

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ**

**ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МИЛЛИЙ  
ПАЛАТАСИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА  
САЛОМАТЛИГИ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**



**АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК  
БАЁННОМАЛАР ТЎПЛАМИ**

## Мундарижа

<b>«Нормал ҳомиладорлик» миллий клиник баённома»</b>	<b>-3-</b>
<b>Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдромини олиб бориш бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-48-</b>
<b>Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларида инфекцияларини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-79-</b>
<b>«Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш» миллий клиник баённомаси</b>	<b>-108-</b>
<b>Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-204-</b>
<b>Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-249-</b>
<b>Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-277-</b>
<b>Туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш ва олиб бориш тактикаси бўйича миллий клиник баённома</b>	<b>-333-</b>

# «Нормал ҳомиладорлик» миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладорлик
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	Нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладорлик миллий клиник баённомаси
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқиш санаси</b>	24.07.2021
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда.
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.

ССВни Бош акушер-гинеколог

Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор

РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари

Надырханова Н.С., т.ф.д.

РИАГИАТМ, директор

Уринбаева Н.А., т.ф.д.

РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор

РПМ

Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор

РПМ

Алиева Д.А., т.ф.д., профессор

РИАГИАТМ

Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

Каримов З.Д., т.ф.д., профессор

Тошкент ШПМ, директор

Иргашева С.У., т.ф.д.

РИАГИАТМ

Матякубова С.А., т.ф.д.

РИАГИАТМ Хоразм филиали, директор

Абидов А.К., т.ф.д.

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

Нишанова Ф.П., к.м.н.

РИАГИАТМ

Микиртичев К.Д., к.м.н.

РИАГИАТМ

Ашурова В.И., к.м.н.

РИАГИАТМ

Сапаров А.Б., к.м.н.

РИАГИАТМ

Абидов А.К., к.м.н.

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

Бабажанова Ш.Д., к.м.н.

РПМ

Тараян С.К., к.м.н.

РПМ, анестезиолог-реаниматолог

Умарова Н.М., к.м.н.

РПМ

Мухамедова У.Ю., к.м.н.

РПМ

Джураев Ф.С.

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

Арифханова З.А.

РПМ

Абдураимов Т.Ф.

РИАГИАТМ

Насретдинова Д.Б., т.ф.н.

РИАГИАТМ Андижон филиали, директор

Гаффаров Ф.Б.

РИАГИАТМ Навоий филиали, директор

Курбанов П.Х.

РИАГИАТМ Сурхандарё филиали, директор

Суяркулова М.Э., т.ф.н.

РИАГИАТМ Фарғона филиали, директор

Шодмонов Н.М., т.ф.н.

РИАГИАТМ Жиззах филиали, директор

Норкулова М.А., т.ф.н.

РИАГИАТМ Қашқадарё филиали, директор

Бабажанов М.А.

РИАГИАТМ ҚР филиали, директор

Хамроева Л.К.

РИАГИАТМ Самарқанд филиали, директор

Садыкова Х.З.

РИАГИАТМ Сирдарё филиали, директор

Бахранова Н.Р.

РИАГИАТМ Бухоро филиали, директор

Джуманов Б.А., т.ф.н.

РИАГИАТМ Тошкент филиали, директор

Мухитдинова И.Н., т.ф.н.

РИАГИАТМ Наманган филиали, директор

Дустмуродов Б.М.

РИАГИАТМ Сурхондарё №2 филиали, директор

### Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази</i>

**Техник ёрдам:**

UNFPA нинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси.

**Рецензентлар:**

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим,  
Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва  
гинекология №2 кафедраси мудири

Клиник баённома 2021 йил «29» июлда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 7-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## **Кириш.**

### **Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:**

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, демак, шифокорлар ҳурмат билан конфиденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, ҳомиладор аёлларнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Ҳомиладор аёлга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки муолажаларни ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ўрнатилган тартибда ҳомиладорларни олиб бориш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник қўлланманинг мақсади:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, нормал ҳомиладорлик(физиологик, асоратланмаган)ни олиб боришда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** ҳомиладорлик даври нормал кечган аёллар (физиологик, асоратланмаган).

### **Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:**

1. акушер-гинекологлар;
2. неонатологлар;
3. лаборантлар;
4. умумий амалиёт шифокорлари;
5. акушеркалар (доялар);
6. клиник фармакологлар;
7. ОТМ талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, ўқитувчилари

## Қисқартмалар рўйхати:

<b>АҚБ</b>	Артериал қон босими
<b>БТБ</b>	Бачадон туби баландлиги
<b>ГҚД</b>	Гестацион қандли диабет
<b>ДТЎ</b>	Думғаза-тепа ўлчами
<b>ЁРТ</b>	Ёрдамчи репродуктив технологиялар
<b>ИПВ</b>	Инсон папиллома вируси
<b>ИЦЕ</b>	Истмико-цервикал етишмовчик
<b>КТГ</b>	Кардиотокография
<b>ҚА</b>	Қорин айланаси
<b>МОТ</b>	Муддатидан олдинги туғруқ
<b>НЖЙВОК</b>	Нормал жойлашган йўлдошни вақтидан олдин кўчиши
<b>НИПС</b>	Ноинвазив пренатал скрининг
<b>НМГ</b>	Низкомолекуляр гепаринлар
<b>ОГВ</b>	Оддий герпес вирус
<b>ОИВ</b>	Орттирилган иммун танқислик вируси
<b>ПГТТ</b>	Перорал глюкозотолерант тест
<b>ПЭ</b>	Преэклампсия
<b>РАРР-А</b>	Плазма протеини А, ҳомиладорлик билан асоциирланган
<b>ТВИ</b>	Тана вазни индекси
<b>ТТГ</b>	Тиреотроп гормон
<b>ТЭА</b>	Тромбоэмболик асоратлар
<b>УТТ</b>	Ультратовуш текшируви
<b>ХГ</b>	Хорионик гонадотропин
<b>ЦМВ</b>	Цитомегаловирус
<b>ЮҚС</b>	Юрак қисқаришлар сони
<b>НСV</b>	Вирусли гепатит С

## Таърифи:

- **Нормал ҳомиладорлик** – бир ҳомилали, ривожланиш нуқсони ва генетик патологиясиз, 37-41<sup>6</sup> хафта давом этувчи, акушерлик ва перинатал асоратларсиз кечувчи ҳомиладорлик.

## Этиология.

Нормал ҳомиладорлик ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан (ЁРТ) кейин рўй бериши мумкин.

## Эпидемиология.

ЖССТнинг маълумотларга кўра ҳомиладорлиги нормал (физиологик, асоратланмаган) кечган аёллар 80-85% ни ташкил қилади.

## Касалликлар халқаро таснифи-10 кодлари:

<b>Z32.1</b>	Тасдиқланган ҳомиладорлик
<b>Z33</b>	Ҳомиладорликка хос бўлган ҳолат

<b>Z34.0</b>	Биринчи нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z34.8</b>	Бошқа нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.0</b>	Анамнезида бепуштлик бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.1</b>	Анамнезида аборт билан яқунланган ҳомила тушиши бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.2</b>	Туғруқ ва акушерлик муаммоларига тегишли бошқа асоратланган анамнези бўлган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.3</b>	Анамнезида туғруқдан олдинги етарли ёрдам олмаган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.4</b>	Кўп туғувчи аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.5</b>	Ёши катта илк туғувчини кузатиш
<b>Z35.6</b>	Жуда ёш илк туғувчини кузатиш
<b>Z35.7</b>	Ижтимоий муаммо натижасида юқори хавф гуруҳи тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z35.8</b>	Бошқа юқори хавф тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кузатиш
<b>Z35.9</b>	Сабаби аниқланмаган юқори хавф тасдиқланган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
<b>Z36.0</b>	Хромосом аномалияларни аниқлаш учун антенатал скрининг
<b>Z36.3</b>	Ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун ультратовуш ва бошқа физикал усуллар ёрдамида антенатал скрининг

## Диагностика.

### Ташхис қўйиш мезонлари:

Нормал ҳомиладорлик кичик чаноқ аъзолари ва ҳомилани ультратовуш текширувида бачадон бўшлиғида битта ҳаётга лаёқатли, ривожланиш нуқсонларисиз эмбрион/ҳомила (эмбрион/ҳомила юрак уриши аниқланганда) ташхисланади.

### Шикоятлари ва анамнез.

Анамнез йиғишда ҳомиладорнинг қуйидаги маълумотларини жамлаш керак:

- ёши,
- касбий зарарнинг мавжудлиги,
- зарарли одатларнинг мавжудлиги (чекиш, алкоголь, наркотик препаратлар),
- оилавий анамнези (1-авлод қариндошларида қандли диабет, ТЭА, гипертония касаллиги, руҳий касалликлар, акушерлик ва перинатал асоратлар борлигини кўрсатиш),
- менструация характери (менархе ёши, менструал циклнинг давомийлиги ва даврийлиги, менструал қон кетишининг давомийлиги, оғриқлилиги),
- акушерлик анамнези (анамнезида ҳомиладорлик ва туғруқлар сони ва натижалари, ҳомиладорлик, туғруқ ва/ёки абортлар асоратларининг мавжудлиги, антропометрик кўрсаткичлар, туғилган фарзандларининг саломатлиги, ҳомиладорликка эришиш усули - ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейин),
- ўтказган ва мавжуд гинекологик касалликлари, кичик чаноқ аъзоларидаги жаррохлик амалиётлари, ўтказган ва мавжуд соматик касалликлар (хусусан, болалар инфекциялари, юрак қон томир касалликлари, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар, аллергия касалликлар, ТЭА ва бошқалар),
- анамнезида травма, жаррохлик аралашувлари, қон қуйиш амалиётлари мавжудлиги,
- аллергия реакциялар,



- қабул қилаётган дори воситалари,
- эри/жинсий хамроҳининг ёши ва саломатлигини ҳолати, унинг қон гуруҳи ва резус омили, касб зарарлари ва зарарли одатларинг мавжудлиги.

Нормал ҳомиладорликка хос шикоятлар:

- **Кўнгил айнаши ва қайт қилиш** ҳар 3-ҳомиладорларда учрайди. 90% ҳолларда ҳомиладорда кўнгил айнаши ва қусиш ҳомиладорликнинг физиологик белгиси ҳисобланса, 10% ҳолларда - ҳомиладорликнинг асорати сифатида бўлади. Нормал ҳомиладорликда қусиш қунига 2-3 мартадан кўп бўлмаган ҳолларда, кўпинча оч қоринга бўлади ва беморнинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Кўпгина ҳолларда кўнгил айнаш ва қусиш ҳомиладорликнинг 16-20 хафталигига қадар ўз-ўзидан тўхтайдиган ва натижасини ёмонлаштирмайди.
- **Масталгия** ҳомиладорлик пайтида одатий симптом бўлиб, кўпчилик аёлларда ҳомиладорликнинг 1 триместрида учрайди ва гормонал ўзгаришлар туфайли сут безларининг шиши ва қаттиқлашиб кетиши билан боғлиқ.
- **Ҳомиладорлик пайтида қориннинг пастки қисмида оғриқ** нормал бўлиши мумкин, масалан, бачадоннинг катталашishi натижасида бачадон боғламларининг тортилиши (қорин пастки қисмида симилловчи ёки тўсатдан санчувчи оғриқлар) ёки ҳомиладорликнинг 20-хафтасидан кейин Брекстон-Гиггснинг туғруққа тайёргарлик дардлари (қорин пасткида бачадон тонуси билан кечувчи, бир дақиқагача давом этадиган, нерегуляр тортувчи оғриқлар).
- **Жиғилдон қайнаши** (гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги) ҳомиладорликда 20-80% ҳолларда учрайди. Кўпинча ҳомиладорликнинг 3 триместрида ривожланади. Жиғилдон қайнаши пастки қизилўнгач сфинктерининг бўшашиши, қизилўнгач ички босимининг пасайиши, қорин ва ошқозон ичи босимининг бир вақтнинг ўзида ошиши туфайли пайдо бўлади, бу ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак таркибининг қизилўнгачга қайта ҳайдалишига олиб келади.
- **Қабзият** - ҳомиладорлик пайтида энг кенг тарқалган ичак патологияси, 30-40% ҳолларда учрайди. Қабзият йўғон ичак пассажиининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, ич келиши ҳафтасида 3 мартадан кам қузатилади. Уларга қуйидаги белгиларнинг камида биттаси хамроҳ бўлади: ичакларнинг тўлиқ бўлмаган бўшатилиш ҳисси, нажаснинг оз миқдорда ва зич консистенцияда бўлиши, дефекация вақтида кучаниш. Ҳомиладорлик пайтида қабзият ривожланишининг сабабларига прогестерон миқдорининг ошиши, мотилин концентрациясининг камайиши ва қон айланишининг ўзгариши ва ичакнинг нейрогуморал регуляцияси киради.
- Тахминан 8-10% аёлларда ҳар ҳомиладорлик пайтида **геморрой** ривожланади. Ҳомиладорлик пайтида геморрой ривожланишининг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: бачадон томонидан ичак деворларига босим таъсири, портал вена тизимидаги димланиш, қорин ички босимининг кўтарилиши, бириктирувчи тўқималарнинг туғма ёки орттирилган заифлиги, тўғри ичак иннервацияси бузилиши.
- **Варикоз касаллиги** ҳомиладор аёлларнинг 20-40 фоизида ривожланади. Ҳомиладорлик даврида варикоз кенгайиш ривожланишининг сабаби оёқларда веноз босимнинг кўтарилиши ва прогестерон, релаксин ва бошқа биологик фаол моддаларнинг вена томирлар деворига бўшаштирувчи таъсир кўрсатиши.
- **Қин оқмалари** ҳомиладорлик пайтида одатий белги бўлиб, қинда қичишиш, оғриқ, ёмон хид ёки дизурия белгиларисиз кечади ва аксарият аёлларда учрайди.
- **Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғи** 36-61% ҳоллада учрайди. Бел оғриғи бўлган аёллар орасида оғриқнинг 47-60% биринчи навбатда ҳомиладорликнинг 5-7-ойларида учрайди. Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғининг энг кенг тарқалган сабаби, бу қорин катталашishi сабабли бел соҳасига оғирлик тушиши ва релаксин таъсирида мушак тонусининг пасайишидир.

- Ҳомиладорлик пайтида қов оғриғи 0,03-3% ни ташкил қилади ва одатда ҳомиладорликнинг кечки муддатларида бошланади.
- **Ҳомиладорлик пайтида билак канали синдроми (карпал туннел синдроми)** 21-62% ҳолларда билак каналида ўрта нервнинг босилиши натижасида ривожланади ва туртки ҳисси, ёнувчи оғриқ, қўлда сезувчанликни йўқолиши, шунингдек панжаларда сезги ва мотор функциясининг пасайиши билан кечади.

### Физикал текширув.

<b>2А</b>	Ҳомиладорнинг биринчи ташрифида охири ҳайз кўриши ва ултратовуш текширувига (УТТ) қараб ҳомиладорлик муддатини, тахминий туғиш вақтини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

УТТ - бу ҳомиладорлик давомийлигини аниқлашнинг аниқ усули ҳисобланади. Охири ҳайз кўриш муддатини ҳисоблаганда, охири ҳайзнинг биринчи кунига 280 кун (40 ҳафта) кўшинг (28 кунлик ҳайз цикли билан). Менструал циклнинг бошқа давомийлиги билан, туғруқ муддатини ҳисоблаш учун узоқроқ цикл бўлса, ҳомиладорлик муддатини ошириш ва қисқароқ цикл билан қисқартириш йўналишида ўзгартиришлар киритиш керак. Ҳомиладорлик ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида юзага келганида, туғиш муддатини ҳисоблаш эмбрионнинг кўчирилиш санаси бўйича амалга оширилиши керак (кўчириш санаси "кўшиш" 266 кун (38 ҳафта) "минус" эмбрион етиштириш даврига тенг бўлган кунлар сони).

<b>2В</b>	Ҳомиладорликнинг 1-триместридаги ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомиланинг думғаза-париетал ўлчамининг (ДПЎ) кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг кечки босқичларида ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомила бошининг айлана ўлчами кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади (ДПЎ>84 мм билан).
-----------	---

Ҳомиладорликнинг 1 -триместрида ултратовуш текширувидан ўтмаган бўлса, охири ҳайз кўриш санаси ҳақидага маълумотга эга бўлмаса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати бошқа ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши мумкин. Агар 11-14 ҳафтада қилинган ултратовуш текшируви санаси ва охири ҳайз кўриш бўйича кун фарқи 5 кундан ортиқ бўлса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши керак.

<b>5С</b>	Биринчи ташрифда ҳомиладорнинг тана вазнини, бўйини ўлчаш ва ТВИ ни ҳисоблаш (тана вазнини кг/м <sup>2</sup> ), ҳомиладорнинг кейинги барча ташрифларида вазн ортиши динамикасини кузатиш тавсия этилади.
-----------	---

ТВИ ҳомиладорлик пайтида вазн ортиши акушерлик ва перинатал натижаларга катта таъсир кўрсатади. Биринчи триместрда тавсия этилган ҳафталик вазн ортиши ҳафтасига 0,5-2 кг дан ошмайди. Тана вазнининг ошиши, ҳомиладорлик даврига хос бўлган суюқлик (шиш) тўпланиши билан боғлиқ (1 -жадвал).

**1-жадвал. ТВИ асосида тавсия қилинадиган ҳафталик ва умумий вазн қўшилиши**

Ҳомиладорликгача бўлган ТВИ	Умумий вазн ортиши (кг)	Ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида вазн ортишининг тезлиги, (кг/ҳафтасига)
Кам вазнли (<18,5 кг/м <sup>2</sup> )	12,5 - 18	0,51
Нормал вазн (18,5 – 24,9 кг/м <sup>2</sup> )	11,5 - 16	0,42
Ортиқча вазн (25,0 – 29,9 кг/м <sup>2</sup> )	7 - 11,5	0,28
Семизлик (≥30 кг/м <sup>2</sup> )	5 - 9	0,22

**5C** Ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида қон босими ва пульсни ўлчаш тавсия этилади

Ҳомиладорликда гипертоник асоратларини эрта ташхислаш мақсадида қон босимини мунтазам ўлчаш ўтказилади.

**4C** Преэклампсия (ПЭ) хавфи юқори бўлган ҳомиладорга ҳомиладорлик пайтида ҳар куни қон босимини кузатиб бориш тавсия этилади

ПЭ ривожланишнинг юқори хавфи гуруҳига анамнезида эрта ва/ёки оғир ПЭ билан оғриган беморлар киради.

**4C** Ҳомиладорнинг 1- ташрифида сут безларини пальпация қилиш тавсия қилинади. Агар сут безларида тугунлар топилса, беморни онколог билан маслаҳатлашишга юбориш тавсия этилади.

Кўкрак безлари палпацияси кўкрак беши саратонини аниқлаш учун ўтказилади.

**5C** Ҳомиладорлик пайтида сут безларини мунтазам равишда пальпация қилиш тавсия этилмайди

**4C** Ҳомиладорнинг биринчи ташрифида гинекологик текширувдан ўтиш тавсия қилинади.

Ҳомиладорлик пайтида гинекологик текширувга ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, кўзгуда қин ва бачадон бўйни текшируви, бимануал вагинал текширув орқали бачадоннинг катталиги, консистенцияси, ҳаракатчанлиги ва оғриқлиги ва бачадон ортиқларини аниқлаш киради.

**4C** Кўрсатмасиз ҳомиладорни такрорий гинекологик текширувдан ўтказиш тавсия этилмайди.

Қайта гинекологик текширувлар кўрсатмаларга мувофиқ – шикоят борлигида, истмик-бачадон бўйни етишмовчилиги (ИББЕ) ва муддатдан олдинги туғруқ белгилари бўлганда, ИББЕни билишда, ҳомила бошининг чаноқ ўлчамларига мослигини аниқлашда ўтказилади.

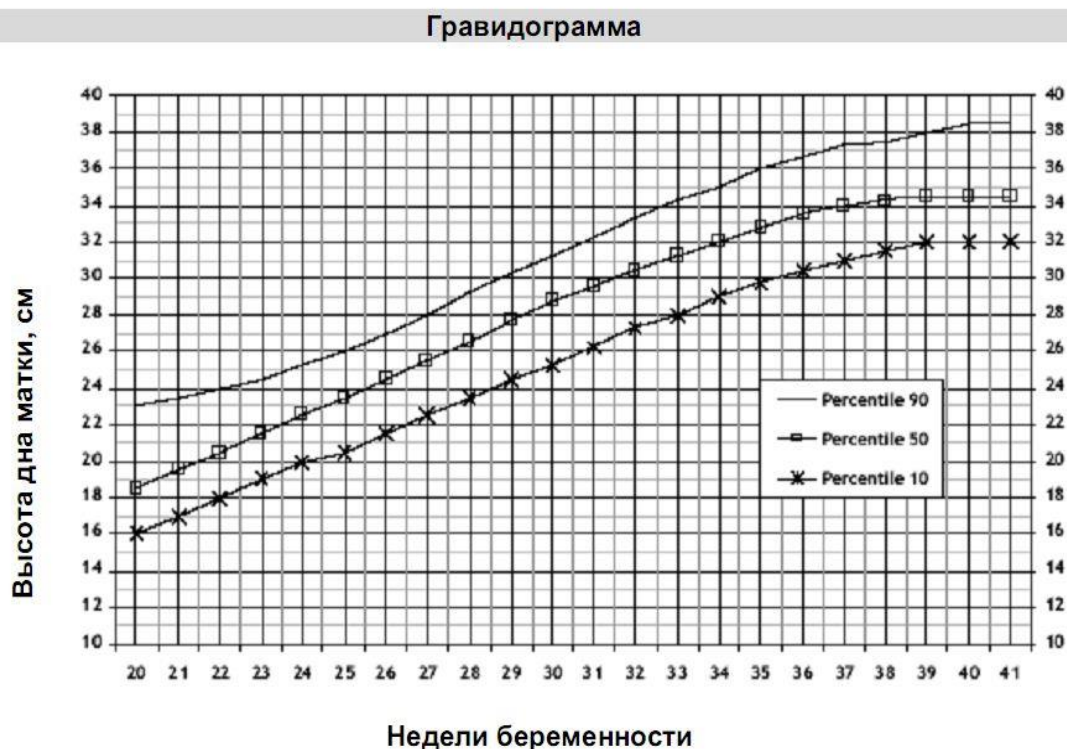
**2B** Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида корин айланаси (ҚА), бачадон тубининг баландлиги (БТБ) ўлчамлари ва гравидограммани олиб бориш тавсия этилади.

## 2-жадвал. БТБнинг ҳомиладорлик муддатига мос келиши

Ҳомиладорлик муддати	БТБ
20-21 ҳафта	18-24 см
22-23 ҳафта	21-25 см
24-25 ҳафта	23-27 см
26-27 ҳафта	25-28 см
28-29 ҳафта	26-31 см
30-31 ҳафта	29-32 см
32-33 ҳафта	31-33 см
34-35 ҳафта	32-33 см
36-37 ҳафта	32-37 см
38-39 ҳафта	35-38 см
40-42 ҳафта	34-35 см

Агар гравидограмма бўйича БТБ 10 - перцентилдан паст ёки 90 - перцентилдан юқори бўлса, ҳомиланинг ривожланишини баҳолаш ва амниотик суюқлик миқдорини аниқлаш учун ултратовуш текшируви зарур.

### 1-чизма. Гравидограмма.



**2В**

Ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ҳомила ҳолатини ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш тавсия этилади

Ҳомиланинг ҳолати ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

<b>5C</b>	Ҳомиланинг нотўғри жойлашувига гумон қилинса ва/ёки олдинда келувчи қисмини аниқлаш учун, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.
-----------	---

<b>4C</b>	Ҳомиладорликнинг 20 хафталигидан кейин аёлнинг ҳар бир ташрифида акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорликнинг 12 хафталигидан кейин ҳомиланинг ҳаётий фаоллигини тасдиқлаш учун фетал доплер ёрдамида ҳомиланинг юрак уриш (ХЮУ) тезлигини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиланинг юрак уриш тезлиги (тахикардия, брадикардия, аритмия) бузилса, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.

<b>5C</b>	Ҳомиладорликнинг 16-20 хафталигидан кейин аёлни (ҳомила ҳаракатлари бошланганидан кейин) ҳар бир ташрифида ҳомила ҳаракатининг характери ҳақида сўраш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиланинг ҳаракатларини ҳисобга олган ҳолда салбий перинатал натижаларнинг олдини олиш самарадорлиги тўғрисида далиллар йўқ. Агар ҳомиланинг фаоллиги ва/ёки ҳаракат частотасида субъектив пасайиш бўлса, у қўшимча текширув учун дарҳол ихтисослашган шифохонага ёки туғруқхонага мурожаат қилиши лозимлиги ҳақида тавсиялар берилиши керак.

### Лаборатор диагностик текширувлар.

<b>1A</b>	Ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синфлари антитаначалари даражасини (бундан буён матнда ОИВ деб аталади) ва p24 антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Эрта текшириш ва инфекцияни аниқлаш ҳомилага инфекцияни ўтишини ўз вақтида даволаш ва олдини олишга ёрдам беради. Учинчи триместрда қайта текширишни ҳомиладорликнинг 36 хафталигидан олдин амалга оширилгани маъқул. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун ОИТСни олдини олиш ва унга қарши кураш марказига юборилиши керак.

<b>1B</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртки антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни аниқлаш тавсия этилади
-----------	---

Инфекцияни баҳолаш ва аниқлаш янги туғилган чақалоққа туғилишдан кейинги вирус профилактикасини ўтказишни осонлаштиради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

<b>4C</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) қарши М ва G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) антитаначаларни аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

<b>2B</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначаларни ( <i>Treponema pallidum</i> ) аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Сифилисни баҳолаш ва ўз вақтида даволаш ҳомиладорликнинг яхши натижаларига ёрдам беради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёл ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун дерматовенеролог билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

<b>5C</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ёки ҳомиладорликнинг 2- триместрида қонда қизилча вирусига G (IgG) ва M (IgM) синф антителаларини бир марта аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида ўтказилган текширув серонегатив беморларни аниқлаб, уларга инфекция эҳтимоли ҳақида маълумот беради. G синфидаги қизилча иммуноглобулинларининг йўқлиги ёки етарли даражада бўлмаслиги, беморда ҳомиладорлик пайтида қизилча инфекцияси билан касалланиши хавфи бўлиши мумкинлиги тўғрисида маълумот бериш керак.

<b>5C</b>	Ҳомиладорни қонида токсоплазманинг ( <i>Toxoplasma gondii</i> ) G (IgG) ва M (IgM) синф антитаначаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	---

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада токсоплазмоз учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. Салбий перинатал натижаларни камайтиришда токсоплазмоз учун антенатал терапия самарадорлигини исботловчи далиллар йўқ. Ҳомиладор аёлга токсоплазмознинг олдини олиш усуллари ҳақида маълумот бериш керак: овқатдан олдин қўлларни ювиш, янги мева ва сабзавотларни ювиш, гўштга иссиқлик билан ишлов бериш, ер билан алоқа қилганда қўлқоп ишлатиш ва ер билан алоқа қилгандан кейин қўл ювиш, мушуклар билан контактни чеклаш.

<b>5C</b>	Ҳомиладорни қонида цитомегаловируснинг ( <i>Cytomegalovirus</i> ) M, G (IgM, IgG) синф антителаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	--

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада цитомегаловирус инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. ЦМВ инфекциясининг этиотроп давоси ва ЦМВ инфекциясининг ҳомила ичи юқишининг (онадан болага) профилактикаси мавжуд эмас.

<b>5C</b>	Анамнезида оддий герпес вирусининг қайталаниш аломатлари бор ёки йўқлигидан қатъи назар, ҳомиладорни ҳомиладорлик пайтида қондаги оддий герпес вирусига ( <i>Herpes simplex virus</i> ) антителаларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш тавсия этилмайди.
-----------	--

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада оддий герпес вирусининг инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади.

<b>1B</b>	Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 хафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк ( <i>S. agalactiae</i> ) антигенини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Б гуруҳи стрептококкларини ташувчиликни текшириш ва ҳомиладорлик даврида даволаш, туғруқ йўлларидаги колонизациясини пасайишига ва бачадон ичи инфекцияси белгиларига эга бўлган болалар туғилишини камайишига олиб келади. В гуруҳ стрептококк антигени аниқланганда, аёлга туғруқ даврида антибиотик профилактикаси буюрилади.

<b>3B</b>	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорларни қин суртмасида микроскопик текшириш ва жинсий аъзолар гонококк ( <i>Neisseria gonorrhoeae</i> ), трихомонадалар ( <i>Trichomonas vaginalis</i> ) ва замбуруғларга микроскопик текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Барча ҳомиладор аёлларни жинсий йўллар орқали юқувчи инфекциялар қўзғатувчиларини (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), аниқлаш мақсадида жинсий йўллар шиллик қаватидан молекуляр-биологик текшириш учун йўлланма бериш мақсадга мувофиқ эмас. Агар аёл куйидагиларга шикоят қилса: қинда дискомфорт, қин оқмалари характери ўзгарса, қичима, ачишиш ва қиндан ёқимсиз ҳидли, қин суртмаси микроскопик текширилганда яллиғланишга хос белгилар кузатилса йўлланма бериш тавсия қилинади.

<b>1A</b>	Барча ҳомиладор аёлларни қин суртмасида <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus</i> spp. қўзғатувчиларини ДНКсини аниқлаш ва қин суртмасида бактерияларнинг умумий миклорини ва шартли-патоген генитал микоплазмаларни ( <i>Ureaplasma parvum</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> ) аниқлашга ПЦР ва молекуляр-биологик текширувлар учун йўлланма бериш тавсия қилинмайди.
-----------	---

<b>1A</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун сийдик ўрта порциясини бактериал патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Симптомсиз бактериурия – бу клиник симптомларсиз сийдик ўрта порцияси 1мл миқдориди  $\geq 10^5$  бактерия колониялари бирлигининг мавжудлиги. Бактерияларни эрта аниқлаш ва даволаш муддатдан олдинги туғруқ хавфини ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдромини, пиелонефрит ривожланиш хавфини камайтиради

<b>1B</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида АВ0 системаси бўйича асосий гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигенини 1 марталик аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

<b>1B</b>	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса, ҳомиладорликнинг 18-20 ҳафталаарида ва 28 ҳафтасида резус антианачаларни аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Агар ҳомиладор аёлда антирезус-антитаначалар аниқланса, аёлга кейинги кузатувлар учун 3-даражали тиббиёт муассасига йўлланма бериш зарур. Резус-манфий қонли аёлларни турмуш ўртоғини/хамроҳини резус-омилини аниқлаш лозим. Аёлни турмуш ўртоғи/жинсий хамроҳида резус-фактори манфий қон аниқланса антирезус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас. Агар турмуш ўртоғи/жинсий хамроҳининг резус-фактори мусбат ёки резус-фактори ноаниқ бўлса онанинг қонидаги ҳомиланинг хужайрадан ташқари ДНК фрагментларини резус-омилини аниқлашни тавсия қилиш лозим. Агар ҳомиланинг қон гуруҳи резус-манфийлиги аниқланса, она қонида резус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас.

<b>4C</b>	I (O) қон гуруҳли ҳомиладор аёлларни доимий равишда антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинмайди.
-----------	---

Исботланган базада АВ0 система бўйича ҳомилада гемолитик касаллик аниқланиши бўйича далиллар йук.

<b>2B</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида , ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон таҳлилини аниқлаш учун йўлланма бериш лозим.
-----------	---

Камқонликни эрта аниқлаш ўз вақтида даво чораларини ўтказиш ва салбий перинатал натижалар келиб чиқишини камайишига ёрдам беради. Гемоглобиннинг нормал миқдори I триместрда  $\geq 110$  г/л, III триместрда –  $\geq 105$  г/л ташкил қилади. Яширин темир танқислигини тасдиқлаш учун темирни қондаги даражасини аниқроқ кўрсаткичи сифатида зардобда ферретин миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.

<b>3C</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида ва ҳомиладорликнинг III триместрида биокимё умумтерапевтик қон таҳлил ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Ушбу таҳлил учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Биокимё умумтерапевтик қон таҳлили умумий оксил, мочевина, креатинин, умумий билирубин, боғланган билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) ва глюкоза миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

<b>4C</b>	Ҳомиладор аёлни биринчи ташрифида ва ҳомиладорликни 24-26 хафтасида углевод алмашинуви бузилишларини аниқлашни текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш наҳорда веноз қонда глюкоза ёки гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлашни ўз ичига олади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъерий глюкоза миқдори  $< 5,1$  ммоль/л, гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдори  $< 6,5\%$ ни ташкил қилади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъерий глюкоза миқдори  $\geq 5,1$  ммоль/л, гликирланган гемоглобин(HbA1c) миқдори  $\geq 6,5\%$ ни ташкил қилса аёлни эндокринолог кўригидан ўтказиш тавсия қилинади.

<b>4C</b>	Гестацион қандли диабет юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 хафталигида 75г глюкоза эритмаси ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тестини ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Гестацион қандли диабет ривожланишининг юқори хавф гуруҳига ТВИ  $\geq 30$  кг/м бўлган, анамнезида  $\geq 4,5$  кг вазнли чакалок ёки гестацион қандли диабет билан туғруқ содир бўлган бўлса, қандли диабетга асоратланган наслий анамнез мавжуд бўлган аёллар киради.

<b>3C</b>	Ҳомиладорни 1- ташрифида ва туғруқдан олдин (ушбу тадқиқот учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинган) коагулограмма (гемостаз системасини мўлжал тадқиқотлари) ни аниқлаш тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу тадқиқот учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Коагулограммани текшириш қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти (АЧТВ), фибриноген, протромбин (тромбопластин) вақти (ПВ) ва тромбоцитлар миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

<b>2A</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) даражасини 1 марталик аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---



ТТГ гормонини миқдорини аниқлаш гипотериозни эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида қилинади. Ҳомиладор аёлда ТТГнинг референс миқдори <3,0 МЕ/мл.ни ташкил қилади. Агар ТТГ  $\geq 3,0$  МЕ/мл.ни ташкил қилса, аёлга эндокринолог кўригига йўлланма бериш тавсия қилинади.

<b>1B</b>	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва II ва III триместрда умумий (клиник) сийдик таҳлили ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

<b>4C</b>	Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан сўнг хар ташрифида махсус индикатор чизикча ёрдамида сийдикда оқсил миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.
-----------	---

Протеинурия учун такрорий текширувлар преэклампсия ривожланишининг мезонини яхшилаши бўйича юқори даражадаги далиллар йўқ.

<b>2A</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида бачадон бўйнидан суртма (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма) ни цитологик текшириш тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу тадқиқот бачадон бўйни саратонини скрининг қилиш мақсадида ўтказилади. Одам папилома вирусига (ОПВ) охириги текширув натижаси манфий чиққан текширувдан 3 йил ўтгандан сўнг ва олдинги цитологик (NILM) текширувлар нормал натижани кўрсатганда ёки охириги текширув натижаси мусбат чиқиб, текширувдан 1 йил ўтгандан сўнг ёки номаълум одам папилома вирусига статусида ёки анамнезида даво чоралари ўтказилганидан қатъий назар бирон бир текширувлар патологик натижаси (ASCUS, LSIL, HSIL) аниқланганда бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма олиш тавсия қилинади.

### Инструментал диагностик текширувлар.

<b>5C</b>	Ҳомиладор аёл бачадон ўлчамларини (пельвиометрия) ҳомиладорликни III триместрида ўлчаш тавсия қилинади.
-----------	---

Бачадон ўлчамларини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини белгилашда катта, аҳамиятга эга.

<b>1A</b>	Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликни 11-13ҳафта 6 кун даврида ҳомила муддатини аниқлаш, 1-триместрида скрининг ўтказиш, ва кўп ҳомилаликни ташхислаш учун эксперт диагностик даражасига эга тиббий муассасага УТТ учун юбориш тавсия қилинади.
-----------	--

Аёлга УТТ ҳомиладорликни I-триместрида ҳамда аёл биринчи марта кўрикка ташриф буюрганида, хайз  $\geq 7$  кунга кечикканида бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун ўтказилади. Шунгингдек, ҳомиладорликни I-триместрида эрта преэклампсия белгиларини аниқлаш мақсадида УТТ орқали бачадон артерияларида пульсация индексини ўлчаш тавсия қилинади.

<b>1A</b>	Ҳомиладорликни 18 ҳафтасидан 20 ҳафта 6 кунгача бўлган даврда ҳомила УТТ (II-триместр УТ скрининги) учун, яъни ҳомила ўсишини баҳолаш, ҳомила ривожланишининг чегараланишини эрта формаларини аниқлаш, ҳомила ривожланиш нуқсонларини аниқлаш, экстра эмбрионал структураларни баҳолаш (йўлдош структураси, локализацияси, қалинлиги ва қоғонок сувлари миқдори) ва бачадон бўйни УТТси (УТ-цервикометрия) қилиш учун пренатал диагностикани амалга оширувчи тиббиёт муассасасига УТТ учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Ҳомиладорликни II триместрида аускультацияда ҳомила юрак уруши сони аниқланмаса ёки ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

<b>2A</b>	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми, плацента олдинда келиши) хавфи юқори гуруҳга кирувчи ҳомиладор ва гравидограммада БТБ ўлчами ҳомиладорлик муддатига мос келмаса ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафтасида йирик ва кам вазли ҳомилани ва кеч намоён бўлувчи ривожланиш нуқсонларини диагностика қилиш мақсадида УТТ тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиладорликни III триместрида (34-36 ҳафтадан сўнг) аускультацияда ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса ёки ҳомила юрак уруши аниқланмаса, ҳомилани нотўғри жойлашишига шубҳа қилинганда, олдинда келувчи қисмини аниқлаш ва бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатига мос келмаган ҳолларда қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

<b>4C</b>	Кеч аборт хавфи ва муддатдан олдинги туғруқ хавфи билан юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларга ҳомиладорликни 15-16 ҳафтасидан 24 ҳафтасигача бўлган даврда бачадон бўйнини УТТ (УТ-цервикометрия) 2 ҳафтада 1 марта тавсия қилинади.
-----------	---

Кеч аборт хавфи ва муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори хавф гуруҳига анамнезида кеч ҳомила ташлаш ва муддатдан олдинги туғруқ содир бўлган аёллар киради.

<b>1B</b>	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) юқори хавф гуруҳга кирувчи ҳомиладорларни ҳомиладорликнинг 2-УТТ қилинган вақтида (18 ҳафтадан 20 ҳафта 6 кунгача бўлган даврда) ва ҳомиладорликни III триместрида (ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафтасида) бачадон-плацента қон оқимини текшириш учун ультратовуш доплерография тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу гуруҳда ушбу тадқиқотнинг ўтказилиши перинатал ўлимни, туғруқ индукцияси ва кесар кесиш амалиётини камайишига ёрдам беради.

<b>1A</b>	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) паст хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларни УТТ ва доплерографияга юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	--

Ушбу гуруҳда бу тадқиқотларни ўтказиш оналар ёки чақалоқлар ўлимини камайишига таъсир қилмайди.

<b>1A</b>	Ҳомиладорликни 33 ҳафтасида аёлга ҳомила кардиотокография (КТГ) текширувидан ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади, текширув 2 ҳафтада 1 марта қилинади.
-----------	--

## Бошқа диагностик текширувлар.

<b>4C</b>	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3-триместрида терапевт ва стоматолог маслаҳатига йўллаш, шунингдек 1-ташрифда врач-офтальмологга юбориш тавсия қилинади.
-----------	--

Ушбу тавсияларга эҳтиёж борлиги тўғрисида ишончли далиллар йўқ, лекин улар маҳаллий амалиётда қабул қилинган. Соматик патологияни ўз вақтида ташхислаш ва терапияни тайинлаш учун мутахассислар маслаҳатлари ўтказилади (бу маҳаллий амалиётда қабул қилинган, далил базаси йўқ).

<b>5C</b>	Агар аёл ва/ёки унинг турмуш ўртоғи/хамроҳи хромосома ёки ген патологияси бўлган болани туғилиши учун хавф омилларига эга бўлса, ҳомиладорни тиббий генетик маслаҳатига юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Ушбу тавсияларга бўлган ишончли далиллар базаси мавжуд эмас, аммо улар маҳаллий амалиётда қабул қилинади. Хромосома ёки ген патологияси бўлган боланинг туғилиши учун хавф омиллари куйидагилардир:

- эр-хотин/хамроҳлардан камида биттасида хромосомалар ёки ген бузилишининг мавжудлиги;
- эр-хотин/хамроҳлардан камида биттасининг боласида хромосома ёки ген бузилиши, туғма нуқсон, аклий заифликнинг мавжудлиги;
- яқин қариндошлар орасида никоҳ.

<b>1A</b>	Ҳомиладорликнинг 11-13 <sup>б</sup> хафталигида аёлни 1-триместрдаги скрининг текширувига юбориш тавсия этилади, унинг таркибига бўйин бўшлиғи қалинлиги (ББҚ) нинг ультратовуш текшируви, қондаги хорионик гонадотропин (ХГ) миқдорини ўрганиш киради, шунингдек қондаги ҳомиладорлик билан боғлиқ А оксилени ўрганиш (РАРР-А), кейинчалик хромосома патологияси бўлган бола туғилишининг индивидуал хавфининг дастурий таъминоти ҳисобланади.
-----------	---

Ҳомилада анеуплоидияни инкор қилиш учун беморга 10 хафталик ҳомиладорликдан кейин қўшимча НИПС ўтказиш таклиф қилиниши мумкин.

<b>1C</b>	Ҳомиладорни иккинчи триместрда қонда ХГ, алфа-фетопропротеин, ноконъюбирланган эстрадиол (уч марта скрининг), ингибин А (тўрт марта скрининг) даражасини ўз ичига олган биокимёвий текширувга мунтазам юбориш тавсия этилмайди
-----------	--

2-триместрнинг биокимёвий скрининги 1-триместрни қайта кўриш имконияти бўлмаган тақдирда белгиланиши мумкин.

<b>1A</b>	Ҳомиладорликнинг 1-триместри ёки НИПС скринингида аниқланган ҳомила анеуплоидия хавфи юқори бўлган аёлни ва/ёки 1-триместр ультратовуш текшируви ва/ёки ҳомиланинг юқори хавфли хромосома/генетик патологияси, ёки 2-триместрда ультратовуш маълумотларига кўра ҳомила нуқсонлари аниқланганда тиббий генетик маслаҳатига, генетик тавсия қилиш ёки қилмаслигига қараб, инвазив пренатал диагностика (хорион ворсин биопсияси, амниоцентез)да олинган материалларни цитогенетик ёки молекуляр кариотип усуллари қўллаш орқали ўрганишга йўллаш тавсия қилинади.
-----------	---

Хорион ворсин биопсияси ҳомиладорликнинг 10-14 ҳафтасида амалга оширилади. Амниоцентез ҳомиладорлик >15 ҳафта давомида амалга оширилади. 1-триместрнинг скрининги бўйича ҳомилада хромосома патологиясининг индивидуал юқори хавфи  $\geq 1/100$  ни ташкил қилади. Инвазив пренатал диагностикага қарши кўрсатмалар: ҳар қандай локализациядаги юқумли ва яллиғланиш касалликлари, тушиш хавфи ёки муддатдан олдинги туғруқлар. Rh(D) сенсibiliзация ҳолатларида инвазив диагностиканинг потенциал фойдаси/хавфини ўлчаш керак.

## Даволаш.

### Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг номедикаментоз усуллари.

<b>2B</b>	Кўнгил айланиш ва қусишга шикоят қилган ҳомиладорларга парҳезга риоя қилиш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	--

Диета қуйидагиларни ўз ичига олади: оз-оздан кам порцияли овқатланиш, рационда ёғли, қовурилган, ўткир овқатлар, шоколад, газланган ичимликлар, қаҳва, кучли чой тавсия қилинмайди.

<b>5C</b>	Зарда қайнаши билан боғлиқ шикоятларга эга бўлган ҳомиладор аёлларга ушбу ҳолатнинг юзага келишини олдини олиш бўйича тавсиялар (диетага риоя қилиш; ошқозонга босим ўтказмайдиган кенг кийим кийиш) берилиши керак.
-----------	--

<b>2A</b>	Ҳомиладорлик даврида ич қотиши ва бавосил шикоятларига эга бўлган ҳомиладорга жисмоний фаолликни ошириш ва овқатланиш рациони модификацияси бўйича тавсиялар берилиши зарур.
-----------	--

Овқатланиш рациони модификацияси овқатга озиқ-овқат толаларини қўшишни ўз ичига олади.

<b>2B</b>	Оёқ веналарининг варикоз кенгайишига шикоят қилган ҳомиладор беморларга компрессион трикотаж, касалликнинг яққол белгилари ривожланганда флеболог маслаҳати тавсия этилади.
-----------	---

Компрессион трикотаж маҳсулотларини кийиш тери ости веналарига босимни, оёқнинг чуқур веналарида қон айланиш тезлигининг ошишига ва димланиш белгиларининг камайишига ёрдам беради. Ундан ташқари, тўғри иш ва дам олиш режими билан биргаликда терапевтик жисмоний тарбия маҳсулотлари ва контрастли душлар тайинланиши мумкин.

<b>1A</b>	Бел оғриғида ҳомиладорга жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	---

Жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш сузиш, массаж ва жисмоний машқларни ўз ичига олади.

<b>5C</b>	Симфизитнинг ривожланиши туфайли қов оғриғига шикоят қилган ҳомиладор беморга бандаж кийиш ва ҳаракат пайтида қўлтиқ таёғидан фойдаланиш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	--

### Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг медикаментоз усуллари.

<b>2B</b>	Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга антацид таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни буюриш тавсия этилади
-----------	---

Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга ўсимлик манбаларидан тайёрланган ўраб олувчи ва ўзига бириктирувчи препаратлар ҳам берилиши мумкин, ammo уларни қўллаш бўйича далиллар базаси мавжуд эмас

<b>2B</b>	Ич қотишини олдини олиш бўйича режимга риоя қилинса ҳам бавосилга шикоят қилган ҳомиладорларга ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин бўлган шамча ёки крем ҳолидаги антигеморроидал дорилар, ундан ташқари per os қабул қилинадиган таркибида биофлавоноид (гесперидин+диосмин) сақловчи дори воситалари тавсия этилади.
-----------	---

Таркибида биофлавоноид (диосмин, гесперидин) сақловчи дори воситалари тавсия қилиш, ҳомиладорлик даврида бавосил клиник белгиларини 7 баравар камайтиради.

<b>1A</b>	Симптомсиз бактериурия аниқланган ҳомиладорларда антибактериал терапия курси per os тавсия қилинади
-----------	---

Симптомсиз бактериурия – бу клиник белгиларсиз, 1 мл сийдикнинг ўрта порциясида  $\geq 10^5$  бактериялар колониясининг бўлиши.

### **Витаминлар ва озиқ-овқат қўшимчаларини тайинлаш.**

<b>1A</b>	Ҳомиладорларга фолий кислотасини кунига 1000 мг дозада ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтаси давомида per os қабул қилиш тавсия этилади
-----------	---

Ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида фолий кислотасини тайинлаш асаб найчасининг нуқсонини бўлган (масалан, анэнцефалия ёки орқа мия бўлиниши) гўдак туғилиши хавфини камайтиради.

<b>5C</b>	Ҳомиладорлик даврида аёлга кунига 200 мкг дозада йод препаратлари (калий йодид) per os тавсия этилади
-----------	---

<b>1B</b>	Кальций моддасини кам истеъмол қилувчи (кунига 600 мг дан кам) преэклампсия бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга кунига 1 г дан кальций препаратлари per os тавсия этилади
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида кальций дори воситаларини тайинлаш преэклампсия хавфи юқори бўлган аёлларда ушбу касалликнинг ривожланиш хавфини камайтиради.

<b>1B</b>	Д витамини гиповитаминози хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга Д витаминини кунига 10 мкг (400 МЕ) дозасида per os тавсия этилади
-----------	--

Юқори хавф гуруҳли, витамин Д гиповитаминозида унинг қўлланилиши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтиради. Д витаминининг гиповитаминози юқори хавф гуруҳига: куёшда маълум муддатгина бўлувчи териси тўқ рангли аёллар, гўшти, ёғли балиқни, тухумни кам истеъмол қилувчилар, ҳомиладорликгача ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>гача бўлганлар кирди.

**2B**

Д витамини гиповитаминозининг паст хавфли ҳомиладорларга Д витамини қабул қилиш тавсия этилмайди

Ушбу гуруҳда витамин Д тавсия қилиниши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтирмайди.

**1C**

Авитаминоз хавфи паст бўлган ҳомиладорларга поливитаминларни мунтазам равишда тайинлаш тавсия этилмайди

Авитаминоз хавфи паст бўлган гуруҳда поливитаминларни тайинлаш перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди. Авитаминоз хавфи юқори бўлган ҳомиладорга бутун ҳомиладорлик даврида поливитаминларни per os қабул қилиш тавсия этилиши мумкин, чунки уларнинг тайинланиши билан авитаминоз хавфи юқори бўлган гуруҳда перинатал асоратлар хавфи камаяди. Юқори хавфли авитаминоз гуруҳига паст ижтимоий-иқтисодий синфдаги, носоғлом турмуш тарзли, озик-овқат етишмовчилиги бўлган, шу жумладан, вегетариан аёллар киради.

**1B**

Ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни мунтазам равишда буюриш тавсия этилмайди

Омега-3 тўла тўйинмаган ёғ кислоталарини тайинлаш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет, туғруқдан кейинги депрессия ва болаларнинг нейрокогнитив ривожланишининг бузилиши каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди. Чеқувчи ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни қабул қилиш тавсия этилади, чунки бу спонтан муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва кам вазнли чақалоқларнинг туғилишини камайтиради.

**2A**

Қонда гемоглобин ва/ёки ферритинни нормал миқдорида ҳомиладорларга мунтазам равишда темир препаратларини қўллаш тавсия этилмайди

Темир препаратларини она ёки бола саломатлиги учун мунтазам равишда ишлатишнинг фойдаси ҳақида ҳеч қандай далил йўқ, аммо ошқозон-ичак тракти (кўпинча ич қотиши ёки диарея) томонидан ноҳўя таъсир қилиш хавфи ортади.

**5C**

Ҳомиладорларга А витамини тавсия этилмайди

А витаминини >700 мкг дозасида истеъмол қилиш тератоген таъсир кўрсатиши мумкин.

**1A**

Ҳомиладорларга мунтазам равишда Е витаминини истеъмол қилиш тавсия этилмайди

Е витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.

**1A**

Ҳомиладорларга аскорбин кислотасини мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилмайди

С витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.

**Реабилитация:** қўлланилмайди.

## Профилактика.

**Ҳомиладорликнинг асоратларини олдини олиш учун хавф омилларни бартараф этиш бўйича тавсиялар.**

<b>2А</b>	Ҳомиладорларга бошланғич ТВИ га қараб тана вазнини ошириш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида кам ва ортиқча вазннинг кўпайиши акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ. Семизлик билан кечувчи ҳомиладорлар (ИМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) перинатал асоратлар билан кечувчи юқори хавф гуруҳини ташкил этади, буларга: ўз-ўзидан ҳомила тушиши, гестацион қандли диабет, гипертензив бузилишлар, муддатдан олдинги туғруқ, оператив туғруқ, ҳомиланинг антенатал ва интранатал нобуд бўлиши, ТЭА, ТВИ  $\leq 20$  кг/м<sup>2</sup> бўлган ҳомиладор аёллар юқори хавфли ҳомила ўсишининг чегараланиши гуруҳини ташкил қилади.

<b>2В</b>	Ҳомиладорларга узоқ вақт туриш ёки ортиқча машқлар билан боғлиқ ишларни, тунги иш ва чарчокни келтириб чиқарадиган ишлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	---

Ушбу турдаги ишлар муддатдан олдинги туғруқ, гипертензия, преэклампсия ва ҳомила ўсишининг чегараланиш хавфи билан боғлиқ.

<b>4С</b>	Ҳомиладорларга рентген нурланиш таъсир қилиши билан боғлиқ ишни рад этиш бўйича тавсиялар берилиши керак
-----------	--

<b>5С</b>	Нормал ҳомиладорлик даврида ҳомиладорларга ўртача жисмоний юклама тавсия қилиниши керак (қунига 20-30 дақиқа)
-----------	---

Жисмоний зўриқишсиз бўлган машқлар ёки аёлнинг бўлиши мумкин бўлган шикастланишилари муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва болалар ривожланишининг бузилишини оширмайди.

<b>5С</b>	Ҳомиладорларга қорин бўшлиғи шикастланиши, баландликдан тушиш, стрессга олиб келиши мумкин бўлган машқларни олдини олиш бўйича тавсиялар берилиши керак (масалан, кураш, ракеткалар ва копток билан ўйналадиган спорт турлари, ва ҳ.)
-----------	---

<b>4С</b>	Ҳомиладорликнинг нормал кечишида аёлларга жинсий алоқадан бош тортиш бўйича тавсиялар берилмаслиги керак, чунки нормал ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқа қилиш муддатдан олдинги туғруқ ва перинатал ўлим хавфини оширмайди.
-----------	--

<b>4С</b>	Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорга қин микробиоти тиклангунча жинсий фаолиятдан воз кечиш тавсиялари берилиши керак.
-----------	---

Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорда жинсий алоқа муддатдан олдинги туғрук хавфини оширади.

<b>1В</b>	Узоқ кечувчи рейсларда учувчи ҳомиладорга тромбоземболик асоратларни олдини олиш бўйича тавсиялар бериш керак, масалан, самолёт салоида юриш, кўп суюқлик ичиш, спиртли ичимликлар ва кофеиндан воз кечиш, парвоз пайтида компрессион пайпоқ кийиш.
-----------	---

Ҳаво сафарлари тромбоземболик асоратлар хавфини оширади, бу ҳомиладорликнинг мавжудлигидан қатъи назар 1/400–1/10000 ҳолатда учрайди. Тромбоземболик асоратлар хавфи симптомсиз кечганлиги учун, бундай вазиятда ушбу хавф бундан ҳам юқори бўлиши мумкин (тахминан 10 баробар).

<b>4С</b>	Ҳомиладор беморга машинада кетаётганда хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш тўғрисида огоҳлантириш керак, чунки хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш ҳомила ҳалокати хавфини 2-3 баравар камайтиради.
-----------	---

Ҳомиладор аёлнинг хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш – бу уч камарли белбоғдан фойдаланиш, бунда биринчи камар қорин остидан сонлар бўйлаб тортилади, иккинчи белбоғ елка бўйлаб, учинчи камар эса қорин усти бўйлаб сут безлари орасидан ўтади.

<b>2В</b>	Ҳомиладорга зарарли экологик омиллар (ифлослантирувчи моддалар) таъсирини камайтиришга қаратилган турмуш тарзи бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	--

Ҳавода, сувда ва озиқ-овқат маҳсулотларида (масалан, оғир металллар - мишьяк, кўрғошин ва бошқа органик бирикмалар – бисфенол А ва бошқалар) мавжуд бўлган ифлослантирувчи моддалар таъсирида ҳомиладорликни кўтара олмаслик, муддатдан олдинги туғрук, гестацион артериал гипертензия ва ҳомиладорликнинг бошқа асоратлари бўлиш хавфи ортади.

<b>2В</b>	Ҳомиладорга чекишдан воз кечиш ҳақида маслаҳат бериш керак.
-----------	---

Ҳомиладорлик пайтида чекиш ҳомила ривожланишининг чегараланиши, муддатдан олдинги туғрук, йўлдошнинг олдинда келиши, нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кечиши, онада гипотиреоз, қоғонок сувининг муддатдан олдин ёрилиши, кам вазнли туғиш, перинатал ўлим ва эктопик ҳомиладорлик каби асоратлар билан боғлиқ. Тахминан 5-8% муддатдан олдинги туғрук, 13-19% ҳолатда муддатида кам вазнли туғиш, пренатал даврнинг патологик кечиши билан боғлиқ бўлган сабаблар туфайли чақалоқларнинг тўсатдан ўлими 23-34% ва болалар ўлимнинг 5-7%и ҳомиладорлик пайтида онанинг чекиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Сигарет чекадиган аёллардан туғилган болаларда бронхиал астма, ичак коликаси ва семириш хавфи юқори бўлади.

<b>5С</b>	Ҳомиладорлик даврида, айниқса, биринчи триместрда спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик ҳақида огоҳлантириш керак
-----------	---

Кичик дозада истеъмол қилинган спиртли ичимликларнинг акушерлик ва перинатал асоратларга салбий таъсири тўғрисида юқори далилларга асосланган маълумотлар йўқлигига қарамай, спиртли ичимликларнинг дозасидан қатъи назар, ҳомиладорлик даврида алкоғолнинг салбий таъсири (ҳомила алкоғол синдроми ва психомотор ривожланишнинг кечикиши) тўғрисида етарли кузатувлар мавжуд. Масалан,

<b>2В</b>	Ҳомиладорга тўғри овқатланиш, вегетарианизмдан сақланиш ва кофеин истеъмолини камайтириш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	--

Ҳомиладорлик пайтида вегетарианизм ҳомила ривожланишининг чегараланиш хавфини оширади. Кофеиннинг катта миқдори (кунига 300 мг дан ортиқ) аборт ва кам вазнли чақалоқлар туғилиш хавфини оширади.



<b>5C</b>	Ҳомиладорга А витаминига бой овқатлар (мол гўшти, товук жигари ва ўрдак жигари маҳсулотлари) истеъмолини камайтириш, етарли калорияли ва таркибида оқсил, витамин ва минераллар сақловчи таомларни истеъмол қилиш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.
-----------	---

Ҳомиладорлик пайтида соғлом овқатланиш турли хил овқатлар, жумладан, яшил ва тўқ сариқ сабзавотлар, гўшт, балиқ, дуккакли экинлар, ёнғоқлар, мевалар ва донли маҳсулотларнинг етарли калория ва оқсиллари, витаминлари ва минераллари билан тавсифланади.

<b>5C</b>	Ҳомиладорга пастеризацияланмаган сут, юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши пиширилмаган гўшт ва тухум истеъмол қилишдан сақланиш тавсия қилиниши керак, чунки бу маҳсулотлар листериоз ва салмонеллез манбалари ҳисобланади.
-----------	--

Озиқ-овқат орқали юқадиган энг кенг тарқалган инфекциялар – листериоз ва салмонеллез ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда листериоз билан касалланиш умумий аҳолига (0,7/100,000) қараганда юқори (12/100,000).

**Анамнезида ҳомиладорлик даврида туғруқ ва перинатал асоратлар хавфи юқори бўлган ҳозирда нормал кечаётган аёлларда ҳомиладорлик асоратларини медикаментоз профилактикаси.**

<b>1B</b>	Презкламписия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларда, ацетилсалицил кислотасини ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан 36 ҳафталигига қадар кунига 150 мг дан қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	--

Презкламписия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга анамнезида презкламписия эрта ривожланган ва/ёки оғир презкламписия бўлган аёллар киради.

<b>1A</b>	Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга тухумдонлар трансвагинал пункциясидан бошлаб ёки ундан кейинги дастлабки уч кун ичида гестагенларни буюриш тавсия этилади.
-----------	--

Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга гестагенларни буюриш ёрдамчи репродуктив технологиялар маркази акушер-гинекологининг ҳулосаси билан амалга оширилади.

<b>1A</b>	Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлга биринчи ташрифидан 20 ҳафтагача гестагенларни қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор гуруҳига 1-триместрда, анамнезида одатий ҳомила тушиш содир бўлган аёллар киради.

<b>1A</b>	Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган аёлга ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигидан 34 ҳафтасигача прогестерон препаратларини қабул қилиш тавсия этилади
-----------	---

<b>1A</b>	Rh-манфий ҳомиладор аёл, 28-ҳафталигида қонда антирезус антитаначалари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] инсон иммуноглобулинини кўрсатмаларга мувофиқ дозада, мушак ичига қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Эри/хамрохининг қон гуруҳи Rh-манфий бўлган ҳолда, 28-30 ҳафтада антирезус иммуноглобулин Rho[D] қилинмайди. Ҳомилада резус-манфий қон онанинг қонида айланиб юрадиган ҳомидалик ДНКсининг ҳужайрадан ташқари бўлаклари томонидан инвазив бўлмаган ҳолда аниқланса, 28-30 ҳафтада анти-резус иммуноглобулин Rho (D) қилинмайди.

4C	Қонида антирезус антитаначалари аниқланмаган Rh-манфий ҳомиладорга амниоцентез ёки хорион ворсин биопсияси ўтказиш вақтида анти-резус иммуноглобулин Rho (D) кўрсатмаларга мувофиқ дозада мушак ичига қилиш тавсия этилади.
----	---

Онанинг қони Rh-манфий ва ҳомиланинг қони Rh+мусбат бўлса, амниоцентез ва хорион ворсин биопсия амалиёти резус системаси бўйича онанинг резус сезувчанлигига олиб келиши мумкин.

### Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

5C	Тропик мамлакатларга саёҳат қилишдан олдин, шунингдек, эпидемия ҳолатларида ҳомиладорга инактивланган ва ген-инженер вакциналари, анатоксинлар, орал полиовакциналар билан эмланиш тавсия этилади.
----	--

Ҳомиладорга тирик вакциналар қилиш қарши кўрсатма ҳисобланади. (3-жадвал).

5C	Ҳомиладорлиги грипп мавсумига тўғри келадиган аёлларга инактивланган уч валентли вакциналар тавсия этилади.
----	---

Маълумотлар ҳомиладор аёлларда гриппнинг тарқалиши, кечиш оғирлиги ва асоратларининг сезиларли камайишига асосланган бўлиб, янги туғилган чақалоқлар учун потенциал фойда келтиради.

### 3-жадвал. Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

Вакцина	Ҳомиладорлик вақтида қўлланилиши	Изоҳ
БЦЖ*	Йўқ	
Холера	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит А	Ҳа, зарур ҳолларда	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит В	Ҳа, зарур ҳолларда	
Грипп	Ҳа, зарур ҳолларда (грипп мавсумда)	
Япон энцефалити	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Қизамиқ*	Йўқ	
Менингококк инфекцияси	Ҳа, зарур ҳолларда	Факат юқтириш хавфи юқори бўлганда
Эпидемик паротит*	Йўқ	
Полиомиелитга қарши орал вакцина	Ҳа, зарур ҳолларда	
Полиомиелитга қарши фаол бўлмаган вакцина	Ҳа, зарур ҳолларда	Одатда тавсия этилмайди
Қутириш	Ҳа, зарур ҳолларда	
Қизилча*	Йўқ	
Қоқшол/ дифтерия / кўк йўтал	Ҳа, зарур ҳолларда	

Тиф Ty21a*	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Чечак касаллиги	Йўқ	
Сувчечак*	Йўқ	
Сарик иситма*	Факат юктириш хавфи юкори бўлганда	

\*- тирик вакцина, ҳомиладорликда қарши кўрсатма.

### **Тиббий ёрдамни ташкил этиш.**

#### **Туғруқ муассасига госпитализация учун кўрсатмалар:**

1. Туғруқ фаолиятини ривожланиши.
2. Қоғоноқ сувининг кетиши.
3. Ҳомила тушиши хавфини билдирувчи жинсий йўллардан қонли ажралма келиши.
4. Муддатдан олдинги туғруқ хавфи белгилари.
5. Нормал жойлашган йўлдошнинг кўчиш белгилари.
6. Истмико цервикал етишмовчилик белгилари.
7. Ҳомиладор аёлларнинг кунига 10 мартадан кўп қусиши ва 1-1,5 hafta давомида терапия самараси бўлмасдан тана вазнининг  $>3$  кг камайиши.
8. Диастолик қон босимининг  $\geq 110$  мм симоб устуни ёки диастолик қон босимининг камида 4 соатлик интервал билан  $\geq 90$  мм симоб уст. бўлиши
9. Систолик қон босимининг  $\geq 160$  мм симоб. уст. бўлиши
10. Протеинурия (1+).
11. Полиорган етишмовчилик белгилари (бош оғриғи, кўриш бузилиши, эпигастрал оғриқ, қусиш, жигар шикастланиш белгилари, олиго/анурия, эс-хушининг бузилиши, анамнезида талвасалар, гиперрефлексия).
12. Хориоамнионит белгилари.
13. Ҳомила ўсишининг чегараланиши 2-3 даража.
14. Допплерометрия ва КТГ бўйича ҳомила функционал ҳолатининг бузилиши.
15. Ҳомиланинг она қорнида бўлиши.
16. Ўткир қорин.
17. Ўткир юқумли ва яллиғланиш касалликлари.

#### **Ҳомиладорни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:**

1. Туғруқдан кейин.
2. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомила тушиш, муддатдан олдинги туғруқ, истмико цервикал етишмовчилик хавфи белгилари бартараф этилгандан сўнг.
3. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомиладор аёлда қусиш аломатлари энгилашгандан кейин.
4. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ўткир қорин сабабини тўхтатгандан сўнг.
5. Ҳомиладорлик давом қилдирилаётганда ўткир юқумли ва яллиғланишли касалликларни даволашдан кейин.

#### **Нормал ҳомиладорликда акушер-гинекологга ташрифлар сони:**

- Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлнинг акушер-гинекологга ташрифи 4 дан 7 мартагачани ташкил қилади.
- Шифокорга биринчи ташриф буюриш вақт - ҳомиладорликнинг 1-триместри (10 haftaгача) ҳисобланади.

- Нормал кечаётган ҳомиладорликда тавсия қилинадиган ташрифлар сони.

Ташрифлар сони	Ҳомиладорлик муддати(хафталарда)
1	10 хафтагача
2	16
3	24
4	30
5	34
6	36
7	38-40
8	Туғруқдан кейин

### Тиббий ёрдамнинг сифат мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш аёлнинг биринчи ташрифида амалга оширилган.	Ҳа/йўқ
2	Ҳомиладорнинг ҳар ташрифида артериал қон босими ўлчанган.	Ҳа/йўқ
3	Бачадон туби баландлиги ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ўлчанди ва 20 хафтадан кейин гравидограмма юритилган.	Ҳа/йўқ
4	Ҳомила юрак уриши ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида ва ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан кейин ҳомила доплеридан фойдаланиб аниқланган.	Ҳа / Йўқ
5	Ҳомиладор аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синф антаначалар миқдорини ва p24антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аниқланган.	Ҳа / Йўқ
6	Ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида гепатита В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртки антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
7	ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначалар (Treponema pallidum) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
8	Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 хафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк (S. agalactiae) антигенини миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
9	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорни қин сурмасининг микроскопик текшируви ўтказилган.	Ҳа / Йўқ

№	Сифат мезонлари	Баҳо
10	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш сийдик ўрта порциясини бактериял патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йўлланма берилган.	Ҳа / Йўқ
11	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида АВ0 системаси бўйича қон гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигени миқдори 1 марта аниқланган	Ҳа / Йўқ
12	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1- ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса ҳомиладорликнинг 18-20 ҳафталигида ва 28 ҳафтасида резус антитаначалар миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
13	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида, ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон таҳлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
14	Агар ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталигида 75 г глюкоза ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тести ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
15	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
16	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликни II ва III триместрида протеинурияни аниқлаш учун сийдик таҳлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
17	Ҳомиладорликнинг 11-13 ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текширувини ва биокиме скрининг текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
18	Ҳомиладорликнинг 18-20 <sup>6</sup> ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текшируви ва бачадон бўйни ультратовуш текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
19	Ҳомиладорга биринчи 12 ҳафталиги давомида фолий кислотасини кунига 1000 мкг дозада қабул қилиш тавсия этилган.	Ҳа / Йўқ
20	Резус манфий қонли ҳомиладор аёл, антирезус антитаначалар аниқланмаган ҳолатда ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] дори воситаси кўрсатмаларга мос дозада мушак орасига қилинган.	Ҳа / Йўқ

#### Адабиётлар рўйхати:

1. Нормальная беременность. Клинические рекомендации (баённома лечения) РОАГ. 2021.
2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. Dis Colon Rectum. 2002 May;45(5):650–5.
3. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. 2015 Dec;126(6):e135-42. 151.
4. ACOG Practice Advisory: Update on Seafood Consumption During Pregnancy. 2017;
5. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. Cochrane database Syst Rev. 2017;9:CD003252.
6. Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Cochrane database Syst Rev. 2017;6:CD007529.

7. Alldred SK, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Deeks JJ, Neilson JP, et al. First and second trimester serum tests with and without first trimester ultrasound tests for Down's syndrome screening. *Cochrane database Syst Rev.* 2017 Mar 15;3:CD012599.
8. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Guidelines for perinatal care.* 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
9. Asbill KK, Higgins R V, Bahrani-Mostafavi Z, Vachris JC, Kotrotsios SH, Elliot MC, et al. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* colonization of the gravid cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Aug;183(2):340–4; discussion 345–6.
10. Beta J, Lesmes-Heredia C, Bedetti C, Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review of the literature. *Minerva Ginecol.* 2018 Apr;70(2):215–9.
11. Caradeux J, Martinez-Portilla RJ, Peguero A, Sotiriadis A, Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of late-onset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jan 8;
12. Chen L-W, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF-F, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose–response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016 May;19(07):1233–44.
13. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e17–37.
14. Consortium on Thyroid and Pregnancy—Study Group on Preterm Birth, Korevaar TIM, Derakhshan A, Taylor PN, Meima M, Chen L, et al. Association of Thyroid Function Test Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2019;322(7):632–41.
15. Crowther CA, Middleton P, McBain RD. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2013 Feb; (2):CD000020.
16. Dunn L, Sherrell H, Kumar S. Review: Systematic review of the utility of the fetal cerebroplacental ratio measured at term for the prediction of adverse perinatal outcome. *Placenta.* 2017;54:68–75.
17. Edwards L, Hui L. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018;23(2):102–11.
18. García-Pérez L, Linertová R, Álvarez-de-la-Rosa M, Bayón JC, Imaz-Iglesia I, Ferrer-Rodríguez J, et al. Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2018 Sep;19(7):979–91.
19. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaidis KH. Analysis of cellfree DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):302–14.
20. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2017 Jun 6;317(21):2207–25.
21. Greenwood CJ, Stainton MC. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *J Perinat Educ.* 2001;10(1):1–12.
22. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;10:CD003511.
23. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, Yap CM, Payne BA, Ota E, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;3:CD011761.
24. Heumann CL, Quilter LAS, Eastment MC, Heffron R, Hawes SE. Adverse Birth Outcomes and Maternal *Neisseria gonorrhoeae* Infection: A Population-Based Cohort Study in Washington State. *Sex Transm Dis.* 2017;44(5):266–71.

25. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;10:CD001059.
26. Johansson K, Hutcheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based cohort study. *BJOG.* 2018 Jul;125(8):973–81.
27. Johnsen SL, Rasmussen S, Sollien R, Kiserud T. Accuracy of second trimester fetal head circumference and biparietal diameter for predicting the time of spontaneous birth. *J Perinat Med.* 2006;34(5):367–70.
28. Kuper SG, Abramovici AR, Jauk VC, Harper LM, Biggio JR, Tita AT. The effect of omega-3 supplementation on pregnancy outcomes by smoking status. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):476.e1-476.e6.
29. Lo JO, Schabel MC, Roberts VH et al. First trimester alcohol exposure alters placental perfusion and fetal oxygen availability affecting fetal growth and development in a non-human primate model. *Am J Obs Gynecol.* 2017;216(3):302.e1-302.e8.
30. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Oct 15; (10):CD004909.
31. Maruotti GM, Saccone G, Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017 Apr;30(8):972–6.
32. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Sep; (9):CD000020.
33. Metoki H, Iwama N, Ishikuro M, Satoh M, Murakami T, Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017 Feb;40(2):107–9.
34. Nair M, Churchill D, Robinson S, Nelson-Piercy C, Stanworth SJ, Knight M. Association between maternal haemoglobin and stillbirth: a cohort study among a multi-ethnic population in England. *Br J Haematol.* 2017;179(5):829–37.
35. Nassr AA, Abdelmagied AM, Shazly SAM. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis of the association and diagnostic performance. *J Perinat Med.* 2016 Mar;44(2):249–56.
36. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. 2nd ed. London NW1 4RG: RCOG Press; 2008. 428 p.
37. Neufeld LM, Haas JD, Grajéda R, Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006 Jul;20(4):290–8.
38. Nissaisorakarn P, Sharif S, Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016;18(12):131.
39. Odedina SO, Ajayi IO, Adeniji-Sofoluwe A, Morhason-Bello IO, Huo D, Olopade OI, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):152.
40. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Jun;(6):CD007467.
41. Olesen AW, Thomsen SG. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Sep;28(3):292–7.
42. Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Nov;105(2):143–6.
43. Padua L, Aprile I, Caliandro P, Carboni T, Meloni A, Massi S, et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Clin Neurophysiol.* 2001 Oct;112(10):1946–51.

44. Pergialiotis V, Kotrogianni P, Christopoulos-Timogiannakis E, Koutaki D, Daskalakis G, Papantoniou N. Bisphenol A and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(24):3320–7.
45. Policy. Perinatal Practice Guideline Cervical Insufficiency and Cerclage. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 14 November 2017.
46. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Sep 8;(9):CD008136.
47. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(2):161–80.
48. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IMY, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr.* 2015 Aug;18(12):2172–82.
49. Roth DE, Morris SK, Zlotkin S, Gernand AD, Ahmed T, Shanta SS, et al. Vitamin D Supplementation in Pregnancy and Lactation and Infant Growth. *N Engl J Med.* 2018 Aug 9;379(6):535–46.
50. Saccone G, Saccone I, Berghella V. Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids and fish oil supplementation during pregnancy: which evidence? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(15):2389–97.
51. Savitz DA, Terry JW, Dole N, Thorp JM, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol.* 2002 Dec;187(6):1660–6.
52. Seleverstov O, Tobiasz A, Jackson JS et al. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors. *Alcohol.* 2017;(61):51–61.
53. Sentilhes L., Sénat M.V., Ancel PY, Azria E. BG et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* 2017;(210):217–224.
54. Silver BJ, Guy RJ, Kaldor JM, Jamil MS, Rumbold AR. *Trichomonas vaginalis* as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis.* 2014 Jun;41(6):369–76.
55. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002 Nov;42(5):482–5.
56. Sun X, Hou N, Wang H, Ma L, Sun J, Liu Y. A Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes with Levothyroxine Treatment in Euthyroid Women with Thyroid Autoimmunity. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019 Nov;
57. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2018 Apr;1–40.
58. Tobiasz AM, Duncan JR, Bursac Z et al. The Effect of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovascular Parameters in a Baboon Model of Pregnancy. *Reprod Sci.* 2018;25(7):1116–23.
59. Vollgraaff Heidweiller-Schreurs CA, De Boer MA, Heymans MW, Schoonmade LJ, Bosuyt PMM, Mol BWJ, et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery Doppler for adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018 Mar;51(3):313–22.
60. Weinert LS. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: comment



- to the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care*. 2010 Jul;33(7):e97; author reply e98.
61. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, et al. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med*. 2016 Aug;26(4):246–63.
  62. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Jul 14;(7):CD007058.
  63. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):404.e1-404.e30.
  64. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2019 Aug;1450(1):47–68.

**Баённома ишлаб чиқиш услубиёти.**

Ушбу клиник баённомада барча тавсиялар ишончлилик даражасига (далилларга) кўра, бу борадаги тадқиқотлар сони ва сифатига қараб жойлаштирилган

**Диагностик усуллар (диагностика чоралари) учун далиллар ишонч даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи:**

ДИД	Тавсифи
1	Рандомизацияланган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларнинг тизимли текшируви
2	Мета-таҳлил ёрдамида битта рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тизимли текширувлар, тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Маълумот усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки ўрганилган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун асос бор

**Профилактика, даволаш ва реабилитация (профилактика, даволовчи, реабилитацион тадбирлар) учун далиллар ишонч даражасини баҳолаш шкаласи:**

ДИД	Тавсифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларни тизимли текшируви
2	Танланган исботланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли текшируви
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, ҳолатлар тавсифи ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси бор

**Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация (профилактика, диагностика, терапевтик, реабилитация тадбирлари) бўйича тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи:**

ТИД	Тавсифи
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга ва уларнинг хулосалари натижалари бўйича маъқулланган)

В	Шартли тавсиялар (қўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас уларнинг хулосалари натижалари бўйича мос келмаслиги мумкин)
С	Заиф тавсия (етарли сифат далилларининг йўқлиги (қўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифат ва хулосалари натижаларига мос келмайди)

## Оддий ҳомиладорликни олиб бориш учун умумлаштирилган жадвал

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
<b>Физикал текширувлар</b>			
Шикоятлари ва умумий ахволини баҳолаш	1-ташрифда ва кейинги ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Анамнез йиғиш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомила кимирлаши характерини сўраш	-	Ҳар қабулда ҳомиладорлик 16-20 ҳафтадан кейин (Ҳомила кимирлашини сезиб бошлагандан кейин)	Ҳар ташрифда
ТЭА хавфини баҳолаш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Акушерлик хавфи ва перинатал асоратлар гуруҳига тайинлаш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомиладорлик муддати ва туғиш муддатини аниқлаш	1-ташрифда охирига ҳайз кўриш санаси ва ультратовуш маълумотлари	2-триместрда агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда агар биринчи ташриф бўлса
ТВИни ўлчаш	1-ташрифда	-	-
Оғирликни ўлчаш	-	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Қон босимини ўлчаш	1- ва ҳар бир ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Сут безларини текшириш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Гинекологик текширув	1-ташрифда 1 марта ва кўрсатмаларга кўра	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра
Қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш ва гравидограммани юритиш	-	Ҳар ҳафтада 20 ҳафтадан кейин	Ҳар ташрифда
Ҳомила ҳолати ва қайси қисми билан ётганлигини аниқлаш	-	-	34-36 ҳафтадан сўнг ҳар ташрифда

Ҳомила юрак уриш тезлигини аниқлаш, стетоскоп билан ёки фетал доплер ёрдамида	-	Ҳар ташрифда 20 ҳафтадан сўнг стетоскоп ёрдамида ёки 12 ҳафтадан сўнг фетал доплер ёрдамида	Ҳар ташрифда
<b>Лаборатория диагностикаси</b>			
Қонда ВИЧ-1/2нинг М ва G антителаларини ва p24 антигенини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси В нинг (HbsAg) антигенларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси С нинг М ва G антитаначаларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда оқ трепонема антитаначасини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
В гуруҳидаги стрептококк антигенини аниқлаш учун цервикал каналдан суртма олишга йўлланма бериш	-	-	Бир марта 35-37 ҳафталада
Микроскопик текширув учун қиндан суртма олишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Сийдик ўрта порциясидан патоген бактерияларни микробиологик аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Резус (Резус-фактор), АВ0 ва антиген D системаси гуруҳларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Резус манфий аёлларда антирезус антитаначаларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда	18-20 ҳафтада	28 ҳафтада
Умумий қон таҳлили (клиник) ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта

Қоннинг биокимё тахлилини ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш (веноз қон таркибидаги глюкоза ва гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлаш) оч коринга	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва 24-26 ҳафтада	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
ПГТТ ўтказиш учун йўлланма	1-ташрифда 1 марта ҳомилдорлик кандли диабет юқори хавф гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ҳомилдорлик кандли диабет юқори хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса ёки 24-28 ҳафтада ҳомилдорлик кандли диабет паст хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Коагулограмма ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва туғруқдан олдин
ТТГ миқдорини аниқлашга йўлланма	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Сийдик умумий тахлили (клиник)га йўлланма	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Махсус индикаторли ихтаёкча ёрдамида сийдикда оқсилни аниқлаш	-	22 ҳафтадан кейин ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Бачадон буйнидан цитологик текширув учун микропрепарат олиш (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан	1-ташрифда ҳомилдорликнинг ҳар қандай муддатида, агар охириги 3 йилда одам папиллома вируси манфий бўлган бўлса ва олдинги цитологик текширувлар (NILM) нормада бўлса ёки текширувдан 1 йил давомида мусбат ёки ноъмалум одам папиллома вируси-статуси бўлса ёки ҳеч бўлмаганда 1 та цитологик текширувда (ASCUC,LSIL,HSIL) патология билан даволанган бўлса		

Пренатал биокимё скринингга йўлланма	В 11-13 <sup>6</sup> хафта: PAPP-A и β-субъединицаси	-	-
<b>Инструментал диагностика</b>			
Пельвиометрия ўтказиш	-	-	Бир марта
Ҳомила УТТга юбориш	11-13 <sup>6</sup> хафта (1-триместр скрининги доирасида)	18-20 <sup>6</sup> хафта (2-триместр скрининги доирасида)	30-34 хафтада акушерлик ва перинатал асоратларнинг юқори хавфли гуруҳларида, гравидограмма бўйича БТБ ҳомиладорлик муддатига мос келмаслиги
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	18-20 <sup>6</sup> хафта (2-триместр скрининги доирасида)	-
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	15-16 хафтадан 24 хафтагача 1 марта /1-2 хафтадан кеч ҳомила тушишининг юқори хав гуруҳида	-
Бачадон плацентар қон айланиши ультратовуш доплерографиясига йўлланма бериш	-	18-20 <sup>6</sup> хафтада акушерлик ва перинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида	30-34 хафтада акушерлик ва перинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида
Ҳомила КТГсига йўлланма бериш	-	-	33 хафтада 2 хафта 1 марта
<b>Тегишли мутахассислар маслаҳати</b>			
Врач-терапевт маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Врач-стоматолог маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта

Врач-офтальмолог маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса
Врач-генетик маслахатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1-триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ёки 1-триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (ҳомила ривожланиш нуқсони аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса, хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1-триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ёки 1-ёки 2- триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида, ҳомила ривожланиш нуқсони аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	-
<b>Витаминлар ва дори препаратларни тайинлаш</b>			
Фоли кислотасини тавсия қилиш	қунига 1000 мкг перорал	-	-
Калий йодни тавсия қилиш	қунига 200 мкг перорал		
Кальций кам қабул қиладиган (қунига 600 мг дан кам)	қунига 1 г перорал		



преэклампсия хавфи юқори бўлган хавф гурухларига кальций препаратларини тавсия қилиш			
Гиповитаминоз D хавфи юқори бўлган гурухга витамина D тавсия қилиш	қуниги 10 мкг (400 МЕ) перорально		
Преэклампсия хавфи юқори бўлган хавф гурухларига ацетилсалицил кислотасини тавсия қилиш	-	қунига 150 мг перорал	қунига 150 мг перорал 36 ҳафтагача
Ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейинги ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200- 600 мг қунига қинга ёки Дидрогестерон 30 мг дан қунига перорал 10 ҳафтагача	Прогестерон 200- 600 мг қунига қинга	-
Ўз-ўзидан ҳомила тушиши (анамнезида бирламчи ҳомила тушиши) хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200-600 мг қунига ичишга ёки 200- 400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан қунига перорал	Прогестерон 200-600 мг қунига ичишга ёки 200- 400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан қунига перорал 20 ҳафтагача	-
Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга прогестерона тавсия қилиш	-	Прогестерон 200 мг дан қунига қинга 22 ҳафтадан	Прогестерон 200 мг дан қунига қинга 34 ҳафтагача
Резус манфий беморга антирезус антитаначалар манфий бўлган ҳолатда антирезус	-	-	28-30 ҳафтада кўрстама асосида ги дозада мушак орасига

Rho[D] иммуноглобулинини тавсия қилиш			
---	--	--	--

### Ҳомиладорлик пайтида тромбоземболик асоратлар хавфини баҳолаш

**Тип:** баҳолаш шкаласи

**Мақсад:** ҳомиладорлик пайтида тромбоземболик асоратлар хавфини баҳолаш

**Таркиби:**

	Баллар
<b>Анамнез маълумотлари</b>	
• Олдинги такрорий тромбоземболик асоратлар	3
• Олдиндан тасдиқланмаган ёки эстроген қабул қилиш билан боғлиқ бўлган тромбоземболик асоратлар	3
• Олдинги, қўзғатилган тромбоземболик асоратлар	2
• Оилада тромботик касалликлар анамнези бўлиши	1
• Тромбофилия (V Leiden омилининг, протромбин G20210A гомозигот мутацияси, АТШ, S ва С оксиленинг етишмаслиги, антифосфолипид синдром)	3
<b>Соматик омиллар</b>	
• Ёши > 35 ёш	1
• Чекиш	1
• Семизлик ИМТ > 30	1
• Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши	1
• Соматик касалликлар (артериал гипертензия, нефротик синдром, ёмон сифатли ўсма касалликлар, қандли диабетнинг 1-тури, актив фазадаги юқумли ва яллиғланишли касалликлар, ТҚБ ( тизимли қизил бўрича), ўпка ва юрак касалликлари, ўроқсимон хужайрали анемия)	2
<b>Акушерлик ва гинекологик омиллар</b>	
• Анамнезида туғруқлар сони > 3	1
• Кўп ҳомилали ҳомиладорлик	1
• Енгил преэклампсия	1
• Эрта бошланган ёки оғир преэклампсия	2
• Ушбу ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг интранатал ўлими	2
• Ҳомиладорлик пайтида жарроҳлик аралашувлар	2
<b>Бошқа омиллар</b>	
• Дегидратация	1
• Узок муддатли иммобилизация (> 4 кун)	1
<b>ЖАМИ:</b>	

**Калит:** ўртача хавф (0-2 балл), юқори хавф ( $\geq 3$  балл).

**Тушунтиришлар:** Ўртача хавфда, компрессион пайпоқ кийиш тавсия этилади, юқори хавфда – компрессион пайпоқ ва фармакологик тромбoproфилактика тавсия этилади.

### Ҳомиладор учун маълумот

Ҳомиладорлик - бу аёл танасида содир бўладиган ва бола туғилиши билан яқунланадиган физиологик жараён.

Ҳомиладорликнинг бошланишидаги биринчи ва энг муҳим кадам- бу акушер-гинеколог билан маслаҳатлашув, бу вақтда ҳомиладорлик тасдиқланади ва унинг муддати аниқланади, умумий ва гинекологик текширув ўтказилади, шунингдек кейинги текширувлар режаси тузилади ва соғлом турмуш тарзи, соғлом овқатланиш, зарур витаминлар ва дори -дармонлар бўйича тавсиялар берилади (агар зарур бўлса).

Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлни, акушер-гинекологга ташрифининг сони 4 дан 7 мартагача ташкил килади. Шифокорга биринчи ташрифи учун энг мақбул вақт ҳомиладорликнинг 1 триместрида (10 ҳафтага қадар) ҳисобланади. Кейинчалик ташрифлар ҳомиладорликни 16чи, 24чи, 30чи, 34чи, 36чи ва 38-40чи ҳафталарида тавсия қилинган.

Сиз шифокорнинг барча тавсияларига қатъий риоя қилишингиз, ўз вақтида режалаштирилган тиббий текширувдан ўтишингиз, ҳомиладорлик пайтида соғлом турмуш тарзи бўйича тавсияларга амал қилишингиз керак, яъни:

- узоқ вақт туриш ёки ҳаддан ташқари жисмоний зўриқиш билан боғлиқ ишлардан, тунда ишлашдан ва чарчоқни келтириб чиқарадиган ишлардан сақланинг;
- қорин бўшлиғи шикастланиши, йиқилиш ва стрессга олиб келадиган жисмоний машқлардан сақланинг: контакт спорт турлари, курашнинг турли турлари, ракетка ва кўл тўпи спорт турлари, сув остига шўнғиш.
- етарлича жисмонан фаол бўлинг, пиёда юринг, ҳомиладор аёллар учун қунига 20-30 дақиқа жисмоний машқлар бажаринг (шикоятлар ва қарши кўрсатмалар бўлмаса),
- самолётда, айниқса узоқ масофаларга саёҳат қилиш пайтида, парвоз давомида компрессион пайпоқ кийиш, салон атрофида юриш, кўп ичимлик ичиш, алкоголь ва кофеинни истисно қилиш;
- машинада саёҳат қилишда уч нуқтали махсус хавфсизлик камаридан фойдаланинг;
- ўз вақтида эмланиш учун тропик мамлакатларга режалаштирилган саёҳат тўғрисида врачга хабар бериш;
- тўғри ва мунтазам овқатланинг: сабзавот, гўшт, балиқ, дуккакли екинлар, ёнғоқлар, мевалар ва кепакли нонларни диетага мажбурий киритиш билан оқсил, витамин ва минералларнинг мақбул таркибига эга бўлган етарли калорияли таомларни истеъмол қилинг;
- Таркибида токсикант бисфенол А борлиги сабабли, пластмасса идишларни ишлатишдан сақланинг, айниқса, озиқ-овқат ва суюқликларни иссиқлик билан ишлов беришда.
- А витаминига бой озиқ-овқат (мол гўшти, товуқ ўрдак жигари ва ундан олинадиган маҳсулотлар) истеъмолини камайтириш;
- кофеин истеъмол қилишни қунига 300 мг дан кам миқдорда чекланг (1,5 стакан эспрессо, ҳар бири 200 мл ёки 2 стакан капучино / лате / американ, ҳар бири 250 мл ёки 3 стакан тезкор кофе, ҳар бири 250 мл),
- пастеризация қилинмаган сут, етилган юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши ишлов берилмаган овқатни истеъмол қилишдан сақланинг,
- агар чексангиз, чекишни ташлашга ёки қунига чекадиган сигареталар сонини камайтиришга ҳаракат қилинг,
- ҳомиладорлик пайтида, айниқса биринчи 3 ой ичида спиртли ичимликлар ичишдан сақланинг.

Ҳомиладорлик даврида сиз стрессли вазиятлардан ва ҳиссий ташвишлардан сақланишингиз керак.

Агар ўзингизни нормал ҳис қилсангиз, ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқада бўлиш тақиқланмайди. Жинсий алоқада пайтида оғриқ, безовталиқ, қонли ажралма кузатилса, шунингдек, қинда қичишиш, ачишиш пайдо бўлса, лейкорееда, жинсий алоқани тўхтатиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

Шунингдек, қуйидаги шикоятларингиз бўлса, шифокорингизга мурожаат қилишингиз керак:

- кунига > 5 марта қусиш,
- 1-1,5 ҳафта ичида тана вазнининг > 3 кг камайиши,
- қон босими кўтарилиши > 120/80 мм. сим. уст,
- кўз олдида хираланиш ёки милтиллаш каби кўриш муаммолари,
- кучли бош оғриғи,
- қориннинг пастки қисмидаги ҳар қандай характердаги оғриқлар (эзувчи, тўлғоқсимон, санчувчи ва бошқалар),
- эпигастрал соҳадаги оғриқ (ошқозонда),
- юз, қўл ёки оёқларнинг шишиши,
- генитал трактдан қонли ёки кўп миқдорда ажралмалар келиши;
- иситма 37,5 дан юқори бўлиши,
- 12 соатдан кўпроқ вақт давомида ҳомила ҳаракатининг йўқлиги ёки ўзгариши (20 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин).

Агар сизда резус манфий қон бўлса, у ҳолда сизнинг эрингиз резус омилни аниқлаш учун анализ тошириши мақсадга мувофиқдир. Агар сизнинг эрингизнинг қони резус манфий бўлса, сизда антирезус антитаначаларни аниқлаш ва антирезус иммуноглобулинни киритиш бўйича кейинги кузатувлар талаб қилинмайди.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб, сизга бўлажак ота -оналар учун курсларга боришингиз тавсия этилади, бу ерда сизга ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган саволларга жавоб берилади.

### Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки рухий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитацияга йўналтирилган, тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган тиббий кўрик турлари ва (ёки) тиббий манипуляциядир.

1. Мен, \_\_\_\_\_ (беморнинг тўлиқ исми)  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ туғилган йили,  
 Манзили \_\_\_\_\_ бўйича \_\_\_\_\_ рўйхатдан \_\_\_\_\_ ўтган

Мен \_\_\_\_\_ беморнинг яшаш (қолиш) жойи ёки унинг қонуний вакили)  
 қуйидаги ўтказиладиган тиббий аралашув учун розиликни бераман

(тиббий муассасанинг номи)

2. Менга тушунарли бўлган шаклда менга бўлажак тиббий аралашувнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, ўтказиладиган текширув, ташхис ва / ёки даволанишнинг зарурияти, мақсади ва кутилаётган натижалар, шу жумладан асоратлар еҳтимоллиги тушунтирилди. шунингдек, тиббий аралашувдан бош тортишнинг оқибатлари ҳам.

3. Менга тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилишнинг иложи йўқлиги ҳақида хабар берилди. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлигини ва вақтинчалик ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолат йўқ.

4. Мен тиббий аралашувнинг диагностик, даволаш ва бошқа вариантлари жараёнида кутилмаган фавқулудда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, бу мен зарур фавқулудда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки муолажаларга) розилик бера олмайдиган ҳолатим. Бундай ҳолатларда, шифокорларнинг хоҳишига кўра, тиббий аралашув усули ўзгартирилиши мумкин.

5. Биламан, ўтказиладиган тиббий аралашув самарадорлигини ошириш учун шифокорга соғлигим билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида ирсият, шу жумладан аллергия ҳолатлар, озиқ-овқат маҳсулотларига ва дори воситаларига бўлган индивидуал қабул қила олмаслигим интолеранс, шунингдек, тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, наркотик ёки токсик дорилар ҳақида айтишим зарур.

6. Мен операция пайтида қон йўқотиш бўлиши мумкинлигини ва донорлик қонини ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш зарурлигини тушунаман, бунга мен ихтиёрий розилик бераман. Мен даволовчи врачдан қон ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш мақсади, қон қуйиш зарурати, процедуранинг моҳияти ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлар тўғрисида тушунтиришлар олдим, бу ҳолда мен барча зарур бўлган даволаш чора тадбирларни ўтказишга розилик бераман. Менга қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортган тақдирда, касалликнинг еҳтимолий кечиши ҳақида огоҳлантиришди.

7. Мен ўзимнинг даволаш-диагностика жараёнимни ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда, ҳар қандай ахборот воситаларида ёзиб олишга, шунингдек диагностика ва даволаш мақсадида биологик материаллар намуналарини олишга, шу жумладан хужайралар, тўқималар, биологик суюқликларни олишга розилик билдираман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, ташхис, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидадан воз кечиш ёки уни (уларнинг) тўхтатилишини талаб қилиш ҳуқуқига ега эканлигим тушунтирилди, шунингдек бундай рад етишнинг бўлиши мумкин бўлган оқибатларини тушунтиришди.

9. Мен касаллигим, бу касалликнинг кечиши ва давоси ҳақида маълумот беришингизга рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли вакиллар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча пунктлари билан танишман, улар менга тушунарли, нима ҳақида қуйида имзоланганлигимдан далолат беради.

Имзо

Сана " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_

# Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми олиб бориш бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми
<b>Ҳужжат номи</b>	“Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми” миллий клиник баённомаси
<b>Ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг барча муассасалари (бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчи муассасалар, шифохоналар).
<b>Яратилган сана</b>	01.03.2021 йил
<b>Режалаштирилган янгиланиш санаси</b>	2024 йилда ёки янги муҳим далиллар пайдо бўлганда.
<b>Мурожаат учун манзил:</b>	Тошкент шаҳар, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси, 132 а. Tel.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 Elektron pochta: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>



## Ишчи гуруҳ таркиби :

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любич А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Е.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртичев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Даулетова М.Ж., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., к.м.н.	РПМ
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Бабаханова А.М.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Расулов О.А.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

### Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий  
стандартлар ва баённомаларни  
ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни  
сақлаш миллий палатаси

Усманов С.К., етакчи  
мутахассис

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни  
сақлаш миллий палатаси

### Техник ёрдам

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Ўзбекистондаги аҳолишунослик жамғармаси  
(ЮНФПА/UNFPA)

### Такризчилар

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва  
гинекология №2 кафедраси мудири

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий  
Кенгаш котиби

- РИАГИАТМ* – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази
- РПМ* – Республика перинатал маркази
- ҚР* – Қорақалпоғистон Республикаси
- ШПМ* – Шаҳар перинатал маркази
- ТХКМРМ* – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Клиник баённома 2021 йил «25» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, баённома №2.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## **Кириш.**

### **Баённома тавсияларига риоя қилиш:**

Баённомада умумий характердаги тавсиялар тақдим этилган ва улар баённома нашр қилинаётган даврда мавжуд бўлган далилларга асосланган.

Амалий фаолиятда ушбу Баённома тавсияларидан четга чиқиш ҳақида қарор қабул қилишга тўғри келса, клиницист шифокорлар беморнинг касаллик тарихида мавжуд бўлган қўйдаги маълумотларни ҳужжатлаштириши шарт:

- ким томонидан бундай қарор қабул қилинган;
- баённомадан четга чиқиш ҳақидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморларни бошқариш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган. Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар индивидуал ёндошган ҳолда тактика белгилаб, ҳар бир бемор билан, конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, қўйдагиларни муҳокама қилиши керак.

- Бемор билан маслаҳатлашиш ва олиб бориладиган тактика ва муолажага розилигини ёзма равишда олиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ олиб бориш ва парвариш қилишнинг ҳар қандай тактикасини ҳужжатлаштириш.

### **Баённома мақсади:**

- Ҳомиладорликда кўнгил айланиши ва қайт қилиш ҳолатларини олиб бориш, ташхислаш, олдини олишда ягона ёндашув тизимини ташкиллаштириш бўйича илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар билан тиббиёт ходимларини таништириш.

**Беморлар тоифалари:** Кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми билан касалланган ҳомиладор аёллар.

### **Баённоманинг мақсадли гуруҳи:**

1. Акушер-гинекологлар;
2. Реаниматологлар;
3. Лаборантлар;
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Терапевтлар;
6. Доялар;
7. Клиник фармакологлар;
8. Олий ўқув юртлири талабалари, клиник ординаторлар, магистрантлар ва ўқитувчилар

## Қисқартмалар рўйхати:

Anti-HAVIgM	Гепатит “А” вирусига қарши IgM антитаначалар синфи
Anti-HCV	Гепатит “С” вируси антигенига қарши антитаначалар
Anti-HEV IgM	Гепатит “Е” вирусига қарши IgM антитаначалар синфи
FDA	Озиқ-овқат ва дори-дармон сифатини санитария назорати бошқаруви
HbA1C	Гликерланган гемоглобин
HBsAg	Гепатит “Б” вирусининг юзаки антигени
HBV DNA	Гепатит “Б” вирусининг дизоксирибонуклеин кислотаси
HCV RNA	Гепатит “С” вирусининг рибонуклеин кислотаси
АБ (ҚБ)	Артериал босим (қон босими)
АИХ	Асосий ишқор ҳолат
АЛТ	Аланин-аминотрансфераза
Анти-ТГ	Тиреглобулинга бўлган антитаначалар
Анти-ТТГ	Тиреотроп гормон рецепторига бўлган антитаначалар
АСТ	Аспартат-аминотрансфераза
ВГ	Вирусли гепатит
ВТЭА	Веноз тромбоэмболик асоратлар
ИАД	Исботлар аниқлиги даражаси
КАҚҚ	Ҳомиладорлар кўнгил айниш ва қайт қилиш синдроми
ҚБТ	Қон биохимик таҳлили
ҚД	Қандли диабет
ЛДГ	Лактатдегидрогеназа
МНТ	Марказий нерв тизими
МРТ	Магнит-резонанс томография
НС	Нафас сони
ОИТ	Ошқозон ичак тракти
ОЯК	Ошқозон яра касаллиги
ПВ	Протромбин вақти
ПЗР	Полимераз занжирли реакция
СРО	С-реактив оқсил
Т3	Уч-йодтиронин
Т4	Тироксин
ТВИ	Тана вазни индекси
ТТГ	Тиреотроп гармон
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УТД	Ультратовушли доплерография
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ЭГДС	Эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭЭГ	Электроэнцефалография
ХҚ	Ҳомиладорлар кўсиши

## Таърифлар:

- **Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш (КАҚҚ) синдроми** – бу ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган патология бўлиб, биринчи триместрда ривожланади ва кўнгил айланиш ҳамда қайт қилиш билан намоён бўлади.
- **Оғир/тўхтамайдиган ҳомиладорлар КАҚҚ синдроми (hyperemesis gravidarum)** – ҳомиладорлик билан боғлиқ патология ҳисобланиб, биринчи уч ойликда ривожланади, кўнгил айланиши ва қайт қилишнинг оғир даражаси, озикланиш етишмовчилиги, вазн камайиши, дегидратация, электролитлар мувозанати бузилиши, кетоацидоз ва кўп ҳолатларда трансaminaза фаоллиги ошиши билан кечади. Оғир/тўхтамайдиган ҳомиладорлар КАҚҚ синдроми ҳар 1000 нафар ҳомиладор аёлларга 1-20 ҳолатга тўғри келади (0,3-2%).

## КХТ-10 бўйича кодлар:

O21	Ҳомиладорлар ҳаддан ташқари кўп қайт қилиши
• O21.0	Ҳомиладорлар энгил ва ўрта қайт қилиш синдроми: ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасигача давом этадиган энгил ёки ноаниқ қусиш ҳолати.
• O21.1	Углеводлар захираси камайиши, дегидратация, туз-сув мувозанати бузилиши ҳолатлари билан кечадиган ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасигача давом этадиган оғир ва ҳаддан ташқари КАҚҚ
• O21.2	Кеч ривожланган ҳомиладорлар КАҚҚ (ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасидан кейин тўхтовсиз қусишнинг бошланиши).
• O21.8	Асоратланган ҳомиладорликка олиб келувчи қусишнинг бошқа шакллари (бошқа чоп этилмаларда таснифланган, касалликлар билан асосланган, асоратланган ҳомиладорликдаги қусиш)
• O21.9	Ҳомиладорликда сабаби аниқланмаган қусиш.

## Эпидемиологияси

. Объектив маълумотларга кўра, КАҚҚ синдроми ҳомиладор аёлларнинг 80%да учрайди. Ҳомиладор аёлларда ҳаддан ташқари қусиш эса 0,3-3,6%да учрайди.

## Этиологияси ва хавф омиллари

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида максимал даражага етадиган одам хорионик гонадотропин миқдори ва КАҚҚ синдромининг оғирлиги орасида тўғридан-тўғри ўзаро боғлиқлик мавжуд.

КАҚҚ синдроми кўпинча трофобластик ўсмаларда ва кўп ҳомилали ҳомиладорликда, яъни одам хорионик гонадотропинининг аномал юкори даражасида учрайди. Оғир ҳомиладорлар қайт қилишининг этиологиясида генетик, гормонал, психологик ва бу ёки бошқа маданият омилларига мансуб омилларнинг ўрни исботланмаган.

**КАҚҚ синдроми хавф омилларига қуйидагилар киради:**

- Анамнезида КАҚҚ синдромини ўтказгани;
- Гипертериоз;
- Руҳий бузилишлар;
- Қандли диабет;
- Юқори ёки паст тана-вазн индекси;
- Аёл жинсли ҳомила;
- Helicobacter Pylori инфекцияси.

### КАҚҚ синдроми таснифи

Оғирлик даражаси бўйича:

- Енгил;
- Ўрта оғир;
- Оғир ёки ўта оғир.

### КАҚҚ синдроми бирламчи ташхислаш:

**1. Кўнгил айниши ва қайт қилиш шикоятлари билан келган ҳомиладор аёлнинг биринчи ташрифида қуйидагиларни аниқлаш зарур:**

- Кўпинча қусиш ҳомиладорликнинг 4-7 ҳафтасидан бошланиб, 20 ҳафтасида тугайди.
- Одатда кўнгил айниши ва қайт қилиш эрталаб кузатилади – “эрталабки қайт қилиш”
- Агар қайт қилиш ҳомиладорликнинг 10 ҳафта, 6 кундан кейин пайдо бўлса ёки, адекват терапияга қарамасдан КАҚҚ синдромининг симптомлари сақланиб қолса, ушбу ҳолат чуқур текширувларни талаб этади. Чунки, бундай ҳолатларда қусиш бошқа сабаблар билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- кўнгил айниши ва қайт қилишни турли дори-воситаларни қабул қилиш ҳам кўзгатиши мумкин, улардан кўпроқ гестагенлар ва темир препаратларини қабул қилишни таъкидлаш мумкин.

### ҲКАҚ сабабларини қиёсий ташхислаш.

Тизим	Ташхис
Овқат ҳазм қилиш тизими	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гастроэнтерит</li> <li>• Гепатит</li> <li>• Ошқозон яра касаллиги</li> <li>• Панкреатит</li> <li>• Аппендицит</li> <li>• Helicobacter pylori</li> <li>• Ўт пуфаги касалликлари</li> </ul>
Сийдик – жинсий	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пиелонефрит</li> <li>• Тухумдон буралиши</li> <li>• Сийдик-тош касаллиги</li> </ul>
Метоболик бузилишлар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Диабетик кетоацидоз</li> <li>• Гипертиреоз</li> </ul>
Неврологик бузилишлар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Идиопатик интракраниал гипертензия</li> <li>• Вестибуляр бузилишлар</li> <li>• Мигрен</li> <li>• МНТ ўсмалари</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вентрикулоперитонеал шунт дисфункцияси</li> </ul>
Психологик сабаблар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дори препаратларини токсик таъсири ва кўтара олмаслик</li> <li>• Депрессия</li> </ul>
Ҳомиладорлик билан боғлиқ сабаблар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Презклампсия</li> <li>• Ўткир ёғли гепатоз</li> </ul>

## 2. Оғир/тўхтамайдиган ёки ҳаддан ташқари қусиш белгилари:

- Агар қайт қилиш тана вазнининг 5% га йўқотилиши, сувсизланиш ва электролитлар мувозанати бузилиши билан кечса, у ҳолда ҳомиладорнинг ҳаддан ташқари қусишига гумон қилиш зарур.

## 3. PUQE шкаласи бўйича қусиш оғирлигини баҳолаш

- Модификацияланган PUQE шкаласи ҳомиладорлик вақтида қўлланилиб, КАҚК синдромининг оғирлик даражасига баҳо бериш учун ишлаб чиқилган. Айнан PUQE шкаласи бўйича баҳолаш қўйидаги параметрлар - қўнгил айнаши ва қайд қилишни ҳисобга олиб, келгусида ёрдам кўрсатишга асосланган. Бу шкала даво муолажалари ўтказилаётган вақтда беморнинг динамикада аҳолини баҳолаш учун ишлатилиши ҳам мумкин.

Модификацияланган PUQE индекси (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis/Nausea)				
<b>1 савол:</b> Охирги 24 соат ичида сиз қанча муддат қўнгил айнашини, ошқозон соҳасида безовталиқ ёки оғриқни ҳис қилдингиз?				
<b>Бўлмади</b>	<b>1соат ва ундан кам</b>	<b>2-3 соат</b>	<b>4-6 соат</b>	<b>6 соатдан кўпроқ</b>
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
<b>2 савол:</b> Охирги 24 соат ичида сизда қайт қилиш кузатилдими? ва неча маротаба?				
<b>Бўлмади</b>	<b>1-2 марта</b>	<b>3-4 марта</b>	<b>5-6 марта</b>	<b>7 марта ва ундан кўпроқ</b>
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
<b>3 савол:</b> Сизда неча маротаба қайт қилишга олиб келмаган ундовлар кузатилди?				
<b>Бўлмади</b>	<b>1-2 марта</b>	<b>3-4 марта</b>	<b>5-6 марта</b>	<b>7 марта ва ундан кўпроқ</b>
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл

## PUQE индексини шарҳлаш:

Даража	Балл
Енгил қўнгил айнаши/қайт қилиш	≤ 6 балл
Ўрта	7-12 балл
Кўп	≥13 балл

Шунингдек оғирлик даражасини қўйидаги жадвалда келтирилган клиник лаборатор белгиларига қараб аниқлаш мумкин:

Белгилар	Енгил КАҚҚ	Ўрта КАҚҚ	Оғир КАҚҚ
Иштаха	Бироз камайган	Сезиларли камайган	Йўқ
Кўнгил айнаши	Бироз	Сезиларли	Доимий, азобли
Сўлак оқиши	Бир оз	Сезиларли	Кўюқ ёпишқоқ
Қайт қилишлар сони	3-5 марта	6-10 марта	11-15 марта ва тўхтовсиз
Бир дақиқада пульс тезлиги	80-90	90-100	100 дан юқори
Систолик Қ/Б	120-110 мм сим.уст. тенг	110-100 мм сим.уст. тенг	100 мм сим. уст.дан паст
Овқат ушлаб туриш	Асосан ушлаб туради	Қисман ушлаб туради	Ушлаб тураолмайди
Вазни камайиши	1-3 кг (тана вазнидан 5% гача)	3-5 кг (хафтада 1 кг, тана вазнидан 6-10%)	5 кгдан юқори (хафтада 2-3 кг, тана вазнидан 10% дан юқори)
Бош айланиши	Кам ҳолатларда	бироз сезилади	кучли сезилади
Субфебрилитет	Йўқ	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда
Тери ва шиллиқ қаватларининг сарғайиши	Аниқланмайди	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда
Гипербилирубинемия	Аниқланмайди	21-40 мкмоль/л	40 мкмоль/лдан юқори
Тери қаватларининг қуриши	-/+	++	+++
Ич келиши	Меъёрида	2-3 кунда бир марта	Қабзият
Диурез	900-800 мл	800-700 мл	700 мл дан кам
Ацетонурия	Аниқланмайди	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда

### КАҚҚ синдромида текширув усуллари:

Объектив текширув усуллари:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тана ҳарорати</li> <li>• Пульс</li> <li>• Қон босими</li> <li>• Кислород сатурацияси</li> <li>• Нафас сони</li> <li>• Қоринни кўздан кечириш</li> <li>• Бўйи, вазни</li> <li>• Сувсизланиш белгилари</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мушаклар атрофияси белгилари</li> <li>• Касаллик тарихида режалаштирилган бошқа текширувлар</li> </ul>
<p><b>Лаборатор текширув усуллари:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Умумий қон тахлили тромбоцитлар сони билан</li> <li>• Кетон таначаларига сийдик тахлили</li> <li>• Қоннинг биокимёвий тахлили (АЛТ, АСТ, билирубин, мочевино, креатинин, қанд микдори, умумий оксил)</li> </ul>
<p><b>Инструментал текширув усуллари :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ультратовушли сканерлаш: бачадондаги ҳомиланинг тириклигига ишонч ҳосил қилиш, кўп ҳомилаликни ва трофобластик касалликни инкор этиш;</li> <li>• Қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовушли текшируви.</li> </ul>
<p><b>Тўхтовсиз/оғир ХКАҚ га кўрсатилган:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ошқозон яра касаллигини инкор этиш мақсадида жарроҳ маслаҳати</li> <li>• Гипертиреоз, диабетик кетоацидозни инкор этиш мақсадида эндокринолог маслаҳати;</li> <li>• Инфекцион гастроэнтерит, ВГ ни инкор этиш мақсадида инфекционист маслаҳати;</li> <li>• Мигренни инкор этиш мақсадида невропатолог ва офтальмолог маслаҳати;</li> <li>• Оғир бўлмаган ХҚда йўлдош соматик патологияси шунингдек, ОИТ патологиясини инкор этиш мақсадида, терапевт ва гастроэнтеролог маслаҳати.</li> </ul>
<p><b>Кўшимча текширув усуллари: (Кўрсатмага қараб ва дифференциал ташхислаш мақсадида бажарилади)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Оғир/ чўзилган ҳолатларда ёки ХҚ билан кечган ҳомилдорнинг қайта госпитализация ҳолатида қалқонсимон безнинг функционал тестларини текшириш: гипотиреоз/гипертиреоз (эркин Т3 ва эркин Т4)</li> <li>• Қон электролитлари: натрий, калий магний ва хлоридлар;</li> <li>• НвА1С</li> <li>• Панкреатик амилаза (панкреатитни инкор этиш мақсадида);</li> <li>• Коагулограмма (ПВ, фибриноген);</li> <li>• ВГ маркерлари : Anti-HAV IgM, Anti-HEV IgM, Anti-HCV, HbsAg</li> <li>• Сийдик диастазаси ;</li> <li>• Копрограмма;</li> <li>• Нажас эластазаси;</li> <li>• Нажасда яширин қон;</li> <li>• Нажасни бактериологик текширув;</li> <li>• эзофогогастродуоденоскопия клиник зарурият туғилганда ишлатилади. Масалан: Қонли қусиқ ёки эпигастрий соҳасида кучли оғриқ;</li> <li>• ЭКГ-</li> <li>• УТТ – қалқонсимон без</li> <li>• УТТ – бош ва бўйин қон томирлари</li> <li>• ЭЭГ</li> <li>• МРТ – қорин бўшлиғи аъзолари</li> <li>• МРТ – бош мия ва умуртқа поғонасининг бўйин бўлими</li> </ul>

- Ҳомиладорнинг қусиш фонида қуйидаги ҳолатлар ривожланиши мумкин:
  - ✓ гипонатремия,
  - ✓ гипокалиемиа,
  - ✓ мочевинонинг паст даражаси,
  - ✓ гематокритнинг ошиши,
  - ✓ метаболик гипохлоремик алкалоз,
  - ✓ кетонурия,
  - ✓ оғир метаболик ацидемия.
- Тинимсиз қайт қилиш билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг 2/3 қисмида қалқонсимон безининг таҳлилларида ўзгаришлар кузатилади. Бу тиреотроп гормонининг даражаси пасайиши ёки ортиши билан бирга эркин тироксиннинг даражаси ортиши ва биокимёвий тиреотоксикоз билан кечади.

<b>А</b>	Транзитор тиреотоксикоз ва / ёки ҳаддан ташқари қусиш билан кечадиган қалқонсимон без бузилишлари аниқланганда, антитиреоид дори воситалари тавсия этилмайди; Ёрдамчи даво муолажалари тавсия этилади.
----------	--

- Ҳаддан ташқари қусиш билан кечадиган ҳомиладор аёлларда жигар фаолиятининг биохимик бузилиши кўрсаткичлари аниқланади. Бундай ўзгариш трансминазанинг кўтарилиши билан боғлиқ. Билирубин миқдори бир оз амилаза миқдори каби кўтарилган бўлиши мумкин, гарчи сариклик кузатилмасда. Ушбу бузилишлар ҳаддан ташқари қусиш ҳолатида учраши мумкин бўлган ҳолат деб баҳоланади.
- КАҚҚ синдромида истисно қилиш керак бўлган бошқа патологик ҳолатлар:
  - ✓ КАҚҚ синдромида бошқа патологик сабаблар қуйидагиларни ўз ичига олади: ошқозон пептик яраси, холецистит, гастроэнтерит, гепатит, панкреатит, сийдик чиқариш йўллари инфекцияси ёки пиелонефрит, метаболик бузилишлар, неврологик касалликлар, дори воситаларни қабул қилиш;

### КАҚҚ синдромининг дифференциал ташхислаши ва қўшимча текширув усулларини асослаш.

Дифференциал ташхис	Дифференциал ташхислаш учун асос	Текширув усуллари	Ташхис мезонлари
Асоратланмаган КАҚҚ синдроми	Қусишнинг умумий симптом сифатида мавжудлиги	- УҚТ + тромбоцитлар - БҚТ, АЛТ, АСТ, калий, натрий, хлор, магний, альбумин - сийдик кетонлари	- суткада 5 маротабадан кам - электролит метаболик бўзилишлар мавжуд эмаслиги; - пешобда кетонлар мавжуд эмаслиги - дегидратация, вазн йўқотиш мавжуд эмаслиги.
Сурункали гастрит яра касаллиги		- УҚТ + тромбоцитлар - Нажасда яширин қон - ЭГДС	- ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг шиллик

		- Жарроҳ маслаҳати	қаватининг эндоскопик ва морфологик ўзгариши
Вирусли гепатитлар		- УҚТ + тромбоцитлар - ВГ маркерлари - Anti-HAV IgM, - Anti-HEV IgM, - Anti-HCV, - HbsAg - ПЗР HCV RNA (сифатли) - ПЗР HBV DNA (сифатли) -УТТ қорин бўшлиғи аъзолари	- маркерлар мавжудлиги ва гепатит вируси репликациясининг исботи
Инфекцион гастроэнтерит		- УҚТ + тромбоцитлар - ўткир фаза кўрсаткичлар (СРБ) - копрограмма - нажаснинг бактериологик текшируви - инфекционист маслаҳати	- ўткир бошланиши; - интоксикация белгилари; - диарея синдроми; - нажасда патоген микроорганизмлар нинг топилиши.
Гипертиреоз		- тиреоидик статус - ТТГ Т4 эркин, Анти- ТТГ, Анти-ТТГ - қалқонсимон без УТТси - эндокринолог маслаҳати	- ТТГ; - ↑ТТГга антитаначалар - ↑Т4 эркин - УТТда: қалқонсимон без ҳажми баландлиги ва гипервас- куляризация ва қалқонсимон без ҳажми кўтари- лишининг мавжудлиги
Диабетик кетоацидоз		- Қон ва пешобда глюкоза миқдори; - HbA1C - кислота-ишқор холати;	- анамнезда СД мавжудлиги - гипергликемия; - HbA1C - глюкозурия - кетонурия.

		- кетон таначаларини аниқлаш мақсадида пешоб тахлили - эндокринолог маслаҳати	
Мигрень		- ЭЭГ - МРТ- бош мия ва умуртқа поғонаси бўйин бўлими. - УЗДГ бош ва бўйин қон томирлари -офтальмолог ва невропатолог маслаҳати	- органик патология мавжуд бўлмаган холда ҳарактерли клиник манзара кўриниши (гемикрания)
Панкреатит		- УҚТ + тромбацитлар - БҚТ: панкреатик амилаза, электролитлар - пешоб диастазаси - нажас эластазаси - копрограмма - УТТ қорин бўшлиғи аъзолари - МРТ - қорин бўшлиғи аъзолари	- оғриқли синдром; - стеаторея, креаторея; - УТТ/МРТ қорин бўшлиғи: ошқозон ости беши катталашини, киста мавжудлиги, кальцинат мавжудлиги , асосий панкреатик канал 2 см кўпроқ, ошқозон ости беши паренхимаси гетерогенлиги, каналлар деворлари экзогенлигининг ошиши, контурлар нотекислиги .

### **КАҚҚ синдромини даволаш.**

- КАҚҚ синдромининг енгил ва ўрта даражаси мавжуд аёллар амбулатор назоратида туриб, қусишга қарши орал дори воситаларини қабул қилишлари керак.

Агар ушбу омиллардан ҳеч бўлмаса биттаси учраса, ҳомиладор аёлни стационар шароитида даволаш лозим.

1. Орал дори воситалари қабул қилиб туришига қарамасдан, давом этадиган кўнгил айланиш ва қусиш;
2. Орал дори воситасини қабул қилиб туришига қарамасдан, кетонурияга ёки вазн йўқотилиши (умумий тана вазнидан 5% ортиқ)
3. Гемодинамика ва қон таҳлилларидаги динамикадаги ўзгаришлар

С	КАҚҚ синдромини эрта даволаш – унинг hyperemesis gravidarum гача кучайиб боришини олдини олиши мумкин
---	---

**КАҚҚ синдромининг енгил даражасини ( индекс PUQE 6 баллдан паст)**

- Кўнгил айниш ва қусиш янада кучайса, темир моддасини ўз ичига олган витамин дори воситаларини қабул қилишни тўхтатиш.
- Фолат кислотасини қабул қилишни давом эттириш.
- Парҳез: куруқ маҳсулотларга урғу берилган кам-кам ва тез тез бўлган тамадди. Аччик, шўр, нордон, ёғли таомларни чегаралаш ва орал гидратация.

А	Ёғли овқатларни чегаралаб истеъмол қилиш
---	--

А	КАҚҚ синдромининг оғир формасида ошқозон ичак тизимига дам бериш
---	--

А	КАҚҚ синдромида кўзғатувчи омиллардан сақланиш тавсия этилади (атирлар, тутун, нефт маҳсулотлари, хушбўй хидлар, пардоз анжомлари, чекиш, овқат тайёрлаш, маълум бир аччик, шўр, ёғли овқатлар)
---	---

А	Номедикаментоз терапиядан ижобий таъсир бўлмаганда биринчи навбатда куйидаги дори воситаларининг ишлатилиши тавсия этилади: Пиридоксин (витамин В6) ҳар 8 соатда 10-25 мг ичишга + Доксиламин суткада 3-4 мартаба 12,5 мл дан ичишга ёки мустақил равишда фақат пиридоксин
---	--

**Ифодаланмаган ва ўрта даражали КАҚҚ синдромини даволаш. (PUQE индекс - 7-12 балл):**

- Прометазин, ёки прохлорперазин, ёки метоклопрамид;
- Дегидратация кузатилганда- инфузион даво муолажалари.

**Оғир даражали КАҚҚ синдроми ёки ҳомиладорларнинг тўхтовсиз қайт қилишини даволаш (PUQE индекс - 13 ва юқори балл):**

- Қайт қилишга қарши куйидаги дори воситаларнинг гуруҳлари ишлатилиши мумкин.

<b>1 навбатда</b>	- ичишга суткада 3-4 мартаба 10-25 мг <b>пиридоксин</b> ва 3-4 мартаба 12,5 мг <b>доксиламин</b> билан биргаликда <b>(В)</b> .
<b>2 навбатда</b>	- <b>прометазин</b> ичишга мушак ичига, вена ичига ёки тўғри ичакка ҳар 4-6 соатда 12,5-25 мг <b>(В)</b> ; - <b>дифенгидрамин</b> ичишга ёки орқа ичакка ҳар 4-6 соатда 25-50-100 мг ёки вена ичига ҳар 4-6 соатда 10-50 мг <b>(В)</b> ; - <b>прохлоперазин</b> ичишга ҳар 6-8 соатда 5-10 мг ёки вена ичига ёки мушак орасига ҳар 8 соатда 12,5 мг ёки тўғри ичакка кунига 1 мартаба 25 мг; - <b>хлорпромазин</b> ичишга, вена ичига, мушак орасига ҳар 4-6 соатда 10-25 мг ёки тўғри ичакка ҳар 6-8 соатда 50-100 мг
<b>3 навбатда</b>	- <b>метолопрамид</b> – 5-10 мг ҳар 8 соатда ичишга, мушак орасига ёки вена ичига <b>(А)</b> ; - <b>прометазин</b> 12,5-25 мг ҳар 4 соатда ичишга, мушак орасига, вена орасига ёки тўғри ичакка <b>(В)</b> ёки <b>триметобензамид</b> 200 мг (руйхатдан ўтгандан сўнг) тўғри ичакка ҳар 6-8 соатда <b>(В)</b> ;

	- дегидратация кузитилганда: вена ичи инфузиялар, метоклопрамид 5-10 мг ҳар 8 соатда (А) ёки прометазин (пипольфен) 12,5-25 мг вена ичига ҳар 4 соатда (В).
<b>4 навбатда</b>	+: - <b>метилпреднизолон</b> (эхтиёткорлик билан) 16 мг ҳар 8 соатда вена ичига 3 кун ва 2 ҳафта ичида дозасини камайтирган ҳолда, ёки - <b>гидрокортизон</b> 100 мг кунига 2 мартаба вена ичига ва клиник натижага эришилгандан сўнг 40-50 мг <b>преднизолонга</b> ўтиш, ҳар кун, ичишга секин -аста клиник заруриятга асосланган ҳолда, миқдорини камайтириб бориш, ёки - <b>ондансетрон</b> 4-8 мг ҳар 6-8 соатда ичишга ёки 8 мл ҳар 12 соатда вена ичига (А).

- **Метоклопрамид** хатарсиз ва самарали ҳисобланади, аммо экстрапирамид таъсирлар хавфи сабабли иккинчи ёки учинчи навбатдаги терапия сифатида ишлатилиш лозим. Метоклопрамидни фақатгина қисқа муддатга тайинлаш лозим (максимал миқдори 30 мг ҳар 24 соатда ёки тана вазнини 0,5 мг/кг 24 соат мобайнида (энг паст миқдоридан келиб чиққан ҳолда) ва максимал давомийлиги 5 кун) ушбу хавфни минималлаштириш мақсадида, вена ичига жуда секин юборилиши шарт,(3 дақиқадан кам эмас).
- **Ҳар хил гуруҳдаги дори воситалар комбинациясини қўллаш:** турли гуруҳдаги дори воситалари ҳар хил таъсир механизмга эга бўлганлиги сабабли, синергетик таъсирдан келиб чиққан ҳолда, битта дори воситаси билан натижа олмаётган аёлларга турли гуруҳдаги дори воситалар комбинацияси ишлатилиши шарт. Бундан ташқари, доимий қусиш перорал дори воситаларини сўрилмаслигига олиб келиши мумкин, демак, вена ичига, тўғри ичакка, тери остига ёки мушак ичига юборилиши самаралироқ ҳисобланади.
- **Кортикостероидлар:** доимий хаддан ташқари қусиши бўлган ҳомиладорлар ҳолатининг кескин ва тез яхшиланишига олиб келади. Гидрокортизон 100 мг кунига 2 марта вена ичига юборилиши тавсия этилади. Клиник натижага эришилгандан сўнг суткасида 40-50 мг Преднизолонга ўтилади ва доза миқдори умумий аҳволини назоратда ушлаб турадиган даражада секин аста, энг паст ушлаб турувчи доза миқдоригача пасайтириб борилади. Кўп ҳолатларда преднизолонга бўлган эҳтиёж ҳомиладорларни қусиш мавжудлиги муддати тугашига қадар ва айрим ҳолатларда туғруққача давом этади.

<b>В</b>	Метилпреднизолон айрим ҳолатларда, брача даво чоралари натижасиз оғир даражали КАҚҚ синдромида қўлланилади; бироқ ушбу дори воситаси хавфларни ҳисобга олган ҳолда, энг охирги чора сифатида қўриб чиқилиши лозим
----------	---

#### **Бошқа дори воситаларининг ишлатилиши:**

- **Протон насосининг ингибиторлари** гастрит, эзофагит ёки ошқозон- қизилўнғач рефлюкси мавжуд аёлларда ишлатилиши мумкин. Қайталанувчи, бошқариб бўлмайдиган қусиш гастрит, эзофагит ёки ошқозон- қизилўнғач рефлюксига олиб келиши мумкин. Протон насосининг ингибиторлари билан синовли даволаш ва олдини олишда ишлатилиши мумкин, улар ҳомиладорлик вақтида хавфсиз ҳисобланади.
- **Тиамин** парентерал озиклантириш ёки декстрога юборилишдан олдин барча узоқ муддат давомида қусган ҳомиладорларга ичиш учун ёки вена ичига ишлатилиши лозим. Витамин В 1 (тиамин) етишмовчилигида классик ҳолатда кўз кўриши хиралашиши,

хушининг чигаллашиши, дезориентация, апатия, юришнинг чайқалиши, координациянинг бузилиши, хотиранинг бузилиши, уйқучанлик, нистагм, офтальмоплегия, гипорефлексия ёки арефлексия билан кузатиладиган Вернике энцефалопатияси ривожланиши мумкин. Ҳомиладорнинг қусиш фонида ривожланган энцефалопатия секин ривожланиши ва эпизодик симптоматика билан кузатилиши мумкин. Вернике энцефалопатияси ўлим билан яқунланишга хавф солиши мумкин, лекин ўз вақтида кўрсатилган тиббий ёрдам орқали ҳолатни ортга қайтариш мумкин. Миқдори: 100 мл физиологик эритмага 100 мг тиамин вена ичига ҳафтасида 1 мартаба ёки 1,5 мг ичишга суткада 1 мартаба.

**С** Витамин етишмовчилиги ва кетоз коррекциясини қатъий кўриб чиқиши тавсия этилади. Узоқ муддатдаги қусишда декстроза ва витаминлар қўшиш керак. Вернике энцефалопатиясини олдини олиш мақсадида, декстроза юборилишидан олдин тиамин қўллашни кўриб чиқиш лозим

- Агар актив қон кетиши каби қарши кўрсатмалар бўлмаса, тўхтовсиз қусган аёлларга **пастмолекуляр гепаринлар** тавсия этилиши лозим. Тромбопрофилактика уйига жавоб беришдан олдин тўхтатилиши мумкин.
- **Инфузион терапия:** кунлик электролитлар мониторинги назорати остида, ҳар бир флаконида калий хлориди мавжуд бўлган физиологик эритма ёки полиион балансланган кристаллоидлар вена ичига инфузион терапия учун энг тўғри келадиган деб ҳисобланади, Агар натрийни зардобдаги миқдори меъёрида бўлмаса, декстроза /глюкоза инфузияси ишлатилмаслиги керак ва инфузия тиамин юборилиши билан кузатилиши шарт. Инфузия ҳажми: 1000-3000 мл суткада умумий ҳолатидан келиб чиққан ҳолда. Вена ичига суюқликлар юборилиши лозим бўлган ҳолларда плазмада мочевина ва электролитлар миқдори ҳар куни текширилиши шарт. Инфузион терапияга талаб бўлган аёлларда гипонатриемия ва гипокалиемиyani олдини олиш ва даволашда кунлик электролитлар мониторинги жуда муҳим. Кетозни коррекция (тузатиш) қилиш мақсадида ксилитолга асосланган кўпатомли спиртдан фойдаланиш тавсия этилади.

**А** Дегидратация, гиповолемия, электролитлар бузилишини коррекция қилиш мақсадида инфузион терапия тавсия этилади

**С** Сувсизлик белгиларининг ривожланишида ва узоқ муддатдаги перорал регидратацияни кўтара олмаслик ҳолатидагина вена ичи регидратацияси тавсия этилади

**С** Периферик ўрнатиладиган марказий катетерни hyperemesis gravidarum бор аёлларга энг охири чора сифатида ишлатинг, чунки бундай аралашув юқори асоратларга ва оналарнинг оғир касалликларига олиб келиши мумкин

- КАҚҚ синдроми билан касалланган аёлларга қуйидаги мутахассисларнинг маслаҳати керак бўлиши мумкин: **диетолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, жарроҳ, психолог, психиатр.**
- **Энтерал ва парентерал давони** бошқа тиббий усуллар ёрдам бермаганда қўллаш лозим. Озиқлантиришнинг энтерал усули назогастрал, назодуоденал ёки назоеюнал зонд орқали ёки эндоскопик ўрнатилган тери орқали гастростома ёки еюностома орқали амалга оширилади. Энтерал озиқланишдан кўра парентерал озиқланиш беморлар учун самаралироқ. Лекин парентерал озиқланишда юқори инфекцион асорат ва томирлар перфорацияси асорати хавфи мавжуд .

С	Hyperemesis gravidarum бор аёлларда медикаментоз даволаш самарасиз бўлса, назогастрал ва назодуоденал зонд ўрнатилиш масаласини кўриб чиқиш керак
---	---

### **Интенсив терапия ва жонлаштириш бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:**

- Доимий қусиш ва суюқликларни қабул қила олмаслик;
- Динамикада гемодинамика кўрсаткичларини ўзгариши;
- Вазн йўқотиш;
- Олдинроқ ўтказилган даво чораларининг самарасизлиги.

### **КАҚҚ синдромида мониторинг ўтказиш**

- УҚТ + тромбоцитлар бир ҳафтада 1 мартадан кам бўлмаган муддатда.
- Қон биохимик таҳлили: АЛТ, АСТ, билрубин, креатинин, мочевино, альбумин, глюкоза, электролитлар (калий, натрий, хлор, магний) бир ҳафтада 1 мартадан кам бўлмаган муддатда;
- Суткали диурез;
- ҚБ, пульс, нафас сони, тана ҳарорати мониторинги;
- Стационар шароитида / интенсив терапия бўлимида лаборатор кўрсаткичлар мониторинги (УҚТ, БҚТ) - кунлик.

### **Оғир/тўхтамайдиган КАҚҚ синдромининг прогнози**

КАҚҚ синдроми - кейинги ҳомиладорликларда камдан-кам қайтарилиши мумкин бўлган, жигарнинг тўлиқ зарарланишига олиб келмайдиган, ўтиб кетадиган ҳолат.

Она учун оқибатлар	Ҳомила учун оқибатлар
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умуман олганда, натижалар умумий популяцияда минимал асоратлар билан (кислота-ишқор мувозанати ва электролит балансини бузилиши)</li> <li>• Камдан-кам ҳолларда кузатиладиган оғир асоратлар: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Қизилўнгач ёрилиши;</li> <li>✓ Кўз тўр пардасига қон қуйилиши;</li> <li>✓ Пневмоторакс;</li> <li>✓ Жигар ва буйракнинг ўткир зарарланиши;</li> <li>✓ Вернике энцефалопатияси (Алкоголизмда кузатилиб, 10-20 % ҳолатларда ўлимга олиб келади)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умумий популяцияда қандай натижа бўлса, ўз вақтида ўтказилган даво чораларида ҳам худди шундай натижа:</li> <li>• Оғир ҳолатларда кузатилиши мумкин: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Кичик вазнли чақалоқ туғилиши</li> <li>✓ Айрим ҳолларда муддатдан олдинги туғруқ</li> <li>✓ Агар ҳомиладорлик даврида вазн қўшилиши 7 кг дан кам бўлса, чақалоқни тизимли ривожланишини баҳолаш ва Апгар шкаласи бўйича паст баҳо олиши</li> <li>✓ Камдан-кам ҳолатларда ҚД-2 типиди ва юрак-қон томир касалликлари хавфи</li> </ul> </li> </ul>

### **Оғир даражали КАҚҚ синдромида ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатмалар:**

- Ҳомиладорликни тўхтатишга қарор қилишдан аввал барча даволаш тадбирлари синаб кўрилиши шарт.



- Ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар:
  - Тўхтамайдиغان қусишлар;
  - Организмнинг ортиб боровчи сувсизланиши;
  - Ортиб боровчи вазн йўқотилиши;
  - 3-4 кун давомида кучайиб боровчи ацетонурия;
  - Даво муолажаларига жавоб бермаётган тахикардия;
  - Асаб тизимини бузилишлари (адинамия, апатия, алаҳсираш, эйфория);
  - Билирубинемия (100 мкмоль/лдан кўп)

**КАҚҚ синдроми профилактикаси:** ҳомиладор бўлишдан аввал витаминларни қабул қилиш.

А	Шифокорлар аёлга пренатал витаминларни ҳомиладор бўлишдан бир ой аввал тавсия этишлари керак, бу ҳомиладорлик вақтида КАҚҚ синдроми кузатилишини ва унинг кечишини оғирлашишини камайтириши мумкин
---	--

**Тиббий реабилитация:** мавжуд эмас

**Тиббий ёрдамни ташкил этиш:** КАҚҚ синдроми билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг клиник ҳолати оғирлигига қараб, амбулатор ёки стационар шароитида даволаш белгиланади.

**Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари:**

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Баённома талабларига биноан объектив текширувлар ўтказилган.	Ҳа/йўқ
2	Тромбоцитлар сони билан умумий (клиник) қон таҳлили қилинган.	Ҳа/йўқ
3	Қоннинг биохимик текшируви ўтказилган. (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевина, глюкоза, умумий оқсил)	Ҳа/йўқ
4	Сийдикда кетон таначалари аниқланди.	Ҳа/йўқ
5	ХКҚ оғирлик даражасини модифицирланган PUQE шкаласи бўйича баҳоланган	Ҳа/йўқ
6	Беморни аҳволига қараб шифохонага ётқизилган (ХПБ ва интенсив палата)	Ҳа/йўқ
7	Кўрсатмага асосан терапевт ва бошқа тор соҳа мутахассисларининг кўриги ўтказилган	Ҳа/йўқ
8	ХКҚ номедикаментоз даволаш усуллари	Ҳа/йўқ
9	ХКҚ оғирлик даражасига қараб қусишга қарши дори воситаларини танлаш	Ҳа/йўқ
10	Рационал инфузион даво (кўрсатма, суюқликлар сифати ва ҳажмига қараб)	Ҳа/йўқ
11	Кўрсатмага асосан кўшимча даво чораларини қўлланилиши кўрсатмаларда : Протон насос ингибиторлари, тиамин, энтерал ва парентерал озикланиш	Ҳа/йўқ

12	Тромбоэмболик асоратларни келиб чиқиш хавфининг оғирлик даражалари аниқлаган холда, керакли тромبوпрофилактика ўтказилган	Ҳа/йўқ
13	Кўрсатмаларга асосан ҳомиладорликни тўхтатиш амалиётини вақтида бажариш (агар бундай бўлган бўлса)	Ҳа/йўқ
14	Самарадорлиги тасдиқланмаган дори воситалари қўлланилмаган	Ҳа/йўқ
15	ҲҚАҚ билан даволанган ҳомиладор аёлларнинг уйига кетаётган вақтларида кейинги этапда индивидуал тавсия берилган	Ҳа/йўқ

### Адабиётлар рўйхати:

1. Amelia Tan, Therese Foran, Amanda Henry. Managing nausea and vomiting in pregnancy in a primary care setting. The Royal Australian College of General Practitioners, 2016.
2. Аyyавoo А, Derraik JG, Hofman PL, Biggs J, Bloomfield FH, Cormack BE. Severe hyperemesis gravidarum is associated with reduced insulin sensitivity in the offspring in childhood. *J ClinEndocrinolMetab.* 2013 Aug. 98(8):3263-8. [Medline].
3. Bolin M, Akerud H, Cnattingius S, Stephansson O, Wikstrom AK. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study. *BJOG.* 2013 Apr. 120(5):541-7. [Medline].
4. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M, Basso G, Facchinetti F. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy: background, case report, and review of the literature. *ObstetGynecolSurv* 2006;61:255–68.
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *ObstetGynecol* 2018; 131:e15. Reaffirmed 2020.
6. Debby A, Golan A, Sadan O, Glezerman M, Shirin H. Clinical utility of esophagogastroduodenoscopy in the management of recurrent and intractable vomiting in pregnancy. *J Reprod Med* 2008;53:347–51.
7. Ding M, Leach M, Bradley H. The effectiveness and safety of ginger for pregnancy-induced nausea and vomiting: a systematic review. *Women Birth* 2013;26:e26–30.
8. Elisabeth Birkeland, GuroStokke, Randi J. Tangvik, Erik A. Torkildsen, Jane Boateng, Anne L. Wollen, Susanne Albrechtsen, Hans Flaatten, JoneTrovik. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea). Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake: A Prospective Cohort Validation Study. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0119962. April 1, 2015.
9. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. *Am J ObstetGynecol* 2005;192:1416–1419.
10. Gilboa SM, Ailes EC, RaiRP, Anderson JA, Honein MA. Antihistamines and birth defects: a systematic review of the literature. *Expert Opin Drug Saf* 2014;13:1667–98.
11. Gill SK, Maltepe C, Koren G. The effectiveness of discontinuing iron-containing prenatal multivitamins on reducing the severity of nausea and vomiting of pregnancy. *J ObstetGynaecol* 2009;29:13–6.
12. Gill SK, O'Brien L, Einarson TR, Koren G. The safety of proton pump inhibitors (PPIs) in pregnancy: a metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1541–5.
13. Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum: clinical aspects. *Am J ObstetGynecol* 1992;167:648–52.
14. Holmgren C, Aagaard-Tillery KM, Silver RM, Porter TF, Varner M. Hyperemesis in pregnancy: an evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes. *Am J ObstetGynecol* 2008;198:56.e1–56.e4.

15. Howard Ernest Herrell. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *American Family Physician*, Volume 89, Number 12, June 15, 2014.
16. Iris J. Grooten, Margot E. Vinke, Tessa J. Roseboom and Rebecca C. Painter. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Utility of Corticosteroids in the Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *NutritionandMetabolicInsights* 2015;8 (S1).
17. Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 2011;342:d3606.
18. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003. (4):CD000145. [Medline].
19. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010;375:594–605.
20. Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I. Managing hyperemesis gravidarum: a multimodal challenge. *BMC Med* 2010;8:46.
21. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *J PainSymptom Manage* 2011;42:589–603.
22. Liu S, Rouleau J, Joseph KS, Sauve R, Liston RM, Young D, et al.; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Epidemiology of pregnancy-associated venous thromboembolism: a population-based study in Canada. *J ObstetGynaecol Can* 2009;31:611–20.
23. Mario Festin. All rights reserved Nausea and vomiting in early pregnancy. *BMJ PublishingGroupLtd* 2014.
24. Matthews A, Haas DM, O’Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD007575.
25. Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharma -cological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. *Drugs* 2000;59:781–800.
26. Nausea and Vomiting in Pregnancy. Medically reviewed by *Drugs.com*. Last updated on Feb 3, 2020.
27. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L, Koren G, Tan MP ,Einarson A. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 2003;189: 1374–7.
28. Rachel H. Westbrook, Geoffrey Dusheiko, Catherine Williamson. Хомилаторларда жигар касалликлари. *Journal of Hepatology* 2016 vol. 64 | 993–945.
29. Rotman P, Hassin D, Mouallem M, Barkai G, Farfel Z. Wernicke’s encephalopathy in hyperemesis gravidarum: association with abnormal liver function. *Isr J Med Sci* 1994;30:225–8.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism During Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG; 2009.
31. ShashankShekhar, GauravDiddi. Liver disease in pregnancy. Review Article. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 54 (2015), 475e482.
32. Smith C, Crowther C, Beilby J. Pregnancy outcome following women’s participation in a randomized controlled trial of acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. *Complement Ther Med* 2002;10:78–83.
33. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015). Practice bulletin summary No. 153: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 126(3): 687–688.
34. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Practice bulletin summary No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet. Gynecol.*
35. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum//Green-top Guideline No. 69, June 2016//Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, NICE accredited.
36. Tiran D. Ginger to reduce nausea and vomiting during pregnancy: evidence of effectiveness is not the same as proof of safety. *Complement TherClinPract* 2012;18:22–5.

37. Tram T. Tran, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. Am J Gastroenterol advance online publication, 2 February 2016; doi: 10.1038/ajg.2015.430.
38. Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, van der Post JA, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. BJOG. 2011 Oct. 118(11):1302-13. [Medline].
39. Юқори хавф гуруҳидаги ҳомиладорлик. Исботланган тиббиётга асосланган Баённомалар Инглиз тилидан таржима . А.Д. Макацарии нашриёти остида Москва, 2018.
40. Хомиладорларда жигар касалликлари. RachelH. Westbrook, GeoffreyDusheiko, CatherineWilliamson. Journal of Hepatology 2016 vol. 64 | 993–945.

### Баённома ишлаб чиқиш методологияси

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида бу масала бўйича ўтказилган тадқиқотлар сони ва сифатига қараб барча маълумотлар ишончлилик даражасига қараб тавсифланади.

#### Даволовчи ва профилактик тадбирлар учун исботланган аниқлик даражасининг (ИАД) баҳолаш ўлчови

ИАД	Шифрларни очиш
1	Мета-тахлил усули ёрдамида рондомизацияланган клиник синовларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
2	Мета- тахлилни қўллаб, рондомизацияланган клиник текширувлардан ташқари, танланган рондомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар.
4	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатни ёки ходисалар қисмлари, текширув “ходиса-назорат “ни тасвишлаб бериш
5	Фақатгина аралашувлар ҳаракати механизмини асослаш мавжуд (клиникадан аввалги тадқиқотлар) ёки экспертлар фикри

#### Профилактик даволовчи аралашувлар бўйича тавсияларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш ўлчови

ТИД	Шифрларни очиш
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсиялар(кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ва қониқарли услубий сифатга эга эмас ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилган эмас)
С	Кучсиз тавсиялар (етарлича сифатли далилларнинг етишмаслиги, кўриб чиқилган самарадорликнинг барча мезонлари муҳим эмас, барча тадқиқотлар услубий жиҳатдан паст ва қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилган эмас)

Далилларнинг ишончлилик даражаси (ДИД) ва тавсияларнинг ишончлилик даражаси (ТИД) нинг даволаш ва профилактика чоралари учун мумкин бўлган комбинациялар:

ДИД	ТИД ни аниқлаш мезонлари	ТИД
1 = Энг ишончли далиллар: мета-тахлил ёрдамида РКТ нинг мунтазам кўриб чиқиш	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда	А

	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас	<b>В</b>
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барчатадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас	<b>С</b>
2 = Мета-тахилни қўллаган ҳолда хоҳлаган текширув дизайнини тизимли қўриб чиқиш ва алоҳида РКТ (рандомизацияланган клиник текширув) дан ташқари	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча текширувлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда <*>	<b>А</b>
	Шартларнинг камида биттасини бажариш 1. Барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	<b>В</b>
	Шартларнинг камида биттасини бажариш 1. Барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	<b>С</b>
3 = Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шу билан биргаликда когорт текширувлар	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча текширувлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда <*>	<b>А</b>
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	<b>В</b>
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	<b>С</b>
4 = қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ходисалар таснифи ёки ходисалар серияси таснифи		<b>С</b>
5 = кам ишончли далиллар: фақатгина таъсирнинг механизми асосланган (клиник олди текширувлар) ёки экспертлар фикри		<b>С</b>

<\*>Агар битта клиник текширув КТ баҳоланган бўлса, унда бу шарт ҳисобга олинмайди.

## Бемор учун ахборот

### Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш ҳақида мен нималарни билишим керак?

- Кўнгил айнаши ва қусиш сутканинг ҳар кайси вақтида рўй бериши мумкин.
- Ушбу симптомлар ҳомиладорлик даврining 9-ҳафтасигача бошланиб, 14 ҳафтасигача яқунланади. (иккинчи уч ойлик).
- Айрим аёлларда кўнгил айнаши ва қусиш узокроқ давом этиб, ҳатто бутун ҳомиладорлик даврида ҳам қузатилиши мумкин.
- Кўнгил айнаш ва қусиш сизнинг кунлик фаолиятингизни қийинлаштириши мумкин.

### Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаш ва қусиш хавфини нима ошириши ёки кучайтириши мумкин?

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш сабаби аниқ эмас. Ҳомиладорлик сизнинг организмгиздаги гормонларда ўзгариш чақиради, улар ўз ўрнида кўнгил айнаши ва қусишни келтириб чиқариши мумкин.

### Қуйидагилар сизда кўнгил айнаши ва қусиш хавфини ошириши мумкин:

- Кўп ҳомилали ҳомиладорликда (эгиз, учта ва ундан кўп);
- Аввалги ҳомиладорликда кўнгил айнаши ва қусишни қузатилиши;
- Ҳомиладор аёлнинг онаси ёки опасининг ҳомиладорлик вақтида кўнгил айнаши ва қусиш қузатилганлиги;
- Олдин ёки ҳозирги даврда қузатилаётган мигрень.
- Қиз жинсли ҳомилали ҳомиладорлик.

### Ҳомиладорлик даврида кўнгил айнаши ва қусиш қандай даволанади?

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш одатда даволашни талаб этмайди. Сиз симптомларни енгишингиз учун, одатдаги ейдиган махсулотларингизга ва фаолиятингизга ўзгартириш киритишингиз мумкин. Сизга кўпроқ самара берадиган чора тадбирларни аниқлаб олиш учун, бир нечта усулларни бараварига синаб кўришингизга тўғри келади. Агар пастда кўрсатилган чора-тадбирлар самара бермаса, даволовчи шифокорингиз билан суҳбатлашиб қуринг. Агар бу барча чора-тадбирлар сизга ёрдам бермаса ёки сизда бўлган симптомлар жиддий тус олса, сизга витамин В6 ва бошқа дори дармонлар керак бўлиши мумкин.

### Кўнгил айнаши ва қусишни енгиш учун озиқланишимга қандай ўзгартиришлар киритишим мумкин?

1. **Кун давомида уч марта катта ҳажмли овқатланиш ўрнига, кичик порцияли овқатланиш режимига ўтинг.** Кўнгил айнаши ва қусиш сизнинг ошқозонингиз бўш вақтида бўлиши мумкин. Ёғ миқдори паст ва оксил миқдори юқори бўлган овқат махсулотлари билан озиқланинг. Бунга мисол қайнатилган гўшт, дуккакдилар, курка гўшти ва терисиз товуқ гўшти бўлиши мумкин. Уйқудан олдин крекер, қуруқ ёрмалар ва кичикроқ бутербродлар каби озроқ тамадди қилиб олинг.
2. **Эрталаб ўридан туришдан олдин бир нечта крекер ёки қуритилган нонни истеъмол қилиб олинг.** Ўрнингиздан оҳиста ва секин туринг. Кескин ҳаракатлар сизда бош айланиш ва кўнгил айнашини чақариши мумкин.
3. **Кўнглингиз айнаган вақтда юмшоқ озиқ овқатлардан истеъмол қилинг.** Юмшоқ овқатларга мисол: қуритилган нон, қуруқ ёрмалар, оддий пасталар, оқ гуруч ва нон.

Бошқа юмшоқ махсулотларга шўр крекерлар, бананлар, желатин киради. Аччиқ, ковурилган ва ёғли овқатлар ейишдан сақланинг. Кўнгил айнаши чақирадиган ҳар қандай махсулотларни истеъмол қилманг.

4. **Таркибида занжабил сақлаган суюқликлар ичинг.** Янги қирилган занжабил кўшилган чой ичинг. Занжабил капсулалари ёки конфетлари ҳам кўнгил айнаши ва қусишни камайтиришга ёрдам беради.
5. **Овқат истеъмол қабул қилиш орасида кўпроқ суюқлик ичинг.** Овқатдан сўнг 30 дақиқадан кам бўлмаган вақт суюқлик истеъмол қилмай туринг. Сувсизланишни олдини олиш мақсадида, кун давомида тез-тез суюқлик ичиб туринг.

### **Кўнгил айнаши ва қусишни енгиш учун қандай ўзгартиришлар қилишим мумкин?**

1. **Нохуш ҳидлардан йироқ бўлинг.** Ўткир ҳидлар кўнгил айнаши ва қусишни чақириси ва кучайтириши мумкин. Тоза ҳаво билан нафас олиш учун енгил сайр қилинг, вентелятор кўшинг ёки дераза ойналарини очиб ухланг. Кўнгил айнашини чақирадиган ҳидлардан халос бўлиш учун таом тайёрлаётган вақтингизда дераза ойналарини очиб қўйинг.
2. **Агар кўнглингиз айнаётган бўлса, овқатдан кейин дарҳол тишларингизни тозаламанг.**
3. **Керакли вақтда дам олинг.**  
Ўзингизни яхши ҳис қила бошлаганингизда, одатдагидек оҳиста ишларингизни бошланг.
4. **Ҳомиладорлик даврида истеъмол қилинадиган витаминлар тўғрисида шифокорингиз билан маслаҳат қилинг.** Пренатал витаминлар айрима ёлларда кўнгил айнашини чақириси мумкин. Ҳомиладорлар витаминларини кечаси ёки таомланиш вақтида қабул қилиб кўринг. Агар бу ўзгартиришлар ёрдам бермаса, шифокорингиз бошқа турдаги витаминларни тавсия қилиши мумкин.
5. **Симптомларни даволаш учун шифокорга мурожаат қилмасдан ҳеч қанақа дори воситалари, витаминлар ёки қўшимчалар истеъмол қилманг.** Кўпчилик дори воситалари хомилага зарар етказиши мумкин.
6. **Ўзингиз учун энг яхши бўлган машқлар режасини шифокорингиздан сўранг.** Енгил машқлар сизнинг симптомларингизни камайтириши мумкин, ҳамда булар кечаси яхши ухлашингизга ёрдам беради.

-



## ХКАҚни даволаш учун асосий дори воситаларнинг рўйхати.

Асосий дори воситаларнинг рўйхати	Фармакотерапевтик гуруҳ	FDA буйича ҳомиладорликдавридаги хавфсизлик категорияси
Пиридоксин	Витаминлар. Бошқа витаминлар тоза кўринишда.	A
Тиамин	Витаминлар. Бошқа витаминлар тоза кўринишда.	A
Доксиламин	H1-антигистамин воситалар. Уйқу чиқарувчи препаратлар.	B
Прометазин	Гистаминли H1 рецептор блокаторлари. Аллергияга қарши препарат.	C
Дифенгидрамин	Тизимли қўлланиладиган антигистамин препаратлар. Аминоалкил эфирлари. Дифенгидрамин	B
Метоклопрамид	Допамин рецепторларни блокловчи тизимли таъсирга эга қусишга қарши воситалар	B
Прохлорперазин, хлорпромазин	Фенотиазинлар.	Аниқланмаган. Фетотоксик таъсири тўғрисида хабарлар чоп этилмаган; ХКҚда биринчи навбатдаги алтернатив восита.
Метилпреднизолон	Тизимли таъсирга эга кортикостероид воситалар. Глюкокортикостероидлар.	C
Преднизолон	Тизимли таъсирга эга кортикостероид воситалар. Глюкокортикостероидлар.	B
Ондансетрон	Қусишга қарши воситалар. Серотонинергик воситалар.	B
Нарий хлор эритмаси	Тузли эритмалар, натрий хлорид.	B
Декстрога эритмаси	Углеводли озикланиш воситалари.	C
Калий хлорид эритмаси	Организмда калий етишмовчилигини тўлдирувчи воситалар.	C
Парентерал озикланиш учун аралашмалар	Парентерал озиклантириш учун аминокислоталар + бошқа воситалар [Парентерал озиклантириш учун ёғли эмульсиялар+декстрога+минераллар] (Aminoacids for parenteral nutrition+Other medicines [Fat emulsions + Dextrose + Multimineral]).	Аниқланмаган

## ХКҚ да беморларни олиб бориш алгоритми

Ҳомилдорликни биринчи триместрида кўнгил  
айниш, қушиш

ХКАҚнинг бирламчи ташхисланиши

- 1. Қушишга олиб келадиган бошқа сабабларни инкор этиш** (керак бўлганда бошқа мутахассисларнинг маслаҳати). Оғир/бошқарилмайдиган ХКҚда: терапевт, гастроэнтеролог, жаррох, эндокринолог, невропатолог, офтальмолог маслаҳатлари .
- 2. Объектив усуллар:** температура, пульс, ҚБ, кислород сатурацияси (метаболик ўзгаришларни инкор этиш) нафас сони, қорин кўриги, вазн, бўй, сувсизланиш белгилари ва мушак атрофияси
- 3. Лаборатория ва инструментал текширувлар:** УҚТ тромботцитлар билан, кетон таначаларига пешоб таҳлили, АЛС, АСТ, билирубин, мочевино, креатинин, глюкоза, умумий оксил, бачадон ва қорин бўшлиғи аъзолари УТТСи

Модифицирланган PUQE шкаласи бўйича қушишнинг даражасини  
оғирлигини баҳолаш

<6 балл – енгил ХКАҚ

7-12 балл – ўртача ХКАҚ

≥13 балл – оғир/ўта оғир  
ХКАҚ тошнота/рвота

**Немедикаментоз терапия :**

1. Ўзида темир модда сақловчи витаминларни тўхтатиш
2. Фолат кислотани давом эттириш
3. Парҳез
4. Акупунктура ва игна санчиш
5. Триггер омилларидан сақланинг
6. Занжабил

Амбулатор юбориш  
Пиридоксин + Доксиламин per os

**Ўртача ХКҚ** – амбулатор ёки стационар шароитда олиб бориш, дори воситаларини оғиз орқали ёки парентерал қабул қилиш

**Оғир ХКҚ** – стационар шароитда олиб бориш, дори воситаларини парентерал юбориш

**Қушишга қарши воситалар** (монотерапия ёки биргаликда)

- Пиридоксин + Доксиламин
- Прометазин (пипольфен)
- Дифенгидрамин (димедрол)
- Прохлорперазин, хлорпромазин (мавжуд бўлса)
- Метоклопрамид
- Ондансетрон
- Метилпреднизолон, гидрокортизон, преднизолон (бошқа воситалар самара бермаса)

**Бошқа воситаларни қўллаш\***

**\*Бошқа воситаларни қўллаш**

- Инфузион терапия 1,0-3,0 л (сувсизланишда)
- Тиамин (узоқ қушишда)
- Протон помпа блокаторлари (эзофагит, гастрит ва рефлюкс)
- ВТЭА профилактикаси (кўрсатма бўлса)
- Энтерал ва парентерал озиқланиш (кўрсатма бўлса)

### ХКАҚ ни терапевтик даволаш алгоритми

#### Биринчи даражали терапия: нофармакологик вариантлар

Витамин истеъмолини ўзгартиринг  
Занжабил капсулалари кунига 4 марта 250 мг  
Билакузуклар билан Р6 акупрессурасини кўриб чиқинг

#### Қатъий аломатлар

#### Фармакологик вариантлар:

**Витамин В6 (пиридоксин) 10-25 мг** оғиз орқали (ўзи алоҳида ёки доксиламин 12,5 мг билан биргаликда) кунига 4 марта қабул қилинади. График ва миқдорни беморнинг ҳолати оғирлигидан келиб чиққан ҳолда коррекция қилинг.

ЁКИ

**Витамин В6 (пиридоксин) 10 мг/доксиламин 10 мг** биринчи қабулда 2 таблеткадан оғиз орқали уйқудан олдин, кунига 4та таблеткагача (битта таблетка эрталаб, битта таблетка куннинг иккинчи ярмида ва 2та таблетка уйқудан олдин)

ЁКИ

**Витамин В6 (пиридоксин) 20 мг /доксиламин 20 мг** комбинирланган дори воситаси бир таблеткадан ичишга уйқудан олдин, кунига иккита талбеткагача (1 та таблетка эрталаб ва 1 та таблетка уйқудан олдин)

#### Қатъий аломатлар

#### Қуйдагиларни кўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

**Дифенгидрамин 25-50 мг** оғиз орқали ичишга ҳар 4-6 соатда

ЁКИ

**Прохлорперазин 25 мг** ҳар 12 соатда тўғри ичакга

ЁКИ

**Прометазин 12,5-25 мг** ҳар 4-6 соат оғиз орқали ёки тўғри ичакка

Сувсизланишсиз

#### Қатъий аломатлар

#### Қуйдагилардан бирини кўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

**Метоклопрамид 5-10 мг** ҳар 6-8 соатда оғиз орқали ёки мушак орасига

Ёки

**Ондансетрон 4 мг** оғиз орқали ҳар 8 соатда

Ёки

**Прометазин 12,5 -25 мг** ҳар 4-6 соатда оғиз орқали, тўғри ичакга ёки мушак орасига

Сувсизланиш билан

Инфузион терапия.

#### Қуйдагилардан бирини кўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

**Метоклопрамид 5-10 мг** ҳар 6-8 соатда вена ичига

Ёки

**Ондансетрон 8 мг** ҳар 12 соатда вена ичига

Ёки

**Прометазин 12,5 -25 мг** ҳар 4-6 соатда вена ичига

#### Қуйдагилардан бирини кўшинг :

**Хлорпромазин 25-50 мг** вена ичига ёки мушак орасига ҳар 4-6 соатда ёки 10-25 мг оғиз орқали ҳар 4-6 соатда

Ёки

**Метилпреднизолон 16 мг** ҳар 8 соатда оғиз орқали ёки вена ичига 3 кун мобайнида. Икки хафта ичида секинлик билан минимал самарали миқдорга ўтиб боринг. Агар бу фойдали бўлса, умумий ишлатиш даврини 6 хафтагача қисқартиринг.

**Алгоритм бўйича тушунчалар:**

Бу алгоритм кўнгил айланиш ва қусишнинг бошқа сабабларини инкор этилишини тахмин қилади. Агар сувсизланиш ёки доимий вазн йўқотиш кузатилса, энтерал озиқланишни ҳар қандай босқичда ҳам кўриб чиқинг. Бир вақтнинг ўзида бир нечта қусишга қарши дори воситаларини истеъмол қилишда эҳтиёткор бўлиш лозим. Бир нечта дори воситаларини параллел равишда қабул қилинса, ножўя таъсирларининг хавфи юқори бўлади (Levichek Z, Atanackovic G, Oepkes D, Maltepe C, Einarson A, Magee L ва бошқалар материаллари бўйича. Ҳомиладорликда қусиш ва кўнгил айланиши. Исботланган даволаш алгоритми).

## Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.) «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ йили  
туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

\_\_\_\_\_ (бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шун  
и маълум қиламанки,

\_\_\_\_\_ (тиббиёт муассасасининг номи)

\_\_\_\_\_ муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда доривоситалар ва озик-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари

хақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу хужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.

# Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларининг инфекцияларини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Сийдик чиқариш йўлларининг инфекциялари
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларининг инфекциялари» миллий клиник баённомаси
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқиш санаси</b>	1.03.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган. Тавсияларга киритилган барча ўзгаришлар тегишли ҳужжатларда тақдим этилади.
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любич А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Назаров Д.А., Европа Урология Ассотсиатсиясининг аъзоси	РИУИАТМ, урология, эндовизуал урология бўлимининг илмий ходими
Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртчиев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Расулов О.А.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Жумаев Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор



## Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Усманов С.К., етакчи мутахассис

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

## Техник ёрдам

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Ўзбекистондаги аҳолишунослик жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA)

## Такризчилар

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

Мухтаров Ш.Т.

РИУИАТМ, директор, т.ф.д.

- РИАГИАТМ* – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази
- РПМ* – Республика перинатал маркази
- ҚР* – Қорақалпоғистон Республикаси
- ШПМ* – Шаҳар перинатал маркази
- ТХКМРМ* – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази
- РИУИАТМ* – Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник баённома 2021 йил «25» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, баённома №2.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## КИРИШ

### Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида куйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, демак, шифокорлар ҳурмат билан махфий мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, беморнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, беморлар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга куйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал хулқ-атвор стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай олиб бориш ва ёрдам кўрсатиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник қўлланманинг мақсади:** ҳомиладорлик даврида урологик инфекцияларни олдини олиш ва даволаш бўйича далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, инфекцияни назорат қилиш ва антибактериал дори-воситаларни оқилона қўллаш бўйича клиник амалиётни яхшилаш.

*Изоҳ:* беморлар учун антибиотикларнинг фойдаси инкор этилмасда, уларни ҳаддан ташқари қўллаш ва ноўрин тарзда тайинлаш уропатоген резистентлик муаммоси ортишига ёрдам беради, бу эса жамоат саломатлиги учун жиддий хавф туғдиради. Шошилиш ёрдам бўлимларида 20-50% антибиотиклар ноўрин тарзда қўлланилади ёки нотўғри тайинланади. Шу сабабли бутун дунёда антибактериал дори-воситаларни оқилона қўллаш бўйича дастурлар ишлаб чиқилмоқда.

**Беморлар тоифаси:** СЧЙИ билан касалланган ҳомиладор, туғувчи ва тукқан аёллар.

### Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:

8. акушер-гинекологлар;
9. урологлар;
10. нефрологлар;
11. умумий амалиёт шифокорлари;
12. терапевтлар;
13. акушеркалар (доялар);
14. ОТМ талабалари, ординаторлари, магистрантлари, ўқитувчилари.

**Қисқартмалар рўйхати:**

<b>АД</b>	антибактериал даво
<b>ЕУА</b>	Европа Урологлар Ассоциацияси
<b>ЖАЙБЮИ</b>	жинсий алоқа йўли билан юқадиган инфекциялар
<b>ИД</b>	ишончлилик даражаси
<b>ИФТ</b>	иммунофермент таҳлили
<b>КТ</b>	компьютер томографияси
<b>КЎБ СЧЙИ</b>	катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЧЙИ
<b>ҚБТ</b>	қоннинг биокимёвий таҳлили
<b>ҚУТ</b>	қоннинг умумий таҳлили
<b>МРТ</b>	магнит-резонанс томографияси
<b>ПЗР</b>	полимераз занжирли реакция
<b>СБЕ</b>	сурункали буйрак етишмовчилиги
<b>СУТ</b>	сийдикнинг умумий таҳлили
<b>СЧЙ</b>	сийдик чиқариш йўллари
<b>СЧЙИ</b>	сийдик чиқариш йўлларида инфекциялари
<b>ТК</b>	тавсиялар кучи
<b>ТЯЖС</b>	тизимли яллиғланиш жавоби синдроми
<b>ЎБЕ</b>	ўткир буйрак етишмовчилиги
<b>УТТ</b>	ультратовуш текшируви

## УМУМИЙ МАЪЛУМОТ

- СЧЙ инфекциялари кўп учрайди ва учта асосий клиник кўринишга эга:
  1. Симптомсиз бактериурия
  2. Цистит
  3. Пиелонефрит
- СЧЙ инфекцияларининг аксарияти симптомсиз кечади. Одатда, нормал кечаётган ҳомиладорликда кузатиладиган белгилардан (масалан, тез-тез сийиш) клиник симптомларни ажратишда қийинчиликлар туғдиради.
- *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumonia*, коагулаза-манфий стафилококклар, энтерококклар (*Enterococcus species*), В гуруҳи стрептококклари ва гарднереллалар СЧЙИ энг кўп келтириб чиқарадиган қўзғатувчилари ҳисобланади.
- СЧЙ катетеризацияси СЧЙИ ривожланиш хавф омилларидан бири ҳисобланади:
  - амбулатор беморларда сийдик қопини бир мартаба катетеризация қилиш 1-2% ҳолатларда СЧЙИ ривожланишига олиб келади;
  - очиқ дренаж тизимига узоқ муддатга ўрнатилган катетер деярли 100% ҳолатларда дастлабки 3-4 кунлар ичида бактериурия ривожланишига олиб келади;
  - ёпик, шу жумладан сийдикнинг орқага қайтишини олдини оладиган клапанли дренаж тизимини қўллаш, инфекция ривожланишини биров секинлаштиради, аммо натижада инфекция ривожланишини олдини олмайди.
- СЧЙИ кейидаги асоратларнинг сабаби бўлиши мумкин:
  1. уросепсис;
  2. хориоамнионит;
  3. буйрак етишмовчилиги;
  4. оналар ўлими;
  5. муддатидан олдинги туғруқ;
  6. ҳомила кечикиб ривожланиши;
  7. неонатал касалланиш.

## КХТ-10 бўйича кодланиши

<b>O23</b>	<b>Ҳомиладорлик даврида жинсий ва сийдик чиқариш йўллари инфекциялари</b>
• O23.0	Ҳомиладорлик даврида буйрак инфекцияси
• O23.1	Ҳомиладорлик даврида сийдик қопи инфекцияси
• O23.2	Ҳомиладорлик даврида уретра инфекцияси
• O23.3	Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўллари бошқа қисмларининг инфекцияси
• O23.4	Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларининг аниқланмаган инфекцияси
• O23.5	Ҳомиладорлик даврида жинсий йўллари инфекцияси

## СЧЙИ классификацияси (ЕУА, 2020 й.)

СЧЙИ турли хил таснифлаш тизимлари мавжуд. Кўпинча АҚШ Касалликларни назорат қилиш ва олдини олиш маркази (CDC), Америка юқумли касалликлар жамияти (IDSA), Европа клиник микробиология ва юқумли касалликлар жамияти (ESCMID) ва озиқ-овқат

маҳсулотлари ва дориларнинг сифатини назорат қилиш АҚШ федерал хизмати (FDA) каби жамиятларнинг таснифлари қўлланилади. Айтиб ўтилган таснифларда турли модификациялари бўлган асоратланмаган ва асоратланган СЧЙИ концепцияси кенг қўлланилади.

1-жадвал

### СЧЙИ классификацияси

<b>1</b>	<b>Симптомсиз бактериурия</b>	
<b>2</b>	<b>Цистит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ўткир (асоратланмаган/асоратланган)</li> <li>• қайталанувчи (асоратланмаган/асоратланган)</li> <li>• катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган (асоратланган)</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Пиелонефрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ўткир* (асоратланмаган/асоратланган)</li> <li>• қайталанувчи (асоратланмаган/асоратланган)</li> <li>• катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган (асоратланган)</li> </ul>

\* Сурункали пиелонефрит мустақил касаллик сифатида – ўткир яллиғланиш натижаси ҳисобланмайди. Сурункали пиелонефрит – бу ҳар қандай доимий сабаб тўғрисида келиб чиққан яллиғланиш жараёнидир: тошлар, ўсмалар, узоқ муддат сийдик ҳопидан буйракка сийдикнинг орқага қайтиши, улар актив сурункали жараён ривожланишига ёки тез-тез қайталанишига ёрдам беради.

2-жадвал

### Асоратланган ва асоратланмаган СЧЙИ концепцияси

<b>Асоратланмаган СЧЙИ</b>	Ҳомиладор бўлмаган аёлларда сийдик чиқариш йўллари анатомик ва функционал бузилишлари ёки ёндош касалликлар аниқланмаган ҳолатларида пастки (асоратланмаган цистит) ва/ёки юқори (асоратланмаган пиелонефрит) сийдик йўллари ўткир, спорадик ёки қайталанувчи инфекциялари
<b>Асоратланган СЧЙИ</b>	Асоратланмаган СЧЙИ мезонларига тўғри келмайдиган барча СЧЙИ инфекциялари. Тор маънода, қуйидаги беморларда учрайди: <ul style="list-style-type: none"> <li>• СЧЙ анатомик ёки функционал бузилишлари мавжуд бўлган*</li> <li>• узоқ муддатга ўрнатилган катетер (уретрал, сийдик йўли, буйрак)</li> <li>• буйрак касалликлари мавжуд бўлган</li> <li>• ёндош иммунодефицит касалликлари мавжуд бўлган</li> <li>• қандли диабет касаллиги мавжуд бўлган</li> <li>• ҳомиладорлик даврида**</li> </ul>
<b>Қайталанувчи СЧЙИ</b>	Эпизодлар частотаси йилига камида уч мартаба ёки 6 ой мобайнида икки мартаба бўлган асоратланмаган ва/ёки асоратланган СЧЙИ қайталаниши
<b>Катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЧЙИ</b>	Катетер ўрнатилган ёки сўнгги 48 соат ичида катетеризация муолажаси ўтказилган беморларда ривожланади

<b>Уросепсис</b>	Сийдик чиқариш йўллари инфекциясига жавобининг регуляцияси бузилиши туфайли келиб чиққан ҳаёт учун хавфли аъзолар дисфункцияси
------------------	--

\* СЧЙ анатомик бузилишлари – пиелоктазия, гидронефроз, апостематоз, карбункул, абсцесс, қовжираган буйрак; СЧЙ функционал бузилишлари – ЎБЕ, СБЕ, СЧЙ рефлюкслари.

\*\* Ҳомиладорлик давридаги барча СЧЙИ асоратланган ҳисобланади.

1-расм

Асоратланган ва асоратланмаган СЧЙИ концепцияси (ЕУА, 2020 й.)



## СЧЙИ ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник амалиётда СЧЙИ ташхисини қўйишда қуйидаги асосий мезонларни ҳисобга олиш керак:

### 1. Клиник кўринишлари ва симптомлари:

- Маҳаллий симптомлар: дизурия, оғриқ, қов усти соҳасида оғриқ;
- Умумий симптомлар: юқори иситма, тананинг бел-ён томонларда оғриқ, кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- Тизимли жавоб (ТЯЖС): юқори иситма, қалтираш, гемодинамик бузилишлар;
- Аъзолар дисфункцияси/етишмовчилиги белгилари.

### 2. Лаборатор текширувлар:

- тўлиқ лейкоцитар формулани қоннинг умумий таҳлили;
- сийдикнинг умумий таҳлили (кўриш майдонида 4 дан кўп лейкоцитлар);
- Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили (сийдик ўрта қисмининг 1 мл да лейкоцитлар сони 2000 ва ундан кўп);
- Зимницкий бўйича сийдик таҳлили ва Реберг синамаси – буйрак етишмовчилигига шубҳа қилинганда;
- қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, зардоб креатинини) – қайталанувчи ва/ёки асоратланган СЧЙИ, нозокомиал СЧЙИ ва сийдик чиқариш йўллари обструкцияси ҳолатларида.

### 3. Бактериологик экманинг натижаси бўйича микроорганизмлар мавжудлиги.

### 4. Инструментал диагностика:

- буйрак УТТ;

- буйрак/қорин бўшлиғи МРТ.

**Симптомлари кузатилмаган беморларда мунтазам равишда сийдикнинг умумий таҳлили ёки бактериологик экмасини ўтказиш кўрсатилмаган!**

**Клиник симптомларсиз кузатиладиган лейкоцитурия ва бактериологик экманинг мусбат натижаси СЧЙИ тасдиқламайди ва антибактериал давони бошлаш учун кўрсатма ҳисобланмайди.**  
 Лейкоцитурия сабаблари:  
 1. Чин лейкоцитурия:  
 • Бактериал (нейтрофилурия, лимфоцитурия) – пиелонефрит, цистит;  
 • Абактериал (лимфоцитурия, эозинофилурия) – вирусли нефритлар, люпус-нефрит, ревматоид артрит, интерстициал нефрит, гломерулонефрит, гельминтозлар.  
 2. Ёлғон лейкоцитурия: (нейтрофилурия) – симуляцион, жинсий аъзоларидан келиб чиққан, нотўғри сийдик йиғишнинг натижаси.

**Бактериологик экма**

- СЧЙИ ташхисини қўйишда СЧЙда аниқланган бактериялар сонини билиш муҳим аҳамиятга эга.
- СЧЙИ ташхисини қўйиш ва даволаш ёндашувларини бирлаштириш учун ҳомиладор аёлларда бактериуриянинг қуйидаги клиник жиҳатдан муҳим кўрсаткичлари ажратилади:
  1. СЧЙИ симптомлари кузатилмаган ҳомиладор аёлларда аёлнинг ўзи (мустақил) йиғган 2 та кетма-кет сийдик намунасида (24 соат оралиғида) кўзғатувчининг бир тури  $\geq 10^5$  КОЕ/мл ёки катетерда олинган битта сийдик намунасида  $\geq 10^2$  КОЕ/мл концентрацияда уропатоген аниқланса, бактериурия клиник аҳамиятга эга деб ҳисобланади.
  2. СЧЙИ симптомлари кузатилган ҳомиладор аёлларда аёлнинг ўзи йиғган ёки катетерда олинган сийдик намунасида  $\geq 10^3$  КОЕ/мл концентрацияда уропатоген аниқланса, бактериурия клиник аҳамиятга эга деб ҳисобланади.

**3-жадвал**

**ЕУА тавсияларига мувофиқ СЧЙИ ташхисини қўйиш мезонлари (2020 й.)**

Нозология	Клиник симптомлар	Бактериологик экмада
Ўткир цистит	Дизурия, тез-тез оғриқли сийиш, қов усти соҳасида оғриқ, сўнгги 4 ҳафта мобайнида бундай симптомлар кузатилмаганда	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Ўткир асоратланмаган пиелонефрит	Бошқа касалликлар ёки урологик ривожланиш нуқсонлари бўлмаганда, юқори иситма, қорин ёки бел соҳасида оғриқ	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Асоратланган СЧЙИ	Хавф омиллари билан биргаликда юқорида кўрсатилган симптомларнинг ҳар қандай келиши (СЧЙ анатомик ёки функционал бузилишлари, узоқ муддатга ўрнатилган катетер, буйрак касалликлари, ёндош иммунодефицит касалликлари, қандли диабет касаллиги, ҳомиладорлик)	КОЕ $\geq 10^3$ /мл

<b>Симптомсиз бактериурия</b>	Клиник симптомлар кузатилмайди	КОЕ $\geq 10^5$ /мл в двух образцах с интервалом 24 часа
<b>Қайталанувчи СЧЙИ</b>	Эпизодлар частотаси йилига камида уч маротаба ёки 6 ой мобайнида икки маротаба бўлган асоратланмаган ва/ёки асоратланган СЧЙИ қайталаниши	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
<b>Катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЧЙИ</b>	Катетер ўрнатилган ёки сўнгги 48 соат ичида катетеризация муолажаси ўтказилган беморларда ривожланади	КОЕ $\geq 10^3$ /мл

## СИМПТОМСИЗ БАКТЕРИУРИЯ

### Эпидемиологияси, этиологияси

- Симптомларсиз (яширин) кечадиган сийдик таркибида бактериялар ўсиши, ёки симптомсиз бактериурия тез-тез учрайди ва комменсаллар колонизацияси билан боғлиқ бўлади. Симптомсиз бактериурия симптоматик СЧЙИ ривожланиши билан суперинфекциядан ҳимоя қилиши мумкин, шунинг учун антибиотикларга резистентликнинг ортиш хавфини олдини олиш ва потенциал «ҳимоя» штамmlарини эрадикациялаш (йўқ қилиш) мақсадида фақат бемор учун даво самарадорлиги тасдиқлаган ҳолда, симптомсиз бактериурияни даволаш тавсия этилади.
- Пременопаузал ёшдаги соғлом аёлларда симптомсиз бактериурия билан касалланиш частотаси 1-5%, деярли соғлом аёллар ва кекса ёшдаги эркакларда бу кўрсаткич 4-19% гача, қандли диабет билан касалланган беморларда 0,7-27%, ҳомиладор аёлларда 2-10%, қариялар уйида яшовчи кекса ёшдаги одамларда 15-50% ва орқа мияси шикастланган беморларда 23-89% ташкил қилади.

### Диагностикаси

- Бактериологик текширувнинг натижасида аёлнинг ўзи йиғган 2 та кетма-кет сийдик намунасида (24 соат оралиғида) бир қўзғатувчи  $\geq 10^5$  КОЕ/мл ёки катетерда олинган битта сийдик намунасида  $\geq 10^2$  КОЕ/мл концентрацияда уропатоген аниқланса, симптомсиз бактериурия ташхиси қўйилади.
- Уреазани ишлаб чиқарувчи микроорганизмлар, шу жумладан *Proteus mirabilis* аниқланганда, сийдик чиқариш йўлларида тошлар мавжудлигини истисно қилиш тавсия этилади.
- I триместрда ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурияга скрининг текширувини ўтказиш тавсия этилади.

### Даволаш

- Симптомсиз бактериурия билан касалланган барча ҳомиладор, туғувчи, тукқан аёлларга антибактериал даво қўлланилади. Антибактериал даво плацебо ёки кузатув билан таққослаганда симптоматик СЧЙИ билан касалланиш сонларини статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайтирди.
- Ҳомиладорлик даврида симптомсиз бактериурияни даволаш учун қисқа курсли антибактериал даво тавсия этилади.
- Даволаниш тугагандан сўнг бактериологик экмани ўтказиш мажбурий ҳисобланмайди.



**Ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериуриянинг антибактериал давоси  
(дори-воситалар оғиз орқали қабул қилинади)**

Дори-восита номи	Кунлик дозаси	Даволаниш давомийлиги	Изоҳ
Фосфомицин триметамол	бир мартаба 3 г дан	1 кун	
Нитрофурантоин	ҳар 6 соатда 50 мг дан ёки ҳар 12 соатда 100 мг дан	3-5 кун	III триместрда қўллаш тақиқланган
Ко-амоксиклав	ҳар 12 соатда 500/125 мг дан	3-5 кун	Туғруқ муқаррар содир бўлиши бундан мустасно
Амоксициллин	ҳар 8 соатда 500 мг дан	3-5 кун	Резистент штаммларнинг қўпайиш даражаси ортади
Цефалексин	ҳар 12 соатда 500 мг дан	3-5 кун	
Цефуроксим	ҳар 12 соатда 500 мг дан	3-5 кун	
Пивмециллинам (мавжуд бўлганда)	200 мг дан кунига 3 маҳал	3-5 кун	
Ко-тримоксазол	ҳар 12 соатда 160/800 мг дан (триметоприм/ сульфаметоксазол)	3-5 кун	I ва III триместрларда қўллаш тақиқланган

**Симптомсиз бактериурия бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:**

<b>1А</b>	Адабиёт маълумотларининг мета-таҳлилида ҳомиладор аёлларда симптомсиз бактериурияни даволаш самарадорлиги кўрсатилган. Бироқ, далиллар паст асослилик даражасига эга ва яқинда ўтказилган бир тадқиқотда қарама-қарши натижалар аниқланган.
-----------	---

<b>С</b>	I триместрда ҳомиладор аёлларда қисқа курсли антибактериал даво билан биргаликда симптомсиз бактериурияга скрининг текширувини ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

### ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ЦИСТИТ

**Эпидемиологияси, этиологияси**

- Аёлларнинг деярли ярми ҳаёт давомида камида бир мартаба цистит билан касалланади. 24 ёшга кириб, аёлларнинг 1/3 камида бир мартаба ўткир цистит билан касалланган бўлади. Хавф омиллари орасида жинсий алоқа, спермицидлардан фойдаланиш, жинсий шерик ўзгариши, онасининг анамнезида СЧЙИ билан касалланиш мавжудлиги ва болалик ёшида СЧЙИ билан касалланиш.
- E. coli асоратланмаган СЧЙИ энг кенг тарқалган қўзғатувчиси ҳисобланади, сўнгра Staphylococcus saprophyticus туради.

## Диагностика ва даволаш

- Ўткир асоратланмаган цистит ташхиси сийдик чиқаришда ирритатив (таъсирланиш) симптомлари кузатилганда (дизурия, императив (тез-тез) чақириқлар) ва қиндан ажралмалар ёки таъсирланиш белгилари кузатилмаганда қўйилади.
- Ўткир цистит билан касалланган барча ҳомиладор аёлларга сийдикнинг стериллигини текшириш тавсия этилади.
- Аёлнинг ўзи йиғган сийдикда  $\geq 10^3$  КОЕ/мл ва ундан юқори бўлган бактериурияга асосланиб, аёлларда асоратланмаган циститнинг клиник кўриниши намоён бўлганда микробиологик ташхис қўйилиши мумкин.
- Атипик симптомлар билан кечаётган ўткир асоратланмаган цистит ва қайталанувчи ўткир асоратланмаган цистит билан касалланган аёлларга, шунингдек даволаш усуллари етарли самара бермаганда, қўшимча текширув усуллари қўллаш (ПЗР, ИФТ усуллари ёрдамида ЖАЙБЮИ уретрадан суртма олиш, зарурат бўлганда, серологик диагностик усуллари қўллаш) тавсия этилади.
- Ҳомиладорлик даврида циститни даволаш учун қисқа курсли перорал антибактериал даво тавсия этилади (симптомсиз бактериурия ҳолатида қўлланилган тартибидегидек), чунки антибактериал давонинг клиник самарадорлиги плацебо билан таққослаганда анча юқорида туради.
- Даволаниш тугагандан сўнг бактериологик экмани ўтказиш мажбурий ҳисобланмайди.
- Қайталанувчи цистит ҳолатида уропатогенда қўлланилган антибиотикга сезувчанлик даражаси паст эканлигини тахмин қилиш керак. Ажратиб олинган патогенларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун бактериологик экмани ўтказиш ва 7 кун мобайнида бошқа антибактериал дори-восита билан қайта даволаш керак бўлади.

### Ўткир асоратланмаган цистит бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:

2В	Асоратланмаган циститнинг аниқ ташхиси анамнезда сийдик чиқиши бузилиши ва қиндан ажралмалар ёки бошқа вагинит белгилари мавжуд бўлмаслигига асосланган.
----	--

А	Ҳомиладор аёлларга бактериологик экмани ўтказиш тавсия этилади.
---	---

## ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ

### Клиникаси, диагностикаси

- Урологик бузилишлар ёки ёндош касалликлар аниқланмаган, ҳомиладор бўлмаган пременопаузал ёшдаги аёлларда учрайдиган пиелонефрит асоратланмаган пиелонефрит деб аталади.
- *E. coli* асоратланмаган СЧЙИ энг кенг тарқалган кўзғатувчиси ҳисобланади, сўнгра *Staphylococcus saprophyticus* туради.
- Ўткир пиелонефритни ифодалайдиган симптомлар орасида қалтираш, бел соҳасида оғриқ, кўнгил айниши ва қайт қилиш, юқори иситма (тана ҳарорати  $> 38^\circ\text{C}$ ) ёки қовурға-умуртқа бурчаги соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилиши кузатилади. Пиелонефрит цистит белгиларисиз кечиши мумкин.
- Лейкоцитлар ва эритроцитлар сонини аниқлаш билан сийдикнинг умумий таҳлилини ўтказиш тавсия этилади. Пиурия кузатилиши мумкин: сийдикни

центрифугадан ўтказганда чўкма микроскопиянинг кўриш майдонида ёки центрифугадан ўтказилмаган 1 мл сийдикнинг микдориди 200 лейкоцитларни аниқланиши.

- Сийдикни бактериологик эмага жўнатиш мажбурий ҳисобланади:  $\geq 10^3$  КОЕ/мл концентрацияда уропатоген микроорганизмни аниқлаш, клиник кўринишдаги ўткир пиелонефритда клиник жиҳатдан аҳамиятли бактериурия ҳисобланади.
- Сийдик чиқариш йўллариининг обструкциясини ёки сийдик тош касаллигини истисно қилиш учун УТТ ўтказиш керак.
- Беморда даволаш бошланганидан 72 соат ўтгач, иситма кўтарилиши давом этаверса ёки ҳомиладор аёлнинг клиник ҳолати ёмонлашса, ҳомилани нурлаш хавфидан сақланиш учун магнит-резонанс томографиясини ўтказиш керак.

### *Даволаш*

- Ўткир пиелонефрит билан касалланган ҳомиладор аёллар алоҳида эътибор талаб қилади, чунки СЧЙИ нафақат анемия, буйрак ва нафас етишмовчилиги билан касалланган аёлларга, балки ҳомилага ҳам салбий таъсир кўрсатиши мумкин, бу муддатидан олдин туғруқлар частотасини оширади.
- Ўткир асоратланмаган пиелонефрит ҳолати касалхонага ётқизиш ва антибактериал давони ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади.
- Оғир бўлмаган ўткир асоратланмаган пиелонефритда (ТЯЖС белгилари кузатилмаганда) ҳимояланган аминопенициллинлар ёки цефалоспоринлар билан перорал антибактериал давони ўтказиш мумкин.
- Оғир асоратланмаган пиелонефрит билан касалланган беморларга (ТЯЖС ва/ёки аъзолар дисфункциясининг белгилари кузатилганда):
  - дастлаб вена ичига юбориладиган (парентерал) антибиотиклар тайинланади;
  - ҳомиладор аёллар учун тавсия этилган дори-воситалар: 2-3 авлод цефалоспоринлари, монотерапия тартибда ёки комбинацияланган аминогликозидлар ва ҳимояланган аминопенициллинлар (цефалоспоринлар/ҳимояланган аминопенициллинлар + аминогликозид) (4-жадвал);
  - фақатгина сийдикнинг бактериологик эмасида полирезистент штаммлар аниқланганда, карбапенемларни қўллаш тавсия этилган;
  - дори-воситаларни танлаш маҳаллий резистентлик маълумотлар ва сезувчанлик таҳлилининг натижаларига боғлиқ бўлади;
  - бутун дунё бўйлаб *E. coli* аминопенициллинларга резистентлигини инобатга олиб, пиелонефритнинг эмпирик давосида аминопенициллинларни мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди. Бироқ, айрим ҳолатларда уларни қўллаш мумкин;
  - уросепсис симптомларида кенг спектрли бета-лактамазалар ишлаб чиқарувчи бактерияларга қарши актив дори-воситаларни эмпирик равишда тайинлаш тавсия этилади;
  - беморнинг ҳолати яхшиланганидан сўнг, бемор суюқлик ича олганда, перорал антибактериал дори-воситаларга ўтказиш мумкин бўлади;
  - асоратланмаган пиелонефритни даволашда нитрофурантоин, фосфомицин ва пивмециллинам қўлланилмайди;
  - антибактериал терапиянинг умумий давомийлиги 7-10 кунни ташкил қилади.
- Даволаниш тугагандан сўнг бактериологик экмани ўтказиш мажбурий ҳисобланмайди.
- 3 кун давомида иситма кўтарилиши давом этаверса ва юқори СЧЙ кенгайишининг белгилари кузатилса, перкутан (териорқали) нефростомия ёки сийдик йўли катетери ўрнатилиши кўрсатилган.

- Қайталанувчи асоратланмаган пиелонефрит кузатилганда, сийдикнинг такрорий бактериологик экмасини ўтказиш, антибиотик дори-воситаларнинг сезувчанлигига мувофиқ антибактериал терапиянинг такрорий курси тайинланади. Қайталаниш ҳолати айнан шу уропатоген туфайли келиб чиққан бўлса, ўткир пиелонефрит ташхисини қайта кўриб чиқиш керак бўлади.

#### Ўткир асоратланмаган пиелонефрит бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:

4	Ўткир пиелонефрит билан касалланган барча беморлар, умумий сийдик таҳлилидан ташқари, антибиотикларга сезувчанликни текшириш билан сийдикни бактериологик экмага топширишлари керак.
2В	СЧЙИ белгилари ёки симптомлари кузатилмаган бактериурия билан касалланган беморларда пиурия симптоматик бактериурия сифатида баҳолаб бўлмайди ва антибактериал терапияни бошлаш учун кўрсатма ҳисобланмайди.
4	Беморда даволаш бошланганидан 72 соат ўтгач ёки асоратларга шубҳа қилинганда (масалан, сепсис), фебрил ҳарорат кузатилиши давом этаверса, кўшимча текширув усулларини ўтказиш тавсия этилади, шу жумладан контраст кучайтиришсиз МРТ.
А	Мунтазам ташхис кўйишда сийдикнинг умумий таҳлили, шу жумладан эритроцитлар, лейкоцитлар ва нитритларни баҳолаш билан ўтказиш керак.
А	Пиелонефрит билан касалланган беморларга антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан бактериологик экмани ўтказиш тавсия этилади.
А	Обструктив пиелонефрит касаллигини истисно қилиш учун юқори СЧЙ УТТ ўтказиш керак.

#### 5-жадвал

#### Ҳомиладор аёлларда оғир даражали ўткир асоратланмаган пиелонефритнинг парентерал антибактериал давоси

Дори-восита номи	Кунлик дозаси
Цефтриаксон	кунига 1 маҳал 1-2 г дан
Цефотаксим	кунига 3-4 маҳал 2 г дан
Цефобактам	кунига 3 маҳал 1,5 г дан
Цефтазидим	кунига 3-4 маҳал 1-2 г дан
Цефепим	кунига 2 маҳал 1-2 г дан
Ампициллин	ҳар 6 соатда 2 г дан
Пиперациллин/тазобактам	кунига 4 маҳал 2,5-4,5 г дан
Гентамицин	кунига 1 маҳал 5 мг/кг дан
Амикацин	кунига 1 маҳал 15 мг/кг дан
Импипенем/циластатин	кунига 3 маҳал 0,5 + 0,5 г дан
Меропенем	кунига 3 маҳал 1 г дан
Эртапенем	кунига 1 маҳал 1 г дан

## АСОРАТЛАНГАН СЧЙИ

### Асоратланган СЧЙИ мезонлари

Сийдик чиқариш йўлларида қандай қисмида обструкция бўлиши	Ҳомиладорлик
Ёт жисмлар	Қандли диабет
Қовуқнинг охиригача бўшамаслиги	Қовуқ-сийдик найи рефлюкси
Иммуносупрессив ҳолатлар	Яқинда ўтказилган инструментал аралашувлар
Нозокомиал инфекциялар	

- Турли хил микроорганизмлар асоратланган СЧЙИ келтириб чиқариши мумкин. Ушбу спектр асоратланмаган СЧЙИ қараганда анча кенгроқ ва қўзғатувчилар антибиотикларга резистент бўлиш эҳтимоли юқорида туради (айниқса даволаш билан боғлиқ бўлган асоратланган СЧЙИ). *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Serratia spp.* ва *Enterococcus spp.* бактериялари асоратланган СЧЙИ билан касалланган беморларда энг кўп учрайдиган қўзғатувчилар ҳисобланади.
- Асоратланган СЧЙИ ҳар доим ҳам клиник симптомлар билан кечмайди (дизурия, императив чақириқлар, тез-тез сийиш, бел соҳасида оғриқлар, қовурға-умуртқа бурчаги соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилиши, қов усти соҳасида оғриқ ва иситма), аммо баъзи клиник ҳолатларда атипик симптомлар кузатилиши мумкин, масалан сийдик қопи дисфункцияси ёки катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЧЙИ.
- Асоратланган СЧЙИ клиник кўриниши уросепсис ривожланиш хавфи бўлган оғир ўткир пиелонефритдан тортиб, катетер олиб ташланганидан сўнг ўз-ўзидан энгиллашиши мумкин бўлган операциядан кейинги КЎБ СЧЙИ гача намоён бўлиши мумкин.
- Симptomлар, айнқса сийишнинг бузилиши симптомлари нафақат СЧЙИ, балки бошқа урологик касалликларда ҳам кузатилиши мумкин эканлигини ёдда тутиш керак, масалан, орқа мияси шикастланган беморларда вегетатив дисфункция ҳолатлари ва сийдик қопининг нейроген дисфункцияси.
- Урологик касалликлардан ташқари, асоратланган СЧЙИ билан касалланган беморларда кўпинча урологик бузилишлар билан боғлиқ қандли диабет, буйрак етишмовчилиги каби ёндош касалликлар бўлиши мумкин.

### Диагностикаси

- Асоратланган СЧЙИ инфекцияларига гумон қилинганда, клиник жиҳатдан аҳамиятли бактериурияни аниқлаш ёки истисно қилиш учун антибиотикларга сезувчанликни текшириш билан сийдикни бактериологик экмага топшириш керак.
- Мустақил йиғилган сийдикда  $\geq 10^3$  КОЕ/мл ва ундан юқори бўлган бактериурияга асосланиб, асоратланган СЧЙИ микробиологик ташхиси қўйилиши мумкин.

### Даволаш

- Асоратланган СЧЙИ билан касалланган барча беморлар касалхонада даволанадилар.
- Ёндош урологик касалликлар ёки оғирлаштирувчи омиллар етарли даражада даволанади (урологик бузилишларни бартараф этиш).

- Асоратланган СЧЙИ антибактериал давоси доимо сийдик бактериологик экмасининг натижаси бўйича ўтказилади (резистент штаммлар пайдо бўлишини олдини олиш учун).
- Эмпирик терапияни ўтказишда танланган антибиотикнинг спектри учрашиш эҳтимоли энг катта бўлган қўзғатувчиларни қамраб олиши керак.
- Ингибитор-ҳимояланган аминопенициллинлар, 2 ва 3 авлод цефалоспоринлар ва аминогликозидлар ҳомиладорлик даврида қўллаш учун тавсия этилган.
- ТЯЖС белгилари кузатилмаган асоратланган СЧЙИ перорал антибактериал терапия, ва тизимли аломатлари кузатилганда парентерал антибактериал терапия тавсия этилган.
- Асоратланган СЧЙИ антибактериал терапиясининг умумий давомийлиги 7-10 кунни ташкил қилади, аммо баъзида 21 кунгача узайтирилиши мумкин.
- Даволаниш тугагандан сўнг бактериологик экмани ўтказиш мажбурий ҳисобланмайди.
- Одатда мойил қилувчи омиллар бутунлай бартараф этилгунга қадар инфекция қайталанмасдан тўлиқ даволанишига эришиш мумкин эмас.

### Асоратланган СЧЙИ бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:

1В	Асоратланган СЧЙИ билан касалланган ва тизимли симптомлари кузатилган, касалхонада даволанадиган беморларда, маҳаллий резистентлик маълумотларига мувофиқ ва сийдик бактериологик экмасининг натижаси олингандан кейинги коррекциялаш билан парентерал антибактериал терапияни ўтказиш кўрсатилган.
2	Пенициллинларга аллергик ҳолатлари кузатилганда, учинчи авлод цефалоспоринларни қўллаш жоиз, анамнезда тизимли анафилактик реакциялар бундан мустасно.
2	Тизимли кечадиган асоратланган СЧЙИ эмпирик терапиясига кенг спектрли бета-лактамазалар қўшилиши керак.

А	Куйидаги комбинациялар тавсия этилган: <ul style="list-style-type: none"> <li>• амоксициллин ва аминогликозидлар;</li> <li>• иккинчи авлод цефалоспорини ва аминогликозид;</li> <li>• тизимли кечадиган асоратланган СЧЙИ эмпирик терапияси сифатида учинчи авлод парентерал цефалоспоринлари.</li> </ul>
А	Анатомик ўзгаришлар ва оғирлаштирувчи омилларининг коррекциясини ўтказиш зарур ҳисобланади.

### КАТЕТЕРНИ ЎРНАТИШ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН СЧЙИ

- КЎБ СЧЙИ катетер ўрнатилган ёки сўнгги 48 соат ичида катетеризация муолажаси ўтказилган беморларда ривожланади.
- КЎБ СЧЙИ иккиламчи нозокомиал бактериемиянинг асосий сабаби бўлиб, уларнинг тахминан 20% ҳолатлари сийдик чиқариш йўллари билан боғлиқ. Бундай беморларда ўлим даражаси тахминан 10% ташкил қилади.
- Узоқ муддатга ўрнатилган катетерлар билан боғлиқ бўлган бактериурия билан касалланиш частотаси кунига 3-8% етади.
- Катетеризациянинг давомийлиги, эҳтимол, КЎБ СЧЙИ ривожланиш учун энг муҳим хавф омилдир.

- КЎБ СЧЙИ кўпинча полимикроб этиологияга эга ва ушбу патологияни полирезистент уропатогенлар келтириб чиқаради.

### ***Клиник диагностикаси***

- КЎБ СЧЙИ белгилари ва симптомлари қуйидаги аломатларнинг пайдо бўлиши ёки кучайишини ўз ичига олади:
  - фебрил иситма;
  - қалтираш;
  - ментал ҳолати бузилиши;
  - аниқланмаган бошқа сабабларсиз сўлгинлик ва қувватсизлик;
  - ён томонларида оғриқ;
  - коворға-умуртқа бурчаги соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилиши;
  - оғриқли гематурия;
  - кичик тос соҳасида дискомфорт (ноқулайлик) сезилиши;
- катетер олиб ташланган беморларда эса:
  - дизурия;
  - ургент ёки тез-тез сийиш;
  - қов усти соҳасида оғриқ.
- Катетер ўрнатилган беморларда сийдикнинг ҳиди ёки лойқаланган сийдик бор ёки йўқлиги ўз-ўзидан катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган симптомсиз бактериурия ва КЎБ СЧЙИ ажратишда қийинчиликлар туғдиради.

### ***Лаборатор диагностикаси***

- Бир маротаба катетердан олинган сийдик намунасида ёки ўтган 48 соат давомида турган ва олиб ташланган катетердан сийдикнинг ўрта оқимидан олинган сийдик намунасида бир ва ундан ортиқ штаммларнинг  $\geq 10^3$  КОЕ/мл концентрацияси микробиологик жиҳатдан аниқланган ҳисобланади.
- Катетер ўрнатилган беморларда пиурия КЎБ СЧЙИ диагностик мезони ҳисобланмайди.
- Пиуриянинг бор ёки йўқлиги, унинг ифодаланганлиги катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган симптомсиз бактериурия ва КЎБ СЧЙИ ажратишда дифференциал белги ҳисобланмайди.
- Ҳомиладорлик даврида катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган симптомсиз бактериурия ривожланиши перорал антибактериал терапияни бошлаш учун кўрсатма ҳисобланади.
- Клиник симптомлари намоён бўлган беморларда пиурия кузатилмаслиги КЎБ СЧЙИ истисно қилади.

### ***Даволаш***

- КЎБ СЧЙИ шубҳа қилинганда, антибактериал терапияни бошлашдан аввал, эҳтимолий кўзғатувчиларнинг кенг спектри ва антибиотикларга юқори резистентлиги туфайли, янги катетер ўрнатилган сўнг сийдикни бактериологик экмага жўнатиш керак.
- Симптоматик инфекцияларни антибактериал терапияси асоратланган СЧЙИ берилган тавсияларга мувофиқ ўтказилади.
- КЎБ СЧЙИ билан касалланган беморларда ўз вақтида симптомлар бартараф этилган тақдирда, антибактериал терапиянинг умумий давомийлиги 7 кунни ташкил қилади, инфекцияга жавоб кечроқ олинганда, беморда катетер қолдирилишига қарамасдан 2 кундан 14 кунгача давом этади.

- Узоқ муддатга ўрнатилган катетерни ҳар бир бемор учун алоҳида белгиланган вақт оралиғида алмаштириш керак.

### КЎБ СЧҲИ бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:

<b>3</b>	Бир маротаба катетердан олинган сийдик намунасида ёки ўтган 48 соат давомида турган ва олиб ташланган катетердан сийдикнинг ўрта оқимидан олинган сийдик намунасида бир ва ундан ортиқ штаммларнинг $\geq 10^3$ КОЕ/мл концентрацияси микробиологик жиҳатдан аниқланган ҳисобланади.
----------	--

<b>A</b>	Клиник симптомлари намоён бўлмаган катетер ўрнатилган беморларда сийдикнинг стериллигини текшириш мажбурий ҳисобланмайди.
<b>A</b>	Пиурия КЎБ СЧҲИ белгиси ҳисобланмайди.
<b>A</b>	Симптоматик КЎБ СЧҲИ антибактериал терапияси асоратланган СЧҲИ берилган тавсияларга мувофиқ ўтказилади.
<b>A</b>	Уретрал катетери олиб ташланадиган беморларда антибактериал терапияни бошлашдан аввал сийдикнинг стериллигини текшириш тавсия этилади.
<b>A</b>	Катетеризациянинг давомийлиги минимал бўлиши керак.

### ҚАЙТАЛАНУВЧИ СЧҲИ

- Қайталаниш эпизодларининг частотаси йилига камида уч маротаба ёки 6 ой мобайнида икки маротаба бўлган асоратланмаган ва/ёки асоратланган СЧҲИ қайталаниши қайталанувчи СЧҲИ деб аталади.
- Қайталанувчи СЧҲИ пастки сийдик чиқариш йўллари (цистит) ва юқори сийдик чиқариш йўллари (пиелонефрит) зарарланишини ўз ичига олган бўлсада, такроран пиелонефрит ривожланган ҳолда асоратланган СЧҲИ истисно қилиш тавсия этилади.
- Қайталанувчи СЧҲИ ташхиси бактериологик экманинг мусбат натижаси билан тасдиқланади.
- Ажратиб олинган микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлигини инобатга олиб, антибактериал терапиянинг такрорий курсини ўтказиш тавсия этилади.
- Даволаниш тугагандан сўнг бактериологик экмани ўтказиш мажбурий ҳисобланмайди.
- Қайталанувчи СЧҲИ билан касалланган аёлларда мунтазам равишда цистоскопия ва визуализация усуллари (диагностик қиймати аҳамиятсизлиги сабабли амалга ошириш тавсия этилмайди, аммо касалликнинг нотипик клиник кечишида амалга ошириш зарур, масалан буйрак тошлари, обструкция, интерстициал цистит ёки ўтувчи-хужайрали саратон касаллиги).

*Қайталанувчи СЧҲИ профилактикаси:* хавф омилларидан ҳимояланиш, ноантибактериал аралашувлар ва антибактериал профилактика тўғрисида маълумотларни ўз ичига олади. Профилактик чоралари ушбу тартибга риоя қилиши, шунингдек урологик хавф омилларини аниқлаш ва бартараф этиш тавсия этилади.

**6-жадвал**

### Қайталанувчи СЧҲИ профилактикаси

<b>Турмуш тарзини ўзгартириш</b>	Турли хил хулқ атвор ва шахсий гигиена чоралари (етарли даражада суюқликни истеъмол қилмаслик, жинсий алоқадан сўнг сийдик чиқаришни кечиктириш, дефекациядан сўнг
----------------------------------	--



	орқадан олдинга қараб ювиниш, қинни ювиш (спринцевание) ва тор синтетик ички кийим кийиш) қайталанувчи СЧЙИ ривожланиш хавфини камайтириши тахмин қилинган, аммо тадқиқотлар натижаларида уларнинг самарадорлиги кўрсатилмаган.
<b>Ноантибактериал профилактика</b>	<i>Пробиотиклар билан профилактика ўтказиши (лактобактериялар штаммлари).</i> Яқинда ўтказилган мета-таҳлилдан олинган умумийлаштирилган маълумотларда қайталанувчи СЧЙИ олдини олишда лактобактерияларни қўллаш самарасиз эканлиги кўрсатилди. Шу билан бирга, мавжуд бўлган дори-воситаларнинг самарадорлигидаги фарқлар қўллашга розилик ёки қаршилиқ бўйича тавсиялар беришдан олдин қўшимча тадқиқотлар ўтказилиши зарурлиги кўрсатди.
	<i>Клюква мевасининг шарбати билан профилактика ўтказиши.</i> Кам сонли тадқиқотларда клюквани истеъмол қилиш пастки сийдик чиқариш йўлларида инфекцияси ривожланишини камайтиришда самарали эканлиги келтирилган. Шу билан бирга, 24 та тадқиқотлар ва 4473 беморларни ўз ичига олган мета-таҳлили таркибида клюквани сақловчи озиқ-овқатлар симптоматик СЧЙИ билан касалланиш частотасини статистик жиҳатдан сезиларли даражада камайтирмаслигини кўрсатди. Қарама-қарши натижаларни ҳисобга олган ҳолда, клюква препаратларини қабул қилиш бўйича тавсиялар берилмайди.
	<i>D-манноза билан профилактика ўтказиши.</i> Рандомизацияланган, плацебо назорати остида, яширин тарзда ўтказилмаган тадқиқотда, 2 г кунлик дозада берилган D-манноза плацебодан устун туриши ва қайталанувчи СЧЙИ олдини олишда 50 мг нитрофурантоинга тенг эканлиги кўрсатилган. Аммо, ушбу маълумотлар тавсияларга киритиш учун етарли ҳисобланмайди. Шу сабабли, D-маннозани ҳозирда фақат клиник тадқиқотлар доирасида қўллаш мумкин.
<b>Паст дозали антибиотиклар билан қайталанувчи СЧЙИ антибактериал профилактикаси ва посткоитал профилактика</b>	Антибактериал профилактика узок вақт давомида (3-6 ой) ёки жинсий алоқадан кейин бир марталик дозада доимий равишда ўтказилиши мумкин, чунки ҳар иккаласи ҳам қайталаниш частотасини камайтириши мумкин. Қуйидаги дори-воситалар қўлланилади: нитрофурантоин 50 мг ёки 100 дан кунига 1 маҳал, фосфомицин трометамол ҳар 10 кунда 3 г дан, ҳомиладорлик даврида эса – цефалексин 125 мг ёки 250 мг дан, цефаклор 250 мгдан кунига 1 маҳал. СЧЙИ тез-тез қайталаниш ҳолатлари кузатилган аёлларда ҳомиладор бўлишдан аввал қайталаниш хавфини камайтириш учун посткоитал профилактика ўтказилиши тавсия этилади.

#### Қайталанувчи СЧЙИ бўйича далилларнинг қисқача мазмуни:

<b>1B</b>	Паст дозали антибиотиклар билан давомий антибактериал профилактика ва посткоитал антибактериал профилактика СЧЙИ қайталаниш хавфини камайтиради.
<b>A</b>	Қайталанувчи СЧЙИ ташхислаш учун сийдикнинг бактериологик экмасини ўтказиш зарур.

<b>С</b>	Беморларга СЧЙИ қайталаниш хавфини камайтириши эҳтимоли бўлган турмуш тарзини ўзгартиришни тавсия қилинг.
<b>А</b>	Қайталанувчи СЧЙИ профилактикасида турмуш тарзини ўзгартириш самара бермаса, давомий антибактериал терапия ёки посткоитал профилактикани ўтказиш тавсия этилади, аммо беморлар мумкин бўлган ножўя таъсирлардан хабардор бўлишлари керак.
<b>А</b>	Даволашга яхши риоя қилган ҳолда, антибактериал терапиянинг қисқа курслари билан ўз-ўзини даволаш қабул ўтказилади.

## СЧЙ ИНФЕКЦИЯЛАРИДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ТЎХТАТИШГА КЎРСАТМАЛАР

1. Куйидаги мезонларга асосланган ҳолда аниқланган кучайиб боровчи буйрак етишмовчилиги:
- креатинин даражаси 265 мкмоль/л (3 мг%) юқори бўлганда;
  - коптокча филтрацияси тезлиги 30 мл/дақ дан паст бўлганда.
  - гипертензия оғирлигининг кучайиши, айниқса унинг хавfli кечишида.

## ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	I триместрда симптомсиз бактериурияга скрининг текшируви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
2.	Симптомсиз бактериурияни даволаш учун қисқа курсли перорал антибактериал даво тайинланди	Ҳа/Йўқ
3.	СЧЙИ симптомлари намоён бўлган беморларда сийдикнинг бактериологик экмаси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
4.	Бактериал этиологияли СЧЙИ ташхисини қўйишда асосан сийдикнинг бактериологик экмасидан фойдаланилди	Ҳа/Йўқ
5.	Сийдик бактериологик экмасининг натижаси олинишидан аввал СЧЙИ симптомлари намоён бўлган беморларда эмпирик антибактериал терапия ўтказилди	Ҳа/Йўқ
6.	СЧЙИ симптомлари кузатилмаган беморларда мунтазам равишда сийдик текширувлари ўтказилмади	Ҳа/Йўқ
7.	СЧЙИ симптомлари кузатилмаган беморларда мунтазам равишда антибактериал препаратлар қўлланилмади	Ҳа/Йўқ
8.	Лейкоцитурия СЧЙИ мавжудлигининг кўрсаткичи сифатида ишлатилмади	Ҳа/Йўқ
9.	СЧЙИ антибактериал терапияси оқилона ўтказилди	Ҳа/Йўқ
10.	Асоратланган СЧЙИ анатомик ўзгаришлар ва оғирлаштирувчи омилларининг коррекцияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
11.	Қайталанувчи СЧЙИ профилактик чоралар ўтказилди	Ҳа/Йўқ

**Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси**

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида барча маълумотлар ўрганилаётган касаллик бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб ишончлилик (далил) даражаси бўйича тартибланган.

**Диагностик, даволаш ва профилактик чораларига тегишли тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

	<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>
<b>A</b>	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
<b>B</b>	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
<b>C</b>	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Тавсияларнинг кучи қуйидаги асосий элементларга кўра белгиланади:

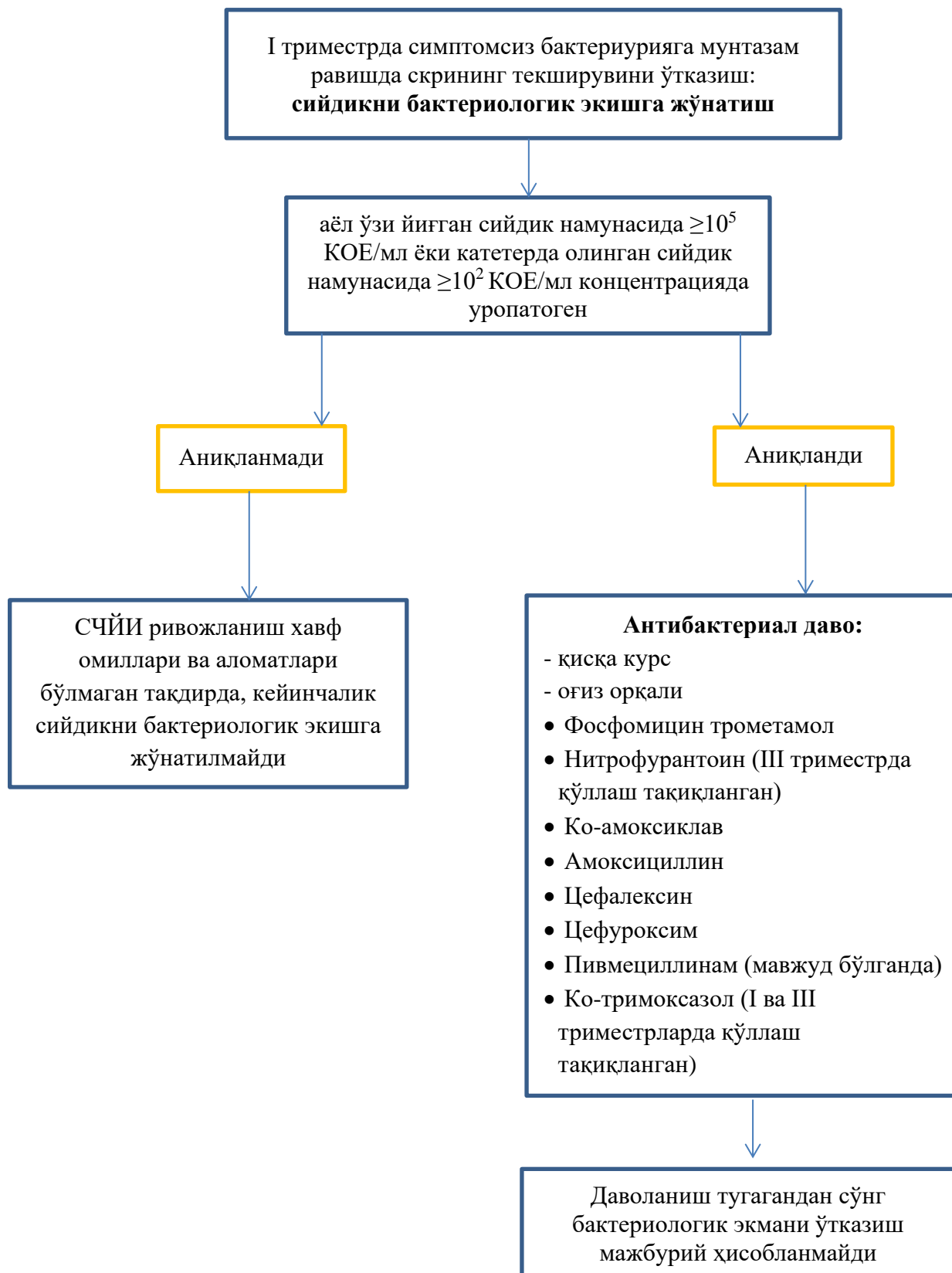
1. тавсияларни қўллаб-қувватловчи маълумотларнинг умумий сифати; ушбу матнда фойдаланилган маълумотномалар Оксфорд тиббий тадқиқотлар марказининг далилларга асосланган таснифининг модификацияланган тизимига мувофиқ баҳоланади;
2. таъсирнинг ифодаланганлик даражаси (индивидуал ёки комбинацияланган таъсир);
3. натижаларнинг ишончлилик даражаси (аниқлик, изчиллик, бир хиллик ва бошқа статистик ёки тадқиқотлар билан боғлиқ омиллар);
4. исталган ва исталмаган натижалар ўртасидаги мувозанат;
5. аралашувга беморнинг қадриятлари ва афзалликларининг таъсири;
6. ушбу беморнинг қадриятлари ва афзалликларининг аниқлиги.

Ишчи гуруҳи аъзолари ҳар бир тавсиянинг ишончлилик даражасини аниқлаш учун ушбу элементлардан фойдаландилар. У, ўз навбатида, «кучли» ёки «кучсиз» атамалари билан тавсифланади. Ҳар бир тавсиянинг ишончлилик даражаси муқобил стратегияларнинг исталган ва исталмаган натижалари, маълумотларнинг сифати (шу жумладан мезонларнинг аниқлиги) ва беморларнинг қадриятлари ва афзалликлари табиати ва ўзгарувчанлиги ўртасидаги мувозанат билан белгиланади. Маслаҳатлашиш учун жадваллар онлайн кўринишда нашр этилди.

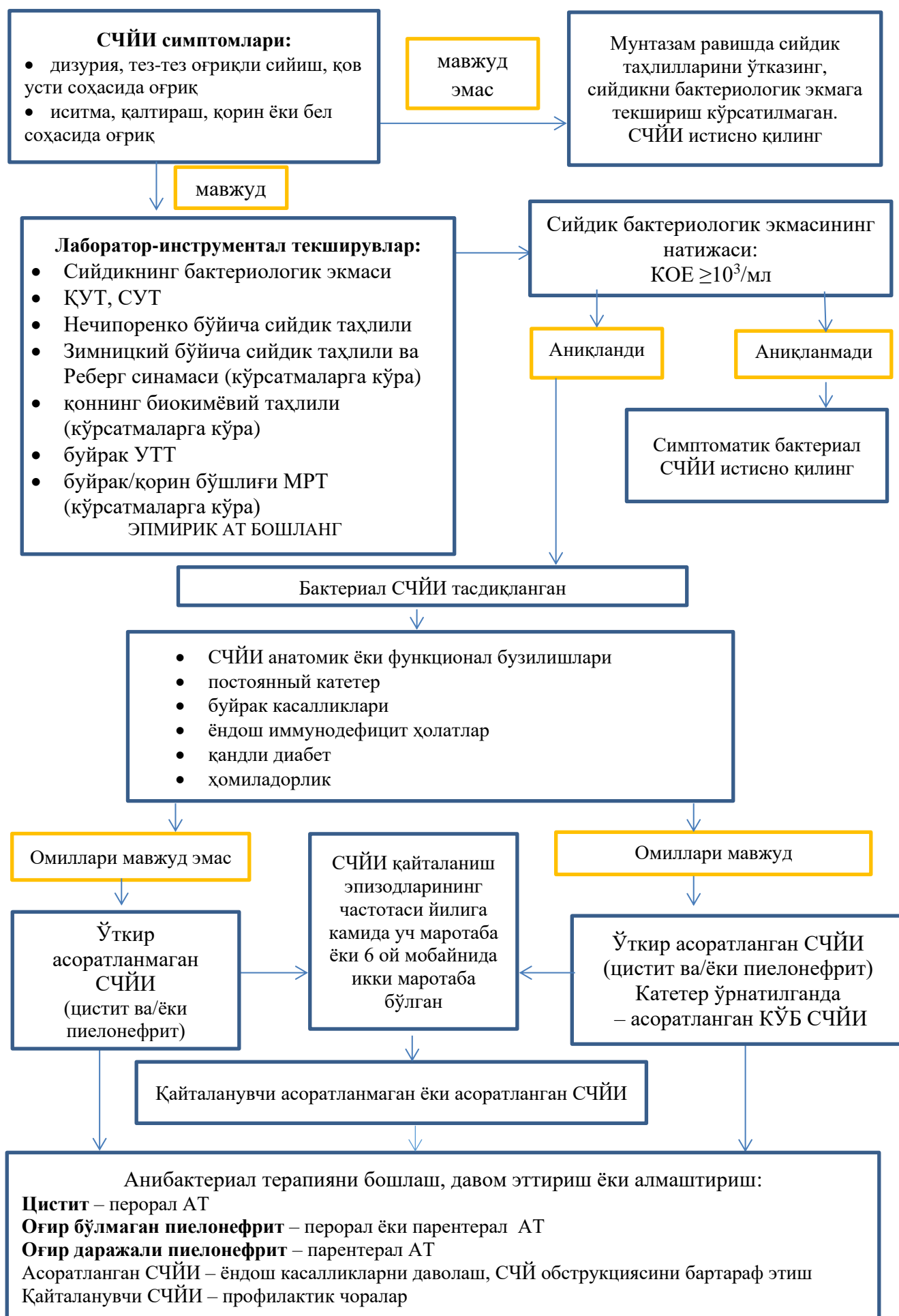
**Диагностик, даволаш ва профилактик чораларига тегишли далилларнинг  
ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1A	Далиллар рандомизацияланган тадқиқотларнинг мета-таҳлили натижасида олинган
1B	Далиллар камида битта рандомизацияланган тадқиқот натижасида олинган
2A	Далиллар камида битта яхши ташкил этилган назорат қилинадиган, аммо рандомизацияланмаган тадқиқот натижасида олинган
2B	Далиллар камида битта бошқа турдаги яхши ташкил этилган экспериментал тадқиқот натижасида олинган
3	Далиллар қиёсий, корреляцион ва айрим ҳолатларнинг тадқиқотлари каби яхши яхши ташкил этилган ноэкспериментал тавсифловчи тадқиқот натижасида олинган
4	Далиллар экспертлар қўмитасининг ҳисоботи ва хулосаси ёки нуфузли муаллифларнинг клиник тажрибасига асосланган

## Ҳомиладорлик даврида симптомсиз бактериурияни олиб бориш алгоритми



## Ҳомиладорлик даврида симптоматик СҶИИ диагностикаси ва олиб бориш алгоритми



## Бемор учун маълумот

### **СЧЙИ нима?**

СЧЙИ бу сийдик чиқариш йўллариининг яллиғланиш касалликлари бўлиб, уларни турли микроорганизмлар келтириб чиқаради. Ҳомиладорликнинг ўзи СЧЙИ ривожланиш хавфини оширади.

### **СЧЙИ қандай кечади?**

СЧЙИ қуйидаги симптомлар кузатилиши мумкин: оғриқли, тез-тез сийиш, қов усти соҳасида оғриқлар, иситма, қалтираш, қорин ва бел соҳасида оғриқлар.

### **СЧЙИ симптомсиз (яширин) кечиши мумкинми?**

Ҳа. Бундай ҳолатларда симптомсиз бактериурия ташхиси қўйилади, яъни сийдикнинг таркибида бактериялар мавжуд, аммо ҳеч қандай симптомлар кузатилмайди. Симптомсиз бактериурияни аниқлаш ва ўз вақтида даволаш учун ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатида сийдикни бактериологик экмага жўнатиш тавсия этилади.

### **СЧЙИ нима учун хавфли?**

СЧЙИ сепсис, қоғаноқ пардалари яллиғланиши, муддатидан олдин туғруқлар, ҳомила кечикиб ривожланиши, буйрак етишмовчилиги, оналар ўлими ёки ҳомила нобуд бўлиши каби асоратлар ривожланиши мумкин.

### **СЧЙИ симптомлари кузатилганда, нима қилиш керак?**

Зарур текширувлар ва даволаш курси бўйича тавсиялар берадиган акушер-гинекологга муурожаат қилишингиз керак бўлади.

## Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.)  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

\_\_\_\_\_ (бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни маълум қиламанки,

\_\_\_\_\_ (тиббиёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавfli эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда доривоситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергик ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратadbирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинishiга, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик



мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усуллари рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг худудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

Сана «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ й.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Клинические рекомендации по инфекциям в урологии. ЕАУ, 2020
2. Arakawa, S., et al. The efficacy and safety of tazobactam/ceftolozane in Japanese patients with uncomplicated pyelonephritis and complicated urinary tract infection. *J J Infect Chemother*, 2019. 25: 104. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30420153>
3. Bader, M.S., et al. Management of complicated urinary tract infections in the era of antimicrobial resistance. *Postgrad Med*, 2010. 122: 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084776>
4. Berti, F., et al. Short versus long course antibiotic therapy for acute pyelonephritis in adults: A systematic review and meta-analysis. *Ital J Med*, 2018. 12: 39. <https://www.italj-med.org/index.php/ijm/article/view/itjm.2018.840>
5. Blok, B., et al. EAU Guidelines on Neuro-urology. In: EAU Guidelines, edition presented at the annual EAU Congress Amsterdam 2020. ISBN 978-94-92671-07-3.
6. Cai, T., et al. The role of asymptomatic bacteriuria in young women with recurrent urinary tract infections: To treat or not to treat? *Clin Infect Dis*, 2012. 55: 771. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22677710>
7. Catrall, J.W.S., et al. A systematic review of randomised clinical trials for oral antibiotic treatment of acute pyelonephritis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2018. 37: 2285. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30191339>
8. Cooper, F.P., et al. Policies for replacing long-term indwelling urinary catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 7: CD011115. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27457774>
9. Geerlings, S.E., et al. SWAB Guidelines for Antimicrobial Therapy of Complicated Urinary Tract Infections in Adults. SWAB Guidelines, 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17100128>
10. Goff, D.A., et al. A global call from five countries to collaborate in antibiotic stewardship: united we succeed, divided we might fail. *Lancet Infect Dis*, 2017. 17: e56.
11. Grabe M., Bjerklund-Johansen T., Botto H. et al. EAU. Guidelines on urological infections / European Association of Urology Guidelines // Arnhem, The Netherlands. European Association of Urology. – 2013. – 106 pp.
12. Hansson, S., et al. Untreated asymptomatic bacteriuria in girls: II--Effect of phenoxymethylpenicillin and erythromycin given for intercurrent infections. *BMJ*, 1989. 298: 856. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2497823>
13. Hooton, T.M., et al. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: a randomized trial. *Jama*, 2005. 293: 949. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15728165>
14. Hooton, T.M., et al. Cefpodoxime vs ciprofloxacin for short-course treatment of acute uncomplicated cystitis: a randomized trial. *JAMA*, 2012. 307: 583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22318279>
15. Hooton, T.M., et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*, 2010. 50: 625. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20175247>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27866945>
16. Hulscher, M.E., et al. Antibiotic prescribing in hospitals: a social and behavioural scientific approach. *Lancet Infect Dis*, 2010. 10:167. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20185095>
17. Kaye, K.S., et al. Effect of meropenem-vaborbactam vs piperacillin-Tazobactam on clinical cure or improvement and microbial eradication in complicated urinary tract infection

- the TANGO I randomized clinical trial. *JAMA*, 2018. 319: 788. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29486041>
18. Kronenberg, A., et al. Symptomatic treatment of uncomplicated lower urinary tract infections in the ambulatory setting: randomised, double blind trial. *BMJ*, 2017. 359: j4784. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29113968>
  19. Lutay, N., et al. Bacterial control of host gene expression through RNA polymerase II. *J Clin Invest*, 2013. 123: 2366. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728172>
  20. Nicolle, L.E., et al. Infectious diseases society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*, 2005. 40: 643. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15714408>
  21. Peterson, J., et al. Identification and pretherapy susceptibility of pathogens in patients with complicated urinary tract infection or acute pyelonephritis enrolled in a clinical study in the United States from November 2004 through April 2006. *Clin Ther*, 2007. 29:2215. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18042477>
  22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Sign 88: Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline. Edinburgh:SIGN; 2012. Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>
  23. Stein, R., et al. Urinary tract infections in children: EAU/ESPU guidelines. *Eur Urol*, 2015. 67: 546. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25477258>
  24. Vazquez, J.C., et al. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000: CD002256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10908537>
  25. Wagenlehner, F., et al. The Global Prevalence of Infections in Urology Study: A Long-Term, Worldwide Surveillance Study on Urological Infections. *Pathogens*, 2016. 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26797640>
  26. Widmer, M., et al. Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015: CD000491. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26560337>
  27. Wunderink, R.G., et al. Effect and Safety of Meropenem-Vaborbactam versus Best-Available Therapy in Patients with Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections: The TANGO II Randomized Clinical Trial. *Infect Dis Ther*, 2018. 7: 439. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30270406>

# «Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш» миллий клиник баённомаси

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш» миллий клиник баённомаси
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқилган сана</b>	2023 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш механизми уч йилда камида бир мартаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутуди, шунингдек, олти ойда кўпи билан бир мартаба маълум бир касалликларнинг диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитацияси масалалари бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар ва аввал тасдиқланган баённомаларга асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

Надирханова Н.С., т.ф.д.	РИАГИАТМ директори
Фозилов Х.Г., т.ф.н.	РИКИАТМ директори

### Масъул ижрочилар:

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси ССВ бош акушер-гинекологи
Закирова Ф.А., т.ф.д.	РИКИАТМ, Умумий кардиология бўлими раҳбари
Хамидуллаева Г.А., т.ф.д., профессор	РИКИАТМ, илмий ишлар бўйича директор ўринбосари
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Усмонов С.К.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва тадбиқ этиш бошқармаси бошлиғи ўринбосари

### Методологик ёрдам:

Ядгарова К.Т., т.ф.н.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва тадбиқ этиш бошқармаси бошлиғи
-----------------------	--

### Такризчилар:

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Исанбаева Л.М.	ТХКМРМ, т.ф.д., Акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси доценти

<i>РИАГИАТМ</i>	– <i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РИКИАТМ</i>	– <i>Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	– <i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	– <i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

### Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2022 йил «24» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 3-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан ушбу қарор қабул қилинган;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қабул қилинадиган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, бу, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, ҳурмат билан махфий мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини беморлар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарур бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал хулқ-атвор стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай олиб бориш ва ёрдам кўрсатиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник баённомани ишлаб чиқишдан мақсад:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, юрак-қон томир касалликлари билан касалланган ҳомиладор аёлларни олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Мазкур тавсияларни ишлаб чиқишда Европа кардиологлар жамияти томонидан ишлаб чиқилган «Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларини ташхислаш ва даволаш бўйича тавсиялар» асос бўлди: «Cardiovascular Diseases during Pregnancy (Management of) Guidelines, European Society of Cardiology», ESC, 2020 й.

**Беморлар тоифаси:** юрак-қон томир касалликлари билан касалланган ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёллар.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, кардиологлар, юрак жарроҳлари, анестезиолог-реаниматологлар, оила шифокорлари, терапевтлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, анестезистка-ҳамширалар, доялар, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

## Қисқартмалар рўйхати:

ESC	–	European Society of Cardiology – Европа кардиологлар жамияти
CARPREG	–	ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликлари – CARdiac disease in PREGnancy
FDA	–	АҚШ озиқ-овқат маҳсулотлари ва дори-воситаларнинг сифатини назорат қилиш федерал хизмати (Food and Drug Administration)
NT-proBNP	–	В-турдаги N-чекланган натрий уретик пептиди
NYHA	–	Нью-Йорк юрак ассоциацияси
ROPAC	–	ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликлари реестри (Registry Of Pregnancy And Cardiac disease)

ScvO <sub>2</sub>	–	марказий венада кислородга тўйиниш даражаси
SpO <sub>2</sub>	–	периферик венада кислородга тўйиниш даражаси
TAPSE	–	трикуспидал систолик экскурсия
WPW	–	Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми
AB	–	атриовентрикуляр
KBA	–	K витамини антагонистлари
AQB	–	артериал қон босими
AK	–	аорта клапани
MPA	–	минералокортикоид рецепторлари антагонистлари
HAPI	–	неприлизин ангиотензин рецептори ингибитори
AC	–	аортал стеноз
ФҚТВ	–	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ)
BB	–	бета-адреноблокаторлар
ККБ	–	кальций каналлари блокаторлари
АРБ	–	ангиотензин рецептори блокаторлари
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ЮТН	–	юралнинг туғма нуқсонлари
ТЮЎ	–	тўсатдан юракка оид ўлим
ВТЭ	–	венотромбоэмболия
ГКМП	–	гипертрофик кардиомиопатия
ДКМП	–	дилятацион кардиомиопатия
ҚТД	–	қоринчалараро тўсиғи дефекти
БТД	–	бўлмачалараро тўсиғи дефекти
ҚТ	–	юрал қоринчалари тахикардияси
ААФИ	–	ангиотензинга айлантирувчи фермент ингибитори
ЎСВ	–	ўпка сунъий вентиляцияси
ИҚҚД	–	имплантация қилинадиган кардиовертер-дефибриллятор
МИ	–	миокард инфаркти
ST <sub>ск</sub> МИ	–	ST сегменти кўтарилишсиз миокард инфаркти
ST <sub>скб</sub> МИ	–	ST сегменти кўтарилиши билан миокард инфаркти
ТВИ	–	тана вазни индекси
АЎИ	–	аорта ўлчами индекси
ИЭ	–	инфекцион эндокардит
АК	–	аорта коарктацияси
КТ	–	компьютер томография
ЎА	–	ўпка артерияси
ЎАГ	–	ўпка артериал гипертензияси
ЧҚ	–	чап қоринча
МЕ	–	митрал етишмовчилик
ХНН	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат (МНО)
ҚАМҚҚ	–	қон айланишини механик қўллаб-қувватлаш
МТЭД	–	максимал тавсия этилган доза
МРТ	–	магнит-резонанс томография
МС	–	митрал стеноз
ҚУТ	–	юрал қоринчалари усти тахикардияси
АКҚИК	–	аорта кўкрак қисмининг ирсий касалликлари
НИЎВ	–	ноинвазив ўпка вентиляцияси
ОЮҚД	–	олиб юриладиган кардиовертер-дефибриллятор
ПМГ	–	паст молекуляр гепарин
ЯОАК	–	янги орал антикоагулянтлар
ФГ	–	фракцияланмаган гепарин

ОАК	–	орал антикоагулянтлар
ОАН	–	очик артериал найча
ЎМИ	–	ўткир миокард инфаркти
ЎЮЕ	–	ўткир юрак етишмовчилиги
ЎКС	–	ўткир коронар синдром
АҚХ	–	айланаётган қон ҳажми
ПГЕ <sub>1</sub>	–	простагландин Е <sub>1</sub>
ЎҚ	–	ўнг қоринча
ҚУПТ	–	юрак қоринчалари усти пароксизмал тахикардияси
ППКМП	–	перипартал кардиомиопатия
ТЮМ	–	тана юзаси майдони
ПС	–	пульмонал стеноз
БТ	–	бўлмачалар тахикардияси
ПМ	–	перинатал марказ
ТЭД	–	тавсия этилган доза
сАҚБ	–	систолик артериал қон босими
ЮҚХ	–	юрак қонни ҳайдаши
ТГС	–	тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми
кQT-ис	–	қисқа QT интревали синдроми
ДҚС	–	дори билан қопланган стентлар
ЮЕ	–	юрак етишмовчилиги
пХФ-ЮЕ	–	пасайган ҳайдаш фракцияли юрак етишмовчилиги
сХФ-ЮЕ	–	сақланган ҳайдаш фракцияли юрак етишмовчилиги
ЮҚТК	–	юрак-қон томир касалликлари
уQT-ис	–	узайган QT интервали синдроми
ЧВТ	–	чуқур веналар тромбози
МҚТТ	–	магистрал қон томирлар транспозицияси
ТЕ	–	трикуспидал етишмовчилик
ЎАТЭ	–	ўпка артерияси тромбоэмболияси
УТДТ	–	ультратовуш доплерография текшируви
ҲФ	–	ҳайдаш фракцияси
ФС	–	функционал синф
БФ	–	бўлмачалар фибрилляцияси
СЮЕ	–	сурункали юрак етишмовчилиги
МНТ	–	марказий нерв тизими
НОС	–	нафас олиш сони
ТОКА	–	тери орқали коронар аралашув
ЮУТ	–	юрак уриши тезлиги
ЭКГ	–	электрокардиография
ЮЭЎ	–	юракнинг электрик ўқи
ЭхоКГ	–	эхокардиография



# Кириш

## Нима учун ушбу клиник баённома муҳим?

- ЮҚТК 1-4% ҳолатларда ҳомиладорлик кечишини мураккаблаштиради. Дунёнинг аксарият мамлакатларида ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган ЮҚТК тарқалиши ва сони бўйича янги маълумотларнинг сони чекланган.
- Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир асоратлари хавфи ва ҳомиладор аёлларда ЮҚТКни даволаш ёндашувларини тушиниш аёлларга ҳомиладор бўлишдан аввал маслаҳат беришда жуда муҳимдир.
- Ҳар қандай терапевтик аралашув нафақат онанинг соғлиғига, балки ҳомиланинг ҳолатига ҳам таъсир қилишини инobatга олиш лозим. Аёл учун мақбул даволаш чоралари ривожланаётган ҳомила учун потенциал зарар билан боғлиқ бўлиши ва онанинг омон қолишига имкон берадиган даволаш усуллари камдан-кам ҳолатларда ҳомила нобуд бўлишига олиб келиши мумкин. Иккинчи томондан, ҳомила учун хавфсиз бўлган даволаш чоралари она учун етарли даражада ёрдам бермаслиги ҳам мумкин.
- Проспектив ёки рандомизацияланган тадқиқотлар ўтказилмаганлиги сабабли, мазкур баённомада асосан С даражали тавсиялар келтирилган.
- Ҳомиладорлик даврида ЮҚТК бўйича юқори даражали далилларни ўз ичига олган маълумотлар мавжуд бўлмаганлиги ушбу тоифадаги беморларни олиб бориш тактикасини танлашда гипердиагностика ҳамда полипрагмазия ва ятрогения ҳолатлари сони кўпайишига кўмаклашади. Ҳомиладор аёллардаги соматик касалликлар орасида ЮҚТК етакчи ўринни эгаллаганлиги туфайли, оналар ўлими ва касалланиши, шунингдек, муддатдан аввал туғдириб олиш билан боғлиқ бўлган перинатал муаммолар ҳали ҳам долзарблигича қолмоқда.

## Эпидемиологияси

Ҳомиладор аёлларда ЮҚТК барча соматик патологиялар орасида биринчи ўринда туради. Ҳомиладор аёлларда юрак касалликларини учраши, турли муаллифларнинг фикрига кўра 0,4% дан 10% ни ташкил қилади. ЮҚТК билан касалланган ҳомиладор ва туғувчи аёлларнинг сони кўпайиши сўнгги йилларнинг тенденцияси ҳисобланади ва бу юрак касалликларини эрта аниқланиши, ҳомиладорликни давом эттириш учун кўрсатмалар кенгайтирилиши, юракда жарроҳлик амалиётини ўтказган ва ўзлари ёки шифокорларнинг руҳсати билан ҳомиладорликни давом эттиришга қарор қилган, фан ва тиббиёт амалиётининг муваффақиятига ишонган оғир касалланган аёлларнинг сони кўпайиши каби сабаблар билан боғлиқ. Бутун дунё бўйлаб ҳомиладорлик даврида ЮҚТК билан касалланиш хавфи, шунингдек, катта ёшда ҳомиладор бўлган аёлларнинг сони ортиши туфайли ортиб бормоқда. Катта репродуктив ёшдаги ҳомиладорлик кўпинча ЮҚТКнинг хавф омиллари, айниқса қандли диабет, гипертония ва семизлик билан боғлиқ. Бундан ташқари, ЮТН мавжуд аёлларнинг ортиб бораётган сони репродуктив ёшга ета бошлади. Ғарб мамлакатларида ЮҚТК ҳомиладорлик давридаги оналар ўлимининг асосий сабаби ҳисобланади.

Гипертензив ҳолатлар ҳомиладорлик даврида энг кўп учрайдиган ЮҚТК бўлиб, барча ҳомиладорликларнинг 5-10% ҳолатларида қайд этилади ("Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни олиб бориш" миллий клиник баённомаси). Дунё мамлакатларидаги бошқа касалликлар орасида ҳомиладорлик даврида энг кўп учрайдиган ЮҚТК ЮТН (ҳомиладорлик давридаги ЮҚТК ҳолатларининг 75-82%), юракнинг ревматик касаллиги (56-89%) ҳисобланади. Кардиомиопатиялар кам учрайди, бироқ, ҳомиладорликдаги энг оғир юрак-қон томир асоратларининг сабаби ҳисобланади.

Асосан илгари оғир касалликларга чалинган, кўплаб ёндош касалликлари мавжуд катта ёшдаги, ЮТН мавжуд реанимация бўлимига ётқизилган туғувчи аёлларнинг сони кўпаймоқда.

## Ҳомиладорлик даврида кузатиладиган мослаштирувчи физиологик ўзгаришлар

Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир тизимида ўзгаришлар юзага келади, бу ҳомиланинг ортиб бораётган метаболик эҳтиёжларини қондириши керак. Плазма ҳажми ва ЮҚХ ҳомиладорликнинг 32 ҳафталик муддатига қадар дастлабки қийматлардан максимал равишда 40-60% га ўзгаради ва ушбу ўзгаришнинг 75% биринчи триместрнинг якунига тўғри келади. ЮҚХнинг ўсиши ҳомиладорликнинг биринчи ярмида зарб ҳажми ортиши ва кейинчалик ЮУТ босқичма-босқич ошиши натижасида юзага келади. Юрак камераларининг ўлчамлари катталашади, бунда ЎҚ ва ЧҚнинг функциялари ўзгармайди. ЮҚТК мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида ЧҚ ва ЎҚнинг мослашиш даражаси етарли бўлмаслиги мумкин. Онда юрак дисфункцияси мавжудлиги бачадон-йўлдош қон оқимининг бузилишига ва ҳомила учун салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида тизимли ва ўпка томирларининг қаршилиги пасаяди.

Ҳомиладорлик – бу тромбоземболик асоратлар хавфи ортиши билан боғлиқ бўлган гиперкоагуляция ҳолатидир.

Жигарнинг ферментатив тизимлари фаоллиги ортиши, гломеруляр филтрация тезлиги ва плазма ҳажми, оқсиллар билан боғланишнинг ўзгариши ва қон зардобиде альбумин концентрациясининг пасайиши кўплаб дори-воситаларнинг фармакокинетикаси ўзгаришига олиб келади.

Шундай қилиб, ҳомиладорлик давридаги физиологик характердаги гемодинамик ўзгаришларга қуйидагилар киради:

- ҳомиладорликнинг кичик муддатларида АҚХ кўпаяди ва учинчи триместрнинг бошида максимал даражага етади, ҳомиладорликнинг бутун даврида АҚХ 40-60%га кўпаяди;
- юракда функционал систолик шовқин аниқланиши мумкин;
- бўлмача-қоринча ўтказувчанлиги секинлашади;
- қоннинг шакли элементлари кўпайишига қадар плазманинг ҳажми ортади;
- бир ҳомилалик ҳомиладорликка қараганда кўп ҳомилалик ҳомиладорликда АҚХ ўртача 500 мл га кўпроқ бўлади;
- ҳомиладорликнинг дастлабки ҳафталарида ЮҚХ тезлашади ва ЮҚХнинг тезлашиши бошланғич ҳажмнинг 40-50% ни ташкил қилганда, 20-24 ҳафталик муддатда максимал даражага етади;
- ҳомиладорликнинг эрта муддатларида юракнинг зарб ҳажми ортиши ва кейинчалик ЮУТ ошиши натижасида ЮҚХ тезлашади;
- учинчи триместрда ҳомиладор аёл тепага қараб ётганида пастки ковак венани бачадон босиши натижасида ЮҚХ 25-30% га секинлашади.

Туғруқ пайтида ва туғруқдан кейинги даврда бачадон қисқаришлари, тананинг жойлашиши (чап ён томонга ёки тепага қараб), оғриқ, безовталиқ, қон кетиши ва бачадон инволюцияси гемодинамикада кескин ўзгаришларни келтириб чиқаради. Оғриқсизлантириш, қон кетиши ва инфекциялар юрак-қон томир тизимида кўшимча стрессли таъсир кўрсатиши мумкин. Туғруқ пайтида ва туғруқдан кейинги даврда АҚБ кўтарилади ва ЮҚХ тезлашади.

Туғруқ пайтида ҳар бир бачадоннинг қисқариши билан ЮҚХ, ЮУТ, АҚБ ва тизимли қон томир қаршилиги ортади. Қисқариш пайтида плацентар оқимдан кўшимча 350-500 мл қон ҳайдалади ва натижада ЮҚХ тезлашади ва АҚБ кўтарилади. Қисқаришлар орасидаги гемодинамик ўзгаришларнинг ифодаланганлиги туғувчи аёлнинг ҳолати ва

оғриксизлантириш усулига боғлиқ бўлади. Тепага қараб ётганда ЮҚХ 12-15% га ва ён томонда 5-7% га тезлашади.

Туғруқнинг иккинчи даврида умумий гемодинамик ўзгаришлар ЮҚТК мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ натижасида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Туғруқнинг иккинчи даври чўзилиши организмнинг резервлари тез декомпенсация бўлишига олиб келади. Кучанишлар пайтида веноз қоннинг юракка қайтиши пасаяди, бу ЮҚХ секинлашиши ва компенсатор равишда ЮУТ тезлашишига олиб келади. Тез-тез кучанишларда ЮҚХ нормал қийматларга қайтишга улғирмайди, шунинг учун ЮЕ билан бирга кечувчи юрак касалликларида турли аралашувлар ёрдамида туғруқнинг иккинчи даври давомийлигини қисқартириш керак.

Туғруқдан кейин дарҳол АҚХ кўпаяди ҳамда ЮҚХ (60-80% га) тезлашади ва кейинчалик бир соат мобайнида туғруқдан аввалги қийматларга қайтади. Ҳомила туғилиши ва йўлдош ажралгандан кейин ички аъзоларга (биринчи навбатда қорин бўшлиғи аъзоларига) қон келиши кучаяди ва пастки ковак вена қисилмаслиги ва бачадон-йўлдош қон оқими тўхташи натижасида бош мия ва коронар қон томирларда АҚХнинг камайиши кузатилади.

Шунинг учун ТКҚК юзага келганда ЮҚХнинг нормал кўрсаткичи нормал АҚХнинг мезони сифатида нотўғри талқин қилиниши мумкин. Ушбу орқали ҳар доим ҳам касалланган юракни компенсация қила олмайдиган “гемодинамик зарба” деб номланадиган ҳолат ривожланади ва бу гемодинамик кўрсаткичларни назорат қилиш ва тиббий аралашувнинг агрессив тактикасини талаб қилади. Аёлнинг аҳволи ёмонлашишига йўл қўймаслик учун бола туғилгандан кейин дарҳол кардиотоник дори-воситаларни юбориш керак. Кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олинганда “гемодинамик зарба” кўпроқ ифодаланган бўлади. Туғруқдан кейин ЮҚХ, қоида тариқасида, 2-6 ҳафта ичида дастлабки нормал қийматларга қайтади.

### Ҳомиладорлик олди текширувлари

ЮҚТК мавжуд барча аёллар ҳомиладорликни режалаштиришдан аввал ўз вақтида шифокорларнинг кўрикларида ўтишлари зарур. Ҳомиладор ва она бўлиш ҳақида онгли қарор қабул қилиш жуда муҳимдир. Беморларга нафақат соғлигининг ҳолатини, балки ҳиссий ва маданий контекстни, психологик ва ахлоқий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал ёндашув керак.

Юқори хавф гуруҳига кирувчи ёки ҳомиладор бўлишига қарши кўрсатмалари мавжуд аёлларда ҳомиладорлик хавфларини аниқ баҳолаш ва ҳомиладорликни пухта режалаштириш муҳим заруратлиги бемор билан муҳокама қилиниши керак. Шу билан бирга, кўплаб аёлларда ҳомиладорлик паст даражали хавф билан боғлиқ эканлигини тушунтириш ҳам муҳимдир.

Ҳомиладорликни мултидисциплинар тарзда олиб бориш режаси ишлаб чиқилиши ва бемор аёл билан муҳокама қилиниши керак. Бундан ташқари, зарарли одатларга, жумладан ортиқча вазн, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишга алоҳида эътибор берилиши керак, чунки улар она ва ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилади. Ҳомиладорлик – соғлом турмуш тарзини бошлаш, шу жумладан чекишни ташлашни тавсия қилиш учун жуда яхши вақт.

Хавфни баҳолаш учун ҳеч бўлмаганда ЭКГ, Эхо-КГ ва жисмоний юкламали синамалар ўтказилиши керак. Ҳомиладорлик даврида жисмоний юкламага толерантлик >80% ҳомиладорликнинг ижобий натижаси билан боғлиқ.

Аортанинг патологияси мавжуд бўлса, тўғри маслаҳат бериш учун ҳомиладорликдан аввал компьютер томография (КТ) ёки магнит-резонанс томография (МРТ) орқали аортанинг тўлиқ визуализацияси зарур.

## Онада юрак-қон томир асоратлари хавфи

Ҳомиладорлик даврида асоратлар хавфи асосий кардиологик патологияга, юракнинг қисқариш функцияси сақланганлигига, клапан аппаратининг ҳолатига, NYHA бўйича ЮЕнинг ФСга, цианознинг мавжудлигига, ЎАдаги босимга ва бошқа омилларга боғлиқ бўлади. Ёндош касалликларни, жумладан, масалан, ревматологик ва мушак-скелет тизими касалликларни, шунингдек, руҳий бузилишларни ҳам инобатга олиш керак. Буларнинг барчаси хавфни баҳолашни индивидуаллаштириш кераклигини кўрсатади.

Ҳомиладорлик даврида онада юрак-қон томир асоратлари хавфини баҳолаш учун касалликнинг анамнези, ФС, сатурация, натрийуретик пептид қийматлари, юрак камералари ва унинг клапанлари фаолияти, ЎАда босим ва аортанинг диаметрини Эхо-КГда баҳолаш билан жисмоний зўриқишга чидамлилиқ ва ритм бузилишлари мавжудлигини инобатга олган ҳолда, аёлнинг ҳолатини баҳолаш керак.

Ҳар бир ҳолатда касаллик хавфи ЖССТнинг модификацияланган таснифи ёрдамида ва ушбу клиник баённоманинг маълум бир касалликларга оид бўлимларида тавсифланганидек баҳолашни керак.

Юрак-қон томир асоратлари эҳтимоли ҳомиладорликдан олдинги ҳар бир ташрифда қайта баҳолашни талаб қилади, чунки вақт ўтиши билан хавф даражаси ўзгариши мумкин.

Натрийуретик пептид даражаси ортиши ЮҚТК хавфи билан боғлиқ. ЮҚТК мавжуд аёлларда презклампсия ривожланиши ЮЕ билан боғлиқ.

ЖССТнинг модификацияланган таснифи ҳозирда хавфни баҳолашнинг энг аниқ тизими ҳисобланади. ЖССТнинг таснифи бўйича IV тоифага кирувчи аёлларда ЁРТни қўллаш тақиқланган. ЖССТнинг таснифи бўйича III тоифага кирувчи ва антикоагулянтларни қабул қилувчи аёлларда ҳам ЁРТ қўлланилиши пухта равишда кўриб чиқилиши керак.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатида В-турдаги N-чекланган натрий уретик пептидининг (NT-проBNP) >128 пг/мл қиймати ҳомиладорликнинг кечки муддатларида юрак-қон томир асоратлари юзага келишининг предиктори ҳисобланади.

**1B** Аъзолар дисфункциясининг кўп омилли скрининг моделларида стратификацияланган тавсия этилган хавф маркерларига микроальбуминурия, NGAL, Цистатин-С ва мия/қоринча натрий уретик пептиди киради.

Аъзолар дисфункциясининг хавф маркерларини аниқлаш усули – Fineware™ FIA MeterPlus/FS 113 экспресс анализаторида РОС-диагностик ноинвазив иммунофлюоресцент усул ҳисобланади ва стационар, тез тиббий ёрдам, амбулатор шароитларда ўтказилиши мумкин, катта эҳтимол билан (5-15 дақиқа ичида) шикастланишнинг дастлабки босқичларида полиорган дисфункция ривожланиши хавфи юқори бўлган беморларни аниқлаш ва муайян терапевтик ва жарроҳлик чораларни кўриш зарурлигини асослаш имконини беради.

**Нормал қийматлар:** микроальбумин, нормаси: 0-20 мг/л; цистатин-С, нормаси: 0,5-1,1 мг/л; NGAL, нормаси: 0-131,7 нг/мл.

## Онада юрак-қон томир хавфлар бўйича ЖССТнинг модификацияланган таснифи

	ЖССТ I	ЖССТ II	ЖССТ II-III	ЖССТ III	ЖССТ IV (ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма)
<b>Касаллик/ҳолат (асоратланмаган )</b>	<p>Кичик ёки енгил: - ПС - ОАН - икки тавақали клапан пролапси - муваффақиятли коррекция қилинган нуқсонлар: БТД, ҚТД, ОАН, ўпка веналари аномал дренажи - эктопик бўлмача ёки қоринчанинг алоҳидаланган ритми</p>	<p>- операция қилинмаган БТД ёки ҚТД - коррекция қилинган Фалло тетрадаси - аритмияларнинг аксарияти (суправентрикуляр аритмиялар) - аортанинг дилятациясисиз Тёрнер синдроми</p>	<p>- ЧҚ функцияси енгил пасайиши (ХФ &gt;45%) - ГКМП - ЖССТ I ёки IV тоифасига таалуқли бўлмаган натив ёки клапаннинг биологик протези билан протезланган касаллик (енгил МС, ўрта АС) - Марфан синдроми ёки аортанинг дилятациясисиз бошқа ирсий касалликлар - икки тавақали АКда аортанинг диаметри &lt;45 мм бўлиши - операция қилинган аорта коарктацияси - бўлмача-қоринча тўсиғи дефекти</p>	<p>- ЧҚ функцияси ўрта даражада бузилиши (ХФ 30-45%) - ЧҚ тикланган функцияси билан анамнезда ППКМП - механик клапан - функцияси нормал ёки енгил пасайиши кузатилган тизимли ўҚ - асоратларсиз яқунланган Фонтен операцияси - операция қилинмаган цианотик юрак нуқсони - юракнинг бошқа комбинацияланган нуқсонлари - ўрта даражали МС - оғир симптомсиз кечувчи АС - Марфан синдроми ёки бошқа АКҚИКда аорта дилятацияси (40-45 мм); икки тавақали АК, Тёрнер синдромида 45-50 мм, АЎИ 20-25 мм/м<sup>2</sup>, Фалло тетрадаси &lt;50 мм) - ҚТ</p>	<p>- ЎАГ - оғир тизимли қоринчалар дисфункцияси (ХФ &lt;30%, NYHA бўйича ФС III-IV) - ЧҚ функцияси пасайиши сақланиб қолган анамнезда ППКМП - оғир МС - оғир симптомли АС - функцияси ўрта ёки оғир пасайиши бўлган тизимли ўҚ - аортанинг оғир дилятацияси (Марфан синдроми ёки бошқа АКҚИКда &gt;45 мм, икки тавақали АК, Тёрнер синдромида &gt;50 мм, АЎИ &gt;25 мм/м<sup>2</sup>, Фалло тетрадаси &gt;50 мм). - Элерс-Данло синдроми - оғир (ре)коарктация - ҳар қандай асоратлар билан яқунланган Фонтен операцияси</p>

<b>Хавф даражаси</b>	Оналик ўлими бўйича хавф ортмайди. Асоратлар хавфи мавжуд эмас ёки паст	Оналик ўлими бўйича хавфнинг бироз ортиши ёки асоратлар юзага келишининг хавфи ўрта	Оналик ўлими бўйича хавф даражаси ўрта ёки асоратлар юзага келишининг хавфи ўрта/оғир	Оналик ўлими бўйича хавф даражаси ифодаланган, асоратлар юзага келишининг хавфи юқори	Оналик ўлими бўйича хавф даражаси ёки асоратлар юзага келишининг хавфи ўта юқори
<b>Онада юрак-қон томир асоратлари юзага келишининг эҳтимоли</b>	2,5-5%	5,7-10,5%	10-19%	19-27%	40-100%
<b>Маслаҳат бериш</b>	Ҳа	Ҳа	Ҳа	Ҳа: эксперт мутахассиснинг маслаҳати зарур	Ҳа: ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма. Аёл ҳомиладор бўлса, ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи муҳокама қилиниши керак
<b>Ҳомиладорликни олиб бориш</b>	Яшаш жойи бўйича тиббиёт муассасаси	Яшаш жойи бўйича тиббиёт муассасаси	Ҳудудий ПМ	3 даражали ПМ	3 даражали ПМ
<b>Ҳомиладорлик даврида шифокорга ташриф буюришларнинг минимал сони</b>	1-2 маротаба	ҳар триместрда	2 ойда 1 маротаба	ҳар ой ёки 2 ойда 1 маротаба	ҳар ой
<b>Туғдириб олиш муассасаси</b>	Яшаш жойи бўйича тиббиёт муассасаси	Яшаш жойи бўйича тиббиёт муассасаси	Ҳудудий ПМ	3 даражали ПМ	3 даражали ПМ

## Она ва ҳомила учун акушерлик асоратлари хавфи

ЮҚТК мавжуд аёлларда акушерлик асоратлари, жумладан муддатдан олдинги туғруқлар, преэклампсия ва туғруқдан кейин қон кетиш хавфи юқори. ЮҚТК мавжуд аёлларнинг 18-30 фоизида ҳомилада асоратлари ривожланади ва неонатал ўлим 1-4% фоизни ташкил этади. Она ва боланинг асоратлари одатда чамбарчас боғлиқ. Она ва неонатал асоратларни башорат қилувчи омиллар маълум бўлишига қарамай (2-жадвал), ушбу асоратларни башорат қилиш валидизацияланган моделлари мавжуд эмас.

### Она ва неонатал асоратларнинг предикторлари

Онада юрак-қон томир асоратларининг предикторлари	Неонатал асоратларнинг предикторлари
анамнезда юрак-қон томир асоратлар (ЮЕ, ТИХ, инсулт, аритмия)	НУНА бўйича III-IV ФС ёки туғруқ олди мунтазам ташрифларда цианоз кузатилиши
НУНА бўйича III-IV ФС	онада юракнинг чап камералари обструкцияси
юракнинг чап камералари обструкцияси (ўрта даражадан оғир даражагача)	ҳомиладорлик даврида чекиш
ЧҚ систолик функцияси пасайиши (ХФ <40%)	онада сатурациянинг паст даражаси (<90%)
ЎҚ функцияси пасайиши (TAPSE <16 мм)	ҳомиладорликнинг бутун даврида антикоагулянтларни қабул қилиш
тизимли атриовентрикуляр регургитация (ўрта даражадан оғир даражагача)	ҳомиладор бўлишдан аввал кардиотроп терапияни қабул қилиш; ҳомилада юракнинг цианотик нуқсони аниқланиши
пульмонал регургитация (ўрта даражадан оғир даражагача)	клапаннинг механик протези
ЎАГ	ҳомиладорлик даврида онада юрак-қон томир асоратлар ривожланиши
ҳомиладор бўлишдан аввал кардиотроп терапияни қабул қилиш	ҳомиладорлик даврида онада ЮҚХ пасайиши
цианоз (сатурация <90%)	бачадон-йўлдош қон айланиши бузилиши
ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатида В-турдаги N-чекланган натрий уретик пептидининг (NT-proBNP) >128 пг/мл қиймати ҳомиладорликнинг кечки муддатларида юрак-қон томир асоратлари юзага келишининг предиктори ҳисобланади	
анамнезда чекиш	
клапаннинг механик протези	
юракнинг операция қилинган ёки қилинмаган цианотик нуқсони	

### Юрак-қон томир патологияси бўлган ҳомиладор аёлларни олиб боришга ихтисослашган шифокорлар жамоаси.

Ҳомиладорлик даврида асоратлар хавфи ўрта ёки юқори бўлган аёлларда (ЖССТнинг II-III, III ва IV ўзгартирилган таснифи бўйича) ҳомиладорликдан олдинги, ҳомиладорлик ва туғруқ даврларидаги кузатув ва даволаш перинатал марказда юрак-қон томир патологияси бўлган ҳомиладор беморларни бошқаришга ихтисослашган мультидисциплинар шифокорлар жамоаси томонидан амалга оширилиши керак.

Шифокорларнинг жамоасига кўйиладиган минимал талаблар: у юрак-қон томир асоратлари хавфи юқори бўлган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш тажрибасига эга кардиолог, акушер-гинеколог ва анестезиологдан иборат бўлиши керак. Муайян вазиятга қараб жалб қилиниши мумкин бўлган мутахассислар: генетик, торакал жаррох, болалар кардиологи, перинатолог, неонатолог, гематолог, пульмонолог, ҳамшира, ва бошқ. Ушбу жамоа бошқа марказлардан келган аёлларни олиб боришни ҳам муҳокама қилиши мумкин, шунинг учун ҳар бир шифохонада ЮҚТК мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб бориш бўйича ихтисослашган жамоа бўлиши шарт эмас. Бошқа шифохоналар учун юрак-қон томир патологияси мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб бориш бўйича ихтисослашган жамоадан фикр ва тавсияларни олиш имкони кечаю кундуз мавжуд бўлиши керак.

## Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликларининг диагностикаси

Ҳомиладорлик даврида ЮҚТКни, масалан, ЮЕни ташхислаш қийинроқ бўлиши мумкин, чунки ҳомиладорлик даврида юзага келадиган физиологик ўзгаришлар ЮҚТКни тақлид қилиши мумкин. Бироқ, синчковлик билан анамнезни йиғиш ва физикал текширувлар ёрдамида кўплаб асоратларни аниқлаш мумкин. Европа кардиологлар ва анестезиологлар жамиятининг тавсияларига кўра, ЮЕ ташхисини кўйиш учун оддий клиник кўрик ва текшириш усулларига кўшимча равишда натрийуретик пептиди даражасини ҳам текшириш керак. Ҳомиладорлик даврида тўсатдан оғир ёки тушунарсиз нафас сиқиши юзага келса ва/ёки янги патологик шовқин биринчи марта аниқланса (барча аниқланадиган диастолик шовқинлар патологик ҳисобланади), Эхо-КГ, В-турдаги N-чекланган натрий уретик пептидининг даражаси текширилади. АҚБ стандарт усул билан ўлчаниши керак. Протеинурияни истисно қилиш керак, айниқса оилавий ёки индивидуал анамнезда гипертензия ёки преэклампсия ўтказилган бўлса. ЮТН мавжуд аёлларда пульсоксиметрияни ўлчаш керак.

**Электрокардиография.** Кўпгина ҳомиладор аёлларда ЭКГда ЮЭЎнинг 15-20°га чапга оғиши кузатилади. Вақтинчалик ўзгаришларга ST/T сегменти ва Q-тишчасидаги ўзгаришлар, III тармоқда T-тишчасининг инверсияси, aVF тармоқларида Q-тишчасининг бироз ўзгариши ва V1, V2, баъзан V3 да T-тишчасининг инверсияси киради. Ўзгаришлар ЧҚнинг гипертрофияси ва бошқа тизимли юрак касалликларини тақлид қилиши мумкин. Пароксизмал/доимий аритмия (ҚТ, БФ ёки бўлмачалар титраши) ёки юрак тез уриши ҳисси, юрак фаолиятида бузилишлари мавжуд аёлларда Холтер-ЭКГ мониторинги ўтказилиши керак.

**Эхокардиография.** Трансторакал Эхо-КГ ҳомиладорлик даврида афзал кўрилган визуализацион текширув усули ҳисобланади. Ушбу текширув амбулатор шароитда ҳам, стационар шароитларда ҳам ўтказилиши мумкин ва кенг қўлланилиши керак. Ҳомиладорлик даврида эхокардиографик параметрларда баъзи ўзгаришлар кузатилиши мумкин, масалан, юрак камераларининг енгил дилатацияси, ЧҚ девори қалинлигининг ўзгариши ва клапанлар бўйлаб босим градинтининг ортиши. Қизилўнғач орқали ўтказиладиган Эхо-КГ текшируви нисбатан хавфсиз, бироқ, қайт қилиш/аспирация ва қорин бўшлиғи босимининг кескин ортиши хавфини инобатга олиш керак ва параллель равишда ҳомила мониторингини ўтказиш керак.

**Зўриқиш синамалари.** Физиологик зўриқиш синамалари юракнинг туғма ва клапан касалликлари мавжуд беморларни кузатишнинг ажралмас қисми бўлиб, ҳомиладор бўлишни режалаштираётган ЮҚТК мавжуд аёлларда ўтказилиши керак. Симптомсиз кечадиган ЮҚТКга гумон қилинган аёлда субмаксимал ЮУТга (прогноз қилинган максимал ЮУТнинг 80%) эришиш тавсия этилади. Зўриқиш синамалари ўз-ўзидан ҳомила тушиб қолиши хавфини ошириши ҳақида ҳеч қандай илмий асосланган далиллар мавжуд



эмас. Велоэргометрияли стресс-Эхо-КГ кўпроқ маълумот бериши мумкин. Ҳомиладорлик даврида добутамин билан ўтказиладиган синама камдан-кам ҳолатларда ўтказилади, чунки ҳомиладорликнинг ўзи, қайсидир маънода, стресс-ҳолатдир; бошқа вариантлар мавжуд бўлса, добутамин билан ўтказиладиган синамани ўтказмаслик лозим.

**Ионлаштирувчи нурланиш.** Ионлаштирувчи нурланиш ҳомилага мумкин бўлган таъсирининг хавфи ҳомиладорлик муддатига ва берилаётган нурланиш дозасига боғлиқ бўлади. Хавфлар органогенез ва ҳомиладорликнинг эрта даврларида энг юқори, иккинчи триместрда пасаяди ва учинчи триместрда минималлашади. Ионлаштирувчи нурланишнинг (одатда 100-200 мГр дозаларда) одатий таъсирларига ҳомила ривожланишининг кечикиши, интеллектнинг пасайиши, хавфли ўсмалар ва неврологик нуқсонлар ривожланиши киради. Ионлаштирувчи нурланиш таъсирининг энг заиф муддатлари: ўсишнинг кечикиши учун 8-56 кунлар, микроцефалия учун 14-105 кунлар, интеллектуал етишмовчилик/тутқаноқлар/оғир рухий бузилишлар учун 56-105 кунлар ҳисобланади. Тахминан 20 мГр ионлаштирувчи нурланиш таъсирида ҳомилада хавфли ўсмалар ривожланишининг хавфи ортиши ҳақида маълумотлар мавжуд, бунда 10 мГр нурланиш таъсирида ҳар 3000 болага 1-2 та хавфли ўсмалар билан касалланиш кузатилади. Иложи бўлса, аралашувларни бирламчи органогенез даври яқунлангандан (ҳомиладорликнинг >12 ҳафталик муддатидан) кейин ўтказиш керак. Нурланишнинг барча тиббий дозалари “имкон қадар паст” бўлиши керак. Ионлаштирувчи нурланиш зарур бўлса, она билан хавф/фойда нисбати муҳокама қилиниши ва аралашувни ўтказиш учун розиликни олиш керак. Ҳомилага таъсир қилиш дозаси имкон қадар паст бўлиши керак (<50 мГр афзалроқ).

**Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва компьютер томографияси.** Кўкрак қафаси рентгенограммасида ҳомилага таъсир қиладиган радиациянинг дозаси <0,01 мГр бўлсада, бошқа усуллар касалликнинг сабабини аниқлай олмаганда ўтказилиши керак. Ўпка УТТ истиқболли муқобил визуализацион текширув усули ҳисобланади, бироқ, ҳомиладорлик даврида унинг ўтказилиши ҳали ҳам етарлича ўрганилмаган. Ҳомиладорлик даврида ЮҚТКни ташхислаш учун одатда КТ ўтказилиши талаб қилинмайди ва бошқа диагностик усуллар етарли бўлмаса, ўпка эмболияси ёки аорта патологиясини тасдиқлаш ёки истисно қилишдан ташқари ҳолатларда ўтказилмайди.

**Юрак катетеризацияси.** Диагностик мақсадларда юрак катетеризацияси камдан-кам ҳолатларда ўтказилади, бироқ, жарроҳлик амалиёти ўтказилиши учун талаб қилиниши мумкин. Жарроҳлик амалиёти тажрибали мутахассис томонидан амалга оширилса, билак артерияси орқали кириш афзалроқ ҳисобланади.

**МРТ.** Бошқа ноинвазив диагностик текширувлар аниқ ташхис қўйиш учун етарли бўлмаса ва ионлаштирувчи нурланишга асосланган тадқиқотларни истисно қилиш мумкин бўлса, МРТ текшируви афзалроқ ҳисобланади.

**В-турдаги N-чекланган мия натрий уретик пептидининг (NT-proBNP) даражасини аниқлаш.** Аъзолар дисфункциясининг хавф маркерларини аниқлаш усули – Fineware™ FIA MeterPlus/FS

113 экспресс анализаторида РОС-диагностик ноинвазив иммунофлюоресцент усул ҳисобланади ва стационар, тез тиббий ёрдам, амбулатор шароитларда қўлланилиши мумкин, катта эҳтимол билан (5-15 дақиқа ичида) шикастланишнинг дастлабки босқичларида полиорган дисфункция ривожланиши хавфи юқори бўлган беморларни аниқлаш, муайян терапевтик ва жарроҳлик чораларни қўриш зарурлигини асослаш имконини беради. Бу ЧҚнинг дисфункциясига гумон қилинган, илгари даволанмаган беморларни самарали текшириш ва унинг оғирлигини аниқ баҳолаш, ЮЕнинг оғир (диастолик, асимптоматик) шаклларини қиёсий ташхислаш, ЮЕнинг узок муддатли

прогнозини, шунингдек, терапия самарадорлигини ва клиник вазиятнинг динамикаси баҳолаш имконини беради. ЮЕда 50 ёшгача NT-proBNPнинг даражаси 300 пг/мл ни ташкил қилади. Юрак-қон томир тизими касалликларида ўткир нафас сиқиши сабабларида NT-proBNPнинг даражаси >300 пг/мл, нокардиал (ўпка билан боғлиқ) сабабларда <300 пг/мл ни ташкил қилади.

**“BGA-102” Wondfo (Rain Sen Da) анализаторида қондаги газлар таркиби ва кислота-ишқорий ҳолатни, электролитларнинг даражасини текшириш.** Хужайра ўз функциясини нормал бажариши учун хужайрадан ташқари суюқликнинг рН қиймати 7,4 атрофида ушлаб турилишига боғлиқ. Кислота-ишқорий гомеостазнинг бузилиши рН, рСО<sub>2</sub> ва НСО<sub>3</sub> кўрсаткичлари ўзгариши билан ифодаланади. Ушбу кўрсаткичлар референт қийматлар оралиғида бўлса, у ҳолда қоннинг нормал рН ни ушлаб туриш механизмлари етарли даражада ишлайди ва нормал КИХни сақлаб туради. Парциал босим (РаО<sub>2</sub>) ва кислород сатурацияси (СаО<sub>2</sub>) пасайиши, биринчи навбатда, ўпкада оксигенация жараёни бузилиши ёки юракнинг цианотик нуқсони, шунингдек, периферик қон айланишининг бузилиши (чап юрак гипоплазияси синдроми, аорта равоғи узилиши) ривожланганлигидан далолат беради. Қон айланишининг бузилиши КИХ ўзгариши ва метаболик ацидознинг ривожланиши билан бирга келади, бу дастлаб компенсацияланади (ВЕ пасаяди), кейин эса декомпенсацияланади (рН ва ВЕ пасаяди).

**Қон ивиш тизими кўрсаткичларини баҳолаш.** Тромб ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин бўлган ҳолатларда (ритм бузилиши, сунъий клапанлар, юрак камераларининг ифодаланган дилатацияси, қисқариш функциясининг кескин пасайиши, анамнезда тромбоземболиялар, Эхо-КГ маълумотларига кўра ЧҚ тромбози белгилари ва бошқ.) OGG-102 оптик анализаторида РОС-диагностик коагуляциянинг ноинвазив усули орқали ФҚТВ, ПТВ, ХНН, фибриноген кўрсаткичларини текшириш тавсия этилади.

**Миокард шикастланиши маркерларини аниқлаш.** TnT, сTn I тропонин даражалари ортиши ўткир миокардит ва ишемик шикастланишларда кузатиладиган миокард некрози ривожланганлигидан далолат беради ва Fineware™ FIA MeterPlus/FS 113 экспресс анализаторида РОС-диагностик ноинвазив иммунофлюоресцент усул ҳисобланади.

## Генетик текширувлар ва маслаҳатлашув

ЮҚТКга чалинган ота-оналардан ЮҚТК наслдан-наслга ўтиш хавфи юқори туради, бу тахминан

1% ни ташкил қилади. Касалликнинг турига қараб наслдан-наслга ўтиш хавфи 3% дан 50% гача ўзгариб туради. Аутосом-доминант касалликларда (масалан, Марфан синдроми, ГКМП ёки узайган QT интревали синдроми) наслдан-наслга ўтиш хавфи 50% ни ташкил қилади. Дилатацион кардиомиопатияларда генетик текширувлар ўтказилиши пренатал диагностикада маълумот бермайди, маълум бир бузилишлар ва юқори хавфга эга ҳолатлар бундан мустано. ВТЭси мавжуд аёлларда генетик текширув фақат анамнезида ВТЭА бўлган, табиий антикоагулянтлар танқислиги бўлган ёки ВТЭни қайта ўтказган ҳолатларда асосли ҳисобланади.

**Қуйидаги ҳолатларда генетик текширувлар ва маслаҳатлашув фойдали бўлиши мумкин:**

- ирсий ЎАГ ёки ўпканинг вена-окклюзив касаллигида;
- кардиомиопатиялар ва каналопатиялар (масалан, узайган QT интревали синдроми);
- ирсий аномалиялар (масалан, юракнинг цианотик нуқсонлари ёки икки тавақали клапан) билан боғлиқ бўлган туғма ЮҚТКда, ривожланиш ортда қолиши/ақлий заифлик каби бошқа дисморфик белгилар кузатилганда ёки аёлда бошқа экстракардиал туғма аномалиялар (масалан, Марфан синдроми ёки аортанинг бошқа ирсий касалликлари, 22q11

хромосомаси делецияси, Williams-Beuren, Alagille, Noonan ва Holt-Oram синдромлари) мавжуд бўлганда;

- аортанинг кўкрак қисмида патология мавжуд бўлганда;
- оила аъзоларида касаллик ҳолатлари маълум бўлганда.

**Пренатал диагностика.** Предгестацион ёки пренатал диагностик усуллар, хорион биопсияси ёки амниоцентезни ўз ичига олади. Маслаҳатлашув ихтисослаштирилган марказда мультидисциплинар мутахассисларнинг жамоаси иштирокида амалга оширилиши керак. Тўғри қарор қабул қилиш учун ҳар бир оилага индивидуал ёндашиш зарур. Ахлоқий ва ҳуқуқий нормаларга мувофиқ пренатал диагностик текширувни ўтказиш учун розилик олиниши керак.

## Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш

**Туғма ЮҚТКни аниқлаш.** Хромосомал аномалияларни аниқлаш учун ҳомилдорликнинг

12 ҳафтасида ҳомиланинг бўйин бўшлиғи қалинлиги ўлчаниши ҳомилада ЮТНни аниқлаш имконини беради. Юрак нуқсонларининг аксарияти бўйича 12 ҳафталик муддатда УТТнинг сезгирлиги ва спецификлиги мос равишда 85% ва 99% ни ташкил қилади. Ҳомиланинг бўйин бўшлиғининг нормал қалинлигида ЮТН частотаси тахминан 1/1000 ни ташкил қилади. Жиддий бузилишларни эрта ташхислаш ота-оналарга барча вариантларни, жумладан ҳомилдорликни тўхтатиш масаласини кўриб чиқишга имкон беради.

ЮТН мавжуд барча аёлларда ҳомилдорликнинг 19-22 ҳафталигида ҳомила Эхо-КГни ўтказилиши керак, бу эса барча ЮТНнинг 45% ни аниқлай олади. Текширув тажрибали мутахассислар томонидан ўтказилиши керак. Ҳомилада ЮТНга гумон қилинганда қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- ҳомиланинг батафсил Эхо-КГ;
- ёндош аномалияларни (бармоқлар ва суяклар) аниқлаш учун чуқурроқ текшириш;
- оилавий анамнез;
- онанинг анамнези: касалликлар, вирусли инфекциялар ёки тератоген таъсирга эга дори-воситаларни қабул қилиш;
- ҳомила кариотипи (масалан, юракнинг “цианотик” нуқсонларида 22q11.2 делецияси);
- фетал тиббиёти мутахассиси, болалар кардиологи, генетик ва неонатолог-шифокорининг маслаҳатлари;
- ихтисослаштирилган муассасада туғдириб олиш.

**Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш.** Ҳомиланинг ўсиши чекланишида фетал ва неонатал хавфларни минималлаштирган ҳолда, туғдириб олиш учун энг мақбул муддатни белгилаш муҳимдир. Ҳомиланинг яшаб қолиши ва ногиронликсиз туғилиш эҳтимоли 24 ва 28 ҳафталар орасида кунига тахминан 2% га ва ундан кейин 32 ҳафтагача кунига 1% га ошади. Киндик артерияси ва веноз найдачаги қон айланиши ҳолати туғдириб олишнинг энг мақбул муддатини белгилашга ёрдам беради.

## Ҳомилдорлик даврида онада ўтказиладиган жарроҳлик аралашувлар

**Тери орқали ўтказиладиган аралашувлар.** Аралашув ўтказилиши мутлақо зарур бўлса, иккинчи триместрда тўртинчи ой ўтиши оптимал вақт ҳисобланади. Бу вақтга келиб, органогенез тугалланган, ҳомиланинг қалқонсимон беши ҳали ҳам фаоллашмаган ва бачадон бироз катталашган бўлади, шунинг учун ҳомила ва кўкрак қафаси ўртасида кейинги даврларга қараганда кўпроқ масофа мавжуд бўлади. Ҳомилдорлик даврида ST-сегменти кўтарилиши билан кечадиган ЎКСни даволаш одатда тери орқали ўтказиладиган аралашувларни ўз ичига олади. Шу билан бир қаторда, ҳомилдор бўлмаган аёлларда бўлгани каби, тромбозис ўтказилиши мумкин, шунингдек, плазминогеннинг тўқима

активатори қўлланилиши мумкин (йўлдош орқали ўтмайди, бироқ, субплацентар қон кетиши каби геморрагик асоратларни келтириб чиқариши мумкин).

**Сунъий қон айланиш шароитида юракда жарроҳлик амалиётини ўтказиш.** Бугунги кунга қадар кўпгина кардиожарроҳлик аралашувлари пайтида оналар ўлими ҳолатлари кузатилиши ҳомиладор бўлмаган аёлларда бундай операциялар ўтказилиши билан бир хил. Бироқ, болалар ўлими ҳолатлари юқорилигича қолмоқда (~20%). Кардиожарроҳлик фақат медикаментоз терапия ёки интервенцион муолажалар самара бермаганда ва онанинг ҳаёти хавф остида бўлганда ўтказилиши тавсия этилади. Жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун энг асоратсиз муддат ҳомиладорликнинг 13 ва 28 ҳафталари оралиғида, операция вақтида она ва ҳомиланинг ҳолатини мажбурий назорат қилиш шарти билан ўтказилади. Ҳомиладорликнинг муддати 26 ҳафтадан ўтган бўлса, кардиожарроҳлик амалиёти ўтказилишидан аввал кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши муҳокама қилиниши мумкин. Ҳомиладорликнинг муддати  $\geq 28$  ҳафта ёки ундан ўтган бўлса, кардиожарроҳлик амалиёти ўтказилишидан аввал туғдириб олиш масаласи кўриб чиқилган бўлиши керак. Операциядан олдин, имкон қадар, кортикостероидларнинг тўлиқ курси якунланган бўлиши керак. Сунъий қон айланиш шароитида ҳомиланинг ЮУТни ва бачадоннинг тонусини назорат қилиш керак, ҳомила учун натижаларни яхшилаш учун операциянинг давомийлиги минималлаштирилиши керак.

### Туғдириб олиш муддатлари ва усуллари: она ва ҳомила учун хавфлар

Туғруқни чақириш, туғруқни олиб бориш ва туғруқдан кейинги кузатув бўйича батафсил маълумотлар билан туғдириб олиш режаси ишлаб чиқилган бўлиши керак. Туғдириб олиш режаси ишлаб чиқилган бўлиши ва аёл билан муҳокама қилиниши керак. Юрак-қон томир патологияси мавжуд ҳомиладор аёлларга ихтисослашган шифокорларнинг гуруҳи биргаликда ишлаши ўрта ва юқори хавфга эга бўлган барча аёллар учун мажбурий.

**Туғдириб олиш муддатлари.** ЮҚТК мавжуд барча аёлларда ҳомиладорликнинг 40 ҳафталик муддатларида туғруқни чақириш масаласи кўриб чиқилиши керак, бу кесар кесиш хавфини 12% га ва ўлик туғилиш хавфини 50% га камайтиради ва акушерлик асоратлари юқори бўлган ЮҚТК мавжуд аёлларда ушбу кўрсаткичлар юқорироқ бўлиши мумкин. Туғруқни чақириш муддатлари юрак-қон томир тизими кўрсаткичлари, акушерлик вазият, жумладан бачадон бўйни ҳолати, ҳомиланинг ҳолати ва ўпка етилганлигини баҳолаш билан белгиланади.

**Туғруқ фаолиятини индукция қилиш.** Туғруқни индукция қилиш учун мизопростол (25 мкг, простагландин E<sub>1</sub> (PGE<sub>1</sub>)) ёки динопростон (1-3 мг ёки 10 мг секин ажраладиган шакли (PGE<sub>2</sub>)) хавфсиз ҳисобланади. Шуниси эътиборга лойиқки, ЮҚТК мавжуд бўлмаган аёлларда мизопростолнинг катта дозалари (600 мкг) юрак-қон томир фаолиятига таъсир қилмайди, бироқ, назарий жиҳатдан коронар артериялари вазоспазми ва аритмия хавфини бартараф этмайди. Динопростон фақатгина миометрийга бевосита инъекция кўринишида юборилганда сезиларли даражада гипотензияга олиб келиши мумкин. Тизимли қон томир қаршилигининг пасайиши салбий оқибатларга олиб келадиган аёлларда туғруқ индукциясининг механик усулларига афзаллик берилади. ЮҚТК мавжуд аёлларда амниотомия ва окситоцин инфузияси хавфсиз қўлланилиши мумкин.

**Табиий туғруқ йўллари ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш.** Режалаштирилган кесар кесиш жарроҳлик амалиёти она учун ҳеч қандай фойда келтирмайди ва бу муддатдан аввал туғдириб олинишга ва ҳомила нисбатан кичик вазн билан туғилишга олиб келади. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш камроқ қон йўқотиш ва юқумли асоратлар, веноз тромбозлар ва эмболиялар хавфини камайтириш билан боғлиқ ва кўпчилик аёллар учун ушбу туғдириб олиш усули тавсия этилиши керак. Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти акушерлик кўрсатмаларга мувофиқ, шунингдек, перорал

антикоагулянтларни қабул қилувчи аёлларда, аортанинг оғир патологиясида ва ўткир баргараф этилмайдиган ЮЕда ўтказилиши керак. Бундан ташқари, ўпка гипертензиясининг оғир шакллари, жумладан Эйзенменгер синдромида кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади.

**Антикоагулянт терапияни қабул қилаётган аёлларни туғдириб олиш (механик клапани мавжуд аёллар бундан мустасно).** Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши режалаштирилаётган бўлса, операциядан камида 24 соат аввал ПМГни юборишни бекор қилиш мумкин. Шошилиш равишда туғдириб олиш масаласи кўриб чиқиляётганда, анти-Ха омилининг даражаси билан туғдириб олиш вақти белгиланади. Юқори хавф гуруҳга кирувчи аёлларда туғруқдан кейин 6 соат ўтгач ФГни юборишни қайта бошлаш мумкин. Хавф даражаси ўрта ва паст бўлган аёлларда ПМГнинг бир марталик профилактик дозаси юборилиши мумкин, масалан, тана вазни <50 кг бўлса, 20 мг эноксапарин юборилади, тана вазни 50-90 кг бўлса, 40 мг эноксапарин юборилади. ТВИ юқори бўлган аёлларда туғруқдан кейин 6 соат ўтгач ПМГни 0,5 мг/кг дозада юбориш мумкин ва ПМГнинг терапевтик дозалаш тартиби 12 соатдан кейин тикланиши мумкин.

Табий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш режалаштириляётган бўлса, хавф даражаси ўрта ва паст бўлган аёлларда регионал анестезияни ўтказишдан ёки туғруқдан 4-6 соат аввал ПМГни юборишни тўхтатиш керак.

**Антикоагулянт терапияни қабул қилаётган аёлларни шошилиш равишда туғдириб олиш.** Антикоагулянтларнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларни туғдириб олиш туғруқдан кейинги қон кетишларнинг юқори хавфи билан боғлиқ.

- ФГ қабул қилинаётганда протамин сульфати тайинланиши керак, аниқ доза ФГнинг охири дозаси юборилиши усули ва вақтига боғлиқ.
- ПМГ қабул қилинаётганда протамин сульфати ҳам тайинланиши керак, бироқ, ушбу ҳолатда қон кетиши хавфи сақланиб қолиши нафақат анти-Ха омилининг фаоллиги, балки ПМГнинг яримпарчаланиш даври ва тери ости инъекциясидан кейин абсорбция даври ўзоқроқ вақт давом этиши билан боғлиқ; шунинг учун протамин сульфатни такроран ёки инфузия кўринишида юбориш талаб қилиниши мумкин.
- ОАК қабул қилинаётганда, ҳомилада бош мия ичи қон кетиши ривожланиши хавфини камайтириш мақсадида кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш тавсия этилади. Антикоагулянтларнинг таъсирини реверсиялаш учун янги музлатилган плазмани (12-15 мл/кг) қўллагандан кўра, протромбин комплексининг тўрт факторли концентратини қўллаш яхшироқдир (аёлнинг тана вазнига, ХННнинг дастлабки ва мақсадли даражасига қараб, дозаси индивидуал равишда тайинланади), ХННнинг <1,5 даражасига эришиш учун реверсияни кесар кесиш жарроҳлик амалиётини бошлашдан аввал ўтказиш керак; бироқ, мавжуд алгоритмларнинг ҳеч бири ҳомиладор аёлларда ҳали ҳам валидизация қилинмаган. К витамини (5-10 мг в/и) ҳам тайинланиши мумкин, бироқ, ХННнинг даражаси пасайиши учун 8-12 соатгача вақт кетиши мумкин ва ушбу дори-восита антикоагулянт терапияни қайта бошлашни қийинлаштирадиган узок муддатли таъсирга эга. ОАК қабул қилиниши тўхтатилгандан кейин ҳомила 8-10 кун давомида гипокоагуляция ҳолатида қолиши мумкин ва янги музлатилган плазма, шунингдек, К витамини қўлланилишига муҳтож бўлиши мумкин.

**Туғруқда гемодинамик кўрсаткичларни назорат қилиш.** ЮҚТК мавжуд барча аёлларда туғруқда АҚБ ва ЮУТни назорат қилиш керак. Пульсоксиметрия ва узлуксиз ЭКГ-мониторинги декомпенсациянинг дастлабки белгиларини аниқлашга ва шошилиш равишда туғдириб олинишга муҳтож бўлган аёлларни аниқлашга имкон беради. Сван-Ганц катетери ўрнатилиши бўйича исботланган далиллар мавжуд эмас ва бу кўпинча асоратларга олиб келади ва аксарият ҳолатларда қўлланилмаслиги лозим. Юқори хавф гуруҳига

кирувчи (ЎГ) баъзи аёлларда ўнг бўлмача босимини назорат қилиш масаласи кўриб чиқилиши мумкин.

**Анастезия/аналгезия.** Эпидурал аналгезия кенг қўлланилади, чунки у туғруқда оғриқни енгиллаштиради ва жарроҳлик аралашуви ўтказилиши учун зарур анестезияни таъминлаши мумкин. Бироқ, регионал анестезия кўпинча тизимли гипотензияга олиб келади (10%), шунинг учун, айниқса юрак клапанлари обструкцияси мавжуд ёки қоринчалар функцияси пасайган аёлларда жуда эҳтиёткорлик билан уни титрлаш керак. Бундай аёлларда АҚБнинг инвазив мониторингини ўтказиш катта афзаллик ҳисобланади. В/и юбориладиган барча дори-воситалар жуда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак.

**Туғруқни олиб бориш.** Туғруқда аёлнинг жисмоний фаоллиги ҳомиланинг боши тушишига кўмаклашиши мумкин ва чап ён томонда ётиш ҳомиладор бачадон томонидан ковак вена қисилишини камайтириши мумкин. Ҳомиланинг боши максимал тушишини таъминлаш учун туғруқнинг иккинчи даври актив фазасини 2 соатга кечиктириш керак, чунки бу туғруқнинг иккинчи даври актив фазасининг давомийлигини қисқартиради. Кўрсатмаларга мувофиқ туғруқнинг иккинчи даврини енгиллаштириш учун акушерлик қисқичлар ёки вакуум-экстрактор қўлланилиши мумкин. Шунингдек, ҳомиланинг ЮУТни узлуксиз назорат қилиш тавсия этилади.

**Онанинг ҳаётига хавф туғдирадиган ҳолатларда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш.** Онанинг ҳаётига хавф туғдирадиган ўткир ҳолат ривожланганда, куйидаги сабабларга кўра аёл шошилиш равишда туғдириб олиниши керак:

- биринчидан, туғувчи аёлни муваффақиятли реанимация қилиш имкониятини ошириш ва,
- фақат иккинчи навбатда, ҳомиланинг яшаб қолиш эҳтимолини ошириш.

Шошилиш равишда туғдириб олиш масаласи ҳомиладорликнинг 24 ҳафталик муддатидан бошлаб кўриб чиқилиши керак, чунки бу вақтгача бачадон ковак венага кам даражада босим ўтказиши ва бу давргача ҳомиланинг яшаб қолиш эҳтимоли жуда паст бўлади. Юрак тўхтаб қолгандан сўнг аёл 4 дақиқа ичида туғдириб олиниши керак.

**Туғруқдан кейинги парвариш.** Окситоциннинг (ҳомила туғилгандан кейин дарҳол 10 дақиқа ичида 2 ХБ ва 4 соат давомида 12 мХБ/дақ. кейинги юбориш) секин в/и инфузияси ТКҚК хавфини камайтиради ва юрак-қон томир тизимига минимал таъсир кўрсатади. PGE аналоглари ТКҚКни даволашда қўлланилиши мумкин, бироқ, эргометрин ва PGF аналогларини қўлламалик керак. Тромбоэмболиянинг хавфини камайтиришда компрессион трикотаж ва амбулатор кузатувга эрта ўтказиш муҳим аҳамиятга эга. Айниқса туғруқдан кейинги 24-48 соат мобайнида юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларда туғруқдан кейинги давр сезиларли гемодинамик ўзгаришлар ва суюқликнинг қайта тақсимланиши билан боғлиқ, бу ЮЕ ривожланиши билан асоратланиши мумкин. Шунинг учун юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларда туғруқдан кейин 24-48 соат мобайнида гемодинамикани кузатиб бориш керак. Бета-блокаторларни қабул қилишда 48 соат мобайнида янги туғилган чақалоқларнинг ҳолатини кузатиб бориш тавсия этилади.

**Кўкрак сути билан озиқлантириш.** ЮОТК билан касалланган барча аёлларга, имкон қадар, кўкрак сути билан озиқлантиришни тавсия қилиш керак. Қўлланиладиган дори-воситаларнинг аксарияти кўкрак сутига ўтади ва шунинг учун кўкрак сути билан озиқлантириш учун қарши кўрсатма сифатида хизмат қилиши мумкин. Заруратга кўра, каберголиннинг стандарт дозалари (2 кун давомида ҳар 12 соатда 0,25 мг дан) билан лактацияни бостиришга эришиш мумкин. Каберголин бўлмаса, бромкриптин (туғруқдан кейин 2,5 мг, кейин 14 кун давомида 2,5 мг дан кунига 2 маҳал) тайинланиши мумкин.

## Контрацепция ва ҳомиладорликни тўхтатиш усуллари, шунингдек, экстракорпорал уруғлантириш

Контрацепциянинг ҳар қандай усулини қўллашда хавфлар баҳоланиши керак. Ҳар бир ўзига хос касаллик ҳолатида хавфлар алоҳида баҳоланади. Малакали кардиолог ёки акушер-гинеколог контрацепциянинг маълум бир усулини тавсия қилиши керак ва улар кутилмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш мақсадида менархе бошланиши билан тайинланиши керак. Асосий муаммоларга усулнинг ишончилиги, энг кўп учрайдиган асоратлар: тромбозлар ва инфекцияларнинг ривожланиши хавфи киради.

Гормонал контрацепция, асосий таъсиридан ташқари, ҳайз даврини нормаллаштириш, анемиянинг олдини олиш, дисменорея ва гиперандрогенизм ҳолатларини камайтириш каби бир қатор афзалликларга эга бўлиши мумкин.

Таркибида этинилэстрадиолни сақловчи контрацептивлар тромбозлар ривожланиши бўйича энг юқори хавфга эга ва тромбозэмолик касаллик ривожланиши бўйича хавфи юқори бўлган аёллар учун тавсия этилмайди. Улар, шунингдек, АҚБни оширади ва илгари мавжуд бўлган АГ ҳолатларида қўлланилмайди.

Монокомпонентли прогестин контрацептивлари муқобил восита ҳисобланади, чунки улар коагуляция омиллари, АҚБ ва липидлар даражасига кам таъсир кўрсатади (тери ости ёки инъекцион имплантлар) ёки ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди (таркибида левоноргестрелни сақловчи бачадон ичи воситаси ёки перорал дезогестрел). Перорал дезогестрел овуляцияни бостиради, бу ТПКС, эндометриоз ёки БАҚК мавжуд аёллар учун фойдали бўлиши мумкин. Узоқ муддатли реверсив контрацептив таъсирга эга таркибида левоноргестрелни сақловчи тери ости имплантлари ёки бачадон ичи воситалари энг хавфсиз ва самарали контрацептив воситалар ҳисобланади. Бироқ, бачадон ичи воситаси ўрнатилиши вазо-вагал реакцияни келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун БИВ, айниқса Фонтен операциясини ўтказган ва Эйзенменгер синдроми билан касалланган аёлларда стационар шароитда ўрнатилиши керак. Ҳайз кўриш давларида қон кетиши кўпайишига олиб келиши мумкин бўлган таркибида мисни сақловчи бачадон ичи воситалардан фарқли ўлароқ, таркибида левоноргестрелни сақловчи бачадон ичи воситалари  $\leq 60\%$  аёлларда ҳайз кўриш даврини аменореягачан қисқартиради.

Контрацепциянинг барьер усуллари ишончсиз ҳисобланади, бироқ, КЧАЯК хавфини камайтиради. Контрацепциянинг барьер ва узоқ муддатли қайтариладиган усуллари (левоноргестрел асосида реверсив контрацепция, таркибида прогестинни сақловчи имплант ёки бачадон ичи воситаси) биргаликда қўллаш яхши ёндашув ҳисобланади.

Таркибида мисни сақловчи бачадон ичи воситаси шошилиш контрацепциянинг энг самарали усули ҳисобланиб, қўшимча равишда доимий контрацепцияни таъминлайди. Шу билан бир қаторда, химояланмаган жинсий алоқадан кейин 72 соат ичида 1,5 мг левоноргестрелнинг бир марталик дозаси қабул қилиш мумкин (самарасизлиги 1,1% ни ташкил қилади), тромбозлар хавфи ортиши ҳақида ҳеч қандай маълумотлар мавжуд эмас. Прогестерон рецепторлари модулятори – улипристал ацетати левоноргестрелга қараганда самаралироқ эканлиги аниқланган. Улипристал қўлланилиши тромботик асоратларнинг юқори хавфи билан боғлиқ эмас.

Аёл учун ҳомиладор бўлиш тақиқланган бўлса ёки тўлиқ оила мавжудлиги сабабли аёл ҳомиладор бўлишни режалаштирмаётган бўлса, бачадон найларини боғлаш мақсадга номувофиқ ва асоссиз ҳисобланмайди. ЎАГ, цианози мавжуд ва анамнезда Фонтен операциясини ўтказган аёлларда лапароскопия хавф билан боғлиқ, ва, эҳтимол, регионал анестезия остида ўтказиладиган гистероскопияда хавф биров пастроқ бўлиши мумкин. Вазэктомия ҳам контрацепциянинг самарали усули ҳисобланади.

**Ҳомиладорликни тўхтатиш усуллари.** Онда асоратлар ривожланиши ёки ўлим хавфи ва/ёки ҳомилада ривожланиш нуқсонлари хавфи юқори бўлса ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи муҳокама қилиниши керак. Ҳомиладорликни тўхтатишнинг ҳам медикаментоз,

хам жарроҳлик усуллари самарали ҳисобланади. ЮҚТК мавжуд аёлларда ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш афзалроқдир, чунки медикаментоз усуллар қўлланилгандан сўнг шошилиш жарроҳлик аралашувга бўлган эҳтиёж кўпроқ кузатилади (0,6% га нисбатан 2,1%). Эндометрит хавфини камайтириш учун антибиотиклар тайинланади ва, шу билан бирга, антибиотикларни тайинлаш схемаси эндокардитни олдини олишни таъминлайдиган схемага ўзгартирилиши керак. Ҳомиладорликни медикаментоз тўхтатиш усуллари ҳомиладорликнинг 9 ҳафталик муддатига қадар мизопропростолнинг камайтирилган дозаси (100 мкг) ёрдамида амалга оширилиши мумкин.

**Экстракорпорал уруғлантириш.** ЮҚТК билан касалланган кўпчилик аёлларда бепуштлиқ кузатилиши частотаси умумий популяциядаги аёллар билан бир хил туради, бироқ, бундай аёлларни олиб бориш қийинроқ. ЮҚТКнинг баъзи шакллари (ЎГ ва Фонтен операцияси) билан касалланган аёлларда гистероскопия ва лапароскопия ўтказилиши ҳаёт учун хавfli бўлиши мумкин ва тегишли ҳажмда ёрдам кўрсата оладиган ихтисослаштирилган марказда амалга оширилиши керак. ЁРТ асоратлар хавфини оширади: суперовуляция тромбознинг хавф омили бўлиб, сезиларли даражада суюқликнинг қайта тақсимланиши ва тромбоз хавфи янада ортиши билан кечадиган ТГС билан асоратланиши мумкин. ТГС ривожланиш эҳтимолини ҳайз даврини диққат билан кузатиб бориш ва гонадотропин-релизинг-гормони антагонисти билан биргаликда фолликуланнинг етилишини таъминловчи гормонининг паст дозаларини қўллаш, барча эмбрионларни музлатиш ёки бир дона эмбрионни ўтказиш орқали камайтириш мумкин. Охирги вариант ЮҚТК мавжуд аёллар учун қатъян тавсия этилади, чунки кўп ҳомилалик ҳомиладорлик юрак-қон томир тизимидаги катта ўзгаришлар ва онада асоратлар ривожланиши билан боғлиқ. ЖССТнинг модификацияланган таснифи бўйича IV тоифага кирувчи аёлларга ҳомиладор бўлиш ва бепуштлиқни даволаш тақиқланган. ЖССТнинг таснифи бўйича III тоифага кирувчи ёки антикоагулянтларни қабул қилаётган аёлларда суперовуляция хавфи жуда юқори туради ва табиий ҳайз даврида ЭКУ кўринишидаги муқобил вариантларни кўриб чиқиш керак.

### Тавсиялар бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Ҳомиладор бўлишдан олдин аниқланган ёки гумон қилинаётган туғма ва орттирилган ЮҚТК ва аорта касалликлари мавжуд барча аёлларда хавфни баҳолаш ва текширувлардан ўтиш тавсия этилади	I	C
ЖССТнинг модификацияланган таснифидан фойдаланган ҳолда, ЮҚТК мавжуд репродуктив ёшдаги барча аёлларда уруғлантиришдан олдин ва кейин хавфни баҳолаш тавсия этилади	I	C
Юқори хавф гуруҳига кирувчи аёллар юрак-қон томир патологияси мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб боришга ихтисослашган мультидисциплинар шифокорларнинг жамоаси томонидан ихтисослаштирилган марказда даволаниши тавсия этилади	I	C
Тажрибали мутахассис томонидан ўтказиладиган ҳомила Эхо-КГ ҳомилада бузилишлари хавфи юқори бўлганда тавсия этилади	I	C
Биринчи аниқланган/тушунарсиз шикоятлари ёки ЮҚТК белгилари мавжуд ҳар қандай ҳомиладор аёлда Эхо-КГни ўтказиш тавсия этилади	I	C
Кардиожарроҳлик аралашуви ҳомиладорликнинг 24 ва 37 ҳафталари орасида ўтказилаётган бўлса, онага глюкокортикостероидлар тайинланади	I	C
ЮҚТК билан касалланган аксарият аёлларда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш усули афзал кўрилган чора ҳисобланади	I	C



ЮҚТК билан касалланган барча аёлларда ҳомиладорликнинг 40 ҳафталик муддатида туғруқ индукцияси ўтказилади	<b>Па</b>	<b>С</b>
ЮТН ёки ЮҚТК билан боғлиқ бўлган туғма ритм бузилишлари, кардиомиопатиялари, аорта касалликлари ёки генетик мальформациялари мавжуд аёллар генетик-шифокори томонидан маслаҳатлашувдан ўтишлари керак	<b>Па</b>	<b>С</b>
Ташхисни верификациялаш учун Эхо-КГ етарли бўлмаса, МРТ ўтказилиши мумкин	<b>Па</b>	<b>С</b>
Аёлга жарроҳлик аралашуви ўтказилиши зарур бўлса, ҳомиладорликнинг муддати $\geq 26$ ҳафталик бўлганда жарроҳлик аралашувини ўтказишдан аввал туғдириб олиш масаласи муҳокама қилиниши керак	<b>Па</b>	<b>С</b>
Акушерлик кўрсатмаларга мувофиқ ёки аортанинг кўтарилувчи қисмининг $>45$ мм дилатацияси, оғир аортал стенози, орал антикоагулянтларни қабул қилиш фонидан муддатдан олдинги туғруқ содир бўлган, Эйзенменгер синдроми ёки оғир юрак етишмовчилиги мавжуд аёлларда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак	<b>Па</b>	<b>С</b>
Бошқа текширув усуллари афас сиқишининг сабабини аниқлай олмаса, кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилиши муҳокама қилиниши мумкин	<b>Пб</b>	<b>С</b>
Юрак катетеризацияси қатъий кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилиши мумкин	<b>Пб</b>	<b>С</b>
КТ ва электрофизиологик текширувлар баъзи аёлларда ҳаётий кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилиши мумкин	<b>Пб</b>	<b>С</b>
Консерватив даво самара бермаганда, шунингдек, онанинг ҳаётига хавф солувчи ҳолатлар юзага келганда ва тери орқали ўтказиладиган аралашувлар ёрдамида бартараф этилmaidиган ҳолатларда ҳомиладорлик даврида сунъий қон айланиш шароитида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлар ва юрак клапанларида ўтказиладиган аралашувлар муҳокама қилиниши мумкин	<b>Пб</b>	<b>С</b>
Туғруқ пайтида эндокардитни олдини олиш мақсадида антибиотикларни тайинлаш тавсия этилмайди	<b>Ш</b>	<b>С</b>

## Инфекцион эндокардит

Клапанларда ёки клапанлар ости структураларида вегетациялар ҳосил бўлиши, уларнинг деструкцияси, клапаннинг функцияси бузилиши ва унинг етишмовчилиги ривожланиши билан кечадиган эндокарднинг инфекцион полипоз-яралик яллиғланишидир.

ИЭ камдан-кам ҳолатларда ривожланади, бунда умумий йиллик касалланиш кўрсаткичи ЮТН мавжуд 1000 та беморга 1 ҳолат ва клапаннинг протези мавжуд 1000 беморга 3-12 ҳолатни ташкил қилади.

- Бирламчи ИЭ ўзгармаган клапанлар фонидан эндокарднинг инфекцион шикастланиши ривожланиши билан тавсифланади.
- Иккиламчи ИЭ нисбатан кўпроқ учрайди. Бунда патоген микроорганизмлар аввалги ўзгарган клапанлар ва клапанлар ости структураларини шикастлайди, жумладан юракнинг ревматик нуқсонлари, сунъий клапанлари мавжуд аёлларда ҳам.

ИЭда кўпроқ икки тавақали ва аорта клапанлари, камдан-кам ҳолатларда уч тавақали ва ЎА клапани шикастланади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I33</b>	Ўткир ва нимўткир инфекцион эндокардит
<b>I38</b>	Эндокардит, клапан аниқланмаган
<b>I39</b>	Бошқа рукнларда таснифланган касалликларда эндокардит ва юрак клапанларининг шикастланиши
<b>B37.6</b>	Кандидоз эндокардит
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Профилактикаси

Профилактик мақсадларда ҳомиладор бўлмаган аёлларда қўлланиладиган каби бир хил дори-воситалар тайинланади. Ишончли далиллар мавжуд бўлмаганлиги сабабли, табиий туғруқ йўллари ёки кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олишда антибиотикопрофилактика тайинланмайди. ИЭнинг олдини олиш учун умумий гигиена чоралари, асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш муҳим аҳамиятга эга.

## Диагностикаси ва хавфни баҳолаш

Ҳомиладорлик даврида ИЭ ташхиси ҳомиладор бўлмаган аёлларда ташхис қўйиш бўйича бир хил мезонларни ўз ичига олади. ИЭ фонида ўткир ривожланадиган клапан етишмовчилиги оғир кечади ва кўпинча оғир ЮЕни келтириб чиқаради. Шунингдек, кўпинча церебрал ва периферик эмболиялар юзага келади. ИЭ билан касалланган ҳар бир ҳомиладор аёлни даволаш масаласи ихтисослашган шифокорлар гуруҳи билан муҳокама қилиниши керак.

## Даволаш

ИЭни эрта ташхислаш ва адекват даволаш оналар ва перинатал ўлим ҳолатларини камайтиришда муҳим роль ўйнайди. Шу муносабат билан, ноаниқ юқори иситма ва юракда шовқини мавжуд барча ҳомиладор аёлларда ИЭни истисно қилиш тавсия этилади. ИЭ ҳомиладор бўлмаган аёлларда даволанган каби даволанади. Антибиотиклар клиник тавсияларга мувофиқ, флора ва антибактериал препаратларга сезгирлик бўйича қон экмасини, шунингдек, антибиотикларнинг потенциал фетотоксик таъсирини инобатга олган ҳолда қўлланилиши керак. Ҳомиладорликнинг барча триместрларида қўллаш учун рухсат этилган антибиотикларга пенициллин, ампициллин, амоксициллин, даптомицин, эритромицин, мезлоциллин, оксациллин ва цефалоспоринлар киради. Аминогликозидлар ва тетрациклинларни қўллашда ҳомиладорликнинг барча триместрларида ҳомила учун маълум бир хавф мавжуд, шунинг учун улар фақат ҳаётий кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилиши лозим.

Юқори фетал хавфни инобатга олган ҳолда, ҳомиладорлик даврида клапанларда жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарурати ҳақида қарор қабул қилиш қийин. Ўткир клапан етишмовчилиги фонида медикаментоз даволашга жавоб бермайдиган кардиоген шок ёки ЮЕ ривожланганда шошилиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш мажбурийдир. Ҳомиланинг яшаб қолиши эҳтимоли мавжуд бўлса, имкон қадар, жарроҳлик амалиётини ўтказишдан аввал аёл туғдириб олиниши лозим. Ушбу тоифага кирувчи аёллар ихтисослаштирилган марказларда даволаниши ва мутахассисларнинг махсус гуруҳлари томонидан назорат қилиниши керак.

## Инфекцион эндокардитни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Туғруқ пайтида эндокардитни олдини олиш мақсадида антибиотикларни тайинлаш тавсия этилмайди	Ш	С

## Юракнинг туғма нуқсонлари ва ўпка гипертензияси

### Ўпка гипертензияси

ЎГ – ўпка томирлари қаршилигининг ривожланиб борувчи ортиши (юракнинг ўнг камералари катетеризациясига кўра ЎАда босимнинг ўртача  $\geq 25$  мм сим. уст. кўтарилиши) билан тавсифланадиган касалликлар гуруҳидир, бу ЎҚ етишмовчилиги ва эрта ўлимга олиб келади. ЎПнинг сабаблари кўп.

“ЎАГ” атамаси ЎАда босимнинг  $\leq 15$  мм сим. уст. дан кўтарилмаслиги ва ўпка томирлари қаршилигининг  $>3$  Вуд бирлиги билан намоён бўладиган ЎГ гуруҳини тавсифлайди.

Даволашсиз идиопатик ЎГ ўртача 2,8 йил давомида ўлимга олиб келади. ЎАГ аёлларда кўп учрайди ва ҳомиладорлик даврида клиник жиҳатдан манифестация қилиши мумкин.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I27.0</b>	Бирламчи ўпка гипертензияси
<b>I27.2</b>	Бошқа иккиламчи ўпка гипертензияси
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

### Аёл учун хавфлар

ЎГнинг турига қараб фарқ қилувчи оналик натижалари янги даволаш усуллари мавжудлиги ва мултидисциплинар ёндашув кўлланилиши туфайли яхшиланди. Ҳозирги вақтда ҳомиладорлик даври хавфсизроқ кечсада, ЎАГ мавжуд аёлларда ўлим даражаси юқориликча қолмоқда (16-30%). ЎГ хуружи, ўпка тромбози ва ЎҚ етишмовчилиги оналар ўлимнинг энг кўп учрайдиган сабаблари ҳисобланади. Оналар ўлими бўйича хавф омиллари орасида ЎГнинг оғирлик даражаси, шифохонага кеч госпитализация қилиниш ва, эҳтимол, умумий оғриқсизлантиришни қўллаш киради. ЎАГ мавжуд аёлларга ҳомиладор бўлмаслик тавсия этилади ва аёл ҳомиладор бўлиб қолган бўлса, ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи муҳокама қилиниши керак. Энг юқори хавф даврлари туғруқ ва туғруқдан кейинги эрта давр ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг хавфсиз кечишини белгилайдиган ЎАда босимнинг чегаравий қиймати мавжуд бўлмасада, босими бироз кўтарилган аёлларда хавф нисбатан камроқ бўлади.

### Акушерлик ва перинатал хавфлар

Айниқса муддатдан аввал туғдириб олиш ҳолатларида, онада ЮҚХ секинлашиши ёки гипоксемия ҳолатларида перинатал ўлим ҳолатлари сони кўпайиши (0-30%) кузатилади.

### Олиб бориш тактикаси

ЎГ бўйича стандарт диагностик алгоритмга риоя қилиш керак. Эхо-КГ асосий диагностик текширув усули бўлиб, бошқа диагностик текширувлар ўтказилиши индивидуал равишда режалаштирилади. Аёлнинг ҳолати диагностик жиҳатдан аниқ бўлмаганда ва текширув ўтказилиши муҳим терапевтик қарорларни қабул қилишга ёрдам берадиган бўлса, юракнинг ўнг камералари инвазив катетеризациясини ўтказиш тавсия этилади. Ушбу аралашув зарур бўлса, у ихтисослаштирилган марказда амалга оширилиши

керак. Оғирлашган оилавий анамнезда генетик-шифокори томонидан маслаҳатлашув ўтказилади.

ЎГ мавжуд ҳомиладор аёл мультидисциплинар жамоа томонидан назорат қилиниши керак. Бу тез-тез (учинчи триместрда – ҳар ҳафта) ташриф буюришни талаб қилиши мумкин. Ҳар бир ташрифда кислороднинг сатурациясини ўлчаш ва ЎҚ функциясини баҳолашни ўз ичига олган чуқурроқ текширувлар ўтказилиши керак. Клиник жиҳатдан зарур бўлса, ётоқ тартиби талаб қилиниши мумкин ва кўшимча хавф омиллардан (масалан, авиақатновлардан) сақланиш керак.

Тромбоэмболия хавфи жуда юқори туради, шунинг учун антикоагулянт терапия тайинланишини муҳокама қилиш керак.

ЮЕ мавжуд аёлларга диуретиклар тайинланиши талаб қилиниши мумкин. Темир танқислигини ҳам даволаш керак. ЎАГ мавжуд аёлларда ҳомиладорлик юқори хавфга эга ҳолат ҳисобланади, шунинг учун даволанишни тайинлаш фаол равишда муҳокама қилиниши керак. Бозентан ва бошқа эндотелин рецепторлари антагонистлари эмбриопатия билан боғлиқ ва она томонидан хавфнинг сезиларли даражада ортишига олиб келмаса, улар бекор қилиниши керак. Аёлларни даволашда индивидуал ёндашув талаб этилади ва кўплаб ҳолатларда силденафилни оғиз орқали тайинлаш билан даволаш бошланади. ККБни тайинлаш асоратлар хавфини камайтиради ва давом эттирилиши керак.

### Туғдириб олишни режалаштириш

Туғдириб олиш, жумладан туғдириб олишнинг оптимал йўли ва муддатлари ЮҚТК мавжуд ҳомиладор аёлларга ихтисослашган ёрдам кўрсата оладиган шифокорлар гуруҳи томонидан белгиланиши керак. Туғруқдан кейинги даврда интенсив терапия ва механик қўллаб-қувватлаш зарурати муҳокама қилиниши керак. Одатда умумий оғриқсизлантиришга қараганда маҳаллий оғриқсизлантириш афзалроқ ҳисобланади. Сийдик чиқишини диққат билан назорат қилиш ва ЎҚ функциясини оптималлаштириш яхши натижанинг асосий омилларидир. Туғруқдан кейин аёллар кўп ойлар давомида юқори хавф гуруҳида қоладилар ва ўтказилаётган терапияни муҳокама қилиш ва келажакда ҳомиладор бўлишдан сақланиш учун индивидуал маслаҳатлашув ўтказилиши керак. Туғруқдан кейинги эрта даврда терапияни давом эттириш керак.

### Эйзенменгер синдроми

Бу юқори, қайтарилмас ЎГ бўлиб, қоннинг ўнгдан чапга ўтиши билан кечадиган операция қилинмайдиган ЮТНда ривожланадиган синдром ҳисобланади. Ўпка томирларида склеротик ўзгаришлар, цианоз, кўп аъзоларда шикастланишлар билан намоён бўлади. КТД, аорта декстрапозицияси, ЎҚ гипертрофияси Эйзенменгер синдромининг потенциал сабаблари ҳисобланади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I27.8</b>	Ўпка юрак етишмовчилигининг бошқа аниқланган турлари
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

### Аёл учун хавфлар

Эйзенменгер синдроми билан касалланган аёллар кўшимча асоратлар ривожланиши (цианоз, қоннинг ўнгдан чапга ўтиши ва парадоксал эмболия) туфайли алоҳида эътиборни талаб қилади. Ҳомиладорлик даврида тизимли вазодилятация қоннинг ўнгдан чапга ўтишини оширади ва ўпкага борадиган қон оқимини пасайтиради, натижада цианоз кучаяди ва ЮҚХ секинлашади. Оналар ўлими даражаси юқори туради (20-50%) ва ҳомиладорликни тўхтатиш масаласи муҳокама қилиниши керак, бироқ, бу ҳам хавф туғдиради.

## Ҳомила учун хавфлар

Кўплаб ҳолатларда ўз-ўзидан ҳомила тушиб қолиши кузатилади. Онда ривожланадиган гипоксемия нохуш натижаларнинг энг муҳим предиктори ҳисобланади.

## Олиб бориш тактикаси

Эйзенменгер синдромисиз кечадиган ЎАГ мавжуд аёлларни олиб боришда кўплаб тамойиллар қўлланилади. Бироқ, Эйзенменгер синдроми мавжуд аёлларда тромбоцитопения, К витаминига боғлиқ қон ивиши омилларининг етишмаслиги ва қон кетиши хавфи юқори туради. Шунинг учун антитромбоцитар терапияни ёки ПМГни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак. Илғор даволаш усуллари қўлланилиши бўйича далилларга асосланган маълумотларнинг сони чекланган. Бироқ, кўпинча силденафил ва бошқа фосфодиэстераза ингибиторлари қўлланилади. Тўсатдан тизимли томирларнинг кенгайишига ёки парадоксал эмболия хавфига олиб келиши мумкин бўлган (вена ичига юбориладиган) дори-воситаларни эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим. ЎГ мавжуд аёлларда туғруқни олиб бориш тамойилларига мувофиқ туғруқ олиб борилади.

## Ўпка гипертензиясиз кечадиган цианотик юрак-қон томир касалликлари

Цианотик (“кўк”) ЮТН – бу қоннинг ўнгдан чапга ўтиши, артериал ва веноз қон аралашishi билан кечадиган ЮТН. Цианозга олиб келиши туфайли ушбу ЮТН “кўк” нуқсонлар деб аталади, организмда кислород етишмаслиги туфайли тери қопламлари кўк-кул рангда бўлади. Бундай нуқсонларга персистловчи артериал поя, ўпка веналари бирикмасининг тотал аномалияси, Фалло тетрадаси, МҚТТ ва уч тавақали клапаннинг тўғма стенози киради.

## Аёл учун хавфлар

Цианотик ЮТН одатда аёл ҳомиладор бўлишидан аввал операция қилинади, бироқ, баъзи компенсацияланган, операция қилинмайдиган ёки паллиатив даво ўтказилган ҳолатлар репродуктив ёшда ҳам кузатилади. Цианози мавжуд ҳомиладор аёлларнинг  $\geq 15\%$  да асоратлар (ЮЕ, тромбоз, аритмия ва эндокардит) ривожланади. Она учун натижалар сатурациянинг даражасидан кўра, кўпроқ асосий касаллик ва қоринчалар функциясига боғлиқ бўлади.

## Ҳомила учун хавфлар

Сатурация даражаси  $>90\%$  бўлса, ҳомила учун натижалар одатда яхши бўлади (10% ҳолатларда ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши кузатилади). Сатурация даражаси  $<85\%$  бўлса, ҳомила ўсиши чекланиши, муддатдан олдинги туғруқ ва ҳомиланинг нобуд бўлиши ҳолатлари тез-тез учрайди ва бундай вазиятда ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди (тирик ҳомила туғилиши эҳтимоли 12% ни ташкил қилади).

## Юракнинг специфик туғма нуқсонлари

### Чап қоринча чиқиш тракти обструкцияси

ЧҚ чиқиш тракти обструкцияси ёки субаортал обструкция – гипертрофик кардиомиопатиянинг обструктив шаклига хос бўлган юракнинг ички қон айланиши бузилиши бўлиб, кўпинча идиопатик гипертрофик субаортал стеноз деб номланади. Бу ЧҚда систолик ва диастолик босимнинг ошишига, камераларнинг бўшаш вақти узайишига, миокард ишемиясига ва ЮҚХ секинлашишига олиб келади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q24.4</b>	Туғма субаортал стеноз
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

ЧҚ чиқиш тракти клапан усти ва клапан ости обструкцияси мавжуд аёлларни олиб бориш тамойилари аортал стенози мавжуд аёлларни олиб бориш билан бир хил. Бироқ, баллонли вальвулопластика ушбу патологияни даволаш усули сифатида хизмат қилмайди.

## Бўлмачалараро тусиғи дефекти

БТД – бу қоннинг чапдан ўнга ўтишига ҳамда ЎБ ва ЎҚ ҳажм туфайли ортиқча юкланишига олиб келадиган бўлмачалараро тўсиғидаги нуксон ҳисобланади. Болаларда камдан-кам ҳолатларда симптомсиз кечади, бироқ, 20 ёшдан кейин узоқ муддатли асоратлар, жумладан ЎГ, ЮЕ ва аритмияларга олиб келади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q21.1</b>	Бўлмачалараро тусиғи дефекти
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

БТД операция қилинган аксарият аёлларда (ЖССТнинг таснифи бўйича I хавф даражаси) ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Операция қилинмаган БТД мавжуд аёлларда тромбоемболик асоратлар юзага келиши мумкин (5%). Баъзида, айниқса, БТД коррекция қилинмаган ёки катта ёшда тўсиқ ёпилиб кетиши ҳолатлари бўлмачалар аритмиясига олиб келиши мумкин.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Коррекция қилинмаган БТД мавжуд аёлларда кўпинча преэклампсия ва ҳомила ўсиши чекланиши ривожланиши мумкин.

## Олиб бориш тактикаси

Ҳомиладорлик даврида очик овал тешикни эндоваскуляр тарзда окклюдер билан ёпишилиши камдан-кам қўлланилади, бироқ, ўтказилиши мумкин. Аралашув ўтказилгандан кейин антитромбоцитар терапия тайинланади. Парадоксал эмболиянинг олдини олиш учун аралашувни ўтказиш тавсия этилмайди. Қолдиқ қони сақланиб қолган аёлларда веноз қон димиқшининг олдини олиш (компрессион трикотаж ва ётоқ тартибни минималлаштириш) муҳим аҳамиятга эга ва эмболия хавфини олдини олиш учун в/и катетерларини жуда эҳтиёткорлик билан қўйиш керак.

## Қоринчалараро тўсиғи дефекти

ҚТД – бу ЮТН бўлиб, унда ўнг ва ЧҚ орасидаги тўсиқ ёпилиб қолмайди. Натижада, қон бир қоринчадан иккинчисига ўтади ва юракнинг нормал ишлаши ва организмдаги қон айланиши бузилишига олиб келади. Баъзи ҳолатларда тўсиқ умуман бўлмайди. ҚТД эмбрионал бузилиш натижасида юзага келади. Кўпинча касаллик бошқа ЮТН билан бирга келади. Катталарда ҚТД ўткир МИДа қоринчалараро тўсиғи ёрилиши туфайли пайдо бўлиши мумкин.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q21.0</b>	Қоринчалараро тусиғи дефекти
--------------	------------------------------

<b>О99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари
--------------	--

### Аёл учун хавфлар

Катта бўлмаган ва коррекция қилинган ҚТД (юракнинг чап камералари дилатациясиз ёки қоринчалар дисфункциясиз) ҳомиладорлик даврида асоратлар ривожланиши хавфи паст (ЖССТнинг таснифи бўйича I ва II хавф даражаси) бўлади.

### Акушерлик ва перинатал хавфлар

Акушерлик хавфлар ортиши бўйича далилларга асосланган маълумотлар мавжуд эмас.

### Олиб бориш тактикаси

Аёллар одатда ҳомиладорликнинг бутун даврида ЎА босимини баҳолаш билан 1 ёки 2 маротаба текширувлардан ўтишлари керак.

### Бўлмача-қоринча тўсиғи дефекти

Бу юракнинг бирлашган туғма нуқсони бўлиб, қуйидагиларни ўз ичига олади:

- бўлмачалараро тўсиғи дефекти;
- юракнинг тепа ва пастки камералари орасида (икки клапан ўрнига) бир клапан мавжуд бўлади;
- баъзи ҳолатларда қоринчалараро тўсиғи дефекти мавжуд бўлади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q21.2</b>	Бўлмача-қоринча тўсиғи дефекти
<b>О99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

### Аёл учун хавфлар

Ушбу ЮТН коррекция қилингандан кейин ҳомиладорлик асоратларсиз кечади (ЖССТнинг таснифи бўйича II-III хавф даражаси). Бироқ, баъзи ҳолатларда аритмиялар ва клапаннинг атриовентрикуляр регургитацияси кузатилади. ЮЕ ривожланиш хавфи паст ва фақат қоринчалар функцияси бузилганда ривожланади.

### Акушерлик ва перинатал хавфлар

Асосан ЮТН қайталаниши туфайли ~6% ҳолатларда болалар ўлими қайд этилади.

### Олиб бориш тактикаси

Ҳар триместрда камида бир маротаба шифокорга ташриф буюриш тавсия этилади. Ифодаланган клапан етишмовчилиги ёки қоринчалар функцияси бузилиши мавжуд аёлларда ташрифлар сони ҳар 1-2 ойда бир маротаба бўлиши лозим.

### Аорта коарктацияси

Аортанинг чиқиш қисми сегментар кичрайиши билан намоён бўладиган ва тананинг тепа қисми гипертензияси, ЧҚ гипертрофияси ва қорин бўшлиғи ва тананинг пастки қисми гипоперфузиясига олиб келадиган ЮТН.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q25.1</b>	Аорта коарктацияси
<b>О99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

Ушбу ЮТН коррекция қилингандан кейин (ЖССТнинг таснифи бўйича II хавф даражаси) ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. АК операция қилинмаган ва тизимли гипертензия, резидуал коарктациялар ва аорта аневризмаси мавжуд операция қилинган аёлларда асоратлар, жумладан диссекциялар хавфи юқори туради. Бошқа хавф омилларга аорта дилатацияси ва икки тавақали аорта клапани киради.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Гипертензив ҳолатлар, жумладан преэклампсия ва ўз-ўзидан ҳомила тушиши ҳолатларининг юқори частотаси қайд этилган.

## Олиб бориш тактикаси

Ҳар триместрда камида бир маротаба шифокорга ташриф буюриш ва АҚБни назорат қилиш тавсия этилади. Резидуал АК мавжуд аёлларда плацентар гипоперфузияни олдини олиш мақсадида эҳтиёткорлик билан гипертензияни даволаш керак. Рекоарктация ҳолатида ҳомиладорлик даврида ТОКА амалга оширилиши мумкин, бироқ, фақатгина медикаментоз даволашга жавоб бермайдиган гипертонияда ёки она учун ҳам, ҳомила учун ҳам хавфни камайтириш мақсадида ўтказилиши лозим.

## Ўпка артерияси клапани ва чап қоринча чиқиш тракти касалликлари

Катталарда жуда кам учрайдиган ЎА клапани стенози одатда туғма нуқсоннинг натижаси бўлиб, ЎҚдан ЎАга қон оқими чиқиши қийинлашишига олиб келувчи ЎА клапани очилишининг торайиши билан намоён бўлади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q22.1</b>	Ўпка артерияси клапани туғма стенози
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

ЎА клапани стенозида (пульмонал стеноз (ПС)) одатда ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Шунга қарамадан, оғир стеноз ЎҚ етишмовчилиги ва ритм бузилишига олиб келиши мумкин.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Акушерлик хавфлар ортиши бўйича далилларга асосланган маълумотлар мавжуд эмас.  
Олиб бориш тактикаси

Енгил ва ўрта даражали ПС – бу асоратлар ривожланиши бўйича хавфи паст бўлган шикастланиш ҳисобланади ва бундай аёллар ҳомиладорликнинг бутун даврида 2-3 маротаба шифокорга ташриф буюриши одатда етарли бўлади. Оғир даражали ПС мавжуд аёлларда ЎҚ функциясига алоҳида эътибор бериб, ҳар ойда ёки ҳар 2 ойда бир маротаба юрак-қон томир тизимини текшириш тавсия этилади. Медикаментоз даволашга ва ётоқ тартибга жавоб бермайдиган оғир симптоматик ПСда тери орқали амалга ошириладиган вальвулопластика ўтказилиши талаб қилиниши мумкин.



## Туғма аортал стеноз

Аортанинг чиқиш қисми стенози – бу аортадан ЧҚга қоннинг ўтиши бузилиши – инфиндибуляр клапан ости стенози, клапан даражасида – клапан стенози, аортанинг кўтарилувчи қисми – клапан усти стенози билан ифодаланадиган ЮТН гуруҳидир.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q23.0</b>	Аорта клапанининг туғма стенози
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

АС, аорта дилатацияси ва икки тавақали АК “Аорта касалликлари”, “Юрак клапанлари касалликлари” бўлимларида муҳокама қилинади.

### Фалло тетрадаси

Бу юракнинг “кўк” туғма нуқсони бўлиб, Этьен-Луи Артур Фалло француз шифокорининг таърифига кўра, бир вақтнинг ўзида тўртта юрак нуқсони мавжудлиги билан ифодаланади:

1. ЎҚ чиқиш қисми стенози (клапан, клапан ости, ўпка пояси ёки ЎА шохи стенози ёки комбинацияланган тури);
2. юқори ҚТД (субаортал);
3. аорта декстрапозицияси (ўнгга силжиши);
4. ЎҚ гипертрофияси (қоринчадан қоннинг қийинчилик билан ўтиши натижасида).

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q21.4</b>	Фалло тетрадаси
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

### Аёл учун хавфлар

Фалло тетрадаси коррекция қилинган аёлларда (ЖССТнинг таснифи бўйича II хавф даражаси) одатда ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Операцияни ўтказган 8%, айниқса ҳомиладор бўлишдан аввал кардиотроп терапияни қабул қилган аёлларда юрак-қон томир асоратлари юзага келади. Аритмия ва ЮЕ энг кўп учрайдиган асоратлардир. Тромбоэмболия ва эндокардит нисбатан камроқ учрайди. ЎҚ дисфункцияси ва/ёки ўрта ва оғир пульмонал регургитация ҳам ривожланиши мумкин. Ҳомиладорлик ЎҚ ҳамжининг персистловчи катталаниши ва узоқ муддатли юрак-қон томир асоратлари билан боғлиқ бўлиши мумкин.

### Акушерлик ва перинатал хавфлар

Перинатал асоратларнинг хавфи, асосан ҳомила ўсиши чекланишининг хавфи ортади. Ҳомиладор бўлишдан аввал 22q11 делециясига скрининг текшируви ўтказилиши лозим.

### Олиб бориш тактикаси

Кўпгина ҳолатларда, ҳар триместрда бир мартаба шифокорга ташриф буюриш тавсия этилади. Оғир пульмонал регургитацияси мавжуд аёлларда ҳар 1-2 ойда юрак-қон томир тизимини баҳолаш тавсия этилади. Ҳомиладорлик даврида ЎҚ этишмовчилиги юзага келса, диуретик дори-воситалар билан даволашни бошлаш ва ётоқ тартибига риоя қилиш керак бўлади. Медикаментоз даволашга жавоб олинмаганда муддатдан аввал туғдириб олиш ёки, камдан-кам ҳолатларда, катетер орқали амалга ошириладиган клапаннинг имплантацияси ўтказилиши кўриб чиқилиши мумкин.

## Эбштейн аномалияси

Бу уч тавақали клапаннинг нуқсони бўлиб, унинг дисплазияси ва ЎҚ бўшлиғига силжиши билан тавсифланади. Уч тавақали клапаннинг аномал жойлашиши унинг устида ЎБ билан ажралмас ЎҚнинг кичрайган қисми шаклланишига олиб келади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q22.5</b>	Эбштейн аномалияси
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

Асоратланмаган Эбштейн аномалияси билан касалланган аёлларда (ЖССТнинг таснифи бўйича

II хавф даражаси) кўп ҳолатларда ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Цианоз симптоматикаси ва/ёки ЮЕ кузатилиши ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Кузатиладиган гемодинамик бузилишлар кўп жиҳатдан ТЕнинг оғирлик даражасига ва ЎҚ функциясига боғлиқ бўлади. Қўшимча йўллар туфайли цианоз ва аритмиялар тез-тез ривожланади. Бундан ташқари, ЮЕ ва муддатдан олдинги туғруқлар хавфи ортади.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Фетал ва неонатал натижалар онада сатурациянинг даражаси ва ЮҚҲга боғлиқ.

## Олиб бориш тактикаси

Ҳатто ЮЕ билан кечадиган оғир даражали ТЕ одатда ҳомиладорлик даврида медикаментоз даволашга жавоб беради. Қоринчалараро бўшлиққа қоннинг ўтиши мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида цианоз ривожланиши мумкин, шунингдек, бундай аёллар парадоксал эмболия ривожланиши бўйича юқори хавф гуруҳига киради ва ушбу параметрларни ҳар бир ташрифда баҳолаш керак.

## Магистрал қон томирлар транспозицияси

Бу ЮТН бўлиб, унинг анатомик асоси аорта ва ЎАнинг бир-бирига нисбатан нотўғри жойлашиши ва ЎҚдан аорта ва ЧҚдан ЎА тескари чиқиши билан ифодаланади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q25</b>	Йирик артерияларнинг туғма аномалиялари [туғма нуқсонлари]
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

МҚТТ мавжуд аёлларда ҳомиладорлик билан боғлиқ хавф, асосан, радикал коррекция қилингандан кейин эмас, балки бўлмачалар ичи коррекцияси (Сеннинг ва Мастард операциялари) ўтказилгандан кейин кузатилади. Кўпгина аёлларда бўлмачалар ичи коррекцияси ўтказилгандан кейин (ЖССТнинг таснифи бўйича III хавф даражаси) ҳомиладорлик нисбатан асоратларсиз кечишига қарамасдан, аритмия (баъзан ҳаёт учун хавфли) ва ЮЕ ривожланиши бўйича юқори хавф мавжуд бўлади. ЎҚ функциясининг қайтарилмас бузилиши ва ТЕнинг ортиши ҳам кузатилади. ЎҚ функцияси ўрта даражали бузилиши ва ТЕнинг ўрта-оғир даражали бузилиши кузатилганда ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Кичик вазн билан туғилиш ва муддатдан олдинги туғруқ ривожланиши хавфи 35% ни ташкил қилади.

### Олиб бориш тактикаси

Ҳар 1-2 ойда бир мартаба ЎҚ тизимли функцияси ва ритм бузилишларга алоҳида эътибор қаратган ҳолда, юрак-қон томир тизимини тўлиқ баҳолаш керак. Аёлларга диуретик дори-воситалар ва ЮЕнинг бошқа даволаш чоралари ўтказилиши талаб қилиниши мумкин.

### Радикал коррекцияни ўтказган аёллар

Ҳомиладор бўлишдан олдинги клиник ҳолати яхши ва қоринчалар функцияси сақланган аёлларда ҳомиладорлик билан боғлиқ хавфлар камроқ ривожланади. Неоаортанинг кенгайиши мавжуд аёллар кўпроқ даражада кузатувни талаб қилади.

## Коррекция қилинган туғма магистрал қон томирлар транспозицияси

### Аёл учун хавфлар

Коррекция қилинган туғма (шунингдек, бўлмача-қоринча ва бўлмача-артериал бирикиш дискордантлиги деб номланадиган) МКҚТТ мавжуд аёлларда хавф функционал ҳолатга, қоринчалар функциясига, аритмия мавжудлигига ва ёндош шикастланишларга (масалан, ҚТД ва ЎА клапани стенози) боғлиқ. Асоратларга аритмия ва ЮЕ (ЖССТнинг таснифи бўйича III хавф даражаси) киради. Ушбу ҳолатларда АВ-блокадаси ҳам кузатилади. Аёлларнинг тахминан 10% да ЎҚ функциясининг қайтарилмас бузилиши мавжуд бўлади. Қоринчалар дисфункцияси (ХФ <40%) билан кечадиган III ёки IV ФС ЮЕ (НУНА) ёки оғир ТЕ мавжудлиги ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Айниқса цианоз мавжуд бўлганда ҳомила нобуд бўлиши частотаси юқори туради.

### Олиб бориш тактикаси

Ҳомиладорлик даврида мунтазам равишда ЎҚ функциясини баҳолаш (ҳар 4-8 ҳафтада) билан Эхо-КГни ўтказиш, клиник симптомларни ва ритмни баҳолаш тавсия этилади.

### Фонтен қон айланиши

Бу икки ва уч тавақали клапанлар орқали бўлмачалар бўшлиқлари фақат битта яхши ривожланган доминант қоринча билан боғланган атриовентрикуляр алоқанинг бузилиши билан тавсифланадиган ЮТН. Шу билан бирга, кичик ва катта қон айланиш доирасида қон нормал ҳолатдагидек кетма-кет эмас, балки параллель равишда айланади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>P29.3</b>	Чақалоқдаги турғун фетал қон айланиш
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

### Аёл учун хавфлар

Фонтен қон айланиши мавжуд аёлларда фертиллилик билан боғлиқ муаммолар хавфи юқори туради, бироқ, ҳомиладорлик муваффақиятли ҳам содир бўлиши мумкин. Бироқ, бу юқори ёки ўта юқори хавфга эга ҳомиладорлик ҳисобланди (ЖССТнинг таснифи бўйича III

ёки IV хавф даражаси). Кўпинча бўлмачалар аритмияси ва ЮЕнинг NYHA бўйича ФС оғирлашиши кузатилади. Сатурацияси <85% бўлган, қоринчаларнинг қисқариш функцияси пасайган, ўрта-оғир АВ-регургитацияси, рефрактер аритмияси ёки оксилни йўқотиш билан энтеропатияси мавжуд бўлган аёлларга ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди (ЖССТнинг таснифи бўйича IV хавф даражаси).

### Акушерлик ва перинатал хавфлар

Фонтен қон айланиши мавжуд аёлларда ўз-ўзидан ҳомила тушиши хавфи 30% ни ташкил қилади. Антенатал ва перипартал қон кетишлар тез-тез ривожланади. Муддатдан олдинги туғруқ, ҳомиладорликнинг муддатига ҳомиланинг ўлчамлари мос келмаслиги ва неонатал ўлим ҳолатлари ривожланиши бўйича хавф юқори туради.

### Олиб бориш тактикаси

Фонтен қон айланиши мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида (ҳар ой) ва туғруқдан кейин биринчи ҳафталарда мунтазам равишда шифокорга ташриф буюриш тавсия этилади. Бундай аёлларда тромбоземболик асоратлар хавфи юқори туради, шунинг учун антикоагулянт терапияни (тромбоземболик асоратлар хавфини қон кетиши хавфи билан боғлаган ҳолда) тайинлашни муҳокама қилиш керак. Бўлмачалар аритмияларини тезда даволаш керак ва кўпинча бу электр кардиоверсия ўтказилишини талаб қилади.

### ЎАГ мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
ЎАГ ташхисини тасдиқлаш учун юракнинг ўнг камераларини катетеризация қилиш тавсия этилади. Ушбу аралашув жуда қатъий кўрсатмаларга мувофиқ ҳомиладорлик даврида ҳам ўтказилиши мумкин	I	C
Сурункали тромбоземболик ўГ мавжуд ҳомиладор аёлларга даволаш дозаларда ПМГни тайинлаш тавсия этилади	I	C
ЎГни даволовчи таргет терапияни қабул қилувчи ўАГ мавжуд аёл ҳомиладор бўлиб қолса, бекор қилиш хавфларини баҳолаган ҳолда, эмбриотоксик дори-воситаларни бекор қилиш масаласини кўриб чиқиш керак	IIa	C
ЎГни даволовчи таргет терапияни қабул қилмаган ўАГ мавжуд аёлларда терапияни бошлаш масаласини муҳокама қилиш керак	IIa	C
ЎАГ ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади	III	B

### ЮТН мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Тизимли ўҚ (Сеннинг/Мастард операцияси, коррекция қилинган туғма МҚТТ), III ёки IV (NYHA) ФС бўйича ЮЕ, тизимли қоринчалар дисфункцияси (ХФ <40%) ёки оғир ТЕ мавжудлиги ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади	IIa	C
Анамнезда Фонтен операциясини ўтказган аёлларга антикоагулянт терапияни тайинлаш масаласини муҳокама қилиш керак	IIa	C
Эбштейн аномалияси симптоматик кечишида сатурация <85% бўлиши ва/ёки ЮЕ мавжудлиги ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади	IIa	C
Анамнезда Фонтен операциясини ўтказган ва сатурацияси <85% бўлган, қоринчаларнинг қисқариш функцияси пасайган, ўрта-оғир АВ-регургитацияси, рефрактер аритмияси ёки оксилни йўқотиш билан энтеропатияси мавжудлигида ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди	III	C

## Аорта касалликлари

Баъзи ирсий патологиялар аортанинг кўкрак қисмига таъсир қилади, бу ҳам аневризма шаклланиши, ҳам аорта диссекцияси ривожланиши хавфини оширади.

Аорта кўкрак қисмининг ирсий касалликларига (АКҚИК) қуйидаги синдромлар киради:

- Марфан синдроми,
- Лойс-Дитц синдроми,
- аневризма-остеоартрит синдроми,
- Элерс-Данло синдромининг қон томирли тури ёки носиндромал АКҚИК (яъни фақат аорта аневризмаси).

ЮТНнинг бошқа шакллари (масалан, Фалло тетрадаси ва аорта коарктацияси) аортанинг дилатацияси билан бирга намоён бўлиши мумкин, бу эса аортанинг ноирсий патологиясига олиб келиши мумкин.

Аорта дилатацияси ривожланиши учун хавф омилларга гипертензия ва аёл катта ёшда ҳомиладор бўлиши киради.

Ҳомиладорлик аортанинг патологияси мавжуд барча аёллар учун юқори хавфли давр бўлиб, бу ҳомиладорлик даврида кам учрайди, бироқ, жуда юқори ўлим ҳолатлари билан боғлиқ. Кўпгина ҳолатларда аортанинг патологияси мавжудлиги ҳақида аввал билмаган аёллар ҳаётдан кўз юмади. Ушбу аёлларнинг аксариятида ирсий касалликлар мавжуд бўлади, шунинг учун аутопсия пайтида ДНК таҳлилини ўтказиш учун тўқималар сақланиши керак ва оила аъзоларига скрининг текширувиغا йўланма берилади.

## Аёл ва ҳомила учун хавфлар

Ҳомиладорлик давридаги гемодинамик ва гормонал ўзгаришлар аорта диссекцияси ривожланиши эҳтимолини оширади. Бу кўпинча ҳомиладорликнинг охириги триместрида (50%) ёки туғруқдан кейинги эрта даврда (33%) юзага келади. Генетик жиҳатдан тасдиқланган ёки оилавий анамнезда аортанинг касалликлари мавжуд барча аёллар диссекция ва рецидивлар хавфи бўйича маслаҳат олишлари ва ҳомиладор бўлишдан аввал визуализацион текширув усуллари ёрдамида аортанинг ҳолати баҳоланиши керак. Аортанинг диаметрларини баҳолашда, айниқса, жуссаси кичик аёлларда, ТЮМ инobatга олиниши керак. Туғруқ аортанинг диаметри катталаниши билан боғлиқ. Аортанинг дилатациясига ҳомиладорликнинг таъсири охиригача ўрганилмаган. Ҳомиладорлик даврида кўкрак қафасида оғриқлар пайдо бўлган барча аёлларда аортанинг диссекциясига гумон қилиш лозим.

## Марфан синдроми

Бу бириктирувчи тўқиманинг фибриллин-1 (FBN1, МIM № 134797) генидаги мутациялар натижасида келиб чиқадиган ирсий аутосом-доминант касаллик бўлиб, бириктирувчи тўқима етишмовчилиги ва скелет, юрак-қон томир ва кўз патологияларининг турли кўринишлари билан тавсифланади. Марфан синдромида гигантизм, долихостеномелия ва араходактилия, аортанинг аневризмалари, миопия, кўз гавхари эктопияси, тўш суяги деформацияси, маймоқ оёқлик, кифосколиоз, чаноқ суягидаги куймич косаси протрузияси, бош миянинг қаттиқ пардаси эктазияси кузатилади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q87.4</b>	Марфан синдроми
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Марфан синдроми билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик билан боғлиқ аортанинг диссекцияси ривожланишининг умумий хавфи ~3% ни ташкил қилади. Аортанинг ўлчамлари асосий хавф омилдир, бироқ, аорта илдизининг кенглиги <40 мм бўлган аёлларнинг ҳам тахминан 1% да аорта ёрилишининг хавфи мавжуд. Мавжуд маълумотлар сони чекланган бўлсада, аорта илдизининг диаметри >45 мм бўлган Марфан синдроми ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади, чунки ушбу ҳолатда аорта ёрилишининг хавфи ортади. Диаметри 40-45 мм бўлса, бошқа омилларни, масалан, аорта диссекцияси бўйича оилавий анамнезни ёки аортанинг ўлчамлари катталашиши тезлигини инобатга олиш керак. Аортанинг дистал диссекцияси ва бошқа қон томирларнинг диссекцияси ҳам хавф туғдиради. Шу сабабли, аортанинг илдизи муваффақиятли протезлангандан кейин ҳам кейинчалик асоратларнинг ривожланиш хавфи юқори бўлиб қолади.

Бошқа муҳим юрак-қон томир асоратларга икки тавақали клапаннинг пролапси туфайли оғирлашиб борувчи митрал етишмовчилик (МЕ), аритмиялар, қоринчалар дисфункцияси туфайли ривожланган ЮЕ киради. Акушерлик асоратларнинг, жумладан муддатдан аввал қоғаноқ пардалари ёрилиши хавфи ортади.

### Икки тавақали аорта клапани

Бу аорта клапанининг тавақалари бирлашиши билан тавсифланадиган ЮТН бўлиб, бунинг натижасида уч тавақали клапан икки тавақали бўлади. Баъзи ҳолатларда бузилишлар фақат клапанда муаммо билан чегараланиб қолмайди ва аортал етишмовчилик ёки гемодинамик бузилишлар билан АС ривожланади, ҳамда Марфан синдромида кузатиладиган патологик ўзгаришлар аортанинг деворида юзага келади ва қон томир аневризмаси/диссекцияси ривожланишига олиб келади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q23.1</b>	Аорта клапани туғма етишмовчилиги. Икки тавақали аорта клапани
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Икки тавақали аорта клапани мавжуд аёлларда ≤50% ҳолатларда аортанинг дилатацияси кузатилади ва клапаннинг нормал ишлашида ҳам ривожланиши мумкин. Аортанинг дилатацияси Эхо-КГда кўринмаслиги мумкин бўлган юқорига кўтарилувчи аортанинг дистал қисмларида жойлашиши мумкин. Бундай вазиятларда ҳомиладор бўлишдан аввал МРТ ёки КТ ўтказилиши лозим. Аортанинг ёрилиши хавфи паст туради. Икки тавақали аорта клапани морфологиясининг тури, аортанинг дилатацияси ва коарктацияси хавф омиллар ҳисобланади. Аортанинг диаметри >50 мм бўлиши ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

### Элерс-Данло синдромининг қон томирли тури

Элерс-Данло синдроми кам учрайдиган (орфан) касаллик бўлиб, бириктирувчи тўқима дисплазияси, қон томирлари ва тўқималарнинг мўртлиги, ўзгарувчан клиник симптоматикаси билан тавсифланади. 2017 йилнинг таснифига кўра, А гуруҳига кирувчи Элерс-Данло синдромининг қон томирли тури III типдаги COL3A1 коллагени альфа-1-занжирининг генида мутация ривожланиши туфайли юзага келади. Касаллик қон томирлар ва бўшлиқ аъзолари деворлари ўз-ўзидан ёрилиши туфайли беморларда юқори ўлим даражаси билан боғлиқ.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q79.6</b>	Элерс-Данло синдроми
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Оғир қон томир асоратлар деярли фақат Элерс-Данло қон томирли синдромининг IV турида кузатилади. Оналар ўлими сезиларли даражада юқори туради, бачадон ёрилиши ва йирик артериялар ва веналарнинг ёрилиши билан боғлиқ. Жуда хавфли бўлгани сабабли ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди. Аёллар билан барча мумкин бўлган оқибатларни муҳокама қилиш ва ҳомиладорликни режалаштиришда шифокор билан биргаликда қарор қабул қилиш керак.

## Тёрнер синдроми

Бир хромосоманинг тўлиқ йўқлиги ёки X-хромосомаларидан бирида нуқсон мавжудлиги билан тавсифланадиган хромосомал касалликдир. X-хромосомалардан бирининг йўқлиги ёки ундаги нуқсон тухумдонларнинг ривожланмай қолгани ёки умуман ривожланмаганлигини, бошқа аъзолар фаолияти бузилишини ва соматик аномалияларни келтириб чиқаради.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Q96</b>	Тёрнер синдроми
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Тёрнер синдромида юракнинг туғма касалликлари, аортанинг дилатацияси, гипертония, диабет ва атеросклеротик асоратлар ривожланиши хавфи юқори. Тёрнер синдромида аортанинг диссекцияси камдан-кам ҳолатларда юзага келади, бироқ, умумий популяцияга қараганда ёшларда 6 маротаба кўпроқ учрайди. Ушбу тоифадаги аёлларда аорта диссекциясининг хавф омилларига аортанинг кенгайиши, икки тавақали аорта клапани ва аортанинг коарктацияси киради. АЎИ >25 мм/м<sup>2</sup> бўлиши ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатма ҳисобланади. Бундан ташқари, аорта илдизида операция қилингандан сўнг, аёллар В-турдаги диссекция ривожланиши бўйича хавф гуруҳда қолади.

Тёрнер синдроми билан касалланган баъзи аёллар ўз-ўзидан ҳомиладор бўлиб қолиши мумкин (0,5-10%), бироқ, ҳозирги вақтда бунга кўпинча ЁРТ ёрдамида эришилмоқда. Фертилликни даволашни бошлашдан аввал юрак-қон томир тизимини текшириш тавсия этилади. Тёрнер синдроми билан касалланган барча аёлларга, айниқса ҳомиладорлик даврида қон босимини назорат қилиш ва диабетни даволаш мажбурий ҳисобланади.

## Бошқа аутосом-доминант аортопатиялар

Генотиплаш усуллари такомиллашгани сайин, бир қатор янги аортопатиялар ҳақида маълумотлар пайдо бўла бошлади. Буларга синдромал ва носиндромал АҚКИК киради. Ушбу ҳолатлар, айниқса аортанинг дилатацияси юқори хавф туғдирувчи ҳолат ҳисобланади ва бачадон ёрилиши каби қўшимча хавфлар билан кўп тизимли шикастланиш билан ифодаланиши мумкин.

## Текширувлар ва медикемантоз даволаш

Аортанинг диаметрига қараб, аортанинг патологияси мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан кейинги 6 ойгача мунтазам равишда Эхо-КГ ўтказилиши керак. Аортанинг диссекцияси ёки сезиларли даражада дилатацияси ривожланиши бўйича хавфи юқори бўлган аёлларда ҳар ой текширувлар ўтказилади ва хавф даражаси паст бўлган ёки аортанинг кенгайиши ўрта даражаси мавжуд аёлларда текширувларни ҳар 12 ҳафтада ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Зарур бўлса, контраст воситани юборишсиз МРТ ўтказилиши мумкин. Ҳомиладор аёл кардиолог ва акушер-гинекологнинг назоратида бўлиши керак, улар юзага келиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишлари керак. АҚБни мунтазам равишда назорат қилиш ва керак бўлганда антигипертензив терапияни ўз вақтида ўтказиш тавсия этилади. АҚКИК мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида ББни тайинлаш масаласи муҳокама қилиниши керак. Элерс-Данло синдромининг IV тури билан

касаланган аёлларга целипрололни тайинлаш тавсия этилади, чунки бундай аёлларда аортанинг диссекцияси хавфи жуда юқори туради ва ушбу терапиянинг афзалликлари ҳомиладор бўлмаган аёлларда кузатилган. Аёл ББни қабул қилишни бошлаганда, мунтазам равишда ҳомиланинг ўсишини кузатиб бориш керак.

## Тиббий аралашувлар

Ҳомиладорлик даврида аортанинг дилатацияси ривожланиб бориши кузатилса ва ҳомила яшаб қолишининг эҳтимоли мавжуд бўлмаса, ҳомила ҳали бачадонда бўлганида жарроҳлик йўли орқали даволашни кўриб чиқиш керак.

Ҳомила яшаб қолишининг эҳтимоли мавжуд бўлса, кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олингандан сўнг дарҳол аортада жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти кардиоторакал жарроҳлик бўлими ва янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлими мавжуд муассасаларда ўтказилиши керак.

Ҳомиладорлик даврида ўткир аортал асоратлари юзага келган аёлларда даволаш тактикаси медикаментоз даволаш, шунингдек, заруратга кўра, жарроҳлик ёки катетерли аралашувларни ўз ичига олади.

Ҳомиладорлик даврида юзага келадиган Стенфорд таснифи бўйича А-турдаги аортанинг диссекцияси шошилиш жарроҳлик вазият ҳисобланади. Ихтисослаштирилган кардиоторакал марказда тажрибали кардиоторакал жарроҳлар, кардиологлар, акушер-гинекологлар ва анестезиологлар (ҳомила яшаб қолишининг эҳтимоли мавжуд бўлса) кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали аёлни туғдириб олиш учун тезда ҳаракат қилишлари ва дарҳол аортанинг диссекциясини даволашга ўтишлари керак. Ҳомила яшаб қолишининг эҳтимоли мавжуд бўлмаса, ҳомила ҳали бачадонда бўлганида аортада жарроҳлик амалиётини ўтказиш керак. Она учун натижалар одатда яхши бўлсада, ҳомила ўлим ҳолатлари 20-30% ни ташкил қилади.

В-турдаги асоратланмаган аортанинг диссекциясида АҚБни мунтазам равишда назорат қилган ҳолда ҳомиладорлик даврида қўллашга рухсат этилган дори-воситаларни тайинлаш билан консерватив давони ўтказиш тавсия этилади.

## Туғруқни олиб бориш

Аортанинг юқorigа кўтарилувчи қисми кенгайиши билан боғлиқ касалликларга чалинган аёлларни олиб боришнинг асосий мақсади туғруқ пайтида юрак-қон томир тизимининг зўриқишини камайтиришдан иборат. Аёл ҳомиладорлик даврида ББни қабул қилишни бошлаган бўлса, буни туғруқдан кейинги даврда ҳам қабул қилишни давом эттириши керак.

Аортанинг юқorigа кўтарилувчи қисмининг диаметри 40-45 мм бўлса, диссекцияга олиб келиши мумкин бўлган АҚБнинг юқори қийматларини олдини олиш учун маҳаллий оғриқсизлантириш ва туғруқнинг иккинчи даврини қисқартириш билан табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш масаласини кўриб чиқиш керак. Индивидуал вазиятдан келиб чиққан ҳолда, кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш масаласи ҳам кўриб чиқилиши мумкин.

Аортанинг диаметри 45 мм дан катта бўлганда, Элерс-Данло қон томирли синдромининг IV тури билан касаланган аёлларда ёки ўткир/сурункали аортанинг диссекциясида кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

## Аорта касалликлари

	<b>Марфан синдроми</b>	<b>Икки тавақали аорта клапани</b>	<b>Луис-Дитц синдроми</b>	<b>Тёрнер синдроми</b>	<b>Элерс-Данло синдромининг қон томирли тури</b>
--	------------------------	------------------------------------	---------------------------	------------------------	--



<b>Аневризма/ диссекция жойлашиши</b>	Барча қисмларда (Вальсальва синуслари)	Аортанинг юқорига кўтарилувчи қисми	Барча қисмларда	Аортанинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи қисми, аортанинг равоғи	Барча қисмларда
<b>Диссекция хавфи</b>	Юқори: 1-10%	Паст: <1%	Юқори: 1-10%	Юқори: 1-10%	Юқори: 1-10%
<b>Ёндош патология</b>	Бош мия пардалари аномалиялари, митрал регургитация, ЮЕ, аритмиялар	Аортал стеноз ёки аортал етишмовчилик	Бош мия пардалари аномалиялари, митрал регургитация	Паст бўйлик, бепуштлиқ, артериал гипертония, қандли диабет, икки тавақали аорта клапани, аорта коарктацияси	Бош мия пардалари аномалиялари, бачадон ёрилиши
<b>Ушбу ҳолатларда ҳомиладор бўлиш тақиқланади</b>	Аортанинг юқорига кўтарилувчи қисми >45 мм (ёки >40 мм оилавий анамнезда диссекция ёки тўсатдан ўлим ҳолати мавжуд бўлса)	Аортанинг юқорига кўтарилувчи қисми >45 мм	Аортанинг юқорига кўтарилувчи қисми >45 мм (ёки >40 мм оилавий анамнезда диссекция ёки тўсатдан ўлим ҳолати мавжуд бўлса)	АЎИ >25 мм/м <sup>2</sup>	Барча аёлларга

## Аорта касалликларини олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
<b>Аортанинг барча касалликлари</b>		
Аортада касаллиги мавжуд барча аёллар аорта диссекцияси ривожланиши хавфи бўйича маслаҳат олишлари тавсия этилади	I	C
Генетик жиҳатдан тасдиқланган аортал синдром ёки аортанинг касалликлари мавжуд барча аёлларда ҳомиладор бўлишни режалаштиришдан аввал визуализацион текширув усуллари (КТ/МРТ) ёрдамида аортанинг ҳолатини баҳолаш тавсия этилади	I	C
Икки тавақали аорта клапани мавжуд аёлларда ҳомиладор бўлишни режалаштиришдан аввал визуализацион текширув усуллари ёрдамида аортанинг юқорига кўтарилувчи қисмини баҳолаш тавсия этилади	I	C
Аортанинг дилатацияси мавжуд, анамнезда аортанинг диссекцияси ўтказган ёки ҳомиладорлик даврида аортанинг диссекцияси ривожланишига мойиллиги мавжуд аёлда мунтазам равишда АҚБни назорат қилиш тавсия этилади	I	C
Аортанинг юқорига кўтарилувчи қисмининг дилатацияси мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида ҳар 4-12 ҳафтада ва туғруқдан кейин 6 ой ўтгач, Эхо-КГни ўтказиш тавсия этилади	I	C
Юқорига кўтарилувчи аортанинг дистал қисмида, аорта равоғи ва пастга тушувчи аортада дилатацияси мавжуд ҳомиладор аёлларда визуализацион текширув усул сифатида МРТни (гадолинийсиз) ўтказиш тавсия этилади	I	C

Аортанинг дилатацияси ёки диссекцияси (анамнезида) мавжуд барча ҳомиладор аёлларни юрак-торакал жарроҳлик бўлими ва юрак-қон томир патологияси мавжуд ҳомиладор аёлларга ихтисослашган ёрдам кўрсата оладиган шифокорлар гуруҳи мавжуд юқори ихтисослаштирилган марказда туғдириб олиш тавсия этилади	I	C
Аортанинг юқorigа кўтарилувчи қисми <40 мм бўлган аёлларни табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади	I	C
Аортанинг юқorigа кўтарилувчи қисми >45 мм бўлган аёлларни кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш тавсия этилади	IIa	C
Анамнезда аортанинг диссекциясини ўтказган аёлларни кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	C
Аортанинг диаметри >45 мм бўлган ва тез катталашаётганда ҳомиладорлик даврида профилактик жарроҳлик амалиётини ўтказиш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	C
Ҳомила яшаб қолишининг эҳтимоли мавжуд бўлса, зарур бўлган жарроҳлик амалиётини ўтказишдан аввал туғдириб олиш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади	IIa	C
Аортанинг диаметри 40-45 мм бўлган аёлларни маҳаллий оғриқсизлантиришни ўтказиш ва туғруқнинг иккинчи даврини қисқартириш билан табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш масаласини кўриб чиқиш керак	IIa	C
Аортанинг диаметри 40-45 мм бўлган аёлларни кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш масаласи кўриб чиқилиши мумкин	IIb	C
Анамнезда аортанинг диссекцияси мавжуд бўлганда ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди	III	C
Аортада касаллиги мавжуд аёлларда, имкон фадар, эргометринни қўлламаслик лозим	III	C
<b>Специфик синдромлар</b>		
Элерс-Данло синдромининг қон томирли тури билан касалланган аёлларга целипрололни тайинлаш тавсия этилади	I	C
Марфан синдроми ва аортанинг кўкрак қисми ирсий касалликлари мавжуд аёлларга ҳомиладорликнинг бутун даврида ББни тайинлаш тавсия этилади	IIa	C
Аортанинг оғир дилатациясида (АКҚИК, масалан Марфан синдроми >45 мм, икки тавақали аорта клапани >50 мм ёки >27 мм/м <sup>2</sup> ТЮМ ёки Тёрнер синдроми АЎИ >25 мм/м <sup>2</sup> ТЮМ) ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди	III	C
Элерс-Данло синдромида ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди	III	C

## Юрак клапанлари касалликлари

Репродуктив ёшда юрак клапанлари касалликлари кўп ҳолатларда юракнинг ревматик касалликлари туфайли юзага келади.

### Клапанларнинг стенодик шикастланишлари

Клапанларнинг стенозида ЮҚХнинг тезлашиши, асосан, биринчи ва иккинчи триместрлар орасида клапан босими градинтининг ~50% га ошишига олиб келади, бу эса она ва ҳомила асоратлари хавфини оширади.

## Митрал стеноз

Митрал стеноз – бу икки тавақали клапаннинг торайиши, қоннинг ЧБдан ЧҚга ўтишига тўсқинлик қиладиган ЮК. МСнинг деярли ягона сабаби ревматизм ҳисобланади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I05.0</b>	Митрал стеноз, икки тавақали клапаннинг торайиши (ревматик)
<b>Q23.2</b>	Туғма митрал стеноз
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Аёл учун хавфлар

Енгил даражали МСда одатда ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Клапаннинг майдони  $\leq 1,0$  см<sup>2</sup> бўлган ҳомиладор аёлларнинг учдан бирида ва клапаннинг майдони  $\leq 1,5$  см<sup>2</sup> бўлган ҳомиладор аёлларнинг ярмида ЮЕ ривожланади. Кўпинча, ЮЕнинг клиникаси ҳомиладор бўлишдан аввал симптомларсиз кечган бўлса ҳам, иккинчи триместрда кузатилади. Барқарор ҚФ, камдан-кам бўлсада, <10% ҳолатларда ривожланади, ЮЕ ва тромбоземболик асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Ўлим даражаси 0 дан 3% гача ва ундан юқори туради. НУНА бўйича ФС  $\geq$  II, ЎАда систолик босим >30 мм сим. уст., оғир стеноз ва аёлнинг катта ёши асоратларнинг предиктори ҳисобланади.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Туғруқ даврида ўткир ЮЕ ривожланиш хавфи ЎАдаги босимга ва симптомларнинг ифодаланганлик даражасига боғлиқ. Муддатдан олдинги туғруқлар частотаси 20-30%, ҳомила ўсиши чекланиши 5-20%, ҳомила нобуд бўлиши 1-5% ни ташкил қилади. Ҳомиладорлик даврида НУНА бўйича III/IV ФС сурункали ЮЕ мавжуд аёлларнинг болаларида асоратлар хавфи юқори туради.

## Олиб бориш тактикаси

### Ташхис қўйиш

Клапаннинг майдони  $\leq 1,5$  см<sup>2</sup> бўлса, МС клиник жиҳатдан аҳамиятли ҳисобланади. МСнинг оғирлик даражаси Эхо-КГда аниқланади. Допплерометрия ёрдамида оғирлик даражасини аниқлашнинг ишончлилиги паст бўлса-ҳам, ҳомиладорлик даврида қўлланилиши мумкин. Клапан бўйлаб ўртача градиент ва ЎАдаги босим гемодинамик оқибатларни ва касалликнинг прогнозини баҳолашга имкон беради. Тери орқали митрал комиссуротомия ўтказилишини муҳокама қилишда икки тавақали клапаннинг анатомиясини ва у билан боғлиқ регургитацияни баҳолаш муҳимдир. Ҳомиладор бўлишдан аввал жисмоний зўриқиш синамалари ўтказилади ва стресс-Эхо-КГ қўшимча маълумот бериши мумкин.

## Медикаментоз даволаш

Клиник симптомлар ёки клиник жиҳатдан аҳамиятли ЎГ ривожланганда (Эхо-КГ маълумотларига кўра ЎАда  $\geq 50$  мм сим. уст. систолик босим аниқланиши), жисмоний фаолликни чеклаш, селектив бета-1-блокаторларни (метопролол ёки бисопролол афзалроқ) тайинлаш керак. ББ қабул қилинишига қарамасдан ЮЕ симптомлари сақланиб қолганда, диуретиклар тайинланиши мумкин, бироқ, диуретикларни юқори дозаларда қўлламаслик лозим. Пароксизмал ёки доимий БФ, ЧБ тромбози ёки эмболия ҳолатларида клиник ҳолат ва ҳомиладорликнинг муддатига қараб антикоагулянт терапияни ФГ, ПМГ ёки КВА билан ўтказиш тавсия этилади. Сезиларли даражали МСда синус ритми ва Эхо-КГ

маълумотларига кўра ЎБда спонтан контрастланиш ҳолати мавжуд, ЎБнинг ўлчамлари сезиларли даражада катталашган ( $\geq 60$  мл/м<sup>2</sup>) ёки димикқан ЮЕ мавжуд аёлларда ҳам антикоагулянт терапияни тайинлаш масаласи кўриб чиқилиши керак.

## Жарроҳлик аралашувлар

Оғир даражали МСда ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди. Ҳомиладор бўлишдан аввал, ҳатто клиник симптомлар кузатилмаса ҳам, айниқса, клапаннинг майдони  $< 1,0$  см<sup>2</sup> бўлса, тери орқали амалга ошириладиган аралашувларни афзал кўрган ҳолда, жарроҳлик аралашувлар ўтказилиши керак. Ҳомиладорлик даврида НҮНА бўйича III/IV ФС ва/ёки ЎАда систолик босими  $\geq 50$  мм сим. уст. дан юқори бўлган, оптимал терапия фонида ва қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин тери орқали амалга ошириладиган митрал комиссуротомияни ўтказиш афзалроқдир. Ҳомила учун хавфни инobatга олган ҳолда, очиқ юрак операцияси фақат бошқа барча чоралар самарасиз бўлганда ва онанинг ҳаёти хавф остида бўлганда амалга оширилиши керак.

## Ҳомиладорлик даврида кузатиб бориш

Клиник ва Эхо-КГ текширувларининг гемодинамик параметрларга қараб ҳар ой ёки 2 ойда бир мартаба ўтказилади. Енгил даражали МСда ҳар триместрда ва туғруқдан олдин кўрикдан ўтиш тавсия этилади.

## Туғруқни олиб бориш

Енгил даражали МСда, шунингдек, ўрта даражали МС ва НҮНА бўйича I/II ФС ЎГсиз мавжуд аёлларни табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади. НҮНА бўйича III/IV ФС сурункали ЮЕ ёки ЎГ мавжуд, шунингдек, тери орқали амалга ошириладиган митрал комиссуротомияни ўтказиш имкони бўлмаган ёки муваффақиятсиз бўлганда, кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш масаласи кўриб чиқилади.

## Туғруқдан кейинги кузатувлар ва аёл учун прогноз

Туғруқдан кейинги биринчи кунларда аёлни диққат билан назорат қилиш керак. Узок муддатли прогноз асосан комиссуротомиядан кейин стеноз ёки рестенознинг ривожланиши хавфига боғлиқ, бундай ҳолатлар мунтазам мониторингни талаб қилади.

## Аорта клапани стенози

Аорта стенози – бу ЧҚдан аортага қоннинг нормал ўтишига тўсқинлик қилувчи унинг клапан тавақалари бирлашиши туфайли ривожланган аортанинг чиқиш тракти торайишидир.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I06.0</b>	Ревматик аортал стеноз
<b>I35.0</b>	Аортал (норевматик) стеноз
<b>Q23.0</b>	Туғма аорта клапани стенози
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Юракнинг ревматик шикастланиши билан кечадиган икки тавақали аорта клапани АСнинг асосий сабаби ҳисобланади.

## Аёл учун хавфлар

Юракнинг шикастланиш даражаси асосан АСнинг дастлабки оғирлик даражаси ва симптомларга боғлиқ. Ўрта даражали АС мавжуд аёлларда ЮЕ кам учрайди ( $< 10\%$ ). Ҳатто

оғир даражали АС мавжуд аёлларда ҳомиладорлик асоратларсиз кечади. Ҳозирги пайтда ўлим даражаси паст туради. Аритмиялар кам учрайди. Икки тавақали аорта клапани мавжуд аёлларда аортанинг диаметри <50 мм бўлса, аорта диссекцияси ривожланиши хавфи паст бўлади.

### **Акушерлик ва перинатал хавфлар**

Оғир даражали АС мавжуд аёлларда акушерлик асоратлари хавфи юкори бўлиши мумкин. Ўрта ва оғир даражали АСда муддатдан олдинги туғруқлар, ҳомила ўсиши чекланиши ва кичик вазн билан туғилиш ҳолатлари 20-25% ни ташкил қилади ва оғир даражали АСда ушбу кўрсаткичлар юкорироқ бўлади. Ўз-ўзидан ҳомила тушиши ва ҳомила нобуд бўлиши частотаси <5% ни ташкил қилади. Шунингдек, икки тавақали аорта клапани туфайли АС мавжуд аёлларда ЧҚ чиқиш тракти ривожланиш нуқсонлари наслдан-наслга ўтиш хавфи мавжуд.

### **Олиб бориш тактикаси**

#### **Ташхис қўйиш**

АСнинг оғирлиги тезлик кўрсаткичлари ва клапаннинг майдони асосида белгиланади. Ҳомиладор бўлишдан аввал асимптоматик аёлларда жисмоний зўриқиш синамаларини ўтказиш тавсия этилади ва стресс-Эхо-КГ текшируви қўшимча маълумот бериши мумкин. Икки тавақали аорта клапани мавжуд аёлларда ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида аортанинг диаметрларини баҳолаш керак.

#### **Медикаментоз даволаш**

Ҳомиладорлик даврида ЮЕ ривожланса, медикаментоз даволашни бошлаш ва жисмоний фаолликни чеклаш тавсия этилади. Димиққан ЮЕ симптомларида диуретиклар тайинланиши мумкин.

#### **Жарроҳлик аралашувлар**

Оғир даражали АС симптоматик кечишида ёки ЧҚнинг функцияси пасайиши асимптоматик кечишида ёки жисмоний зўриқиш синамаларида ўзгаришлар аниқланганда ҳомиладор бўлиш тавсия этилмайди ва жарроҳлик аралашувлар ҳомиладор бўлишдан аввал ўтказилиши лозим. Асимптоматик аёлларга, ҳатто оғир даражали АСда ҳам, ЧҚнинг ўлчамлари ва функцияси нормал бўлса ва жисмоний зўриқиш синамаларида ўзгаришлар аниқланмаса, ҳомиладор бўлишни мумкин.

Медикаментоз даволаш ўтказилишига қарамасдан, оғир симптомлари мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида тажрибали жарроҳ томонидан тери орқали вальвулопластикани ўтказиш масаласи кўриб чиқилиши мумкин. Вальвулопластикани ўтказиш имкони мавжуд бўлмаса ва аёлнинг ҳаётига хавф туғдирувчи симптомлар юзага келса, кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали муддатдан аввал туғдириб олингандан сўнг клапанни протезлаш масаласи кўриб чиқилиши керак. Ҳомила учун хавфни инобатга олган ҳолда, аортанинг клапанини катетер орқали алмаштириш истиқболли муқобил аралашув ҳисобланади, бироқ, ҳомиладорлик даврида ўтказилиши бўйича тажриба жуда чекланган.

#### **Ҳомиладорлик даврида кузатиб бориш**

Тажрибали шифокорларнинг мультидисциплинар жамоаси томонидан мунтазам кузатувни талаб қилади. Оғир даражали АСда ҳар ойда ёки 2 ойда 1 мартаба кўрикларни, жумладан Эхо-КГни ўтказиш тавсия этилади.

#### **Туғруқни олиб бориш**

Оғир даражали АСнинг симптоматик кечишида кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш тавсия этилади. Асимптоматик оғир даражали АСда индивидуал ёндашиш тавсия этилади. АСнинг енгил даражасида табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш афзалроқ ҳисобланади.

## Туғруқдан кейинги кузатувлар ва аёл учун прогноз

Касаллик кўпинча туғруқдан кейин ривожланиб боради ва шунинг учун доимий мониторингни талаб қилади.

## Клапанлар етишмовчилиги

### Митрал ва аорта клапанларининг етишмовчилиги

Икки тавақали клапан етишмовчилиги (митрал етишмовчилик) юракнинг нуқсони бўлиб, бунда юрак қоринчаларининг қисқариши пайтида ЧҚдан ЧБга қоннинг тескари ҳаракатланиши, клапан тавақалари тўлиқ ёпилмаслиги кузатилади.

Аортал етишмовчилик – аорта клапани тўлиқ ёпилмаслиги, диастола пайтида қоннинг аортдан ЧҚга ўтиши билан тавсифланадиган юракнинг нуқсони.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I05.1</b>	Митрал клапаннинг ревматик етишмовчилиги
<b>I34.0</b>	Митрал (клапан) (норевматик) етишмовчилиги
<b>I34.1</b>	Митрал клапан пролапси
<b>Q23.3</b>	Туғма митрал етишмовчилик
<b>I06.1</b>	Аортал клапаннинг ревматик етишмовчилиги
<b>I35.1</b>	Аортал (клапан) (норевматик) етишмовчилиги
<b>Q23.1</b>	Аорта клапани туғма етишмовчилиги
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Митрал ва аортал етишмовчилик ревматик, ирсий ёки дегенератив этиологияга эга бўлиши мумкин.

## Аёл учун хавфлар

Оғир даражали регургитацияси ва клиник симптомлари ёки ЧҚ функцияси бузилиши мавжуд аёлларда ЮЕ ривожланиши хавфи юқори. Ўрта ёки оғир даражали ревматик МЕ мавжуд аёлларнинг 20-25% да ЮЕ кузатилади. Ўткир ЮЕ оғир кечади. ЮТН мавжуд аёлларда ифодаланган МЕ ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир асоратлари ва регургитациянинг ривожланиб бориши билан боғлиқ.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Акушерлик асоратларнинг хавфи ортиши бўйича маълумотлар келтирилмаган. Ўрта ёки оғир даражали МЕ мавжуд аёлларнинг 5-10% да ҳомила ўсиши чекланиши ва <5% ҳолатларда бошқа перинатал асоратлар юзага келади.

## Олиб бориш тактикаси

### Ташхис қўйиш

Туғруқнинг дастлабки режаси симптомларни баҳолашни ва МЕнинг оғирлик даражасини, Эхо-КГда ЧҚнинг ўлчамлари ва функцияларини ҳар томонлама баҳолашни ўз ичига олиши керак.

Аортал регургитацияси мавжуд аёлларда, айниқса икки тавақали аорта клапанида аортанинг юқорига кўтарилувчи қисмининг диаметрларини ўлчаш керак.

### Медикаментоз даволаш

Суюқлик ушлаб турилиши белгилари одатда медикаментоз даволаш билан бошқарилиши мумкин.

### Жарроҳлик аралашувлар

Жарроҳлик даволаш ҳомиладор бўлишдан олдин ўтказилиши керак. Баъзи ҳолатларда ҳомиладорлик даврида, айниқса терапияга жавоб бермайдиган ЮЕ билан кечадиган ўткир оғир регургитацияда жарроҳлик аралашуви ўтказилиши шарт. Ҳомиланинг яшаб қолиш эҳтимоли мавжуд бўлса, кардиожарроҳлик аралашувидан олдин аёл туғдириб олиниши керак.

### Ҳомиладорлик даврида кузатиб бориш

Енгил/ўрта даражали регургитацияда ҳар триместрда ва оғир даражали регургитацияда шифокорнинг ташрифига тез-тез буюриш талаб этилади.

### Туғруқни олиб бориш

Туғруқнинг иккинчи даври давомийлигини қисқартирган ҳолда, эпидурал оғриқсизлантириш остида табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

### Туғруқдан кейинги кузатувлар ва аёл учун прогноз

Прогноз регургитациянинг оғирлик даражасига ва унга боғлиқ бўлган клиник симптомлар, ЧҚнинг ўлчамлари ва функцияларига боғлиқ.

### Трикуспидал етишмовчилик

Уч тавақали клапан етишмовчилиги ёки ТЕ – бу юракнинг нуқсони бўлиб, бунда қоринча систоласи пайтида клапан тавақалари тўлиқ ёпилмаслиги натижасида ўқдан ўбга қон қайтиши кузатилади. Кўпинча ТЕ митрал ва аортал нуқсонлар билан бирга келади.

Органик ТЕ клапан тавақаларида ифодаланган морфологик ўзгаришлар билан тавсифланади ва кам учрайди. У инфекция эңдокардит, кўкрак қафаси шикастланиши, Эбштейн аномалияси, Марфан синдроми, баъзи дори-воситаларни қабул қилганда ривожланади. Масалан, кардиостимуляторни ўрнатиш ёки биопсияни олиш пайтида уч тавақали клапанга шикаст етказиш каби ятроген сабаблар истисно қилинмайди.

Функционал ТЕда клапан тавақаларида ифодаланган морфологик ўзгаришлар аниқланмайди ва тавақалар тўлиқ ёпилмаслиги туфайли клапаннинг аппарати функцияси бузилиши юзага келади. Турли хил туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари, сурункали “ўпка юраги”, ўГ, ўткир “ўпка юраги” билан асоратланган ўАТЭ, МИ, кўкрак қафаси шикастланишларида юзага келади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>И07.1</b>	Трикуспидал (норевматик) етишмовчилик
<b>И36.1</b>	Уч тавақали клапан норевматик етишмовчилиги
<b>О99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Иккиламчи ТЕ, бирламчи ТЕ қараганда кўпроқ учрайди, бу эңдокардит ёки Эбштейн аномалияси билан боғлиқ бўлиши мумкин.

### Аёл учун хавфлар

Одатда чап юрак камералари клапанлари шикастланиши ёки ЎГ мавжудлиги билан белгиланади. Бироқ, оғир симптоматик ТЕда ёки ЎҚ дисфункцияси мавжуд аёлларда оналик хавфи юқори бўлиши мумкин. ЮТН мавжуд аёлларда АВ-клапанларнинг ўрта/оғир даражали регургитацияси аритмияга олиб келиши мумкин. Ҳатто ЮЕ билан оғир кечадиган ТЕда ҳомиладорлик даврида ҳам консерватив даво ўтказилиши мумкин. Оғир ТЕ ва фиброз ҳалқанинг кенгайишида ( $\geq 40$  мм) ўрта даражали ТЕда уч тавақали клапан патологияси жарроҳлик аралашув орқали даволанади. Оғир симптоматик ТЕда аёл ҳомиладор бўлишидан олдин коррекцияловчи жарроҳлик амалиёти кўриб чиқилиши лозим.

## Натив юрак клапанлари касалликларида бўлмачалар титраши

Тромбоэмболик асоратларнинг юқори хавфи БТ билан боғлиқ, айниқса клиник аҳамиятга эга МСда. Биринчи ва охириги триместрларда терапевтик дозаларда ПМГ ва ХННнинг етарли қийматларига эришилган ҳолда КВА ёки иккинчи триместрда ПМГ билан дарҳол антикоагулянт терапияни тайинлаш талаб этилади.

ЯОАК ҳомиладорлик даврида қўлланилмайди.

Дигоксин ёки ББ ёрдамида кардиоверсия ва ЮУТни назорат қилиш ўртасидаги танлов БТ остида ётган клапан касаллигининг оғирлик даражасига ва терапияни кўтара олишга боғлиқ.

## Протезланган клапанлар

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Z95.2</b>	Юрак клапани протези борлиги
<b>Z95.3</b>	Ксеноген юрак клапани борлиги
<b>Z95.4</b>	Юрак клапани ўрнини босувчи бошқа мосламанинг борлиги
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

## Клапаннинг протезини танлаш

Келажақда ҳомиладор бўлишни режалаштирган аёлда клапанни протезлаш муқаррар бўлса, клапанни танлаш мураккаб масала ҳисобланади. Механик клапанлар мукамал гемодинамик самарадорлик таъминлайди ва узоқ вақт хизмат қилади, бироқ, антикоагулянт терапияга бўлган эҳтиёж, она ва ҳомила ўлими ҳолатлари ва касалланиш даражасини оширади ва ҳомиладорлик даврида, биологик протезларга қараганда, механик клапанларда оғир юрак-қон томир асоратлари хавфи анча юқори туради. Шу билан бирга, ёш аёллардаги биологик протезлар клапанларда структуравий ўзгаришларнинг юқори хавфи билан боғлиқ бўлиб, ҳомиладорлик даврида клапанларнинг дисфункцияси хавфига олиб келади ва, охири-оқибат, қайта операция қилиш зарурати туғилади. Муқобил вариантларга клапаннинг транскатетерли имплантацияси (ҳозирда айниқса ўпка клапанлари) ва аорта клапани касалликларида Росс операцияси (аортал позицияга аутотрансплантат ва ўпка гомографти ўрнатилади) киради. Росс операциясидан кейин ҳомиладорлик қандай яқунланиши бўйича маълумотларнинг сони чекланган, бироқ, аортанинг дилатацияси бўлмаганда асоратлар ривожланиши хавфи пастлиги кўрсатилган. Ҳомиладорликни режалаштириш – Па тоифадаги тавсия ҳисобланади. Келажақда ҳомиладор бўлишни режалаштираётган ёш аёлларда протезни танлашда юрак-қон томир касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб боришга ихтисослашган шифокорлар гуруҳи жалб қилиниши керак. Якуний танлов аёл билан муҳокама қилинганидан кейин амалга оширилиши керак.

## Биологик протезда ҳомиладорликда юзага келадиган хавфлар



Биологик протези мавжуд аёлларда юрак-қон томир асоратлари ривожланиши хавфи паст. Биологик протезнинг ифодаланган дисфункцияси мавжуд бўлса, асоратлар хавфи сезиларли даражада юқори бўлиши мумкин. Ҳомиладор бўлишдан олдин текшириш ва маслаҳат бериш, шунингдек, назорат қилиш, медикаментоз даволаш ва аралашувни ўтказишга кўрсатмалар ҳомиладорликда кузатиладиган табиий клапан дисфункцияси билан солиштирилиши мумкин.

## Механик протезлар ва антикоагулянт терапия

Механик клапани мавжуд аёлларда ҳомиладорлик жуда юқори хавф билан боғлиқ (ЖССТнинг таснифи бўйича III хавф даражаси). Ҳомила тирик туғилиши билан асоратларсиз яқунланган ҳомиладорликнинг эҳтимоли механик клапани мавжуд аёлларда тахминан 58% ни ташкил қилади, биологик протези мавжуд аёлларда худди шундай кўрсаткичлар 79% ни ва юрак-қон томир касалликлари мавжуд, бироқ, протези бўлмаган аёлларда эса 78% ни ташкил қилади. Асосий хавфлар (клапан тромбози ва геморрагик асоратлар) антикоагулянт терапияни ўтказиш зарурати билан боғлиқ. Қўшимча хавфларга қоринча ва клапан дисфункцияси киради.

## Аёл учун хавфлар

Ҳомиладорлик даврида клапан тромбози хавфи сезиларли даражада ошади. Антикоагулянтларни муқобил дозалашда хавф камроқ бўлади ва механик клапаннинг тури ва жойлашишига, аёлда қўшимча хавф омиллар мавжудлигига боғлиқ. ROPAC регистрида 202 та ҳомиладорликларнинг 4,7% да клапан тромбози қайд этилган ва ўлим даражаси 20% ни ташкил қилган. Буюк Британияда ўтказилган тадқиқотда тромботик асоратлар ёки клапан дисфункцияси билан боғлиқ оналар ўлими 9% ни ташкил қилган ва 41% ҳолатларда оғир асоратлар (16% ҳолатларда тромбоэмболик асоратлар) қайд этилган.

Ҳомиладорлик даврида КВАни қўллаш билан клапан тромбози хавфи нисбатан пастроқ бўлади (0-4%). Биринчи триместрда ёки ҳомиладорликнинг бутун даврида ФГни қўллаш бўйича чекланган маълумотларда клапан тромбозининг юқори хавфи кўрсатилган (9-33%); ФГни қўллашда қўшимча хавфларга тромбоцитопения ва остеопороз киради. ПМГ қўлланилиши ҳам клапан тромбози хавфи билан боғлиқ. Гломеруляр фильтрация тезлигининг ошиши туфайли ПМГни каттароқ дозада қўллаш эҳтиёжи ортади. Анти-Ха фаоллигини назорат қилиш билан ПМГ дозасини коррекциялаш тромбоз хавфини камайтиради. Анти-Ха фаоллигини назорат қилиш ва тегишли дозани коррекциялаш билан ҳомиладорликнинг бутун даврида ПМГ қўлланилганда, клапан тромбози хавфи 4,4-8,7% ни ташкил қилади. Анти-Ха фаоллигининг субоптимал мақсадли даражалари ёки даволаш тартибларига етарлича риоя қилмаслик кўпинча клапан тромбозига олиб келади, бироқ, клапан тромбозининг бир нечта ҳолатларида анти-Ха фаоллигининг 1,0-1,2 ХБ/мл энг юқори даражаси мақсадли кўрсаткичлар ҳисобланган. ПМГ фақат биринчи триместрда қўлланилганда 5,8-7,4% ҳолатларда клапан тромбози ривожланади.

Мавжуд далилларда (адекват рандомизацияланган тадқиқотлар ўтказилмаган) ҳомиладорлик даврида ХННнинг назорати остида КВА қўлланилиши клапан тромбозини олдини олишнинг энг хавфсиз эканлиги кўрсатилган. Клапан тромбозининг олдини олишда ПМГ, эҳтимол, ФГдан устун бўлиши мумкин.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

Антикоагулянт терапиянинг барча схемалари ҳомила ривожланиши тўхтаб қолиши ва геморрагик асоратлар, жумладан ТҚҚК ва ретроплацентар қон кетиши хавфи ортиши билан боғлиқ, бу муддатдан олдинги туғруқ содир бўлиши ва ҳомила нобуд бўлишига олиб келади. ROPAC натижалари шуни кўрсатдики, биринчи триместрда КВА қўлланилиши, ФГ

ёки ПМГ қўлланилишига қараганда, ҳомила ривожланиши тўхтаб қолишининг юқорирак хавфи билан боғлиқ бўлган (28,6% га нисбатан 9,2%); бошқа адабиёт маълумотларида тирик туғилиш частотаси пастроқ бўлгани келтирилган. Иккита шарҳда ҳомиланинг нобуд бўлиши хавфи КВАнинг дозасига (КВАнинг паст дозаларида ҳомиланинг нобуд бўлиши частотаси 13,4-19,2% ни ташкил қилган, КВАни қабул қилишда ҳомила нобуд бўлишининг умумий частотаси эса 32,5% ни ташкил қилган) боғлиқ эканлиги кўрсатилган. Гепарин/КВА комбинациясини қўллашда ҳомиланинг нобуд бўлиши частотаси 22,7% ва ПМГни қўллашда эса 12,2% ни ташкил қилган. Таққослаш ҳисоботларидаги фарқлар мавжудлиги туфайли тадқиқотларни солиштиришда қийинчилик туғдиради ва паст дозаларда КВА қўлланилиши хавфсиз эканлиги тўғрисида хулосалар бир-бирига қарама қарши. Биринчи триместрда КВА қўлланилиши 0,6-10% ҳолатларда эмбриопатияга (қўл-оёқ нуқсонлари, бурун гипоплазияси) олиб келади. ФГ ва ПМГ йўлдош орқали ўтмайди, шунинг учун ҳомиладорликнинг 6-12 ҳафталик муддатларида КВА ФГ ёки ПМГга алмаштирилиши эмбриопатия хавфини деярли йўқ қилади. Эмбриопатия хавфи дозага ҳам боғлиқ (варфариннинг паст дозаларида 0,45-0,9% ни ташкил қилган). Бундан ташқари, иккинчи ва учинчи триместрларда КВА қўлланилганда фетопатия (масалан, кўз ёки МНТ аномалиялари, бош мия ичи қон кетиши) хавфи 0,7-2% ни ташкил қилган. ФГ қўлланилганда ҳам фетопатиялар ривожланиши бўйича маълумотлар мавжуд, бироқ, ҳомиладорликнинг бутун даврида ПМГ қўлланилганда фетопатиялар кузатилмаган.

Ҳомиладор аёл КВАни қабул қилаётган бўлса, ҳомилада бош мия ичи қон кетиши ривожланиши хавфи туфайли, табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб бўлмайди. Антикоагулянт терапиянинг ҳар қандай схемалари қўлланилганда онада геморрагик асоратлар юзага келиши мумкин, бироқ, уларнинг частотаси, ФГ/ПМГга қараганда, КВА қўлланилганда пастроқ бўлади. КВА ёки гепаринга паст дозаларда аспириини кўшиш клапан тромбозининг олдини олишда фойдали эканлиги исботланмаган, бироқ, онада сезиларли даражада геморрагик асоратлар юзага келиши, жумладан ўлим ҳолатлари билан боғлиқ бўлган.

### **Олиб бориш тактикаси**

Ҳомиладор бўлишдан аввал симптомларни, қоринчалар функциясини, шунингдек, протезнинг ва натив клапаннинг функцияларини баҳолаш ва Эхо-КГни ўтказиш керак. Клапан(лар)нинг тури ва жойлашишини ҳамда анамнезда клапан тромбози бўлганини инобатга олиш керак. Ҳомиладорликни режалаштиришни рад этиш имконияти аёл билан муҳокама қилиниши керак.

### **Медикаментоз даволаш**

Антикоагулянт терапиянинг турли хил схемаларининг афзалликлари ва камчиликлари аёл ҳомиладор бўлишидан аввал батафсил муҳокама қилиниши керак. КВАни қабул қилиш клапан тромбозининг олдини олишнинг энг самарали ва, шунга мос равишда, энг хавфсиз эканлигини аёлнинг ўзи ҳам тушуниши керак. Шу билан бирга, она учун хавф болани хавф остига ҳам кўяди. Бироқ, КВАни қабул қилиш билан боғлиқ бўлган эмбриопатиялар, фетопатиялар, қон кетишлар ва ҳомиланинг нобуд бўлиши каби хавфлар КВАнинг дозасини коррекциялашда муҳокама қилиниши керак. Клапан тромбозининг юқори хавфи ва ПМГни қабул қилиш билан боғлиқ ҳомила учун нисбатан пастроқ хавфлар муҳокама қилиниши керак. Антикоагулянт терапиянинг олдинги тартибга риоя қилиш кераклигини ҳисобга олиш керак. Аёлнинг ўзи ҳам, қандай тартиб танланганлигига қарамасдан, ҳомиладорлик ижобий натижа билан яқунланиши учун тартибга қатъий риоя қилиш зарурлигини тушуниши керак.

Аёл ҳомиладор бўлгунга қадар КВАни қабул қилишни давом эттириши керак. Ҳомиладорлик даврида паст дозаларда КВАни қабул қилиш мумкин. Эмбриопатия, фетопатия (<2%) ва ҳомиланинг нобуд бўлиши (<20%) бўйича хавфлар паст бўлганлиги сабабли, КВА клапан тромбозини олдини олишда энг самарали ҳисобланади. ХННнинг мақсадли қийматларига ҳар ҳафта ёки ҳар 2 ҳафтада жорий тавсияларга мувофиқ эришиш керак. Баъзи ҳолатларда аёлларнинг ўзлари ҳам ХННни назорат қилишлари мумкин. КВАни паст дозаларда қабул қилишга муҳтож бўлган аёллар муқобил дори-восита сифатида ҳомиладорликнинг 6-12 ҳафталик муддатидан бошлаб назорат остида ва тўлиқ маълумот берилгандан кейин ПМГга ўтишлари мумкин.

#### Механик протезларда ХННнинг мақсадли қийматлари

Протезнинг тромбогенлик даражаси	Аёлларда хавф омиллар мавжудлиги <sup>а</sup>	
	Мавжуд эмас	1 ва ундан ортиқ
Паст <sup>б</sup>	2,5	3,0
Ўрта <sup>с</sup>	3,0	3,5
Юқори <sup>д</sup>	3,5	4,0

#### Изоҳлар:

<sup>а</sup> икки тавақали ёки уч тавақали клапан протези, анамнезда тромбоэмболиялар, бўлмачалар фибрилляцияси, ҳар қандай даражали митрал стеноз ёки ЧҚ ХФ <35%;

<sup>б</sup> Carbomedics, Medtronic Hall, ATS или Medtronic Open-Pivot, St Jude Medical, On-X ёки Sorin Bicarbon;

<sup>с</sup> бошқа икки тавақали протезлар;

<sup>д</sup> Lillehei-Kaster, Omniscience, Starr-Edwards, Björk-Shiley ва бошқа дискли протезлар, пульмонал клапаннинг ҳар қандай протези.

КВАни каттароқ дозаларда қўллаш зарурати келиб чиққан ҳолда, ҳомиладорликнинг 6 ва 12 ҳафталари ўртасида КВАни қабул қилишни тўхтатиш ва ушбу тартибни анти-Ха фаоллигининг энг юқори даражасига қараб дозани коррекциялаш билан ФГни в/и юбориш ёки қунига 2 маҳал ПМГни тери остига юборишни кўриб чиқиш керак. Шу билан бир қаторда, аёл барча мумкин бўлган оқибатлар бўйича хабардор бўлса ва розилик олинган бўлса, муқобил равишда, КВАни қабул қилишни давом эттириш мумкин. Анти-Ха фаоллигининг энг юқори даражаларини назорат қилиш билан бир қаторда, анти-Ха фаоллигининг стационар (кейинги дозани юборишдан аввалги) даражасини назорат қилишни кўриб чиқиш ва назарий маълумотларнинг чекланган далилларига асосланиб, ушбу даражани  $\geq 0,6$  ХБ/мл да ушлаб туриш учун дозани коррекциялаш керак. ПМГнинг бошланғич дозаси эноксапарин учун 1 мг/кг ва далтепарин учун қунига 2 маҳал тери остига 100 ХБ/мл ни ташкил қилади. Анти-Ха фаоллигининг энг юқори (ёки энг юқори ва стационар) даражасига қараб ҳар куни ва анти-Ха фаоллигининг мақсадли даражасига эришилганда ҳар ҳафтада дозани коррекциялаш керак. Мунтазам равишда ацетилсалицил кислотасини қўшиш тавсия этилмайди. ФГ қўлланилганда ФҚТВнинг барқарор қийматларига эришилгандан сўнг, кейинчалик ФҚТВнинг қийматларига эътибор қаратган ҳолда, ФГнинг дозасини ҳар ҳафта назорат қилиш керак, бу нормал қийматлардан  $\geq 2$  баравар кўп бўлиши керак. Иккинчи ва учинчи триместрда КВА афзал кўрилган антикоагулянт восита ҳисобланади.

#### Ҳомиладорлик даврида кузатиб бориш

Ушбу тоифага кирувчи аёллар юқори хавф гуруҳига киради ва ҳомиладорлик даврида шифокорларнинг мультидисциплинар гуруҳи томонидан ихтисослаштирилган марказда назорат қилиниши керак. Антикоагулянт терапия схемасининг самарадорлиги танланган

тартибга қараб ҳар ҳафта ёки ҳар 2 ҳафтада назорат қилиниши керак ва ҳар ойда клиник кузатув, жумладан Эхо-КГ ўтказилиши керак.

## Клапан тромбозини ташхислаш ва даволаш

Нафас сиқиши, D-димер текширувининг мусбат натижаси ва/ёки эмболия ҳолатлари клапан тромбозини истисно қилиш учун трансторакал Эхо-КГни дарҳол ўтказиш учун кўрсатма ҳисобланади. Қизилўнгач орқали ўтказиладиган Эхо-КГ одатда кейинчалик ўтказилади. Бундан ташқари, ҳомила учун паст даражали хавф туғдирадиган флюороскопия текшируви ҳам ўтказилиши мумкин. Клапан тромбози ҳомиладор бўлмаган аёлларда даволанганидек олиб борилади. Бу в/и ФГни юбориш билан антикоагулянт терапиянинг тартибини мақбуллаштиришни ва аввал субтерапевтик антикоагуляция ҳолати мавжуд умумий аҳволи кониқарли бўлган аёлларда оғиз орқали қабул қилинадиган антикоагулянтларни қайта қабул қилишни ўз ичига олади.

Обтурацияловчи тромбози мавжуд критик ҳолатдаги аёлларда консерватив терапия самара бермаганда, жарроҳлик амалиёти орқали даволаш муҳокама қилинади. Оғир ҳолатдаги аёлларда, жарроҳлик амалиётини зудлик билан ўтказиш имкони мавжуд бўлмаганда тромболитик қўлланилиши лозим ва жарроҳлик амалиёти юқори хавф билан боғлиқ бўлганда қўлланилишини кўриб чиқиш керак. >1000 Да молекуляр масса аксарият фибринолитик элементларнинг йўлдошдан ўтишига тўсқинлик қилади, бироқ, стрептокиназанинг оз миқдорлари ва урокиназанинг фрагментлари ҳомиланинг қон оқимида ўтиши мумкин. Альтернатива (рекомбинант плазминогеннинг тўқима активатори) катта молекуляр массага эга ва бу унинг йўлдошдан ўтишига имкон бермайди. Шунга қарамасдан, эмболизация (10%) ва субплацентар қон кетиши хавфи юқори туради ва ҳомиладорлик даврида ушбу дори-восита қўлланилиши бўйича маълумотлар чекланган.

Жарроҳлик амалиёти пайтида ҳомиланинг нобуд бўлиши частотаси анча юқори (30%) бўлганлиги сабабли, антикоагулянт терапия самара бермаганда, ҳолати критик бўлмаган аёлларда жарроҳлик амалиётига альтернатива сифатида тромболитик қўриб чиқилиши мумкин. Тромболитик юракнинг ўнг клапанлари тромбозини даволашда танлов восита сифатида хизмат қилади. Аёл барча хавфлар бўйича хабардор бўлиши керак.

## Туғруқни олиб бориш

Туғдириб олиш режаси олдиндан тузилиши керак. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш в/и юбориладиган гепаринга олдиндан ўтишни талаб қилади. Эпидурал оғриқсизлантириш қўлланилиши узоқ вақт давомида антикоагулянт терапияни бекор қилишни талаб қилади, бу механик протези мавжуд аёллар учун қарши кўрсатма бўлиши мумкин. КВАни бекор қилиш муддатини минималлаштириш учун, айниқса, клапан тромбозининг хавфи юқори бўлган аёлларда режалаштирилган кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши альтернатива сифатида кўриб чиқилиши мумкин. Аёл ҳали ҳам КВАни қабул қилаётганда туғруқ фаолияти бошланиб қолса, кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак.

## Юракнинг натив клапанлари нуқсонларини олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Ҳомиладор бўлишдан олдин аниқланган ёки гумон қилинаётган туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари мавжуд барча аёлларда Эхо-КГ ва масҳалатлашув ўтказилиши билан хавф баҳоланиши керак	I	C
<b>Митрал стеноз</b>		

Симптомлари мавжуд бўлган аёлларда ёки ЎА мавжудлигида жисмоний фаолликни чеклаш, селектив бета-1-блокаторларни қабул қилишни бошлаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>B</b>
ББни қабул қилишга қарамасдан ЮЕ декомпенсациясининг симптомлари сақланиб қолганда, диуретикларни тайинлаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>B</b>
МС мавжуд ва клапаннинг майдони <1,0 см <sup>2</sup> бўлган аёлларда ҳомиладор бўлишдан аввал жарроҳлик аралашувини ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
БФ, ЧБ тромбози ёки ўтказилган эмболия ҳолатларида терапевтик дозаларда гепаринлар ёки КВА билан антикоагулянт терапияни ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
МС мавжуд ва клапаннинг майдони <1,5 см <sup>2</sup> бўлган аёлларда ҳомиладор бўлишдан аввал жарроҳлик аралашувини ўтказиш масаласи кўриб чиқилиши керак	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Консерватив терапия ўтказилишига қарамасдан, симптоматикаси оғир бўлган ёки ЎАда систолик босими ≥50 мм сим. уст. дан юқори бўлган аёлларда тери орқали амалга ошириладиган митрал комиссуротомияни ўтказиш масаласи кўриб чиқилиши керак	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>Аортал стеноз</b>		
Оғир АС мавжуд аёлларда ҳомиладор бўлишдан олдин жарроҳлик амалиётини куйидаги ҳолатларда ўтказиш тавсия этилади:		
▪ АС симптоматик кечишида	<b>I</b>	<b>B</b>
▪ ЧҚ ХФ <50%	<b>I</b>	<b>C</b>
▪ жисмоний зўриқиш синамаларида симптомлар пайдо бўлганда	<b>I</b>	<b>C</b>
Оғир даражали АС асимптоматик кечишида ва жисмоний зўриқиш синамаларида дастлабки АҚБдан паст қийматлар қайд этилганда ҳомиладор бўлишдан аввал жарроҳлик аралашувлар ўтказилишини кўриб чиқиш лозим	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Оғир даражали АС асимптоматик кечишида ҳомиладорлик даврида жарроҳлик аралашувлар ўтказилиши мумкин	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>Клапанлар етишмовчилиги</b>		
Оғир симптомли аортал ёки митрал етишмовчилиги мавжуд аёлларда ХФ пасайиши ёки ЧҚ дилатацияси кузатилганда ҳомиладор бўлишдан аввал жарроҳлик аралашувини ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Клапанлар етишмовчилиги мавжуд ҳомиладор аёлларда симптомлар юзага келганда медикаментоз даволаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>

## Протезланган клапанлари мавжуд аёлларни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Келажакда ҳомиладор бўлишни режалаштираётган аёлларда юрак-қон томир касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб боришга ихтисослашган кардиологлар гуруҳи билан биргаликда протезни танлаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Механик клапани мавжуд аёл ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб боришга ихтисослашган шифокорлар гуруҳи томонидан ихтисослаштирилган марказда назорат қилиниши керак	<b>I</b>	<b>C</b>

КВАни қабул қилишни тўхтатгандан сўнг 2 ҳафтадан кам вақт ўтгач туғруқ фаолияти бошланиб қолса, кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
КВАни қабул қилишни тўхтатиш ва ФГни в/и юборишни (ФҚТВнинг мақсадли қиймати нормадан $\geq 2$ баравар юқори) ёки ПМГнинг <sup>1</sup> даволаш дозировкасини тайинлашни бошлаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
ФГ ёки ПМГни қабул қилаётган ҳомиладор аёлларда дозани коррекциялаш билан ҳар ҳафта анти-Ха даражасини ёки ФҚТВнинг даражасини назорат қилиш тавсия этилади (36 соат давомида)	<b>I</b>	<b>C</b>
КВАни қабул қилаётган ҳомиладор аёлларда ҳар ҳафта ёки ҳар 2 ҳафтада ХННнинг даражасини назорат қилиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
ПМГни қабул қилаётган ҳомиладор аёлларда юборилгандан кейин 4-6 соат ўтгач анти-Ха фаоллигининг мақсадли кўрсаткичлари 0,8-1,2 ХБ/мл (аорта клапани протези учун) ёки 1,0-1,2 ХБ/мл ни (икки тавақали клапан ва юракнинг ўнг камералари клапанлари протезлари учун) ташкил қилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Туғруқдан камида 36 соат аввал ФҚТВнинг назорати остида (ФҚТВнинг мақсадли қиймати нормадан $\geq 2$ баравар юқори) ПМГни в/и юбориладиган ФГга алмаштириш тавсия этилади. Туғруқдан 4-6 соат аввал ФГни бекор қилиш ва геморрагик асоратлар мавжуд бўлмаса туғруқдан кейин 4-6 соат ўтгач қайта юборишни бошлаш керак	<b>I</b>	<b>C</b>
Хавфсиз ва самарали коагуляция таъминланиши учун туғдириб олиш кунини олдиндан белгилаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Механик клапанлари мавжуд аёлларда нафас сиқиши ва/ёки эмболия ҳолатлари юзага келганда зудлик билан Эхо-КГни ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Антикоагулянт терапиянинг схемаларини стационар шароитда ўзгартириш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Иккинчи ва учинчи триместрларда ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасига қадар паст дозалар <sup>2</sup> самара кўрсатса, КВАни қабул қилиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Келажақда ҳомиладор бўлишни режалаштираётган ёш аёлларда биологик протезлар қўйилишини муҳокама қилиш керак	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Иккинчи ва учинчи триместрларда ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасига қадар катта дозаларга <sup>3</sup> эҳтиёж мавжуд бўлганда, КВАни қабул қилишни муҳокама қилиш керак	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Терапевтик антикоагуляцияга зарур бўлган варфариннинг дозаси $< 5$ мг/кун. (ёки фенпрокумон $< 3$ мг/кун. ёки аценокумарол $< 2$ мг/кун.) ташкил қилса, аёл билан муҳокама қилингандан ва розилик олингандан сўнг биринчи триместрда КВА қабул қилишни давом эттириш масаласи муҳокама қилиниши мумкин	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Варфаринни $> 5$ мг/кун. (ёки фенпрокумон $> 3$ мг/кун. ёки аценокумарол $> 2$ мг/кун.) дозировкада қабул қилаётган аёлларда ҳомиладорликнинг 6 ва 12 ҳафталари орасида КВАни қабул қилишни тўхтатиш ва ФҚТВнинг назорати остида (ФҚТВнинг мақсадли қиймати нормадан $\geq 2$ баравар юқори) ФГни в/и ёки дозировкани коррекциялаш билан ва анти-Ханинг назорати остида кунига 2 маҳал т/о <sup>1</sup> ПМГни юборишга ўтиш масаласини кўриб чиқиш керак	<b>IIa</b>	<b>C</b>

Катта дозаларда <sup>3</sup> КВАни қабул қилиши зарур бўлган аёлларда, аёл билан муҳокама қилингандан ва розилик олингандан сўнг иккинчи ва учинчи триместрларда дозировкани коррекциялаш билан ва анти-Ханинг назорати остида ПМГни қўллаш масаласи муҳокама қилиниши мумкин	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Анти-Ха фаоллигининг энг юқори даражаларини назорат қилиш билан қўшимча равишда ПМГни қабул қилаётган ҳомиладор аёлларда анти-Ха даражаларини назорат қилиш имконини кўриб чиқиш мумкин, ПМГнинг эрталабки дозасини юборишга қадар анти-Ханинг даражаси $\geq 0,6$ ХБ/мл бўлиши керак	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Анти-Ха фаоллигини ҳар ҳафта назорат қилиш имкони мавжуд бўлмаганда, ПМГни қўллаш тавсия этилмайди.	<b>III</b>	<b>C</b>

#### Изоҳлар:

<sup>1</sup> ПМГ бўйича бошланғич дозировкалар кунига 2 маҳал т/о юбориладиган эноксапарин учун 1 мк/кг ва далтепарин учун 100 ХБ/кг ни ташкил қилади;

<sup>2</sup> КВАнинг паст дозалари: варфарин учун <5 мг/кун. (ёки фенпрокумон <3 мг/кун. ёки аценокумарол <2 мг/кун.) ташкил қилади;

<sup>3</sup> КВАнинг катта дозалари: варфарин учун >5 мг/кун. (ёки фенпрокумон >3 мг/кун. ёки аценокумарол >2 мг/кун.) ташкил қилади.

## Юрак ишемик касаллиги

Юрак ишемик касаллиги – бу коронар қон оқими ва юрак мушакларининг метаболик эҳтиёжлари ўртасидаги номутаносиблик натижасида юзага келадиган ва коронар қон айланишининг бузилиши туфайли келиб чиқадиган миокарднинг шикастланишидир.

Ўткир миокард инфаркти – бу миокардни озиклантирадиган коронар артерияларда қон оқимининг ўткир бузилиши натижасида юрак мушакларининг бир ёки бир нечта қисмлари некрози билан кечадиган касаллик.

Ўткир коронар синдром – ST-сегменти кўтарилиши билан ЮИК, ST-сегменти кўтарилишисиз МИ ёки ностабил стенокардияда юзага келадиган организмнинг патологик реакцияларининг бирлашмаси, ностабил стенокардия ёки ўткир МИга шубҳа туғдирадиган клиник белгилар ёки симптомларнинг ҳар қандай гуруҳи.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>Z95.2</b>	Юрак клапани протези борлиги
<b>I25</b>	Юрак сурункали ишемик касаллиги
<b>I24</b>	Юрак ўткир ишемик касаллигининг бошқа турлари
<b>I21</b>	Ўткир миокард инфаркти
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Фертил ёшдаги аёлларда ЮИК тарқалиши бўйича ишончли маълумотлар мавжуд эмас ва турли мамлакатларда фарқ қилади. Ўткир МИ (ЎМИ)/ЎКС нисбатан камдан-кам ҳолатларда

(1,7-6,2/100000 туғруқларда) ҳомиладорлик кечишини мураккаблаштиради. ЮҚТК билан боғлиқ оналар ўлимининг таркибида ЮИК >20% ни эгаллайди.

### Этиологияси

Бир ёшдаги ҳомиладор бўлмаган аёлларга нисбатан ҳомиладор аёлларда ЎМИ хавфи 3-4 барабар ошиши билан боғлиқ. Хавф омилларига чекиш, аёлнинг катта ёши, гипертензия, қандли диабет, семизлик ва дислипидемия киради. Қўшимча хавф омилларга (пре-

)эклампсия, тромбофилия, гемотрансфузиялар, туғруқдан кейинги инфекция, кокаинни истеъмол қилиш, кўп ҳомилалик ҳомиладорлик ва ТКҚК киради. 40 ёшдан ошган аёллар орасида ҳомиладорликларнинг частотаси ортиб бораётганлиги сабабли, ҳомиладорликни мураккаблаштирадиган ЎКС кўпроқ тарқалмоқда.

Ҳомиладорлик даврида учрайдиган ЮИК умумий популяциядаги ЮИКдан фарк қилади. ЮИКнинг аксарият ҳолатларининг тагида ноатеросклеротик механизмлар, жумладан ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган коронар артериянинг спонтан диссекцияси (P-SCAD), ангиография маълумотларига кўра нормал коронар артериялар (18%) ва коронар тромбози (17%) ётади. Коронар артериянинг спонтан диссекцияси билан боғлиқ бўлган ЎМИ кўпроқ ҳомиладорликнинг катта муддатларида ёки туғруқдан кейинги эрта даврда юзага келади ва бир нечта артерияларни шикастлаш билан асосан чап коронар артерияда жойлашади. Потенциал равишда ҳомиладорлик билан боғлиқ омилларга эстроген/прогестерон даражалари ўзгариши, илгари ўтказилган фиброз-мушак дисплазия, бириктирувчи тўқима касалликлари ва туғруқ билан боғлиқ бўлган коронар артерияларда зўриқиш ортиши киради.

Коронар артериялари обструкциясиз ЎМИнинг ривожланиш механизмлари ҳали ҳам ноаниқ ва қисқа муддатли коронар спазмни (томирларнинг юқори реактивлиги ва/ёки спора ҳосилаларини қабул қилиш) ўз ичига олади.

Атеросклеротик шикастланиш мавжуд бўлмаганида коронар тромбоз кўпинча ҳомиладорликка хос бўлган гиперкоагуляция билан боғлиқ ва парадоксал эмболиянинг натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

## Диагностикаси

Ҳомиладорлик билан боғлиқ ЎКС/ЎМИ учинчи триместрда (ST-скбМИ 25% ва STскМИ 32% ҳолатларда) ёки туғруқдан кейин (ST-скбМИ 45% ва STскМИ 55% ҳолатларда) кўпроқ ривожланади.

Клиник симптомлар ҳомиладор бўлмаган аёлларда кузатилганидек бир хил бўлади. Кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан аввал ўтказиладиган анестезия ST-сегментининг депрессиясини келтириб чиқарса-да, коронар артерияларда ишемия мавжуд бўлмаганида, Т-тишчасининг характерли инверсияси туфайли ЭКГни талқин қилишда қийинчиликлар юзага келиши мумкин.

Қон зардобидаги тропониннинг даражаси кўтарилиши миокард ишемияси ривожланганлигидан далолат бериши мумкин.

ЭКГда ўзгаришлар аниқланмаганда, Эхо-КГ ўтказилиши талаб қилиниши мумкин.

Дифференциал диагностика асосан ЎАТЭ, аортанинг диссекцияси ва преэклампсия билан ўтказилади.

Ривожланиши мумкин бўлган асоратларга ЮЕ/кардиоген шок (38%), аритмиялар (12%), қайталанувчи стенокардия/ЎМИ (20%), оналар ўлими (7%) ва ҳомила нобуд бўлиши (7%) киради.

## Олиб бориш тактикаси

Ҳомиладорлик даврида ЎМИ билан касалланган аёлларни олиб бориш тактикаси умумий популяциядаги беморлар даволангани каби, жумладан реваскуляризация усулларини қўллаш билан бир хил. Ушбу тоифадаги аёлларни олиб бориш интенсив терапия, акушерлик ва юракни кардиологик қўллаб-қувватлашни ўз ичига олиши керак бўлган мультидисциплинар ёндашувни талаб қилади. Ушбу тоифадаги аёлларда коронар



аралашув билан боғлиқ хавфлар туфайли ҳар қандай реваскуляризация аралашуви энг тажрибали жарроҳ томонидан амалга оширилиши керак.

Кардиоген шокда қон айланишини шошилиш механик қўллаб-қувватлаш усуллари билан фойдаланиш имкони мавжуд бўлиши керак. Она ва ҳомиланинг кўрсаткичларини диққат билан кузатиб бориш талаб қилинади ва улардан бирининг ҳолати кескин ёмонлашганда шошилиш равишида туғдириб олиш тактикаси олдиндан кўриб чиқилган бўлиши керак.

Онада юрак тўхтаб қолиши юзага келганда, реанимация ва туғдириб олиш чоралари амалдаги тавсияларга мувофиқ ўтказилиши керак.

## Медикаментоз даволаш

Ҳомила учун ўМИда тавсия этилган терапия қўлланилишининг хавфсизлиги бўйича далилларга асосланган маълумотлар етарли эмас. Паст дозаларда аспириини қабул қилиш хавфсиз ҳисобланади. Клопидогрел фақат зарурат туғилганда ва қисқа муддатда қўлланилиши керак. Пь/Ша бивалирудин гликопротеини ингибиторлари, прасугрел ва тикагрелор қўлланилиши бўйича далилларга асосланган маълумотлар мавжуд эмас ва уларни қабул қилиш тавсия этилмайди.

Коронар артерияларнинг спонтан диссекциясида коронар стрессни камайтиришда ББнинг самараси оқланган. Рекомбинант плазминогеннинг тўқима активатори йўлдош орқали ўтмайди, бироқ, гемorraгик асоратларга (субплацентар қон кетиши) олиб келиши мумкин. ТОКА пайтида қисқа муддатга гепарин қўлланилишининг афзалликлари, эҳтимол, гемorraгик асоратлар хавфидан устун туради. Маълумотлар стенокардия, атеросклероз, коронар артериялари шикастланиши, ЮЕ ва вақти-вақти билан кузатиладиган чўлоқлик/периферик қон томирларнинг шикастланишини яхшилаш учун L-аргинин қўлланилишини кўриб чиқиш имконини беради.

## Жарроҳлик аралашувлар

ўМИда реваскуляризацияни ўтказиш учун стандарт кўрсатмалари мавжуд ҳомиладор аёлларда ионлаштирувчи нурланиш таъсири бирламчи ТОКА ўтказилишига тўсқинлик қилмаслиги керак. Бироқ, нурланиш дозасини, имкон қадар, минималлаштириш керак.

СТскМИ билан касалланган ва асоратлар ривожланиш хавфи паст бўлган аёлнинг стабил ҳолатида ноинвазив ёндашувни кўриб чиқиш керак.

## Стентни танлаш ва антиагрегант терапия

Ҳомиладорлик даврида ST-скбМИ ҳақида маълумотларнинг аксарияти голометталик стентлар қўйилиши билан боғлиқ. Дори-восита билан қопланган янги авлод стентларни ҳам қўйиш мумкин. Коронар артериянинг спонтан диссекциясида биологик абсорбловчи стент қўлланилиши бўйича маълумотлар мавжуд, бироқ, ҳозирги кунда уларни ҳомиладорлик даврида қўллаш бўйича далилларга асосланган маълумотларнинг сони жуда чекланган.

## Аввал мавжуд бўлган юрак ишемик касаллиги

ЮИК мавжуд бўлган ёки анамнезида ўКС/ўМИни ўтказган аёлларда ҳомиладорлик даврида жиддий юрак-қон томир асоратлари ривожланиши бўйича хавфи юқори туради. Шу билан бирга, оналар ўлими 0-23% оралиғида туради. Нохуш акушерлик натижалар  $\leq 16\%$  ни ташкил қилади, ҳомиладорликларнинг 30% нохуш фетал/неонатал натижа билан асоратланади, кўпинча коронар артериялари атеросклерозидида хавф юқорироқ бўлади (50%).

Резидуал ишемияси ва ЧҚ дисфункциясининг клиник симптомларисиз кечадиган ЮИК тасдиқланган аёлларда ҳомиладор бўлиш масаласи муҳокама қилиниши мумкин.

ЎМИ/ЎКСдан кейин ҳомиладор бўлишни қанча муддатга кечиктирилиши кераклигини аниқлаш учун ишончли маълумотлар йўқ. Ёндош патология, юрак-қон томир тизимининг ҳолати ва медикаментоз даволашга бўлган эҳтиёжни ҳисобга олган ва индивидуал ёндашган ҳолда энг мақбул муддат 12 ойни ташкил қилади. Аввал ўтказилган коронар артериясининг спонтан диссекцияси қайталаниш хавфи юқори эканлиги бўйича ишончли далиллар йўқ. Бироқ, келажақда ҳомиладор бўлмаслик тавсия этилади ва аёл ҳомиладор бўлишни режалаштираётган бўлса, диққат билан кузатиб бориш керак.

### Туғруқни олиб бориш

Туғдириб олиш муддати индивидуал равишда белгиланади. Бироқ, ST-скбЎМИ/STскМИни даволаш туғруққача кечиктирмаслиги керак. Онанинг аҳволини енгилаштириш учун ЎМИ ўтказилгандан кейин камида 2 ҳафта давомида туғдириб олишни (имкон қадар) кечиктириш керак. Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш афзалроқ ҳисобланади.

### Юрак ишемик касаллиги мавжуд аёлларни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Ҳомиладор аёлда кўкрак қафасда оғриқ кузатилганда ЭКГни ўтказиш ва тропонин даражасини текшириш тавсия этилади	I	C
Ҳомиладорлик даврида ST-скбМИда афзал кўрилган реперфузион терапия сифатида бирламчи ТОКА тавсия этилади	I	C
STскЎКСда хавфи юқори бўлган аёлларда инвазив тактикани кўриб чиқиш керак	IIa	C
STскЎКСда хавфи паст бўлган аёлларда консерватив терапияни муҳокама қилиш керак	IIa	C
Туғруқдан кейин камида 3 ой давомида аёл назоратда бўлиши керак	IIa	C
Маълумотларнинг сони чекланганлиги туфайли анти тромбоцитар терапияни қабул қилувчи аёлларга кўкрак сути билан озиклантириш тавсия этилмайди, паст дозаларда аспириинни қабул қилиш бундан мустасно	III	C

### Кардиомиопатия ва юрак етишмовчилиги аритмиялар

Юрак аритмиялари – юрак мушаги – миокарднинг кўзғалиши ва қисқариши кетма-кетлиги, частотаси, ритми бузилишига олиб келадиган патологик ҳолат. Аритмия – бу нормал синус ритмдан фарқ қиловчи ҳар қандай юрак ритми.

Тахиаритмиялар, хусусан, БФ, биринчи марта намоён бўлиши мумкин ва ҳомиладорлик даврида, айниқса катта ёшдаги ва ЮТН мавжуд аёлларда тез-тез учрайди.

БФ (27/100,000) ва ҚУПТ (22-24/100,000), жумладан экстрасистолиялар энг кўп учрайдиган ритм бузилишларига киради. ҚУПТнинг клиник симптомлари одатда енги кечади ва дори-воситалар ёрдамида бартараф этилиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида ҳаёт учун хавфли бўлган ҚТ, ҚФ, брадиаритмиялар ва ўтказувчанликнинг бузилишлари жуда кам учрайди.

### Аёл учун хавфлар

БФ оналар ўлими ҳолатлари ортиши билан боғлиқ. Симптоматик ҚУПТ билан касалланган ва анамнезда ҚТ мавжуд бўлган аёлларда ҳомиладорликдан олдин катетерли

абляцияни ўтказиш имконини кўриб чиқиш керак. Ҳомиладорлик даврида ТЮЎ хавфи ортади, шунинг учун каналопатияларни аниқлаш учун каскад скрининг текширувлар ўтказилиши ва генетик маслаҳатлашув диагностиканинг муҳим жиҳатлари ҳисобланади. Туғма уQT-ис билан касалланган аёлларда туғруқдан кейинги даврда ЮКТК ривожланиш хавфи юқори туради. QT юракнинг структуравий касалликларини истисно қилишни талаб қилади, чунки бу онада ТЮЎ ривожланиши хавфининг ортиши билан боғлиқ. Брадиаритмия ва ўтказувчанликнинг бузилиши одатда юракнинг структуравий касалликлари мавжуд бўлмаганида яхши яқунланади.

## Акушерлик ва перинатал хавфлар

ҚУПТ билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик нохуш акушерлик ва перинатал натижалар билан боғлиқ: кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олинмиш, кичик вазн билан туғилиш, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомиланинг ноаниқ ҳолати ва ривожланиш аномалиялари. ЮТН мавжуд аёлларда, ЮТН мавжуд бўлмаган аёлларга қараганда, туғруқ пайтида ҳаётдан кўз юмиш эҳтимоли кўпроқ бўлади.

## Юрак қоринчалари усти тахикардияси

Юрак қоринчалари усти тахикардияси – бу синус тугунининг хужайралари, бўлмачалар миокарди, ўпка/ковак веналари мушак бирикмалари ва/ёки АВ-бириқма хужайраларининг ўз-ўзини бошқариш механизмида иштирок этиши шарти билан дақиқада 100 дан юқори частотали уч ёки ундан ортиқ кетма-кет юрак уриши.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I47.1</b>	Юрак қоринчалари усти тахикардияси Тахикардия (пароксизмал): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ бўлмачалар</li> <li>▪ бўлмачалар-қоринчалар (АВ)</li> <li>▪ бирикмадан чиқувчи</li> <li>▪ тугунли</li> </ul>
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

ҚУТни тезда бартараф этиш учун биринчи навбатда қўлланиладиган аралашув сифатида в/и аденозинни юбориш тавсия этилади.

ББлар (атенололдан ташқари) ёки верапамил ҚЎТни олдини олиш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори-восита ҳисобланади, Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми бундан мустасно. Профилактика сифатида медикаментоз терапияни тайинлаш тахикардия хуружи пайтида симптомларнинг оғирлигига ва гемодинамик ўзгаришларга асосланган бўлиши керак.

Ўчоқли ҚЎТ дори-воситаларга жавоб бермаслик билан боғлиқ бўлиши мумкин. 30% ҳолларда аденозин ўчоқли ҚЎТ бартараф этишда ёрдам беради. Узок муддат давомида ЮУТни назорат қилиш учун АВ- ўтказувчанликни блоклайдиган дори-воситаларни қўллаш тавсия этилади.

Биринчи навбатда қўлланиладиган дори-воситалар самарасиз бўлганда флекаинид, пропафенон (ЮИК мавжуд бўлмаганда) ёки соталолни тайинлаш муҳокама қилиниши керак.

## Бўлмачалар фибрилляцияси ва бўлмачалар титраши

Бўлмачалар ҳилпиллаши (фибрилляцияси) ёки ҳилпилловчи аритмия (ХА) бўлмачада жойлашган кўплаб эктопик ўчоқларда ҳосил бўлган импульсларга жавобан, унинг мушаги

алохида толаларини тартибсиз, тез-тез (бир дақиқада 350-700 тагача), ҳар хил кучланишда ва амплитудада қўзғалиши ҳамда қисқариши ҳисобланади. Бунда бўлмачаларни бир бутун қисқариши кузатилмайди. Импульсларнинг бир қисми етарли даражада кучга эга бўлмаганлиги учун АВ тугунгача етиб бормаса, яна бир қисми уни рефрактерлик даврига тўғри келади ва тўсиқдан ўта олмайди. Шу сабабли уларнинг маълум бир микдоригина АВ тугун орқали қоринчаларга ўтади ва уларнинг тартибсиз қўзғалиши ҳамда қисқаришига олиб келади. Ҳилпилловчи аритмиянинг ЭКГ белгиларига барча тармоқларда Р тишчанинг бўлмаслиги; Р тишчанинг ўрнига майда, ҳар хил шаклли ва амплитудали, мунтазам бўлмаган, тартибсиз, баъзан умуман кўринмайдиган f-тўлқинлар кузатилиши киради.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I48</b>	Бўлмачалар фибрилляцияси ва бўлмачалар титраши
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Гемодинамик жиҳатдан беқарор БФ ва она ва боланинг ҳаёти учун хавф юқори бўлганда электр кардиоверсияни ўтказиш тавсия этилади. Кардиоверсияни ўтказишдан аввал одатда антикоагулянт терапия бошланиши керак.

Юракнинг структуравий патологияси мавжуд бўлмаган ҳолати стабил бўлган аёлларда бўлмачалар фибрилляцияси ёки бўлмачалар титрашини бартараф этиш учун в/и ибутилид ёки флекаинидни юбориш масаласи кўриб чиқилиши керак.

Биринчи навбатда қўлланиладиган перорал ББлардан бошлаб, ҳомиладорлик даврида ритмни назорат қилиш афзал кўрилган стратегия сифатида кўриб чиқилиши керак.

Бўлмачалар титраши эпизодлари одатда ЮОТК мавжуд аёлларда оғир кечади ва шунинг учун синус ритмини тиклаш учун электр кардиоверсияни ўтказиш тавсия этилади.

ББлар, I синф антиаритмик дори-воситалар ва соталол ҲФ пасайганда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак.

### Юрак қоринчалари тахикардияси

Бунда юракда чуқур қайтмас органик ўзгаришлар кузатилиб, эктопик ўчоқ Гис тутамида, унинг бирорта оёқчаларида ёки Пуркинье толаларида жойлашган бўлади. Бу ритм бузилишига атриовентрикуляр (бўлмача-қоринча) диссоциация, яъни бўлмача ва қоринчаларни тўлиқ бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда фаолият кўрсатиши хос. Бунда қоринчаларда ҳосил бўлган эктопик импульслар АВ тугун орқали ретроград (пастан юқорига) ўтмайди ва бўлмачалар СТда ишлаб чиқарилган ритмдан қисқаради. Қоринчалар пароксизмал тахикардияси яққол намоён бўлган гемодинамик бузилишлар билан кечади. Юракни қон отиб бериш ҳажми камайиши сабабли ҚБ пасайиб кетади, юрак соҳасида коронар оғриқлар ва юрак етишмовчилиги белгилари кузатилади. Хуруж бартараф этилгач, аксарият ҳолларда ЭКГ да қоринчалар ЭС аниқланади. ЭКГ белгилари: мунтазам тўғри ритм сақланган, ЮУС бир дақиқада 140-220 тагача кўпайган; ўзгармаган ва QRS-комплексга боғланмаган, оралиғи бир хил, бир дақиқада 70-90 тагача бўлган Р тишча (ҳар доим ҳам ЭКГ да аниқланмайди); QRS комплекси деформацияланган, кенгайган ( $\geq 0,12''$ ), S-T оралиқ ва Т-тишча асосий тишчага дискордант жойлашган бўлади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I47.2</b>	Юрак қоринчалари тахикардияси
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Ҳомиладорликнинг сўнги 6 ҳафтаси ичида ёки туғруқдан кейинги эрта даврда ҚТ ривожланган бўлса, ППКМПни истисно қилиш керак.

Хуружларни олдини олиш учун дори-воситани танлаш юракнинг структуравий патологияси мавжудлигига ва ЧҚ функциясининг ҳолатига боғлиқ.

Ўқ чиқиш трактидан келиб чиққан идиопатик ҚТ ҚТларнинг энг кенг тарқалган тури бўлиб, ББларни, верапамилни ёки бошқа антиаритмик дори-воситаларни профилактик равишда қўллашни талаб қилиши мумкин; фармакотерапия самара бермаганда, радиочастотали абляцияни ўтказиш тавсия этилади.

Кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳомиладорлик даврида ИҚҚДни имплантация қилиш тавсия этилади.

Туғма уQT-ис ва катехоламинергик полиморф ҚТ мавжуд аёлларда ҳомиладорликнинг бутун даврида ва туғруқдан кейин (камида 40 ҳафта давомида) носелектив ББларни қабул қилишни давом эттириш керак. Синкопе эпизодлари ва “пируэт” тахикардияси мавжуд бўлмаган туғма уQT-ис билан касалланиш ҳолатлари бундан мустасно.

## Брадиаритмиялар

### Синус тугуни дисфункцияси

Унинг асосий белгиси СТнинг ритм бошқарувчиси сифатида фаолиятининг сустлашиши сабабли, турғун брадикардия ва синоатриал блокада пайдо бўлишидир. Бундан ташқари, бу синдромга ритм бошқарувчиси миграцияси, секин эктопик ритм ёки алоҳида сирғаниб чиқувчи комплекслар, экстрасистолиядан кейинги узоқ сукунатли экстрасистолиялар (экстрасистолиядан кейинги ритм депрессияси), суправентрикуляр тахикардия ва ҳилпилловчи аритмия пароксизмлари, ҳар хил даражадаги атриовентрикуляр блокада, юрак асистолияси хуружлари (синоатриал синкопе) хос.

СТҲС га СТ ни ва у жойлашган бўлмача миокардини склеротик, ишемик ёки бошқа патологик жараёнлар таъсирида шикастланиши, парасимпатик таъсирланиш (СТ нинг вегетатив дисфункцияси), эндокрин (гипотиреоз) ва СТ артерияларидаги ўзгаришлар (атеросклероз), гипотермия сабаб бўлиши мумкин. Катта ёшдаги беморларда СТҲС га, аксарият ҳолларда ЮИК, болаларда ва ўрта ёшдагиларда эса турли этиологияли миокардитлар ва ундан кейинги кардиосклероз олиб келади. Бундан ташқари, бу ритм бузилиши баъзан юрак гликозидлари билан заҳарланиш, антиаритмик (амиодарон, β-блокаторлар, верапамил ва бошқалар) воситаларни кўп миқдорда қабул қилиш оқибатида юзага келади. Юқоридаги сабаблар таъсирида СТ пейсмейкер фаоллиги пасайиши натижасида ритмнинг яширин бошқарувчилари (II ва III тартибдаги ритм бошқарувчилар) автоматизми фаоллашади. Бўлмачалар электрофизиологик хусусиятлари бузилиши, пароксизмал суправентрикуляр ритм бузилишлари кўринишидаги иккиламчи аритмиялар пайдо бўлишига шароит яратади.

Клиник белгилари: юрак ритми секинлашиши натижасида биринчи клиник белгилар дисциркулятор энцефалопатия ёки мия дисфункцияларининг бошқа кўринишлари (беҳоллик, бош айланиши, қисқа муддатли хушдан кетиш хуружлари (синкопе), айниқса тана ҳолатини ўзгартирганда, уйку бузилиши ва ҳ.к.) билан намоён бўлади.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>I49.5</b>	Синус тугуни сусайиш синдроми
<b>O99.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Синус брадикардиясининг камдан-кам ҳолатлари ҳомиладор аёлларда тепага қараб ётган ҳолатда гипотензив синдром билан боғлиқ бўлиши мумкин. Симптоматик брадикардия чап ён томонда бартараф этилиши мумкин. Симптомлар кузатилиши давом этса, юрак стимуляторини вақтинчалик қўйиш керак бўлиши мумкин.

## Атриовентрикуляр блокада

Атриовентрикуляр блокада – импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтишининг секинлашиши ёки умуман ўтмаслиги. Унинг учта даражаси фарқланади.

I даражали АВ блокада – импульсларни бўлмачадан қоринчаларга ўтиши секинлашади ва беморда клиник – гемодинамик ўзгаришлар кузатилмайди.

Бу блокада клиник ва гемодинамик ўзгаришларга олиб келмайди. Беморлар асосий касалликка хос бўлган шикоятлар билдирадilar.

II даражали АВ блокадага вақти-вақти билан алоҳида импульсларни бўлмачадан қоринчага ўтмаслиги натижасида битта ёки бир нечта қоринчалар систоласининг тушиб қолиши хос.

III даражали АВ блокада (тўлиқ кўндаланг блокада) – бўлмачалардан қоринчаларга импульсларнинг бутунлай ўтмаслиги натижасида бўлмачалар СТ дан чиқадиган импульсларга, қоринчалар эса II ва III тартибдаги ритм бошқарувчиларида ҳосил бўлаётган импульсларга жавобан бир-бирига боғлиқ бўлмаган ҳолда мустақил қисқаради.

Клиникаси: кескин ҳолсизлик, бош айланиши ва оғриши, кўз олдининг қоронғилашиши, қисқа муддатли ҳушдан кетиш, юрак соҳасида оғриқ, ҳаво етишмаслиги ҳисси кузатилади. Обьектив қўриқда яққол намоён бўлган турғун, тўғри ритмдаги брадикардия (ЮУС бир дақиқада 40 та ва ундан кам) аниқланади.

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

I44	Бўлмача-қоринча [атриовентрикуляр] блокада ва [Гис] чап оёқча тутамининг блокадаси
O99.4	Ҳомиладорлик, туғруқ ёки туғруқдан кейинги даврни асоратловчи, қон айланиш тизими касалликлари

Онада изоляцияланган туғма тўлиқ АВ-блокадаси ҳомиладорлик даврида, айниқса ритм қисқарган QRS-комплекслари кўринишида намоён бўлганда, яхши прогнозга эга. Тўлиқ АВ-блокадаси мавжуд аёлларда туғруқ пайтида вақтинча қоринча стимуляциясини ўтказиш зарурати мавжуд эмас. Бироқ, брадикардия ва синкопе хавфи мавжуд аёллар учун тавсия этилиши мумкин.

## Аралашувлар

### Электр кардиоверсия

Ҳомиладорликнинг ҳар қандай триместрида электр кардиоверсияни ўтказиш хавфсиз ҳисобланади, чунки у ҳомиланинг қон айланишига таъсир қилмайди ва ҳомилада аритмияларни келтириб чиқариши ёки муддатдан олдин туғруқ содир бўлиши хавфи жуда паст. Кардиоверсиядан кейин ҳомиланинг ЮУТни назорат қилиш керак.

### Катетерли абляция

Катетерли абляция, имкон қадар, ҳомиладорликнинг иккинчи триместригача кечиктирилиши ва ихтисослашган марказларда ўтказилиши керак. Медикаментоз терапияга жавоб бермайдиган АВ-туғунли тахикардияда, АВ-реципрокли тахикардияда,

ўчоқли бўлмачалар тахикардиясида, кавотрикуспидал истмусга боғлиқ бўлмачалар титрашида катетерли абляция ўтказилишини муҳокама қилиш керак.

## ИҚҚД имплантация қилиш ва кардиостимуляция

ИҚҚД имплантацияси ЮТЎ ривожланиши хавфи юқори бўлган аёлларда хомиладорликдан олдин муҳокама қилиниши керак. Хомиладорлик даврида ИҚҚД имплантацияси асоратлар ривожланиши билан боғлиқ эмас ва кўрсатмалар мавжуд бўлганда ўтказилиши тавсия этилади. ИҚҚД имплантациясида нурланиш билан боғлиқ хавфсизлик чоралари катетерли абляцияни ўтказишдагидек бир хил.

ИҚҚДдан маълумотларни олиш ва мунтазам равишда дастурлаш туғруқдан олдин амалга оширилиши керак. Бир камерали ИҚҚДни имплантация қилиш афзалроқ ҳисобланади ва хомилага хавф туғдирмасдан ўтказилиши мумкин, айниқса хомиладорлик муддати 8 ҳафтадан ўтган бўлса.

## Аритмияларни олиб бориш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
<b>Суправентрикуляр тахикардиялар ва бўлмачалар фибрилляциясида шошилнч ёрдам (дори-воситаларни в/и юбориш)</b>		
ҚўПТни бартараф этиш учун вагус синамаларини ўтказиш тавсия этилади, улар самара бермаганда, аденозин юборилади	I	C
Гемодинамиканинг бузилиши билан кечадиган ҳар қандай тахикардияда ва БФда зудлик билан электр кардиоверсияни ўтказиш тавсия этилади	I	C
ҚўПТни бартараф этиш учун селектив бета-1-блокаторларни юбориш масаласини кўриб чиқиш керак	IIa	C
Юракнинг структуравий патологияси мавжуд бўлмаган стабил аёлларда бўлмачалар титраши ва БФни олдини олиш учун ибутилид ёки флекаинид тайинланиши мумкин <sup>1</sup>	IIb	C
<b>Суправентрикуляр тахикардиялар ва бўлмачалар фибрилляциясини узок муддат давомида даволаш (дори-воситаларни оғиз орқали қабул қилиш)</b>		
Тинч ҳолатда ЭКГда эрта кўзғалиш синдроми мавжуд бўлмаган аёлларда ҚўТни олдини олиш учун селектив бета-1-блокаторлар ёки верапамил <sup>2</sup> тайинланиши тавсия этилади	I	C
WPW синдроми билан касалланган аёлларда суправентрикуляр тахикардияларни олдини олиш учун флекаинид <sup>3</sup> ёки пропафенон <sup>3</sup> тайинланиши тавсия этилади	I	C
БТ ва БФда ЮУТни назорат қилиш учун селектив бета-1-блокаторлар тайинланиши тавсия этилади	I	C
АВ-туғунида ўтказувчанликка таъсир қилувчи дори-воситалар самара бермаганда, ҚУТ, БТ ёки БФни олдини олиш мақсадида флекаинид <sup>3</sup> , пропафенон <sup>3</sup> ёки соталол <sup>4</sup> тайинланиши мумкин	IIa	C
БТ ва БФда бета-блокаторлар самара бермаганда ЮУТни назорат қилиш учун дигоксин <sup>2</sup> ва верапамил <sup>2</sup> кўриб чиқилиши мумкин	IIa	C
Оғир кечадиган ва медикаментоз терапияга жавоб бермайдиган ҚУТда уч ўлчамли анатомик хариталаш тизимларидан фойдаланган ҳолда (ихтисослаштирилган марказларда ўтказиладиган) катетерли абляция ўтказилиши муҳокама қилиниши керак	IIa	C
<b>Қоринчалар тахиаритмияларини бартараф этиш (дори-воситаларни в/и юбориш)</b>		

Турғун ностабил ва стабил ҚТда шошилич электр кардиоверсияни ўтказиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Кетма-кет қайталанувчи гемодинамик стабил, мономорф ҚТни (масалан, идиопатик ҚТ) бартараф этиш учун куйидаги дори-воситалар тайинланиши мумкин: бета-блокаторлар, соталол <sup>4</sup> , флекаинид <sup>3</sup> , прокаинамид ёки юқори частотали (“овердрайв”) режимда қоринчалар электрокардиостимуляцияси зарурати муҳокама қилиниши мумкин	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>Қоринчалар тахиаритмияларни узоқ муддат давомида даволаш (дори-воситаларни оғиз орқали қабул қилиш)</b>		
ҚТ аниқланганда ҳомиладорликдан олдин ИҚКДни (бир камералик афзалроқ) ўрнатиш тавсия этилади. ҚТ ҳомиладорлик даврида аниқланган бўлса, айниқса ҳомиладорликнинг муддати 8 ҳафтадан ўтган бўлса ИҚКДни Эхо-КГ ёки анатомик хариталаш назорати остида ўрнатиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
уQT-ис ёки катехоламинергик полиморф ҚТ мавжуд аёлларда ҳомиладорлик даврида ва ҳомиладорликдан кейин бета-блокаторларни қабул қилиш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Оғир кечадиган симптомлар ёки гемодинамик ўзгаришлар билан кечадиган кетма-кет қайталанувчи идиопатик ҚТда бета-блокаторлар ёки верапамил <sup>2,3</sup> тайинланиши тавсия этилади	<b>I</b>	<b>C</b>
Идиопатик ҚТда бошқа дори-воситалар самара бермаганда ҚТни олдини олиш мақсадида соталол <sup>4</sup> ёки флекаинид <sup>3</sup> тайинланиши мумкин	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Оғир кечадиган ва медикаментоз терапияга жавоб бермайдиган ҚТда ва даволашнинг муқобил вариантлари мавжуд бўлмаганда анатомик хариталаш тизимларидан фойдаланган ҳолда (ихтисослаштирилган марказларда ўтказиладиган) катетерли абляция ўтказилиши мумкин	<b>IIa</b>	<b>C</b>

#### **Изоҳлар:**

<sup>1</sup> БФ ёки БТда кардиоверсияни ўтказишдан аввал антикоагулянт терапия ўтказилган бўлиши керак.

<sup>2</sup> АВ-туғунида ўтказувчанликка таъсир қилувчи дори-воситалар эрта деполяризация синдроми мавжуд аёлларда қўлланилмаслиги керак.

<sup>3</sup> Юракнинг структуравий патологияси мавжуд бўлмаганда, ҲФ пасайганда, Гис тутами оёқчалари блокадасида флекаинид ва пропафенонни АВ-туғунида ўтказувчанликка таъсир қилувчи дори-воситалар билан биргаликда қўллаш керак.

<sup>4</sup> Воган-Вильямс таснифи бўйича III синф антиаритмик дори-воситалар уQT-ис мавжуд аёлларда қўлланилмаслиги керак.

## **Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда веноз тромбоземболик асоратлар**

### **Эпидемиология ва аёл учун хавфлар**

Веноз тромбоземболия, жумладан ЎАТЭ ва ЧВТ ҳомиладорлик даврида касалланиш ва ўлимнинг энг муҳим сабабларидан бири ҳисобланади. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги давр веноз тромбоземболиянинг частотасини оширади.

Ҳомиладорлик даврида веноз тромбоземболиянинг частотаси барча ҳомиладорликлар орасида 0,05-0,20% ни, ЎАТЭ частотаси эса 0,03% ни ташкил қилади. Дунёда ЎАТЭ оналар ўлими ҳолатлари орасида бўйича 5-ўринда туради. ЎАТЭда леталлик даражаси 3,5% ни ташкил қилади.



Веноз тромбозмиболия хавфи туғруқдан кейинги эрта даврда энг юқори бўлиб, частотаси 0,5% ни ташкил қилади ва фақатгина туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач ҳомиладорликдан ташқари бошланғич даражага тушади. Анамнезда веноз тромбозми эпизодлари мавжуд аёлларда ПМГ қўлланилишига қарамасдан, қайталаниш частотаси 7,6%, юқори хавф популяцияда эса 5,5% ни ташкил қилади. Шунинг учун, ҳомиладорлик даврида, айниқса, юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларда, ушбу асоратлар бўйича юқори даражали хушёрлик бўлиши керак ва минимал даражали шубҳа туғилганда, уларни истисно қилиш учун текширувларни керакли ҳажмда ўтказиш талаб қилинади.

**2В** Веноз тромбозмиболияни аниқлаш учун D-димернинг даражасини текшириш тавсия этилади.

D-димернинг мусбат натижаси ВТЭ мавжудлигини кўрсатмайди ва кўшимча текширувлар ўтказилишини талаб қилади. Бироқ, D-димернинг манфий натижаси ВТЭни истисно қилишга ёрдам беради.

### Ҳомиладорлик билан боғлиқ ВТЭнинг хавф омиллари

Камида битта хавф омилнинг мавжудлиги ВТЭ ривожланиш эҳтимолини 0,02 дан 0,05% гача оширади. Шунинг учун барча аёллар ҳомиладор бўлишдан олдин ёки ҳомиладорлик даврида ВТЭ бўйича хавф омилларини аниқлаш бўйича ҳужжатлаштирилган текширувлардан ўтишлари керак. Шунга асосланиб, аёлларни ВТЭ ривожланиши бўйича юқори, ўрта ва паст хавф гуруҳларга ажратиш мумкин, бу эса кейинги профилактика чораларини ишлаб чиқиш имконини беради. Эстрогенларни қабул қилиш билан боғлиқ бўлган ва юзага келмаган аввал ўтказилган идиопатик қайталанувчи ва аввал ўтказилган ВТЭ ВТЭнинг юқори хавф омиллари ҳисобланади.

### ВТЭни олдини олиш

Антикоагулянт терапияни қабул қилмайдиган хавф омиллари мавжуд аёлларда ВТЭ қайталаниши частотаси, антикоагулянтларни қабул қилган аёлларнинг 0-5,5% га нисбатан 2,4 дан 12,2% гача ўзгариб туради. ПМГ ҳомиладор аёлларда ВТЭни олдини олиш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори-воситалар ҳисобланади. Уларни қўллашда суяк моддаси массасининг камайиши ФГ билан солиштирганда камроқ бўлади ва остеопоротик синишлар частотаси пастроқ (ПМГни қабул қилувчи ҳомиладор аёлларда 0,04% ни ташкил қилади) туради. ПМГнинг дастлабки профилактик дозаси тана вазнига қараб ҳисобланиши керак (биринчи ташрифдаги, масалан, ҳомиладорликнинг 8-10 ҳафталик муддатларидаги вазн).

Тана вазнини ҳисобга олган ҳолда ПМГнинг дозасини ҳисоблаш анти-Ханинг керакли профилактик қийматларига самаралироқ эришиш имконини беради. Шунинг учун ВТЭ ривожланиши бўйича хавфи юқори бўлган аёллар кунига эноксапариннинг профилактик дозаларини бир маҳал 0,5 ХБ/кг дан ёки бошқа ПМГларни эквивалент дозаларда қабул қилишлари керак.

Клиник жиҳатдан аҳамиятли семизлиги мавжуд аёлларда анти-Ха концентрациясига эришиш учун қатъий белгиланган дозалар ўрнига вазнга асосланган дозалар кўпроқ мос келади.

### Ўткир веноз тромбозмиболияни даволаш

### Ўпка артерияси тромбозмиболияси

## ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>О88</b>	Акушерлик эмболия
<b>О88.0</b>	Акушерлик ҳаво эмболияси
<b>О88.1</b>	Амниотик суюқлик билан эмболия
<b>О88.2</b>	Қон лаҳталари билан акушерлик эмболия
<b>О88.3</b>	Акушерлик ишемик ва септик эмболия
<b>О88.8</b>	Бошқа акушерлик эмболия

## Клиник кўриниши

Ҳомиладорлик даврида юзага келадиган тромбоемболиянинг субъектив ва объектив симптомлари ҳомиладор бўлмаган аёллардаги тромбоемболиядан фарқ қилмайди (нафас қисилиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, тахикардия, қон қусиш, АҚБ тушиши). Бироқ, ЎАТЭнинг симптомларини баҳолаш қийинроқ, чунки нафас қисилиши ва тахикардия нормал кечаётган ҳомиладорликда нисбатан кенг тарқалган.

## Диагностикаси

Ҳомиладор бўлмаган аёлларда ВТЭнинг эҳтимолини кўрсатадиган клиник прогностик тестлар қуйидагиларни ўз ичига олади: D-димерни аниқлаш, компрессия билан оёқлар веналари

УТТ-доплерографияси, КТ-ангиопульмонография ва ўпкаларни вентиляция-перфузион текшириш. Ҳомиладор аёллар учун валидизацияланган прогностик текширувлар мавжуд эмас. Юқори даражадаги хушёрлик жуда муҳим ва шунинг учун ВТЭнинг субъектив ва объектив симптомлари мавжуд барча ҳомиладор аёллар аниқ ташхис қўйишдан олдин дарҳол текширилиши ва антикоагулянт терапия бошланиши керак.

Ҳомиладорликнинг ҳар бир триместрида D-димернинг даражаси физиологик равишда кўтарилади. Ўтказилган тадқиқотлардан бирида D-димернинг ўртача концентрацияси 0,43 мг/л ни ташкил қилган ва унинг концентрацияси биринчи, иккинчи ва учинчи триместрларда мос равишда ўзгарган: 0,58, 0,83 ва 1,16 мг/л, бу D-димернинг концентрацияси ҳар триместрда 39% га ошишини кўрсатган. Шундай қилиб, D-димернинг мусбат натижаси ВТЭ мавжудлигини кўрсатмайди ва қўшимча текширувлар ўтказилишини талаб қилади. Бироқ, D-димернинг манфий натижаси ВТЭни истисно қилишга ёрдам беради. Бироқ, ВТЭ мавжуд ҳомиладор аёлларда D-димернинг нормал қийматлари ҳам кузатилган, бу ҳомиладорлик даврида визуализацияон текширувлар ўтказилиши зарурлигини тасдиқлайди. Ҳозирги вақтда ЎАТЭга гумон қилинган ҳомиладор аёллар учун оптимал диагностик ёндашувлар ҳали ҳам ноаниқ.

Прогнозлаш мезонлари ЧВТ ривожланиш хавфини кўрсатса, у ҳолда УТТ-доплерографияни ўтказиш зарур ва мусбат натижалар олинса, антикоагулянт терапияни бошлаш керак. Натижа манфий бўлса, қўшимча равишда МРТ ўтказилиши тавсия этилади. Клиник жиҳатдан тромбоемболияга шубҳа туғилса ва бошқа текширувларнинг натижалари манфий бўлса, паст дозали КТ ўтказилиши керак.

## Даволаш

■ ПМГ: ПМГ ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда ВТЭни даволашда биринчи навбатда қўлланиладиган дори-воситалар ҳисобланади. ЧВТ ёки ЎАТЭга гумон қилинганда, якуний ташхис қўйилгунга қадар терапевтик дозаларда ПМГ тайинланиши керак. Дозалари: тавсия этилган терапевтик доза ҳомиладорликнинг эрта муддатларида бўлган тана вазнига қараб ҳисобланади (масалан, эноксапарин 1 мг/кг, далтепарин кунига

100 ХБ/кг ёки тинзапарин 175 ХБ/кг), юборилгандан кейин 4-6 соат ўтгач анти-Ханинг мақсадли даражаси 0,6-1,2 ХБ/мл ни ташкил қилади.

- ФГ: қоида тариқасида, ФГ массив ЎАТЭни шошилич даволашда қўлланилади.
- Тромболизис: тромболитиклар фақат оғир гипотензия ёки шок ҳолати бўлган аёлларда қўлланилиши керак. Тромболизисдан кейин ФГнинг юкланиш дозасини камайтириш керак, 18 Б/кг/соат дозада инфузияни бошлаш керак. Стабилизациядан сўнг аёл ПМГга ўтказилиши мумкин.
- Фондапаринукс: ПМГга аллергияси мавжуд ёки ПМГ юборилганда ножўя таъсири юзага келганда фондапаринукс тайинланади (нормал вазнли ҳомиладор аёллар учун 7,5 мг дан кунига 1 маҳал).
- Кава филтрлари: кава филтрларини қўллаш учун кўрсатмалар ҳомиладор бўлмаган аёллардаги кўрсатмалар каби бир хил. Бирок, ҳомиладорлик даврида уларни қўллаш бўйича чекланган тажриба ушбу муолажадан келиб чиқадиган асоратлар хавфи ошиши билан боғлиқ.

### Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш

Яқинда ЎАТЭни ўтказган аёлларда туғруқдан аввал юборилиши бошланган гепаринни туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлганда туғруқдан кейин 6 соат ўтгач ва кесар кесиш орқали туғдириб олинганда ифодаланган қон кетиши мавжуд бўлмаганда 12 соат ўтгач ва туғдириб олингандан кейин 5 кундан кечиктирмасдан КВАни кейинги қўшилиши билан давом эттирилиши керак. КВА туғруқдан кейин 2 кун ўтгач тайинланиши мумкин ва камида 3 ой ва ҳомиладорликнинг катта муддатларида ЎАТЭ ривожланганда 6 ой давомида давом эттирилиши керак. ХНН мунтазам, имкон қадар ҳар 1-2 ҳафтада ўлчаш зарурати билан 2-3 оралиғида бўлиши керак. ВКАлар кўкрак сутига фаол шаклда ўтмайди ва шунинг учун ҳам кўкрак сути билан озиклантирадиган оналар учун хавфсиз ҳисобланади.

### Чуқур веналар ўткир тромбози

#### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>O22</b>	Ҳомиладорлик даврида веноз асоратлар ва геморрой
<b>O22.1</b>	Ҳомиладорлик даврида оёқлар веналарининг варикоз кенгайиши
<b>O22.2</b>	Ҳомиладорлик даврида юзаки тромбофлебит
<b>O22.3</b>	Ҳомиладорлик даврида чуқур флеботромбоз
<b>O22.5</b>	Ҳомиладорлик даврида церебрал веналар тромбози
<b>O22.9</b>	Ҳомиладорлик даврида аниқланмаган веноз асорат

### Клиник кўриниши

Ҳомиладорлик даврида оёқлар шишиши тез-тез учрайдиган ҳолат бўлиб, бу ЧВТга шубҳа туғдиради. 85% ҳолатларда ЧВТ чап томонлама бўлганлиги сабабли, ёнбош артерия ва ёнбош венанинг ҳомиладор бачадон томонидан сиқилиши туфайли, чап оёқнинг шишиши катта ташвиш туғдириши керак. Ёнбош венанинг тромбози қов, думба ёкт қорин соҳасида алоҳидаланган оғриқлар кўринишида намоён бўлиши мумкин.

### Диагностикаси

- D-димер.
- Компрессия билан оёқлар веналари УТТ-доплерографияси. Веналар УТТД ҳомиладор аёлларда ЧВТга гумон қилинганда биринчи навбатда ўтказиладиган текширув усули бўлиб, дистал ЧВТ ва кичик тос веналари тромбозига қараганда, проксимал ЧВТда юқори

спецификлик ва сезгирликка эга. Ҳомиладорликнинг 0, 3 ва 7-кунларида кетма-кет ўтказилган компрессион УТТ 99,5% катта салбий прогнозли қийматга эга.

Проксимал ЧВТ аниқланганда, даволанишни давом эттириш керак. Компрессион УТТда ўзгаришлар аниқланмаганда, кичик тос веналари тромбозини истисно қилиш учун магнит-резонанс флебография ўтказилиши муҳокама қилиниши мумкин. Юқори даражадаги клиник эҳтимоллик ва компрессион УТТДнинг манфий натижаларида антикоагулянт терапия давом эттирилиши керак ва 3 ва 7-кунларда компрессион УТТД қайта ўтказилиши керак. Паст даражали клиник эҳтимолликда антикоагулянт терапия бекор қилиниши ва 3 ва 7-кунларда компрессион УТТД қайта ўтказилиши керак. Компрессион УТТДда манфий натижалар такоран олинганида, ЧВТ истисно қилиниши мумкин.

## Даволаш

Ўткир ЧВТда тана вазнини инобатга олган ҳолда ПМГнинг ҳисобланган терапевтик дозалари кунига 2 маҳал юборилиши керак.

## Туғруқни олиб бориш

ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларни тўлиқ антикоагуляция фонида ўз-ўзидан туғруқ фаолияти бошланишини олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 39 ҳафтасида туғдириб олиш режалаштирилиши керак, чунки ПМГ протамин сульфати юборилиши билан қисман нейтрализацияга учраши мумкин.

Юқори хавф гуруҳига кирувчи ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларни туғдириб олинишдан камида 36 соат аввал ФГга ўтказиш керак ва бунда тахмин қилинаётган туғдириб олиш вақтидан 4-6 соат аввал тўхтатилиши керак.

ФҚТВнинг нормал қийматлари регионал оғриқсизлантириш усулларини қўллаш учун асос ҳисобланади.

Паст хавф гуруҳига кирувчи ПМГнинг терапевтик ёки катта профилактик дозаларини кунига икки маҳал қабул қилаётган аёлларда кечки ПМГнинг юборилишини бекор қилиш ва эртаси кун туғруқ индукциясини бошлаш ва гемостазга таъсир қилувчи бошқа доривоситаларини қабул қилмаслик шarti билан регионал оғриқсизлантириш остида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

Антикоагулянтларни терапевтик дозаларда қабул қилиш туғруқдан кейинги қон кетиши хавфининг ортиши билан боғлиқ, шунинг учун туғруқнинг учинчи даврини окситоцинни юбориш билан фаол олиб бориш зарур. Яқинда паст дозалик стандарт 4-соатлик инфузияга (500 мл физиологик эритмага 5 Б окситоцин 16,2 мл/соат в/и тезликда 4 соат давомида юбориш билан (27 мХБ/дақ.)) қўшимча равишда 2 ХБ окситоцинни қўшиш самарадорлиги таҳлил қилинди. Натижада, 2 ХБ окситоциннинг қўшимча киритилиши юрак-қон томир тизимидан келиб чиқадиган асоратлар билан боғлиқ эмаслиги, бироқ, йўқотилган қон ҳажмини сезиларли даражада камайтириши кўрсатилган.

## ВТЭни олдини олиш ва даволаш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Ҳомиладор аёлларда ВТЭни олдини олиш ва даволаш учун ПМГни қўллаш тавсия этилади	<b>I</b>	<b>B</b>
Юқори хавф гуруҳига кирувчи аёлларга тана вазнини ҳисобга олган ҳолда профилактик дозаларда ПМГни тайинлаш тавсия этилади (масалан, эноксапарин 0,5 мг/кг дан кунига 1 маҳал)	<b>I</b>	<b>B</b>

Барча аёлларда ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ВТЭ хавф омиллари баҳоланишини ҳужжатлаштириш тавсия этилади	I	C
ПМГнинг терапевтик дозаларини тана вазнини ҳисобга олган ҳолда тайинлаш тавсия этилади	I	C
ЎАТЭ мавжуд аёлда фақат оғир гипотензия ёки шок ривожланганда тромбозис ўтказилади	I	C
Юқори хавф гуруҳига кирувчи ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларни туғдириб олинишдан камида 36 соат аввал ФГга ўтказиш керак ва бунда тахмин қилинаётган туғдириб олиш вақтидан 4-6 соат аввал тўхтатилиши керак. Регионал анестезияни ўтказишдан аввал ФҚТВнинг кўрсаткичи нормал қийматларда бўлиши керак	I	C
Паст хавф гуруҳига кирувчи ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларда ПМГнинг охири дозаси юборилганидан кейин камида 24 соат ўтгач туғруқ индукциясини бошлаш ва кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади	I	C
ТГС билан асоратланган ЭКУни ўтказган аёлларга биринчи триместр давомида ПМГни қўллаш орқали тромбoproфилактикани ўтказиш тавсия этилади	I	C
Туғруқдан олдин антикоагулянтларни қабул қилган аёлларда туғруқнинг учинчи даврини окситоцинни юбориш билан фаол олиб бориш тавсия этилади	IIa	C
Компрессион УТТД текширувининг манфий натижаларида ўпка КТ-пульмоноангиографиясини ва вентилицион-перфузион сцинтиграфияни ўтказишдан аввал кичик тос веналари тромбозини истисно қилиш учун магнит-резонанс венографияни ўтказиш керак	IIa	C
ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилаётган аёлларни тўлиқ антикоагуляция фонида ўз-ўзидан туғруқ фаолияти бошланишини олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 39 ҳафтасида туғдириб олиш режалаштирилиши керак, чунки ПМГ протамин сульфати юборилиши билан қисман нейтрализацияга учраши мумкин	IIa	C
Ҳомиладорлик даврида янги орал антикоагулянтларни қабул қилиш тавсия этилмайди	III	C

## Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланиладиган дори-воситалар

### Антикоагулянтлар

ПМГ ва КВА ҳомиладорлик даврида қўлланилиши бўйича афзалликлар ва камчиликларга эга. КВА йўлдош орқали ўтади ва ҳомиладорликнинг биринчи триместрида қўлланилиши 0,6-10% ҳолатларда эмбриопатияга (оёқ-қўлларнинг нуксонлари ва бурун гипоплазияси) олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг 6-12 ҳафталарида ВКАни ФГ ёки ПМГга алмаштириш эмбриопатия хавфини деярли йўқ қилади. КВАни қабул қилишда эмбриопатия хавфи дозага боғлиқ эканлиги ҳақида далиллар мавжуд. Яқинда ўтказилган иккита тизимли тадқиқотларга кўра, варфариннинг паст дозалари қўлланилганда эмбриопатия хавфи 0,45-0,9% ни ташкил этган. Ҳомиладорликнинг иккинчи ва учинчи триместрларида КВА қабул қилинганда эмбриопатия хавфидан ташқари, фетопатия (масалан, кўриш ва марказий асаб тизими мальформацияси, бош мия ичи қон кетиши) хавфи 0,7-2% ни ташкил қилади.

Фетопатиянинг пайдо бўлиши ҳомиладорликнинг бутун даврида ФГни қўллашда ҳам кузатилган, бироқ, ПМГни қўллашда аниқланмаган.

Ҳомиладор аёл КВАни қабул қилаётган бўлса, ҳомилада бош мия ичи қон кетиши ривожланиши хавфи туфайли, табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб бўлмайди. Антикоагулянт терапиянинг ҳар қандай схемалари қўлланилганда онада геморрагик асоратлар юзага келиши мумкин. ПМГнинг терапевтик дозаларини қабул қилганда ВТЭнинг қайталаниш хавфи 1,15% ни ташкил қилади. 1,98% ҳолатларда оғир қон кетиши кузатилган. Гепарин қўлланилиши туфайли келиб чиққан тромбоцитопения ҳам, остеопороз (0,04%) ҳам ФГга қараганда, ПМГ қўлланилганда сезиларли даражада кам учрайди.

ЧВТ ёки ЎАТЭга гумон қилинганда, объектив текширувда ташхис истисно қилингунга қадар ПМГни юборишни бошлаш керак.

ФГ ҳам йўлдош орқали ўтмайди, бироқ, улар қўлланилиши тромбоцитопения (тромбоцитлар даражасини ҳар 2-3 кунда ўлчаш тавсия этилади), остеопороз ва ПМГга қараганда т/о тез-тез юбориш билан боғлиқ. ФГлар одатда массив ЎАТЭни шошилиш даволашда қўлланилади. ФГ қўлланилиши тахмин қилинаётган туғдириб олиш вақтидан 4-6 соат аввал тўхтатилиши керак ва қон кетиши мавжуд юзага келмаганда туғдириб олингандан сўнг 6 соат ўтгач давом эттирилиши керак.

## Тромболизис

Ҳомиладорлик ва туғруқ кейинги даврда тромболитиклар қўлланилиши нисбатан тақиқланган ва фақатгина оғир гипотония ёки шок ривожланиши бўйича юқори хавфи мавжуд аёлларда қўлланилиши керак. Қон кетишининг хавфи 8% ни ташкил қилади. 200 нафардан ортиқ аёллар бўйича ўтказилган тадқиқотларнинг маълумотлари мавжуд ва аксарият ҳолатларда стрептокиназа ва рекомбинант плазминогеннинг тўқима активатори (альтеплаза) қўлланилган. Ушбу тромболитикларнинг ҳеч бири сезиларли даражада йўлдош орқали ўтмайди. Нашр этилган маълумотларга кўра, ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши ва муддатдан олдинги туғруқлар 6% ҳолатларда кузатилган. Тромболитикларни юборишда ФГнинг юкланиш дозасини қўлламаслик ва уларни 18/ХБ/кг/соатига бошланғич дозада юбориш ва ФҚТВнинг қийматларига қараб дозани эҳтиёткорлик билан коррекциялаш тавсия этилади. Аёлнинг ҳолати барқарорлашгандан сўнг, ФГлар ПМГга алмаштирилиши мумкин.

## Тромбин ва Ха-омили ингибиторлари

Ҳозирги вақтда ҳомиладор аёлларда ушбу дори-воситаларни қўллаш бўйича адекват назорат остида ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ўтказилмаган. Фондапаринукс

АТ III билан боғланган ҳолда Ха-омилининг фаоллигини билвосита бостиради. ПМГга аллергияси мавжуд ёки ПМГ юборилганда ножўя таъсири юзага келганда фондапаринукс тайинланади. Бир тадқиқотда фондапаринукснинг йўлдош орқали жуда кам миқдорда ўтиб бориши кўрсатилган ва ривожланиш аномалиялари хавфини баҳолаш учун келгусида тадқиқотлар ўтказилиши талаб қилинади.

Ривароксабан Ха-омилининг бевосита ингибитори бўлиб, йўлдош орқали ўтади ва шунинг учун ҳомиладорлик даврида қўлланилмайди.

Апиксабан, эдоксабан каби Ха-омилининг бошқа бевосита ингибиторлари ва дабигатран каби тромбиннинг бевосита орал ингибитори ҳам ҳомиладорлик даврида қўлланилмаслиги керак.

## Бета-адреноблокаторлар

Ҳомиладорлик даврида ББ қўлланилиши хавфсиз, бироқ, ҳомила ўсиши чекланиши ва гипогликемия хавфи ортиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Селектив бета-1-блокаторлар, “пируэт” турдаги қоринчалар тахикардиясидан ташқари, аксарият ҳолатларда қўлланилади. Бета-1 адренорецепторларининг селектив блокаторлари бачадон қисқаришлари ва периферик вазодилатацияга камроқ таъсир қилади ва улар ҳомила ўсиши чекланиши бўйича энг паст даражали хавфга эга.

Атенолол каби носелектив ББлар ҳомила ўсиши чекланиши хавфи билан боғлиқ.

Альфа ва бета-блокаторлар орасида ҳомиладорликдаги гипертензияни даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган лабеталол ва ЮЕни даволаш учун карведилол қўлланилишида ҳомила ўсиши чекланиши бўйича ҳеч қандай боғлиқлик аниқланмаган.

## Ренин-ангиотензин-альдостерон тизими блокаторлари: ААФИ, АРБ, НАРИ ва альдостерон блокаторлари

ААФИ ва АРБ дори-воситалари тератоген таъсирга эга ва ҳомиладорлик даврида қўлланилмаслиги керак. Бўйрак ёки тубуляр дисплазия, бўйрак етишмовчилиги, олигогидрамнион, ҳомила ўсиши чекланиши, бош суяги оссификацияси бузилиши, ўпка гипоплазияси, катта бўғимларда контрактуралар шаклланиши, анемия ва ҳомиланинг антенатал ўлими ҳолатлари кузатилган. Ушбу тавсиялар НАРИга (сакубитрил/вальсартан) ҳам амал қилади, чунки улар таркибида АРБ мавжуд.

Ҳомиладорлик даврида спиронолактон қўлланилиши тавсия этилмайди.

## Кальций каналлари блокаторлари

ККБ, катта эҳтимол билан, туғма аномалиялар ривожланиши хавфи ортиши билан боғлиқ эмас. Ҳайвонларда дилтиаземнинг тератоген таъсири аниқланган, одамларда қўлланилиши бўйича маълумотлар сони чекланган; шундай қилиб, фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади.

Ҳомиладорлик даврида верапамил қўлланилиши етарли даражада хавфсиз ҳисобланади ва ҳомиладор аёлларда идиопатик турғун ҚТни даволаш ва БФда ЮУТни назорат қилиш учун иккинчи навбатда қўлланиладиган дори-восита сифатида тайинланади.

## Статинлар

Гиперлипидемияни даволаш учун ҳомиладорлик ёки лактация даврида статинларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки уларнинг хавфсизлиги исботланмаган.

## Азот оксиди донаторлари

Эндотелиал дисфункция эрта патофизиологик белги ва аксарият ЮҚТКда ноҳуш прогнознинг мустақил предиктори ҳисобланади. Маълумотларда стенокардия, атеросклероз, коронар артериялари шикастланиши, ЮЕ ва вақти-вақти билан кузатиладиган чўлоқлик/периферик қон томирларнинг шикастланишини яхшилаш учун L-аргинин қўлланилишини кўриб чиқиш имконини беради. Унинг қўлланилиши тизимли ва ўпка гемодинамикаси кўрсаткичлари яхшиланишини таъминлайди, бу диастолик ЮЕни даволашда фойдали бўлиши мумкин.

## Дори-воситаларни қўллаш бўйича хулосалар

Тавсиялар	ТИД	ДИД
Консерватив даволашни бошлашдан аввал ҳомиладор аёлларда клиник хавфсизликни баҳолаш тавсия этилади	I	C
Хавфсизлик бўйича клиник маълумотлар мавжуд бўлмаганда, хавфсизлик бўйича клиник олди маълумотларини <a href="http://www.safefetus.com">www.safefetus.com</a> сайтида текшириш тавсия этилади	I	C
Ҳомила учун хавфсизлик бўйича тегишли маълумотлар мавжуд бўлмаганда, қарор қабул қилиш самарадорлик ва хавфсизлик бўйича дори-воситанинг индивидуал профили ва ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларнинг маълумотларига асосланиши керак. Аёл билан биргаликда барча масалалар муҳокама қилиниши керак	IIa	C
FDA тоифалари бўйича қарорларни қабул қилиш тавсия этилмайди	III	C

## Юрак-қон томир касалликларида ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш ҳамда оғриқсизлантиришнинг хусусиятлари

### Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар

Ҳомиладорликни давом эттириш ҳамда она ва туғилмаган бола учун унинг хавфсизлиги масаласи аёл ҳомиладор бўлишидан аввал ва, энг яхшиси, аёл турмушга чиқишидан олдин ҳал қилиниши керак. ЮОҚТК қайталаниши бўйича ҳомиладорликнинг муҳим даврларини ҳисобга олиш муҳим:

- ҳомиладорлик бошланишидан то ҳомиладорликнинг 16 ҳафталик муддатига қадар: ушбу муддатларда кўпинча ревмокардитнинг қайталаниши кузатилади;
- ҳомиладорликнинг 26-32 ҳафталик муддатлари: максимал гемодинамик юклама, АҚХ, юракнинг дақиқалик ҳажми ортиши, гемоглобин даражаси пасайиши;
- ҳомиладорликнинг 33-36 ҳафталик муддатлари: тана вазни ортиши, бачадон туби юқори жойлашиши туфайли ўпкада қон айланиши қийинлашиши, диафрагма функцияси пасайиши;
- туғруқ бошланиши: АҚБ, юракнинг систолик ва дақиқалик ҳажми ортиши;
- туғруқдан кейинги эрта давр: қорин бўшлиғи ички босими ва бачадон ички босими кескин ўзгариши туфайли туғруқдан кейинги даврда коллапслар кузатилиши мумкин.

Ҳомиладорликни давом эттириш масаласини ҳал қилиш учун ҳомиладорликнинг 12 ҳафталик муддатига қадар ҳомиладор аёлларга маслаҳат бериш ва “юрак-қон томир жарроҳлиги” ва (ёки) “кардиология” мутахассисликлари бўйича фаолият юритиш ва хизмат кўрсатишга лицензияга эга бўлган тиббиёт муассасаларига ётқизишни талаб қиладиган юрак-қон томир касалликларига қуйидагилар киреди:

#### 1. Юракнинг ревматик нуқсонлари:

- ревматик жараённинг фаоллашиши билан кечадиган юракнинг барча нуқсонлари;
- ЮЕ билан кечадиган юракнинг барча нуқсонлари;
- юрак клапанларининг II ва ундан катта даражали ревматик стенозлар ва етишмовчиликлар;
- ўпка гипертензияси билан кечадиган юракнинг барча нуқсонлари;
- бактериал эндокардит билан асоратланган юрак нуқсонлари;
- юрак ритми бузилиши билан кечадиган юрак нуқсонлари;
- тромбоземболик асоратлар билан кечадиган юрак нуқсонлари.
- атриомегалия ёки кардиомегалия билан кечадиган юрак нуқсонлари.



## 2. Юракнинг туғма нуқсонлари:

- кардиожарроҳлик даволашни талаб қиладиган ўлчами катта бўлган шунтли юрак нуқсонлари;
- қоннинг патологик ҳайдалиши билан кечадиган юрак нуқсонлари (қоринчалараро тўсиғи дефекти, бўлмачалараро тўсиғи дефекти, очиқ артериал найи);
- қон айланиши етишмовчилиги билан кечадиган юрак нуқсонлари;
- ўпка гипертензияси билан кечадиган юрак нуқсонлари;
- бактериал эндокардит билан асоратланган юрак нуқсонлари;
- ўнг ёки чап қоринчадан қон ҳайдалиши қийинлашиши билан кечадиган (қон айланиши етишмовчилиги ва/ёки постстенотик кенгайишли гемодинамик аҳамиятга эга) юрак нуқсонлари;
- II ва ундан катта даражали регургитация ва/ёки юрак ритми бузилиши билан кечадиган атрио-вентрикуляр клапанларнинг туғма аномалиялари;
- кардиомиопатиялар;
- Фалло тетрадаси;
- Эбштейн касаллиги;
- юракнинг мураккаб туғма нуқсонлари;
- Эйзенменгер синдроми;
- Аэроз касаллиги.

## 3. Эндокард, миокард ва перикард касалликлари:

- миокардитнинг ўткир ва нимўткир шакллари;
- ЮЕ ва/ёки юрак ритми бузилишининг оғир шакллари билан кечадиган сурункали миокардит, миокардиосклероз ва миокардиодистрофия;
- анамнезда миокард инфаркти;
- бактериал эндокардитнинг ўткир ва нимўткир шакллари;
- перикардитнинг ўткир ва нимўткир шакллари.

## 4. Юрак ритми бузилиши (юрак ритми бузилишининг оғир шакллари).

## 5. Юракда ўтказилган жарроҳлик аралашувдан кейинги ҳолатлар.

### Юрак-қон томир касалликларида туғруқни олиб бориш

ЮҚТК мавжуд аёлларнинг кўпчилигида туғруқ фаолияти табиий бошланиши индукция қилинган туғруққа қараганда бир қатор афзалликларга эга.

Онанинг юраги ҳолати, Бишоп индекси, ҳомиланинг яшаб қолиш эҳтимоли ва ўпка етилишини ҳисобга олган туғдириб олиш муддатлари индивидуал равишда белгиланади.

Туғдириб олиш муддатлари, туғруқ фаолиятини индукциялаш, оғриксизлантириш усулларини танлашни ўз ичига олган туғдириб олишнинг индивидуал режаси билан туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб бориш афзалроқ ҳисобланади.

Асоратлар хавфи юқори бўлганда, туғруқни ихтисослаштирилган тиббиёт муассасаларида олиб бориш тавсия этилади.

Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олинганда, жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олишга қараганда, қон кетиши ва инфекцияланиш хавфи нисбатан пастроқ бўлади. Жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олишда тромбоземболик асоратлар хавфи ҳам юқори туради. Акушерлик кўрсатмалар мавжуд бўлганда, Марфан синдромида (аортанинг диаметри 45 мм дан катта бўлиши, аортанинг ўткир ёки сурункали аневризмасида ва ўткир рефрактер ЮЕ, перорал антикоагулянтларни қабул қилувчи аёллар, муддатдан олдинги туғруқ содир бўлганда оғир аортал стенозида, оғир ўпка гипертониясида (жумладан Эйзенменгер синдромида) кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши оқланган.

Ҳомиладорликнинг 35-37 ҳафталик муддатларида аёллар (туғдириб олиш муддатини белгилаш, туғдириб олиш усулини танлаш учун) туғруққа кўмаклашиш муассасаларига юборилади. Туғдириб олиш усули ва муддатлари ЮЕнинг ФС ва динамик ўзгаришлар, шунингдек, ҳомиладорликнинг кечиши ва фетоплацентар комплексининг ҳолатига мувофиқ кардиолог (кардио-жарроҳ), акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог шифокорлари консилиуми томонидан белгиланади.

#### **ЮҚКТда туғруқ ўзига хос хусусиятларга эга:**

- СЮЕ мавжуд аёлларда вагинал (консерватив) туғруқ максимал даражада оғрисизлантириш остида олиб борилиши керак;
- туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланиши афзалроқ ҳисобланади;
- ҳомила ЮУТни назорат қилиш ва КТГни ўтказиш мажбурий;
- гемодинамика ёмонлашиши кузатилганда ўз вақтида аралашувларни ўтказиш учун онада гемодинамик кўрсаткичларни (ЮУТ, НОС, АҚБ, ЭКГ, сатурация) назорат қилиш;
- веналар қисилишига йўл қўймаслик лозим – аёл чап ён томонда ётиши керак; ЮЕ мавжуд аёлларда ярим ётган ҳолатда ёки чап ён бошга ётган ҳолатда туғруқ олиб борилиши керак;
- хавфли гемодинамик ўзгаришларни олдини олиш мақсадида, бир қатор ҳолатларда, кучанишларда акушерлик қисқичларни ёки вакуум-экстракторни қўйиш орқали туғруқнинг иккинчи даври давомийлигини қисқартириш тавсия этилади;
- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти фақат акушерлик кўрсатмалар мавжуд бўлганда ўтказилади;
- гемодинамиканинг беқарорлигида ёки ЮЕ ривожланиб бориши белгилари кузатилганда, туғруқнинг биринчи даврида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш ва туғруқнинг иккинчи даврида эса акушерлик қисқичларни ёки вакуум-экстракторни қўйиш (қўйиш имконини инобатга олган ҳолда) тавсия этилади.

Бупивакаиннинг ёки лидокаиннинг минимал концентрацияси билан биргаликда фентамин билан узоқ муддатли эпидурал оғриқсизлантириш анестезиологик таъминотнинг оптимал варианты ҳисобланади. Туғруқнинг иккинчи даврида кучанишларни истисно қилиш талаб қилинганда, ҳатто бачадон бўйни тўлиқ очилганда ҳам, маҳаллий анестетикларнинг қўллаб-қувватловчи дозаларини юбориш керак. Бунда, ҳомиланинг боши тос бўшлиғига тушмагунга қадар кучанишлар 1 соат ва ундан кўпроқ вақтга қолдирилиши мумкин.

Кучаниш даврини истисно қилиш (акушерлик қисқичларни қўйиш), бачадон бўшлиғини қўлда текшириш, оралик йиртилишларини тикиш зарурати юзага келганда 6-8 мл 0,125% ли лонгокаин ёки 1,5% ли лидокаин (стабил гемодинамика ҳолатида) ёки калипсолнинг субнаркотик дозаларини в/и юбориш орқали эпидурал оғриқсизлантиришни кучайтириш мумкин.

Кучаниш даврининг давомийлиги 1 соатдан ошмаслиги керак. 1 соатдан ошиб кетган ҳолатда юрак-қон томир тизими томонидан асоратлар сони кўпаяди, бунда акушерлик қисқичлари қўйилади ёки вакуум-экстрактор ёрдамида кучаниш даври давомийлиги қисқартирилади.

#### **Кучаниш даврини истисно қилиш учун кўрсатмалар:**

- ЮҚТК ривожланиши хавфи бўйича ЖССТнинг III тоифасига кирувчи ҳолатлар/касалликлар;
- НУНА бўйича III ва IV ФС ЮЕ;
- туғруқ пайтида юзага келган қон айланиши бузилиши;
- ўпка гипертензияси;
- ҳилпилловчи аритмия;
- туғруқ пайтида коронар етишмовчилиги хуружлари;

- туғрукнинг иккинчи даври 60 дақиқадан ошиб кетиши.

#### **Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш учун кўрсатмалар:**

- NYHA бўйича III ва IV ФС ЮЕ билан асоратланган ЮҚТК;
- кардиологларнинг хулосасига кўра II ва III даражали фаол ревмокардит;
- кескин ифодаланган митрал ва аортал стеноз;
- септик эндокардит;
- оғир турғун ҳилпилловчи аритмия;
- тарқоқ миокард инфаркти ва гемодинамика ёмонлашиши белгилари;
- Фалло тетрадаси (юракнинг “кўк” нуқсонлари);
- бошқарилмайдиган аритмологик асоратлар;
- ўпка гипертензияси;
- юрак клапанлари протезланиши билан коррекция қилинган нуқсонлар;
- туғрукнинг иккинчи даврини истисно қилишга кўрсатмалар мавжуд бўлганда ва акушерлик қисқичларни кўйиш учун имкон бўлмаганда ва розилик берилмаганда;
- юрак касалликлари ва акушерлик патология биргаликда келганда.

#### **Юрак-қон томир касалликлари мавжуд ҳомиладор аёлларни туғдириб олишда анестезия ва аналгезия**

Бир марталик спинал, эпидурал ва комбинацияланган спинал-эпидурал (CSE) анестезия туғрукда оғриқни енгиллаштиришнинг энг самарали усуллари ҳисобланади.

Туғувчи аёлларда нейроаксиал аналгезия она ва ҳомила учун минимал жиддий ножўя таъсирлар билан ишончли ва тезда оғриқларни бартараф этишни таъминлайди. Катетерли узайтирилган эпидурал аналгезия оператив туғрукни таъминлаш учун эпидурал анестезияга тезда ўтишга имкон беради ва ЎСВ билан умумий кўп компонентли анестезияни ўтказиш заруратини минималлаштиради, шу билан бирга, ушбу анестезия натижасида юзага келиши мумкин бўлган асоратлар (Мендельсон синдроми, трахеянинг интубациясига гипердинамик реакция, янги туғилган чақалоқларнинг анестетик депрессияси ва ҳ.к.) эҳтимолини пасайтиради.

Эпидурал бўшлиққа маҳаллий анестетикларни юбориш технологияси қуйидаги вариантларда ўтказилади: бемор томонидан бошқариладиган эпидурал аналгезия ва узлуксиз эпидурал инфузия, бироқ, махсус инфузия насосларнинг чекланганлигини ҳисобга олган ҳолда, эпидурал бўшлиққа маҳаллий анестетикларни болнос тарзда юбориш ҳам мумкин.

Давомий эпидурал аналгезияни ўтказиш имкони мавжуд бўлмаганда, маҳаллий анестетикларни ва адъювантларни (опиоидлар, кванадекс, адреналин) бир мартаба интратекал йўл орқали юбориш мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин, адъювантлар кўшилиши маҳаллий анестетикларнинг аналгетик таъсирини узайтиради.

Туғрукни оғриқсизлантириш учун маҳаллий анестетиклар билан ёки оғриқсизлантирувчи таъсирни узайтирадиган адъювантлар комбинацияси билан давомий эпидурал аналгезия ўтказилади.

Маҳаллий анестетикларни юборишнинг икки варианты мавжуд. Туғруқ фаолияти бошланиши билан ён бошга ётган ҳолатда болнос юборилиши LII-LIII сатҳида эпидурал бўшлиқнинг пункцияси ва катетеризацияси ўтказилади, каудал йўналишда 2-3 см га катетер ўтказилади. 2 мл 0,25% лонгокаиннинг (бупивакаин) тест-дозаси юборилгандан сўнг ва спинал анестезиянинг белгилари мавжуд бўлмаганда, эпидурал бўшлиққа 6-8 мл 0,125% ли лонгокаин юборилади.

Ноадекват аналгезиянинг клиник симптомлари юзага келганда маҳаллий анестетиклар қайта юборилади. Бачадон бўйни тўлиқ очилгунга қадар эпидурал бўшлиққа анестетиклар юборилиши мумкин. Кучаниш даврине истисно қилиш (акушерлик қисқичларни қўйиш), бачадон бўшлиғини қўлда текшириш, оралик йиртилишларини тикиш зарурати юзага келганда 6-8 мл 0,125% ли лонгокаин эритмаси қўшимча равишда юборилади.

Туғруқда узлуксиз бошқариладиган эпидурал аналгезияда эпидурал бўшлиқнинг пункцияси ва катетеризацияси ён бошга ётган ҳолатда ўтказилади. LII-LIII сатҳида пункция ўтказилади каудал йўналишда 3-4 см га катетер киритилади. 2 мл 0,25% лонгокаиннинг тест-дозаси юборилгандан сўнг ва спинал анестезиянинг белгилари мавжуд бўлмаганда, 6-8 мл 0,125% ли лонгокаин эритмаси эпидурал бўшлиққа юборилади ва 20 дақиқа ўтгач, 0,125% ли лонгокаин билан узлуксиз инфузия бошланади, инфузиянинг ўртача темпи 6-8 мл/соатига ташкил қилади. Зарурат бўлганда, аёлнинг илтимосига кўра, боллос кўринишда қўшимча равишда 2-4 мл юборилади. Инфузия шприцли насослар ёрдамида ўтказилади.

Эпидурал аналгезияда маҳаллий анестетикларнинг умумий сарф қилинишини камайтириш ва аналгезияни узайтириш учун маҳаллий анестетикларнинг аралашган эритмаларига қўшимча равишда адьювантлар юборилади. Фентанил (1,0 мкг/кг),  $\alpha$ 2-адренорецепторлар агонисти – кванадекс (дексмедетомидин) 0,5 мкг/мл қўлланилади, бу опиоид адьювантларга (суфентанил, фентанил, морфин) қараганда камроқ ножўя таъсирлар (қичишиш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш) билан таққосланадиган даражада ёки туғруқни яхшироқ оғриқсизлантиради.

Комбинацияланган спинал-эпидурал (CSE) аналгезия туғруқни оғриқсизлантириш учун кўпроқ қўлланилмоқда. Интратекал йўл орқали опиоид (фентанил – 10-20 мкг), кўпроқ маҳаллий анестетиклар (1-2,5 мг 0,5% ли лонгокаин хеви) билан биргаликда юборилади, аналгезияни узайтириш зарурати туғилганда, юқорида кўрсатилган усуллар ёрдамида оғриқсизлантирилади. Опиоидларни ўрнига интратекал йўл орқали кванадекс (5-10 мкг) юборилиши мумкин.

Нейроаксиал аналгезияни ўтказиш имкони мавжуд бўлмаганда (қарши кўрсатмалар, тажрибали анестезиологнинг йўқлиги) опиоид ва ноопиоид аналгетиклар, ингаляцион анестетиклар билан медикаментоз оғриқсизлантириш усулларини қўллаш мумкин.

Опиоид аналгетиклар оғриқ синдромини енгиллаштиради ва заиф седатив таъсирга эга, бироқ, сезиларли ножўя таъсирлари ҳам мавжуд: кўнгил айнаши, уйқучанлик, мустақил равишда кичик хожатни бажара олмаслик ва нохуш неонатал таъсирлар: янги туғилган чақалоқда нафас олиш ва онг сусайиши.

Ноопиоид марказий аналгетиклар – инфулган (парацетамол) – она ва ҳомила учун мутлақо хавфсиздир. Инфулган 10-15 дақиқа давомида ҳар 6 соатда 1000 мг дозада в/и юборилади, ўрта даражада аналгетик таъсирни таъминлайди ва наркотик аналгетикларга хос бўлган асоратларни келтириб чиқармайди ва туғруқнинг давомийлигини қисқартиради.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг анестезиологик таъминотига эришиш учун анестезиянинг барча турлари қўлланилади (спинал, эпидурал, комбинацияланган спинал-эпидурал ва ЎСВ билан умумий кўп компонентли анестезия). Гемодинамиканинг барқарорлиги таъминланганда нейроаксиал анестезия афзал кўрилган оғриқсизлантириш усули ҳисобланади.

Мутахассисларнинг фикрига кўра, ЮҚТК мавжуд ҳомиладор аёлларда умумий анестезиядан кўра нейроаксиал анестезия ўтказилиши афзалроқдир. Умумий анестезия қўлланилиши оғир ўпка артериал гипертензияси мавжуд аёлларда она ўлими хавфини деярли тўрт бараварга оширади.

Шошилич равишда жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак бўлса, аввал ўтказилган регионал анестезияни давом эттириш керак. Умумий кўп компонентли анестезияни ўтказиш учун дори-воситаларнинг танлови ҳомиладор бўлмаган аёлларда бўлгани каби бир хил ва анестезиологнинг афзалликларига ва онанинг жисмоний ҳолатига боғлиқ бўлиб, ҳомилага бўлган таъсири иккинчи даражали муаммога айланади.

Митрал ва аортал клапанлари оғир стенози, констриктив перикардит; аортанинг оғир коарктацияси (плацентар қон оқими бузилиши хавфи), сақланган ҲФ билан кечадиган ҳолатлар ЎСВ билан умумий кўп компонентли анестезияни ўтказиш учун абсолют кўрсатма ҳисобланади.

## Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

### Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

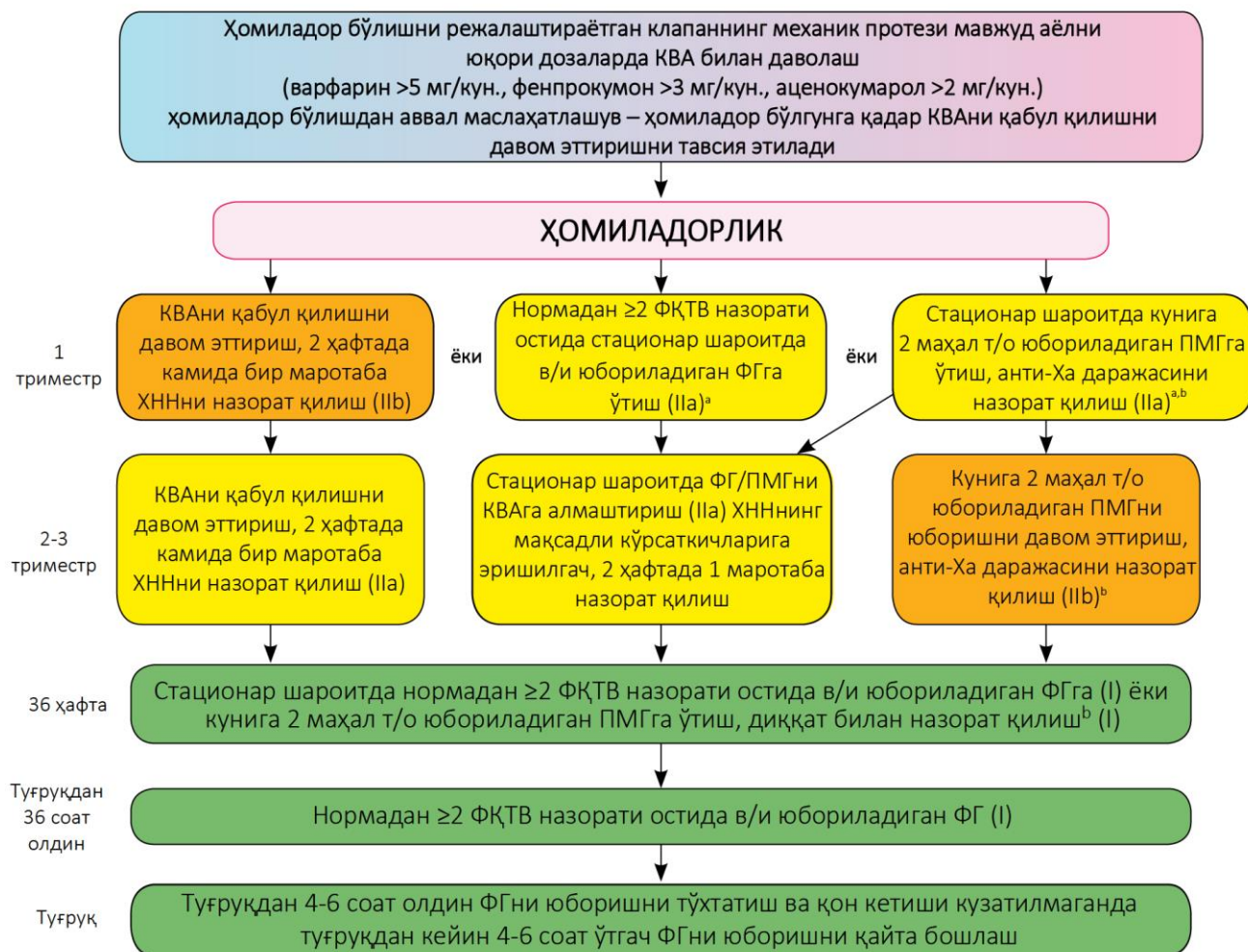
### Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

### Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

## Клапаннинг механик протези мавжуд ва юқори дозада КВА қабул қилаётган аёлларда антикоагулянт терапияни ўтказиш бўйича блок-схема



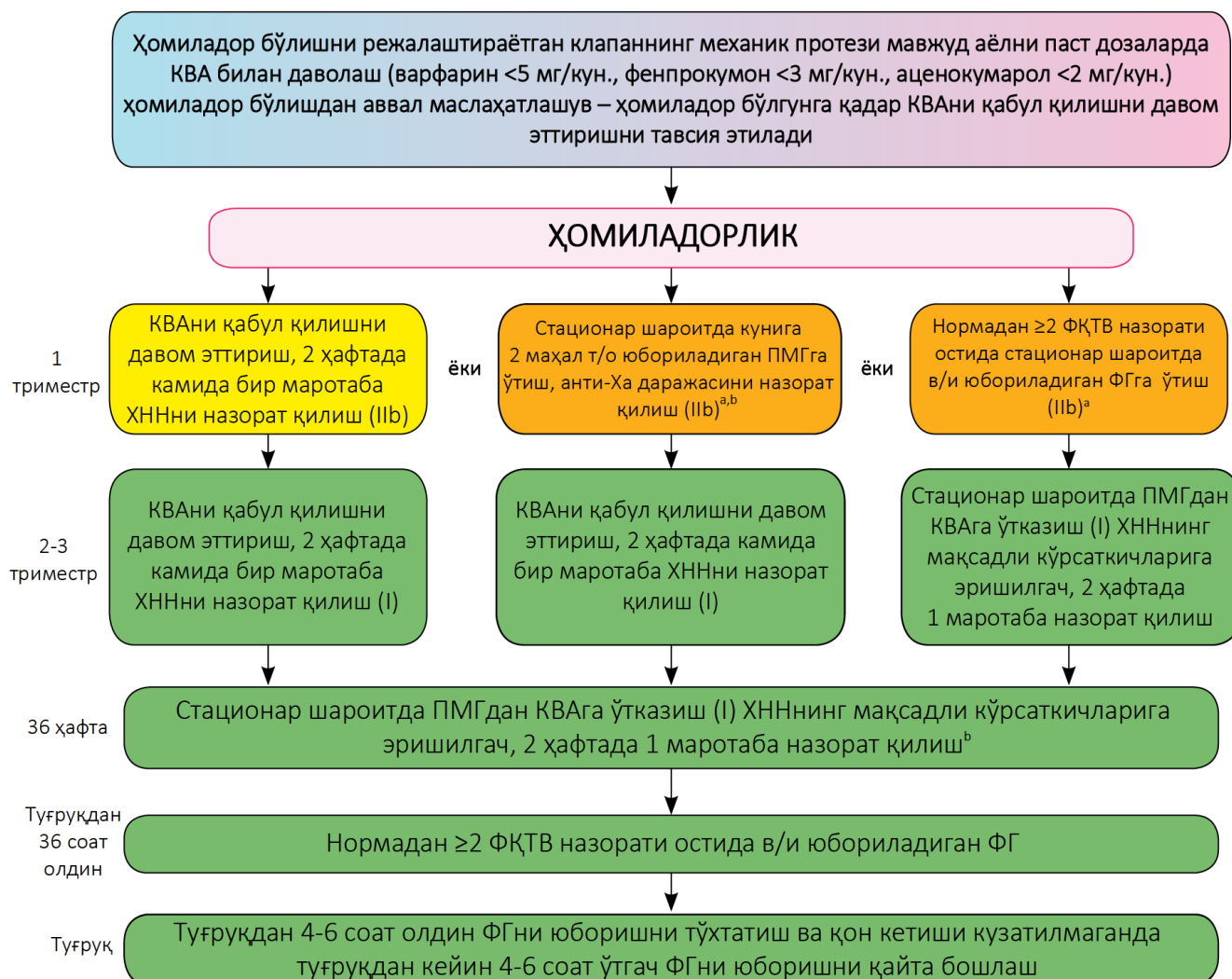
### Изоҳлар:

<sup>a</sup> 6-12 ҳафта

<sup>b</sup> ПМГни назорат қилиш:

- ПМГ бўйича бошланғич дозировкалар кунига 2 маҳал т/о тана вазнининг 1 мк/кг эноксапарин учун ва 100 ХБ/кг далтепарин учун, стационар шароитда мақсадли кўрсаткичларга эришилгунга қадар ҳар куни ва кейин ҳар ҳафта анти-Ха фаоллигини текшириш (I);
- юборилгандан кейин 4-6 соат ўтгач анти-Ха фаоллигининг мақсадли кўрсаткичлари 1,0-1,2 ХБ/мл ни ташкил қилади (икки тавақали клапан ва юракнинг ўнг камералари клапанлари протезлари) ёки 0,8-1,2 ХБ/мл (аортал позиция) (I);
- ПМГнинг эрталабки дозасини юборишдан аввал анти-Ха фаоллигининг даражаси >0,6 ХБ/мл ни ташкил қилиши керак (IIb).

## Клапаннинг механик протези мавжуд ва паст дозада КВА қабул қилаётган аёлларда антикоагулянт терапияни ўтказиш бўйича блок-схема



### Изоҳлар:

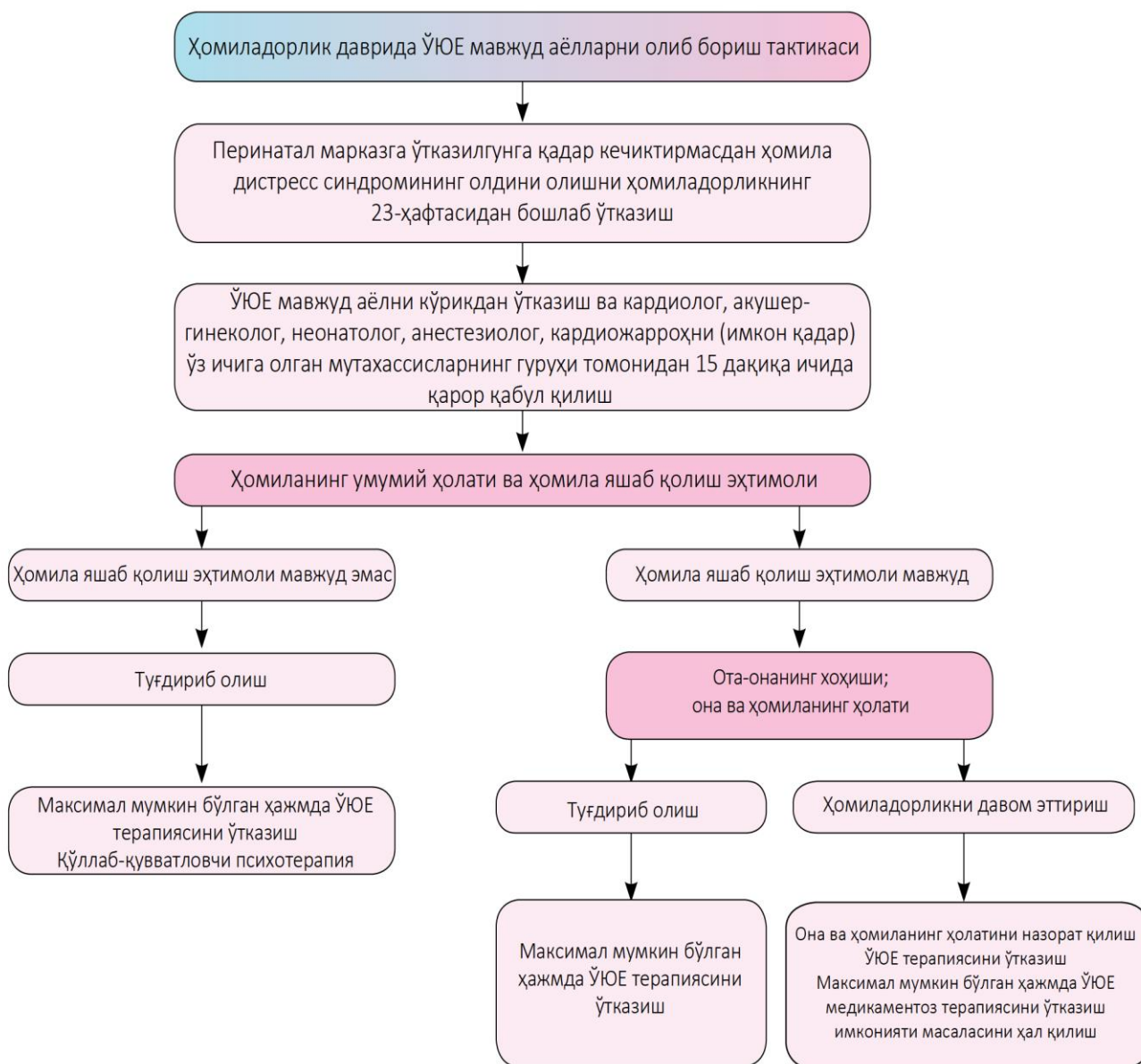
<sup>a</sup> 6-12 ҳафта

<sup>b</sup> ПМГни назорат қилиш:

- ПМГ бўйича бошланғич дозировкалар кунига 2 маҳал т/о тана вазнининг 1 мк/кг эноксапарин учун ва 100 ХБ/кг далтепарин учун, стационар шароитда мақсадли кўрсаткичларга эришилгунга қадар ҳар кун ва кейин ҳар ҳафта анти-Ха фаоллигини текшириш (I);
- юборилгандан кейин 4-6 соат ўтгач анти-Ха фаоллигининг мақсадли кўрсаткичлари 1,0-1,2 ХБ/мл ни ташкил қилади (икки тавақали клапан ва юракнинг ўнг камералари клапанлари протезлари) ёки 0,8-1,2 ХБ/мл (аортал позиция) (I);
- ПМГнинг эрталабки дозасини юборишдан аввал анти-Ха фаоллигининг даражаси  $>0,6$  ХБ/мл ни ташкил қилиши керак (IIb).

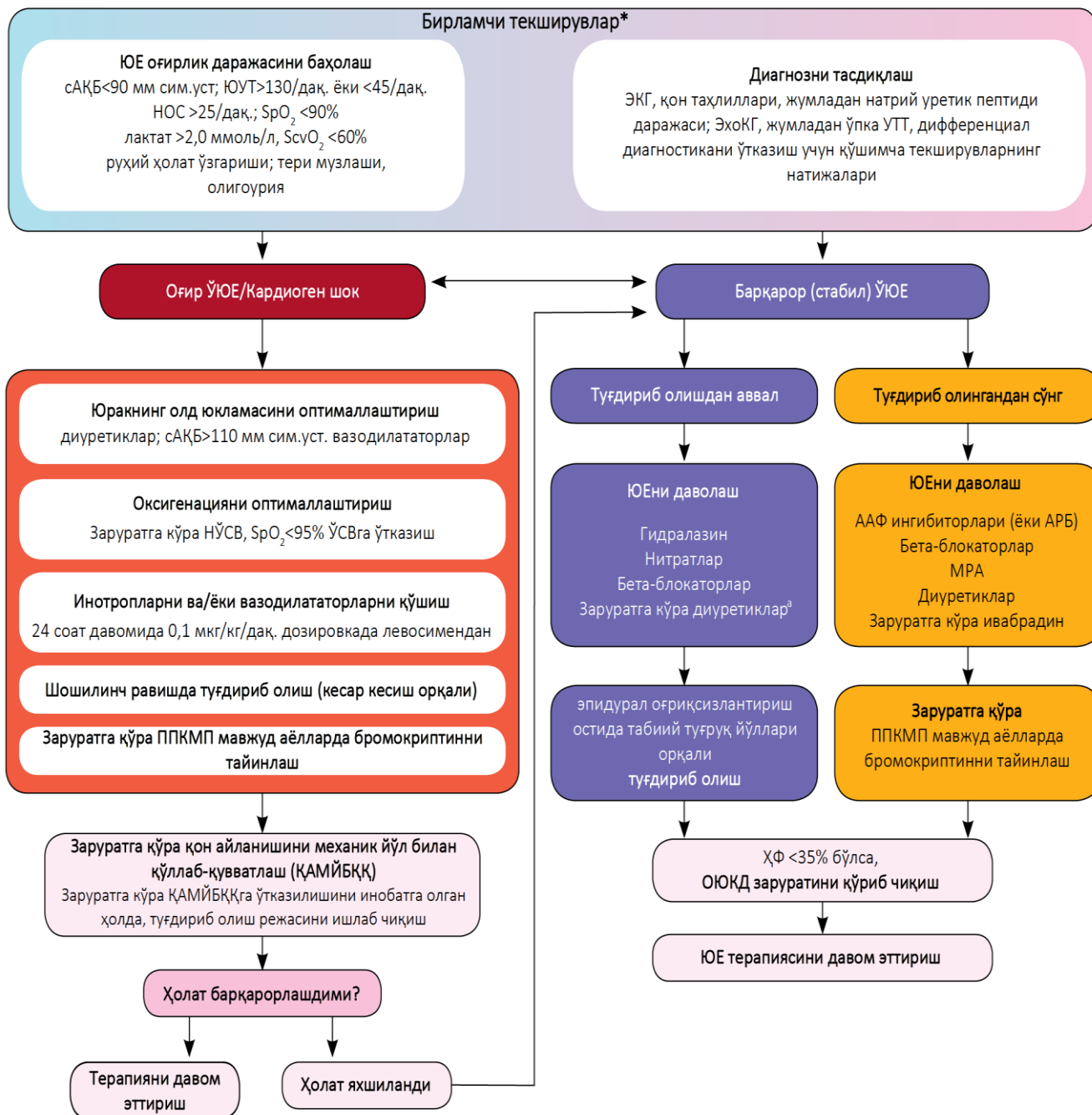


## Ҳомиладорлик даврида ЎЮЕ мавжуд аёлларни олиб бориш: мультидисциплинар текшириш ва қисқа вақтда она ва ҳомилани даволаш



**Изоҳ:** Bauersachs et al. дан модификацияланган

## Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда ЎЮЕ даволаш



**Изоҳлар:**

\* Bauersachs et al. дан модификацияланган

<sup>а</sup> Плацентар қон оқимининг пасайиши эҳтимоли туфайли диуретикларни эҳтиёткорлик билан қўллаш керак

## Дори-воситалар ва уларнинг хавфсизлиги бўйича маълумотлар

Дори-воситалар	Vaughan-Williams антиаритмик дори-воситаларнинг таснифи)	FDA бўйича аввалги тоифаси	Дори-восита йўлдош орқали ўтиши	Дори-восита кўкрак сутига ўтиши (ҳомиладаги дозаси)	Дори-восита хавфсизлиги бўйича клиник олди/клиник тадқиқотларнинг маълумотлари
ААФ ингибиторлари <sup>а</sup>	ААФ ингибитори	D	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup> (1,6% максимал)	<b>Тақиқланган:</b> буйрак ёки тубуляр дисплазия, олигогидрамнион, ҳомила ўсиши чекланиши, бош суяги оссификацияси бузилиши, ўпка гипоплазияси, катта бўғимлар контрактураси, анемия, ҳомиланинг антенатал ўлими ҳолатлари кузатилган
Аценокумарол	К витамини антагонисти	D	Ҳа	Ҳа (ножўя таъсирлар бўйича маълумотлар мавжуд эмас)	Эмбриопатия (асосан биринчи триместрда), қон кетиши кузатилган
Ацетилсалицил кислотаси (кичик дозаларда)	Антиагрегант дори-восита	B	Ҳа	Яхши кўтара олинади	<b>Тератоген таъсири мавжуд эмас:</b> 100-500 мг/кунлик дозаларда қўлланилиши бўйича клиник тажриба етарли эмас
Аденозин <sup>с</sup>	Антиаритмик дори-восита	C	Йўқ	Йўқ	Ҳомилага ножўя таъсир кўрсатиши бўйича маълумотлар мавжуд эмас (одамларда қўлланилиши бўйича маълумотлар сони чекланган)
Амиодарон	Антиаритмик дори-восита (III синф)	D	Ҳа	Ҳа	Гипотиреоз (9%), гипертиреоз, буқоқ, брадикардия, ҳомила ўсиши чекланиши, муддатдан олдинги туғруқлар кузатилган
Ангиотензин II рецептори блокаторлари (сартанлар)	Ангиотензин II рецептори блокаторлари (сартанлар)	D	Номаялум	Номаялум	<b>Тақиқланган:</b> буйрак ёки тубуляр дисплазия, олигогидрамнион, ҳомила ўсиши чекланиши, бош суяги оссификацияси бузилиши, ўпка гипоплазияси, катта бўғимлар контрактураси, анемия, ҳомиланинг антенатал ўлими ҳолатлари кузатилган

<b>Пенициллин, ампициллин, амоксициллин, эритромицин, мезлоциллин, цефалоспориинлар</b>	Антибиотиклар	B	Ҳа	Ҳа	Ҳомилага нождўа таъсир кўрсатиши бўйича маълумотлар мавждуд эмас
<b>Ванкомицин, имипенем, рифампицин, тейкопланин</b>	Антибиотиклар	C	Номаълум	Номаълум	Маълумотлар сони чекланган
<b>Аминогликозидлар, хинолонлар, тетрациклинлар</b>	Антибиотиклар	D	Номаълум	Номаълум	Ҳомилага нисбатан хавф мавждуд: фақатгина фойдаси хавфдан юкори турганда қўлланилади
<b>Атенолол<sup>d</sup></b>	Бета-блокатор (II синф)	D	Ҳа	Ҳа	Гипоспадия (биринчи триместр), ривожланиш нуқсонлари кузатилган, туғилганда кичик вазн, ҳомилада брадикардия ва гипогликемия чақиради (иккинчи ва учинчи триместрлар)
<b>Бисопролол</b>	Бета-блокатор (II синф)	C	Ҳа	Ҳа	Ҳомилада брадикардия ва гипогликемия чақиради
<b>Буметанид</b>	Диуретик (ҳалқали)	C	Номаълум	Номаълум	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: • кемирувчиларда перорал қўлланилганда тератоген таъсири аниқланмаган • в/и юборилганда тератоген таъсири аниқланмаган (каламуш/сичқонлар: 140×МТЭД) • каламушларда ўсишнинг ўртача кечикиши ва тўш суягининг оссификацияси кечикишининг сони кўпайиши кузатилган (3400×перорал МТЭДда, 1000×перорал МТЭДда кузатилмаган)
<b>Карведилол</b>	Альфа- ва бета-блокатор	C	Ҳа (каламушларда ўрганилган, одамларда)	Ҳа: • каламушларда ўрганилган, одамларда ўрганилмаган	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. • ҳомилада брадикардия ва гипогликемия чақиради • фақатгина фойдаси хавфдан юкори турганда қўлланилади

			ўрганилмаган )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда сўнгги триместрдан бошлаб то лактациянинг 22-кунига қадар <math>\geq 10 \times \text{МТЭД}</math> да қабул қилинганда туғруқдан кейин 1 ҳафта ўтгач ўлим ҳолатлари сони кўпайиши кузатилган</li> </ul>	<p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (<math>50 \times \text{МТЭД}</math>) ҳомила ўз-ўзидан тушиши ҳолатлари сони кўпайиши, ҳомиланинг вазни пасайиши ва скелет ривожланишининг секинлашиши кузатилган, <math>10 \times \text{МТЭД}</math> да токсиклиги аниқланмаган</li> <li>• куёнларда имплантациядан кейин ҳомила ўз-ўзидан тушиши ҳолатлари сони кўпайиши кузатилган (<math>25 \times \text{МТЭД}</math>), <math>5 \times \text{МТЭД}</math> да токсиклиги аниқланмаган</li> </ul>
<b>Клопидогрел</b>	Антиагрегант дори-восита	В	Номаълум	Ҳа (каламушларда)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (<math>65 \times \text{МТЭД}</math>) ва куёнларда (<math>78 \times \text{МТЭД}</math>) фертиллик бузилиши ва фетотоксиклиги аниқланмаган</li> </ul>
<b>Дигоксин<sup>е</sup></b>	Юрак гликозидлари	С	Ҳа	Ҳа <sup>б</sup>	Қон зардобидаги концентрацияси хавфсиз
<b>Дигидралазин</b>	Вазодилататор	-	Номаълум	Ҳа	<p>Онада ножўя таъсирлар: рефлектор тахикардия, головная боль, тахифилаксия</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• қизил бўрича касаллигига хос бўлган симптомлар (онада/ҳомилада) кузатилган</li> </ul>
<b>Дилтиазем</b>	Кальций каналлари блокатори (IV синф)	С	Йўқ	Ҳа <sup>б</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• тератоген таъсир кўрсатиши мумкин</li> <li>• фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сичқон, каламуш ва куёнларда (4-6 МТЭД) эмбрионал ва фетал ўлим ҳолатлари ва скелет, юрак, тўр парда ва тил ривожланиши аномалиялари кузатилган</li> <li>• сичқон, каламуш ва куёнларда: вазн камайиши ва ҳомила нобуд бўлиши, туғруқнинг давомийлиги чўзилиши, ҳомила ривожланиши тўхтаб қолиши ҳолатлари кўпайиши кузатилган</li> </ul>

<b>Дизопирамид</b>	Антиаритмик дори-восита (Ia синф)	C	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	Бачадон қисқаришлари: • фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: • тератоген таъсири аниқланмаган, имплантациялар сони пасайган, вазн камайиши ва ҳомила яшаб қолиши даражаси пасайиши кузатилган (20×МТЭД)
<b>Флекаинид</b>	Антиаритмик дори-восита (IC синф)	C	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: • куёнларнинг бир турида (янги зеландия оқ тури), бироқ, бошқасида (Dutch Belted) тератоген (масалан, маймоқ оёқлик, тўш суяги ва умуртқа поғонаси аномалиялари, юрак туғма нуқсонлари, ҚТД) ва эмбриотоксик таъсирлари аниқланган (4×МТЭД) • каламуш ёки сичқонларда тератоген таъсири аниқланмаган (50 ва 80 мг/кг/кун), бироқ, каламушларда катта дозада қўлланилганда умуртқа поғонаси ва тўш суяги оссификацияси кечикиши кузатилган
<b>Натрий фондапаринкуси</b>	Антикоагулянт	-	Ҳа (10% гача максимал)	Ҳа (каламушларда сут билан ажралиши аниқланган)	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. • фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: • каламушларда (тана юзасининг майдони бўйича тахминан 32×МТЭД) ва 10 мг/кг/кун гача бўлган тери остига юбориладиган дозаларда; куёнларда (тана юзасининг майдони бўйича тахминан 65×МТЭД) фертиллик ёки ҳомилага нисбтан ҳеч қандай ноҳўя таъсирлар аниқланмаган • зарурат бўлмаса, ҳомиладор аёлларда қўлланилмаслиги керак
<b>Фуросемид</b>	Ҳалқали диуретик	C	Ҳа	Яхши кўтара олинади;	Ҳомиладор аёлларда: • олигогидрамнион

				кўкрак сути ажралиши камайиши мумкин	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. <ul style="list-style-type: none"> <li>• фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади</li> <li>• ҳомила ўсишини мониторинг қилиш тавсия этилади</li> </ul> Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: <ul style="list-style-type: none"> <li>• куёнларда тушинтириб бўлмайдиган оналар ўлими ҳолатлари ва ҳомила ўз-ўзидан тушиб қолиши (2, 4 ва 8×МТЭД) кузатилган</li> <li>• сичқонлар ва куёнларда гидронефроз ҳолатларининг сони ва оғирлик даражаси ортиши кузатилган</li> </ul>
<b>Нитроглицерин</b>	Нитратлар	С	Номабълум	Номабълум	Ҳомиладор аёлларда: брадикардия, токолитик таъсирга эга Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламуш ва куёнлар (нитроглицерин суртма қўлланилганда): тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Гепарин (паст молекуляр)</b>	Антикоагулянт	В	Йўқ	Йўқ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Узоқ вақт қўлланилганда: остеопороз ва тромбоцитопения ҳолатлари ФГга қараганда камроқ кузатилади, онада қон кетиши хавфи ортиши кузатилган</li> <li>• Ҳомиладор аёлларда: ретроспектив когорт тадқиқот – 693 тирик туғилган ҳомилада: ривожланиш аномалиялари бўйича хавфи ортмаган</li> </ul> Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар: <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламуш/куёнларда: тератоген таъсири ёки фетотоксиклиги аниқланмаган</li> </ul>
<b>Гепарин (фракцияланмаган )</b>	Антикоагулянт	В	Йўқ	Йўқ	Узоқ вақт қўлланилганда: остеопороз ва тромбоцитопения ҳолатлари ФГга қараганда кўпроқ кузатилади, онада қон кетиши хавфи ортиши кузатилган
<b>Гидралазин</b>	Вазодилататор	С	Ҳа	Ҳа (1%) <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• онада ножўя таъсирлар: қизил бўрича касаллигига хос бўлган симптомлар, ҳомилада тахикардия кузатилган</li> </ul>

					<p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сичқонларда (20-30×МТЭД) ва қуёнларда (10-15×МТЭД) тератоген таъсири аниқланган: танглай ёриғи, юз ва бош суяклари ривожланиши нуқсонлари</li> <li>• каламушларда тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Гидрохлортиазид</b>	Диуретик (тиазидли)	В	Ҳа	Ҳа; кўкрак сути ажралиши камайиши мумкин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• олигогидрамнион</li> <li>• ҳомила-йўлдош қон айланиши бузилиши, сариклик, электролитлар баланси бузилиши ва тромбоцитопения каби фетал ва неонатал ножўя таъсирлар кузатилган</li> </ul>
<b>Индапамид</b>	Диуретик (тиазидли)	В	Ҳа	Номаълум	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• фақатгина фойдаси хавфдан юқори турганда қўлланилади</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламуш, сичқон ва қуёнларда фертилик ёмонлашиши белгилари ёки тератоген таъсири аниқланмаган (6,25×МТЭД); каламуш ва сичқонларда туғруқдан кейин ривожланишда бузилишлар аниқланмаган</li> </ul>
<b>Изосорбид динитрати</b>	Нитратлар	В	Номаълум	Номаълум	<p>Ҳомиладор аёлларда брадикардияни чақиради.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• қуёнларда 70 мг/кг дозада (12×МТЭД) қўлланилганда дозага боғлиқ бўлган эмбриотоксиклиги ортиши кузатилган</li> </ul>
<b>Лабеталол</b>	α/β-адреноблокатор	С	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламуш ва қуёнларда (4× ёки 6×МТЭД): ҳомилада ривожланиш нуқсонлари аниқланмаган</li> </ul>
<b>Левосимендан</b>	Кальций сенситизатори	-	Номаълум	Ҳа (ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда сут билан ажралиши аниқланган)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламуш ва қуёнларнинг ҳомиласида тепа энса суягининг аномал ривожланиши билан</li> </ul>



					<p>оссификация жараёни ортда қолиши кузатилган,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда ҳомиладорликдан аввал ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қабул қилинганда сариқ таначалар, имплантациялар сони камайган, шунингдек, эрта резорбциялар ва имплантациядан кейинги йўқотишлар сони кўпайган (ушбу ножўя таъсирлар клиник таъсирга мос дозаларда кузатилган)</li> </ul>
<b>Лидокаин</b>	Антиаритмик дори-восита (ІВ синф)	С	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Ҳомиладор аёлларда: фетал брадикардия, ацидоз, МНТ токсик таъсири мавжуд.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (6×МТЭД) тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Метилдопа</b>	Марказий таъсирга эга альфа-адреномиметик	В	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• енгил неонатал гипотензия</li> <li>• яқинда ўтказилган проспектив кузатувли когорт тадқиқотда (биринчи триместр, n=261) тератоген таъсири аниқланмаган, бироқ, муддатдан аввал туғдириб олиш хавфи юқори бўлган</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сичқонлар (16,6×МТЭД), каламушлар (1,7×МТЭД) ва қуёнларда (3,3×МТЭД) тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Метопролол</b>	Бета-блокатор (II синф)	С	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Ҳомиладор аёлларда: брадикардия ва ҳомилада гипогликемия чақиради.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Нифедипин</b>	Кальций каналлари блокатори	С	Ҳа	Да <sup>b</sup> (1,8% максимал)	<p>Токолитик таъсирга эга; сублингвал қўлланилиши ва магний сульфати билан потенциал синергизми онада гипотензияни ва ҳомилада гипоксияни чақиритиши мумкин.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• клиник тадқиқотлар: биринчи триместр: (n=34 ва n=76): тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• бироқ, перинатал асфиксия ҳолатлари сони кўпайиши, кесар кесиш, чала туғилиш ва ҳомила ўсиши чекланиши ҳолатлари сони кўпайиши кузатилган</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• кемирувчилар, қуёнлар ва маймунларда эмбриотоксик, плацентотоксик, тератоген ва фетотоксик таъсирлари: заиф ҳомидалар (каламушлар, сичқонлар ва қуёнлар), каламуш ва қуёнларда бармоқлар аномалияси, қовурға суяклари деформацияси (сичқонларда), танглай ёриғи (сичқонларда), йўлдош ва хорионнинг охиригача ривожланмаслиги (маймунлар), эмбрионал ва фетал ўлим ҳолатлар (каламушлар, сичқонлар ва қуёнлар), ҳомиладорлик даври чўзилиши (каламушлар, бошқа ҳайвонларда баҳоланмаган) ва яшаб қолиш даражаси пасайиши (каламушлар, бошқа ҳайвонларда баҳоланмаган)</li> </ul>
<b>Нитропруссид</b>	<b>Вазодилататор</b>	<b>С</b>	Да (у қўйларда плацентар баръедан ўтади)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• фақат ўта зарур ҳолатларда қўлланилади</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• муқобил, яхши назорат қилинган тадқиқотлар ўтказилмаган</li> <li>• ҳомилада цианиднинг даражаси онада нитропруссиднинг дозасига боғлиқ бўлиши аниқланган</li> <li>• ҳомиладор қўйларда цианиднинг метаболик трансформацияси эмбрионларнинг нобуд бўлишига олиб келган; 25 мкг/кг/дақ дозалик 1 соатлик инфузияси барча эмбрионларнинг нобуд бўлишига олиб келган, бунда 1 мкг/кг/дақ дозалик 1 соатлик инфузияси нормал ҳомила туғилишига олиб келган</li> <li>• ҳомиладорлик даврида натрий тиосульфати ўзи ёки натрий нитропруссиди билан</li> </ul>

					биргаликда қўлланилиши бўйича қандай таъсир кўрсатиши ноъмалум
<b>Прокаинамид</b>	Антиаритмик дори-восита (IA синф)	C	Ҳа	Ҳа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Номаълум (маълумотлар чекланган)</li> <li>• Ҳайвонларда тадқиқотлар ўтказилмаган</li> </ul>
<b>Пропафенон</b>	Антиаритмик дори-восита (IC синф)	C	Ҳа	Номаълум	<p>Номаълум (маълумотлар чекланган)</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• куёнлар (3×МТЭД) ва каламушларда (6×МТЭД): эмбриотоксиклиги аниқланган (яшаб қолиш даражаси пасайиши кузатилган)</li> <li>• каламушларда (1×МТЭД) оналик ўлими ҳолатлари сони кўпайиши, неонатал яшаб қолиш даражаси пасайиши, тана вазни ортиб бориши ва физиологик ривожланиши ортада қолиши кузатилган (4×МТЭД)</li> </ul>
<b>Пропранолол</b>	Бета-блокатор (II синф)	C	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Ҳомилада брадикардия ва гипогликемия чақиради.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (1×МТЭД) эмбриотоксиклиги аниқланган (ҳомилалар сони камайиши, резорбция ҳолатлари сони камайиши) ва токсиклиги (нобуд бўлиш) аниқланган</li> <li>• куёнларда (5×МТЭД) эмбрио- ва неонатал токсиклиги аниқланмаган</li> </ul>
<b>Ривароксабан</b>	Антикоагулянт	-	Ҳа (сутга)	Ҳа (ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотларда сут билан ажралиши аниқланган)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• қўлланилиши тақиқланган</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда эмбриофетал токсиклиги (постимплантацион йўқотишлар, оссификация жараёни секинлашиши/тезлашиши ва кўп сонли оч жигарранг доғлар), клиник жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган концентрацияларда қўлланилишида ривожланиш нуқсонлари ва плацентар ўзгаришлар сони ошган; онда геморрагик асоратлар кузатилган</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• куёнларда постимплантацион йўқотишлар сони кўпайиши, тирик ҳомилалар сони камайиши ва ҳомиланинг вазни пасайиши кузатилган (дозалари: боғланмаган дори-воситанинг МТЭД 4 карра концентрацияси)</li> <li>• каламушларда ўтказилган пре-/постнатал тадқиқотларда ҳомила яшаб қолиши даражаси пасайиши кузатилган</li> <li>• ички қон кетиши хавфи мавжуд</li> </ul>
<b>Силденафил</b>	Фосфодиэстеразинг 5-тури ингибиторлари	B	Номаълум	Номаълум	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (20×МТЭД) ва куёнларда (40×МТЭД) органогенез даврида тератоген, эмбриотоксик ёки фетотоксик таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Соталол</b>	Антиаритмик дори-восита (III синф)	B	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Ҳомиладор аёлларда: брадикардия ва гипогликемия чақиради.</p> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (9×МТЭД) ва куёнларда (7×МТЭД) тератоген таъсири аниқланмаган</li> <li>• куёнларда соталол гидрохлоридининг юқори дозалари (6×МТЭД) ҳомила ўлими хавфининг бироз ошишига олиб келади, эҳтимол, онага токсик таъсир кўрсатиши туфайли</li> <li>• каламушларда (18×МТЭД) эрта резорбциялар сони кўпайиши кузатилган</li> </ul>
<b>Спиринолактон</b>	Альдостерон антагонисти	D	Ҳа	Ҳа (1,2 %) кўкрак сути ажралиши камайиши мумкин	<ul style="list-style-type: none"> <li>• антиандроген таъсири мавжуд, танглай ёриғи (биринчи триместр)</li> <li>• аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган</li> </ul> <p>Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сичқонларда (дозаси МТЭДдан паст): тератоген ёки эмбриотоксик таъсири аниқланмаган</li> <li>• куёнларда (дозаси деярли МТЭДга тенг резорбциянинг юқори кўрсаткичлари ва тирик ҳомилалар сони камайиши кузатилган</li> </ul>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (200 мг/кг/кун) ўғил бола ҳомилаларда феминизация кузатилган; ҳомиладорликнинг катта муддатларида (50/100 мг/кг/кун) дозага боғлиқ простатанинг вентрал қисми кичрайиши ва уруғ пуфакчалари массаси камайиши, бачадон ва тухумдонлар катталашшига олиб келди</li> </ul>
<b>Статинлар<sup>f</sup></b>	Гиполипидемик восита	X	Да	Номаълум	Туғма аномалиялар кузатилган
<b>Тиклопидин</b>	Антиагрегант дори-восита	C	Номаълум	Ҳа (каламушларда)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• сичқонларда (200 мг/кг/кун), каламушларда (400 мг/кг/кун) ва қуёнларда (100 мг/кг/кун гача) тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Торасемид</b>	Ҳалқали диуретик	B	Номаълум	Номаълум	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (20 мг/кун МТЭД 15 карра дозасида) ёки қуёнларда (20 мг/кун МТЭД 5 карра дозасида) фетотоксиклиги ёки тератогенлиги аниқланмаган; каттароқ дозаларда 4×(қуёнларда) ва 5×(каламушларда) тананинг ўртача вазни пасайиши, ҳомила резорбцияси частотаси ортиши, оссификация жараёни ортда қолиши кузатилган</li> </ul>
<b>Триамтерен</b>	Калийни сақловчи диуретик	C	Ҳа	Ҳа (каламушларда сут билан ажралиши аниқланган)	<p>Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• каламушларда (6×МТЭД) тератоген таъсири аниқланмаган</li> </ul>
<b>Урапидил</b>	Альфа-адреноблокатор, 5HT <sub>1A</sub> -рецепторлари агонисти	-	Номаълум	Номаълум	Аёлларда муқобил тадқиқотлар ўтказилмаган
<b>Верапамил (перорал)</b>	Кальций каналлари блокатори (IV синф)	C	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<p>Яхши кўтара олинади. Ҳайвонларда ўтказилган тадқиқотлар:</p>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>• куёнларда (перорал, 1,5×МТЭД) ва каламушларда (перорал, 6×МТЭД) тератоген таъсири аниқланмаган, бироқ, эмбриоцид таъсир кўрсатиши, ҳомила ўсиши ва ривожланиши ортда қолиши ва гипотония ҳолатлари кузатилган</li> </ul>
<b>Верапамил (в/и)</b>	Кальций каналлари блокатори (IV синф)	C	Ҳа	Ҳа <sup>b</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• в/и қўлланилиши гипотензиянинг юқори хавфи ва кейинги гипоперфузия билан боғлиқ</li> <li>• верапамил (перорал) кўринг</li> </ul>
<b>Варфарин</b>	К витамини антагонисти	D	Ҳа	Ҳа (10% дан максимал) нофаол метаболит кўринишида яхши кўтара олинади	кумарин эмбриопатия, қон кетиши ҳолатлари аниқланган (3 ва 5 бўлимларда ҳомиладорлик даврида қўлланилишини кўринг)

**Изоҳлар:** 2015 йилнинг 30 июнига қадар ишлаб чиқарилган дори-воситалар учун FDAнинг аввалги таснифи имкон қадар кўрсатилган; 2015 йил 30 июндан кейин ишлаб чиқарилган янги дори-воситалар учун учун FDAнинг таснифи [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu), [www.accessdata.fda.gov](http://www.accessdata.fda.gov), [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) ёки ишлаб чиқарувчининг батафсил маълумотлари билан алмаштирилди.

<sup>a</sup> биринчи триместрда препаратни қўллаш бўйича мавжуд маълумотларда тератоген потенциалини тасдиқланмади. Ҳомиладорлик ва лактация даврида ААФ ингибиторлари, АРБ, альдостерон антагонистлари, ренин ингибиторларини қўлламаслик лозим – D хавфи. Ҳомиладорликда ААФ ингибиторлари қўлланилиши бўйича ижобий натижалар келтирилган, аёл ушбу дориларни биринчи триместрда қабул қилган бўлса, ҳомиладорликни тўхтатилмайди, диққат билан кузатилади.

<sup>b</sup> аёл ушбу дори-воситани қабул қилаётган бўлса, кўкрак сути билан озиклантириши мумкин.

<sup>c</sup> аденозин, такдикотларнинг аксарияти иккинчи ва учинчи триместрларда ўтказилган. Унинг қисқа ярим чиқарилиш даври ҳомилага таъсириш қилишини олдини олиши мумкин.

<sup>d</sup> атенолол FDA таснифи бўйича D тоифасига киради, бироқ, баъзи муаллифларга кўра C тоифасига ҳам киради.

<sup>e</sup> дигоксин: қўллаш тажрибаси жуда катта ва у ҳомиладорлик даврида энг хавфсиз антиаритмик дори-восита ҳисобланади. Бироқ, унинг профилактик антиаритмик самарадорлиги исботланмаган.

<sup>f</sup> статинлар: уларни ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлламаслик лозим, чунки уларнинг хавфсизлиги исботланмаган. Статинларни вақтинча тўхтатиш натижасида онад асоратлар ривожланганлиги тўғрисида маълумотлар келтирилмаган.

## Юрак ритми бузилишлари мавжуд аёлларни туғруқ пайтида кузатиб бориш

Туғруқ пайтида оғир гемодинамик бузилишлар билан кечадиган аритмиялар ривожланиш хавфи	Аритмияларнинг тури		
Паст	ҚУПТ, БФ, идиопатик ҚТ, уQT-ис, WPW		
Ўрта	Ностабил ҚЎТ, ҚТ, ИҚҚД имплантацияси, юракнинг структуравий патологияси билан кечадиган ҚТ, Бругада синдроми, уQT-ис ўрта хавфи, катехоламинергик полиморф ҚТ		
Юқори	Юракнинг структуравий патологияси/ЮТН билан кечадиган ностабил ҚТ, уQT-ис хавфи юқори бўлган аёлларда ностабил ҚТ/пируэт тахикардия, қQT-ис, катехоламинергик полиморф ҚТ юқори хавфи		
Тавсия этилаётган тиббий чора-тадбирлар			
	Хавфи паст	Хавфи ўрта	Хавфи юқори
Кардиолог-шифокори маслаҳати	x		
Ихтисослаштирилган марказларда дисциплинарро гуруҳи, жумладан аритмолог-шифокори маслаҳати		x	x
Оператив туғдириб олиш (кесар кесиш жарроҳлик амалити орқали)			x
Юрак ритмини назорат қилиш (телеметрия, Холтер-мониторинги)		(x)	x
Вена ичига аденозинни юборишга тайёр бўлиш		x	
Вена ичига бета-адреноблокаторларни юборишга тайёр бўлиш		x	x
Вена ичига антиаритмикларни юборишга тайёр бўлиш			x
Ташқи кардиовертер-дефибриллятордан фойдаланиш имкони мавжуд бўлиши		x	x
Туғруқдан кейинги даврда кардиологик реанимацион бўлимга ўтказишга тайёр бўлиш			x

## Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга  
(тиббиёт муассасасининг номи)  
олинганман, \_\_\_\_\_  
(бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни маълум қиламанки, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ муассасасида режалаштирилган

тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавfli эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажалар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хошимизга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур



тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қўйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳудудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қўйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қўйда қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_  
й.

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

# Фойдаланилган адабиётлар

2020 ЕОК Рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности.

**ESC ассоциацияси:** Acute Cardiovascular Care Association (ACCA), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA).

**Кенгашлар:** Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council on Cardiovascular Primary Care, Council on Hypertension, Council on Valvular Heart Disease.

**ESC ишчи гуруҳлари:** Aorta and Peripheral Vascular Diseases, Cardiovascular Pharmacotherapy, Cardiovascular Surgery, Grown-up Congenital Heart Disease, Myocardial and Pericardial Diseases, Pulmonary Circulation and Right Ventricular Function, Thrombosis.

**Амалий тавсиялар Қўмитаси (КПР)**

**ЕКЖ:** Stephan Windecker (Chairperson) (Switzerland), Victor Aboyans (France), Stefan Agewall (Norway), Emanuele Barbato (Italy), Héctor Bueno (Spain), Antonio Coca (Spain), Jean-Philippe Collet (France), Ioan Mircea Coman (Romania), Veronica Dean (France), Victoria Delgado (The Netherlands), Donna Fitzsimons (UK), Oliver Gaemperli (Switzerland), Gerhard Hindricks (Germany), Bernard Jung (France), Peter Jüni (Canada), Hugo A. Katus (Germany), Juhani Knuuti (Finland), Patrizio Lancellotti (Belgium), Christophe Leclercq (France), Theresa A. McDonagh (UK), Massimo Francesco Piepoli (Italy), Piotr Ponikowski (Poland), Dimitrios J. Richter (Greece), Marco Roffi (Switzerland), Evgeny Shlyakhto (Russia), Iain A. Simpson (UK), Miguel Sousa-Uva (Portugal), Jose Luis Zamorano (Spain).

**2020 ЕОК «Рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности» тавсияларини ишлаб чиқишда фаол жалб қилинган Миллий кардиологик жамиятлар:**

1. **Algeria:** Algerian Society of Cardiology, Naima Hammoudi;
2. **Armenia:** Armenian Cardiologists Association, Armen Piruzyan;
3. **Austria:** Austrian Society of Cardiology, Julia Mascherbauer;
4. **Azerbaijan:** Azerbaijan Society of Cardiology, Fuad Samadov;
5. **Belarus:** Belorussian Scientific Society of Cardiologists, Andrei Prystrom;
6. **Belgium:** Belgian Society of Cardiology, Agnes Pasquet;
7. **Bosnia and Herzegovina:** Association of Cardiologists of Bosnia and Herzegovina, Jasmin Caluk;
8. **Bulgaria:** Bulgarian Society of Cardiology, Nina Gotcheva;
9. **Croatia:** Croatian Cardiac Society, Bosko Skoric;
10. **Cyprus:** Cyprus Society of Cardiology, Hera Heracleous;
11. **Denmark:** Danish Society of Cardiology, Niels Vejlstrup;
12. **Estonia:** Estonian Society of Cardiology, Maarja Maser;
13. **Finland:** Finnish Cardiac Society, Risto Juhani Kaaja;
14. **The Former Yugoslav Republic of Macedonia:** Macedonian FYR Society of Cardiology, Elizabeta Srbinovska-Kostovska;
15. **France:** French Society of Cardiology, Claire Mounier-Vehier;
16. **Georgia:** Georgian Society of Cardiology, Tamar Vakhtangadze;
17. **Germany:** German Cardiac Society, Karin Rybak;
18. **Greece:** Hellenic Society of Cardiology, George Giannakoulas;
19. **Hungary:** Hungarian Society of Cardiology, Robert Gabor Kiss;
20. **Iceland:** Icelandic Society of Cardiology, Inga S. Thrainsdottir;
21. **Ireland:** Irish Cardiac Society, R John Erwin;
22. **Israel:** Israel Heart Society, Avital Porter;
23. **Italy:** Italian Federation of Cardiology, Giovanna Geraci;
24. **Kosovo:** Kosovo Society of Cardiology, Pranvera Ibrahimimi;

25. **Kyrgyzstan:** Kyrgyz Society of Cardiology, Olga Lunegova;
26. **Latvia:** Latvian Society of Cardiology, Iveta Mintale;
27. **Lebanon:** Lebanese Society of Cardiology, Zeina Kadri;
28. **Libya:** Libyan Cardiac Society, Hisham Benlamin;
29. **Lithuania:** Lithuanian Society of Cardiology, Jurate Barysiene;
30. **Luxembourg:** Luxembourg Society of Cardiology, Cristiana A. Banu;
31. **Malta:** Maltese Cardiac Society, Maryanne Caruana;
32. **Moldova:** Moldavian Society of Cardiology, Cristina Gratii;
33. **Morocco:** Moroccan Society of Cardiology, Laila Haddour;
34. **The Netherlands:** Netherlands Society of Cardiology, Berto J. Bouma;
35. **Norway:** Norwegian Society of Cardiology, Mette-Elise Estensen;
36. **Poland:** Polish Cardiac Society, Piotr Hoffman;
37. **Romania:** Romanian Society of Cardiology, Antoniu Octavian Petris;
38. **Russian Federation:** Russian Society of Cardiology, Olga Moiseeva;
39. **San Marino:** San Marino Society of Cardiology, Luca Bertelli;
40. **Serbia:** Cardiology Society of Serbia, Bosiljka Vujisic Tesic;
41. **Slovakia:** Slovak Society of Cardiology, Juraj Dubrava;
42. **Slovenia:** Slovenian Society of Cardiology, Mirta Koželj;
43. **Spain:** Spanish Society of Cardiology, Raquel Prieto-Arévalo;
44. **Sweden:** Swedish Society of Cardiology, Eva Furenäs;
45. **Switzerland:** Swiss Society of Cardiology, Markus Schwerzmann;
46. **Tunisia:** Tunisian Society of Cardiology and Cardio-Vascular Surgery, Mohamed Sami Mourali;
47. **Turkey:** Turkish Society of Cardiology, Necla Ozer;
48. **Ukraine:** Ukrainian Association of Cardiology, Olena Mitchenko;
49. **United Kingdom:** British Cardiovascular Society, Catherine Nelson-Piercy.

# Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Ҳомиладор аёлларда учрайдиган зотилжам.
<b>Ҳужжат номи</b>	Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома.
<b>Тиббий хизмат кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси акушерлик ёрдам tizимдаги муассасалар (бирламчи тиббий- санитария ёрдами, касалхоналар).
<b>Баённома ёзилган санаси</b>	1.03.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгиланиш санаси</b>	Янги асосий исботланган далиллар пайдо бўлишига қадар. Такдим қилинган қўлланмадаги барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда чоп этилади
<b>Мурожатлар учун манзил</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улугбек т., Мирзо-Улугбек кўч., 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.  
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор  
Надирханова Н.С., т.ф.н.  
Любич А.С., т.ф.н.

ССВни Бош акушер-гинеколог  
РИАГИАТМ, акушерлик блоки илмий раҳбари  
РИАГИАТМ, директор  
РПМ, директор

### Маъсул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор  
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор  
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор  
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор  
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор  
Парпиева Н.Н., т.ф.д., профессор  
Ливерко И.В., т.ф.д., профессор  
Юсупбаев Р.Б., т.ф.д.  
Иргашева С.У., т.ф.д.  
Уринбаева Н.А., т.ф.д.  
Матякубова С.А., т.ф.д.  
Нишанова Ф.П., т.ф.н.  
Микиртичев К.Д., т.ф.н.  
Ашурова В.И., т.ф.н.  
Сапаров А.Б., т.ф.н.  
Абидов А.К., т.ф.н.  
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.  
Тараян С.К., т.ф.н.  
Умарова Н.М., т.ф.н.  
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.  
Арифханова З.А.  
Абдураимов Т.Ф.  
Каюмова Г.Т.  
Хамроев А.К.  
Расулов О.А.  
Суяркулова М.Э., т.ф.н.  
Шодмонов Н.М., т.ф.н.  
Норкулова М.А., т.ф.н.  
Бабажанов М.А.  
Хамроева Л.К.  
Садикова Х.З.  
Баҳранова Н.Р.  
Жумаев Б.А., т.ф.н.  
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.  
Дустмуродов Б.М.

РПМ  
РПМ  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог  
Тошкент ШПМ  
ФПРИИАТМ, директор  
ФПРИИАТМ, директор ўринбосари  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ  
РПМ  
РИАГИАТМ, Хоразм филиали, директор  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог  
РПМ  
РПМ, анестезиолог-реаниматолог  
РПМ  
РПМ  
РИАГИАТМ  
РИАГИАТМ, Андижон филиали, директор  
РИАГИАТМ, Навоий филиали, директор  
РИАГИАТМ, Сурхандарё филиали, директор  
РИАГИАТМ, Фарғона филиали, директор  
РИАГИАТМ, Жиззах филиали, директор  
РИАГИАТМ, Қашқадарё филиали, директор  
РИАГИАТМ КР филиали, директор  
РИАГИАТМ, Самарқанд филиали, директор  
РИАГИАТМ, Сирдарё филиали, директор  
РИАГИАТМ, Бухоро филиали, директор  
РИАГИАТМ, Тошкент филиали, директор  
РИАГИАТМ, Наманган филиали, директор  
РИАГИАТМ, 2-чи Сурхандарё филиали,  
директор  
РИАГИАТМ, клиник ординатор

Муминова Ш.С.

### Услубий таъминот

Ядгарова К.Т., т.ф.н.,  
тиббий стандартлар ва клиник  
баённомаларни ишлаб чиқиш бўлим  
и  
бошлиғи

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқ  
и  
сақлаш миллий палатаси.

Усманов С.К., етакчи мутахассис

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқ  
и  
сақлаш миллий палатаси.

*РИАГИАТМ – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази*

*ФПРИИАТМ – фтизиатрия ва пульмонология бўйича республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази*

*РПМ – Республика перинатал маркази*

*ҚР – Қорақалпоғистон Республикаси*

*ШПВ – Шахар перинатал маркази*

*ТХКМОМ – Тиббиёт ходимларнинг касбий малакасини ошириш маркази*

#### **Тақризчилар:**

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим,  
Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМОМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва  
гинекология №2 кафедра мудири

Клиник баённома Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилган ва тасдиқланган «\_25\_» феврал 2021 й. баённома №\_\_2\_\_ .

Илмий кенгаш Раиси – т.ф.д., профессор М.М. Асатова

## Кириш.

### Баённома тавсияларига риоя қилиш:

Баённомада нашр пайтида мавжуд бўлган далилларга асосланган умумий тавсиялар берилган.

Агар амалда ушбу протокол тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлса, у ҳолда клиницист-шифокорлар томонидан беморнинг касаллик тарихидаги қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштириши керак:

- бу қарорни ким қабул қилди;
- баённомадан четга чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморларни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинди;

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, яъни клиницист-шифокорлар, беморлар эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда, ҳурмат билан яширин алоқа тамойилига риоя қилган ҳолда беморлар билан индивидуал бошқарув тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Агар керак бўлса, таржимон хизматидан фойдаланиш;
- Беморга маслаҳат бериш ва муайян манипуляция ёки маъмурият тактикаси учун розиликни олиш;
- Қонун талаблари доирасида ёрдам кўрсатиш ва касбий юриш-туриш стандартларига риоя қилиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ олиб бориш ва парвариш қилишнинг ҳар қандай тактикасини ҳужжатлаштириш.

### Баённома мақсади:

- Соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассисларини далилларга асосланган маълумотлар ва тавсиялар билан таъминлаш, ҳомиладор, туғувчи ва туғруқдан кейинги даврда зотилжам билан касалланган аёлларни олиб боришда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий этиш

**Бемор тоифалари:** зотилжам билан касалланган ҳомиладор ва туғруқдаги аёллар ҳамда туғруқдан кейинги давридаги аёллар.

### Баённоманинг мақсадли гуруҳи:

1. Акушер-гинекологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Терапевтлар;
4. Пульмонологлар;
5. Реаниматологлар;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари, талабалари, ординаторлари ва магистрлари.

## Қисқартмалар рўйхати:

<b>EtCO<sub>2</sub></b>	Охирги экспиратор концентрацияси: нафас чиқаришнинг охирида чиқарилган газдаги карбонат ангидрид концентрацияси
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration (Озиқ овқатлар ва дори-дармонлар сифатини назорат қилиш администрацияси)
<b>FiO<sub>2</sub></b>	Нафас оладиган газдаги кислород концентрацияси
<b>IgE</b>	Иммуноглобулин Е
<b>pH</b>	Водород ионларининг ҳар қандай моддадаги фаоллигини, Унинг кислоталилигини миқдорий жиҳатдан ифода этадиган ўлчов бирлиги
<b>SpO<sub>2</sub></b>	Периферик қоннинг кислород билан тўйинганлиги
<b>O<sub>2</sub></b>	Кислород
<b>P</b>	Нафас йўлларидаги босим
<b>PaO<sub>2</sub></b>	Артериал қондаги кислороднинг парциал босими
<b>PaO<sub>2</sub> / FiO<sub>2</sub></b>	Нафас олиш кўрсаткичи ёки оксигенация кўрсаткичи (Артериал қондаги кислород парциал босимининг нафас оладиган газдаги кислород концентрациясига нисбати)
<b>PaCO<sub>2</sub></b>	Артериал қондаги карбонат ангидриднинг парциал босими
<b>АБТ</b>	Антибактериал терапия
<b>АҚБ</b>	Артериал қон босими
<b>АҚХ</b>	Айланма қон ҳажми
<b>АЛТ</b>	Аланин-аминотрансфераза
<b>АМП</b>	Антимикроб препаратлар
<b>АСТ</b>	Аспартат-аминотрансфераза
<b>АҲБ</b>	Асоратли ҳомиладорликлар бўлими
<b>БАЛ</b>	Бронхо-альвеоляр лаваж
<b>ДВ</b>	Дори воситаси
<b>ДНК</b>	Дезоксирибонуклеин кислота
<b>КТ</b>	Компьютер томографияси
<b>КТП</b>	Касалхонадан ташқари зотилжам
<b>КХБ</b>	Колония ҳосил қилувчи бирлик
<b>ҚФТВ</b>	Қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти
<b>ЛДГ</b>	Лактатдегидрогеназа
<b>МВБ</b>	Марказий веноз босим
<b>НЕ</b>	Нафас етишмовчилиги
<b>НОТ</b>	Нафас олиш тезлиги
<b>НЯҚВ</b>	Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
<b>ОИВ</b>	Орттирилган иммун танқислиги вируси
<b>ОИТ</b>	Меъда ичак тракти
<b>ОИТС</b>	Орттирилган иммун танқислиги синдроми
<b>ПЗР</b>	Полимераза занжир реакцияси
<b>РИТБ</b>	Реанимация ва интенсив терапия бўлими
<b>СРАР (СИПАП, от англ. Constant Positive Airway Pressure)</b>	Ноинвазив ўпка вентиляцияси, махсус аппарат компрессор ёрдамида ҳаво нафас олиш йўлларига маълум босим остида етказиб берилади.
<b>СРО</b>	С – реактив оқсил
<b>СЎВ</b>	Сунъий ўпка вентиляцияси



<b>ТА</b>	Трахеал аспират
<b>ЎРВИ</b>	Ўткир респиратор вирусли инфекция
<b>ХКТ-10</b>	Халқаро касалликлар таснифи 10-қайта кўриб чиқиш
<b>ХМН (МНО)</b>	Халқаро меъёрлаштирилган нисбат
<b>ЭКГ</b>	Электрокардиограмма
<b>ЮУТ</b>	Юрак уриш тезлиги

## Атамалар ва таърифлар.

### Муаммонинг долзарблиги:

- Ҳомиладорлик даврида учрайдиган зотилжам бутун дунёда соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо бўлиб келмоқда [1, 3, 21, 22].
- Зотилжам ҳомиладорлик даврини мураккаблаштиради ва барча туғруқдан олдин, акушерлик сабаблари билан боғлиқ бўлмаган касалхонага ётқизилганларнинг тахминан 4,2% ни ташкил қилади [13, 21, 22].
- Сўнги 50 йил ичида антимикроб дорилар билан интенсив терапия қилинган ҳомиладор аёллар ўртасида зотилжамдан ўлим даражаси 20% дан 4% гача камайди [20, 21, 22].
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг аксарияти тўлиқ текшириш ва даволаниш учун ихтисослаштирилган марказларга ётқизилиши керак [16, 21, 22].
- Зотилжамда асоратлар эҳтимолини оширадиган омилларга бронхиал астма, чекиш, сифатсиз овқатланиш, жигар касаллиги, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, ҳомиладорлик киради [14, 21, 22].

### Таъриф:

- Зотилжам - бу ўпка нафас олиш қисмларининг ўчоқли зарарланиши ва интраальвеоляр экссудация билан кечадиган, асосан бактериал этиологияли ўткир юқумлик касалликдир [1, 2, 12, 18, 22].

### ХКТ-10 Код:

Сарлавҳа	Нозологик шакл
J10-J11	Зотилжам ва бошқа респиратор белгилар билан кечувчи грипп
J12	Бошқа соҳада таснифланмаган вирусли зотилжам
J13	<i>Streptococcus pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J14	<i>Haemophilus influenzae</i> чақирувчи зотилжам
J15	Бошқа соҳада таснифланмаган бактериал зотилжам ( <i>Chlamydia</i> spp. чақирувчи зотилжам – J16.0 ва «легионерлар касаллиги» – A48.1 бундан мустасно)
J15.0	<i>Klebsiella pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J15.1	<i>Pseudomonas</i> spp. чақирувчи зотилжам
J15.2	<i>Staphylococcus</i> spp. чақирувчи зотилжам
J15.3	В группа стрептококклар чақирувчи зотилжам
J15.4	Бошқа стрептококклар чақирувчи зотилжам
J15.5	<i>Escherichia coli</i> чақирувчи зотилжам
J15.6	Бошқа аэроб грам манфий бактериялар чақирувчи зотилжам
J15.7	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J15.8	Бошқа бактериал зотилжамлар
J15.9	Ноаниқ этиологияли бактериал зотилжам

J16	Бошқа соҳада таснифланмаган, қўзғатувчилар чақирувчи зотилжам (орнитоз – А70, пневмоцист зотилжам – В59 бундан мустасно)
J16.0	Chlamydia spp. чақирувчи зотилжам
J16.8	Бошқа аниқланган қўзғатувчилар чақирувчи зотилжам
J17*	Бошқа соҳада таснифланган касалликлардаги зотилжам
J17.0*	Бошқа соҳада таснифланган, бактериал табиатли касалликларда учрайдиган зотилжам (актиномикоз – А42.0, сибир яраси – А22.1, гонорея – А54.8, нокардиоз – А43.0, сальмонеллез – А022.2, туляремия – А721.2, қорин тифи – А031, қоқшол – А37 касалликларида учрайдиган зотилжам)
J17.1*	Бошқа соҳада таснифланган, вирусли касалликларда учрайдиган зотилжам (цитомегаловирус касаллигида – В25.0, қизамиқ – В05.2, қизилча – В06.8, сувчечак – В01.2 касалликларида учрайдиган зотилжам)
J17.2*	Микозларда учрайдиган зотилжам
J17.3*	Паразитозларда учрайдиган зотилжам
J17.8*	Бошқа соҳада таснифланган зотилжам (орнитоз – А70, Ку-иситмаси – А78, ўткир ревматик иситма – 100, спирохитоз – А69.8 да учрайдиган зотилжам)
J18	Қўзғатувчиси ноаниқ бўлган зотилжам

\* Бошқа соҳада таснифланган касалликларда учрайдиган зотилжамлар кўрсатилган.

## Зотилжам таснифи.

1. Вужудга келишининг эпидемиологик шароитларига кўра (R.G. Wunderink, G.M. Mutlu, 2006) [3, 19, 21, 22]:

Касалхонадан ташқари зотилжам	Нозокомиал зотилжам	Тиббий ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ бўлган зотилжам
<p>I. Типик (иммунитет бузилиш бўлмаган беморларда):</p> <p>а. бактериал;</p> <p>б. вирусли;</p> <p>в. замбуруғли;</p> <p>г. микобактериал;</p> <p>д. паразитар.</p> <p>II. Иммунитет бузилиш бўлган беморларда:</p> <p>а. орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС);</p> <p>б. бошқа касалликлар/</p>	<p>I. Нозокомиал зотилжам</p> <p>II. Вентилятор-ассоцирланган зотилжам</p> <p>III. Иммунитет бузилиш бўлган беморларда учрайдиган нозокомиал зотилжам:</p> <p>а. донор аъзолар реципиентлари;</p> <p>б. цитостатиклар қабул қилувчи беморлар</p>	<p>I. Беморларнинг бошқа тоифалари</p> <p>а. олдинги 3 ойда антибактериал терапия ўтказган;</p> <p>б. олдинги 90 кун ичида 2 кундан ортиқ госпитализацияда бўлганлар (турли сабабларга кўра);</p> <p>в. узоқ муддатли парвариш учун бошқа муассасаларда бўлиш;</p> <p>г. 30 кундан ошган сурункали диализ;</p> <p>д. уй шароитида жароҳат юзаларини тозалаш;</p>

патологик ҳолатлар III. Аспирацион зотилжам/ўпка абсцесси		е. иммун танқис ҳолатлар/касалликлар.
---	--	--

2. Ўлим хавф даражаси бўйича (CURB65 шкаласи) [2, 7, 8, 12, 18, 22]:

<b>Паст хавфли зотилжам</b>	Ўлим хавфи – 3% гача	CURB65 шкаласи бўйича 0-1 балл
<b>Ўрта хавфли зотилжам</b>	Ўлим хавфи – 9% гача	CURB65 шкаласи бўйича 2 балл
<b>Юқори хавфли зотилжам</b>	Ўлим хавфи – 40% гача	CURB65 шкаласи бўйича 3 балл

**CURB65 шкаласи** [2, 7, 8, 12, 18, 22]:

Confusion	Хуши саросимали	1 балл
Urea	Қонда мочевина 7 ммоль/л дан кўп	1 балл
Respiratory rate	Нафас олиш тезлиги дақиқасига 30 дан кўп	1 балл
Blood pressure	Артериал қон босими систолик босим 90 мм.сим.уст.дан кам ёки диастолик босим 60 мм.сим.уст. ва ундан кам	1 балл
65	Бемор ёши 65 ва ундан юқори	1 балл

CURB65 шкаласи 2009 йилда таклиф қилинган ва 2015 йилда Британия Торакал жамияти томонидан қайта кўриб чиқилган. Шкала номланиши, зотилжамдан ўлим эҳтимоллиги келиб чиқиши бўйича 5та белгисини аббревиатураси ҳисобланади. Шкала ҳомиладор аёллар орасида эмас, балки катта аҳоли ўртасида ўлим хавфини баҳолаш учун мўлжалланган.

Ушбу шкала бўйича:

- Ўлим хавфи паст бўлган зотилжамга чалинган беморлар монотерапия режимида перорал антибактериал дорилар билан даволанишлари мумкин;
- Ўлим хавфи ўртача бўлган зотилжамга чалинган беморлар касалхонага госпитализация қилиниши ва перорал ва парентерал антибактериал терапияни комбинацияланган ҳолда қабул қилишлари зарур;
- Юқори хавфли зотилжам билан касалланган беморлар шошолинч равишда интенсив терапия бўлимига ётқизилиши ва ва комбинацияланган парентерал антибактериал терапия қабул қилиши керак.

**GPP**

Ҳомиладорлик зотилжам жараёнини сезиларли даражада оғирлаштирадиган омил эканлигини ҳисобга олиб, зотилжам билан касалланган барча ҳомиладор аёлларни (хавф даражасидан қатъий назарот) касалхонага ётқизиш ва фақат антибактериал дориларни (моно ёки комбинацияланган режимда) парентерал қўллаш тавсия этилади. Ҳомиладорлик давридаги ушбу ўлчов ёрдамида бемор қайси бўлимга ётқизилиши ва ўлим ҳавфини баҳолаш учун фойдаланиш мумкин.

### Зотилжам этиологияси.

Ҳомиладор аёлларда касалхонадан ташқари зотилжам ҳолатларининг 40-61% да кўзгатувчисини аниқлаш имконияти йўқ [1, 2, 14, 19, 21, 22]. Катталар орасида касалхонадан ташқари зотилжамнинг 60-80% ни бактериялар, 10-20% атипик микроорганизмлар ва 10-15% ни вируслар келтириб чиқаради. Зотилжамнинг энг кенг тарқалган кўзгатувчиси пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) бўлиб, зотилжамлар ҳолатларининг 30-50% га сабаб бўлади, ундан кейин гемофил таёқчаси, грипп вируси ва микоплазмалар туради [1, 2, 21, 22].

Беморларнинг турига қараб зотилжамнинг энг кенг тарқалган кўзгатувчилари қуйидагилар [1, 2, 21, 22]:

Бемор тури	Кўзгатувчилар
Амбулатория муассасаларидаги беморлар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>• <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Chlamydophila pneumoniae</i></li> <li>• Респиратор вируслар (А ва В гипплари, аденовируслар, респиратор синцитиал вирус ва парагрипп вируслари)</li> </ul>
Стационар беморлар (реанимация ва интенсив терапия бўлимларидан ташқари)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>• <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li> <li>• <i>Chlamydophila pneumoniae</i></li> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> <li>• <i>Legionella species</i></li> <li>• Аспирация</li> <li>• Респиратор вируслар (А ва В гипплари, аденовируслар, респиратор синцитиал вирус ва парагрипп вируслари)</li> </ul>
Реанимация ва интенсив терапия бўлимларидаги беморлар	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>• <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>• Грам-манфий бактериялар</li> <li>• <i>Legionella species</i></li> <li>• <i>Haemophilus influenzae</i></li> </ul>

### Зотилжамнинг клиник белгилари.

Ҳомиладорлик пайтида бактериал, вирусли ва замбуруғли зотилжам белгилари ҳомиладор бўлмаган беморларда учрагани каби бўлади [1, 7, 15, 21, 22]:

Нафас билан боғлиқ симптомлар	Нафас олиш билан боғлиқ бўлмаган симптомлар
Йўтал - 90% дан ортиқ ҳолларда	Иситма 38°C ва ундан юқори ёки 36°C дан паст бўлган гипотермия
Балғамнинг яхши ажралиши – 66%	Бош оғриши
Хансираш – 66%	Чарчаш
Плеврал оғриқ – 50%	Миалгия
	Терлаш
	Кўнгил айланиши

Физикал текширув маълумотлари (зотилжам диагностикаси учун жуда кам сезгирлик ва спецификликка эга, аммо шикоятлар, анамнез, кўкрак қафаси рентгенограммаси ва лаборатория кўрсаткичлари билан биргаликда ташхис қўйишда жуда муҳимдир):

- тахипное,
- цианоз,
- бурун қанотларининг шиши,
- нафас олишда ёрдамчи нафас олиш мушакларининг иштирок этиш, ковуғалараро бўшлиқларнинг тортилиши,
- ўпкада перкуссия товушининг тўмтоқлашиши,
- ўпкада аускультатив ўзгаришлар: бронхиал нафас, турли хириллашлар.

Вирусли ёки микоплазма этиологияли зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда кўпинча физикал текширувларда патологик ўзгаришлар бўлмайди.

### **Зотилжам ташҳиси.**

Зотилжам бўйича диагностик тадқиқотлар ташҳисни ва қўзғатувчисини аниқлаш, касаллик кечишининг оғирлигини ва олдиндан башорат қилиш, ҳамда асоратларни аниқлашга қаратилган.

**ЗВ** Барча зотилжам билан касалланган беморларни умумий текширувдан ўтказиш, ҳаётий кўрсаткичларни (НОТ, ЮУТ, АҚБ, тана ҳарорати) ўлчаш ва кўкрак қафасини батафсил текширувдан ўтказиш тавсия этилади.

Жисмоний текширув пайтида олинган маълумотлар кўплаб омилларга, шу жумладан зотилжам инфильтрациясининг тарқалиши ва жойлашиши, зотилжамнинг оғирлиги, беморнинг ёши ва ёндош касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Зотилжамнинг классик объектив белгилари бўлиб нафас олиш пайтида кўкрак қафаси зарарланган томонининг орқада қолиши, товуш дириллашининг кучайиши, ўпка зарарланган соҳаси устида перкуссия товушини қисқариши (тўмтоқлашиши), бронхиал нафас пайдо бўлиши, майда пуфакчали хириллашлар ёки крепитациянинг пайдо бўлиши, бронхофониянинг кучайиши ҳисобланади. Шуни ёдда тутиш керакки, айрим беморларда

объектив белгилар одатдагидан фарқ қилиши ёки умуман йўқ бўлиши мумкин, бу эса зотилжам ташхисини истисно этмайди. Кўкрак қафасида объектив белгиларни аниқлаш учун терапевт, пульмонолог маслаҳатлари ўтказилади.

### Лаборатория диагностикаси:

<b>3В</b>	Зотилжамга чалинган барча беморлар умумий кенгайтирилган қон таҳлилида эритроцитлар сони, гематокрит, лейкоцитлар, тромбоцитлар, лейкоцитар формула билан текшириш тавсия қилинади.
-----------	---

Умумий қон таҳлили текшируви ўзига хосликка эга эмас, зотилжамнинг потенциал кўзгатувчиси ҳақида маълумот бермайди. Аммо лейкоцитоз > 10-12 минг / мл, нейтрофиллар даражасининг ошиши ва / ёки таёқча ядроларнинг > 10% силжиши, нейтрофил-лимфоцитлар нисбатининг >20 бўлиши бактериал инфекция эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатади; лейкопения <4 минг / мл, тромбоцитопения <100 минг / мл ва гематокрит <30% бўлиши зотилжамнинг салбий прогностик белгиларидир.

<b>3В</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморлар учун биокимёвий қон текшируви (мочевина, креатинин, жигар ферментлари, билирубин, глюкоза) тавсия этилади.
-----------	---

Қон биокимёвий таҳлили зотилжамни аниқлашда аниқ маълумот бермайди, лекин аниқланган ўзгаришлар аъзолар дисфункциясининг мавжудлигини, ёндош касалликлар декомпенсацияси ва асоратларнинг ривожланганлигини кўрсатиши мумкин, дори воситаларини ва уларни дозалаш режимини танлашда маълум прогностик аҳамиятга эга.

<b>2В</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморлар учун қон зардобиди С-реактив оқсил (СРО) миқдорини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

СРО даражаси зотилжамнинг кечиш оғирлиги, яллиғланиш инфильтрациясининг тарқалиши ва прогнози билан ўзаро боғлиқ. Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморларда АБТ фониди СРО даражасида сезиларли пасайишнинг йўқлиги ўлимнинг юқори кўрсаткичини билдиради. Зотилжам ташхиси аниқ бўлмаган беморларда СРОни аниқлаш амалий нуқтаи назардан аҳамиятга эга (характерли анамнези, шикоятлари, ўпка консолидациясини тасдиқловчи ўчоқли симптомлар бўлган беморларда яллиғланиш инфильтрациясининг йўқлиги); концентрацияси >100 мг/л бўлса, унинг ташхисни тасдиқлашдаги ўзига хос хусусияти 90% дан ошади. Аксинча, концентрацияси <20 мг/л бўлса, зотилжам ташхисини қўйилиши эҳтимолдан камроқ. Бошқа яллиғланиш биомаркери прокальцитонин миқдорий текшируви зотилжам касаллигида СРОга нисбатан ҳеч қандай сезиларли устунлигини намоён қилмаган.

<b>3В</b>	Парапневмотик плеврит билан асоратланган зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморларда плевра суюқлигини биокимёвий (рН, ЛДГ фаоллигини, оқсил миқдорини аниқлаш) ва цитологик текшириш тавсия этилади.
-----------	--

Текширув плевра суюқлиги аниқланганда ва плевра пункциясини хавфсиз ўтказиш учун шароитлар мавжуд бўлганда ўтказилади (латерограммада қатлам қалинлиги > 1,0 см бўлган эркин силжийдиган суюқлик бўлиши).

<b>3В</b>	Пульсоксиметрия маълумотларига кўра SpO <sub>2</sub> <90% бўлган ўткир нафас етишмовчилиги НЕ мавжуд бўлганда барча юқори ҳавфли зотилжам ҳолатларида артериал қонда PaO <sub>2</sub> , PaCO <sub>2</sub> , рН, лактат бикарбонатларни текшириш тавсия қилинади.
-----------	--

<b>3С</b>	Зотилжамда протромбин вақти, МНО, АФТВни аниқлаган ҳолда коагулограммани текшириш тавсия этилади.
-----------	---

<b>3В</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга бактериоскопия қилиш ва балғам намунаси ёки ТАни экма қилиш (СЎВ ўтказилаётган беморларда) тавсия этилади.
-----------	---

Балғам намунаси балғамли йўтал бўлган барча беморлардан касалхонага ётқизилганидан ва АБТ бошланишидан олдин, иложи борича эртароқ муддатларда олиниши керак. Балғамсиз йўталда чақирилган балғамни олишга уриниш мумкин. Интубация ҳолатларида ва СЎВ бошланганда экма учун балғам ўрнига ТА олинади. Тадқиқотнинг биринчи босқичи намунанинг сифатини ва кейинги тадқиқотлар учун яроқлилигини баҳолаш учун Грамм усулида бўялган суртма бактериоскопиясини ўз ичига олади.

<b>3В</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга плевра суюқлик мавжудлиги ва плеврал пункцияга кўрсатма бўлганда плеврал суюқлик намунаси микробиологик текширилади.
-----------	---

Плевра суюқлигини ўрганиш Грамм ёки бошқа усуллар билан бўялган суртмани бактериоскопия қилишга, сўнгра экиб текшириш орқали аэроб ва анаэроб патогенларни ажратишга қаратилган. Микроорганизмларни топиш ва аниқлаш тамойиллари бошқа респиратор намуналарни текшириш билан ўхшашдир. Плевра суюқлиги одатда стерил бўлгани учун, намунани қабул қилиш, сақлаш ва транспортировка қилиш қоидаларига риоя қилинганда 100% ўзига хосликка эга.

#### **Инструментал диагностика:**

Зотилжамнинг инструментал диагностикасида нурланишли текширув усуллари (рентгенография, кўкрак қафаси аъзолари компьютер томографияси) пульсоксиметрия, ЭКГ, кўрсатмага асосан фибробронхоскопия қўлланилади.

<b>2В</b>	Зотилжамга шубҳа қилинган барча беморларга кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси олдинги тўғри кесимда тавсия қилинади.
-----------	---

<b>2А</b>	Зотилжамга шубҳа қилинган барча беморларга пулсоксиметрия SpO <sub>2</sub> нафас етишмовчилигини ва гипоксемия даражасини аниқлаш мақсадида ўтказилади.
-----------	---

Пульсоксиметрия респиратор ёрдамга мухтож гипоксемияли беморни аниқлаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш учун оддий ва ишончли скрининг усули ҳисобланади.

<b>4С</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга ЭКГ тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу тадқиқот зотилжамда аниқ бир маълумотга эга эмас, аммо ҳозирги вақтда маълумки, зотилжам сурункали қўшма касалликларнинг декомпенсациясидан ташқари, ритм бузилиши ва ўткир коронар синдром ривожланиш хавфини оширади, бу ўз ўрнида касаллик башоратига таъсир қилувчи юқоридаги белгиларни ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Бундан ташқари, ЭКГ даги баъзи ўзгаришлар (масалан, QT интервалининг узайиши) бир қатор АМП ларнинг кардиотоксиклигини оширади.

<b>3B</b>	Зотилжам билан касалхонага ётқизилган ва параневматик экссудатив плеврит мавжуд бўлган барча беморларга кўкрак қафасини трансторакал ультратовуш текшируви ўтказиш тавсия қилинади.
-----------	---

Зотилжам кечишини плеврал экссудат (чегараланган тусда кечганда) 10-25% ҳолларда оғирлаштиради. Ультратовуш текшируви юқори сезгирлик ва спецификлиги билан плеврал экссудатни борлигини, уни таснифини баҳолашда (трансудат ёки экссудат ахтимоллиги), ҳамда плевра эмпиемаси борлиги гумон қилинган беморларни аниқлашга йуналтирилган.

Кўкрак қафасини УТТ плеврал экссудат мавжуд бўлмаган зотилжамни ташхислаш учун ҳам тавсия этилади. Ўпкада зотилжам кузатилмаса, улар аниқламайди. Зотилжам ташхислашда УТТ радиографик текшируви афзалроқ. УТТни спецификлиги КТ каби 98% ни ташкил қилади.

<b>4C</b>	Кўкрак қафаси аъзолари КТ зотилжамда талаб қилинмайди ва фақат баъзи кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.
-----------	--

Баъзи зотилжам билан касалланган беморларда рентген тасвири одатий бўлмаслиги ёки зотилжамга ўхшаш клиник кўринишлар билан кечувчи бошқа патологик жараён билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда ташхислашнинг бошқа усуллари, биринчи навбатда кўкрак қафаси КТ кўпроқ диагностик аҳамиятга эга.

КТ учун кўрсатмалар:

1. зотилжам ташхиси қўйилган беморда рентген нурида ўпкада ўзгаришларнинг йўқлиги.
2. Рентгенограммада зотилжамга хос бўлмаган атипик ўзгаришлар.
3. Ўпка тўқималарида инфильтрацион ўзгаришлар давомийлиги 1 ойдан ошадиган такрорий зотилжам ёки чўзилган зотилжам (хар иккала ҳолатда ҳам қайта кўзиш сабаби ёки ўзгаришларнинг узок муддат давомида сақланиши ўпка тўқимасида ёмон сифатли ўсма касалликлари натижасидаги йирик бронхлар стенози бўлиши мумкин) ҳисобланади.

<b>4C</b>	Рентгеноскопия зотилжам учун мажбурий ва одатий тадқиқот усули эмас, фақат маълум кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.
-----------	---

Рентгеноскопия мажбурий эмас, шунингдек зотилжам билан оғриган беморларни рентгенологик текширишнинг асосий усули. Рентгеноскопиядан фойдаланиш ўпка тўқималарининг ўзгариши ва плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиши ўртасида фарқлаш зарур бўлган клиник ҳолатлар билан чекланади. Рентгеноскопия пайтида тананинг ҳолатини ўзгартириш плеврал бўшлиғининг силжишини аниқлашга ва плевра пункциясини ўтказиш жойини белгилаш имконини беради. Аммо, ҳозирги вақтда бу муаммо кўпинча бошқа тадқиқот усуллари ёрдамида ҳал қилинмоқда. Шунинг учун рентгеноскопиядан фойдаланиш сони сезиларли даражада камайди.

<b>2C</b>	Фибробронхоскопия кўпчилик ҳолатда зотилжамни бошқа касалликлардан таққосий ташхислаш учун ишлатилади ва текширувнинг мажбурий усули ҳисобланмайди, фақат маълум кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.
-----------	--



Фибробронхоскопия кўпчилик ҳолатда зотилжамни бошқа касалликлардан таққосий ташхислаш учун ишлатилади ва текширувнинг муҳим усули ҳисобланмайди. Бу текширув усулини инвазив-респиратор намуналар (Бронхо-альвеоляр лаваж, «химояланган» браш-биопсия ёрдамида олинган намуна) ни бактериологик текширувига кўрсатма бўлган ҳолда ташхислаш мақсадида ўтказиш мумкин.

- ✓ Клиник кўринишнинг ҳар хиллигини, шунингдек, зотилжамни этиология ва патогенези жиҳатдан турли хил бўлган касалликлар билан таққосий ташхислаш лозимлигини, ёндош сурункали касалликлар декомпенсация даражасини аниқлаш ва баҳолаш, лаборатор ва инструментал текширувларни аниқ хажмини аниқлаш ҳар бир бемор учун индивидуал ҳисобланади.
- ✓ Ўпкадаги инфильтрация ўчоғини рентгенологик тасдиқлашнинг имконини йўқлиги зотилжам ташхисини ноаник/мавҳум қилиб қўяди. Бундай ҳолатда касаллик эпидемиологик анамнез, шикоятлар ва мос келувчи маҳаллий белгилар билан асосланади.

Беморда рентгенологик тасдиқланган ўпка тўқимасининг ўчоқли инфильтрацияси (унинг пайдо бўлиши ёки мавжуд ўчоқнинг авж олиши) ва қуйидаги 2тадан кам бўлмаган клиник белгиларнинг мавжудлигида зотилжам ташхиси аниқ ҳисобланади:

1. Касалликни тана ҳароратини  $38^{\circ}\text{C}$ дан ошиши билан ўткир бошланиши;
2. Балғамли йўтал;
3. Физикал белгилар (бўғиқлашган ёки бўғиқ перкутор товуш, сусайган ёки дағал бронхиал нафас, жарангдор майда пуфакчали хириллашлар фокуси ва/ёки крепитация);
4. Лейкоцитоз ва/ёки лейкоцитар формуланинг чапга силжиши.

Ўпкадаги инфильтрация ўчоғини рентгенологик тасдиқлашнинг имконини йўқлиги зотилжам ташхисини ноаник/мавҳум қилиб қўяди. Бу ҳолларда ташхис эпидемиологик анамнезга, шикоятга ва мавжуд бўлган локал белгиларга асосланади.

#### Стационар шароитда зотилжам билан ҳомиладорларни олиб бориш алгоритми.

Муҳим текширувлар	Қўшимча текширувлар
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қон гуруҳи ва резус омил</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Силга гумон бўлганда балғам суртмасини Циль-Нильсон бўйича бўялган микроскопияси.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Умумий қон таҳлили лейкоцитар формула билан</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қон, сийдик, плеврал суюқликни микробиологик текшириш - зотилжамни ўрта ва юқори хавфида, узоқ давом этувчи иситмада, сил касллиги, сепсис, ОИТСга шубҳа бўлганда.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қон биокимёвий таҳлили: АЛТ, АСТ, билирубин фракциялари билан, мочевина, креатинин<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легионелла, микоплазма, хламидияга серологик текширув<sup>3</sup> – ўтказилаётган даво муолажалари фонида клиник белгилар персистенцияси, атипик кўзгатувчига ёки вирусга шубҳа бўлганда.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Балғам микроскопияси ва балғамнинг бактериологик текшируви антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грипп эпидемияси мавсумида А ва В грипп вирусини аниқлаш учун серологик текшириш усуллари.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кўкрак қафаси рентгенографияси<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• зотилжамни ўрта ва юқори хавфида, сепсисга шубҳа бўлганда қонда қанд миқдорини аниқлаш.<sup>2</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• С-реактив оқсил<sup>5</sup></li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Периферик қон сатурацияси – периферик қонда гемоглобинни кислород билан тўйинганлик даражаси (пульсоксиметрия)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ЭКГ</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Терапевт, пульмонолог кўриги</li> </ul>	

<sup>1</sup>-қоннинг клиник таҳлили касалхонадан ташқари зотилжамни потенциал қўзғатувчиси ҳақида аниқлик бера олмайди. Лекин, лейкоцитозни  $10-12 \times 10^9/\text{л}$  дан ошishi бактериал инфекцияни юқори эхтимоллигини кўрсатади. Лейкопения  $3 \times 10^9/\text{л}$  дан паст ёки лейкоцитоз  $25 \times 10^9/\text{л}$  дан юқорилиги ноҳуш прогностик белгилар ҳисобланади.

<sup>2</sup>- қон биокимёвий таҳлили (жигар ва буйрак функционал тестлари, гликемия ва бошқалар) бир неча аъзо/тизимнинг зарарланишини кўрсатиши мумкин, бу эса прогностик аҳамиятга эга бўлиб, дори воситаларини ва /ёки уларни қўллаш тартибини танлашга ўз таъсирини кўрсатади.

<sup>3</sup>- микробиологик ташхисот таҳлиллари материал йиғиш қоидалари ва вақтга кўп жиҳатдан боғлиқ. Одатда текширилувчи материал йўталганда ажралган балғам ҳисобланади. Балғамни стерил контейнерга йиғиб, микробиологик лабораторияга йиғилгандан 2 соатдан кўп вақт ўтмасдан етказилиши лозим. Агар бу қоидаларга риоя қилинмаса аниқ қўзғатувчини ажратиб олиш эхтимоллиги камайиб, контаминация флорасини аниқлаш кучаяди. Контаминацияга учрамаган материал олиш учун бронх шиллик қаватидан “химояланган” бронш-биопсия билан фибробронхоскопия, шунингдек бронхоальвеоляр лаваж (БАЛ) ишлатилади. БАЛ усулида суюқликни микробиологик текширувида микроб таналаринг титри  $> 10^4$  КОЕ/мл бўлиши, “химояланган” бронш-биопсия усулида олинган материалда эса  $> 10^3$  КОЕ/мл бўлиши диагностик аҳамиятга эга.

Микробиологик текширувнинг стандарт усуллари: чуқур йўталишдан олинган балғамни Грам усулида бўялган бактериоскопияси ва балғам экмаси. Микробиологик текширувдан олдин суртмани Грам бўйича бўяш лозим. Суртмада лейкоцитларни 25тадан кам ва/ёки эпителиал хужайраларни 10 тадан кўп бўлиши (кичик катталаштиришда 8-10 кўриш майдонини кўрганда) кейинги текшириш максадга мувофиқ эмас, бу ҳолатда ўрганилаётган материал оғиз бўшлиғи таркибидан иборат эканидан далолат беради.

Суртмада кўп миқдорда грам мусбат ёки грам манфий ўзига хос морфологияга эга микроорганизмлар (ланцетсимон граммусбат диплококклар-*S. pneumoniae*; султ бўялувчи грамманфий коккобацилла- *H. influenzae* ) нинг аниқланиши антибактериал терапияни танлашда мўлжал бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Балғамни текшириш натижасида потенциал қўзғатувчини концентрацияси  $\geq 10^6$  КОЕ/мл.дан кўп бўлганда диагностик ахамияти юқори деб баҳоланади. Бактериоскопия ва балғам экмаси натижалари изохлаш клиник белгиларни инобатга олган ҳолда ўтказилади.

Зотилжам ўрта ва юқори ҳавфида, узоқ давом қилувчи иситмада, сил касаллиги, сепсис, ОИТСга шубҳа бўлганда антибактериал терапия бошлашдан олдин веноз қонни экмасини текшириш керак (лекин, қон экмасини, антибактериал терапияни кечиктирмаслиги керак): қоннинг 2 та намунаси 2 та турли веналардан 30-40 минут оралиқ билан олиниши, ҳар бир намунага катта ёшли беморларда 20 мл дан кам булмаган қон олиниши керак. *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydoiphila pneumoniae* и *Legionella* spp.га серологик текширув ўтказилиши шарт таҳлил ҳисобланмайди.

Плеврада суюқлик ва плеврал пункцияни бехатар ўтказиш учун шароит бўлганда (латерограммада эркин сурилувчи суюқлик визуализацияси қавати қалинлиги  $> 1,0$  см. бўлиши билан) плеврал суюқлик текшируви ўз ичига лейкоцитар формулани аниқлаш билан лейкоцитлар миқдорини аниқлаш, рН, ЛДГ фаоллигини, оксил миқдорини, суртмани бактериоскопияси, Грам усулида бўялиши ва микобактерияларни аниқлашнинг бошқа усуллари, аэроб ва анаэроб флорани экмасини текширишни ўз ичига олиши керак.

4-ҳомиладорлик стандарт радиографик текшириш усуллари қўлланишини чегараламайди [*Guidelines for Diagnostic Imaging during Pregnancy, 2005*]. Зотилжам диагностикасида ўпка рентгенограммсидаги ўзгариш “олтин стандарт” ҳисобланади. Зотилжамга шубҳа қилинаётган ҳар бир ҳомиладор ўпкаларни рентгенологик текширувидан ўтказилиши керак. Олд-орка проекцияда ўтказилган рентгенограммада она организми олган нурланиш дозаси 5-30 миллиРад билан баробар баҳоланган. Бачадон ва ҳомила учун абсорбланган дозаси 100 марта кам бўлиб, 300 микроРад билан тенглаштирилади. Ёнбош проекцияда ўтказилган кўкрак қафаси рентгенографияси она организми учун катта нурланиш хавфини солади (тахминан 15-250 миллиРад) ва одатда уни ўтказиш заруриятини туғдирмайди. Шуни қайд қилиш лозимки, кўкрак қафаси рентгенограммаси касалликнинг 3-5 куни ўтказилиши ҳомиладор аёл ва ҳомила учун ташхисланмаган зотилжамни ноҳуш хавфларини оширади. Кўкрак қафасини такрор рентгенографиясига кўрсатма:

-3 кундан сўнг, ўтказилаётган даво муолажаларидан самара кузатилмаса ва ҳомиладорни ахволида яхшиланиш кузатилмаса;

-6 ҳафтадан сўнг, бу давр ичида зотилжамга хос симптомлар ва физикал белгилар сақланса.

5- сўнгги йилларда госпитализация қилинган беморларда касалхонадан ташқари зотилжамни бошқа қуйи нафас йўллари инфекциясидан таққосий ташхислашда ва ҳолатни оғирлигини баҳолашда зардобда С-реактив оксил ва прокальцитонин текширилади. СРО миқдори ҳолатни оғирлиги билан, яллиғланиш инфилтрациясининг тарқалиши ва КТЗ прогнози билан корреляция қилинади. СРО миқдори  $>100$  мг/л бўлиши ташхисни асослашни 90%дан оширади. Аксинча, СРО миқдори  $< 20$  мг/л бўлиши зотилжам ташхисини кам ишонарлилиги белгисидир. Госпитализация қилинган

беморларда ўтказилаётган АБТ фонида СРО миқдорининг ахамиятли пасаймаслиги юқори леталлик предиктори ҳисобланади. СРОнинг юқори миқдори оғир пневмококкли ёки легионеллэз зотилжамда кузатилади. СРО миқдори ўтказилаётган даво муолажаларидан самара кузатилмаганда 3 кундан сўнг ва стационардан чиқарилаётганда қайта текширилади. Зотилжам касаллигида бошқа яллиғланиш биомаркери –прокальцитонинни миқдорий текшириш СРО билан солиштирилганда ахамиятли устунлика эгаллиги аниқланмаган; Ўзбекистон Республикасида мазкур тестнинг оммабоп эмаслиги ва нарҳини инобатга олиб уни ҳаммага қўлланилиши тавсия қилинмайди.

### Таққосий ташхислаш.

<b>Ўпка сили</b>	Циль-Нильсен усулида микроскопияда суртмалардан хатто 1 тасида кислотага чидамли бациллаларни аниқланиши ташхисни шакллантириш имконини беради.
<b>Ўсма касалликлари</b>	Ўпканинг бирламчи саратони; Эндобронхиал метастазлар; Бронх аденомаси. Ўсма касалликларига шубҳа бўлганда онколог маслаҳати.
<b>Ўпка артерияси тромбоз эмболияси ва ўпка инфаркти</b>	Веноз тромбоз эмболия белгилари.
<b>Вегенер гранулематози</b>	Ўпкаларнинг қўшма зарарланиши (кўпинча сегментар ёки бўлакли инфилтратив ўзгаришлар), юқори нафас йўллари ва буйрақларнинг, МНС ёки периферик нерв системаси, тери ва бўғимларнинг патологик жараёнга қўшилиши. Зарарланган аъзолар биоптатининг гистологик текширувида гранулематоз яллиғланиш белгиларининг бўлиши.
<b>“Бўричали” пневмонит</b>	Касалликни хусусан аёллар орасида таркалиши. Ривожланувчи характерда кечиши. Полиорган шикастланиш (тери, бўғим, буйрак, неврологик ва бошқа синдромлар). Қон зардобиди ДНК га антителалар аниқланиши.
<b>Аллергик бронх-ўпка аспергиллези</b>	Бронхоспастик синдром. Транзитор ўпка инфилтратлари. Марказий (проксимал ) бронхоэктазлар. Периферик қонда эозинофилия. Зардобдаги умумий IgE миқдорининг сезиларли кўтарилиши. Қон зардобиди <i>Aspergillus fumigatus</i> антигенига антитаналар.

	Aspergillus антигенига секин намоён бўлувчи тери юқори сезувчанлиги.
<b>Облитерацияловчи бронхиолит зотилжам ривожланиши билан.</b>	60-70 ёшдаги инсонларда ривожланади. Тизимли кортикостероидлар билан даволашдан юқори самарали натижа. Гистологик текширишда Массон таначалари (дистал бронхлар бўшлиғида гранулематоз «тиқинлар»ни альвеоляр йўллар ва альвеолоаларга тарқалиши).
<b>Эозинофилли зотилжам</b>	Беморларнинг анамнезида бронхиал астма симптомокомплекси ёки атопия белгилари. Периферик қонда эозинофилия. Зардобдаги IgE миқдорининг кўтарилиши. Рентгенологик текширувда хусусан ўпканинг базал қисмида билатерал альвеоляр инфильтрация.
<b>Саркоидоз</b>	20-40 ёшдаги инсонларда ривожланади. Полиорган зарарланиш (патологик жараёнга буйраклар, эндокрин тизими, тери ва бошқаларнинг тортилиши). Билатерал илдизолди ва/ёки медиастинал аденопатия. Гистологик текширувда гранулематоз яллиғланиш белгилари.
<b>Дорили (токсик) пневмопатия</b>	Дори воситасини инкор қилинганда ва систем кортикостероидлар тавсия қилинганда ўпкадаги инфильтратив ўзгаришларнинг орқага қайтиши.

### **Зотилжам билан ҳомиладорларни олиб бориш тактикаси.**

Зотилжамга шубҳа қилинган барча ҳомиладорларни касалликни оғир кечиши ва нохуш натижага ўтиб кетиш эҳтимоли юқорилиги сабабли 2-3 даражали стационарга госпитализация қилиниши керак. [2, 7, 8, 12, 14, 18, 22]:

<b>GPP</b>	CURB65 шкаласи ҳомиладорликда ўлим хавфини баҳолаш ва қайси бўлимга госпитализация қилинишини аниқлаш учун ишлатилади
------------	---

<b>ХПБ (интенсив палата/изолятор)га:</b>	<b>Реанимация ва интенсив терапия бўлимига:</b>
Зотилжам паст хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 0 балл	Зотилжам паст хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 1 балл
	Зотилжам ўрта хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 2 балл
	Зотилжам юқори хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 3 балл

<b>2A</b>	Зотилжам билан госпитализация қилинган барча беморларга касалликни оғирлик даражасини баҳолаш ва Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация
-----------	---

қилиш кўрсатмаларини аниқлаш учун IDSA/ATS мезонларини ишлатиш тавсия қилинади.

IDSA/ATS мезонлари (Америка Торакал ҳамжамияти ва Америка юқумли касалликлар ҳамжамияти) 2 та “катта” ва 2 та “кичик” мезонларни қўллашга асосланган. “Катта” мезонлардан 1 тасини ёки 3 та “кичик” мезоннинг мавжудлиги беморни Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилишга кўрсатма ҳисобланади.

### Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш кўрсатмасини аниқловчи IDSA/ATS мезонлари.

#### «Катта» мезонлар:

- Кучли нафас етишмовчилиги, СЎВга эҳтиёж билан;
- Септик шок (вазопрессорларни қўллашга зарурият).

#### «Кичик» мезонлар:

- Нафас частотаси  $> 30$ /мин.;
- $PaO_2/FiO_2 \leq 250$ ;
- Мультилобар инфилтратсия;
- Эс-хушнинг бузилиши;
- Уремия: мочевина қолдиқ азоти  $\geq 20$  мг/дл (мочевина қолдиқ азоти = мочевина, ммоль/л / 2,14);
- Лейкопения (лейкоцитлар  $< 4$  минг/мкл);
- Тромбоцитопения (тромбоцитлар  $< 100$  минг/мкл);
- Гипотермия ( $36^\circ\text{C}$ дан паст);
- Интенсив инфузион терапияни талаб қилувчи артериал гипотензия.

#### Даволашнинг таркибий қисмлари:

1. Антибактериал терапия;
2. Вирусга қарши терапия;
3. Респиратор қўллаб-қувватлаш;
4. Гемодинамик параметрлар коррекцияси;
5. Симптоматик терапия.

#### Антибактериал терапия.

Антибактериал терапия зотилжам касаллигини даволашнинг ягона илмий асосланган йўналиши ҳисобланади. Ҳомиладорларда антимикроб дори воситасини танлашда асосий муаммо унинг тератоген таъсир хавфининг мавжудлигидадир. Антибактериал препаратлар токсик самарасининг ҳомиладорликни турли муддатларида намоён бўлиши қуйидаги жадвалда кўрсатилган.

Ҳомиладорлик муддати	Ҳомилага шикастловчи таъсирга эга препаратлар
Эрта муддатлар (аборт, тератоген таъсир)	Стрептомицин, сульфаниламидлар (катаракта), тетрациклинлар, рифампицин
Эмбриогенезга таъсири	Тетрациклин (суяк ва тишлар деформацияси), стрептомицин (ототоксик), аминогликозидлар (нефротоксик), левомецетин (анемия)
Ҳомиладорликнинг кечки муддатлари	Сульфаниламидлар (ядровий сариклик, гемолиз), левомецетин (анемия), тетрациклин (суяк ва тишлар деформацияси) аминогликозидлар (ототоксик)

Нохуш таъсирнинг намоён бўлиш даражасига кўра барча препаратларни шартли равишда 4 гуруҳга бўлиш мумкин.

**А гуруҳга** ҳомиладорликнинг кечиши ва ҳомиланинг 1 триместрда ривожланишига салбий таъсири йук, шунингдек ҳомиладорликнинг кечки муддатларида юқори хавф тўғрисида маълумотлар бўлмаган препаратлар киритилиши мумкин. Хозирги даврга қадар ҳомиладорларда препаратнинг салбий таъсирини ўрганиш учун бошқарилувчи текширув ўтказиш имконининг йўқлиги сабабли бу гуруҳга антибиотиклардан бирон бир препарат киритилмаган.

**В гуруҳ** ҳомилага нисбатан хавфсиз пенициллин қатори антибиотиклари (бензилпенициллин, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат); цефалоспоринлар (цефуроксим, цефтриаксон, цефаклор, цефотаксим); макролидлар (азитромицин, джозамицин); монобактамлар (азтреонам); карбапенемлар (меропенем); нитроимидазоллар (метронидазол); фосфомицин, полимиксиндан иборат. Бу препаратларни ҳомиладорларга касалхонадан ташқари зотилжамда ҳам тавсия қилса бўлади.

**С гуруҳга** тавсия қилганда ҳомилага ножўя таъсирини инкор қилинмайдиган препаратлар: карбапенемлар (имипенем), макролидлар (кларитромицин), аминогликозидлар (гентамицин), гликопептидлар (ванкомицин), сульфаниламидлар (ко-тримоксазол), фторхинолонлар киритилади. Алоҳида ҳолатларда, агар кутилаётган фойда хавфдан юқори бўлса ҳомиладорларда бу препаратларни ишлатиш ўзини оқлаши мумкин.

**Д гуруҳ** ҳомиладорликнинг кечиши ва ҳомилани ривожланишига салбий таъсири асосланган антибактериал препаратларни ўз ичига олади.

Ҳомиладорликда кўпчилик инфекцияларда хавф мезони (FDA) га асосан танлов антибиотиклари пенициллин ва цефалоспоринлар ҳисобланади.

Категория В	Категория С	Категория Д
Пенициллинлар	Фторхинолонлар	Тетрациклинлар
Цефалоспоринлар	Аминогликозидлар (гентамицин)	Аминогликозидлар (амикацин)
Макролидлар/Азолидлар	Сульфаниламидлар	
Нитрофуранлар	Антимикотиклар ва вирусга қарши воситалар	

<b>2В</b>	“Зотилжам” ташхиси қўйилганда антибактериал терапия имкон қадар эрта бошланиши керак, энг мақбули яқин 4 соат ичида, зотилжам юқори хавфида ёки сепсисга шубха бўлганда эса 1 соат мобайнида.
-----------	---

Зотилжамда АБТ ни 4 соатга кечиктирилиши прогнозни ёмонлаштиради. Сепсис ёки септик шок ривожланган ҳолда АБТни 1 соат ичида бошлаш мақсадга мувофиқ.

<b>1С</b>	Зотилжамни даволашни эмперик схемалардан бошлаш керак, кейинчалик балғам экмаси натижалари ва динамикада клиник симптомларга қараб антибактериал терапия доираси кенгайтирилиши, қисқартирилиши ёки умуман ўзгартирилиши мумкин.
-----------	--

**Ҳомиладорликнинг 1-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган АМП:**

- **Пенициллинлар гуруҳи:**
  - Пенициллин, Амоксициллин;
  - ҳимояланган аминопенициллинлар (амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин + сульбактам).
- **Макролидлар гуруҳи:**
  - Спирамицин, джозамицин

**Ҳомиладорликнинг 2 ва 3-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган АМП:**

- **Пенициллинлар гуруҳи;**
- **Цефалоспоринлар 2-3-4 авлод;**
- **Макролидлар гуруҳи** (спирамицин, азитромицин).

*Эслатма: ҳомиладорликда ренал клиренсни кўтарилиши сабабли антибиотикларни дозасини кўтаришни талаб қилади.*

Ҳомиладорларда эмперик антибактериал терапияни тавсия қилишда олдинги қўлланмалар билан солиширганда сезиларли ўзгаришлар рўй бермади.

<b>3В</b>	Антибактериал терапияни самаралилиги даволаш бошлангандан 48 соатдан 72 соат давомида клиник симптомларга асосан ва лаборатор кўрсаткичларни таҳлилига асосан баҳоланади.
-----------	---

Тана хароратининг пасайиши, интоксикацион синдромнинг яққоллигини сусайиши ва касалхонадан ташқари зотилжамнинг клиник симптомлари, хусусан, хансирашнинг камайиши АБТ самарадорлигининг асосий мезонлари ҳисобланади. Агар беморда иситма ва интоксикацион синдром сақланса ёки зотилжам симптомлари ва белгилари кучайса АБТ ни самарасиз деб баҳоланади. Бундай ҳолатда АБТ схемасини қайта кўриб чиқиш керак бўлади.

<b>1В</b>	Антибиотикларни киритиш усули - томир ичига.
-----------	--

<b>3В</b>	Зотилжам ташхиси мавжуд, госпитализация бўлган барча беморларда АБП парентерал қўлланилишидан пероралга, клиник белгиларни барқарорлашгандан сўнг ўтказишга тавсия қилинади.
-----------	--

Беморларда клиник ҳолатни яхшиланса, гемодинамик кўрсаткичлар барқарорлашса, дори воситаларни ичишга қабул қила олиш имкони бўлса, дориларни сурилишига тўсқинлик



килувчи меъда ичак тизимида касалликлар мавжуд бўлмаса антибактериал препаратларни перорал қабул қилишга ўтказиш мумкин.

- 8 соат интервали билан икки мартаба ўлчаганда тана ҳарорати субфебрил кўрсаткичларгача пасайиши;
- онг бузилиш белгиларни йўқлиги;
- нафас частотаси  $\leq 24$ /мин;
- юрак қисқаришлар частотаси  $\leq 100$ /мин;
- систолик ҚБ  $\geq 90$  мм рт ст;
- SpO<sub>2</sub>  $\geq 90\%$  ёки PaO<sub>2</sub>  $\geq 60$  мм.сим.ус. (артериал қон);
- меъда-ичак йўлларида сўрилиши бузилиши йўқлиги.

АБТда икки босқичли АБП қўлланилишини кетма-кетлигини инобатга олади, бунда ДВ томир ичига юборилишидан бошлаб кейинчалик шу дори воситасини ёки АБПни фаоллиги ва таъсир механизм спектри ўхшаши билан алмаштириб перорал қўлланилишига ўтказилади. Бундай даволаш усулини қўллаш мақсади, беморларни стационарда ётиши мудаттини ва асоратлар ҳавфини қисқартириш, ҳамда клиник самарадорлигини юқорилигача сақлаб даволаш қийматини камайтиришдан иборатдир.

- Антибактериал терапия давомийлиги ўртача 7-14 кун.
- Антибактериал терапия тўхтатишга кўрсатма:
  - 48 соатдан кам бўлмаган турғун афебрил давр;
  - интоксикацион синдромнинг йўқлиги; нафас частотаси  $<20$  минутига (сурункали нафас етишмовчили мавжуд бўлмаган беморларда);
  - йирингли балғамнинг йўқлиги (доимий балғам ишлаб чиқарувчи беморлар бундан мустасно);
  - қонда лейкоцитлар миқдорининг  $<10 \times 10^9$ /л, нейтрофиллар  $<80\%$ , етилмаган шакллар  $<6\%$ .

#### Ҳомиладорларда зотилжам касаллигида антибактериал препаратларни танлаш:

Гуруҳ	Препаратлар	Режим
Ҳимояланган аминопенициллинлар	Амоксициллин/клавулан кислота	Монотерапия ёки макролидамлар билан, респиратор фторхинолонлар ёки доксициклин билан
Цефалоспоринлар: - 2 авлод - 3 авлод - 4 авлод кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжамда	Цефуросим Цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим Цефепим – кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжам	Монотерапия ёки макролидамлар билан, респиратор фторхинолонлар ёки доксициклин билан

Макролидлар	Кларитромицин, азитромицин	Монотерапия ёки химояланган аминопенициллинлар билан ёки 2-3 авлод цефалоспоринлар (4 авлод кўк-йиринг таёқчаси кўзгатган зотилжамда )
Респиратор фторхинолонлар (альтернатив препаратлар)	Левифлоксацин, гатифлоксацин	Монотерапия ёки химояланган аминопенициллинлар билан ёки 2-3 авлод цефалоспоринлар (4 авлод кўк-йиринг таёқчаси кўзгатган зотилжамда )
<p>Бошқа антибактериал препаратлар кам учровчи кўзгатувчилар кўзгатган зотилжамда юқоридаги антибиотикларга муқобил сифатида қўлланилади. Бундай антибиотикларга куйидаги препаратлар киради:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- доксициклин (тетрациклин гуруҳи);</li> <li>- гентамицин (аминогликозид гуруҳ);</li> <li>- рифампицин (рифампицин гуруҳи);</li> <li>- клиндамицин (линкозамид гуруҳи);</li> <li>- имипенем/циластатин, меропенем (карбапенем гуруҳи);</li> <li>- линезолид;</li> <li>- ванкомицин.</li> </ul>		

**Хавф даражасига кўра ҳомиладорликда зотилжамда эмпирик антибактериал терапия:**

Танлов препарати	Альтернатив препаратлар
Макролид	Цефалоспорин 2-3 авлод
<b>Ёки</b>	<b>Ёки</b>
Химояланган аминопенициллин	Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид ёки доксициклин
<b>Ёки</b>	<b>Ёки</b>
Химояланган аминопенициллин + макролид	Респиратор фторхинолон

<p>Ҳимояланган аминопенициллин</p> <p><b>Ёки</b></p> <p>Ҳимояланган аминопенициллин + макролид</p> <p><b>Ёки</b></p> <p>Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид</p>	<p>Цефалоспорин 2-3 авлод ёки ҳимояланган аминопенициллин + доксициклин</p> <p><b>Ёки</b></p> <p>Респиратор фторхинолон</p>
<p>Ҳимояланган аминопенициллин + макролид</p> <p><b>Ёки</b></p> <p>Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид</p>	<p>Ҳимояланган аминопенициллин + респиратор фторхинолон</p> <p><b>Ёки</b></p> <p>Цефалоспорин 2-3 поколения + респиратор фторхинолон</p>

**Ҳомиладорларда қўзғатувчиси аниқланган зотилжамда антибактериал препаратлар танлови:**

Қўзғатувчи		Танлов препарати	Альтернатив препарат
<b>Streptococcus pneumoniae</b>	<b>Пенициллин/сезгир</b>	Амоксициллин <i>ёки</i> Цефотаксим <i>ёки</i> Цефтриаксон ± Спирамицин <i>ёки</i> Джозамицин	Амоксициллин/клавулан кислота <i>ёки</i> Пиперациллин/сульбактам <i>ёки</i> Цефепим <i>ёки</i> Меропенем <i>ёки</i> Эртапенем
	<b>Пенициллин/резистент</b>	Амоксициллин/клавулан кислота <i>ёки</i> Цефтаролин	Линезолид <i>ёки</i> Меропенем <i>ёки</i> Эртапенем <i>ёки</i> Левофлаксацин <i>ёки</i> Ванкомицин
<b>Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae</b>		Азитромицин <i>ёки</i> Джозамицин	Респиратор фторхинолонлар (Левофлоксацин) <i>ёки</i> Кларитромицин

<b>Legionella spp.</b>		Азитромицин <i>ёки</i> Джозамицин	Респиратор фторхинолон (Левифлоксацин)
<b>Haemophilus influenzae</b>		Ампициллин/сульбактам <i>ёки</i>  Амоксициллин/клавулан кислота <i>ёки</i>  Цефуроксим <i>ёки</i> Цефотаксим <i>ёки</i> Цефтриаксон <i>ёки</i>  Цефепим	Респиратор фторхинолонлар (Левифлоксацин) <i>ёки</i> Ципрофлоксацин
<b>Staphylococcus aureus</b>	<b>Метициллин-сезгир штаммлар</b>	Амоксициллин/клаву лан кислота <i>ёки</i> Пиперациллин/сульбакта м <i>ёки</i>  Оксациллин <i>ёки</i>  Цефоперазон/сульбактам <i>ёки</i>  Цефепим  ± Азитромицин <i>ёки</i> Джозамицин	Линезолид <i>ёки</i> Клиндамицин
	<b>Метициллин- чидамли штаммлар</b>	Цефтаролин <i>ёки</i> Ванкомицин <i>ёки</i>  Линезолид	
<b>Enterobacteriaceae (E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobac- ter)</b>		Пиперациллин/сульбакта м <i>ёки</i>  Цефоперазон/сульбактам <i>ёки</i>  Цефтазидим <i>ёки</i> Цефтриаксон	Эртапенем <i>ёки</i>  Меропенем <i>ёки</i>  Имипенем <i>ёки</i> Левифлоксацин <i>ёки</i> Ципрофлоксацин <i>ёки</i> Гентамицин
<b>Pseudomonas aeruginosa</b>		Пиперациллин/сульбакта м <i>ёки</i>  Цефтазидим <i>ёки</i>  Цефепим <i>ёки</i>  Меропенем	Ципрофлоксацин <i>ёки</i> Гентамицин

<b>Аспирацион зотилжам</b>	Амоксициллин/клавула н кислота	Балғам экмаси натижасига асосан
<b>Ўпка паренхимасининг некрози билан кечувчи зотилжам (ўта оғир ҳолат, беморнинг критик ҳолати)</b>	Линезолид + клиндамицин + рифампицин	

**Ҳомиладорларда зотилжамда антибактериал препаратларнинг дозаси:**

<b>Препарат (FDA буйича категория)</b>	<b>Режим дозирования</b>
Амоксициллин (B)	<i>Ичишга:</i> 0,5 г хар 8 соатда ёки 1 г кунига 2 марта
Амоксициллин/клавулановая кислота (B)	<i>Ичишга (овқат пайтида):</i> 0,625 г хар 8 соатда ёки 1 г кунига 2 марта <i>Парентерал:</i> т/и 1,2 г хар 6-8 соатда
Ампицилин/сульбактам	<i>Ичишга:</i> 0,375-0,75 г хар 12 соатда <i>Парентерал:</i> 1,5-12 г/суткасига 3-4 маҳал
Оксациллин (B)	<i>Ичишга:</i> 0,5-1,0 г хар 6 соатда овқатдан 1 соат олдин <i>Парентерал:</i> 4-12 г/сутка 4-6 марта
Пиперациллин (B)	<i>Парентерал:</i> т/и 0,2- 0,3 г/кг/сутка 4-6 марта
Пиперациллин/тазабактам (B)	<i>Парентерал:</i> т/и 2,25-4,5 г хар 6-8 соатда
Цефуроксим аксетил (B)	<i>Ичишга:</i> 0,25-0,5 г т/и хар 12 соатда овқат пайтида
Цефуроксим (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 2,25-4,5 г/сутка хар 8 соатда
Цефотаксим (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 3,0-8,0 г/сутка хар 6-8 соатда
Цефтриаксон (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 1,0- 2,0 г/сутка 1 маҳал
Цефтазидим (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 3,0-6,0 г/сутка т/и хар 8 соатда
Цефоперазон (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 4-12 г/сутка хар 12 соатда (кўк йиринг таёқчасида - хар 6 соатда)
Цефоперазон/сульбактам (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 4,0-8,0 г хар 12 соатдан 2 маҳал
Цефепим (B)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 2,0-4,0 г хар 12 соатдан 2 маҳал

Импипенем/циластатин (С)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,5-1,0 г хар 6 соатда (суткасига 4,0 г дан ортиқ эмас), м/о 0,5 г хар 8 -12 соатда
Меропенем (В)	<i>Парентерал:</i> м/о 0,5-0,75 г хар 12 часов, т/и 1 г хар 8 соатда ёки 0,5 г хар 6 соатда
Эртапенем (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ёки м/о 1,0 г хар 24соатда
Азитромицин (В)	<i>Ичишга (овқатдан 1 соат олдин):</i> 500 мг т/и 1 марта/сутка 3 кун давомида ёки 1-кун 0,5 г, 2-5-куни - 0,25 г 1 махал <i>Парентерал:</i> т/и 0,5 г хар 24 соатда
Эритромицин (В)	<i>Ичишга (овқатдан 1 соат олдин):</i> 0,25-0,5 г хар 6 соатда <i>Парентерал:</i> 0,5-1,0 хар 6 соатда. Бир марталик доза минимум в 250 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида 45-60 минут давомида
Спирамицин (С)	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 1,5-3 млн МЕ/сутка хар 8-12 соатда <i>Парентерал:</i> 1,5-3 млн МЕ/сутка хар 8 соатда. Бир марталик дозаси 4мл инъекция учун сувда эритилади кейин 100 мл 5% глюкоза эритмасида 45-60 минут давомида т/и юборилади.
Джозамицин (В)	<i>Ичишга:</i> 0,5 г хар 8 соатда ёки 1,0 г хар 12 соатда
Кларитромицин (С)**	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,25-0,5 г хар 12 соатда <i>Парентерал:</i> 0,5 г хар 12 соатда. Бир марталик доза минимум в 250 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида 45-60 минут давомида
Амикацин (D)*	<i>Парентерал:</i> 15-20 мг/кг/сутка 1-2 марта кунига
Доксициклин (D)*	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,2 г/сутка 1-2 махал <i>Парентерал:</i> 0,2 г/сутка 1-2 марта
Гентамицин (С)**	<i>Парентерал:</i> 3-5 мг/кг/сутка 1-2 марта
Левифлоксацин(С)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,5 мг хар 12-24 соатда 1 соат мобайнида секин инфузия қилинади.
Ципрофлоксацин (С)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,4-0,8 г хар 12 соатда
Ванкомицин (С) **	<i>Парентерал:</i> т/и 1,0 г хар 12 соатда ёки 30 мг/кг/сутка 2 махал

Линезолид (С)**	<i>Ичишига (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,6 г хар 12 соатда  <i>Парентерал:</i> т/и 0,6 г хар 12 соатда
Клиндамицин (С)**	<i>Ичишига (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,15-0,6 г хар 6 соатда  <i>Парентерал:</i> м/о 0,3-0,6 хар 6 соатда ёки 0,9 хар 8 соатда
<p>* D синф FDA бўйича (хомиладорликда)</p> <p>**С синф FDA бўйича (хомиладорликда)</p> <p>FDA бўйича С ва D синфига оид препаратлар хомиладорликда фақат она учун кутилаётган фойда хомила учун хавфдан юқори бўлган ҳолатда ишлатилади.</p> <p>- бирламчи танлов препаратларига турғунлик кузатилса мукобил препарат сифатида;</p> <p>- батериал флорани кўрсатилган препаратга нисбатан сезувчанлиги бўлганда ва бошқа антибактериал препаратларга сезгирлик бўлмаганда;</p> <p>- FDA бўйича С ва D синфига оид препаратлар тавсия қилиш мутахассислар консилиуми асосида ҳал қилинади.</p>	

### Вирусга қарши терапия.

4С	Грипп эпидемияси даврида имкон қадар зотилжамга гумондор барча хомиладорларда, бошқа пайтда қўзғатувчини серологик индентификация қилинганда ўтказилади
----	---

Грипп В вируси билан зарарланиш зотилжамда кўпроқ клиник аҳамиятга эга. Грипп вируси билан зарарланиш тахмин қилинаётган, клиник белгилар мажуд беморларга нейроминидаза ингибиторлари – осельтамивир ва занамивир терапияга қўшимча тавсия қилинади. Нейраминидаза ингибиторлари ҳудудда касалликнинг мавсумий кўпайишидаги критик ҳолатда зотилжамли беморларга эмперик терапия сифатида тавсия қилинади. Респиратор намуналарда грипп вирусларига ПЗР усули билан манфий натижани олганда эмперик терапияни тўхтатиш мақсадга мувофиқ.

- Даволашни имкон қадар эрта, грипп белгилари бошланганидан биринчи 48 соат ичида бошланиши, катта эҳтимоллик билан соғайишга олиб келади. Вирусга қарши воситаларни касалликнинг бироз кечроқ муддатларида бошласа ҳам бўлади.
- Даволашда гриппни лаборатор тасдиғини кутиш мақсадга мувофиқ эмас, бу даво муолажаларини бошланишини кечиктиради, шунингдек, гриппга манфий экспресс тест грипп ташхисини инкор қилмайди.
- Даво муолажаси бошланишида беморнинг даволанишига ёзма, маълумотга эга ҳолдаги розилиги олиниши керак.

Препарат (FDA категорияси бўйича)	Дозаси
Осельтамивир (С)	75 мг (1 капсула) 2 марта/сутка 5 кун давомида, грипшнинг оғир/асоратланган шаклларида дозани 150 мг гача кунига 2 марта 10 кунгача муддатга бериш мумкин.
Занамивир (В)	Ингаляция қўллаш учун кукун кўринишида дискхалер ёрдамида 2 ингаляциядан 5 мг (10 мг)дан кунига 2 марта 5 кун давомида тавсия қилинади.

### Антипиретик терапия.

- Тана ҳарорати 38°C ва ундан юқори бўлганда, шунингдек, плеврал оғриқларда ацетомифен (парацетамол) т/и, ичишга (имкон қадар) ёки шамчалар (сақланган гипертермия) ва
  - таблетка 0,5 г ичишга. Максимал 1 марталик доза 1.0 г. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0 г.
  - ректал шамча 0,5 г. Максимал 1 марталик доза 1.0 г. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0г.
  - т/и томчилаб 1 флакон - 100 мл (1 г) 15 минут давомида. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0 г.
- Парацетамолни қўллаш 3 кундан ортиқ қўллаш тавсия қилинмайди.

4С

Агар ҳомиладорлик даврида анальгетикка эҳтиёж туғилса, НЯҚВ (парацетамол) препаратлари тавсия этилади.

НЯҚВ фақат ҳарорат туширувчи ва анальгетик мақсадида қўлланилиши тавсия этилади. Узоқ муддат қўллаш тавсия этилмайди. Агар ҳомиладорлик пайтида анальгетик қўлланишга эҳтиёж туғилса, парацетамол дори воситаси ўринли. Ҳомиладорликда ацетилсалицил кислота ва бошқа НЯҚП ларни қўллаш, хусусан кечки муддатларда қўлланилишидан сақланиш керак. Ацетилсалицил кислота ҳомиладорда тромбоцитлар функциясига таъсир кўрсатиб, туғруқча ва туғруқдан кейин қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа НЯҚП лар ҳам коагуляция тизимида таъсир кўрсатиши мумкин. Шу қаторда НЯҚП ҳомилада артериал йўлни барвақт ёпилиб қолишига, бачадон қисқаришини сусайтириб туғруқ фаолиятини секинлаштиришга сабаб бўлади. Наркотик анальгетиклар чақалокда мия фаолиятини ва нафас функциясини сусайишига олиб келиши мумкин.

### Йўталга қарши ва муколитик терапия.

4С

Зотилжамни барча ҳолатларида мукоактив препаратлар мутназам қўлланилиши тавсия этилмайди.

Йўталга қарши препаратлар, муколитиклар ҳомиладорликда қабул қилиш таъқиқланади ёки хавф ва фойда баҳолангач, врач назоратида тавсия қилинади. Шубҳасиз, йўталга қарши ва муколитиклар хавф ва фойдаси чуқур таҳлил қилишни талаб қилади. Зотилжамда мукоактив дори воситани қўлланиши ва бирон бирининг



устуворлиги тўғрисида рандомизацияланган клиник текширувлар тўғрисида маълумот йук.

Терапия ўз ичига олади[GPP]:

1. Амброксол – ичишга 30 мг 2-3 марта/кунига; *парентерал*- м/о, т/о и т/и 15-30 мг 2-3 марта/суткасига. Нафас етишмовчилигида: т/и ёки м/о 30 мг/кг/сутка 3-4 махал;
2. Ацетилцистеин 200 мг ичишга 2-3 марта кунига ёки 600 мг 1 марта/суткасига, ёки 300 мг (3 мл) м/о ёки т/и 1-2 марта/суткасига (парентерал усул – ичишга имкон булмаганда). Суткалик доза – 600 мг;
3. Карбоцистеин 750 мг 3 марта/суткасига биринчи 2 кун, кейин 1,5 г/суткасига;
4. Мукалтин 1-2 таб. 50 мг 3-4 марта кунига.

Ҳомиладорликда небулайзер терапийи [GPP]:

- ✓ I триместр – муколитиклар (лазолван 2-3 мл физиологик эритма билан 1:1 нисбатда кунига 2-3 махал); бронходилататорлар (беродуал 20 томчидан 2-4 мл физ.эритмада кунига 2 махал).
- ✓ II-III триместр – муколитиклар (лазолван 2-3 мл физиологик эритма билан 1:1 нисбатда кунига 2-3 махал); бронходилататорлар (сальбутамол 2,5-5 мг 5 мл физ.эритмада кунига 2махал).

### Респиратор қўллаб-қувватлаш.

Зотилжам билан хасталанган беморларда ЎНЕ энг асосий ўлим сабаби бўлиб ҳисобланади, шунинг учун қуйидаги гуруҳдаги беморларда қулай респиратор қўллаб - қувватланиши АБТ билан биргаликда даво чораларини асосий компоненти ҳисобланади. Проспектив текширувга асосан СЎВ муолажасига муҳтож зотилжам ташхиси бўлган беморларда ўлим кўрсаткичи 46% ни ташкил этади.

Периферик қонда кислород сатурациясини ( $SpO_2$ ) зотилжам ташхиси исботланган барча хомидорларда пульсоксиметрия усулида аниқланиши зарур. Респиратор қўллаб-қувватлашнинг асосий мақсади организмни нормал оксигенациясини таъминлашдан иборат, кучли гипоксия юқори ўлим кўрсаткичига олиб келади.  $SpO_2$  94-98% ёки  $PaO_2$  –60-70 мм рт.ст. атрофида ушлаб туриш оптимал ҳолат ҳисобланади.

Респиратор қўллаб-қувватлаш уч хил усул билан таъминланиши мумкин:

1. Тиббий намланган кислород билан - бурун канюласи, юз маскаси орқали;
2. СРАР режимида ноинвазив ўпканинг сунъий вентилияцияси;
3. Инвазив ўпканинг сунъий вентилияцияси (СЎВ).

2А

$PaO_2 < 60$  мм. рт.ст. (ҳаво билан нафас олганда) ёки  $SpO_2 < 94\%$  бўлганда зотилжам билан барча беморларга респиратор қўллаб-қувватлаш кўрсатма ҳисобланади.

$SpO_2$  90-95%лар атрофида ёки  $PaO_2$  – 60-70 мм. сим. уст. атрофидаги кўрсаткичлар респиратор қўллаб-қувватлаш учун қулай ҳисобланади. Зотилжамда энгил-ўртача гипоксемия ҳолатини ингаляцион кислород (ниқоб ва канюла орқали) билан коррекцияланади, кўрсатма асосида бошқа усуллар – бурун орқали юқори оқимли

кислород терапия, ноинвазив ўпка вентиляцияси (НИЎВ), баъзи ҳолларда- экстракорпорал мембран оксигенация (ЭКМО) қўлланилади.

Ўтказилаётган респиратор қўллаб-қувватлаш усулини самарасизлиги ундан бошқа бир турдаги усулига ўтказиш учун асос бўлади.

CPAP режимида ўпканинг ноинвазив вентиляцияси намланган кислородни юз ниқоби ва назал конъюла орқали берилганида самара бўлмаганда кўрсатма хисобланади. CPAP режимида ўпканинг ноинвазив вентиляциясига ўтказиш масаласини ижобий натижа кузатилмаганда 4-6 соатдан кечиктирмасдан ҳал қилиниши керак.

**2В**

Зотилжам билан касалланган барча беморларни ўртача оғирликдаги ( $SpO_2$  80-89%) гипоксемияни коррекциялаш респиратор уринишлар учун етарлича шароитлар ва онг сақланган ҳолатида ўтказилади.

Кислород терапия оддий бурун ниқоби ёрдамида ( $FiO_2$  45-50%) ёки халтачали ниқоблар ёрдамида ўтказилади. Қонда оксигенация даражасини керакли меъёрга етказиш учун, оксигенотерапия оқимини ўртача тезлиги (5 л/мин) билан бошланади, зарурият туғилса 10-12 л/мингача оширилади. Юқори оқимли кислород терапия бурун канюласи орқали бемор инспиратор оқимини чўққисидан баланд бўлган газ аралашмасининг оқим тезлиги (40-60 л/мин атрофида) доимий  $FiO_2$  кўрсаткичга эга бўлган ва оптимал намланган нафас йўлларида кислородли ҳаво аралашмасини етказиши.

**2В**

Агар НЕ билан асоратланган зотилжамда, оксигенация фонида кўрсаткичлар кераклигича яхшиланиши кузатилмаса ёки респиратор ацидоз кучайиши кузатилса, СЎВ кўрсатмаси асос бўлади.

**2С**

Зотилжам билан касалланган барча беморларда нафас тўхтаса, онг бузилиши, психомотор қўзғалиши ёки ностабил гемодинамика кузатилса СЎВга ўтказиш тавсия қилинади.

CPAP режимида ўпканинг ноинвазив вентиляциясидан СЎВга ўтказиш масаласини ижобий натижа кузатилмаса 6-12 соатдан кечиктирмасдан ҳал қилиниши керак.

**СЎВ қуйидаги ҳолатларда кўрсатма бўлади:**

- CPAP усулида ўпканинг ноинвазив вентиляцияси самарасизлиги;
- артериал қон босими  $<90/60$  мм.с.м.уст.;
- нафас сиқиш ҳолати давом этса – дақиқасига 40 мартадан кўп нафас олиш, тана харорати пасайишига қарамасдан;
- $FiO_2$  кўпайишига қарамасдан,  $PaO_2$  тушиши давом этса;
- $PaCO_2$  тушишда давом этиши;
- кислород ингаляцияси фонида  $SpO_2$  пасайиши  $< 80\%$ ;
- $PaO_2/FiO_2 < 200$  мм.рт.ст.;
- сийдик  $<20$  мл/соат (гиповолемиа бўлмаганда);
- вазопрессор препаратларга эҳтиёж борлиги;
- клиник-рентгенологик натижаларга асосланиб ОРДС иккинчи босқичи, асосийси энди бошланаётган эс-хуш ва психиканинг бузилишлари (уйқучанлик, эйфория, қўзғалувчанлик, галлюцинациялар) муҳим аҳамиятга эга.

## СЎВ ўтказишнинг ўзига хос жиҳатлари:

1. Бемор бош қисми 30° кўтарилган ҳолатда бўлиши;
2. Нафас олиш фазасининг давомийлиги кўрсатма бўлади (1:1-1:1.5);
3. Инспиратор танаффусни (“плато”) нафас олиш вақтининг 15% дан кам бўлмаган вақт давомида қўллаш;
4. Р чўққиси  $\leq 35$  см сув уст.;
5. Р плато  $\leq 30$  см сув уст.;
6. Нафас чиқариш охирида мусбат босим қўллаш кўрсатма қилинган, унинг даражаси SpO<sub>2</sub> миқдори – (етарлича кам миқдори – 93%) ва гемодинамик кўрсаткичларга қараб бошқарилади. Алгоритми - 5-8-10 см сув уст.;
7. Ўпкаларни даврий шишириш усулини ҳам қўллаш мумкин (Sigh);
8. Агарда, қилинган барча муолажаларга қарамасдан SpO<sub>2</sub> – 93% дан кам бўладиган бўлса, FiO<sub>2</sub> миқдорини 0.6 гача кўтарилган ҳолда қўллаш керак.

Сатурация кўрсаткичлардан ташқари куйдаги кўрсаткичларга ҳам эътибор бериш зарур:

- PaO<sub>2</sub> – 60-100 мм сим. уст.;
  - PaCO<sub>2</sub> – 35-45 мм сим. уст.;
  - EtCO<sub>2</sub> – 3,7-4,7%.
9. Агар гипоксияни анъанавий ва замонавий ЎСВ ёрдамида бартараф этишни иложи бўлмаса, прональ (пронопозиция) ҳолат қўллаш мақсадга мувофиқ (суткада 12 соатгача).
  10. Минимал нафас ҳажмини аниқлаш, гипоксия кузатилмаганда (6 мл/кг идеал тана вазни), бунда керак бўладиган 1 дақиқалик вентиляция нафас олиш сонининг ортиши билан таъминланади.

## Инфузион терапия.

ЦКХ ва кондаги электролитларни диққат билан кузатиш талаб этилади.

Ўпканинг оғир зарарланишида ўпканинг ҳаддан ташқари гидратациясини олдини олиш учун инфузион терапияни тақиқловчи тактикасини қўллаш керак, сув мувозанатини қатъий назорат қилиш керак (физ. эритма 0.9% ли ёки мувозанатлаштирилган полиионли кристаллоидларни суткалик диурез, тана ҳарорати, ичилган суюқлик ва гиповолемиа даражаси назорати остида).

Интоксикацияни ва вирусли юкламани камайтириш учун орал гидратация самарали усул хисобланади: кўп миқдорда суюқлик ичиш ва диурез назорати остида гемоделиция. Суюқлик ичиш: камида 2 стакан сув/соат, уйқу вақти истисно қилинган ҳолда.

Септик шокда гемодинамикани қўллаб-қувватлаш стратегияси:

1. Септик шок кузатилган беморларда гемодинамикани қўллаб-қувватлаш инфузион терапия (ва зарур ҳолларда трансфузион) вазоактив ва инотроп препаратларни куйдаги гемодинамик кўрсаткичларга эришилгунга қадар бирга қўлланилади: МВБ 8-12 мм.сим.уст. (ЎСВ пайтида – 12-15 мм.сим.уст.), ўртача АБ  $\geq 65$  мм.сим.уст., диурез – 0,5 мл/кг/с, гематокрит – 30%.
2. Дори воситаларини қўллаш сепсис/септик шок терапияси бўйича тавсияларга мувофиқ босқичма-босқич амалга оширилади.
3. Инфузион терапия самарасиз бўлса норадреналин қўшилади 2-20 мкг/дақ ёки допамин 5-20 мкг/кг/дақ, адреналин 1-10 мкг/дақ, мезатон 4-300 мкг/дақ, миокардил дисфукция кузатилганда – добутамин 20 мкг/кг/дақ.

4. Вазопрессорлар самара бермаганда, 300 мг дан кўп бўлмаган гидрокортизон ёки 20-40 мг метилпреднизалон қўлланилади [10, 24].

<b>3С</b>	Зотилжам кузатилган беморларда гидрокортизон 200-300 мг/суткасига дозада, септик шок билан асоратланганда <1 сут., рефрактер септик шокда ёки зарурият туғилса 0,5 мг/кг/мин дозасини оширадиган норадреналин кўрсатилган.
-----------	--

<b>2А</b>	Септик шок кузатилмаган зотилжам билан ҳасталанган беморларда ГКС рутин қўлланилади.
-----------	--

### Қон таркибий қисмлари.

Ўпка шикастланишини кучайтириши хавфи юқори бўлганлиги сабабли қон таркибий қисмларини қуйиш тўғрисидаги қарор “хавfli/фойдали” мезонидан келиб чиққан ҳолда қабул қилиниши керак.

1. СЗП дан фойдаланиш фақат клиник ва/ёки лаборатор аниқланган коагулопатияда кўрсатилган.
2. Эритроцитлар трансфузияси гемоглобин миқдори 70 г/л дан кам бўлганда кўрсатма бўлади.
3. Тромбоцитларни қуйиш геморрагик синдром кузатилганда кўрсатма бўлади ва 50 000/мкл дан кўп бўлмаган миқдорда.

### Тромбопрофилактика.

<b>2А</b>	Зотилжам билан касалланган барча беморларга парентерал антикоагулянтлар, тизимли тробоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида тавсия қилинади.
-----------	--

Зотилжам касаллигида тизимли тробоэмболик асоратлар хавфи ортади. Зотилжам ёки септик шок билан оғриган беморлар профилактик антитромботик терапия қабул қилишлари зарур, агарда бунга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса.

Тромбопрофилактика бемор тана вазнига мувофиқ пастмолекуляр гепариннинг профилактик дозаларида берилади.

Бемор тана вазнига мувофиқлаштирилган эноксипариннинг стандарт профилактик дозалари	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Тана вазни &lt;50 кг: 20 мг т/о кунига</li> <li>- Тана вазни 50-90 кг: 40 мг т/о кунига</li> <li>- Тана вазни 90-130 кг: 60 мг т/о кунига*</li> <li>- Тана вазни 130-170 кг: 80 мг т/о кунига*</li> <li>- Тана вазни &gt;170 кг: 0,6 мг/кг т/о кунига</li> </ul> <p>*Суткалик дозани иккига бўлиш мумкин</p>
Фракцияланмаган гепариннинг стандарт профилактик дозаси	Ҳар 12 соатда тери остига 5000 бирлик

## Терапиянинг бошқа таркибий қисмлари.

Стрессли меъда яраси пайдо бўлиши ва меъда ярасидан қон кетишини олдини олиш учун беморларга H<sub>2</sub>-блокаторлари ёки протон помпаси ингибиторлари тайинланиши кўрсатилган. Меъда-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетишининг энг самарали профилактикаси – кислород транспортини яхшилаш ва энтерал овқатланиш.

**ЗВ**

Зотилжам кузатилган барча беморларга стресс яраларни олдини олиш мақсадида антисекретор препаратлар тавсия қилинади (протон помпа ингибитори, H<sub>2</sub>-блокаторлар).

Глюкокортикоидлар фақат нафас йўллариининг оғир обструкциясида, ўпка шишида, аутоиммун зарарланган аъзоларнинг оғир инфекция қасалликлари (вирусли перикардит ва миокардит) да кўрсатилган.

Озиқлантиришни қўллаб-қувватлаш – суюқлик ва озиқ-овқатларни энтерал йўл билан эрта бошлаш ва унга алоҳида аҳамият бериш керак.

Плеврал бўшлиқда керагидан ортиқ экссудат йиғилганда торакацентезга кўрсатма бўлади. Торакацентездан кейинги дренажлашга плевра эмпиемаси ёки оч рангли (йирингсиз) рН кўрсаткичи 7,2 дан кам бўлган экссудат кўрсатма бўлади.

**Ҳозирги вақтда турли хил биоген стимуляторларни, антигистамин, иммуностимуляторлар, шунингдек ностероид яллиғланишга қарши воситалар, замбуруғларга қарши препаратларни тайинлаш мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги далиллар мавжуд эмас.**

## Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг аҳволини назорат қилиш.

1. Тана ҳарорати
2. Пульс
3. Нафас олиш сони
4. Периферик қоннинг кислород билан тўйинганлиги
5. Кундалик диурез
6. Лаборатор текширувлар: қоннинг умумий таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевино, креатинин), С-реактив оқсил
7. Кўрсатмага асосан кўкрак қафаси рентгенографияси динамикада

## Касалхонадан чиқариш мезонлари.

- Умумий аҳволи кониқарли;
- Охирги 2-3 кун ичида тана ҳарорати меъёрга тушиши;
- Гемодинамика турғунлашуви;
- Лаборатория натижалари ва ўпка аускультацияси меъёрланиши.

## Зотилжамда акушерлик тактикаси [GPP].

- Зотилжам ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма ҳисобланмайди. Шунинг эсада тутиш керакки, зотилжам ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма эмас ва тўғри танланган антибактериал терапия келажакда болага зарарни камайтиради.

- Авж олувчи полиорган етишмовчиликда ҳомиладорлик 32 ҳафта ва ундан юқори бўлган муддатда, шунингдек туғишга мутлоқ акушерлик кўрсатма, эрта туғруқ учун кўрсатма хисобланади.
- Муддатидан олдин ёки муддатида туғиши аёлнинг хабардорлиги ва розилиги билан кенгаш томонидан белгиланади.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорлар туғиши табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилгани мақсадга мувофиқ.
- Кесарча кесиш мутлақ акушерлик кўрсатмалар бўлганида, шунингдек ҳаёти хавф остида бўлган, ҳомиладорлик 20 ҳафтадан ошган аёлларда ўтказилади (реанимация тадбирларини самарадорлигини ошириш мақсадида).
- Полиорган етишмовчилик белгилари бўлмаган ҳолда туғишга оператив кўрсатмалар бўлса, анестезиологик чора тадбирлар учун регионар анестезия (эпидурал, спинал) усуллари афзал.
- Авж олувчи нафас етишмовчилигида ва бемор ЎСВ га ўтказилганда туғрукка рухсат бериш қарори шифокорлар кенгаши томонидан қабул қилиниши керак.
- Зотилжамда хомиланинг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ҳомиладорликни тезда тўхтатиш учун кўрсатма эмас.
- Зотилжамда, кўп хомилали хомладорлик ва хомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорликни дарҳол тўхтатиш учун кўрсатма эмас.
- Нафас етишмовчилигида, бачадон чандиғи борлиги тезда кесарча кесиш амалиёти билан туғишига кўрсатма эмас.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорларда туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, бу амалиётни беморнинг умумий аҳволи яхшилангунича ва симптомлар бартараф этилгунича бошламаслик мақсадга мувофиқ, чунки касалликнинг авж палласида туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш куйидаги оғир асоратларга олиб келиши мумкин:
  - Асосий касалликнинг оғирлашиши, нафас етишмовчилиги ривожланиши ва авж олиши,
  - Акушерлик қон кетишлар, хомиланинг интранатал ўлими, туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратлар пайдо бўлиши.
- Туғруқнинг тезда ривожланишида она ва бола аҳволи назорат қилинган ҳолда туғишни табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошириш афзал.
- Туғруқнинг 1- ва 2-босқичларида оғриқсизлантириш ўтказиш керак (эпидурал, спинал анестезия).
- Агар туғруқнинг 2-босқичини тезда тугатиш зарур бўлса вакуум экстракцияси ёки акушерлик қисқичларини кўллаш керак.

### Ҳомиладор аёлларда зотилжамни олдини олиш.

- Кўпинча зотилжам ҳомиладорларда грипп эпидемияси даврида ривожланишини хисобга олиб, куйидаги чора-тадбирларни ўтказиш тавсия этилади:

Носпецифик	Специфик
<p>ЎРВИ ва грипп билан касалланган шахслар билан яқин мулоқотда бўлган ҳомиладор аёлларда 10 кун давомида вирусга қарши кимёвий профилактика (занамивир, осельтамивир) ўтказиш керак.</p>	<p>Эпидемия даврида барча ҳомиладор аёлларни (1-триместрдан ташқари) гриппга қарши эмлаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ҳар йиллик гриппга қарши эмлашда ҳомиладор аёлларга қарши кўрсатмалар йўқ.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ҳимоя таъсири одатда эмлашдан 8-12 кундан сўнг юзага чиқади ва 12 ойгача сақланиб туради.</li> <li>• Инактивацияланган уч валентли грипп вакцинасидан пайдо бўлган она иммунизацияси она, ҳомила ва чақалоқнинг грипп инфекцияси билан касалланишини ва ўлимини сезиларли даражада камайтиради.</li> <li>• Эмлаш фақатгина аёлнинг розилиги ва муолажа ҳақида хабардорлиги расмийлаштирилгандан кейингина ўтказилади.</li> </ul>
--	---

<b>2А</b>	Грипп асоратли кечиши юқори хавфи билан барча беморларга грипп вакцинасини қўллаш кўрсатилган.
-----------	--

Ҳомиладорлар грипп асоратли кечиши юқори хавфи бор гуруҳга киради. Грипп вакцинацияси ҳар йил ўтказилади, оптимал вақти-грипп эпидемия мавсумида.

**Тиббий реабилитация:** йўқ.

**Тиббий ёрдамни ташкил қилиш:** зотилжам билан оғриган ҳомиладор аёлларга стационар шароитида шошилиш тиббий ёрдам бериш кўрсатилган.

**Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари.**

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Бемор ҳолатини оғирлик даражаси CURB65 шкаласи ва/ёки IDSA/ATS мезонлари бўйича баҳоланди	Ҳа / Йўқ
2	Бемор аҳоли оғирлигига қараб ихтисослашган бўлимга (ХПБ ёки ОРИТ) ўтказилди	Ҳа / Йўқ
3	Терапевт ва/ёки пулмонолог томонидан текширув ўтказилди	Ҳа / Йўқ
4	Ўрта ва юқори хавfli зотилжамда анестезиолог-реаниматор маслаҳати ўтказилди	Ҳа / Йўқ
5	Пульсоксиметрия ўтказилди	Ҳа / Йўқ
6	Ўпка рентгенографияси ўтказилди	Ҳа / Йўқ
7	Умумий (клиник)/кенгайтирилган кон таҳлили ўтказилди	Ҳа / Йўқ
8	Қоннинг биохимик текшируви (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин) ўтказилди	Ҳа / Йўқ
9	Қондаги С-реактив оқсил миқдори текшируви ўтказилди	Ҳа / Йўқ
10	Кўзгатувчининг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш максидида балғамни (агар мавжуд бўлса) ёки трахеал аспиратни бактериологик текшируви ўтказилди	Ҳа / Йўқ

11	Антибактериал препарат ёки препаратларни биринчи дозасини вена ичига юбориш 4 соатдан кечиктирмасдан амалга оширилди	Ҳа / Йўқ
12	Рационал антибиотикотерапия буюрилди	Ҳа / Йўқ
13	Ингаляцион йўл билан кислород юборилди (сатурация 90% дан кам бўлса)	Ҳа / Йўқ
14	Орал гидратация ўтказилди	Ҳа / Йўқ
15	Инфузион терапиянинг чекловчи режими қўлланилди	Ҳа / Йўқ
16	Туғруқ қабул қилиш зарур бўлган ҳолларда (ўз вақтида ёки муддатидан олдин) туғруқ индукцияси ёки кесарча кесиш амалиёти бемор ҳолатини барқарорлаштириш ва нафас етишмовчилиги белгиларини даволашдан сўнг амалга оширилди	Ҳа / Йўқ
17	Стационардан чиқарилган вақтда барқарор афебрил даврга (48 соатдан ортиқ) эришилди	Ҳа / Йўқ
18	Стационардан чиқарилган вақтда С-реактив оксил даражасининг бошланғич қийматидан 25% дан ортиқ пасайишига эришилди	Ҳа / Йўқ
19	ВТЭА хавфи баҳоланди ва тромбопрофилактика ўтказилди	Ҳа / Йўқ
20	Самарадорлиги исботланмаган дори воситалари ва амалиёт усуллари ишлатилмади	Ҳа / Йўқ
21	Полипрагмазия қўлланилмади	Ҳа / Йўқ

## Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Внебольничная пневмония. Клинические рекомендации. Российское респираторное общество. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Москва, 2018.
2. 2015 - Annotated British Thoracic Society Guideline for the management of Community Acquired Pneumonia in Adults (2009). Summary recommendations.
3. Anand N, Kollef MH. The alphabet soup of pneumonia: CAP, HAP, HCAP, NHAP and VAP. Semin Respir Crit Care Med 2009;30:3-9
4. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients (Review) 3 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
5. Antibiotics for Staphylococcus aureus pneumonia in adults (Protocol) 1 Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
6. Bjerre LM, Verheij TJM, Kochen MM. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients. Cochrane. Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD002109. DOI: 10.1002/14651858.CD002109.pub3.
7. British Thoracic Society. Guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in Adults. 2009.
8. Community acquired pneumonia: antimicrobial prescribing. Hospital-acquired pneumonia: antimicrobial prescribing. A summary of prescribing recommendations from NICE guidance. September 2019: No.121.
9. Correia JB, Bezerra PGM, Duarte MMB, Britto MCA, Mello MJG. Fluid therapy for pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD007243. DOI: 10.1002/14651858.CD007243.
10. Corticosteroids for pneumonia (Protocol) 1. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



11. Daniel P., Rodrigo C., Mckeever T.M., et al. Time to first antibiotic and mortality in adults hospitalised with community-acquired pneumonia: a matched-propensity analysis. *Thorax* 2016;71(6):568-70.
12. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. May – august, 2019.
13. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol* 2002;100:94-100.
14. Goodnight WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. *Crit Care Med* 2005;33:S390-397.
15. Halm EA, Teirstein AS. Clinical Practice. Management of community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 2002;347:2039-2045  
laboratory parameters in community-acquired pneumonia. *BMC Infect Dis.* 2007;7:10.
16. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007;44(suppl):S27-72
17. МӀller B., Harbarth S., Stolz D., et al. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and
18. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG138]. September, 2019.
19. Ramirez J.A., Wiemken T.L., Peyrani P., et al. Adults Hospitalized With Pneumonia in the United States: Incidence, Epidemiology, and Mortality. *Clin Infect Dis* 2017;65(11):1806-1812.
20. Shankar PK, Devi V, Bairy KL, Nair S. Antibiotics for Staphylococcus aureus pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 1. Art. No.: CD006337. DOI: 10.1002/14651858.CD006337.
21. Shariatzadeh MR, Marrie TJ. Pneumonia during pregnancy. *Am J Med* 2006;119:872-876.
22. WHEC Practice Bulletin and Clinical Management Guidelines for healthcare providers. Educational grant provided by Women's Health and Education Center (WHEC).
23. Wiersinga W.J., BontenM.J., Boersma W.G., et al. Management of community-acquired pneumonia in adults: 2016 guideline update from the Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) and Dutch Association of Chest Physicians (NVALT). *The Netherlands Journal of Medicine* 2018; 76(1): 1 -13.
24. Yuanjing C, Pu H, Wu T. Corticosteroids for pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD007720. DOI: 10.1002/14651858.CD007720.

## Баённома яратилиш услуги.

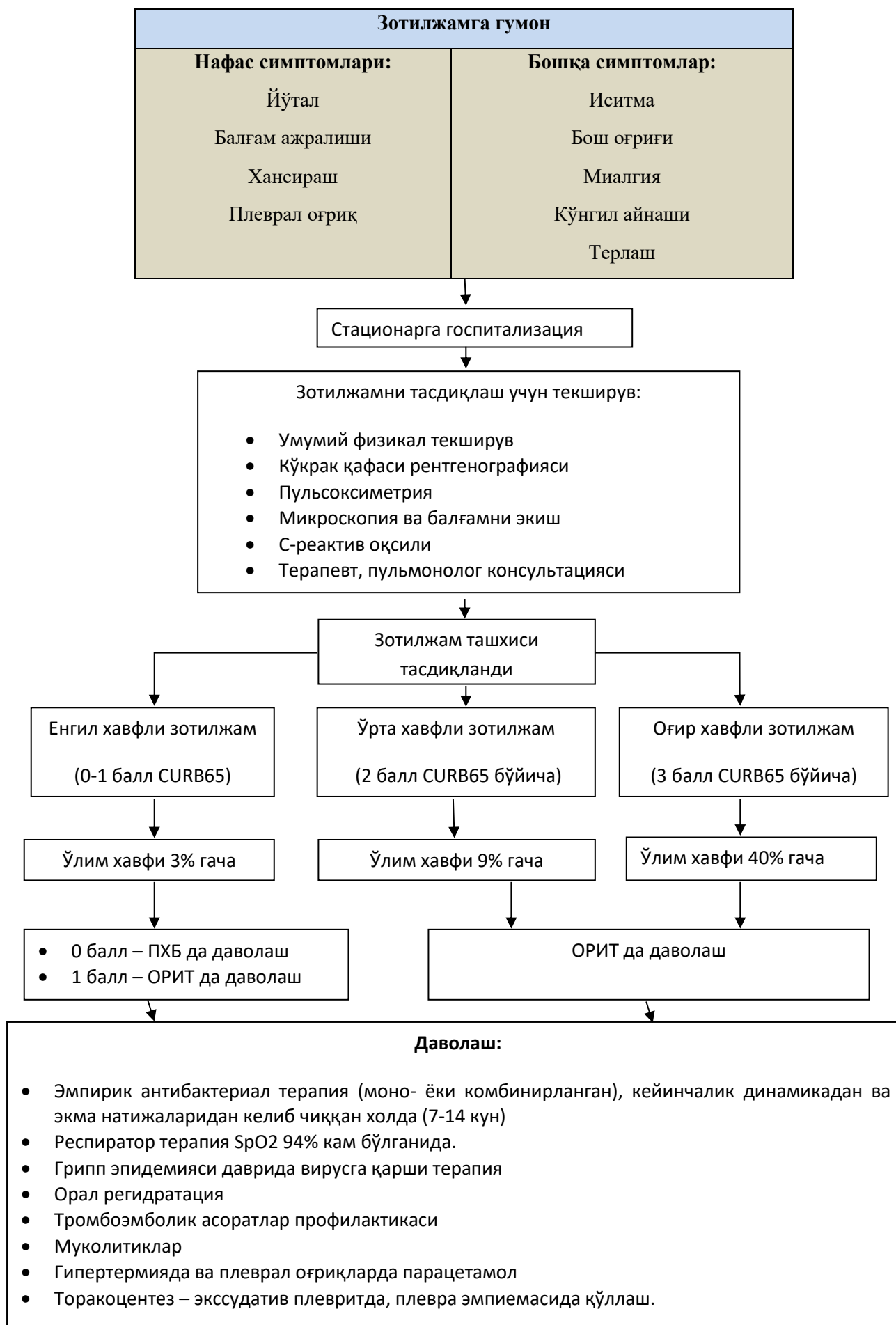
Қуйидаги тавсияномада ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар, сони ва сифатидан келиб чиққан холда маълумотлар яққоллик даражасига (далилларга асосланиб) кўра тартибланган.

**Тавсияноманинг далиллари ишончлилиги ва аниқлиги даражалари:**

<b>Тавсияноманинг ишончлилиги даражаси</b>	
<b>I</b>	Диагностик амалиёт ёки даволаш тури самарали ва фойдали эканлиги тўғрисида далил ва/ёки аниқ фикр.
<b>II</b>	Даво чораларининг самара/фойдаси ҳақидаги қарама қарши фикрлар ва маълумотлар.
<b>II a</b>	Фикрлар/ маълумотлар ва даволанишдан самара/фойда нисбати.
<b>II b</b>	Фикрлар/ маълумотлар ва даволанишдан самара/фойда нисбати унчалик аниқ эмас.
<b>III</b>	Диагностик амалиёт/даволаш тури самарасиз ва айрим ҳолларда хавфли эканлиги тўғрисида далил ва аниқ фикрлар.

<b>Тавсияноманинг аниқлик даражаси</b>	
<b>A</b>	Маълумотлар рандомланган клиник тадқиқотлар ва мета-анализлар натижаларидан олинган.
<b>B</b>	Маълумотлар рандомланган I-та клиник тадқиқотдан ёки аниқ натижаларсиз масштабли тадқиқотлардан олинган.
<b>C</b>	Яхши бажарилган ноэкспериментал тадқиқот: таққослама, корреляцион ёки «тасодифий текширув».
<b>D</b>	Мутахассис консенсус фикри ёки тан олинган авторитет клиник тажрибаси, регистрлар.
<b>GPP</b>	Good Practice Points - Тавсиянома ижобий клиник тадқиқотга асосланган.

## Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларни олиб бориш алгоритми.





**Мониторинг:**

Тана харорати, Пульс, Нафас олиш частотаси, Кислород сатурацияси, Суткалик диурез,

АЛТ, АСТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевино, креатинин, С-реактив оқсилли,

## **Зотилжамда микробиологик тадқиқот учун клиник материални олиш қондаси.**

### **Културал текшириш учун эркин ажралувчи балғамни олиш қондаси:**

1. Балғам йиғиш учун стерил герметик ёпиладиган пластик контейнерлар зарур.
2. Балғам йиғишдан олдин бемордан оғиз бўшлиғини қайнаган сув билан чайиши лозим. Агар балғам эрталаб олинса – оч қоринга қилингани мақул.
3. Бемор яхшилаб йўталиши ва пастки нафас йўлларидаги балғамни (сўлакни эмас!) йиғиб стерил контейнерга жойлаши лозим.
4. Балғамни сақлаш давомийлиги хона ҳароратида 2 соатдан ошмаслиги керак. Агарда намунани вақтида етказишнинг иложи бўлмаса, уни музлатгичда +4-8°C ҳароратда 24 соатгача сақлаш мумкин.

### **Индукцияланган балғамни олиш учун қуйидаги услублардан фойдаланиш мумкин:**

1. Дренаж ҳолатлари (постурал дренаж).
2. Нафас гинастика машқлари.
3. Кўкрак қафаси вибрацион массажи.

### **Културал текшириш учун трахеал аспиратни олиш қондаси:**

1. Трахеобронхиал соҳа таркибидаги трахеал аспиратни олиш учун эндотрахеал найчали тизимдан фойдаланилади.
2. Шу мақсадда вакуум аспиратор стерил катетери - клапанли ёпғичли вакуум контролерга уланади, тизимнинг бошқа учи эндотрахеал найчага уланади.
3. Вакуум-аспиратор ишга туширилиб тизим пробиркасига трахеобронхиал соҳа таркиби 1 мл кам бўлмаган миқдорда олинади. Трахеал аспират олиш вақти 5-10 сониядан ошмаслиги зарур.
4. Аспиратор ажратилади, эндотрахеал найча тизимдан, уланган катетерлар қопқоғи олиниб пробиркани қўшимча қопқоқ билан беркитилади.
5. Балғамни сақлаш давомийлиги хона ҳароратида 2 соатдан ошмаслиги керак. Агарда намунани вақтида етказишнинг иложи бўлмаса уни музлатгичда +4-8°C ҳароратда 24 соатгача сақлаш мумкин.

## Тиббий аралашувга ахборот асосида розилик бериш маълумотномаси

*Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик ва реабилитация йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий манипуляция турларидир.*

1. Мен, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( бемор ёки ишончли вакил Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Йили туғилганман , қуйидаги манзилда рўйхатга олинганман  
\_\_\_\_\_ (бемор ёки ишончли вакил яшаш  
манзили )

Режалаштирилган тиббий аралашувга розилик бераман \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Тиббий муассаса номи )

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширув, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилиш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун бир хавфли бўлиб , вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман . Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар мавжуд эмас.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа вариантларида кутилмаган фавқулодда ҳолатлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур фавқулодда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки процедураларга) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув курси ўз хоҳишимга қўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашув самарадорлигини юқори бўлиши учун, менда дори-дармон ва озик-овқат махсулотларига индивидуал муросасизлик ва аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки захарли дори воситаларига муносабатим , шу жумладан, менинг саломатлигим, ирсият билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак , деб биламан.

6. Мен жарроҳлик пайтида қон йўқотилиши мумкинлигини тушунаман ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкин, бунга ихтиёрий розилигимни бераман . Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари , муолажанинг ўтқазилиш тартиби ва қоидалари , мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим . Мен барча зарур тиббий чора-тадбирларни амалга оширишга розиман. Мен қон қуйиш ва уларнинг компонентларини қабул қилишдан бош тортсам , касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий ва диагностика жараёнини ҳар қандай ахборот воситаларига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностика ва терапевтик мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен фақат касаллигим , унинг прогнози ва даволаш усуллари ҳақидаги маълумотни фақат қуйидагиларга беришингизга рухсат бераман .

---

---

---

---

(ишончли шахслар )

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча тавсилотлари билан танишман, мен уларга тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман

Имзо

Сана «\_\_\_»\_\_\_\_\_ й.

### Беморлар учун маълумотлар.

- Зотилжам - ўпкада турли хил микроорганизмлар: бактерия, вируслар, содда хайвонлар қўзғатадиган ўткир ялиғланиш касаллигидир.
- Кўпгина ҳолатларда зотилжам эпидемия даврида грипп кўринишида кечади.
- Зотилжам ўпканинг альвеолалари - ўпкада газ алмашинуви таминловчи халтачаларнинг микроорганизмлар билан зарарланиши билан хавфлидир. Альвеолалар зарарланганда, улар шишиб кетади, қалинлашади, ялиғланиш моддалари тўпланиб қолади, бу эса газ алмашинувининг бузулишига ва қонда, органларда, тўқималарда кислород етишмовчилигининг пайдо бўлишига олиб келади.
- Ҳомиладорлик ҳар қандай шамоллаш фонида зотилжамнинг тез ривожланишига мойилликни оширувчи омил ҳисобланади. Бунинг сабаби шундаки, ҳомиладор аёлларда одатда иммунитет пасаяди ва ўсаётган бачадон диафрагмани кўтариб, нафас олиш пайтида ўпканинг нормал кенгайишини чеклаб қўяди.
- Қуйидаги белгилар кузатилганда, сиз зотилжамга гумон қилишингиз мумкин :
  - тана хароратининг кўтарилиши, титроқ;
  - нам ёки қуруқ йўтал;
  - нафас қисиши ёки нафас олишда кийналиш;
  - нафас олганда кўкрак қафасида оғрик;
  - тумов;
  - бўғимларда оғрик;
  - заифлик;
  - иштаҳа йўқолиши;
  - юрак тез уриши ҳисси.
- Кўпинча ҳомиладорлик пайтида зотилжам аниқ клиник белгиларсиз ривожланади ва энгил шамоллаш белгилари билан яширин кечади. Зотилжам - бу фақат касалхона шароитида даволанадиган касалликдир.
- Шу сабабдан агарда сизда шамоллашнинг аломатлари бўлса шифокорга мурожаат қилишингиз зарур. Фақатгина қон, балғам, рентген текширувларини ўз ичига олган кенг қўламли кўрик зотилжамни оддий шамоллашдан ажратишга ёрдам беради.
- Шамоллаш аломатлари мавжуд бўлганда уйда мустақил даволаниш мумкин эмас, чунки бу текширув вақтини узайтиради ва самарали даво чораларини кечиктиради.
- Агар сиз ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмасангиз ва зотилжамни эрта даволашни бошламасангиз бу қуйидаги оқибатларга олиб келиши мумкин:
  - муддатидан олдин туғруқ,
  - ҳомиланинг кислород етишмовчилигидан кийналиши ва ҳалок бўлиши,
  - ҳомиланинг ривожланишдан ортда қолиши,
  - онанинг бошқа аъзоларига (буйрак, жигар, юрак, асаб тизими) зарар етиши. Оғир ҳолатларда танада қайтарилмас жараёнлар юз бериши ва ўлимга олиб келиши.
- Агар ҳомиладорлик пайтида зотилжамнинг олдини олишни истасангиз, грипп эпидемияси мавсумида шифокорингизга мурожаат қилишингиз зарур, у гриппга қарши эмлашни тавсия қилиши мумкин.



# Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслиги
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқиш санаси</b>	20.03.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган.
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любич А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббаров Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Юсупбаев Р.Б., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртичев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Расулов О.А.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Баҳранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Жумаев Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

### Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Усмонов С.К., етакчи мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

## Такризчилар

Иргашева С.У.

РИАГИАТМ, т.ф.д., клиник ординаторлани тайёрлаш  
бўйича мутахассис, катта илмий ходим

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва  
гинекология №2 кафедраси муdiri

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ҚР</i>	–	<i>Қорақалпоғистон Республикаси</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

Клиник баённома 2021 йил «25» мартда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 3-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## КИРИШ

### Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар кофиденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, беморнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий талабларга мувофиқ ташхислаш ва даволаш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник қўлланманинг мақсади:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** қони резус-манфий ҳомиладор ва туғувчи аёллар.

### Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:

15. акушер-гинекологлар;
16. неонатологлар;
17. лаборантлар;
18. умумий амалиёт шифокорлари;
19. акушеркалар (доялар);
20. клиник фармакологлар;
21. ОТМ талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, ўқитувчилари.

### Қисқартмалар рўйхати:

<b>Ht</b>	гематокрит
<b>Hb</b>	гемоглобин
<b>Ig</b>	иммуноглобулин
<b>RhD</b>	D резуси
<b>AB0</b>	одам қон гуруҳлари тизими
<b>АЛТ</b>	аланин аминотрансфераза
<b>АСТ</b>	аспартат аминотрансфераза
<b>ОИВ</b>	одам иммунитет танқислиги вируси
<b>БИҚҚ</b>	бачадон ичи қон қуйиш
<b>ЧГК</b>	чақалоқлар гемолитик касаллиги
<b>ҲГК</b>	ҳомила гемолитик касаллиги
<b>КИМ</b>	кислота-ишкор мувозанати
<b>КТГ</b>	кардиотокография
<b>МоМ</b>	“multiple of median” атамасининг инглизча қисқартмаси, ўртача қийматдан (медиадан) кўрсаткичнинг оғиш даражасини акс эттиради
<b>СҚОЧТ</b>	систолик қон оқимининг максимал тезлиги
<b>МКБ</b>	миллий клиник баённома
<b>УҚТ</b>	умумий қон таҳлили
<b>УСТ</b>	умумий сийдик таҳлили
<b>МЎА</b>	мия ўрта артерияси
<b>УТТ</b>	ультратовуш текшируви
<b>ҲОТ</b>	ҳомила-она трансфузияси
<b>ЭКГ</b>	электрокардиограмма
<b>ЛТЮЭМ</b>	лейкоцитлар ва тромбоцитлардан ювилган эритроцитлар массаси

## Таърифи

- **Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслиги** – резус-мусбат ҳомиланинг эритроцит антигенларига резус-манфий онанинг гуморал иммун жавоби. Ушбу касалликда анти-резус антитаначалар ҳосил бўлади. Синонимлари – **резус-конфликт, резус-сенсбилизация, резус-аллоиммунизация.**
- **Ҳомила гемолитик касаллиги (ХГК)** – она ва ҳомила қонларининг резус тизими бўйича мос келмаслик ҳолатида, плацентар тўсиқ орқали ҳомиланинг қон оқимиға кирадиган онанинг анти-Rh (D) антитаначалари таъсирида ҳомиланинг резус-(D)-мусбат эритроцитлар гемолизи билан ифодаланиладиган, шунингдек, анемия ривожланиши, эритроцитларнинг бласт шакллари сони кўпайиши билан намоён бўладиган касаллик. Синонимлари – **ҳомила эритробластози, гемолитик сариқлик.**

## КХТ-10 бўйича кодланиши

<b>O00-099</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр
<b>O30-048</b>	Амниотик бўшлиқ ва ҳомиланинг ҳолати, туғдириб олишда келиб чиқиши мумкин бўлган қийинчиликлар билан боғлиқ онага тиббий ёрдам кўрсатилиши
<b>O36</b>	Ҳомиланинг бошқа аниқланган ёки гумон қилинаётган патологик ҳолатлари билан боғлиқ онага тиббий ёрдам кўрсатилиши
<b>O36.0</b>	Онага тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қиладиган резус-иммунизация ҳолати
<b>O36.1</b>	Онага тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қиладиган иммунизация ҳолатининг бошқа шакллари
<b>P55</b>	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги
<b>P55.0</b>	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг резус-изоиммунизация ҳолати
<b>P55.8</b>	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқ гемолитик касаллигининг бошқа шакллари
<b>P55.9</b>	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг аниқланмаган гемолитик касаллиги
<b>P56</b>	Гемолитик касаллик билан боғлиқ ҳомила шиши
<b>P56.0</b>	Резус-изоиммунизация ҳолати билан билан боғлиқ ҳомила шиши
<b>P56.9</b>	Бошқа аниқланмаган гемолитик касаллик билан боғлиқ ҳомила шиши

## Этиология ва патогенези

- Резус-изоиммунация (номутаносиблик) касаллиги асосан онанинг ва ҳомиланинг қони RhD антигени бўйича мос келмаслигида ривожланади. Шунингдек, ХГК онанинг ва ҳомиланинг қони C, c, E, e антигенлари бўйича мос келмаслигида ривожланиши мумкин. Қони резус-манфий бўлган аёл, ёки ҳомиладорлик даврида биологик отасидан ўтган ҳомиланинг Rh(D) антигени қон оқимиға тушганда, ёки аёл ҳомиладор бўлмаганда резус-(D)-мусбат донор қонининг компонентлари қуйилганда, сенсбилизацияга учрайди.
- Ҳомиладорлик даврининг 1-триместр давомида 5-7%, 2-триместр давомида 15-16% ва 3-триместр давомида 29-30% аёлларда ҳомиланинг эритроцитлари плацентар тўсиқ орқали онанинг қонига ўтади. Онанинг иммун жавобининг биринчи босқичида юқори молекуляр массага эга ва плацентар тўсиқдан ҳомиланинг қонига ўтмайдиган IgM антитаначалари ишлаб чиқарилади. Изоиммунизация ривожланишининг

кейинги босқичларида паст молекуляр массага эга ва плацентар тўсиқдан ҳомиланинг қонига осон ўтадиган IgG антитаначалари, шу жумладан, ҳомила эритроцитларининг гемолизиди муҳим роль ўйнайдиган лимфоцитлар ва макрофагларнинг Fc-рецепторлари (FcR) билан ўзаро таъсирга фаол киришадиган иммуноглобулин G1 ва G3 субгурuhlари ишлаб чиқарилади.

- Биринчи ҳомиладорликда ХГК камдан-кам ривожланади, чунки ҳомиланинг эритроцитлари онанинг қонига ўтиши асосан ҳомиладорликнинг кечки муддатларида ёки туғруқ пайтида юз беради ва бирламчи иммун жавоби шаклланишга улгурмайди. Биринчи ҳомиладорликда ХГК келиб чиқиши аллақачон ривожланган изоиммунизация ҳолати билан боғлиқ бўлиши мумкин, масалан, анамнезда қони резус-манфий бўлган аёлга резус-мусбат қон компонентларини қуйиш.
- Кейинги ҳомиладорликларда ҳомиланинг эритроцитлари онанинг қонига ўтиши тезкор иммун жавобини чақиради, IgG антитаначалари ҳомилага ўтади, гемолиз, анемия, экстремедулляр гематопоз (қон ишлаб чиқариш) ўчоқларининг фаоллашиши ва гепатоспленомегалия ривожланади. Жигар хужайраларининг темир ва глобиннинг парчаланган маҳсулотлари билан "ҳаддан ташқари юкланиши" туфайли, жигарнинг оқсил синтетик функцияси бузилади, бу эса гипопропротеинемия, гипоальбуминемия ва, кейинчалик, томир деворларининг ўтказувчанлиги ошишига олиб келади. Ривожланиб боровчи анемия фониди жигар ҳажми янада ошиши ва анасарка ривожланишига кўмаклашувчи юрак етишмовчилиги ва портал гипертензия босқичма-босқич шаклланиши билан ҳомилада қон айланишининг гипердинамик тури билан боғлиқ гипоксемия ҳолати ривожланади. Шу қадар, ҳомила шиши билан оғир анемия ҳам ривожланади. Бачадон ичи даволаш тадбирлари амалга оширилмаса, ҳомиланинг антенатал ўлими содир бўлиши мумкин. Туғруқдан бир оз олдин ёки бола туғилгандан сўнг дарҳол ҳомила эритроцитлари гемолизининг кечроқ бошланиши туфайли, енгил анемия ривожланади.

### Эпидемиологияси

- Нормал кечаётган ҳомиладорлик даврининг 1-триместр давомида 5%, 2-триместр давомида 15% ва 3-триместр охирида 30% ҳомиладор аёлларда эритроцитлар плацентар тўсиқ орқали ўтади. Аксарият ҳолларда онанинг қонига ўтадиган ҳомиланинг хужайралари кам миқдорда бўлади ва бирламчи иммун жавоби ривожланиши учун етарли бўлмайди.
- Қони резус-манфий бўлган аёлларнинг барча ҳомиладорликларининг тахминан 1,5% резус-сенсбилизация билан асоратланади. Ушбу ҳолатлар сони анти-Rh(D) иммуноглобулин кенг қўлланилиши билан сезиларли даражада камайдди.
- Резус мос келмайдиган биринчи ҳомиладорлик даврида туғруқдан олдинги бирламчи изоиммунизация частотаси 1% дан камни ташкил қилади.
- Кўпинча ҳомиланинг резус-мусбат эритроцитларининг онанинг қонига ўтиши туғруқ пайтида юз беради. Изоиммунизация ривожланиш хавфи даражаси онанинг қонига ўтадиган резус-антигенларининг миқдорига боғлиқ бўлади.
- Туғруқдан кейин иммунизация ривожланиш частотаси, резус-мусбат эрлари бўлган барча резус-манфий аёлларнинг 10-15% ташкил қилади.
- Биринчи ҳомиладорликда антирезус иммуноглобулин билан туғруқдан олдинги профилактикасини ўтказиш иммунизация ривожланиш хавфини 0,2% гача, антирезус иммуноглобулин билан туғруқдан кейинги профилактикасини ўтказиш эса иммунизация ривожланиш хавфини 0,06% гача камайтиради.

### Резус-конфликтнинг хавф омиллари

**Анамнестик хавф омиллари:**

- ҳомила гемолитик касаллиги (ХГК);
- ҳомиланинг антенатал ўлими;
- қон компонентларини қуйиш.

#### **Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари:**

- ўз-ўзидан ҳомила тушиши;
- ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш;
- бачадондан ташқари ҳомила;
- хорион биопсияси;
- амниоцентез;
- кордоцентез;
- қорин девори шикастланиши (тўғридан-тўғри/билвосита, ўткир/тўмтоқ, очик/ёпик). Ҳар қандай қорин девори шикастланиши кейинчалик сенсibiliзацияли ҳомила-она трансфузияси ривожланиши учун етарли омил ҳисобланади);
- нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши ёки йўлдошнинг олдинда жойлашиши (ташқи ва/ёки ички) билан боғлиқ туғруқдан олдин қон кетиши;
- туғруқ;
- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти;
- йўлдошни қўл билан кўчирилиши ва ажратилиши;
- ҳомилани бошига ташқи айлантириш (уриниш ёки амалга оширилган).

#### **Резус-иммунизацияланган ҳомиладорликнинг асоратлари**

- ҳомила ва янги туғилган чақалоқ гемолитик касаллиги (ХГК, ЧГК);
- ўлик туғилиш;
- муддатидан олдинги туғруқ.

#### **Резус-конфликтнинг классификацияси**

##### **Она ва ҳомиланинг қони ўртасида иммунологик конфликтнинг характери бўйича ХГК шакллари:**

- резус-омил бўйича мос келмаслик;
- эритроцитларнинг бошқа камдан-кам учрайдиган антигенлари бўйича мос келмаслик (минор антигенлар бўйича);
- АВ0 тизими бўйича мос келмаслик (гуруҳ мос келмаслиги).

##### **Анемия оғирлиги ва ҳомила шиши мавжудлиги бўйича ХГК шакллари:**

- енгил даражадаги анемия – **анемия шакли** (сариклик ва ҳомила шиши бўлмаган анемия);
- оғир анемия (**сариклик шакли**: сариклик билан кечадиган анемия) – ХГКнинг энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади;
- ҳомила шиши билан кечадиган оғир анемия (**шишли шакли**) – ХГКнинг энг оғир ва прогностик жиҳатдан нохуш шакли ҳисобланади.

##### **Ҳомилада гемоглобин/гематокрит даражаси бўйича ХГК шакллари:**

- енгил анемия – маълум бир муддат учун ўртача кўрсаткичларга нисбатан гемоглобин етишмовчилиги 20 г/л гача бўлиши (Hb <0,84 Мом);
- ўрта даражадаги - анемия – гемоглобин етишмовчилиги 20-70 г/л бўлиши (Hb <0,65 Мом);
- оғир анемия – гемоглобин етишмовчилиги 70 г/л дан ортиқ бўлиши (Hb <0,55 Мом).



## Резус-конфликтнинг клиник кўриниши

ХГКнинг ташхис қўйилишида асосий роль лаборатория ва функционал текширув усулларига берилади, улар ёрдамида ХГКга ташхис қўйилади ва унинг шакли аниқланади.

## РЕЗУС-КОНФЛИКТ ДИАГНОСТИКАСИ

### Ташхис қўйиш мезонлари

ХГК ташхиси ҳомиланинг ультратовуш текширувининг (УТТ) маълумотлари бўйича кўп сувлилик ва ҳомила шиши клиник кўриниши, лаборатория маълумотлари бўйича анемия ва ҳомилада эритроцитларнинг бласт шакллари сони кўпайишига асосланиб, резус-омил бўйича боланинг биологик отаси билан номувофик бўлган, резус-манфий ҳомиладор аёлга қўйилади.

### Шикоятлар ва анамнез

Специфик шикоятлар бўлмайди. Оғир анемия ва ҳомила шиши ривожланиши билан ҳомиладор аёл ҳомила ҳаракатларининг интенсивлиги пасайишини сезиши мумкин, бу эса юрак етишмовчилиги ривожланиши фонида ҳомиланинг заиф ҳаракатланиш фаоллигининг аксидир.

<b>5C</b>	<p><b>Бўйида бўлишдан олдин ёки ҳомиладорликнинг эрта муддатларида анамнезни йиғиш тавсия этилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• АВ0 тизими бўйича қон гуруҳини аниқлаш;</li><li>• ҳомиладор аёлнинг резус-омилини аниқлаш;</li><li>• биологик отасининг қон гуруҳи ва резус-омилини аниқлаш.</li></ul> <p><b>Қони резус-манфий бўлган аёлларда:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• анамнезда қон компонентларини қўйиш тўғрисида анамнестик маълумотларни олиш;</li><li>• ҳомиладорликлар сони, уларнинг кечиши ва натижалари, антирезус Rh0(D) одам иммуноглобулинини юбориш орқали резус-изоиммунизацияни олдини олиш тўғрисида маълумотларни таҳлил қилиш;</li><li>• ХГК белгилари билан туғилган болалари, даволаш усуллари, туғдириб олиш муддати, янги туғилган чақалоқларда касалликнинг оғирлик даражаси тўғрисида анамнестик маълумотларни олиш.</li></ul>
<b>5C</b>	<p><b>ХГК ривожланиши учун хавф омилларини баҳолашни ўтказиш тавсия этилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• қони резус-манфий бўлган аёлларга резус-мансубликни ҳисобга олмаган ҳолда қон компонентларини қўйиш;</li><li>• қони резус-манфий бўлган аёллар қони резус-мусбат бўлган эркакдан ҳомиладор бўлганда:<ul style="list-style-type: none"><li>– туғруқлар;</li><li>– тиббий кўрсатмаларга кўра ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш;</li><li>– ҳомила тушиши;</li><li>– бачадондан ташқари ҳомиладорлик;</li><li>– инвазив ва диагностик аралашувлар (хорион аспирацияси, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, кўп ҳомидаликда эмбрионлар сонини қисқартириш, тос жойлашувида ҳомилани бошига ташқи айлантериш);</li><li>– ҳомиладорлик даврида қон кетиши;</li><li>– ретрохориал/плацентар гематома;</li><li>– мазкур ҳомиладорликда ҳомила нобуд бўлиши;</li><li>– қорин девори шикастланиши.</li></ul></li></ul>

## Физикал текширув

Резус-изоиммунизациянинг диагностикасида физикал текширув етарли даражада маълумот бермайди ва физиологик (нормал) кечаётган ҳомиладорликда каби ўтказилади.

## Лаборатор-диагностик текширувлар

<b>1B</b>	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлни биринчи ташрифда, кейин антитаначалар аниқланмаганда ҳомиладорлик муддатининг 18-20 ва 28 хафтасида антитаначалар мавжудлигини аниқлашга юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Эрининг резус-омилини аниқлаш тавсия этилади:

- аёлнинг эрида резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, антирезус антитаначалар мавжудлиги текширилмайди;
- аёлнинг эрида ноъмалум ёки резус-мусбат омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, ҳомиладорлик резус-мусбат ҳомилалик ҳомиладорлик каби олиб борилади.

Антирезус антитаначаларнинг титрини аниқлаш билвосита Кумбс тести орқали амалга оширилади.

Резус-изоиммунизациянинг профилактикаси ҳомиладорлик муддатининг 28 хафтасидан кечиктирилса, у ҳолда антирезус антитаначаларни аниқлаш анти-резус иммуноглобулинни юборишдан аввал амалга оширилади.

Антирезус антитаначаларни тез-тез аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди.

Анти-резус иммуноглобулинни антенатал профилактик юборишдан кейин 12 hafta давомида антитаначалар титрининг из даражаларини аниқлаш мумкин.

<b>3C</b>	Антитаначалар титрининг қиймати ҳомила касаллиги оғирлигининг ишончли кўрсаткичи бўлиб хизмат қилмайди, фақатгина гемолитик касалликнинг ривожланиш эҳтимоли ва бошқа даволаш ва профилактика тадбирлар ўтказиш эҳтиёжининг кўрсаткичи ҳисобланади.
-----------	---

Антирезус антитаначалар аниқланган ҳолда, <32 титрида уларнинг титрини кейинги ҳар 4 haftaда, ≥32 титрида эса ҳар 2 haftaда кузатиб бориш тавсия этилади.

<b>5C</b>	ҲГКнинг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида амниоцентезде олинган қоғаноқ сувларининг билирубин оптик зичлигини текшириш тавсия этилмайди, чунки бу инвазив муолажа бўлиб, у ятроген асоратларга олиб келиши мумкин.
-----------	---

## Инструментал-диагностик текширувлар

<b>5C</b>	Резус-изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни ҳомиладорлик муддатининг 18-19 хафтасидан бошлаб ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлигини (МЎА СҚОЧТ) аниқлаш билан ультратовуш доплерография текширувига юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Ушбу текширув амбулатория шароитида, диагностик аралашувларни амалга ошириш имкониятига эга бўлган худудий перинатал марказининг маслаҳат бўлимида ўтказилиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг маълум бир муддатида МЎА СҚОЧТ ошиши юқори сезувчанлик ва спецификлик билан ҳомилада қон айланишининг гипердинамик тури ривожланганлигидан далолат беради ва ушбу кўрсаткичнинг 1,5 МоМ дан ошиши ҳомиладорлик даврида аралашувни талаб қиладиган оғир анемия учун хосдир.

Ҳомиладорлик муддатининг 35 хафтасидан сўнг ушбу текширувнинг диагностик аниқлиги пасаяди ва ҳомиланинг ҳолатини комплекс баҳолаш ультратовуш фетометрия ва КТГ натижаларини ўз ичига олиши керак.

Изоиммунизацияси бўлмаган (антитаначалар титри аниқланмаган) резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларда, доплерометрия текшируви физиологик ҳомиладорликнинг антенатал парвариш қилиш стандартларига мувофиқ амалга оширилади (18-22 хафтадарда – ҳомилада туғма нуқсонлар скрининг текширувига юбориш).

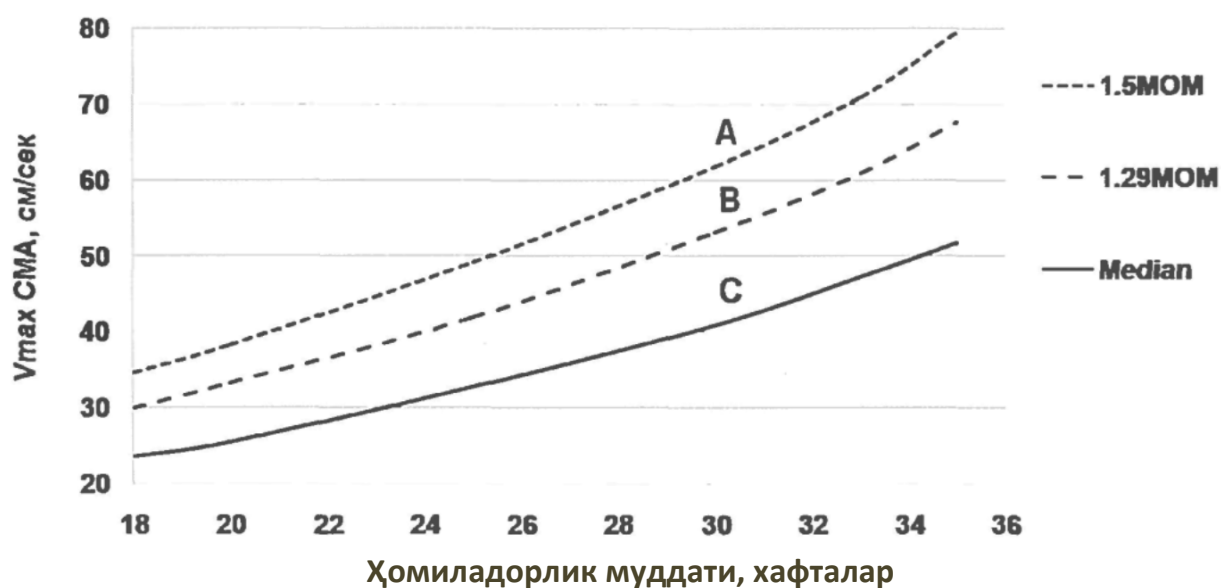
<b>5C</b>	<p>Резус-изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни МЎА СҚОЧТнинг қийматини 1-расмга мувофиқ кейинчалик зонал аниқлаш билан такрорий ультратовуш доплерография текширувига юбориш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• МЎА СҚОЧТ “С” зонасида бўлганда – ҳар икки хафтада қайтаринг;</li><li>• МЎА СҚОЧТ “В” зонасида бўлганда – ҳар етти кунда, МЎА СҚОЧТ “А” зонасига ошиши кузатилмаганда – текширувни ҳар икки-уч кунда қайтаринг;</li><li>• МЎА СҚОЧТ “А” зонасида бўлганда (ҳомилада оғир анемия ривожланиш эҳтимоли юқори), ҳомиладорлик даври ва ЛТЮЭМ ўтказиш имкониятини ҳисобга олган ҳолда, кордоцентез ва кейинчалик ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш кўрсатилган.</li></ul>
-----------	---

Бачадон ичи аралашувларни ўтказиш пайтида асоратларнинг ривожланиши сабабли муддатидан олдин шошилиш туғдириб олиш эҳтимоллиги мавжуд бўлиб, бу учинчи даражали муассасаларда ихтисослаштирилган ва юқори технологик неонатал ёрдам кўрсатилишини талаб қилиши мумкин.

- **МЎА СҚОЧТ кўрсаткичи “С” зонасида бўлганда** – икки хафтадан сўнг такрорий доплерометрия текшируви кўрсатилган. МЎА СҚОЧТ “А” зонасигача бўлганда – ҳомиладорлик муддати 38<sup>+</sup> хафтасида акушерлик ҳолатга кўра туғдириб олиш кўрсатилган. Ҳомиладорлик муддати 36 хафтасидан бошлаб КТГ ва бир хафтада бир мартаба киндик артерияси қон оқими ва МЎАнинг доплерометрияси кўрсатилган.
- **МЎА СҚОЧТ қиймати “В” зонасида бўлганда** – етти кундан сўнг такрорий доплерометрия текшируви кўрсатилган. Кейинчалик, МЎА СҚОЧТ “А” зонасига ошиши кузатилмаганда – текширувни ҳар икки-уч кунда қайтаринг. МЎА СҚОЧТ “А” зонасигача бўлганда – ҳомиладорлик муддати 38<sup>+</sup> хафтасида акушерлик ҳолатга кўра туғдириб олиш кўрсатилган. Ҳомиладорлик муддати 36 хафтасидан бошлаб КТГ ва ҳар икки-уч кунда киндик артерияси қон оқими ва МЎАнинг доплерометрияси кўрсатилган.
- **МЎА СҚОЧТ “А” зонасида бўлганда** (ҳомилада оғир анемия ривожланиш эҳтимоли юқори), ҳомиладорлик даври ва ЛТЮЭМ ўтказиш имкониятини ҳисобга олган ҳолда, кордоцентез ва кейинчалик ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш кўрсатилган.

1-расм

Ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлиги ва ҳомиладорлик муддатига қараб ҳомила анемиясининг оғирлик даражасини аниқлаш



2-жадвал

Ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлигининг референс кўрсаткичлари (см/с)

Ҳомиладорлик муддати, ҳафталар	Систолик қон оқимининг максимал тезлиги	
	1,0 МоМ (медиана)	1,5 МоМ
14	19,3	28,9
15	20,2	30,3
16	21,1	31,7
17	22,1	33,2
18	23,2	34,8
19	24,3	36,5
20	25,5	38,2
21	26,7	40,0
22	27,9	41,9
23	29,3	43,9
24	30,7	46,0
25	32,1	48,2
26	33,6	50,4
27	35,2	52,8
28	36,9	55,4
29	38,7	58,0
30	40,5	60,7
31	42,4	63,6
32	44,4	66,6

33	46,5	69,8
34	48,7	73,1
35	51,1	76,6
36	53,5	80,2
37	56,0	84,0
38	58,7	88,0
39	61,5	92,2
40	64,4	96,6

<b>5C</b>	<p>ХГКнинг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида ультратовушли фетометрик кўрсаткичларни гепато-, спленомегалия, плацентометрия ва қон оқимининг доплерометрик кўрсаткичлари паст аниқликка эга бўлганлиги сабабли ҳомила аортасида ва киндик венасида қўллаш тавсия этилмайди.</p>
-----------	--

Ультратовуш текширувида ҳомилада асцит ва анасаркани аниқлаш (гидроперикард, гидроторакс, ҳомила боши, танаси ва оёқ-қўлларининг тери ости тўқималари шишининг бирга кузатилиши) ХГКнинг ўта оғир кечишининг кеч аниқланганлигидан далилдир.

Изоиммунизация ҳолатида такрорий ультратовуш текшируви ўтказиш вақти алоҳида белгиланади: <32 титрида камида 4 ҳафтада бир маротаба, ≥32 титрида эса ҳар 2 ҳафтада.

Зарурат бўлганда, текширувлар оралиғи 1-2 ҳафтагача, касалликнинг оғир шаклларида эса 1-3 кунгача қисқартирилади.

Изоиммунизацияси бўлмаган (антитаначалар титри аниқланмаган) резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларда, доплерометрия текшируви физиологик ҳомиладорликнинг антенатал парвариш қилиш стандартларига мувофиқ амалга оширилади (12 ҳафталигачан, 18-22 ҳафтасида – ҳомилада туғма нуқсонлар скрининг текширувида юбориш, 36 ҳафтасида).

### Бошқа диагностик текширувлар

Бошқа диагностик текширувлар қўлланилмайди.

## РЕЗУС-КОНФЛИКТ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

### Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. ҳомиланинг оғир анемиясида ҳомиладорлик муддати 34 ҳафта ва ундан кам бўлган муддатда ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш учун (стационар, шошилишч);
2. ҳомиланинг оғир-енгил анемиясида назорат қилиш ва ҳомиладорлик муддати 34 ҳафта ва ундан кам бўлган муддатда ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш масаласини ҳал қилиш учун (стационар, шошилишч);
3. ҳомилада оғир-енгил анемия ва бошқа акушерлик ва/ёки соматик патологияси билан биргаликда изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни назорат қилиш ва муддатидан олдин туғдириб олиш зарурати келиб чиққанда, ҳомиладорлик муддати 36-37 ҳафталаарида туғруқ йўлларини тайёрлаш учун (стационар, шошилишч).

**Режалаштирилган шифохонага ётқизилишидан аввал ўтказилиши керак бўлган текширувларнинг минимал рўйхати:**

- УҚТ;
- УСТ;
- коагулограмма;

- қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оксил, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевино, глюкоза);
- ЭКГ;
- терапевт кўриги;
- гепатитлар ва ОИВга текшириш.

### Медикаментоз даво

<b>5C</b>	Резус-иммунизация ва ХГКни даволаш учун десенсибилизацияловчи терапия, иммуноцитотерапия, эрининг тери парчасини кўчириб ўтказиш, гемосорбция, плазмаферез, иммунсорбция тавсия этилмайди. Уларни қўллаганда, вақтни йўқотиш туфайли ХГКнинг ўта оғир шакллари ривожланиши мумкин.
-----------	--

Ҳозирги вақтда резус-изоиммунация ва ХГК медикаментоз давосининг самарали усуллари мавжуд эмас.

### Кордоцентез

<b>2B</b>	Диагностик ва кейинги даволаш мақсадида кордоцентез ва ҳомиланинг қонини текширишни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>2B</b>	<p>Ҳомилада анемия мавжудлигидан далолат берувчи доплерометрия маълумотлари кордоцентезни ўтказишга ягона кўрсатма ҳисобланади. Фақатгина оғир анемия бачадон ичи даволашга кўрсатма ҳисобланади.</p> <p>Сенсибилизацияланган ҳомилдор аёлларда инвазив аралашувларни ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар мавжуд эмас, чунки уларнинг барчаси сенсибилизацияни янада кучайтиради.</p> <p>Кордоцентезни ўтказиш пайтида ҳомиланинг қонини гуруҳ, резус-мансублик ва антигенлар фенотипига текширилади, гемоглобин ва гематокрит даражаси аниқланади, билвосита Кумбс синамасини ўтказиш ва билирубин даражасини аниқлаш мумкин.</p>
-----------	---

Кордоцентез орқали олинган ҳомила қонини текшириш нафақат 100% ҳолатларда ХГК ташхисини қўйиш ва касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш, балки БИҚҚни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлашга ҳам имкон беради.

ХГКда кордоцентез ўтказиш пайтида ҳомиланинг қонини текшириш тавсия этилади, унга қуйидагилар киради: АВ0 тизими бўйича қон гуруҳи, резус тизимининг D антигени (резус-омил), гемоглобин, гематокрит, кислота-ишкор мувозанатининг кўрсаткичларини (имкон бўлса) аниқлаш ва тўғридан-тўғри Кумбс синамасини ўтказиш мумкин. Маълум бир ҳомилдорлик муддатида гемоглобин даражаси меъеридан  $\geq 15\%$  гача пасайиши оғир анемия ривожланганлигидан далолат беради ва ҳомилага лейкоцитлар ва тромбоцитлардан ювилган эритроцитлар массасини (ЛТЮЭМ) бачадон ичи қўйишга кўрсатма ҳисобланади.

Ҳомилдорликнинг турли муддатларида гемоглобин ва гематокритнинг меъерий кўрсаткичлари 3-жадвалда келтирилган.

### 3-жадвал

#### Соғлом ҳомилада гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари

Ҳомилдорлик муддати, хафталар	24–25	26–29	30–33	34
<b>Hb (г/л)</b>	113±17	125±9	129±12	144±13
<b>Ht (%)</b>	35±3	38±3	39±3	44±5

**Кордоцентезни ўтказишга қарши кўрсатмалар:** ҳомила тушиш хавфи, қон ивиш тизимининг бузилишлари, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, йўлдошнинг кўчиши.

### Ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажаси

1B

ХГКнинг оғир шакллари даволаш учун ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш тавсия этилади.

Бачадон ичи қуйиш муолажаси бир неча марта амалга оширилиши мумкин, охирги бачадон ичи қуйиш муолажаси одатда ҳомиладорлик муддатининг 32 ҳафтасида ва ҳомиланинг оғирлиги 2000 г бўлганида амалга оширилади, аммо сўнгги йилларда ҳомиладорлик муддатининг 35-36 ҳафтасида бачадон ичи қуйиш муолажасини амалга ошириш тенденцияси кузатилмоқда, бу ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасида туғдириб олишга имкон беради. Ушбу ёндашув янги туғилган чақалоқларда чала туғилиш билан боғлиқ бўлган асоратлар сонини камайтиради.

Ҳомилага бачадон ичи қуйиш муолажасини амалга оширишдан аввал ёки ҳомиладорлик муддатининг 34 ҳафтасигача туғдириб олиш режалаштириганда, стандарт схема бўйича респиратор дистресс-синдромининг профилактикаси бир мартаба ўтказилади.

ЛТЮЭМ донорнинг 0(I) Rh(-) қонидан тайёрланади ва гематокритнинг 80-85 л/л юқори даражаси таъминланади, бу фетоплацентар қон айланишига ҳажмли юкломани камайтиришга имкон беради. Бачадон ичи қуйиш муолажаси тезлиги дастлабки фетоплацентар ҳажмига қараб 2-4 мл/дақ. оралиғида ўрнатилади. ЛТЮЭМнинг якуний қуйиш ҳажми, маълум бир ҳомиладорлик муддатининг фетоплацентар ҳажми, дастлабки гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси ва ЛТЮЭМнинг гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси асосида ҳисобланади.

ЛТЮЭМни ҳомиланинг томир ичига юбориш гематокрит ва гемоглобин даражасини нормал кўрсаткичларга оширишга имкон беради, бу эса аллақачон ривожланган ҳомиланинг шиши камайишига ёрдам беради ёки ривожланишига тўсқинлик қилади, бу эса тўлиқ муддатга яқинлашгунга қадар ҳомиладорликни давом эттиришга имкон беради.

Ҳомила гемолитик касаллигининг ифодаланган шишли шаклида ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажасини ҳомилага 20% ли альбумин эритмаси юборилиши билан тўлдирилади. Бундан ташқари, ювилган эритроцитларнинг ҳомилага қуйилиши ҳомиланинг қон айланишидаги резус-мусбат эритроцитлар нисбат сонининг камайиши туфайли ҳомиладор аёлнинг иммун жавобини сусайтиришга ёрдам беради.

Кордоцентез ва кейинги томир ичига қон қуйиш пайтида асоратларнинг асосий сабабларидан бири бўлган ҳомиланинг ҳаддан ташқари ҳаракатланишини олдини олиш мақсадида ҳомиланинг қон айланишига пипекуроний нерв-мушак миорелаксанти юборилади.

Кордоцентез ва ЛТЮЭМни бачадон ичи қуйиш муолажаси пайтида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин: киндик пункция жойидан қон кетиши, киндик томирлари тромбози, йўлдошнинг кўчиши, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, муддатидан олдинги туғруқ, инфекция ривожланиши.

ЛТЮЭМнинг тахминий ҳажмини қуйиш охирида ҳомиланинг анемиясини бачадон ичи коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш учун гематокрит ва гемоглобиннинг бачадон ичи қуйишдан кейинги даражасини аниқлаш учун ҳомиланинг қони олинади. Ҳомилага такрорий қон қуйиш зарурати аввалги қон қуйиш пайтида ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг якуний гематокрит даражаси МЎА СҚОЧТ ўзгариш динамикаси билан белгиланади.

Ўзбекистон Республикасида БИҚҚ РИАГИАТМ ва РПМ ўтказилади. Ҳомиладор аёлларда БИҚҚга кўрсатмалар бўлганда ушбу муассасаларга юбориш тавсия этилади.

## Резус-конфликтда туғдириб олиш тактикалари

<b>5C</b>	ХГКда акушерлик анамнез, ҳомиланинг ҳолати ва туғруққа кўмаклашиш муассасасининг акушерлик ва неонатал хизматларининг имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, туғдириб олиш муддати ва усулини индивидуал равишда белгилаш тавсия этилади.
-----------	--

### Хавф гуруҳларига қараб қуйидаги туғдириб олиш муддатлари афзал ҳисобланади:

<b>I хавф гуруҳи</b>	Қони резус-манфий бўлган антитаначалар титри аниқланмаган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг 40 ҳафтасида.
<b>II хавф гуруҳи</b>	Қони резус-манфий бўлган ХГКнинг белгиларисиз (ХГКнинг белгилари УТТ ва доплерометрияда аниқланмаган) антитаначалар титри мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг 38 ҳафтасидан кейин.
<b>III хавф гуруҳи</b>	Қони резус-манфий бўлган ХГКнинг белгилари мавжуд (ХГКнинг белгилари УТТ ва доплерометрияда аниқланган) антитаначалар титри мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг қатъий назар.

Ҳомиланинг оғир анемияси, ХГКнинг шишли формаси, шунингдек, ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажасидан кейин оператив йўл билан туғдириб олиш афзал ҳисобланади, чунки кесарча кесиш жарроҳлик амалиёти туғруқ пайтида қўшимча шикастланиш ва ҳомиланинг гипоксия ҳолати ривожланишини олдини олади.

### Қуйидаги омиллар ХГКнинг кечиши ва натижасига таъсир кўрсатади:

- чала туғилиш ва етилмаганлик омиллари;
- ҳомилада оғир гипоксия мавжудлиги;
- ҳомила/янги туғилган чақалоқда ёндош инфекция ривожланиши;
- туғилганда анемиянинг оғирлик даражаси;
- ҳомиланинг шиши мавжудлиги.

## ПРОФИЛАКТИКАСИ

### Носпецифик профилактика

<b>5C</b>	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳар қандай ҳомиладорликни сақлаш муҳимлиги тўғрисида маълумот бериш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳар қандай мамлакат соғлиқни сақлаш тизими учун резус-изоиммунацияни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар харажатлари ХГК/ЧГКни даволаш харажатларига нисбатан анча паст бўлади.

### Специфик антенатал профилактика

<b>1A</b>	Ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус одам иммуноглобулинини юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	---

Аёлнинг эрида резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи бўлганда ёки ноинвазив текширувда ҳомилада резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус иммуноглобулин



профилактикаси ўтказилмайди. Профилактика ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида ўтказилмаган бўлса, у ҳолда антирезус антитаначалар мавжуд бўлмаслик шарти билан ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасидан сўнг профилактикани ўтказиш кўрсатилган.

<b>1A</b>	Антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга инвазив диагностик ва даволаш аралашувларидан сўнг қўшимча равишда RhO(D) антирезус иммуноглобулинни юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	--

Биринчи триместрда RhO(D) антирезус иммуноглобулиннинг дозаси 625 ХБ (125 мкг), иккинчи ва учинчи триместрларда 1250-1500 ХБ (250-300 мкг) ни ташкил қилади. Ҳомиладорлик даврида инвазив диагностик ва даволаш аралашувларига қўйидагилар киради: хорион аспирацияси, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, кўп ҳомилаликда эмбрион(лар) сонини қисқартириш, тос жойлашувида ҳомилани бошига ташқи айлантериш, ҳомиладорлик даврида қорин девори шикастланиши, акушерлик қон кетишлар.

<b>1B</b>	Антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлга биринчи ва иккинчи триместрларида ҳомиладорликни тўхтатиш, ҳомиланинг антенатал ўлимида, RhO(D) антирезус одам иммуноглобулинни юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	--

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида резус-изоиммунизациясининг қўшимча профилактикасини ҳомиладорлик тўхтатилгандан сўнг ёки ҳомила нобуд бўлиши аниқланганда дарҳол амалга оширилиши керак.

Анти-резус иммуноглобулинни антенатал профилактик юборишдан кейин 12 ҳафта давомида антитаначалар титрининг из даражаларини аниқлаш мумкин.

### Изоиммунизацияси бўлмаган қони резус-манфий ҳомиладор аёлларда специфик постнатал профилактикани ўтказиш

<b>5C</b>	Туғруқдан сўнг янги туғилган чақалоқда АВ0 тизими бўйича қон гуруҳи, резус тизимининг D антигенини (резус-омил) аниқлаш тавсия этилади. Янги туғилган чақалоқнинг қони резус-манфий бўлса, онага резус-изоиммунизациянинг специфик профилактикаси ўтказилмайди.
-----------	---

<b>1A</b>	Янги туғилган чақалоқнинг қони резус-мусбат бўлса, боланинг қон текшируви натижаларини олгандан сўнг ва туғруқдан кейинги 72 соатдан кечиктирмасдан (дастлабки икки соат ичида афзал) онага 1500 ХБ (300 мкг) дозада м/о Rh0(D) антирезус иммуноглобулинни юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг специфик профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Антирезус иммуноглобулиннинг дозасини ҳисоблаш учун Клейхауэр-Бетке усулини қўллаш тавсия этилади. Усул онанинг гемоглобини (HbA) цитрат-фосфат буфериди эритроцитлардан ювилиши ва ҳомиланинг гемоглобини ювилмаслик феноменига асосланган. Суртмада онанинг периферик қонини тегишли равишда қайта ишлагандан сўнг, фетал хужайраларининг сонини ҳисоблаш асосида ҳомила-она қон кетишининг ҳажми аниқланади.

99.2-99.3% аёлларда ҲОТ туғруқ пайтида 6,0 мл ҳомила эритроцитларидан камни ташкил қилади, бу онанинг қонига ўтган 12 мл ҳомила қонига тўғри келади. Клейхауэр тестининг мақсади – бу антирезус иммуноглобулиннинг қўшимча профилактик дозаларини талаб қиладиган массив ҲОТни аниқлаш (6 мл дан ортиқ ҳомила эритроцитлари ёки 12 мл дан ортиқ яхлит ҳомила қони).

Ҳомила-она қон кетиш ҳажми 25 мл дан ошмаса, антирезус иммуноглобулиннинг стандарт дозаси юборилади – 1500 ХБ (300 мкг); ҳажми 25-50 мл бўлганда – дозаси икки баравар оширилади – 3000 ХБ (600 мг).

Клейхауэр-Бетке усулини амалга ошириш техник жиҳатдан имконсиз бўлса, қуйидаги ҳолатларда антирезус иммуноглобулин дозасини икки баравар ошириш тавсия этилади:

- йўлдошнинг кўчиши;
- туғруқдан кейин бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш;
- катта миқдорда қон йўқотиш билан кечаётган кесарча кесиш жарроҳлик амалиёти.

Бирон бир сабабга кўра профилактика ўтказилмаган бўлса, туғруқдан кейинги 10 кунгача бўлган муддатда антирезус иммуноглобулинни юбориш мумкин бўлади.

## ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга амбулатор назоратда бўлиши ва кўрсатмаларга кўра шифохонага ётқизилади. Антирезус антитаначалар аниқланганда, ҳомиладор аёл кейинги кузатув учун маслаҳат олишга учинчи даражали тиббиёт муассасасига юборилиши керак. ЛТЮЭМ бачадон ичи қўйиш ўтказилишини талаб қиладиган ХГК билан касалланган ҳомиладор аёлларни даволаш чала туғилган чақалоқларни парваришлаш имкониятига эга бўлган (учинчи даражали) муассасаларда амалга оширилиши керак.

## ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
12.	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлни биринчи ташрифда, кейин антитаначалар аниқланмаганда ҳомиладорлик муддатининг 18-20 ва 28 ҳафтасида антитаначалар мавжудлигини аниқлашга юборилди.	Ҳа / Йўқ
13.	Ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус иммуноглобулин профилактикаси ўтказилди (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).	Ҳа / Йўқ
14.	Ҳомиладорликнинг нохуш натижаларида – тиббий кўрсатмаларга кўра ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш, ҳомиланинг тушиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, елбўғоз, ривожланмаган ҳомиладорлик, ҳомиланинг антенатал ўлиmidан сўнг резус-изоиммунизация профилактикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ
15.	Қони резус-мусбат бўлган янги туғилган чақалоқ туғилганда изоиммунизацияси бўлмаган туққан аёлга туғруқдан кейинги дастлабки 72 соатдан кечиктирмасдан резус-изоиммунизация профилактикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ
16.	Ҳомила мия ўрта артериясида қон оқимининг максимал тезлигини аниқлаш орқали ҳомила анемиясининг диагностикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ

**Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуги**

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида барча маълумотлар ўрганилаётган касаллик бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб ишончлилик (далил) даражаси бўйича тартибланган.

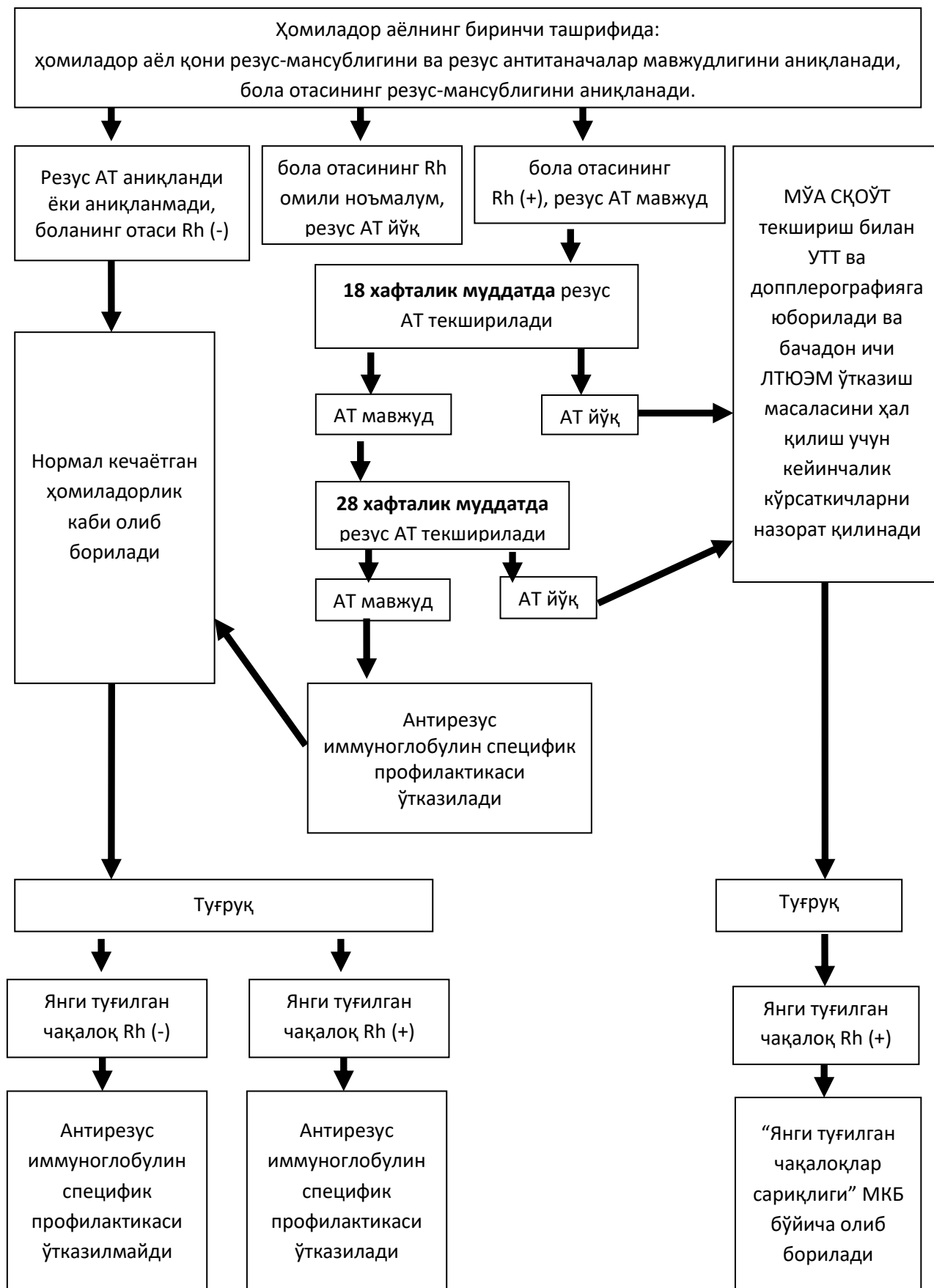
**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

## Резус мос келмаслик ҳолатини олиб бориш алгоритми



**Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари (сенсбилизацияловчи ҳолатлар) мавжуд бўлганда қўшимча профилактик антирезус иммуноглобулинни юбориш**

Ҳомиладорлик муддати	Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари (сенсбилизацияловчи ҳолатлар)	Антирезус иммуноглобулин дозаси
Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан олдин ва шу жумладан	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ўз-ўзидан ҳомила тушиши*</li> <li>Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш*</li> <li>Бачадондан ташқари ҳомиладорлик</li> <li>Хорион биопсияси</li> </ul>	250 ХБ (50 мкг)** (625 ХБ (125 мкг) кўп ҳомилалик ва сенсбилизацияловчи хавф омили мавжуд бўлганда)
	<p>* иммуноглобулинни фақат содир бўлган бачадондан ташқари ҳомиладорлик ёки ҳомиладорлик тўхтатилганда юборинг (қон кетиши ва давом этаётган ҳомиладорликда, масалан, ҳомила тушиши хавфида қўлланилмайди) **250 ХБ иммуноглобулин дозаси (минидоза) 2,5 мл ҳажмли ҳомила эритроцитларида (5 мл яхлит ҳомила қони) бўлган ҲОТ билан иммунизацияни олдини олиши учун етарли бўлади: ўртача 1,0 мл резус-мусбат эритроцитлар ёки 2,0 мл резус-мусбат яхлит ҳомила қони тахминан 100 ХБ антирезус иммуноглобулинда нейтрализацияга учрайди</p>	
Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан кейин	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ҳомилани бошига ташқи айлантериш (уриниш ёки амалга оширилган)</li> <li>Ўз-ўзидан ҳомила тушиши ёки ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш</li> </ul>	625 ХБ (125 мкг)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хорион биопсияси, амниоцентез, кордоцентез*</li> <li>Қорин девори шикастланиши*</li> <li>НЖЙБК ёки йўлдошнинг олдинда жойлашиши туфайли Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин туғруқдан олдин ривожланган қон кетиши**а</li> </ul>	625 ХБ (125 мкг) м/о + Клейхауэр тестидан ҲОТ миқдори аниқлангандан сўнг қўшимча дозани юборинг ЁКИ 1250 ХБ (250 мкг) м/о бир мартаба Клейхауэр тестини ўтказиш имкони бўлмаса
	<p>* Бу массив ҲОТнинг хавф омиллари ҳисобланади, улар қўшимча иммуноглобулин дозалари юборилишини талаб қилиши мумкин. а Ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин такрорий вагинал қон кетишлар кузатилганда, антирезус иммуноглобулинни ҳар 6 ҳафтада бир мартаба юборинг: 625 ХБ (125 мкг) + ҲОТ маълумотларига кўра қўшимча доза, ва ҲОТ аниқлаш имкони бўлмаганда 1250 ХБ (250 мкг) дан юборинг.</p>	

**Антирезус иммуноглобулин фаол моддасининг ХБ нинг мг га нисбати**

ХБ	мкг
100	20
250	50
625	125
1250	250
1500	300

### *ЛТЮЭМ амалга ошириш техникаси*

ЛТЮЭМ донорнинг 0(I) Rh(-) қонидан тайёрланади ва гематокритнинг 80-85 л/л юқори даражаси таъминланади, бу фетоплацентар қон айланишига ҳажмли юкломани камайтиришга имкон беради. Бачадон ичи қуйиш тезлиги дастлабки фетоплацентар ҳажмига қараб 2-4 мл/дақ. оралиғида ўрнатилади. ЛТЮЭМнинг якуний қуйиш ҳажми, маълум бир ҳомиладорлик муддатининг фетоплацентар ҳажми, дастлабки гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси ва ЛТЮЭМнинг гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси асосида ҳисобланади.

ЛТЮЭМни ҳомиланинг томир ичига юбориш гематокрит ва гемоглобин даражасини нормал кўрсаткичларга оширишга имкон беради, бу эса аллақачон ривожланган ҳомиланинг шиши камайишига ёрдам беради ёки ривожланишига тўсқинлик қилади, бу эса тўлиқ муддатга яқинлашгунга қадар ҳомиладорликни давом эттиришга имкон беради.

Ҳомила гемолитик касаллигининг ифодаланган шишли шаклида ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйишни ҳомилага 20% ли альбумин эритмаси юборилиши билан тўлдирилади. Бундан ташқари, ювилган эритроцитларнинг ҳомилага қуйилиши ҳомиланинг қон айланишидаги резус-мусбат эритроцитлар нисбат сонининг камайиши туфайли ҳомиладор аёлнинг иммун жавобини сусайтиришга ёрдам беради.

Кордоцентез ва кейинги томир ичига қон қуйиш пайтида асоратларнинг асосий сабабларидан бири бўлган ҳомиланинг ҳаддан ташқари ҳаракатланишини олдини олиш мақсадида ҳомиланинг қон айланишига пипекуроний нерв-мушак миорелаксанти юборилади.

Кордоцентез ва ЛТЮЭМни бачадон ичи қуйиш пайтида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин: киндик пункция жойидан қон кетиши, киндик томирлари тромбози, йўлдошнинг кўчиши, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, муддатидан олдинги туғруқ, инфекция ривожланиши.

ЛТЮЭМнинг тахминий ҳажмини қуйиш охирида ҳомиланинг анемиясини бачадон ичи коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш учун гематокрит ва гемоглобиннинг бачадон ичи қуйишдан кейинги даражасини аниқлаш учун ҳомиланинг қони олинади. Ҳомилага такрорий қон қуйиш зарурати аввалги қон қуйиш пайтида ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг якуний гематокрит даражаси МЎА СҚОЧТ ўзгариш динамикаси билан белгиланади.

### *Тиббий аралашувга ахборот асосида ихтиёрий равишда розилик бериш*

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

\_\_\_\_\_ (бемор ёки ишончли вақилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни маълум қиламанки,

\_\_\_\_\_ (тиббиёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида қутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори-воситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратadbирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олиншига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усуллари рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.



### ***Бемор учун маълумот***

Сиз резус-манфий қонга эга бўлсангиз, унда эрингизнинг резус-омилини аниқлаш керак бўлади. Эрингизда ҳам резус-манфий қон бўлса, унда сиз ҳомиладорлик даврида қўшимча текширувлардан ўтишингиз ва антирезус иммуноглобулинни олишингизга ҳожат бўлмайди, чунки болангиз ҳам резус-манфий қонга эга бўлади ва сизнинг ҳолатингизда резус-иммунизация содир бўлмайди.

Эрингиз резус-мусбат қонга эга бўлса ёки унинг резус-омилини билмасангиз, ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасида онанинг қонидан ҳомиланинг резус-омилини аниқлаш текширувидан ўтишингиз мумкин. Ҳомила резус-манфийнинг қонга эга бўлса, унда сиз ҳомиладорлик даврида қўшимча текширувлардан ўтишингиз ва антирезус иммуноглобулинни олишингизга ҳожат бўлмайди.

Сиз ҳомиланинг резус-омилини ноинвазив аниқлаш текширувидан ўтмаган бўлсангиз ва эрингиз резус-мусбат қонга эга бўлса ёки унинг резус-омилини билмасангиз ёки текширувда ҳомила резус-мусбат қонга эга бўлиши аниқланган бўлса, унда сизга биринчи ташрифингизда, ҳомиладорликнинг 18 ва 28 ҳафтасида қонда резус антитаначалар мавжудлигини текшириш тайинланади. Ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасида сизда резус антитаначалар аниқланмаганда, сизга антирезус иммуноглобулинни мушак орасига юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг профилактикасидадан ўтиш таклиф этилади.

Туғруқдан сўнг, болангизнинг резус-омили аниқланади ва болангизда резус-мусбат қон аниқланганда ва сизда резус-изоиммунизация ҳолати бўлмаса, сизга антирезус иммуноглобулинни мушак орасига юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг такрорий профилактикасидадан ўтиш таклиф этилади.

Ҳомиладорлик даврида сизда инвазив тиббий аралашувлар (бачадон бўйнига чок қўйиш, амниоцентез, хорион аспирацияси ва бошқалар) ўтказилишини талаб қиладиган асоратлар келиб чиқса, сизга антирезус иммуноглобулиннинг қўшимча дозасини юбориш тавсия этилади. Барча саволларингизни ҳомиладорлигингизни олиб борувчи шифокорга беришингиз мумкин бўлади.

Ҳомиладорлик даврида сизда резус антитаначалар аниқланса, сизга ҳомила анемиясини аниқлаш учун махсус ультратовуш текширувидан ўтиш таклиф этилади. Ультратовуш доплерографияси деб номланган текширув ҳомиланинг ҳолатини текшириш учун қайта-қайта амалга оширилади, чунки у резус-конфликт ривожланиши билан ўзгариши мумкин.

Ультратовуш доплерография маълумотлари бўйича ҳомилада анемия белгилари аниқланса, у ҳолда сиз ҳомилага бачадон ичи қон қуйиш – ультратовуш текшируви ва маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга ошириладиган махсус аралашувини ўтказиш мумкин бўлган муассасага юбориласиз. Ҳомилага қон қуйишнинг мақсади ҳомилада гемоглобиннинг нормал даражасини сақлаб қолиш ва туғруқ пайтига оғир анемия ривожланишига йўл қўймасликдир. Исталган натижага эришиш учун ушбу муолажаларни тез-тез такрорлаш керак бўлади.

Шифокорлар сизнинг ҳолатингиз хусусиятлари ва ҳомилага қон қуйиш муолажасини ўтказиш ва кузатув олиб бориш тактикасида келиб чиқадиган мумкин бўлган хавфларни тушунтиради. Туғдириб олиш муддати билан боғлиқ масалалар ҳомиланинг ҳолатига ва акушерлик ҳолатга қараб ҳал қилинади.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ). Москва, 2020 г.
2. Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н., Нароган М.В., Карпова А.Л., Сенькевич О.А., Сафаров А.А., Сон Е.Д., Малютин Л.В. Гемолитическая болезнь новорожденных. В кн.: Неонатология. Клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев, Д.С. Крючко. М., ГЭОТАР-Медиа 2019. - С. 19-35.
3. Беременность высокого риска. Протоколы, основанные на доказательной медицине. Перевод с англ. Под редакцией А.Д. Макацарии. Москва, 2018.
4. Керимова Э.А., Путилова Н.В., Чистякова Г.Н., Пестряева Л.А., Устьянцева Н.Ю. Клинико-иммунологическое обоснование внутриутробных гемотрансфузий при гемолитической болезни плода по системе резус. Акушерство и гинекология. 2016; (12):24–7.
5. Конопляников А.Г., Павлова Н.Г. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденных. В кн.: Акушерство. Национальное руководство. 2015: с. 324-334.
6. Макогон А.А., Андрияшина И.В. Гемолитическая болезнь плода: мониторинг, лечение плода и родоразрешение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(3):45–52.
7. Макогон А.В. Комплексная пренатальная диагностика и лечение гемолитической болезни плода: возможности и перспективы. Рос Вестник перинатологии и педиатрии. 2002; (6):11–3.
8. Михайлов А.В., Константинова Н.Н., Пигина Т.В. Внутриматочные переливания плоду как способ лечения отечной формы гемолитической болезни. Акушерство и гинекология. 1990; (7):41–5.
9. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 848 с.
10. Савельева Г.М., Адамян Л.В., Курцер М.А., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Конопляников А.Г., Тетруашвили Н.К., Михайлов А.В., Филиппов О.С. Резус-сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации (протокол). М., 2017. 16 с.
11. Савельева Г.М., Курцер М.А., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Конопляников А.Г. Гемолитическая болезнь плода у беременных с резус-сенсibilизацией. Диагностика, лечение, профилактика. Методическое письмо Минздравсоцразвития, 2012. - 18 с.
12. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.
13. Babović I, Plešinc S, Radojičić Z, Antonović O, Sparić R, Plečaš D, Radunović N. Middle cerebral artery Doppler in prediction degree of fetal anemia and the best timing for the second intra-uterine intravascular transfusion in red cell alloimmune disease. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; 42(6):792–6.
14. Bennardello F, Coluzzi S, Curciarello G, Todros T, Villa S, Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) and Italian Society of Gynaecology and Obstetrics (SIGO) working group. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn. Blood Transfus. 2015;13(1):109–34. doi:10.2450/2014.0119-14.
15. Bennardello F, Curciarello G. Survey on the prevention and incidence of haemolytic disease of the newborn in Italy. Blood Transfus. 2013; 11(4):518–27. doi:10.2450/2013.0179-12.
16. Brandenburg H, Jahoda MG, Pijpers L, Wladimiroff JW. Rhesus sensitization after midtrimester genetic amniocentesis. Am J Med Genet. 1989; 32(2):225–6. doi:10.1002/ajmg.1320320216.

17. Chilcott J, Tappenden P, Lloyd Jones M, Wight J, Forman K, Wray J, Beverley C. The economics of routine antenatal anti-D prophylaxis for pregnant women who are rhesus negative. *BJOG*. 2004; 111(9):903–7. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00226.x.
18. Deka D, Dadhwal V, Sharma A, Shende U, Agarwal S, Agarwal R, Vanamail P. Perinatal survival and procedure-related complications after intrauterine transfusion for red cell alloimmunization. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 293(5):967–73. doi:10.1007/s00404-015-3915-7.
19. Delaney M, Matthews D. Hemolytic disease of the fetus and newborn: managing the mother, fetus, and newborn. *Hematol Am Soc Hematol Educ Progr*. 2015; 2015:146–51. doi:10.1182/asheducation-2015.1.146.
20. Girard M, Marchand F, Uch R, Bretelle F. [Trauma and pregnancy: Is the Kleihauer-Betke test really useful?]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2017; 45(11):584–9. doi:10.1016/j.gofs.2017.08.009.
21. Guidelines for blood grouping and red cell antibody testing during pregnancy. British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. *Transfus Med*. 1996;6(1):71–4.
22. Harkness U.F., Spinnato J.A. Prevention and management of RhD isoimmunization. *Clin Perinatol*. 2004; 31(4):721–42, vi. doi: 10.1016/j.clp.2004.06.005.
23. Hensleigh PA, Cann H. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol*. 1981; 58(1):136.
24. Hill L, Platt L, Kellogg B. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol*. 1980; 56(4):459–61.
25. Lebrun B, Jacquemyn Y. Usefulness of maternal fetal red blood cell count in rhesus-positive pregnant women. *Horm Mol Biol Clin Investig*. 2018; 35(3). doi:10.1515/hmbci-2018-0028.
26. Lindenburg ITM, van Kamp IL, Oepkes D. Intrauterine blood transfusion: current indications and associated risks. *Fetal Diagn Ther*. 2014; 36(4):263–71. doi:10.1159/000362812.
27. López-Carpintero N, Rodríguez-González R, González-González A, Díez-Sánchez J. [Role of middle cerebral artery Doppler in the management of Rhesus alloimmunization cases]. *Ginecol Obstet Mex*. 2010; 78(8):410–7.
28. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (9):CD000020. doi:10.1002/14651858.CD000020.pub3.
29. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev*. 2015; (9):CD000020. doi:10.1002/14651858.CD000020.pub3.
30. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women. *Technology Appraisal Guidance, No. 41*. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
31. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, Davies T, Robson S, White J, Jones J, Allard S, British Society for Haematology. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfus Med*. 2014; 24(1):8–20. doi:10.1111/tme.12091.
32. Ravinet J, Carbonne B. [Economic analysis of the prevention of anti-D immunization]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006; 35(1 Suppl):1S104–11.
33. Samson D, Mollison PL. Effect on primary Rh immunization of delayed administration of anti-Rh. *Immunology*. 1975; 28(2):349–57.
34. Shen R, Sandler SG. Transfusion medicine illustrated. Miscounting even one lymphocyte in the Kleihauer-Betke (acid-elution) assay can result in overdosing Rh immune globulin. *Transfusion*. 2015; 55(9):2069. doi:10.1111/trf.13056.
35. Spsychalska J, Uhrynowska M, Pyl H, Klimczak-Jajor E, Kopec I, Peciakowska M, Gutowska R, Gawlak M, Słomska S, Dąbkowska S, Szczecina R, Dębska M, Brojer E. [Standardization of the quantitative flow cytometric test with anti-D antibodies for fetomaternal hemorrhage in RhD negative women]. *Ginekol Pol*. 2015; 86(7):486–93. doi:10.17772/gp/57854.

36. UK Blood Transfusion Services. Guidelines for the Blood Transfusion Service. 8th ed. London: TSO; 2013.
37. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, Allard S, British Committee for Standards in Haematology. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med.* 2016; 26(4):246–63. doi:10.1111/tme.12299.

# Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензия
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома»
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқилган сана</b>	22.03.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надирханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Уринбаева Н.А., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртчиев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., т.ф.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суюрқулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садиқова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Муминова Ш.С.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

## Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Усмонов С.К., бош мутахассис	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

## Такризчилар

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Каримова Ф.Д.	ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

## Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «25» мартда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 3-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## КИРИШ

### Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан ушбу қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қабул қилинадиган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини улар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар қиради:

- Зарур бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий мувофиқ ташхислаш ва даволаш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник баённомани тайёрлашдан мақсад:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияларни ташхислаш, олдини олиш, даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** артериал гипертензия билан касалланган ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёллар.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар, умумий амалиёт (оила) шифокорлари, терапевтлар, кардиологлар, лаборантлар, анестезистка-ҳамширалар, доялар, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.



Қисқартмалар рўйхати:

АҚБ	–	артериал қон босими
АГ	–	артериал гипертензия
АлТ	–	аланинаминотрансфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
аГУС	–	атипик гемолитик-уремик синдром
ГАГ	–	гестацион артериал гипертензия
ГК	–	гипертония касаллиги
ДАҚБ	–	диастолик артериал қон босими
ҲҶОҚ	–	ҳомила ўсиши ортда қолиши
ЎСВ	–	ўпка сунъий вентиляцияси
КАФС	–	катастрофик антифосфолипид синдром
КК	–	кесар кесиш
КТГ	–	кардиотокография
КТ	–	компьютер томография
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
ХНН (МНО)	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат
МРТ	–	магнит-резонанс томографияси
ЎРДС	–	ўткир респиратор дистресс синдроми
ИДХ	–	интенсив даволаш хонаси (палатаси)
ПА	–	плазма алмашинуви
ТТП	–	тромботик тромбоцитопеник пурпура
НЖЙБК	–	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
МОД	–	муддатидан олдинги туғруқ
ПЭ	–	преэклампсия
РДС	–	респиратор дистресс синдроми
БРТ	–	бошқариладиган рандомизацияланган тадқиқот
САҚБ	–	систолик артериал қон босими
ТМА	–	тромботик микроангиопатиялар
УТТ	–	ультратовуш текшируви
САГ	–	сурункали артериал гипертензия
МВБ	–	марказий веноз босим
ЮУС	–	юррак уриши сони
МНТ	–	марказий нерв тизими
ASFA	–	аферез бўйича Америка жамияти
РАРР-А	–	ҳомиладорлик билан боғлиқ плазма оксигени-А
PIGF	–	плацентар ўсиш омили
PI	–	пульсацион индекс
<b>PRES (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome)</b>	–	қайтадиган орқа энцефалопатия синдроми
sFlt-1	–	fms га ўхшаш эрувчан тирокиназа-1

## КХТ-10 бўйича кодланиши

<b>XV синфи</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврлар (O00-O99)
<b>O10-O16</b>	Шишлар, протеинурия ва ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларда гипертензив бузилишлар
<b>O10</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган гипертензия
<b>O10.0</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган эссенциал гипертензия
<b>O10.1</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган кардиоваскуляр гипертензия
<b>O10.2</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган буйрак гипертензияси
<b>O10.3</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган кардиоваскуляр ва буйрак гипертензияси
<b>O10.4</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган артериал гипертензия
<b>O10.9</b>	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган, аниқланмаган, аввал кузатилган артериал гипертензия
<b>O11</b>	Протеинурия кўшилиши билан аввал кузатилган артериал гипертензия
<b>O13</b>	Ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан гипертензия, сезиларли протеинуриясиз
<b>O14</b>	Ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан гипертензия, сезиларли протеинурия билан
<b>O14.0</b>	Енгил преэклампсия
<b>O14.1</b>	Оғир преэклампсия
<b>O14.9</b>	Аниқланмаган преэклампсия
<b>O15</b>	Эклампсия
<b>O15.0</b>	Ҳомиладорлик даврида эклампсия
<b>O15.1</b>	Туғруқ пайтида эклампсия
<b>O15.2</b>	Туғруқдан кейинги даврда эклампсия
<b>O15.9</b>	Муддат бўйича аниқланмаган эклампсия
<b>O16</b>	Онада аниқланмаган гипертензия

## Таърифлар

- \* **Артериал гипертензия** –ўртача 15 дақиқа оралиғида бир қўлда камида икки марта ўлчанганда систолик артериал қон босими (сАҚБ)  $\geq 140$  мм сим. уст. ва/ёки диастолик АҚБнинг (дАҚБ)  $\geq 90$  мм сим. уст. кўтарилиши.
- \* **Сурункали артериал гипертензия** – ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки туғруқдан кейин 42 кундан кўпроқ сақланиб турадиган ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафталик муддатларида камида 4 соатлик оралик билан икки марта қон босимининг кўтарилиши.
- \* **Гестацион (ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан) артериал гипертензия (ГАГ)** –ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин биринчи марта қайд этилган ва сезиларли протеинурия ( $< 0,3$  г/л) билан кечмайдиган, камида 4 соатлик оралик билан икки марта қон босимининг (сАҚБ  $\geq 140$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq 90$  мм сим. уст.) кўтарилиши.
- \* **Преэклампсия** – протеинурия ёки полиорган етишмовчилиги кўшилишини кўрсатувчи камида битта бошқа параметр билан бирга кечадиган анамнезда

АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ  $\geq 140$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq 90$  мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.

\* **Протеинурия** – бу:

- \*  $> 0,3$  г/кун ёки 4-6 соатлик оралик билан олинган сийдикнинг иккита порциясида  $> 0,3$  г/л миқдорда оксилни йўқотиш;

**ЁКИ**

- \* протеин/креатинин нисбати  $\geq 30$  мг/ммоль ёки ундан ортиқ бўлиши;

**ЁКИ**

- \* таҳлил-тасмада 2+ натижаси (фақат бошқа миқдорий усуллардан фойдалана олиш имкони бўлмаганда ишлатилади).

## Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг таснифи

### Клиник таснифи:

- \* Преэклампсия ва эклампсия.
- \* Сурункали артериал гипертензия фонида преэклампсия ва эклампсия.
- \* Гестацион (ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан) артериал гипертензия.
- \* Сурункали артериал гипертензия (ҳомиладорликдан аввал кузатилган):
  - \* гипертония касаллиги;
  - \* иккиламчи (симптоматик) артериал гипертензия.

**Клиник нуқтаи назаридан, ҳомиладорлик якунланиши ва аёлнинг кейинги ҳаёти сифатига таъсир кўрсатиши бўйича ПЭни эрта ва кечки турларга ажратиш мақсадга мувофиқ бўлади:**

- эрта ривожланган ПЭ (ҳомиладорликнинг 34<sup>+0</sup> ҳафталик муддатига қадар ривожланиши);
- кеч ривожланган ПЭ (ҳомиладорликнинг  $> 34^{+0}$  ҳафталик муддатидан кейин ривожланиши).

### Оғирлик даражаси бўйича ПЭнинг таснифи:

- енгил ПЭ;
- оғир ПЭ.

### Ҳомиладор аёлларда АҚБ кўтарилиш дажарасининг таснифи:

Терминологияси	сАҚБ мм. сим. уст.		дАҚБ мм. сим. уст.
Нормал АҚБ	$< 140$	ва	$< 90$
Ўрта АГ	140-159	ва/ёки	90-109
Оғир АГ	$\geq 160$	ва/ёки	$\geq 110$

Артериал гипертензиянинг ҳар қандай кўринишида (сурункали, гестацион АГ, ПЭ) унинг даражасини тавсифлаш учун ҳомиладор аёлларда АҚБ кўтарилиш дажарасининг таснифи қўлланилиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида АГни ўрта ва оғир даражаларга ажратиш прогнозни баҳолаш, олиб бориш, даволаш ва туғдириб олиш тактикаларини танлашда муҳим аҳамиятга эга.

Оғир АГда сАҚБ  $\geq 160$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq 110$  мм сим. уст. кўтарилиши инсулт ривожланишининг юқори хавфи билан боғлиқ.

Ўз вақтида антигипертензив терапияни бошлаш учун оғир даражали гипертензия қисқа вақт ичида (15 дақиқада) тасдиқланиши мумкин.

### Пайдо бўлиш вақтига кўра эклампсиянинг таснифи:

- \* ҳомиладорлик даврида ва туғруқ пайтида

- \* туғруқдан кейинги даврда:
  - \* эрта туғруқдан кейинги (дастлабки 48 соатда)
  - \* кечки туғруқдан кейинги (туғруқдан кейинги 28 кун ичида)

## Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг клиник таърифлари

- **Сурункали артериал гипертензия** – ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки одатда туғруқдан кейин 42 кундан кўпроқ сақланиб турадиган ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафталик муддатида АҚБнинг  $\geq 140/90$  мм сим. уст. кўтарилиши.
- **Гестацион (ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан) артериал гипертензия (ГАГ)** – ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин биринчи марта қайд этилган ва сезиларли протеинурия ( $< 0,3$  г/л) билан кечмайдиган АҚБнинг кўтарилиши. 25% ҳолатларда ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатигача ривожланган ГАГ преэклампсия (ПЭ) билан бирга кечади.
- **Гипертония касаллиги** – АҚБнинг кўтарилиши билан тавсифланадиган бошқа касалликлар ёки патологик жараёнлар мавжудлиги билан боғлиқ бўлмаган, кечишининг асосий ва мажбурий синдроми АГ бўлган сурункали кечувчи касаллик.
- **Преэклампсия (ПЭ)** – ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин бир ёки бир нечта аъзоларнинг дисфункцияси ва/ёки сезиларли протеинурия билан бирга кечадиган артериал гипертензия билан тавсифланадиган, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган кўп тизимли патологик ҳолат. Шишлар ПЭнинг мажбурий диагностик мезонларига кирмайди.

2В

Физиологик кечувчи ҳомиладорликда 50-80% аёлларда энгил шишлар кузатилади ва ПЭнинг диагностик мезони сифатида фақат шишларни инобатга олиш тавсия этилмайди.

Генерализацияланган шишларсиз ўтаётган ПЭ, шишлар билан кечаётган ПЭдан кўра она ва ҳомила учун хавфлироқлиги тан олинган. Массив, тез ўсиб бораётган шишлар (учинчи триместрда  $\geq 1$  кг/ҳафтасига вазн ортиши), юздаги шишлар оғир преэклампсиянинг нохуш прогностик мезонларидан бири ҳисобланади.

- **Энгил преэклампсия (ПЭ)** –  $\geq 0,3$  г/кун ёки 4-6 соатлик оралик билан олинган сийдикнинг иккита порциясида  $\geq 0,3$  г/л протеинурия билан бирга кечадиган, анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ  $140-159$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $90-109$  мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.
- **Оғир преэклампсия (ПЭ)** – :

- \*  $\geq 0,3$  г/кун ёки 4-6 соатлик оралик билан олинган сийдикнинг иккита порциясида  $\geq 0,3$  г/л протеинурия билан бирга кечадиган, анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ  $\geq 160$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq 110$  мм сим. уст.

### ЁКИ

- \* сезиларли протеинурия билан/протеинуриясиз бир аъзо/полиорган етишмовчилигининг белгилари билан бирга кечадиган анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ  $\geq 140$  мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq 90$  мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.

Оғир преэклампсия ташхиси энгил ПЭ ёки ГАГ ҳолатларида бир аъзо/полиорган етишмовчилигини тасдиқловчи қуйидаги бир ёки бир нечта оғир белгилар кузатилганда қўйилади:

- \* ўткир буйрак етишмовчилиги (олигурия < 500 мл/кун, креатинин даражаси  $\geq 90$  мкмоль/л);
  - \* жигар шикастланиши (трансаминазалар даражаси ортиши\*: АлТ ёки АсТ  $\geq 40$  ХБ/л), қориннинг ўнг юқори квадрантида\*\* ёки эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш билан бирга кечиши мумкин;
  - \* неврологик асоратлар (масалан, руҳий ҳолат ўзгариши, кўрлик, инсульт, клонус, парацетамолни қабул қилгандан кейин тўхтамайдиган кучли бош оғриқлар\*\*\*, персистент скотома, кўриш нерви диски шиши);
  - \* гематологик асоратлар (тромбоцитопения < 100 000/мкл, тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми, гемолиз);
  - \* ўпка шиши;
  - \* HELLP-синдроми.
- \* АсТ ферменти перипортал некроз билан боғлиқ бўлган ва преэклампсия туфайли жигар дисфункциясида периферик қонга ажралиб чиқадиган устун трансаминаза ҳисобланади. АсТнинг даражаси АлТга нисбатан анча юқори бўлиши, ҳеч бўлмаганда дастлаб босқичларда одатда АсТга нисбатан АлТнинг даражаси юқори бўладиган жигар паренхиматоз касалликларининг бошқа эҳтимол тутилган сабабларидан преэклампсияни ажратиш олишга ёрдам беради. Ифодаланган гемолиз фониди билирубиннинг даражаси ортиши фақат касалликнинг кеч босқичларида ривожланиши мумкин.
- \*\* Ўнг қовурга ости ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар перипортал ва ўчоқли паренхиматоз некроз, жигар хужайраларининг шиши, Глиссон капсуласининг кенгайиши ёки уларнинг умумлашмаси туфайли юзага келади деб ҳисобланади.
- \*\*\* Бош оғриқлари юқори церебрал перфузион босим, бош мия шиши ва гипертоник энцефалопатия билан боғлиқ. Бош оғриқларини оғир преэклампсиянинг диагностик мезони сифатида ишлатиш ишончсиз ва носпецифик ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кичик бўлган муддатда преэклампсияга ўхшаш клиник белгилар кузатилганда, бошқа касалликлар, шу жумладан, ТТП, ГУС, ёлбўғоз, буйрак етишмовчилиги ёки аутоиммун касалликлари кўриб чиқилиши лозим.

- **Эклампсия** – бошқа турдаги бузилишларга алоқаси бўлмаган, одатда оғир преэклампсия фониди пайдо бўладиган дастлаб тоник, кейин клоник бир ёки ундан кўп талвасалар билан кечадиган она ва боланинг ҳаётига хавф солувчи ҳолат.
- **Тромботик микроангиопатия (ТМА)** – тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия, охирги (чегараловчи) артериолалар ва капиллярларнинг микроваскуляр тромбози ва аъзоларнинг бир нечта дисфункцияси билан кечадиган турли хил касалликларга хос бўлган синдром. Ушбу касалликлар гуруҳига ҳам ҳомиладорлик билан боғлиқ (HELLP-синдроми, атипик гемолитик-уремик синдром (аГУС)), ҳам ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлмаган (ТТП, типик гемолитик-уремик синдром (ГУС)) касалликлар киради.

**1B** Акушерлик амалиётида ТМАнинг барча турларида ўхшаш клиник ва морфологик белгиларни инobatга олиш тавсия этилади.

Клиник жиҳатдан ТМАнинг барча турлари бир кўринишда: кенг тарқалган тромб ҳосил бўлиш жараёнларида тромбоцитларнинг етишмовчилиги натижасида ривожланган тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик Кумбс-манфий анемия (механик гемолиз) ва турли аъзолар, асосан буйрак, жигар, ўпка ва МНТнинг шикастланиши билан кечади. Ҳомиладорлик даврида ўткир ТМАнинг клиник симптомлари пайдо бўлганда, нозологик ташхисга боғлиқ бўлган кейинги олиб бориш тактикасини аниқлаш керак.

**1A** аГУС касаллигини истисно ташхиси деб ҳисоблаш тавсия этилади.

аГУС ташхиси туғдириб олингандан кейин ТМАнинг персистланувчи симптомлари мавжудлигига асосланган ҳолда қўйилади ва бошқа ТМАлар, биринчи навбатда ТТП ва

иккиламчи септик ТМАларни истисно этадиган лаборатор текширувлар билан тасдиқланиши керак.

- **HELLP-синдроми** – куйидаги белгиларга асосланган ҳолда аниқланади: қон зардоби ва сийдикда эркин гемоглобин аниқланиши (Hemolysis), АсТ, АлТ даражаси ортиши (Elevated Liver Enzymes) ва тромбоцитопения (Low Platelets). HELLP-синдроми ПЭнинг ўлимга олиб келиши мумкин бўлган асорати ҳисобланади (оғир коагулопатия, жигар некрози ва ёрилиши, мия ичи гематомаси). Ҳозирги вақтда HELLP-синдроми ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган ТМАнинг алоҳида ҳолатларидан бири ҳисобланади.

### Махсус клиник вазиятларда артериал гипертензия

- **Резистент артериал гипертензия** – тавсия этилган даволаш тактикасини қўллаган ҳолда, сАҚБ < 140 мм сим. уст. ёки дАҚБ < 90 мм сим. уст. гача пасайтиришга эришиш мумкин бўлмаган ҳолатда АГ резистент ҳисобланади.
- **«Оқ халат» артериал гипертензияси** – юқори қон босими қийматлари (сАҚБ  $\geq$  140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq$  90 мм сим. уст.) фақат шифокор қабулида намоён бўладиган (шифоҳона, амбулатор), бироқ уй шароитида сАҚБ < 135 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ < 85 мм сим. уст. қийматларда бўладиган ҳолат.
- **Яширин артериал гипертензия** – шифокор қабулида (шифоҳона, амбулатор) нормал ва уй шароитида юқори қон босими қийматлари қайд этиладиган, антигипертензив давони олмайдиган беморда аниқланади. Яширин АГ касаллик ривожланиб бориши билан юқори қон босими, ҚДнинг 2-тури ва нишон-аъзоларининг шикастланиши билан кечадиган турғун АГга ўтиши билан боғлиқ.
- **Транзитор артериал гипертензия** – ҳомиладор аёл дам олганидан кейин ёки кейинги ташрифларда ўлчанганда қайд этилмаган сАҚБ  $\geq$  140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ  $\geq$  90 мм сим. уст. кўтарилиши.

### Презкламписиянинг этиологияси ва патогенези

ПЭнинг патогенези ҳалигача охиригача тўлиқ ўрганилмаган, ҳомиладорлик даврида ПЭ ривожланишининг охириги назарияси ушбу патологик жараён икки босқичда кечишини назарда тутаяди: 1-босқичда трофобластнинг юзаки инвазияси содир бўлади, бу эса спиралсимон артерияларнинг номувофиқ ремоделлашишига олиб келади (морфологик тузилишини сақлаб қолади; мушак қаватининг трансформацияси содир бўлмайди). Бу онада эндотелиал дисфункциясига жавоб реакцияси ва касалликнинг клиник белгилари намоён бўлишига олиб келадиган ангиоген ва антиангиоген омилларнинг дисбалансини ўз ичига олган 2-босқичнинг сабаби деб тахмин қилинади. Касаллик ҳомиладорликнинг 34<sup>+0</sup> ҳафталик муддатидан кейин (кеч) ривожланганда, одатда, плацентация жараёни нормал кечади, бироқ, фетоплацентар тизимининг эҳтиёжлари қон билан таъминланишининг имкониятларидан юқори бўлади. ПЭ ривожланишида йўлдошга асосий рол ажратилишига қарамасдан, ушбу асорат ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатидан кейин йўлдош функциясига таъсир этувчи юрак қон-томир тизими ва онанинг гемодинамик хусусиятлари иштирокида ривожланиши юзасидан тобора кўпроқ далиллар пайдо бўлмоқда.

### Эпидемиологияси

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар 6-8% ҳолатларда учрайди, дунёдаги оналар ўлимининг асосий сабабларидан бири ва 20-25% ҳолатларда перинатал ўлимнинг сабаби ҳисобланади. Уларнинг орасида презкламписия алоҳида ўринни эгаллайди, унинг частотаси 2-8% ни ташкил қилади. Дунёдаги оналар ўлимининг 10-15% ҳолатлари презкламписия ёки экламписия билан боғлиқ ва бу йилига камида 70 минг ўлимни ташкил қилади. Лотин Америкаси ва Кариб денгизида гипертоник бузилишлар оналар ўлимининг қарийб 26% ни, Африка ва Осиёда эса 9% ни ташкил қилади.

Преэклампсиянинг эрта бошланиши оналар ва перинатал ўлимга олиб келувчи асосий омил ҳисобланади.

Бундан ташқари, ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар оналар ва уларнинг болалари учун оғир касалланиш, ногиронликнинг сабаби ҳисобланади. Шу билан бирга, лозим дисциплинараро бошқарув билан кўп ҳолатларда нохуш натижалар юзага келишини олдини олиш мумкин. Оғир гипертензив бузилишларнинг оқибатлари аёлнинг кейинги ҳаётининг сифатини оғирлаштириши (атеросклероз, қандли диабет, юрак қон-томир касалликлари тез-тез учрайди) ва муддатдан аввал туғилган болаларда жисмоний ва психосоматик ривожланиши бузилишларининг частотаси юқори бўлганидек, келгусида уларда соматик касалликларининг ривожланиши хавфи ҳам юқори бўлганлиги туфайли, ушбу муаммо ижтимоий ва тиббий нуқтаи назардан аҳамиятли ҳисобланади.

## Гипертензив бузилишларнинг клиник кўриниши

### САГ, ГАГ клиник кўриниши

Ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин илк қайд этилган, сезиларли протеинуриясиз ва аъзолар дисфункциясини кўрсатувчи белгиларсиз кечадиган АҚБнинг кўтарилиши.

### Преэклампсиянинг клиник кўриниши

- **Марказий нерв тизими томонидан:** бош оғриғи, фотопсиялар, парестезиялар, фибрилляциялар, талвасалар.
- **Юрак қон-томир тизими томонидан:** артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, гиповолемия.
- **Сийдик ажратиш тизими томонидан:** олигурия, анурия, протеинурия.
- **Ошқозон-ичак тракти томонидан:** эпигастрал соҳада оғриқлар, жиғилдон қайнаши, қайт қилиш, кўнгил айниши.
- **Қон тизими томонидан:** тромбоцитопения, гемостаз бузилишлари, гемолитик анемия.
- **Ҳомила томонидан:** ҳомила ўсиши ортда қолиши, ҳомила ички гипоксияси, антенатал ўлими. Преэклампсия билан касалланган аёлларда ўз-ўзидан (спонтан) туғруқ содир бўлиши ёки кўрсатмага кўра муддатдан аввал туғдириб олиш хавфи юқори туради. ХЎОҚ ва унинг даражаси оғир ПЭнинг ташхислаш мезонларидан чиқариб ташланган.

ACOG ва ISSHP томонидан энгил ПЭ оғир даражали ПЭга тез ўтишига асосланиб, ПЭни энгил ва оғир даражаларга бўлиш тавсия қилинмайди. Шу билан бирга, клиник жиҳатдан энгил (O13) ва полиорган етишмовчилигини кўрсатувчи оғир клиник ва лаборатор кўринишдаги ПЭни (O14) ажратиш мақсадга мувофиқ бўлади.

### Полиорган етишмовчилиги ривожланганлигини кўрсатувчи оғир ПЭнинг клиник мезонлари:

- МНТ функцияси бузилиши (кўришнинг бузилиши, бош оғриғи, талвасалар);
- буйрак функцияси бузилиши (олигурия < 500 мл/кун, креатинин даражаси ортиши);
- ўпка шиши;
- кўриш нерви диски шиши;
- жигар функцияси бузилиши (трансаминазалар даражаси ортиши: АлТ, АсТ  $\geq$  40 ХБ/л);

- қориннинг ўнг юқори квадранти/эпигастрал соҳада оғриқлар (қон таъминланишининг бузилиши туфайли Глиссон капсуласининг кенгайиши);
- кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- тромбоцитопения (< 100 000/мкл);
- HELLP-синдроми;
- $\pm \geq 0,3$  г/кун ёки 4-6 соатлик оралиқ билан олинган сийдикнинг иккита порциясида  $\geq 0,3$  г/л протеинурия.

### Енгил ва оғир ПЭнинг дифференциал диагностикаси

Кўрсаткич	Енгил ПЭ	Оғир ПЭ
АҚБ (4-6 соат оралиқ билан икки марта ўлчанганда)	$\geq 140/90$ мм сим. уст., бирок, $\leq 160/110$ мм сим. уст.	сАҚБ $\geq 160$ мм сим. уст. дАҚБ $\geq 110$ мм сим. уст.
Протеинурия	$\geq 0,3$	$\geq 0,3$ ёки кузатилмаслиги мумкин
Неврологик (церебрал) симптомлар: бош оғриғи, кўришнинг бузилиши, кўриш нерви диски шиши ва бошқ.	-	+/-
Диспептик бузилишлар: кўнгил айнаши, қайт қилиш	-	+/-
Қориннинг ўнг юқори квадранти ёки эпигастрал соҳада оғриқлар	-	+/-
Олигурия < 500 мл/кун (< 30 мл/соат)	-	+/-
Ўпка шиши, цианоз	-	+/-
АлТ, АсТ даражаси $\geq 40$ ХБ/л ортиши	-	+/-
Тромбоцитопения < 100 000/мкл	-	+/-
Периферик қонда гемолиз	-	+/-
Креатинин даражаси $\geq 90$ мкмоль/л ортиши	-	+/-
HELLP-синдроми	-	+/-

### Эклампсиянинг клиник кўриниши

Бошқа сабаблар билан тушунтириб бўлмайдиган (эпилепсия, инсульт, ўсма ва бошқ.) преэклампсия билан касалланган ҳомиладор аёлда бир ёки ундан кўп талвасалар юзага келганда эклампсия ташхиси қўйилади.

Талвасалар ҳомиладорлик, туғруқ пайтида ва туғруқдан кейинги даврларда юзага келиши мумкин. Эклампсия ҳолатларининг деярли ярми ҳомиладорлик даврида, 1/5 дан кўпроғи ҳомиладорликнинг 31 ҳафталик муддатидан аввал содир бўлади. Эклампсия муддатига етук ҳомиладорликда 75% ҳолатларда туғруқда ёки туғруқдан кейин 6 соат ичида содир бўлади. 16% ҳолатларда эклампсия туғруқдан кейинги 48 соатдан 4 ҳафтагача бўлган оралиқ вақтда содир бўлади. Эклампсия ҳолатларининг 44% гача туғруқдан кейинги даврда, айниқса, муддатига етук ҳомиладорликда содир бўлади. Шу муносабат билан, ПЭ билан касалланган аёллар алоҳида назорат остида бўлишлиги керак.

59 та мақолаларнинг (21,149 эклампсия ҳолати) тизимли шарҳининг натижаларига кўра антенатал, интранатал ва туғруқдан кейинги эклампсиянинг улуши мос равишда 59%, 20% ва 21% ни ташкил қилган, 25% аёлларда қон босими меъёрида бўлган, 20% ўрта, 32% оғир ва 21% таснифланмаган гипертензия билан касалланган бўлган.

4С	Ҳомиладорлик даврида талвасалар хуружи ривожланганда қуйидаги касалликлар билан дифференциал диагностикани ўтказиш тавсия этилади:
----	--



- МНТнинг қон-томир касалликлари;
- ишемик/геморрагик инсульт;
- мия ичига қон қуйилиши/аневризмалар;
- бош мия қон-томирлари веналарининг тромбози;
- бош мия ўсмалари;
- бош мия абсцесси;
- артерио-веноз мальформациялар;
- юқумли касалликлар (энцефалит, менингит);
- эпилепсия;
- дори-воситаларнинг таъсири (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлозапин);
- гипонатриемия, гипокалиемия;
- гипергликемия;
- тромботик тромбоцитопеник пурпура;
- постпункцион синдром;
- PRES-синдром\*
- қайтадиган церебрал қон-томирлари торайиши синдроми\*\*

\* Қайтадиган орқа энцефалопатия синдроми (PRES) – кўришнинг бузилиши ёки йўқолиши, талвасалар, бош оғриғи ва сезгирлик ўзгариши ёки онг чалкаши каби бир қатор клиник неврологик белгилар ва симптомларнинг мажмуи. Магнит-резонанс томограммада вазоген шиш ва бош миянинг орқа қисмларида гиперинтенсивлик аниқланганда PRES ташхиси қўйилади. Айниқса бош оғриғи, онг ўзгариши ёки кўришнинг бузилиши билан кечадиган эклампсия ва преэклампсия билан касалланган аёлларда PRES ривожланиши хавфи юқори туради.

\*\* Қайтадиган церебрал қон-томирлари торайиши синдроми одатда бош оғриғи ва камдан-кам мия шиши, инсульт ёки талвасалар билан боғлиқ бўлган ўчоқли неврологик бузилишлар билан кечадиган бош мия артерияларининг қайтадиган мультифокал торайиши билан тавсифланади. PRES ва қайтадиган церебрал вазоконстрикция синдроми билан касалланган аёлларни даволашда қон босимини назорат қилиш, талвасага қарши дори воситалариларни қабул қилиш ва узоқ вақт давомида неврологик кузатувни олиб бориш керак.

### HELLP-синдромининг клиник кўриниши

Намоён бўлаётган белгиларга кўра тўлиқ HELLP-синдроми ва гемолитик анемиясиз кечадиган ELLP-синдромлари ажратилади.

Қон зардобида ва сийдикнинг ўзига хос қўнғир рангидан визуал аниқланадиган массив томир ичи гемолизи аёлларнинг атиги 10% да кузатилади. Томир ичи гемолизи ташхисини аниқлаштириш учун қўшимча равишда лаборатор текширувларни ўтказиш керак:

- парчаланган эритроцитлар (шизоцитлар) мавжудлиги (нормада 0-0,27%);
- лактатдегидрогеназининг (ЛДГ) даражаси > 600 ХБ/л;
- боғланмаган билирубиннинг даражаси > 12 г/л;
- гаптоглобиннинг даражаси пасайиши < 0,3 г/л.

Тромбоцитопения HELLP-синдромининг мажбурий шартидир.

HELLP-синдроми кўпинча ҳомиладорликнинг учинчи триместрида юзага келса ҳам, 30% ҳолатларда у илк марта намоён бўлади ёки туғруқдан кейинги даврда ривожланиб боради. Бундан ташқари, HELLP-синдроми яширин ва атипик бошланиши мумкин, беморларнинг 15% гача гипертензия ёки протеинурия кузатилмаслиги ҳам мумкин. 90% ҳолатларда қориннинг ўнг юқори квадрантида оғриқ ва умумий ҳолсизлик, шунингдек, 50% ҳолатларда қўнғил айниши ва қайт қилиш HELLP-синдромининг асосий белгилари ҳисобланади.

Ташхисни тезда аниқлашга имкон берадиган ҳеч бир клиник ёки морфологик мезон ишлаб чиқилмаган. Кўп кузатиладиган ПЭ/HELLP-синдроми ва ТМАнинг бошқа камдан-кам учрайдиган турларининг ўртасида дифференциал диагностикани ўтказиш бирламчи вазифа ҳисобланади.

Туғдириб олингандан кейин 48-72 соат ичида ПЭ/HELLP-синдромининг клиник кўринишида яхшиланиш кузатилмаса, ТМАнинг бошқа турларини ташхислаш керак.

«Соф акушерлик» ТМАни, яъни ҳомиладорликнинг ўзи ТМА (ПЭ/HELLP-синдроми) бошланишининг сабаби бўлган турини ТМАнинг бошқа турларидан (ТТП, аГУС) фақат туғдириб олингандан кейин ажратиб олиш мумкин бўлади. Бу ҳомиладорлик даврида ТМА белгилари мавжуд аёлнинг ҳолати оғир ПЭнинг мезонларига тўғри келиши ва у туғдириб олиниши, шунингдек, йўлдошдан ажралиб чиқадиган fms га ўхшаш эрувчан тирокиназа-1 (sFlt-1) антиангиоген омилининг элиминацияси ПЭнинг симптомларини тўхтатиши билан боғлиқ.

### Оғирлик даражаси бўйича HELLP-синдромининг диагностик мезонлари

Оғирлик даражаси (синфи)	Тасниф (Tennessee тадқиқоти)	Тасниф (Mississippi trial)
I	* Тромбоцитлар $100 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л	* Тромбоцитлар $50 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки АлТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л
II		* Тромбоцитлар $100-50 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки АлТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л
III «транзитор» ёки «парциал» (FIGO, 2012)		* Тромбоцитлар $150-100 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки даражаси АЛТ 40 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л

\* HELLP-синдромининг патогенетик ва клиник кўринишларининг хилма-хиллиги туфайли унинг оғирлик даражасини баҳолаш амалий аҳамиятга эга эмас – преэклампсия фонида HELLP (ELLP) синдромининг минимал белгилари аниқланиши биланоқ фаол тактика олиб борилади: туғдириб олинади ва интенсив даволаш ўтказилади. Ўткир буйрак етишмовчилиги массив томир ичи гемолизисиз ҳам ривожланиши мумкин.

### HELLP-синдромининг дифференциал диагностикаси:

- гестацион тромбоцитопения;
- жигарнинг ўткир ёғли дистрофияси (ЖЎЁД);
- вирусли гепатит;
- холангит;
- холецистит;
- сийдик чиқариш йўллариининг инфекциялари;
- гастрит;
- ошқозон яраси;
- ўткир панкреатит;
- иммун тромбоцитопения (ИТП);
- фолий кислотаси етишмовчилиги;
- тизимли қизил бўрича (ТҚБ);
- антифосфолипид синдром (АФС);
- Бадд-Киари синдроми;
- тромботик тромбоцитопеник пурпура (ТТП);

- гемолитик-уремик синдром (ГУС);
- сепсис ва септик ТМА.

## Гипертензив бузилишларни ташхислаш

### Шикоятлар ва анамнез

Нормал кечаётган ҳомиладорликда анамнезни йиғиш каби гипертензив бузилишларда ҳам анамнез бир хил йигилади.

### Физикал кўрик

Умумий кўрик ўтказилади: аёлнинг ҳар бир ташрифида тери қопламлари ва шиллик қаватларининг ҳолати, шишлар мавжудлиги, НОС, АҚБ, ЮУС текширилади.

**5С** Аёлнинг ҳар бир ташрифида АҚБ ва пульсни ўлчаш тавсия этилади.

<b>2В</b>	<b>АҚБни ўлчаш қоидалари:</b>
	▪ Симоб сфигмоманометри кўрсаткичларни аниқроқ кўрсатади, ишлатиладиган барча қурилмалар шунга қараб созланиши керак.
	▪ Қулай ҳолатда ўтирган ҳолда, беморнинг қўли столда, юрак сатҳи билан баробар туради. Стандарт манжетанинг пастки чеккаси (эни 12-13 см, узунлиги 35 см) тирсак букилишидан 2 см баланд туриши керак. Манжетанинг ўлчами қўлнинг ўлчамига мос келиши керак.
	▪ Биринчи товушларнинг пайдо бўлиш вақти Коротков тонининг I-фазасига тўғри келади ва сАҚБни кўрсатади; дАҚБни Коротков тонларининг V-фазасида (тугаш) қайд этиш тавсия этилади.
	▪ АҚБ тинч ҳолатда (5 дақиқалик дам олгандан кейин) камида 1 дақиқалик оралиқ билан икки марта ўлчанади; 5 мм сим. уст. га тенг ёки ундан катта фарқ бўлганда қўшимча равишда яна бир марта ўлчанади, бунда охириги икки қийматлар иккига бўлинади.
	▪ АҚБ икки қўлда ўлчанади, фарқи бўлса, юқори қийматлари қайд этилади.
▪ Қандли диабет билан касалланган аёлларда ўтирган ва ётган ҳолатда АҚБ ўлчанади.	
▪ Кўрсаткичлар 2 мм сим. уст. гача аниқлик билан қайд этилиши керак.	

**1А** Артериал қон босимини ўлчашда диастолик босимни Коротков тонларининг V (K5 = товуш йўқолиши) ёки IV (пасайиш) фазасида қайд этиш тавсия этилади.

Биринчи товушларнинг пайдо бўлиш вақти Коротков тонининг I-фазасига тўғри келади ва сАҚБни кўрсатади; дАҚБ K5 да қайд этилади.

**3А** Назорат қилинадиган медикаментоз давони қабул қиладиган АГ билан касалланган барча аёлларга ҳар ҳафта тиббий муассасага ташриф буюриш тавсия этилади (шифохонагача босқичда).

Назорат қилинадиган медикаментоз даво остида АҚБ барқарор бўлишида, тромбоцитлар миқдори, креатинин ва жигар трансминазаларнинг даражалари меъёрида бўлишида, шунингдек, УТ доплер текширувининг натижаларига кўра ХҶОҚ ва қон айланиши бузилишларининг белгилари аниқланмаганда АГ билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг кузатувини амбулатор шароитда (мунтазам равишда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини муассасаларига ташриф буюриш ва ҳомиладор аёл ва ҳомиланинг ҳолатини назорат қилиш шарти билан) олиб бориш мумкин бўлади.

**4С** Ҳомиладор аёлга бутун ҳомиладорлик даври давомида ҳар куни АҚБни назорат қилишни тайинлаш тавсия этилади.

Аёлнинг ўзи кундаликка қайд этиш билан АҚБни ҳар куни кунига 3 марта ўлчаши мумкин.

<b>3C</b>	Ҳомиладор аёл антигипертензив дори воситалариларни қабул қилганда ҳомиланинг қимирлашларини ҳар куни назорат қилиши керак.
-----------	--

Антигипертензив дори воситаларилари плацентар қон айланишининг ҳолатига ва шунга мос равишда ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилиши мумкин, шунинг учун ҳомиланинг қимирлашларини мустақил равишда назорат қилиш жуда муҳим, ҳомиланинг қимирлашлари ўзгарса, аёллар дарҳол акушерлик стационарига мурожаат қилишлари керак.

### Лаборатор ва диагностик текширувлар

<b>2B</b>	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда протеинурияни аниқлаш керак. Оксилни аниқлашнинг янада сезгир усулларида фойдаланиш тавсия этилади (кунлик сийдикда ёки протеин/креатинин нисбати).
-----------	---

Таҳлил-тасма ёрдамида сийдик текширилганда кўпинча ёлғон-мусбат ва ёлғон-манфий натижалар олинади. 71% ҳолатларда таҳлил-тасмада 1+ протеинурия аниқланиши ёлғон-мусбат натижани кўрсатади. Таҳлил-тасмада  $\geq 1+$  натижаси олинганда, оксил миқдорини аниқлаш зарур. Оксил даражаси  $\geq 300$  мг/кун ёки таҳлил-тасмада 2+ натижаси сезиларли протеинурия кечаётганидан далолат беради.

<b>1B</b>	Онанинг буйрак функциясини баҳолашда преэклампсиянинг кўп омилли скрининг моделларида тавсия этилган стратификацияланган хавф маркерларидан бирига микроальбуминурия, Цистатин-С ва NGAL киради.
-----------	--

Микроальбуминурия (МАУ) буйрак коптокчаси шикастланишининг ягона кузатиладиган натижаси ва АГ билан касалланган беморларда нефропатиянинг эрта ривожланиш белгиси бўлади. МАУ ривожланаётган нефропатияни эрта аниқлаш усули, яъни буйрак тўқималари патологиясининг текшируви ҳисобланади. Сийдикда NGAL даражасини ўлчаш найча (тубуляр) дисфункциясини кўрсатади ва креатининнинг нормал даражасида NGAL даражасининг ортиши клиник босқичга тез ўтиш хавфи юқори бўлган субклиник ўткир буйрак шикастланишини (ЎБШ) кўрсатади. NGAL ёрдамида креатининнинг даражаси ортишига қадар субклиник ЎБШни аниқлаш мумкин. Цистатин-С ҳозирги кунда жаҳон тиббиёт ҳамжамияти томонидан гломеруляр фильтрация тезлигининг (ГФТ) энг аниқ эндоген маркери ва преэклампсиянинг эрта маркери сифатида тан олинган.

**Нормал қийматлар:** микроальбумин, нормаси: 0-20 мг/л; цистатин-С, нормаси: 0,5-1,1 мг/л; NGAL, нормаси: 0-131,7 нг/мл. Текшириш усули: иммунофлуоресценция.

Микроальбуминурия, цистатин-С ва NGAL текширувлари 3-даражали муассасаларда Fineware FIA Meter Plus анализаторида ўтказилади.

<b>2B</b>	Протеинуриянинг миқдорини аниқлашнинг қуйидаги мумкин бўлган усулларида фойдаланиш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"><li>* оксил/креатинин нисбати (одатий сийдикда). <math>\geq 30</math> мг/ммоль қийматлари сезиларли протеинурияни кўрсатади ва <math>\geq 300</math> мг/кун оксил йўқотилишига тўғри келади. Сийдикни катетер орқали олиш шарт эмас;</li><li>* кунлик сийдикда <math>\geq 300</math> мг/кун оксил аниқланиши.</li></ul>
-----------	--

Ҳомиладорликнинг 20<sup>+0</sup> ҳафтасигача протеинурия кузатилиши илгари ўтказилган буйрак касаллигининг белгиси ҳисобланади. Критик ҳолатнинг симптомлари кузатилганда (оғир гипертония, тромбоцитопения, мия, буйрак, жигар дисфункцияси, ўпка шиши) «Оғир преэклампсия» ташхисини қўйиш учун сезиларли протеинурия бўлиши шарт эмас.

ACOG ва ISSHP таснифига кўра протеинурия ПЭнинг муҳим диагностик мезонларига кирмайди. Протеинурия ва протеинуриясиз кечадиган ПЭда акушерлик ва перинатал патологияларнинг частотаси ҳомиладорлик натижалари билан бир хил.

- \* Преэклампсия билан касалланган ҳомиладор аёлларда сезиларли протеинурия аниқлангандан кейин уни динамик равишда баҳолаш тавсия этилмайди.
- \* Протеинурия она ва ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилмайди, бир марта аниқланган протеинурия қайта текширилмайди.
- \* Протеинурия одатда гипертензиядан кейин касаллик ривожланиб бориши билан пайдо бўлади, бироқ, баъзи аёлларда у гипертензиядан олдин ҳам пайдо бўлиши мумкин.
- \* Протеинуриянинг даражаси оғир преэклампсиянинг ташхислаш мезонларидан чиқариб ташланган.

**2B** АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда гемоглобин ва гематокритни аниқлаш тавсия этилади.

Гемоконцентрация туфайли кўрсаткичларнинг қиймати ортиши вазоконстрикция ва томир ичи ҳажмининг пасайишини кўрсатади. Гематокрит даражаси пасайиши гемолизнинг эҳтимол тутилган кўрсаткичи ҳисобланади.

**2A** АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда тромбоцитлар миқдорини аниқлаш тавсия этилади.

Тромбоцитларнинг миқдори камайиши ( $100 \times 10^9/\text{л}$  дан кам) оғир ПЭ ривожланганлигини кўрсатади. Тромбоцитларнинг миқдори аста-секин, ҳатто нормал қийматларда ҳам камайиши бир неча соат оралиғида кузатилиши мумкин. Тромбоцитлар миқдорини туғруқдан аввал текшириш тавсия этилади.

**3B** АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда гемостазнинг қуйидаги параметрларини аниқлаш тавсия этилади: фибриноген концентрацияси, протромбин вақти, фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти, халқаро нормаллаштирилган нисбат/протромбин индекс.

Гемостазиограммадаги ўзгаришлар специфик ҳисобланади ва ПЭнинг оғирлик даражасини акс эттирмайди. Протромбин вақти, қисман тромбопластин вақти ва фибриногеннинг концентрацияси ўзгариши одатда ривожланиб бўлган преэклампсияда кузатилади. Тромбоцитларнинг миқдори  $150\,000/\text{мкл}$  дан кам бўлганда, жигарда сезиларли дисфункция мавжуд бўлганда ёки йўлдошнинг кўчишига тахмин қилинганда ушбу қон ивиш параметрларини баҳолаш фойдали бўлади. Шундай қилиб, ушбу текширув натижалари бошқа клиник ва лаборатор маълумотлар билан биргаликда талқин қилиниши керак.

**1A** АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда периферик қоннинг суртмасини текшириш тавсия этилади.

Эритроцитларнинг фрагментлари мавжудлиги (шизоцитоз, сфероцитоз) ПЭда гемолиз ривожланишини кўрсатади.

**2A** АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда қоннинг биокимёвий текширувини ўтказиш тавсия этилади.

Альбуминнинг концентрацияси пасайиши ПЭга хос бўлган томирларнинг эндотелийи ўтказувчанлиги ошганини кўрсатади.

Қон зардоби креатининининг даражаси  $90\ \mu\text{моль}/\text{л}$  дан ортиши, айниқса олигоурия ( $500\ \text{мл}/\text{кун}$  дан кам) билан бирга келиши, оғир ПЭ мавжудлигини кўрсатади. Оғир

преэклампсияда гломеруляр филтрация тезлиги тахминан 25% га камайиши билан буйрак ички қон томирларида ривожланган спазм туфайли олигоурия юзага келади. Бундай беморларда транзитор олигоурия (4 соат ичида 100 мл дан кам) туғруқ пайтида ёки туғруқдан кейинги даврининг биринчи 24 соатида оддий ҳолат ҳисобланади.

Қон зардобда билирубиннинг концентрацияси ортиши гемолиз ёки жигар шикастланишини кўрсатади.

Сийдик кислотаси концентрациясининг пасайиши, креатинин клиренси ошиши, жигар трансаминазаларининг (АлТ, АсТ) даражаси ортиши оғир ПЭни кўрсатади.

<b>1В</b>	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда камида битта аъзонинг шикастланиш белгилари билан бирга микроангиопатик гемолиз ва тромбоцитопения мавжуд бўлганда, ТМАни ташхислаш тавсия этилади.
-----------	---

## Инструментал ва диагностик текширувлар

<b>5С</b>	ПЭга тахмин қилинганда фетометрияни ўтказиш, йўлдош ва қоғаноқ сувларининг ҳолатини баҳолаш мақсадида УТТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>2С</b>	Енгил ПЭда ҳомиланинг ўсишини назорат қилиш учун ҳар 3-4 ҳафтада ҳомиланинг УТТни ўтказишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3С</b>	Антигипертензив дори воситаларилар қабул қилинганда ҳар 7-10 кунда ҳомиланинг УТТ ва бачадон-йўлдош қон оқимининг УТ доплерографиясини ўтказишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

<b>1В</b>	Ҳомиладорликнинг 26 ҳафтасидан бошлаб енгил ПЭда ҳар ҳафта, оғир ПЭда ҳар куни ҳомиланинг кардиотокографиясини (КТГ) ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3С</b>	Антигипертензив дори воситаларилар қабул қилинганда ҳар 7-10 кунда ҳомиланинг КТГни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>3С</b>	Магнезиал терапияни ўтказиш пайтида ҳомиланинг динамик КТГ назоратини олиб бориш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3С</b>	Компьютер томографиянинг нормал натижаларида, бироқ, сақланиб турувчи неврологик симптоматика ва кўришнинг бузилиши кузатилганда, қуйидаги ҳолатларда бош миянинг КТ ёки магнит-резонанс томографиясини ўтказиш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>* ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатигача ёки туғруқдан кейинги биринчи икки кун ичида қайд этилган талвасалар ҳуружида;</li> <li>* магнезиал терапия билан бартараф этилмайдиган эклампсияда ва оғир ўчоқли неврологик симптоматикада;</li> <li>* гемипарезда;</li> <li>* 24 соат мобайнида седатив терапия бекор қилингандан кейин сақланиб турувчи кома ҳолатида.</li> </ul>
-----------	---

Онг пасайиши ёки ўчоқли неврологик симптоматика билан кечадиган эклампсия билан касалланган аёлларда бош мия КТ текшируви мия ичига қон қуйилишини истисно қилиш учун ўтказилади.

<b>2В</b>	ПЭда марказий веноз босимни мунтазам равишда ўлчаш тавсия этилмайди.
-----------	--

Марказий венанинг катетеризацияси фақат кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилиши керак, яъни: яхши ривожланмаган периферик веноз тизими, II ва ундан оғир даражали шок

ҳолати, адекват инфузион-трансфузион терапияни таъминлаш мақсадида вена ичига кўшимча тушиш сифатида.

## Гипертензив бузилишларни даволаш

### Номедикаментоз даволаш усуллари

<b>2С</b>	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларга аччиқ ва шўр овқатларни истеъмол қилишни камайтириш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида биринчи аниқланган ҳар қандай гипертензив бузилиши шифохонага госпитализация қилиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Фақат оғир бўлмаган гестацион гипертензия ёки энгил преэклампсия билан касалланган аёлларни кейинчалик амбулатор шароитда уйда олиб бориш мумкин.

Амбулатор шароитда олиб бориш она ва ҳомиланинг ҳолатини диққат билан назорат қилишни талаб қилади.

Қуйидаги ҳолатларда аёлни амбулатор шароитда олиб бориш мумкин:

- сАҚБ < 150 ва/ёки дАҚБ < 100 мм сим. уст. бўлганда;
- тромбоцитлар миқдори 100 000/мкл дан ортиқ бўлганда;
- жигар ферментлари ва буйрак функциясининг кўраткичлари меъёрида бўлганда;
- ҳомиланинг қониқарли ҳолатида;
- субъектив симптомлар қузатилмаганда;
- юқори даражали онг ва интизомлиликда.

<b>3А</b>	Ҳомиладор аёлда сАҚБ > 160 мм сим. уст. ёки дАҚБ > 110 мм сим. уст. га кўтарилиши қузатилганда ИДПга госпитализация қилиш тавсия этилади.
-----------	---

### Антигипертензив терапия

<b>1А</b>	Антигипертензив терапияни ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>1С</b>	Нишон-аъзоларининг субклиник шикастланиши ёки ҚД кўринишида коморбидлик (ёндош касаллик) билан кечадиган гестацион, сурункали АГ билан касалланган аёлларда сАҚБ $\geq 140$ мм сим. уст. ёки дАҚБ $\geq 90$ мм сим. уст. га кўтарилишида антигипертензив терапияни бошлаш тавсия этилади.
-----------	---

<b>1С</b>	Бошқа ҳолатларда сАҚБ $\geq 150$ мм сим. уст. ёки дАҚБ $\geq 100$ мм сим. уст. га кўтарилишида антигипертензив терапияни бошлаш тавсия этилади.
-----------	---

### Антигипертензив терапияни бошлаш мезонлари

АГнинг клиник вариантлари	АҚБ (мм сим. уст.)	АҚБнинг мақсадий кўрсаткичлари
Нишон-аъзоларининг шикастланиши ва коморбид ҳолатларсиз (ҚД) кечадиган АГ	сАҚБ 150 ва/ёки дАҚБ 100	сАҚБ 130-135 дАҚБ 80-85
Нишон-аъзоларининг шикастланиши ёки ҚД кўринишида коморбидлик билан кечадиган АГ	сАҚБ 140 ва/ёки дАҚБ 90	сАҚБ 130 ва ундан паст дАҚБ 80 ва ундан паст

Нишон-аъзоларининг шикастланиши:

- чап қоринча дисфункцияси;

- ретинопатия;
- дислипидемия;
- микроваскуляр асоратлар;
- аёлнинг ёши 40 дан катта бўлса.

АҚБ аввалдан паст бўлган ҳомиладор аёлларда антигипертензив терапияни АҚБ  $\geq$  130/85 мм сим. уст. да бошлаш мумкин.

Антигипертензив терапия юрак қон-томир етишмовчилиги, миокардиал ишемия, ҳам ишемик, ҳам геморрагик инсулт ривожланишини олдини олади.

<b>4C</b>	Антигипертензив терапияни ўтказишда сАҚБ 130-135 мм сим. уст. ва дАҚБ 80-85 мм сим. уст. қийматларини мақсадли (она ва ҳомила учун хавфсиз) деб ҳисоблаш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3C</b>	Прегестацион қандли диабет билан касалланган аёлларда АҚБни 130/80 мм сим. уст. дан паст даражада ушлаб туриш учун антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>4C</b>	Нишон-аъзоларининг шикастланиши ва/ёки коморбид касалликлар (ҚБ) билан касалланган аёлларда АҚБни 140/90 мм сим. уст. дан паст даражада ушлаб туриш учун антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3B</b>	Ҳомиладорлик даврида антигипертензив дори воситаларилар сифатида қуйидаги дори-воситаларни қўллаш тавсия этилмайди: АПФ-ингибиторлари, ангиотензин II рецепторлари блокаторлари, спиронолактон, кальций антагонистлари: дилтиазем ва фелодипин.
-----------	---

<b>1A</b>	Ҳомиладорлик даврида узоқ вақт давомида АГни даволаш учун энг яхши танлов воситаси сифатида метилдопани қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	Оғир гипертензияда (сАҚБ $\geq$ 160 ва/ёки дАҚБ $\geq$ 110 мм сим. уст.) <b>метилдопа</b> (оғиз орқали) ёки қисқа таъсир этувчи <b>нифедипин</b> (оғиз орқали) ёки <b>лабеталол</b> (в/и ёки оғиз орқали) тавсия этилган.
-----------	---

Оғир гипертензияда лабеталолнинг дозировкаси: 10-20 мг в/и юборилади (1-2 мл 1% ли эритма). Зарур ҳолларда 300 мг максимал тўйинтириш дозасига эришилгунга қадар ҳар 10-30 дақ. 20-80 мг дан в/и инъекциялари қайта юборилади. Лабеталолни узоқ вақт давомида инфузия кўринишида 1-2 мг/дақ. тезликда натрий хлорид физиологик эритмасида юбориш афзалроқ. Лабеталолни в/и юборганда таъсир қилиш вақти 5 дақ. ташкил қилади, максимал таъсирга 30 дақ. эришилади. Лабеталол стационар шароитда беморнинг ётган ҳолатида в/и юборилади (АҚБни тез тушириши туфайли). Қўллаб-қувватловчи терапияни ўтказиш учун (оғир бўлмаган гипертензияда) 100 мг дозировкада (1-таблетка) кунига 2-4 маҳал оғиз орқали қабул қилинади. Максимал кунлик дозаси 1200 мг ни ташкил қилади. Бронхиал астма ва юрак етишмовчилигида лабеталолни қўллаш таъқиқланади.

<b>1A</b>	Оғир гипертензияда (сАҚБ $\geq$ 160 ва/ёки дАҚБ $\geq$ 110 мм сим. уст.) икки-уч компонентли антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Резистент АГда қўшимча равишда таъсири узайтирилган нифедипин, метопролол ёки клонидинни қўллаш мумкин. Нифедипин АҚБни тез тушириши, плацентар қон оқими секинлашиши ва, мос равишда, ҳомилада критик ҳолатни чақиритиши мумкин. Шунинг учун, нифедипин билан даволашда ҳомиладор аёлда гипотензияни олдини олиш учун кунига 3 марта АҚБни назорат қилиш керак, шу билан бирга, дори воситаларини тил остига қабул қилиш таъқиқланади.



3С	Антигипертензив терапияни ҳомиланинг ҳолати мониторинги остида (ҳомиланинг қимирлашларини мустақил равишда назорат қилиш, текширувларни тез-тез ўтказиш учун қарши кўрсатмалар бўлмаганда, ҳар 7-10 кунда УТТ, КТГ, УТ доплерометрияси) ўтказиш тавсия этилади.
----	---

1В	Резистент АГда тузни истеъмол қилишни чегаралаш ва дастлабки терапияга антигипертензив дори воситалариларни кетма-кетлик билан қўшиш тавсия этилади.
----	--

2А	Резистент АГда альфа-1 адреноблокатор – <b>урапидил</b> ни қўллаш тавсия этилади. Урапидил ҳомиладорлик даврида эҳтиёткорлик билан қўлланилиши мумкин, бироқ, туғруқдан кейинги даврда кўкрак сути билан озиклантириш фонида уни қабул қилиш таъқиқланади.
----	--

Урапидил в/и тез оқимда ёки узоқ вақт давомида инфузия кўринишида юборилади (бемор ётган ҳолатда бўлиши керак).

- АҚБни назорат остида (бошқарган ҳолда) тушириш учун 25 мг дозировкада урапидил в/и юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. АҚБ тушса, 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи доза юборилади, кейин дозаси камайтирилади.

- Урапидилнинг биринчи юборилган дозасидан кейин АҚБ тушмаса, 2 дақ. кейин 25 мг дозировкада такроран юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. АҚБ тушса, 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи доза юборилади, кейин дозаси камайтирилади.

- Урапидилнинг иккинчи юборилган дозасидан кейин АҚБ тушмаса, 2 дақ. кейин 50 мг дозировкада в/и секин оқимда юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. Кейин 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи дозаси тайинланади, кейин дозаси камайтирилади.

- Урапидилнинг ушлаб турувчи дозаси в/и томчилаб ёки узлуксиз инфузия кўринишида перфузион насос ёрдамида юборилади.

- Урапидилнинг ушлаб турувчи дозаси: ўртача 9 мг/соатига, яъни 250 мг урапидил (5 мл ли 10 ампула ёки 10 мл ли 5 ампула) 500 мл инфузиялар учун эритмага қўшилади (1 мг = 44 томчи = 2,2 мл). Қўллаш учун рухсат этилган максимал нисбат – 4 мг урапидил 1 мл инфузиялар учун эритмага қўшилади. Юбориш тезлиги беморнинг АҚБнинг қийматларига боғлиқ.

- АҚБ кескин тушиб кетишини олдини олишга алоҳида эътибор қаратиш лозим, бу эса она ёки ҳомилада перфузиянинг критик чегаралардан пастга тушиши натижасида асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Юқори АҚБни ҳар 10-20 дақ. 10-20 мм сим. уст. тезликда, сАҚБ 130-140 мм сим. уст., дАҚБ 80-90 мм сим. уст. қийматларига қадар тушириш тавсия этилади.

1А	Презкламписия ва ўпканинг ўткир шиши билан касалланган аёлларда АГни даволаш учун энг яхши танлов воситаси <b>глицерилтринитрат (нитроглицерин)</b> ҳисобланади. 5 мкг/дақ. <sup>-1</sup> тезликда инфузия кўринишида, ҳар 3-5 дақ. 100 мкг/дақ. <sup>-1</sup> максимал дозасигача оширган ҳолда юборилади.
----	---

1В	Нифедипин ва магний сульфатини биргаликда қўллаш тавсия этилади.
----	--

Антигипертензив восита сифатида магний сульфатини қўллаш тавсия этилмайди.

1С	«Оқ ҳалат» АГ билан касалланган аёлларда вақти-вақти билан АҚБни уй шароитида кузатиб бориш тавсия этилади.
----	---

2C	«Оқ халат» АГда нишон-аъзоларининг шикастланиш белгилари мавжуд бўлса, антигипертензив терапияни бошлаш мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин.
----	---

3C	«Оқ халат» АГда мунтазам равишда антигипертензив терапияни қўллаш тавсия этилмайди.
----	---

1C	Яширин ва транзитор АГ билан касалланган аёлларда вақти-вақти билан АҚБни уй шароитида кузатиб бориш тавсия этилади.
----	--

2C	Фақатгина шифокор қабулида намоён бўладиган АҚБ юқори қийматларининг прогностик аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, яширин АГда антигипертензив терапияни бошлаш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаш керак.
----	---

3C	Транзитор АГда мунтазам равишда антигипертензив терапияни қўллаш тавсия этилмайди.
----	--

Протеинурия билан ёки протеинуриясиз кечадиган гестацион гипертензияда L-аргинин қўлланилиши мумкин, чунки бир қатор рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, тизимли шарҳлар ва мета-таҳлилларда ҳам сАҚБ, ҳам дАҚБни туширишда L-аргинин ўзининг самарадорлигини кўрсатган.

## Талвасага қарши даво

1A	Оғир ПЭ ва эклампсияда талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида <b>магний сульфатини</b> в/и юбориш тавсия этилади.
----	--

Магний сульфати эклампсияни олдини олишда бензодиазепинлар, фенитоин ва нимодипиндан устун туради, унинг қўлланилиши кесар кесиш операциялар, қон кетиши, янги туғилган чақалоқларда юқумли касалликлар ва депрессиянинг частотасини оширмайди.

- Магний сульфати 10-15 дақ. давомида 4 г бошланғич дозада (16 мл 25% ли эритма), кейин 1 г/соатига (4 мл/соатига 25% ли эритма) в/и юборилади. Юқорида кўрсатилган магний сульфатининг дозалари она учун камроқ токсикликка эга ва айти пайтда илгари тавсия этилган дозаларга (5-6 г болус кўринишда ва 2 г/соат) нисбатан бир хил клиник таъсир кўрсатади.
- Вена ичига тушиш имкони бўлмаса, магний сульфатини мушак орасига (м/о) дастлаб 10 г зарба дозада (ҳар бир думбага 5 г дан), кейин 5 г дан ҳар 4 соатда юбориш мумкин. Мушак орасига юборилиши оғрикли бўлгани туфайли, дори воситаларини 1 мл 2% ли лидокаин эритмаси билан бирга юбориш керак. Ножўя таъсирлар кўпроқ мушак орасига юборилганда кузатилади.
- Магний сульфатини фақат АҚБнинг тушиши асосида бекор қилиш тавсия этилмайди, чунки у гипотензив таъсирга эмас, балки талвасаларга қарши таъсирга эга.

Магнезиал терапия ўтказилмаган оғир ПЭда эклампсия ҳужайраларининг частотаси оғир бўлмаган беморларга нисбатан тўрт баробар юқори туради (200 тадан 1 та 200 тадан 4 тага қарши).

2A	Магнезиал терапиянинг тавсия этилган бекор қилиш мезонлари: <ul style="list-style-type: none"><li>24 соат ичида талвасалар кузатилмаганда;</li><li>МНТнинг юқори кўзгалувчанлик белгилари (гиперрефлексия, гипертонус) кузатилмаганда;</li><li>АҚБ нормаллашиши (дАҚБ <math>\leq 90</math> мм сим. уст.);</li><li>диурез нормаллашиши (<math>\geq 50</math> мл/соатига).</li></ul>
----	--

<b>3В</b>	Магний сульфати ҳомила/янги туғилган чақалоқда остеопатия ривожланиши хавфи туфайли ҳомиладорлик даврида уни узоқ вақт давомида қўллаш тавсия этилмайди.
-----------	--

<b>3А</b>	Енгил ПЭда магний сульфатини қўллаш тавсия этилмайди.
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида енгил ПЭда режали терапия сифатида магний сульфати юборилиши ПЭнинг ривожланиб боришини олдини олмайди.

<b>3А</b>	Талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун бензодиазепинлар ва фенитоинни қўллаш тавсия этилмайди, магний сульфатини қўллашга қарши кўрсатмалар ва/ёки унинг самарасизлик ҳоллари бундан мустасно.
-----------	--

Диазепамни болус дозаларда юбориш ҳомилага салбий таъсир кўсатади. Тиопентал натрий (бир марталик энг катта ва кунлик дозалари в/и 1 г ни ташкил қилади) қўлланилиши фақат седация ва магний сульфати самарасиз бўлганда талвасага қарши терапия сифатида, шунингдек, ўпка сунъий вентилицияси (ЎСВ) ва умумий оғриқсизлантириш учун индукция сифатида кўриб чиқилиши керак.

### Презклампсия билан касалланган аёлга биринчи ёрдам кўрсатиш

<b>1А</b>	<p>Шифохонагача бўлган босқичда қуйидаги ҳажмда тиббий ёрдам кўрсатиш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ПЭнинг оғирлик даражасини баҳолаш: АҚБ, эс-хуши, бош оғриқлари, талвасалар, нафас қисилиши, қорин соҳасида оғриқлар, туғруқ йўлларида қон кетиши, ҳомиланинг юрак уриши;</li> <li>• оғир ПЭда: вена ичига тушишни таъминланг – периферик венага 16 мл 25% ли в/и секин оқимда (10 дақ. ичида) ва инфузомат ёки система орқали 1 г/соатига (4 мл/соатига) тезликда 100 мл магний сульфатининг эритмасини юборинг;</li> <li>• сАҚБ 150 ва/ёки дАҚБ 100 мм сим. уст. ва ундан юқорига кўтарилганда – метилдопа, нифедипин билан биргаликда гипотензив терапияни бошланг;</li> <li>• талвасаларда: нафас йўлларидаги ўтказувчанлигини таъминланг, талвасалар тўхтаганда магнезиал ва гипотензив терапияни бошланг, эс-хушини йўқотиш/нафас тўхташи ҳолатида Амбу халтачаси орқали ЎСВни ўтказишни бошланг;</li> <li>• тез тиббий ёрдам шифокорлари ПЭ/эклампсия билан касалланган аёлни олиб келаётганда туғруқхона ходимларини хабардор қилишлари керак.</li> </ul>
-----------	---

<b>1А</b>	<p>Шифохонада клиник баҳолаш билан биргаликда қуйидаги текширувларни ўтказиш керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• АҚБни назорат қилиш;</li> <li>• сийдикни протеинурияга текшириш;</li> <li>• ҳафтасига камида икки марта (зарур ҳолларда ундан ҳам кўпроқ) қон таҳлиллари (гемоглобин, тромбоцитлар, АлТ, АсТ, ЛДГ);</li> <li>• буйрак функцияларини текшириш (протеинуриянинг миқдорини баҳолаш учун эрталабки биринчи сийдик порцияси текширилмайди), соатбай диурез миқдорини ўлчаш.</li> </ul>
-----------	--

АГ билан касалланган ҳомиладор аёлларда гиперурикемия (сийдик кислотасининг даражаси ортиши) намоён бўлиши она ва ҳомила томонидан нохуш натижалар ривожланиши хавфи юқорилигини кўрсатади.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида буйрак касалликларини аниқлаш ва ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ПЭни истисно қилиш учун барча ҳомиладор аёлларга протеинурияни текширишни тавсия қилиш керак.

Ҳомиладор аёлларга ва тиббиёт ходимларига тинч, режалаштирилган вазиятда индивидуал хавфни аниқлаш ва кейинги кузатув алгоритмини танлаш учун етарли вақт ажратиш ўз вақтида мурожаат қилишнинг мақсади ҳисобланади.

### **Презклампсия билан касалланган аёлга қабул бўлимида ёрдам кўрсатиш**

Қабул бўлимида қуйидаги кўрсаткичларга кўра ПЭнинг оғирлик даражаси баҳоланади: АҚБ, эс-хуши, бош оғриқлари, талвасалар, нафас қисилиши, қорин соҳасида оғриқлар, туғруқ йўлларида қон кетиши, ҳомиланинг юрак уриши.

Қуйидаги ҳолатларда акушер-гинеколог анестезиолог-реаниматологни қабул бўлимига чақиради ва ёрдам кўрсатишни бошлайди:

- талвасалар (шу жумладан, анамнезда ўтказган бўлса);
- эс-хушини йўқотиш ҳолатида;
- оғир АГ: АҚБ 160/110 мм сим. уст. ва ундан юқори;
- нафас бузилиши;
- қайт қилиш;
- туғруқ йўлларида қон кетиши, геморрагик шок.

### **Оғир презклампсия билан касалланган аёлни интенсив даволаш бўлимида олиб бориш**

Оғир ПЭ билан касалланган аёл интенсив даволаш палатасида, у бўлмаган тақдирда – интенсив даволаш ва реанимация бўлимида олиб борилади.

Рефрактер гипертензия ёки оғир белгилар билан кечадиган оғир ПЭ билан касалланган аёл интенсив даволаш ва реанимация бўлимида олиб борилади.

ПЭ/эклампсия билан касалланган аёлни анестезист-реаниматолог ва акушер-гинеколог шифокорлари ва, заруриятга қараб бошқа тегишли мутахассислар жалб қилинган ҳолда, биргаликда олиб боришлари керак.

Ташхис, туғдириб олишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар акушер-гинеколог шифокори томонидан белгиланади.

Интенсив даволаш, туғдириб олишнинг анестезиологик қўлланманинг усули, бошқа тегишли мутахассисларни жалб қилиш зарурилиги анестезиолог-реаниматолог шифокори томонидан белгиланади.

Оғир ПЭнинг асосий терапияси қуйидагиларни ўз ичига олади:

- магний сульфат билан талвасага қарши терапия;
- антигипертензив терапия;
- туғдириб олиш
- 

### **Олиб бориш тамойиллари:**

1. аёлнинг ҳолатини баҳолаш;
2. кузатув/назорат олиб бориш;
3. текширувларни ўтказиш;
4. АҚБни назорат қилиш: антигипертензив воситалар;
5. талвасаларни олдини олиш: магний сульфати;
6. муддатига етмаган ҳомиладорликда, ҳомила РДСни олдини олиш: кортикостероидлар;
7. сув балансини назорат қилиш;
8. туғдириб олиш муддатлари бўйича қарор қабул қилиш;
9. туғруқдан кейинги даврда аёл ҳолатини мунтазам мониторингини олиб бориш;

10. узоқ муддатли асоратларни олдини олиш.

**Онанинг ҳолатини баҳолаш:**

1. Барқарорликка эришилгунга қадар ҳар 15 дақ., кейин ҳар 30 дақ. АҚБни ўлчаш. Баъзи ҳолатларда аёлнинг ҳолати ҳар томонлама баҳолангандан кейин, АҚБни камроқ ўлчаш мумкин.
2. Шишлар мавжудлиги, тарқалганлиги.
3. Кўз туби ҳолатини.
4. Рефлекслар +/- талвасалар.
5. Диурезни назорат қилиш (соатбай диурез).
6. Қоннинг умумий таҳлили.
7. Электролитлар.
8. Мочевина, креатинин.
9. Жигар ферментлари (АлТ, АсТ).
10. Гемостазиограмма.

**Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш:**

1. КТГ (узоқ вақт давомида, АҚБ барқарорлашгунга қадар; туғруқ фаолияти бошланган бўлса узлуксиз ўтказилади) ҳомиланинг ҳолати ҳақида маълумот беради, бироқ, прогноз ҳақида маълумот бера олмайди.
2. УТТ (фетометрия, амниотик индекс, плацентометрия) ва доплерометрия (киндик артериялари, ўрта бош мия артерияси).

<b>1А</b>	АГнинг оғирлик даражасидан қатъий назар антигипертензив терапияни бошлаш (давом эттириш) тавсия этилади.
-----------	--

ПЭ/эклампсия билан касалланган аёллар орасида энг кўп учрайдиган ўлим сабаби мия ичига қон қуйилиши ҳисобланади. Инсульт, оғир ҳаётга таҳдид соладиган гипертензия, айниқса юқори сАҚБни олдини олиш учун зудлик билан самарали антигипертензив терапияни бошлаш зарур.

<b>3С</b>	Плацентар перфузиянинг бузилиши хавфи туфайли АҚБни 110/80 мм сим. уст. дан пастга тушириш тавсия этилмайди.
-----------	--

<b>2В</b>	ПЭда ўпка шишини олдини олиш учун чегараланган миқдорда суюқликни в/и ва перорал юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Преэклампсия ва эклампсияни даволашда инфузион терапия асосий ҳисобланмайди. Олигоурияни (6 соат ичида < 15 мл/соатига) даволаш учун мунтазам равишда суюқлик юборилмайди.

Инфузион терапия физиологик ва патологик (йўқотилган қон ҳажми, қайт қилиш, ич кетиши (диарея)) йўқотишларни ҳисобга олган ҳолда ва дори воситаларилар учун ташувчи восита сифатида ўтказилади.

Туғруқдан аввал инфузион терапияни ўтказишда в/и юбориладиган суюқлик ҳажмини 40-45 мл/соатигача (максимал 80 мл/соатига) чегаралаш ва полиэлектролитли тўла қийматли кристаллоидларга устунлик бериш керак.

Патологик йўқотишлар кузатилмаганда туғруқдан аввал ва кейин суюқликни энтерал қабул қилиш билан чекланиш мумкин.

Кесар кесиш операциясида оғриқсизлантиришни ўтказишда (нейроаксиал, умумий) 10 мл/кг ҳажмда кристаллоидлар инфузияси юборилади. Синтетик (ГЭК ва модификацияланган желатин эритмалари) ва табиий (альбумин) коллоидлар фақат мутлақ кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилади (гиповолемия, шок ҳолати, қон кетиши).

Инфузион терапиянинг чегараланган тартиби туғдириб олингандан кейин ҳам қўлланилади (HELLP-синдроми бундан мустасно).

Преэклампсия/эклампсияда критик ҳолат ривожланишининг ҳар қандай вариантда иложи борича эртароқ энтерал озиқлантиришга ўтиш зарур.

<b>3B</b>	Олигоурияни даволашда допамин ва фуросемидни қўллаш тавсия этилмайди.
<b>5C</b>	ПЭ ва ўпканинг ўткир шишида 5 мкг/дақ. инфузия кўринишида ҳар 3-5 дақ. 100 мкг/дақ. максимал дозасигача ошириш билан глицерилтринитратни (нитроглицерин) қўллаш тавсия этилади.
<b>4C</b>	Оғир ПЭ ва эклампсияда қуйидаги ҳолатларда ўпканинг узайтирилган сунъий вентилияцияси ўтказилади: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ҳар қандай этиологияли онг бузилиши (дори-воситалар, бош мия шиши, қон айланиши бузилиши, ўсимта, гипоксия);</li> <li>• мия ичига қон қуйилиши;</li> <li>• коагулопатик қон кетиши;</li> <li>• шок ҳолати;</li> <li>• ўпканинг ўткир жароҳатланиши ёки ўткир респиратор дистресс синдроми, ўпканинг альвеоляр шиши;</li> <li>• беқарор (вазопрессорларни юборишни талаб қиладиган) гемодинамика;</li> <li>• ривожланиб борувчи полиорган етишмовчилиги (церебрал, ўРДС, ТТИҚИ-синдроми, буйрак, жигар етишмовчилиги).</li> </ul>

Ўпканинг узайтирилган сунъий вентилияциясида нормовентилияция режимини таъминлаш ва туғдириб олингандан кейин дастлабки соатлар ичида неврологик бузилишларнинг даражасини аниқлаш зарур. Бунинг учун биринчи бўлиб миорелаксантлар бекор қилинади ва гиперрефлексия ва гипертонус мавжудлиги баҳоланади. Иложи бўлса, буни ЭЭГ ёрдамида амалга ошириш яхшироқ. Иложи бўлмаганда, кейинги босқичда, ушбу шароитда талвасага қарши таъсирни таъминловчи магний сульфатидан ташқари барча седатив дори воситаларилар бекор қилинади. Седатив дори воситалариларнинг таъсири тарқалгандан кейин онг даражаси баҳоланади: эклампсиянинг асоратланмаган кечишида 24 соат ичида эс-хуши тикланиши керак. Онг даражасини доимий баҳолаш имконияти мавжуд бўлган бошқариладиган седацияни ўтказиш учун **дексметодомидин** қўлланилади. Седатив дори воситалариларни тўлиқ бекор қилгандан кейин 24 соат ичида эс-хуши тикланмаса, бош миянинг компьютер ва магнит-резонанс томографиясини ўтказиш керак. Бундай ҳолатларда ташхис аниқланмагунга қадар ЎСВ давом эттирилади. Дексметодомидин – седация ҳолатидаги ва аллақачон интубация қилинган аёлларда бошқариладиган седацияни ўтказиш учун асосий дори воситалари ҳисобланади.

<b>5C</b>	HELLP-синдромига тахмин қилинганда ўткир жарроҳлик патологиясини истисно қилиш учун жарроҳнинг маслаҳатини олиш тавсия этилади.
-----------	---

HELLP-синдромида шошилишч оператив давони талаб қиладиган жигарнинг капсула ости ёрилиши ва қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа патологияси ривожланишининг хавфи юқори.

<b>5C</b>	Иккиламчи ТМАнинг (HELLP-синдроми) аломатлари билан кечадиган ПЭда ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида плазмаферез ва плазмани қўйиш тавсия этилмайди, чунки бу даволашнинг асосий усули ўтказилишини – туғдириб олишни – кечиктиради.
-----------	--

<b>5C</b>	Ҳомиладорлик даврида ТМАда плазма алмашинувини (ПА) ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	---

Касалликнинг дастлабки кунларида турли ТМАларнинг дифференциал диагностикасини ўтказиш ўта қийин. Н омилга антитаначалар билан аГУС ва ТТП билан касалланган беморларда биринчи навбатда қўлланиладиган даво сифатида ПАни ўтказиш тавсия этилади, бунда аГУСнинг деярли барча бошқа сабаблари II синфга киради (иккинчи навбатда қўлланиладиган даво). ПА этишмаётган ёки дефект комплемент регуляторларини «донор» молекулалар билан алмаштирган ҳолда, аутоантитаначалар ва айланиб юрувчи комплемент активаторларини чиқариб ташлайди. Туғдириб олишдан аввал, яъни, комплементни фаоллаштирадиган энг асосий триггерни – йўлдошни олиб ташлашдан аввал, ПА самара кўрсатмайди.

<b>1A</b>	Туғруқдан кейинги даврда ТМА ва ТТП тасдиқланган ташхисида (ADAMTS 13 < 10%) плазмаферез ва плазмани қуйиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	Гематологик кўрсаткичлар нормаллашганда (ЛДГ, кейинги 3 кун давомида тромбоцитларнинг миқдори > 150 минг) ПАни бекор қилиш тавсия этилади.
-----------	--

#### Хар қандай ТМАларда терапевтик ПАни ўтказиш қондалари:

- хар куни ўтказилади;
- тўлдириш ҳажми: айланаётган плазманинг 1-1,5 ҳажми;
- тўлдириш воситаси: янги музлатилган плазма (ЯМП).

<b>1A</b>	Туғруқдан кейинги даврда аГУСда (ADAMTS даражаси 13 > 10%, катастрофик антифосфолипид синдроми истисно этилган) экулизумабни қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

Экулизумабни тайинлаш тўғрисидаги қарор нефролог шифокори билан маслаҳатлашилгандан кейин қабул қилинади.

<b>5C</b>	Туғруқдан кейинги даврда аГУСда (ADAMTS даражаси 13 > 10%, катастрофик антифосфолипид синдроми истисно этилган) экулизумабни қўллаш имкони бўлмаганда, ПА тавсия этилади.
-----------	---

<b>5C</b>	Туғруқдан кейинги даврда ТМАнинг сақланиб турувчи клиник ва лаборатор аломатларида HELLP-синдроми, ТТП ва аГУС ўртасида дифференциал диагностикасини ўтказиш ва техник имкониятлар мавжуд бўлганда ТМАнинг кўчкисимон ривожланиб боришини олдини олиш учун ПАни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқдан кейинги даврда ТМАнинг симптомлари ривожланиб бориши ёки узок давом этишида техник имкониятлар мавжуд бўлганда (дисциплинараро консилиум, шошилиш ҳолатларида навбатчи шифокорларнинг қарорига мувофиқ) эрта ПАни (24 соат ичида) ўтказиш мумкин. Билвосита комплемент ҳолатларида ПА қўлланилиши этишмаётган ёки дефект комплемент регуляторларини алмаштирган ҳолда, аутоантитаначалар ёки комплемент тизимининг мутацияга учраган регуляторларини самарали чиқариб ташлаши мумкинлигига асосланади. Уни қўллаш зарурати аГУСни тасдиқлаш ва ТТПни тезда истисно қилиш имкони мавжуд бўлмаганда туғувчи ва тукқан аёлларда ТМАнинг ривожланиш тезлиги билан боғлиқ. Кейинчалик аГУС касаллиги тасдиқланган болаларда «тез» ПА биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида ўзини кўрсатди. Бироқ, экулизумаб билан солиштирилганда ПАнинг самарадорлигини исботлайдиган тизимли шарҳ, мета-таҳлил ёки БРТ мавжуд эмас. Бир қатор қўлланмаларда ташхис аниқланмагунга ва ТТП истисно этилмагунга қадар ва/ёки экулизумабдан фойдаланиш имконияти бўлмаганда плазмаферезни аГУСда бошланғич даво сифатида қўллаш тавсия этилади.

<b>2B</b>	Юз бериши мумкин бўлган тромбоэмболиянинг (ВТЭ) мавжудлигини текшириш учун D-димернинг даражасини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

D-димернинг мусбат натижаси ҳар доим ҳам ВТЭ мавжудлигини кўрсатмайди ва қўшимча текширувлар ўтказилишини талаб қилади. Бироқ, D-димернинг манфий натижаси ВТЭни истисно қилишга ёрдам беради. D-димернинг текширувлари 3-даражали муассасаларда Fineware FIA Meter Plus анализаторида ўтказилади.

<b>2B</b>	Қон кетиши белгиларисиз кечаётган ТМАда тромбоконцентрат тавсия этилмайди.
-----------	--

<b>3C</b>	Туғруқдан кейинги даврда ТМАда тромбоцитлар миқдори > 50 000/мкл бўлганда гепарин профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	ТМА ва гемолиз туфайли оғир анемияда (гемоглобин < 70 г/л) ўрнини тўлдириш мақсадида эритроцит сақловчи донорлик қон таркибий қисмларини (эритроцитар масса, ювилган эритроцитлар) қуйиш тавсия этилади.
-----------	--

Қон таркибий қисмларини қуйиш сони лаборатор ва клиник кўрсаткичларга (гемоглобин, эритроцитларнинг миқдори, гемолиз мавжудлиги, пульс, АҚБ кўрсаткичлари) мувофиқ белгиланади.

<b>3B</b>	Гемолиз, жигар ферментларининг ошган даражалари ва тромбоцитопенияни даволаш учун кортикостероидларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки бу оналарнинг касалликка чалинишини камайтириши ҳозирча ҳали исботланмаган.
-----------	--

### Эклампсияда биринчи ёрдам кўрсатиш

▪	Талваса ҳуружида даволаш муолажаларини жойида ўтказишни бошланг.
▪	Қабул бўлимида ИДПни ташкил қилинг ёки зудлик билан ҳомиладор аёлни интенсив даволаш ва реанимация бўлимига ўтказинг.
▪	Қон ва ошқозон массаларининг аспирацияси хавфини камайтириш учун чап ёнбошга қараган ҳолатда текис қаттиқ юзага аёлни ётқизинг, оғизни очиб ва пастки жағни олдинга чиқариб, нафас йўллари тезда бўшатинг; бир вақтнинг ўзида оғиз бўшлиғини ёт нарсалардан тозаланг; аёлни жароҳатланишдан ҳимоя қилинг, бироқ, уни фаол равишда ушлаб турманг.
▪	Сақланган спонтан нафасда оғиз-ҳалқум ҳаво ўтказгичини киритинг ва кислородли аралашмани намлантириш тизимида бурун-юз ниқоби орқали кислород ингаляциясини ўтказинг.
▪	Апноэ ривожланганда нафас чиқишида мусбат босим режимида бурун-юз ниқоби орқали 100% кислород билан мажбурлов вентиляцияни ўтказишни бошланг. Талвасалар кузатилиши давом этса ёки кома ҳолати сақланиб турса, миорелаксантларни юборинг ва аёлни нормовентиляция режимида ЎСВга ўтказинг.
▪	Адекват газ алмашинувини тиклаш бўйича ўтказилаётган чора-тадбирлар билан параллель равишда периферик венага катетерни ўрнатинг ва талвасага қарши дори воситалариларни юборишни бошланг (магний сульфати: 10-15 дақ. ичида 4 г болус кўринишда в/и, кейин АҚБ ва ЮУСни диққат билан назорат қилиш билан 1 г/соатига ушлаб турувчи дозада юборинг). Талвасалар кузатилиши ҳали ҳам давом этса, 3-5 дақ. ичида қўшимча 2 г магний сульфатини (8 мл 25% ли эритмасини) юборинг.
▪	Магнезиал терапиядан самара бўлмаганда диазепам (в/и секин оқимда 10 мг) ёки тиопентал натрий (450-500 мг) қўлланилиши мумкин.
▪	Талваса ҳуружи 30 дақ. кўп давом этса, бу ҳолат экламптик статус деб баҳоланади.
▪	Антигипертензив терапияни ўтказинг.
▪	Сийдик қопига катетерни ўрнатинг (узок вақтга катетерни қолдиринг, сийдик ажралишини соатбай ёзиб боринг ва протеинурияни текширинг).



- Экламптик статус, кома ҳолатида барча муолажаларни (вена, сийдик қопини катетеризациялаш, акушерлик муолажалар ва бошқ.) тиопентал натрий билан умумий оғриқсизлантириш остида ўтказинг. Кетамин қўлланилмасин!
- Ҳомиланинг узлуксиз КТГ-назоратини ўтказинг.
- Аёлнинг ҳолати барқарорлашгандан кейин туғдириб олинг.

## Туғдириб олиш

Қабул бўлимига бемор аёл мурожаат қилганда тиббиёт ходимлари (доя, шифокор) куйидагиларни бажаришлари зарур:

- масъул навбатчи акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог шифокорларини чақириш;
- интенсив кузатув картасини ёзиб бориш;
- периферик венани катетеризациялаш;
- АҚБни назорат қилиш:
  - ўрта гипертензияда соатига камида 1 марта;
  - оғир гипертензияда узлуксиз мониторинг.
- бошланғич дозировкада антигипертензив ва талвасага қарши терапияни давом эттириш; кейинчалик клиник вазиятга қараб шифокор тактикасини коррекциялаш;
- туғруқ адекват оғриқсизлантирилишини таъминлаш (кўрсатмаларга кўра – медикаментоз).

**1А** Оғир ПЭ билан касалланган ҳомиладорликнинг 24-33<sup>+6</sup> ҳафталик муддатлардаги аёлларда ҳомиланинг РДС профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.

РДС профилактикасининг схемалари:

- 24 соатлик оралиқ билан 12 мг дан м/о бетаметазоннинг 2 дозаси; ёки
- 12 соатлик оралиқ билан 6 мг дан м/о дексаметазоннинг 4 дозаси; ёки
- 8 соатлик оралиқ билан 8 мг дан м/о дексаметазоннинг 3 дозаси.

**5С** ПЭ билан касалланган ҳомиладор аёлларда туғруқ йўлларида қон кетиши, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишига (НЖЙБК) тахмин қилинганда, ҳомиланинг ўткир гипоксиясида шошилиш тартибда (бир неча дақ. ичида) туғдириб олиш тавсия этилади.

**5С** ПЭ билан касалланган аёлнинг ҳолати барқарорлашгандан кейин куйидаги ҳолатларда кечиктириб бўлмайдиган тартибда (бир неча соат ичида) туғдириб олиш тавсия этилади:

- тўхтамайдиган бош оғриғи ва кўришнинг бузилиши;
- тўхтамайдиган эпигастрал соҳадаги оғриқ, кўнгил айниши ёки қайт қилиш;
- жигар ва/ёки буйрак функцияларининг ўзгаришлари ривожланиб бориши;
- эклампсияда;
- дори-воситалар ёрдамида коррекция қилинмайдиган артериал гипертензияда;
- тромбоцитларнинг миқдори < 100 000/мкл;
- КТГнинг маълумотларига кўра ҳомиланинг ҳолати бузилиши;
- киндик артериясида қон айланиши бузилиши;
- вена найида қон айланиши бузилиши;
- < 5 перцентильга ХЎОҚ ва бир вақтнинг ўзида фетал ёки фетоплацентар перфузиянинг патологиясида (бачадон артериясида қон айланиши бузилиши);
- ҳомиладорликнинг 30 ҳафтадан каттароқ муддатида 24 соат оралиқ билан 2 текширувда аниқланган ифодаланган кам сувлилик (< 5 см).

КТГ бузилишларига спонтан ёки такрорланувчи кечки ёки ифодаланган вариабел децелерациялар; 60 дақ. ичида 5 уриш/дақ. дан паст вариабеллик, 60 дақ. ичида Доуз-Редман мезонлари аниқланмаслиги, Фишер бўйича КТГнинг 6 баллдан паст баҳоси киради.

**3В**

Ҳомиладорликнинг 24-33<sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида ПЭни биринчи навбатда кутиш тактикаси билан олиб бориш тавсия этилади.

Ҳомиладорликнинг 37<sup>+0</sup> ҳафталик муддатига етгунга қадар она ва ҳомиланинг ҳолатларини қатъий динамик назорат қилиш билан ГАГ ёки ПЭни кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин. Она учун жиддий оқибатларга олиб келиш эҳтимоли паст бўлганда ва ҳомила учун ижобий натижаларга эришиш кутилаётганда кутиш тактикаси билан олиб борилади.

Она ёки ҳомиланинг ҳолатида салбий тенденция кузатилганда кечиктирмасдан туғдириб олинади.

**Она томонидан кутиш тактикаси билан олиб боришга имкон бермайдиган клиник вазиятлар:**

- бошқарилмайдиган, терапияга чидамли АҚБ ( $\geq 160/110$  мм сим. уст.);
- тўхтамайдиган бош оғриқлар;
- оғриқ қолдирувчи воситаларни қайта қабул қилгандан кейин эпигастрал соҳада ва қориннинг ўнг юқори квадрантида оғриқ қолмаганда;
- кўриш, моторика ёки сезгирликнинг бузилиши;
- цереброваскуляр бузилишлар (инсульт);
- чап қоринча етишмовчилиги;
- миокард инфаркти;
- PRES-синдром;
- илк кузатилган ёки ривожланиб боровчи буйрак дисфункцияси (зардоб креатининининг даражаси бошланғич даражадан икки баробар юқори бўлиши);
- ўпка шиши;
- эклампсия;
- йўлдошнинг барвақт кўчишига тахмин қилинганда ёки йўлдошнинг олдинда келиши бўлмаганда қиндан қон кетишида;
- лаборатор текширувларининг аномал натижалари (жигар трансминазаларининг даражаси  $\geq 500$  ХБ/л дан ортиши);
- ривожланиб боровчи тромбоцитопения  $< 100 \times 10^9/л$ ;
- муқобил сабаблар бўлмаганда коагулопатия (ХНН  $> 2$ );
- муддатдан аввал қоғаноқ пардалари ёрилиши;
- HELLP-синдроми.

**Ҳомила томонидан кутиш тактикаси билан олиб боришга имкон бермайдиган клиник вазиятлар:**

- ҳомиланинг ноаниқ (дистресс) ҳолати;
- ҳомиланинг антенатал ўлими;
- яшаб кетишга имкон бермайдиган туғма ривожланиш нуқсонлари;
- чуқур чалалик даражаси;
- киндик артериясида доим кузатилмайдиган ёки тескари якуний диастолик қон оқими;
- киндик артериясида доимий тескари диастолик қон оқими.

**2В**

Ҳомиладорликнинг  $< 33^{+6}$  ҳафталик муддатида оғир ПЭ ва  $< 5$  перцентильга ХЎОҚда ҳомиладор аёлнинг ҳолатида салбий ўзгаришлар кузатилмаганда ва ҳомиланинг барқарор ҳолатида туғдириб олиш тавсия этилмайди.

TRUFFLE тадқиқотининг маълумотларига кўра ҳомиладорликнинг  $> 32^{+0}$  ҳафталик муддатида туғдириб олишнинг оптимал муддатини аниқлаш учун УТ доплерографияси

билан компьютерлаштирилган КТГ ёрдамида вена найини назорат қилиш тавсия этилади. Ушбу ёндашув неврологик бузилишлар билан туғилган болаларда (келгусида ўтказилган 2-йиллик кузатувнинг маълумотларига кўра) яхши клиник натижалар кўрсатган.

Преэклампсияда ҳомиладорлик якунланишига алоҳида таъсир кўрсатмайдиган қоғаноқ сувларининг миқдори ХЎОҚдан фарқли ўлароқ иккинчи даражали аҳамиятга эга.

<b>1А</b>	ГАГ ва енгил ПЭда ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0</sup> ҳафталик муддатида афзал қилинган даволаш тактикаси сифатида туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1А</b>	ГАГ ва енгил ПЭда ҳомиладорликнинг 36 ҳафталик муддатидан кейин преиндукция ёки туғруқ индукцияси ўтказилиши керак (бошқа қарши кўрсатмалар бўлмаганда).
-----------	--

<b>3В</b>	Бошқариладиган асоратланмаган САГда ҳомиладорликнинг 38-39 ҳафталик муддатларида режалаштирилган тартибда туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>3В</b>	Етарли даражада бошқарилмайдиган САГда ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталик муддатларида режалаштирилган тартибда туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3В</b>	<p>Оғир ПЭда ҳомиладорликнинг муддатига мувофиқ ҳомиладорликни қуйидаги тактикалар билан олиб бориш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22-24 ҳафта – ҳаётга таҳдид солувчи ҳомиладорликни тўхтатиш, ҳаётга таҳдид солувчи вазият бўлмаганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш;</li> <li>▪ 25-33 ҳафта – ҳомиладорликни давом эттириш (бошқарилмайдиган АГ, онада аъзолар дисфункцияси ривожланиб бориши, ҳомилада ноаниқ ҳолат кузатилмаганда) ҳомиланинг РДС профилактикасини ўтказиш, акушерлик кўрсатмаларга кўра КК операциясини ўтказиш;</li> <li>▪ <math>\geq 34</math> ҳафтадан – ҳомиладор аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш, туғдириб олиш (акушерлик кўрсатмаларга кўра КК операциясини ўтказиш).</li> </ul>
-----------	---

Муддатдан аввал туғдириб олиш билан боғлиқ бўлган барча клиник вазиятларда дисциплинарро консилиумнинг хулосаси талаб қилинади.

Оғир ПЭда дисциплинарро консилиумнинг хулосасидан кейин 3-даражали туғруққа кўмаклашиш муассасаларда ҳомиладорликни давом эттириш мумкин.

Узлуксиз назорат олиб борилганда, она учун жиддий оқибатларга олиб келиш эҳтимоли паст бўлганда ва ҳомила учун ижобий натижаларга эришиш кутилаётганда оғир ПЭда кутиш тактикаси билан олиб бориш кўриб чиқилади.

Бола яшаб қолиши кутилмаётган бўлса, кутиш тактикаси оналик хавфи ҳисобига неонатал йўқотишлардан сақланиш учун мўлжалланганлиги туфайли, кутиш тактикаси билан олиб бориш тавсия этилмайди. Кутиш тактикаси билан олиб борилганда, она ёки ҳомиланинг ҳолати ёмонлашиши биланок, ҳар қандай муддатда туғдириб олиш тавсия этилади.

#### Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларда туғдириб олиш муддатлари

Ҳолат	Муддатлар	Таклиф этилаётган аниқ муддатлар
Сурункали гипертензия: асоратланмаган, дори-воситаларни қабул қилишни талаб қилмайдиган, бошқариладиган	эрта муддатдаги/ тўлиқ муддатдаги	38 <sup>+0/7</sup> – 39 <sup>+6/7</sup> ҳафта*

Сурункали гипертензия: асоратланмаган, дори-воситаларни қабул қилиш билан бошқариладиган	эрта муддатдаги/ тўлик муддатдаги	37 <sup>+0/7</sup> – 39 <sup>+6/7</sup> ҳафта*
Сурункали гипертензия: бошқарилмайдиган, резистент	муддатдан аввал кечки /эрта муддатдаги	36 <sup>+0/7</sup> – 37 <sup>+6/7</sup> ҳафта
Гестацион гипертензия (енгил)	эрта муддатдаги	37 <sup>+0/7</sup> ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Гестацион гипертензия (оғир)	муддатдан аввал кечки	34 <sup>+0/7</sup> ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Енгил преэклампсия	эрта муддатдаги	37 <sup>+0/7</sup> ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Оғир преэклампсия: она ва ҳомиланинг барқарор ҳолатида	муддатдан аввал кечки	34 <sup>+0/7</sup> ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Оғир преэклампсия: она ва ҳомиланинг беқарор ҳолатида	ҳомила яшаб кетишидан қатъий назар онанинг ҳолати барқарорлашгандан кейин дарҳол	ҳомила яшаб кетишидан қатъий назар онанинг ҳолати барқарорлашгандан кейин дарҳол

\* 39<sup>+0/7</sup> ҳафтадан кейин ҳомиладорликни давом эттиришга фақат хавф ва фойдани синчковлик билан кўриб чиққандан кейин ва она ва ҳомиланинг ҳолатини тўғри назорат қилиш учун тегишли шароитлар мавжуд бўлганда йўл қўйилади.

**1А** Оғир ПЭни кутиш тактикаси билан олиб борилганда она ва ҳомиланинг ҳолатидаги барча ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда, кутиш тактикаси билан олиб боришнинг хавфлари ва мумкин бўлган афзалликларини мунтазам равишда баҳолаш тавсия этилади.

**2В** ПЭнинг барча ҳолатларида (шу жумладан, оғир ПЭда ҳам) туғруқ йўллари (айниқса қайта туғувчи аёлларда) тайёр бўлганда, КК операциясини ўтказишга мутлақ кўрсатмалар бўлмаганда ва ҳомиланинг ҳолати қоникарли бўлганда, табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

Оғир ПЭ ва ҳомиладорликнинг муддати 32 ҳафтадан кичик бўлганда КК операцияси орқали ва 32 ҳафтадан катта муддатда ҳомила боши билан келганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш афзалроқ.

**3В** Оғир ПЭда туғдириб олишдан аввал ҳолатни барқарорлаштириш ва эклампсияни олдини олиш тавсия этилади.

## Туғдириб олиш усуллари

Туғруқни лозим даражада олиб бориш ва тўғри туғдириб олишдан ташқари, туғдириб олиш пайтида гипертензив бузилишлар билан касалланган аёлларни олиб боришнинг иккита асосий мақсадлари қуйидагича:

1. талвасаларни олдини олиш;
2. гипертонияни назорат қилиш.

<b>1А</b>	Табиий туғруқ йўллари орқали муваффақиятли туғдириб олиш имкониятларини ошириш мақсадида «етилмаган» бачадон бўйнида вагинал простагландинларини қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

<b>3С</b>	Киндик томирларида юқори резистентлик, шунингдек, секинлашган ёки тескари қон оқими (УТ доплерометрик текширувининг маълумотларига кўра) кузатилганда КК операцияси орқали туғдириб олиш тавсия этилади, чунки бу табиий туғруқ йўллари орқали муваффақиятли туғдириб олиш имкониятларини деярли икки бараварга камайтиради.
-----------	--

Туғдириб олиш усулининг якуний танлови клиник вазиятни таҳлил қилиш, она ва ҳомиланинг ҳолати, муассасанинг имкониятлари мавжудлиги, шифокорларнинг тажрибаси ва малакаси, аёл тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик беришига асосланиши керак.

<b>2В</b>	сАҚБ 130-135 мм сим. уст. ва дАҚБ 80-85 мм сим. уст. мақсадли қийматларига эришиш билан бутун туғдириб олиш пайти давомида талвасага қарши ва антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқнинг учинчи даврида қон кетишини олдини олиш учун 10 Б м/о ёки 5 Б в/и томчилаб окситоцин юборилади. Ушбу дори воситалари АҚБ нормаллашгандан кейин юборилиши керак.

<b>2С</b>	Туғруқнинг учинчи ва эрта туғруқдан кейинги даврларда қон кетишини олдини олиш учун метилэргометрин қўлланилмайди (АГда таъқиқланган).
-----------	--

<b>1А</b>	Туғдириб олиш пайтида ва унинг якунида эрта туғруқдан кейинги эклампсияни олдини олиш учун камида 24 соат давомида 1 г/соатига дозировада (соатбай диурезнинг кўрсаткичларига кўра) инфузия кўринишида магний сульфатини юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқдан олдин 8 соат давомида ва туғдириб олингандан кейин бекор қилинган магний сульфатининг инфузиясини қабул қилган аёлларда эклампсия ривожланиш эҳтимоли туғруқдан олдин 8 соат давомида ва туғдириб олингандан кейин 24 соат давомида магний сульфатининг инфузиясини олган аёлларникидай бир хил.

### Туғруқни оғриқсизлантириш

<b>1А</b>	КК операциясида қарши кўрсатмалар бўлмаганда эпидурал, спинал, спинал-эпидурал ва умумий оғриқсизлантириш усулларидадан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	--

Нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ЎСВ билан умумий оғриқсизлантириш ўтказилиши керак; нафас йўлларининг ўтказувчанлигини таъминлашда қийинчиликларга тайёр туриш зарур. Ларингоскопиядан кейинги гипертензияни бартараф этиш мақсадида адекват дозировада опиоидларни қўллаш мажбурий.

<b>1С</b>	ПЭда қарши кўрсатмалар бўлмаганда КК операцияси ва туғруқнинг анестезиологик таъминотини яратиш учун регионар оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3В</b>	Экламптик талвасалари бартараф этилган беморларда қарши кўрсатмалар бўлмаганда КК операциясининг анестезиологик таъминотини яратиш учун регионар оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>5С</b>	Шошилиноч туғдириб олишда эклампсия ривожланганда эҳтимол тутилган асоратларни (неврологик симптоматика ривожланиб бориши, қон кетиши хавфи)
-----------	--

	олдини олиш мақсадида танлов усули сифатида умумий оғриқсизлантиришни ўтказиш тавсия этилади.
--	---

<b>1A</b>	Табий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб боришда туғруқни оғриқсизлантириш мақсадида қарши кўрсатмалар бўлмаганда эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3C</b>	Тромбоцитлар микдори барқарор бўлган, бошқа туғма ёки ортирилган коагулопатия мавжуд бўлмаган, тромбоцитлар функцияси меъёрида бўлган ва бемор антиагрегант ва антикоагулянт дори воситалариларни қабул қилмайдиган ҳолларда тромбоцитлар микдори 70 000/мкл ёки ундан ортиқ бўлган беморларда эпидурал гематома ривожланиш хавфи жуда паст.
-----------	--

<b>1A</b>	Эпидурал катетерни эрта ўрнатиш тавсия этилади.
-----------	---

## Туғруқдан кейинги даврни олиб бориш

<b>5C</b>	Тукқан аёлнинг ҳолати барқарорлашгунга қадар ИДПда (камида 24 соат давомида) назорат қилиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>2A</b>	Туғруқдан кейинги даврда лактация давридаги қарши кўрсатмаларни инобатга олган ҳолда оғир АГ ривожланишини олдини олиш учун антигипертензив терапияни давом эттириш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқдан кейинги дастлабки 5-7 кун ичида айланаётган қон ҳажмининг физиологик кўпайиши фонида АҚБ кўтарилиши мумкин, шунинг учун туғруқдан кейин камида 7 кун давомида АҚБни назорат қилиш зарур. Аксарият аёлларда АҚБ туғруқдан кейинги биринчи кунларда нормаллашади (биринчи уч кун ичида 29-57%, биринчи ҳафта ичида 50-85%), шу билан бирга АҚБнинг нормаллашиши ҳолатнинг оғирлик даражасига боғлиқ. Туғруқдан кейинги гипертензия кўпинча туғруқдан кейинги биринчи ҳафтада кузатилади. Кўкрак сути билан озиклантириш эмизувчи аёлда АҚБ кўтарилишидан сақлайди.

<b>1A</b>	Туғруқдан кейинги даврда оғир АГда сАҚБ < 160 мм сим. уст. ва дАҚБ < 110 мм сим. уст. мақсадли қийматларига эришилгунга қадар антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

15 дақ. ортиқ давом этадиган оғир АГда ёки нишон-аъзоларининг шикастланиши билан алоҳида дАҚБ > 120 мм сим. уст. кўтарилишида тез таъсир қилувчи дори воситаларилар (нифедипин, нитроглицерин) билан антигипертензив терапияни бошлаш керак.

<b>1B</b>	Лактация даврида антигипертензив дори воситаларилар сифатида нифедипин, эналаприл ёки метилдопани қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

Қабул қилинадиган барча антигипертензив воситалар кўкрак сути билан ажралади, бироқ, кўкрак сутидаги концентрацияси қондаги концентрация билан бир хил бўладиган нифедипиндан ташқари, антигипертензив дори воситалариларнинг аксарияти кўкрак сутида жуда паст концентрацияларда сақланиб туради. Эналаприлни қабул қилганда буйрак функцияси ва калийнинг даражасини назорат қилиш керак. Шунинг назарда тутиш лозимки, туғруқдан кейинги даврда метилдопани тайинлаш депрессив ҳолатларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин (туғруқдан кейинги давр депрессия жиҳатидан заифлик билан тавсифланади).

<b>1B</b>	Лактация даврида АГни даволашда монотерапия самарасиз бўлганда, нифедипин ва эналаприлни биргаликда қўллашни кўриб чиқиш тавсия этилади.
-----------	--

Юқорида кўрсатилган схема самарасиз бўлганда метопролол ёки атенололни қўшиш ёки қабул қилинаётган дори воситаларилардан бирини ушбу дориларга алмаштириш тавсия этилади.

<b>1А</b>	Диуретиклар (фуросемид, гидрохлоротиазид ва спиронолактон) сут ажралиб чиқишини камайтириши мумкинлиги сабабли, лактация даврида уларни қўллаш тавсия этилмайди.
<b>3В</b>	Оғир АГ ва оғир ПЭ билан касалланган аёлларни камида 7 кун ўтгач уйга чиқариш тавсия этилади.

Қоида тариқасида, туғруқдан кейинги 7 кун давомида касаллик қайта ривожланиш хавфи сақланиб туради ва бу ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишлар билан касалланган барча аёлларга тегишли. Туғруқдан кейинги HELLP-синдромининг частотаси 7-30% ни ташкил қилади ва туғруқдан кейинги эклампсиянинг частотаси 28% га боради.

### Тромбопрофилактика

Веноз тромбоэмболик асоратларни олдини олиш паст молекуляр гепаринлар ёрдамида замонавий протоколларга мувофиқ амалга оширилади. Барча аёлларда ВТЭАнинг ривожланиш хавф омиллари баҳоланади ва оёқларнинг эластик компрессияси ўтказилади. ВТЭА профилактикаси кесар кесиш операцияси орқали туғдириб олиш режалаштирилганда ва ВТЭА хавфи ўрта бўлганда 7-10 кун давомида ўтказилади, хавф юқори бўлганда эса туғруқдан кейин 6 ҳафта давомида. Ўз-ўзидан туғруқ содир бўлганда камида 4-6 соат ўтгандан кейин ва кесар кесиш операциясидан кейин 8-12 соат ўтгач паст молекуляр гепариннинг профилактик дозалари юборилади.

<b>1А</b>	Бевосита операциягача ва операциядан кейин веноз тромбоэмболик асоратларнинг хавф омилларини туғруқ тарихида қайд этиш тавсия этилади.
-----------	--

Операциядан кейинги тромбопрофилактика учун танлов воситаси сифатида паст молекуляр гепаринларни қўллаш тавсия этилади ва кўкрак сути билан озиклантириш фониди улар хавфсиз ҳисобланади.

<b>1А</b>	Периоперацион даврда қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда веноз тромбоэмболик асоратларнинг хавфини камайтириш учун оёқларнинг эластик компрессиясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

### Гипертензив бузилишларни олдини олиш

<b>4С</b>	Предгравидар тайёргарлик (ҳомиладор бўлиш олди) босқичида ёки ҳомиладор аёлнинг биринчи ташрифида ПЭнинг хавф гуруҳини ажратиб олиш тавсия этилади.
-----------	---

Турли хил хавф омиллар преэклампсия ривожланишининг юқори эҳтимоли билан боғлиқ. Шунга қарамасдан, шуни назарда тутиш лозимки, преэклампсиянинг аксарият ҳолатлари яққол хавф омиллари бўлмаган, соғлом туғмаган аёлларда ривожланади. Преэклампсия ривожланиш тенденцияси баъзи генетик компонентга эга бўлиши мумкин.

#### ПЭ ривожланишининг хавф омиллари:

- муддатидан олдинги туғруқ;
- кўп ҳомилалик ҳомиладорлик;
- аввалги ҳомиладорликда преэклампсия;
- сурункали гипертензия;
- прегестацион диабет;
- гестацион қандли диабет;
- тромбофилия;
- тизимли қизил бўрича;

- хомиладор бўлишдан олдин ТВИ > 30 кг/м<sup>2</sup>;
- антифосфолипид синдром;
- аёлнинг ёши 35 ва ундан катта;
- буйрак касалликлари;
- ёрдамчи репродуктив технологиялар;
- уйкудаги обструктив апноэ синдроми.

### ПЭни олдини олиш (FIGO, 2019 й.)

Юқори хавф	Мўътадил (ўрта) хавф
аввалги хомиладорликда АГ	биринчи хомиладорлик
САГ	аёлнинг ёши $\geq 40$ дан катта
сурункали буйрак касаллиги	ТВИ $\geq 35$ кг/м <sup>2</sup>
ҚД	оилавий анамнезда ПЭ
аутоиммун касаллик	туғруқлараро оралик > 10 йилдан

ПЭ ривожланишининг хавфи юқори:

- 1 юқори хавф омили  
ЁКИ
- 2 мўътадил (ўрта) хавф омили

<b>4C</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи хомиладор аёлга бутун хомиладорлик даври давомида ҳар куни АҚБни назорат қилишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи хомиладор аёлни хомиладорликнинг 11-13 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида хомиладорлик муддатини аниқлаш, 1-триместр скрининг текширувини ўтказиш, кўп ҳомилалик хомиладорликни аниқлаш учун пренатал диагностиканинг эксперт даражасини таъминловчи тиббиёт муассасасида ҳомиланинг УТТга юбориш тавсия этилади.
-----------	---

1-триместр УТТни ўтказиш пайтида эрта ПЭни аниқлаш учун бачадон артерияларида пульсацион индексни (PI) ўлчаш тавсия этилади. ПЭнинг оптимал скрининг текшируви хавф омилларини баҳолаш, ўртача АҚБни ўлчаш, бачадон артерияларида PI ўлчаш ва плацентар ўсиш омилини (PIGF) текшириш асосида хавфни аниқлашни ўз ичига олади (масалан, The Fetal Medicine Foundation томонидан яратилган ПЭ ривожланиши хавфи калькулятори).

PIGFни текшириш имкони бўлмаганда, ПЭнинг скрининг текшируви хавф омилларини баҳолаш, ўртача АҚБни ўлчаш, бачадон артерияларида Pни аниқлаш асосида хавфни аниқлашни ўз ичига олади. PIGF энг яхши, бироқ, ҳали ҳам фойдалана олиш имкони кам бўлган биокимёвий маркер ҳисобланади. ПЭ ривожланиши хавфи юқори бўлганда, ушбу маркернинг паст қийматлари кўпинча ХЎОҚ билан биргаликда келиши, эрта ПЭ ривожланиши хавфи юқорилигидан далолат беради (ёлғон-мусбат натижаларнинг частотаси 9% ни ташкил қилади).

<b>2A</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи хомиладор аёлни хомиладорликнинг 30-34 ҳафталик муддатларида ҳомиланинг УТТга юбориш тавсия этилади.
-----------	---

<b>1B</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи хомиладор аёлни хомиладорликнинг 18-20 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида ва 3-триместрда 30-34 ҳафталик муддатларида бачадон-йўлдош қон оқимининг УТ доплерографиясига юбориш тавсия этилади.
-----------	--



ПЭ ташхисини тасдиқлаш учун sFLT/PIGF ангиоген омилларнинг нисбатини аниқлаш ҳам мумкин, бу ишончли, бироқ, ҳали ҳам фойдалана олиш имкони кам бўлган текширув усули ҳисобланади. sFlt/PIGF нисбати < 38 бўлиши 7 кун ичида ПЭ ривожланишини истисно қилади. Ҳомиладорликнинг < 34 ҳафталик муддатида sFlt/PIGF нисбати > 85 ва ҳомиладорликнинг > 34 ҳафталик муддатида sFlt/PIGF нисбати > 110 бўлиши ПЭ ривожланиши хавфи юқориликдан далолат беради.

<b>2B</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга узоқ вақт туриш ёки ортиқча жисмоний фаоллик билан боғлиқ, тунда ишлаш ва чарчоқни чақирадиган ишлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак.
-----------	--

<b>1A</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга камроқ вазн орттириш ва АГ ривожланиш хавфи камайиши билан боғлиқ бўлган 45-90 дақ. давомида ҳафтасига 3-4 марта аэробик машқларни бажариш тавсия этилади.
-----------	--

<b>3B</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш учун ётоқ тартибини тайинлаш тавсия этилмайди.
-----------	---

<b>1B</b>	Кальцийни кам истеъмол қилувчи (600 мг/кун дан кам), ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга бутун ҳомиладорлик даври давомида 1 г/кун дозировада кальций дори воситалариларини оғиз орқали қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга бутун ҳомиладорлик даври давомида кальций дори воситалариларини тайинлаш ПЭ ривожланиш хавфини камайтиради.

<b>1B</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан бошлаб 36 ҳафтасигача 150 мг/кун дозировада ацетилсалицил кислотасини оғиз орқали қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

Ассоциацияланган плацентар бузилишлар асосида патологик плацентация ётувчи ва ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларда ацетилсалицил кислотасини қабул қилиш самара кўрсатганлиги бўйича ишончли далиллар мавжуд. Ҳомиладорликнинг кенг комбинацияланган 1-триместр скрининг текширивининг натижалари асосида аниқланган эрта ва оғир ПЭ ривожланиши хавфини камайтириш мақсадида ҳомиладорликнинг 16 ҳафтасидан аввал бошланган ва 36 ҳафтасига қадар давом эттирилган аспирииннинг паст дозаларини (150 мг) кечасига (ухлашдан аввал) қабул қилиш афзалроқ эканлиги ишончли нашрларнинг таҳлилида кўрсатилган.

<b>1B</b>	Юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларда ПЭни олдини олиш мақсадида L-аргинин қўлланилиши мумкин.
-----------	---

<b>3C</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш мақсадида қуйидаги дори воситалариларни қабул қилиш <b>тавсия этилмайди:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ прогестерон дори воситаларилари;</li> <li>▪ магний сульфати;</li> <li>▪ фолий кислотаси.</li> </ul>
-----------	--

<b>1A</b>	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш мақсадида қуйидаги дори воситалариларни қабул қилиш <b>тавсия этилмайди:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ диуретиклар;</li> <li>▪ гепаринлар;</li> </ul>
-----------	---

- Е ва С витаминлари;
- балиқ мойи;
- таблетка кўринишида саримсоқ;
- тузни истеъмол қилишни чегаралаш.

Тузни кунига истеъмол қилишнинг оптимал дозаси 4 г ни ташкил қилади.

## Тиббий реабилитация

- АГ билан касалланган ҳомиладор бўлишни режалаштираётган аёллар комплекс клиник ва лаборатор текширувларидан ўтишлари шарт:
  - нишон-аъзоларининг функционал ҳолатини баҳолаш (ЭКГ, Эхо-КГ, кўз тубининг қон томирларини текшириш, буйрак УТТ, зарур ҳолларда Холтер бўйича ЭКГ-мониторинг, зўриқиш синамалари);
  - АГнинг оғирлик даражаси ва ГКнинг босқичини аниқлаш;
  - антигипертензив терапия қўлланилганда уни коррекциялаш;
  - она учун прогнозни баҳолаш.
- Ҳомиладор бўлмаган пайтда ва ҳомиладор бўлишни режалаштираётганда 18 ёшдан катта шахслар, шу жумладан, ҳомиладор бўлмаган аёлларда қўлланиладиган тамойилларга мувофиқ сурункали АГни таснифлаш зарур.
- Туғруқдан кейин 12 ҳафтанинг охирига қадар АҚБнинг юқори қийматлари сақланиб турса, гестацион АГ ташхиси сурункали АГ ташхисига ўзгартирилади ва умум қабул қилинган АГ таснифига мувофиқ кўшимча текширувдан кейин аниқлаштирилади (ГК ёки иккиламчи (симптоматик) АГ).
- Туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач ПЭни ўтказган аёллар нишон-аъзоларининг шикастланиш даражасини аниқлаштириш/истисно қилиш ва зарур бўлганда медикаментоз терапияни тайинлаш учун терапевт, невролог, нефролог, офтальмолог шифокорларининг кўригидан ўтишлари керак.
- Анамнезда ГАГ ёки САГ/ПЭни ўтказган аёлларда узоқ муддатли жиддий кардиоваскуляр хавфлар мавжуд. Биринчи навбатда 12 ҳафта ичида асл вазнга қайтиш ва соғлом турмуш тарзини олиб бориш ёрдамида туғруқлараро вазн орттиришни камайтириш.
- Умрбод ҳар йили тиббий кўрикдан ўтиш ва соғлом турмуш тарзини олиб бориш тавсия этилади, чунки ПЭнинг оқибатлари ҳомиладорлик даври билан чегараланмайди.

## Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

<b>3А</b>	сАҚБ $\geq$ 160 мм сим. уст. ёки дАҚБ $\geq$ 100 мм сим. уст. кўтарилганда, оғир ПЭ/эклампсияда 2-даражали (34 ҳафталик муддатидан катта) ёки 3-даражали (34 ҳафталик муддатидан кичик) акушерлик-гинекологик тиббиёт муассасанинг интенсив даволаш палатасига шошилиш равишда госпитализация қилиш тавсия этилади.
-----------	---

- Аёлни транспортировка қилишнинг мақбуллик масаласи индивидуал равишда ҳал қилинади, ҳар қандай оғирликдаги қон кетиши транспортировка учун мутлақ қарши кўрсатма ҳисобланади. Аёлни бошқа шифохонага транспортировка қилиш тўғрисида қарор қабул қилинганда, ПЭнинг ўлимга олиб келадиган асоратларидан бири сифатида УТТда йўлдош кўчишини истисно қилиш тавсия этилади.

- Туғдириб олиш учун кечиктириб бўлмайдиган ва шошинч кўрсатмалар юзага келганда, она ва янги туғилган чақалоққа ёрдам кўрсатиш учун зарур тиббий асбоб-ускуналар ва тиббиёт ходимлари мавжудлиги шarti билан даволанаётган акушерлик стационарида аёл туғдириб олинади.

## Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
17.	Ҳомиладор аёлнинг ҳар ташрифида диастолик босимни Коротков тонларининг V (K5 = товуш йўқолиши) ёки IV (пасайиш) фазасида аниқлаш ёрдамида артериал қон босими ўлчанди. K5ни ўлчаш имкони бўлмаганда, АҚБ икки қўлда ўлчанди	Ҳа/Йўқ
18.	Презклампсияга тахмин қилинганда кунлик сийдикда оқсилнинг миқдори аниқланди	Ҳа/Йўқ
19.	Презклампсияга тахмин қилинганда қонда тромбоцитларнинг миқдори аниқланди	Ҳа/Йўқ
20.	Ҳомиладорликнинг 26 ҳафтасидан бошлаб энгил ПЭда ҳар ҳафта, оғир ПЭда ҳар куни ҳомиланинг кардиотокографияси (КТГ) ўтказилди	Ҳа/Йўқ
21.	АҚБ $\geq 140/90$ мм сим. уст. илк марта аниқланганда антигипертензив терапия тайинланди	Ҳа/Йўқ
22.	АҚБ $\geq 160/110$ мм сим. уст. кўтарилишида монотерапия самарасиз бўлганда, икки-уч компонентли антигипертензив терапия тайинланди	Ҳа/Йўқ
23.	АҚБ $\geq 160/110$ мм сим. уст. кўтарилишида ҳомиладор аёл госпитализация қилинди	Ҳа/Йўқ
24.	Оғир ПЭ ва эклампсияда талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида магний сульфати в/и юборилди	Ҳа/Йўқ
25.	Туғдириб олишдан аввал ҳомиладорликнинг 24-33 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида ҳомиланинг РДС профилактикаси ўтказилди (шошилиш равишида туғдириб олиш ҳолатлари бундан мустасно)	Ҳа/Йўқ
26.	Энгил презклампсия ва гестацион АГда биринчи навбатда кутиш тактикаси бўйича олиб бориш билан туғдириб олишнинг оптимал муддатлари белгиланди	Ҳа/Йўқ
27.	Туғдириб олиш пайтида ва унинг якунида эрта туғруқдан кейинги эклампсияни олдини олиш учун камида 24 соат давомида инфузия кўринишида магний сульфати юборилди	Ҳа/Йўқ
28.	Туғдириб олишдан аввал ҳомиладор аёлнинг ҳолати барқарорлаштирилди	Ҳа/Йўқ
29.	Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни олиб боришда полипрагмазия қўлланилмаган	Ҳа/Йўқ
30.	Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг диагностикаси баённомага мувофиқ ўтказилган, оғирлик даражаси тўғри аниқланган	Ҳа/Йўқ

**Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси**

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(диагностик аралашувлар учун)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

**Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

### *Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси*

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,  
(тиббиёт муассасасининг номи)

\_\_\_\_\_ (бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни

маълум қиламанки, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга  
ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик дори воситалариларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари

хақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик сувоқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу хужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

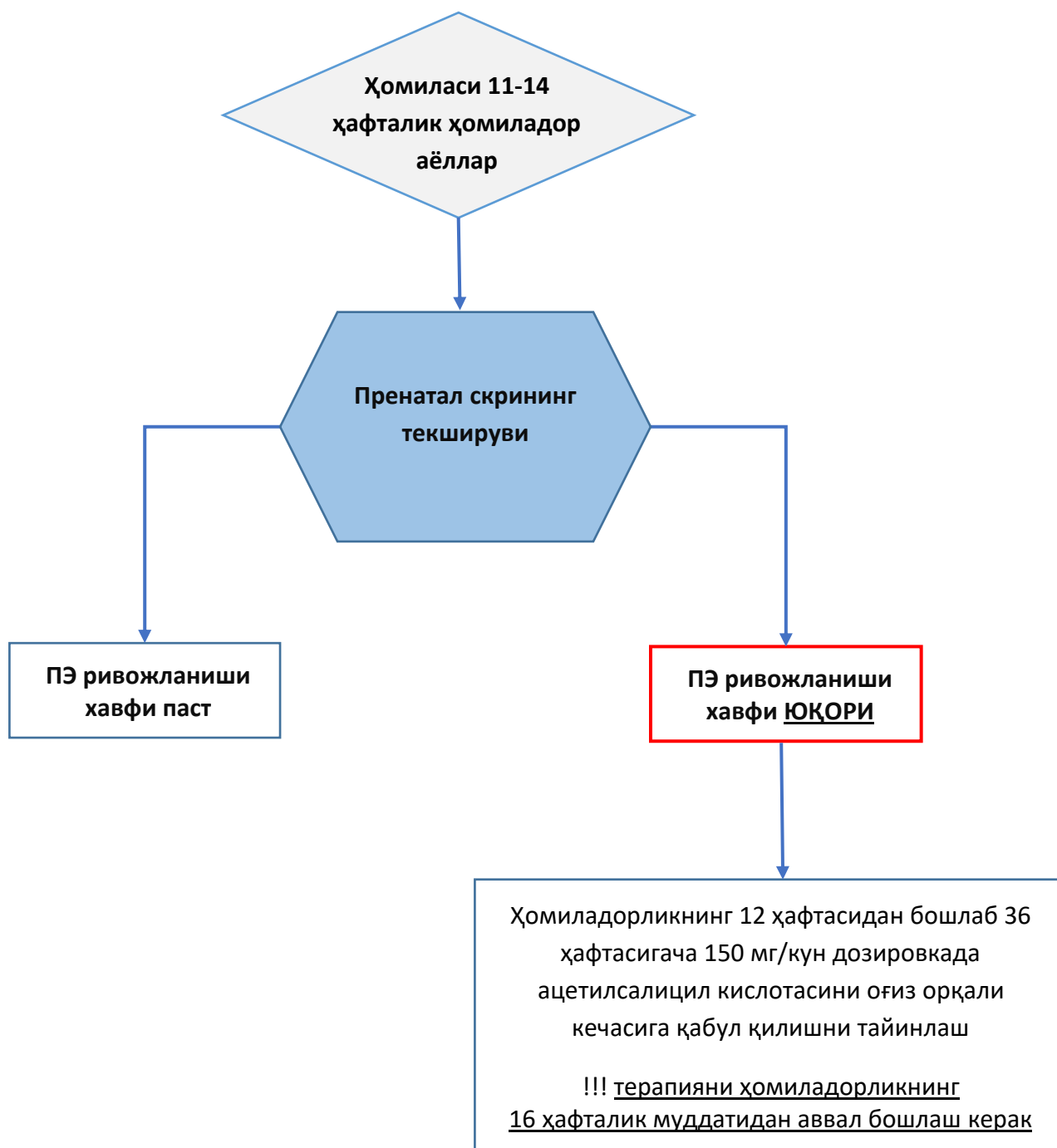
Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.

### *Бемор учун маълумот*

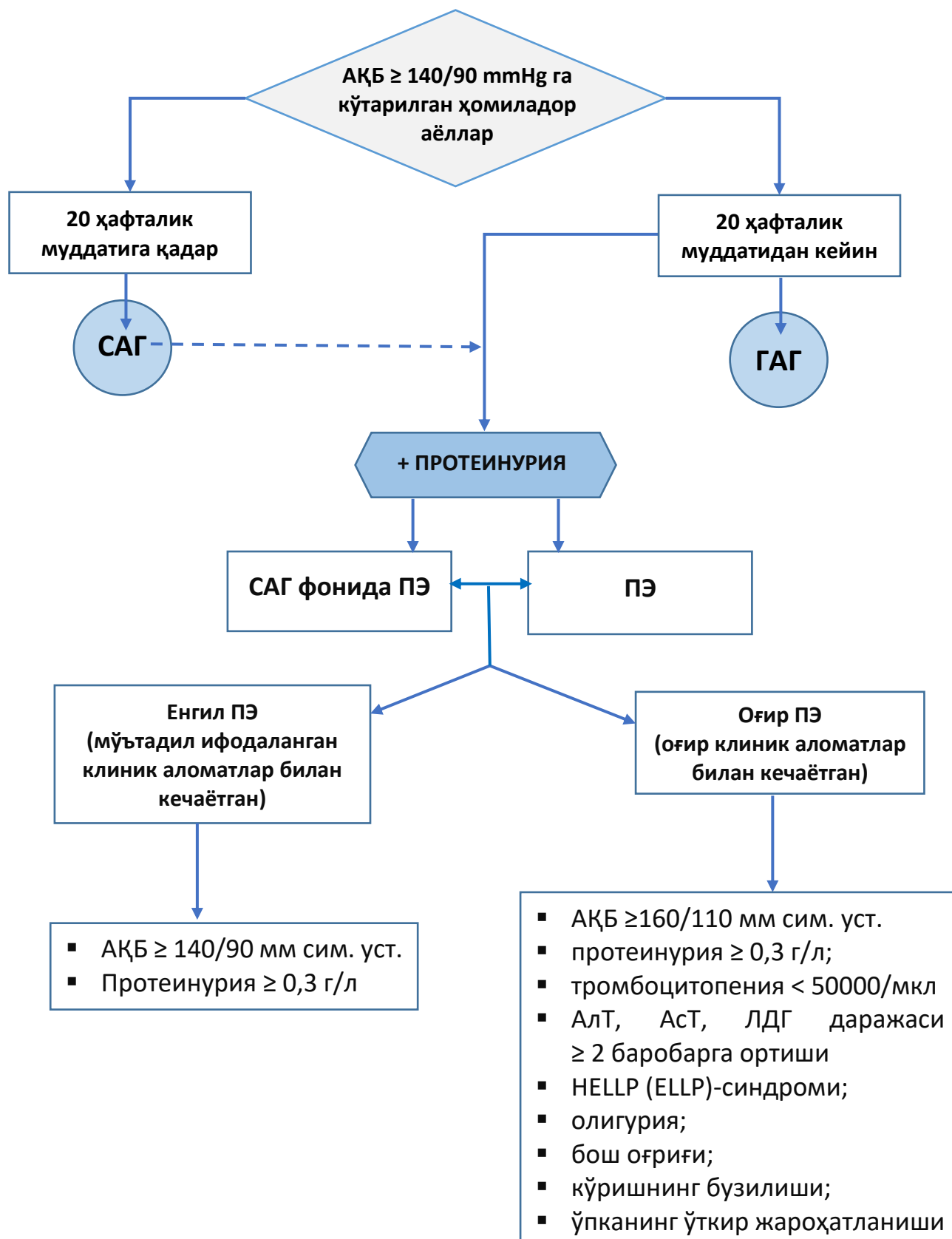
- ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар орасида преэклампсия (ПЭ) 2-5% ҳомиладорликларда кузатилади ва ҳомиладорлик даврида драматик асоратларга, шунингдек, аёл ва унинг боласи кейинги ҳаётининг сифатига қисқа ва узоқ муддатли салбий таъсир кўрсатишда сезиларли даражада ҳисса қўшади. Шундай қилиб, бугунги кунгача ПЭ бутун дунёда оналар, перинатал ва чақалоқлар ўлими ва касалланишининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда.
- Ҳомиладорлик даврида ПЭнинг ривожланиш хавфини камайтириш учун бўлажак она умумий амалиёт шифокори, зарур ҳолларда кардиолог ва нефролог кўригидан ўтиши керак. Юқори қон босими аниқланганда, антигипертензив дори воситалариларни тайинлаш ва ҳомиладор бўлишдан аввал ҳомиладорлик даврида рухсат этилган дори воситалариларни қабул қилишни бошлаш керак. Аёл ҳомиладор бўлиши биланок кунига бир ёки икки марта қон босимини мунтазам равишда кузатиб бориши ва унинг кийматларини кундаликда ёзиб бориши керак.
- ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳида бўлсангиз (ПЭ ўтказган бўлсангиз) ёки сизда 1-триместр скрининг текширувининг натижаларида ПЭнинг юқори хавфи аниқланса ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан бошлаб 36 ҳафтасигача 150 мг/кун дозировкада ацетилсалицил кислотасини (аспирин) оғиз орқали кечасига қабул қилишингиз керак.
- Мутахассисларнинг назорати остида, ўз ҳолатингизга ва боланинг ҳолатига ижобий мунособатда бўлишингиз кўп асоратларни олдини олиш ва ҳомиладорликни етук муддатга муваффақиятли етказиш имконини беради. Шунга қарамасдан, юқори қон босими билан боғлиқ ҳомиладорликнинг ҳар қандай асорати юзага келса, айниқса муддатдан аввал ҳомиладорликни тўхтатиш зарур бўлса, туғруқдан кейин тиббий кўрик ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган реабилитациядан ўтиш учун терапевт шифокорига мурожаат қилишингиз керак бўлади.



*ПЭ ривожланиши бўйича хавф гуруҳларини аниқлаш билан пренатал скрининг текшируви*



*Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг дифференциал  
диагностикаси*



## Оғирлик даражасига кўра ПЭ олиб бориш

Чора-тадбирлар	Ҳолат		
	Енгил ПЭ	Оғир ПЭ	Эклампсия
<b>Тактикаси</b>	Текшириш, диққат билан назорат қилиш (амбулатор шароитда олиб бориш мумкин)	Фаол	
<b>Госпитализация</b>	Текшириш учун (ҳомилдорлар патологияси бўлими, 2-3 даражали муассасалар)	Мажбурий госпитализация қилиш (РИДБ, 2-3 даражали муассасалар)	
<b>Специфик терапия</b>	—	1. Талвасаларни олдини олиш ва даволаш 2. Антигипертензив терапия	
<b>Туғдириб олиш</b>	—	<p><b>Шошилинич равишда:</b> симптомлар оғирлашиб боришида/ҳомиланинг ҳолати ёмонлашиб боришида</p> <p><b>РДС профилактикасини ўтказиб бўлиб:</b> ҳомилдорликнинг 34 ҳафтасига қадар она ва ҳомиланинг ҳолатлари барқарор бўлганда (она ва ҳомиланинг ҳолатларини қатъий назорати остида кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин)</p> <p><b>6-24 соат ичида:</b> ҳомилдорликнинг 34 ҳафта ва ундан катта бўлган муддатда она ва ҳомиланинг ҳолатлари барқарор бўлганда</p>	Ҳолат барқарорлашиши фонида 12 соат ичида

**Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда АГ даволаш учун  
қўлланиладиган асосий дори воситаларилар**

Дори воситалари	Ишлаб чиқариш шакли, дозалари, қўллаш усули	Изоҳ
<b>Метилдопа</b>	250 мг дан таблеткалар. 500 мг дан кунига 2-4 маҳал оғиз орқали овқатланишдан олдин ёки овқатлангандан сўнг қабул қилинади, ўрта кунлик дозаси – 1000 мг, максимал кунлик дозаси – 3000 мг.	Марказий таъсирга эга антигипертензив восита. Биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари. Ҳомиладорлик даврида АГни даволаш учун ҳар томонлама ўрганиб чиқилган дори-восита ҳисобланади.
<b>Нифедипин</b>	<u>10 мг қисқа вақт таъсир қилувчи таблеткалар (оғир АГ да)</u> Хавфли бўлмаган қийматларга АҚБ тушгунга қадар, чайнамасдан, ҳар 30 дак. 10 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал тўйинтириш дозаси 50 мг. <u>20 мг узок вақт таъсир қилувчи таблеткалар (оғир бўлмаган АГни режали тартибда даволаш учун)</u> Кунига 2 маҳал 20-40 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 80 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда биринчи ёки иккинчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари. Режали тартибда даволаш учун қисқа вақт таъсир қилувчи шакли қўлланилмайди (10 мг).
<b>Амлодипин</b>	5/10 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 5-10 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 10 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори.
<b>Верапамил</b>	40/80 мг дан таблеткалар. Кунига 3-4 маҳал 5-10 мг дан овқатланишдан олдин ёки овқатлангандан сўнг оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 480 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори.
<b>Клонидин</b>	0,15 мг дан таблеткалар. Кунига 2-3 маҳал 0,075-0,15 мг дан овқатланиш пайтида ёки овқатлангандан сўнг оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 2,4 мг.	АҚБни тез тушириш учун мўлжалланган марказий таъсирга эга гипотензив восита.
<b>Метопролол</b>	25/50/100 мг дан таблеткалар. Кунига 1-2 маҳал 50-100 мг дан овқатланишдан қатъий назар оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 200 мг.	β-адренорецепторларнинг кардиоселектив блокатори.
<b>Атенолол (ҳомиладорлик)</b>	25/50/100 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 50-100 мг дан	Селектив β1-адреноблокатори.

<b>давридан ташқари)</b>	овқатланишдан олдин оғиз орқали, чайнамасдан қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 100 мг.	
<b>Эналаприл (хомиладорлик давридан ташқари)</b>	5/10/20 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 5-20 мг дан овқатланишдан катъий назар қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 40 мг.	АПФ-ингибитори.

8-илова

*Магний сульфатини юбориш тартиби ва назорат қилиш*

<b>Тўйинтириш (бошланғич) дозаси</b>	<b>4 г в/и:</b>
	(25% ли 16 мл магний сульфати эритмаси) 10-15 дақ. ичида шприц орқали секин оқимда юборилади
<b>Ушлаб турувчи дозаси (инфузомат орқали)</b>	<b>1 г/соатига в/и:</b>
	Мақсад: талвасаларни олдини олиш учун етарли даражада магний ионларининг қондаги концентрациясини ушлаб туриш.
	Туғруқдан ёки талвасаларнинг охириги хуружидан кейин, қайси бири кечроқ кузатилганга қараб, 4 мл/соатига 25% ли магний сульфати эритмаси инфузион помпа (инфузомат) орқали 24 соат давомида юборилади.
	25% ли 100 мл 25% магний сульфати эритмаси + 400 мл натрий хлорид физиологик эритмаси 7 томчи/дақ. тезликда система орқали юборилади.

**Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни амбулатор шароитда  
назорат қилиш**

**САГ, ГАГни амбулатор шароитда назорат қилиш**

<b>Кўрсаткич</b>	<b>Текширувлар сони</b>
АҚБ	Ҳафтасига камида 2 марта, АҚБ хавфли қийматларга кўтарилганда ҳафтасига 4 марта
Кунлик протеинурияга сийдик таҳлили	Ҳафтасига 2 марта
УҚТ (тромбоцитлар миқдори билан)	Ҳар ҳафта
Буйрак ва жигар функциялари	Ҳар ҳафта
УТТ (ИАЖ, ҳомила ўсиши)	Ҳар ҳафта
КТГ	Ҳафтасига 1-2 марта

**Енгил ПЭни амбулатор шароитда назорат қилиш**

<b>Кўрсаткич</b>	<b>Текширувлар сони</b>	
	АҚБ 140/90 - 149/99	АД 150/100 - 159/109
АҚБ	Кунига камида 4 марта	
Кунлик протеинурияга сийдик таҳлили	Протеинуриянинг миқдорини қайта текширишсиз	
УҚТ (тромбоцитлар миқдори билан)	Ҳафтасига 2 марта	Ҳафтасига 3 марта
Буйрак ва жигар функциялари	Ҳафтасига 2 марта	Ҳафтасига 3 марта
УТТ (ИАЖ, ҳомила ўсиши)	Ҳафтасига 1-2 марта	
КТГ	Ҳафтасига 1-2 марта	

**Магний сульфатини юборишда клиник ва лаборатор назорат**

<b>Мониторинг</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• соатбай диурез миқдори</li> <li>• дастлабки 2 соат давомида ҳар 10 дақ, кейин ҳар 30 дақ. НОС, кислород сатурацияси ва тизза рефлекси</li> </ul>	
<b>Қуйидаги ҳолатларда магний миқдорини аниқлаш тавсия этилади</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• НОС &lt; 16/дақ. (<b>NB!</b> Пастроқ қийматлар опиятларни қўллаш туфайли юзага келиши мумкин)</li> <li>• 4 соат мобайнида &lt; 35 мл/соатига диурез</li> <li>• тизза рефлекси пасайиши</li> <li>• талвасалар такрорланиши</li> </ul>	
<b>Магний даражаси</b>	Терапевтик даража	2,0-4,0 ммоль/л
	Магний даражаси ошганда қуйидаги симптомлар пайдо бўлиши мумкин: иссиқликни сезиш, кўришнинг иккиланиши	
	Ноаниқ тутқи	3,8-5,0 ммоль/л
	Пай рефлекслари чақирилмаслиги	> 5,0 ммоль /л
	Нафас олишнинг сусайиши	> 6,0 ммоль/л
	Нафас олишнинг тўхтаб қолиши	6,3-7,1 ммоль/л
	Юрак уришининг тўхтаб қолиши	> 12,0 ммоль/л
<b>Магнийнинг токсиклиги</b>	<p><b>4 соат мобайнида &lt; 100 мл диурез:</b> магний токсиклигининг клиник симптомлари кузатилмаса, миқдори 0,5 г/соатига камайишига қаралади.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• магнийнинг суммар юборилган миқдорини кўриб чиқиш, суяқлик баланси ва йўқотилган қон ҳажмига эътибор бериш</li> </ul> <p><b>Пай рефлекслари чақирилмаслиги:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• пай рефлекслари тиклангунга қадар магний сульфатини юборишни тўхтатиш</li> </ul> <p><b>Нафас олишнинг сусайиши:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• магний сульфатини юборишни тўхтатиш</li> <li>• кислород ниқоб орқали кислород бериш, онг бузилиши туфайли беморни хавфсиз ҳолатга ётқизиш</li> <li>• диққат билан назорат қилиш</li> </ul> <p><b>Нафас олишнинг тўхтаб қолиши:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• магний сульфатини юборишни тўхтатиш</li> <li>• в/и 10% ли 10 мл кальций глюконатини юбориш</li> <li>• зудлик билан интубация қилиш ва ўпкани вентиляция қилиш</li> </ul> <p><b>Юрак уришининг тўхтаб қолиши:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• юрак-ўпка реанимациясини бошлаш</li> <li>• магний сульфатини юборишни тўхтатиш</li> <li>• в/и кальций глюконатини юбориш</li> <li>• зудлик билан интубация қилиш ва ўпкани вентиляция қилиш</li> <li>• зудлик билан туғдириб олиш</li> </ul>	
<b>Антидоти</b>	в/и 10 дақ. ичида 10% ли 10 мл кальций глюконатини юбориш	

### *Массив томир ичи гемолизини даволаш*

Массив томир ичи гемолизи ташхиси қўйилганда (қон ва сийдикда эркин гемоглобин аниқланиши) ва шошилиш равишда гемодиализни ўтказишга имконият бўлмаганда, касалликни консерватив тактикаси билан олиб бориш буйрак функциялари сақланиб қолишини таъминлаши мумкин. Клиник кўринишга кўра бир нечта вариантлар билан консерватив тактикада олиб бориш мумкин.

#### **Сақланган диурезда (> 0,5 мл/кг/соатига):**

- Ифодаланган метаболик ацидозда (рН < 7,2) буйрак найчаларида гематин ҳосил бўлишини олдини олиш учун 100-200 мл 4% ли натрий гидрокарбонати юборилади.
- 1000 мл/соатигача тезликда 60-80 мл/кг хисобидан тўла қийматли кристаллоид эритмалари в/и юборилади.
- Параллель равишда салуретиклар билан диурез стимуляция қилинади – диурез темпини ушлаб туриш учун 150-200 мл/соатигача тезликда 20-40 мг дан фуросемид юборилади.
- Қон ва сийдикда эркин гемоглобиннинг даражаси пасайиши ўтказилаётган даволаш чора-тадбирлари самара бераётганлигидан далолат беради.

#### **Олиго- ёки анурияда:**

- Магний сульфати бекор қилинади ва юбориладиган суюқлик ҳажми (фақат кўринадиган йўқотишларни коррекциялаш учун) тўлиқ бекор қилинмагунга қадар чекланади ва буйрак етишмовчилиги тасдиқланганда буйрак ўрнини босувчи терапия (гемофилтрация, гемодиализ) ўтказилади:
  - АҚБ барқарорлашгандан ва 100 мг фуросемид ёрдамида диурез стимуляция қилингандан, шунингдек, инфузион терапия бошлангандан кейин 6 соат мобайнида < 0,5 мл/кг/соатига диурезнинг темпида;
  - 1,5 баробарга зардоб креатининининг секин ортиши ёки > 25% га гломеруляр филтрация тезлигининг пасайиши ёки буйрак дисфункцияси ривожланиши ва RIFLE таснифи бўйича «I» ёки «F» босқичдаги ёки AKIN ёки KDIGO таснифи бўйича 2-3 босқичдаги буйрак етишмовчилиги.



## Фойдаланилган адабиётлар

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. 2008; <http://www.gipertonik.ru/files/any/recommendations>.
2. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), Москва, 2020.
3. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C., Karumanchi S.A., McCarthy F.P., Saito S., et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2018; 13:291–310.
4. Poon L.C., Shennan A., Hyett J.A., Kapur A., Hadar E., Divakar H., et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynecol Obstet.* 2019; 145(S1):1–33.
5. Jim B., Karumanchi S.A. Preeclampsia: Pathogenesis, Prevention, and Long-Term Complications. *Semin Nephrol.* 2017; 37(4):386–97.
6. Thilaganathan B. Pre-eclampsia and the cardiovascular-placental axis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 51(6):714–7.
7. NICE guideline. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am J Obs Gynecol.* 2019; 77(1):S1-s22.
8. Bollig K.J., Jackson D.L. Seizures in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018; 45(2):349–67.
9. Birkhoelzer S., Belcher A., Peet H. Diagnostic dilemma: Severe thrombotic microangiopathy in pregnancy. *J Intensive Care Soc.* 2017; 18(4):348–51.
10. APPEL G.B. Thrombotic microangiopathies: Similar presentations, different therapies. *Cleve Clin J Med.* 2017; 84(2):114–30.
11. Elayoubi J., Donthireddy K., Nemaakayala D.R. Microangiopathies in pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2018; :bcr-2017-221648.
12. Huerta A., Arjona E., Portoles J., Lopez-Sanchez P., Rabasco C., Espinosa M., et al. A retrospective study of pregnancy-associated atypical hemolytic uremic syndrome. *Kidney Int.* 2018; 93(2):450–9.
13. Козловская Н.Л., Прокопенко Е.И., Эмирова Х.М., Серикова С.Ю. Клинические рекомендации по диагностике и лечению атипичного гемолитико-уремического синдрома. Научное общество нефрологов России. *Нефрология и диализ.* 2014; 17:242–64.
14. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016; 18(12):131.
15. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017; 40(2):107–9.
16. Côté A.-M., Brown M.A., Lam E., von Dadelszen P., Firoz T., Liston R.M., et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ.* 2008; 336(7651):1003–6.
17. Morris R.K., Riley R.D., Doug M., Deeks J.J., Kilby M.D. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2012; 345:e4342.

18. Mol B.W.J., Roberts C.T., Thangaratinam S., Magee L.A., de Groot C.J.M., Hofmeyr G.J. Pre-eclampsia. *Lancet* (London, England). 2016; 387(10022):999–1011.
19. Moroz L.A., Simpson L.L., Rochelson B. Management of severe hypertension in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2016; 40(2):112–8.
20. Sobhy S., Dharmarajah K., Arroyo-Manzano D., Navanatnarajah R., Noblet J., Zamora J., et al. Type of obstetric anesthesia administered and complications in women with preeclampsia in low- and middle-income countries: A systematic review. *Hypertens pregnancy*. 2017; 36(4):326–36.
21. Regitz-Zagrosek V., Roos-Hesselink J.W., Bauersachs J., Blomström-Lundqvist C., Cífková R., De Bonis M., et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018; 39(34):3165–241.
22. Williams B., Mancía G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39(33):3021–104.
23. Nielsen L.H., Sundtoft I., Vestgaard M.J., Persson L., Storgaard L., Salvig J.D., et al. Hypertension og præeklamsi Indholdsfortegnelse. 2018.
24. Webster K., Fishburn S., Maresh M., Findlay S.C., Chappell L.C., Guideline Committee. Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2019; 366:l5119.
25. Pratt J.J., Niedle P.S., Vogel J.P., Oladapo O.T., Bohren M., Tunçalp Ö., et al. Alternative regimens of magnesium sulfate for treatment of preeclampsia and eclampsia: a systematic review of non-randomized studies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95(2):144–56.
26. Okusanya B.O., Oladapo O.T., Long Q., Lumbiganon P., Carroli G., Qureshi Z., et al. Clinical pharmacokinetic properties of magnesium sulphate in women with pre-eclampsia and eclampsia. *BJOG*. 2016; 123(3):356–66.
27. Alavifard S., Chase R., Janoudi G., Chaumont A., Lanes A., Walker M., et al. First-line antihypertensive treatment for severe hypertension in pregnancy: A systematic review and network meta-analysis. *Pregnancy Hypertens*. 2019; 18:179–87.
28. Ogura S., Suzuki J., Suzuki H. Antihypertensive drug therapy for women with non-severe hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res*. 2019; 42(5):699–707.
29. Abalos E., Duley L., Steyn D.W., Gialdini C. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 10:CD002252.
30. Sridharan K., Sequeira R.P. Drugs for treating severe hypertension in pregnancy: a network meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials. *Br J Clin Pharmacol*. 2018; 84(9):1906–16.
31. Webster L.M., Conti-Ramsden F., Seed P.T., Webb A.J., Nelson-Piercy C., Chappell L.C. Impact of Antihypertensive Treatment on Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnancy Complicated by Chronic Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2017; 6(5).
32. Braunthal S., Brateanu A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE open Med*. 2019; 7:2050312119843700.
33. Joly B.S., Coppo P., Veyradier A. An update on pathogenesis and diagnosis of thrombotic thrombocytopenic purpura. *Expert Rev Hematol*. 2019; 12(6):383–95.
34. Padmanabhan A., Connelly-Smith L., Aquí N., Balogun R.A., Klingel R., Meyer E., et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence-Based

- Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue. *J Clin Apher.* 2019; 34(3):171–354.
35. Matsumoto M., Fujimura Y., Wada H., Kokame K., Miyakawa Y., Ueda Y., et al. Diagnostic and treatment guidelines for thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2017 in Japan. *Int J Hematol.* 2017; 106(1):3–15.
  36. Shatzel J.J., Taylor J.A. Syndromes of Thrombotic Microangiopathy. *Med Clin North Am.* 2017; 101(2):395–415.
  37. Romero S., Sempere A., Gómez-Seguí I., Román E., Moret A., Jannone R., et al. Practice guidelines for the emergency treatment of thrombotic microangiopathy. *Med Clin (Barc).* 2018; 151(3):123.e1-123.e9.
  38. Fox L.C., Cohn S.J., Kausman J.Y., Shortt J., Hughes P.D., Wood E.M., et al. Consensus opinion on diagnosis and management of thrombotic microangiopathy in Australia and New Zealand. *Nephrology (Carlton).* 2018; 23(6):507–17.
  39. Stefanovic V. The Extended Use of Eculizumab in Pregnancy and Complement Activation–Associated Diseases Affecting Maternal, Fetal and Neonatal Kidneys-The Future Is Now? *J Clin Med.* 2019; 8(3):407.
  40. Yıldız S., Demirkan F. What is the evidence for the role of therapeutic apheresis in the management of complement-associated thrombotic microangiopathies? *Transfus Apher Sci.* 2018; 57(1):31–4.
  41. Ipe T.S., Pham H.P., Williams L.A. Critical updates in the 7 th edition of the American Society for Apheresis guidelines. *J Clin Apher.* 2018; 33(1):78–94.
  42. Winters J.L. Plasma exchange in thrombotic microangiopathies (TMAs) other than thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP). *Hematol Am Soc Hematol Educ Progr.* 2017; 2017(1):632–8.
  43. Sridharan M., Go R.S., Willrich M.A. V. Atypical hemolytic uremic syndrome: Review of clinical presentation, diagnosis and management. *J Immunol Methods.* 2018; 461:15–22.
  44. Cheong H. Il, Jo S.K., Yoon S.-S., Cho H., Kim J.S., Kim Y.O., et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Atypical Hemolytic Uremic Syndrome in Korea. *J Korean Med Sci.* 2016; 31(10):1516.
  45. Almoshary M.A., Alswyeh R., Edrees B.M.B. Successful Treatment of Atypical Hemolytic Uremic Syndrome With Therapeutic Plasma Exchange in a 3.8-kg Neonate. *Ther Apher Dial.* 2017; 21(2):207–8.
  46. Lees C., Marlow N., Arabin B., Bilardo C.M., Brezinka C., Derks J.B., et al. Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42(4):400–8.
  47. Bilardo C.M., Hecher K., Visser G.H.A., Papageorgiou A.T., Marlow N., Thilaganathan B., et al. Severe fetal growth restriction at 26-32 weeks: key messages from the TRUFFLE study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50(3):285–90.
  48. Norwitz E.R., Funai E.F. Expectant management of preterm preeclampsia with severe features. *UpToDate.* 2019.
  49. WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care.* 3rd editio. Geneva: World Health Organization.; 2015.
  50. Vigil-DeGracia P., Ludmir J., Ng J., Reyes-Tejada O., Nova C., Beltré A., et al. Is there benefit to continue magnesium sulphate postpartum in women receiving magnesium sulphate before delivery? A randomised controlled study. *BJOG.* 2018; 125(10):1304–11.

51. Hossain M.A., Karmoker R.K., Rahman M.S., Rashid H.O., Khan S.H., Rahman M.A. Comparison of Outcome of Eclamptic Patient Following Vaginal Delivery versus Caesarian Delivery by Spinal Anaesthesia. *Mymensingh Med J.* 2018; 27(2):275–9.
52. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology.* 2016; 124(2):270–300.
53. Amro F.H., Moussa H.N., Ashimi O.A., Sibai B.M. Treatment options for hypertension in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf.* 2016; 15(12):1635–42.
54. Cífková R., Johnson M.R., Kahan T., Brguljan J., Williams B., Coca A., et al. Peripartum management of hypertension. A position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. *Eur Hear journal Cardiovasc Pharmacother.* 2019.
55. O’Gorman N., Wright D., Syngelaki A., Akolekar R., Wright A., Poon L.C., et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214(1):103.e1-103.e12.
56. O’Gorman N., Wright D., Poon L.C., Rolnik D.L., Syngelaki A., Wright A., et al. Accuracy of competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks’ gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 49(6):751–5.
57. Zhong Y., Zhu F., Ding Y. Serum screening in first trimester to predict pre-eclampsia, small for gestational age and preterm delivery: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015; 15:191.
58. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(8):972–6.
59. Poon L.C., Galindo A., Surbek D., Chantraine F., Stepan H., Hyett J., et al. From first-trimester screening to risk stratification of evolving pre-eclampsia in the second and third trimesters of pregnancy: a comprehensive approach. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019.
60. Zeisler H., Llurba E., Chantraine F., Vatish M., Staff A.C., Sennström M., et al. Predictive Value of the sFlt-1:PIGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia. *N Engl J Med.* 2016; 374(1):13–22.
61. Perales A., Delgado J.L., de la Calle M., García-Hernández J.A., Escudero A.I., Campillos J.M., et al. sFlt-1/PIGF for prediction of early-onset pre-eclampsia: STEPS (Study of Early Pre-eclampsia in Spain). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50(3):373–82.
62. Di Mascio D., Magro-Malosso E.R., Saccone G., Marhefka G.D., Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(5):561–71.
63. Hofmeyr G.J., Lawrie T.A., Atallah Á.N., Torloni M.R. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 10:CD001059.
64. Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. Европейское общество кардиологов. 2018 г.

# Туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш ва олиб бориш тактикаси бўйича миллий клиник баённома

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Туғруқдан кейинги қон кетиши
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	Туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш ва олиб бориш тактикаси бўйича миллий клиник баённома
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқилган сана</b>	01.03.2021 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Ишчи гуруҳ таркиби:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинекологи
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надирханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Уринбаева Н.А., т.ф.н.	РПМ, директор

### Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиргичев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., т.ф.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садиқова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Юлдашева Ю.Г.	РПМ, доя
Садикова Ш.Ф.	РПМ, доя

## Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Усмонов С.К., етакчи мутахассис

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

## Тақризчилар

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

---

*РИАГИАТМ* – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

---

*РПМ* – Республика перинатал маркази

---

*ШПМ* – Шаҳар перинатал маркази

---

*ТХКМРМ* – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

## Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «25» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 2-сонли баённома.

Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## КИРИШ

### Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан ушбу қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қабул қилинадиган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, бу, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, ҳурмат билан конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини беморлар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарур бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий талабларга мувофиқ ҳар қандай олиб бориш ва ёрдам кўрсатиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

**Клиник баённомани чиқишдан мақсад:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш, ташхис қўйиш ва олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланиш хавфи мавжуд ҳомиладор ва туғувчи аёллар, туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланган туққан аёллар.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, реаниматологлар, лаборантлар, умумий амалиёт (оила) шифокорлари, терапевтлар, доялар, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари ва магистрантлари.



### Қисқартмалар рўйхати:

<b>АҚБ</b>	–	артериал қон босими
<b>ФҚТВ (ФПТВ)</b>	–	фаоллаштирилган қисман/парциал тромбопластин вақти
<b>ГЭК</b>	–	гидроксиэтилкрахмал
<b>ТТИҚИС (ДВС)</b>	–	тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми
<b>ХНН (МНО)</b>	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат
<b>ҚУТ</b>	–	қоннинг умумий таҳлили
<b>АҚХ</b>	–	айланаётган қон ҳажми
<b>ФПМ</b>	–	фибриноген парчаланишидан маҳсулотлар
<b>НЖЙБК</b>	–	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
<b>ТКҚК</b>	–	туғруқдан кейинги қон кетиши
<b>ПТИ</b>	–	протромбин индекси
<b>РДС</b>	–	респиратор дистресс синдроми
<b>УТТ</b>	–	ультратовуш текшируви
<b>НОС</b>	–	нафас олиш сони
<b>ЮУС</b>	–	юрак уриши сони
<b>ЭКГ</b>	–	электрокардиограмма

# КИРИШ

## Таърифлар

- \* **Туғруқдан кейинги қон кетиши** – :
  - \* табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқда  $\geq 500$  мл миқдорда қон йўқотиш;
  - \* кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали содир бўлган туғруқда  $\geq 1000$  мл миқдорда қон йўқотиш;
  - \* ҳомила туғилгандан кейин 12 ҳафта ичида содир бўлган ҳар қандай клиник аҳамиятга эга бўлган (гемодинамик бекарорликка олиб келадиган) миқдорда қон йўқотиш.
- \* **Оғир ТКҚК** – 24 соат ичида жинсий йўлларида 1000 мл ёки ундан кўп миқдорда қон йўқотиш.
- \* **Массив қон йўқотиш** – 3 соат ичида бир вақтнинг ўзида  $\geq 1500$  мл дан ортик (АҚХнинг 25-30%) ёки  $\geq 2500$  мл миқдорда (АҚХнинг 50%) қон йўқотиш.
- \* **Эрта (бирламчи) туғруқдан кейинги қон кетиши** – ҳомила туғилгандан кейин  $\leq 24$  соат ичида содир бўлган қон кетиши.
- \* **Кечки (иккиламчи) туғруқдан кейинги қон кетиши** – ҳомила туғилгандан кейин  $> 24$  соат ичида ёки ҳомила туғилгандан кейин 12 ҳафта ичида содир бўлган қон кетиши.

## КХТ-10 бўйича кодланиши

<b>O43.2</b>	Йўлдошнинг бирикиши
<b>O70</b>	Туғруқда оралик йиртилиши
<b>O71</b>	Бошқа акушерлик травмалар:
	<b>O71.1</b> Туғруқ пайтида бачадон йиртилиши
	<b>O71.2</b> Туғруқдан кейинги бачадон ағдарилиши
	<b>O71.3</b> Бачадоннинг акушерлик йиртилиши
	<b>O71.4</b> Фақат қиннинг тепа қисмининг акушерлик йиртилиши
	<b>O71.5</b> Тос аъзоларининг бошқа акушерлик травмалари
	<b>O71.7</b> Тоснинг акушерлик гематомаси
<b>O72</b>	Туғруқдан кейинги қон кетиши:
	<b>O72.0</b> Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиши
	<b>O72.1</b> Эрта туғруқдан кейинги даврда бошқа қон кетишлар
	<b>O72.2</b> Кечки ёки иккиламчи туғруқдан кейинги қон кетиши
	<b>O72.3</b> Туғруқдан кейинги коагуляцион дефект, афибриногенемия, фибринолиз
<b>O75.1</b>	Туғруқ пайтида ёки туғруқдан кейин ва туғдириб олишда онанинг шок ҳолати
<b>O88.1</b>	Қоғаноқ сувлари эмболияси
<b>D65</b>	Тарқалган томир ичи қон ивиш (дефибринация) синдроми
<b>D68.9</b>	Қон ивишининг аниқланмаган бузилиши
<b>R57.1</b>	Гиповолемик шок

## ТКҚК этиологияси ва хавф омиллари

- Туғруқдан кейинги қон кетишининг умумий сабаблари бачадон қисқаришининг бузилиши (90%) ва туғруқ йўлларидаги травмалари (7%), йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ушланиб қолиши ёки гемостаз тизимининг бузилишлари (3%) билан боғлиқ.

- Эрта ТКҚК (24 соатгача) ривожланиши 4 та патогенетик бузилишларга асосланган («4Т» коидаси):
  - \* Т (tonus) – бачадон қисқаришининг бузилиши – атония;
  - \* Т (tissue) – йўлдош тўқималарининг ушланиб қолиши;
  - \* Т (trauma) – туғруқ йўллариининг травмалари;
  - \* Т (thrombin) – қон ивишининг бузилиши.
- \* Кечки ТКҚК (24 соатдан кейин) асосий сабаблари:
  - \* йўлдош тўқималарининг қолдиқлари;
  - \* бачадон субинволюцияси;
  - \* туғруқдан кейинги инфекция;
  - \* гемостаз тизимининг туғма дефектлари.

1-жадвал

### ТКҚК сабаблари

Эрта (бирламчи) ТКҚК	Кечки (иккиламчи) ТКҚК
Бачадон атонияси	Бачадон субинволюцияси
Туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарининг травмалари, бачадон йиртилиши	Йўлдош қолдиқлари ёки қоғаноқ пардалари ушланиб қолиши
Йўлдош қолдиқлари	Туғруқдан кейинги инфекция
Йўлдошнинг қаттиқ бирикиши, йўлдошнинг ўсиб кириши	Гемостаз тизимининг туғма дефектлари (масалан, фон Виллебранд омилининг етишмовчилиги)
Гемостаз тизимининг дефектлари*	
Бачадон ағдарилиши	

- \* Ҳам гемостаз тизимининг туғма дефектларини, ҳам қоғаноқ сувлари эмболияси, НЖЙБК, оғир преэклампсия оқибатида ривожланган оғир коагулопатияларни ўз ичига олади.

2-жадвал

### ТКҚК хавф омиллари

Хавф омили	4 «Т»
Кўп ҳомилалик ҳомиладорлик	Тонус
Анамнезда ТКҚК	Тонус
Преэклампсия	Тромбин
Ҳомила макросомияси (катта ҳомила)	Тонус
Туғруқнинг иккинчи даври чўзилиб кетиши	Тонус
Туғруқнинг учинчи даври чўзилиб кетиши	Тонус, тўқима
Йўлдош ушланиб қолиши	Тўқима
Йўлдошнинг бирикиши	Тўқима
Эпизиотомия	Травма
Оралик йиртилиши	Травма
Умумий оғриқсизлантириш	Тонус
Йўлдош олдинда келиши	Тонус, тўқима
Анамнезда кесар кесиш	Тонус, травма
Анамнезда миомэктомия	Тонус, травма
Ҳомиладорлик даврида антикоагулянтларни қабул қилиш	Тромбин
Ёндош коагулопатиялар	Тромбин
Оғир юрак қон-томир ва гематологик касалликлар	Тромбин

## ТКҚК антенатал ва интранатал хавф омиллари

Этиология	Бирламчи сабаб	Хавф омиллари/симптомлар
Бачадон қисқариши бузилиши – атония	Бачадон атонияси	Ўзоқ вақт давомида окситоцинни юбориш Катта паритет (кўп туғиш) Хориоамнионит Умумий оғриқсизлантириш
	Бачадон бўшашиб кетиши	Кўп ҳомилалик Кўп сувлик Катта ҳомила
	Бачадон миомаси	Бачадон миомасининг бир нечта тугунлари
	Бачадон ағдарилиши	Киндик тизимчасини қаттиқ тортиш Калта киндик тизимчаси Бачадон тубига йўлдош бирикиши
Туғруқ йўллариининг травмаси	Эпизиотомия Бачадон бўйни, қин, оралик йиртилишлари Бачадон йиртилиши	Оператив вагинал туғруқлар Тез туғиш
Йўлдош тўқималари ушланиб қолиши	Йўлдош қисмлари ушланиб қолиши Йўлдошнинг ўсиб кириши	Йўлдошнинг қўшимча бўлакчаси Анамнезда бачадонда жарроҳлик амалиётлар Туғруқда йўлдошнинг қисмлари қолиб кетиши
Қон ивишининг бузилиши	Презклампсия Гемостаз тизимининг тўғма дефектлари (гемофилия, фон Виллебранд омилининг етишмовчилиги ва бошқ.) Оғир инфекция Қоғаноқ сувлари эмболияси Ҳаддан ташқари миқдорда кристаллоидларни юбориш Терапевтик мақсад билан антикоагулянтларни қабул қилиш	Қон қуйилиши Петехиал тошма Ҳомила нобуд бўлиши НЖЙБК Иситма, сепсис Геморрагиялар Ўтказилаётган анти тромботик терапия

Маълум бўлган хавф омиллари мавжудлигига қарамасдан, ҳар бир аёлда ТКҚК ривожланиши мумкинлиги умум қабул қилинган ва бу ТКҚКни олиб бориш бўйича стандартлаштирилган баённоманинг барча тавсияларига қатъий риоя қилиш талаб қилинади.

## Эпидемиологияси

Акушерлик қон кетишлари оналар ўлимининг сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Катталар респиратор дистресс синдроми (РДС), шок, тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми (ТТИҚИС), ўткир буйрак шикастланиши, фертиллиқни йўқотиш ва гипофиз некрози (Шихан синдроми) массив қон йўқотишнинг асосий асоратлари ҳисобланади.

# ТКҚК КЛИНИК КЎРИНИШИ

4-жадвал

## ТКҚК клиник кўриниши

Қон кетишининг сабаби	Белгилари
<b>T (tonus)</b>	
Бачадон қисқаришининг бузилиши	Пальпация қилинганда бачадон туби киндикдан юқорида жойлашган бўлади, бачадоннинг консистенцияси юмшаган, бачадон қисқармайди
<b>T (tissue)</b>	
Бачадон бўшлиғида йўлдош тўқималари ушланиб қолиши	Йўлдош кўздан кечирилганда унинг бутунлиги бузилиши ёки қисмларининг етишмаслиги аниқланади
Йўлдош ажралиши ва туғилишининг бузилиши	Йўлдош туғилишининг белгилари кузатилмайди
<b>T (trauma)</b>	
Бачадон бўйни, қин, оралик йиртилишлари	Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда йиртилишлар аниқланади
Қин ёки оралик гематомалари	Оралик, тўғри ичак, думба соҳасида оғриқ ёки босим сезилади. Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда оралик соҳасида оғриқли ҳосила аниқланади
Бачадон йиртилиши	Бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилган бўлса, бачадон йиртилишига шубҳа қилиш мумкин. Бачадон қаттик, туғруқдан кейинги қон кетишида йўлдош тўқималарининг қолдиқлари аниқланмайди
Бачадон ағдарилиши	Қин ёки жинсий ёрик ташқарисида қаттик, ёрқин қизил ҳосила (йўлдош билан ёки йўлдошсиз) аниқланади. Олд қорин деворидан пальпация қилинганда бачадон сезилмайди. Қон йўқотиш даражасига тўғри келмайдиган шок ҳолати (оғриқ шоки). Брадикардия билан кечадиган шок ҳолати (тухумдонлар ва найларнинг таранглашиши оқибатида адашган нервнинг стимуляцияси)
<b>T (thrombin)</b>	
Коагулопатия	Қон ивиш вақти чўзилиши (Ли-Уайт усулининг модификацияси бўйича қон ивиш вақти > 7 дақ.) Бачадондан қон кетиши: келаётган қон ивимади, қон лахталари юмшоқ бўлади

# ТКҚК ТАШХИСЛАШ

## Шикоятлар ва анамнез

Диққат билан анамнез йиғиш ва хавф омилларини аниқлаш аёлларни паст, ўрта ва юқори хавф гуруҳларига тақсимлашга имкон беради.

5-жадвал

### ТКҚК хавфини стратификациялаш

Паст хавф	Ўрта хавф	Юқори хавф
бир ҳомилалик ҳомиладорлик	кўп ҳомилалик ҳомиладорлик	йўлдош олдинда келиши, қаттиқ бирикиши ёки ўсиб кириши
анамнезда < 4 туғруқ	анамнезда > 4 туғруқ	гематокрит < 30
бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилмаган	анамнезда КК ёки бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилган	қабул қилинганда қон кетиши
анамнезда туғруқдан кейинги қон кетишлари бўлмаган	катта ўлчамдаги бачадон миомаси	қон ивиши тизимининг аниқланган бузилиши
	хориоамнионит	анамнезда туғруқдан кейинги қон кетиши бўлган
	магний сульфатини юбориш	гемодинамик бузилишлар (тахикардия, гипотония)
	окситоцин ёрдамида туғруқни чақириш ёки стимуляциялаш	

## Физикал кўрик

Туғруқдан кейинги қон кетишини ўз вақтида аниқлаш учун туғруқ заллари ва туғруқдан кейинги бўлимининг доялари аёлнинг туғруқдан кейинги ҳолатини мунтазам равишда назорат қилишлари керак, бу биринчи навбатда бачадон тонусини назорат қилишдан иборат:

- \* туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат мобайнида ҳар 15 дақиқада;
- \* кейинги 2 соат мобайнида ҳар 30 дақиқада;
- \* кейинги 4 соат мобайнида ҳар 1 соатда;
- \* 16 соат мобайнида ҳар 4 соатда.
- ТКҚК ривожланган аёлни олиб бориш туғруқ йўллари, қин орқали текшируви ва бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш (кўрсатмаларга кўра) орқали қонаётган жойни (бачадон, бачадон бўйни, қин, оралик, тўғри ичак) аниқлашдан бошланиши керак.
  1. бачадон ташқи массажи – бачадон яхши қисқарганлигини аниқланг (**ТОНУС**)
  2. йўлдошни кўздан кечириш – йўлдош ажралганлиги, унинг бутунлигини текширинг (**ТЎҚИМА**)
  3. бачадон бўйни, қин ва ораликда травмалар мавжудлигини текширинг (**ТРАВМА**)
  4. ривожланаётган коагулопатиянинг белгиларини аниқланг: кичик жароҳатлар ва в/и катетерлари ўрнатилган жойлардан қон кетиши, кроват олди тести ёки коагулограмманинг маълумотлари (**ТРОМБИН**).

- Пульс, артериал қон босими, периферик қоннинг сатурациясини ўлчаш, шок индексини баҳолаш, ўпка аускультациясини ўтказиш, қорин ва бачадонни пальпация қилиш, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва йўлдошни кўздан кечириш зарур.
- Давом этаётган ТКҚҚда клиник кўрсаткичларнинг мониторингини ҳар 15 дак. ўтказиш зарур.

- Диққат билан ўтказилган кўрик қон кетишининг сабабини аниқлашга имкон беради (1-жадвал).

## Лаборатор ва диагностик текширувлар

ТКҚҚда зудлик билан қуйидаги текширувлар ўтказилади:

- \* қон гуруҳи, резус-омилини аниқлаш (аввал текширилмаган бўлса);
- \* қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ) – гемоглобин, гематокрит даражаси, эритроцитлар, тромбоцитлар миқдори;
- \* қон ивишининг кўрсаткичлари: қон ивиш вақтини аёлнинг олдида аниқлаш («кроват олди тести» – Ли-Уайт усулининг модификацияси), гемостазиограмма (фибриноген концентрацияси, ПТИ, ФҚТВ, ФПМ).

6-жадвал

### Шошилич коррекциялаш учун асосий лаборатор кўрсаткичларни баҳолаш

Кўрсаткич	Ўткир қон кетишида	Критик ўзгаришлар
Гемоглобин	70-90 г/л	70 г/л кам
Тромбоцитлар миқдори	мкл да 150-350 минг	мкл да 50 мингдан кам
Фибриноген концентрацияси	2-4 г/л	2,0 г/л дан камайиши критик ҳисобланади
ХНН (МНО) – халқаро нормаллаштирилган нисбат	1,0-1,3	1,5 дан кўпга ортиши критик ҳисобланади
ФҚТВ (ФПТВ) – фаоллаштирилган қисман/парциал тромбопластин вақти	28-32 с	меъёрдан 1,5 дан кўпга ортиши критик ҳисобланади
ФПМ – фибрин-фибриноген парчаланишидан маҳсулотлар (D-димер)	ортиши	ортиши

## Инструментал-диагностик текширувлар

Қон кетишининг сабабини аниқлаш учун бачадон бўшлиғининг ҳолатини баҳолаш ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлигини аниқлаш мақсадида бачадон ультратовуш текшируви (УТТ) ўтказилиши мумкин.

## Йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш

Йўқотилган қон ҳажмини визуал текшириш, гравиметрик усул ва гиповолемиянинг клиник симптомларини баҳолаш орқали йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражаси баҳоланади.

3С	Йўқотилган қон ҳажмини визуал текшируви йўқотилган қон ҳажмига 30% қўшилган ҳолда кўз билан баҳолаш асосида амалга оширилади.
----	---

Йўқотилган қон ҳажмини визуал аниқлаш ҳақиқатда йўқотилган қон ҳажмини ўртача 30%га етарлича баҳоламайди, йўқотилган қон ҳажми ортиши билан нотўғри

баҳолаш эҳтимоллиги ортади, шунинг учун аёлнинг клиник симптомлари ва ҳолатига эътибор қаратиш лозим.

<b>1А</b>	Гравиметрик усул даражаланган идишларга (коллектор-қоплар, цилиндрлар) қонни тўғридан-тўғри йиғиш билан биргаликда қонга сингиб кетган салфеткалар ва операцион жилдининг оғирлигини ўлчаш орқали амалга оширилади. Ушбу усул визуал текширувдан кўра аниқроқ ҳисобланади, бироқ йўқотилган қон ҳажми ҳақида аниқ маълумот бермайди.
-----------	--

Даражаланган идишларни (коллектор-қоплар, цилиндрлар) қўллаш йўқотилган қон ҳажмини 90% аниқлик билан баҳолаш учун ишлатиладиган объектив восита ҳисобланади. Даражаланган идишларни ишлатиш имкони бўлса, қўшимча равишда йўқотилган қон ҳажмини визуал аниқлаш моҳиятга эга эмас, чунки бу йўқотилган қон ҳажмини ортиқча баҳолашга ва номувофиқ даволашга олиб келади.

Қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш ва сингиб кетган материалнинг ҳақиқий оғирлигидан кўроқ материалнинг оғирлигини чиқариб ташлаган ҳолда йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш учун туғруқ муассасада ҳар бир боғлов материали ва чойшаб (дока салфеткалар, докали ўнликлар, докали шариклар, тагликлар, чойшаблар, докали ёпқичлар) оғирлигини олдиндан билиш ва ёзиб олиш зарур. Шунингдек, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш учун қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш мумкин: ушбу материалнинг 57% оғирлиги йўқотилган қон ҳажмига тўғри келади.

<b>3В</b>	Йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш замонавий алгоритмлари ва аёлни олиб бориш тактикасини танлаш гиповолемиянинг клиник симптомларини баҳолашга кўпроқ эътибор беришни тавсия этади. Ушбу мақсадда Америка жарроҳлар колледжининг (American College of Surgeons) Advanced Trauma Life Support (ATLS) шкаласи қўлланилади (7-жадвал).
-----------	--

Физиологик ҳомиладорликда, учинчи триместрда АҚХ 45% га ошади ва 80-100 мл/кг ни ташкил қилади. Даволаш тадбирларини ўтказишда, тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларида аёлнинг тана вазнини ҳисобга олган ҳолда йўқотилган қон ҳажмини суммар баҳолаш зарур (8-жадвал). Шу билан бирга йўқотилган қон ҳажми 1000 мл дан ошгунга қадар, ҳомиладорлик даврида пульс ва АҚБ одатда нормал чегараларда сақланиб туришини эсда тутиш зарур. Руҳий ҳолати ўзгариши, тахипноэ ва тахикардия билан биргаликда систолик АҚБ 80 мм.сим.уст. ва ундан пастга тушиши, одатда 1500 мл ортиқ бўлган ТҚҚК ривожланганидан далолат беради.

#### 7-жадвал

#### Америка жарроҳлар колледжининг Advanced Trauma Life Support шкаласи бўйича йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш

Кўрсаткич	I-даража	II-даража	III-даража	IV-даража
Йўқотилган қон ҳажми, мл	<750	750-1500	1500-2000	>2000
ЮУС, дақ.	<100	100-120	120-140	>140
Систолик артериал қон босими	меъёрида	меъёрида	пасайган	пасайган
Пульс босими, мм.сим.уст.	меъёрида ёки кўтарилган	пасайган	пасайган	пасайган
Нафас олиш сони, дақ.	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез, мл/соатига	>30	20-30	5-15	анурия
Эс-хуши	енгил безовталиқ	ўрта безовталиқ	безовталиқ қарахтлиқ	уйқучанлик



## Тана вазни бўйича тахминий йўқотилган қон ҳажми\*

Тана вазни (кг)	АҚХ (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 15% (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 25% (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 40% (мл)
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200
60	6000	900	1800	2400
65	6500	975	1950	2600
70	7000	1050	2100	2800
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200

\* Ҳомиладор аёлларда 100 мл/кг қон миқдори бўйича (семизлик билан касалланган ҳомиладор аёлларда кўпроқ бўлиши мумкин). Презклампсияда АҚХ 30-40% га камаяди ва 70 мл/кг ни ташкил қилади.

<b>2С</b>	Шок индекси (ЮУС/систолик қон босими) гемодинамик бузилишларнинг эрта белгиси ҳисобланади ва бошқа кўрсаткичларга қараганда нохуш натижалар ривожланиши хавф остида бўлган аёлларни ажратиб олиш имконини беради.
-----------	---

Туғруқдан кейин шок индексининг нормал кўрсаткичлари 0,7-0,9 ни ташкил қилади. Массив акушерлик кетишида шок индекси > 1,0 ташкил қилиши йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва қон препаратларини куйиш зарурлигини прогноз қилиш учун қўлланилиши мумкин.

## ТКҚК ДАВОЛАШ

### Эрта (бирламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми

<b>3С</b>	Қон кетишининг биринчи дақиқаларидан бошлаб, ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш бир вақтнинг ўзида ва аниқ тақсимланган вазифалар билан мультидисциплинар гуруҳнинг ишлаш тамойилига мувофиқ амалга оширилади: хабар бериш, қон кетишининг сабабини аниқлаш, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва тайёр операция хонаси шароитида даволаш тадбирларини ўтказиш (9-жадвал).
-----------	---

Қон кетиши юзага келган пайдан бошлаб, нима бўлаётгани ҳақида аниқ маълумот бериш билан аёл билан доимо вербал мулоқотда бўлиш зарур.

#### Хабар бериш тартиби:

- иккинчи акушер-гинеколог ва иккинчи дояни чақиринг;
- анестезиолог-реаниматолог, анестезистка-ҳамшира, трансфузиолог (бўлган тақдирда), лаборантни (бўлган тақдирда) чақиринг. Трансфузиолог бўлмаган тақдирда, навбатчи гуруҳ аъзоларидан бири беморга янги музлатилган плазма (ЯМП) ва эритроцитлар массасини етказиб бериши керак бўлади; лаборант бўлмаган тақдирда, навбатчи гуруҳ аъзоларидан бири олинган таҳлилларни лабораторияга етказиб бериши керак бўлади.
- вазият, инфузион-трансфузион терапиянинг ўтказиш схемалари, дори-воситаларни юбориш ва ҳаётга муҳим функцияларнинг кўрсаткичларини ёзиб бориш учун навбатчи гуруҳ аъзоларидан бирини (одатда – анестезиолог-реаниматолог ёки анестезистка-ҳамшира) тайинланг;
- массив қон кетиши юзага келганда маъмурият ходимларини ва/ёки маъсул шифокорни хабардор қилинг.

- туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари аниқланганда уларни тикиб чиқинг, бачадон йиртилишида – лапаротомияни ўтказинг ва бачадон йиртилишини тикиб чиқинг ёки бачадон йиртилишини тикиб чиқиш иложи бўлмаганда гистерэктомиюни ўтказинг.
- бачадон ағдарилишида уни ортига қайтариш бўйича тадбирларни ўтказинг (4-илова).
- йўлдошнинг ўсиб киришига шубҳа туғилса 5-иловага мувофиқ тадбирларни ўтказинг.
- бачадон атониясида бачадон тубини пальпация қилинг ва қисқаришларни стимуляциялаш учун уни силанг («бачадон тубини ишқалаш»).
- утеротоник воситалар (10-жадвал) ва транексам кислотасини юборишни бошлаш тавсия этилади.

**1В** ТКҚКда комплекс даво сифатида транексам кислотасини эрта юбориш қон кетишининг миқдори ва гистерэктомию хавфини камайтиради.

- \* 1000 мл дан кам қон кетишида: 10 дақиқа давомида в/и 1 г, кейин 8 соат давомида инфузия кўринишида 1 г ёки 30 дақиқадан кейин 1 г в/и иккинчи доза юборилади;
- \* давом этаётган қон кетишида: 1 соат давомида 4 г зарба дозаси, кейин 6 соат давомида 1 г/соатига. Транексам кислотасининг юқори дозаси йўқотилган қон ҳажми, гемоглобин даражаси тушиши ва донорлик қон препаратларини қуйиш заруратини камайтириши мумкин.

Ҳозирги вақтда транексам кислотасини ўз вақтида адекват дозада қўллаш массив қон кетиши бўлган аёлларда ўлим, гистерэктомию ва касалланишнинг камайишига ёрдам бериши кўрсатилган.

#### 9-жадвал

#### ТКҚК 1-босқич муолажалари (бир вақтда ўтказилади)

Муолажалар	Қон кетишини тўхтатиш бўйича тадбирлар
Ингаляцион усулда кислородни юбориш (10-15 л/дақ.)	Вульва, қин, бачадон бўйнини кўриш ва туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари бўлганда тикиб чиқиш
≤ 16 G катетерлари билан икки периферик венани катетеризациялаш	Бачадон йиртилиши бўлганда лапаротомияни ўтказиш ва бачадон йиртилишини тикиб чиқиш
Сийдик қопини катетеризациялаш (доимий катетер)	Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш ва йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталарини олиб ташлаш
Ҳаётий муҳим функцияларни (артериал қон босими, пульс, нафас олиш, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси, диурез) назорат қилиш	Бачадон ташқи массажини ўтказиш
Аёл иситилишини таъминлаш ва нормотермияни сақлаб туриш: 15 дақиқа ичида 1 л илиқ кристаллоид эритмаларни (35-40°C гача илитилган) в/и юбориш	Бачадон бимануал компрессиясини бажариш
15 мг/кг транексам кислотасини в/и секин юбориш	Аортани босиш
Утеротоник терапия	

## ТКҚК даволаш учун қўлланиладиган утеротоник воситалар

Препарат	Окситоцин	Метил-эргометрин	Мизопростол (простагландин E <sub>1</sub> )	Карбопрост (простагландин F <sub>2a</sub> )
Дозаси ва юбориш усули	500 мл физиологик эритма ёки Рингер эритмасига 10-20 ХБ в/и, 60 томчи/дақ. ёки дозатор ёрдамида 125 мл/соатига	0,2 мг м/о ёки в/и (секин)	200-800 мкг тил остига, 800 мкг дозадан оширманг	0,25 мг м/о
Қувватлаб турувчи дозаси	500 мл физиологик эритма ёки Рингер эритмасига 10 ХБ в/и, 40 томчи/дақ. ёки дозатор ёрдамида 120 мл/соатига	0,2 мг м/о ёки в/и (секин) 15 дақиқа оралиғида 2 дозадан, кейин ҳар 4 соатда	–	ҳар 15 дақ. 0,25 мг м/о
Максимал кунлик дозаси	60 ХБ окситоцин 3 л дан кўп бўлмаган эритмада	5 доза (1,0 мг)	800 мкг	8 доза (2,0 мг)
Қарши кўрсатмалар	Препаратга юқори сезувчанлик	Артериал гипертензия, преэклампсия, юрак касалликлари	Бронхиал астма	Бронхиал астма, в/и юборманг – летал натижага олиб келиши мумкин

Гемостатик аралашувлар билан бир вақтда инфузион-трансфузион терапияни бошлаш тавсия этилади (11-жадвал).

## ТКҚК инфузион-трансфузион терапия

Кристаллоидлар	Изотоник эритмалар 2 л гача
Коллоидлар	Қон препаратлари етказиб берилгунга қадар 1,5 л гача
Қон	Клиник ва гематологик кўрсаткичларга кўра. Гемоглобиннинг мақсадий даражаси – 80 г/л дан юқори
ЯМП	Гемостатик текширувлар ва қон кетишнинг давом этиши билан қўлланилиши керак*
Тромбоконтрат	Протромбин вакти ёки ФҚТВ ортан бўлса ва қон кетиши давом этаётган бўлса, 12-15 мл/кг ЯМП юборинг
Криопреципитат	4 эритроцитлар бирлиги юборилгандан кейин қон кетиши давом этаётган бўлса ва коагулограмманинг натижаси тайёр бўлмаса – 4 бирлик ЯМП юборинг

\* «Акушерлик қон кетишларида инфузион-трансфузион терапияси» баённомаси.

Йўқотилган қон ҳажмига қараб, ТКҚКни олиб бориш тактикасига риоя қилиш керак (12-жадвал).

## 12-жадвал

### Йўқотилган қон ҳажмига қараб ТКҚК олиб бориш тактикаси

Шок клиникаси бўлмаган 500-1000 мл ТКҚК	Давом этаётган ёки шок клиникаси билан кечаётган 1000-1500 мл ТКҚК
<ul style="list-style-type: none"> <li>* в/и катетерини ўрнатинг (икки канюля ≤ 16 G)</li> <li>* Қон гуруҳи ва резус-омили, қоннинг умумий таҳлили, коагулограммани аниқлаш учун 20 мл қон олинг</li> <li>* Ҳар 15 дақ. пульс, АҚБ, НОС кўрсаткичларини ёзиб бординг</li> <li>* Илиқ кристаллоидларни юборишни бошланг</li> <li>* Қон кетишини тўхтатинг (бачадон ташқи массажи «бачадон тубини ишқалаш», бачадон бимануал компрессияси, аортани босиш)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* А ва В – нафас йўллари ва нафас олишни баҳоланг</li> <li>* С – қон айланишини баҳоланг</li> <li>* Тренделенбург ҳолати</li> <li>* Аёлни иситинг</li> <li>* Қон гуруҳи ва резус-омили, қоннинг умумий таҳлили, коагулограммани аниқлаш учун 20 мл қон олинг</li> <li>* Фолей катетерини ўрнатинг</li> <li>* Ҳар 15 дақ. тана ҳароратини ўлчанг</li> <li>* Пульс, АҚБ, НОС (пульсоксиметр, ЭКГ) узлуксиз назорат қилинг</li> <li>* в/и катетерини ўрнатинг (икки канюля ≤ 16 G)</li> <li>* Клиник жиҳатдан зарур бўлса, иложи борича тезроқ эритроцитар массани қўйишни бошланг</li> <li>* Қон етказиб берилгунга қадар, 3,5 литр илиқ эритмаларни юборинг: 2 литр кристаллоидларни, 1,5 литр коллоидларни (желатин, ГЭК). Қон кетиши пайтида гидроксизтилкрахмални қўллаш тавсия этилмайди, ҳаётини зарур ҳолатлар бундан мустасно</li> </ul>

- Қон кетиши бошланишидан 10-20 дақиқа ўтгунга қадар 1-босқич муолажаларини бажаришни давом эттириш керак.

<b>3С</b>	Юқорида кўрсатилган тадбирлар самарасиз бўлса ва қон кетиши давом этаётган бўлса, кўп аёлларда қон кетишининг ягона ёки асосий сабаби бўлган бачадон атониясида биринчи навбатда бажариладиган бошқариладиган бачадон баллонли тампонадасини ўтказинг (имконият мавжуд бўлганда).*
-----------	--

\*7-илова.

<b>2В</b>	Рефрактер қон кетишларида бачадон баллонли тампонадаси ва бачадон компрессион чокларини қўйиш билан биргаликда қўлланилиши мумкин.
-----------	--

Бачадон ва кин баллонларини бир вақтнинг ўзида қўллаш мумкин. Икки баллонли бачадон-кин тизими бачадоннинг пастки сегментида қон томирларини компрессиялаш кўринишида қўшимча афзалликларга эга. Қон йўқотилишини камайтириш учун, керак бўлса, гистерэктомияга қадар баллонли тампонадани ўтказишни тўхтатмаслик керак.

Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқдан кейин йўқотилган қон миқдори 1000 мл га етган ва қон кетиши давом этаётган ва/ёки шок ҳолати ривожланган бўлса, аёл операция хонасига дарҳол ўтказилади ва бошқа барча даволаш тадбирлари операция хонасида ўтказилади.

Бачадон атониясида массив қон кетиши (1500 мл ва ундан кўп миқдорда) ёки 15-30 дақиқа давомида консерватив тадбирлар самарасиз бўлиши жарроҳлик гемостазини ўтказишга кўрсатмалар ҳисобланади.

<b>3D</b>	Массив қон кетишида жарроҳлик аралашуви 20 дақиқадан кечиктирмасдан ўтказилиши керак.
-----------	---

<b>3C</b>	Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш вақтида қон кетиши ривожланган ҳолда В-Lynch ёки шифокорнинг ўзи билган бошқа модификация бўйича компрессион чокларни қўйиш тавсия этилади.
-----------	--

Жарроҳлик амалиётидан аввал қорин аортасини босиш ортикча миқдорда қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради.

- Қон кетишини тўхтатиш бўйича аввалги тадбирлар самарасиз бўлса, қуйидагиларни бажариш зарур:
  - \* жарроҳлик амалиётининг анестезиологик қўлланмасини таъминланг;
  - \* қон таҳлиллари учун қайтадан қон олинг;
  - \* жарроҳлик гемостазини ўтказинг.
- Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқдан кейин қон кетишида лапаротомияни, жарроҳлик йўли орқали туғдириб олишда – реллапаротомияни ўтказинг.
- Бачадон деваскуляризациясини (қон билан таъминланишини тўхтатиш) ўтказинг, унга бачадоннинг магистрал қон томирларини ва/ёки ички ёнбош артерияларни боғлаш киради.

<b>3D</b>	Қон томирларни боғлаш. Алоҳида ёки икки томонлама бачадон артерияси ва венасини боғлаш мумкин. Қон кетиши давом этаётган бўлса ва биринчи лигатура самарасиз бўлса, бачадоннинг пастки сегменти ва бачадон бўйнини қон билан таъминловчи бачадон артериясининг шоҳларини боғлаш учун иккинчи лигатурани пастроқ қўйиш мумкин. Самарасиз бўлганда – бачадон ва тухумдон қон томирларини боғлаш керак. Ички ёнбош артерияларни боғлаш сийдик йўли ва веналарининг шикастланиши билан боғлиқ бўлгани учун шифокордан юқори маҳорат талаб қилинади.
-----------	---

Бачадон томирларини боғлаш ёки қисиш туғруқдан кейинги қон кетишларнинг 92% ҳолатларида самарали бўлади.

- **Гистеротомияни ўтказинг** (табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганда). Йўлдош ёпишган майдоннинг қонаётган қон томирларини боғланг (кўрсатмаларга кўра, 3-даражали муассасаларда махсус тайёрланган малакали мутахассислар бўлса йўлдошнинг ўсиб кириш жойи билан бачадон деворининг резекцияси ўтказилади), компрессион чокларни (В-Lynch бўйича вертикал ёки горизонтал) қўйиш.

Ушбу чокларни қўйишдан мақсад – механик равишда бачадонни сиқиш, йўлдош ёпишган майдонни қисқартириш ва тўғридан-тўғри қонаётган жойни бартараф этиш. Ушбу ёндашув туғруқдан ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланган бачадондан қон кетишларида кўрсатилган. Муайян турдаги чокларнинг оптимал самарадорлиги бўйича ҳозирча маълумотлар мавжуд эмас. Қўлланиладиган барча усуллар гистерэктомиянинг олдини олишда самарали ҳисобланади. Чокларни қўйиш усулини танлаш кўрсатмаларга боғлиқ (атония, йўлдош ёпишган майдондан қон кетиши, диффуз қон кетиш).

- **Гистерэктомияни ўтказинг** – бачадондан қон кетишини тўхтатиш бўйича аввалги босқичларнинг тадбирлари ҳеч қандай таъсир кўрсатмаган ҳолда, бошқариб бўлмайдиган қон кетишида тукқан аёлнинг ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Гистерэктомияни ўтказиш вақтида сийдик йўлининг яхши кўринишини таъминлаш тавсия этилади.

Аёл гемодинамик барқарор ҳолатда ва ҳаёт учун хавфли қон кетиши ривожланмаган бўлса бачадонни сақлаб қолиш мумкин бўлади. Бачадонни сақлаб қолишга нисбий қарши кўрсатмалар: аномал инвазияли катта йўлдош (йўлдошнинг ўсиб кириши) ёки йўлдош ёпишган майдондан давом этаётган қон кетиши; кенг кўламли бачадон шикастланиши ва реконструктив жарроҳлик амалиётини ўтказишга иложи бўлмаслиги; бачадон яллиғланиш касалликлари; аёлда 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса; муассасада қон препаратларининг захираси мавжуд бўлмаса.

Гистерэктомиянинг кўп учрайдиган асоратлари: кўп миқдорда қон йўқотиш, жарроҳлик амалиёти узоқ вақт давом этиши, сийдик қопи (6-12%) ва сийдик йўллари (0,4-41%) травмалари.

- Гистерэктомияни ўтказиш тўғрисида қарор ўз вақтида ва коллегиял равишда қабул қилиниши керак.

Босқичма-босқич жарроҳлик гемостаз тамойилини таъминлаш (1 ва 2-даражали туғруқхоналарда) иложи бўлмаса, қон кетишини тўхтатишнинг энг самарали усули сифатида гистерэктомияни иложи борича тезроқ ўтказиш керак.

Аёл оғир шок ҳолатига тушиб қолмагунга қадар ёки жарроҳнинг тажрибаси кам бўлган радикал жарроҳлик амалиётларни ўтказишга ўтмагунга қадар гистерэктомияни ўтказишни кечиктирмаслик керак.

Гистерэктомияни тажрибага эга бўлган малакали жарроҳ ўтказиши керак.

**Субтотал гистерэктомия** – бачадон бўйни травмалари ёки йўлдошнинг бирикиши ҳолатларидан ташқари, ТКҚКнинг кўп ҳолатларида ўтказиладиган танлов жарроҳлик амалиёти ҳисобланади.

## Кечки (иккиламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми

Аёлда кечки ТКҚК ривожланганда қуйидагилар тавсия этилади:

<b>3C</b>	Бачадон бўйни, қин ажралмаларини микробиологик текширувдан ўтказиш ва, эндометритга шубҳа туғилганда, антибактериал терапияни тайинлаш тавсия этилади.
<b>3C</b>	Бачадон бўшлиғида йўлдош тўқималарининг қолдиқларини истисно қилиш учун кичик тос аъзоларининг УТТ ўтказиш тавсия этилади.
<b>4D</b>	Гистероскопияни ўтказиш ва/ёки йўлдош тўқималарининг қолдиқларини жарроҳлик йўли орқали олиб ташлаш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги эндометрит аниқланганда кейинги даволаш тадбирларини «Акушерликда септик асоратлар» клиник баённомасига мувофиқ олиб бориш тавсия этилади.

## ТКҚК ОЛДИНИ ОЛИШ

Berg C. (2005), Clark S. (2008) шарҳларига кўра, оналар ўлимининг кўп ҳолатларини олдини олиш мумкин. Ҳомиладорлик даври ва туғруқ жараёнида қон кетишининг олдини олиш, йўқотилган қон миқдорини ўз вақтида ва етарли даражада баҳолаш, тиббий ёрдам кўрсатиш алгоритмига риоя қилиш, дори ва трансфузион воситалар билан таъминлаш йўқотилган қон ҳажмини ва геморрагик асоратлар хавфини камайтиради.

## Ҳомиладорлик даврида ТКҚК олдини олиш чоралари

**3D** Анемияни антенатал даврда ташхислаш ва даволаш тавсия этилади.

3-даражали муассасаларда мультидисциплинар гуруҳнинг иштирокида қон кетиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларни туғдириб олишни режалаштириш тавсия этилади.

## Туғруқда ТКҚК олдини олиш чоралари

Боланинг ҳолати қониқарли бўлса ва киндик тизимчасининг бутунлигига шубҳа бўлмаса, бола туғилгандан кейин 1 дақиқа ўтгач киндик тизимчасини қисиш тавсия этилади.

Туғруқнинг учинчи даврида барча аёлларга утеротоникларни юбориш тавсия этилади.

**1A** Туғруқдан кейин бачадон тонусини баҳолаш тавсия этилади.

Бачадон массажи туғруқдан кейинги қон кетишининг олдини олмайди.

**4C** Бачадон бўшлиғида ажралган йўлдошнинг ушланиб қолишини олдини олиш учун киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш (тажрибали ва малакали тиббиёт ходимлари бўлганда) ёки ташқи усуллар билан йўлдошни ажратиб олиш тавсия этилади.

**1A** ТКҚК ривожланиш хавфи мавжуд бўлганда – бола туғилгандан кейин 16,2 мл/соатига тезликда 50 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцинни дозатор ёрдамида в/и секин юбориш тавсия этилади, 40 томчи/дақ. тезликда томчилаб юбориш ҳам мумкин (500 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцин).

Хавф омиллари мавжуд бўлганда окситоцин ўрнига профилактик мақсад билан карбетоцин қўлланилиши мумкин: йўлдош туғилиши билан дарҳол бир мартаба 100 мкг дозада (1,0 мл) м/о ёки в/и юборилади.

**1A** Хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларга 0,5-1,0 г дозада транексам кислотасини в/и юбориш тавсия этилади.

## Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида ТКҚК олдини олиш чоралари

**1B** Ҳомила чиқариб олингандан кейин в/и секин (1-2 дақ. ичида) 1-2 мл (5 ХБ) **ЁКИ** в/и дозатор ёрдамида 16,2 мл/с (27 мХБ/дақ.) тезликда ёки в/и томчилаб 40 томчи/дақ. тезликда (500 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцин) окситоцин юборилади; **ЁКИ** ҳомила чиқариб олингандан кейин ва йўлдош ажратиб олиншидан аввал м/о ёки в/и секин 1 дақ. ичида 1 мл (100 мкг) карбетоцин юборилади.

ТКҚКни олдини олишда стандарт окситоцинни қўллашга қараганда карбетоцин самаралироқ бўлган.

**Карбетоцин** – захира утеротоник воситаси эмас, балки кесар кесиш жарроҳлик амалиётида профилактик мақсадда қўлланиладиган утеротоник восита ҳисобланади.

Карбетоцин узок вақт таъсир қиладиган утеротоник препарат ҳисобланади: узайтирилган таъсир кўрсатиши учун узок вақт инфузия кўринишида юборилиши керак бўлган окситоцин билан солиштирганда, карбетоцин бир марталик 100 мкг дозада юборилади.

Қон кетиши ривожланиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда окситоцин ёки карбетоцинни болюс ва узайтирилган тартибда биргаликда юборилиши мумкин.

1А	Қон йўқотиш миқдорини камайтириш учун окситоцинга қўшимча 0,5-1,0 г дозада транексам кислотасини в/и юбориш тавсия этилади.
----	---

2А	Киндик тизимчасининг назоратли тракциялари орқали йўлдошни чиқариб олиш тавсия этилади.
----	---

Хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларнинг гуруҳларида бачадон ёки бачадон-қин тампонадасини қўллаш тавсия этилади (7-илова).

**Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш қўйидаги ташкилий тадбирларни ўз ичига олади:**

- ТКҚК ривожланиш хавф омиллари туғруқдан аввал ва туғруқ жараёнида баҳоланиши керак;
- қон кетиши ривожланишининг мавжуд хавф омилларига қўшимча хавф омиллар юзага келса, ҳомиладор аёлни ва/ёки туғруқни олиб бориш режасини ўзгартириш керак;
- шифокор-клиницистлар туғруқни олиб боришнинг жойи бўйича аёлларга маслаҳат берганда ТКҚК хавф омилларини инобатга олишлари ва бу ҳақда аёлларни хабардор қилишлари керак;
- ТКҚК хавф омиллари аниқланган аёллар «перинатал ёрдамни худудлаштириш» мезонларига мувофиқ тиббий муассасага ўтказилишлари керак;
- ҳар бир бўлимда (туғруқ, қабул, туғруқдан кейинги бўлимлари ва бошқ.) визуал равишда фойдалана олиш имкони бўлган жойда туғруқдан кейинги қон кетишида дисциплинараро батафсил ҳаракатлар алгоритми бўлиши керак;
- ҳомиладор, туғувчи ёки туққан аёл бўлиши мумкин бўлган ҳар бир бўлимда туғруқдан кейинги қон кетишида ишлатиладиган ёрдам кўрсатиш тўплами бўлиши керак;
- оналикни муҳофаза қилиш соҳасида ишлайдиган барча ходимлар акушерликда шошилиш ҳолатлар, шу жумладан, ТКҚКда ёрдам кўрсатиш бўйича малакани ошириш ва тайёрлашдан ўтишлари керак;
- ТКҚКда ёрдам кўрсатишга тайёргарлик дисциплинараро бўлиши ва жамоада ишлаш кўникмаларига эга бўлишни ўз ичига олиши керак;
- 1500 мл дан кўп миқдорда қон кетиши билан боғлиқ бўлган ТКҚКнинг барча ҳолатларда критик вазиятнинг аудити ўтказилиши керак;
- ТКҚКда ёрдам кўрсатишда барча босқичларни аниқ ҳужжатлаштириш муҳим аҳамиятга эга;
- аёлга ўзи учун қулай бўлган вақтда акушерлик қон кетиши билан боғлиқ вазиятларни муҳокама қилиш имкониятини бериш керак (3-илова).

**ТКҚК хавфи мавжуд бўлганда қон кетиши билан курашишга тайёргарликни таъминлаш керак:**

- ҳар бир туғувчи аёл учун адекват вена ичига тушишни таъминлаш;
- утеротоник воситалар мавжуд бўлиши;
- шошилиш лаборатор текширувларни ўтказиш имконияти бўлиши (ҚУТ, коагулограмма, фибриноген ва бошқ.)
- акушерлик қон кетишларида тўлиқ ҳажмда ёрдам кўрсата оладиган тажрибали акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог томонидан ёрдам кўрсатиш имконияти бўлиши;
- қон препаратлари мавжуд бўлиши.



<b>1A</b>	Гемостатик таъсирга эга бўлган препаратлар (транексам кислотаси, рекомбинант фаоллаштирилган VII омил, протромбин комплекси препаратлари) мавжуд бўлиши тавсия этилади.
-----------	---

## ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Массив қон кетиши ва гемorragик шокни ўтказган аёлларда зарур бўлган реабилитация тадбирлари амалга оширилади.

## ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Барча туғруқдан кейинги қон кетиши ҳолатлари стационар шароитда олиб борилади.

## ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
31.	Қўшимча тиббиёт ходимлари чакирилди	Ҳа/Йўқ
32.	Хавф стратификацияси ва хавф даражасига кўра профилактика ўтказилди	Ҳа/Йўқ
33.	Анестезиолог-реаниматолог шифокори чакирилди	Ҳа/Йўқ
34.	Йўқотилган қон ҳажми баҳоланди	Ҳа/Йўқ
35.	Бачадон бимануал компрессияси бажарилди	Ҳа/Йўқ
36.	Аортани босиш	Ҳа/Йўқ
37.	Ингаляцион усулда кислород юборилди	Ҳа/Йўқ
38.	Ҳаётий муҳим функцияларнинг (артериал қон босими, пульс, нафас олиш, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси, диурез) назорати ўтказилди	Ҳа/Йўқ
39.	Бачадон бўшлиғи қўл билан текширилди ва йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталари олиб ташланди (йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталари қолиб кетганда)	Ҳа/Йўқ
40.	Туғруқ йўллариининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари тикилди (туғруқ йўллариининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари бўлганда)	Ҳа/Йўқ
41.	Баённома бўйича лаборатор диагностика ўтказилди (қон гуруҳи/резус-омили, ҚУТ, коагулограмма)	Ҳа/Йўқ
42.	Утеротоник дори-воситалар юборилди (тиббий қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда)	Ҳа/Йўқ
43.	Икки $\leq 16$ G в/и катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
44.	Сийдик қопи катетеризацияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
45.	Анестезиологик қўлланма ўтказилди	Ҳа/Йўқ
46.	Массив қон кетишида 20 дақ. ичида ёки консерватив даво усуллари самарасиз бўлганда 15-30 дақ. ичида жарроҳлик аралашуви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
47.	Инфузион-трансфузион терапия ўтказилди	Ҳа/Йўқ
48.	Қон кетиши тўхтатилди	Ҳа/Йўқ
49.	Гемодинамик кўрсаткичларининг (АҚБ, ЮУС) нормаллашиши	Ҳа/Йўқ

50.	Гемостаз кўрсаткичларининг барқарорлашиши: ХНН 1,3 дан кам, ФПТВ меъёрдан 1,5 баробардан ошмайди, фибриноген 2,0 г/л дан юқори, тромбоцитлар $50 \times 10^9$ /л дан юқори	Ҳа/Йўқ
51.	0,5 мл/кг/соатига дан юқори диурез тикланиши	Ҳа/Йўқ
52.	Эс-хуши тикланиши	Ҳа/Йўқ
53.	ЎРДС ва/ёки пневмония белгиларининг йўқлиги	Ҳа/Йўқ
54.	ЎСВни тўхтатиш	Ҳа/Йўқ

## *Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси*

### Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

### Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

### Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

**Диагностик, профилактик ва даволаш аралашувлар учун ДИД ва ТИДларнинг  
мумкин бўлган комбинациялари**

ДИД		ТИД таъриф мезонлари	ТИ якуний даражаси
1	<b>Энг ишончли далиллар: референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шархлари</b>	Бир вақтнинг ўзида икки талабга жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилган.*	<b>А</b>
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>В</b>
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>С</b>
2	<b>Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар</b>	Бир вақтнинг ўзида икки талабга жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилган.*	<b>А</b>
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>В</b>
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>С</b>
3	<b>Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар</b>	Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>В</b>
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	<b>С</b>
4	<b>Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи</b>		<b>С</b>
5	<b>Ишончилилик даражаси паст бўлган далиллар: таъсир механизмининг асоси ёки экспертлар хулосаси мавжуд</b>		<b>С</b>

\* Битта клиник тадқиқот баҳоланаётган бўлса, ушбу талаб инобатга олинмайди.

### *Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси*

**Тиббий аралашув** – инсоннинг жисмоний ёки рухий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, \_\_\_\_\_, (беморнинг Ф.И.Ш.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

(бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

\_\_\_\_\_ шуни маълум қиламанки,

(тиббийёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилинч ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озик-овқат маҳсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтқазилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-

тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинishiга, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳудудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

---

---

---

---

---

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо \_\_\_\_\_

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.

***Бемор учун маълумот***

Ҳомиладорлик даврида аёл мумкин бўлган асоратлар ва биринчи навбатда ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда қон кетиши эҳтимоли ҳақида хабардор бўлиши керак.

Туғруқ йўлларида қон кетишининг ҳар қандай белгиларида, ҳомиланинг ҳолати ўзгаришида акушер-гинекологга мурожаат қилиш керак.

Массив қон кетиши ривожланишида оператив равишда даволаш, қон препаратларини қуйиш, магистрал веналарнинг катетеризациясини таъминлаш ва қон ивишининг рекомбинант омилларини (омиллар комплексларини) қўллаш зарурлиги тўғрисида хабар бериш керак.

**Бачадон ағдарилишида уни ортига қайтариш бўйича тадбирлар**

<b>Бачадон ағдарилиши</b>	<b>Қисман</b> – бачадон туби бачадон бўшлиғида қолади	<b>Тўлиқ</b> – бачадон туби бачадон бўйни орқали қин ёки жинсий ёриқдан ташқарига чиқиб қолади
<p><b>Даволаш мақсади:</b> бачадонни репозициялаш ва шок симптомларини даволаш.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ҳар қандай утеротоник препаратни юборишни тўхтатинг;</li> <li>– тажрибали акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматологни чақиринг;</li> <li>– вена ичига адекват тушишни таъминланг, инфузион терапияни бошланг;</li> <li>– аёлни оғриқсизлантинг, бачадонни ортига қайтаринг;</li> <li>– бачадонни ортига қайтармасдан аввал йўлдошни чиқариб олишга уринмаслик керак (қон йўқотишни кўпайтиради);</li> <li>– йўлдош ўсиб кирмаган бўлса, уни фақат бачадонни ортига қайтаргандан кейин чиқариб олиш керак;</li> <li>– бачадон бўйнининг орқа қисмини кесинг ва бачадонни ортига қайтаринг;</li> <li>– Джонсон усулини бажаринг (тажрибали ва малакали мутахассислар бўлганда);</li> <li>– бачадонни ортига қайтаришнинг уринишлари муваффақиятсиз бўлса, бета-миметикларни юборинг ва Джонсон усули ёрдамида бачадонни ортига қайтаришни қайта уриниб кўринг (тажрибали ва малакали мутахассислар бўлганда);</li> <li>– бачадонни ортига қайтаришнинг уринишлари муваффақиятсиз бўлса, лапаротомия орқали бачадонни ортига қайтаринг (Джонсон муолажаси билан биргаликда Хантингтон муолажасини бажаринг);</li> <li>– муваффақиятли репозициядан кейин утеротоник препаратларни юборишни бошланг (масалан, окситоцин);</li> <li>– профилактик равишда антибиотикларни юборинг;</li> <li>– бачадонни ортига қайтаришдан кейин унинг қайта ағдарилишини олдини олиш учун қин ва/ёки бачадон баллонини киритиш ёки компрессион чокларни қўйиш мумкин;</li> <li>– 10-14 соатга бачадон-қин икки баллонли тизимини ўрнатиш мумкин</li> </ul>	



### *Йўлдош ўсиб киришига шубҳа қилинганда ҳаракатлар рўйхати*

#### **Табий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқда:**

- Йўлдош ажралмаган бўлса ва қон кетиши ривожланса: йўлдошни қўл билан чиқариб олинг. Йўлдошни чиқариб олиш иложи бўлмаса, тажрибали ва малакали мутахассис ва муассасанинг имкониятлари бўлса лапаротомия ва бачадон деворининг резекцияси ўтказилади; бундай бўлмаса гистерэктомия ўтказилади.
- 30 дақиқа ичида йўлдош ажралмаган бўлса ва қон кетиши бўлмаса: йўлдошни қўл билан чиқариб олинг. Йўлдошни чиқариб олиш иложи бўлмаса, тажрибали ва малакали мутахассис ва муассасанинг имкониятлари бўлса лапаротомия ва бачадон деворининг резекцияси ўтказилади; бундай бўлмаса гистерэктомия ўтказилади.
- Йўлдош ёпишган майдондан кучли қон кетаётган бўлса, лапаротомия, бачадон қон таъминланишини вақтинчалик тўхтатиш техникасига мос равишда бачадон деворининг резекцияси ёки гистерэктомия (муассасанинг даражаси ва имкониятлари, жарроҳнинг малакасига қараб) ўтказилади.

#### **Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали содир бўлган туғруқда:**

- Йўлдош ўсиб киришининг гумон қилинган соҳада (бачадон чурраси) бачадонда кесмани бажариш ва йўлдошни ажратиш олишга уриниш тақиқланади.
- Қийинчиликлар юзага келса ва йўлдош йиртилишни бошлаганда, йўлдошни ажратишга уриниш керак эмас.
- Бачадон қон таъминланишини вақтинчалик тўхтатиш техникасига мос равишда бачадон деворининг резекцияси ёки гистерэктомия (муассасанинг даражаси ва имкониятлари, жарроҳнинг малакасига қараб) ўтказилади.
- Алоҳида ҳолатларда, йўлдошни қолдириш мумкин (қатъий индивидуал равишда ҳал қилинади).

### *Қон кетишида юрак қон-томир коллапси бўлган аёлларни олиб бориш алгоритми*

<b>Алоқада бўлиш/бошқариш</b>	<b>Гемостаз</b>	<b>Ўрнини босувчи терапия</b>
– зудлик жамоани чақириш ва сафарбар қилиш	– кечиктириб бўлмайдиган гистерэктомиyani ўтказиш	– юрак-ўпка реанимацияси – қон препаратларини кўп миқдорда қўйиш
<p>* Беморнинг гемодинамик ҳолати ёки коагулопатия коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг.</p> <p>* Жарроҳлик аралашуви ўрнини босувчи терапия билан бир вақтда ўтказилиши керак.</p> <p>* Реанимациянинг муваффақияти гемостазга боғлиқ бўлиб, у энг тезкор усуллар билан таъминланиши керак.</p> <p>* Зудлик билан бошланган ўрнини босувчи терапия билан биргаликда гемостаз ўтказилиши критик вазиятда аёллар яшаб қолиш даражасини оширишнинг энг яхши усули ҳисобланади.</p>		

### ***Бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси алгоритми***

ТКҚК олдини олиш ва даволаш мақсадида бачадон тампонадаси учун бачадон (очиқ ёки ёпиқ контурли) ва/ёки қин (ёпиқ контурли) баллонли катетерларини қўллаш мумкин.

### **Ёпиқ контурли бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси**

#### **Кўрсатмалар:**

- консерватив даво самарасиз бўлганда туғруқдан кейинги қон кетишини камайтириш ёки тўхтатиш.

#### **Қарши кўрсатмалар:**

- жарроҳлик аралашув ўтказилишини талаб қиладиган артериал қон кетиши;
- гистерэктомиyani ўтказишга кўрсатмалар мавжуд бўлган клиник ҳолатлар;
- ҳомиладорлик;
- бачадон бўйни саратони;
- қин, бачадон бўйни ёки уретрада йирингли инфекциялар;
- бачадон аномалиялари;
- тарқалган томир ичи қон ивиши;
- баллонли катетер ёрдамида қон кетишини самарали назорат қилишга тўсқинлик қиладиган жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак бўлган соҳа.

#### **Юзага келиши мумкин бўлган техник муаммолар:**

- курилма қисмлари ажлашиб қолиши;
- баллон ёрилиши/ажралиб қолиши;
- ўз-ўзидан бўшаб қолиши.

#### **Юзага келиши мумкин бўлган асоратлар:**

- баллонни киритиш пайтида тўқималарни жароҳатлаш/шикастлаш;
- баллонни кучли ишириш пайтида бачадон йиртилиши;
- оғирлашган бўшатишда яширин қон кетиши бўлиши мумкин;
- етарли даражада тампонада амалга оширилмаганда қон кетишининг давом этиши;
- баллон ёрилганда тампонадани йўқотиш;
- қон лахталари йиғилиб қолиши;
- эндометрит;
- жароҳат инфекцияси;
- юқори иситма.

#### **Қўллаш бўйича йўриқнома:**

Баллонли катетерни жойлаштиришдан аввал бачадон барча йўлдош қисмларидан бўшатилиши керак, шунингдек, жинсий йўллари травмалари йўқлиги, қон кетишининг манбаи артериал эмаслигини ишонч ҳосил қилиш учун аёлни ҳам текшириш керак.

#### **Қин орқали (трансвагинал) жойлаштириш:**

- қўл билан ёки ультратовуш текшируви орқали бачадон бўшлиғининг тахмин қилинган ҳажмини аниқланг;
- бачадон бўйни канали ва бачадон бўғзининг ташқарисида баллон жойлаштирилганлигига ишонч ҳосил қилган ҳолда, пастдан юқорига қараб бачадон бўйни орқали бачадон бўшлиғига катетернинг баллонли қисмини киритинг;
- сийдикни йиғиш ва диурезни назорат қилиш мақсадида, сийдик қопига Фолей катетери ўрнатилмаган бўлса, уни ўрнатинг.

### **Трансабдоминал (кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида) жойлаштириш:**

- кўл билан бачадон бўшлиғини текшириш орқали бачадон бўшлиғининг ҳажмини аниқланг;
- бачадондаги кесма орқали баллон катетерини киритинг: биринчи навбатда бачадон тубига баллонли қисми жойлаштиринг, кейин унинг найчасини юқоридан пастга қараб бачадон бўйни орқали ташқарига чиқаринг;

**Изоҳ:** ўрнатишда қийинчиликларга дуч келмаслик учун бир томонлама жўмрагчани катетердан олиб ташланг ва уни иширишдан аввал баллон жойлаштирилганидан кейин уни қайта уланг. Баллон найчасини бачадон ички бўғзига яқинлашгунга қадар, баллон найчасини қин орқали ўтказаетганда ассистентнинг ёрдамидан фойдаланинг.

- бачадон бутунлигини стандарт чоклар билан тикланг, баллонни бўш қолдиринг, бу чокларни кўйганда унинг тешилиб қолишини олдини олади;

**Изоҳ:** тиббий қурилманинг барча қисмлари шикастланмаганлигига ва баллонни иширишдан аввал бачадондаги кесма маҳкам тикилганлигига ишонч ҳосил қилинг. Клиник жиҳатдан мумкин бўлса, бачадон таранглашиш даражасини диққат билан кузатиб бориш ва жароҳат четлари чоклар билан тўлиқ ёпилганлигига ишонч ҳосил қилиш учун, баллонни тўлдириш пайтида қорин бўшлиғини очик қолдириш мумкин. Клиник жиҳатдан тўғри бўлса, баллонли катетерни ўрнатиш билан биргаликда B-Lynch бўйича компрессион чокларни кўйиш мумкин.

### **Баллонни тўлдириш:**

- барча ҳолатларда баллонни суюқлик билан тўлдириш керак. Баллонни ҳаво, ис ва ҳар қандай бошқа газлар билан тўлдириш мумкин эмас;
- максимал тўлдириш ҳажми 500 мл ни ташкил қилади. Баллонни максимал ҳажмдан ортиқ тўлдирманг. Баллонни максимал ҳажмдан ортиқ тўлдириш унинг қинга тушиб қолишига олиб келиши мумкин;

**Изоҳ:** баллонни суюқлик билан керакли миқдорда тўлдириш учун баллонга қуйиладиган суюқлик миқдорини ҳисоблаш учун шприцнинг градуировкасига қарамасдан, белгиланган ҳажмдаги суюқликни алоҳида идишга жойлаштириш тавсия этилади.

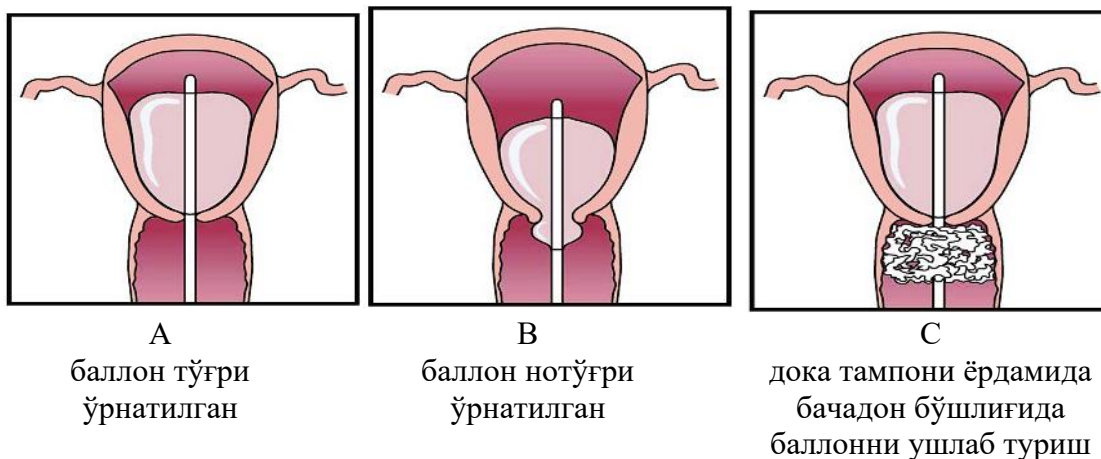
- сийдикни йиғиш ва диурезни назорат қилиш мақсадида, сийдик қопага Фолей катетери ўрнатилмаган бўлса, уни ўрнатинг;
- илова қилинган шприцдан фойдаланиб, баллонни бир томонлама жўмрагча орқали белгиланган ҳажмгача тўлдиринг;
- баллонни белгиланган ҳажмда суюқлик билан тўлдиргандан кейин унинг тўғри жойлаштирилганлигини УТТ орқали тасдиқлаш мумкин.
- керак бўлса, баллоннинг найчасини тортиб кўриш мумкин. Тўғри жойлаштиригандан кейин, баллон найчасини беморнинг оёғига ёки 500 гр оғирликдан ошмайдиган мосламага маҳкамлаш мумкин;

**Изоҳ:** қинга баллоннинг тушиб қолишини олдини олиш учун муқобил чора сифатида йод ёки антибиотик билан тўйинтирилган дока тампонини ўрнатиб кўйиш мумкин.

- гемостазни назорат қилиш учун дренаж портини суюқликни йиғиш қопчасига уланг;

**Изоҳ:** гемостазни етарли даражада назорат қилиш учун баллоннинг дренаж порти ва найчасини стерил физиологик эритма билан ювиш мумкин.

- қон кетиши кўпайишининг белгилари ва бачадон қисқариши бўйича аёл доимо назоратда бўлиши керак.



**1-расм. Бачадон бўшлиғида баллон жойлашиши**

**Баллонни олиб ташлаш:**

- баллоннинг найчасини бўшатиш;
- қиндан тампонада учун ишлатилган ҳар қандай материалларни олиб ташланг;
- шприц ёрдамида баллон тўлиқ бўшашгунга қадар унинг ичидаги суюқликни чиқариб олинг. Аёлнинг ҳолатини вақти-вақти билан кузатиб бориш учун суюқликни аста-секин чиқариб олиш мумкин. Шошилиш ҳолатда баллонни тезроқ бўшатиш учун катетернинг найчасини кесиб ташлаш мумкин;
- эҳтиёткорлик билан бачадон бўшлиғи ва қиндан баллонни чиқариб олинг ва уни утилизация қилинг;

**Изоҳ:** қон кетиши тўхтатилгандан ва ҳолат барқарорлашганидан кейин аёлнинг аҳволига қараб даволовчи шифокор баллонни олиб ташлаш вақтини белгилайди. Гемостаз ҳолатини шифокор аниқлагандан кейин баллонни эртароқ ҳам олиб ташлаш мумкин. Баллон бачадон бўшлиғида 24 соатдан кўп туриши мумкин эмас.

**Очиқ контурли бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси**

**Туғруқдан кейинги қон кетишида баллонли тампонадани ўтказиш учун асосий кўрсатмалар:**

- туғруқдан кейин ёки кесар кесиш пайтида атоник қон кетиши;
- қин йиртилиши ёки гематомасида қин тампонадаси (вақтинчалик чора).

**Профилактик равишда баллонли тампонада қуйидаги ҳолатларда қўлланилиши мумкин:**

- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш;
- йўлдош олдинда келиши;
- йўлдош ўсиб кириши;
- кўп ҳомилалик, кўп сувлик, катта ҳомилада бачадон кенгайиб кетиши;
- анамнезда атоник қон кетиши.

**Туғруқдан кейин атоник қон кетишини тўхтатиш бўйича 10-қадам:**

1. Стойкада резервуарни бачадон сатҳидан 45-50 см баландликда жойлаштиринг.
2. Резервуарни илиқ стерил 0,9% натрий хлорид эритмаси билан тўлдиринг.
3. Найчадаги клеммани ёпиб қўйинг.
4. Кўзгулар ёрдамида бачадон бўйинини очинг, тўмтоқ қисқичлар билан ушлаб олинг, асептик шароитда бачадон бўшлиғига бачадон тубигачан баллонли катетерни киритинг.
5. Катетернинг дистал учини бачадон тубида ушлаб турган ҳолда, унинг очиқ учини резервуарнинг найчасига уланг.
6. Клеммани очинг.
7. Резервуардаги эритмани тўлдиринг, унинг ҳажмини ўрта даражада ушлаб туринг.

8. Бачадон катетерини бачадон тубида ушлаб турган ҳолда, резервуарда тўлиш даражаси етарли бўлгунга қадар эритмадан қўшиб туриш. Кўп ҳолатларда 350-400 мл эритма етарли бўлади. Бачадон бўшлиғида баллон тўғри очилганлигини тасдиқлаш учун УТТ ўтказиш мақсадга мувофиқ.
9. Гемостатик таъсир етарли бўлмаган тақдирда, йўлдош ёпишган майдоннинг соҳасига баллон деворининг босимини ошириш учун резервуарни яна 10-15 см га кўтаринг.
10. Баллон бачадон тонуси тикланиши ва қисқаришлари тикланишига ёрдам беради. Шунинг учун баллондаги эритма резервуарга чиқишни бошлайди (одатда 15-60 дақиқада): буни резервуардаги суюқлик даражаси кўтарилиши билан аниқлаш мумкин.

Қачонки қон кетиши тўхтаганда, баллон ўз-ўзидан қинга ёки бачадон бўшлиғида жойлашган катетердан юқорига тушиб қолса, бошқариладиган баллонли тампонадасини тугалланган деб ҳисобш мумкин, шундан кейин уни бачадон бўшлиғидан олиб ташлаш мумкин. Ёпиқ бачадон бўйнида ТКҚК даволашда баллонли тампонаданинг самарадорлиги 95% дан ошади.

**Туғруқдан кейин атоник қон кетишини тўхтатишнинг** икки баллонли техникаси (тампонаданинг самарадорлигини оширади, бачадон баллони жойидан барвақт чиқиб кетишини олдини олади):

1. Бачадон баллонини киритинг.
2. Қин катетерини қин гумбазигача киритинг (бачадон баллони бўйлаб).
3. Қин катетерини шприц ёрдамида тўлдириш (150-180 мл).
4. Юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириш.
5. Жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдори ва резервуардаги суюқлик миқдorigа қараб туриш.
6. 4-6 соатдан кейин қин модулининг манжетасидан суюқликни чиқариб ташланг.
7. Резервуарни пастга туширинг, бачадон баллонини бўшатиш ва олиб ташланг.

**Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида бошқариладиган икки баллонли тампонадаси:**

1. Стойкада резервуарни бачадон сатҳидан 50 см баландликда жойлаштиринг, клеммаларни ёпиб қўйинг ва резервуарни илиқ стерил натрий хлорид эритмаси билан тўлдириш.
2. Бачадон катетерини ўтказгич тикин ёрдамида бачадондаги кесма орқали пастдан чиқаринг, баллонли катетерни бачадон тубига қараб жойлаштиринг.
3. Баллонни тешмасдан бачадондаги жароҳатни тикиб чиқинг.
4. Баллонни ушлаб туриб, ўтказгични чиқариб ташланг, баллонни резервуарнинг найчасига уланг, клеммани очинг ва баллонни тўлдириш (300-400 мл).
5. Операция тугаши билан клемманинг ёпиқ ҳолатида аёлни РИДБга ўтказинг.
6. Клеммаларни очинг, баллондаги суюқлик миқдорини назорат қилинг, даража бир хил баландликка 2 бўлинишдан ортганда, резервуарни туширинг, бачадон сатҳидан баландлиги 10-15 см га етгунча ҳаракатни такрорланг.
7. 2-3 соатдан кейин ёки бачадон сатҳидан баландлиги 10-15 см га етганда баллонни олиб ташланг.

**Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида бошқариладиган икки баллонли тампонадасининг босқичлари:**

1-босқич – операция бошланишидан аввал:

- қин модулини чиқаринг
- қиннинг тик ўқи ва гумбазига нисбатан жойлаштиринг (минус 1 см)
- манжетани тўлдирмасдан тайёр шприцни уланг.

2-босқич – операция пайтида (йўлдош туғилгандан кейин дарҳол):

- қин модулининг манжетасини илиқ стерил натрий хлорид эритмаси билан тўлдириш (150-180 мл).

3-босқич – операция пайтида:

- юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириш.

4-босқич – операциядан кейин:

- юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириш.
- жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдори ва резервуардаги суюқлик миқдорига қараб туриш. 4-24 соатдан кейин (вазият оғирлиги ва гемостазга ишонч ҳосил қилгандан кейин) қин модулининг манжетасидан суюқликни чиқариб ташланг, резервуарни пастга тушириш, бачадон ва қин баллонларини бўшатиш ва олиб ташланг.

**Туғруқдан кейинги йиртилишлар ва гематомалар:**

- қин баллони жарроҳлик тадбирлари ўтказилгандан кейин (жароҳатни тикиш, гематома тикиш) вақтинча ёки кўшимча чора сифатида қон кетишини тўлиқ тўхтатишни иложи бўлмаганда қўлланилади.
- туғруқдан кейин қиннинг шикастланишининг оғирлигига қараб, унинг тампонланиши 24-36 соатгача амалга оширилади. Тўлдирилган баллон қинда турганида жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдорини назорат қилиш ва сийдик қопини катетеризациялаш керак.

8-илова

### ***ТКҚК бирламчи ёрдам кўрсатиш учун тўплам (PPH-BOX)***

*(FIGO, 2017, модификацияланган)*

№	Қон кетиши бўйича бокс тўплами	
1	500 мл кристаллоидлар эритмаси	2
2	в/и юбориш системаси	1
3	пешоб катетери ва пешоб қабул қилгичи	1
4	10 мл шприцлар	4
5	5 мл шприцлар	2
6	2 мл шприцлар	4
7	қўлқоплар	1
8	фиксациялаш учун лейкопластирь	1
9	стерилланган материал	1
10	тиббий жгут	1
11	қоннинг клиник таҳлилини олиш учун пробиркалар	1
12	гемостазиограммани олиш учун пробиркалар	1
13	биокимёвий таҳлилларни олиш учун пробиркалар	1
14	№ ≤16G в/и катетери	2
15	кислород ниқоби	1
16	антисептик	1
17	қайчи	1
<b>Дори-воситалар</b>		
18	окситоцин	5 амп.
19	карбетоцин	5 амп.
20	метилэргометрин	5 амп.
21	транексам кислотаси	10 амп.
22	мизопростол	200 мкг дан 8 таб.

9-илова

**ТКҚК назорат рўйхати (Stony Brook University)**

<b>Ўрта тиббиёт ходими (доя, хамшира, анестезист ва бошқ.)</b>	
Ингаляцион O <sub>2</sub> бериш	
Тренделенбург ҳолати (иложи бўлса)	
АҚБ ўлчаш (хар 5 дақ. ёки тез-тез)	
Пульсоксиметрия	
Икки венани пункция қилиш (катетерлар ≤ 16 G)	
Пешоб катетерини ўрнатиш	
Илиқ кристаллоид эритмаларни юбориш	
Қон препаратларига буюртма бериш	
Препаратларни юбориш/хужжатлаштириш: окситоцин, метилэргометрин ва бошқ.	
Қон таҳлилларини олиш ва лабораторияга юбориш	
Гемодинамик кўрсаткичларни назорат қилиш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
<b>Акушер-гинеколог</b>	
Барчани ёрдамга чақириш	
Қон кетишининг сабабини аниқлаш: – тонус – травма – тўқима – бошқа	
Қон кетишининг симптомларини (йўқотилган қон миқдорини) баҳолаш	
Мизопростол бериш (зарурат бўлса)	
Бимануал компрессия	
Баллонли тампонада	
Йиртилишларни тикиш	
Оператив даво: лапаротомия, бачадон томирлари, ички ёнбош артерияларни боғлаш ва/ёки компрессион чокларни қўйиш ва/ёки гистерэктомия	
Бошқа мутахассисларни чақириш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
Бошқа	
<b>Анестезиолог-реаниматолог</b>	
Барчани ёрдамга чақириш	
Жамоанинг ҳаракатларини мувофиқлаштириш	
Дастлаб нафас йўлларининг ўтказувчанлиги, кардиореспиратор ва гемодинамик ҳолатни баҳолаш	
Вена ичига қўшимча тушишни таъминлаш	
Нафас йўлларининг ўтказувчанлиги, кардиореспиратор ва гемодинамик ҳолатни узлуксиз назорат қилиш	
Инфузион-трансфузион терапияни ўтказиш ва уни назорат қилиш	
Лаборатор қўрсаткичларни баҳолаш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
Бошқа	

## Акушерлик қон кетишининг картаси

Сана: \_\_\_\_\_

Бошланган вақти: \_\_\_\_\_

Тугаш вақти: \_\_\_\_\_

Жамоа аъзоси		Ф.И.Ш.		Келган вақти	
*	1 акушер-гинеколог				
*	2 акушер-гинеколог				
*	Навбатчи маслаҳатчи				
*	Клиник ординатор				
*	Маъмурият ходими				
*	Анестезиолог				
*	Анестезистка-ҳамшира				
*	1 доя				
*	2 доя				
*	Лаборант				
*	Бошқалар:				
<b>Лаборатор текширувлар</b>					
*	Қон гуруҳи, резус-омили				
*	ҚУТ				
*	Коагулограмма				
*	Жигар, буйрак функциялари				
<b>Мониторинг</b>	<b>Вақти</b>	<b>Пульс</b>	<b>ҚБ</b>	<b>НОС</b>	<b>Сатурация</b>
<b>Дори-воситалар</b>		<b>Дозаси</b>		<b>Юборилган вақти</b>	
1.	Окситоцин				
2.	Метилэргометрин				
3.	Мизопростол				
4.	Карбопрост				
5.	Транексам кислотаси				
6.	Суюқликлар (тури):				
7.					
8.					
9.					
10.					
<b>Бирламчи даво</b>			<b>Бажарилган вақти</b>		
11.	Кислород бериш				
12.	Тренделенбург ҳолати				
13.	1 в/и канюляси				
14.	2 в/и канюляси				
15.	Пешоб катетери				
<b>Кейинги тадбирлар</b>			<b>Бажарилган вақти</b>		
Бачадон ичи баллонли тампонадаси					
Босқичма-босқич бачадонни деваскуляризациялаш					
Бачадон компрессион чокларини қўйиш					
Ёнбош артерияларни икки томонлама боғлаш					
Гистерэктомия					



## ТКҚК олиб бориш алгоритмлари

## ТКҚК олиб бориш алгоритми (1500 мл гача)

ТКҚК ривожланган аёллар		
Алоқада бўлиш/бошқариш	Гемостаз	Ўрнини босувчи терапия
<p>аёлнинг ҳолатини баҳолаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 15-20 дақ. ичида (иложи бўлмаса – туғруқ залига ўтказиш)</li> <li>– жамоанинг бошқа аъзоларига хабар бериш ва уларни чақириш</li> <li>– гемодинамик варақасини олиб боришни бошлаш</li> </ul> <p>кўп миқдорда қон кетишида аёлни 15-20 дақиқа ичида ҳолатини баҳоламасдан, дарҳол туғруқ залига ўтказинг</p>	<p><b>Атония</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– қорин аортасини босиш</li> <li>– сийдик қопини катетеризациялаш</li> <li>– бачадон бимануал компрессияси</li> <li>– утеротониклар</li> </ul> <p><b>Бошқа сабаблар</b> (травма, йўлдош нуқсон, коагулопатия ва бошқ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– этиологик омилга қараб даволаш</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– в/и суяқликларни юбориш</li> <li>– в/и транексам кислотасини юбориш</li> <li>– қон гуруҳи ва қон гуруҳлари бўйича номутаносибликни аниқлаш</li> </ul>
<p><b>15-30 дақ. назорат қилинг</b> (ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига қадар уларни ҳар 15-30 дақ. ёзиб бориш)</p> <p><b>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– аёлни туғруқ залига ўтказинг (илгари ўтказилмаган бўлса)</li> <li>– туғруқ залида акушер-гинеколог кўриги</li> <li>– қоннинг умумий таҳлили, коагуляция текширувлари</li> <li>– қон компонентларини қуйишни рад этаётган шахслар учун ушбу босқичда ёрдам кўрсатиш жамоаси тўлиқ таркибда бўлиши керак</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– утеротоникларни юборинг</li> <li>– бачадон баллонли тампонадаси</li> <li>– қон кетишининг бошқа сабабларида – этиологиясига қараб чора кўринг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– қон препаратларини етказиб беринг.</li> <li>– ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, кўп миқдорда қон кетиши ривожланса қон қуйишни бошланг</li> <li>– қон қуйишни рад этаётган аёллар учун фойдалана олиш имкони бўлса қон ивиш омилларидан фойдаланинг (фибриноген, протромбин комплексининг концентрати)</li> </ul>
<p><b>15-30 дақ. назорат қилинг</b> (қон кетиши тўхтаган/камайган бўлса, бироқ, тақроран бошланса, алгоритмнинг кейинги босқичларига ўтинг)</p> <p><b>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– перинатал ёрдамни мувофиқлаштириш (ҳолатни баҳолаш ва қарор қабул қилиш)</li> <li>– тўлиқ мультидисциплинар гуруҳи ёрдам кўрсатишида қатнашиш</li> <li>– операция хонасини тайёрлаш</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– қўшимча босқичлар: гемостазни таъминланг</li> <li>– лапаротомияни ўтказинг*: бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш, гистерэктомия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, 1500 мл дан кўп миқдорда қон кетиши, кўп миқдорда қон кетиши ривожланса, жарроҳнинг фикрига кўра кенг жарроҳлик аралашуви талаб қилинганда ёки аллақачон бошланганда қон препаратларини қуйишни бошланг</li> <li>– массив қон кетишида эритроцитар масса, ЯМП ва тромбомассани 4:4:1 нисбатда қуйишни бошланг</li> <li>– қон препаратларини қуйиш фонида коагулопатия ривожланса, протромбин комплексининг концентратини юборинг</li> </ul>
<p>* Ҳаётий муҳим аъзолари функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига, коагулопатия ва ацидоз ҳолати коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг. 1500 мл миқдорда қон кетиши ривожланган (ёки ундан кам миқдорда, бироқ, клиник ва лаборатор кўрсаткичларнинг патологик ўзгаришлари мавжуд бўлган) ва аёлда 2 ва ундан ортик фарзанди бўлса, шунингдек, қон препаратларини қуйишга рози бўлмаган беморларда бачадонни сақловчи гемостазни ўтказишга уринмасдан, гистерэктомияни дарҳол бошлаш керак</p>		

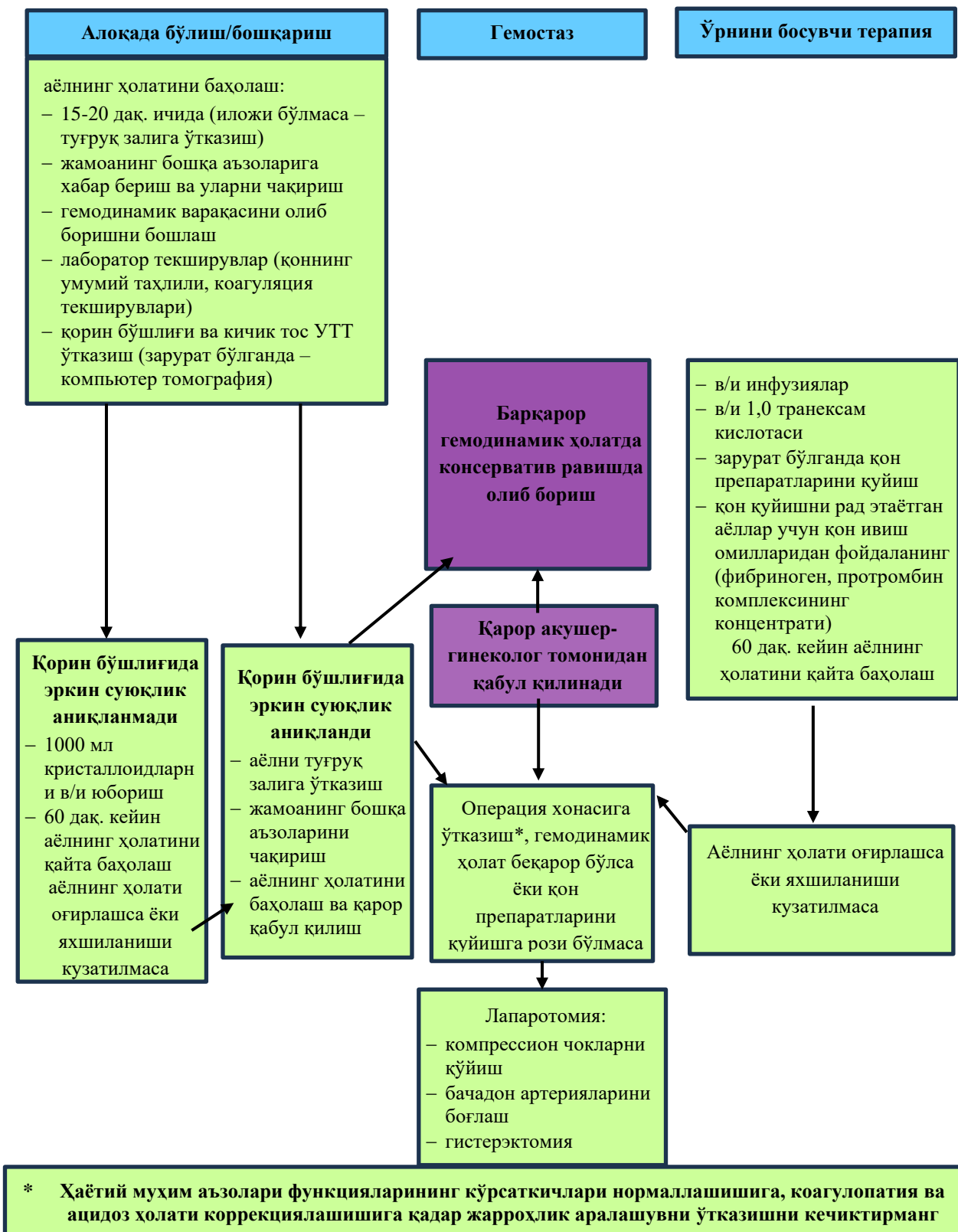
**ТКҚК олиб бориш алгоритми (1500 мл дан кўп)**

<b>1500 мл дан кўп миқдорда ТКҚК ривожланган ва гемостазга эришилмаган ҳолатлар</b>		
<b>Алоқада бўлиш/бошқариш</b>	<b>Гемостаз</b>	<b>Ўрнини босувчи терапия</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– доя томонидан жарроҳлар бригадаси чақирилиши</li> <li>– йўқотилган қон миқдорини қайта баҳолаш</li> <li>– 2-чи акушер-гинекологни чақириш</li> <li>– 2-чи анестезиолог-реаниматологни чақириш</li> <li>– гемодинамик варақасини олиб боришни бошлаш</li> </ul>	<p><b>Атония</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– утеротоникларни юборинг. Утеротониклар юборилаётган бўлса ва самарасиз бўлса: <ul style="list-style-type: none"> <li>• табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганда – бачадон баллонли тампонадасини ўтказиш</li> <li>• кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғруқ содир бўлганда – бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Бошқа сабаблар</b> (травма, йўлдош нуқсони, коагулопатия ва бошқ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– этиологик омилга қараб даволаш</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– в/и суюқликларни юборинг (йўқотилган қон миқдорига 1:1 нисбатда Рингер-лактат эритмаси)</li> <li>– в/и транексам кислотасини юборинг</li> <li>– қон препаратларини етказиб беринг ва ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, жарроҳнинг фикрига кўра гемостазга эришиш иложи бўлмаса қон қуйишни бошланг</li> <li>– қон қуйишни рад этаётган аёллар учун фойдалана олиш имкони бўлса қон ивиш омилларидан фойдаланинг (фибриноген, протромбин комплексининг концентрати)</li> </ul>
<p><b>15-30 дақ. назорат қилинг</b> (қон кетиши тўхтаган/камайган бўлса, бироқ, такроран бошланса, алгоритмнинг кейинги босқичларига ўтинг)</p>		
<p><b>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>– илгари ўтказилмаган бўлса аёлни операция хонасига ўтказинг</li> <li>– ёрдам кўрсатиш жамоаси тўлиқ таркибда бўлишини таъминланг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– қўшимча босқичлар: гемостазни таъминланг</li> <li>– алгоритмнинг илгари бажарилмаган кейинги босқичларига ўтинг: бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш, гистерэктомия*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– илгари бошланмаган бўлса қон препаратларини зудлик билан қуйишни бошланг</li> <li>– массив қон кетишида (2000 мл дан кўп, паст АҚБ, ацидоз ва х.к.) эритроцитар масса, ЯМП ва тромбомассани 4:4:1 нисбатда зудлик билан қуйишни бошланг</li> <li>– қон препаратларини қуйиш фонида коагулопатия ривожланса, протромбин комплексининг концентратини юборинг</li> </ul>
<p>* Ҳаётий муҳим аъзолари функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига, коагулопатия ва ацидоз ҳолати коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг. Аёлда 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса, шунингдек, қон препаратларини қуйишга рози бўлмаган беморларда бачадонни сақловчи гемостазни ўтказишга уринмасдан, гистерэктомиyani дарҳол бошлаш керак</p>		

**Туғруқдан кейинги даврда қорин бўшлиғида қон кетишига шубҳа қилинган аёлларни олиб бориш алгоритми**

**Қорин бўшлиғида қон кетишига шубҳа туғилиши**

- ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари ўзгариши, диурез пасайиши
- лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар (40 г/л ва ундан ортиқ гемоглобин даражаси тушиб кетиши, коагулопатия, ацидоз)
- қон йўқотишнинг клиник белгилари (ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига қадар уларни ҳар 15-30 дақ. баҳолаш ва ёзиб бориш)



## 1000 мл ва ундан кўп миқдорда ТКҚК олиб бориш блок-схемаси

Реанимация, мониторинг, текширувлар ва даволаш тадбирлари бир вақтнинг ўзида

**1000 мл дан кўп миқдорда қон кетиши**  
**Давом этаётган акушерлик қон кетиши ёки клиник шок ҳолати**

**Ёрдамга чақиринг:**  
– доя/акушер-гинеколог/анестезиолог-реаниматолог  
**Хабар беринг:**  
– лабораторияга  
– маъмурият ходимлари ва маъсул шифокорга  
– қон қуйиш хизматига

### Реанимация

- нафас йўллари
- нафас олиши
- юрак қисқариши
- кислород маскаси (10-15 л/дақ.)
- инфузиялар (2 л изотоник кристаллоид, 1,5 л коллоидлар)
- қон қуйиш (O RhD-манфий ёки қон гуруҳи бўйича)
- қон препаратлари (ЯМП, тромбомасса/концентрат, криопреципитат, VIIa омили, протромбин комплексининг концентрати)

### Мониторинг ва текширувлар

- икки периферик канюля  $\leq 16$  G
- ҚУТ (Hb), коагулограмма (фибриноген, ФҚТВ, қон ивиш вақти), жигар ва буйрак функциялари, электролитлар
- ЭКГ, пульсоксиметрия
- Фолей катетери
- йўқотилган қон миқдорини баҳолаш
- қон препаратларини етказиб бериш

### Даволаш

- бачадон тубини ишқалаш
- сийдик қопини бўшатиш
- **окситоцин:** 500 мл физиологик эритма ёки Рингер эритмасига 10-20 ХБ в/и, 60 томчи/дақ. ёки дозатор ёрдамида 125 мл/соатига
- **метилэргометрин:** 0,2 мг м/о ёки в/и
- **мизопроустол:** 800 мкг тил остига
- **карбопрост:** 0,25 мг м/о
- **транексам кислотаси:** в/и 1,0 г

**Бачадон қисқардимми?**  
**Оғрисизлантириш остида бачадон бўшлиғини текшириш**  
**Қон ивиш бузилишлари бартараф этилдими?**

**Бачадон ичи баллонли тампондаси**

### Жарроҳлик амалиёти

- Босқичма-босқич бачадонни деваскуляризациялаш
- Ёнбош артерияларни икки томонлама боғлаш
- Бачадон компрессион чокларини қўйиш
- Гистерэктомия (тажрибали шифокор)

### Туғқан аёлларнинг ҳолатини мониторинг қилиш назорат рўйхати

(туғдириб олиш усулидан қатъий назар барча туғқан аёллар учун тўлдирилади ва туғруқ тарихининг ичига қўйилади)

Туғруқдан кейин ўтган вақт (аниқ вақт)		АҚБ мм. сим. уст.	Пульс уриш/дақ.	Бачадон тонуси*	Йўқотилган қон миқдори**	Сийдик чиқиши (сўзи бўйича)
0 дақ.	__ : __					
		Йўлдош кўздан кечирилганда:			Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда (кўрсатмалар мавжуд бўлганда):	
15 дақ.	__ : __					
30 дақ.	__ : __					
45 дақ.	__ : __					
1 соат	__ : __					
1 с 15 д	__ : __					
1 с 30 д	__ : __					
1 ч 45 д	__ : __					
2 с	__ : __					
2 с 30 д	__ : __					
3 с	__ : __					
3 д 30 д	__ : __					
4 с	__ : __					
5 с	__ : __					
6 с	__ : __					
7 с	__ : __					
8 с	__ : __					
12 с	__ : __					
16 с	__ : __					
20 с	__ : __					
24 с	__ : __					

\* «пешона» каби қаттиқ ёки «бурун» каби юмшоқ

\*\* йўқотилган қон ҳажмини визуал текшириш, гравиметрик усул ёки қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш билан аниқланади.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Клинические рекомендации «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях» МЗ РФ, Москва, 2018.
2. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения, 2012. 43с. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789244548509\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789244548509_rus.pdf).
3. Lier H, Schlembach D, Korte W, von Heymann C, Steppat S, M, Maul H, Henrich W, Rath W, Wacker J, Kainer F, Surbek D, Helmer H. [The new German guideline on postpartum haemorrhage (PPH): essential aspects for coagulation and circulatory therapy]. *Anesthesiol Intensivmed Not fall med Schmerzther.* 2016; 51(9): 526 - 35. doi: 10.1055/s-0042-105937.
4. Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, Collins P, Green L, Hunt B, Riris S, Thomson A. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG An Int J ObstetGynaecol.* 2016; 124(5): e106 - 49. doi: 10.1111/1471-0528.14178.
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4): e168 - 86. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
6. Gutierrez MC, Goodnough LT, Druzin M, Butwick AJ. Postpartum hemorrhage treated with a massive transfusion protocol at a tertiary obstetric center: a retrospective study. *Int J ObstetAnesth.*2012; 21(3): 230 - 5. doi: 10.1016/j.ijoa.2012.03.005.
7. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England).* 2017;389(10084): 2105 - 16. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4.
8. Likis F, Sathe N, Morgans A, Hartmann K, Young J, Carlson-Bremer D, Schorn M, Surawicz T, Andrews J. Management of Postpartum Hemorrhage. Comparative Effectiveness Review No. 151. (Prepared by the Vanderbilt Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00009-1.) AHRQ Publication No. 15-EHC013-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Researc.
9. Russell RT. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. *Hum Fertil.* 2011; 14(2): 129 - 129. doi: 10.3109/14647273.2010.529650.
10. Schlembach D, Helmer H, Henrich W, von Heymann C, Kainer F, Korte W, M, Lier H, Maul H, Rath W, Steppat S, Surbek D, Wacker J. Peripartum Haemorrhage, Diagnosis and Therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry No. 015/063, March 2016).
11. Burtelow M, Riley E, Druzin M, Fontaine M, Viele M, Goodnough LT. How we treat: management of life-threatening primary postpartum hemorrhage with a standardized massive transfusion protocol. *Transfusion.* 2007; 47(9): 1564 - 72. doi: 10.1111/j.1537-2995.2007.01404.x
12. Mavrides E, Allard S, Chaandrachan E et al. On behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJORG.* 2016; 124.
13. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Brown HL, Hage ML, Mitra AG, Moise KJ, Callaghan WM. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide

- review. *Obstet Gynecol.* 2005;106(6): 1228 - 34. doi: 10.1097/01.AOG.0000187894.71913.e8.
14. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):36.e1-5; discussion 91-2. e7 - 11. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.007.
  15. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22(6): 999 - 1012. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.08.004.
  16. Callaghan WM, Kuklina E V, Berg CJ. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994 -2006. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(4): 353.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.011.
  17. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991 - 2003. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(2): 133.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2007.12.020.
  18. Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *J Health Popul Nutr.* 2008; 26(2): 232 - 40.
  19. Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (6): CD007872.
  20. Shakur H, Beaumont D, Pavord S, Gayet-Ageron A, Ker K, Mousa HA. Antifibrinolytic drugs for treating primary postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 2: CD012964. doi:10.1002/14651858.CD012964.
  21. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2018.