqli-atrofik o'zgarishlarga sabab bo'ladi. SAQ ning klinik ko'rinishlari: tug'ilgandan keyin yoki bir necha kundan keyin umumiy qo'zg'aluvchanlik – ta'sirlanish, "miya" qichqirig'i, uyqu buzilishi, bolalar ko'zlarini katta ochib yotishadi, yuzi charchagan yoki tashvishli, giperesteziya, mushaklar tonusi va tug'ma reflekslarining oshishi aniqlanadi. Gipertenziv-gidrosefal sindrom boshni silkitganda paydo bo'ladi, tutqanoqlar , strabizm, Grefe simptomi, burun-lab uchburchagi silliqiligi, liqildoqlarning shishishi, kalla choklari va bo'yin mushaklarining tarangligi va boshqalar, somatik belgilardan- sariqlik, ko'pincha gipertermiya, anemiya kuzatiladi.

**Intraventrikulyar va periventrikulyar qon quyilishlar** - to'liq muddatli tug'ilgan chaqaloqlarda bosh suyagining siqilishi va deformatsiyasi tufayli gipoksiya bilan birgalikda pleksus chorioideus tomirlari yorilishi najasida kelib chiqadi. Chala tug'ilgan bolalarda qon quyilishlarning bu ko'rinishi katta foizlarda uchrab, bunga sabab yon qorinchalar germinativ matriks bilan qoplanganidir. Matriks to'qimalarining tomirlari epiteliyning faqat bitta qatlamidan iborat bo'lib, elastik va kollagen tolalariga ega emas va shuning uchun ko'pincha gemostatik tizimdagi o'zgarishlar fonida arterial va venoz bosimni oshiradi.

Matriks to'qimasi qirg'oqlari homiladorlikning 30 haftasidan 36-39 haftasigacha saqlanadi.

IVQ va PVQ ko'proq bola hayotining 1-3 kuni (60-75 %), kamdan-kam hollarda 2-4-haftasida (10%) paydo bo'ladi. O'SV paytida, qon quyilishning bu turi ventilyatsiya davrida sodir bo'lishi mumkin.

QIQ va PVQ IV darajada klassifikatsiyalanadi:

- subependimal (ante – va intranatal gipoksiya , takroriy apnoe xurujlari, gipertonik eritmalarini quyish oqibatida).
- QIQ ularning kengayishsiz (35-65 %).
- QIQ ularning kengayishi bilan (12-17 %).
- QIQ miya parenximasiga tarqalishi (12-17 %).

**Subdural qon quyilishlar** kam uchraydi, qon ketishining sabablari homila boshining tug'ruq kanaliga nisbatan kattaligi, tug'ruq kanalining torligi, homilaning patologik joylashishi , akusherlik qisqichlarini qo'llash.Subdural qon ketishlar bo'linadi:

1. supratentorial – bosh suyagi siqilishi (parietal suyaklari) yoki uning deformatsiyalari oqibatida ,yuqori sagittal va ko'ndalang sinuslarga, shuningdek, miyacha chodiriga qon quyilishi .

Klinikada yorug'lik davri (bir necha kungacha) bo'lishi mumkin, keyin qo'zg'alish, gipertenzion - gidrosefal, konvulsiv sindromlar , gematomaning qarama-qarshi tomonidagi mahalliy belgilari (gorizontal nistagm, "botayotgan quyosh" belgisi, qon quyilgan tomon qarshisida anizokoreya, gematomalarning rivojlanishi bilan birga keladi. Asfiksiya, bradikardiya, termoregulyatsiya buzilishi qo'shiladi. Izolyatsiya qilingan subdural gematomada metabolik kasalliklar odatda uchramaydi. 50-80% da gematomani olib tashlash qulaydir.Prognoz ijobiy

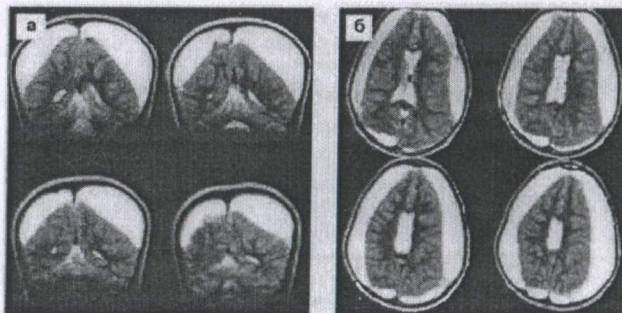
2. Subtentorial - miyacha chodirining orqa qismiga qon quyilishi. Tug'ilgan kundan boshlab bolaning holati juda og'ir (katastrofik) bo'lib, miya siqilishining rivojlanishi hayotining birinchi daqiqalar va soatlaridan kelib chiqadi. Klinikada (koma), gipertenziya, konvulsiya sindromining rivojlanishi bilan miya-muddatli faoliyatni yo'qotish davom etadi. Asosiy belgilar - vertikal yoki rotator nistagm, qorachiq reaksiyalari buzilishi, yutish va so'rishning buzilishi, nafas olish va yurak-qon tomir tizimi kasalliklari ham kuzatiladi.

Dinamikada so'nish sindromi qo'zg'alish sindromi bilan almashtiriladi, intrakranial gipertenziya belgilari va miya stvoli siqilishi ortib boradi.

Miyacha chodiri yorilishi bilan odatda halokatli natija kuzatiladi, likvor yo'llar bekilishi sababli gidrosefaliya yanada rivojlanadi.

Tashxis - transkraniyal ultrasonografiya, KT, MRT.

Subdural gematomalarning davosi xirurgik.



Rasm 5. Ikki tomonlama subdural gematoma.

Kalla ichi qon quyilishlari - parenximatoz qonashlar miya arteriyalarining oxirgi (terminal) shoxlari shikastlanganda tez-tez sodir bo'ladi. Nuqtasimon qon ketishida klinik belgilar atipik va sust: holsizlik, qayt qilish, mushak tonusi va reflekslarini kamayishi, nistagm, Grefe simptomi va boshqalar. Katta gematomalarda klinika aniq : epidural va subdural gematomalar uchun xos belgilar namoyon bo'ladi. Davolash operativ. Samara bo'lmaganda, gematomani olib tashlash bilan suyak-plastik jarrohlik amaliyoti o'tkaziladi.

### 3.2. Orqa miya va yelka chigali travmatik jarohatlari

Chaqaloqlarda travmatik orqa miya jarohatlari tug'ma miya jarohatlaridan kamroq. 40-85 % hollarda o'limdan so'ng tashxis qilinadi va 20% hollarda umurtqa jarohatlari o'limga sabab bo'ladi. Orqa miya tug'ma travmalari natijasida umurtqa pog'onasi 4-5 smga cho'zilishi va orqa miyaga zarar yetishi mumkin. Jarohatni keltirib chiqaruvchi omillarga gipoksiya, koagulopatiya, qon tomir malformatsiyalari misol bo'ladi. Orqa miya jarohatlanishlari quyidagilardan iborat:



- umurtqa jarohatlari (chiqishlar, atlantoaksial va umurtqalararo bo'g'imlar kapsula ichida qisilishi, umurtqa tanalarining siljishi, 1-2 umurtqalar dislokatsiyasi);

- orqa miya va uning qavatlariga qon quyilishi:

a) epidural (yuqori bo'yin va servikal-torakal bo'limlar jarohati — 40-85%) og'ir nafas olish buzilishlariga olib keladi;

b) subdural (kamroq tarqalgan, 10-14%). Bunday holda qon ketishi orqa miyani "mufta" ko'rinishida qamrab oladi va bolaning hayotiga katta xavf tug'diradi.

- umurtqa arteriyalarining hovuzida ishemiya, orqa miya shishi;

- intervertebral disklar jarohatlanishi .

Travmatik ta'sirlanishlar bilan bir qatorda kam uchrasa-da orqa miya tomirlarining ishemik zararlanishi ham kuzatilishi mumkin.

Orqa miya jarohatlanishining rivojlanishida uch asosiy: bukuvchi-kompression, distraksion, rotatsion mexanizmlar yotadi.

Orqa miya shikastlanishining klinik ko'rinishi morfologik kasalliklar darajasiga va zarar darajasiga bog'liq. Bunday holda, klinik kartina bo'lishi mumkin:

- spinal shok ;

- nafas olish buzilish sindromi Kafferata;

- Dushen-Erba falaji va parezi, oyoqlarning spastik falaji bilan birga proksimal qismida yuqori muchalar funksiyasining qo'pol buzilishi ;

pastki distal parez va Dejerin-Klumpke falaji, shuningdek, Gorner triadasi (ptoza, mioz, enoftalm) va oyoqlarning spastik parezi;

- yuqori muchalarning umumiy falaji- Kerrera falaji oyoqlarning spastik parezlari bilan birgalikda.

Orqa miya (Th I-Th XII) ning torakal qismidagi shikastlanish, ko'krak qafasining nafas mushaklari funktsiyasi buzilishi natijasida nafas olish buzilishi bilan birga keladi. Th III-Th VI sohasida orqa miya segmentlari zararlanishi jarayonida klinik jihatdan pastki muchalarning spastik parezlari namoyon bo'ladi.

Orqa miya travmalarida ko'krakdan pastki segmentlar zararlanishi "yassi qorin" sindromi bilan namoyon bo'ladi.

Lumbosakral sohadan orqa miya shikastlanishi pastki paraparez ko'rinishida namoyon bo'ladi. O'zaro faoliyat jarayonlarida ishtirok etish holatlarida tos a'zolarining funksiyalari buzilgan.

Orqa miya bo'yin qismi travmalarida odatda, bolaning pozitsiyasini o'zgartirib, uni qo'lida ushlab turganda, ayniqsa Robinson refleksini tekshirganda og'riq sindromi mavjudligi aniqlanadi .

Yuqori bo'yin segmentlari zararlanganda halokatli, og'ir va o'rta og'ir kechuvchi spinal shok kartinasi kuzatiladi.

Og'ir variant holsizlik, adinamiya, tarqalgan mushak gipotoniyasi, "qurbaqa" holati, gipo-,arefleksiya, pay reflekslarining keskin yoki qisman yo'qolishi, harakat funksiyalari yo'qolishi, spastic tetraparez, gipotermiya, arterial gipotenziya, siydik tutilishi yoki siydik tuta olmaslik, qorin dam bo'lishi, ichak parezi kabi klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning o'lim sababi asfiksiya xurujidir. O'rtacha variantda orqa miya zararlanishi klinikasi qisqa muddatli bo'lib, reflekslarning buzilishi kamroq aniqlanadi. Metabolik buzilishlar og'ir nafas yetishmovchiligiga xosdir.

**Diafragma falaji (Kafferata sindromi)** bo'yin chigali (n. phrenikus) yoki orqa miya zararlanishida paydo bo'lishi mumkin, ammo 75% hollarda u yuqori parezlar yoki qo'lning umumiy falaji bilan birlashtiriladi. Eng ko'p uchrovchi n.phrenicus asab zararlanishi chap-qo'l Dushenn-Erba parezida kuzatildi. Diafragma nervining parezidagi yetakchi sindromi nafas olish kasalliklari sindromidir. Bolani tekshirish davomida — ko'krakda asimmetriya, zararlangan qismi nafas harakatlarida orqada qoladi, paradoksal nafas, nafas olish tez-tez bo'lishi mumkin, auskultatsiyada sust nafas fonida kreпитatsiyalar eshutiladi.

Rentgenologik kartinada xarakterli: emfizema tufayli diafragma gumbazi sog'lom tomonida bir oz yassilangan, kasal tomonida diafragma gumbaz yuqori tik . Ko'ks oralig'i organlarining joylashuvi teskari yo'nalishda o'zgarishi mumkin. Jiddiy parezda, ko'p hollarda, diafragma funksiyasi to'liq yoki qisman 6-8 hafta ichida tiklanadi.

**Dushen-Erba falaji** orqa miya yoki yelka chigali jarohatlanganda rivojlanadi. Dushen-Erba falajining klinik ko'rinishi uchun quyidagi belgilar xarakterli: travmatik qiyshiq bo'yinlik tufayli bosh zararlangan tomonga burilgan, jarohatlangan tomon tanaga egilgan, tirsak bo'gimi bukilgan, ichkariga burilgan, yelka bo'gimida aylanadi, panja bilak bo'gimida bukilgan va tashqariga buraladi. Proksimal qismlarda mushaklarning tonusi pasaygan, bu esa yelkaning burilishini, yelka bo'gimi tashqariga aylanishi, gorizontaal darajaga ko'tarilishini,

qiyinlashtiradi . Bolani qo'lga olganda yuzini pastga qaratgan holda qo'ysa, falaj tomon osilgan, sog' qo'l esa tanadan chuqur burmalar bilan ajralib turadi - "qo'g'irchoq simptomi". ». Moro, Babkin , ushlarsh reflekslari pasaygan, ikki boshli muskulda pay refleksi chaqirilmaydi



Rasm №6. Yelka chigalining (C-4, C-5, C-6 ) yuqori proksimal tipli falaji (Dyushen – Erba ).

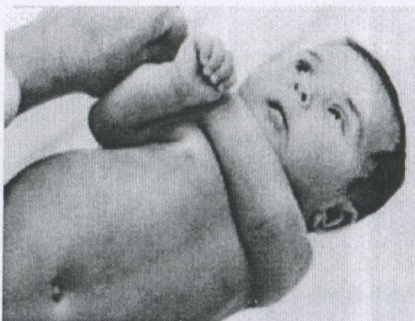
**Dejerin-Clump pastki distal falaji** orqa miya yoki yelka chigali o'rta va pastki segmentlari zararlanishi ta'sirida sodir bo'ladi. Falaj distal qismida qo'lning funksiyasi qo'pol buzilishi bilan birga bo'ladi: keskin kamayadi yoki qo'l va barmoq flexor funksiyasi yo'q, tirsak qo'shma harakatlari bor. Tirsak nevi zararlanganda qo'l panjalari "ishemik qo'lqop", tirsak — "tyulen panjasi" shaklida bo'ladi. Yelka bo'g'imi funksiyasi buzilmaydi, harakatlar saqlanib qoladi, Moro refleksi kamayadi, Babkin refleksi yo'q. Bo'yin simpatik tolalari zararlanishi natijasida Bernard-Gorner sindromi (ptos, mioz, enofthalm) zararlangan tomonda qayd etiladi.



Rasm №7. Yelka chigalining pastki qismi C-7 (Dejerin -Klyumpke)

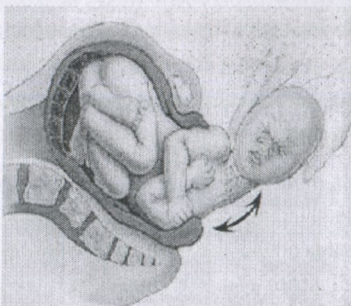
Yuqori qo'lning umumiy falaji (**Kerer falaji**)da umurtqaning C^Th segmentlari va yelka chigalining tegishli ildizlari zararlanadi. Klinik orqa miya

jarohati qo'llar va oyoqlarning parezi tarzida namoyon bo'ladi, trofik o'rganishlar Bernard-Gorner sindromi borligi bilan tushuntiriladi va ko'pincha ikki tomonlama bo'ladi. Yelka chigalining tegishli ildizlariga zarar yetganda, klinika yuqorida ko'rsatilgan xarakterga ega bo'ladi, farqi oyoqlardagi o'tkazuvchan belgilar yo'qligida.



Rasm №8. Yelka chigalining total falaji (Kerer falaji): sharf simptomi

diafragma nervi parezi paytda ko'krak mushaklari disfunktsiyasi natijasida nafas olish kasalliklari klinik namoyon bo'lishi. Orqa miya segmentlarining Th III- Th IV bo'limlarida patologik jarayoniga jalb qilingan spastik pastki paraparezlar aniqlandi.

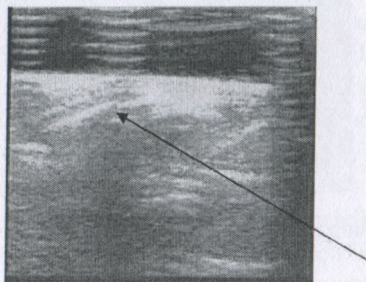


Rasm №9. Umurtqa jarohatlanishi mexanizmi

Orqa miya pastki ko'krak segmentlarining travmasi tufayli qorin devor muskullari

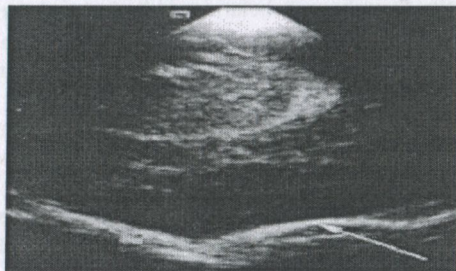
innervatsiyasi buzilishi "tekis qorin" simptomi bilan namoyon bo'ladi. Bu bolalarning ovozi zaif, ammo qorin devoridagi bosim kuchaygan bo'ladi. Lumbosakral qismda umurtqa pog'onasining tug'ma travmasi natijasida normal motor funksiyalari pastki muchalar paraparezi bilan namoyon bo'ladi. Pastki muchalarning mushak tonusi kamayadi, faol harakatlar keskin cheklangan yoki yo'q. Pastki oyoqlar "qurbaqa" holatida, bolaning oyoqlarini vertikal holatida osadi, qo'llab-quvvatlash, avtomatik yurish va baryer, tizza va axill reflekslari manfiy, "qo'g'irchoqning oyog'i" belgisi mavjud. Sakral bo'linmalar jarohatida anal refleks yo'qoladi, siydik va najas tuta olmaslik bo'ladi. keyinchalik, trofik kasalliklar, gluteal mushaklar gipotrofiyasi, pastki oyoqlarning mushak atrofiyasi, oyoq bilagi bo'g'imlarda kontraktura rivojlanishi namoyon bo'ladi. Qisman yoki to'liq teshik bilan orqa miya jarohati (asosan yuqori va pastki ko'krak segmentlarida), xususiyati shundaki klinik ko'rinishlar zararlanish sohasi ostida, spastik falaj bo'ladi. Bachadondan tashqari organlarning funktsiyasi buzilgan (majburiy siyish va defekatsiya). Orqa miya yorilishining birinchi soatlarida nevrologik alomatlardan qon ketishi, miya shishi, zarba bilan bir xil bo'lishi mumkin, va bola orqa miya nevrologik alomatlari paydo bo'lishidan oldin bir necha soat ichida vafot etishi mumkin. 80-90% hollarda diafragma nervlarining shikastlanishlari yelka chigali (umumiy va proksimal tip) shikastlanishlari bilan birlashtiriladi. Bir tomonlama parezlar klinik asimptomatik yoki nafas etishmovchiligi bilan minimal namoyon bo'ladi. Diafragma ikki tomonlama parezi klinikasi hayotning birinchi soatlaridan nafas olish kasalliklari bilan birga keladi, bu ko'pincha nafas olishni sun'iy qo'llab-quvvatlashni talab qiladi. Ko'krak rentgenografiyasi diafragma gumbazining yuqori, tik va pastga harakatini ko'rsatadi.

Miya va orqa miya tug'ma jarohati tashxisi uchun katta ahamiyatga ega: anamnez (homiladorlik va tug'ruq tabiatini baholash), miya va orqa miya jarohati, laboratoriya va instrumental tashxis (umumiy qon tahlili, lyumbal punktsiya, neyrosonografiya, obzor rentgenografiya maxsus belgilari, klinik belgilari (KT, MRT), oftalmolog ko'rigi. Yoriqlarga rentgenografiya va ultrasonografik tekshiruvlar natijasida sifatida tashxis mumkin. Oksipital suyakning pallalarini sinishi travmasi oqibati halokatli bo'ladi. Chunki u bevosita sinus, tomirlar, miyacha, chodir to'qimasini va boshqa organlarni ezish bilan birga keladi.



Rasm №10. Kalla suyagi chiziqli sinishi.

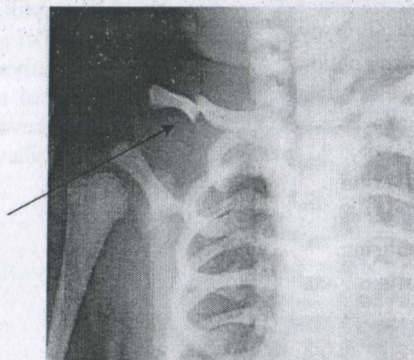
Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda depressiya qilingan yoriqlar tufayli 3-4 kun ichida dinamik kuzatish mumkin bo'lgan munosabati bilan, miya pulsatsiya uchun o'z-o'zini qayta joylashishni moyil bo'ladi. agar qisqarish sodir bo'lmasa, umumiy narkoz ostida jarrohlik davolash olib boriladi.



Rasm №11. Kalla suyagi asosi bosilib sinishining ultratovush tasviri.

### 3.3. Suyaklardagi tug'ruq travmalari.

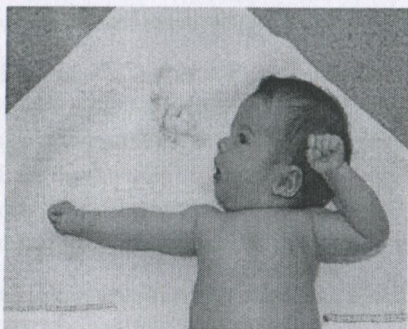
Suyaklar orasida eng tez-tez sinadigani, yirik vaznli bolalarda o'mrov suyagi sinishidir. Odatda kavikulaning o'rta uchdan bir qismidan subperiosteal sinishlar kuzatiladi.



Rasm №12. Chaqaloq rentgenogrammasi. O'mrov suyagi sinishi.

Tashxis qo'yish qiyin emas: singan tomonidagi harakatlar cheklangan, mahalliy shish paydo bo'ladi, ta'sirlangan tomonda moro refleksi yo'q, palpatsiya

ustida krepatatsiya, palpatsiya o'mrov osti tomirlar va nervlariga zarar etkazmaslik uchun ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak. Prognoz qulay, kallas shakllanishi tez sodir bo'ladi, 3-4-kuni, Tashxis qo'yish uchun tug'ilgandan so'ng, ayniqsa, katta vazndagi bolalarda o'mrov suyagini tekshirish kerak.



Rasm №13. O'mrov suyagi sinishi klinik belgilari ( singan sohada shish, o'sha tomonda qo'lning harakati chegaralanishi ).

Sinishga gumon bo'lganda rentgenografiya o'tkaziladi. Davolash kasal tomonni immobilizaatsiyalash, bolani sog'lom yonboshga yotqizish bilan amalga oshiriladi. Eng kam jarohat oladigan suyak – yelka va son.

### 3.4. Periferik nerv sistemasining tug'ma travmalari.

Yuz nervlarining zararlanishida eshitish kanalining oldida nerv atrofidagi to'qimalarning shishishi va qon ketishi aniqlanadi. Jarohat akusherlik qisqichlari bilan yuz nervini bosganda, onaning chanoq suyagi bosimi ta'sirida kelib chiqadi.

Parez tug'ilgandan keyin darhol paydo bo'ladi. Yuzning asimmetriyasi, ayniqsa, chaqaloq qichqirganida seziladi. Zararlangan tomonda ko'z soqqasi butunlay yopilmaydi, peshona g'ijim emas, burun-lab uchburchagi tekis, og'iz burchagi tushiriladi, ko'krakni tutish va emish qiyin. Sut falajlangan tomondagi og'iz burchagidan oqib chiqadi. Qidiruv refleksi pasayadi. Zararlangan tomonda og'iz burchagi stimulg'a amal qilmaydi. Ko'z doimo ochiqqligidan konyunktivit va keratit tez paydo bo'ladi. Yuz nervining periferik parezini markaziy kelib chiqishli paralich bilan farqlash kerak. Agar nerv intrakranial qismining shikastlanishi bo'lsa, u holda tilosti nervlari (nervus hipoglossis) parezi belgilari -tilning zararlangan tomonga tortilishi ham kuzatiladi. Markaziy kelib chiqishda falaji bilan odatda bir tomonda yuqori ekstremal falaj bo'ladi; yuz nervining yuqori qismi zarar ko'rmaydi — ko'z va peshonada hech qanday alomat yo'q. Yengil periferik yuz nervi parezi

o'z-o'zidan bir necha kun ichida, ko'pincha 1 hafta o'tadi. vitamin B1 og'zaki yoki mushak ichiga, dibazol va vitamin b12 buyuriladi. Yuz nervi periferik falaji bilan bolalarni davolashda alohida e'tiborni qaratish kerak: antiseptik malham yoki steril vazelin natriy xlorid eritmasi bilan aralashtirilib falajlangan tomondagi ko'zga suriladi, bunda kon'yunktivit va keratitning oldi olinadi.

Yutqin nervining zararlanishi homilaning noto'g'ri holatida kuzatiladi, bosh biroz qayrilgan, sog' tomonga buriladi. Yutqin nervining yuqori tarmoqlari zararlanishi oqibatida yutish funksiyasi buziladi, pastki shoxchalari zararlanishi oqibatida esa ovoz paychalari falajlanib, dispnoe ga olib keladi. Agar bo'yinni yonga bukilib qolishi kuzatilsa, u holda diafragmal nerv zararlanishi va diafragma parezi kelib chiqishi mumkin.

Tashxis bevosita laringoskopiyaga asoslanadi. Davolash simptomatik, og'ir hollarda oziqlantirish zond orqali amalga oshiriladi. Shovqinli nafas va aspiratsiya xavfi hayotining birinchi yilida saqlanib turadi. Oqibati ko'p hollarda ijobiy. Tiklanish odatda hayotining 12-oyida kuzatiladi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda oraliq nerv jarohati 2 joylarda bo'lishi mumkin — antecubital chuqurda va bilakda. Har ikki turi ham arteriyalarning perkutan punksiyasi bilan bog'liq (yelka va tirsak). har ikkala holatda ham klinik ko'rinish o'xshash: bemorning barmoq bilan ushlash faoliyati buzilgan. Bosh barmoqning atrofiyasi kuzatiladi. Tashxis xarakterli klinik belgilarga asoslangan. Davolash longeta qo'yish, jismoniy mashqlar, massajni o'z ichiga oladi. Prognoz ijobiy.

Bilak nervi jarohatlanishi, yelka suyagi bilan nervning siqishida sodir bo'ladi. Bunga homilaning noto'g'ri HI pozitsiyasi va uzoq cho'zilgan tug'ruqlar sabab bo'lishi mumkin. Klinik belgilar: epikondilusdan yuqorida teri yog'li nekrozi, qo'l, barmoq va bilakni bukishda qiyinchilik, qo'lning osilib qolishi.

Bel- dumg'aza chigali zararlanishi faqat dumba bilan kelganda tortish davomida LII—LIV va LIV—SIII nerv ildizlari zararlanishi natijasida sodir; bu kamdan-kam bo'ladi. Pastki muchaning umumiy parezlari bilan tavsiflanadi; ayniqsa tizzada uzilgan kengayish, tizza refleksi yo'q.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'tirg'ich nervining zararlanishi, gluteal hududga mushak ichiga noto'g'ri in'ektsiya qilish, shuningdek, umbilikal arteriya ichiga glyukoza, analeptiklar, kaltsiy xloridning gipertonik eritmalarini kiritish natijasida kelib chiqadi, natijada qon tomiriga qon yetkazib beradigan pastki gluteal arteriyaning spazmlari yoki trombozi kelib chiqishi mumkin. Tizza bo'g'imida bukilib va harakat cheklanishi mavjud, bel-dumg'aza chigali travmasidan farqli o'laroq, chanoq- son bo'g'imida burilish, bukilib va tashqi aylanishi saqlanadi. Tashxis anamnez ma'lumotlari, xarakterli klinik belgilar, asab bo'ylab yurak urish



tezligini aniqlashga asoslangan. farqlash peroneal asab jarohati bilan bo'lishi kerak. Davolash massaj, mashqlar, issiqlik bilan davolash, elektr stimulyatsiya. preparat Dori-darmonlarni mushak ichiga noto'g'ri yuborish (uzoq muddat) holatlarida oqibati salbiy bo'lishi mumkin. Gluteal arteriya trombozi natijasida paydo bo'lgan o'tirg'ich nervning parezi bilan prognoz qulay.

Peroneal nervning zararlanishi HII yoki postnatal kompressiya (intravenoz eritmalar bilan) natijasida sodir bo'ladi. Jarohatlanish joyi fibula boshi atrofida joylashgan nervning yuzaki qismidir. Peroneal nervlarga zarar yetishi natijasida pastki oyoqning orqa fleksiyaalarining zaifligi tufayli oyoq osilib qoladi. Tashxis odatda klinik ko'rinishga asoslangan va asab bo'ylab yurak urish tezligini aniqlaydi. Davolash o'tirg'ich nervi jarohati bilan bir xil.

Prognoz ijobiy, aksariyat hollarda tiklanish 6-8 oy ichida kuzatiladi.

### **3.5. Ichki organlardagi tug'ruq travmalari.**

Boshqa tug'ruq shikastlanishlariga: jigar, buyrak, taloq, suyaklar, mushaklar, nervlar, teri jarohatlari kiradi. Odatda jigar jarohatlarida subkapsulyar qon ketishi sodir bo'ladi. Kapsula gematoma ustidan yorilganda, qorin bo'shlig'iga halokatli qon ketishi sodir bo'lishi mumkin. Buyrak usti bezlariga qon quyilishlari homila chanoq bilan kelganda sodir bo'ladi. Ichki organlarda qon ketishining klinik ko'rinishining dastlabki ikki kunida ("yengil" interval) gematomaning yorilishi tufayli bolaning holati keskin yomonlashishi kuzatiladi, qon ketishi va qon yo'qotishga javoban gemodinamik kompensatsiya mexanizmlarini kamayishi 3-5 kunida sodir bo'ladi. Klinika o'tkir postgemorragik anemiya va qon ketishi sodir bo'lgan organ faoliyatining buzilishi belgilari bilan namoyon bo'ladi. Gematomalarning yorilishi natijasida ko'pincha qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik qayd etiladi. Ichki organlarning jarohati diagnostikasini tasdiqlash uchun qorin bo'shlig'ining rentgen tekshiruvi va ultratovush tekshiruvi, shuningdek zararlangan organlarning funksional holatini o'rganish amalga oshiriladi. Davolash gemostatik va sindromal davolash usullaridan iborat. Buyrak usti bezlarida qon ketishi va o'tkir adrenal yetishmovchiligining rivojlanishi bilan glukokortikoid gormonlar bilan o'rinbosar terapiya kerak bo'ladi. Gematomadan yiringli qon ketishida jarrohlik amalga oshiriladi. Ichki organlardagi tug'ruq travmalarining prognozi organning shikastlanishi va hajmiga bog'liq. Tug'ilgan bola travmaning o'tkir davrida vafot qilmasa, davolash asosan zararlangan organ funksiyalari tiklash bilan belgilanadi. Ichki organlar tug'ruq travmasidan keyin, pediatr hayotning birinchi oyida 5-6 marta bolaning ahvolini nazorat qiladi, keyin 1 haftada 2-3 marta 6 oygacha, keyin oyiga marta hayotning birinchi yili oxirigacha.

Buyrak usti bezlariga qon quyilishida pediater, endokrinolog kuzatuvini va buyrak usti bezlarining funksional holatini aniqlash kerak.

### **3.6. Mushak tizimining tug'ma travmalari.**

Mushaklar orasida eng ko'p jarohatlanadigani to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon mushak, bu jarohati tez-tez dumba bilan kelishda yoki akusherlik qisqichlari yoki qo'lda homila ekstraksiyasini amalga oshirganda tug'ilgan bolalarda uchraydi. Qon qin mushagining ichiga yoki mushakning ichiga oqadi. Shikastlangan mushak sohasida bola hayotining birinchi haftasi oxiri 2-haftasi boshida kichik, o'rta darajada zich yoki yumshoq yong'oqdan to'olxo'ridek kattalikdagi o'simta paydo bo'ladi. Bolada keyinchalik qiyshiq bo'yinlik rivojlanadi — bolaning bosh kasal tomonida egilgan bo'ladi, iyagi esa qarama-qarshi yo'nalishda. Amniotik suyuqlik kam miqdorda bo'lgani tufayli onaning son suyagi homilani uzoq vaqt siqib qo'yishi bilan rivojlanuvchi qiyshiq bo'yinlikni tug'ma qiyshiq bo'yinlik bilan farqlash kerak. Mushak zich, og'riqli emas, shish sifatida seziladi. Tug'ilish paytida ko'pincha differentsial tashxisni yanada murakkablashtiradigan o'zgaruvchan mushaklarda qon ketishi sodir bo'ladi. Mushaklardagi gematomani davolash- mushaklarning qisqarishi va boshning majburiy holatini oldini olish uchun ayniqsa uyqu paytida boshni sog'lom yo'nalishda saqlash, birozdan keyin — issiqlik kompressor va massajni qo'llash orqali amalga oshiriladi. Prognoz odatda yaxshi va bu holat qiyshiq bo'yinlikning rivojlanishidan bir necha hafta oldin tiklanishi mumkin. Mushaklarning fibroz o'zgarishi holatlarida konservativ terapiya (massaj) samarali emas, shuning uchun tug'ilgandan keyin 4 va 6 oy oralig'ida jarrohlik davolash (tendotomiya) ko'rsatiladi. Boshqa mushaklarda qon quyilish juda kam uchraydi.

### **4. Intrakranial qon ketishlarni davolash**

Intrakranial qon ketishlarni davolash himoya rejimini tashkil qilishni o'z ichiga oladi. Bu tovush va yorug'lik qo'zg'atuvchilarining ta'sirini kamaytirish ; kundalik va turli tartibdagi tekshiruvlarini amalga oshirish ; og'riqli muolajalarni minimallashtirish; "harorat himoyasi", sovish va qizib ketishdan ehtiyot qilish, bolani parvarishlashda ona ishtirokini ta'minlash. Holatidan qat'iy nazar oziqlantirish tartibiga rioya qilish – yoki parenteral , doimiy yoki bir martalik zond yoki shishadan. Bola och qolmasligi kerak. Parenteral oziqlantirishda ritmni bir xil saqlash zarur, hajmni oshirmaslik, gipovolemiya, gipotenziya, dehidratsiyaga yo'l qo'lmaslik kerak, geparin buyurish zarur emas, chunki uning hatto eng kichik dozalari (soatiga 1-2 u/kg tana vazni) intrakranial qon ketish xavfini oshiradi. Hayotning asosiy parametrlari: qon bosimi va yurak zarb hajmi , nafas

olish tezligi, tana harorati va boshqalarni kuzatish. Davolash chora-tadbirlari normal havo yo'lini ta'minlash, o'pkada kislorod almashinuv jarayonlarini tiklash; suvsizlanishni bartaraf etish (saluretiklar: lazeks-1 mg/ kg, veroshpiron-2-4 mg/kg / kun; osmodiuretiklar: mannit, manitol, sorbitol — 5-6 ml/kg), antigemorragik vositalar (vitamin K -1-2 mg/kg, ditsinon, etamzilatning 2,5% eritmasi-10-15 mg/kg, yangi muzlatilgan plazma — 10-15 ml/kg), antioksidant davolash (aevit — 0,1 mk/kg ,vitamin E — 5, 10 % li yog'li eritma — 0,2 ml/kg , 0,1 ml/kg , sitoxrom «C» — 1 ml/kg), markaziy va periferik qon aylanishini normallashtirish (adrenalin, atropinni titrlash - 0.051.0 mkg/kg / min, dofaminning 0,5% li eritma, 4% dopmin eritmasi-0.5-10 mkg/kg/min, dobutamin — 2.0-10.0 mkg/kg / min). Elektrolitlar muvozanati va uglevod metabolizmini korreksiyalash kerak. O'tkir davr oxirida markaziy asab tizimi va orqa miya vazifasini normallashtirish uchun, sedativ ta'siri bilan nootrop dori tayinlash (fenibut, pantogam — 40 mg/kg/kun, lekin ko'pi 100 mg/kun 2 doza) ko'rsatilgan. O'tkir osti davrda miyada qon aylanishini yaxshilash uchun trental, kavinton, vinpozetin (1 mg/kg/kun), tanakan (kuniga 1 ta qopqoq/kg 2 marta) ishlatiladi. Markaziy asab tizimida metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun keng ishlatiladigan aktovegin (0.5-1.0 ml (80 mg / kg)/m./in). neyromuskular o'tkazuvchanlikni oshirish maqsadida dibazol, galantamin , tanakan ishlatiladi, va hayotning 1-haftasi oxirida nerv tolalarini miyelinlash uchun vitaminlar B1, B6 buyuriladi , 2- hafta oxirida vitamin B12 umumiy kursi 1520 in'yeksiyani tashkil qilishi kerak. Hayotning 8-10 kunida fizioterapevtik davolanishni: bo'yin sohasiga 0,5-1,0% li euffillin eritmasi yoki nikotin kislotani 10-12 kunlik davo kursi sifatida tavsiya etish mumkin. O'tkir jarayonlar pasayganda gimnastika, massaj buyuriladi. Gemorragik-ishemik ensefalopatiyada (GIE) - miya perfuziyasini saqlab turish; patologik atsidoz va boshqa biokimyoviy parametrlarni normada ushlab turish (gipoglikemiya, giperkalemiya va boshqalar) ; miyaga tizimli energiyani glyukozaning 10%li eritmasi shaklida yetkazib berish - hayotning birinchi kundan 50 ml/kg/sutkagacha quyiladi. Intrakranial qon ketishlarda (IKQ) yuqoridagilardan tashqari bir qator muolajalar ham qo'llaniladi: subdural punksiya; ortiqcha qon oqimini evakuatsiya qilish uchun neyrojarrohlik aralashuvi; adgeziya va ikkilamchi gidrosefaliyani oldini olish maqsadida subaraxnoidal bo'shliqlardan qonni drenajlash.

## 5. Tug'ruq travmalari oqibatlari va profilaktikasi

Tug'ruq travmalari uchun prognoz uning og'irligi bilan belgilanadi. Jiddiy shikastlanishlar ko'pincha nogironlik va hatto o'limga olib keladi. Ba'zi jarohatlar, masalan, kefalogematoma (boshdagi gematoma) asoratlarsiz o'tib ketadi. Ko'p jihatdan, oqibatlar tug'ruq travmalarini aniqlash va davolashni erta boshlash vaqtida belgilanadi. Tug'ruq travmalarining oldini olish ikki qismdan iborat.

Birinchi, homiladorlikka tug'uvchi ayolning yetarli munosabati. U muntazam ravishda akusher-ginekolog tomonidan xavf omillarini aniqlash uchun tekshirilishi kerak. Homiladorlikning aniqlangan patologiyasi bilan kasalxonalarda davolanishni rad etish mumkin emas. Ikkinchi omil tibbiy taktika bilan belgilanadi. Tug'ruq travmalari xavfini aniqlashda shifokor uni oldini olish uchun kerakli choralarni ko'rishi kerak — kesarcha kesish amaliyotini bajarish yoki akusherlik aralashuvlarini amalga oshirish tanlanadi. Tug'ruq travmalari asosan kislorod etishmasligi tufayli rivojlanadi. Shunday qilib, homilador onaning harakatlari bunday patologik hodisalarni oldini olishga qaratilgan bo'lishi kerak ya'ni homiladorlik paytida yomon odatlarni unutish, sog'lom turmush tarzini olib borish, to'g'ri ovqatlanish kerak. Tan olish joizki, homiladorlikda salbiy oqibatlarni tuzatishdan ko'ra xavf tug'dirmaslik yaxshiroqdir.

Homilada kislorod yetishmasligi onaning tanasidagi yuqumli kasalliklari tufayli yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun homiladorlikka ayol va uning hamkori to'g'ri tayyorgarlik ko'rishi muhimdir. Homilador bo'lishdandan oldin tibbiy ko'rikdan o'tish va mavjud kasalliklarni davolash kerak. Chaqaloqning homila ichi rivojlanish davrida kasallik bo'lsa, darhol shifokorga murojaat qilish, salomatlikni kuzatib borish kerak. Har bir homilador ayol rejalashtirilgan ultratovush tekshiruvini o'tkazib yubormaslik uchun ayollar maslahatxonasiga yozilishi kerak. Bunda salomatlikka o'z vaqtida e'tibor berish, homila rivojlanishida har qanday anomaliyani bartaraf qilishga yordam beradi.

### **Vaziyatli masalalar:**

#### **Masala 1.**

36 yoshli, amaliy sog'lom, temiratki -2 virusi tashuvchi onadan, 4-homiladorlikdan (1 – homiladorlik muddatli tug'ruqdan, qiz bola 3200 g, sog'lom, 3- homiladorlik 12 –haftadan o'z-o'zidan homila tushishi), onasining so'ziga qaraganda homiladorlik asoratlarsiz kechgan (homiladorlik davrida ro'yxatda turmagan) tug'ilgan 17 kunlik chaqaloq. Tug'ruq 36 - haftada, tabiiy, homilaning oldinda keluvchi qismi bosh bilan . Ko'p suvli.Yo'ldoshda kalsifikatsiya joylari aniqlangan. Tug'ilgandagi tana vazni 2120 g, uzunligi 43sm, Apgar shkalasida 5/7 ball. Tug'ilgandan keyingi holati MNS faoliyati pasayishi sindromi tufayli og'ir. Hayotining birinchi kunidan sariqlik, jigar qovurg'a ravog'ining chetidan + 3.0 da, taloq qovurg'a ravog'ining chetidan + 0.7 sm. Hayotining 1- kunida bir marta mustaqil ravishda to'xtagan atipik tutqanoqlar kuzatilgan. Dinamikada yengil ijobiy o'zgarishlar mavjud. Vazn egri chizig'i monotonik hisoblanadi. Hayotining 2-kuni harorati 37.9 C, kalla choklari 0.3 mm ga siljigan. Mushaklardagi gipotenziya va giporefleksiya kuchaydi, regurgitatsiya

va "Grefe" belgisi paydo bo'ldi. Hayotining 3 – kunida generallashgan toniklonik tutqanoqlar, in'yeksiya sohasida qon ketishlar paydo bo'ldi.

Hayotining 3- kunidagi orqa miya suyuqligi tahlili: biroz xira, glyukoza 2,4 mmol/l, oqsil 1,8 g / l, sitoz 300 (75% limfositlar).

#### **savollar:**

- 1.Dastlabki tashxis.
- 2.Zarur qo'shimcha tekshirish usuli.
- 3.Taxminiy etiotrop davolash sxemasi.

#### **Masala 2 .**

39-yoshli ayol semizlik va tuxumdon polikistoziga chalingan, bepushtlik 14 yil , 1 homiladorlik dan 28 - haftada, tabiiy tug'ruq yo'llari orqali muddatidan oldin tug'ilgan bola, oldinda keluvchi qismi bosh bilan. Tug'ilgandagi tana vazni 1890 gr, uzunligi 35 sm, Apgar shkalasida 4/6 ball. Tug'ilgandan keyingi holati nevrologik alomatlar tufayli juda og'ir. Hayotning birinchi soatlarda, qisqa muddatli harakat faolligi ortishi bor edi, keyinchalik miya faoliyatining so'nishi belgilaridan: chuqur apnoe , tonik tirishishlar qayd etildi, "opistotonus" pozasi, "adashgan nigohlar" belgilari paydo bo'ldi. Kardiotonik yordamni talab qiladigan qon bosimining pasayishi kuzatildi. Bola ventilatorida edi, issiqlikni saqlamadi, tekshiruvga javob bermadi. Teri marmar naqshli sianotik. terapiya natijasida ba'zi ijobiy o'zgarishlar mavjud: tutqanoq sindromi to'xtatildi, kardiopulmonar faollik barqarorlashdi, miya faoliyati biroz oshdi. Keyingi 2 hafta mobaynida boshning atrofida progressiv o'sish kuzatildi. Tug'ilganda Hb-160 g/l, qizil qon hujayralari da klinik qon tahlil- $4.5 \times 10^{12}/l$ , leykotsitlar -  $11 \times 10^9/l$ , s/y neytrofillar-63%, t/y neytrofillar - 4%, limfositlar - 25%, eosinofil - 2%, monositlar-6%, x/x/l/1212/10, tug'ilganidan 12 soat keyin - Hb - 140 g/l, eritrotsitlar -  $3,9 \times 10^{12}/l$ , leykotsitlar -  $9 \times 10^9/l$ , trombositlar -  $150 \times 10^9/l$ , EChT 4 mm/s.

NSG da 1-sutkada: periventrikulyar zonalarda exogenlikning oshishi . 14 kundan keyin dinamikada: ventrikulomegaliya, yon qorincha devorlari aniq ko'rinadi, bo'shliqda tromblar .

#### **savollar:**

1. Dastlabki tashxis.
2. Bu boladagi asosiy kasallikning eng og'ir asoratlari qanday?
3. Birinchi navbatda o'tkazadigan qo'shimcha tekshirish usullari.

#### **Masala 3.**

1 kunlik bola ,semizlikka chalingan 33 yoshli ayolning 2 homiladorligi dan (1-homiladorlik tezkor tug'ruq, o'g'il bola , vazni 4100 g yakunlangan) (onada gestasion diabet aniqlangan, insulin bilan davolash boshlangan, ammo davoni muntazam olmagan, o'zini kasal hisoblamagani uchun parhezga amal qilmagan, glyukoza miqdorini nazorat qilib turmagan) muddatidan ilgari, 38 haftalikda tug'ilgan, homilaning oldinda keluvchi qismi bosh bilan , yo'ldoshning giperplaziyasi. Tug'ilgandagi tana vazni 3800 g, balandligi 50 sm, Apgar shkalasida 7 / 8 ball edi. Tug'ilganda markaziy asab tizimi faoliyatining pasayish sindromi tufayli holati o'rtacha og'irlikda. Yarim oy shaklidagi yuz, qisqa bo'yin, teri toza, lanugo. Teri osti yog ' qatlami tananing yuqori qismida haddan tashqari rivojlangan. Nafas zaiflashgan, xirillashlar yo'q. Yurakning chegaralari o'ngdan 0.5 sm kengaygan, yurak tonlari bo'g'iqlashgan, shovqinlar eshitilmaydi. Qorin yumshoq, og'riqsiz. Jigar qovurg'a ravog'ining chetidan 3 sm chiqadi. Tug'ilgandan keyin 1 soat o'tgach, u yanada sustlashdi, mushaklarning gipotenziyasi, klonik tutqanoqlar qayd etildi. Hb-235 g/l, er-6,3x10<sup>12</sup>/l, leykotsitlar-13,4x 10<sup>9</sup>/l, segment yadroli neytrofillar-1%, tayoqcha yadroli neytrofillar-3%, limfotsitlar-28%, eosinofillar-2%, monositlar-6, 9x3/l, trombositlar-190. Hayotining 1- soatida qon biokimyoviy tahlil: umumiy oqsil-47 g/l, albumin-29 g/l, CRO -6 mg/l, creatin -80 mmol/l, mochevina - 4,9 mmol/l, glyukoza-0,7 mmol/l, AST-16 e/l, ALT-21, umumiy bilirubin - 26 mkm/l

#### **Savollar:**

1. asosiy klinik tashxisni shakllantiring.
2. bu holatning rivojlanishiga sabab nima?
3. sizning davolash taktikangiz.

#### **Javoblar:**

##### Masala 1.

1. MNS erta organik zararlanishi
2. PCR yordamida orqa miya suyuqligini tahlili va likvorni sterillikka tekshirish
3. Likvor natijalarini olgunga qadar asiklovir va antibacterial preparatlar bilan davo .

##### **Masala 2.**

1. MNS ning gemorragik zararlanishi, QIQ 2-3 daraja
2. DVS sindromi
3. Kompyuter tomografiyasi

##### **Masala 3.**

1. MNS ning metabolik zararlanishi.
2. diabetik embriofetopatiyaning rivojlanishi
3. gipoglikemiya korreksiyalash

## **Ushbu darsda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:**

### **“Sinkveyn” usulidan foydalanish**

bu usul talabalarga o'z ijodkorligini ko'rsatishga va o'rganilayotgan hodisaga, ob'ektga bo'lgan munosabatini bildirishga imkon beradi. Ijodiy fikrlash, nutq, so'zlashni boyitadi. Sinkveyn qisqa jumalarda material sintezini talab qiladigan va 5 satrlaridan iborat bo'lgan she'rdir. Sinkveyn yozish qoidalari:

- birinchi yuqoridagi qatorda mavzu bir so'z bilan ataladi
- ikkinchi qator- bir necha so'z bilan mavzu bayoni
- uchinchi qator-bu mavzu bo'yicha harakatning tavsifi
- to'rtinchi qator-bu mavzuga munosabat ko'rsatadigan to'rtta so'zning ifodasidir
- beshinchi qator-mavzuning mohiyatini beradigan bir so'zning sinonimi

### **“Klaster” usulini qo'llash**

Maqsad: o'rganilayotgan tushunchaning maksimal miqdorini aniqlash.

Klaster - o'rganish ostida hodisa qiymati turli xususiyatlari bilan bir qatorda namoyon bo'luvchi bir sxema sifatida ishlatiladi. Klasterda bir guruh shaklida muayyan tartibda matn va grafik dizayn uzum shingili ko'rinishida aks etadi. Markazda mavzu bilan bog'liq so'zlar yoki jumalar yoziladi. Fikrlar muayyan tartibda, ya'ni klasterda joylashtiriladi. Ushbu ishni ofis maydonidan yanada samarali foydalanish uchun qog'ozga tushirish tavsiya etiladi. Klasterlarda ishlashda quyidagi qoidalarga rioya qilish kerak:

1. Aqlga kelgan narsani yozishdan qo'rqma. Sizing tasavvur va sezgingizni yuzaga chiqarmoq kerak.
2. Vaqt yoki g'oyalar tugagunga qadar ishlashda davom etish.
3. Iloji boricha ko'proq aloqalarni qurish uchun harakat qilib ko'ring.

#### **Nazorat savollari:**

1. Tug'ruq jarohatlarining etiologiyasi
2. Teri va teri osti to'qimalarining jarohatlanish turlari

3. Travmatik miya shikastlanishining umumiy tasnifi
4. Travmatik miya shikastlanishining klinik belgilari
5. Orqa miya shikastlanishlarida nima kuzatiladi
6. Mushak tizimi jarohatlari klinikasi
7. Ichki jarohatlar klinikasi
8. Periferik asab tizimi jarohati klinikasi
9. Tug'ruq jarohatlarini davolash
10. Tug'ruq jarohatlarining oldini olish

**Mavzu bo'yicha test savollari:**

1. Tug'ruq travmasida markaziy asab tizimida kelib chiqadi (to'g'ri javoblarni tanlang)
  - (a) epidural qonash\*
  - b) subdural qonash\*
  - c) yurak tonlari bo'g'iqlashuvi
  - d) qusish
  - d) miyacha chodirining yorilishi\*
2. Tug'ruq travmasida markaziy asab tizimida kelib chiqadi (to'g'ri javoblarni tanlang)
  - a) miyaning qorinchalarida qon quyilishi\*
  - b) subaraxnoidal qon quyilishlar\*
  - c) gipotermiya
  - d) bradikardiya
  - e) o'pkada nam xırıllashlar
3. orqa miya va umurtqa travmalari asosan sodir bo'ladi? (to'g'ri javoblarni tanlang)
  - (a) to'liq muddatli tug'ilgan chaqaloqlarda\*
  - b) erta tug'ilgan chaqaloqlarda
4. Homilaning bosh bilan kelishida xarakterli jarohat (to'g'ri javoblarni tanlang)
  - (a) bo'yin umurtqasining yuqori qismi \*
  - b) bo'yin umurtqasining o'rta qismi\*
  - c) ko'krak umurtqasining yuqori qismi
  - d) orqa miya qisilishi
  - e) intraspinal gemorragiya



5. Agar markaziy asab tizimining residual- organik zararlanish gumoni bo'lsa, tashxis quyidagi usullar yordamida aniqlanadi ... dan tashqari (to'g'ri javob tanlang)?

- a) neyrosonografiya
- b) fibrogastroduodenoskopiya \*
- c) miya tomirlarining dopplerografiyasi
- d) elektrokardiografiya\*
- e) bosh suyagi rentgeni va oftalmologik Tekshirish

6. Bolalarda markaziy asab tizimi perinatal jarohatlarining kech tiklanish davriga xos sindromga kirmaydi (to'g'ri javoblarni tanlang)?

- a) gipertenziv-gidrocefalik sindrom
- b) vegetativ-vistseral kasalliklar sindromi
- c) Daun sindromi\*
- d) harakat faoliyati buzilish sindromi
- e) Marfan sindromi\*

7. Chaqaloqlarda peri - va intraventrikulyar qon ketishlarning II-III darajasida klinik kartinada quyidagilar kuzatiladi (to'g'ri javob tanlang)

- a) tutqanoqlar\*
- b) katta liqildoqning bo'rtishi\*
- c) mushak gipotenziyasi\*
- d) harakat faoliyatining oshishi
- e) yuz nervining falaji

8. Instrumental tekshirishlarda yuqori ahamiyatli (to'g'ri javoblarni tanlang)?

- a) NSG\*
- b) MRT
- c) EKG
- d) FKG
- e) elektroneyromiografiya

9. Yuqori muchalarning proksimal qismi bo'sh parezi bilan diafragma parezi birgalikda kelishi necha foiz hollarda kuzatiladi (to'g'ri javob tanlang)?

- a) 5 % hollarda\*
- b) 25%hollarda
- c) 50% hollarda

d) 35% hollarda

10. Qo'lning distal qismi parezida namoyon bo'ladi (to'g'ri javoblarni tanlang)?

- a) qo'l barcha bo'g'imlarda egilib, tana bo'ylab yotadi\*
- b) panja passiv osilib turadi \*
- v) barmoqlardagi harakat cheklangan\*
- d) arefleksiya
- d) gipergidroz

11. Yelka chigalining total parezi xarakterlanadi (to'g'ri javoblarni tanlang)?

- a) kaft- og'iz refleksi zararlangan tomonda chaqirilmaydi
- b) qo'lning barcha qismlarida spontan harakatlarning yo'qligi\*
- c) mushaklarning diffuz gipotenziyasi\*
- d) sezuvchanlikning barcha turlarini buzish\*
- d) panja passiv osilib turadi

12. Intrakranial qon ketish tashxisini tasdiqlash uchun .... bajarish kerakmi? (to'g'ri javoblarni tanlang)

- (a) glyukoza miqdorini aniqlash
- b) elektrokardiografiya
- c) lumbal punksiya\*
- d) ko'z tubini tekshirish\*
- e) miyaning yadro magnit-rezonans tekshiruv\*

13. Nerv sistemasining travmatik jarohatlanishlariga kiradi (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) kalla ichi tug'ruq travmalari\*
- b) subaraxnoidal qon quyilishlar\*
- c) orqa miya qon ketishlari\*
- d) diafragma nervi zararlanishi
- e) harakat faoliyati ortishi

14. Intrakranial qon ketish tashxisini tasdiqlash uchun bajarish kerak bo'lgan tekshiruvlar (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) NSG\*
- b) bosh suyagining rentgenografiyasi
- c) qondagi glyukoza miqdorini aniqlash
- d) bosh miyaning yadro magnit-rezonans tekshiruv \*

e) lyumbal punksiya\*

15. Markaziy asab tizimining perinatal jarohatlari tiklanish davridagi sindrom (to'g'ri javoblarni tanlang)?

- a) gipertenziv-gidrosefal\*
- b) harakat faoliyati buzilish sindromi\*
- c) psixomotor rivojlanishida kechikish\*
- d) mekoniy yutilish sindromi
- e) Daun sindromi

16. Yangi tug'ilgan gestatsion muddati 31 haftalik chaqaloqda gipotenziya va onning pasayishi kuzatildi. Gemotakrit 35% , orqa miya suyuqligi umumiy tahlilida eritrotsitlar hujayralari soni, glyukoza va oqsil kamaygan. Tashxisingiz? (to'g'ri javob tanlang)

- a) intrakranial qon ketishi\*
- b) meningit.
- c) sepsis.
- d) anemiya
- e) homila ichi infeksiyasi.

17. Yangi tug'ilgan chaqaloq hayotining 1-kunida bola boshining oldinda kelgan qismida palpatsiyada yumshoq to'qimalarda og'riqsiz, choklar orqali o'tuvchi shish aniqlandi. Uning ustki terisi sianotik, ko'p petixiya va ekximozli. 2 kundan so'ng davolashsiz ushbu o'zgarishlar o'z-o'zidan yo'qoldi. Tashxisingiz? (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) tug'ruq shishlari\*
- b) aponevroz ostida qon ketishi
- c) kefalogramatoma
- d) adiponekroz
- e) bosh suyagining deformatsiyasi

18. Bola 1 kunlik. 42 haftalik gestation yoshda tez tug'ilgan , vazni 3850 gramm, oldingi-bosh holatida tug'ilgan. Tekshiruvda: yuz sianotik, boshini keskin orqaga otadi. Monoton qichqiriq. Gorizontal nistagm, mushak gipertonusi va umumiy tremor kuzatiladi. Tashxisingiz? (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) intrakranial qon ketishi\*
- b) perinatal infeksiya

- c) chaqaloqning asfiksiyasi
- d) orqa miya jarohati
- e) meningoensefalit

19. yosh onadan (15 yosh) tug'ilgan bola , homiladorlik yoshi 39 hafta, vazn 4000 gr. Apgar shkalasida baholaganda ahvoli 6/8 ball. 6 soatdan keyin uning holati tezda yomonlashdi: to'satdan bezovtalik kuchaygan. Ko'rib chiqilganda - parietal sohada-kefalogematoma, o'ng ko'zning qorachig'ining kengayishi, chap tomonlama gemiparez, bradikardiya. Tashxisingiz (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) epidural qon ketish\*
- b) MNS gipoksik jarohati
- c) subdural qon ketishi
- d) meningit
- e) orqa miya shikastlanishi

20. Yangi tug'ilgan bola, vazni 4300 gr. Uzoq muddatli tug'ruqdan keyin yelkalarini to'sib qo'yish bilan tug'ildi. Tekshiruv vaqtida sianoz, to'shning tushishi va burun qanotlarining shishishi aniqlandi. Tashxis? (to'g'ri javoblarni tanlang)

- a) diafragma nervining falaji\*
- b) Erba falaji
- c) Dejerin-Klumpke falaji
- g) hiqildoq nervining bir tomonlama falaji
- e) hiqildoq nervining ikki tomonlama falaji

## ADABIYOTLAR RO'YXATI

### *Asosiy :*

1. Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Павлова Л.П. Акушерство 4-е издание, СПб, 2003. - 367с.
2. Барашнев Ю.И. Гипоксическая энцефалопатия: гипотезы патогенеза церебральных расстройств и поиск методов лекарственной терапии. Рос вестник перинатальной педиатрии, 2002, №1, С 6-13.
3. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. - СПб.: Нестор-История, 2009. - 252с.
4. Водолацкий М. П., Водолацкий В. М. Повреждения челюстно-лицевой области при родах и их последствия. - Ставрополь, 2009. - 111 с.
5. Кравченко Е.Н. Родовая травма акушерские и перинатальный аспекты. М., «ГОЭТР-Медиа», 2009. 116с.
6. Неонатология: национальное руководство. Антонов А.Г., Арестова Н.Н., Байбарина Е.Н. и др. / Под ред. Н.Н. Володина. 2009. - 848 с.
7. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. Руководство для врачей. - СПб., 2009, 253с.
8. Практическое руководство по неонатологии. Яцык Г.В., Одинаева Н.Д., Боровик Т.Э., Скворцова В.А., Беляева Е.А. 2008. - 344 с.
9. Сушко Е.П., Новикова В.И., Тупикова Л.М., Шишко Г.А., Шевченко Г.К. Неонатология. Минск, 1998. 415с.
10. Хасанов А.А. Родовая акушерская травма новорожденных. Казань, 1992 - 122с.
11. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. / Н.П.Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2009. Том 1. - 2009. - 736 с.
12. Schwartz P. Birth injuries of the newborn. — Jena: Springer Verlag, 1964. — 552 s.
13. Schmidt H. Untersuchungen zur pathogenese und Atiologie der geburtsraumatischen Hirnschadigungen Fruh-und Reifgeborenen.-Stuttgart, 1965. — 65 s.

### *Qo'shimcha :*

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. М: Триада-Х, 2001, 638с
2. Власюк В. В. Родовая травма как проблема акушерства, педиатрии и патологической анатомии // Вестник АМН СССР. — 1991. — № 5. — С. 36—41.
3. Новорожденный ребенок. Основы оценки состояния здоровья и рекомендации по профилактике и коррекции его нарушений: руководство. Черная Н.Л., Шилкин В.В. Издательство: СпецЛит. 2009. - 352 с.
4. Пальчик А.Б. Введение в неврологию развития. СПб., 2007, 367с.

## ASOSIY SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI

1. **PD** - periostal dimlanish
2. **SQ** – subaponevrotik qon quyilish
3. **KG** - kefalogematoma
4. **SDQ** – subdural qon quyilish
5. **EDQ** – epidural qon quyilish
6. **SAQ** – subaraxnoidal qon quyilish
7. **QIQ** – qorincha ichi qon quyilishi
8. **PIVQ** – periintraventrikulyar qon quyilish
9. **NSG** - neyrosonografiya
10. **KT** – kompyuter tomografiya
11. **O'SV** – o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
12. **MNS** – markaziy nerv sistemasi
13. **GIE** – gemorragik- ishemik ensefalopatiya

## Glossariy

<b>Chaqaloqlar tug'ruq travmasi</b>	Tug'ruq paytida a'zo va to'qimalarning jarohatlanishi. Eng xavfli tug'ruq travmasi bu maxsus davolashni talab qiladigan chaqaloqlardagi tug'ma kalla ichi qon quyilishlaridir.
<b>Tug'ruq shishi</b>	Noaniq chegarali , seroz- qonli suyuqlikning suyak usti pardasida to'planishi. Ushbu patologiyaga tug'ruq paytida homila boshining tug'ruq yo'llarida uzoq vaqt qolib, ezilishi sabab bo'adi.
<b>Kefalogematoma</b>	Chaqaloqning bosh suyagi sohasidagi suyak usti pardasiga qon quyilishi .
<b>Miya ichi travmatik gematomasi</b>	Bosh miya ezilishi oqibatida miyaning oq moddasida bo'shliq hosil qilib joylashuvchi travmatik qon quyilishlar
<b>Qon quyilishi</b>	Qon tomirlar o'tkazuvchanligi yoki butunligi buzilishi oqibatida to'qima va bo'shliqlarda qon yig'ilib qolishi.
<b>O'mrov suyagi sinishi</b>	Neonatal ortopedik jarohatlanish. Emizikli chaqaloqlarda zararlangan tomonda psevdofalajlik, krepitatsiya, suyaklar siljishi, to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskuli spazmi kuzatiladi. Suyakning noto'liq sinishi simptomtsiz kechishi mumkin.
<b>Erba falaji</b>	Beshinchi va oltinchi orqa miya nervlarining jarohatlanishi. Jarohatlangan qo'l harakatga keladi va bilakning rotatsiyasini bajara oladi, tirsak pronatsiya, kaft bukilgan holatida qoladi . Zararlangan tomonda Moro, biseps va bilak-kaft reflekslari chaqirilmaydi. Ushlash refleksi saqlangan.
<b>Qorinchalar ichi qon quyilishi</b>	Kichik gestatsion yoshdagi va gipoksik ta'sirlar natijasida chala tug'ilgan bolalarda kelib chiqadi. Keskin adinamiya, tonik tutqanoqlar, katta amplitudali yaqqol tremor, gipertenzion - gidrosefalik sindrom, g'ilaylik, vertical nistagm, termoregulyatsiya, nafas ritmi va yurak faoliyatining buzilishi, tug'ma so'rish va yutish , pay reflekslarining so'nishi.
<b>Subdural qon quyulishlar</b>	Uzoq cho'zilgan tug'ruqlar jarayonida miya qorinchalari, likvor yo'llari siljishi, kalla ichi bosimi ortishi kuzatilishi bilan xarakterlanuvchi tug'ruq jarohati. Uzunchoq miyada joylashgan hayotiy muhim a'zolar markazlarining bosilishi tufayli chaqaloqlar o'limiga sabab bo'ladi.
<b>Subaraxnoidal qon quyilish</b>	Uzoq cho'zilgan,ayniqsa akusherlik aralashuvlari sababli kelib chiquvchi tug'ruq jarohati bo'lib, ko'pincha muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi va

qo'zg'alish, tonik-klonik tutqanoqlar, yaqqol ifodalangan vegetativ - visseral buzilishlar, pay reflekslari va mushak tonusi ortishi, liqildoqlarning bo'rtishi, Grefe simptomi, g'ilaylik, gorizontal nistagm paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Orqa miya suyuqligidagi ahamiyatli o'zgarishlardan ksantoxromiya, qon aniqlanishi, 1000 ta va undan ko'p sitoz, keskin musbat Pandi reaksiyasi (oqsil 0,3- 1,3 g/l).

**Adiponekroz**

Teri osti- yog' kletchatkasining o'choqli nekrozi bo'lib, 1-5 sm kattalikdagi infiltratlar dumba, bel, yelka, qo'l-oyoqlar sohasidagi teri osti - yog' kletchasida joylashadi. Bola hayotining 1-2- haftalarida paydo bo'ladi.

**Neyrosonografiya**

Emizikli yoshdagi chaqaloqlarda katta liqildoq orqali miyani ultratovush yordamida tekshirish.

**Kompyuter tomografiya**

Oddiy rentgenologik usullardan farqli ravishda inson tanasining turli qismlarini ko'ndalang kesimda ko'rish imkonini beradi. Bunda organizmni 1 mm gacha qalinlikda tekshirish mumkin bo'ladi.

**Magnit-rezonans tomografiya.**

Bosh miya, orqa miya va boshqa ichki a'zolarni yuqori sifatli tasvirda ko'rish imkonini beruvchi elektromagnit to'lqinlaridan foydalaniluvchi usul .



## MUNDARIJA

Annotatsiya .....	4
Kirish .....	5
Tug'ruq travmalarining turlari va sabablari.....	6
1. "Tug'ruq travmasi" tushunchasiga ta'rif.Uning sabablari.....	7
2. Yumshoq to'qimalar jarohatlanishi.....	8
3. Tug'ma bosh miya jarohatlari.....	11
4. Davolash .....	29
5. Tug'ruq travmalari oqibatlarini va profilaktikasi.....	30
6. Bilimlar nazorati.Masalalar. Nazorat savollari.Testlar .....	31
7. Adabiyotlar ro'yxati.....	37
8. Shartli qisqartmalar ro'yxati .....	38
9. Glossariy.....	39

