

**АГАБАБЯН ЛАРИСА РУБЕНОВНА  
НАСИРОВА ЗЕБИНИСО АЗИЗОВНА**



**ҲОМИЛАДОРЛИК ВА  
ЭКСТРАГЕНИТАЛ  
ПАТОЛОГИЯ**

**(ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМАСИ)**

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ  
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ УНИВЕРСИТЕТИ

Агабабян Лариса Рубеновна  
Насирова Зебинисо Азизовна



“Акушерлик ва гинекология”  
фани бўйича

**ХОМИЛАДОРЛИК ВА ЭКСТРАГЕНИТАЛ ПАТОЛОГИЯ**

*Ўқув қўлланмаси*

*Таълим йўнатиши:  
Акушерлик ва гинекология - 5510400*



УУК 618.3(075.8)

КБК 57.16я73

А 25

Агабабян Л.Р., Насирова З.А.

Ҳомиладорлик ва экстрагенитал патология [Техт]: Учебное пособие / Агабабян Л.Р., Насирова З.А. -- Ташкент: Самарканд 2022. - 104 б

**Такризчилар:**

**Каримова Феруза Джавдатовна** - тиббий ходимлар касбий малакасини ривожлантириш маркази Акушерлик ва гинекология кафедраси муdiri, т.ф.д., профессор

**Негмаджанов Баходур Болтаевич** - Самарканд Давлат Тиббиёт университети 2- Акушерлик ва гинекология кафедраси муdiri, т.ф.д. профессор.

**Тузувчилар:**

**Агабабян Л.Р.** – СамДТУ ДКТФ Акушерлик ва гинекология кафедраси муdiri, т.ф.н., доцент

**Насирова З.А.** – СамДТУ ДКТФ Акушерлик ва гинекология кафедраси доцент в.в.б PhD

Ушбу ўқув қўлланма акушерлик ва гинекология мутахассислиги бўйича таълим олаётган магистратура талабалари, клиник ординаторлар ва тингловчиларга мутахассисликлар кесишмасида ҳомиладорлик даврида ёрдам кўрсатишда зарур бўлган билим ва кўникмаларни тақдим этиш учун мўлжалланган. Қўлланмада малакали мутахассисларни тайёрлашда таълим дастурларини амалга ошириш жараёнини такомиллаштириш учун зарур бўлган материаллар келтирилган. Қўлланма тиббий ёрдам кўрсатишнинг этиопатогенетик ёндашувига мувофиқ 7 та мавзунини ўз ичига олади, унда ҳомиладорлиги экстрагенитал касалликлар билан бирга кечувчи, ёрдамга муҳтож бўлган аёлларга хос аломатлар тасвирланган.

Ушбу ўқув қўлланма соматик касалликларни мавжуд бўлган ҳомиладор аёлларни гарвариш қилишни ўргатиш ва ўрганиш жараёнини ҳам ўқитувчилар, ҳам ўрганувчилар учун янада самарали, таъсирли ва қизиқарли қилишига ёрдам бериши кутилмоқда.

ISBN 978-9943-8782-2-8

© Агабабян Л.Р., Насирова З.А.

© SAMARQAND, 2022

## МУНДАРИЖА

КИРИШ.....	4
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК.....	6
Ҳомиладорлик даврида углевод алмашинуви бузилишининг ташxisоти.....	8
Диабет билан оғриган ҳомиладор аёлларни анте-натал парвариш килиш.....	13
ҲОМИЛАДОРЛАР КАМҚОНЛИГИ.....	25
ҲОМИЛАДОРЛИКДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ БУЗИЛИШЛАР.....	31
СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРИ.....	37
ЮРАКНИНГ ТУҒМА ВА ОРТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИ.....	43
ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЙЛАР ВА ҲОМИЛАДОРЛИК.....	51
COVID-19 ВА ҲОМИЛАДОРЛИК.....	58
COVID-19 ГУМОН ҚИЛИНГАН ЁКИ ТАСДИҚЛАНГАН АЁЛЛАРГА ТУҒРУҚ ВАКТИДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ.....	68
ҲОМИЛАДОРЛАР, ТУҒУВЧИ ВА ТУҚҚАН АЁЛЛАРДА COVID-19 НИ ДОРИ-ДАРМОНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ.....	75
ТЕСТ САВОЛЛАРИ.....	78
КЛИНИК ВАЗИЯТЛАР.....	95
КЛИНИК ВАЗИЯТЛАРГА ЖАВОБЛАР ЭТАЛОНЛАРИ.....	99
Фойдаланилган адабиётлар рўйхати.....	101

## КИРИШ

Ҳомиладор аёллар контингенти асосан ёш аёллардан ташкил топади, аммо, афсуски, ёшлик "саломатлик" тушунчасининг синоними эмас: бўлғуси оналарнинг 1/3 қисми семизликдан, шунчалари - камқонликдан, ҳар бешинчиси – сийдик ажратиш тизими касалликларидан, ҳар ўнинчиси – гипертензив бузилишлардан азият чекади. Соматик касалликлар репродуктив тизимдаги бузилишлар билан биргаликда ҳомиладорликнинг асоратлари ривожланиши учун субстратни ҳосил қилади ҳамда бу билан акушерлик ва перинатал хавфларни оширади.

Муаммо мутахассисликлар чорраҳасида жойлашади; у ўта карама-қаршидир.

Ҳомиладорлик даврида соғломлаштириш - бу яхши тадбир, аммо кейинги ҳомиладорлик пайтида албатта текширувдан ўтиш ва даволаниш талаб қилинади.

Барча ихтисосликдаги шифокорларнинг, биринчи навбатда, терапевт, кардиолог, нефрологларнинг фаолияти ушбу муаммони ҳал этишга қаратилиши лозим.

Соматик патология ҳомиладорликнинг кечиши ва ҳомиланинг ривожланишига қандай таъсир этишини, шунингдек, ҳомиладорликнинг ўзи соматик патологияга қандай таъсир қилишини билиш керак. Бу ҳомиладорликни тўғри олиб бориш ва аёлнинг соғлиғини сақлаш ҳамда соғлом авлодга эга бўлиш имконини беради.

Ҳомиладорлик пайтида касаллик аниқланганда, акушер-гинеколог ва ихтисослиги бўйича мутахассиснинг қўшма маслаҳатлашувининг вазифалари ушбу ҳомиладорликни кўтара олмаслик эҳтимоли масаласини ҳал қилиш ва асоратларнинг олдини олиш бўйича комплекс дастурни аниқлашдан иборат.

Касалликнинг профилига мос келадиган бўлимларга йўналтириш ҳақида савол туғилганда, акушер-гинеколог фақат ўз ваколатидаги, ҳомиладорлик ва туғруқни олиб боришга доир

масалаларда маслаҳатчи бўла олади, асосий касалликни даволаш эса тор соҳа мутахассислар зиммасига юклатилади.

Бироқ, акушер-гинеколог соматик касалликлар ва уларни даволаш ҳомиладорлик жараёнига қандай таъсир қилишини, она ва ҳомила учун қандай асоратлар қузатилиши мумкинлигини ҳамда нохуш ҳодисалар хавфини қандай камайтириш мумкинлигини билиши керак.

Афсуски, йўналтиришнинг айнан шу таркибий қисми - энг ёмон бажариладиган тадбирдир. Ондаги касалликларни ҳомиланинг ривожланиши ва яшовчанлигига салбий таъсири ҳозирги вақтда ҳомиладор аёллардаги соматик патология муаммосининг долзарблигини белгилайди ва қувватлайди.

## ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Қандли диабет (ҚД) 300 нафар ҳомиладорга 1 та ҳолатда учрайди. Ошқозон ости безининг физиологик аҳамияти қондаги шакар даражасини доимий равишда ушлаб туришдан иборат. Бу иккита антагонистик оқсилли гормон - инсулин ва глюкагоннинг таъсири билан таъминланади. Инсулин тўқималар томонидан глюкозанинг сўрилишини оширади, қондаги глюкоза даражасини пасайтиради. Глюкагон гипергликемияни келтириб чиқаради.

Ҳомиладорлик даврида ҚД жиддий тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб ҳисобланади, чунки у она ва ҳомила (янги туғилган чакалоқ) учун ҳомиладорликнинг салбий оқибатларини сезиларли даражада оширади. ҚД онада ва келажак авлодда семизлик, ҚД 2-чи типи ва юрак-қон томир касалликлари ривожланишининг хавф омилidir. Мазкур касалликнинг ҳомиладорлик даврида учраши дунё минтақасига қараб 1% дан 20% га қадарни ташкил этади.

Ҳомиладорлик - бу физиологик инсулинга резистентлик ҳолатидир, шунинг учун ўз-ўзидан у углевод алмашинуви бузилишининг муҳим хавф омилли бўлиб ҳисобланади. Ушбу касаллик бўйича мавжуд кўплаб нашрларга қарамасдан, ҳомиладорлик даврида ҚДни эрта ташхислаш, ҚД билан оғриган аёлларни олиб бориш алгоритми, туғруқнинг индукцияси, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврни олиб бориш масалалари бутунги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Ҳомиладорлик даврида углевод алмашинуви бузилишларини ташхислаш ва даволаш учун ягона стандартлар талаб қилинади.

Қандли диабет - инсулиннинг мутлоқ ёки нисбий етишмовчилиги ёхуд унинг етарли даражада бўлмаган самарадорлиги билан тавсифланган касаллик бўлиб, у углеводларга нисбатан чидамсизликка ҳамда турли аъзо ва тўқималарда моддалар алмашинувининг кейинги ўзгаришлар билан бирга кузатиладиган бузилишига олиб келади. Деярли барча турдаги моддалар алмашинуви, аъзо ва тизимларнинг патологик комплексга жалб этилиши, уларнинг даволаш тартибига қатъий боғлиқлиги қандли

диабет билан оғриган беморни оғир яшаш шароитларига олиб келади. Тартибга риоя қилмаслик, физиологик юкламалар, ҳомиладорлик ва туғруқ касалликнинг кечишини ёмонлаштиради. Ҳомила учун асосий энергия манбаи глюкоза бўлиб, унинг таркиби онадагидан кура 10-20% пастрок ва ушбу ҳолат унинг онадан ҳомилага ўтишини оширишга сабаб бўлади. Шунинг учун онанинг организмида бошқа манбалар қўлланилади, ёғларнинг жадал парчаланиши содир бўлади. Кетоацидознинг ривожланишига имкон бериб, қондаги эркин ёғ кислоталари ва триглицеридлар даражаси ошади. Шундай қилиб, онанинг организмида ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қондаги инсулин даражасининг пасайиши, аминокислоталар миқдорининг камайиши ва ёғларнинг кетоацидозга мойиллик билан жадал парчаланиши орқали гипогликемия ривожланиши учун зарур шарт-шароитлар яратилади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ҳомиланинг метаболик эҳтиёжлари унинг тез ўсиш суръати билан онадаги моддалар алмашинувининг ўзгаришлари ифодаланишига янада сезиларли ҳисса қўшади. Углеводлар ва аминокислоталарга бўлган энг катта эҳтиёж ҳомиладорликнинг охирида кузатилади. Ҳомиладорликнинг III-чи триместрида инсулинга резистентлик, гиперинсулинемия, оч қоринга гипогликемия ва овқат истеъмолидан кейин гипергликемияга мойиллик қайд этилади.

#### **10-ХКТ бўйича кодлар:**

O24 — Ҳомиладорлик давридаги қандли диабет:

O24.0 — илгаридан мавжуд бўлган инсулинга мойил қандли диабет;

O24.1 — илгаридан мавжуд инсулинга мойил бўлмаган қандли диабет;

O24.2 — ногўғри овқатланиш билан боғлиқ олдиндан мавжуд бўлган қандли диабет;

O24.3 — номаълум сабабли олдиндан мавжуд бўлган қандли диабет;

O24.4 — ҳомиладорлик даврида ривожланган қандли диабет;



O24.9 — ҳомиладорлик давридаги номаълум сабабли қандли диабет.

### Қандли диабетнинг таснифи БЖССТ, 1999

ҚД типи	Касалликлар тавсифи
Қандли диабет, I тип – аутоиммун – идиопатик	Ошқозон ости бези $\beta$ -ҳужайраларининг одатда мутлоқ инсулин етишмовчилигига олиб келувчи деструкцияси
Қандли диабет, II тип	Асосан инсулинга резистентлик ва нисбий инсулин етишмовчилиги ёки инсулинга резистентлик билан ёхуд резистентликсиз инсулин секрециясининг устун нуқсон билан
Гестацион қандли диабет	Ҳомиладорлик пайтида юзага келади.
Қандли диабетнинг бошқа типлари	$\beta$ -ҳужайралар функциясининг генетик нуқсонлари Инсулин таъсиридаги генетик нуқсонлар Ошқозон ости бези эндокрин қисмининг касалликлари Эндокринопатиялар Дорилар ёки кимёвий моддалар туфайли келиб чикқан диабет Инфекциялар сабабли юзага келган диабет

### Ҳомиладорлик даврида углевод алмашинуви бузилишининг ташхисоти

Ҳомиладор аёл ҳар қандай мутахассисликдаги шифокорга (акушер-гинеколог, эндокринолог, терапевт, умумий амалиёт шифокори) 24 ҳафталик муддатгача қилган биринчи ташрифида, барча аёлларга, албатта куйидаги текширув ўтказилиши керак:

- оч коринга веноз зардобидаги глюкозани аниқлаш (веноз зардобининг глюкозасини аниқлаш камида 8 соатдан кам ва 14 соатдан кўп бўлмаган очликдан кейин амалга оширилади); ушбу тадқиқот қоннинг биринчи биокимёвий таҳлилини ўтказиш пайтида амалга оширилиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида КД прегестацион (олдиндан мавжуд) ёки гестацион бўлиши мумкин. ГКД ҳомиладорлик даврида кузатиладиган КДнинг энг кўп тарқалган тури ҳисобланади: ҳомиладорлик давридаги КДнинг барча ҳолатларидан 90%ини ташкил қилади.

ГКД "ҳомиладорлик даврining бошланиши билан ёки ҳомиладорлик даврида глюкозага чидамсизликнинг ҳар қандай даражаси" деб таърифланади. Бугунги кунда ГКДнинг тарқалиши қисман семизликнинг глобал эпидемияси туфайли ўсиб бормокда. Акушерлик диабе+тологиясидаги ютуқларга карамай, ГКДда қайд этиладиган ҳомиладорликнинг асоратлари ва янги туғилган чақалоклардаги касалланишнинг умумий учраш ҳолатлари 80% дан камайгани эмас. Ҳам ГКДда, ҳам ҳомиладорликдан олдинги КДда ҳомиладорлик ва туғруқнинг энг кўп учрайдиган асоратлари қуйидагилардан иборат: преэклампсия, ҳомила елкаларининг дистоцияси, янги туғилган чақалокларда ўмровнинг синиши, ЭРБ фалажи, чақалокларнинг оғир асфиксияси. Жароҳат туфайли миёда қон айланишининг бузилиши янги туғилган чақалокларнинг 20 фоизда кузатилади.

- Турли давлатларнинг умумий аҳолисида ГКД нинг учраши 1% дан 20% гача, ўртача 7% ни ташкил қилади.

- Аксарият ҳомиладор аёлларда касаллик ифодаланмаган гипергликемия билан ҳамда аниқ клиник белгиларсиз кечиши сабабли, ГКД нинг хусусиятларидан бири уни ташхислашнинг қийинлиги ва кеч аниқланиши ҳисобланади.

ГКД — гипергликемия билан тавсифланадиган, ҳомиладорлик даврида биринчи марта аниқланган, аммо "манифест" (КД олдиндан мавжуд бўлган, лекин биринчи марта ҳомиладорлик пайтида аниқланган) қандли диабет мезонларига мувофиқ келмайдиган касалликдир.

**Манифест КДнинг мезонлари қуйидагилар:**

(ҳомиладорлик пайтида ҳам, ундан ташқаридаги вақтда ҳам)

- оч наҳорга веноз зардобдаги гликемия 7,0 ммол/л ва ундан юқори;

- веноз зардобдаги гликемия ПГТТдан 2 соат ўтгач ёки тасодифан аниқлашда - 11,1 ммол/л ва ундан юқори.

Турли хил ассоциациялар маълумоти бўйича ГҚД ташхисоти учун гликемиянинг ҳар хил чегара даражаларига қарамай, бугунги кунда энг қулай ва кенг тарқалгани NICEнинг 2015 йилдаги тавсияси бўлиб, унга кўра ГҚД ташхиси қўйилиши керак, агар:

- оч наҳорга глюкозанинг зардобдаги даражаси 5,6 ммол/л ёки ундан юқори (7,0 ммол/л гача) бўлса;

- зардобдаги гликемия 75 г глюкоза билан ўтказилган ПГТТ дан 2 соат ўтгач 7,8 ммол/л ёки ундан юқори (11,1 ммол/л гача) бўлса.

Агар ҳомиладорлик пайтида зардобдаги гликемия даражаси оч коринга 7,0 ммоль/л ни ташкил этса ёки 75 г глюкоза билан ўтказилган ПГТТ дан 2 соат ўтгач 11,1 ммоль/л ва ундан юқори бўлса, манифест (биринчи марта аниқланган ёки ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган) ҚД ташхиси қўйилади.

Сийдикда, капилляр конда оч наҳорга ва зардобда постпрандиал (овқатдан кейин) глюкозанинг концентрациясини аниқлаш скрининг тестлари сифатида паст сезувчанликка эга ва ГҚД скринингини ўтказиш учун тавсия этилмайди. Ҳомиладорлик даврида ҚДни ўз вақтида ташхислаш учун 2 та тадқиқот ўтказиш: оч наҳорга веноз зардобда ва/ёки 75 г глюкоза билан ўтказилган ПГТТ дан 2 соат ўтгач глюкозани аниқлаш тавсия этилади. Ташхисот усулини танлашда ГҚД ривожланишининг хавф омилларини ҳисобга олиш зарур.

#### **ГҚДнинг хавф омиллари:**

- ортикча тана вазн ёки семизлик (ТВИ 30 кг/м<sup>2</sup> дан ортик),
- анамнезида ГҚДнинг бўлиши;
- 1- ва 2-даражали кариндошларда ҳар қандай турдаги ҚДнинг оилавий анамнези;

- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезида ҳомила макросомияси (4500 г);
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезида кўпсувлилик;
- анамнезида ҳомиланинг ўлик туғилиши;
- анамнезида туғма ривожланиш нуқсонлари бўлган болаларнинг туғилиши;
- анамнезида янги туғилган чакалоқнинг номаълум сабабли ўлими.

Хавф омиллари мавжуд бўлган барча ҳомиладор аёлларга ГҚД ташхисоти учун 75 г глюкоза билан 2 соатлик ПГГТ ни ўтказиш зарур:

1. Агар ҳомиладор аёлнинг олдинги ҳомиладорлигида ГҚД қайд этилган бўлса, мазкур ҳомиладорлигида ГҚДни эрта ташхислаш учун имкон қадар эртароқ (ҳомиладорликнинг хоҳ биринчи, хоҳ иккинчи триместри бўлсин) 75 г глюкоза билан 2 соатлик ПГГТни ўтказиш зарур. Агар биринчи ПГГТнинг натижалари меъёрда бўлса, уни кейинчалик ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталиги муддатида такрорлаш керак.

2. ГҚДнинг бошқа хавф омиллари мавжуд бўлган барча ҳомиладор аёллар учун ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталигида 75 г глюкоза билан 2 соатлик ПГГТни ўтказиш зарур.

3. Хавф омиллари мавжуд бўлмаганида, ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ва унинг 24-28 ҳафталигида оч наҳорда зардобдаги гликемия даражасини аниқлаш кифоя.

**ҚД аввалдан мавжуд бўлган аёлларда ҳомиладорликни режалаштириш ва мазкур ҳомиладорларни прекоцепциал парвариш қилиш:**

- Ҳомиладорликдан олдин ҚД билан оғриган аёлларда ҳомиладорлик, туғруқ ва перинатал даврнинг ижобий натижалари прегейдерли парваришга боғлиқ.

- Хомиладорликни режалаштиришда ҚДдан азият чекувчи барча аёлларга глюкометр ёрдамида гликемияни мустакил равишда назорат қилиш ва ҳар ой НbA1c ни текшириш тавсия этилади.

- Бундай аёлларда прегравидар тайёргарликнинг мақсади гликогемоглобин даражасига ( $\text{HbA1c} < 6,5\%$ ) бирор-бир безовталиқ уйғотувчи муаммоли гипогликемик аломатларсиз эришишдан иборат.

- НbA1c даражаси 48 ммол/л дан паст ёки 6,5% дан кам бўлиши керак, қайсиқим ТРНнинг учраш ҳолатларини камайтиради. Шунини таъкидлаш жоизки, НbA1c деб аталадиган гликирланган гемоглобин қоннинг биокимёвий кўрсаткичи бўлиб, узок вақт давомида (уч ойгача) қондаги глюкозанинг ўртача миқдорини акс эттиради.

НbA1c - қондаги гемоглобиннинг глюкоза молекулалари билан қайтариб бўлмайдиган даражада боғланган фоизи бўлиб, унинг даражаси қанчалик юқори бўлса, сўнги 3 ой ичида гликемия ва шунга мос равишда ҚД асоратларининг хавфи шунчалик юқори бўлган. Гликогемоглобиннинг юқори даражаси ҚД давосини коррекция қилишга кўрсатма бўлиб ҳисобланади. ҚД билан олдиндан касалланган барча хомиладор аёлларда хомиладорлик содир бўлганда ушбу даврдаги асоратларнинг хавф даражасини аниқлаш учун (хомиладорликнинг хоҳ биринчи, хоҳ иккинчи триместри бўлсин) НbA1c миқдорини имкон қадар тезроқ ўлчаш зарур. ҚД билан олдиндан касалланган аёлларда НbA1c даражаси 48 ммол/л дан ( $6,5\%$ ) юқори бўлганда хомиладорлик давридаги хавф даражаси ортади. Агар НbA1c даражаси 86 ммол/л дан ёки  $10\%$  дан юқори бўлса, хомиладор бўлишлиқ тавсия этилмайди.

- ГҚД билан оғриган аёлларда ҚД 2-типининг аввалдан мавжудлигини аниқлаш мақсадида ГҚДнинг ташхисоти вақтида НbA1c даражасини ўлчаш зарур. Хомиладорликнинг иккинчи ва

учинчи триместрларида гликемия назоратини баҳолаш учун НbA1c даражасини мунтазам равишда аниқлаш тавсия этилмайди.

- Офтальмолог томонидан ретинопатиянинг скрининг текшируви ҳамда нефропатияни коптокчалар филтрация тезлиги ва сийдикда оксилнинг чиқарилишига қараб баҳолаш уруғланишдан олдин амалга оширилиши керак. Агар қон зардобида креатинин даражаси меъёрда бўлмаса (120 мкмол/л ёки ундан кўп), албумин/креатинин нисбати 30 мг/ммол дан ортиқ ёки коптокчалар филтрация тезлиги 45 мл/дақ. дан кам бўлса, ҳомиладорлик содир бўлишигача, агар аёл контрацепциянинг у ёки бу усулидан фойдаланган бўлса, ушбу усулдан фойдаланишни тўхтатишидан олдин нефрологга мурожаат қилиш лозим.

- Ҳомиладорлик содир бўлиши пайтида тератоген таъсирни олдини олиш учун бир қатор дориларнинг қабулини қайта кўриб чиқиш керак (ангиотензин, АПФ ингибиторларини, статинларни қабул қилишни тўхтатиш тавсия этилади).

- Ҳомиладорликнинг биринчи триместри мобайнида фоллий кислотасини ҳар куни 5 мг дозада, ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан бошлаб туғруққача эса преэклампсияни олдини олиш учун аспиринни 75 мг дозада қабул қилиш зарур.

#### Диабет билан оғриган ҳомиладор аёлларни антенатал парварниш қилиш

ҚДнинг ҳар қандай шакли қайд этилган ҳомиладор аёлларга капилляр гликемияни қуйидаги даражалардан пастроқ ушлаб туриш тавсия этилади:

- оч наҳорга — 5,3 ммоль/л дан кам;
- овқатдан 1 соат кейин — 7,8 ммоль/л дан кам;
- овқатдан 2 соат кейин — 6,4 ммоль/л;

ҚДнинг ҳар қандай шакли билан оғриган ҳар қандай ҳомиладор аёл диабетик кетоацидозни истисно қилиш учун кетонларга текширилиши керак (айниқса, гипергликемияда ёки

безовталиқ бўлса). Шунингдек, ҚДга чалинган барча ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигигача 5 мг фолий кислотасини қабул қилиши лозим.

ҚДнинг ҳар қандай шакли билан оғриган аёлларнинг антенатал ташрифлар графиги (NICE, 2015 й.)

Ҳомиладорлик муддати	Шифокор тактикаси
10 ҳафтагача	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аёлга ҚДнинг ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврга таъсири, янги туғилган чакалоқни парвариш қилиш хусусиятлари (дастлабки парвариш. кўкрак сўти билан озиқлантириш) ҳақида маълумот беринг;</li> <li>2. Парҳез, овқатдан олдин ва кейин капилляр гликемиянинг мақсадли кўрсаткичлари бўйича тавсиялар беринг;</li> <li>3. Аёлда асоратлар мавжудлигини (невропатия, қон томир асоратлари) текшириш;</li> <li>4. Гипогликемик дориларга бўлган эҳтиёжни кўриб чиқинг, аёлга улар ва уларнинг келтириб чиқарадиган асоратлари ҳақида гапириб беринг;</li> <li>5. ҚД олдиндан мавжуд бўлган аёлларда тўр парданинг ҳолатини (офтальмолог маслаҳати) ва буйраклар функциясини, агар улар охириги 3 ой ичида баҳоланмаган бўлса, текшириш зарур;</li> <li>6. ҚД билан оғриган барча аёллар ҳомиладорлиги мобайнида туғруқдан олдинги клиника билан ва ҳар 1-2 ҳафтада эндокринолог билан алоқада бўлишлари керак;</li> <li>7. ҚД олдиндан мавжуд бўлган аёлларда ҳомиладорлик давридаги хавф даражасини аниқлаш учун HbA1c даражасини ўлчанг;</li> <li>8. Ҳомиладорлигининг 1-триместрида антенатал клиникага мурожаат қилган, анамнезида ГҚД мавжуд аёлларга имкон қадар тезроқ қондаги глюкозани мустақил назорат қилиш ёки 75 г 2 соатлик ГТТ ни таклиф қилиш керак.</li> <li>9. 7-9 ҳафтада ҳомиланинг яшовчанлигини ва гестацион ёшини тасдиқланг.</li> </ol>
16 ҳафталиқ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ҚД олдиндан мавжуд бўлган аёлларда диабетик ретинопатия аниқланган бўлса, кўз тўр парда ҳолатини 16-</li> </ol>

	20 ҳафталик муддатда қайта баҳолаш зарур; 2. Ҳомиладорлигининг 2-чи триместрида антенатал клиникага муурожаат қилган анамнезида ГҚД мавжуд аёлларга қонида глюкозани мустақил равишда назорат қилиш ёки 75 г 2-соатлик ГТТ ни иложи борица тезрок аниқлашни таклиф этиш зарур.
20 ҳафталик	1. Ҳомиланинг тузилмавий аномалияларини аниқлаш, шу жумладан ҳомила юрагини текшириш учун ултратовушли сканерлаш текширувини ўтказинг.
28 ҳафталик	1. ҚСХ ҳажмини аниқлаш ва ҳомиланинг ўсишини мониторинг қилиш учун УТТни ўтказинг; 2. ҚД олдиндан мавжуд бўлган барча аёлларда кўз тўр парда ҳолатини баҳоланг; 3. Агар 24-28 ҳафтада амалга ошириладиган текширув пайтида ГҚД аниқланса, ҳомиладор эндокринолог билан биргаликда олиб борилади.
32 ҳафталик	1. ҚСХ ҳажмини аниқлаш ва ҳомиланинг ўсишини мониторинг қилиш учун УТТни ўтказинг; 2. Одатдаги туғруқдан олдинги парваришда бўлгани каби тавсия этилган таҳлилларни ўтказинг.
34 ҳафталик	1. Одатдаги туғруқдан олдинги парваришда бўлгани каби ҳеч қандай қўшимчаларсиз текширишларни ўтказинг.
36 ҳафталик	1. ҚСХ ҳажмини аниқлаш ва ҳомиланинг ўсишини мониторинг қилиш учун УТТни ўтказинг; 2. Туғруқ усули ва муддати, туғруқни оғриксизлантириш усуллари, туғруқ пайтида ва туғруқдан кейин гликемия кўрсаткичларига қараб терапиянинг ўзгариши, кўкрак сути билан озиклантириш, янги туғилган чақалокларни парвариш қилиш, туғруқдан кейинги контрацепция усуллари ҳақида маслаҳат беринг.
37 ҳафта	-38+6 1. ҚД 1-чи ёки 2-чи типи билан оғриган барча аёлларга туғруқ индукцияси ёки кесарча кесишни (агар унга кўрсатма бўлса) таклиф қилинг. ГҚДда ҳомиладорлик ўз-ўзидан туғруқ фаолияти пайдо бўлгунга қадар узайтирилади.
38 ҳафталик	1. Ҳомила ҳолатини баҳолаш.
39 ҳафталик	1. Ҳомила ҳолатини баҳолаш; 2. Асоратланмаган ГҚД билан оғриган ҳомиладор аёлларни ҳомиладорликнинг 40+6 ҳафтасига қадар туғдириш.



### ҚДда ҳомиладорлик ва туғрукнинг асоратлари:

- макросомия,
- неонатал гипогликемия,
- Кесарча кесишнинг юкори хавфи,
- елка дистоциялари,
- презклампсия,
- вақтидан олдинги туғрук,
- гипербилирубинурия
- янги туғилган чақалоқлар интенсив даволаш бўлимига ўтказиш.

Ҳомиладорликдан олдинги қандли диабет билан оғриган аёлларда оналар касалланиши ва ўлим даражаси ГДМ билан касалланган аёлларга қараганда юкори.

Оналар касалланиши ва ўлим кўрсаткичлари ҚД олдиндан мавжуд бўлган барча аёлларда ГҚДга нисбатан юкорирок бўлади.

### ГҚДни даволаш

- ГҚДни даволашда перинатал касалланиш ва ўлимнинг пасайиши қайд этилади, хусусан, бу макросомия ва гестация муддати учун йирик бўлган ҳомила ҳамда у билан боғлиқ асоратлар учрашининг камайиши билан боғлиқ;

- ГҚД ни олиб боришда тиббий овқатланиш муҳим бўлиб, унинг асосий тамойиллари қуйидагилар:

- малакали диетологдан маслаҳат ва тавсиялар олиш;

- гликемик индекси паст бўлган озиқ-овқат маҳсулотларини танлаш;

- углеводларнинг суткалик истеъмоли суткалик калория миқдорининг 40%ини (вазни меъёрда бўлган (ТВИ 18-23 кг/м<sup>2</sup>) ҳомиладор аёлларда суткалик калория миқдори), айниқса ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида тана вазнининг 30-32 ккал/кг ни ташкил этиши керак.

- Парҳезни жисмоний машқлар билан уйғунлаштириш гликемик назорат яхшиланишига олиб келади. Ўртача жисмоний юкламалар ва машқларнинг дастурлари тавсия этилади, масалан, овқатдан кейин 30 дақиқа ичида юриш.

Бугунги кунда гликемик назоратни яхшилашга имкон берадиган жисмоний машқлар тури, бажариш сони, давомийлиги ва жадаллиги ҳақида далиллар етарли эмас.

- Модификацияланган диетотерапия жисмоний машқлар билан уйғунлаштирилмаган ҳолда даволаш самарадорлигига чекланган таъсир кўрсатади, уларнинг бирикмаси ГҚД билан касалланган аёлларнинг 80-90 фоизида самарали бўлади.

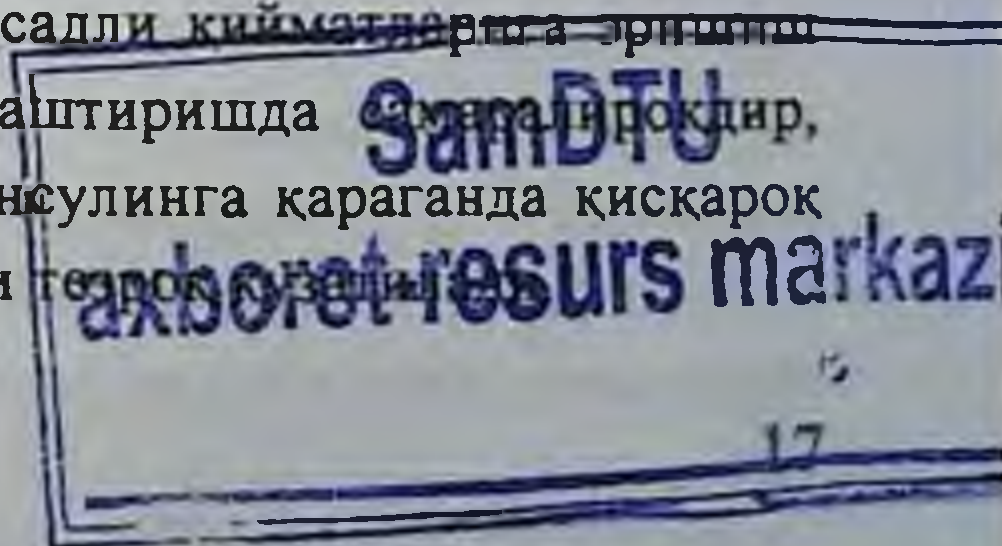
- Агар машқлар уйғунлигидаги модификацияланган парҳез билан барқарор гликемиянинг турғун назоратига эриша олинмаса, ГҚДда фармакологик терапияни ўтказиш кўрсатма бўлади.

- Ҳомиладорлик даврида ҚДни даволаш учун фармакологик препаратлар сифатида ҳам инсулинлар, ҳам орал гипогликемик воситалар (метформин глибенкламид) қўлланилиши мумкин.

- NICE ташхисот пайтида оч наҳордаги глюкоза даражаси 7,0 ммол/л ёки ундан юқори бўлган ГҚД қайд этилган аёлларга модификацияланган парҳез билан биргаликда инсулинни метформин билан ёки метформинсиз дарҳол қўллаб даволашни тавсия қилади.

ГҚД ташхисот этилганида оч наҳордаги глюкоза даражаси 5,6 - 6,9 ммол/л ни ташкил этган аёлларни машқлар ва модификацияланган парҳез билан даволашни бошлаш ҳамда агар глюкоза даражаси 7,0 ммоль/л ва ундан юқори бўлса 2 ҳафтадан сўнг фармакотерапияга ўтиш лозим.

- Прандиал (овқатланиш вақтида) инсулин ва базал инсулинлар ҳомиладорлик даврида қўлланиладиган иккита асосий тартиб ҳисобланади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, қиска муддатли инсулин аналоглари (lispro ва aspart) оддий инсон инсулинидан кўра глюкозанинг максалли қийматларига эришиш ва макросомия хавфини минималлаштиришда самаралироқдир, чунки инсулин аналоглари оддий инсулинга қараганда қисқарок таъсир муддатига эга ҳамда самараси тезроқ бўлади.



Бундан ташқари, уларнинг қўлланилиши энг яхши постпрандиал гликемик назорат ва камроқ даражада ифодаланган постпрандиал гипогликемия билан боғлиқ.

- Инсулин инъекцияларининг кунига қилинадиган сони ва тартиб тури индивидуал эҳтиёжлар, беморларнинг ҳаёт тарзи асосида белгиланади ва эндокринолог томонидан танланади.

- Метформин ва глибенкланид гипогликемик воситалар бўлиб, ҳомиладорлик вақтида қўлланилиши мумкин.

- Метформин ҳам муқобил сифатида ёки инсулин билан даволашга қўшимча тарзда қўлланилиши мумкин. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, метформин гликемик назорат ва неонатал оқибатлар жиҳатидан инсулинга ўхшаш бўлган.

- ГҚДни фармакологик даволашдаги мақбул схемани танлаш учун қон зардобида глюкозанинг даврий назоратига қараганда (гликемия назоратининг самараси паст бўлган усул) қондаги глюкозани ҳар кун мустақил равишда назорат қилиш тавсия этилади (оч наҳорга, овқатдан олдин, овқатдан кейин, уйқудан олдин ва кечки пайт).

ГҚДа қондаги глюкозанинг мақсадли кўрсаткичлари: оч қоринга  $<5,3$  ммол/л, овқатдан кейин 1 соат ўтгач  $<7,8$  ммол/л ва овқатдан кейин 2 соат ўтгач  $<6,4$  ммол/л. Инсулин ёки глибенкламид қабул қилувчи аёлларда қондаги шакар даражаси 4 ммол/л дан паст бўлмаслиги керак. Шуни ёдда сақлаш лозимки, ҳатто энг мақбул гликемик назоратда ҳам, ГҚД билан касалланган аёлларда эмбрионал макросомиялар хавфининг потенциал ортиши мавжуд.

Аксинча, баъзи ҳомидалар онанинг глюкоза даражасини ҳаддан ташқари каттик назорат қилиши туфайли ўсишнинг чекланиш хавфига дучор бўлиши мумкин.

- Ҳозирги вақтда овқатлангандан кейин (постпрандиал) аниқланадиган гликемия оч наҳорга (препрандиал) аниқланадиган гликемияга қараганда ижобий неонатал оқибатларнинг (ТРН, гипогликемия, макросомия, елка дистоцияси) муҳимроқ кўрсаткичи эканлиги ҳақидаги келишувга эришилди.

ГҚД ни олиб боришга тавсиялар (NICE, 2015).

1	ГҚД қайд этилган ҳомиладорларга қуйидагилар ҳақида маълумот бериш: - ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда кузатилиши эҳтимоли мавжуд бўлган асоратлар ҳақида - ҳомиладорлик даврида гликемиянинг мувофиқ назорати фетал макросомиялар, туғруқ вақтидаги жароҳатлар (она ва чақалоқдаги), туғруқ индукцияси ва ёки кесарча кесиши, неонатал гипогликемия ва перинатал ўлим хавфини камайтиришга имкон бериши ҳақида - ГҚДни даволаш ўзида диетотерапия, жисмоний машқлар ва кўрсатма бўйича – дори воситаларнинг қабулини муҳассам этиши ҳақида
2	ГҚД қайд этилган ҳомиладорларга гликемияни мустакил равишда назоратини ўргатиш лозим: мазкур ҳолатда диабет олдиндан мавжуд аёллардаги каби капилляр зардобида глюкоза концентрациясининг ўша даражаларидан фойдаланиш
3	ГҚД қайд этилган барча ҳомиладорларга гликемик индекси юкори бўлган маҳсулотларни гликемик индекси паст бўлган маҳсулотларга алмаштириб, парҳезга риоя қилишни тавсия этиш
4	Диетолог маслаҳатига юбориш
5	Гликемия назоратини яхшилаш учун жисмоний машқларни тавсия этиш (масалан, овқат истеъмолидан кейин 30 дақиқа давомида юриш)
6	Ташхисот вақтида гликемия даражаси оч наҳорга 7,0 ммоль/л дан ошмаган барча ГҚД билан оғриган ҳомиладорларга диетотерапия ва жисмоний машқларни таклиф этиш
7	-Агар 1-2 ҳафта мобайнида амалга оширилган парҳез ва жисмоний машқлар билан гликемиянинг мақсадли кўрсаткичларига эришилмаса, метформинни таклиф этиш
8	Метформинга қарши кўрсатма мавжуд бўлса ёки унинг номақбултигида – ҳомиладорларга инсулинотерапияни таклиф этиш
9	“Парҳез + жисмоний машқлар + метформин” аралашуви мажмуасидан самара кузатилмаганда даволашга яна инсулин қўшилиди
10	ГҚД ташхисоти вақтида гликемия даражаси оч наҳорга 7,0 ммоль/л ва ундан юкори бўлса, парҳез ва жисмоний машқлар билан биргаликда метформин билан ёки метформинсиз дарҳол инсулин билан даволашни бошланг
11	Парҳез ва жисмоний машқлар билан биргаликда метформин билан ёки метформинсиз дарҳол инсулин билан даволашни бошлаш ГҚД ташхисоти вақтида гликемия даражаси оч наҳорга 6,0 – 6,9 ммоль/л ни ташкил этган, аммо макросомия ёки кўпсувдлик кўринишидаги асоратлар мавжуд бўлган ҳомиладорларда кўриб чиқилиши мумкин
12	Глибенкламиднинг тайинланиши қуйидаги вазиятларда кўриб чиқилиши мумкин: - агар метформин қабулидан кейин гликемия даражасининг мақсадли кўрсаткичлари қайд этилмаса ва аёл инсулин билан даволашдан бош тортса, Ёки – агар метформинга чидамсизлик мавжуд бўлса

- NICE ҚД типни ва қабул қилинаётган даволаш турига қараб ҳомиладорлик даврида гликемия мониторингини ўтказишни тавсия этади:

- бутун ҳомиладорлик даври мобайнида ҳар куни ҚД 1-типида оч наҳорга, ҳар бир асосий овқатланишдан олдин, ҳар бир асосий овқатланишдан 1 соат кейин ва уйқудан олдин гликемия мониторингини олиб бориш тавсия этилади;

- ҚД 2-типи ва ГКД билан касалланган ҳомиладор аёллар учун, агар улар инсулинни ҳар куни кўп мартаба юбориш тартибида бўлишса, гликемиянинг назоратини худди шундай миқдорда ўтказиш тавсия этилади;

- Парҳез ва жисмоний машқлар билан даволанаётган ёки орал терапияни (парҳез ва жисмоний машқлар билан ёки уларсиз) ёхуд ораллик ёки давомли таъсир кўрсатувчи инсулиннинг бир марталик кунлик дозасини қабул қилувчи ҚД 2-типи ва ГКД билан касалланган ҳомиладор аёлларга оч наҳорга ва ҳар бир асосий овқатланишдан 1 соат кейин гликемия назоратини бутун ҳомиладорлик даври мобайнида ўтказиш тавсия этилади.

- ҚД билан оғриган ҳомиладорларга бутун ҳомиладорлик даври мобайнида ҳар 1-2 ҳафтада антенатал клиникаларга ва эндокринолог қабулига ташриф буюриш тавсия этилади.

### **ҚД ва туғруқ индукцияси**

Бугунги кунга қадар ҳомиладорлик даврида ҚДнинг ҳар қандай шаклида туғруқнинг мақбул муддати ҳақида юқори даражадаги далиллар етарлича эмас. ГКДнинг асоратланмаган шакллари ҳомиладорликнинг тўлиқ 40 ҳафтасигача узайтирилиши мумкин.

ҚД қайд этилган аёлларда туғруқ индукцияси йўлдош етишмовчилиги ёки ҚД нинг назорат қилиб бўлмайдиган кечишида кўриб чиқилиши мумкин.

NICE ҚД билан оғриган аёлларда қуйидаги туғруқ муддатларини тавсия этади:

1. ҚД 1 ёки 2 типининг асоратланмаган кечиши қайд этилган аёлларда туғруқ ҳомиладорликнинг 37-39 ҳафталигида туғруқ

индукцияси ёки электив КК (унга кўрсатмалар мавжуд бўлганида) йўли орқали амалга оширилиши лозим;

2. ГҚД кайд этилган аёлларда туғруқ ўз-ўзидан хомиладорликнинг 41 ҳафталигигача амалга оширилиши лозим. Агар хомиладорликнинг кўрсатилган муддатигача туғруқ ўз-ўзидан содир бўлмаса, туғруқ индукциясини ўтказиш ёки, кўрсатма мавжуд бўлганида, электив ККни бажариш.

RCOG ҚД билан оғриган аёлларга ҳомила вазни 4500 г ва ундан катта бўлганида режали кесарча кесишни тавсия этади.

### Туғруқларни олиб бориш

- Туғруқнинг 1-чи даврнинг яширин босқичида инсулинга бўлган эҳтиёж барқарор бўлиб қолади, 1-чи даврнинг фаол босқичида эса инсулинга бўлган эҳтиёж ошади. Туғруқ вақтида онадаги гипергликемия ҳомила гиперинсулинемиясига ҳамда кейинчалик ҳомилада гипогликемия ва ацидемияга олиб келиши мумкин. Шунинг учун хомиладорлик даврида инсулин ёки орал гипогликемик воситаларни қабул қилган ҚД билан оғриган аёлларда туғруқ вақтида ҳар соатда қондаги шакар даражасини назорат қилиш зарур.

- Фаол туғруқ фаолияти бошлангунича аёллар, хомиладорлик давридагидек, диетотерапияни ва инсулин ёки орал гипогликемик воситалар билан даволашни ўша доза ва ўшандай тартибда давом эттиришлари лозим.

- Фаол туғруқ фаолияти ривожланганда қиска ва оралик таъсир кўрсатувчи инсулиннинг юборилишини тўхтатиш ва узок вақт таъсир кўрсатувчи базал инсулиннинг инъекциясига ўтиш ёки хомиладорлик даврида шундай инсулин қўлланилган бўлса, уни туғруқ вақтида давом эттириш зарур. Мақсад қондаги глюкозанинг даражасини, аёлда ҚД 1 типи ёки 2 типи, ёки ГҚД бўлганлигидан катъий назар, 3,8 ммол/л дан 7,0 ммол/л гача ушлаб туришдан иборат.

- Она қонидаги глюкоза миқдори 10 ммоль/л дан ортиқ бўлиши неонатал гипогликемия ривожланишининг юқори хавфи билан ишончли тарзда боғлиқ.

• Агар 1 соат интервал билан икки мартаба ўлчаганда онадаги гликемия 7,0 ммол/л дан юқори бўлса, туғруқда инсулиннинг дозасини коррекция қилиш кўрсатилган. ҚД 1 типи билан оғриган аёллар туғруқда инсулин билан декстрозани в/ига юбориш масаласини кўриб чиқиш керак.

• Туғруқ пайтидаги инсулиннинг дозаси онадаги гликемия даражасига ва ҳомиладорликнинг охирида инсулинга бўлган эҳтиёжга боғлиқ.

• КК режали операциясига тайёрланаётган ҚД билан оғриган аёлларга инсулин эрталабки соатларда юборилиши лозим.

**Фаол туғруқ фаолияти даврида аёллар учун инсулин инфузияси тартиби.**

Инсулиннинг кундалик умумий суткалик дозаси	Суткасига 40 Ед	Суткасига 41-60 Ед	Суткасига 61-90 Ед	Суткасига > 91 Ед
Гликемия (капилляр қон мг/дл)	Инфузия тезлиги (Ед/соат)			
0-54	0	0	0	0
55-125	1,0	1,5	2,0	2,0
126-160	1,5	2,0	3,0	4,0
161-195	2,0	3,0	4,0	5,0
196-270	3,0	4,0	5,0	6,0
>271	Кетоацидозни истисно этинг			

**Туғруқдан кейин олиб бориш.**

• Туғруқдан сўнг инсулинга бўлган резистентлик кескин тушиб кетади. Бунга қўшимча равишда, қондаги глюкоза даражаси ҳам пасаяди, чунки у кўкрак сутига ўтади. Неонатал гипогликемияни олдини олиш учун туғруқдан сўнг дарҳол кўкрак сути билан озиклантиришни бошлаш зарур.

• ҚД 1 типи билан оғриган аёлларга туғруқдан сўнг инсулиннинг суткалик дозасини тахминан 30%га камайтириш талаб этилади, ҚД 2 типи қайд этилган аёллар эса метформин ва глибенкламиднинг қабулини давом эттиришлари мумкин, аммо гипогликемияни олдини олиш учун овқатни тез-тез истеъмол қилишлари лозим. ГҚД билан оғриган аёллар антенатал

ўтказилган даволаш тартибини давом эттиришлари лозим, мазкур ҳолатда гликемияни овқатдан олдин ва кейин назорат қилиш ҳамда тез-тез овқатланиш зарур бўлади.

- Кўкрак сути билан озиклантириш камида 3-4 ой мобайнида тавсия этилиши лозим. У ГКД кайд этилган, мазкур тавсияга риоя этмаган аёлларга караганда, болада семизликнинг ривожланиш хавфини камайтиради

**Туғруқдан кейин ҚДни олиб бориш бўйича NICE тавсиялари:**

1. ГКД кайд этилган аёлларга ҚД 2 типини истисно этиш учун туғруқдан сўнг 4-6 ҳафта ўтгач оч наҳорга зардобда глюкозага тест ўтказишни таклиф этинг;

2. Агар оч наҳорга зардобда глюкозага тест 13 ҳафтагача ўтказилмаган бўлса, 13 ҳафтадан сўнг уни ёки HbA1c га тестни таклиф этинг;

3. Мунтазам 2-соатлик ПГТТни таклиф этманг;

4. ГКД ташхисот этилган ва ҚДга постнатал тест манфий натижани кўрсатган аёлларга HbA1c га тестни ҳар йили ўтказишни таклиф этинг;

5. ҚД 1 ва 2 типини кайд этилган барча аёлларга кўз тўр пардасини текшириш кўрсатилган.

**ҚД билан оғриган оналардан туғилган чакалоқлар.**

- Туғма ривожланиш аномалиялари асосан ҚД ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган ҳолатлар учун хос, чунки эмбрионлар органогенез босқичидаёқ гипергликемик таъсирга дучор бўлишади. Шунинг учун уруғланишдан олдин гликемик назорат зарур. Гипергликемия ривожланаётган ҳомилага таъсир кўрсатиб, юрак, суяк, асаб тизими ва ошқозон-ичак трактининг ривожланиш аномалияларига олиб келади.

- Ҳомила макросомияси (туғилганидаги вазни 90 перцентилидан юқори) ҚДда ҳомиладорлик ва туғруқлар кечишининг кўп учрайдиган асорати ҳисобланади. Макросомия - елкачалар дистоцияси, кинда асбоб-ускуналардан фойдаланган ва кесарча кесиш қўлланилган туғруқларнинг кўп учраши, туғруқ



жароҳатларининг хавф омилидир. Макросомия ривожланишининг сабаби бўлиб ҳомиланинг гиперинсулинемияси ҳисобланади.

- Ҳомила ўсишининг чекланиш синдроми (ХЎЧС) макросомияга қараганда камроқ учрайди. У асосан йўлдош етишмовчилигига олиб келувчи микротомирлардаги асоратлар билан бирга кечадиган ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган ҚД учун хосдир.

- ҚД билан оғриган оналардан туғилган чақалокларда кўп учрайдиган асорат бўлиб респиратор бузилишлар ҳисобланади, улар туғруқ вақтида ҚДда бузилган гормонал ўзгариш фонида фетал ўпка суюқлигининг етарли даражада бўлмаган абсорбцияси билан боғлиқ. Бундан ташқари, аксарият ҚД билан оғриган аёллар гормонлар ортиши умуман кузатилмайдиган электив КК оркали туғдирилади.

- ҚДда ҳомила/чақалок учун бошқа салбий оқибатлар бўлиб ҳомиланинг нобуд бўлиши, полицитемия, сариклик, гипокальциемия, гипогликемия ва гипертрофик кардиомиопатия ҳисобланади.

**ҲОМИЛАДОРЛАР КАМКОНЛИГИ****10-ХКТ бўйича код: О99.0**

Ҳомиладорлар камқонлиги – ҳомиладорлик вақтида (аксарият II-III триместрда) ривожланувчи камқонлик бўлиб, унинг натижасида қоннинг кислородни ташиш қобилияти бузилади.

**Долзарблиги.** Ҳомиладорлик даврида гемоглобин концентрациясининг физиологик пасайиши рўй беради ҳамда зардоб ҳажмининг (50%га) эритроцитлар ҳажмига (25%га) қараганда кўпроқ ортиши билан боғлиқ бўлади. Ушбу механизм гемодилюция ҳисобига туғруқдан кейинги қон йўқотишларининг қийматини пасайтиради ва асоратланмаган туғруқда соғлом аёллар учун хавф туғдирмайди.

БЖССТ маълумотларига кўра, темир танкисликнинг юқори хавф гуруҳига барча хайз кўрувчи аёллар киради, менархе бошланишидан бир ой олдин аёл ўртача қарийб 50 мг темирни йўкотади, шу билан бирга ичакда микроэлементнинг абсорбцияси 1,5 маротаба камроқ бўлади. Шундай қилиб, манфий мувозанат – ҳам латент, ҳам клиник жиҳатдан ифодаланган сурункали ферротанкислик шаклланади.

Ҳомиладорлик содир бўлиши билан қўшимча темирга бўлган эҳтиёж қўшимча харажатлар туфайли бир неча маротабага ортади. У ёки бу даражадаги темир танқислиги ҳар бир ҳомиладорликда ривожланади, қайсиқим фетоплацентар комплекс шаклланиши ва ҳомила ривожланишига моддаларнинг сарфланиши билан боғлиқ. Агар аёлга ҳомиладорликдан ташқари вақтда суткасига 0,8 мг микроэлемент зарур бўлган бўлса, биринчи триместрда эҳтиёж суткасига 1 мг гача, иккинчисида – суткасига 2 мг гача, учинчисида – суткасига 3-6 мг гача ортади (44). 280 кунлик ҳомиладорликда минимал эҳтиёж 220 мг ни ташкил этади, эритроцитлар сонининг кўпайиши туфайли унга 440 мг, ҳомила ўсиши учун 270 мг, киндик тизимчаси ва йўлдошнинг шаклланиши учун 90 мг ва туғруқ пайтида қон йўқотиш учун 200 мг, ҳамда кейинчалик лактация учун яна қарийб 200 мг қўшилади. Шундай қилиб, темир

депосининг тўлиқ тикланиши учун аёлга камида 2-3 йил керак. Бу барча янги юзага келган эҳтиёжлар гестация даврида темир танқислигининг клиник кўринишига олиб келади (45).

Шаксиз, ҳомиладорлар камқонлигининг энг кўп учрайдиган шакли – бу темир танқислик камқонлигидир (ТТК).

### **Таърифи ва статистикаси**

Камқонлик – гемоглобин концентрацияси ва эритроцитлар сонининг камайиши билан тавсифланувчи ҳолатдир.

Гестацион камқонлик – ҳомиладорликнинг кечишини кийинлаштирадиган, ҳомила ва туғруқ оқибатларига салбий таъсир кўрсатадиган касалликдир (44).

Камқонликнинг шакллари:

- Латент олди темир танқислиги - темир захираларининг камайиши (ферритин концентрацияси 20 мкг/л ва ундан камроқ).

- Латент темир танқислиги - ферритин концентрациясининг камайиши, трансферриннинг ортиши (3,8 г/л ва кўпроқ), трансферриннинг темир билан нормал ёки юқори даражада тўйинганлиги.

- ТТК- ҳомиладор бўлмаган аёлларда гемоглобин концентрацияси 120 г/л ва ундан камроқ (ҳомиладорлар учун 110 г/л ва ундан камроқ), эритроцитлар сони  $3,8 \times 10^{12}/л$  дан, гематокрит эса 36% дан камроқ бўлиши, трансферриннинг темир билан нормал ёки юқори даражада тўйинганлигидир.

### **Камқонликнинг оғирлик даражалари**

- Енгил- гемоглобин концентрацияси ҳомиладорликнинг 1- ва 2-чи триместрларида 109-90 г/л, 3-чи триместрида 104-90 г/л, туғруқдан кейин 99-90 г/л.

- Ўрта оғир – гемоглобин концентрацияси бутун ҳомиладорлик мобайнида ва туғруқдан кейин 89-70 г/л.

- Оғир- гемоглобин концентрацияси бутун ҳомиладорлик мобайнида ва туғруқдан кейин 69 г/л ва ундан кам.

### **Камқонлик хавфлари**

Агар ТТК ҳомиладорликдан олдин ҳам кайд этилган бўлса, унда хос бўлган метаболик ўзгаришлар, албатта, бачадоннинг ички қаватига таъсир қилади. Натижада, ҳомиладорлик нуқсонли эндометрийда ривожланади.

ТТК ҳомиладорликни кийинлаштиради, хомиланинг ривожланишига салбий таъсир қилади. Ҳомиладорлик фонид ривожланган ТТК учун умумий дармонсизлик, тез чарчаш, рангпарлик, бош айланиши, кулоқларда шовкин, хушдан кетиш, шунингдек терининг қуруқлиги, тирноқларнинг мўртлиги, таъмининг бузилиши хосдир. Ушбу ҳолат вақтидан олдинги туғруқ, кам вазнли болаларнинг туғилиши, перинатал ва неонатал ўлим эҳтимолини сезиларли даражада оширади.

### **Асоратлар**

Камқонликнинг хаттоки енгил шакли ҳам терминал ворсинкаларнинг гипертаскуляризацияси сабабчиси бўлиши мумкин. Биринчи триместрда бу ўзгаришлар клиник жиҳатдан ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи ва ривожланмайдиган ҳомиладорлик билан намоён бўлади.

Иккинчи триместрда қоннинг реологик хусусиятлари ёмонлашади ва фибриноидлар чўкмасига сабаб бўлади, бунинг оқибатида ишемик бузилишлар юзага келади.

### **Она учун хавф**

- Ҳомиладорликнинг вақтидан олдин тўхташи, вақтидан олдинги туғруқ;
- НЖЙВК;
- ПЭ;
- Туғруқ фаолиятининг кучсизлиги;
- Туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда қон кетишлар;
- Туғруқдан кейинги даврда йирингли-септик асоратлар;
- Оналар ўлими кўрсаткичининг ортиши.

### **Ҳомила ва бола учун хавф**

- ХҲОҚС, кўпинча ассиметрик типда;

- Ҳомила асаб тизими тузилмаларининг нотўғри шаклланиши;
- Болаларнинг Апгар шкаласи бўйича паст балл билан туғилиши;
- Болаларда эшитишнинг ва когнитив функцияларнинг пасайиши;
- Ҳомила ичи инфицирланиши;
- Юқори даражадаги перинатал ўлим фақат касалликнинг оғир кечишига хос бўлади.

Маълумки, ҳомила ичи темир етишмовчилигини бошдан кечирган болалар тенгдошларидан анчагина фарқ қилишади. Бундай болалар:

- ✓ Аклий ривожланишдан орқада қолади;
- ✓ Рухий касалликлардан азият чекишади;
- ✓ Мулоқотда кийинчиликларни бошдан кечиришади;
- ✓ Депрессив бузилишлар, безовталикларга мойил бўлишади;
- ✓ Эътибор етишмаслиги ва гиперфаоллик синдромидан азият чекишади.

### **Хавф омиллари**

Соғлом аёлда ҳомиладорлик камқонликни кўзғатмаслиги лозим. ТТК ривожланиши учун мойиллик туғдирувчи омилларнинг ва нокулай шароитларнинг мавжудлиги бўлиши лозим. Унга қуйидагилар киради:

- ✓ Зарарли одатлар;
- ✓ Темир танқислиги бўйича эндемик бўлган худудларда;
- ✓ Қисқа интергенетик интервал;
- ✓ Кўп ҳомилали ҳомиладорлик;
- ✓ Анамнезида камқонликнинг бўлиши;
- ✓ ЭГК (айниқса ОИТ касалликлари);
- ✓ Сурункали инфекциялар;
- ✓ Сурункали интоксикациялар;
- ✓ Мувозанатсиз овқатланиш.

Акушерлик асоратларининг учраш холлари камқонликнинг оғирлик даражаси ва касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ. Ҳомиладорликдан олдинги камқонлик энг нобоп ҳисобланади.

**Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони:** коннинг умумий таҳлили (эритроцитлар сони, ранг кўрсаткичи, гематокрит); коннинг биокимёвий таҳлили: зардобдаги умумий оксил, Fe.

**Кузатувларнинг бажарилиш сони:** I ва II триместрларда ойига бир марта; III триместрда камқонликнинг оғирлигига караб кўрсатма бўйича ойига 2 марта.

**Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт маслаҳати, камқонлик шаклини аниқлаштириш учун - гематолог маслаҳати.

Ҳомиладорликнинг 20 haftасигача гемоглобин даражаси 100 г/л дан кам бўлса, шунингдек клиник белгилар мавжуд бўлганида:

- камқонлик шаклини аниқлаштириш учун гематолог маслаҳатига юборилади.

- Пархезга мувофиқ ўзгартиришларни киритиш тавсия этилади.

Самара кузатилмаганида 2 haftадан кейин қуйидагилар ўтказилади:

- Лаборатор текшируви (эритроцитлар сони, ранг кўрсаткичи, зардобдаги темир миқдорини аниқлаш билан).

- ТТК таъхиси тасдиқланганида, шунингдек аввалдан камқонлик мавжуд бўлганида, то гемоглобин даражаси тиклангунича диетотерапия фонида овқатдан кейин темир препаратлари тайинланади.

- Камқонликнинг енгил шаклини даволаш учун суткалик доза қуйидагича: 3 ой мобайнида 100 мг темир ва 400 мг фолат кислотасидан иборат.

Ҳомиладорликнинг 26-34 haftалик муддатларида гемоглобин даражаси 105 г/л бўлса ҳамда камқонликнинг клиник белгилари мавжуд бўлмаганида:

- Овқатланиш тартибга солинади.

- Гемоглобин даражаси пасайганида ҳамда камқонликнинг клиник белгилари мавжуд бўлганида темир препаратларини оғиз орқали 100-200 мг дозада таблеткалар, жумладан чайналадиган таблеткалар, капсула ва сироплар шаклида буюриш кўрсатилган.

- Буюриладиган препаратлар дозаси клиник белгилар ҳисобга олинган ҳолда индивидуал равишда белгиланади.

**Ҳомиладорликнинг 26-34 ҳафталик муддатларида гемоглобин даражаси 100 г/л дан кам бўлса ҳамда камқонликнинг клиник белгилари мавжуд бўлмаганида:**

- овқатланиш тартибга солинади
- темир препаратларини тайинлаш шарт эмас (физиологик гемодилюция, “ҳомиладорларнинг физиологик камқонлиги”).

**Гемоглобин даражаси 70 г/л ва ундан паст бўлганида:**

- ХПБда стационар шароитда даволаш ва гематолог маслаҳатидан ўтказиш зарур.

**Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

- Камқонликнинг оғир даражасида;
- Даволашдан самара кузатилмаганида;
- Аҳволи оғирлашганида.

**Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация:**

- ҳомиладорлик даврида камқонликдан азият чеккан аёлларнинг ҳолати туғруқдан кейин 4-6 ой мобайнида кузатилади
- антианемик давони давом эттириш.

**Ҳомиладорлар ва туққан аёлларга темир танқислик камқонлигининг профилактикасини ўтказиш қуйидаги ҳолатларда кўрсатилган:**

- анамнезида ҳомиладорликдан олдин кўп ва узок вақт давом этувчи хайзларнинг кузатилиши;
- интергенетик интервалнинг 3 йилдан кам бўлиши;
- кўп ҳомилали ҳомиладорликда;
- лактациянинг дастлабки 6 ойида;
- узок вақт давом этадиган лактацияда.

**Темир препаратларини парентерал (в/и ва м/ога) юбориш уларни оғиз орқали қабул қилишнинг иложи бўлмаганида,**

факат стационар шароитда кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилади. Зардобдаги темирнинг назоратсиз парентерал юбориш ман этилади.

## ҲОМИЛАДОРЛИКДАГИ ГИПЕРТЕНЗИВ БУЗИЛИШЛАР

### Долзарблиги

The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO, 2016) маълумотлари бўйича АГ 5-10% ҳомиладорларда қайд этилади.

Сўнгги ўн йил мобайнида АГ ва у билан боғлиқ бўлган асоратлар 35 ёшдан ошган аёлларда максимал даражада кузатилиб, оналар ўлимнинг сабаблари тузилмасида 4-чи ўринни эгаллайди.

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, 2019 йилда ҳомиладорлик давридаги гипертензив ҳолатлар оналар ўлими тузилмасида 3-ўринни эгаллаган ҳамда ҳар йили камида 70 минг она ва 500 минг чақалоқлар ўлимига сабаб бўлган.

### Таърифи

АГ – САБнинг 140 мм.сим.уст. гача ва ундан кўп ва/ёки ДАБнинг 90 мм.сим.уст.гача ва ундан кўп ортиши ҳамда бир қўлда камида 15 дақиқалик интервал билан камида иккита ўзгариш қайд этилишидир.

Сурункали артериал гипертензия (САГ) ҳомиладор аёлларнинг 0,9-1,5 фоизида учрайди ҳамда у кўтарилиш мойиллигига эга. Дунёда авж олган семизлик “эпидемияси” туфайли ушбу тенденция давом этмоқда.

Ҳомиладорлик даврида АГ гестациянинг 20-ҳафтасидан олдин ёки ҳомиладорлик содир бўлишидан аввал бошланган сурункали ҳамда ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин ташхис қўйилган гестацион турларига бўлинади. Бундан ташқари, АГ оғирлик даражасига кўра ҳам ажратилади (1-жадвал).



## Ҳомиладорларда АБ кўтарилиш даражаларининг таснифи

АБ тоифаси	САБ, мм.с.м.уст.	ДАБ, мм.с.м.уст.
Меъёردаги АБ	140 дан паст	90 дан паст
Ўртача АГ	140-159	90-109
Оғир АГ	160 ва юқори	110 ва юқори

**Артериал гипертензия хавфлари**

АГ қон томирларида уларнинг бўшлиғини торайиши билан боғлиқ функционал ва морфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради, бунинг натижасида эса бачадоннинг спирал артерияларида ремоделланиш жараёни бузилади.

АГ қайд этилган ҳомиладор аёлларда ПЭ хавфи умумий аҳолига қараганда юқори бўлиб, у 28%дан 90% гача кузатилади; клиник хусусияти - гестациянинг 24-26 ҳафталигида эрта намоён бўлишидир.

Сурункали АГ фонида кузатилган ПЭ одатда кейинги ҳомиладорликларда такрорланади, эрта намоён бўлади ва оғирроқ кечади.

Оналар ва перинатал касалланиш ҳамда ўлимнинг бошқа бир хавф омили гипертоник кризлар бўлиб, улар АГ қайд этилган ҳомиладор аёлларда, айникса иккинчи ва учинчи триместрларда юзага келиши мумкин ҳамда миёда қон айланишининг ўткир бузилиши, миокард инфаркти, ўпка шиши, буйрак етишмовчилиги, НЖЙВОК, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши билан кечади.

**АГ билан боғлиқ ҳомиладорликнинг асоратлари**

- ✓ Йўлдош етишмовчилиги.
- ✓ ХҲОҚС.
- ✓ Ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши.
- ✓ НЖЙВОК.
- ✓ Акушерлик қон кетишлар.
- ✓ Эклампсия.
- ✓ HELLP-синдром.
- ✓ Буйракнинг ўткир шикастланиши.
- ✓ Ўпка шиши.

- ✓ Мияда қон айланишининг бузилиши.
- ✓ Кўз тўр пардасига қон қуйилиши ва кўчиши.

### **Башорат қилиш ва олдини олиш имкониятлари**

АГ қайд этилган аёллар учун ҳомиладорликни олдинроқ режалаштириш муҳимдир. Агар у бирор бир сабабга кўра амалга оширилмаган бўлса, ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигигача профилли мутахассислар - терапевт, кардиолог томонидан барча диагностик тадбирларни ўтказиш зарур.

Сурункали АГ қайд этилган аёлларга ҳомиладорликни режалаштиришда туз, кофеин ва никотинни ҳаддан ташқари истеъмол қилишдан воз кечиш тавсия этилади, ортикча вазн ва юқори гликемияда турмуш тарзини ўзгартириш ва оқилона овқатланиш тартиби бўйича маслаҳатлар фойдали бўлиши мумкин.

Хавфни олдини олишда энг самарали, аммо камдан-кам амалга ошириладиган чора - бу гипертензия ривожланишига ёрдам берадиган сабабларни (семизлик, ҚД) коррекция қилиш, шунингдек, прегравидар давр ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қон босимини барқарорлаштиришдан иборат.

### **Шошилиш вазиятлар хавфи.**

АГ қон босимининг кескин кўшимча кўтарилиши - гипертоник криз билан асоратланиши мумкин, қайсики кўпинча жисмоний ёки руҳий юкламалар, парҳездаги нуқсонлар ва тайинланган давони бузиш натижасида юзага келади. Гипертоник криз қон босимининг 170/119 мм.с.м.уст. ва ундан юқорига кўтарилиши сифатида аниқланади, мазкур ҳолат дарҳол касалхонага ётқизиш ва интенсив даволаш учун асос бўлиб хизмат қилади (2-жадвал).

АБни даволашнинг дастлабки 2 соати мобайнида ва кейинги 2-6 соат ичида қон босими меъёрга келгунига қадар бошланғич даражадан 25% га пасайтириш зарур.

**Гипертоник кризни даволаш учун қўлланиладиган антигипертензив  
воситалар**

Восита	Дозаси	Таъсир этиш вақти	Таъсир этиш давомийлиги	Ножўя таъсирлари
Нитроглице рин	5-15 мг/с в/ига	15-10 дақиқа	15-30 дақиқа, 4 соатдан ортиқроқ бўлиши мумкин	Тахикардия, бош оғриғи, юзнинг қизариши, флебитлар
Нифедипин	10-30 мг per os, зарурият бўлганида 45 дақиқа давомида қайта	15-10 дақиқа	30-45 дақиқа	Тахикардия, бош оғриғи, юзнинг қизариши
Медилдопа	0,25 мг, максимал дозаси сутка мобайнида 2 г	15-10 дақиқа	4-6 соат	Ортостатик гипотензия, суюқликнинг ушланиб қолиши, брадикардия

Аёлларнинг асосий касаллик бўйича ажратилиши ва уларнинг профилли мутахассисда даволаниши – билвосита акушерлик сабаблардан вафот этиш хавфини пасайтиришда ягона вариантдир.

**Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.**

Илк маротаба аниқланган гипертензияда

- Гипертензия фонида протеинурия ривожланганда
- Агар диастолик АБ 110 мм.сим.уст. ва ундан юқори ҳамда систолик АБ 160 мм.сим.уст. ва ундан юқори бўлса, шифохонага транспортировка қилиш пайтида антигипертензив воситаларни тайинланг:

- НИФЕДИПИН (КОРИНФАР) 5 мг тил остига, агар АБ 10 дақиқадан сўнг пасаймаса (ДАБ 105 мм.сим.уст.дан юқорилигича қолган бўлса), АБ назорати остида ҳар 15 дақиқада 5 мг дан 6 таблеткадан кўп бўлмаган ҳолда (5мгх6=30 мг) сублингвал қабулни, ёки диастолик АБ 90-100 мм.сим.уст. даражасида

барқарорлашмагунча АБ назорати остида ҳар 30 дақиқада 10 мг дан сублингвал қабулни давом эттиринг.

- АТЕНОЛОЛ 25-50 мг дан кунига 2 маҳал (катъиян индивидуал равишда).

Воситаларнинг биридан самара кузатилмаса, уларни биргаликда қўллаш мумкин.

ДОЗАНИ ТАНЛАШ ШИФОХОНАДА АМАЛГА ОШИРИЛАДИ.

Туғруқ.

- 37 ҳафталик муддатгача туғруқни таклиф этманг, агар:

- Антигипертензив воситаларнинг қабулисиз ёки антигипертензив воситалар қабули фонида артериал босим барқарор равишда 150/100 мм.сим.уст.дан паст бўлса.

- Ҳомиладорлик муддати 37 ҳафталикдан катта бўлганида, агар АБ антигипертензив воситаларнинг қабули билан ёки қабулисиз 160/110 мм.сим.уст. дан паст бўлса ва хомиланинг безовталаниш белгилари кузатилмаса, туғруқ вақтининг танлови шифокорлар консилиумидан кейин ҳамда она ва хомила ҳолатини ҳисобга олган ҳолда аёлнинг розилиги билан белгиланади.

- Ҳомиладорликни вақтидан олдин тўхтатиш ёки туғдириш ҳақидаги масала қўйилади:

- агар она (преэклампсия ривожланган бўлса) ёки хомила ҳолатига хавф солувчи белгилар мавжуд бўлса;

- оғир гипертензияни даволаш самарасиз бўлганида (САБ  $\geq$  160 мм.сим.уст., ДАБ  $\geq$  110 мм.сим.уст.).

34 ҳафталиккача муддатда туғруқ, иложи борича, чакалоқларда РДС профилактикаси учун қўлланилган кортикостероидлар курси тугагандан кейин таклиф этилади.

- Агар протеинурия қўшилса, аёлни преэклампсия сингари олиб боринг.

- Гестацион гипертензияда:

- Умумий кўрик ва акушерлик кўриги;

- Терапевт кўриги; ЭКГ;

- Ҳар бир ташрифда протеинурияни ёки оксил/креатинин нисбатини аниқлаш;
- Агар АБ 160/110 мм.сим.уст.дан паст бўлса ва хавф омиллари мавжуд бўлмаса:
  - ҳомиланинг ўсишини аниқлаш учун ҳомила УТТси,
  - ҳомила ҳаракатлари камайган ҳолатда – КТГни бажариш
  - ҳомила ЮУС, гравидограмма
  - Агар натижалар ноаниқ ёки патологик бўлса – кейинги олиб бориш тактикасини, текшириш режаси ва туғруқ вақтини аниқлаш учун консилиум ўтказиш.

### **Шифохонага ётқизилиши:**

- Агар АБ 160/110 мм.сим.уст. дан паст бўлса, ҳомиладор амбулатор кузатувга олинади, аёл ва унинг оиласига оғир преэклампсия ва эклампсияга ишора этувчи хавфли белгилар ҳақида маълумот беринг.
- Тавсия этинг: психоэмоционал хотиржамликни сақлаш, ҳомиладорнинг уй картасини олиб бориш (ХУК), умумий амалиёт шифокори қабулига ҳафтасига 2 маротаба ташриф буюриш (жадвалга каралсин, ташриф сони АБ даражасига боғлиқ).
- Агар АБ  $\geq 160/110$  мм.сим.уст. бўлса, аёл шифохонага ётқизилишга муҳтож бўлади. Қабул бўлимида: умумий қоидалар асосида қабул қилиш, ХПБга ёки интенсив даволаш палатасига ётқизиш, кузатув.

## СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИОН КАСАЛЛИКЛАРИ

### Долзарблиги

Бугунги кунга келиб, сийдик йўлларидаги инфекцияон касалликларнинг ўсишига мойиллик мавжуд - замонавий аёллар пиелонефрит билан бувиларига қараганда 4 мартаба кўпроқ касал бўлишади.

Эҳтимол, бу, ҳамма жойда микроорганизмларнинг антибиотикларга ривожланган резистентлиги билан боғлиқ бўлиб, соғломлаштириш тадбирларини амалга оширишда ва антибактериал давони ўз вақтида тўғри танлашда мавжуд қийинчиликларни ҳисобга олиб, бундай беморларни ташхислаш, олиб бориш ва даволашга бўлган ёндашувни ўзгартиришни талаб қилади.

10-ХКТда сийдик йўллари инфекцияон касалликларининг қуйидаги вариантлари ажратилади:

023.0. Ҳомиладорликдаги буйраклар инфекцияси.

023.1. Ҳомиладорликдаги сийдик пуфаги инфекцияси.

023.2. Ҳомиладорликдаги уретра инфекцияси.

023.3. Ҳомиладорликдаги сийдик йўллари бошқа бўлимларининг инфекцияси.

023.4. Ҳомиладорликдаги сийдик йўлларининг ноаник инфекцияси.

023.5. Ҳомиладорликдаги жинсий йўллар инфекцияси.

023.9. Ҳомиладорликдаги сийдик-таносил йўлларининг бошқа ва ноаник инфекцияси.

### Таърифи

Ҳомиладорликдаги сийдик йўллари инфекцияси — ҳомиладорлик даврида сийдик йўлларининг инфекцияон табиатли симптомли ва белгиларсиз кечувчи касалликларидир.

Белгиларсиз кечувчи бактериурия - клиник симптомлар кузатилмасдан, пешоб чиқариш вақтида олинган сийдикнинг ўрта порциясини кетма-кет икки марта ўтказилган микробиологик текширувида бактерияларни аниқлашдир.

Катетеризация йўли орқали сийдик таҳлилини олишда мезонлар бошқача – концентрация 102 КОЕ/мл ва ундан кўп бўлганида ташхис қўйиш мумкин. Ушбу ҳолат кўпинча ҳомиладорликнинг 1-триместрида (75% ҳолларда) ва камрок ҳолларда иккинчи ҳамда учинчи триместрларда (25%) аниқланади. Белгиларсиз кечувчи бактериурия – сийдик йўлларидаги ўткир инфекциялари ривожланиши учун идеал субстратдир: даволанмаганда бундай ҳомиладор аёлларнинг 30-40 фоизида симптоматик инфекция, шу жумладан пиелонефрит, 1-2 %ида эса ўткир цистит ривожланади. Белгиларсиз кечувчи бактериурия ҳомиладорликнинг тўлиқ муддатига яқинроқ вақтда аниқланганда асоратлар эҳтимоли камаяди.

**Гестацион пиелонефрит** – бу кўпинча бактериал этиологияли, асосан буйрак тубулоинтерстициясининг зарарланиши билан кечадиган юқори сийдик йўлларидаги ўзига хос бўлмаган яллиғланиш жараёнидир. Гестацион пиелонефрит алоҳида нозологик шакл эмас, у фақат ҳомиладорлик ҳолати билан юзага келиш вақти бўйича тўғри келади. Ҳомиладор аёлларда ўткир пиелонефритнинг учраши 1-2% ни ташкил қилади, касалликнинг аксарият эпизодлари 2 ва 3 триместрларда, сийдикнинг турғунлиги ва буйрақларнинг гидронефротик трансформацияси сезиларли даражада намоён бўлган пайтда юзага келади.

Сийдик чиқариш йўллари инфекцияларининг ривожланиши учун жавобгар бўлган патогенларнинг тахминан 75-95% - *Escherichia coli* бўлиб, бошқа ҳолларда микрофлора кўпинча *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus*, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus group B*, стафилококклар ва замбуруғлар билан ифодаланади.

#### **Сийдик йўллари инфекцияларидаги хавфлар.**

Ҳомиладорлик давридаги сийдик йўлларидаги инфекцияларида нафақат инфекциянинг ўзи, балки уни даволаш билан боғлиқ хавфлар ҳам юзага келади.

**Ҳомиладорликдаги асоратлар.**

Камқонлик;

Гипертензив бузилишлар;

Шишлар;

Протеинурия;

ПЭ;

Ҳомиладорликнинг тўхташ хавфи;

Вақтидан олдинги туғруқлар;

ҚСТОЁ;

Ҳам она, ҳам ҳомила томонидан инфекция асоратлар;

ҲРОК.

**Антибактериал воситаларнинг она ва ҳомила организмига эҳтимолӣ юзага келиши мумкин бўлган салбий таъсирлари**

Аминогликозидлар- VIII жуфт калла нервларининг шикастланиши.

Нитрофуранлар - ҳомилада глюкозо-6-фосфатдегидрокиназа танқислиги билан кечадиган гемолиз.

Сульфаниламидлар - янги туғилган чақалокларда гипербилирубинемия ва ядроли сариклик.

Тетрациклинлар - суяк ва тишларнинг дисплазияси, тишларнинг бўялиши.

Фторхинолинлар - бўғимларнинг тоғай тўқимасига шикастловчи таъсирга эга (Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях. – ГЭОТАР-Медиа, 2009.).

Пиелонефритда ҳомиладорликни кўтаролмаслик хавфи онадаги оғрик синдроми, иситма, шунингдек, ичак гуруҳидаги грамм-манфий микроорганизмларнинг экзотоксинларини таъсири билан боғлиқ. Биринчи триместрдаги юқори тава ҳарорати тератоген оқибатларга олиб келиши мумкин, экзотоксинлар эса гемолитик камқонликни келтириб чиқаришга кодир (Dawkins J. C. et al. Acute pyelonephritis in pregnancy: a retrospective descriptive hospital based-study //International Scholarly Research Notices. – 2012. – Т. 2012.). Пиелонефрит айниқса гестациянинг эрта муддатларида хавфлидир. Мазкур ҳолатда касаллик



тажовузкорона кечади ва қисқа муддатларда уросепсисга ўтиши мумкин.

ПЭ- ҳомиладорликнинг пиелонефритда юзага келадиган энг кўп асоратидир. Сурункали пиелонефрит фонида унинг ривожланиши билан шиш 90% беморларда юзага келади, одатда, АБ кўтарилиши, протеинурия, кўз тўр парда томирларидаги ўзгаришлар биргаликда кузатилади. Агар пиелонефрит изолирланган ҳолатда ҳомиладорлик билан бирга кечса, шиш юзага келмайди, АБ меъёрада, диурез етарли даражада бўлади.

**Башорат қилиш ва хавфни камайтириш имкониятлари.**

Сийдик йўллари инфекциясининг юқори хавфи анамнезида қуйидагилар мавжуд бўлган аёлларда қайд этилган:

Буйраклардаги аввалдан мавжуд касалликлар;

Сийдик чиқариш йўлларининг тузилмавий ўзгаришлари;

ҚД 1-чи ва 2-чи типи;

Ўроқсимон ҳужайравий камқонлик;

Ижтимоий статуси паст.

Сурункали инфекция ўчоқлари - аёл организмидаги ҳар қандай йирингли-яллиғланиш жараёни, биринчи навбатда, сийдик-таносил тизимининг касалликлари инфекциянинг асосий сабаби бўлиб хизмат қилиши мумкин, шунингдек, қариесли тишлар, фурункулар ва бошқа ўчоқлар манба бўлиши мумкин.

Сийдик йўллари инфекциясига гумон қилинган ҳомиладорлар сийдик умумий таҳлили ва сийдикнинг микробиологик текширувини ўтказиш зарур.

Сийдик чиқариш йўллари инфекцияларини олдини олиш учун асос – хавф гуруҳини билиш ва белгиларсиз кечадиган бактериурияни ўз вақтида аниқлашдан иборат. Унинг ташхисоти учун “Олтин стандарт” – ҳомиладорликнинг 12-14 ҳафталигида сийдикни бактериологик текширувидир.

ББни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш билан гестация давридаги пиелонефритни 30% ҳолатда олдини олиш мумкин. Антенатал даврда сийдик ажратиш тизимидаги инфекцияларни

олдини олиш учун бактериал вагинозни маҳаллий микробларга қарши воситалар билан даволаш тавсия этилади.

**ББни даволаш.**

**Органогенез тугаганидан сўнг (8 ҳафтадан сўнг) амалга оширилади.**

• Белгиларсиз кечадиган бактериурия ва циститда – юкори сезувчанлик аниқланган антибиотиклар ва уросептиклар.

• Бактериологик лаборатория мавжуд бўлмаганида – химояланган пенициллинлар, ёки цефалоспоринлар, уросептиклар, фитотерапия. **Пиелонефритни олдини олиш учун -**

• ҳолатий даволаш (тизза-тирсак ҳолати)

фитотерапия (ўт дамламалари – ёввойи сабзи, маказўхори попуғи, пол-пола, наъматак.

**Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.**

• иситма билан кечадиган дизурик ҳолатларга шикоятлар,

• бел соҳасидаги оғрикларнинг олдинга чов соҳасига, кориннинг пастки қисмига узатилиши билан.

Текшириш, даволаш ва ҳомиладорликни кейинги олиб бориш масаласини ҳал этиш учун.

Оғрикнинг ўткир хуружи, пиурия ва гидронефроза – урологик бўлимга ётқизиш.

**Ўткир пиелонефритни даволаш.**

**1. Антибактериал даво:**

• пенициллин қаторидаги антибиотиклар: химояланган ампициллинлар – токсиклиги камроқ.

• карбенициллин

• пенициллин

• ампиокс бутун ҳомиладорлик мобайнида қўлланилади.

• иккинчи триместрдан: цефалоспоринлар гуруҳи, аминогликозидлар гуруҳи.

Гентамицин, стрептомицин ман этилади, чунки карликни келтириб чиқаради!

**2. Макролидлар гуруҳи - эритромицин, олеандомицин.**

**3. Кимётерапевтик воситалар:**

- нитрофуранлар (фурадонин, фурагин, фуразолидон), энг яхшиси фурагин, чунки ошқозон шиллик пардасини камроқ таъсирлантиради, ушбу қатордаги бошқа восталар кўпинча кўнгил айнаши ва қусишга сабаб бўлади.

- 8-оксихинолин унумлари - 5-НОК, нитроксалин, неграм (налидикс кислотаси) - налидикс кислотаси воситаларининг нитрофуранлар билан бирикмаси нобоп, чунки бактериостатик таъсирнинг пасайишига олиб келади.

**4. Сийдик ажралишини яхшилаш учун – спазмолитиклар, десенсибилизацияловчи воситалар.**

**5. Ўсимлик препаратлари - сийдик ажралишини яхшиловчи ва сийдикни дезинфекцияловчи воситалар:** айик меваси, пол-пола, намаътак мевалари, маккажўхори попуги, ковоқ уруғлари, шунингдек ўтларнинг тайёр тўпламини таблетка ёки сироп шаклида қўллаш мумкин.

Туғруқдан сўнг:

**Даволаш 2-3 ҳафта давомида амалга оширилиши лозим.**

**Тавсия этилади:**

- Тушакдан албатта эрта туриш, қайсиқим сийдикнинг яхши ажралишига ёрдам беради.

- Даволаш худди шу воситалар билан амалга оширилади, аммо эритромициндан воз кечиш лозим (у сутда жуда юқори концентрацияга эга), бироқ узок таъсир муддатига эга бўлган сулфаниламидларни қўллаш имконияти пайдо бўлади.

**Соғайиш мезонлари – сийдикнинг 2-3 та меъёрий тахлили.**

Шифохонадан жавоб берилгач, уролог ҳисобида туриш, 3-5 йил мобайнида кузатиш.

- Туғруқдан сўнг 2 ҳафта давомида туғруқдан кейинги даврда сурункали пиелонефритнинг кўзғалишини ўз вақтида аниқлаш учун тукқан аёлни кузатиш, фаол патронажни олиб бориш.

- Контрацепция билан камраб олиш. Пиелонефрит билан оғриган аёлларга гормонал контрацептивлар мумкин эмас, чунки улар касалликнинг кўзгалиши учун шароит яратади.

- Буйрак касалликларини кейинги даволаш ишлари терапевт томонидан амалга оширилади.

## ЮРАКНИНГ ТУГМА ВА ОРТТИРИЛГАН НУҚСОНЛАРИ

### Таърифи:

- 10-ХКТ бўйича коди: Q20-Q28.

Юрак туғма нуқсонлари (ЮТН) – юрак клапанлари, юрак камералари орасидаги тешик ва тўсиклар, юракдан чиқаётган йирик томирларнинг тузилишидаги туғма аномалиялардир. Бундай клапан тешикни тўлиғича бекитмайди, яъни клапан етишмовчилиги ривожланади. Агар тўлдириши натижасида клапан табакаларининг четлари бирлашиб ўсса, уларни қоплаган тешик тораяди. Бу ҳолат тешик стенози деб аталади.

### Бўлмачалараро тўсик нуқсони (БТН)

10-ХКТ бўйича код: Q21.1

- а) иккиламчи – қонни чап бўлмачадан ўнг бўлмачага тушиши **Симптомлари ва белгилари**

- цианоз, бармоқларининг ноғора таёқчалари кўринишида, тирноқларининг соат ойналари шаклида бўлиши;

- аускультатив - I тоннинг сусайиши;

- чўккида ва иккинчи қовурға оралиғида кўпол систолик шовқин

- Беморларнинг шикоятлари:

- ўртача жисмоний юкламада хансираш;

- юрак соҳасида нохуш сезгилар

### Кузатувлар сони

- Диспансеризация кардиолог билан биргаликда олиб борилади

- I ва II триместрда – икки ҳафтада I марта;

- III триместрда ҳар ҳафта.

### **Тегиншли мутахассислар кўриги**

- -терапевт ва кардиолог маслаҳати;
- Юрак етишмовчилигининг белгилари пайдо бўлганида
- Ҳомиладорликни саклаш истиқболини аниқлаш учун кардиолог ва кардиожарроҳ маслаҳати

### **Диагностик текширувлар номи ва бажарилниш сони**

- коннинг умумий таҳлили;
- коагулограмма;
- Инструментал текширув: ЭКГ, Допплерли ЭХО-кардиография, ҳомиладорликнинг I триместрида - рентгенография

**Асосий даволаш тадбирлари** кардиолог ва бошқа шифокорлар билан биргаликда ишлаб чиқилади, иш ва дам олиш тартибига риоя қилиш, эластик чулқилар кийиш тавсия этилади.

- ҚВПдаги кузатув вақтида гемодинамик варақани олиб бориш.

- Ҳомиладорликнинг 10-чи ҳафтасидан бошлаб 6 ой мобайнида суткасига 2 г ацетилсалицил кислотаси ва поливитаминлар тавсия этилади.

### **Шифохона ётқизиш учун кўрсатмалар**

- 1-чи марта 12 ҳафталикда ташхисни тасдиқлаш ва ҳомиладорликни давом эттириш ҳақидаги масалани ҳал этиш учун ётқизилади;

- 2-чи марта 24-28 ҳафталикда ётқизилади;
- 34 ҳафталикда туғруққа тайёрлаш мақсадида;
- туғруқ – кесарча кесиш

### **Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация**

- Туғруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида ҚВПда кузатиш

Контрацепция.

### **Бирламчи – Оғир ЮТН**

- Симптомлари ва белгилари (коннинг ўнгдан чапга оқиши билан бирга кечадиган ўпка гипертензияси. Ифодаланган даражадаги цианоз, эритроцитоз ва гемотакритнинг юқори микдори қайд этилади)

Эйзенменгер синдроми (туғма нуксонларда нафас етишмовчилигининг 3-чи даражаси) ва юрак етишмовчилиги

- Кузатувлар сони: бирламчи БТНда – ҳомиладорлик ман этилади
- Тегишли мутахассислар кўриги: терапевт; кардиолог, кардиожаррох
- Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони: коннинг умумий таҳлили; коагулограмма;
- Инструментал текширув: рентгенологик текширув; юракнинг Эхо – кардиографияси ва доплери; ЭКГ
- Асосий даволаш тадбирлари: бирламчи БТНда – ҳомиладорлик ман этилади.
- Шифохона ётқизиш учун кўрсатмалар
- 1-чи марта 12 ҳафталикда ташхисни тасдиқлаш учун ётқизилади;
- 2-чи марта 24-28 ҳафталикда ётқизилади;
- 34 ҳафталикда туғрукка тайёрлаш мақсадида;
- туғрук – кесарча кесиш
- Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация
- Бирламчи БТНда – ҳомиладорлик ман этилади.

**Очиқ артериал йўл Баталов йўлининг битмаганлиги.**

**Симптомлар ва белгилар**

- ўпка гипертензия белгилари;
- жисмоний юкламаларда ҳансираш;
- цианоз;
- юрак турткиси кучли ифодаланган;
- юқори ва тез пульс;
- систолик АБнинг кўтарилиши ва диастолик АБнинг пасайиши;
- капилляр пульс мусбат;
- аускультацияда узлуксиз «машинадаги» систолодиастолик шовқин эшитилади.

- **Кузатувлар сони:** кардиолог билан биргаликда I ва II триместрда – икки ҳафтада I марта; III триместрда ҳар ҳафтада.

- **Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт; кардиолог; УТТ шифокори

- **Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони:** коннинг умумий таҳлили; коагулограмма;

- **Инструментал текширув:** рентгенологик текширув; юракнинг Эхо – кардиографияси (10-11, 26-28, 32 ҳаф.) ва доплери.

- **Асосий даволаш тадбирлари:** ЭКГ, Эхо -кардиография сердца и доплер.

- **Шифохона ётқизиш учун кўрсатмалар:** 34 ҳафталикда туғруқ – кесарча кесиш

- **Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация:** туғруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида ҚВПда кузатиш. Контрацепция

**Юрак тўсиғининг туғма аномалиялари**

- **а) қоринчалариро тўсиқ нуқсони (КТН): - наст.**

- **Симптомлари ва белгилари:** гемодинамик бузилишлар йўқ; 3-4 когурға оралиғида қўпол систолик шовқин; нуқсон ЭХО –кардиография бўйича ташхисот этилади;

- **Кузатувлар сони:** кардиолог билан биргаликда: I ва II триместрда – икки ҳафтада I марта; III триместрда ҳар ҳафтада

- **Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт; кардиолог;

- **Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони:**

- ✓ коннинг умумий таҳлили; коагулограмма

- ✓ **Инструментал текширув:** юракнинг Эхо – кардиографияси (10-11, 26-28, 32 ҳаф.) ва доплери

- ✓ **Асосий даволаш тадбирлари**

- ✓ **Жарроҳлик йўли билан**

- **Шифохона ётқизиш учун кўрсатмалар**

- ✓ 34 ҳафталикда туғруққа тайёрлаш мақсадида, туғруқ – кесарча кесиш

- **Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация**

✓ Тугруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида КВГда кузатиш. Контрацепция.

✓ Ҳомиладорлик ман этилади: юкори КТНда, Фалло тетрададасида, оғир ЮТНларида: коннинг ўнгдан чапга оқиши билан бирга кечадиган ўпка гипертензияси; ифодаланган даражадаги цианоз, эритроцитоз, гемотакритнинг юкори микдори. Эйзенменгер синдроми (нафас етишмовчилигининг 3-чи даражаси) ва юрак етишмовчилиги.

✓ Юракнинг бошқа тугма нуқсонлари: аорта коартацияси, ўпка артериясининг стенози ва бошқалар кардиолог, кардиожаррох билан биргаликда олиб борилади.

**Митрал клапан пролапси кайд этилган ҳомиладорларни олиб бориш**

**Симптомлари ва белгилари:** Барлоу синдроми (митрал клапан пролапси), кечки систолик шовкин синдроми, аномал Т-тўлқин синдроми, “карсилловчи клапан” синдроми, «елканли клапан», МКнинг баллонли деформацияси, “сегментар кардиопатия”, “эгилувчан” МК, миксоматоз МК.

МК табақасининг чап бўлмачага пролапсининг ифодаланганлигига қараб, МК пролапсининг уч даражаси мавжуд:

I даражаси – табақанинг 0,6 см гача бўртиши;

II даражаси – табақанинг чап бўлмача бўшлиғига 0,6-0,9 см га бўртиши;

III даражаси - табақанинг 0,9 смдан кўпроқ даражада бўртиши.

**Кузатувлар сони**

Диспансеризация кардиолог билан биргаликда амалга оширилади

- I ва II триместрда – икки ҳафтада 1 марта;

- III триместрда – ҳар ҳафтада.

**Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт; кардиолог; кардиожаррох.

**Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони**



Лаборатор текширув диагностик қийматга эга эмас.

- ЭКГ ва доплерли ЭхоКГ прегравидар тайёрлаш боскичида ва ҳомиладорлик даврида (10-11, 26-28, 32 ҳаф.)

#### **Асосий даволаш тадбирлари**

- Дори-дармонларсиз: иш ва дам олиш тартибига риоя қилиш, психо-эмоционал зўриқишни олдини олиш, жисмоний юкламани чеклаш, тинчлантирувчи ўтлар билан фитотерапия, натрий тузларини чеклаш ҳамда калий ва магний тузларини оширишга йўналтирилган парҳез.

- Дори-дармонлар билан: юрак ритми бузилишида ва ўпка шиши ривожланганда кардиолог индивидуал тарзда тайинлайди. Магний воситаларининг тайинланиши.

- Хирургик даво ўтказилмайди.

- МКП қайд этилган аёлларни шифохонага ётқизиш ҳомиладорликнинг асоратлари қўшилганда (преэклампсия, вақтидан олдинги туғруқ хавфи) ва асосий касалликнинг кечиши ёмонлашганда амалга оширилади.

- III -даражали туғруқ муассасаларига ётқизиш.

- 1-чи марта ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигигача бўлган муддатда ташхисни аниқлаштириш ва ҳомиладорликни давом эттириш ҳақидаги масалани ҳал этиш учун ётқизилади;

- 2-чи марта текшириш ва мавжуд бузилишларни коррекция қилиш учун 24-28 ҳафталикда ётқизилади;

- 3-чи марта кутилаётган туғруқдан 2-3 ҳафта олдин туғруқни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида ётқизилади;

- Туғруқ муддатида табиий туғруқ йўллари орқали. Акушерлик асоратларида – кесарча кесиш.

#### **Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация**

- Туғруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида ҚВПда кузатиш. Контрацепция

**Юракнинг орттирилган нуқсонлари қайд этилган ҳомиладорларни олиб бориш**

**Симптомлари ва белгилари:** тез чарчаш, мушаклар кучсизлиги, оёқларда оғирлик бўлиши, уйқучанлик, юрак тез уриши, жисмоний юкламада юзага келадиган ҳансираш, нуқсон авж олиб боргани сайин ҳансираш тинч ҳолатда ҳам кузатилади.

### **Кузатувлар сони**

• Ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида аниқланган барча турдаги юрак патологиялари қайд этилган ҳомиладор аёллар бутун ҳомиладорлик даврида кардиолог назорати остида бўлишади. Туғруқ вақти ва усули ҳам кардиолог иштирокида ҳал қилинади.

• Диспансеризация кардиолог билан биргаликда амалга оширилади

• - I ва II триместрда – икки ҳафтада 1 марта;

• -III триместрда – ҳар ҳафтада.

**Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт, кардиожарроҳ.

**Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони**

• қоннинг умумий таҳлили; коагулограмма; қонда С-реактив оксилнинг концентрацияси;

• антистрептолизин - О; антистрептокиназа.

• ЭКГ ҳомиладорлик давридаги прегравидар тайёрлаш босқичида (10-11, 26-28, 32 ҳаф.)

**Асосий даволаш тадбирлари**

• Дори-дармонларсиз: иш ва дам олиш тартибига риоя қилиш, эластик чулқилар кийиш.

• Дори-дармонлар билан: кардиолог индивидуал тарзда тайинлайди. Нуқсонни жарроҳлик йўли билан коррекция қилишнинг мақбул вақти – ҳомиладорликка тайёрлаш босқичида бўлиб ҳисобланади.

• Чап қоринча етишмовчилигида – диуретикларни, шунингдек периферик вазодилататорларни тайинлаш. Чап қоринча систолик функцияси пасайганда – юрак гликозидлари (дигоксин).

• Ўнг қоринча етишмовчилигида – диуретиклар.

- Синусли тахикардияда  $\beta$ -адреноблокаторлар (атенолол 5 мг/сут дан). Тромбоэмболик асоратларни олдини олиш учун – паст молекуляр гепаринлар.

- ОЮН қайд этилган аёлларни шифохонага ётқизиш ҳомиладорликнинг асоратлари қўшилганда (преэклампсия, вақтидан олдинги туғруқ хавфи) ва асосий касалликнинг кечиши ёмонлашганда амалга оширилади.

- ҚВП шифокори ҳамроҳлигида III -даражали туғруқ муассасасига ётқизиш.

- 1-чи марта ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигигача бўлган муддатда ташхисни аниқлаштириш ва ҳомиладорликни давом эттириш ҳақидаги масалани ҳал этиш учун ётқизилади;

- 2-чи марта текшириш ва мавжуд бузилишларни коррекция қилиш учун 24-28 ҳафталикда ётқизилади;

- 3-чи марта кутилаётган туғруқдан 2-3 ҳафта олдин туғруқни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида ётқизилади.

**Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация**

- Туғруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида ҚВПда кузатиш. Контрацепция

- **Аортал клапан етишмовчилиги**

- ЮОН, диастола вақтида аорта клапани табақаларининг тўлиқ ёпилмаслиги, натижада эса аортадан чап қоринчага диастолик қон оқимининг қайтиши билан тавсифланади.

- **Симптомлари ва белгилари:** бўйин соҳасида пульсациянинг, шунингдек юрак уришининг (ётган ҳолатда) сезилиши, бош айланиши, хушдан кетиш ҳолатлари, ҳансираш, тез чарчаш, ҳолсизлик.

- **Кузатувлар сони.** Диспансеризация кардиолог билан биргаликда амалга оширилади

- - I ва II триместрда – икки ҳафтада 1 марта;

- -III триместрда – ҳар ҳафтада.

- **Тегишли мутахассислар кўриги:** терапевт; кардиолог.

- **Диагностик текширувлар номи ва бажарилиш сони:** коннинг умумий таҳлили; коагулограмма; қонда С-реактив оксилнинг концентрацияси; антистрептолизин-О, антистрептокиназа.

- ЭКГ ҳомиладорлик давридаги прегравидар тайёрлаш босқичида (10-11, 26-28, 32 ҳаф.)

- **Асосий даволаш тадбирлари.** Дори-дармонларсиз даволаш: иш ва дам олиш тартибига риоя қилиш. Дори-дармонлар билан даволаш: жарроҳлик йўли билан даволангач, мунтазам антикоагулянт профилактика.

- ЮОН қайд этилган аёлларни шифохонага ётқизиш ҳомиладорликнинг асоратлари қўшилганда (гипертензив синдром, вақтидан олдинги туғруқ хавфи) ва асосий касалликнинг кечиши ёмонлашганда амалга оширилади.

- 1-чи марта ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигигача бўлган муддатда ташхисни аниқлаштириш ва ҳомиладорликни давом эттириш ҳақидаги масалани ҳал этиш учун ётқизилади.

- 2-чи марта текшириш ва мавжуд бузилишларни коррекция қилиш учун 24-28 ҳафталикда ётқизилади.

- 3-чи марта кутилаётган туғруқдан 2-3 ҳафта олдин туғруқни олиб бориш тактикасини ишлаб чиқиш мақсадида ётқизилади.

**Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш/реабилитация**

- Туғруқдан кейинги даврда 1 йил мобайнида ҚВПда кузатиш. Контрацепция.

## **ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР ВА ҲОМИЛАДОРЛИК**

**Долзарблиги.** Ўткир респиратор вирусли инфекциялар — кенг тарқалган касалликлар бўлиб, барча юқумли патологияларнинг тахминан 90% ини ташкил қилади. Бўлғуси оналар, одатда, бутун аҳоли сингари худди шундай юқумли касалликларга мойил бўлишади, бироқ айнан ҳомиладорлик

пайтида касалланган аёлларнинг ўлимига олиб келадиган кўплаб касалликларнинг хусусиятлари ҳанузгача яхши ўрганилмаган.

**Таърифи ва статистика.** Грипп ва бошқа ЎРВИлар хавотомчи йўли билан юқадиган антропонозларига кириб, нафас олиш тизими касалликлари орасида барқарор равишда етакчи ўринни эгаллайди. Ҳомиладор аёллар учун касалликнинг оғирроқ кечиши, юқори касалланиш ва ўлимнинг бўлиши хосдир. Эпидемия даврида ҳомиладорлик нафақат *near miss*, балки оналар ўлимининг ҳам юқори хавф омили сифатида ҳисобга олиниши лозим.

Эрта муддатларда ҳомиладорликни муддатидан олдин тўхтатиш ҳолатлари 13-18% ни ташкил этади. Ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган касаллик гриппдир.

Гриппга чалинган ҳомиладор аёллар учун касаллик ва ўлим хавфи ҳомиладор бўлмаган аёлларга қараганда юқори.

Касалланганларда, айниқса I триместрда ўз-ўзидан содир бўлган ҳомила тушиш ҳолатлари 25-50% ни ташкил қилади.

Ўзбекистонда ҳар йили 306 мингдан ортиқ ЎРК билан касалланган бемор рўйхатга олинади. Гриппда ўлим кўпинча асоратлар - эпидемия даврида грипп билан касалланган барча беморларнинг 15-21 %ида қайд этилган зотилжам туфайли содир бўлади.

Гриппнинг оғир токсик шаклида (беморларнинг 30-40%ида) ДТИ-синдроми ривожланади. Ўлим геморрагик ўпка шиши ёки коринча фибриляцияси сабабли юзага келади.

**Клиникаси.** Ҳомиладор аёлда гриппнинг 4 та шаклидан бири ривожланиши мумкин: енгил, ўрта оғир, оғир ва гипертоксик.

○ Гриппнинг *енгил* (шу жумладан билинар-билинмас белгилари билан ўтадиган ва субклиник) шаклида - тана ҳарорати нормал қолиши ёки 38°C гача кўтарилиши мумкин, инфекция токсикоз белгилари кучсиз даражада ифодаланган ёки умуман бўлмайди. Гриппнинг *ўрта оғир* (манифест) шаклида  $t$  38-39,5°C гача кўтарилади ва касалликнинг классик белгилари қайд этилади (катарал симптомлар, интоксикация; респиратор белгилар, ўпканинг сегментар зарарланиш синдроми).

○ Гриппнинг *оғир* шаклида  $t$  40-40,5°C гача кўтарилади. Энцефалопатия белгилари (психотик ҳолатлар; талқасали хуружлар, галлюцинациялар), қон томирларининг бузилиши (бурундан қон кетиш, юмшоқ танглайда нуқтали геморрагиялар) ва қайт қилиш кузатилади.

○ Гриппнинг *чақмоқсимон* (гипертоксик) шакли – ўта оғир шаклнинг кўриниши бўлиб, у мия шиши, юрак-қон томир ва нафас етишмовчилиги ҳамда авж олиб боровчи ДТИ-синдроми ривожланиши билан кечадиган оғир нейротоксикоз билан тавсифланади.

○ Касалликнинг ўта оғир даражаси ва тез кечиши қайд этилади.

#### **Клиник тавсиялар - бирламчи бўгин:**

Мавсумий касалликлар даврида – ҳомиладорларни кундалик фаол патронажини олиб бориш.

Асосий даволаш тадбирлари: суюқлик ичиш, балғам кўчирувчи воситалар, парацетамол.

Кўкрак қафаси R-графияси, УҚТ, жигар.

Шифохонага ётқизиш – ташхис қўйилганда.

Кузатувлар сони – шифохонадан жавоб берилгач, ҳар 3 кунда 1 марта = 10 кун, шифокор томонидан.

Пастки нафас йўллари инфекциясига гумон қилинганда - терапевт, пульмонолог, аллерголог кўриги, шифохонага ётқизиш.

Тана ҳарорати 37,5°C ва юқори бўлганда – шифохонага ётқизиш.

Касаллик 3 кунгача давом этганида – ХПБ.

Орал гидратация (2 стакан сув/соат).

Симптоматик даво.

Касаллик 3 кундан ортиқ давом этганида ва оғир шаклида – РБга ётқизиш.

Орал гидратация (2 стакан сув/соат), ИТ – индивидуал равишда.

Антибактериал терапия (2-3 авлод цефалоспоринлар=6-7 кун).

Зотилжамни истисно этиш.

Гриппда зотилжамнинг 3та шакли кузатилади: *бирламчи* (вирусли), *иккиламчи* (вирусли-бактериал), *учламчи* (бактериал)

Ташхисни тасдиқлаш учун– рентген.

РБга ётқизиш

Антибактериал терапияни (пенициллинлар, цефалоспоринлар, метронидазол) консилиумдан сўнг 4 соатдан кечиктирмай ўтказиш.

Вирусга қарши даво, инфузион терапия, симптоматик даво, десенсибилизация ва тромбозэмболик асоратларнинг профилактикаси ўтказилади. Шунингдек, небулайзерли терапия, нафас олишни қўллаб-қувватлаш, глюкокортикоидлар қўлланилади.

Зотилжамнинг хавф даражалари CURB65 шкаласи (Британия торакал жамияти, 2015)

<i>Confusion</i>	Эс-хуши чалкан	1 балл
<i>Urea</i>	Қондаги мочевино миқдори 7 ммоль/л дан ортик	1 балл
<i>Respiratory rate</i>	Нафас сони дақиқасига 30 тадан ортик	1 балл
<i>Blood pressure</i>	САБ < 90 мм.сим.уст.; ДАБ 60 ва ундан паст	1 балл
<i>65</i>	Беморнинг ёши 65 ёш ва ундан катта	1 балл

Ўлим хавф даражалари

Ҳомилдорлик –зотилжамнинг кечишини оғирлаштирувчи омил!  
Барчани шифохонага ётқизиш! Антибактериал воситаларни парентерал юбориш!

Хавф даражаси паст бўлган зотилжамлар	Ўлим хавфи – 3% гача	0 – 1 балл
Ўртача даражасидаги зотилжамлар	Ўлим хавфи – 9% гача	2 балл
Юкори даражасидаги зотилжамлар	Ўлим хавфи – 40% гача	3 балл

АБ терапиянинг давомийлиги 7-14 кун.

АВ терапияни тухташига курсатма бўлиб, 48-72 соат мобайнида кузатилган афебрил давр ва клиник беқарорлик симптомларининг йўқлиги ҳисобланади.

Юбориш усули – вена ичига.

Клиник тавсиялар – антибактериал воситаларнинг дозалари

Препарат	Дозаси
Амоксициллин/клавулан кислотаси	1,2 г в/ига ҳар 8 соатда.
Азитромицин	500 мг в/ига
Кларитромицин	500 мг в/ига
Цефтриаксон	2 г в/ига ҳар 12 соатда.
Цефотаксим	2 г в/ига ҳар 8 соатда.
Цефуроксим	0,75-1,5 г в/ига ҳар 8 соатда.
Цефтазидим	2 г в/ига ҳар 8 соатда.
Цефоперазон	2 г в/ига ҳар 12 соатда.
Цефепим	2-3 г в/ига ҳар 12 соатда.
Импипенем	500 мг в/ига ҳар 6 соатда еки 1 г в/ига ҳар 8 соатда.
Меропенем/Линезолид	1 г в/ига ҳар 8соатда.
Ванкомицин	1 г в/ига ҳар 12 соатда
Ципрофлоксацин	400 мг в/ига ҳар 12 соатда
Левовфлоксацин	500 мг в/ига ҳар 12 соатда
Клиндамицин	300 мг в/ига ҳар 12 соатда
Гентамицин	3-5 мг/кг в/ига
Рифампицин	600 мг в/ига ҳар 12-24 соатда
Доксициклин	200 мг перорал, кейин кунига 100 мг дан

Респиратор терапия сатурация 94% дан пастга тушганда қўлланилади (максад – сатурацияни 94-98% ҳолатида саклаш).

Намланган кислород билан ингаляция; СРАР тартибида ўпканинг ноинвазив вентилляцияси (нафас йўлларида доимий мусбат босим); ЎСВ; бир усулдан бошқасига ўтиш учун курсатма бўлиб аввалгисининг самарасизлиги ҳисобланади.

ЎСВ – ноинвазив ЎВ дан ижобий динамика йўқлигидан кейин 6-12 соатдан кечиктирмасдан қарор қабул қилиш лозим.

**Кўрсатмалар:**

- Ўпкалар ноинвазив вентилляциясининг самарасизлиги



- А/Б < 90/60
- Диурез < 20 мл/соат
- Вазопрессорли препаратларга кузатилган эҳтиёж

**Акушерлик тактика:**

32 ҳафтадан ортиқ ҳомиладорлик даврида полиорган етишмовчилик авж олганда муддатидан олдинги туғруқни амалга ошириш кўрсатилган;

Муддатидан олдинги туғруқ усули аёлнинг хабардорлик розилигини ҳисобга олган ҳолда консилиум томонидан белгиланади. Афзаллик – табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ.

Кесарча кесиш мутлоқ акушерлик кўрсатмалар бўйича, шунингдек реанимацион чоралар самарасини ошириш учун ўлиб бораётган аёлда бажарилади. Полиорган етишмовчилик белгилари қайд этилмаганида маҳаллий анестезияга афзаллик берилади.

Туғруқ фақатгина нафас етишмовчилигининг белгилари бартараф этилганидан кейин 1-ва 2-чи даврларни атрофлича оғриксизлантириш остида амалга оширилиши лозим. Туғруқни тез яқунлаш заруриятида - вакуум-экстракция ёки акушерлик қисқичлар қўлланилади.

**Олдини олиш имконияти.** Гриппнинг олдини олиш ишлари ўз вақтида ҳам, тахмин қилинадиган эпидемиялардан олдин ҳам амалга оширилади. Аёлларга ҳаво-томчи ва мулоқот йўли орқали ўтувчи инфекциялардан ҳимоя қилиш ва уларни олдини олиш чоралари ҳақида маълумот бериш муҳимдир. ЎРВИ тарқалишининг профилактикаси, биринчи навбатда, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш ҳамда беморлар ва тиббиёт ходимларининг хавфсизлигини таъминлаш учун санитария-гигиена ва эпидемияга қарши тадбирларни амалга оширишдан иборатдир.

➤ Ҳимоя никобини тақиш.

➤ "Йўтал одоби"га риоя қилиш - йўталаётганда ва аксирганда бурун ва оғизни бир марталик рўмолча билан ёпиш, фойдалангандан кейин уни ахлат қутисига ташлаш.

➤ Қўлларни, айниқса, бемор аксиргандан ва йўталгандан кейин тез-тез совун ва сув билан ювиш.

➤ Қўлларга ишлов бериш учун таркибида спирт мавжуд бўлган антисептик воситалардан фойдаланиш.

➤ Беморлар билан, айниқса, гриппга ўхшаш аломатлар аниқланганда, яқин мулоқотда бўлишни, кучоклаш, ўпиш ва қўл бериб кўришишни чеклаш.

➤ Кўз, бурун ва оғизга тегинишдан узоқлашиш.

➤ Атрофдаги кишилардан камида 1,5 м масофада ижтимоий масофани сақлаш.

➤ Агар аломатлар пайдо бўлса, дархол тиббий ёрдам учун муурожаат қилиш.

Ҳомиладор бўлмаган аёлларни гриппга қарши тирик ёки инактивланган вакцина билан эмлаш ҳомиладорликка таъсир қилмайди. Интерферонларни таклиф қилиш мумкин.

**Тавсия этилади:** Барча ҳомиладор аёлларни (1 триместрдан ташқари) гриппга қарши инактивланган тривалент вакцина билан эмлаш.

**Хулоса:** Гриппнинг профилактикаси ва даволаш усуллари доимий равишда такомиллаштирилмоқда.

БЖССТ тавсияларига қарамай, ҳомиладор аёлларни мунтазам эмлаш бўйича яхлит фикр мавжуд эмас.

Ҳомиладор аёллар орасида ҳам, шифокорлар орасида ҳам гриппга қарши эмлашнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги ҳақидаги билим ва ишончнинг сезиларли даражада етишмаслиги ҳомиладорлик даврида эмлашнинг паст даражада ўтказилишига ўз хиссасини қўшади. Ҳомиладор аёлларда гриппга қарши антивирусли терапиянинг роли номаълум.

## COVID-19 ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

**Долзарблиги.** ЖССТ томонидан 2020 йил март ойида бутун дунёдаги одамлар ва тиббиёт ҳамжамиятининг ҳаётини ўзгартирган иккинчи пандемия эълон қилинган. Бунга тез тарқалувчи янги коронавирус инфекцияси (ЯКИ) COVID-19 сабаб бўлган. Пандемияда ҳомиладор аёлларда умумий аҳолига нисбатан касалликнинг оғир кечиши қайд этилмаган бўлса-да,

шифокорлар минтақаларда, хусусан, бизнинг юртимизда, Ўзбекистонда ҳам эпидемиологик ҳолат ўзгарган тақдирда вазиятнинг ҳар қандай ривожланишига тайёр бўлишлари зарур

**Таърифи ва статистика.** Коронавирус инфекцияси (COVID-19) — SARS CoV-2 коронавирус туркумидаги янги вирус штамми келтириб чиқарадиган, аэрозол-томчи ва майший мулоқот юқиш механизмига эга бўлган, ўпка тўқималарига тропизмга эга ўткир юқумли касаллик бўлиб, белгиларсиз вирус ташувчанликдан тортиб касалликнинг клиник ифодаланган шакллари гача кўринишларда кечади ҳамда интоксикация, юқори ва пастки нафас йўлларида яллиғланиш жараёни, зотилжамдан то оғир ўткир респиратор дистресс синдроми ва сепсис ривожланиш хавфига қадар кузатилиши билан тавсифланади.

Пандемия шароитида туккан оналарда барча сабаблар бўйича вақтидан олдинги туғруқлар сонининг ишончли тарзда кўпайгани кузатилади, бу эса вирус келтириб чиқарган метаболик бузилишларнинг ва кичик вазнли болалар туғилишининг кўриниши бўлиши мумкин. Коронавирус инфекцияси кечишининг оғирлиги ҳомиладорлик муддатига тўғридан-тўғри пропорционалдир.

**Коронавирус ва ҳомиладорлик: бўлажак оналар учун қандай хавфлар мавжуд.**

✓ Кўпгина давлатларда, жумладан, Ўзбекистонда ҳам ҳомиладор аёлларга коронавирус билан зарарланиш эҳтимолини камайтириш учун ўзини - ўзи қатъий изоляция қилиш тартиби тавсия этилган.

✓ Бироқ вируснинг она қорнидаги боланинг ривожланишига таъсири ҳақида нималар маълум? Covid-19 ҳомиладор аёлларга қандай таъсир кўрсатади?

Шифокорлар вируснинг ҳомила ривожланишига айнан қандай таъсир қилиши ҳақида ҳали оз билимга эгадирлар.

Бироқ, коронавирус билан зарарланиш ҳолатида ҳомиладор аёллар бошқа соғлом катталарга қараганда оғирроқ аломатларни намоён этишмайди.

"Агар хавф даражаси жуда катта бўлганида эди, биз бу ҳақда билардик," – дейди Лондон Империял коллежидаги акушерлик ва гинекология профессори Кристоф Лиз.

"Келтирилган сабаблар орасига ҳомилада дистресс-синдромнинг ривожланиши бўлган ёки аёлда кислороднинг даражаси паст бўлганида самаралироқ даволашни таъминлаш учун туғруқ тезлаштирилган," – дейди Қиролича Шарлотта ва Челси шифохонасидан Эд Муллинс.

Болага онадан коронавирус юктиришининг бир неча ҳолатлари тасвирланган, бироқ барча гўдаклар тузалиб, шифохонадан уйига жавоб берилган.

Хитой тадқиқотида Covid-19 билан касалланган 33 нафар ҳомиладор аёлдан учтасида худди шундай ҳолат аниқланган.

Боланинг айнан қаерда: бачадонда, туғруқ вақтида ёки туғилганидан сўнг дастлабки дақиқаларда зарарланганлигини аниқлаш жуда қийин.

Британия акушер ва гинекологлар киролик коллежи боланинг ривожланишига вируснинг салбий таъсири ҳақида ҳеч қандай далил йўқлигини таъкидлади.

**Вируснинг таърифи. Коронавируслар оиласи (Coronaviridae)** одам ва ҳайвонларни зарарлайди.

2019-йил охирида Хитойнинг Хубэй провинциясидаги Ухан шаҳрида зотилжам ҳолатлари кластерини келтириб чиқарган коронавируснинг янги тури аниқланди ва идентификация қилинди.

COVID-19 ни чакирадиган вирус оғир ўткир респиратор синдром -2 (SARS-CoV-2) ни келтириб чиқарадиган коронавирус сифатида белгиланган, у илгари 2019-nCoV деб номланган.

**Ҳисобланишича, SARS-CoV-2 ҳаво-томчи йўли орқали тарқалади ва гриппнинг тарқалиш йўллари эслатади.**

Бугунги кунда ҳомиладор аёллар инфекцияга кўпроқ мойил эканлиги ҳақида ҳеч қандай далил йўқ.

Ҳомиладор аёлларнинг организмида иммун жавобнинг ўзгариши туфайли янада оғирроқ клиник кўринишининг ривожланиш эҳтимоли ортиши мумкин.

Юқумлилиги. SARS-CoV-2 ( $R_0$ ) ning репродукция индекси 5,7 ни ташкил этади, 95% ДИ (3.8–8.9), яъни бир бемор ўртача 5,7 кишини зарарлаши мумкин. Яширин даври 2 кундан 14 кунгача, ўртача 5-7 кунни ташкил этади.

Клиник белгилар доираси.

- зотилжамнинг йўқлиги, ёки унинг енгил кечиши 81% беморда қайд этилган.
- оғир касаллик (ҳансираш, гипоксиянинг ривожланиши, визуализация тест натижаларига кўра 50% дан ортиқ ўпка тўқимасининг зарарланиши) 14% беморда кузатилган.
- нафас етишмовчилиги, шок, полиорган етишмовчилик билан бирга кузатиладиган критик ҳолатлар 5% беморда қайд этилган.
- ўлимнинг ўртача коэффиценти 2,3%ни ташкил этган ҳамда критик ҳолатда бўлмаган беморларнинг бирортасида ҳам ўлим содир бўлганлиги қайд этилмаган.

**Клиник кўринишлари.**

**Кўп:**

- Иситма (хароратнинг кўтарилиши) – 99%
- Дармонсизлик – 70%да
- Қуруқ йўтал – 59%да
- Иштаҳанинг йўқолиши – 40%да
- Миалгиялар – 35%да
- Балғам ажралиши – 27%да.

**Камрок:**

Бош оғриши, томоқда оғрик, тумов (ринорея), гипосмия, ОИТ бузилишлари (кўнгил айнаши ва диарея), эс-хушининг чалқаш бўлиши, қон туфлаш, юрак тез уриши.

Касалликнинг белгиларсиз кечиш ҳолатлари номаълум, бироқ бундай вариантнинг учраши номаълумлигича қолмоқда.

Ҳомиладорларда кузатиладиган белгилар умумий аҳолидаги беморларда қайд этиладиган симптомлар билан ўхшаш.

### **COVID-19нинг ташхисоти.**

**Ташхис** клиник текширув, эпидемиологик анамнез маълумотлари ва лаборатор текширувларнинг натижалари асосида қўйилади.

#### **Инструментал ташхисот:**

- Ўпкалар КТ

(бажаришнинг имконияти бўлмаса – обзорли рентгенография ёки КҚА УТТ);

- ЭКГ.

**Батафсил баҳолаш:** шикоятларни, касаллик анамнезини, эпидемиологик анамнезини.

**Физикал текширув:** юқори нафас йўллари шиллик пардаларини баҳолаш; ўпкаларнинг аускультацияси ва перкуссияси; лимфа тугунларини пайпаслаш; корин бўшлиғи аъзоларини жигар ва талок ўлчамларини аниқлаб текшириш; термометрия.

- **Лаборатор ташхисот:**
- коннинг умумий тахлили;
- коннинг биокимёвий тахлили;
- С-реактив оксил даражасини текшириш;
- пульсоксиметрия.

– *ЎНЕ кузатилган беморларга:*

- артериал қондаги газларни текшириш;
- коагулограмма.

Шифохонага ётқизиш COVID-19 пандемияси шароитида давлат органлари ва бошқа ташкилотлар, шунингдек тадбиркорлик субъектлари фаолиятини ташкил этишнинг вақтинчалик санитария қоидалари ва меъёрларида назарда тутилган талабларни инобатга олган ҳолда амалга оширилади.

**Ҳомиладорларда оғир кечишининг хавф гуруҳлари.**

Соматик касалликлари мавжуд бўлган ҳомиладорлар:

- Бронхиал астма

- Семизлик (ТВИ>40)
- ГКД
- Буйраklarнинг сурункали касалликлари
- АФС
- Оғир камқонлик
- Аутоиммун касалликлар.

• Зотилжам симптомлари. Умумий аҳолида COVID-19 нинг энг кенг тарқалган жиддий клиник кўриниши зотилжам бўлиб, у тана ҳароратининг кўтарилиши, йўтал, хансираш, ўпкаларда билатерал инфилтратларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади.

#### Оғирлик даражаларига кўра тасниф:

- *Енгил* ( $t < 38,6$ ; йўтал, дармонсизлик, томоқда оғрик, ўрта оғир кечишдаги белгиларнинг йўқлиги)
- *Ўрта оғир* ( $t > 38,5$ ; нафас сони  $> 22$ ; юкламада хансираш; зотилжам (КТ тасдиқланган!);  $SpO_2 < 95$ ; СРБ  $> 10$  мг/л)
- *Оғир* (нафас сони  $> 30$ ;  $SpO_2 < 93$ ; зотилжам авж олганда – 24-48 соат ичида инфилтрация майдони 50% дан ортиқ катталашиши; бекарор гемодинамика; диурез  $< 20$  мл/соат)
- *Ўта оғир* (ЎСВ ўтказиш зарурати билан ЎНЕ, септик шок, полиорган етишмовчилик).

*Ҳомилага таъсири.* Ҳозирги вақтда COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни эрта муддатларда тўхтатишининг, ривожланмайдиган ҳомиладорликнинг юқори хавфи мавжудлиги ҳақида ҳеч қандай маълумотлар йўқ. Коронавирус инфекцияси ва иккинчи триместрда ҳомилани йўқотиши хавфи ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик йўқ. Ҳозирги вақтда вируснинг тератоген хусусиятларни намоён этиши ҳақида далиллар мавжуд эмас.

#### Ҳомиладорликнинг оқибатлари:

Зотилжам ва COVID-19 билан касалланган, аксарияти ЎСВга ўтказилган 41 нафар аёлда ҳомиладорлик оқибатларини тизимли кўриб чиқиш ҳомиладорлик асоратларининг куйидагича учраш ҳолатларини аниқлади:



**Она учун:**

- <37 ҳафталик муддатларда туғруқ - 41,1%;
- Ҳомила пардаларининг туғруқдан олдин ёрилиши-18,8%;
- Презеклампсия-13,6%;
- Кесарча кесиш-91,1%;
- Эрта муддатларда ҳомилани кўтаролмаслик – маълумотлар

йўқ.

**Ҳомила учун:**

- Ўлик туғилиши-2,4%;
- ЖЖДБ га ўтказиш -10%;
- Неонатал ўлим-2,4% (*Di Mascio D, Khalil A, Saccone G, et al Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID 1 -19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020).*

ПЗР усули – ҳомиладорларда COVID-19 лаборатор ташхисотининг асосидир.

**Асосий биоматериал:** бурунхалқум ва/ёки оғизхалқумдан суртма, бронхларни ювилган сувлари, (эндо)трахеал, назофарингеал аспират, балғам.

**Қўшимча биоматериал:** ўпка тўқимаси, яхлит қон, зардоб, сийдик, фекалиялар (*Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens JAMA. Published online March 11, 2020. doi:10.1001/jama.2020.3786).*

Ташхисни тасдиқлаш учун тестларни қайта ўтказиш зарурияти вужудга келиши мумкин. Ташхисот сифатида серологик усуллар ПЗРни ўтказиш имконияти бўлмаган тақдирда қўлланилиши мумкин.

**Ҳомиладорларда COVID-19 лаборатор ташхисотининг бошқа усуллари:**

- **қоннинг умумий таҳлили:** лейкоцитлар сони меъёрда бўлиши ёки камайиши, лимфопения, баъзан – тромбоцитопения кузатилиши мумкин;

- **қоннинг биокимёвий таҳлили:** (мочевина, креатинин, электролитлар, жигар ферментлари, билирубин, глюкоза,

альбумин). Баъзан жигар ферментлари ва креатинфософкиназа даражаларининг ошиши кузатилади;

- С-реактив оксил (СРО): одатда ошган.
- коагулограмма: протромбин вақти, ХМН, ФҚТВ ни аниқлаш билан.

- артериал қондаги газларни текшириш (УНЕ белгиларида): РаСО<sub>2</sub>, рН, бикарбонатлар, лактат (кўрсатма бўйича).

Туғруқхонада барча қабул қилинганлар COVID-19 га текширилишлари зарур.

*Антенатал даврда ёрдам кўрсатувчи муассасалар учун тавсиялар:* Ҳомиладорлар, туғувчи ва туккан аёлларни парвариш қилиш асосий тиббий ёрдам турларидан бири бўлиб, бошқа тиббий ёрдам турлари билан бир қаторда амалга оширилиши лозим.

- Агар аёлларга ёрдам кўрсатилмаса, оналар ўлими, ўлик туғилиш ва бошқа акушерлик асоратларининг хавфи кескин ортиши клиник жиҳатдан исботланган. Асосий терапевтик чоралар (касалликнинг енгил шаклида, t 37,5 гача): кўп суюқлик ичиш, балғам ҳайдовчи воситалар, парацетамол. Шифохонага ётқизиш – **ЎРТА ОҒИР/ОҒИР ШАКЛНИНГ** ақалли 1 та белгиси юзага келганда. Кузатувлар сони – шифохонадан чиқарилгач 3 кунда 1 марта = 10 кун, шифокор томонидан. Тана ҳарорати 37,5°C ва ундан юқори бўлганда ва аҳволи оғирлашганда – шифохонага ётқизиш. Касаллик 3 кунгача давом этса – ХҚБ. Орал гидратация (2 стакан сув/соат). Симптоматик даво.

Муҳим! Имкони борича, антенатал ташрифлар сонини, УТТ сонини, лаборатор текширувлар сонини камайтириш зарур. Шу билан бирга мазкур тадбирларни ҳомиладорликнинг ривожланиши ва кечиши учун хавфсизликни таъминлаган ҳолда амалга ошириш керак.

- Аёлларга муассасаларга ташриф буюриш тавсия этилмайди, қачонки:

- ўз-ўзини изоляция қилиш зарур бўлса;
- ҳомиладор аёл COVID-19 билан оғриган бемор билан мулоқотда бўлганлар орасида бўлса;

– хомиладор аёл узоқ давом этган йўтал ва/ёки тана хароратининг кўтарилиши қайд этилган беморлар билан мулоқотда бўлганлар орасида бўлса.

**Масофадан туриб қуйидаги алоқа воситалари орқали антенатал маслаҳатларни ўтказиш зарур:** телефон, видеоалоқа, интернет, мессенджерлар, турли иловалар, <http://coronavirus.uz> ЎЗР ССВнинг расмий веб-сайти, Telegram бот - [@checkCoronavirusBot](https://t.me/checkCoronavirusBot)

• Агар вазият шошилишч бўлса ёки муаммоларни масофадан туриб ҳал қилишнинг иложи бўлмаса, аёлни юзма-юз учрашувли қабулга келишини сўраш лозим.

• Айнан қайси аёллар масофадан туриб маслаҳат олишлари мумкинлигини маҳаллий тиббиёт ходимлари ҳал қилишлари керак. Антенатал ташрифлар кечиктирилиши мумкин:

– агар симптомлар (доимий йўталдан ташқари) сақланиб турса, **7 кунгача муддатга.**

– COVID-19 билан оғриган бемор билан ёки ушбу касалликнинг эҳтимолий белгилари мавжуд бўлган кишилар билан мулоқотда бўлган аёллар учун **14 кунга**

COVID-19 га шубҳа қилинган ёки тасдиқланган аёл хомиладорликнинг эрта муддатларида кечиктириб бўлмайдиган вазият юзага келганда тиббий муассасага мурожаат қилганида, уни изоляторга жойлаштириш чораларини кўриш, ходимларга эса шахсий химоя воситаларидан фойдаланиш зарур бўлади. Шундан сўнг, бундай аёлларга тиббий ва акушерлик ёрдами тегишли патологияни олиб бориш бўйича одатдаги тавсияларга мувофиқ равишда амалга оширилади.

**Туғруқ вақтида тиббий ёрдам кўрсатувчи муассасалар учун тавсиялар:** инфекция хавфсизлик тамойилларига риоя қилган ҳолда парвариш қилишни ташкил этиш зарур. Тиббиёт ходимларининг минимал сонини жалб қилиш, аммо, шу билан бирга, шошилишч акушерлик, анестезиологик ва неонатал ёрдам кўрсатиш имкониятини таъминлаш лозим.

#### **ЧЕГАРАЛАШ ЗАРУР:**

– Туғруқда шерикнинг иштирокини.

- Туғруқдан кейинги бўлимларга ташрифларни
- Ҳомиладорлар патология бўлимларини.

Аёлнинг қариндошлари ва оила аъзоларига масофавий алоқа усулларидан фойдаланишни тавсия этиш лозим.

COVID-19 га гумон қилинган барча ҳомиладор аёллар тиббий муассасага тез ёрдам машинасида (ТЁМ) олиб борилиши керак. Агар соғликни сақлаш тизими ҳаддан ташқари тўлган бўлса:

- ТЁМда фақат оғир симптомлар кузатилган аёлларни олиб бориш.
- бошқа махсус транспорт воситаларидан фойдаланиш мумкин.

Ходимлар миллий тавсияларга мувофиқ равишда шахсий химоя воситаларидан фойдаланишлари зарур.

Шифохонага қабул қилинганидан сўнг, ҳомиладор аёл изоляторга ўтказилади, у ерда:

- беморнинг шифохонада бўлган барча даврида шароитлар яратилган.
- иложи борича, ходимлар шахсий химоя воситаларини алмаштириши/кийиши мумкин бўлган ёпиқ дахлиз мавжуд.
- санузел мавжуд.
- ортиқча буюм ва нарсалар йўқ.

Хонага фақатгина асосий ходимлар кириши лозим.

Барча фойдаланилган хоналарга миллий кўрсатмаларга мувофиқ ишлов берилади.

COVID-19 тасдиқланмаган, аммо эҳтимолий инфекциянинг борлигига ишора қилувчи симптомлар мавжуд бўлган аёлларга нисбатан ўтказиладиган тадбиирлар. Туғруқхонага кириш жойида инфекция ҳолатларини тез аниқлаш учун тизимни ташкил этиш:

- эшик олдида,
- рўйхатхонада.

Инфекция борлигининг бирламчи аниқланиши аёл қабул бўлимига/рўйхатхонага жойлашишидан олдин (масалан, стулга ўтиришидан олдин) амалга оширилиши керак.

Гумонли ҳолатлар, зарарланиш ҳолатлари ЎзР ССВнинг COVID-19 бўйича Миллий қўлланмасига мувофиқ аниқланиши лозим.

**Манфий тест натижалари олинмагунча, беморга нисбатан COVID-19 билан касалланган бемор сифатида муносабатда бўлиш ва барча эҳтиёт чораларини кўриш керак!**

COVID-19даги белгилар ҳамда акушерлик ҳолати билан боғлиқ бўлган аломатлар (масалан, сув кетганида тана ҳароратининг кўтарилиши) айти бир вақтда содир бўлганида:

- мутахассисларнинг қўшимча маслаҳатини олиш,
- беморни COVID-19 билан касалланган бемор сифатида олиб бориш ва текшириш.

**COVID-19га гумон қилинганда мунтазам бажариладиган акушерлик тадбирларининг ўтказилишини кечиктирмаслик лозим.**

## **COVID-19 ГУМОН ҚИЛИНГАН ЁКИ ТАСДИҚЛАНГАН АЁЛЛАРГА ТУҒРУҚ ВАҚТИДА ЁРДАМ КЎРСАТИШ**

Туғруқ муассасасида COVID-19 гумон қилинган ёки тасдиқланган аёлга одатдаги туғувчи аёлдаги каби акушерлик ёрдами кўрсатилади.

Аёл изоляторга жойлаштирилгач, она ва ҳомила ҳолатини кузатишни бошлаш лозим:

- **COVID-19 симптомларининг оғирлигини баҳолаш:**
  - Агар зарур бўлса, мультидисциплинар жамоа аъзоларини, шу жумладан инфекционист ва тегишли доирадаги мутахассисларни жалб қилиш.

Ҳомиладор аёлда COVID-19нинг мавжудлиги ҳомиладорликнинг тўхтатилишига мутлоқ кўрсатма бўлолмайди, аммо ҳар бир алоҳида ҳолатда туғруқни тезлаштириш масаласи муҳокама этилиши лозим.

Агар онанинг ҳолати қониқарли бўлиб, йўл қўйса, асосий кўрсаткич **ГЕСТАЦИОН МУДДАТ** бўлиши керак.

Туғруқ муддати куйидаги тамойилларни ҳисобга олиниб танланади:

- Акушерлик кўрсатмалардан келиб чикиб, агар аёлда туғруқни эртароқ амалга ошириш учун сабаблар бўлса, масалан, йўлдошнинг олдинда келиши, презклампсия, ҳомиланинг нотўғри ҳолати;

- Ҳомиладор аёлда COVID-19 кечишида ижобий динамика кузатилмаса, акушерлик кўрсатмалар бўлмаган тақдирда ҳам ҳомиладорликни тўхтатиш масаласини кўриб чиқиш зарур,

- Агар COVID-19 билан оғриган ҳомиладор аёлнинг ахволи оғир ёки критик бўлса, гестацион муддатидан катъий назар, ҳаётий кўрсатмалар бўйича туғруқ амалга оширилиши лозим.

Операцион ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш мақсадида кесарча кесишни малакали жарроҳ бажариши лозим, ишончли гемостазга эришишга алоҳида эътибор қаратиш зарур

Соғлиқни сақлаш тизими хаддан ташқари тўлганида, туғруқ гестациянинг 32-34 ҳафталигидан кейин амалга оширилиши баъзи ҳолатларда беморларни кейинги даволаш ва хавфсизлиги учун афзалликларга эга бўлиши мумкин.

Кесарча кесишда кўпроқ мослашувчан ва кенгайтирилган кўрсатмаларни қўллаш зарур. Айниқса, туғруқнинг биринчи даври чўзилган аёлларда оператив туғруқдан кенгроқ фойдаланинг.

Туғруқ вақтида парваришнинг баъзи жиҳатлари. Ўз-ўзидан содир бўладиган ва индукцияланган туғруқларнинг бошланиши.

Аёлда COVID-19 ташхиси гумон қилинганида/тасдиқланганида туғруқ фаолияти бошланиши билан мультидисциплинар жамоанинг куйидаги аъзоларини хабардор қилинг: туғувчи аёлни парваришлаш учун ходимларнинг минимал сонини жалб қилиш лозим. Кечиктириб бўлмайдиган вазият ривожланган ҳолатда жалб этиладиган тиббий ходимлар рўйхатини тузиш. Туғувчи аёлни кузатиш стандарт текширувлар тўпламини баҳолаш ва ўлчаш, шунингдек ҳар соат сатурацияни баҳолашдан иборат бўлади. Туғувчи аёлда сатурация кўрсаткичи 94% дан кам

бўлмаслиги лозим. Зарурият бўлганида кислород беришни тартибга солиш. Ҳеч қандай далил йўклиги сабабли, эпидурал ёки спинал анальгезия ман этилмаган. Оғриқсизлантиришнинг ушбу турларини умумий анестезия заруриятини камайтириш учун тавсия этиш. Иккинчи даврни (инструментал туғруқ) тезлаштириш хақида индивидуал тартибда, туғувчи аёлдаги симптомларга ва унда оғир хансирашнинг пайдо бўлишига, кислород сатурациясининг тушиб кетишига қараб қарор қилинади. Киндик тизимчасини қабул қилинган стандартларга мувофиқ кесиш. Терига тери контактини бажармаслик.

Кесарча кесишни режалаштириш ва туғруқ индукциясида постнатал даврда:

- бошқа ҳомиладорларга,
- тиббий ходимларга,
- янги туғилган чақалоққа

инфекцияни юктириш хавфини камайтириш учун туғруқни кечиктириш имкониятини индивидуал тарзда баҳолаш.

Агар кесарча кесишни кечиктиришни имконияти бўлмаса, COVID-19 ташхиси гумон қилинган/тасдиқланган аёлларни олиб бориш тавсияларига амал қилиш.

- Кесарча кесишни ўтказиш вақтида акушер-гинекологларнинг ҳаракатлари мунтазам бажариладиган амалиётдан фарқ қилмайди.
- Туғруқ индукцияланган аёллар шифохонада бўлгандаги барча даврида изоляторда қолиши керак.

COVID-19 билан оғриган аёлнинг аҳволи оғирлашганда:

Беморни олиб боришда ЭНГ ТАЖРИБАЛИ мутахассислар: акушер-гинеколог, инфекционист, анестезиолог, доядан ташкил топган мултидисциплинар жамоани жалб этиш.

Жамоада беморни олиб бориш режасини муҳокама этиш ва аёлни хабардор қилиш. Энг аввало куйидаги ҳолатларни муҳокама этиш:

- ёрдам кўрсатишда асосий устувор йўналишлар нима эканлигини.

— қайси бўлимда ёрдам кўрсатишни (жадал даволаш палатаси, изоляцион хона, инфекцион бўлим ва ҳ.к.).

— ҳомиланинг аҳволи қандайлигини.

Қуйидаги чора-тадбирларни ўтказиш:

- ҳар соатда барча ҳаётий муҳим кўрсаткичларни назорат қилиш (гемодинамик кузатув).
- сатурацияни 94%дан юқори даражада қувватлаб туриш.
- ҳар соатда нафас ҳаракатлари сонини ва ушбу кўрсаткичнинг динамикасини ўлчаш.

Ёш аёллар респиратор функциянинг бузилишини муайян вақт ичида компенсация қилишлари мумкин, ундан сўнг эса тўсатдан декомпенсация рўй беради. Ҳаттоки, сатурация пасаймасдан НҲС (нафас ҳаракатлари сони)нинг озгина кўпайиши ҳам нафас функциясининг ёмонлашуви ҳақида айтиши мумкин. Мазкур белги кислороднинг берилишини коррекция қилиш заруриятини таъкидлайди. Ҳомиладор бўлмаган аёлдаги каби кўкрак кафаси рентгенографияси ва компьютер томографиясини (КТ) ўтказиш.

• Кўкрак кафаси аъзоларининг визуализация усуллари, хусусан эса компьютерли томография COVID-19 билан оғриган аёлнинг ҳолатини баҳолашда асосий бўлиб ҳисобланади.

• КТ ни дарҳол, кўрсатмалар пайдо бўлиши билан ва ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ўтказилиши лозим.

Ҳомилани ҳимоя қилиш учун аёлнинг қорнида жойлашган махсус фартуклардан фойдаланиш мумкин. Шунингдек саклаш лозимки, аёлда ҳароратнинг ҳар бир кўтарилиши COVID-19 борлиги билан боғлиқ бўлмайди.

- Септик ҳолатни аниқлаш учун скрининг ўтказиш.
- Лейкоцитлар даражаси ошганида бактериал инфекция билан дифференциал ташхисотни ўтказиш.

Инфузион давони эҳтиёткорлик билан ўтказиш.

— бошланғич болюсни (250-500 мл) юбориш

— зўриқиш белгиларининг мавжудлигини баҳолаш



– агар иложи бўлса, суюқликларнинг қўшимча хажмини юборишга киришиш.

Ҳомиланинг ҳолатини назорат қилиш сони ва заруриятини индивидуал тартибда, хомиланинг гестацион муддати ва онанинг аҳволини эътиборга олган ҳолда кўриб чиқиш.

Шошилич туғруқ. Шошилич туғруқ агар онанинг аҳволи имкон берса қабул қилинган стандартларга мувофиқ ҳомила томонидан бўлган кўрсатмалар бўйича ўтказилади.

Туғруқкача онанинг аҳволини барқарорлаштиришга эришиш зарур, шунингдек кўриб чиқиш лозим:

- хомиланинг ҳолатини
- туғруқдан сўнг онанинг аҳволини яхшилаш учун потенциал имкониятларни
- гестацион муддатни.
- Ҳомилада РДСни олдини олиш учун глюкокортикоидларни қабул қилинган акушерлик стандартларига мувофиқ тайинлаш.
- Глюкокортикоидларни тайинлаш шошилич туғруқни кечиктиришнинг сабабчиси бўлмаслиги лозим. Ҳар доим онанинг ҳолатига устунлик берилиши лозим.

**Кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларни даволашнинг асосий тамойиллари:**

Инфузион терапия: гипотоник кристаллоидли эритмалар даволашнинг асоси бўлмаслиги лозим, коллоидли эритмаларни қўллаш тавсия этилмайди. Беморларни ноль ёки кичикрок манфий нисбатда олиб бориш зарур.

**ЎНИВ:** бирламчи респиратор терапия– оксигенотерапидан самара бўлмаганида, бошланғич тактика учун ЎНИВ рухсат этилади; муқобил ЎНИВ ҳам юқори тезликдаги назал оқим сифатида хизмат қилиши мумкин;

**ЎСВ:** ЎНИВдан самара кузатилмаганида - гипоксемия, метаболик ацидоз ёки 2 соат мобайнида  $PaO_2/FiO_2$  индексининг ортиши кузатилмаганида, нафаснинг юқори частотасида қўлланилади;

**ЭКМО:** асосий кўрсатма бўлиб, хар қандай ЎСВни 5 кундан ортик бўлмаган вақт мобайнида ўтказилиши билан бирга қайд этилган ЎРДСнинг ўрта оғир ва оғир кечиши ҳисобланади.

**Септик шок:** зудлик билан кристаллоид эритмаларни томир ичига инфузион терапияси (30 мл/кг, 1 л эритманинг инфузияси 30 дақиқа мобайнида).

ЖЖДБга ўтказиш учун кўрсатмалар:

- НХС 30та/дақ. дан кўп
- SpO<sub>2</sub> 93%
- PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 300 мм. сим. уст.
- зотилжам авж олганда
- (24-48 соатдан сўнг инфилтратив ўзгаришлар майдонини 50% дан кўпроқ катталашиши)
- эс-хуши даражасининг пасайиши
- респиратор қувватлашнинг зарурияти
- (ўпкаларнинг ноинвазив ва инвазив вентилицияси)
- бекарор гемодинамика
- (систолик АБ 90 мм. сим. уст. дан паст
- ёки диастолик АБ 60 мм. сим. уст. дан паст, вазопрессорли воситаларга эҳтиёж, диурез 0,5 мл/кг/соат дан кам)
- полиорган етишмовчилик синдроми
- qSOFA > 2 балл
- артериал қондаги лактат > 2 ммоль.

**Туғруқ залида янги туғилган чақалоқларга ёрдам кўрсатиш:**

- COVID-19 ташхиси гумон қилинган/тасдиқланган аёлларнинг туғруқ вақтида мультидисциплинар жамоанинг аъзоси - **АЛОҲИДА НЕОНАТОЛОГ** иштирок этиши лозим.

• Агар **янги туғилган чақалоққа жонлантириш зарур бўлса, тиббий ходимга нисбатан хавфни камайтириш учун барча тадбирларни алоҳида хонада амалга ошириш** ҳақидаги масалани кўриб чиқинг.

- Ходимнинг шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланишини талаб этувчи тадбирлар ва муолажалар

- интубация
- СРАР-терапия

Агар иложи бўлса, респиратор қувватлашга муҳтож бўлган чақалокларни парвариш қилиш кувезларда амалга оширилиши лозим.

- Туғруқдан кейинги даврни олиб бориш беморнинг умумий аҳволига боғлиқ.

- Барча ҳолатларда янги туғилган чақалокни алоҳида изоляция қилмаслик (анъанавий тарзда).

- Бирок, агар онаси рухсат сўраса, баъзи ҳолатларда то онадаги изоляция бўйича чоралар тўлиғича бартараф этилмагунча, болани чақалоклар бўлимига ўтказиш мумкин.

- COVID-19 ташхиси тасдиқланган чақалокларнинг парвариши вақтида инфекция тарқалиши устидан тўлиқ назорат ўрнатиш.

- Аёлларга қўлларини яхшилаб ювиш, чақалокларни парваришlash вақтида ниқобдан фойдаланишни тавсия этиш.

- Боласини эмиздиришга қарор қилган аёлларга буни қўлларини ювишгач ва ниқоб таққанларидан сўнг рухсат бериш.

**Янги туғилган чақалокларда COVID-19 га тест ўтказиш.**

- Янги туғилган чақалокларда COVID-19 га биринчи тест туғруқдан сўнг 12-24 соат ўтгач амалга оширилади (эртароқ тест қилинганда, у сохта натижа кўрсатиш эҳтимоли юқори).

- Натижаларни тасдиқлаш учун қайта тест 24 соатдан кейин ўтказилади.

- Тест учун намуна сифатида назофарингеал, ёки орофарингеал суртма олинади.

- Кейинги тестлаш кўрсатма бўйича амалга оширилади (масалан, она соғайиб кетганида чақалок аҳволининг оғирлашуви, инфекционист ва бошқаларнинг тавсияси).

Онада COVID-19нинг мавжудлиги чақалокни патология бўлимига ўтказиш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди. Янги туғилган чақалок аҳволини клиник жиҳатдан баҳолашни қабул қилинган стандартларга мувофиқ ўтказинг. Агар боланинг ҳолати йўл

қўйса, онаси билан биргаликда қолиш масаласини кўриб чиқинг. Патология бўлимига ўтказилганда чакалоқларни олиб боришда одатдаги мезонлар ва амалиётдаги қабул қилинган стандартлардан фойдаланиш лозим. Септик ҳолат ривожланишига нисбатан алоҳида ҳушёрликни намоён этиш керак. Шифохонадан чиқиш вақтида аёлни тиббий ёрдам ва шифохонага ётқизиш учун қайта муурожаатни талаб этадиган белгилар ҳақида хабардор қилиш лозим. Режали анъанавий тадбирлар ва муолажаларни (масалан, эшитишини текшириш) кечиктириш мумкин. COVID-19 билан оғриган оналардан туғилган чакалоқлар, эҳтиёткорлик чораларига қатъий риоя этган ҳолда, овқатлантириш бўйича мавжуд стандарт тавсияларга мувофиқ озикланиши лозим.

- Барча муҳтож аёлларга тақдим этиш лозим:
  - кўкрак сути билан озиклантириш масалалари бўйича маслаҳат бериш.
  - асосий руҳий-ижтимоий қўллаб-қувватлаш.
  - кўкрак сути билан озиклантиришни бошлаш ва давом эттириш бўйича амалий қўллаб-қувватлаш.
  - инфекция юқишини олдини олиш бўйича тавсиялар.

Агар онанинг оғир аҳволи унга болани парвариш қилишга ёки кўкрак сути билан эмиздиришга имкон бермаса, сутни соғишни тавсия этиш лозим.

Агар онанинг оғир аҳволи унга кўкрак сути билан эмиздиришга ёки сутни соғишга имкон бермаса, чакалоқни донорнинг кўкрак сути ёки она сутининг тегишли ўрнини босувчи озиқаси билан озиклантириш имкониятини кўриб чиқиш керак.

## **ҲОМИЛАДОРЛАР, ТУҒУВЧИ ВА ТУҚҚАН АЁЛЛАРДА COVID-19 НИ ДОРИ-ДАРМОНЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**

Ҳомиладорлар, туғувчи ва туққан аёлларни этнотроп даволаш ҳозирги вақтда ишлаб чиқилмаган. Агар она учун кутилаётган фойда ҳомила учун потенциал хавфдан устун бўлса,

шунингдек ҳаётий кўрсатмалар бўйича вирусга қарши воситаларни тайинлаш мумкин.

**Рекомбинант интерферон альфа 2b (FDA бўйича C тоифа)**

• **Препаратнинг дозаси: небулайзердан фойдаланган ҳолда 5 млн. МЕД 2 мл инъекция учун стерил сўвда эритилиб, кўнига икки маҳал**

**Лопинавир + ритонавир (FDA тоифаси аниқланмаган)**

• **Препаратнинг дозаси: 14 кун мобайнида 400 мг лопинавир + 100 мг ритонавир ҳар 12 соатда таблетка шаклида тайинланади.**

• **Перорал қабул қилишнинг иложи бўлмаса**, препаратлар назогастрал зонд орқали **суспензия шаклида (5 мл) ҳар 12 соатда 14 кун мобайнида** юборилади.

Даволашни иложи борича эртароқ бошлаш лозим. Кўкрак сути билан озиклантиришни давом эттириш масаласи она ҳолатининг оғирлигига қараб ҳал қилинади.

Патогенетик даволаш.

**Регидратация.** Организмга суюқликларни етарлича киришини таъминлаш зарур. Бу асосан перорал регидратация ҳисобига таъминланиши лозим.

Суюқликларга бўлган суткалик эҳтиёж иситма, ҳансираш, диарея, қусиш вақтида суюқликларнинг йўқолиши (агар беморда шундай симптомлар бўлса) ҳисобга олинган ҳолда ҳисобланиши керак. Агар соматик патология бўйича монеликлар бўлмаса, ўртача суюқликларнинг етарли миқдори суткасига 1,5-2 литр ва ундан кўпни ташкил этади.

**Оғир шаклида**

• Инфузион терапияни ўтказишда суюқликларни юбориш тезлиги муҳим аҳамиятга эга. Суюқликларни юбориш тезлиги қанчалик суст бўлса, бемор учун шунчалик хавфсиз бўлади.

• Ифодаланган интоксикацияда, шунингдек қориндаги ёқимсизликда, кўнгил айниши ва/ёки қусишда энтеросорбентларни қўллаш (коллоидли кремнийнинг диоксиди, полиметилсилоксанаполигидрат ва бошқалар) кўрсатилган.

- **Антикоагулянтлар.** ПМГ (клексан – 0,4 – 0,6 мг х 2 маҳал/сут). Тугрукдан 8 соатдан олдин бекор қилиш ва тугрукдан сўнг 8 соат ўтгач ва перидурал катетерни олиб ташлангач яна бошлаш.

- **Яллиғланишга қарши воситалар.** ГКГ (дексаметазон 8 мг х 2 маҳал в/ига).

**Балғамни тартибга солувчи даво:** ўзида уч воситадан бирини мужассам этиши мумкин:

1. Амброксол 30 мг дан кунига 3 маҳал ичиш ёки 1 мл (7,5 мг)дан т/о, м/о ёки в/и га кунига 2-3 маҳал юбориш.

2. Ацетилцистеин 200 мг кунига 2–3 маҳал ичиш, ёки 600 мг кунига 1 маҳал, ёки 300 мг (3 мл)дан м/о ёки в/ига кунига 1–2 маҳал (парентерал юбориш воситани ичиш учун қабул қилиш имконияти бўлмаганида кўрсатилган) Суткалик дозаси — 600 мг

3. Бромгексин (биринчи триместрда эмас!) 1–2 таблетка 8 мг дан кунига 3-4 маҳал.

## ТЕСТ САВОЛЛАРИ

1. Ҳомиладор аёлларда энг кўп учрайдиган экстрагенитал касалликлар:

- Юрак-қон томир тизими касалликлари
- Буйрак касалликлари
- Қандли диабет
- Инфекциялар

2. Ҳомиладорликда юрак-қон томир тизимига тушадиган юкламанинг ошиши нимага боғлиқ:

➤ Моддалар алмашинувининг кучайиши, АКХ (айланиб юрувчи қон ҳажми)нинг кўпайиши, тана вазнининг доимий тарзда ортиб бориши билан

➤ Юрак-қон томир тизимига тушадиган юкламанинг ошиши, конда гормонлар таркибининг кўпайиши, камқонлик билан

➤ Простагландинлар ва окситоцин таркибининг кўпайиши, бачадон ўлчамларининг катталашиши, қорин ичи босимининг ортиши билан

➤ Диафрагма ҳаракатининг чегараланиши, юрак ҳолатининг ўзгариши, физиологик тахикардия билан

3. Юрак ва қон томир касалликларидан азият чекадиган аёллар ҳолатига ҳомиладорларда кузатиладиган юрак-қон томир тизимидаги қандай физиологик ўзгаришлар салбий таъсир кўрсатиши мумкин:

- Барча санаб ўтилганлар
- АКХнинг кўпайиши
- Тана вазнининг доимий тарзда ортиб бориши
- Простагландинлар ва гормонлар таркибининг кўпайиши

4. Ҳомиладорлик даврида энг муҳим гемодинамик ўзгариш нимадан иборат?

- Юракдан қон отилиб чиқишининг ортиши
- Юрак қисқаришлар сонининг ортиши

- Артериал босимнинг кўтарилиши
  - Чап қоринча фаолиятининг кучайиши
5. Ҳомиладорликнинг қайси муддатида юракдан қоннинг максимал даражада кўп отилиб чиқиши қайд этилади?
- 20-34 ҳафталикда
  - 4-8 ҳафталикда
  - 10-20 ҳафталикда
  - 36-40 ҳафталикда
6. Ҳомиладорликнинг қайси муддатида юракнинг фаолияти айниқса кучаяди?
- 26-32 ҳафталикда
  - 20-34 ҳафталикда
  - 36-40 ҳафталикда
  - 4-8 ҳафталикда
7. Ҳомиладорликнинг қайси муддатида АҚХ максимал даражага етади?
- 29-36 ҳафталикда
  - 24 ҳафталикдан кейин
  - 36-40 ҳафталикда
  - 4-8 ҳафталикда
8. Туғруқ вақтида АҚХ қандай ўзгаради?
- Сезиларли даражада ўзгармайди
  - Кескин ортади
  - Кескин камаяди
  - Бирозгина ортади
9. Ҳомиладорликда МВБ (марказий веноз босим) қандай ўзгаради?
- Норманинг юқори чегарасида бўлади
  - Кўтарилади
  - Пасаяди
  - Ўзгармайди



10. Оператив акушерлик аралашувларида гемодинамикага нима катта таъсир кўрсатади?

- Анестезия ва анальгезия усули
- Юрак-қон томир тизимининг дастлабки ҳолати
- Аралашув усули
- Операциянинг давомийлиги

11. Пастки ковак вена босилиш синдроми ривожланишининг асосий сабаби:

- Барча санаб ўтилганлар
- Юрак-қон томир тизимининг етарли даражада мослашмаганлиги, юракка веноз қони оқиб келишининг камайиши
- Бачадон ҳажмининг ортиши
- Пастки ковак венага тушадиган босим

12. Пастки ковак вена босилиш синдромини даволаш усуллари:

- Аёлни дарҳол ён томонга буриш
- Дори-дармонлар билан даволаш талаб этилмайди
- Зудлик билан артериал босимни кўтарувчи воситаларни юбориш
- Тўлик тинчликни яратиш ва каровотнинг оёқ учини кўтариб қўйиш

13. Ҳомиладорда систолик юрак шовқини:

- Ҳомиладорлик физиологик кечганда эшитилиши мумкин
- Фақат юракдаги оғир касалликнинг белгиси бўлиб ҳисобланади

- Фақат оғир презклампсия белгиси бўлиб ҳисобланади
- Соғлом ҳомиладорларда эшитилмайди

14. Соғлом ҳомиладорларда ЭКГнинг асосий кўрсаткичлари:

- Барча санаб ўтилганлар
- Электр ўқининг чапга оғиши
- ST сегментининг пасайиши
- Чуқур Q тишчаси нафасни ушлаб турганда камаяди

15. Соғлом ҳомиладор аёлларда тана вазни қандай ўзгаради?

- Ҳомиладорликнинг охирида 10-12 кг га ортади
- Ўзгармайди
- Ҳомиладорликнинг 20-чи ҳафталигидан бошлаб 10-12 кг га

ортади

- Камаяди, айниқса эрта токсикозларда

16. Ҳомиладорликнинг қандай муддати ревматик миокардит билан оғриган ҳомиладорлар учун энг хавфли бўлиб ҳисобланади ?

- 12 ҳафталикдан сўнг
- 38-40 ҳафталик
- 28-32 ҳафталик
- 20 ҳафталикдан сўнг

17. Ҳомиладорларда ўткир чап қоринча етишмовчилигининг сабаблари:

- Барча санаб ўтилганлар
- Аортал нуқсон
- Оғир гипертензия
- Оғир камқонлик

18. Онадаги қандай юрак касалликлари ҳомилага таъсир қилади?

- Юрак туғма касалликларининг кўп учраши
- Ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди
- Бошқа аъзолар ривожланиш аномалияларининг кўп учраши
- Қалла ичи қон қуйилишининг кўп учраши

19. Ҳомиладорликда ревматик жараённинг фаоллиги қандай аниқланади?

➤ Хужжатлар билан тасдиқланган анамнестик маълумотлар ҳамда ҳомиладорлик содир бўлишидан биров олдин субфебрилитетнинг бўлиши

➤ Ҳомиладорликнинг ўзи ревматизмнинг кучайишига сабаб бўлади

- Кескин ифодаланган бўғим кўринишлари бўйича

➤ Субфебрилитет, ЭЧТ тезлашуви, лейкоцитознинг ортиши – энг ишончли белгилар

20. Ҳомиладорларда юракнинг орттирилган ревматик нуқсонлари салмоғи қандай?

➤ Митрал стеноз, митрал клапан етишмовчилиги, аортал клапан етишмовчилиги, аортал стеноз

➤ Уч табақали клапаннинг етишмовчилиги, уч табақали клапаннинг стенози, ўпка артерияси клапанининг нуқсони, клапандаги ревматик нуқсонларнинг кўплиги

➤ Клапандаги ревматик нуқсонларнинг кўплиги, митрал клапан етишмовчилиги, аортал клапан етишмовчилиги, ўпка артерияси клапанининг нуқсони

➤ Митрал клапан етишмовчилиги, аортал клапан етишмовчилиги, митрал клапан стенози, аортал клапан стенози

21. Юрак ва қон томир касалликларидан азият чекадиган аёлларда ҳомиладорликдаги хавф даражаси нимага боғлиқ?

➤ Юрак етишмовчилиги симптомларининг бор-йўқлигига

➤ Презклампсия билан бирга кечишига

➤ Ўз вақтида бажарилган жарроҳлик аралашувиغا

➤ Ихтисослаштирилган туғруқхона шароитида туғруқни амалга ошириш имкониятига

22. Л.В. Ванина бўйича қандай хавф даражасида ҳомиладорликка рухсат берилади?

➤ I, II да

➤ III, IV да

➤ Барчасида

➤ Ҳомиладорликка рухсат берилмайди

23. Ҳомиладорларда энг кўп кузатиладиган юракнинг ревматик нуқсони - бу:

➤ Митрал стеноз

➤ Аортал стеноз

➤ Аортал клапан етишмовчилиги

➤ Митрал клапан етишмовчилиги

24. Ҳомиладорларда инфекцион миокардитдан кейин кузатиладиган асосий белгилар:

- Узок вақт кечиши, турғун экстрасистолия, вирусли инфекциядан сўнг бир неча кун ўтгач
- Оёқларда шиш, субфебрил харорат, вирусли инфекциядан сўнг бир неча кун ўтгач
- Вирусли инфекция пайтида ўткир нафас ва юрак етишмовчилиги
- Яширин кечиши, симптомлар фақатгина касалликнинг охири босқичида пайдо бўлади

25. Перинатал кардиомиопатия бу:

- Юракнинг ҳомиладорлик ва туғруқ билан боғлиқ дилатацион катталашиши
- Юракнинг портал венада босимнинг ортиши билан боғлиқ катталашиши
- Чап қоринча бўшлиғининг кичрайишига олиб келувчи қоринчалараро тўсиқнинг гипертрофияси билан боғлиқ бўлган касаллик
- Туғруқдан кейинги даврда кузатиладиган миокард гипертрофияси

26. Ҳомиладорларда миокардиодистрофиянинг сабаблари:

- Тиреотоксикоз, камқонлик
- Ўтказилган миокард инфаркти
- Гормонал бузилишлар, юрак томирларининг склерози
- Интоксикация

27. Ҳомиладорларда миокард инфарктининг хавф омиллари:

- Чекиш ва гормонал контрацептив воситаларни узок вақт давомида қабул қилиш
- Коронар томирларининг ривожланиш аномалиялари
- Коронар томирларининг эрта атеросклерози
- Ҳомиладорлик билан боғлиқ гормонал ўзгаришлар

28. Ўткир ости бактериал эндокардитда акушерлик тактика:

- Ҳомиладорликни эрта муддатда тўхтатиш
- Ҳомиладорликни юрак етишмовчилик симптомлари пайдо бўлганда тўхтатиш

➤ Ҳомиладорликни муддатида тўлган вақтда кесарча кесиш

➤ Туғруқнинг индукцияси

29. Ҳомиладорлик давридаги аритмиялар далолат беради

➤ Юрак касалликлари мавжудлиги ҳақида

➤ Юракнинг ҳомиладорлик билан боғлиқ гемодинамик зўриқиши ҳақида

➤ Ревматик жараённинг кўзғалиши ҳақида

➤ Ҳомиладорликда кузатиладиган юрак-қон томир тизимидаги физиологик ўзгаришлар

30. Юрак нуқсони туфайли операция қилинган аёлларга

➤ Она бўлиш имконияти мавжуд

➤ Ҳомиладорлик ман этилади

➤ Фақат комиссуротомиядан кейингина ҳомиладор бўлиши ва туғруқ амалга ошиши мумкин

➤ Юрак туғма нуқсони туфайли болалигида ўтказилган операциядан кейингина ҳомиладор бўлиши ва туғруқ амалга ошиши мумкин

31. Юрак туғма нуқсонлари туфайли операция қилинган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ муваффақиятли кечиши мумкин

➤ Жисмоний юклама билан ўтказилган синамаларнинг яхши натижалари кузатилганда

➤ Фақатгина болалигида очик артериал оқим муваффақиятли коррекция қилинганида

➤ 35 ёшгача нуқсоннинг ҳар қандай тури жарроҳлик йўли билан коррекция қилганидан сўнг

➤ Декомпенсация симптомлари кузатилмаганида

32. Ҳомиладорликда митрал стенозни замонавий шароитларда жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмалар:

➤ Ҳомила учун янада қулай шароитларни яратиш

- Авж олиб боровчи юрак етишмовчилиги
- Ўпка шиши
- Юрак етишмовчилигининг профилактикаси

33. Юрагида клапанли протези мавжуд бўлган аёллар

➤ Ҳомиладорлик даврида тромбоэмболиянинг ўта юқори хавфига эга

- Ҳомиладорлик ва туғруқ меъёрда кечиши мумкин
- Ҳомиладорликка мутлоқ монеликлар тоифасига киради
- Агар антикоагулянт давони доимий равишда қабул қилинса ҳомиладор бўлиши мумкин

34. Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган аёлларда ҳомиладорликнинг жоизлиги тўғрисидаги масала қуйидагиларга қараб ҳал қилинади:

➤ Ахволи, ёши, турмушга чиқишидан олдинги малакали текширув имкониятларига қараб

- Ёшига қараб
- Декомпенсация симптомлари бор-йўқлигига қараб
- Ёшига ва паритетга қараб

35. Ҳомиладорликда ревматик жараён фаоллигининг даражасини аниқлаш лозим

➤ Уч маротаба – ҳомиладорликнинг дастлабки 3-чи ва охириги 2-чи ойида, туғруқдан кейин

➤ Уч маротаба – дастлабки 12 ҳафталикда, 28-32 ҳафталикда, туғруқдан олдин

- дастлабки 12 ҳафталикда ва туғруқдан кейин
- 20 ҳафталикдан сўнг ва туғруқдан кейин

36. Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган ҳомиладорларни шифохонага ётқизиш муддатлари:

- 8-10 ҳафталик, 28-29 ҳафталик, 37-38 ҳафталик
- 12 ҳафталиккача, 20-24 ҳафталик, 36-40 ҳафталик
- 20 ҳафталикдан кейин
- 12 ҳафталикдан то туғруқ тугагунича

37. Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган ҳомиладорларда кардиологик назоратни ўтказиш лозим

➤ Ҳомиладорликнинг биринчи ярим йиллигида ҳар 2 ҳафтада ва иккинчи ярмида ҳар ҳафтада

➤ 8-10 ҳафталик, 28-29 ҳафталик, 37-38 ҳафталик

➤ 12 ҳафталиккача

➤ 12 ҳафталиккача ва туғруқдан олдин

38. Юрак-қон томир касалликлари билан оғриган аёлларда ҳомиладорликни сақлаш ҳақидаги масалани ҳал этиш лозим

➤ Дастлабки 12 ҳафталикда

➤ Декомпенсация белгилари пайдо бўлганда

➤ Фақат ихтисослаштирилган шифохонада доимий қолиш шарти билан ижобий томонга ҳал этилади

➤ Ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафталигида

39. Ревматизм билан оғриган ҳомиладорларда бициллинопрофилактика

➤ Мумкин

➤ Мумкин эмас

➤ Бошқа антибиотиклар бўлмаганидагина кўрсатилган

➤ Фақат салицилатлар билан бирга қўллаш кўрсатилган

40. Ревматизм билан оғриган ҳомиладорларда ацетилсалицил кислотаси

➤ Туғруқдан бир ҳафта олдин бекор қилишни талаб қилади

➤ 6 г суткалик дозада ревматик жараённинг III даражадаги фаоллигини даволашнинг самарали усули бўлиб ҳисобланади.

➤ Туғруқ вақтида қон йўқотишини 300 мл га оширади

➤ Туғруқ давомийлигини тахминан 5 соатга узайтиради

41. Ўткир ости бактериал эндокардит билан оғриган ҳомиладорларни даволашнинг асосий тамойили

➤ Пенициллин қаторидаги антибиотикларни катта дозада қўллаш

➤ Бак. текширув жавоби олинганидан сўнггина антибиотикларни қўллаш

➤ Бак.текширув жавоби олингунига қадар канамицинни қўллаш

➤ Ҳомиладорликнинг эрта муддатларидан бошлаб цефалоспоринларни ўртача суткалик дозада қўллаш

42. Ҳомиладорларда пароксизмал тахикардияни даволаш

➤ Шошилиш равишда қилинган ЭКГсиз амалга оширилмаслиги лозим

➤ Дарҳол в/ига 6 мл кордарон юбориш лозим

➤ Даво тактикаси касалликнинг келиб чиқишига боғлиқ эмас

➤ Қоринчалар усти тахикардияси алоҳида эътибор ва даволашни талаб этади

43. Юрак клапанлари протез қилинган ҳомиладорларни олиб боришнинг асосий тамойили:

➤ Механик протез мавжуд бўлганида билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтларни гепарин билан алмаштириш лозим

➤ Туғруқдан олдин ва кейин билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар қабулини давом эттириш

➤ Ҳомиладорлик эрта муддатда тўхтатилиши лозим

➤ Антибиотикларни тайинламаслик лозим, чунки эндокардит ривожланиш эҳтимоли деярли йўқ

44. Юрак касалликлари мавжуд бўлган ҳомиладорларда кесарча кесиш операциясига кўрсатмалар:

➤ Фақат акушерлик кўрсатмалар

➤ Юрак нуқсонлари

➤ Юракда ўтказилган операциядан кейинги ҳолат

➤ Декомпенсацияни олдини олиш учун қон айланишининг компенсацияси

45. Юрак-қон томир касалликлари мавжуд тукқан аёлларнинг эмиздириши

➤ Қон айланишининг етишмовчилиги қузатилмаганида аҳволни оғирлаштирамайди

➤ Ман этилади



➤ Фақатгина онанинг антикоагулянтларни қабул қилиши туфайли ман этилади

➤ Она ва ҳомила ҳолатидан қатъий назар эмиздириши мумкин

46. Юрак-кон томир касалликлари мавжуд бўлган аёлларда тиббий кўрсатмалар бўйича ҳомиладорликни тўхтатиш

➤ Олдиндан тайёргарлик ва яхшилаб оғриксизлантиришни талаб этади

➤ Асоратларни олдини олиш учун иложи борича эртарок амалга ошириш лозим

➤ Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида мефипристонни тайинламасдан туриб амалга ошириш лозим

➤ Ҳомиладорликнинг кечки муддатларида танлов усули бўлиб гипертоник эритмаларни интраамниал юбориш ҳисобланади

47. Гипертония касаллигида ҳомиладорлик

➤ Хавfli шакли ва III босқичда мумкин эмас

➤ Ҳар қандай шаклида мумкин эмас

➤ Фақат презклампсия симптомлари қўшилганида тўхтатилиши лозим.

➤ Туғруқ муддатигача ихтисослаштирилган стационарда амалга оширилиши лозим.

48. Артериал гипертензиядан азият чекадиган ҳомиладорларни олиб бориш:

➤ Эрта муддатларда шифохонага ётқизиш

➤ Презклампсия симптомлари қўшилганида шифохонага ётқизиш

➤ Диастолик А/Б 80 мм сим.уст. бўлганида антигипертензив воситалар билан даволаш лозим

➤ Антигипертензив воситалар билан даволашни диуретикларни тайинлаш билан уйғунлаштириш лозим

49. Ҳомиладорликда веналар варикоз кенгайишини даволаш

➤ Фақатгина консерватив

➤ Асоратлар ривожланганда жарроҳлик йўли билан даволаш кўрсатилган

➤ Консерватив даводан самара бўлмаганида жарроҳлик йўли билан даволаш кўрсатилган

➤ Ҳомиладорлик даврида жарроҳлик йўли билан даволаш ҳомиладорликдан ташқаридаги даврга караганда самаралироқ

50. Физиологик ҳомиладорликда ифодаланган функционал ўзгаришларнинг бўлиши хос:

➤ Сийдик чиқариш йўллари

➤ Буйраклар

➤ Сийдик пуфаги

➤ Сийдик йўли

51. Ҳомиладорликда сийдик чиқариш йўллари физиологик дилатацияси ва гипокинезияси максимал даражага етади

➤ 18-20 ҳафталикда

➤ 28-30 ҳафталикда

➤ 36-38 ҳафталикда

➤ 38-40 ҳафталикда

52. Ҳомиладорликдаги қандай физиологик ўзгаришлар гидронефрозни келтириб чиқариши мумкин?

➤ Косача, жом ва сийдик йўлларидаги мушакларнинг мотор фаолиятини бузилиши

➤ Сийдик ажратиш тизими аъзоларининг ҳомиладор бачадон томонидан босилиши

➤ Пуфак-сийдик йўллари рефлюкси

➤ Гормонал ўзгаришлар

53. Ҳомиладорларда сурункали пиелонефрит ташхисини тасдиқлаш учун нимани амалга ошириш зарур

➤ Барча санаб ўтилганларни

➤ Сийдик экмасини

- Сийдик таҳлилини
- Вена ичига урографияни

54. Сурункали пиелонефрит билан оғриган ҳомиладорлар учун фойдали

- Уросептиклар курсини навбатлаб қўллаш
- Ош тузини чегаралаш
- Суюкликни чегаралаш
- Оксилни чегаралаш

55. Ўткир циститда асосий даволаш йўналиши ҳисобланади

- Нитрофуран қаторидаги воситаларни қабул қилиш
- Ётоқ тартиби
- Қорин пастига иссиқ қўйиш
- Белладоннали шамча қўйиш

55. Инфекцияни олдини олиш учун антибиотикларни қайси касалликдан сўнг ҳомиладорлик тугагунига қадар ва туғруқдан кейинги даврда 2 ҳафта давомида қўллаш лозим

- Ўткир пиелонефрит
- Ўткир цистит
- Сурункали пиелонефрит
- Сийдик чиқариш йўлларининг ҳар қандай инфекцияси

кўринишида

56. Ҳомиладорларда ўткир пиелонефритни даволашда

➤ Клиник натижа одатда даволашни бошлагандан сўнг 48 ва 72 соат орасида кўринади

➤ Шок камдан кам ҳолларда кузатилади ва ҳаётга хавф солувчи бошқа инфекция кўриниши сифатида кўриб чиқилиши лозим

➤ Антибиотиклар билан даволашни бак. текширув натижаларини олмасдан туриб бошламаслик лозим

➤ Антибиотиклар билан даволаш курси 7 кунни ташкил этади

57. Ёш айларда сийдик чиқариш тизимининг кайталанувчи инфекцияларини олдини олиш учун нима қилиш лозим

➤ Агар инфекция жинсий ҳаёт билан боғлиқ бўлса, профилактика мақсадида жинсий алоқадан сўнг антибиотикларнинг бир марталик дозасини тайинлаш

➤ Куз ва баҳорда уросептикларни тайинлаш ҳамда кўп иссиқ кўйиш

➤ Жинсий алоқа вақтида презервативлардан фойдаланишни тавсия этиш

➤ С витамини қабул курсларини тавсия этиш

58. Ҳомиладорликда бактериурия

➤ Аксарият ҳолларда инфекциянинг тарқалишига ва ўткир касалликлар ривожланишига олиб келади

➤ Аксарият ҳолларда ҳеч қандай намоён бўлмайди

➤ Вақтидан олдинги туғруқ ва кам вазнли болалар туғилиши билан боғлиқ эмас

➤ Антибиотиклар тайинланиши талаб этилмайди

59. Ҳомиладорлардаги ўткир пиелонефритда антимикробли терапиянинг давомийлиги

➤ 14 кун, кейин профилактика мақсадида ҳомиладорлик тугагунигача ва туғруқдан кейинги дастлабки 2 ҳафта

➤ 7-10 кун

➤ Тана ҳарорати ва умумий аҳволи меъёрга келгач 72 соат

➤ Аҳволи яхшиланиши ва тана ҳарорати меъёрга келгунича

60. Сийдикнинг уч стаканли синамаси нима учун ўтказилади?

➤ Яллиғланиш жараёнининг локализациясини дифференциал ташхисоти

➤ Ўткир цистит ташхисоти

➤ Белгиларсиз кечадиган бактериурия ташхисоти

➤ Ўткир пиелонефрит ташхисоти

61. Гестацион пиелонефритни даволаш учун қандай антибиотикларни афзал билиш лозим?

- Аминогликозидларни бетта-лактам билан бирга
- Табiiй ва ярим синтетик пенициллинлар
- Цефалоспоринлар
- Метронидазол

62. Гестацион пиелонефритдан соғайиш мезонлари

➤ Клиник симптомларнинг ҳамда сийдик таҳлилида уч маротаба текширганда патологик ўзгаришларнинг йўқлиги

- Клиник симптомларнинг йўқолиши
- Сийдикнинг бак.текширувида патоген микрофлоранинг ўсмаганлиги

➤ Нечипоренко бўйича сийдик таҳлилининг меъёрда бўлиши

63. Оғир даражали камқонликда гемоглобиннинг қандай даражаси мос келади?

- 70г/л
- 60 г/л
- 80 г/л
- 90 г/л

64. Ҳомиладорларда гломерулонефритнинг прогнози

➤ Касалликнинг муайян шакллари прогнозини яхши деб ҳисоблаш мумкин

➤ Презклампсии ва эклампсия қайд этилмаганида прогнози яхши

➤ Ҳамма вақт прогнози ёмон

➤ Ҳамма вақт прогнози яхши

65. Ягона буйрак

➤ Ҳомиладорликка монелик бўлиб ҳисобланмайди

➤ Ҳомиладорликка монелик бўлиб ҳисобланади

➤ Агар яллиғланиш жараёнининг кўзғалиши кузатилмаган бўлса, уросептикларни тайинлаш талаб этилмайди

➤ Антибиотикларни қўллаш зарурияти туғилганида буйракнинг функционал қобилияти ҳисобга олинмайди

66. Гестацион қандли диабет бу

➤ Ҳомиладорлик даврида илк маротаба юзага келган углевод алмашинувининг бузилиши

➤ Турғун гипергликемия ривожланиши билан тавсифланувчи алмашинув касалликлари гуруҳи

➤ Инсулин ишлаб чиқарилишининг нуқсони туфайли юзага келган гипергликемия билан тавсифланувчи касалликлар

➤ Инсулин таъсирининг нуқсони билан боғлиқ бўлган касаллик

67. Ҳомиладорларда глюкоза даражасини оч наҳорда аниқлаш

➤ Барчада илк ташриф вақтида ва 24-28 хафталик муддатда ўтказилиши зарур

➤ Агар аёл қандли диабет ривожланиши бўйича хавф гуруҳига кирмаса, шарт эмас

➤ Йирик ҳомила ташхисот этилганида ўтказиш зарур

➤ Барча туғруқ олдидан ўтказилиши зарур

68. Қандли диабет билан оғриган аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси

➤ Ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорликнинг бутун даври мобайнида тўлиқ компенсацияга эришиш

➤ Ташхисни аниқлаштириш мақсадида эндокринологик диспансерга ётқизиш

➤ Фақатгина рационал овқатланиш ҳисобига инсулин ва липид алмашинувини меъёрга келтириш

➤ Қандли диабетнинг барча типларида – инсулин билан даволаш

69. Ҳомиладорлик даврида қандли диабетнинг даволаш самарадорлигини баҳолаш учун бажариш лозим:

➤ Ҳар куни уй шароитида глюкоза даражасини оч наҳорга ва ҳар овқат истеъмолидан кейин 1 соат ўтгач аниқлаш

➤ Ҳар ҳафта эндокринологик диспансерда глюкоза даражасини оч наҳорда аниқлаш

➤ Глюкоза даражасини 12 ҳафталиккача, 28-32 ҳафталикда ва туғруқ олдидан аниқлаш

➤ Глюкоза даражасини субъектив симптомлар пайдо бўлганда аниқлаш

70. Ҳомиладорликда қандли диабет кечишининг хусусиятлари

➤ Кечиши тўлқинсимон, 15 ҳафталикдан сўнг ахволи ёмонлашади, 32 ҳафталикдан бошлаб яхшиланиши мумкин

➤ Кузатилмайди

➤ Касалликнинг доимий равишда ва аста-секинлик билан ёмонлашуви кайд этилади

➤ Кечиши тўлқинсимон, биринчи триместрда ахволи ёмонлашади, кейин туғруқ муддатигача яхшиланиши мумкин

71. Қандли диабет билан оғриган ҳомиладорларни олиб боришдаги хатоликлар

➤ Перорал канд миқдорини пасайтирувчи воситаларни тайинлаш

➤ Инсулин тайинланишига кўрсатмаларнинг кенгайиши

➤ Қондаги глюкоза даражасига караб инсулин тайинлаш

➤ Ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасидан бошлаб туғдириш зарурияти

72. Ҳомиладорликда темир танқислик камқонлиги нима билан боғлиқ эмас

➤ 12-бармоқли ичак яра касаллиги

➤ Темирнинг кўп сарфланиши

➤ АКҲнинг кўпайиши

➤ Темирга бўлган эҳтиёжнинг юқорилиги

73. Ҳомиладорликда камқонликни олдини олиш учун қандай озик-овкатлар истеъмолини чеклаш лозим?

➤ Чой, кофе

➤ Гўшт, балик

➤ Кўкатлар, мевалар

➤ Тухумлар, шарбатлар

## КЛИНИК ВАЗИЯТЛАР

1-клиник вазият

Ҳомиладор аёл А., 35 ёшда, туғруқхонага 36 ҳафталик муддатда туғруқ фаолияти бошланган ҳолда 2 кун олдин пайдо бўлган бош оғриғи ва бош айланишига шикоятлари билан қабул қилинган.

*Анамнезидан.* Икки йил олдин кўрик вақтида артериал босимнинг кўтарилиши аниқланган. Ўтказилгандан даводан сўнг тиббий ёрдам учун мурожаат қилмаган. Ҳозирги ҳомиладорлиги 3-чи. Аёллар маслаҳатхонасида 12 ҳафталик муддатдан ҳисобда туради, АБ 140/90 мм сим. уст, сийдигида оксил аниқланмаган, шиш йўқ. Шифохонага ётқизиш таклиф этилганда бош тортган, тавсия этилган даводан умумий аҳволи анча яхшиланган.

*Объектив.* Шикоятлари бош оғриши, тез чарчаш, шиш йўқ. АБ чап кўлида 150/90 мм сим. уст. ва ўнг кўлида 155/90 мм сим. уст. Пульс частотаси 80 та/дақ. Юрак томонидан чегараларининг бировз чапга кенгайиши ва аорта устида 2-чи тон акценти қайд этилган. Қорин айланаси 98 см, қов устида бачадон тубининг баландлиги 33 см. Ҳомиланинг вазияти бўйлама, бошчаси олдинда келган бўлиб, кичик чанокқа кириш устида жойлашган, ҳомиланинг юрак уриши аниқ, ритмик, дақиқасига 128 та. Чанок ўлчамлари: 26-29-31-21 см.

*Қин текширувининг маълумотлари.* Бачадон бўйни қисқарган, бачадон бўғзи 2 см га очилган, ҳомила пуфағи бутун, бошчаси олдинда келган бўлиб, кичик чанокқа кириш устида жойлашган.

Сийдик таҳлили: солиштирма оғирлиги – 1012, оксил йўқ.

Қондаги қолдик азот – 21,4 ммоль/л.

Кўз тубининг текшируви – кўрув нервларининг сўргичлари оқарган, артериялар торайган, веналари ўзгаришсиз.

Саволлар:

1. Ташхис
2. Ташхисни тасдиқловчи клиник белгилар.



3. Ҳомиладорлик ва туғруқда қандай асоратлар кузатилиши мумкин.

4. Даволаш ва олиб бориш режаси.

### 2-клиник вазият

Ҳомиладор аёл 29 ёшда, қишлоқда яшайди. Акушер-гинеколог шифокори қабулига маслаҳат учун ҳомиладорлигининг 30 ҳафталик муддатида келган ҳамда ҳолсизлик, чанқаш, очлик ҳисси, кунига 5-6 литргача кўп суюқлик ичиш, терида қичишнинг кузатилиши, кўп пешобга чиқиш сингари шикоятлари билан ҳомиладорлар патология бўлимига юборилган.

Аёл ҳомиладорлигини сақлаб қолишни истайди, аммо хавфсирамоқда, чунки ўтган йили худди шундай ҳолат кузатилганида, ҳомиладорлигининг 7-чи ойида тана вазни 2600 г бўлган ўлик ҳомила вақтидан олдин туғилган.

Мазкур ҳомиладорлиги иккинчи, аёллар маслаҳатхонасида кузатилмаган.

*Объектив.* Қорин айланаси 96 см, бачадон тубининг баландлиги 29 см. Ҳомиланинг вазияти бўйлама, олдинда келаётган бошчаси ҳаракатчан, кичик чанокқа кириш устида жойлашган. Ҳомиланинг юрак уриши аниқ, ритмик, дақиқасига 138 та.

Қон ва сийдикнинг клиник кўрсаткичлари меъёрда. Қонда глюкоза даражаси – 10,2 ммоль/л, сийдикда – 5 ммоль/л. Сийдикнинг ацетонга реакцияси - манфий.

Саволлар:

1. Ташхис
2. Ташхисни тасдиқловчи клиник белгилар?
3. Ушбу патологияда ҳомиладорлик даврида қандай асоратлар кузатилади?
4. Мазкур патологияда ҳомиладорликни олиб бориш.

### 3-клиник вазият

Ҳомиладор аёл 25 ёшда, 24-25 ҳафталик муддатда тез ёрдам машинасида ўнг томондан бел соҳасида кучли оғрик, тана ҳароратининг юқори – 38,5 бўлиши, даврий равишда ваража

тутиши, тез-тез оғриқли пешобга чиқишига шикоятлар билан  
обсервацион бўлимга келтирилган.

Ҳомиладорлиги биринчи. 16 хафталикдан бошлаб даврий  
равишда бел соҳасида, кўпроқ ўнг томонда оғриқни кайд этган.  
Шифохонага келгандаги умумий аҳволи ўртача оғирликда. Териси  
ва кўринарли шиллик пардалари оқарган. Пастернацкий белгиси  
ўнг томондан кескин мусбат.

Сийдик таҳлили – барча кўрув майдони лейкоцитлар билан  
тўлган. АБ - 130/90 мм сим. уст, пульс - дақиқасига 106 та, ритмик.  
Қорин хомиладор бачадон туфайли катталашган. Пайпасланганда  
бачадон тонуси ошган.

Саволлар:

1. Ташхис?
2. Беморни текшириш ва даволаш режаси?
3. Беморда хомиладорлик ва туғруқ вақтида қандай асоратлар  
кузатилиши мумкин?

#### 4-клиник вазият

Ҳомиладор 23 ёшда, хомиладорлигининг 34 хафтасида  
умумий дармонсизлик, бош айланиши, кўз олдида “чивинлар”нинг  
милтиллаши, тирноқ ва сочларнинг мўртлигига қилган шикоятлари  
билан патология бўлимига қабул қилинган. Бундай белгиларни  
хомиладорлигининг 24 хафтасидан сўнг сеза бошлаган.  
Анамнезидан аниқланишича, хомиладор аёл сурункали гастрит  
билан оғриган.

*Объектив.* Териси ва кўринарли шиллик пардалари оқарган.  
Пульси дақиқасига 84 та, ритмик, кучсиз тўлиқликда. АБ – 110/70  
мм сим. уст. Юрак томонидан чўкки устида кучсиз систолик  
шовқин аниқланган. Ўпкасида везикуляр нафас эшитилади.

*Акушерлик текширувининг маълумотлари.* Бачадон тубининг  
баландлиги ханжарсимон ўсимта билан киндик ўртасида. Ҳомила  
бўйлама вазиятда, биринчи позицияда, олд кўринишда, бошча  
олдинда келган. Юрак уриши аниқ, ритмик, дақиқасига 140 та.

Чанок ўлчамлари: 25-27-30-20 см.

Қон таҳлили: гемоглобин – 88 г/л, ранг кўрсаткичи – 0,8, ЭЧТ – 36 мм/с.

Саволлар:

1. Ташхис?
2. Ташхисни тасдиқловчи клиник белгилар?
3. Ҳомиладорни текшириш ва даволаш режаси.

### 5-клиник вазият

Туғруқдан олдинги бўлимда 24 ёшли аёл ётибди. Ҳомиладорлиги учинчи, ҳайз бўйича муддати 33 ҳафталик. Анамнезида 34 ҳафталигида вақтидан олдинги туғруқ кузатилган, юкори АБ қайд этилган. Болалигида скарлатина, қизамиқни ўтказган, тез-тез ангина билан оғрийди. Терапевт назоратида турмайди.

Мазкур ҳомиладорлигида 21-23 ҳафталигидан болдирларида шиш вужудга келган, сийдигида оқсил пайдо бўлган, АБ кўтарилган.

Объектив: Бўйи 164 см, вазни 61 кг. Териси оқарган, юзи шишинқираган, оёқларида биров шиш бор. Пульси 1 дақиқада 86 та. АБ 150/90, 160/100 мм сим. уст. Бачадон 29-30 ҳафталик ҳомиладорликка мос равишда катталашган. Ҳомиланинг вазияти бўйлама, бошчаси кичик чанокқа кириш жойида жойлашган. Ҳомиланинг юрак уриши бўғиклашган, 1 дақиқада 130 та.

Сийдикнинг умумий таҳлили: оқсил 2,65 г/л; сийдик чўкмасининг микроскопияси: лейкоцитлар кўрув майдонида 6-8 та, эритроцитлар кўрув майдонида 10 тагача, гиалин ва донадор цилиндрлар, буйраклар эпителийининг хужайралари.

Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили: лейкоцитлар – 2600, эритроцитлар – 25100, гиалин цилиндрлар.

Зимницкий бўйича сийдик таҳлили: суткалик диурез 1100 мл, кундузгиси - 420 мл, тунгиси - 680 мл. Солиштирама оғирлигининг ўзгаришлари 1007-1012.

Саволлар:

1. Ташхис?
2. Тактика?

## КЛИНИК ВАЗИЯТЛАРГА ЖАВОБЛАР ЭТАЛОНЛАРИ

### 1-клиник вазият

1. Ташхис: Ҳомиладорлик 36 ҳафталик. Ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган артериал гипертензия.

2. Ҳомиладорликдан олдин АБнинг кўтарилиши қайд этилган. Аускультациянинг хос маълумотлари, АБ сонлари, кўз тубидаги ўзгаришлар.

3. Нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши, хомилани кўтаролмаслик, презклампсия.

4. Терапевт томонидан тайинланган симптоматик даво. Даволаш тизимли бўлиши керак. Акушерлик кўрсатмалар бўлмаганида туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали бўлиши афзал.

### 2-клиник вазият

1. Ташхис: Ҳомиладорлик 30 ҳафталик. ЗАА. Қандли диабет

2. Чанқаш, Жажда, пешобга кўп чиқиш, ҳолсизлик, очлик. Глюкозурия ва гипергликемия.

3. Фетопатия, кўп сувлилик, НЖЙВК, презклампсия

4. Эндокринолог маслаҳати. Қонда глюкоза даражасини коррекция қилиш – қисқа вақт ва ўртача давомийликда таъсир кўрсатувчи инсулин. Қон ва сийдикда глюкоза даражасини назорат қилиш.

### 3-клиник вазият

1. Ҳомиладорлик 24-25 ҳафталик. Гестацион пиелонефрит.

2. Уролог (нефролог) маслаҳати. Флора ва антибиотикларга сезгирликни аниқлаш учун сийдик экмаси. Спазмолитик, инфузион, холатий даво. Кўрсатма бўйича – сийдик йўллари стентлаш.

3. Ҳомилани кўтаролмаслик, хомиланинг инфицирланиши, жараённинг тарқалиши, буйракларнинг септик зарарланиши.

### 4-клиник вазият

1. Ҳомиладорлик 34 ҳафталик. Темир ташқислик камқонлиги 2-чи даражаси (ўрта оғир даражаси).

2. Ҳолсизлик, дармонсизлик, бош айланиши, тирноклар мўртлиги, соч тўкилишига қилган шикоятлари, тери

қопламларининг оқарганлиги, АБ паст бўлган вақтда тахикардиянинг бўлиши, систолик шовқин. Гемоглобин 88 г/л. Ранг кўрсаткичи – 0,8

3. Зардобдаги темир, трансферрин. Таркибида темир бўлган препаратлар ҳамда оксил ва темирга бой парҳез.

#### *5-клиник вазият*

1. Ташхис: Ҳомиладорлик 33 хафталик. Сурункали гломерулонефрит, аралаш шакли. Сурункали буйрак етишмовчилиги 2-даража.

2. Нефролог маслаҳати. Аёл манфаати учун муддатидан олдин кесарча кесиш йўли билан оператив туғрукни амалга ошириш кўрсатилган. Кейин – ҳолатни коррекция қилиш, давони тайинлаш.

## ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Адамьян Л. В. и др. Беременность и COVID-19: актуальные вопросы (обзор литературы) // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – № 3.
2. АДАМЯН Л. В. и др. Вакцинация против COVID-19 при беременности безопасна и эффективна (обзор литературы) // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – № 5.
3. Бабаджанова Ш.Д. и др. Сборник клинических протоколов по акушерству // Ташкент: Vakitga press, 2019. -328 с.
4. БЕЖЕНАРЬ В. Ф. и др. Случай стремительного течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременной // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – № 1. – С. 186-193.
5. Беспалова Н. В. и др. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА У ЖЕНЩИН, ПЛАНИРУЮЩИХ БЕРЕМЕННОСТЬ, ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И ВЛИЯНИЕ НА ЖИЗНЬ И ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ И РЕБЕНКА // *Вестник науки*. – 2021. – Т. 1. – № 2 (35). – С. 196-205.
6. Белокриницкая Т. Е. и др. Клиническое течение, материнские и перинатальные исходы новой коронавирусной инфекции COVID-19 у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Акушерство и гинекология*. – 2021. – № 2. – С. 48-54.
7. БЕЛОКРИНИЦКАЯ Т.Е. и др. Материнская смертность и near miss при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у беременных Сибири и Дальнего Востока // *Problemy Reproduktsii*. – 2021. – Т. 27. – № 5.
8. Варданян Э. В., Африкьян О. А. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ // 73-я Итоговая научная конференция студентов Ростовского государственного медицинского университета. – 2019. – С. 46-48.
9. Гайбиева Ш. А. Covid-19 и беременность. Влияние Covid-19 на беременность // *Central Asian journal of medical and natural sciences*. – 2021. – Т. 2. – № 6. – С. 171-176.
10. Гончарук Н. П., Гурженко Е. Ю. АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ПОКАЗАНИЮ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ // *Восточно-европейский научный журнал*. – 2018. – № 7-1 (35). – С. 17-21.
11. Гурбанова Д. Ф. К., Гаджиева Ф. Р. К. ВЛИЯНИЕ COVID-19 НА БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД // *European science*. – 2021. – № 3 (59). – С. 45-48.
12. Дубровина Е. А., Больгер А. А. БЕРЕМЕННОСТЬ И ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ // *Аллея науки*. – 2020. – Т. 1. – № 4. – С 66-70.
13. ДУЛАЕВА Е. В., ЕФИМКОВА Е. Б., НОВИКОВА С. В. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 и беременность // *Rossiiskii Vestnik Akushera-Ginekologa*. – 2021. – Т. 21. – № 6.
14. Елгина С. И. и др. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19 И БЕРЕМЕННОСТЬ.
15. Журметова Л. М. и др. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С COVID-19 // *Вестник науки*. – 2021. – Т. 2. – № 9 (42). – С. 38-43.

16. Исмаилова Ф. К., Петров Ю. А. Современные подходы к ведению беременности у женщин с ожирением //Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2019. – №. 12. – С. 101-104.

17. Климов В. А. Кардиальная патология и беременность //Главврач. – 2018. – №. 10. – С. 44-66.

18. Клычева О. И., Хурасева А. Б. Влияние экстрагенитальной патологии матери на перинатальные исходы //Журнал: Евразийский Союз. Курск. ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России. – 2019. – №. 68. – С. 26-28.

19. Мансенко Д. А., Менчик М. М., Ткачева Н. В. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА //Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. – 2019. – С. 108-111.

20. Макарова Е. Л., Терехина Н. А. Показатели обмена железа в сыворотке крови беременных при экстрагенитальной патологии //Уральский медицинский журнал. – 2020. – №. 5. – С. 146-151.

21. Нагичева Е. В., Курбанисмаилов Р. Б. ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ //Лучшая студенческая статья 2019. – 2019. – С. 165-167.

22. Нажмутдинова Д.К. Передовые практики в акушерстве и гинекологии// Ташкент: Vaktia press, 2017. -504 с.

23. Орлова В. С. и др. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ В СТРУКТУРЕ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ //Университетская наука: взгляд в будущее. – 2020. – С. 584-587.

24. Парманкулова С. и др. ВЛИЯНИЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА НА ТЕЧЕНИЕ COVID-19 У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ //Вестник науки. – 2021. – Т. 2. – №. 6-1 (39). – С. 209-214.

25. Прохоров Д. Ф. Общие принципы диагностики и лечения экстрагенитальной патологии во время беременности //Главврач. – 2018. – №. 8. – С. 28-40.

26. Радзинский В.Е. и др. Предиктивное акушерство//М.:Редакция журнала Status Praesens, 2021. -520 с.

27. Силаева А. В. и др. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ЗДОРОВОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСКА УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ //European Scientific Conference. – 2020. – С. 181-185.

28. Соколова А. А., Куприянова И. Н. Проблема изучения экстрагенитальной патологии беременных женщин в медицинском вузе //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий. – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021.

29. Тесакова М. Л. Особенности экстрагенитальной патологии у женщин с индуцированными родами. – 2021.

30. Тихоновец В. В. и др. Тактика врачебных назначений лекарственных средств при экстрагенитальной патологии у беременных женщин: результаты ii

фармакоэпидемиологического исследования в республике БЕЛАРУСЬ //Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №. 3. – С. 49-54.

31. Фролова Е. Р. Частота ожирения среди беременных //Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2018. – Т. 12. – №. 5. – С. 48-50.

32. Хованская Т. Н., Гончарова З. Ф. Исходы беременности и родов у женщин с экстрагенитальной патологией //Национальные проекты-приоритет развития здравоохранения регионов. – 2019. – С. 20-22.

33. Юрасова Е. А. и др. ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ //Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 2019. – С. 84-93.

34. Blakeway H. et al. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety //American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2022. – Т. 226. – №. 2. – С. 236. e1-236. e14.

35. Brillo E. et al. COVID-19 vaccination in pregnancy and postpartum //The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. – 2021. – С. 1-20.

36. D'Souza R. et al. Pregnancy and COVID-19: pharmacologic considerations //Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2021. – Т. 57. – №. 2. – С. 195-203.

37. DEINICHENKO O. et al. DETERMINATION OF RISK FACTORS FOR FETAL GROWTH RETARDATION IN PREGNANT WOMEN WITH EXTRAGENITAL PATHOLOGY //Innovat International Journal of Medical & Pharmaceutical Sciences. – 2021. – Т. 6. – №. 6.

38. Magnus M. C. et al. Covid-19 Vaccination during pregnancy and first-trimester miscarriage //New England Journal of Medicine. – 2021. – Т. 385. – №. 21. – С. 2008-2010.

39. Moore K. M., Suthar M. S. Comprehensive analysis of COVID-19 during pregnancy //Biochemical and Biophysical Research Communications. – 2021. – Т. 538. – С. 180-186.

40. Rasmussen S. A. et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccines and pregnancy: what obstetricians need to know //Obstetrics and gynecology. – 2021. – Т. 137. – №. 3. – С. 408.

41. Wastnedge E. A. N. et al. Pregnancy and COVID-19 //Physiological reviews. – 2021. – Т. 101. – №. 1. – С. 303-318.

42. Wei S. Q. et al. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis //Cmaj. – 2021. – Т. 193. – №. 16. – С. E540-E548.

43. Zauche L. H. et al. Receipt of mRNA Covid-19 vaccines and risk of spontaneous abortion //New England Journal of Medicine. – 2021. – Т. 385. – №. 16. – С. 1533-1535.



*Гувоҳнома рақами: 233-1213*

*Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА*

*Корректор — Слим РАХИМОВ*

*Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ*

*Вёрстка — Зарина НУСРАТУЛЛАЕВА*

*Дизайнер — Даврон НУРУЛЛАЕВ*

**Отпечатано в типографии “SARVAR MEHROJ BARAKA”**

**Номер сертификата — 704756. 140100. г. Самарканд,**

**ул. Мирзо Улугбек, 3.**

**Подписано в печать 25.05.2022 Протокол 10**

**Формат 60x84<sup>1/16</sup>. Гарнитурa “Times New Roman”. усл. печ. л. 6,05**

**Тираж: 200 экз. Заказ № 64/2022**

**Тел/факс: +998 93 199-32-72. e-mail: [sarvarmehrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmehrojbaraka@gmail.com)**

