



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

20 24_yil "09- " sentabr

№ 290

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun Milliy klinik protokol va Milliy klinik standartlarni tasdiqlash hamda tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti huzurida 2024-yil 5-fevralda bo'lib o'tgan 9-son yig'ilish bayonida berilgan xalqaro tajriba asosida 300 ta klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish topshirig'i ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator, statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 38 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha xorijiy tajriba asosida ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar **ro'yxati 1-ilovaga;**

2. Sog'liqni saqlash vazirligining joriy yil 29-martdagi 107-son hamda 14-iyundagi 195-son buyruqlari bilan tasdiqlangan 31 ta tibbiyot yo'nalishlaridan 71 ta nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollarga muvofiq ishlab chiqilgan Milliy klinik standartlar **ro'yxati 2-ilovaga muvofiq tasdiqlansin.**

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.A.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari:

mazkur buyruqning 1- va 2-ilovalaridagi Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalariga yetkazilishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari, Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari, Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh mutaxassis (konsultant)lari,

Barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida ko'rsatiladigan ambulator va statsionar yordam xususiyatlari hamda tibbiy yordam ko'rsatish hajmidan kelib chiqib 3 oy muddatda 1-ilovadagi 38 ta tibbiyot

yo'nalishlaridan 110 ta nozologiyalari bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollarga muvofiq Milliy klinik standartlari ishlab chiqilsin va tasdiqlansin;

2025-yil 10-yanvarga qadar mazkur buyruqning ilovalarida keltirilgan nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni barcha davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga bosqichma-bosqich joriy qilinsin, **bunda:**

Sog'liqni saqlash vazirining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug'idagi Metodologiyaning ikkinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning mazmun mohiyati yuzasidan onlayn/oflayn o'quv-seminarlar, master-klasslar o'tkazilsin;

Metodologiyaning uchinchi bosqichiga muvofiq mazkur buyruq bilan tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarga bo'yicha tashxislash va davolash jarayonini olib borishni yo'lga qo'yish maqsadida baholash va monitoringni o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari olib borilsin.

5. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni 2025-2026 o'quv yilidan boshlab O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiy oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, viloyatlar va Toshkent shahar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlariga mazkur buyruq bilan tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini nazorat qilish vazifasi yuklatilsin.

7. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni ishlab chiqish, amaliyotga joriy qilish yuzasidan o'quv seminarlar o'tkazish va monitoring jarayonlariga jalb etilgan mutaxassislarga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

8. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarda tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarning tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi hamda ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirish choralari ko'rilsin.

10. Matbuot xizmati bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan Milliy klinik protokollar va Milliy klinik standartlarni mazmun mohiyatini ommaviy axborot vositalari orqali targ'ibot qilishni ta'minlasin.

11. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Sog'liqni saqlash vazirining 2023-yil 13-dekabrda "Davolash profilaktika muassasalari uchun klinik protokollar va standartlarni tasdiqlash to'g'risida"gi 322-son buyrug'i o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

12. O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrda "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining tegishli ilovalaridagi nozologiyalari mazkur buyruqning 3-ilovasidagi klinik protokollar va standartlari nozologiyalarining ro'yhati joriy yilning 20-noyabridan boshlab o'z kuchini yoqotgan deb topilsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.



A.Xudayarov

O'zbekiston Respublika
Sog'liqni Saqlash vazirining
2024-yil "9" sentabrdagi
290-son bo'yrug'iga
1-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TIBBIYOT XODIMLARI KASBIY MALAKASINI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI**

**“TUG'RUQ ZALIDA YANGI TUG'ILGAN
CHAQALOQLAR REANIMATSIYASI VA ULARNING
HOLATINI BARQARORLASHTIRISH”
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

TOSHKENT - 2024



"KELISHILGAN"

**Tibbiyot xodimlarning kasbiy malakasini
rivojlantirish markazi
direktori
professor X.A.Akilov**

“ ” “ ” 202 yil

**“TUG‘RUQ ZALIDA YANGI TUG‘ILGAN CHAQALOQLAR
REANIMATSIYASI VA ULARNING HOLATINI
BARQARORLASHTIRISH” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT - 2024

Mundarija

Asosiy tavsiyalar	10
Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar yurak-qon tomir reanimatsiyasi.....	11
Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda yurak-qon tomir reanimatsiyasi asosiy xulosalarining qisqacha mazmuni.....	11
XKT-10 bo‘yicha kodlanishi	6
Asosiy atamalar va ta’riflar	13
Tug‘ruq asfiksiyasi.....	13
Issiqlik nazorati	15
Tana haroratini ushlab turish.....	15
Yangi tug‘ilgan chaqaloq tana haroratini saqlab turishga talablar.....	15
Shartlar	16
Reanimatsion tadbirlar zaruratini prognozlash.....	16
Yangi tug‘ilgan chaqaloq holatini baholash.....	17
Chaqaloq tug‘ilishi bilan birlamchi baholash	18
Yangi tug‘ilgan chaqaloqning boshiga to‘g‘ri pozitsiyani berish.....	19
Nafas olish yo‘llarining sanatsiyasi (tarkibni orofarenksdan evakuatsiya qilish)	20
Amniotik suyuqlikdagi mekoniy.....	20
“A” blokining samaradorligini baholash	21
Ijobiy bosimli ventilyatsiya.....	23
O‘z-o‘zidan kengayadigan qopcha	24
CPAP va PEEP/nafas yo‘llari uchun yordamchi qurilmalar va ventilyatsiyani ushlab turish.....	24
Yuz niqobi orqali ventilyatsiya	25
"B" blokining samaradorligini baholash	28
Traxeya intubatsiyasi	30
"C" blokining samaradorligini baholash:	32
Reanimatsiyani to‘xtatish.....	34
Jarayonning samaradorligi ko‘rsatkichlari.....	35
Reanimatsiyani boshlashdan bosh tortish	35
Ota-onalar bilan muloqot.....	36
Etik jihatlari.....	36

Ota-onalar ishtiroki	36
Reanimatsiyadan keyingi davrda davolash	37
Glyukoza	37
Sun'iy gipotermiya.....	37
Tugʻruq zalida tugʻma nuqsoni mavjud yangi tugʻilgan chaqaloqlarni reanimatsiya qilish va holatini barqarorlashtirish xususiyatlari.....	38
Qiziloʻngach atreziyasi.....	38
Gastroshizis	38
Omfalotsele	39
Tugʻma diafragma churrasi.....	40
Orqa miya churrasi.....	41
Bel-dumgʻaza qismi teratomasi	41
Protokoldagi tavsiyalarni amalga oshirish uchun zarur boʻlgan resurslar.....	42
Ilovalar	44
Klinik protokolni ishlab chiqish metodologiyasi	44
Ushbu protokolni amalga oshirish quyidagilarni nazarda tutadi:	46
Nazorat roʻyxati va asosiy dorilar roʻyxati	47
Standart operatsion muolajalar.....	49
Palliativ yordan koʻrsatish boʻyicha tibbiy xizmatlarga rozilik/rad etish	51
Bola hayotining yakunida parvarishlash rejasi (EoL).....	52
Uskunalarni dezinfeksiyalash va sterilizatsiya qilish.....	53
Yangi tugʻilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi algoritmi.....	54
Foydalanilgan adabiyotlar	55

XKT-10 bo'yicha kodlanishi

P21.0	Tug'ruqda og'ir asfiksiya
P91.0	Serebral ishemiya
P91.6	Yangi tug'ilgan chaqaloqning gipoksik ishemik ensefalopatiyas

Ishlab chiqilgan sana	01.07.2024
Rejalashtirilgan qayta ko'rib chiqish sanasi	keyingi ko'rib chiqish 2029-yilga rejalashtirilgan yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lganida o'tkaziladi

Klinik protokolni ishlab chiqish bo'yicha ishchi guruh tarkibi:

1.	Nasirova U.F., DSc	TXKM RM ilmiy ishlar va innovatsiyalar bo'yicha direktor o'rinbosari
2.	Salixova K.Sh., DSc	RIPIATM, ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari
3.	Axmedova D.I., DSc, professor	ToshPTI 2-sonli gospital pediatriya va xalq tabobati kafedrasini mudiri
4.	Raxmankulova Z.J., DSc, professor	ToshPTI neonatologiya kafedrasini
5.	Alimov A.V., DSc, professor	TXKM RM neonatologiya kafedrasini
6.	Kasimova N.A., PhD	RPM direktor o'rinbosari
7.	Usmanova M.Sh.	SHPM direktor o'rinbosari
8.	Latipova G.G., PhD	TXKM RM neonatologiya kafedrasini assistenti
9.	Abduraxmanova F.R., PhD	RIPIATM neonatologiya bo'limi mudiri
10.	Saidumarova D.S.	TXKM RM neonatologiya kafedrasini assistenti
11.	Alimova R.P., PhD	RIOvaBSIATM neonatologiya bo'limi mudiri
12.	Batmanov A.G.	TXKM RM neonatologiya kafedrasini assistenti
13.	Xodjamova N.K., PhD	ToshPTI neonatologiya kafedrasini assistenti
14.	Razakova M.S.	TXKM RM neonatologiya kafedrasini assistenti
15.	Usmonov S.K.	akusher-ginekolog, Sog'liqni saqlash loyihalari markazi bosh mutaxassisi

Taqrizchilar:

1.	Xatuna Lomauri, MD, PhD, professor	Tbilisi davlat tibbiyot universiteti neonatologiya kafedrasini mudiri
2.	Tatyana Karaus, PhD	Moldova Respublikasi ona va bola instituti, JSST eksperti
3.	Xamraeva G.Sh., DSc	Pediatrida anesteziologiya va reanimatologiya kafedrasini mudiri

Protokol “ISHONCH. Uzbekistan Vision 2030” loyihasi doirasida, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi hamda JSST ekspertlari bilan hamkorlikda Birlashgan millatlar tashkiloti Bolalar jamg‘armasi UNICEF moliyaviy ko‘magi ostida tayyorlangan.

Protokolni ishlab chiqishdan maqsad: tug‘ruq zalida standartlashtirilgan dastlabki reanimatsiya yordamini ko‘rsatish jarayonlari, mos o‘quv kurslarini o‘tagan, zaruriy bilim va ko‘nikmalarga ega bo‘lgan hamda zarur uskuna va dori-darmonlarga kirish imkoniyatiga ega bo‘lgan tibbiyot xodimlari tomonidan amalga oshirilishi kerak. Bu tibbiy yordam sifatini yaxshilashga xizmat qiladi.

Bemorlar toifasi: yangi tug‘ilgan chaqaloqlar.

Protokolning maqsadli auditoriyasi: akusher-ginekolog, doya, anestaziolog-reanimatolog, neonatolog, neonatal hamshira va boshqa mutaxassislar.

Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi:

Tavsiya manbalari dalillarga asoslangan tibbiyotning joriy tadqiqotlari bilan to‘ldirildi. PubMed, Cochrane Library, UpToDate kabi turli tibbiy ma‘lumot bazalarida qidiruv o‘tkazildi.

Ishchi guruh bir qancha klinik savollarga, jumladan kechiktirilgan kindikni qisishni qo‘llash bilan holatni optimallashtirish, samarali ventilyatsiyani o‘rnatish orqali adekvat oksigenatsiyani suhlab turish, yurak ritmini tiklash va dori vositalarini qo‘llash kabi masalalarga yechim topish maqsadida consensus asosida tavsiyalarni qabul qildi.

Milliy klinik protokol quyidagi hujjatlar asosida ishlab chiqilgan:

1. Madar J, Roehr CC, Ainsworth S, Ersdal H, Morley C, Rüdiger M, Skåre C, Szczapa T, Te Pas A, Trevisanuto D, Urlesberger B, Wilkinson D, Wyllie JP. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. Resuscitation. 2021 Apr; 161:291-326. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33773829.

Havola:

[www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(21\)00067-8/fulltext](http://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(21)00067-8/fulltext)

2. Gary M. Weiner, MD, FAAP, Jeanette Zaichkin, RN, MN, NNP-BC Textbook of Neonatal Resuscitation, Publisher: American Academy of Pediatrics, 2021, The NRP 8th Edition.

Havola: <https://doi.org/10.1542/9781610025256>.

**TAVSIYALARNING ISHONCHLILIK DARAJASI (TID) VA
DALILLARNING ISHONCHLIK DARAJASI (DID) SINFLARINI
BAHOLASH SHKALASI**

DID	TIDni aniqlash mezonlari	TID
Eng ishonchli dalillar: referens usul nazorati bilan tadqiqotlarni tizimli ko‘rib chiqish	Ikki shartni bir vaqtda bajarish: 1. Barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilgan	A
	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	B
	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	C
Referens usul nazorati bilan alohida tadqiqotlar	Ikki shartni bir vaqtda bajarish: 1. Barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilgan	A
	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	B
	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	C
Referens usul ketma- ket nazoratisiz tadqiqot yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul bilan tadqiqot	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Hamma tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	B
	Hech bo‘lmasa bitta shartning bajarilganligi: 1. Barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega 2. Qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha tadqiqot xulosalari kelishilmagan	C

QISTQARMALAR RO'YXATI

YUNY	–	yuqori nafas yo'llari
MBOV	–	musbat bosim ostida ventilyatsiya
QIQQ	–	miya qorinchasiga qon quyilishi
TRN	–	tug'ma rivojlanish nuqsonlari
GD	–	gestatsion davr
AT	–	asoslar tanqisligi
O'SV	–	o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi
ASM	–	amniotik suyuqlikda mekoniy
XKT	–	xalqaro kasalliklar tasnifi
TTV	–	tug'ilgandagi tana vazni
BYUM	–	bilvosita yurak massaji
NEK	–	nekrotik enterokolit
TJKTV	–	tug'ilgandagi juda kichik tana vazni
YATCHRva ITB	–	yangi tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi
AQH	–	aylanadigan qon hajmi
PVK	–	periferik venoz kateter
YATCHITP	–	yangi tug'ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya palatasi
TJPMOK	–	to'g'ri joylashgan platsentaning muddatidan oldin ko'chishi
YATCHBR	–	yangi tug'ilgan chaqaloqning birlamchi reanimatsiyasi
TQT		traxeya-qizio'ngach teshigi
DD	–	dalillar darajasi
O'FQS	–	o'pkaning funksional qoldiq sig'imi
NOS	–	nafas olish soni
YuUS	–	yurak urishi soni
EKG	–	elektrokardiografiya
TEKTV	–	tug'ilgandagi ekstremal kam tana vazni
ETN	–	endotraxeal naycha
CPAP	–	nafas yo'llaridagi doimiy musbat bosim (continuous positive airway pressure)
CO₂	–	karbonat angidridi
REER	–	nafas chiqarish yakunidagi musbat bosim (positive end expiratory pressure)
PIP	–	nafas chiqarishdagi maksimal bosim
PPV	–	musbat bosimli o'pka ventilyatsiyasi
SpO₂	–	periferik qon gemoglobininining kislorod bilan to'yinishi
VR	–	O'SV uskunasida o'rnatilgan nafas chastotasi

NLS 2021



5 Asosiy tavsiyalar

- 1.** Kindikni kechiktirib qisish ayniqsa, muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarda holatni optimallashtirishi mumkin
- 2.** Tana haroratini samarali saqlash — chaqaloqni quritish va taktil stimulyasiya
- 3.** Nafas olish va yurak urish chastotasini baholang — yurak urish tezligining oshishi etarli oksigenasiyadan dalolat beradi
- 4.** Nafas yo'llarining o'tishi va nafasni qo'llab-quvvatlashni ta'minlash uchun oddiy choralar aksariyat muammolarni hal qilishga yordam beradi
- 5.** Ko'krak qafasini kompressiya qilishni faqat samarali ventilyasiya ta'minlangandan keyin va og'ir bradikardiya kuzatilganda amalga oshirish kerak

Ko'pgina chaqaloqlar tug'ilgandan keyin tashqi muhitga asoratlarsiz moslashadi, ammo ba'zilar holatini barqarorlashtirish yoki reanimatsion yordamga muhtoj bo'ladi. Chaqaloqlarning taxminan 85% da nafas funksiyasi aralashuvlarsiz o'z-o'zidan tiklanadi; yana 10% quritish, stimulyatsiya qilish va nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun o'tkaziladigan muolajalar yordamida tiklanadi; taxminan 5% ga musbat bosimli ventilyatsiya talab qilinadi. Intubatsiya chastotasi 0,4 dan 2% gacha tashkil etadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 0,3% da kamrog'i ko'krak qafasi kompressiyalari o'tkaziladi va faqat 0,05% adrenalin yuboriladi.

Mazkur klinik protokolda reanimatsiya algoritmini qo'llash bo'yicha dolzarb tavsiyalar, jumladan, prognozlash va tayyorgarlik ko'rish, tug'ruq vaqtida kindikni parvarishlash, dastlabki harakatlar, yurak urish sonini monitoring qilish, respirator yordam, ko'krak qafasi kompressiyasi, tomir ichiga kirish va davolash, reanimatsiyani to'xtatib turish yoki tugatish, reanimatsiyadan keyingi parvarish, estetik masala va harakatlar keltirilgan.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar yurak-qon tomir reanimatsiyasi

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yurak-qon tomir reanimatsiyasi asosiy xulosalarining qisqacha mazmuni

- Yangi tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasidan avval yakka va guruhda ta'lim oladigan mutaxassislar ishtirokida prognozlash va tayyorlash kerak.
- Ko'pchilik yangi tug'ilgan chaqaloqlar zudlik bilan kindikni qisish yoki reanimatsiya qilishni talab qilmaydi; yangi tug'ilgan chaqaloqning ona tanasi bilan aloqasi vaqtida ularning holatini baholash va kuzatish mumkin.
- Tana vazni 2000 gr dan yuqori va gestatsiya muddati ≥ 34 hafta bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Laringeal niqob qo'llaniladi.

Kindik parvarishi

- Kindikni kamida 60 soniyadan so'ng, ideal holatda o'pka ventilyatsiyasidan so'ng qisish tavsiya etiladi. Agar kindikni qisishni kechiktirib bo'lmasa, 28 haftadan oshgan homiladorlikda yangi tug'ilgan chaqaloqlar kindigini siqib olish imkoniyatini ko'rib chiqish kerak.
- Qog'anoq suvlari mekoniy bilan ifloslangan suvda tug'ilgan chaqaloqlar.
- Tiriklik belgilari bo'lmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda so'rg'ich bilan yoki usiz shoshilinch laringoskopiyaning o'tkazish tavsiya etilmaydi. Bu o'pka ventilyatsiyasini kechiktirishi mumkin.

Laringeal niqobni qo'llash

- Agar yuz niqobi orqali ventilyatsiya muvaffaqiyatsiz bo'lsa, yoki traxeya intubatsiyasi muvaffaqiyatsiz bo'lsa yoki mumkin bo'lmasa, laringeal niqob ≥ 34 haftalik tug'ilgan chaqaloqlarda (2000 gr atrofida, garchi ba'zi qurilmalar 1500 gr gacha tana vazniga ega bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda muvaffaqiyatli foydalanilgan) nafas yo'llari o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun muqobil usul sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

Nafas olishdagi bosim

- Agar nafas yo'llarining ochiqligiga qaramay dastlabki havo yuborishga reaksiya bo'lmasa, nafas olishdagi bosimni asta-sekin oshirish tavsiya etiladi.
- gestatsiya davri 32 haftadan kam bo'lgan chala tug'ilgan chaqaloqlar uchun 25 sm H₂O boshlang'ich bosim tavsiya etiladi.

Chala tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi uchun havo/kislorod

- Tavsiyalar homiladorlik muddati 32 hafta va undan yuqori bo'lgan hollarda havoda, 28-31 haftalik muddatda nafas yo'llarida 21-30% kislorod va <28 haftadan kichik bo'lganda nafas yo'llarida 30% kislorodli reanimatsiyani boshlashni o'z ichiga oladi.
- Konsentratsiyani 5 daqiqa ichida 80% to'yinganlikka erishish uchun titrlash kerak, chunki bunga erishilmasa, salbiy oqibatlar yuzaga kelishi mumkinligi haqida ma'lumotlar mavjud.

Yurakniyu bilvosita massaji

- Agar yurakning bilvosita massaji talab etilsa, nafas yo'llaridagi kislorod konsentratsiyasini 100% gacha oshirish va traxeya intubatsiyasini o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish zarur.

Qon tomirlarga kirish

- Kindik venasi optimal kirish yo'li hisoblanadi. Lekin suyak ichiga kirish dori vositalari/suyuqliklar favqulodda kirishning optimal usuli sanaladi (muolajani bajarish texnikasiga ega bo'lgan mutaxassis va uskuna mavjud bo'lganida).

Adrenalin

- Agar ko'krak qafasi kompressiyasi va ventilyatsiya optimallashtirilganidan keyin yurak qisqarish chastotasi oshmasa, adrenalinni 10-30 mkg/kg dozada vena ichiga yuborish tavsiya etiladi. Reaksiya bo'lmaganda har 3-5 daqiqada takrorlanadi.

Reanimatsiya vaqtida glyukoza

- Uzoq muddatli reanimatsiyada gipoglikemiya xavfini kamaytirish uchun vena ichiga 250 mg/kg (2,5 ml/kg 10% glyukoza) yuborish tavsiya etiladi.

Prognoz

- 10-20 daqiqa davom etgan intensiv reanimatsiyaga qaramay reaksiyaning yoʻqligi salbiy natija xavfining yuqoriligi bilan bogʻliq. holatning qaytariladigan sabablari istisno qilinganidan soʻng va barcha tavsiya etilgan reanimatsiya boshqichlari bajarilganligiga qaramay reaksiya boʻlmaganida jamoa va oila bilan davolashni toʻxtatish masalasini muhokama qilish maqsadga muvofiq.
- Neonatal reanimatsiyada yangi tugʻilgan chaqaloqlar gipotermiyasini bartaraf etish lozim.
- Yordam kerak boʻlgan yangi tugʻilgan chaqaloqlar uchun oʻpka ventilyatsiyasini oʻtkazish juda muhim. Ventilyatsiya samaradorligi va reanimatsion tadbirlarga javobning eng muhim indikatori yurak qisqarish chastotasini oshirish sanaladi.
- Yurak qisqarish chastotasini baholash stetoskop, pulsoksimetriya nazorati va EKG (mavjud boʻlsa) yordamida amalga oshiriladi.
- Oldingi harakatlar bilan bartaraf etilmagan anamnezida qon yoʻqotish yoki shok boʻlgan yangi tugʻilgan chaqaloqlarga sirkulyatsiyalanadigan qon hajmini toʻldirish (0,9% fiziologik eritma, eritrotsitar massa) talab etilishi mumkin.
- Reanimatsiyada tiriklik belgilarisiz tugʻilgan bolalar (tugʻilishning ikkinchi bosqichida homilaning yurak urishi borligi) ham natijasi qanday boʻlishidan qatʼiy nazar, reanimatsiya protokolini toʻldirishlari va tibbiy kartaga ilova qilishlari kerak. Agar tirik tugʻilish belgilari boʻlmagan chaqaloqqa reanimatsiya choralari samarasiz boʻlsa, tibbiy hujjatlarda natija "oʻlik tugʻilgan" deb qayd etiladi va bola oʻlik tugʻilgan deb hisoblanadi.
- Tugʻruq zalida mexanik ventilyatsiya qilingan oʻlik tugʻilgan bolani patologik tekshiruvdan oʻtkazishda Galen testi (suzish testi), shuningdek Bushu-Xaberda testi tirik yoki oʻlik tugʻilishni aniqlash uchun mezon boʻla olmaydi [13].

Asosiy atamalar va taʼriflar

Reanimatsiya – qon aylanishi yoki nafas olish toʻxtaganda ularni tiklash yoki barqarorlashtirish, shu orqali qon taʼminoti hamda miya va yurak kabi tananing muhim aʼzolariga kislorod kirishini taʼminlash uchun favqulodda choralar majmui.

Tugʻruq asfiksiyasi

Asfiksiya – gaz almashinuvining buzilishi bilan tavsiflanadi, bu nafaqat kislorod miqdori kamayishi, balki atsidozning kuchayishi bilan qonda karbonat angidridning koʻpayishi bilan ham namoyon boʻladi.

Keyinchalik, doimiy asfiksiya deyarli har doim tizimli bosimning (gipotenziya) va ishemianing pasayishiga olib keladi.

Gipoksiya – organizm toʻqimalaridagi qonda kislorod darajasining anomal pastligi

Ishemiya – a’zoga qon kelishining qisman va to’liq to’xtashi. Bu a’zoga ham kislorod (gipoksiya), ham substrat yetkazilishini ishdan chiqaradi.

Perinatal asfiksiyaning asosiy mezonlari [1]:

- 5 va 10 daqiqada Apgar shkalasi bo’yicha bahosi <5.
- Homila kindik arteriyasining pH <7,0, yoki asoslar tanqisligi ≥ 12 mmol/l, yoki ikkalasi.
- Bosh miya magnit rezonans tomografiyasi (MRT) yoki MR-spektroskopiyasida kuzatiladigan o’tkir gipoksiya-ishemiyaga mos keladigan bosh miya zararlanishi.
- Multitizim a’zo yetishmovchiligining mavjudligi.
- Sanab o’tilgan markerlarning hech biri yangi tug’ilgan chaqaloqlarda asfiksiyani baholash, bosh miya zararlanishi darajasini prognozlash uchun ham “oltin standart” emas.
- Apgar bo’yicha baholashni asfiksiya tashxisini asoslash uchun yagona mezon sifatida foydalanmaslik kerak. Gaz almashinuvining buzilishi (qonning kislota-ishqor holati) belgilari bo’lmasa, “asfiksiya” atamasini ishlatilmaslik kerak.

1-jadval. Tug’ruq zalida yurak-o’pka reanimatsiyasi xavfi yuqori bo’lgan perinatal davr holati [1]

Antenatal (tug’ruqqacha) xavf omillari	Intranatal xavf omillari
Gestatsion davr <36 ^{+0/7} hafta	Shoshilinch ko’rsatmaga muvofiq kesarcha kesish
Gestatsion davr $\geq 41^{+0/7}$ hafta	Qisqich qo’yish yoki vacuum-ekstraksiya
Preeklampsiya yoki eklampsiya	Homilaning tos yoki boshqa anomal holatda yotishi
Onada arterial gipertenziya	Homila yurak ritmi II yoki III darajali buzilishi
Ko’p homilalik homiladorlik	Tug’ruq vaqtida umumiy anesteziya
Homilada anemiya	Onaga magneziya buyurish
Ko’psuvlik	NJYBK (yo’ldosh ko’chishi)
Kamsuvlik	Tug’ruq vaqtida massiv qon ketishi
Homila shishi	Xorioamnionit
Homila makrosomiyasi	Tug’ruqdan oldin 4 soat ichida onaga giyohvand moddalar yuborish
Homila bo’yining cheklanganligi sindromi	Yelka distotsiyasi
Homilaning og’ir nuqsonlari yoki anomaliyalari	Qog’anoq suvlari mekoniy bilan ifloslanishi
Prenatal tibbiy kuzatuvning o’tkazilmaganligi	Kindik tizimchasi tushib qolishi

Reanimatsiya maqsadi – tananing hayotiy funksiyalarini to‘liq tiklash, uning buzilishi tug‘ruq paytida perinatal gipoksiya va asfiksiya tufayli yuzaga kelishi mumkin.

Bolani olib tashlangandan so‘ng, uning tug‘ilgan vaqtini yozib olish, tirik tug‘ilish belgilarini baholash va agar ko‘rsatilsa, reanimatsiya choralarini boshlash kerak.

Reanimatsiyani o‘tkazishga ko‘rsatmalar [2]:

- yangi tug‘ilgan chaqaloq nafas olish va qon aylanishining bachadondan tashqari sharoitga moslashishining buzilishi
- gestatsiya davrida tug‘ilgan ko‘rsatma bo‘lgan chaqaloqlarning barchasiga tug‘ruq zalida reanimatsion tadbirlar o‘tkazilishi zarur
- 22 hafta va undan katta muddatda tug‘ilgan hech bo‘lmasa bitta tirik tug‘ilish belgisi bo‘lganlarga
- tirik tug‘ilish belgilari: nafas olish, yurak urishi, mushaklarning ixtiyoriy harakatlari yoki kesilgan yoki yo‘ldosh ajralganligidan qat’iy nazar kindik pulsatsiyasi.

Reanimatsiyani o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar [2]:

Tasdiqlangan homiladorlik muddati 22 haftadan kam bo‘lgan va tana vazni 500 grammdan kam bo‘lgan muddatidan avval tug‘ilgan chaqaloqlar, shuningdek, o‘lim xavfi yuqoriligi bilan bog‘liq bo‘lgan hayotga mos kelmaydigan tug‘ma nuqsonlari va xromosoma anomaliyalari bo‘lgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar (Edwards sindromi, Patau sindromi, anensefaliya).

Issiqlik nazorati

Tana haroratini ushlab turish

- tug‘ruqdan keyin chaqaloq tana haroratini muntazam nazorat qilib borish va holatni baholash hamda prognoz ko‘rsatkichi sifatida qabul qilish vaqtida haroratni qayd etish kerak.
- yangi tug‘ilgan chaqaloq harorati $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ orasida saqlab turilishi kerak.
- gipotermiya ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) va gipertermiyadan ($>38,0^{\circ}\text{C}$) qochish lozim. Agar shunday holat yuzaga kelsa, reanimatsiyadan keyin terapevtik gipotermiya o‘tkazish masalasini ko‘rib chiqish mumkin.

Yangi tug‘ilgan chaqaloq tana haroratini saqlab turishga talablar

- Reanimatsiyaga muhtoj bo‘lgan bolada gipotermiyani oldini olish maqsadida onada dastlabki yordamni ko‘rsatish imkoni bo‘lmasa, reanimatsion stolga nurli issiqlik manbai ostiga yotqizish va issiq taglik bilan quritish, undan so‘ng ho‘l taglikni stol yuzasidan olib tashlash kerak.
- Yangi tug‘ilgan chaqaloq bo‘lgan xona (masalan, tug‘ruq zali) harorati $23-25^{\circ}\text{C}$ ni tashkil etishi lozim. Gestatsiya muddati $28 \geq$ haftalik tug‘ilgan chaqaloqlar uchun harorat $>25^{\circ}\text{C}$ bo‘lishi kerak.
- Yangi tug‘ilgan chaqaloqning tug‘ilgandagi tana haroratini hujjatlashtirish zarur (**DID-B**).

- Muddatidan avval tug‘ilgan chaqaloqlarda, ayniqsa, kislorod iste’molini oshirib, reanimatsiya samaradorligiga salbiy ta’sir ko‘rsatadigan gipotermiya xavfi mavjud. Bu holat ekstremal kam (<1000 g) va juda kam tana vazni (<1500 g) tug‘ilgan chaqaloqlar uchun juda xavflidir.

Shartlar

- Chaqaloqni yelvizak ta’siridan himoya qiling. Oynalar yopiqligi, konditsioner tizimi mos ravishda sozlanganligiga ishonch hosil qiling.
- Chaqaloq bo‘lgan xonada (masalan, tug‘ruq zali yoki operatsiya xonasida) haroratni 23-25°C da bo‘lishini ta’minlang.
- Gestatsiya muddati ≤ 28 hafta bo‘lgan chaqaloqlar uchun tug‘ruq zali va operatsiya xonasida harorat $> 25^{\circ}\text{C}$ bo‘lishi zarur.

Muddatiga yetib tug‘ilgan va > 32 homiladorlik haftasida kechki muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar :

- Bolani tug‘ilgandan keyin darhol quriting. Issiqlik yo‘qotilishining oldini olish uchun bolaning boshi va tanasini, yuzidan tashqari, issiq, quruq sochiq bilan yoping
- Agar yangi tug‘ilgan chaqaloqning holati reanimatsiyani talab qilmasa, ayniqsa, erta tug‘ilgan va kam vaznli chaqaloqlarda, ikkalasi ham chaqaloq terisini onasi terisiga tuting va ikkalasi ham normatermik bo‘lishini ta’minlash uchun issiq tagliklar bilan yoping va tana haroratini kuzatib boring.
- Agar chaqaloqqa reanimatsion yordam yoki boshqa holatlarni talab qilsa, uni oldindan isitilgan nurli issiqlik manbai ostiga yotqizish kerak.

Gestatsiyaning ≤ 32 haftasidagi muddatiga yetmay tug‘ilgan chaqaloqlar:

- To‘liq poliyetilen plyonka bilan yoping (yuzdan tashqari), quritmag va nurli issiqlikdan foydalaning.
- Agar kindikni siqish kecgiktirilgan bo‘lsa va bu vaqtda nurli mavjud bo‘lmasa, boshqa termal barqarorlik choralari talab qilinadi.
- ≤ 32 haftalik chaqaloqlar uchun xona haroratini oshirish, issiq adyol, bosh kiyimi va termal matras kabi qo‘shimcha chora-tadbirlar majmui talab qilinishi mumkin.
- Voyaga yetmagan chaqaloqlarda gipotermiyani oldini olish uchun “teriga teri” tegishi mumkin, ammo ehtiyot bo‘lish kerak.
- Respirator yordamini oladigan chaqaloqlar uchun issiq va namlangan gaz ta’minotidan foydalanish muhimdir.
- Juda erta tug‘ilgan chaqaloqlarni qabul qilishda nazorat ro‘yxatidan foydalanish va jamoaga doimiy fikr bildirish gipotermiyani sezilarli darajada kamaytirdi.

Reanimatsion tadbirlar zaruratini prognozlash

Yangi tug‘ilgan chaqaloqqa samarali parvarish qilishni ta’minlashning eng muhim sharti — bu tug‘ruqdan oldin reanimatsion tadbirlar zarurligini oldindan

prognostlash hisoblanadi, bu ayniqsa ENMT bilan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun to‘g‘ri keladi

Yangi tug‘ilgan chaqaloqni reanimatsiya qilish zaruratini ko‘ra bilish akusherlar jamoasining quyidagi 4 ta savolga javoblari bilan belgilanadi:

- gestatsion davr?
- amniotic suyuqlik tozami?
- qo‘shimcha xavf omillari mavjudmi?
- kindikni qisish rejasi?

Xavf omillarini baholash va akusherlar jamoasining yuqoridagi savollarga javoblari klinik ssenariyni oldindan muhokama qilish, guruh rahbarini aniqlash, har bir guruh a‘zosiga mas’uliyatni belgilash va tekshirishga standartlashtirilgan yondashuv bilan jamoa tarkibini aniqlaydi, shuningdek PRN uchun muhim ta‘minot va jihozlarning mavjudligi va ishlashini tekshirishga standartlashgan yondashuvni belgilab beradi.

Neonatal reanimatsiyaga bo‘lgan ehtiyoj chaqaloq tug‘ilgandan keyin darhol berilgan quyidagi 3 savolga javoblarni baholash orqali aniqlanadi:

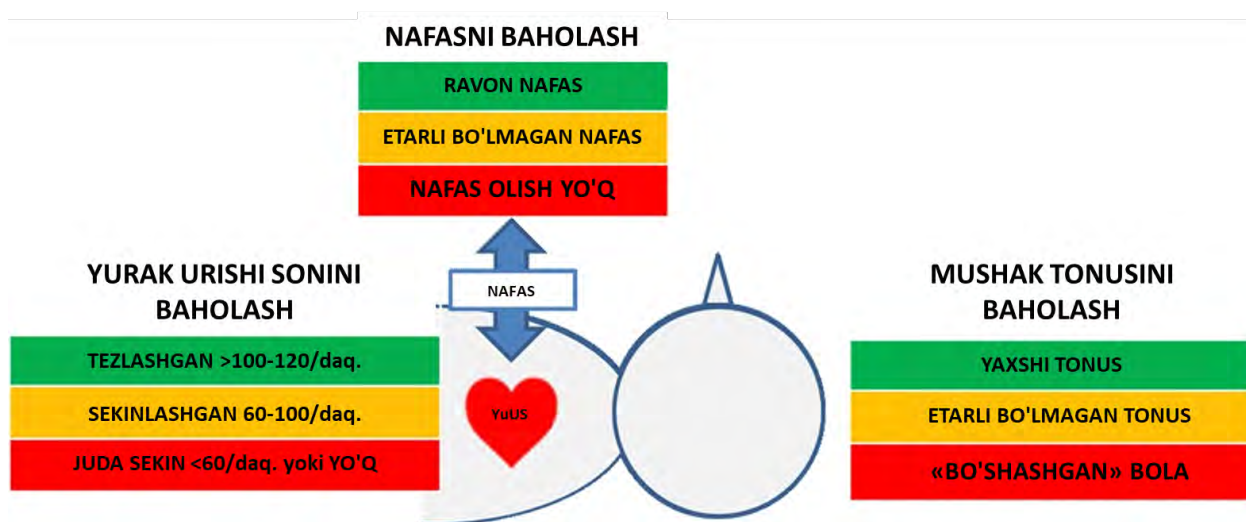
- yangi tug‘ilgan chaqaloq to‘liq muddatlimi?
- uning mushak tonusi yaxshimi?
- chaqaloq nafas olmoqdami yoki qichqiryaptimi?

Yangi tug‘ilgan chaqaloq holatini baholash

Yangi tug‘ilgan chaqaloqning holatini baholash shoshilinch yordamning asosiy elementi bo‘lib, keyingi barcha davolash taktikasini belgilaydi. Chaqaloq tug‘ilgandan so‘ng darhol nafas olish, yurak qisqarish chastotasi (YUQCH) va mushak tonusining mavjudligini baholash kerak.

Kindik qisilgunga va kesilgunga qadar amalga oshirilishi mumkin (odatda quyidagi ketma-ketlikda bajariladi):

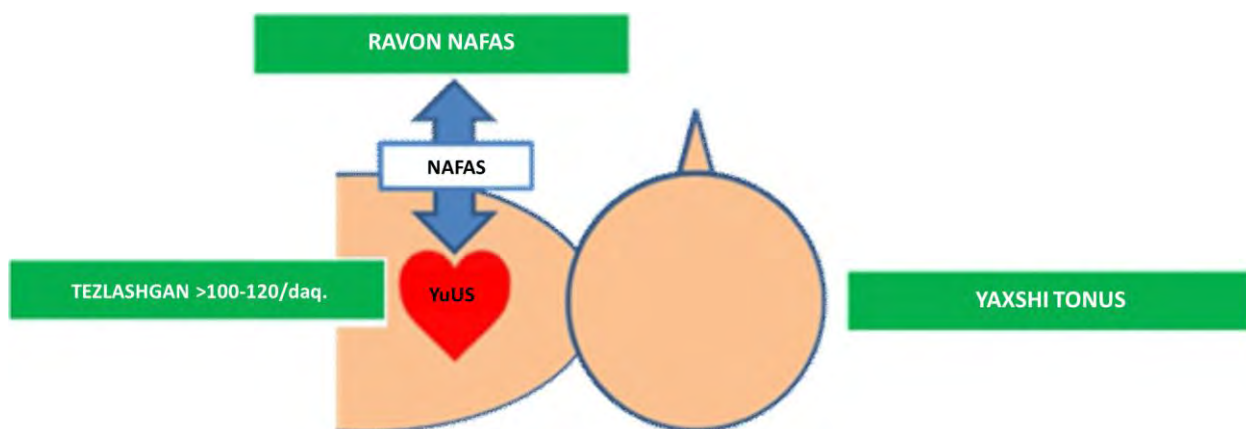
- tonusni (rangini) kuzatish
- nafas adekvatligini baholash
- yurak qisqarish chastotasini baholash
- Ushbu dastlabki bosqichlarda chaqaloqni issiq ushlab turish uchun tegishli choralarni ko‘rish
- Ushbu tezkor baholash bazani aniqlashga, yordam va/yoki reanimatsiyaga bo‘lgan ehtiyojni aniqlashga va shnurni qisishning kechikishi va davomiyligi to‘g‘risida qaror qabul qilishga xizmat qiladi.
- Yurak va nafas olish tezligini qayta baholash qo‘shimcha reanimatsiya choralari zarurligini ko‘rsatadi.



Chaqaloq tug'ilishi bilan birlamchi baholash

Tug'ilishi bilan darhol amalga oshirilgan yangi tug'ilgan chaqaloq holatini dastlabki baholashga asoslanib, uni uchta guruhdan biriga ajratish va yangi tug'ilgan chaqaloqqa yordam ko'rsatishning dastlabki bosqichlarini amalga oshirilishi kerak.

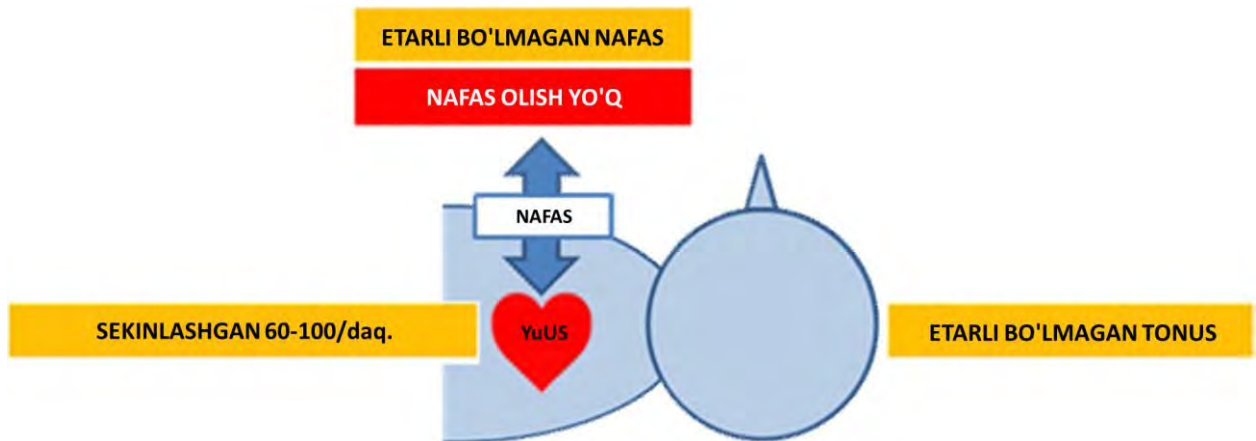
Kuchli nafas oladi yoki qichqiradi, yaxshi mushak tonusi, YuUS 1 daq./100 dan ko'p



Agar uchta savolning barchasiga **“HA”** javobi bo'lsa, u onasi bilan qolishi mumkin va standart parvarish bilan ta'minlanishi kerak (quriting, onaning ko'krigiga qo'ying, quruq issiq taglik bilan yoping, nafas olish va faollikni kuzatishda davom eting)

Agar uchta savoldan birortasiga javob **“YO'Q”** bo'lsa, chaqaloqni bir yoki bir nechta bosqichlarni ketma-ket bajarish uchun nurli issiqlik manbai ostida reanimatsiya stoliga qo'yish kerak.

Nafas olish yetarli emas yoki yo'q, mushaklar tonusi normal yoki pasaygan, yurak qisqarish chastotasi daqiqada 100 dan past



- Reanimatolog tomonidan amalga oshiriladigan harakatlar va bolaning ularga bo'lgan munosabatini baholash (reanimatologning yordamchisi tomonidan amalga oshiriladi) bir vaqtning o'zida amalga oshiriladi, bu keyingi harakatlarning zarurati va mazmunini belgilaydi.
- Taxminan 60 soniya ("**oltin daqiqqa**") boshlang'ich bosqichlarni bajarish, yangi tug'ilgan chaqaloqni qayta baholash va kerak bo'lganda ventilyatsiyani boshlash uchun ajratilgan.

Dastlabki tadbirlarga quyidagilar kiradi:

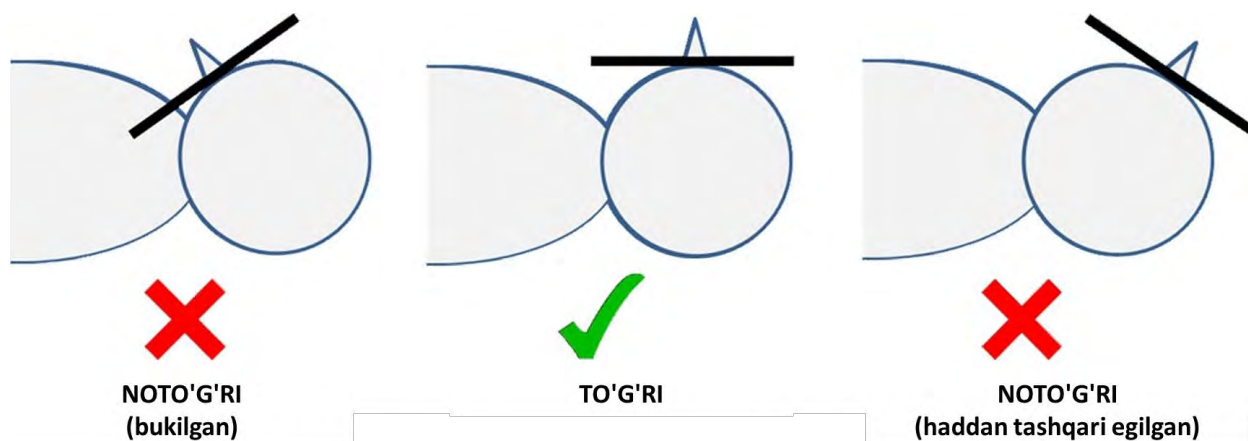
- Minimal issiqlik yo'qotilishini ta'minlash, isitish.
- Quritish.
- Taktil stimulyatsiyani o'tkazish (chaqaloqni quritayotganda, masalan, oyoq tagini yoki orqa qismini ishqalash orqali uni muloyimlik bilan rag'batlantiring. Rag'batlantirishning yanada agressiv usullaridan qoching).
- Ochiq havo yo'lini ta'minlash uchun bolani to'g'ri holatga keltirish.
- Ko'rsatilgandek sanitariya ishlarini bajarish.
- Nafas olish va yurak urish tezligini baholash.

Tug'ruq zalida davolash hajmi va xarakteri nafaqat bolaning boshlang'ich holatiga, balki reanimatsiya tadbirlariga bo'lgan javobiga ham bog'liq.

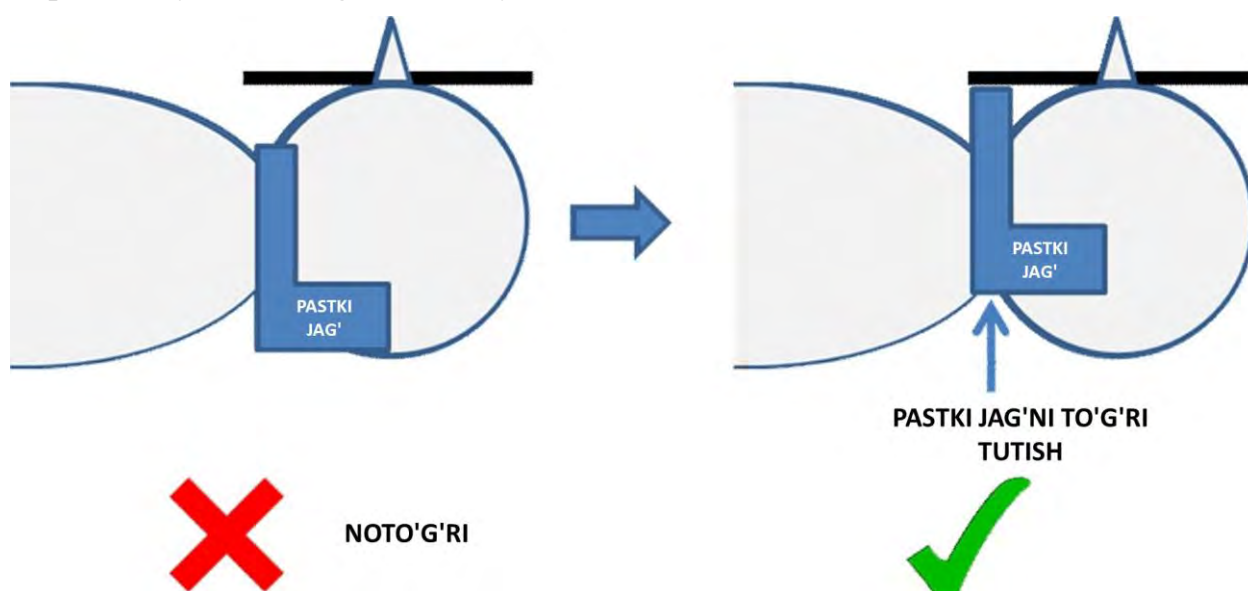
Boshidanoq bolaning yurak qisqarishi tezligi (CHQT), SpO_2 (qandagi kislorod sathi) va haroratini doimiy ravishda nazorat qilish lozim. CHQT va SpO_2 ko'rsatkichlariga asoslanib, reanimatsiya tadbirlari davomida qo'shimcha harakatlar to'g'risida qaror qabul qilish kerak.

Yangi tug'ilgan chaqaloqning boshiga to'g'ri pozitsiyani berish

Nafas olish yo'lining anatomik o'tkazuvchanligini ta'minlash uchun bolani boshi neytral (to'g'ri) holatda orqa tomoniga qo'yish kerak. Elkama pichoqlari ostiga sochiq yoki adyol qo'yilishi kerak, boshning kerakli holatini saqlab qolish uchun 2 sm qalinlikda katlanmish bo'lishi kerak.



Mushak tonusi pasaygan bolada mandibulyar oldinga siljish yoki tegishli o'lchamdagi havo yo'lidani foydalanish havo yo'lini ochishga yordam beradi. Qoida tariqasida, havo yo'llarini muntazam boshqarishga hojat yo'q. Substratni so'rish faqat havo yo'llarining obstruksiyasi uchun kerak.



Nafas olish yo'llarining sanatsiyasi (tarkibni orofarenksdan evakuatsiya qilish)

Havo yo'llarini boshqarish reanimatsiya paytida bradikardiyaga olib kelishi ko'rsatilgan va muntazam foydalanish uchun tavsiya etilmaydi ([DID C](#)).

Agar bola yetarli darajada nafas olish harakatlarini qilmasa yoki bola musbat bosimli ventilyatsiyani talab qilsa va havo yo'llari tiqilib qolsa ([DID C](#)).

Amniotik suyuqlikdagi mekoniy

- Mekoniy bilan bo'yalgan amniotik suyuqlik orqali tug'ilgan faol bo'lmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlar katta xavf ostida va ilg'or hayotni qo'llab-quvvatlashni talab qilishi mumkin. Bunday hollarda ilg'or hayotni qo'llab-quvvatlash bo'yicha malakali neonatologiya guruhi talab qilinishi mumkin.
- Faol bo'lmagan chaqaloqlarda havo yo'lini muntazam ravishda so'rish ventilyatsiya boshlanishini kechiktirishi mumkin va tavsiya etilmaydi. Assimilyatsiya qilishning foydasi haqida dalillar bo'lmasa, mekonium bilan bo'yalgan amniotik suyuqlik orqali tug'ilgan apnea yoki samarasiz nafas

olayotgan chaqaloqlarda ventilyatsiyani imkon qadar tezroq boshlash haqida o'ylash kerak.

- Agar aeratsiya va ventilyatsiya bo'yicha dastlabki urinishlar muvaffaqiyatsiz bo'lsa, nafas yo'llarining jismoniy obstruksiyasi sabab bo'lishi mumkin. Bunday holda, tekshirish va to'g'ridan-to'g'ri boshqariladigan intilish ko'rib chiqilishi mumkin. Kamdan kam hollarda nafas yo'llarining obstruksiyasini bartaraf etish uchun traxeyani entübasyon va assimilyatsiya qilish talab qilinishi mumkin.

“A” bloking samaradorligini baholash

Reanimatsiyaning keyingi bosqichiga o'tish qarori ikkita mezonni baholashga asoslanadi:

- o'z-o'zidan nafas olishning mavjudligi/yo'qligi, uning tabiati (apnea, nafas olish turi; "nafas olish", qiyin/qiyin emas);
- yurak urishi (yurak urishi daqiqada 100 dan ortiq yoki 100 zarba / min dan kam).

Agar yangi tug'ilgan chaqaloqning holatini parvarish qilishning dastlabki bosqichlaridan keyin baholash adekvat normal nafas olish yoki nafas olish qiyinlashuvi yo'qligini yoki yurak urish tezligi daqiqada 100 zarbadan kamligini ko'rsatsa, u o'ng bilak va EKG elektrodlariga puls oksimetr datchigini biriktirishi kerak (agar mavjud bo'lsa) va reanimatsiya choralarini boshlang, ya'ni musbat bosimli ventilyatsiyaga o'ting (B bloki):

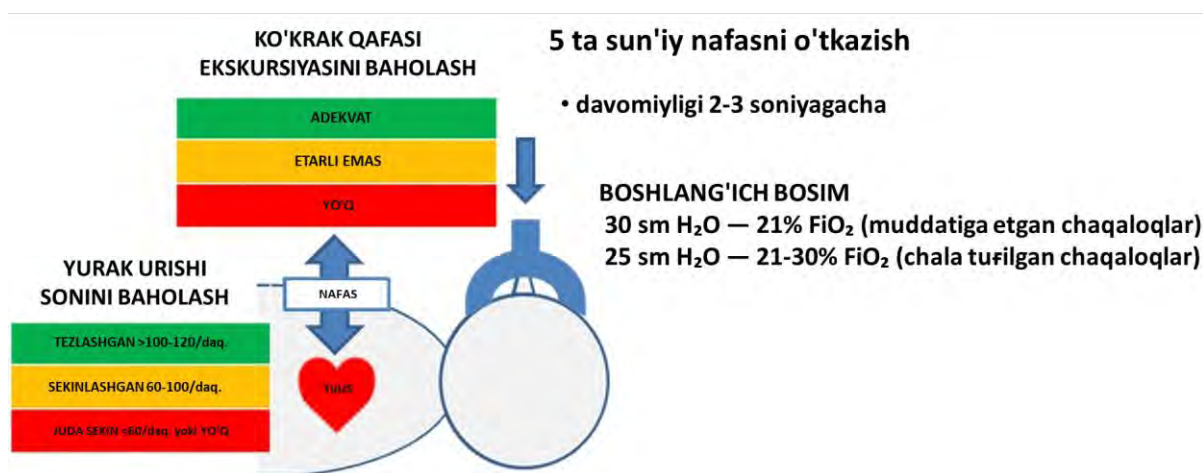
- Nafas olish yo'lini oching.
- Majburiy musbat bosimli ventilyatsiya.
- SpO₂, yurak urish tezligi monitoringini ta'minlash.

Maqsadli preduktal ko'rsatkichlar:

- Hayotning 1-daqiqasining oxiridan e'tiborni puls oksimetr ko'rsatkichlariga qaratish tavsiya etiladi (2-jadvalga qarang) va quyida tavsiflangan kislorod konsentratsiyasini o'zgartirish algoritmiga amal qiling.
- Agar bolada aniqlangan ko'rsatkichlar belgilangan qiymatlardan tashqarida bo'lsa, qo'shimcha FiO_2 konsentratsiyasini maqsadli ko'rsatkichlarga erishilgunga qadar 10-20% bosqichda o'zgartirish (ko'paytirish/kamaytirish) kerak.
- Ko'krak qafasidagi kompressiyalarni boshlashda O_2 konsentratsiyasini 100% gacha oshirish kerak.

2-jadval. Hayotning dastlabki 10 daqiqasi uchun preduktal SpO_2 ma'lumotlariga ko'ra qon kislorodlanishining maqsadli ko'rsatkichlari [6]

Tug'ilgandan vaqtdan boshlab (daq.)	Preduktal SpO_2 maqsadli ko'rsatkichlari, %
2	65
5	85
10	90



“B” bloki — ventilyatsiya va kislorod bilan ta'minlash

Ventilyatsiyadan oldin avval va/yoki bir vaqtda::

- Nafas olish yo'lini ochish.
- Yangi tug'ilgan chaqaloqning boshini to'g'ri holatga keltirish.
- Majburiy ravishda PPV ga o'tish.

Havo/kislorod bilan reanimatsiya

To'liq tug'ilgan va kechikib tug'ilgan chaqaloqlar ($GV \geq 35$ hafta)

Tug'ilgan vaqtda nafas olish yordami olayotgan chaqaloqlarda havo (21%) bilan boshlang.

Chaqaloqlar ($GD < 35$ hafta)

Reanimatsiyani havo yoki past konsentratsiyadagi kislorod bilan boshlash tavsiya etiladi, bu tugʻilish haftasiga bogʻliq holda: — 32 hafta: 21% — 28-31 hafta: 21-30% — <28 hafta: 30%

Gestatsiya muddati 32 haftadan kam boʻlgan chaqaloqlarda kislorod saturatsiyasi 5 daqiqa ichida 80%dan past boʻlmasligi va/yoki bradikardiya kuzatilmasligi lozim. Bu ikki koʻrsatkich yomon natijaga bogʻliq (DID B).

Kislorod konsentratsiyasi va saturatsiya darajasini muntazam tekshiring (masalan, har 30 soniyada) va kislorodni moslab tuzating, gipoksiya yoki giperoksiyadan qochish uchun. Agar nedonosha chaqaloqlarda saturatsiya 95%dan yuqori boʻlsa, kislorod berishni kamaytiring.

Ijobiy bosimli ventilyatsiya

Tugʻruq zalida oʻpkaning sunʻiy ventilyatsiyasi uchun asboblari

Tugʻruq zalida mexanik ventilyatsiyani amalga oshirish uchun T-ulagichi va oʻz-oʻzidan kengayadigan sumka bilan qoʻlda ventilyatsiya qilish mumkin.

T-konnektorli ventilyatorlarda gaz aralashmasi bosim oʻlchagichga siqilgan havo va kislorod mikseriga ulangan sxema orqali niqob yoki endotrakeal trubaga kiradi.

Ventilyatsiya T-ulagichining chiqish trubasini barmoq bilan tiqilishi bilan taʼminlanadi, muntazam ravishda amalga oshiriladi.

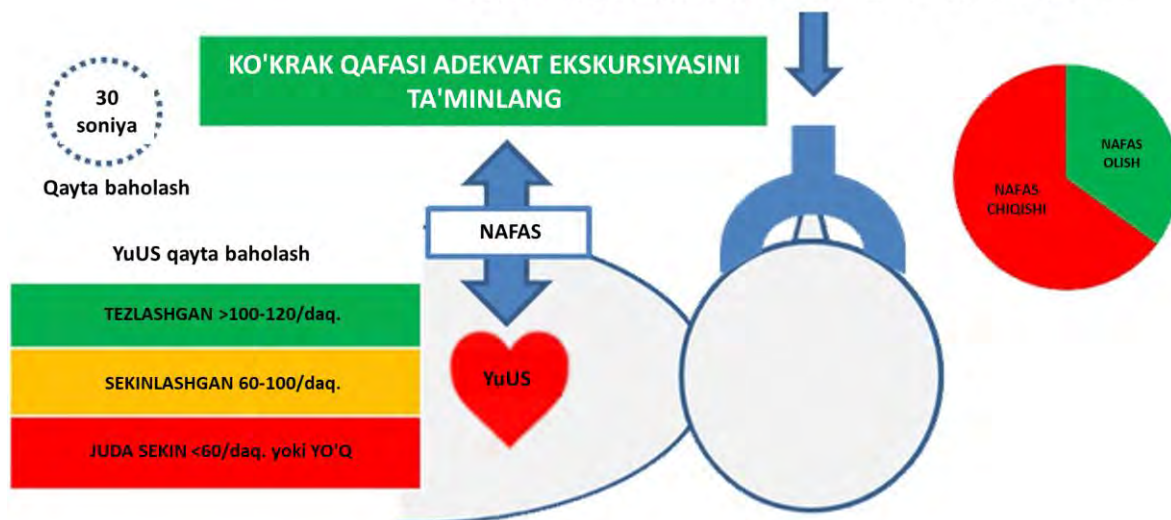
Qurilma nafas olish paytida ham, nafas olish paytida chiqish trubasining diametrini oʻzgartirish orqali ham kerakli bosimni yaratish va tartibga solish imkonini beradi (CPAP, PEEP).

Nafas olish vaqti T-ulagichning chiqish trubasining barmoq tiqilishi davomiyligini oʻzgartirish orqali oʻrnatiladi.

Qurilmaning ishlashi uchun u gaz aralashmasi manbaiga ulangan boʻlishi kerak.

Oʻz-oʻzidan kengayadigan sumka bilan solishtirganda, tugʻruq zalida yangi tugʻilgan chaqaloqlarda mexanik ventilyatsiyani amalga oshirish uchun T-ulagichi boʻlgan qurilmalar eng samarali hisoblanadi.

DAQIQADA 40-60 MAROTABA VENTILYASIYANI O'TKAZING



O'z-o'zidan kengayadigan qopcha

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda hajmi 240 ml dan oshmaydigan o'z-o'zidan kengayadigan sumkadan foydalanish kerak. Maqsadli preduktal to'yinganlik ko'rsatkichlariga erishilmaganda havo-kislorod aralashmasi bilan mexanik ventilyatsiyani amalga oshirish uchun siz sumkani kislorod manbaiga ulashingiz va oqim tezligini 10 l/min ga o'rnatishingiz kerak. Ushbu tezlik nafas olish aralashmasida taxminan 40% konsentratsiyaga erishishga imkon beradi. Yuqori kislorod konsentratsiyasini (80-90%) yaratish uchun o'z-o'zidan kengayadigan sumkaga qo'shimcha kislorod rezervuari ulanishi kerak.

Yetkazib berilgan kislorod konsentratsiyasini va to'yinganlik darajasini muntazam tekshirib turing (masalan, har 30 soniyada) va gipoksiya va giperoksiyaning oldini olish uchun ularni sozlang. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda to'yinganlik 95% dan oshsa, kislorod bilan ta'minlashni kamaytiring.

O'z-o'zidan kengayadigan sumkadan foydalanilganda, oxirgi ekspiratuar bosimni yaratadigan qo'shimcha valfni ulamasdan, ijobiy yakuniy bosim hosil qilish mumkin emas. O'z-o'zidan kengayadigan sumkadan foydalanish 1 s dan ortiq davom etadigan inihalatsiyaga, shuningdek, CPAP usuli yordamida nafas olish terapiyasiga ruxsat bermaydi.

CPAP va PEEP/nafas yo'llari uchun yordamchi qurilmalar va ventilyatsiyani ushlab turish.

Nafas yo'llaridagi doimiy musbat bosim (CPAP) va nafas chiqarish yakunidagi musbat bosim (PEEP).

O'z-o'zidan nafas olayotgan erta tug'ilgan chaqaloqlarda CPAP niqob yoki burun yo'llari yordamida tug'ilgandan keyin nafas olishni qo'llab-quvvatlashning asosiy usuli sifatida ko'rib chiqilishi kerak.

Agar uskuna imkon bersa, bu chaqaloqlarda musbat bosimli ventilyatsiya (PPV) amalga oshirilganda kamida 5-6 sm H₂O PEEP tavsiya etiladi.

Yordamchi ventilyatsiya uchun qurilmalar

Yuzga yaxshi joylashishini ta'minlash uchun to'g'ri o'lchamdagi niqobdan foydalanish zarur.

Iloji bo'lsa, CPAP va PPV ni PEEP bilan ta'minlaydigan, ayniqsa erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun T-shaklidagi bog'lanishli reanimatsion apparatdan (TPR) foydalanish afzal.

Tegishli o'lchamdagi burun yo'llari CPAP niqobiga muqobil bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Agar o'z-o'zidan shishiradigan sumka ishlatilsa, u yetarli darajada ilhom olish uchun yetarlicha katta bo'lishi kerak. Bunday holda siz ortiqcha havo etkazib berishdan qochishingiz kerak. O'z-o'zidan shishiradigan sumka CPAPni samarali ta'minlay olmaydi.

GD 30 haftadan kam bo'lgan muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim va/yoki bronx-o'pka displaziyasi chastotasining potensial kamayishi bilan mexanik ventilyatsiya davomiyligining qisqarishi nuqtayi nazaridan CPAP dan dastlabki foydalanish traxeya intubatsiyasi va MBOVga nisbatan afzallikka ega. Shuningdek havo oqishi va og'ir QIQQ sindromlari chastotasining sezilarli darajada oshishi bilan birga kelmaydi.

Ushbu dalillarga asoslangan holda mustaqil nafas olayotgan muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarga boshlang'ich respirator yordam ko'rsatish uchun CPAP qo'llash tavsiya etiladi.

Foydalaniladigan O'SV qurilma turlaridan qat'iy nazar niqob, burun kanyulalari, Laringeal niqob yoki endotraxeal naycha orqali o'tkazilishi mumkin.

Yuz niqobi orqali ventilyatsiya

- Ventilyatsiya chastotasi daqiqada 40-60 bo'lishi kerak. Nafas olishning nafas olish vaqtiga to'g'ri nisbatini saqlash qulayligi uchun siz hisoblashdan foydalanishingiz mumkin: "Nafas olish, ikki, uch; Nafas olish, ikki, uch; Nafas olish, ikki, uch."
- Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarga 20 sm H₂O PIP bilan mexanik ventilyatsiyani boshlash va uni klinik javobga qarab sozlash tavsiya etiladi. Biroq, to'liq tug'ilgan chaqaloqlarda PIPni ≥ 30 smH₂O ga oshirish kerak bo'lishi mumkin.
- Bosim o'lchagichni ishlatish imkoni bo'lmasa, yurak urish tezligining oshishini ta'minlash uchun ventilyatsiya mumkin bo'lgan eng past yuqori bosim bilan amalga oshirilishi kerak.
- Ijobiy ekspiratuar bosim (PEEP) — kamida 5-6 sm H₂O reanimatsiya niqobi bilan oqim to'ldiruvchi sumka, T-konnektorli reanimatsiya moslamasi bilan

ta'minlanishi mumkin, ammo agar u tegishli PEEP klapaniga ulangan bo'lsa, siqilgan gaz manbai.

- Gaz oqimi tezligi — 5-8 l / min (oqim to'ldiruvchi sumka va T-tizim uchun).
- Havo (21% O₂) homiladorlik yoshi ≥ 32 haftalik chaqaloqlarni dastlabki ventilyatsiya qilish uchun tavsiya etiladi.
- Ko'proq etuk bo'lmagan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda (28-31 hafta) boshlang'ich O₂ kontsentratsiyasi 21-30%, erta tug'ilgan chaqaloqlarda <28 haftada 30%.
- Keyingi O₂ kontsentratsiyasi SpO₂ qiymatlariga qarab o'zgaradi. Ko'krak qafasini siqish paytida o'pkaning 100% kislorod bilan ventilyatsiyasi ko'rsatiladi.
- 32 haftalik homiladorlik haftasidan past bo'lgan chaqaloqlarda kislorod bilan to'yinganlik darajasi 80% dan past bo'lsa va/yoki tug'ilgandan 5 minut o'tgach bradikardiya dan qochish kerak. Ikkalasi ham yomon natijalar bilan bog'liq. (DID B)

Ijobiy bosimga erishish uchun niqobning qirralari va bolaning yuzi o'rtasida qattiq muhrni ta'minlash kerak. Dumaloq niqob juda kam tana vazniga ega (<1000 g) erta tug'ilgan chaqaloqning yuziga qattiqroq mos keladi va kattaroq massaga ega yangi tug'ilgan chaqaloq uchun anatomik shakldagi niqobni qo'llash yaxshiroqdir. U bolaning burniga o'tkir qirrasi bilan o'rnatiladi.

Ventilyatsiya samaradorligining asosiy mezonlari yurak tezligi va to'yinganlikning tez o'sishidir

- Agar bu ko'rsatkichlar oshmasa, o'pkaning auskultatsiya ma'lumotlarini har ikki tomonda baholash, har bir majburiy ilhom bilan ko'krak qafasi ekskursiyalarining mavjudligi va amplitudasiga e'tibor berish kerak. Nafas olish tovushlari ikkala o'pka maydonida eshitilganda va ko'krak qafasi ekskursiyasi aniqlanganda mexanik ventilyatsiya samarali hisoblanadi.
- Agar yangi tug'ilgan chaqaloqning ko'krak qafasi har bir majburiy nafasda qimirlamasa va nafas tovushlari yomon eshitilsa, ventilyatsiya samarasiz bo'ladi.

Samarasiz ventilyatsiyaning uchta sababi bor:

Niqobning yetarli darajada tarang emasligi

- Niqob chetlaridan havo chiqayotgani eshitilsa yoki yangi tug‘ilgan chaqaloqning klinik holati yaxshilanmasa, pastki jag‘ni bir oz oldinga siljitib, qattiqroq o‘tirishga erishish uchun niqobni bolaning yuziga o‘zgartirish kerak.

Bolaning havo yo‘llari tiqilib qoladi:

- boshning holatini to‘g‘rilash;
- og‘iz bo‘shlig‘ini, og‘iz bo‘shlig‘ini va burunni begona narsalarning mavjudligini tekshiring, agar kerak bo‘lsa, tarkibini evakuatsiya qiling;
- bolaning og‘zini biroz ochib, o‘pkasini ventilyatsiya qilishga harakat qiling.

Bosimning yetarli emasligi:

- Hosil bo‘lgan ijobiy havo bosimini oshirish tavsiya etiladi. Bosim o‘lchagichdan foydalanish havo yo‘llarida haddan tashqari hajm va bosim hosil qilish xavfini oldini oladi, o‘pkaning muvofiqligini baholash va ventilyatsiya parametrlarini tanlash imkonini beradi. Buning uchun tavsiya etiladi:
 - Har ikki o‘pkada nafas tovushlari eshitilgunga qadar bosimni (har bir necha majburiy nafasda) asta-sekin oshiring va har bir majburiy nafasda ko‘krak qafasi ekskursiyalari paydo bo‘ladi. Yurak tezligini, SpO₂ ni yaxshilash, nafas olish tovushlarini tinglash va ko‘krak qafasining aniq ekskursiyalarini yaxshilash uchun zarur bo‘lgan bosimni yozib oling.
 - Agar ko‘krak qafasining ekskursiyasiga va yurak urish tezligining oshishiga erishishning iloji bo‘lmasa, havo yo‘llarining yanada samarali o‘tkazuvchanligini ta‘minlaydigan qurilma — endotraxeal naycha yoki laringeal niqobdan foydalanish haqida o‘ylashingiz kerak
- Bir necha daqiqa davomida sumka va niqob bilan musbat bosimli ventilyatsiya qilish uchun oshqozon kengayishi va diafragmaning siqilishi, shuningdek, oshqozon tarkibining mumkin bo‘lgan regürjitatsiyasi va aspiratsiyasining oldini olish uchun 8F orogastrik naychani kiritish kerak. Probni oshqozonga kiritgandan so‘ng, gaz shprits bilan so‘riladi, zond ochiq qoldiriladi va yonoqqa yopishtiruvchi gips bilan mahkamlanadi. Ventilyatsiya darhol prob ustiga niqob qo‘yish orqali tiklanadi.

Laringeal niqob

Quyidagi hollarda Laringeal niqobdan foydalanishni ko‘rib chiqing:

- Homiladorlik yoshi 34 hafta va undan katta bo‘lgan chaqaloqlarda (taxminan 2000 g), garchi ba‘zi qurilmalar og‘irligi 1500 g gacha bo‘lgan chaqaloqlarda ham muvaffaqiyatli qo‘llanilgan.
- Agar yuz niqobidan foydalanganda muqobil ventilyatsiyani ta‘minlashda qiyinchiliklar yuzaga kelsa.

- Tugʻma anomaliyalar tufayli intubatsiya imkoni boʻlmaganda yoki havfsiz boʻlmaganida, uskunalar yetishmasligi yoki malakaning yetarli emasligida.
- Yoki havo yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlash uchun qoʻshimcha usul sifatida traxeya intubatsiyasiga muqobil sifatida.

"B" bloking samaradorligini baholash

30 soniya musbat bosimli ventilyatsiya yoki CPAPdan soʻng, koʻrilgan chora-tadbirlarning samaradorligi baholanadi, bu uchta koʻrsatkichga asoslanishi kerak:

- yurak urish tezligi (HR);
- nafas olish tezligi;
- toʻyinganlik koʻrsatkichi.

Agar yurak urish tezligi monitor koʻrsatkichlari asosida aniqlansa, u holda ventilyatsiya hozirda toʻxtatilmaydi. Agar yurak urishi auskultatsiya bilan aniqlansa, u holda ventilyatsiya 6 soniya davomida toʻxtatiladi.

Keyingi harakatlar olingan natijaga bogʻliq

- Samarali majburiy musbat bosimli ventilyatsiyaning eng muhim belgisi va uning toʻxtatilishiga koʻrsatma yurak urish tezligining 100 urish / min yoki undan koʻpga koʻtarilishi, qonning kislorod bilan toʻyinganligining oshishi (SpO_2 daqiqalarda maqsadli qiymatga toʻgʻri keladi) va spontan nafas olish paydo boʻlishidir.
- Agar mustaqil nafas olish boʻlmaganda, yurak urishi 100 urish / daq dan kam boʻlsa, niqob yordamida OʻSV davom ettiriladi.
- Agar ventilyatsiya amalga oshirilayotganda yurak ritmi tomonidan reaksiya boʻlmasa va koʻkrak qafasi koʻtarilmasa:

MR SODI

- Uskunani tekshiring: barcha uskunalar toʻgʻri ishlayotganligiga ishonch hosil qiling.
- Boshning holati va nafas yoʻllarining oʻtkazuvchanligi:
- Boshning holatini tekshiring va jagʻni koʻtaring/suring.
- Niqob oʻlchamining toʻgʻriligi, uning joylashuvi va germetikligiga ishonch hosil qiling.
- Nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlash uchun harakatlar:
- Agar niqob bilan yordam koʻrsatish dastlab bir kishi tomonidan oʻtkazilgan boʻlsa, buni ikki kishi ishtirokida amalga oshirish masalasini koʻrib chiqing.
- Halqumni koʻzdan kechiring va zarurat boʻlganida soʻrgʻich yordamida toʻgʻridan-toʻgʻri visual nazorat ostida yot jismlarni olib tashlang.
- Traxeal intubatsiya yoki Laringeal niqob kiritish orqali nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlang.
- Agar boshqa usullar bilan nafas yoʻllari oʻtkazuvchanligini taʼminlash imkoni boʻlmasa, orofaringeal yoki nazofaringeal naychani qoʻying.

- Ventilyatsiyada bosimni sozlang: agar zarur bo'lsa, ventilyatsiya bosimini bosqichma-bosqich oshiring.
- Nafas hajmi monitoring:
- Agar nafas funksiyasi monitori foydalanilayotgan bo'lsa, chiqarilayotgan nafas hajmi taxminan 5-8 ml/kg diapazonda bo'lishini ta'minlang.

Takrorlang va baholang:

- Ventilyatsiya harakatlarini takrorlang .
- Yurak ritmi va ko'krak qafasi harakatini muntazam baholab boring.
- Agar YQCH 1 daqiqada 60 undan kam bo'lsa, O'SV davom ettiriladi va traxeya intubatsiyasiga tayyorgarlik koo'riladi.
- Agar intubatsiya samarasiz bo'lsa, ifodalangan bradikardiya aniqlansa yoki davomli intabatsiya urinishlari natijasida kislorod bilan qon saturatsiyasi pasaysa, niqob yordamida O'SV boshlash tavsiya etiladi.
- Agar YQCH 1 daqiqada <60 bo'lsa, bilvosita yurak massaji boshlanadi, O'SV davom ettiriladi va traxeya intubatsiyasi zarurati ko'rib chiqiladi.
- Agar laringeal niqob qo'yish yoki treaxeya intubatsiyasini o'tkazish rejalashtirilsa, bu muolajani malakali mutaxassislar tegishli uskunalar yordamida bajarishi lozim. Aks holda niqob bilan ventilyatsiyani davom ettiring va yordam chaqiring.
- O'pka ventilyatsiyasi yetarli bo'lmasa, ko'krak qafasi kompressiyasi samarali bo'lmaydi; shuning uchun agar yurak qisqarish chastotasi juda past ko'rsatkichda qolsa, ko'krak qafasi kompressiyasini boshlashdan avval ko'krak qafasi harakatini tekshirib yoki nafas funksiyasining boshqa ko'rsatkichlaridan foydalangan holda ventilyatsiya samaradorligiga ishonch hosil qiling.

Har bir keyingi bosqichning samaradorligi yuqorida sanab o'tilgan uchta ko'rsatkich bo'yicha baholanadi, ammo ularning eng muhimi, reanimatsiyaning keyingi bosqichiga o'tishni belgilaydigan yurak urish tezligining pastligidir.

Niqobli ventilyatsiya samarasiz bo'lsa va traxeyani intubatsiya qilish qiyin yoki imkonsiz bo'lsa, laringeal niqob qo'llaniladi.

Bu holat quyidagi hollarda yuzaga kelishi mumkin:

- og'iz bo'shlig'i, lablar yoki qattiq tanglayning tug'ma anomaliyalari, niqobni mahkam o'rnatishga imkon bermaydi;
- laringoskop yordamida halqumni yaxshi ko'rishga xalaqit beradigan og'iz, til, farenks yoki bo'yinning anomaliyalari;
- juda kichik pastki jag yoki nisbatan katta til (Robin sindromi va trisomiya 21).
- Laringeal niqob vazni 2000 g dan ortiq va homiladorlik yoshi ≥ 34 hafta bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qo'llaniladi. Laringeal

niqobni o'rnatayotganda, girtlakni ko'rish uchun maxsus asboblari kerak emas. Laringeal niqob "ko'r-ko'rona" o'rnatiladi va shifokorning barmog'i bilan joyiga yo'naltiriladi.

Traxeya intubatsiyasi

Traxeya intubatsiyasi qo'llaniladi:

- diafragma churrasiga shubha bo'lsa;
- mexanik ventilyatsiya zarurati bo'lgan bolada qizilo'ngach atreziyasida;
- samarasiz niqobli ventilyatsiya bilan;
- bilvosita yurak massajini bajarishga zarurat bo'lganda.

Traxeyani intubatsiya qilish texnikasi:

- Endotraxeal naychaning o'lchami bolaning kutilgan vazniga qarab tanlanishi kerak (3-jadvalga qarang).
- Boladagi glottisning o'lchami standart o'lchamdan farq qilishi mumkin va intubatsiyaga tayyorgarlik ko'rayotganda barcha o'lchamdagi naychalar mavjudligiga e'tibor berish kerak.
- Intubatsiyadan oldin laringoskop, kislorod manbai va ventilyator (sumka) yaxshi holatda ekanligiga ishonch hosil qilishingiz kerak.
- Tug'ruq zalida odatda og'iz orqali traxeyani intubatsiya qilish usuli qo'llaniladi. Laringoskop chap qo'l bilan ushlanadi va bolaning og'zi o'ng qo'li bilan ochiladi. Laringoskop pichog'i og'izning o'ng burchagidan kiritiladi, o'rta chiziq bo'ylab harakatlanadi va tilni yuqoriga va chapga siljitadi. Pichoqni ichkariga siljitganda, birinchi belgi — yumshoq tanglayning uvulasi topiladi. Laringoskop pichog'ini chuqurroq siljitib, ular ikkinchi belgi — epiglottisni qidiradilar. Pichoqning dizayni laringoskopning uchi bilan epiglottisni ko'tarish qobiliyatini ta'minlaydi va shu bilan — uchinchi belgini ochadi.
- Endotraxeal nay og'izning o'ng burchagidan kiritiladi va ligamentlar orasidagi glottisga oldinga suriladi. Laringoskopning C shaklidagi tirqishi orqali naychaning harakatlanishini vizual nazorat qilish amalga oshiriladi. Agar stilet ishlatilgan bo'lsa, ikkinchisi olib tashlanadi. Endotraxeal trubka sumka yoki ventilyatorga ulanadi, uning to'g'ri holatda ekanligiga ishonch hosil qiladi va yopishqoq gips bilan mahkamlanadi.

Quyidagi 3-jadvalga qo'shimcha ravishda, endotraxeal naychaning chuqurligini quyidagi usul yordamida ikki marta tekshirish mumkin:

ET (NTL) burun tragusini kiritish chuqurligi masofasini o'lchash:
burun septumidan quloq tragusigacha +1 sm

Ekshalatsiyalangan havoda CO₂ ni aniqlash uchun asboblardan foydalanish mumkin, bu esa qiyin holatlarda reintubatsiya to'g'risida qaror qabul qilish vaqtini

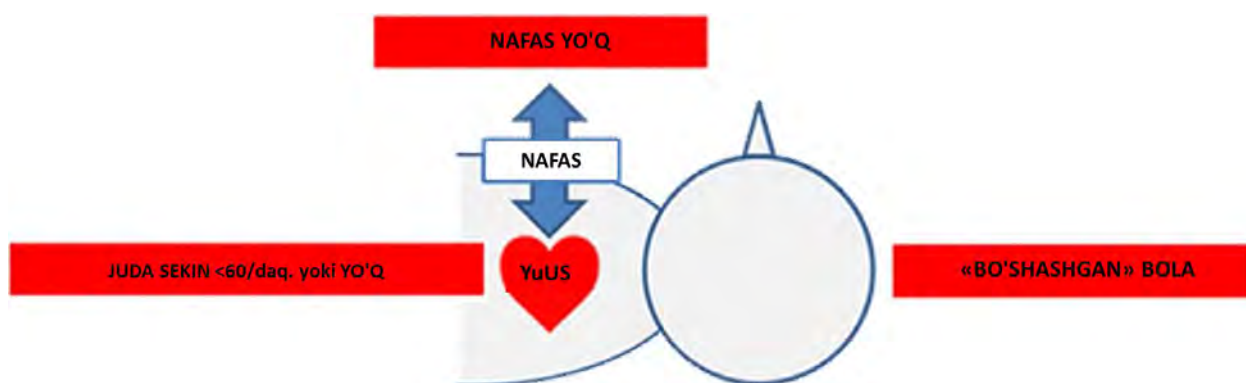
ikki baravar qisqartirishga imkon beradi. Agar naycha traxeyaga kiritilgan bo'lsa, u holda mexanik ventilyatsiyaning boshidan boshlab indikator ekshalatsiyalangan havoda CO₂ mavjudligini ko'rsatadi. Qizilo'ngach intubatsiyasi paytida CO₂ aniqlanmaydi.

Ammo shuni esda tutish kerakki, asistoliya holatida endotrakeal naycha orqali mexanik ventilyatsiya paytida CO₂ ham aniqlanmaydi.

3-jadval. Yangi tug'ilgan chaqaloqning tana vazniga va homiladorlik yoshiga qarab, endotrakeal trubaning diametri, chuqurligi va sanitariya uchun kateterning o'lchami

Homiladorlik davri	Tik turish chuqurligi (og'iz burchagiga belgi qo'ying)	Naycha diametri
23-24 hafta	5.5 sm	2.5 mm
25-26 hafta	6.0 sm	2.5 mm
27-29 hafta	6.5 sm	2.5 mm
30-32 hafta	7.0 sm	3.0 mm
33-34 hafta	7.5 sm	3.0 mm
35-37 hafta	8.0 sm	3.5 mm
38-40 hafta	8.5 sm	3.5 mm
41-43 hafta	9.0 sm	4.0 mm

Nafas olish adekvat emas yoki umuman yo'q, mushak tonusi past, CHQT past yoki aniqlanmaydi, ko'pincha perfuziyaning pastligi oqibatida teri oqarib ketadi

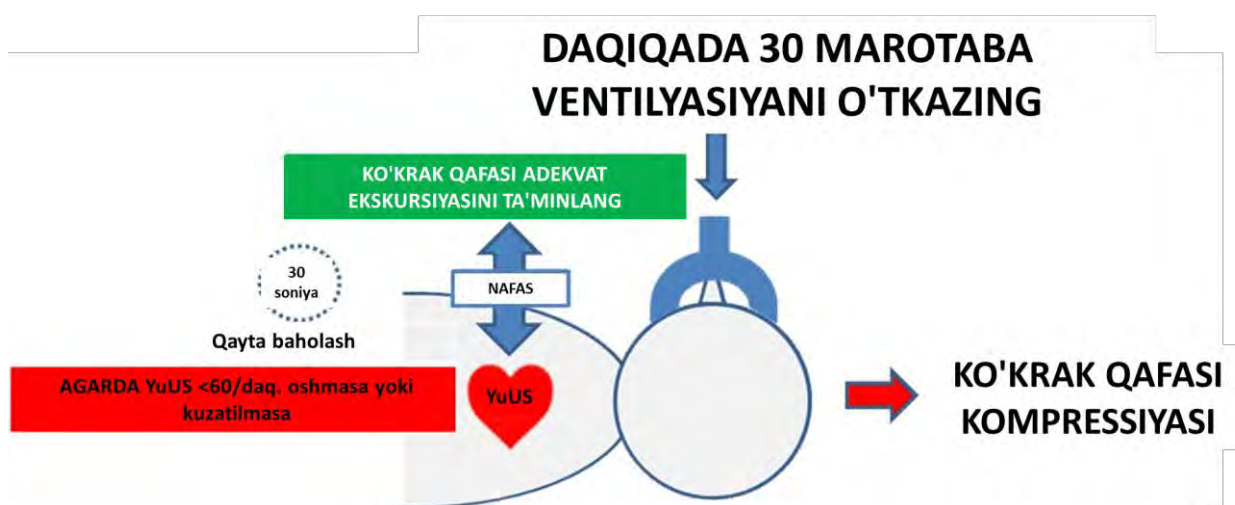


Blok "C" — Qon aylanishi, ko'krak qafasining siqilishi yordamida qon aylanishini saqlab turish

Ko'krak qafasining siqilish ko'rsatkichi 30 soniya davomida samarali musbat bosimli ventilyatsiyaga qaramasdan, 60 zarba / min dan kam yurak urishi hisoblanadi.

- Bilvosita yurak massaji sternumning pastki uchdan bir qismiga, xiphoid protsessdan yuqoriga bosish orqali amalga oshiriladi.

- Ular bilvosita massaj texnikasidan foydalanadilar, unga ko‘ra sternumni siqish amalga oshiriladi:
 - ikkita bosh barmog‘ining prokladkalari bilan — ikkala qo‘lning qolgan barmoqlari orqa tomonni qo‘llab-quvvatlaydi (bosh barmoq usuli);
- Siqilish chuqurligi ko‘krak qafasining old-orqa diametrining uchdan bir qismiga teng bo‘lishi kerak, to‘sh suyagiga uchta siqilishdan so‘ng bir nafas olish kerak (bu 4 ta harakatdan iborat sikl 2 soniya davom etadi, bu sternumning 90 ta siqilishiga va 30 ta yordamchi nafasga to‘g‘ri keladi. bir daqiqada).
- Puls oksimetr va yurak urish tezligi monitori NMSni to‘xtatmasdan yurak urish tezligini aniqlashga yordam beradi.



"C" bloking samaradorligini baholash:

- Yurak urishi tezligi daqiqada 60-martadan oshganda. NMSni to‘xtatish kerak, ammo majburiy musbat bosimli ventilyatsiyani daqiqada 40-60 majburiy nafas olish tezligida davom ettirish kerak.
- Yurak urishi tezligi daqiqada 100-martadan oshishi va bola mustaqil ravishda nafas olishni boshlashi bilan, majburiy nafas olish chastotasini asta-sekin kamaytirish va ventilyatsiya bosimini kamaytirish kerak, so‘ngra yangi tug‘ilgan chaqaloqning holatini barqarorlashtirgandan so‘ng, reanimatsiyadan keyingi chora-tadbirlar uchun bolani intensiv terapiya bo‘limiga o‘tkazish kerak.
- Agar musbat bosimli ventilyatsiya bilan muvofiqlashtirilgan, davom etayotgan ko‘krak qafasining siqilishiga qaramay, yurak urish tezligi minutiga 60 zarbadan kam bo‘lsa, "D" blokirovkasiga o‘tiladi.

"D" bloki – dori-darmonlarni qabul qilish

Musbat bosimli ventilyatsiya va ko‘krak qafasini siqishda davom ettirgan holda epinefrinni yuborish.

- Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarga vena ichiga yuborish uchun epinefrinning tavsiya etilgan dozasi tana vazniga 20 mkg / kg ni tashkil qiladi

(1:10 000 konsentratsiyada 0,2 ml / kg tana vazniga). Uni iloji boricha tezroq yuborish kerak.

- 50-100 mkg/kg (0,5-1,0 ml/kg) epinefrinni endotrakeal yuborish.
- Agar epinefrin kateter orqali tomir ichiga yuborilsa, u holda preparatning butun hajmining qon oqimiga kirishini ta'minlash uchun 3,0 ml fiziologik eritmani bolus bilan yuborish kerak.
- Agar epinefrinning birinchi dozasidan keyin yurak urish tezligi daqiqada 60-martadan kam bo'lsa, preparatni 3-5 daqiqadan so'ng yana yuborish kerak.

Qo'shimcha ravishda quyidagilarga ishonch hosil qilish kerak:

- Yaxshi gaz almashinuvi mavjud, buni ko'krak qafasining adekvat ekskursiyasi va o'pkaning ikkala maydonida nafas tovushlari auskultatsiyasi tasdiqlaydi; trakeal entübasyon hali amalga oshirilmagan bo'lsa, uni bajarish kerak;
- Reanimatsiya vaqtida ETT joyidan chiqmadi;;
- Siqishlar ko'krak qafasining anteroposterior diametrining 1/3 qismigacha chuqurlikda amalga oshiriladi; ular majburiy ventilyatsiya bilan yaxshi muvofiqlashtirilgan.
- Agar bola reanimatsiya choralariga javob bermasa va gipovolemik shok belgilari bo'lsa (o'ngach, yurak urishi zaif, yurak tovushlari zerikarli, ijobiy "oq nuqta" belgisi) yoki tug'ruq paytida vaginal qon ketish yoki kindik tomirlaridan qon yo'qotish bo'lsa; keyin aylanma qon hajmini to'ldirish haqida o'ylash kerak.
- Qon hajmini normallashtiradigan tanlab olingan preparat 0,9% natriy xlorid eritmasidir.
- Qon hajmini to'ldirish uchun eritma kindik venasiga 10 ml/kg dozada sekin oqimda taxminan 5-10 daqiqa davomida yuboriladi. Agar birinchi dozadan keyin bolaning ahvoli yaxshilanmasa, xuddi shu hajmda eritmaning ikkinchi dozasini yuborish kerak bo'lishi mumkin.

- Yurak urishi tezligi daqiqada 100-martadan oshishi va bola mustaqil ravishda nafas olishni boshlashi bilan, majburiy nafas olish chastotasini asta-sekin kamaytirish va ventilyatsiya bosimini kamaytirish kerak, soʻngra bolani reanimatsiyadan keyingi parvarishlash uchun intensiv terapiya boʻlimiga oʻtkazish kerak.

Reanimatsiyani toʻxtatish

Reanimatsion tadbirlarni toʻxtatishga koʻrsanmalar mahalliy va milliy protokollar bilan belgilanadi.

Agar tugʻilgandan keyin 10 daqiqadan koʻproq vaqt davomida yurak urishi aniqlanmasa, klinik omillar (masalan, chaqaloqning homiladorlik yoshi yoki dismorfik xususiyatlarning mavjudligi/yoʻqligi), reanimatsiya samaradorligi va klinik guruhning boshqa aʼzolarining reanimatsiyani davom ettirish boʻyicha fikrlari qayta koʻrib chiqish kerak.

Agar barcha tavsiya etilgan reanimatsiya choralariga rioya qilish va qaytariladigan sabablarni istisni etishga qaramay, muddatiga yetib tugʻilgan chaqaloqning yurak urishi tugʻilgandan keyin 20 daqiqadan koʻproq vaqt davomida aniqlanmasa, reanimatsiyani toʻxtatish haqida oʻylash kerak.

Adekvat reanimatsiya harakatlariga qaramay, yurak urish tezligining qisman yoki notoʻliq yaxshilanganida keyingi harakatlarni tanlash unchalik aniq emas. Bunday hollarda, bolani intensiv terapiya boʻlimiga oʻtkazish va agar vaziyat yaxshilanmasa, hayotni saqlab qolish uchun amalga oshirilayotgan davolanishni bekor qilish masalasini korib chiqish maqsadga muvofiqdir.

Agar hayotni qoʻllab-quvvatlovchi davolanish toʻxtatilsa yoki boshlanmasa, chaqaloqlarga tegishli palliativ (konfortqulaylikka yoʻnaltirilgan) parvarish taʼminlanishi lozim.

Tugʻilishning tibbiy mezonlari quyidagilardan iborat:

- Chaqaloqning tugʻilgandagi tana vazni 500 gramm va undan yuqori (yoki koʻp bolali homiladorlikda 500 grammdan kam) boʻlgan homiladorlik davri 22 hafta va undan katta yoki chaqaloqning tugʻilgandagi tana vazni noaniq boʻlgan tugʻilgandagi boʻy uzunligi 25 sm va undan yuqori;
- Agar homiladorlik muddati 22 haftadan kichik yoki tugʻilgandagi tana vazni 500 grammdan kam, yoki tugʻilgandagi tana vazni noaniq, tugʻilgandagi boʻy uzunligi 25 sm dan past boʻlgan hollarda – hayot davomiyligi tugʻilganidan keyin 168 soatdan ortiq (7 sutka) boʻlsa (havola).

Reanimatsion tadbirlarni oʻtkazishni rad etish yoki toʻxtatish boʻyicha tavsiyalar [2]:

- Reanimatsion tadbirlarni toʻxtatish yoki ularni amalga oshirmaslik axloqiy jihatdan asoslanishi kerak boʻlgan yuqori letallik va salbiy oqibatlar bilan birga keladigan holatlarni aniqlash mumkin boʻladi ([DID C](#)).
- “Hayot yoqasida” tugʻilgan chaqaloqda yoki bolaning ahvoli erta oʻlimga yoki ogʻir kasallikka olib kelish xavfi yuqori boʻlsa, reanimatsiya choralarini

ko'rmalik yoki ularni cheklangan darajada ta'minlash bo'yicha mutaxassislar bilan va ota-onalarni jalb qilgan holda maslahatlashgandan so'ng qaror qabul qilish maqsadga muvofiqdir (**DID C**).

- **Gestatsion davri 22 haftadan kichik va tana vazni 500 grammdan kam bo'lgan muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar.** Hozirgi vaqtda ushbu chaqaloqlarning hayotini saqlab qolishning real imkoniyatlari mavjud emas. Shuning uchun bu sohadagi tibbiy chora-tadbirlar odatda befoyda b=deb tasniflanadi.
- **Tana vazni 500 grammdan kam hamda gestatsion davri 22-23 hafta va 23-24 hafta bo'lgan muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlar.** Bu bolalar sezilarli darajada kasal bo'lib, omon qolishi mumkin va hozirgi vaqtda kasallikning uzoq davom etishi to'g'risida asoslangan xulosa chiqarish imkoniyati yo'q.

Ushbu chaqaloqlarning hayotini uzaytirishga qaratilgan reanimatsion choralar faqat ota-onalarning talabiga binoan, yuqori xavflarni to'liq anglagan holda, batafsil fanlararo maslahatlashuvdan so'ng amalga oshirilishi kerak.

Ota-onalarga palliativ terapiya imkoniyatlari tushuntirilishi lozim (ota-onalarning xabardor qilinganlik haqidagi roziligi tibbiy hujjatlarga qo'shib qo'yilishi kerak) (**3-ilovaga qarang**).

- **Gestatsion davru 24 hafta va tana vazni ≥ 500 gramm bo'lgan muddatiga yetmay tug'ilgan chaqaloqlar.** Bunday holda, davolangan muddatidan avval tug'ilgan chaqaloqlarning omon qolish ehtimoli shunchalik yuqoriki, qoida tariqasida, hayotni saqlab qolish terapiyasini o'tkazishga intilish kerak.
- Tibbiy davolanishning boshqa maqsadlaridan qat'i nazar, har bir bola tayanch parvarish, azob-uqubat va og'riqlardan halos bo'lish, eng yaxshi parvarish va insoniy e'tibor huquqiga ega.
- Homiladorlik muddati, taxminiy homila vaznini ultratovush yordamida aniqlash va prognozlarda katta xatolarga yo'l qo'yiladi, shuning uchun, ayniqsa chegaralangan holatlarda, ota-onalarning qadriyatlarini baholash alohida ahamiyatga ega. [akusher-ginekologlar protokoliga havola]

Jarayonning samaradorligi ko'rsatkichlari

Neonatal reanimatsiya samaradorligining ko'rsatkichi yurak tezligining tez o'sishi, ahvolning yaxshilanishi va o'z-o'zidan nafas olishning paydo bo'lishidir.

Reanimatsiyani boshlashdan bosh tortish

O'lim darajasi yuqori bo'lgan va yomon oqibatlarga olib keladigan sharoitlarni aniqlash mumkin, bunda reanimatsiyani to'xtatish oqilona bo'lishi mumkin, ayniqsa bu haqda ota-onalar bilan muhokama qilish imkoniyati mavjud bo'lganda.

Homiladorlikning 24 xaftasidan kam bo'lgan erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun hozirda tavsiflangan har qanday tug'ruq zalining prognostik reytingidan istiqbolli foydalanishni tasdiqlovchi ma'lumotlar yo'q.

Ushbu turdagi qarorlarni qabul qilishda chaqaloqning va uning oilasining qulayligi va qadr-qimmatiga e'tibor qaratish kerak.

Ota-onalar bilan muloqot

Yangi tug'ilgan chaqaloqqa g'amxo'rlik qilayotgan jamoa ota-onalarga bola bilan nima sodir bo'layotgani haqida xabardor qilishi muhimdir. Ota-onalarning reanimatsiya paytida hozir bo'lish istagi imkon qadar qo'llab-quvvatlanishi kerak.

Etik jihatlar

Bolaning tug'ilishi oilalar uchun juda ko'p narsani anglatadi. Ba'zilar uchun tug'ilish quvonch va baxtni anglatadi, boshqalari uchun bu qiyinchilikni anglatadi. Yangi tug'ilgan chaqaloq kasal bo'lsa, ota-onalar yanada qiyin inqirozni boshdan kechirishadi.

- Tarbiyachilar bola tug'ilganda oilalar boshdan kechiradigan potensial murakkab tarixni tan olishlari kerak.
- **Yaqinlaringiz bilan suhbatlar.** Davolovchi shifokorlar va hamshiralar o'zlarini ota-onalarga tanishtirishlari kerak. Agar bola kasal bo'lsa, birinchi yordam ko'rsatilgandan keyin yoki bolada tug'ma rivojlanish nuqsonlari bo'lsa, bo'limga o'tkazishdan oldin chaqaloqni onaga ko'rsatish va qarindoshlariga xabar berish kerak.
- Yangi tug'ilgan chaqaloq bilan aloqani hech qachon salbiy prognostik bayonotlar bilan to'sib qo'ymaslik kerak.
- Ota-onalar yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun manipulyatsiyalar, tekshiruvlar va davolash usullari haqida xabardor qilinishi kerak
- Telefon orqali so'rovlar istalgan vaqtda, shu jumladan tunda ham mumkin. Ularga davolovchi/navbatchi shifokor yoki hamshira javob berishi kerak
- Differensial diagnostika, diagnostika savollari, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar va shaxsiy tashvishlar ota-onalarga etkazilmasligi mumkin, ammo agar asoratlar rivojlansa, ular ota-onalarga aniq tarzda etkazilishi kerak.
- Noqulay nevrologik natija uchun prognostik omillar mavjud bo'lganda, rivojlanish buzilishlari xavfini, ayniqsa tashxisni aniq qilib bo'lmasa, juda ehtiyotkorlik bilan ifodalash kerak.
- Suhbatning maqsadini hamkasblar yoki tajribali mutaxassis bilan oldindan muhokama qilish tavsiya etiladi.
- Erta tug'ilgan yoki kasal bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning onalari ba'zida aybdorlik tuyg'usini boshdan kechirishadi (ona kasalligi, dori-darmonlarni qabul qilish va boshqalar), agar patologiya bilan bog'liq bo'lsa, ehtiyot bo'lish kerak, ota-onalarga hamdardlik bilan xabar berish kerak.

Ota-onalar ishtiroki

- Hayotga qodir bo'lmagan, erta tug'ilgan va kasal bo'lgan chaqaloqlarni ota-onalariga ko'rsatish va agar vaziyat imkon bersa, ularga xayrlashish uchun ularga bola bilan birga bo'lish uchun vaqt berish kerak. Bu holat yangi

tugʻilgan chaqaloqning yaqinlariga xushmuomalalik va rahm-shafqat tuygʻusini talab qiladi.

- Ota-onalarning bolaga tashrifi cheklanmaydi va onaning chaqaloqqa gʻamxoʻrlik qilishda faol ishtirok etishi ragʻbatlantiriladi.
- Bobosi, buvisi, boshqa qarindoshlari va ularga hamroh boʻlgan shaxslar bolaning ota-onasining roziligi bilan boʻlimga kiritiladi.
- Qaror qabul qilishning axloqiy jihatlari Yangi tugʻilgan chaqaloqni davolashni toʻxtatish/davom etish masalalari boshqa birovning xohishiga koʻra emas, balki qatʻiy tibbiy mezonlarga asoslanishi kerak.
- Ota-onalar va qarindoshlar mavjud vaziyatning barcha tafsilotlari, koʻrilgan choralar koʻlami va mumkin boʻlgan natijalarni bilish huquqiga ega.
- Ota-onalar oʻlayotgan farzandlari bilan birga boʻlishni xohlasalar, xohlagan diniy marosimlarni bajarishga haqli.
- Ota-onalar chaqalogʻi kasal boʻlganida va/yoki muddatidan oldin tugʻilganda boshdan kechirishi mumkin boʻlgan his-tuygʻularga aybdorlik, gʻazab, ishonchsizlik, muvaffaqiyatsizlik hissi, kuchsizlik, qoʻrquv va tushkunlik kiradi. Aksariyat axloqiy muammolar axborot va/yoki aloqa etishmasligidan kelib chiqadi.
- Agar bola vafot etsa, oʻlayotgan yangi tugʻilgan chaqaloq va uning qarindoshlari uchun yetarli sharoit yaratish, bemorni koʻp dori vositalari bilan taʼminlash (ogʻriqni yoʻqotish, parenteral oziqlantirish, antibiotiklar va boshqalar).
- Bemorning yaqinlari, ularni muqarrar natijaga tayyorlash uchun hissiy yordam zarur.
- Yangi tugʻilgan chaqaloqqa tibbiy yordam koʻrsatishda shifokor (shoshilinch va kechiktirilgan holatlar bundan mustasno) bolaning ota-onasi yoki uning qonuniy vakilining roziligini olishi kerak.

Reanimatsiyadan keyingi davrda davolash

Reanimatsiyaga muhtoj boʻlgan chaqaloqlarning ahvoli keyinchalik yomonlashishi mumkin. Tegishli ventilyatsiya va qon aylanishini oʻrnatgandan soʻng, chaqaloqni diqqat bilan kuzatib borish va maxsus tibbiy yordam koʻrsatadigan muhitga oʻtkazish kerak.

Glyukoza

Asfiksiya va reanimatsiyadan keyin miya shikastlanishining eng kam miqdori bilan bogʻliq boʻlgan glyukoza kontsentratsiyasining diapazoni mavjud maʼlumotlardan aniqlanmaydi. Keng qamrovli reanimatsiyaga muhtoj boʻlgan chaqaloqlar glyukoza darajasini nazorat qilishlari va normal darajada ushlab turishlari kerak.

Sunʼiy gipotermiya

Oʻrtacha va ogʻir gipoksik-ishemik ensefalopatiya bilan muddatli yoki yaqin muddatli yangi tugʻilgan chaqaloqlar imkon qadar terapevtik gipotermiya olishlari

kerak. Tanlangan boshni sovutish ham, butun tanani sovutish ham qabul qilinadi. Tug‘ilgandan keyin birinchi 6 soatdan kechroq boshlangan bo‘lsa, insonning yangi tug‘ilgan chaqaloqlarida sovutish samaradorligi haqida ma’lumot yo‘q.

Tug‘ruq zalida tug‘ma nuqsoni mavjud yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni reanimatsiya qilish va holatini barqarorlashtirish xususiyatlari

Qizilo‘ngach atreziyasi

Ta’rif

Qizilo‘ngachning atreziyasi – rivojlanish nuqsoni bo‘lib, qizilo‘ngachning proksimal va distal uchlari bir-biri bilan aloqa qilmaydi.

Klinik ko‘rinishi:

- og‘iz va burundan ko‘pikli oqmalar;
- oshqozon naychasini qo‘yishda — burun yo‘lidan 8-10 sm chuqurlikda engib bo‘lmaydigan to‘siq;
- musbat Elephant testi (zond orqali qizilo‘ngachning ko‘r uchiga kiritilgan havo shovqin bilan burundan chiqadi).

Tug‘ruq zalidagi taktika

Bachadonda tashxis qo‘yilganda:

- oshqozon naychasini joylashtirish;
- Fowler pozitsiyasi (bosh uchi 45-60 ° burchak ostida ko‘tarilgan holda);
- nafas olish buzilishida niqobli ventilyatsiya va CPAP rejimini istisno qilish, traxeyani ventilyatsiya qilish va mexanik ventilyatsiyaga o‘tkazish.

Tug‘ruq zalida aniqlanmagan prenatal atreziya:

- qizilo‘ngach atreziyasi tashxisi yuqoridagi klinik belgilar asosida qo‘yiladi;
- oshqozon naychasini joylashtirish;
- Faulerning holati (yarim yotgan va yarim o‘tirgan holatda: beshik boshi 45-60 ° burchak ostida ko‘tarilgan holda);
- nafas olish buzilishida niqobli ventilyatsiya va CPAP rejimini istisno qilish, traxeyani ventilyatsiya qilish va mexanik ventilyatsiyaga o‘tkazish.

Barcha holatlarda:

- yuqori nafas yo‘llarining o‘tkazuvchanligini ta’minlash va mumkin bo‘lgan aspiratsiyani oldini olish uchun atretik qizilo‘ngachning og‘iz uchiga katta 8 yoki 10 Fr oshqozon naychasini o‘rnatish va yig‘ilgan qizilo‘ngachning og‘iz uchi tarkibini muntazam ravishda sanitariya qiling; birlashgan anorektal malformatsiyalarni istisno qilish uchun perineumni tekshirish;
- traxeyani intubatsiya qilishda endotraxeal trubaning mos joylashishini qidiring (distal TPS holatida EETning oxiri TPS ostida joylashgan bo‘lishi kerak).

Gastroshizis

Ta’rif

Oddiy shakllangan kindikdagi yon tomonda joylashgan qorin old devorining nuqsoni.

Klinik ko‘rinishi

Qusur orqali epitatsiya ingichka va yo‘g‘on ichakning qovuzloqlarida, kamdan-kam hollarda oshqozonda, qo‘shimchalari bo‘lgan bachadonda va siydik pufagida sodir bo‘ladi. Yakuniy organlar hech qachon jigar yoki taloqni o‘z ichiga olmaydi.

Tug‘ruq zalidagi taktika:

- Talksiz, steril qo‘lqoplardan foydalanish. Bolaning orqa, yon tomonidagi holati.
- Kindik halqasidan 8-10 sm balandlikda shtapelni qo‘llash.
- Gipotermiyaning oldini olish.
- Oshqozon naychasini joylashtirish (tarkibni aspiratsiya qilish, oqindi miqdorini qayd etish).
- Ichak qovuzloqlarini steril plastik idishga (plastik to‘rva) solib, ichak ilmoqlarining egilishiga yo‘l qo‘ymaslik; shtapelli kindikdagi — paketdan tashqarida.
- Plastik idishga steril quruq bandaj qo‘yish va bolaning tanasiga mahkamlash.
- Inkubatorda tashish, bola yon tomonida joylashgan, oshqozon naychasi ochiq.

Omfalotsele

Ta’rif

Qorin old devorining malformatsiyasi, qorin bo‘shlig‘i qorin pardasi va membranalari bilan qoplangan qorin bo‘shlig‘i organlari kindik halqasining nuqsoni orqali chiqadi.

Klinik ko‘rinishi

Qusur o‘rta chiziqda lokalize qilinadi va markaziy, epigastrik yoki hipogastrik bo‘lishi mumkin.

Tug‘ruq zalidagi taktika:

- Bolaning orqa, yon tomonidagi holati.
- Hernial xaltadan 5 sm masofada shtapelni qo‘llash.
- Kindikdagi shtapel bilan hodisalangan organlarni plastik qopga botirish.
- Gipotermiyaning oldini olish.
- Oshqozon naychasini joylashtirish (tarkibni aspiratsiya qilish, oqindi miqdorini qayd etish).

Tug‘ma diafragma churrasi

Ta‘rif

Pleuroperitoneal kanalning yopilishining sekinlashishi yoki diafragmaning qobiliyatsizligi natijasida yuzaga keladigan malformatsiya, bu qorin bo‘shlig‘i va ko‘krak qafasining ajralishining buzilishiga, shuningdek, oshqozon, taloq, ichak va jigarning ko‘krak bo‘shlig‘iga siljishiga olib keladi.

Klinik ko‘rinishi

- siyanoz va nafas olish buzilishi;
- assimetrik ko‘krak qafasi;
- skafoid (orqaga tortilgan) qorin;
- zararlangan tomonda nafas olishning qisqarishi yoki yo‘qligi;
- yurakning qarama-qarshi tomonga siljishi.

Tug‘ruq zalidagi taktika:

- Niqobli ventilyatsiya va CPAPni olib tashlash.
- Traxeyani entubatsiya qilish va 1-daqiqada mexanik ventilyatsiyaga o‘tkazish.
- Oshqozonni dekompressiya qilish (oshqozon naychasini kiritish, tarkibini aspiratsiya qilish, naycha ochiladi).
- Ventilyatsiya, boshlang‘ich parametrlari: PIP 20-22 (maksimal — 25) sm suv ustuni, PEEP 5.0, VR 40-50 gacha (maksimal 70), FiO₂ max 1.0.
- ETT pozitsiyasini kapnometriya orqali tekshirish (agar tegishli jihozlar mavjud bo‘lsa).
- Mexanik ventilyatsiya bilan sinxronlashning iloji bo‘lmasa, bo‘limga olib borishdan oldin PVK yoki kindik kateterini o‘rnatish — sedativ yoki giyohvand analgeziklarini va (agar ko‘rsatilgan bo‘lsa) o‘rta ta’sirli mushak bo‘shashtiruvchilarni tomir ichiga yuborish.
- Yurak tezligi >100/min ga yetganda transport inkubatorida mexanik ventilyatsiyaga o‘tkazish.

Orqa miya churrasi

Ta'rif

Orqa miya va orqa miyaning tug'ma nuqsoni, umurtqa pog'onasi kam rivojlanganligidan iborat. Natijada, umurtqa pog'onasida bo'shliq hosil bo'ladi, unga orqa miyaning turli tuzilmalari tushadi.

Klinik ko'rinishi

- churra pufagi, taranglashgan yoki yorilib ketgan;
- qovuq nuqson orqali prolapsalangan va miya omurilik suyuqligini o'z ichiga olgan orqa miya membranalari bilan ifodalanadi;
- orqa miya anomaliyasining proeksiyasida orqa yumshoq to'qimalarning orqaga tortilishi;
- orqa miya proeksiyasida orqa yumshoq to'qimalarning chiqib ketishi. Orqaning yumshoq to'qimalari qisman saqlanib qolganda paydo bo'ladi.

Tug'ruq zalidagi taktika

- Agar membranalar buzilmagan bo'lsa, quruq, steril bog'lam qo'llanilishi kerak.
- Miya omurilik suyuqligining oqishi bilan membranalar yorilib ketganda — yaralarni yopish va/yoki kateterlarni mahkamlash uchun steril shaffof plyonkali stikerni qo'llash, so'ngra steril bandaj bilan mahkamlash.
- Neyroxirurgik shifoxonaga shoshilinch o'tkazish.

Bel-dumg'aza qismi teratomasi

Ta'rif

Bel-dumg'aza qismida joylashgan embrionlar guruhidan tug'ma neoplaziya (organizmoid teratomalar).

Tug'ruq zalidagi taktika

- Qattiq xavfsizlik tartibi.
- Shaffof suyuqlik oqishi bilan — yaralarni yopish va/yoki kateterlarni mahkamlash uchun steril shaffof plyonkali stiker qo'llash, so'ngra steril bandaj bilan mahkamlash; antibakterial terapiyani buyurish.
- Qon ketish — gemostatik shimgich yordamida mahkam o'rash va steril bandaj bilan mahkamlash; gemostatik, infuzion, antibakterial terapiyani buyurish; yangi tug'ilgan chaqaloqning klinik ko'rinishi va holatiga ko'ra qon tarkibiy qismlarini quyish.

Protokoldagi tavsiyalarni amalga oshirish uchun zarur bo'lgan resurslar
Materialno-texnicheskaya baza, neobxodimaya dlya realizatsii protokola

Resurslar	Funksiyasi/Muhimligi	Izoh
Inson resurslari		
Akusher-ginekolog, anesteziolog- reanimatolog, neonatolog, pediater	• Bemorning holatini klinik baholash • Zarur chora-tadbirlar hajmini tanlash • Tibbiy chora-tadbirlarni amalga oshirish • Bajarilgan tashxis va davolash tadbirlarining samaradorligini nazorat qilish • Milliy protokolga muvofiq davolash to'g'risida qaror qabul qilish • Doimiy kuzatuv • Tanlangan davolash taktikasi va bolaning holati bo'yicha ota-onalarni maslahatlashtirish	Majburiy
Doya, neonatal hamshira	• Bolaga g'amxo'rlik qilish • Hayot uchun muhim ko'rsatkichlar o'zgarishi haqida shifokorni xabardor qilib turish va monitoring o'tkazish • Dorilar va tashxis qo'yish tadbirlari bo'yicha belgilagan topshiriqlarni bajarish	Majburiy
Boshqaruv xodimlari	• Milliy protokolni amalga oshirishda yordam berish • Klinik holatlar auditini o'tkazish • Moddiy-texnika bazasini ta'minlashga yordam berish	Majburiy
Laborator tekshiruvlar		
Qon gazlari tahlili	Holatning og'irligini baholash, davolash uchun asosni aniqlash (keyingi chora-tadbirlarni belgilash)	O'ta muhim (tavsiya etiladi)
Qondagi glyukoza	Diagnozni tasdiqlash, davomiy chora-tadbirlar hajmini aniqlash	O'ta muhim (tavsiya etiladi)

Diagnostic uskunalar		
Stetoskop	Auskultatsiyani o'tkazish (O'SV samarasini va YUUS baholash uchun)	Majburiy
Pulsoksimetr	Saturatsiya va YUUS baholash	Majburiy
Tana harorati datchigi	Tana haroratini baholash	Majburiy
Neonatal datchikli elektrokardiograf yoki EKG uchun elektrodli hayotiy funksiyalarni baholash monitori	YUUS baholash	O'ta muhim (tavsiya etiladi)
Tarqatma (chop etiladigan) materiallar		
Tibbiyot xodimlari uchun	- Nazorat ro'yxati va asosiy dori vositalarining ro'yxati uchun 3-ilovani qarang. - Standart operatsion aralashuvlar uchun 4-ilovani qarang. - Palliativ yordam ko'rsatish bo'yicha tibbiy xizmatlarga rozilik/rad etish uchun 5-ilovani qarang. - Bolaning hayotining oxiridagi parvarish rejasi (EoL) uchun 6-ilovani qarang. - Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni reanimatsiya qilish algoritmi uchun 7-ilovani qarang.	Majburiy
Ota-onalar uchun	Palliativ yordam ko'rsatish bo'yicha tibbiy xizmatlarga rozilik/rad etish uchun 5-ilovani qarang.	Majburiy

Ilovalar

1-ilova

Klinik protokolni ishlab chiqish metodologiyasi

Milliy klinik bayonnoma Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 23-fevraldagi 52-son buyrug'i, Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 3-apreldagi 05-11/7020-sonli yo'riqnomasi talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Ushbu protokolni yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotdagi yondashuvlardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini tasdiqlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

Manfaatlar to'qnashuvi: Ushbu protokol ustida ishlashni boshlashdan oldin ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomani to'ldirishdi. Yozuvchi guruh a'zolarining hech biri farmatsevtika kompaniyalari yoki ushbu protokol mavzusi bilan bog'liq klinik foydalanish uchun mahsulotlar ishlab chiqaradigan boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

Dalillarni to'plash, sintez qilish va tanqidiy baholash

Dalillarni to'plash usullari: elektron ma'lumotlar bazasini qidirish, kutubxona resurslari. Bayonnomani ishlab chiqishda asosiy ma'lumotlar manbalari sifatida 2018-2023-yillarga mo'ljallangan turli mamlakatlarning tibbiyot hamjamiyatlari va boshqa ixtisoslashgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalaridan foydalanilgan; Bayonnomani ishlab chiqish jarayonida darsliklar va monografiyalar sifatsiz yoki sifatsiz dalillarga ega manba sifatida foydalanilmagan.

Tavsiyalarni olish va moslashtirish uchun manba hujjat sifatida turli mamlakatlardan bir nechta klinik ko'rsatmalar ishlatilgan.

Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalar talab qilinadigan tavsiyalarga ega bo'lmagan yoki yetarli darajada tavsiflanmagan/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, qarama-qarshi bo'lgan, mahalliy sharoitlarda qo'llanilmagan yoki eskirgan bo'lsa, qo'shimcha qidiruv o'tkazildi. nazorat qilinadigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar, xalqaro ma'lumotlar bazalarida kohort tadqiqotlari.

Topilgan manbalarning sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligini, ularni ishlab chiqish metodologiyasini, dalillarning ishonchliligi va ishonarliligi/kuchliligi darajasiga ko'ra tavsiyalar reytingini, mahalliy sharoitlarga qo'llanilishini hisobga olgan holda amalga oshirildi. tibbiy yordam.

Tavsiyalarni shakllantirish usullari tavsifi

Protokolning yakuniy tavsiyalari o'zgartirishlarsiz asl nashrdagi bir nechta klinik ko'rsatmalardan ba'zi tavsiyalarni olish, klinik ko'rsatmalarning ayrim tavsiyalarini mahalliy sharoitga moslashtirish va qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish yo'li bilan tuzilgan. Past sifatli dalillarga ega va mahalliy sharoitlarda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar

xorijiy klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa shkalalaridan foydalangan bo'lsa, ular (agar iloji bo'lsa) GRADE tizimiga tarjima qilingan. Turli xil klinik ko'rsatmalarda bir xil tavsiyalar topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh yanada ishonchli ilmiy dalillar asosida tuzilgan tavsiyani bayonnomaga kiritadi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqrizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotning miqdori va sifatiga qarab tavsiyalar kuchi darajasi (DID) bo'yicha tartiblangan.

2-ilova

Ushbu protokolni amalga oshirish quyidagilarni nazarda tutadi:

1. Mas'ul shaxsni tayinlash

1.1. Har kuni uskunaning yaroqliligini tekshiradigan va xodimlarning tayyorligini, reanimatsiya algoritmi, reanimatsiya xonasi, asbob-uskunalar, dori-darmonlar va reanimatsiya uchun zarur bo'lgan sarf materiallari mavjudligini ta'minlaydigan akusherka/navbatchi neonatolog (2-ilovaga qarang)

1.2. Tug'ruq bo'limi boshlig'i chaqaloqlarni reanimatsiya qilish uchun zarur bo'lgan jihozlar va zarur vositalar yaroqli holatda bo'lishini ta'minlashga mas'uldir.

2. Reanimatsiya o'tkazishga talablar:

2.1. Neonatal reanimatsiyada ishlatiladigan asbob-uskunalar va sarf materiallariga qo'yiladigan talablar. Reanimatsiyaga tayyorgarlik.

2.1.1. Aniq xavf omillari bo'lmagan yangi tug'ilgan chaqaloq kutilmaganda reanimatsiyani talab qilishi mumkinligini hisobga olib, har bir tug'ruqqa yordam beruvchi muassasalarda har qanday tug'ilish uchun yangi tug'ilgan chaqaloq reanimatsiyasining barcha ko'nikmalariga ega bo'lgan reanimatologlar guruhini tezda safarbar qilish tartibini ishlab chiqilishi kerak.

2.1.2. Har bir tug'ruqda reanimatsiyaning barcha bosqichlarini bajarish uchun zarur bo'lgan barcha materiallar va jihozlar tayyor bo'lishi kerak. Agar yuqori perinatal xavfi mavjud bo'lgan chaqaloq tug'ilishi kutilayotgan bo'lsa, barcha tegishli materiallar va jihozlar darhol foydalanishga tayyor bo'lishi lozim.

2.2. Standart ehtiyot choralari:

2.2.1. Reanimatsiya tadbirlarini o'tkazishda tug'ruq xonasi, intensiv terapiya bo'limlari, jihozlar, reanimatsiya jarayonida ishlatiladigan materiallar, xodimlarning qo'llari va boshqalar bo'yicha infeksiya nazoratining barcha qoidalariga qat'iy rioya qilinadi.

2.2.2. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarni reanimatsiya qilishdagi vaziyat inson tanasining biologik suyuqliklari (qon, siydik, axlat, tupik, qusuq massalari) bilan aloqa qilish xavfi yuqori bo'lib, uni potensial infeksiyalanish deb hisoblash kerak. Shuning uchun, yangi tug'ilgan chaqaloqni reanimatsiya qilishdan oldin, steril qo'lqop kiyish lozim.

3-ilova

Nazorat ro'yxati va asosiy dorilar ro'yxati

YANGI TUG'ILGAN CHAQALOQLARNI REANIMATSIYA QILISH USKUNALARINI TEKSHIRISH RO'YXATI[1]

Issiqlikni ta'minlash	- tug'ruqxonadagi havo harorati kechayu-kunduz $\geq 25^{\circ}\text{C}$ - reanimatsiya stoli ustidagi radiatsion issiqlik manbasini oldindan yoqish - issiq tagliklar yoki sochiqlar - harorat sensori va uzoq muddatli reanimatsiya uchun ekran - qopqoq - plastik to'rva yoki plastik plyonka (homiladorlikning <32 xaftaligida emizuvchi erta tug'ilgan chaqaloq uchun) - termal matras (homiladorlikning 32 xaftaligida emizuvchi erta tug'ilgan chaqaloq uchun)
Nafas olish yo'llarini sanitarizatsiya qilish	- rezina lampochka 10F yoki 12F debridman kateteri salbiy bosim manbasiga (80-100 mm sim. Ust.) biriktirilgan. - mekonium aspiratori
Auskultatsiya o'tkazish	stetoskop
O'pkalarni ventilyatsiya qilish	10 l/min ga sozlangan oqim o'lchagich - kislorod-havo aralashtirgichi 21% ga sozlangan (agar bolaning homiladorlik yoshi <35 hafta bo'lsa, 21-30%) - musbat bosimli ventilyatsiya qurilmalari - to'liq muddatli va erta tug'ilgan chaqaloqlar uchun niqoblar 8F oshqozon naychasi va katta hajmli shprits - T-tizimi
Kislorod bilan ta'minlash	- erkin oqim kislorod yetkazib berish uskunasi - neonatal datchikli pulsoksimetr va uning qisqichi - neonatal sensorli elektrokardiograf - qonning kislorod bilan to'yinganligi me'yoriy ko'rsatkichlari jadvali
Traxeyani intubatsiya qilish	- tekis pichoqli laringoskop (o'lchamlari "0", "1"; "00" — kerakli) - stilet (imkon qadar) - endotraxeal naychalar (o'lchamlari 2,5; 3,0; 3,5 mm) - karbonat angidrid (CO_2) detektor - ETT kiritish chuqurligi jadvali - suv o'tkazmaydigan yopishqoq lenta yoki naychani mahkamlash moslamasi - qaychi

	▪ laringeal niqob (1 o'lcham) va 5 ml shprits
Dori vositalaridan foydalanish	Quyidagilarga kirish imkoniyati bo'lishi kerak: ▪ 1:10 000 konsentratsiyadagi adrenalin eritmasi (0,1 mg/ml) ▪ fiziologik eritma ▪ kindik venasiga favqulodda kateter qo'yish va dori vositalarini kiritish uchun to'plam

4-ilova

Standart operatsion muolajalar

Kindikdan qon siqib olish

Tug‘ilgandan keyin kindik parvarishi:

- Kindikni qisish variantlari va sabablari tug‘ruqdan oldin ota-onalar bilan muhokama qilinishi kerak.
- Agar shoshilinch reanimatsiya yoki barqarorlashtirish talab qilinmasa, kindikni qisishni kamida 60 soniyaga kechiktirishga harakat qiling. Uzokroq vaqt ichida yanada katta foyda olish mumkin.
- Kindik qisilishi bolaning o‘pkalari birinchi nafas olgandan keyin bo‘lishi kerak.
- Agar kindikni kechiktirib qisish mumkin bo‘lmasa, 28 haftalikdan katta bolalarda “kindikdan qonni siqib olish”ni ko‘rib chiqing.
- Vaqtdan kechiktirib kindikni qisish va kesish chala tug‘ilgan bolalarda 60 soniyadan keyin nekrotik enterokolit (NEK), miya ichi qorinchasi qon quyilish, sepsis, qon quyishga ehtiyojning kamayishiga olib keladi (DID-A).

Kindikdan qonni siqib olish kindikni kechiktirib qisishga muqobil sifatida ko‘rib chiqilishi mumkin. Lekin bu usulni doimiy qo‘llash tavsiya qilinmaydi, chunki uning xavfsizligi to‘g‘risida yetarli dalillar mavjud emas, ayniqsa, chuqur chala tug‘ilgan bolalar uchun.

Kindikdan qon siqib olish

Kindikni kechiktirib qisish, agar platsentar qon oqimi platsenta ajralishi, Kindikning tushishi, qon tomirlarining yopilishi, kindikning uzilishi yoki onada qon ketishi tufayli buzilgan bo‘lsa, qarshi ko‘rsatilgan. Bunday hollarda kindikdan qonni siqib olish, qisilmagan yoki allaqachon kesilgan kindik bilan amalga oshirilishi mumkin bo‘lgan muqobil usul sifatida ko‘rib chiqiladi.

Qisilmagan kindikdan qonni siqib olish

Kindikni 3-5-marta bosib qo‘yishni o‘z ichiga oladi, bu qonning bolaga bachadon qisqarishi orqali passiv ravishda kirishidan ko‘ra tezroq yetib borishini ta’minlaydi. To‘liq muddatli bola bunday usul orqali taxminan 50 ml platsentar qon olishi mumkin. Siqib olishdan so‘ng Kindik qistiriladi va kesiladi, bola reanimatsiya hududiga o‘tkaziladi.

Qisilgan kindikdan qonni siqib olish qistirilgandan va kesilgandan keyin taxminan 25 sm uzunlikdagi kindik bo'lagidan qon siqib olishni o'z ichiga oladi. Olingan qon miqdori qistirilmagan kindikdan siqib olishga qaraganda kamroq, ammo to'liq muddatli bola taxminan 25 ml qon oladi. Keyin bolani darhol reanimatsiya hududiga o'tkazib, reanimatsiya yoki barqarorlashtirish jarayoni davomida qon siqib olish davom ettiriladi.

Kesarcha kesish jarrohlik amaliyotida birinchi navbatda akusher-ginekologlar ayolning holati va operatsiya jarayonini baholab qaror qabul qiladilar.

Kindik kechiktirilgan holda qisilganda Apgar taymerini bola tug'ilganidan keyin darhol ishga tushirish kerak, Kindikni qistirish vaqtidan qat'iy nazar. Yangi texnologiya bo'lib, kindikni kechiktirib qisish va kesish bolaning nafas olish terapiyasi boshlanganidan keyin yoki unga mos ravishda o'tkazilishi mumkin.

Kindikning pulsatsiyasi palpatsiya orqali kamayganda (100 dan kam soniyasida) va bola darhol reanimatsiyaga muhtoj bo'lganda Kindikdan qon siqib olish tavsiya qilinadi.

Qayd etish kerakki, kindikdan qon siqib olish Kindikni kechiktirib qistirish bilan samaradorlik bo'yicha tengdir (DID-A) va uning muqobili sifatida qo'llanilishi mumkin. Siqib olish platsentadan bolaga tomon amalga oshiriladi. Kindik qisilishi va kesilishigacha kindikning barcha bo'lagi 2-3-marta soatiga 10 sm tezlikda siqib olinadi. 28 haftalikdan kichik bolalar uchun Kindikdan qon siqib olish tavsiya qilinmaydi.

Kindikni qisishni kechiktirish tavsiya qilinadi, agar bolani reanimatsiya qilish uchun yetarli sharoitlar mavjud bo'lsa.

Iloji bo'lsa, maxsus reanimatsiya platformasidan foydalaning. Agar texnik imkoniyat va tajriba mavjud bo'lsa, Kindik kesilmasdan O'SV (invaziv ventillyatsiya) boshlash mumkin.

5-ilova

Palliativ yordam ko'rsatish bo'yicha tibbiy xizmatlarga rozilik/rad etish

- Menga bolamning ahvoli, kelajakda yuzaga kelishi mumkin bo'lgan oqibatlar va kelajakdagi hayotining sifati haqida to'liq ma'lumot berildi. ☐
- Men palliativ yordamni rad etaman va bolamga to'liq reanimatsion tadbirlarni o'tkazishni talab qilaman. ☐
- Men to'liq reanimatsiyadan bosh tortaman va bolamga palliativ yordam berishni talab qilaman. ☐
- Men farzandimga rejalashtirilgan palliativ yordam ko'rsatish doirasi bilan tanishman, bunga to'liq qo'shilaman va reanimatsiyadan bosh tortish uchun javobgarlikni o'z zimmamga olaman. ☐

Bola onasining F.I.Sh. _____

Bola otasining F.I.Sh. _____

Manzil _____

Telefon raqami _____

HSQUSHK (hayotni saqlab qolish uchun shifokorning ko'rsatmalari):

Nusxa olindi:

HA ☐

YO'Q ☐

Sana ____/____/____yil

Imzo _____

6-ilova

Bola hayotining yakunida parvarishlash rejasi (EoL)

Hayot yakunida parvarishlash rejasi (EoL)	Yakunlash sanasi va vaqti	Ism, imzo, muxr
Tibbiyot muassasasi va oila o'rtasida farzandi hayotining yakunlanayotganligi haqida kelishuvga kelindi	__ / __ / __yil	
Oila holatini baholash:		
Tashxisdan xabardorlik Ota-onalar: Ha ☐ YO'q ☐	Hayot yakunini tan olish Ota-onalar: Ha ☐ YO'q ☐ Oilaning boshqa a'zolari: Ha ☐ Yo'q ☐	
Tibbiy yozuvlar _____ _____ _____ _____	__ / __ / __yil	
Konsultant bilan EoL ga ketish aniq jarayonini muhokama qilish	__ / __ / __yil	
Konsultant bilan EoL muhokamasi vaqtida ishtirok etgan tibbiyot xodimlari	__ / __ / __yil	
EoL ga ketish joy iota-onalar bilan muhokama qilish	__ / __ / __yil	
Tibbiy muassasa nomi: _____		

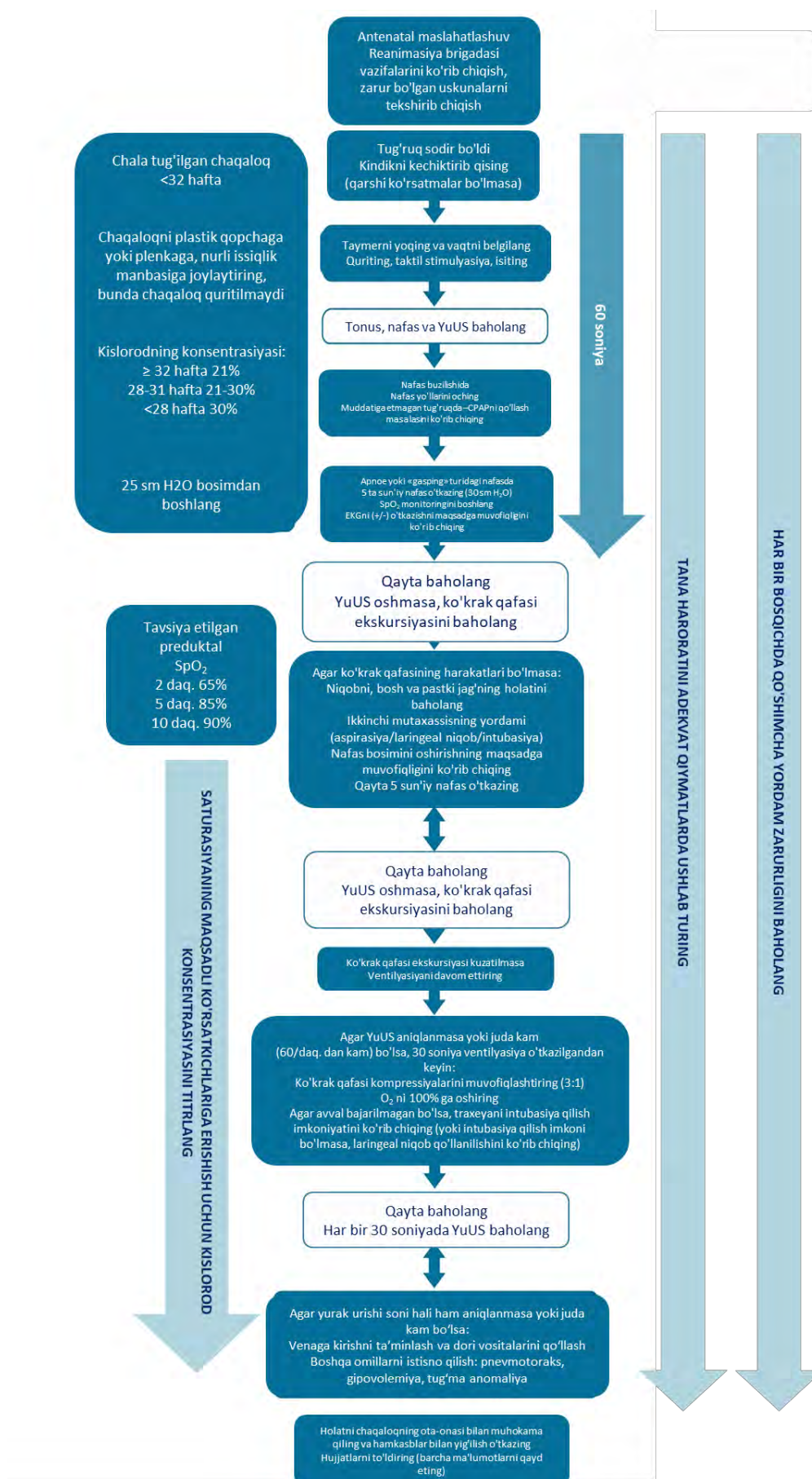
7-ilova

Uskunalarni dezinfektsiyalash va sterilizatsiya qilish

SanQvaM № 0342-17. Shifoxona ichi infeksiyalari profilaktikasi, Toshkent 2017y.

8-ilova

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar reanimatsiyasi algoritmi



Foydalanilgan adabiyotlar

1. Lee J, Lee JH. A clinical scoring system to predict the need for extensive resuscitation at birth in very low birth weight infants. *BMC Pediatr.* 2019;19(1):197. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1573-9>.
2. Rabe H, Gyte GML, Díaz-Rossello JL, Duley L. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 9. Art. No.: CD003248.
3. Dawson JA, Kamlin CO, Vento M, Wong C, Cole TJ, Donath SM, Davis PG, Morley CJ. Defining the reference range for oxygen saturation for infants after birth. *Pediatrics.* 2010 Jun;125(6):e1340-7. doi: 10.1542/peds.2009-1510. Epub 2010 May 3. PMID: 20439604.
4. Wyckoff MH, Wyllie J, Aziz K, et al. Neonatal Life Support 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2020; 156:A156-87.
5. Perkins GD, Graesner JT, Semeraro F, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021 executive summary. *Resuscitation* 2021;161.
6. Perkins GD, Morley PT, Nolan JP, et al. International Liaison Committee on Resuscitation: COVID-19 consensus on science, treatment recommendations and task force insights. *Resuscitation* 2020;151:145-7.
7. Couper K, Taylor-Phillips S, Grove A, et al. COVID-19 in cardiac arrest and infection risk to rescuers: a systematic review. *Resuscitation* 2020;151:59-66.
8. Dekker J, vanKaamAH, Roehr CC, et al. Stimulating and maintaining spontaneous breathing during transition of preterm infants. *Pediatr Res* 2019.
9. Seksiya trupov plodov i novorozhdennykh / Хрущеlevski E., Shperl, Zeyfridova G. — M.: MEDGIZ, 1962. — 218 s.
10. “Qog‘anoq suvlari barvaqt yorilishi. Xorioamnionit”. O‘zR SSV 2024-yil 29-martdagi 107-sonli buyrug‘i.
11. SanPiN № 0342-17. Shifoxona ichi infeksiyalarini oldini olish <https://sanepid.uz/uploads/topics/16968351416067.pdf>
12. Blencowe H, Hug L, Moller A-B, You D, Moran AC. Definitions, terminology and standards for reporting of births and deaths in the perinatal period: International Classification of Diseases (ICD-11). *Int J Gynecol Obstet.* 2024; 00: 1-9. doi:10.1002/ijgo.15794

QAYDLAR UCHUN

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

QAYDLAR UCHUN

[illegible]

РЕЦЕНЗИЯ

по национальному протоколу «РЕАНИМАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ»,

разработанному коллективом авторов: *Исраилова Н.М., Касимова Н.А.,
Разикова М.З., Касимова У.Ш., Саидумарова Д.С., Султанова З.А.,
Батманов А.Л., Латипова Г.Г., Разикова М.З., Мирзаев С., Тулаганова
Н.М.*

Перинатальные потери являются одним из основных показателей, отражающих качество медицинской помощи беременным и новорожденным. Перинатальная смертность во многом зависит от медико-организационного уровня перинатальной службы страны. Хотя в Узбекистане наблюдается явный прогресс в оказании перинатальной помощи матерям и новорожденным за счет совершенствования практик в перинатальных центрах, и улучшения показателей путем снижения перинатальной и неонатальной смертности, но все эти показатели по-прежнему остаются высокими на уровне региона.

В настоящее время произошло много изменений в перинатальной помощи, включая неонатальную помощь, ориентированную на лучшие рентабельные вмешательства, обоснованные на научных доказательствах. Для того чтобы связать существующую практику с актуальными требованиями современности, возникла необходимость разработки и пересмотра ряда клинических протоколов, включающих актуальные темы неонатологии.

В связи с этим, разработка национального протокола «Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале» является актуальной как для специалистов, работающих в неонатальной службе, так и для другого медицинского персонала, оказывающего помощь в роддзале, например, для акушеров-гинекологов, педиатров, акушерок с акцентом на стандартизацию оказания неотложной помощи новорожденному в родильном зале.

Успех реанимации новорожденного зависит от: прогнозирования необходимости реанимации, своевременной подготовки необходимого для реанимации оборудования и лекарств, присутствия в родильном зале обученного персонала и организации обязанностей каждого члена команды, оказывающей помощь. Хотя факторы риска присутствуют у многих младенцев, которым требуется обширная реанимация, необходимость реанимации также может стать неожиданностью. Поэтому очень важно, чтобы члены команды могли выполнять свои задачи быстро и квалифицированно, а также эффективно общаться внутри команды.

Протокол «Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале» имеет классическую структуру национального клинического протокола

и включает основные разделы. Настоящее руководство построено логично и стандартизировано с точки зрения оказания неотложной помощи новорожденному в родильном зале. Главы и подразделы подробно описывают рассматриваемую проблему и намеченную цель.

При разработке этого протокола группа авторов руководствовалась и взяла за основу самые последние и обновленные рекомендации, такие как: *European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth (2021)* и *Textbook of Neonatal Resuscitation, Publisher: American Academy of Pediatrics, 2021, The NRP 8th Edition*.

В начале руководства авторы представляют ключевые рекомендации относительно реанимации, как экономически эффективной технологии, сопровождаемые терминами и определениями.

В следующем подразделе коллективом авторов представлены основные критерии определения асфиксии, а также сгруппированы и представлены основные антенатальные и интранатальные факторы риска; показания к реанимации и противопоказания к ее проведению. В этом подразделе структурированы и представлены аспекты, связанные с прогнозированием и подготовкой к реанимации, с подробным изложением вопросов профилактики гипотермии у новорожденных.

Следующий подраздел посвящен оценке новорожденного и применению основных шагов реанимации, основанных на новейших рекомендациях и научных данных, непрерывности реанимационных вмешательств. Каждый выполняемый шаг и маневр сопровождается графическим изображением, что повышает ценность данного руководства и облегчает его внедрение в повседневную деятельность специалистов.

Отдельный подраздел посвящен ситуациям прекращения реанимационных мероприятий с включением компонента общения с родителями и семьей, этико-правовых аспектов, вовлечения родителей в принятие решений.

Отдельная глава посвящена особенностям реанимации в особых ситуациях, таких как врожденные пороки развития, с описанием конкретных действий и мероприятий в таких ситуациях как: атрезия пищевода, гастрошизис, омфалоцеле, диафрагмальная грыжа и другие состояния.

Это руководство включает в себя отдельный раздел, посвященный необходимым ресурсам для реализации протокола на уровне учреждения: материальные, человеческие ресурсы и т. д.

Также данное руководство сопровождается приложениями, которые дополняют и уточняют существенные моменты, необходимые для его внедрения в повседневную клиническую деятельность, такие как: алгоритм реанимации новорожденных и т.д.

В ходе рецензии протокола возникли следующие замечания:

- Некоторые рекомендации носят описательный характер, могут быть сокращены без ухудшения качества протокола,
- Библиографические источники должны быть представлены и объединены в едином стиле.

Данные возражения носят рекомендательный характер по решению группы авторов и не снижают практической ценности руководства.

Представленный к рецензированию протокол основан на новейших научных данных и рекомендациях национальных и международных руководств, хорошо структурирован, будет полезным пособием для практикующих врачей перинатальных центров всех уровней. Практическая реализация данных уточненных рекомендаций по реанимации и стабилизации новорожденного в родильном зале позволит снизить неонатальную и младенческую смертность, а также позволит предотвратить инвалидность и повысить качество услуг, оказываемых новорожденным в перинатальном центрах всех уровней.

На основании вышеизложенного рекомендую национальный протокол «Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале» к последующему этапу согласования на уровне Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан.

Татьяна Карауш

Эксперт ВОЗ, Институт Матери и Ребенка Республики Молдова



Уважаемые коллеги

Ознакомилась с представленным протоколом « **РЕАНИМАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ**».

Хочу отметить, что протокол актуален, представленная структура соответствует международным стандартам, а представленные рекомендации соответствуют рекомендациям ВОЗ.

Учитывая вышеизложенное, можно рекомендовать Министерству здравоохранения Узбекистана рассмотреть данную версию национального протокола « **РЕАНИМАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ** ». для утверждения на национальном уровне.

С уважением,
Хатуна Ломаури
Консультант ВОЗ

Профессор, заведующий кафедрой неонатологии ТГМУ



Рецензия

На национальный клинический протокол:

Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале

Национальный протокол «Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале» составлен в соответствии со всеми стандартами оказания первичной реанимационной помощи новорожденным в родильном зале. Данный клинический протокол предназначен для врачей - неонатологов, реаниматологов, акушер-гинекологов, акушеров, педиатров, а также может использоваться в качестве учебного пособия для студентов медицинских ВУЗов, клинических ординаторов, аспирантов.

Протокол соответствует требованиям к клиническим рекомендациям (протоколам) и включает нозологические формы с указанием кодирования по Международной статистической классификации болезней, содержит разделы с описанием терминов, краткой информацией по реанимации и стабилизации новорожденных в родильном зале, возможных осложнений и их профилактики. Большой раздел в Национальном протоколе включает алгоритм действия и протокол оказания первичной помощи, прогнозирование необходимости реанимационных мероприятий, оценка состояния новорожденного, лечение в постреанимационном периоде, особенности реанимации и стабилизации состояния новорожденных детей с врожденными пороками развития в родильном зале. В представленной информации по реанимации и стабилизации новорожденных в родильном зале соблюдены принципы доказательной медицины с использованием Шкал оценки уровня достоверности доказательств (УДД), оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР), что соответствует требованиям к клиническим рекомендациям (протоколам). Протокол включает таблицу Критериев оценки качества медицинской помощи, которые также соответствуют уровням УДД и УУР тезис-рекомендаций. В приложении представлены наглядные блок-схемы алгоритма действий врача, отражающие структуру и содержание протокола.

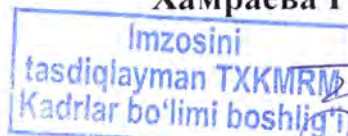
Национальный клинический протокол по нозологии «Реанимация и стабилизация новорожденных в родильном зале» рекомендован к использованию в практическом здравоохранении (с учетом исправления замечаний).

Зав. кафедрой анестезиологии и
интенсивной терапии в
педиатрии ЦРПКМР,
д.м.н., доцент



[Handwritten signature]

Хамраева Г.Ш.



[Handwritten signature]