

**SHAVAZI N.N.
INDIAMINOVA G.N.**

ANTENATAL PARVARISH



O'QUV QO'LLANMA

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY TA'LIM, FAN VA
INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI
O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI
3-SON AKUSHERLIK VA GINEKOLOGIYA KAFEDRASI**

SHAVAZI N.N., INDIAMINOVA G.N.



ANTENATAL PARVARISH

O'quv qo'llanma

Bilim sohasi: 900 000 - Sog'liqni saqlash va ijtimoiy ta'minot

Ta'lim sohasi: 910 000 - Sog'liqni saqlash

Ta'lim yo'nalishi: 70910201 - Akusherlik va ginekologiya

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashining
29-may 2024-yilda bo'lib o'tgan yig'ilishidagi "10"- son bayonnomasiga ko'ra
tasdiqlanib, chop etishga ruxsat berilgan.



SamDTU

axborot-resurs markazi

UO'K 618.5(075.8)

KBK 57.16ya73

Sh 14

Shavazi N.N., Indiaminova G.N.

Antenatal parvarish [Matn]: o'quv qo'llanma/ N.N. Shavazi, G.N. Indiaminova.
-Samarqand: Samarqand, 2024.-108 b.

Mualliflar:

Shavazi N.N. – SamDTU 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, dotsent, PhD; DSc.

Indiaminova G.N. – SamDTU 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası assistenti, PhD.

Taqrizchilar:

Zokirova N.I. – SamDTU 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası professori, t.f.d.

Sultonov S.N. – Respublika perinatal markazi professori, t.f.d.

Annotatsiya. "Antenatal parvarish" akusherlik va ginekologiya yo'nalishi bo'yicha respublikadagi sog'liqni saqlash tizimida o'tkazilayotgan islohotlar kesimida muhim ahamiyatga ega. Shu munosabat bilan, ushbu o'quv qo'llanmada homilador ayollarning antenatal parvarishi bo'yicha, homiladorlik davrida kuzatilishi mumkin bo'lgan kasalliklar va bo'lajak onaga va uning homilasiga salbiy ta'sir qilishi mumkin bo'lgan turli xil asoratlarni, ularni o'z vaqtida tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha ma'lumotlar Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tavsiyalari asosida va O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan ishlab chiqilgan standartlardan foydalangan holda keng yoritilgan. Mazkur o'quv qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari yuqori kurs talabalari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar va akusher ginekolog mutaxassislar uchun tavsiya etiladi.

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy kengashining yig'ilishida 2024-yil "29" may 10-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlangan.

ISBN 978-9910-771-84-2

© Samarqand 2024-yil.

© Shavazi N.N., Indiaminova G.N. 2024-yil.

MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO'YXATI.....	4
KIRISH.....	6
I. ANTENATAL PARVARISH – TA'RIFI, ASOSIY TAMOYILLARI	7
II. FIZIOLOGIK HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH VA TEKSHIRISH.....	11
III. TUG'RUQ VA ONALIKKA TAYYORGARLIK.....	27
IV. KAMQONLIGI BO'LGAN HOMILADORLARNI OLIB BORISH STANDARTLARI	32
V. HOMILADORLIKNING 22 HAFTALIGIGA QADAR QON KETISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH..	39
VI. HOMILADORLIKNING 22 HAFTALIGIDAN KEYIN QON KETISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH..	47
VII. HOMILADORLIKNING ERTA TOKSIKOZI KUZATILGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH.....	53
VIII. HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV KASALLIKLAR. GIPERTENZIV SINDROM KUZATILGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH.....	58
IX. NAFAS OLISH TIZIMINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BILAN OG'RIGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH	74
X. O'TKIR VA SURUNKALI BAKTERIAL VA/YOKI VIRUSLI INFEKSIYALARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH	79
XI. SIYDIK CHIQARISH YO'LLARI INFEKSIYALARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI DAVOLASH.....	86
NAZORAT UCHUN TEST SAVOLLARI	97
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI.....	106

QISQARTMALAR RO'YXATI

- ANP** – Antenatal parvarish
- AQB** – Arterial qon bosimi
- AQH** – aylanayotgan qon hajmi
- BIV** – bachadon ichi vositasi
- BTB** – Bachadon tubi balandligi
- DQB** – Diastolik qon bosimi
- EChT** – Eritrotsitlar cho'kish tezligi
- FQTV** – Faollashgan qisman tromboplastin vaqti
- GQD** – Gestatsion qandli diabet
- GG** – Gestatsion gipertenziya
- HCV** – Virusli gepatit C
- HO'ChS** – homila o'sishining chegaralanish sindromi
- IPV** – Inson papilloma virusi
- ISYe** – Istmiko-servikal yetishmovchilik
- KASYI** – Kateterga asoslangan siydik yo'llari infeksiyalari
- KOK** – Kombinirlangan oral kontrasepsiya
- KTG** – Kardiotokografiya
- MNT** – markaziy nerv (asab) tizimi
- MOT** – Muddatidan oldingi tug'ruq
- NJYBK** – Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi
- OGV** – Oddiy herpes virus
- OIV** – odam immuntanqisligi virusi
- OITS** – Orttirilgan immun tanqisligi sindromi
- PE** – Preeklampsiya
- PI** – Pulsatsion indeks
- PMG** – Pastmolekulali geparinlar
- PZR** – Polimeraz zanjirli reaksiya
- PGTT** – Peroral glyukozotolerant test
- QA** – Qorin aylanasi
- QVP** – qishloq vrachlik punkti
- RDS** – Respirator distress sindromi
- SAG** – Surunkali arterial gipertenziya
- SMV** – Sitomegalovirus
- SQB** – Sistolik qon bosimi
- SYI** – siydik yo'llari infeksiyalari
- TEA** – Tromboembolik asoratlar

TTG – Tireotrop gormon

TVI – Tana vazni indeksi

UASh – umumiy amaliyot shifokori

UTT – Ultratovush tekshiruvi

XG – Xorionik gonadotropin

YoRT – Yordamchi reproduktiv texnologiyalar

YuQS – Yurak qisqarishlari soni

O’RVI – o’tkir respirator virusli infeksiya

O’RK – o’tkir respirator kasallik

KIRISH

Onalik bu shubhasiz ko'pchilik ayollar uchun hayoti davomidagi eng muhim va kerakli tajribadir, ammo bugungi kunda butun jahon bo'ylab har daqiqada homiladorlik bilan bog'liq asoratlar tufayli bir nafar ayol vafot etmoqda; har kuni taxminan 1600 ta onalar o'limi sodir bo'ladi va yiliga bu ko'rsatkich 500 000 nafardan ko'proqni tashkil etadi; har yili sakkiz million ayol homiladorlik bilan bog'liq asoratlardan aziyat chekadi; millionlab ayollar esa homiladorlik bilan bog'liq asoratlar natijasida nogiron bo'lib qolishmoqda.

Onalar o'linining bunday yuqori ko'rsatkichlari zamonaviy tibbiyotning eng dolzarb muammolaridan biri hisoblanadi, ko'plab ilmiy va amaliy tekshiruvlar natijasi shuni ko'rsatmoqdaki, barcha onalar o'linining 80% to'rtta asosiy akusherlik asorati bilan bog'liq bo'lgan, ammo ularni oddiy, samarali va arzon choralar bilan oldini olish mumkin. Homiladorlik bu kasallik emas, balki fiziologik holatdir, homiladorlik 85% holatlarda normal kechadi, shu sababli ular davolashni talab etmaydi. Har bir amaliyotchi uchun eng maqbuli dalillar asosida ishlab chiqilgan protokollar, standartlar, algoritmlardan foydalanish hisoblanadi. Antenalar parvarishning asosiy maqsadi bo'lajak ota-onalarni qo'llab-quvvatlash va xabardor qilish, shuningdek, homiladorlik davomida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan muayyan muammolarni hal qilishdan iborat. Muhim masalalardan biri shuki, tashriflar sonining ko'p yoki kamligi emas, balki ayollar uchun samarali va ularda tashrifdan qoniqishini oshiradigan muolajalarni amalga oshirishdir.

Bu jarayonda akusher ginekologlarning, umumiy amaliyot shifokorlari va hamshiralarning faoliyati alohida o'rin tutadi. Malakali mutaxassislarni tayyorlash davrida oliy ta'lim muassasalarining o'quv dasturlarida antenatal parvarishlash jihatlariga e'tibor qaratish zarur.

Ushbu o'quv qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari yuqori kurs talabalari, magistratura rezidentlari va klinik ordinatorlari uchun dars jarayonida antenatal parvarishlash asoslarini yanada chuqurroq o'zlashtirish, amaliyotga joriy qilishni takomillashtirish maqsadida ishlab chiqilgan.

I. ANTENATAL PARVARISH – TA'RIFI, ASOSIY TAMOYILLARI

Antenatal parvarish - homiladorlik davridagi asoratlarning oldini olish va favqulodda vaziyatlarda homilador ayollarga o'z vaqtida birlamchi tibbiy-sanitariya yordami (BTSY) tashkilotlari tomonidan ko'rsatiladigan tibbiy yordamning muhim tarkibiy qismidir.

Homiladorlik normal fiziologik jarayon bo'lib, ayollar uchun bu davrning asoratsiz kechishi, tug'ruq va tug'ruqdan keying davrning qoniqarli o'tishi maqsadga muvofiqdir. Shu bilan birga, homiladorlik onaning sog'lig'i bilan bog'liq oldindan mavjud bo'lgan muammolar bilan murakkablashishi mumkin; ayolning ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli nomaqbulligi sababli; uning yoshi; oldingi tug'ruqlar va hozirgi homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan asoratlar. ANP homiladorlik davrida tibbiy aralashuvlarning boshlang'ich bosqichi hisoblanadi hamda ayollarning va ularning homilasining hozirgi va kelajakdagi sog'lig'iga ta'sir qilishi mumkin.

ANP – ta'lim, maslahat, tibbiy ko'rik va davolanishni o'z ichiga oladi. ANP shuningdek, samaradorligi jihatidan dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan aralashuvlarni ham o'z ichiga oladi.

Antenatal parvarishning maqsadi:

- homilador ayolga butun homiladorlik davrida ilg'or texnologiyalar va dalillar bazasi asosida malakali antenatal yordam ko'rsatish;
- ona va bola uchun homiladorlikning normal kechishini ta'minlash (shu jumladan xavflarning oldini olish va bartaraf etish, muayyan epidemiologik vaziyatda yoki muayyan kasalliklarda kasallikning oldini olish va davolash, favqulodda vaziyatlarda o'z vaqtida yordam ko'rsatish, o'lim xavfini kamaytirish);
- tug'ruqning o'z vaqtida samarali va asoratsiz boshlanishini ta'minlash;
- onalikka ijobiy munosabatni ta'minlash (shu jumladan onaning o'zini o'zi qadrlashi, onalik ko'nikmalarini shakllantirish).

ANP bo'yicha UASh ning asosiy vazifalari:

- homiladorlikning dastlabki bosqichlarida homilador ayollarni aniqlash;
- malakali tibbiy yordam va dalillar bazasi asosida homilador ayolni butun homiladorlik davri davomida antenatal parvarishlash;

- zarur hollarda tor mutaxassislar (akusher-ginekolog, endokrinolog, kardiolog va boshqalar) ishtirokida homilador ayolni to'liq dastlabki tekshiruvdan o'tkazish;
- tibbiy nuqtai nazardan homiladorlikni davom ettirish masalasini hal qilish;
- xavf guruhidagi homilador ayollarni homila nuqsonlarini istisno qilish uchun skrining tekshiruviga 16-20 hafta ichida yuborish va agar homilador ayol va uning oila a'zolarining xabardor roziligi bilan homila nuqsonlari aniqlansa, homiladorlikni to'xtatish uchun yuborish;
- homiladorlik asoratlari va/yoki somatik kasalliklarni erta aniqlash, zarur hollarda homilador ayollarga tibbiy yordam ko'rsatishni hududiy lashtirishni hisobga olgan holda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va o'z vaqtida kasalxonaga yotqizish;
- homiladorlikning asoratlarini oldini olish bo'yicha profilaktika choralarini o'tkazish;
- homilador ayollarni OIV infeksiyasi bo'yicha maslahat va ixtiyoriy testlar bilan 100% qamrab olishni ta'minlash
- homilador ayollar va tug'ruqdagi ayollarga tibbiy yordam ko'rsatishni hududiy lashtirish, tug'ish joyini tanlash tamoyilini hisobga olgan holda homiladorlikni boshqarish, tug'ruqqa tayyorlash bo'yicha chora-tadbirlar rejasini ishlab chiqish;
- homilador ayollarga maslahat berish, oilalarni zarur ma'lumotlar bilan ta'minlash, homilador ayol va uning oilasini "homiladorlik va tug'ish davridagi xavfli belgilar" to'g'risida xabardor qilish bo'yicha ishlarni olib borish;
- tug'ruqdan keyin 40-45 kun davomida tug'ruqdan keyingi to'liq tibbiy yordam ko'rsatish, shu jumladan tug'ruqdan keyingi kontraseptsiyani amalga oshirish;
- sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, to'g'ri ovqatlanish, mikroelementlarni iste'mol qilish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning zarari haqida sanitariya-targ'ibot ishlarni olib borish;
- "onalar maktabi"ni tashkil etish va o'tkazish.

ANP bo'yicha akusher-ginekologning asosiy vazifalari:

- homilador ayolni 12 haftagacha, 20-22 haftada, homiladorlikning 38-40 haftasigacha uzaytirish masalalarini hal qilish uchun, tug'ishga tayyorgarlik ko'rish va akusherlik muassasasini tanlash to'g'risida qaror qabul qilish uchun uch marta tekshiruv o'tkazish homilador ayollarga tibbiy yordamni hududiy lashtirish tamoyillariga;

- somatik yoki akusherlik patologiyasi mavjud bo'lganda tegishli tor mutaxassislar ishtirokida qo'shimcha tekshiruvlar;

- maxsus tekshirish usullariga (laboratoriya, ultratovush, funktsional) ehtiyojni aniqlash, olingan ma'lumotlarni sharhlash, differentsial diagnostika.

- har bir alohida holatda homiladorlikning mumkin bo'lgan asoratlarni bashorat qilish.

Tibbiy yordamni mintaqaviylashtirish tamoyilini hisobga olgan holda homilador ayolni kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalarni aniqlash.

ANP bo'yicha patronaj hamshira va doyaning vazifalari:

- QVP/poliklinika/markaziy tuman ko'p tarmoqli poliklinikasida homilador ayollarni ro'yxatga olish bo'yicha homiladorlarni erta aniqlash va qatnovini ta'minlash;

- homilador ayolni umumiy amaliyot shifokori va akusher-ginekolog bilan birgalikda boshqarish;

- O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining belgilangan me'yoriy-huquqiy hujjatlari va buyruqlariga muvofiq hujjatlarni yuritish;

- homilador ayollar va tug'ruqdan keyingi davrda, chaqiruv munosabati bilan yoki rejali ravishda, tashriflar jadvaliga muvofiq, uyda patronaj yordamini ko'rsatish;

- umumiy amaliyot shifokorlarining homilador ayolni davolash yoki tug'ish uchun kasalxonaga yotqizilganligi to'g'risida ma'lumot olishlarini ta'minlash;

- kontratseptsiya masalasini hal qilish uchun ayolning tug'ruqdan keyingi davrda (tug'ruqdan 40 kun o'tgach) QVP/poliklinika/ko'p tarmoqli poliklinikaga tashrif buyurishini ta'minlash;

- o'z hududidagi aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini, to'g'ri ovqatlanishni, mikroelementlarni iste'mol qilishni targ'ib qilish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning zarari haqida sanitariya-targ'ibot ishlarni olib borish.

ANP bo'yicha umumiy qonun-qoidalar:

Ambulator zvenodagi birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida homilador ayollarga antenatal yordamni tashkil etish va ko'rsatish va ularga tibbiy yordam ko'rsatish to'g'risida:

- ambulator birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida homilador ayollarga ko'rsatilayotgan tibbiy yordam sifatini oshirish maqsadida (QVP/ poliklinika/ko'p tarmoqli poliklinika) hamda onalar salomatligini yaxshilash, onalar va bolalar o'limini kamaytirish bo'yicha

uzoq yillik rivojlanish maqsadlariga erishish bo'yicha O'zbekiston Respublikasi zimmasiga olgan majburiyatlarning bajarilishi, O'zbekiston Respublikasi Sog'ligni saqlash vazirligining 137-sonli "O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash tizimini tashkil etish va ta'minlash to'g'risidagi buyrug'i.

Antenatal parvarish va homilador ayollarga ambulator birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatish muassasalarida tibbiy yordam ko'rsatish to'g'risidagi qarori.

Ushbu qonun qoidalar va ma'lumotlar JSSTning homiladorlikning ijobiy tajribasi uchun antenatal parvarish bo'yicha ko'rsatmalariga muvofiq keltirilgan.

Ijobiy homiladorlik tajribasi – bu normal jismoniy va ijtimoiy-madaniy holatni saqlash, ona va bola uchun homiladorlikning normal kechishini ta'minlash (shu jumladan xavflarning oldini olish va bartaraf etish, kasalliklarning oldini olish va davolash, o'lim xavfini kamaytirish), tug'ruq jarayoniga samarali o'tish va onalikka ijobiy munosabatni ta'minlash (shu jumladan onaning o'zini o'zi qadrlashi, onalik ko'nikmalari va mustaqillik) hisoblanadi.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ambulatoriya va poliklinika muassasalarida homilador ayollarga antenatal yordamni tashkil etish va ko'rsatish to'g'risidagi nizom:

- Homilador ayollarga yuqori malakali antenatal yordam birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalarida (BTSM) – poliklinikalar, QVPlar, markaziy tuman ko'p tarmoqli poliklinikalarida amalga oshiriladi.

- UASh, doylar va patronaj hamshirlari QVP/poliklinka/ko'p tarmoqli markaziy poliklinika tayinlangan akusher-ginekolog bilan birgalikda homilador ayolni antenatal parvarishlash va xavfsiz tug'ruqqa tayyorlash uchun mas'ul bo'lgan asosiy mutaxassislar hisoblanadi;

- Homilador ayollarni erta dispanser kuzatuv (homiladorlikning 12 haftaligigacha) va uy sharoitida tizimli patronaj bilan qamrab olish,

- homiladorlikning 12-haftaligigacha bo'lgan barcha homilador ayollarni va 14-20 haftalik xavf guruhidagi homilador ayollarni respublika skrining markazlarida tekshirish.

- Homilador ayol asosiy yashash joyi yoki ro'yxatga olingan joyi bo'yicha dispanser kuzatuviga qabul qilish.

- QVP/ poliklinika/ ko'p profili poliklinikalarda ANP UASh, akusher-ginekolog, akusherka, patronaj hamshira tomonidan amalga oshiriladi.

II. FIZIOLOGIK HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH VA TEKSHIRISH

Fiziologik homiladorlik – irsiy patologiya yoki nuqsonlarsiz homila bilan 37-41 hafta davom etadigan, akusherlik va perinatal asoratlarsiz sodir bo'lgan homiladorlik hisoblanadi.

Tashxis qo'yish me'zonlari:

Fiziologik homiladorlik chanoq a'zolari va homilaning ultratovush tekshiruvi paytida bachadon bo'shlig'ida nuqsonlarsiz bitta yashashga layoqatli embrion/homilani (embrion/homilaning yurak urishi aniqlanganida) vizualizatsiya qilish orqali aniqlanadi.

Homiladorlik alomatlari/belgilari:

- *Homiladorlikning shubhali belgilari:* hayz ko'rishning kechikishi, ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, ishtahaning pasayishi yoki ortishi, uyquchanlik, zaiflik, tez-tez og'riqsiz siyish.

- *Homiladorlikning mumkin bo'lgan/ehtimoliy belgilari:* sut bezlarining dag'allashishi, striyalar, qorinning oq chizig'ida, yuzda va sut bezlari oreolasida pigmentatsiya, bachadon shaklining o'zgarishi, o'lchamlarining kattalashishi, konsistensiyasi yumshoqlashishi, qin va bachadon bo'yni shilliq pardasida sianoz.

- *Homiladorlikning ikkinchi yarmida kuzatilishi mumkin bo'lgan aniq belgilar:* homilaning yurak urishi, homila qismlarini paypaslash va homila qimirlashini his qilish, diafragmaning baland turishi sababli nafas qisilishi va reflyuks ezofagit, tug'ruqdan oldin – homila oldinda keluvchi qismining kichik chanoq bo'shlig'i tomonga pastga tushishi tufayli tez-tez siyish.

Homilador ayollar butun homiladorligi davomida birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalarida dispenser nazoratida bo'lishlari lozim. Homilador ayol asosiy yashash joyi yoki ro'yxatga olingan joyi bo'yicha dispenser kuzatuviga qabul qilinadi.

ANP QVP/oilaviy poliklinika/ko'p tarmoqli poliklinikalardagi UASh, akusher-ginekolog, akusherka, patronaj hamshiralari tomonidan amalga oshiriladi.

Kuzatuv chastotasi homiladorlikning fiziologik davri davomida har bir homilador ayolni konsultatsiya qilish va tekshirish uchun kamida 7-8 marta rejalashtirilgan (12 haftagacha, 16, 24, 30, 34, 36, 38-40

haftalarda) prenatal tashriflar va tug'ruqdan keyin 1 marta tashrif buyurish lozim.

Homilador ayollar dispanser nazorati mobaynida tegishli tor mutaxassislar ko'rigidan o'tishi talab etiladi. Homiladorlik davrida homiladorlikning 12 haftasigacha, 24 hamda 38-40 haftalarida akusher-ginekolog tomonidan 3 marta ko'rik amalga oshiriladi, stomatolog, oftalmolog, otorinolaringolog ko'rigi homilador ayolning birinchi tashrifida ya'ni 12 haftagacha bo'lgan muddatda amalga oshiriladi, agarda EGP mavjud bo'lsa boshqa tor mutaxassislar ko'rigi o'tkaziladi.

Dispanser nazorati davomida homilador ayollar ma'lum diagnostik tekshiruvlardan o'tishi talab etiladi. Ushbu tekshiruvlar va ularning soni quyidagicha belgilangan:

- Ro'yxatga olish;
- Homilador ayolning anamnezini yigish – birinchi tashrifda, hamda shikoyatlarni yig'ish – har bir tashrif mobaynida;
- Homilador ayolning umumiy ahvolini baholash – har bir tashrifda va homiladorlikning 24-haftasidan boshlab homilaning holatini baholash;
- Har oy homilador ayolni patronaj qilish va uning tibbiy hujjatlariga, tibbiy pasportiga ma'lumotlar yozib qoldirish va homilador ayolga rejalashtirilgan tashrif vaqti haqida ma'lumot berish;
- Har bir homilador ayol uchun individual homiladorlik va tug'ruq rejasi ishlab chiqish;
- Har bir tashrif so'ngida shifokor kerakli hujjatlarni to'ldirishi, homilador ayolning tibbiy pasportidagi uy qaydnomasi blankalari bilan tanishtirishi, ularni o'z vaqtida to'ldirib borish muhimligini tushuntirishi va keyingi tashrif sanasini belgilab olishi lozim.

Homilador ayolning anamnezini to'plash jarayonida bemor to'g'risidagi quyidagi ma'lumotlarning bo'lishi zarur hisoblanadi:

- yoshi;
- kasbiy xavflarning mavjudligi;
- zararli odatlarning mavjudligi (chekish, alkogol, giyohvandlik);
- oilaning tibbiy tarixi (yaqin qarindoshlarda ya'ni birinchi avlod qarindoshlarda qandli diabet, tromboembolik asoratlar (TEA), gipertoniya, ruhiy kasalliklar, akusherlik va perinatal asoratlar kabi kasalliklarning mavjudligini ko'rsatib o'tish talab etiladi);

- hayz siklining tabiati (hayz ko'rish boshlangan yoshi ya'ni menarxe yoshi, hayz siklining davomiyligi va muntazamligi, hayzda qon ketishning davomiyligi, og'riqlar);

- akusherlik anamnezi (anamnezidagi homildorliklar va tug'ruqlar soni va ularning natijalari, homiladorlik, tug'ruq va/yoki abortlarning asoratlari mavjudligi, tug'ilgan bolalarning vazni va bo'y ko'rsatkichlari hamda sog'ligining holati, homiladorlikka erishish usuli – spontan homiladorlik yoki YoRT natijasida homiladorlik);

- oldingi va mavjud bo'lgan ginekologik kasalliklar, chanoq a'zolaridagi jarrohlik aralashuvlar, o'tkazilgan va mavjud somatik kasalliklar (xususan, bolalik davridagi infeksiyalar, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, endokrin kasalliklar, allergik kasalliklar, trombo-embolik asoratlari va boshqalar);

- anamnezidagi jarohatlar, jarrohlik aralashuvlari va qon quyish holatlarining mavjudligi;

- allergik reaksiyalar;

- qabul qilingan dori-darmonlar;

- turmush o'rtog'ining yoshi va salomatlik holati, uning qon guruhi va Rh omili, kasbi va zararli odatlari.

Fiziologik homiladorlik mobaynida kuzatilishi mumkin bo'lgan ayrim shikoyatlar, masalan *ko'ngil aynishi va qayt qilishlar* har uchinchi homilador ayolda kuzatiladi. Homiladorlarda 90% holatlarda ko'ngil aynishi va qusish fiziologik belgi hisoblanadi, 10% holatlarda – homiladorlik asorati sifatida qarash mumkin. Fiziologik homiladorlikda qusish kuniga 2-3 martadan ko'p kuzatilmaydi, ko'pincha och qoringa sodir bo'ladi va bemorning umumiy holati o'zgarmaydi. Ko'p holatlarda ko'ngil aynishi va qayt qilish homiladorlikning 16-20 haftaligida o'z-o'zidan to'xtaydi va homilador ayolning umumiy ahvolini salbiy tomonga o'zgartirmaydi.

Fiziologik homiladorlik davomida kuzatilishi mumkin bo'lgan yana bir belgi *mastalgiya* homiladorlik davridagi oddiy belgi bo'lib, ko'pchilik ayollarda homiladorlikning I trimestrida kuzatiladi, bu holat homiladorlik sababli ayol organizmidagi gormonal o'zgarishlar natijasida sut bezlaridagi yuzaga keladigan shish va dag'allashish bilan bog'liq hisoblanadi.

Homiladorlik vaqtida qorinning *pastki qismidagi og'riq* normal holat bo'lishi mumkin, masalan, bachadonning kattalashishi sababli uning boylamlari cho'zilganida (qorinning pastki qismidagi og'riqlar va to'satdan xanjarsimon og'riq bo'lishi) yoki homiladorlikning 20-haftasidan keyin Brekston-Hings qisqarishlarida (qorinning pastki qismida 1 daqiqagacha davom etadigan muntazam xarakterga ega bo'lmagan og'riq bo'lib, bachadon tonusining ortishi bilan birga kuzatilishi mumkin) kuzatiladigan og'riqlar.

Homiladorlik davrida *jig'ildon qaynashi* (gastroezofagial reflyuks) 20-80% ayollarda uchraydi. Ko'pincha homiladorlikning III trimestrida kuzatiladi. Jig'ildon qaynashi pastki qizilo'ngach sfunkterining bo'shashishi, qizilo'ngach ichidagi bosimning pasayishi hamda bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'i va oshqozon ichidagi bosimning ortishi natijasida yuzaga keladi va bu esa oshqozon yoki o'n ikki barmoq ichak bo'shlig'idagi mahsulotlarning qizilo'ngachga qayta tushishiga olib keladi.

Qabziyat homiladorlik davrida eng ko'p uchraydigan holat bo'lib, 30-40% ayollarda kuzatiladi. Qabziyat yo'gon ichak orqali o'tkazishning buzilishi bilan bog'liq bo'lib, haftada 3 martadan kam najas kelishi bilan xarakterlanadi.

Qichishishlarsiz, og'riqsiz, hidsiz va dizurik belgilarsiz keladigan *qindagi ajralmalar* fiziologik holat hisoblanadi va aksariyat ayollarda kuzatiladi.

Homiladorlik davrida bel og'rig'i 36 dan 61% gacha holatlarda sodir bo'ladi. Belida og'riq mavjud bo'lgan ayollarning 47-60% da og'riq birinchi marta homiladorlikning 25-30 haftaligida yuzaga keladi. Homiladorlik davrida beldagi og'riqning eng ko'p uchraydigan sababi bu qorinning kattalashishi va og'irlik markazining siljishi, relaksin ta'sirida mushak tonusining pasayishi tufayli belga tushadigan og'irlikning ortishi hisoblanadi.

Homiladorlikning xavfli belgilari:

Har tashrifda homilador ayol va uning oila a'zolari "Homiladorlikning xavfli belgilari" haqida ma'lumot berish, bunday holatlar ona va homilaning sog'ligiga xavf solishi mumkinligi haqida tushuntirish, agar bunday holatlar sodir bo'lsa, tezlik bilan shifokorga murojaat qilish lozimligi haqida ogohlantirilishi zarur.

Homiladorlikning xavfli belgilariga quyidagilar kiradi:

- qo'llarda, yuzda, tananing boshqa qismlarida to'satdan yuzaga keluvchi va tez tarqaluvchi shish;
- bosh og'rig'i, ko'rishning buzilishi, ko'z xiralashishi;
- tirishishlar;
- teri qoplamalari va kon'yuktiva shilliq pardasining rangparligi;
- sababsiz qusish;
- homiladorlikning har qanday muddatida jinsiy yo'llardan qon ketishi;
- qorinda og'riq, o'tib ketmaydigan bachadon muntazam qisqarishi;
- qog'onoq suvlarining ketishi;
- homila harakatlarining kamayishi yoki to'xtashi;
- isitma/titroq.

Homilador ayol ilk tashrifida birlamchi tibbiy-sanitariya muassasalarida to'liq klinik-laborator tekshiruvdan o'tkazilishi zarur. Buning uchun quyidagi klinik va laborator tekshiruvlar amalga oshiriladi:

- kamqonlikning klinik belgilarini aniqlash: teri qoplamalarining, timoq falangalari, kon'yuktiva, og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarining, til uchining rangparligi, nafas olishdagi o'zgarishlar;
- qalqonsimon bez va tishlarni tekshirish;
- yurak auskultatsiyasi – yurak cho'qqisida funksional sistolik shovqinni aniqlash mumkin;
- qorin devori tekshirilganida terida chandiqlar mavjudligiga e'tibor qaratish lozim;
- tizza va Axilov reflekslarini baholash zarur;
- arterial qon bosimini, pulsni, nafas olish tezligini, tana haroratini o'lchash;
- semizlik yoki ortiqcha vaznni, kam vaznni aniqlash maqsadida TVI (tana vazni indeksini) = $(\text{kg})/(\text{bo'y, m}^2)$ aniqlash. Mumkin bo'lgan vazn chegarasi 18 dan 35 gacha. Agar $\text{TVI} \geq 35$ yoki ≤ 18 bo'lsa, tegishli parhez tavsiyalarini berish yoki qo'shimcha tekshiruv usullariga yuborish;

- homiladorlik muddatini aniqlash – oxirgi hayz sanasi bo'yicha va akusherlik tekshiruvi ma'lumotlari bo'yicha taxminiy tug'ruq sanasini aniqlash.

Homiladorlikning 23 haftasidan keyingi muddatlarda murojaat qilinganida quyidagi tekshiruvlarni amalga oshirish talab etiladi:

- homilaning yurak urishini tinglash, homilaning harakatini/qimirlashini aniqlash, tashqi akusherlik tekshiruvini o'tkazish;
- tashqi jinsiy a'zolari tekshirish, bimanual tekshiruv va ko'zgular yordamida tekshirish (ayol yoki uning sherigi qat'iyan rad etgan holatda, keyingi tekshirishda vaginal ko'rik o'tkazish mumkin).
- bachadon bo'yni tekshiruvi – uning rangini, tashqi bo'g'izning holatini, ajralmalarning tabiati va miqdorini baholashni o'z ichiga oladi;
- vaginal tekshiruv vaqtida qin devorlari, bachadon bo'ynining uzunligi va konsistensiyasi, cervikal kanalning ochiqligi, bachadonning o'lchamlari va konsistensiyasi baholanadi;
- sut bezlarini tekshirish – tashqi ko'rik va palpatsiya qilish.

Quyidagi laborator tekshiruvlardan o'tish tavsiya qilinadi: zaxm – RW, B va C gepatitga tekshirish uchun qon topshirish, ayolning ixtiyoriy roziligi bilan OIV/OITS ga tekshirish, umumiy qon taxlili, qon taxlili va Rh-omilini, qondagi qand miqdorini aniqlash, umumiy siydik taxlili, 3 nuqtadan ajralmalar taxlili, hamda gijjalarni aniqlash uchun najas taxlilini o'tkazish.

Tuman tibbiyot birlashlasmalari yoki shahar tibbiyot birlashmalarida homiladorlikni tasdiqlash va homiladorlik muddatini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazish zarur.

Dastlabki tashxis quyidagicha qo'yiladi:

Homiladorlik (nechinchi homiladorlik), homiladorlik muddati (haftalarda)

Qo'shimcha patologiya (oilaviy poliklinika yoki qishloq vrachlik punktlari sharoitida kuzatuv va davolashni talab qiladigan genital va ekstragenital patologiyalar)

Asoratlangan akusherlik, ginekologik va perinatal anamnez.

Asosiy davolash choralari:

-Butun homiladorlik mobaynida sutkasiga 200 mg yod preparatlarini tavsiya qilish.

-Homiladorlikning 12 haftaligiga qadar sutkasiga 1 mg folik kislotasini tavsiya qilish.

-Kamqonlik aniqlangan holatlarda yoki kamqonlik ko'p uchraydigan hududlarda sutkasiga 60 mg temir preparatlarini buyurish tavsiya etiladi.

Homilador ayollarning keying tashriflarida quyidagi tekshiruvlarni o'tkazish zarur:

- homilador ayolning tashqi ko'rinishi va hatti-harakatlarini baholash;
- teri qoplamalari va shilliq qavatlarining rangini baholash;
- shish mavjudligini aniqlash;
- ikki qo'lda AQB o'lchash;
- bo'y va vazni o'lchash, tana vazni indeksini (TVI) aniqlash;
- 30 haftalik muddatda qonda gemoglobin va qand miqdorini aniqlash, kamqonlikning klinik belgilari aniqlangan bo'lsa – har tashrifda gemoglobin miqdorini aniqlash uchun qon topshirish;
- umumiy siydik tahlili;

Homilador ayolning ikkinchi tashrifida ya'ni 16-20 haftalik muddatda homilada rivojlanish nuqsonlarini istisno qilish maqsadida ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi va qon zardobidagi alfa-fetoprotein miqdori (Skrining tekshiruvi) aniqlanadi.

- Tashqi akusherlik tekshiruvini o'tkazish – 24 haftalik muddatdan boshlab;
- Sut bezlarini tekshirish;
- Bachadon tubi balandligini, bachadon tonusini aniqlash, tashqi akusherlik tekshiruvi (Leopold-Levitskiy usulida);
- Qorinni paypaslash;
- Homila yurak urishini tinglash;
- Homilaning qimirlashini va harakatini aniqlash.

Homiladorlikning II yarmidan boshlab homilador ayollarga homila harakatlariga e'tibor berish va ularni hisoblashni o'rgatish lozim. Shuningdek, homilador ayolni ratsional ovqatlanish va sog'lom turmush tarzi olib borishga o'rgatish, homiladorlik davridagi fiziologik o'zgarishlar haqida, xavfli belgilar va o'layiy poliklinika yoki qishloq

vtachlik punktlari bilan bog'lanish zarur bo'lgan belgilar haqida xabardor qilish zarur.



1-rasm. Gravidogramma.

Homiladorlik va homila rivojlanishidagi og'ishlarni o'z vaqtida baholash uchun homilador ayollarni zaruriy klinik va laborator tekshiruvlarining asosiy ko'rsatkichlarini qayd etadigan gravidogrammadan foydalanish tavsiya etiladi.

Homiladorlik davrida bachadon hajmining normal o'sishiga xos bo'lgan gravidogrammada ikki chiziq bilan ifodalangan bachadon tubining balandligini qayd etishga alohida e'tibor qaratiladi. Bachadon tubining balandligini har bir o'lchashda, uning qiymati chiziq bilan bog'langan nuqta bilan belgilanadi. Normaning yuqori chegarasidan o'tgan chiziq yirik homila, ko'p suvlilik, ko'p homilalik ekanligini ko'rsatadi, pastki chegaradan o'tib ketganligi homila o'sishdan orqada qolishi va kam suvlilikni ko'rsatadi, bu esa boshqa tekshiruv usullarini (UTT, KTG, Doppler tekshiruvi va boshqalar) o'tkazishni talab qiladi.

Fiziologik homiladorlikni olib borish uchun umumlashtirilgan jadval

Tekshiruv nomi	I trimestr	II trimestr	III trimestr
Fizikal tekshiruvlar			
Shikoyatlari va umumiy ahvolini baholash	Ilk va keyingi tashriflarda	Har tashrifda	Har tashrifda
Anamnez yig'ish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Homila qimirlashi/harakatini aniqlash	-	Har tashrifda homiladorlikning 16-20 haftasidan keyin (homila qimirlashini sezib boshlaganidan keyin)	Har tashrifda
TEA xavfini baholash	Ilk tashrifda bir marta	Bir marta	Bir marta
Akusherlik xavfi va perinatal asoratlarni guruhini tayinlash	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Homiladorlik muddati va tug'ruq vaqtini aniqlash	Ilk tashrifda oxirgi hayz sanasi va ultratovush ma'lumotlari asosida	II trimestrda agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda agar ilk tashrif bo'lsa
TVI aniqlash	Ilk tashrifda	-	-
Tana vaznini o'lchash	-	Har tashrifda	Har tashrifda
Qon bosimini o'lchash	Birinchi va har tashrifda	Har tashrifda	Har tashrifda
Sut bezlarini tekshirish	Birinchi va har tashrifda	II trimestrda bir marta agar ilk	III trimestrda bir marta agar

		tashrif bo'lsa	ilk tashrif bo'lsa
Ginekologik tekshiruv	Ilk tashrifda bir marta va ko'rsatmalarga ko'ra	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa va ko'rsatmalarga ko'ra	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa va ko'rsatmalarga ko'ra
Qorin aylanasi, bachadon tubi balandligini o'lchash va gravidogrammani yuritish	-	Har tashrifda 20 haftalikdan keyin	Har tashrifda
Homila holati va qaysi qismi bilan yotganligini aniqlash	-	-	34-36 haftadan keyin har tashrifda
Homila yurak urish tezligini aniqlash, stetoskop yoki fetal doppler yordamida	-	Har tashrifda – 12 haftadan so'ng fetal doppler va 20 haftadan so'ng stetoskop yordamida	Har tashrifda
Laborator tekshiruvlar			
Qonda VICH-1/2ning M va G antitelolarini hamda r24 antigenini aniqlash uchun yo'llanma berish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Qonda B gepatit virusining (HBsAg) antigenlarini aniqlash uchun yo'llanma berish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Qonda C gepatit virusining M va G antitanachalarini	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta

aniqlash uchun yo'llanma berish			
Qonda oq treponema antitanachalarini aniqlash uchun yo'llanma berish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
B guruh streptokokk antigenini aniqlash uchun servikal kanaldan surtma olishga yo'llanma berish	-	-	Bir marta 35-37 haftalikda
Mikroskopik tekshiruv uchun qindan surtma olishga yo'llanma berish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Siydikning o'rta portsiyasidan patogen bakteriyalarni mikrobiologik aniqlash	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Rezus omil va AB0 qon guruhini aniqlash	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Rezus manfiy ayollarda antirezus antitanachalarni aniqlash	Ilk tashrifda	18-20 haftada	28 haftada
Umumiy qon taxlili	Ilk tashrifda bir marta	Bir marta	Bir marta
Qonning biokimyoviy taxlili	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Uglevod almashinuvi	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk	III trimestrda bir marta agar

buzilishini aniqlash (och qoringa venoz qon tarkibidagi glyukoza va glikirlangan gemoglabin miqdorini aniqlash)		tashrif bo'lsa va 24-26 haftada	ilk tashrif bo'lsa
PGTT aniqlash	Ilk tashrifda bir marta homiladorlik qandli diabeti yuqori xavf guruhida yoki uglevod-suv almashinuvi buzilgan bo'lsa	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa va homiladorlik qandli diabeti yuqori xavf guruhida yoki uglevod-suv almashinuvi buzilgan bo'lsa yoki 24-28 haftada homiladorlik qandli diabeti past xavf guruhida, uglevod suv almashinuvi buzilmagan bo'lsa bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Koagulogrammani tekshirish	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa va tug'ruqdan oldin
TTG miqdorini aniqlash	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Siydik umumiy taxlili	Ilk tashrifda bir marta	Bir marta	Bir marta

Maxsus indikatorli tayoqcha yordamida siydikda oqsilni aniqlash	-	22 haftadan so'ng har tashrifda	Har tashrifda
Bachadon bo'ynidan sitologik tekshiruv uchun mikropreparat olish (bachadon bo'yni yuzasidan va servikal kanaldan)	Ilk tashrifda homiladorlikning har qanday muddatida, agar oxirgi 3 yilda odam papilloma virusi manfiy bo'lsa va oldingi sitologik tekshiruvlar normada bo'lsa yoki tekshiruvdan oldin 1 yil davomida musbat yoki noma'lum odam papilloma virusi statusi bo'lsa yoki hech bo'lmaganda 1 ta sitologik tekshiruvda (ASCUC, LSIL, HSIL) patologiya bilan davolangan bo'lsa		
Prenatal biokimyoviy skriningiga yo'llanma	11-13 haftada RARR-A va B sub'yedinitasi	-	-
Instrumental tekshiruvlar			
Pelviometriya o'tkazish	-	-	Bir marta
UTT	11-13 haftada (I trimestr skriningi doirasida)	18-20 haftada (II trimestr skriningi doirasida)	30-34 haftada akusherlik va perinatal asoratlarning yuqori xavf guruhlarida, gravidogramma bo'yicha BTB homiladorlik muddatiga mos kelmaganda
Bachadon bo'yni UTT (cervikometriya)	-	18-20 haftada (II trimestr skriningi doirasida)	-
Bachadon bo'yni UTT (cervikometriya)	-	15-16 haftadan 24 haftagacha bir marta (kechki homila tushishining yuqori xavf)	-

		guruhida)	
Bachadon platsentar qon aylanishini ultratovush dopplerografiyasi	-	18-20 haftada akusherlik va perinatal asoratlarning yuqori xavf guruhida	30-34 haftada akusherlik va perinatal asoratlarning yuqori xavf guruhida
Homila KTG si	-	-	33-34 haftadan keyin 2 haftada bir marta
Tor mutaxassislar ko'rigi			
Vrach terapevt ko'rigi	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Vrach stomatolog ko'rigi	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	Bir marta
Vrach oftalmolog ko'rigi	Ilk tashrifda bir marta	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa	III trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa
Vrach genetik maslaxatiga yo'llanma	Ilk tashrifda bir marta xromosoma yoki genetik patologiya bilan tug'ilish xavfi yuqori guruhda va/yoki I trimestr skrining natijalariga ko'ra (aneuploidiya xavfi yuqori homila) va/yoki I trimestr	II trimestrda bir marta agar ilk tashrif bo'lsa, xromosoma yoki genetik patologiya bilan tug'ilish xavfi yuqori guruhda va/yoki I trimestr skrining natijalariga ko'ra (aneuploidiya xavfi yuqori homila) va/yoki I yoki II trimestr ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra	-

	ultratovush tekshiruvi natijalariga ko'ra (homila rivojlanish nuqsoni aniqlangan) va/yoki NIPS natijalariga ko'ra (aneuploidiya xavfi yuqori homila)	(homila rivojlanish nuqsoni aniqlangan) va/yoki NIPS natijalariga ko'ra (aneuploidiya xavfi yuqori homila)	
Vitaminlar va dori preparatlarini tavsiya qilish			
Folliy kislota	Sutkasiga 400 mkg per oral	-	-
Kaliy yod	Sutkasiga 200 mkg peroral		
Kalsiy kam qabul qiladigan (sutkasiga 600 mg dan kam), preeklampsiya xavfi yuqori bo'lgan xavf guruhlariga kalsiy preparatlari	Sutkasiga 1 gr peroral		
Gipovitaminoz D xavfi yuqori bo'lgan guruhlariga D vitamini	Sutkasiga 10 mkg (5000 ME) peroral		
Preeklampsiya xavfi yuqori bo'lgan xavf guruhlariga atsetilsolitsil kislota	-	Sutkasiga 150 mg peroral	Sutkasiga 150 mg peroral 36 haftagacha
Yordamchi reproduktiv texnologiyalardan keying homiladorlarga gestagenlar tavsiyasi	Progesteron sutkasiga 200-600 mg qinga yoki didrogesteron sutkasiga 30	Progesteron sutkasiga 200-600 mg qinga	-

	mg peroral 10 haftagacha		
O'z-o'zidan homila tushishi (anamnezida birlamchi homila tushishi) xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga gestagenlar tavsiyasi	Progesteron sutkasiga 200- 600 mg peroral yoki 200-400 mg qinga yoki Didrogesteron sutkasiga 20 mg peroral	Progesteron sutkasiga 200- 600 mg peroral yoki 200-400 mg qinga yoki Didrogesteron sutkasiga 20 mg peroral 20 haftagacha	-
Muddatidan oldin tug'ruq xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga progesteron tavsiyasi		Progesteron sutkasiga 200 mg qinga 22 haftagacha	Progesteron sutkasiga 200 mg qinga 34 haftagacha
Rezusi manfiy bemorga antirezus antitanachalar yuqori bo'lgan holatda antirezus Rho[D] immunoglobulini tavsiyasi	-	-	28-30 haftada ko'rsatma asosida mushak orasiga

III. TUG'RUQ VA ONALIKKA TAYYORGARLIK

Homilador ayol va uning oila a'zolarini bola tug'ilishiga tayyorlash zamonaviy talablarga muvofiq amalga oshirilishi lozim. Homilador ayollar va ularning oila a'zolarini bola tug'ilishiga jismoniy va psixologik tayyorlash usuli barcha homilador ayollar uchun qo'llanilishi mumkin. Ushbu usuldan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar mavjud emas.



Tug'ruq va onalikka tayyorgarlik individual va guruhlarda amalga oshirilishi mumkin. Darslarning istiqbolli va samarali shakli – bu bola tug'ilishiga oilaviy tayyorgarlikdir, bu oila a'zolarining tug'ruqdan oldin tayyorgarlikda faol ishtirok etishga jalb qilishga qaratilgan. Tug'ruq va tug'ruqdan keying davrda sheriklikdagi tug'ruq

homilador ayol va uning oilasining turmush tarzini o'zgartirishga, kutilgan farzandning dunyoga kelishiga yordam beradi.



Tug'ruqqa tayyorgarlikning oilaviy shakli bilan bir qatorda homilador ayollarni tug'ishga psixo-fiziologik jihatdan tayyorlashning an'anaviy usullaridan foydalanish, shuningdek, ularni shaxsiy gigiena qoidalariga o'rgatish, kelajakda tug'ruqqa tayyorgarlik ko'rish, QVP va oilaviy poliklinikalarda tashkil etilgan "onalar maktablarida" bolani parvarish qilish qoidalarini o'rganish tavsiya etiladi. Bunda, namoyish

materiallari, ko'rgazmali qurollar, texnik vositalar va bolalarni parvarish qilish vositalaridan foydalaniladi.

Guruh mashg'ulotlarini o'tkazish uchun xonaning ichki qismi tinglovchilar uchun psixologik jihatdan qulay bo'lishi kerak. Divanlar yoki qulay kreslolar, rasmlar va jadvallar to'plami, videoproyektor, SD-pleyer, videofilmlar va boshqalardan foydalanish tavsiya etiladi.

Homilador ayollarning gigiyenasi, tug'ishga oilaviy tayyorgarlik, emizish qoidalari, yangi tug'ilgan chaqaloqqa g'amxo'rlik qilish, tug'ruqdan keyingi kontraseptsiya va boshqalar bo'yicha videokassetalarni mustaqil ravishda ko'rish imkoniyatini ta'minlash tavsiya etiladi.

"Onalar maktabiga" tashrif buyurish uchun homiladorlikning birinchi trimestridagi barcha ayollarni bo'lajak otalar yoki yaqin qarindoshlar bilan birga jalb qilish kerak. Haftaning ma'lum kunlarida darslarni o'tkazishda 10-15 kishidan ko'p bo'lmagan guruhlarni, shu jumladan homilador ayolning sheriklarini bilan (eri yoki boshqa oila a'zosi) tashkil etish tavsiya etiladi, homiladorlik davri bir xil bo'lgan ayollarni birlashtirish maqsadga muvofiqdir.

Bo'lajak ota-onalarni, shuningdek boshqa oila a'zolarini tug'ruqqa tayyorgarlik ko'rishga faol jalb qilish uchun boshlang'ich bo'g'in muassasalari xodimlarining vazifalari dasturlar va mashg'ulotlar vaqti to'g'risida mavjud ma'lumotlarni taqdim etishdan iborat.

"Onalar maktabi" da homilador ayollar bilan mashg'ulotlar dasturi quyidagi mavzulardan iborat bo'lishi lozim.

I. homiladorlik paytida onaning tanasida anatomik va fiziologik o'zgarishlar:

1. Reproduktiv tizimning tuzilishi va faoliyati to'g'risida qisqacha ma'lumot

2. Ayol va erkak jinsiy hujayralari

3. Ona qornida homilaning rivojlanishi

3.1. Urug'lanish

3.2. Homiladorlikning dastlabki belgilari

3.3. Homilaning homiladorlik oylarida rivojlanishi, uning tashqi ta'surotlarga reaksiyalari

3.4. Homilaning hayotini qo'llab-quvvatlashda platsenta va amniotik suyuqlikning roli

3.5. Ayol tanasidagi fiziologik o'zgarishlar, homiladorlik davrlari

4. Homiladorlik uchun xavf omillari

4.1. Xavf omillari nima?

4.2. Ota-onalar sog'lig'ining homilaga ta'siri

4.3. Irsiyatning roli

4.4. Spirtli ichimliklar, chekish, ota-onalar tomonidan giyohvand moddalar va toksik moddalarni iste'mol qilish homila patologiyasining zararli xavf omillari sifatida

4.5. Boshqa salbiy omillarning homilaga ta'siri (ishlab chiqarish, yuqumli infeksiyalar, dorilar, radiatsiya va boshqalar).

4.6. Homiladorlikning asoratlari

5. Tibbiy kuzatuv

5.1. Ayollar maslahat xonasiga homilador ayolni erta murojaat qilishining ahamiyati

5.2. Akusher-ginekolog, doyalarning tashriflari chastotasi

5.3. Homiladorlik davrida majburiy tibbiy ko'rikdan o'tishning zarurati

5.4. Ona va homila salomatligini kuzatishning zamonaviy instrumental usullari bilan tanishish

5.5. Homilador ayollarga homiladorlikning rivojlanishini va homilaning holatini baholash uchun ba'zi testlarni o'rgatish

5.6. HUKning ahamiyati, homilador ayollarni homiladorlarning uy kartasini to'ldirishga o'rgatish

II. Homiladorlik paytida gigiyena qoidalari:

1. Turmush tarzini o'zgartirish

1.1. Mehnat rejimi bo'yicha tavsiyalar, shu jumladan, uy vazifasi. Homilador ayolning qonuniy huquqlari

1.2. Kundalik tartib

1.3. Jinsiy hayot

2. Ovqatlanish

2.1. Oziq-ovqatning kaloriya tarkibi va muvozanatli ovqatlanish tushunchasi

2.2. Suyuqlik qabul qilish

2.3. Ona va homila salomatligi uchun vitaminlar va minerallarning roli

2.4. Patologik sharoitlarda ovqatlanish xususiyatlari (erta toksikoz (ko'ngil aynishi va qayt qilish sindromi), ich qotishi, gipertenziya, buyrak kasalliklari va boshqalar).

3. Shaxsiy gigiyena

3.1. Tana tozaligiga rioya qilishning ahamiyati (terini, tishlarni, sut bezlarini, jinsiy a'zolarni va boshqalarni toza saqlash)

3.2. Kiyim, poyabzal, ichki kiyimlar

3.3. Bola hayotining 6-oyigacha emizishning roli

3.4. Ayol tanasini chiniqtirish va sog'lomlashtirish uchun tabiiy vositalardan foydalanish

4. Homiladorlik davrida gimnastikaning roli

4.1. Homiladorlik muddatiga qarab jismoniy mashqlar to'plamini o'rgatish

4.2. Dam olishni o'rganish (tez dam olish)

5. Homilador ayolning psixo-emotsional holatining xususiyatlari

5.1. Ayolning homiladorlikka psixologik moslashuvi

5.2. Homiladorlik, tug'ish va bola tug'ilgandan keyin ayolni psixologik va jismoniy qo'llab-quvatlashda oilaning roli

III. «Qo'rqmasdan tug'ishga» tayyorgarlik

1. Tug'ruq boshlanishining kalendar sanalari

2. Tug'ruqning darakchi belgilari

3. Tug'ruqxonaga borishga tayyorgarlik

4. Tug'ruq davrlari

5. Tug'ruq davrlarining davomiyligi

5.1. Tug'ruq paytida ayolning to'g'ri va xotirjam xatti-harakatlarining ahamiyati

5.2. Tug'ruqda sheriklikning roli

5.3. Tibbiyot xodimlariga ishonish va ularning barcha tavsiyalarini bajarish zarurati

5.4. Tug'ruqning muvaffaqiyatli o'tishi uchun nafas olishning turli usullarini o'rgatish

5.5. Tug'ruqni og'riqsizlantirish usullarini o'rgatish

5.6. Bola tug'ilishida psixo-emotsional holatni mustahkamlash uchun autotrening va o'z-o'zini nuqtali massaj qilish mashg'ulotlari

6. Tug'ruqdan keyingi birinchi soat. Tug'ruq zalida bolani ko'krakka erta qo'yishning ahamiyati

7. Tug'ruqdan keyingi davrda davolash mashqlari

8. Tug'ruqdandan keyingi kontraseptsiya

9. Onalikning qonuniy huquqlari.

Bolalarni parvarish qilish bo'yicha "onalar maktabi" da homilador ayollar bilan mashg'ulotlar dasturi:

I. Chaqaloq. Chaqaloq tug'ilishi

1. O'z muddatida tug'ilgan chaqaloqning belgilari
2. Yangi tug'ilgan chaqaloqning anatomik va fiziologik xususiyatlari

3. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda gormonal kriz

4. Ona va bolaning tug'ruqxonada birga bo'lishining ahamiyati

5. Yangi tug'ilgan chaqaloq bilan muloqotda shaxsiy gigiyena qoidalari

6. Bolani ko'krakka qo'yish texnikasi

7. Tug'ruqxonadan chiqqanda yangi tug'ilgan chaqaloq uchun zarur kiyimlar to'plamini tayyorlash bo'yicha maslahatlar

II. Oilada yangi tug'ilgan chaqaloqqa g'amxo'rlik qilish

1. Oiladagi bolaning "burchagi"ni tayyorlash va gigiyena

2. Chaqloqlarni parvarish qilish vositalari

3. Chaqloqlarni parvarish qilish qoidalari

3.1. Chaqloq parvarishi, uni cho'miltirish

3.2. Teri va kindik yarasini parvarish qilish

3.3. Erkin yo'rgaklash

3.4. Kun tartibi

4. Yangi tug'ilgan chaqaloqni ovqatlantirish

4.1. Chaqloqning salomatligini shakllantirishda emizishning roli

4.2. Emizish paytida chaqloqni nazorat qilishning ahamiyati

4.3. Yangi tug'ilgan chaqaloqning suv ichishi

4.4. Sun'iy oziqlantirish.

5. Chaqloqning sog'lig'iga zararli omillarning ta'siri

5.1. Oiladagi yomon odatlarga yo'l qo'ymaslik (chekish, spirtli ichimliklar, gilyohvandlik va toksik moddalarni iste'mol qilish)

6. Tibbiy tavsiyalarni bajarish bo'yicha maslahatlar va treninglar

6.1. Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda massaj texnikasi va gimnastika elementlari

6.2. Haroratni o'chash texnikasi

6.3. Shifokor tayinlaganda dori-darmonlarni tayyorlash va berish texnikasi, o'z-o'zini davolashning xavfli ekanligi.

IV. KAMQONLIGI BO'LGAN HOMILADORLARNI OLIB BORISH STANDARTLARI

Homiladorlar kamqonligi – homiladorlik davrida (asosan II-III trimestrlarda) ona va homilada qonning shaklli elementlarini ishlab chiqarish uchun lozim bo'lgan moddalarga ehtiyojining ortishiga qaramay to'liq qoplanmasligi natijasida kelib chiqadi. Homiladorlik davomida temir mikroelementi nafaqat ona qonining shaklli elementlari shakllanishida, balki homilaning ehtiyojlari uchun ham sarflanadi, ayniqsa bu holat 16-20 haftalarda faol ravishda oshadi.

KXX (МКБ)-10 bo'yicha kodi: 099.0

Kamqonlikning klinik tasnifi:

- › O'tkir qon ketishi natijasidagi kamqonlik.
- › Eritrositlar ishlab chiqarilishi yetishmovchiligi natijasidagi kamqonlik: temir tanqisligi, aplastik, megaloblastik, sideroblastik, surunkali kasalliklar natijasida.
- › Eritrositlar parchalanishi kuchayishi natijasidagi kamqonlik: gemolitik.

Kamqonlikning patogenetik tasnifi:

- > temir tanqisligi kamqonligi;
- > sideroaxrestik kamqonlik;
- > B12 vitamini tanqisligi va foliy kislotasi tangisligi kamqonligi;
- > gemolitik kamqonlik;
- > suyak ko'migi yetishmovchiligi natijasida rivojlanadigan kamqonlik;
- > aylanib yuruvchi qon hajmi kamayishi natijasida kamqonlik;
- > aralash mexanizm natijasida kelib chiqadigan kamqonlik.

Homiladorlarda kamqonlikning ikki guruhi farqlanadi:

- homiladorlik davrida aniqlangan;
- homiladorligacha mavjud bo'lgan.

Og'irlik darajalari bo'yicha kamqonlik quyidagicha farqlanadi:

- yengil - gemoglobin 110-91g/l, eritrositlar $3,6-3,2 \times 10^{12}/l$, gematokrit 37-31%;
- o'rtacha og'ir - gemoglobin 90-71g/l, eritrositlar $3,3-3,0 \times 10^{12}/l$, gematokrit 30-24%;
- og'ir - gemoglobin 70-51 g/l, eritrositlar $3,0-1,8 \times 10^{12}/l$, gematokrit 23-13%.



5-rasm. Temirning homiladorlikdagi ahamiyati

Kamqonlikni keltirib chiqaradigan xavf omillari:

- noto'g'ri ovqatlanish, ya'ni temir, oqsillar, vitaminlar, foliy kislotasi, mikroelementlarni yetarli darajada iste'mol qilmaslik;
- surunkali intoksikatsiya, shu jumladan og'ir metallarning tuzlari bilan (zararli ishlab chiqarish, ekologik jihatdan noqulay hududda yashash);
- surunkali kasalliklar: revmatizm, diabet, gastrit, buyrak kasalliklari, surunkali infeksiyalar;
- homiladorlikgacha bo'lgan kamqonlik;
- homiladorlik vaqtida qon yo'qotish;
- ko'p homilalik;
- tug'ruqlar orasining qisqa bo'lishi;
- irsiyatdagi o'zgarishlar;
- laktasiya saqlangan holda homiladorlik.

Homiladorlik mobaynida temir moddasining o'rnini juda muhim hisoblanadi. Temir ko'plab biokimyoviy reaksiyalarda ishtirok etadi va ularning eng muhimi kislorodni o'pkadan gemoglobin tarkibida barcha

organlar va to'qimalarning hujayralariga o'tkazilishi, shuningdek, hujayralarning nafas olish jarayonlarini ta'minlashdir.

Temir ishtirok etadigan keying jarayon bu transformatsiya – hujayra bo'linishidir. Har bir insonning tanasi muntazam ravishda yangilanadi: eski hujayralar yangilari bilan almashinadi. Bu, ayniqsa, bolalar uchun juda muhimdir: tez o'sish va rivojlanish davrida ular sezilarli temir zahiralarini talab qiladi. Prenatal yoshdagi chaqaloqlarda temir elementining yetishmasligi miya tuzilmalari va asab tolalarining buzilishiga olib keladi, keyinchalik u butun hayoti davomida saqlanib qoladi. Shu sababli, tug'ilmagan chaqaloq uchun zarur bo'lgan temir ta'minotini bachadonda ham, hayotining birinchi yilida ham uning ehtiyojini qondirish muhimdir.

Homiladorlik davrida temir elementi nafaqat onaning qon shaklli elementlarining hosil bo'lishi uchun, balki homilaning ehtiyojlari uchun ham sarflanadi. Bu holat ayniqsa homilada gematopoez jarayoni boshlanadigan 16-20 haftada faol ravishda oshadi. Homiladorlikning oxiriga kelib, har qanday ayolda temir zahiralarini tugaydi va ularni to'liq tiklash uchun 2-3 yil kerak bo'ladi.

Homiladorlik davrida temir moddasiga bo'lgan talab quyidagicha hisoblanadi:

- Ayol organizmi uchun – 450 mg;
- Tana vazni > 3 kg homila – 270 mg;
- Yo'ldosh – 90 mg;
- Tug'ruq – 150 mg.

Homiladorlik davrida temir tanqisligi mavjudligi ona va homila uchun katta xavf bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Kamqonlik og'irlik darajasining ortishi homilador ayolda tug'ruq paytida preeklampsiya, piyelonefrit va qon ketishining og'ir shakllarining rivojlanishi bilan bog'liq asoratlarning kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Temir tanqisligi kamqonligi. Homilador ayollarda kuzatiladigan kamqonlikning asosiy qismini temir tanqisligi anemiyasi tashkil etadi. Uning rivojlanish mexanizmlari quyidagilardir:

- homiladorlik davrida suyak ko'migiga toksik ta'sir ko'rsatadigan moddalar almashinuvi qoldiq maxsulotlarining yig'ilishi;
- homiladorlik davrida gormonal balansning o'zgarishi (xususan, eritropoezni sekinlashtiradigan estradiol miqdorining ortishi);
- homiladorlikgacha bo'lgan temir tanqisligi;

- ko'p homilalik va tug'ruqlar orasining qisqa bo'lishi ona organizmidagi temir miqdorining kamayib ketishiga sabab bo'ladi;
- homilador ayol organizmida vitamin B12, foliy kislotasi va oqsil yetishmovchiligi;
- kislorod yetishmovchiligi, o'z navbatida homilador ayol organizmidagi oksidlanish-qaytarilish reaksiyalarining buzilishiga sabab bo'ladi;
- homilador ayolning organizmiga, rivojlanayotgan homila to'qimalaridan doimiy antigen stimulyatsiya bilan bog'liq immunologik o'zgarishlar (immunitetning T-hujayra zvenosining tormozlanishi, ona organizmi to'qimalariga qarshi sensibilizatsiyaning kuchayishi, mayda dispersli immun agregatlarning to'planishi va past komplement darajasi, limfositlarning umumiy sonining kamayishi) ham temir tanqislik kamqonligini keltirib chiqaruvchi muxim mexanizmlardan biridir.

Temir tanqisligi kamqonligining klinik belgilari:

- holsizlik), umumiy holsizlik;
- teri qoplamlari va shilliq qavatlarning rangparligi;
- sklera, burun-lab uchburchagi, kaftlarning sarg'imtirligi;
- terining patologik pigmentasiyasi;
- yurak auskultasiyasida shovqin eshinishi;
- qorin dam bo'lishi, axlat suyuq kelishi;
- ta'm bilish buzilishi (patofagiya), hid bilish buzilishi (patoosmiya);
- sochlar va timoqlarning sinuvchanligi;
- xeylit (og'iz burchagining bichilishi);
- nafas olishning tezlashishi, arterial bosimning pasayishi;

Laborator taxlillarda quyidagilarni aniqlash mumkin:

- > qon zardobidagi temirning pasayishi (12 mkmol/l dan past);
- > qon zardobining umumiy temirni bog'lash qobiliyatining oshishi (85 mkmol/l dan yuqori);
- > qon zardobida ferritin konsentrasiyasining pasayishi (15 mkg/l dan past);
- > qon zardobining yashirin temir bog'lash qobiliyatining oshishi;
- > transferrinning temir bilan to'yinganligining pasayishi (16% dan past).

Ambulator sharoitida o'tkaziladigan tekshiruvlar:

- umumiy qon tahlili (eritrositlar miqdori, rang ko'rsatkichi, gematokrit);

- qon bioximiyasi va qon zardobida temir (Fe) miqdori.

Kuzatuvlar soni: I va II-trimestrlarda bir oyda bir marta; III - trimestrda bir oyda 2 martani tashkil qilishi lozim. Boshqa mutahassislar ko'rigi: terapevt, gematolog maslahati o'tkazilishi zarur.

Ambulator sharoitda davolash choralari

Dori vositalarisiz davolash:

- temir va oqsilga boy ovqatlar iste'mol qilish;
- oqsil tanqisligini to'ldirish maqsadidagi davolovchi parhez;
- maxsus temir moddasi bilan boyitilgan ozuqa maxsulotlarini iste'mol qilish.

Medikamentoz davoning davolash bosqichlari quyidagilardan iborat:

- > kamqonlikni tiklash (gemoglobinning normal miqdorini tiklash);
- > to'yintirish davosi (organizmdagi temir zahirasini tiklash);
- > ushlab turuvchi davo (barcha temir zaxirasini normal miqdorda saqlash).

Homiladorlikning 20 haftasigacha gemoglobin miqdori 100g/l dan kam va klinik belgilari kuzatilganda parhezga o'zgartirishlar kiritish tavsiya etiladi. Samara bermaganda 2 haftadan so'ng laborator tekshirish o'tkaziladi (eritrositlar, rang ko'rsatkich, gematokrit aniqlanadi). Tashxis tasdiqlangandan so'ng, temir vositalari (ovqatdan so'ng) tayinlanadi. 26-34 haftada gemoglobin miqdori 100g/l dan kam va klinik belgilar kuzatilmasa, ovqatlanish to'g'irlanadi, temir vositalarini tayinlash shart emas (fiziologik gemodilyutsiya, «homiladorlarning fiziologik kamqonligi»). Agar gemoglobin miqdori 70g/l dan kam bo'lsa, gematolog va terapevt maslahati tayinlanadi. 26-34 haftada gemoglobin miqdori 100g/l dan kam va klinik belgilar kuzatilsa, ovqatlanish to'g'irlanadi, og'iz orqali temir vositalari tayinlanadi.

Kamqonlikning klinik belgilari kuzatilganda homiladorlar qonida gemoglobin miqdorini qo'shimcha tekshirish usullari yordamida tekshiriladi.

Kamqonlikning oldini olish va yengil shaklini davolashning sutkalik miqdori 50-60mg temir, chuqur kamqonlikni davolash uchun - 100-120mg temir tashkil etadi.

Kamqonlik tashxisi qo'yilgan holatda davolash tadbirlari quyidagi ketma-ketlikda o'tkaziladi:

- > ratsional oziqlanish tamoyillariga asosan parhezni korreksiya qilish: ovqatlanish

vaqtida choy, kofe va suyuqlik iste' mol qilmaslik kerak;

> parazit gijjalarga tekshirish;

> temir vositalari va foliy kislotasini tayinlash.

Temir vositalarini parenteral (v/i va m/o) yuborish xavfli hisoblanadi, temir vositalarini og'iz orqali qabul qilish imkoni bo'lmaganda kasalxona sharoitida qo'llash maqsadga muvofiq. Jigar gemosiderozi kelib chiqish xavfi bo'lganligi sababli zardobdagi temir miqdorini aniqlamasdan temir vositasini parenteral tayinlash man etiladi. Dori vositalari miqdori individual holatda klinik belgilarni hisobga olgan holda tayinlanadi.

Gospitalizasiyaga ko'rsatma:

- kamqonlikning og'ir darajasida;

- davolash samara bermasdan homilador ayolning umumiy ahvoli og'irlashganda.

Kamqonlikning quyidagi turlarida homiladorlik man etiladi:

> aplastik,

> megaloblastik,

> sideroblastik.

Tug'ruqdan keyingi davrda olib borish/reabilitatsiya:

Tug'ruqdan so'ng 4-6 oy davomida homiladorlik davrida kamqonlik bo'lgan ayollar ahvoli kuzatib boriladi va antianemik davo davom ettiriladi.

Profilaktika. Temir tanqislik kamqonligining oldini olish uchun II va III trimestrlar davomida 50-60 mg temir qabul qilib borish yetarli hisoblanadi (I- trimestrda homilaga teratogen ta'siri qilishi mumkinligi sababli tayinlanmaydi). Profilaktika maqsadida temir vositasi miqdorining oshirish shart emas, chunki ortiqcha temir so'rilmaydi va ko'p hollarda me'da va ichak tizimi tomonidan nojo'ya asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Temir tanqisligi kamqonligining oldini olish quyidagi homiladorlar va tuqqan ayollarda o'tkaziladi:

> temir tanqisligi aholining umumiy muammosi hisoblangan hududda yashovchilarda;

> homiladorlikdan oldin uzoq va ko'p miqdorda hayz ko'rganlarda;

> intergenetik interval 3 yildan kam bo'lganlarda;

> ko'p homilali homiladorlikda;

> laktasiyaning birinchi 6 oyida;

> uzoq emizishda.

Kamqonlik bilan kasallangan homiladorlar sonini, homiladorlik davridagi asoslanmagan aralashuvlarni, tug'ma kamqonlik bilan tug'iladigan bolalar sonini kamaytirish maqsadida UASh/doya quyidagilarni bajarishi shart:

- ayollarning ANP vaqtida har bir tashrifida ularga to'g'ri ovqatlanish asoslari, ovqatlanish vaqtida choy, kofe va suyuqliklarni iste'mol qilishni chegaralash haqida;

- gijjalar bilan zararlanishning oldini olish tadbirlari haqida, ayniqsa endemik o'choq hisoblangan hududlarda bunga ko'proq e'tiborni qaratgan holda ma'lumotlar berib borishlari lozim. Gijjalar aniqlanganda tashxisot va davolash uchun mutaxassislariga yo'naltiriladi (parazitologlar, infeksiyonistlar va b.).

Temir vositalarini doimiy va asoslanmagan tayinlash ona va bola sog'lig'iga birdek salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin.

V. HOMILADORLIKNING 22 HAFTALIGIGA QADAR QON KETISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Homiladorlikning 22 haftasigacha qon ketishini va homilani yo'qotish abort nomi bilan tasniflanadi. 22 dan 37 haftagacha ro'yxatga olingan erta tug'ruqlar muddatidan oldingi tug'ruq deyiladi. Perinatal o'linmi ro'yxatga olishda bunday xalqaro yondashuy erta tug'ruqlarning va buning natijasida kelib chiqishi mumkin bo'lgan asoratlarning oldini olish uchun zarur hisoblanadi.

So'nggi vaqtlarda bir qator xalqaro mualliflar homiladorlikning birinchi trimestridan boshlab retroxorial gematomalar mavjud bo'lganda homiladorlikning asoratlari xavfi ortib borishini ko'rsatadigan xulosaga kelishgan. Shunday qilib, 28 yil davomida homiladorlikning kechishi va natijalari to'g'risidagi ma'lumotlarni jamlagan meta-tahlilda quyidagi asosiy xulosalar olindi:

1. Ikki yoki undan ortiq homiladorligi uzilgan bemorlar, muddatidan oldingi tug'ruqlar, shu jumladan juda erta tug'ruqlar, homila o'sishining chegaralanishi, qog'onoq pardasining erta yorilishi, platsentaning muddatidan oldin ko'chishi, yo'ldoshning oldinda kelishi, homiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida qon ketishi kabi asoratlar rivojlanishi xavfi yuqori hisoblanadi.

2. Homiladorlik davrida qon ketishi kuzatilgan ayollarda retroplatsentar gematomalarning paydo bo'lishi, erta tug'ruqlar (shu jumladan juda erta tug'ruqlar), homila o'sishining chegaralanishi, muddatidan oldin qog'onoq pardasining yorilishi, platsentaning ko'chishi va boshqa asoratlar xavfi ortadi.

Shu sababli qon ketishini to'xtatish homiladorlikning erta muddatlaridan boshlab nafaqat abort va qon yo'qotilishi bilan bog'liq asoratlar ko'payishining oldini olish, balki katta retroplatsentar gematomalarning yuzaga kelishi va homiladorlikning kechki asoratlarning oldini olish uchun ham muhimdir.

Homiladorlik paytida qon ketish shoshilinch davolanishni talab qiladigan eng xavfli asoratlardan biridir. Qon ketishining akusherlik taktikasi qon yo'qotish miqdoriga, sababchi bo'lgan omillarga, homiladorlik muddatiga, ayol va homilaning holatiga bog'liq bo'ladi.

Homiladorlikning 22 haftasiga qadar qon ketishi ko'pincha bachadon ichi gematomalarning hosil bo'lishi bilan kechadi, ular

retrochorial/retroplacental yoki ekstramembranali lokalizatsiyada bo'lishi mumkin.

Homiladorlikning 12 haftasigacha jinsiy yo'ldan qonli ajralma kelishi bilan quyidagi holatlar o'rtasida differensial diagnostika o'tkazish talab etiladi: implantatsion qon ketishi, ektopik homiladorlik, tahdid soluvchi abort, boshlangan abort, to'liq abort, rivojlanmagan homiladorlik, yelbo'g'oz. Tashxislashda ultratovush tekshiruvi juda muhim rol o'ynaydi, bu jarrohlik aralashuvi talab qiladigan holatlarni (ektopik homiladorlik, yelbo'g'oz) o'z vaqtida tashxislash imkonini beradi, shuningdek, boshlangan abort kuzatilgan ayollarni davolash taktikasini aniqlash va rivojlanmagan homiladorlik bilan differensial tashxis o'tkazish imkonini beradi.

Abortning boshlanishiga olib keladigan sababga qarab, etiopatogenetik terapiya tanlanadi. Biroq, homiladorlikning 22 haftasigacha qon ketishi kuzatilgan hollarda onaning organizmiga va rivojlanayotgan homilaga zarar yetkazmasdan qon ketishini to'xtatish zarurati birinchi o'ringa chiqadi.

Diagnostik tekshiruvlar va asosiy terapevtik tadbirlar:

- Homilador ayolning umumiy ahvolini tezlik bilan baholash zarur (es-xushi, terisining rangi, yurak urishi, qon bosimi, nafas olish tezligi, tana harorati, siyishi, yo'qotilgan qon hajmi)

- Tashqi ko'rikdan o'tkazish lozim, agar kerak bo'lsa, qin ko'zgulari yordamida tekshiruv va vaginal tekshiruv o'tkazish mumkin, tekshiruv natijalari haqida ayolni tanishtirib borish talab qilinadi.

- Ayolni gospitalizatsiya qilish yoki kuzatuvni uyda davom ettirish masalasini hal qilish lozim.

- Kamqonlik, shokning klinik belgilari kuzatilmagan ajralmalar, surtiluvchi xarakterdagi oz miqdordagi ajralmalar kuzatilganida:

• ayolni tinchlantirish va jismoniy harakatlarni cheklash bilan uy sharoitida kuzatuv olib borishni tavsiya etish, ehtimol yotoq rejimida (qat'iy bo'lmagan), agar qon ketishi kuchaysa, qayta murojaat qilishi lozimligi haqida tushuntirish lozim.

• qon ketishi kuchaygan holda birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish va kasalxonaga transportirovka qilishni ta'minlash lozim.

O'rtacha/ko'p miqdorda qon ketganida:

- ayolni kasalxonaga transportirovkasini tashkil qilish

- gemorragik shok belgilarini istisno qilish uchun ayolning umumiy ahvolini tezda birlamchi baholash

- gemodinamik kuzatuv varag'ini yuritishni boshlash (vaqt, qon bosimi, yurak urishi, natas olish soni, harorat, qabul qilingan suyuqlik miqdori, diurez, ko'rilgan choralar, yo'qotilgan qonning taxminiy miqdori (barcha taglik materiallari saqlanib qolgan holda)) va kasalxonaga transportirovka qilish mobaynida uni to'ldirib borish talab etiladi.

Gemorragik shokning klinik belgilari bilan ko'p miqdorda qon ketganida yoki gemorragik shokga shubha bo'lganda:

o ikkala qo'l venasiga suyuqlik yuborish uchun vena ichi vositasini ulash, imkoni bo'lsa – angiokateter ulash, eritmalarni quyish tezligi bemorning umumiy ahvoliga qarab belgilanadi. Birinchi 15 daqiqada 1000 ml fiziologik eritma quyish zarur. Yo'qotilgan qon hajmini to'ldirish maqsadida kristalloid eritmalarni uch baravar ko'p miqdorda quyish va kasalxonaga transportirovka qilish davomida infuziyani davom ettirish lozim.

o kislorodli niqobni ulash

o kasalxonaga shoshilinch transportirovka qilish uchun barcha zaruriy dori-darmonlar va yetarli miqdorda fiziologik eritma, sun'iy nafas berish uchun kislorod va Ambu qopchasi bilan ta'minlangan tibbiy xodimlarni aniqlash va/yoki kuzatib borish talab qilinadi.

"Taxdid soluvchi abort"

Simptomlar: surtiluvchi ajralmalar, qindan oz miqdorda qonli ajralmalar, qorinning pastki qismida va beldagi og'riqlar

Diagnostik tekshiruvlar:

- to'liq klinik-laborator tekshiruv

- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'yni yopiq, bachadon kattaligi homiladorlik muddatiga mos, ektopik homiladorlikni istisno qilish)

- homiladorlik ekpress-testini o'tkazish

- ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Asosiy terapevtik choralar: bemorni tinchlantirish, tibbiy muassasaga murojaat qilish kerak bo'lgan xavf soluvchi belgilar haqida ma'lumot berish va jismoniy faolliyatni kamaytirishni tavsiya etish, qat'iy bo'lmagan yotoq rejimida uy sharoitida kuzatuv olib borish mumkinligini tushuntirish.

"Yo'ldagi abort"

Simptomlar: kuchli qon ketishi, qorinning pastki qismida kuchli dardsimon og'riqlar va jinsiy yo'llardan embrion fragmentlarining qisman ajralishi.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvolini dastlabki baholashni o'tkazish
- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'ynining ochiqligi, bachadon hajmining homiladorlik muddatiga mosligi)
- homiladorlik ekpress-testini o'tkazish
- ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Asosiy terapevtik choralar: agar shok belgilari paydo bo'lsa, darhol shokka qarshi terapiyani boshlash. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: gemorragik shokning klinik belgilari bo'lgan ayolni shoshilinch ravishda hospitalizatsiya qilish, agar gemorragik shokning klinik belgilari kuzatilsa shokga qarshi davo choralarini boshlash

Reabilitatsiya: kamida 6 oy davomida kontratsepsiya tavsiya qilish, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa eng maqbuli – KOK.

«To'liq abort»

Simptomlar: engil qon ketishi, qorinning pastki qismida o'rtacha/yengil dardsimon og'riqlar, anamnezida embrion fragmentlarining ajralganligi.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvolini dastlabki baholashni o'tkazish
- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'yni yopiq, bachadon hajmi homiladorlikning taxminiy muddatidan kichik, bachadon yumshoq)
- homiladorlik express-testini o'tkazish
- ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: homila to'qimalarining qoldiqlari, qon ketishining boshlanishini va yallig'lanish belgilarini istisno qilish maqsadida - dinamik kuzatuv, agar lozim bo'lsa kasalxonada davolash. Infektsiyaning klinik belgilari yuzaga kelsa antibiotik terapiyasini tavsiya qilish.

Reabilitatsiya: kamida 6 oy davomida kontratsepsiya tavsiya qilish, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa eng maqbuli – KOK.

«Bachadondan tashqari homiladorlik»

Simptomlar: surtiluvchi xarakterdagi qon ketishi, hayz siklining buzilishi fonida o'rtacha va har doim ham kechikmagan hayz ko'rish,

qorin bo'shlig'ida o'tkir (xanjarsimon) yoki dardsimon og'riqlar va extimoliy belgilar: hushidan ketish, ko'ngil aynishi, qusish, to'g'ri ichakga tarqaladigan og'riq, amenoreya.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvolini dastlabki baholashni o'tkazish

- qorin bo'shlig'i paypaslanganda – defans – qorin old devori mushaklarining taranglashishi

- ginekologik tekshinuv (bachadon bo'ynini harakatlantirish paytida og'riq, bachadon bo'yni yopiq, bachadon hajmi odatdagidan biroz kattaroq, ammo homiladorlikning taxminiy muddatidan kichikroq, bachadon yumshoq konsistensiyali, to'xtagan homiladorlikda - bachadon ortiqlari sohasida og'riqli hosila, “Duglas qichqirig'i” simptomi musbat)

- homiladorlik ekpress-testini o'tkazish

- ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Ektopik homiladorlikni istisno qilish yoki tasdiqlash hamda kuzatish, uchun bemorni shoshilinch ravishda kasalxonaga transportirovka qilishni ta'minlash. Shokning klinik ko'rinishi (teri qoplamalarining rangi oqarib ketishi, hushdan ketish, pulsning tezlashishi va sustligi, qon bosimini pasayishi, qorinning dam bo'lishi) va qorinning pastki qismida kuchli og'riqar bo'lsa, to'xtagan ektopik homiladorlik taxmin qilinib va shoshilinch ravishda kasalxonaga hospitalizatsiya qilish bilan birga shokga qarshi davolash choratadbirlarini boshlash.

Reabilitatsiya: yallig'lanishga qarshi terapiya o'tkazish, hayz siklining buzilishi kuzatilgan holatlarda uni tartibga solish, keyingi 6 oy davomida homiladorlikdan saqlanish, maqbul usuli – KOK, BIV dan foydalanishni istisno qilish.

“Yelbo'g'oz”

Simptomlar: kuchli qon ketishi, spontan abortning mumkin bo'lgan belgilari, qorinning pastki qismida kuchli dardsimon og'riqlar, ko'ngil aynishi/qusish, preeklampsiya klinikasi (gipertenziya, proteinuriya).

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvolini dastlabki baholashni o'tkazish

- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'yni ochiq, bachadonning o'lchami homiladorlik muddatidan kattaroq, uzum shodasiga o'xshash embrion fragmentlarining ajralishi)

- homiladorlik ekpress-testini o'tkazish

- ultratovush tekshiruvini o'tkazish - «qor bo'roni» tasviri, homilaning yo'qligi.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: ixtisoslashtirilgan davolash chora-tadbirlarini amalga oshirish uchun ayolni ginekologiya bo'limiga yoki onkoginekologiya bo'limiga yo'naltirish va lozim bo'lganda shoshilinch ravishda hospitalizatsiya qilishni ta'minlash.

Reabilitatsiya: Onkologning dispanser nazorati.

XGCh darajasining oylik monitoringi 2 haftada 1 marta, keyin olti oy davomida 6 haftada 1 marta, keyingi olti oyda 8 haftada 1 marta, 2 yil davomida 4 oyda 1 marta (yiliga 3 marta) va 3 va 4 yil uchun - yiliga 1 marta.

Kimyoterapiya olgan bemorlar - 2 haftada 1 marta - 3 oy, keyingi 3 oyda - har oy, keyin esa ko'rsatilgan sxema bo'yicha.

Kamida 2 yil kontratseptsiya bilan ta'minlang.

“Kriminal, spontan yoki tibbiy abortdan keyingi septik shok”

Simptomlar: uzoq davom etuvchi qon ketishi, qindan yiringli, noxush hidli ajralmalar kelishi, bachadon bo'ynidan yiringli ajralma, qorinning pastki qismida og'riq; og'riqning tarqalishi, og'riqli bachadon, holsizlik, yuqori tana harorati, bachadon bo'ynini harakatlantirish paytida og'riq.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvolini dastlabki baholashni o'tkazish

- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'yni ochiq, ekskursiya paytida og'riq, bachadon o'lchami taxminiy muddatidan kattaroq, bachadon yumshoq, og'riqli, yomon hidli vaginal ajralmalar)

- ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Kasalxonaga yotqizish uchun tadbirlar: Ayolni shoshilinch ravishda kasalxonaga transportirovka qilishni ta'minlash. Shok belgilari namoyon bo'lsa, darhol shokka qarshi terapiyani boshlash.

Reabilitatsiya: kamida 6 oy davomida kontratseptsiya tavsiya qilish, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa eng maqbuli - KOK, BIV qo'llash.

«Yumshoq tug'ruq yo'llari, bachadon va/yoki to'g'ri ichak jarohati»

Simptomlar: kriminal, o'z-o'zidan yoki tibbiy abortdan keyin 3 yoki undan ortiq vaqt davomida simptomlar mavjud bo'lganda: davom etayotgan qon ketishi, qorin pastida kuchli spastik og'riq, og'riq irradiatsiyasi, ehtimol tananing yuqori qismiga ham, peritonizm, ko'ngil aynishi /qusish, yuqori harorat.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvoli bo'yicha dastlabki baholashni o'tkazish

- ginekologik tekshiruv (bachadon bo'yni ochiq, deformatsiyalangan, harakatlantirilgan vaqtda og'riq, bachadon o'lchami taxminiy muddatiga nisbatan kattaroq, bachadon yumshoq, og'riqli, turli intensivlikdagi vaginal qon ketishi)

- ultratovush tekshiruvini o'tkazish.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: antibiotik terapiya o'tkazish, shokka qarshi terapiya o'tkazish bilan birga shoshilinch ravishda bemorning kasalxonaga transportirovkasini ta'minlash.

Reabilitatsiya: kamida 1 yil davomida kontrasepsiya tavsiya qilish, agar qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa eng maqbuli – KOK, BIV qo'llash.

«Bachadon bo'yni saratoni»

Simptomlar: turli intensivlikdagi vaginal qon ketishlar, ko'pincha anamnezida – kontaktdan keyingi qonli ajralmalar kelishi.

Diagnostik tekshiruvlar:

- tezlik bilan bemorning umumiy ahvoli bo'yicha dastlabki baholashni o'tkazish

- Ginekologik tekshiruv (ko'zgularda bachadon bo'ynida o'simtasimon hosila yoki yuzasida qon ketishi bilan to'qima nuqsonini ko'rish mumkin, bachadon hajmi va konsistensiyasi o'zgarmagan yoki biroz kattalashgan, yumshoqlashgan)

- Homiladorlik ekspress-testini o'tkazish

- Ultratovush tekshiruvini o'tkazish

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: Tashxislash va ixtisoslashtirilgan davolash uchun ayolni onkologinekologik bo'limiga yo'naltirish va lozim bo'lganida kasalxonaga shoshilinch hospitalizatsiyasini ta'minlash.

Reabilitatsiya: Onkologning dispanser nazorati.

Homiladorlikning turli muddatlarida qon ketishining differensial diagnostikasi

homiladorlikning erta muddatlarida: *abort *bachadondan tashqari homiladorlik *elbug'oz	homiladorlikning kechki muddatlarida: *normal joylashgan yo'ldoshning muddatidan oldin ko'chishi *bachadonning yorilishi *yo'ldoshning noto'g'ri joylashuvi	tug'ruqdan so'ng: • bachadon atonyasi • bachadon bo'yni va qindagi yirtilishlar • yo'ldoshning bachadonda qolishi • bachadonning teskari ag'darilishi
---	--	---

VI. HOMILADORLIKNING 22 HAFTALIGIDAN KEYIN QON KETISHI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Normal joylashgan yo'ldoshning barvaqt ko'chishi (NJYBK) - homila tug'ilishidan oldin yo'ldoshning bachadon devorlaridan ajralishiga aytiladi. Placentaning muddatidan oldin ajralishi homiladorlikning og'ir asoratlaridan biri bo'lib, shoshilinch holatlar bilan bog'liq hisoblanadi va zudlik bilan tibbiy ko'rikdan o'tish, kuzatuv va davolash taktikasini ishlab chiqishni talab qiladi.

Platsenta ajralishining klassik belgilari bu og'riq, qon ketishi, bachadon tonusining oshishi va homila yurak urushining buzilishlaridir.

- NJYBK asorati barcha homiladorliklarning 0,5-1,5% holatlarida uchrashi mumkin

- 60% gacha holatlarda NJYBK 37 haftadan oldin sodir bo'ladi

- 1/3 hollarda NJYBK massiv qon ketishi, gemorragik shok va DVS rivojlanishiga sabab bo'ladi.

- NJYBKda onalar o'limi 1,6 dan 15,6% gacha kuzatilishi mumkin.

- NJYBK 30-50% perinatal o'limga olib keladi (har ikkinchi bola o'lishi mumkin)

Xavf guruhlari:

- 1) homiladorlik vaqtida gipertenziv buzilishlar;

- 2) yuqumli kasalliklar, intoksikatsiya, avitaminozlar (ayniqsa C vitamini yetishmasligi);

- 3) somatik kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, yurak kasalliklari, gipertoniya kasalligi);

- 4) travmalar, kalta kindik, ko'psuvlilik, ko'p homilalik, shiddatli tug'ruq, qog'onoq pardasining kech yorilishi, qog'onoq pardaning tekis shakli

Yuzaga kelish mexanizmi. Platsenta bachadon devorida desidual membrana bilan bog'liqligi va bachadon ichi bosimi orqali ushlanib turadi. Normal arterial qon bosimi bo'lganida vorsinkalararo bo'shliqdagi bosim amniotik bo'shliqdagi bosimdan kam bo'ladi, bu bachadon-yo'ldosh o'rtasida normal qon oqimini ta'minlaydi va platsentaning vaqtidan oldin ajralishidan himoya qiladi. Bunda yo'ldosh bachadon devoriga birikkan sohasidagi bachadonning terminal arteriyalarining tuzilishi muhim ahamiyatga ega - ularning bo'shlig'i sinuslarga qo'shilish joyida keskin kamayadi, venoz qon tomirlar esa keng holatda saqlanadi hamda ularda klapanli apparat mavjud bo'lib,

qonning teskari oqimiga to'sqinlik qiladi. Patologik holatlarda fibrinning vorsinkalararo bo'shliqlarda cho'kishi, platsenta qon tomirlarining va vorsinkalarining infitsirlanishi, yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi va arteriyalarda tromblarning hosil bo'lishiga olib keladi, natijada arteriyalar mo'rt bo'lib qoladi, elastikligini yo'qotadi va hatto kichik mexanik ta'sirlar, qon bosimning o'zgarishi natijasida qon tomirlarning yorilishi yuzaga keladi. Bazal gematomalar hosil bo'ladi, ular katta o'lchamlarga yetib, bazal plastinalarni buzib, vorsinkalararo bo'shliqqa o'tib, yo'ldoshning ko'chishiga olib keladi.

Tashxislash. Asosiy klinik belgilar:

- 1) qindan qon ketishi;
- 2) og'riq sindromi: har xil intensivlikdagi og'riq, dardsimon yoki doimiy. Bachadonni paypaslashda mahalliy og'riq, bachadonning gipertonusi aniqlanadi va homila qismlarini paypaslab bo'lmaydi. Og'riq to'satdan paydo bo'ladi. Og'riq sindromi retroplatsentar gematoma 150 ml va undan ko'proq bo'lganida namoyon bo'ladi. Bachadon assimetriyasi va qorinda dam kuzatiladi;
- 3) yurakning tez urishi, qon bosimining pasayishi, holsizlik, rangparlik kuzatiladi;
- 4) distress sindrom yuzaga kelishi mumkin.

NJYBK og'irlik darajasi bo'yicha tasnifi majud: engil, og'ir. Yengil darajadagi NJYBK tashxisi ko'p hollarda tug'ruqdan keyin yo'ldoshni tekshirish jarayonida retrospektiv ravishda qo'yiladi: platsenta yuzasida uzilgan fosetkalar topilishi natijasida.

UASh taktikasi:

- Tezkorlik bilan dastlabki baholash; eng yaqin tug'ruqxonaga zudlik bilan transportirovka qilish
- Krovat oldi testi yordamida qon ivish vaqtini baholash. Agar Li-Uayt tekshiruvi bo'yicha qon laxtasining hosil bo'lishini 7 daqiqadan ko'proq davom etishini ko'rsatsa yoki yumshoq, oson parchalanadigan qon laxtasi hosil bo'lsa, koagulopatiyani tahmin qilish zarur
- Agar qon ketish kuchli bo'lsa, tug'ruqxonaga yetkazishni tezlashtirish lozim
- Agar qon ketishi yengil yoki o'rta darajada bo'lsa (onaning hayoti xavf ostida bo'lmasa), keyingi harakatlar homila yurak urishining auskultatsiya ma'lumotlariga bog'liq bo'ladi:

- Agar homilaning yurak urishi normal bo'lsa yoki eshitilmasa, amniotik ilmoq bilan homila pufagini yorish kerak. Faqat stasionar sharoitda!

- Agar homilaning yurak urishi patologik bo'lsa (bir daqiqada 100 martadan kam yoki 180 martadan ko'p) zudlik bilan kesar kesish amaliyoti yordamida tug'ruqni yakunlash talab etiladi.

Homiladorlik paytida NJYBK engil darajasi:

- agar homila tirik bo'lsa va homiladorlik muddati 35 haftadan kam bo'lsa-konservativ taktika: homiladorlikni uzaytirish, yotoq rejimi, glyukokortikoidlar bilan homila RDS profilaktikasi, traneksam kislotasi tavsiya qilish;

- agar homila tirik bo'lsa va homiladorlik muddati 35-37 hafta bo'lsa - konservativ taktika: homiladorlikni uzaytirish, yotoq rejimi, traneksamik kislotasi;

- takrory qon ketish epizodida (progressiv yengil darajada NJYBK) shoshilinch ravishda tug'ruqxonaga yetkazish talab qilinadi.

Platsentaning oldinda joylashishi

Placenta Previa - bu platsentaning bachadon bo'ynining ichki bo'g'zida yoki uning yaqinida birikishi hisoblanadi.

Platsentaning oldinda joylashishida turli mamlakatlarda perinatal o'lim ko'rsatkichi 7-25% ni tashkil etadi: antenatal davrda (homiladorlikning 28 dan 40 haftasigacha), intranatal davrda va tug'ruqdan keyingi davrda (tug'ruqdan 7 kun o'tgach) chaqaloqlarning o'limi.

Odatda, platsenta bachadonning orqa devorida joylashgan bo'lib, yon devorlariga yoki qisman bachadon tubiga o'tish mumkin. Bachadon ichki bo'gzidan yo'doshning qirrasigacha bo'lgan masofa 7 sm dan kam bo'lmasligi zarur. Platsentaning bunday joylashishi bachadonning old devori homiladorlik vaqtida va tug'ruq davomida ancha cho'zilishi, orqa devorining esa kuchliroq va tug'ruq paytida qisqarishga kamroq moyil bo'lganligi bilan bog'liq.

Tabiat placentani eng kam shikastlanadigan joyga joylashtiradi. Placentaning oldinda joylashishida u pastki segment sohasida joylashgan bo'lib, bachadon bo'ynini to'liq yoki qisman yopib turadi.

Placentaning oldinda joylashishi tug'ruqlarning umumiy soniga nisbatan 0,3-0,6% holatlarda uchraydi.

Placentaning oldinda joylashishi to'liq yoki qisman bo'lishi mumkin.

Placentaning to'liq oldinda kelishi - agar placenta bachadonning ichki bo'g'iz sohasini to'liq qoplagan bo'lsa. Yo'ldosh oldinda joylashishining barcha holatlari orasida o'rtacha 20-30%ni tashkil etadi.

Platsentaning qisman oldinda joylashishida - placenta to'qimasi ichki bo'g'iz sohasini qisman qoplaydi. Kop' uchraydigan turi hisoblanad: 35-55% holatlarda. Platsenta oldinda joylashishining kam uchraydigan shakli - bachadon bo'yni va bo'yincha oldi sohasida joylashishidir.

Platsentaning to'liq oldinda joylashishidan qisman oldinda joylashishiga o'tish varianti platsentaning pastda joylashishi bo'lib, unda platsentaning qirrasi bachadon ichki bo'g'izidan 7 sm dan kam masofada joylashgan bo'ladi (normal joylashgan placentadan placentaning pastda joylashishiga o'tish varianti).

Yo'ldoshning oldinda joylashishi rivojlanishining xavf omillari:

1) Asoratlangan akusherlik va ginekologik anamneziga ega ayollar, ya'ni hayz siklining buzilishi bo'lgan ayollar; endometriyning normal proliferativ va sekretor o'zgarishlarini ta'minlaydigan normal gormonal muvozanat bo'lmaganda, jinsiy a'zolar gipoplaziyasida, gipomenstrual sindromda namoyon bo'ladigan estrogen yetishmovchiligi bo'lgan ayollar;

2) Bachadonning surunkali kasalliklaridan aziyat chekadigan, abort, diagnostik kuretaj o'tkazilgan, tug'ruqdan keyin bachadon bo'shlig'iga qo'l bilan kiritilgan, bachadon fibromiomasida bo'lgan, ko'p tug'uvchi va ko'p marta homilador bo'lgan ayollar).

3) Platsentaning oldinda joylashishiga olib keladigan omillarga urug'langan tuxum hujayrasining harakatchanligini, xorion viorsinkalarining yuqori proteolitik faolligi ham kiradi, bunda urug'lantirilgan tuxum hujayra bachadon tubiga yoki tanasiga implantatsiya bo'lmasdan bachadonning pastki segment sohasiga yetadi va o'sha yerda birikadi.

Klinik belgilari: asosiy simptomi qon ketishdir. Qon ketishi placenta to'qimalarining bachadon devori kabi cho'zilish xususiyatiga ega emasligi bilan bog'liq. To'qimalarning elastikligi o'rtasidagi bu nomuvofiqlik sababli xorion vorsinalari bachadon devoridan ajrala boshlaydi. Platsentaning oldinda joylashishida xorion vorsinalari bachadonning qalin tanasi va bachadon tubiga qaraganda bachadonning mushak devoriga va dedsidual membranaga chuqurroq o'sib kiradi. Shuning uchun platsentaning oldinda joylashishida normal joylashgan

placentaga qaraganda uning bachadon devoriga chuqur o'sib kirishi ko'p uchraydi.

Platsentaning oldinda joylashishida qon ketish ko'pincha homiladorlikning ikkinchi yarmida boshlanadi. Ayollarning 1/3 qismida 30 haftagacha, 1/3 qismi 32 dan 35 haftagacha, qolgan uchdan bir qismi 35 haftadan keyin qon ketishi kuzatiladi. Shunday qilib, ushbu simptomning uchrashi ayollar o'rtasida teng taqsimlanadi.

Homiladorlik paytida qon ketish qanchalik erta boshlangan bo'lsa, yo'ldoshning to'liq oldinda joylashganligi ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi.

Tashxislash:

- Qon ketishi to'satdan boshlanishi mumkin ba'zi dekolajiya vaqtida, og'irlik ko'tarishda, qattiq yo'talganda, jinsiy aloqa vaqtida, vaginal tekshiruvdan so'ng kuzatilishi mumkin.

- Qon ketish ko'p yoki oz miqdorda bo'lishi mumkin, lekin ham qon ketish darajasi yo'ldoshning to'liq yoki qisman oldinda joylashganligini ko'rsatmaydi.

- Takroriy qon ketishlar, ya'ni, qon ketishi 30 haftada boshlanishi mumkin, keyin to'xtaydi va 38 haftada yana boshlanishi mumkin va hokazo.

- Qon ketishi har doim tashqi, chunki bachadon bo'yini kamal yaqin, xorion vorsinalari bachadon devoridan ajraladi va qonli ajralmalar tabiiy ravishda qin orqali tashqariga oqadi.

- Qon ketishida har doim qon och-qizil tusda bo'ladi, chunki onaning qoni yo'qotiladi, bu arterial qon ketishidir.

Qon ketish natijasida onada kamqonlik rivojlanadi, garchi og'ir darajali qon ketishida, xorion vorsinalari buzilib, homila qoni ham umumiy qon oqimiga qo'shilib ketishi mumkin.

UASH taktikasi:

- Barcha hodimlarni yordamga chaqirish zarur!
- Bemorning umumiy ahvolidan og'irlik darajasini aniqlash lozim:

Ps, nafas soni, AQB

- Boshni chap tomonga burish talab etiladi
- Ayolni issiq tutish lozim
- Daqiqasiga 10-15 l/min kislorod bilan ta'minlash zarur
- 14-16 o'lchamli angiokateter yordamida 2 ta periferik venalarni kateterizatsiya qilish va aylanayotgan qon hajmini (AQH) tiklash uchun

15-20 daqiqa mobaynida 1 litr fiziologik eritma bilan infuziya boshlanadi

- Akusherlik holatini aniqlash lozim: homiladorlik muddati, og'riqning tabiati

- Bachadon ichidagi homilaning holatini aniqlash zarur: (homilaning yurak urushlari soni, harakati)

- Traneksam kislotasi eritmasi 10 ml miqdorda vena ichiga yuboriladi

- Taxminiy yo'qotilgan qon miqdori aniqlanadi

- Eng yaqin kasalxonaga shoshilinch ravishda transportirovka qilinadi

- Eng yaqin kasalxonaga qo'ng'iroq qilib, tashxis, homila va ayolning holati, ko'p miqdorda qon yo'qotilgan homilador ayol olib kelinishi haqida xabar qilish zarur

- Shifokor hamrohligida transportirovkani amalga oshirish lozim.

Statsionardan keyingi rehabilitatsiya: NJYBK va platsentaning oldinda joylashishi sababli jarroxlik amaliyoti o'tkazilgan bemorlarda ko'pincha tug'ruq qobiliyatining cheklanishi, faol hayot va mehnatga qiziqishning yo'qolishi bilan bog'liq muammolar yuzaga kelishi mumkin. Shuning uchun qon ketish sababli o'tkazilgan jarroxlik amaliyotlaridan keyin bir qator tadbirlar muhim ahamiyatga ega:

1. Psixologik rehabilitatsiya.

2. Kontraseptivlarni individual tanlash bo'yicha maslahat berish.

3. Dispanser nazorati: kamqonlikni davolash, oshqozon-ichak kasalliklarini davolash.

4. Homiladorlik paytida gipertenziv kasalliklar, surunkali infeksiyalarni erta aniqlash va o'z vaqtida davolash.

5. Ambulator sharoitda davolash samaradorligini baholash.

VII. HOMILADORLIKNING ERTA TOKSIKOZI KUZATILGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Homilador ayollarning erta toksikozi faqat homiladorlik davrida paydo bo'ladigan va odatda, homiladorlik tugaganidan keyin yoki tug'ruqdan keyingi erta davrda yo'qolib ketadigan patologik holatlarni o'z ichiga oladi. Homiladorlikdagi gipertenziv holatlar esa homiladorlikning kechki asoratidir (homiladorlikning 20 haftasidan keyin).

Erta toksikozlar paydo bo'lishining asosiy nazariyasi neyro-reflektor nazariya bo'lib, u quyidagilar bilan tavsiflanadi

> MNT va ichki a'zolar o'rtasidagi munosabatlarning buzilishi; markaziy asab tizimining po'stloq osti tuzilmalarida qo'zg'alishning ustunligi (retikulyar formatsiya, uzunchoq miyadagi regulyatsiya markazlari); Markaziy asab tizimining bu po'stloq osti tuzilmalarida qusish markazi va xemoretseptorlar trigger zonasi joylashgan bo'lib, ular qusish aktini tartibga soladi. Ushbu markazlarning nafas olish, vazomotor, so'lak ajratish, hid bilish markazlari yonida joylashganligi qusish boshlanishidan oldin ko'ngil aynish hissi va bir qator birga keladigan vegetativ buzilishlarni keltirib chiqaradi:

- > so'lak ajralishining ko'payishi;
- > nafas olishning chuqurlashishi;
- > taxikardiya;
- > periferik tomirlarning spazmi tufayli terining rangparligi.

Homilador ayollarda qusish boshlanishining asosiy patogenetik mexanizmi metabolizmning barcha turlari regulyatsiyasining buzilishidir:

- > suv-tuz, uglevod va yog' almashinuvidagi o'zgarishlar yuzaga keladi;
- > ortib borayotgan charchoq va vazn yo'qotish fonida oqsil almashinuvida o'zgarishlar paydo bo'ladi;
- > poligipovitaninoz simptomlarining kuchayib boradi;
- > arterial qon bosimi pasayadi, taxikardiya rivojlanadi;
- > uzoq muddatli ochlik natijasida jigar va boshga to'qimalarda glikogen zahiralari sarflanadi, yog'larning parchalanishi kuchayadi, ular metabolizmining to'liq oksidlanmagan mahsulotlari qonda to'planadi;
- > uglevod almashinuvining buzilishi ketonemiya rivojlanishi bilan birga keladi, siydikda atseton paydo bo'ladi;

Homiladorlikning boshida vegetativ o'zgarishlar bir vaqtning o'zida yuzaga keladigan gormonal o'zgarishlar, xususan, organizmdagi xorion gonadotropin (XG) darajasining oshishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Erta toksikoz rivojlanishining xavf omillari:

- > homilador ayollar anamnezidagi qusish;
- > gipertiroidizm;
- > ruhiy kasalliklar;
- > yuqori yoki past tana vazni indeksi;
- > qiz bola homila;
- > *Helicobacter pylori*.

Homiladorlar erda toksikozida ko'ngil aynishi/qusish, ptializm - ko'p uchraydigan klinik turlari hisoblanadi.

Erta toksikozning quyidagi shakllari kamroq tarqalgan:

- > homiladorlar xoreyasi,
- > homiladorlar bronxial astmasi,
- > jigar o'tkir yog'li distrofiyasi,
- > homiladorlar osteomalyatsiyasi;

Homilador ayollarning yengil darajadagi qusishi nevroz fazasiga to'g'ri keladi. Homilador ayollarning o'rta darajadagi qusishlari intoksikatsiya bosqichiga to'g'ri keladi. Homilador ayollarning og'ir darajadagi qusishlari distrofik buzilishlar bosqichiga to'g'ri keladi.

Erta toksikozni klinik ko'rinishlari - So'lakning ko'p miqdorda ajralishi /ptiyalizm - og'iz bo'shlig'ida so'lakning ajralishi va sezilarli miqdordagi kuniga 1 litrgacha suyuqlikni yo'qotish bilan boshlanadi. Og'ir shaklda so'lakning kunlik ajralishi bir necha litrga yetishi mumkin, bu esa suvsizlanishga olib keladi. Bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi. Ko'pincha homilador ayollarning qusishi bilan birga keladi.

Jigarning o'tkir yog'li degeneratsiyasi - zaiflik, ishtahaning sustligi, teri qoplamalarining va ko'rinarli shilliq pardalarning sarg'ayishi, kuniga 4-5 martagacha qusish; doimiy ko'ngil aynish hissi; sezilarli vazn yo'qotish kuzatilmaydi; vazn yo'qotish 1-3 kg (dastlabki vaznning 5% gacha);

- > umumiy ahvoli qoniqarli;
- > apatiya va ish qobiliyatining pasayishi;
- > gemodinamik ko'rsatkichlar normal diapazonda qoladi;
- > atsetonuriya yo'q;

> yengil qusish davolanish natijasida tezda ijobiy tomonga o'zgaradi yoki o'z-o'zidan o'tadi;

Erta toksokozni klinik ko'rinishlari - O'rta og'ir darajadagi qusish:

> kuniga 10-15 martagacha qusish;

> qusish ko'pincha so'lakni ortiqcha ajralishi bilan birga kuzatiladi, bu suyuqlik va ozuqa moddalarining sezilarli yo'qotilishiga olib keladi;

> suvsizlanish va tana vaznining 3-5 kg gacha (dastlabki og'irlikning 6% ga) kamayishi;

> sezilarli zaiflik va apatiya kuzatiladi;

> teri oqargan, quruq, til oq karash bilan qoplangan, quruq;

> tana harorati subfebril ($37,5^{\circ}\text{C}$ dan yugori emas);

> taxikardiya (100 zarba / min. gacha) va gipotenziya xarakterlidir;

> diurez kamayadi, siydikda atseton paydo bo'lishi mumkin;

> davolash bilan prognoz odatda qoniqarli;

Erta toksokozni klinik ko'rinishlari - Og'ir darajadagi qusish:

> bu suvsizlanish tufayli hayotiy muhim organlar va tizimlardagi distrofik o'zgarishlar va funksiyalarining buzilishi bilan kechadi;

> qusish kuniga 20 martagacha kuzatiladi, kuchli so'lak ajralishi va doimiy ko'ngil aynishi bilan birga keladi;

> ovqat oshqozonda saqlanmaydi;

> umumiy ahvoli og'ir;

> holsizlik, madorsizlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi kuzatiladi;

> tana vazni tez kamayadi (haftasiga 2-3 kg gacha, boshlang'ich tana vaznining 10% dan ortig'i). Teri osti yog' to'qimalarining qatlami yo'qoladi;

> teri quriydi va rangpar bo'ladi, til va lablar quriydi, og'izdan atseton hidi keladi;

> tana harorati subfebril, 38°C gacha ko'tarilishi mumkin;

> taxikardiya, gipotenziya mavjud;

> diurez keskin kamayadi;

Erta toksikozning xavfli belgilari.

> kuchayib borayotgan zaiflik, adinamiya;

> eyforiya yoki delirium;

> Taxikardiya - yurakni 1 daqiqada 110-120 martagacha urishi;

> gipotenziya - arterial qon bosimni 90-80 mm Hg gacha pasayishi;

> terining sarg'ayishi;

> diurezning kuniga 300-400 ml gacha pasayishi;

- > giperbilirubinemiya,
- > azot qoldig'i mochevina miqdorining ortishi;
- > proteinuriya, silindruriya;
- > siydikda: urobilin, sariq pigmentlar, qonning shaklli elementlari aniqlanadi, atsetonga reaksiya 3-4 kun ichida keskin oshadi;

Dastlabki tashxis. Qusish yoki ko'ngil aynishi shikoyati bilan homilador ayolning birinchi tashrifida quyidagilar zarur:

> Dastlab, homiladorlik haqiqatdan ham homilador ayolning ko'ngil aynishi yoki qusishi bilan asoratlanganiga ishonch hosil qilish zarur, faqat birinchi trimestrdan boshlab homilador ayolda paydo bo'lgan qusish homiladorlar erta toksikozi belgisi bo'lishi mumkin.

> Ko'pincha qusish 4-7 xaftada

> Odatda ertalab ko'ngil aynishi va qayt qilish kuzatiladi - "ertalabki ko'ngil aynishi"

> Agar qusish 10 hafta 6 kundan keyin boshlansa yoki yetarli terapiyaga qaramay, erta toksikoz belgilari saqlanib qolsa, bu diqqat bilan tekshirishni talab qiladi, chunki bunday hollarda qusish ko'pincha boshqa sabablarga ko'ra yuzaga keladi.

> Ba'zi dori-darmonlarni qo'llash qusishni qo'zg'atishi mumkin, eng ko'p sabab bo'ladigan preparatlar bu gestagenlar va temir preparatlari hisoblanadi.

Diagnostika mezonlari

- shikoyatlarini so'rab surishtirish
- anamnez yig'ish
- to'liq klinik tekshiruv: AQB, puls, tana haroratini o'lchash, TVIning aniqlash = tana vazni (kg)/ bo'yi (m²)
- ginekologik tekshiruv: oxirgi hayzi, ovulyatsiya, ginekologik ko'rik asosida homiladorlik muddatini aniqlash
- umumiy gon tahlili,
- siydikda atsetonni tekshirish
- rezus-omilni aniqlash
- jigar, bachadonni UTT, EKG

Asosiy davolash tadbirlari: Qusishning yengil darajasida - ambulator davolash:

- > tez-tez, kam-kam ovqatlanish,
- > imkoni boricha yotgan joyida ovqatlanish,

> kun davomida bir necha stakan suv, ko'proq gazli suv ichish magsadga muvofiq quyuv, qattiq oziq-ovqat maxsulotlarini kamroq, suyuq ovqatlarni ko'proq iste'mol qilish

> Imbir (kuniga 650 mg)

> Neiguan (Nayguan), yoki P6 nuqtasi akupressurasi - homiladorlar ko'ngil aynishi va qusishini kamaytirishda potensial qo'shimcha tadbir hisoblanadi. Bu nuqta bilakning kaft tomonida barmoqlardan biroz yuqorida joylashgan. Nugtani elastik bint bilan siqib qo'yish ham mumkin.

> Fizioterapevtik muolaja: quyosh chigali sohasiga yoki "yoqa" sohasiga kalsiyni elektroforez qilish, refloendonazal galvanizatsiya, diatermiya

Ptializmda davolash choralari:

Og'iz bo'shligini 1% yalpiz damlamasi, shalfey, moychechak damlamalari va burishtiruvchi vositalar: eman po'stlog'i, anor po'stlog'i damlamalari bilan chayish ham sub'ektiv yengillik beradi. So'lak ajralishini kamaytirish uchun qo'shimcha mushak orasiga atropin sulfat - 0,1% eritmasidan 1 ml kuniga 2 marta qilish mumkin.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma:

> Ambulator davolanish samara bermaganda va qusishning o'rta va og'ir darajalarida (atsetonuriya kuzatilganda)

> Homiladorlar bronxial astmasi, jigar o'tkir yog'li distrofiyasi belgilari kuzatilganda - tekshirish va homiladorlikni davom ettirish masalasini hal qilish uchun kasalxona yotqiziladi.

Reabilitasiya:

> oz - ozdan tez-tez to'g'ri ovqatlanish;

> zararli odatlarni istisno qilish;

> imkoni boricha salbiy ruhiy emotsional ta'sirlarni bartaraf etish.

VIII. HOMILADORLIK DAVRIDAGI GIPERTENZIV KASALLIKLAR. GIPERTENZIV SINDROM KUZATILGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Arterial gipertenziya - sistolik qon bosimi (SQB) ≥ 140 mm simob ustunidan yuqori ko'tarilishi qayd etilgan holat va / yoki diastolik qon bosimi (DQB) ≥ 90 mm simob ustunidan yuqori ko'tarilishi hamda bir qo'lda 15 daqiqalik interval bilan kamida 2 marta o'chash natijasida o'rtacha deb belgilanadi.

Surunkali arterial gipertenziya (SAG) - qon bosimining oshishi (SQB ≥ 140 mm simob ustuni) va/yoki DQB ≥ 90 mm simob ustunidan ko'tarilishidir, homiladorlikdan kamida oldin yoki homiladorlikning dastlabki 20 haftaligida qayd etilsa, odatda tug'ruqdan keyin 42 kundan ortiq davom etganda.

Homiladorlik (homiladorlik bilan bog'liq) arterial gipertenziviyasi (GG) - qon bosimining oshishi (SQB ≥ 140 mm simob ustuni) va/yoki DQB ≥ 90 mm simob ustuniga teng va kamida 4 soat oralig'ida ikki marta o'lchanib, birinchi marta homiladorlikning 20-haftasidan keyin qayd etilgan va proteinuriya kuzatilmagan ($< 0,3$ g/l) holatlar hisoblanadi.

Preeklampsiya (PE) - homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning asorati bo'lib, homiladorlikning 20-haftasidan keyin SQB > 140 mm simob ustunidan ko'tarilishi bilan tavsiflanadi va/yoki DQB ≥ 90 mm simob ustunidan oshadi hamda proteinuriya yoki qon bosimi darajasidan qat'iy nazar, poliorgan yetishmovchilik qo'shilganligidan darak beruvchi kamida bitta boshqa parametr bilan birgalikda keladigan patologik holat hisoblanadi.

Proteinuriya kriteriyalari:

Oqsil yo'qotilishi $>$ sutkasiga 0,3 g yoki 4-6 soatlik interval bilan olingan siydikning 2 ta porsiyasida $> 0,3$ g/l bo'lsa;

Yoki

Protein/kreatinin nisbati ≥ 30 mg/mmol yoki undan ko'p bo'lsa;

Yoki

Test-chiziq natijasi 2+ bo'lsa (faqat boshqa miqdoriy usullar mavjud bo'lmaganda qo'llaniladi).

Homiladorlikda gipertenziv buzilishlar tasnifi (2021):

Surunkali arterial gipertenziya – SAG (homiladorlikdan oldin mavjud bo'lgan) - qon bosimining oshishi $\geq 140/90$ mm simob ustuni,

homiladorlikdan oldin yoki homiladorlikning dastlabki 20 haftaligida qayd etilgan va odatda tug'ruqdan keyin 42 kundan ortiq davom etadigan qon bosimining oshishidir.

Gipertenziv kasallik – bu surunkali davom etadigan kasallik bo'lib, uning asosiy va doimiy namoyon bo'ladigan qon bosimining ko'tarilishi bilan tavsiflanadigan boshqa kasalliklar yoki patologik jarayonlarning mavjudligi bilan bog'liq bo'lmagan AG sindromidir.

Ikkilamchi (simptomatik) arterial gipertenziya

Gestatsion (homiladorlik bilan indutsirlangan) arterial gipertenziya – bu birinchi marta qon bosimining oshishi homiladorlikning 20-haftasidan keyin qayd etilgan va sezilarli proteinuriya kuzatilmagan ($<0,3$ g/l) AG hisoblanadi. Homiladorlikning 34 haftaligidan oldin rivojlangan GAG holatlarining 25% da preeklampsiya (PE) yuzaga keladi.

Preeklampsiya - homiladorlikning 20-haftasidan keyin bir yoki bir nechta organlarning disfunktsiyasi va/yoki sezilarli proteinuriya bilan birgalikda AG bilan tavsiflangan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning murakkab ko'p tizimli patologik holatidir. Gipertenziya va preeklampsiyaning boshqa belgilari ko'pincha birinchi marta paydo bo'lgan proteinuriya bilan birga kuzatilsada, ayrim ayollarda proteinuriya namoyon bo'lmasligi ham mumkin. Shish PE uchun asosiy va muhim diagnostika mezonini hisoblanmaydi.

Yengil preeklampsiya (PE) - homiladorlikning 20-haftasidan keyin AG bilan tavsiflanadigan (SQB 140-159 mm simob ustuni) va/yoki DQB 90-109 mm simob ustuni, qon bosimi darajasidan qat'i nazar, proteinuriya bilan birgalikda sutkasiga $\geq 0,3$ g yoki 4-6 soatlik interval bilan olingan siydikning 2 ta porsiyasida $\geq 0,3$ g/l bo'lgan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning asorati hisoblanadi.

Og'ir preeklampsiya (PE) - homiladorlikning 20-haftasidan keyin SQB ≥ 160 mm simob ustuni va/yoki DQB ≥ 110 mm simob ustuni, qon bosimi darajasi qanday bo'lishidan qat'iy nazar, proteinuriya sutkasiga $\geq 0,3$ g yoki 4-6 soatlik interval bilan olingan siydikning 2 ta porsiyasida $\geq 0,3$ g/l bo'lgan homiladorlik, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrning asoratidir:

Og'ir PE tashxisi PE yoki GG va bir yoki bir nechta organ yetishmovchiligini ko'rsatadigan bir yoki bir nechta og'ir simptomlar mavjud bo'lganda ham aniqlanadi:

- o'tkir buyrak yetishmovchiligi (oliguriya < 500 ml / kun, kreatinin darajasi ≥ 90 $\mu\text{mol/l}$);
- jigarning zararlanishi (transaminazalarning ko'payishi: ALT yoki AST ≥ 40 LU/l), ehtimol qorinning yuqori o'ng kvadrantidagi og'riq bilan birgalikda yoki
 - epigastral sohada og'riq, ko'ngil aynishi, qusish;
 - nevrologik asoratlari (masalan, ruhiy holatning o'zgarishi);
 - ko'rishning buzilishi, mushak qisqarishlari, kuchli bosh og'rig'i;
 - gematologik asoratlari (trombositopeniya < 100000/mkl, tarqalgan tomir ichi koagulyatsiyasi, gemoliz);
 - o'pka shishi;
 - HELLP sindromi.

Preeklampsiyaga o'xshash, ammo homiladorlik muddati 20 haftadan kichik bo'lgan klinik ko'rinishlarda muqobil tashxislarni, shu jumladan TTG, nechinchi homiladorlik, buyrak yetishmovchiligi yoki autoimmun kasalliklarni hisobga olish lozim.

Eklampsiya - bu boshqa sabablar bo'lmagan holatda og'ir preeklampsiya fonida paydo bo'ladigan bir qator konvulsiyalar, avval tonik, keyin klonik tutqanoqlar kuzatilishidir.

- homiladorlik paytida va tug'ruq paytida
- tug'ruqdan keyingi davrda:
- tug'ruqdan keyingi erta (birinchi 24 soat);
- tug'ruqdan keyingi kechki (tug'ruqdan keyingi 28 kun ichida, 24 soatdan keyin).

- trombotik mikroangiopatiya (TMA), trombositopeniya, mikroangiopatik gemolitik anemiya, terminal arteriolalar va kapillyarlarning mikrovasulyar trombozi va ko'plab organlarning disfunktsiyasi bilan namoyon bo'ladigan bir qator turli xil kasalliklarga xos sindrom hisoblanadi.

Ushbu guruhga homiladorlik bilan bog'liq kasalliklar (HELLP sindromi, atipik gemolitik, uremik sindrom) va u bilan bog'liq bo'lmagan kasalliklar (atipik gemolitik, uremik sindrom) kiradi.

SAG fonida preeklampsiya va eklampsiya

Klinik nuqtai nazardan, homiladorlik natijalari va ayolning keyingi hayot sifatiga ta'siri nuqtai nazaridan quyidagilarni ta'kidlash tavsiya etiladi:

- Erta PE (homiladorlikning 34+0 haftaligiga qadar debyut bilan)

- Kech PE (homiladorlikning >34+0 haftaligidan keyin debyut bilan)

PE ning erta paydo bo'lishi ona va bolaning kasallanish xavfi va ularning o'limi yuqori bo'lishi bilan bog'liq. Homilador ayollarda qon bosimining ko'tarilish darajasini tasniflash har qanday shaklda (surunkali AG, homiladorlik AG, PE) AG darajasini tavsiflash uchun ishlatilishi mumkin. Homiladorlik davrida o'rtacha va og'ir AG ning ikki darajasini ajratish prognozni baholash, davolash va tug'ruq taktikasini tanlash uchun muhim ahamiyatga ega. SQB darajasi ≥ 160 mm simob ustuni va/yoki DQB ≥ 110 mm simob ustuniga teng bo'lgan arterial gipertenziyaning og'ir shaklida turli asoratlari kelib chiqish xavfi yuqori hisoblanadi. Og'ir gipertenziya o'z vaqtida gipertenziv terapiya uchun qisqa vaqt ichida (15 daqia) tasdiqlanishi mumkin.

Fiziologik homiladorlik bilan ayollarning o'rtacha 50-80% da shish kuzatiladi va ularning mavjudligi PE mavjudligining mezon sifatida baholanmaydi. Umumiy shishsiz davom etadigan PE, shish mavjud bo'lgan preeklampsiyaga qaraganda ona va homila uchun xavfli deb tan olingan. Massiv, tez o'sib boruvchi shish (III trimestrda tana vaznining ≥ 1 kg oshishi, yuzdagi shishlar og'ir PE ning qoniqarsiz prognostik mezonlaridan biri sifatida qaraladi.

HELLP sindromi – quyidagi belgilar asosida tashxislanadi: gemoliz, jigar fermentlarining ko'tarilishi (ALT va AST) va trombositopeniya (trombositlar sonining kamayishi). HELLP sindromi PE ning o'limga olib kelishi mumkin bo'lgan asoratidir (og'ir koagulopatiya, nekroz va jigar yorilishi, intraserebral gematoma).

Qon zardobida va siydikning o'ziga xos jigarrang rangida vizual ravishda aniqlanadigan massiv tomir ichi gemolizi bemorlarning atigi 10% da uchraydi. Intravaskulyar gemoliz tashxisini aniqlashtirish uchun quyidagi laborator tekshiruv ma'lumotlarini qo'shimcha ravishda olish zarur:

- parchalangan eritrotsitlar (shizotsitlar) mavjudligi (norma 0-0,27%);
- laktat dehidrogenaza (LDH) darajasi > 600 IU/l;
- bilvosita bilirubin darajasi > 12 g / l;
- haptoglobin darajasining pasayishi $< 0,3$ g/l.

Trombotsitopeniya HELLP-sindromi tashxisi uchun asosiy ko'rsatkichlardan biri hisoblanadi. Vaholangki HELLP sindromi ko'pincha homiladorlikning uchinchi trimestrida uchraydi, 30% hollarda u birinchi marta namoyon bo'ladi yoki tug'ruqdan keyingi davrda rivojlanadi. Bundan tashqari, HELLP sindromi yashirin va atipik boshlanishi mumkin, bemorlarning o'rtacha 15% da gipertenziya yoki proteinuriya kuzatilmaydi. HELLP sindromining asosiy simptomlari: qorinning yuqori o'ng kvadrantidagi og'riq va 90% hollarda umumiy bezovtalik, 50% hollarda ko'ngil aynishi va qayt qilish kuzatilishi mumkin.

Gipertenziv kasalliklar rivojlanishining xavf omillari

- SAG mavjud bo'lgan homilador,
- Anamnezida preeklampsiya,
- buyrak kasalliklari, yurak-qon tomir kasalliklari mavjud bo'lgan homiladorlar,
- ko'p homilalik,
- qandli diabet bilan xastalangan homiladorlar,
- homiladoming yoshi 35 va undan yuqori,
- homiladorligacha TMI 30 dan yuqori,
- trombofiliya, tizimli qizil yugurik,
- yordamchi reproduktiv texnologiyalar.

Gipertenziv kasalliklarning rivojlanish xavfini kamaytirish uchun homiladorlikning 14 dan 20 haftaligiga qadar 150 mg Asetilsalitsil kislotasini buyurish va manifestni kechiktirish yoki gipertenziv kasalliklar rivojlanishining oldini olish uchun homiladorlik paytida kuniga 2 marta 300 mg kalsiy preparatlarini buyurish tavsiya etiladi.

Gipertenziv kasalliklar diagnostikasi

Shikoyatlar va anamnez yig'ish:

• Anamnez normal homiladorlik paytida bo'lgani kabi amalga oshiriladi.

Fizik tekshiruv:

• Umumiy tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi: terining va shilliq pardalarning holati, shish, yurak urishi, qon bosimi o'lchash – (har bir tashrifda!) kamida bir daqiqalik interval bilan 2 marta; ikkala qo'lda teng yoki 5 mm HG dan ortiq farq bo'lganda bitta qo'shimcha o'lchov amalga oshiriladi, oxirgi ikki qiymat o'rtacha hisoblanadi.

• Gipertenziya holatlari aniqlangan barcha bemorlar har hafta tibbiy muassasaga tashrif buyurishlari va tibbiy nazorat ostida bo'lish (kasalxonadan oldingi bosqichda), homilador ayol va homila holatini kuzatib borish tavsiya etiladi. Dori-darmon bilan boshqariladigan barqaror qon bosimi, trombotsitlar, kreatinin va jigar transaminazalarining normal ko'rsatkichlari, shuningdek, Doppler ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, homila o'sishining chegaralanish sindromi belgilari va qon oqimining buzilishlari bo'lmagan holatlarda ambulator nazorati olib borilishi mumkin.

• Butun homiladorlik mobaynida qon bosimini har kuni mustaqil nazorat qilib borish tavsiya etiladi.

• Kundalik monitoring mustaqil ravishda bemorning o'zi tominidan kuniga 3 marta olib borilishi mumkin va natijalarni kundalikga qayd etib borish lozim.

• Antigipertenziv terapiya qabul qilish mobaynida bemor homila harakatlarini mustaqil ravishda hisoblab borishi lozim, agar uning tabiati o'zgarsa, darhol tibbiy muassasaga murojaat qilish talab qilinadi, chunki antigipertenziv dori vositalari platsentadagi qon oqimiga va shuningdek, homila holatiga ta'sir qilishi mumkin.

Laborator tekshiruvlar:

AG bilan kasallangan barcha homilador ayollarda:

- proteinuriyani aniqlash: umumiy siydik tahlili va sutkalik proteinuriya tahlili (proteinuriya miqdorini aniqlashning mumkin bo'lgan barcha usullardan foydalanish mumkin);

- protein/kreatinin nisbati (siydikda) ≥ 30 mg/mmol qiymatlari yuqori proteinuriya ko'rsatkichi hisoblanadi va sutkasiga ≥ 300 mg protein yo'qotilishidan darak beradi (siydik chiqarish uchun kateterdan foydalanish shart emas);

Proteinuriya odatda kasallik rivojlanib borishi bilan gipertenziyadan keyin paydo bo'ladi, ammo ba'zi homiladorlarda u arterial gipertenziyadan oldin paydo bo'lishi mumkin. Proteinuriya darajasi og'ir preeklampsiyaning diagnostik mezonlaridan biri hisoblanadi.

- Hb, Ht ko'rsatkichlarini aniqlash, eritrotsitlar bo'laklarining majudligi (shizotsitoz, sferotsitoz) preeklampsiyada gemoliz rivojlanganligini ko'rsatadi;

- gemostaz parametrlarini aniqlash: trombositlar soni ($100 \times 10^9/l$ dan kam bo'lishi og'ir PE rivojlanishi mumkinligini ko'rsatadi), fibrinogen, protrombin vaqti, faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (FQTV), xalqaro normallashtirilgan nisbat (XNN) protrombin indeksi (PI);

- qonning biokimyoviy tekshiruvi.

Instrumental diagnostik tekshiruvlar:

Agar PE shubha qilingan bo'lsa, fetometriya, platsenta va amniotik suyuqlikning holatini baholash uchun ultratovush tekshiruvi tavsiya etiladi. Yengil PE bo'lgan homiladorlarda homila o'sish dinamikasini kuzatib borish uchun har 3-4 haftada homila ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi. Antigipertenziv terapiya fonida har 7-10 kunda homila ultratovush tekshiruvi va bachadon-yo'ldosh-homila o'rtasidagi qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruvini amalga oshirish tavsiya etiladi. Homila kardiokografiyasini (KTG) homiladorlikning 26 haftaligidan boshlab yengil PE bo'lgan holatlarda – haftada bir marta, og'ir preeklampsiyada - har kuni o'tkazish tavsiya etiladi

Gipertenziv buzilishlarni davolash:

AG kuzatilgan barcha homilador ayollarga achchiq va sho'r ovqatlarni cheklash tavsiya etiladi. Homiladorlikda birinchi marta aniqlangan har qanday gipertenziv kasallik kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi. Ambulatoriya nazorati ona va homila holatini diqqat bilan kuzatib borishni talab qiladi.

Bemorni ambulatoriya sharoitida kuzatish quyidagi hollarda mumkin:

- SQB < 130 va/yoki DQB < 90 mm simob ustunidan past,
- trombositlar soni $100000/mkl$ dan ortiq,
- jigar fermentlarining va buyrak funksiyasi ko'rsatkichlarining normal darajada bo'lishi,
- homilaning qoniqarli holati,
- subyektiv alomatlarining yo'qligi,
- qat'iy intizomga rioya qilish.

SQB 160 mm simob ustunidan ko'tarilganda yoki DQB 110 mm simob ustunidan ko'tarilganida homilador ayol intensiv terapiya bo'limiga yotqizilishi tavsiya qilinadi.

Antigipertenziv terapiya:

Antigipertenziv terapiya homiladorlikning har qanday davrida tavsiya etilishi mumkin. Antigipertenziv terapiya boshlash mezonlari quyidagicha:

AG klinik shakli	AQB darajasi (mm simob ust)	AQB maqsadli ko'rsatkichlari
Nishon a'zolarning shikastlanishisiz va QD shaklida komorbid holatlarisiz	SQB 150 va/yoki DQB 100	SQB 130-135 DQB 80-85
Nishon a'zolarning shikastlanishi yoki QD shaklida komorbid holatlari bilan	SQB 140 va/yoki DQB 90	SQB 130 va pastroq DQB 80 va pastroq

Nishon a'zolarning shikastlanishi:

- chap qorincha disfunktsiyasi;
- retinopatiya;
- dislipidemiya;
- mikrovaskulyar asoratlari;
- homiladoming yoshi 40 yoshdan yuqori bo'lishi.

Dastlab qon bosimi past bo'lgan homilador ayollarga qon bosimi $\geq 130/85$ mm HG ustunigacha pasaytirish maqsadida antigipertenziv terapiya buyurish mumkin.

Antigipertenziv terapiya quyidagi asoratlari rivojlanishining oldini oladi:

- Yurak-qon tomir yetishmovchiligi
- Miyokard ishemiyasi
- Ishemik va gemorragik insult

Antigipertenziv terapiyani o'tkazishda maqsadli (ona va homila uchun xavfsiz) SQB darajasi 130-135 mm simob ustuni va DQB 80-85 mm simob ustuni deb hisoblash tavsiya etiladi. Pregestatsion qandli diabet bo'lgan ayollarda qon bosimini 130/80 mm Hg dan past darajada ushlab turish uchun antigipertenziv terapiya o'tkazish tavsiya etiladi. Komorbid kasallik (QD) va/yoki nishon a'zolarning shikastlanishi bo'lgan ayollarda qon bosimini 140/90 mm HG dan past ushlab turish uchun antigipertenziv terapiya o'tkazish tavsiya etiladi.

Homiladorlik davrida antigipertenziv dori vositalar sifatida angiotensin-o'zgartiruvchi ferment ingibitorlari, angiotensin II retseptorlari antagonistlari, spironolakton, kaltsiy antagonistlari tavsiya etilmaydi: diltiazem va felodipin. Homiladorlik mobaynida arterial gipertenziyani uzoq muddatli davolash maqsadida metildopa tanlov preparati sifatida tavsiya etiladi.

Proteinuriya bilan yoki proteinuriya bo'lmagan homiladorlik gipertenziyasida L-arginindan foydalanishga ruxsat beriladi, chunki bir qator randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar, tizimli sharhlar va meta-tahlillar uning SQB va DQB ni pasaytirishda samaradorligini ko'rsatdi.

Tutqanoqqa qarshi terapiya

Og'ir PE va eklampsiyada magneziya sulfat eritmasini tutqanoqlarning oldini olish va davolash maqsadida I-darajali dori sifatida tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi

Magniy sulfat 4g quruq moddasining boshlang'ich dozasini (16 ml 25% eritma) 10-15 daqiqa davomida, so'ngra 1 g/soat (4 ml/soat 25% eritma) yuboriladi. Venaga yuborishda qiyinchiliklar yuzaga kelsa, magniy sulfat eritmasi mushak orasiga yuborilishi mumkin. Birinchi navbatda boshlang'ich dozasi sifatida 10g (har bir dumba uchun 5 g m/o), so'ngra har 4 soatda 5 g preparatni 1 ml 2% lidokain eritmasi bilan aralashtirilgan holatda yuborish tavsiya qilinadi, chunki mushak orasiga yuborish og'riqli bo'lishi mumkin. Mushak orasiga yuborilganda nojo'ya ta'sirlarning rivojlanish chastotasi yuqori bo'lishi mumkin. Magniy sulfat eritmasidan foydalanishni faqat qon bosimining pasayishi asosida to'xtatish tavsiya etilmaydi, chunki u antigipertenziv emas, balki antikonvulsant ta'sirga ega. Homiladorlik paytida magniy sulfatni mo'tadil PE bo'lganda doimiy terapiya sifatida yuborish PE rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydi.

PE rivojlangan bemorga birinchi yordam: Kasalxonadan oldingi bosqichda quyidagi tibbiy yordamni bajarish tavsiya etiladi:

* PE og'irlik darajasini baholang: qon bosimi, es-xushi, bosh og'rig'i, tutqanoqlar, nafas qisilishi, qorin og'rig'i, tug'ruq kanalidan qon ketishi, homilaning yurak urishi;

* og'ir PE uchun: venoz kateterizatsiyani ta'minlash: periferik vena, magniy sulfat eritmasini 25% 16 ml vena ichiga asta-sekin (10-20 daqiqa davomida) yuboring va ushlab turuvchi doza 100 ml magniy sulfat eritmasi 400 ml 0,9% fiziologik eritmada infuzion tizim orqali 1 g/soat (4 ml/soat) tezlikda yuboring;

* SQB 150 va/yoki DQB 100 mm simob ustuniga teng bo'lganda va undan yuqori ko'tarilganida – antigipertenziv terapiya tavsiya qilinadi: metildopa, nifedipin;

* tutqanoqlar uchun: nafas olish yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash, tutqanoqlar tugagandan so'ng, magneziyal terapiya va antigipertenziv terapiyani boshlash, es-xushi/nafas olish bo'lmasa, AMBU qopchasi yordamida sun'iy ventilyatsiyani boshlash;

* preeklampsiya yuzaga kelgan bemorni shoshilinch tibbiy yordam guruhi transportirovka qilgan vaqtda, yordamchi tibbiy xodim bemor yuborilgan akusherlik shifoxonasiga xabar berishi talab qilinadi.

Homiladorlikning dastlabki bosqichlarida barcha ayollarda mavjud buyrak kasalliklarini aniqlash uchun proteinuriyaga tekshirish, homiladorlikning ikkinchi yarmida esa PE ni istisno qilish uchun tekshirishlar o'tkazish tavsiya qilinadi. O'z vaqtida murojaat qilishning maqsadi homilador ayollarga va muassasaga tinch holatda, rejalashtirilgan vaziyatda individual xavfni aniqlash va keyingi kuzatuv algoritmini tanlash uchun yetarli vaqt ajratishdir. Platsenta perfuziyasining buzilishi yuzaga kelishi xavfi tufayli qon bosimini 110/80 mm Hg ustunidan pastga tushirish tavsiya etilmaydi.

Eklampsiya rivojlanishida birinchi yordam:

- Tutqanoq holatida davolash joyida boshlanadi.
- Oshqozon tarkibi va qonning aspiratsiyasi xavfini kamaytirish uchun bemorni chap tomonida tekis yuzaga qo'ying, nafas yo'llarini tezda bo'shating, og'zini oching va pastki jag'ni oldinga siljiting; shu bilan birga, og'iz bo'shlig'i tarkibini evakuatsiya qilish (aspiratsiya qilish) kerak; bemorni shikastlanishdan himoya qilish kerak, ammo uni faol ushlab turmaslik kerak.
- Mustaqil nafas olish saqlanib qolgan holda - namlangan kislorod aralashmasini ulang.
- Apnoye rivojlanishi bilan darhol burun-yuz niqobi yordamida sun'iy nafas berishni boshlang, sun'iy ventilyatsiyaning oxirida musbat bosim rejimida 100% kislorod yetkazib bering.
- Agar talvasalar takrorlansa yoki bemor koma holatida qolsa, mushak relaksanti yuboring.
- Amalga oshirilayotgan chora-tadbirlar bilan bir qatorda periferik tomir kateterizatsiyasini amalga oshirib, talvasaga qarshi dorilarni (magniy sulfat 4 g vena ichiga 10-15 daqiqa davomida, so'ngra qon bosimi va yurak urish tezligini diqqat bilan kuzatib borish bilan ushlab

turuvchi terapiya (1 g/soat) boshlanadi). Agar tutqanoq davom etsa, 3-5 daqiqa davomida yana 2g magniy sulfat (8 ml 25% eritma) tomir ichiga yuboriladi.

- Agar ta'sir bo'masa, diazepam preparati tomir ichiga asta-sekin (10 mg) yoki tiopental natriy preparati (450-500 mg) qo'llash mumkin.

- Agar tutqanoq 30 daqiqadan ko'proq davom etsa, bu holat eklampsik status holati deb hisoblanadi.

- Antigipertenziv terapiyani amalga oshirish

- Siydik pufagini kateterizatsiya qilish (doimiy kateterni qoldirish - siydik chiqarish va proteinuriya tahlilini soatlik ro'yxatdan o'tkazish).

- Eklampsiya holatida, komada barcha manipulyatsiyalar (siydik pufagini kateterizatsiya qilish, akusherlik manipulyatsiyasi va boshqalar) qo'llash uchun emas, balki natriy tiopental bilan umumiy bexushlik ostida amalga oshiriladi!

Transportirovka - bu GG, PE va eklampsiyani yagona to'g'ri patogenetik davolash – bu klinik ko'rinishni hisobga olgan holda favqulodda kasalxonaga yotqizish!!!

Og'ir PE uchun asosiy terapiya quyidagi usullarni o'z ichiga oladi:

- transportirovka;

- magniy sulfat bilan, talvasaga qarshi terapiya;

- antigipertenziv terapiya.

PE rivojlangan homilador ayollarda tug'ruq yo'llaridan qon kelishi, normal joylashgan yo'ldoshning (NJYBK) muddatidan oldin ko'chiishiga shubha qilish, homilaning o'tkir gipoksiyasi bo'lsa, shoshilinch ravishda shifoxonaga yetkazib berish tavsiya etiladi. Undan tashqari quyidagi holatlarda ham shoshilinch ravishda kasalxonaga murojaat qilish zarur:

- * doimiy bosh og'rig'i va ko'rishning buzilishi;

- * doimiy epigastral og'riq, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish;

- * jigar va/yoki buyrak funksiyasining tobora yomonlashishi;

- * eklampsiya;

- * dori-darmonlar bilan normallashtirilmagan arterial gipertenziya;

- * trombositlar soni $< 100,000$ mk/l;

- * doppler ma'lumotlari asosida homila holtining buzilishi;

- * kindik arteriyasida salbiy yoki nol qon oqimi;

- * venoz kanalda nol yoki salbiy qon oqimi;

* HO'ChS < 5% va homila yoki fetoplatsentar perfuziyaning bir vaqtning o'zida patologiyasi (bachadon arteriyasida nol yoki teskari qon oqimi);

* 30 haftadan ortiq homiladorlik muddatida 24 soatlik interval bilan 2 ta tekshiruvda aniq oligogidromnion (< 5 sm).

Preeklampsiyada homiladorlik natijalariga alohida ta'sir ko'rsatmaydigan amniotik suyuqlik miqdori, HO'ChS dan farqli o'laroq, ikkinchi darajali ahamiyatga ega. GAG yoki o'rtacha PE da homiladorlikni 37 haftaligacha yetkazish uchun davolash taktikasini olib borish tavsiya etiladi. Homiladorlikning 36 haftaligidan keyin GAG yoki mo'tadil PE da tug'ruqni oldindan induksiya qilish tavsiya etiladi (boshqa ko'rsatmalar bo'lmasa). Asoratlanmagan nazorat ostida SAG bilan homiladorlikni 38-39 haftaligida rejalashtirilgan tug'ruq tavsiya etiladi. Qoniqarsiz nazorat qilinadigan SAG bilan homiladorlikni 36-37 haftaligida rejalashtirilgan tug'ruq tavsiya etiladi.

Og'ir PE da homiladorlik muddatiga qarab quyidagi olib borish taktikasi tavsiya etiladi:

- 22-24 hafta – hayot uchun xavfli bo'lgan homiladorlikni to'xtatish, hayot uchun xavfli vaziyat bo'lmagan taqdirda - tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirish;

- 25-33 hafta – homiladorlikni uzaytirish (nazoratsiz AG bo'lasa, onada organ disfunktsiyasining rivojlanishi, homilaning noaniq holati), homila RDS profilaktikasi, kesar kesish - akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha;

- \geq 34 hafta – homilador ayolning holatini barqarorlashtirish, tug'dirish (akusherlik ko'rsatkichlari bo'yicha kesar kesish).

Tug'ruq rejasini tanlash bilan bog'liq barcha klinik holatlarda mutaxassislar kengashi xulosasi zarur hisoblanadi. Og'ir PE bilan homiladorlikni uzaytirish mutaxassislar kengashi xulosasidan keyin 3-darajali tug'ruq muassasalarida davom ettirish mumkin. Homiladorlikning 24 dan 36 haftaligigacha bo'lgan muddatda PE bilan dastlab kutilayotgan boshqaruv taktikasi tavsiya etiladi.

Tug'ruqdan keyingi davrni olib borish:

Laktatsiya davrida antigipertenziv terapiya sifatida foydalaniladigan nifedipin, enalapril yoki emizikli ona tomonidan qabul qilingan boshqa antigipertenziv dori vositalari ona suti bilan ajraladi, ammo antigipertenziv dorilarning aksariyati ona sutida juda past konsentratsiyalarda mavjud bo'ladi, nifedipin bundan mustasno, ona

sutidagi konsentratsiyasi ona plazmasidagi konsentratsiyaga yaqin. Enalaprilni qabul qilishda buyraklar faoliyati va qondagi kaliy miqdorini nazorat qilish kerak. Shuni yodda tutish kerakki, tug'ruqdan keyingi davrda metildopani buyurish depressiv holatlarning rivolanishiga olib kelishi mumkin (tug'ruqdan keyingi davr depressiyasining kuchayishi bilan tavsiflanadi). Laktatsiya davrida AG monoterapiyasining samarasizligini inobatga olib nifedipin va enalapril preparatlarining kombinatsiyasini qo'llash tavsiya etiladi.

Agar yugoridagi sxema samarasiz bo'lsa, unga metoprolol yoki atenolol qo'shish yoki qabul qilingan dorilardan birini ushbu dori vositalaridan biri bilan almashtirish tavsiya etiladi. Homiladorlik davrida og'ir AG va og'ir PE kuzatilgan bemorlarni tug'ruqdan keyingi davrda 7 kundan oldin uyga javob bermaslik tavsiya etiladi.

Laktatsiya davrida diuretikarni (furosemid, gidroxlortiazid va spironolakton) buyurish tavsiya etilmaydi, chunki ular sut ishlab chiqarishni kamaytirishi mumkin. Homiladorlik vaqtida og'ir AG va og'ir PE bo'lgan bemorlarni tug'ruqdan keyingi davrda qoida tariqasida, kasallikning kuchayishi xavfi tug'ruqdan keyingi 7 kun davonida saqlanib qoladi va bu homiladorlikda gipertenziv holatlarni o'tkazgan barcha ayollarga tegishli. Tug'ruqdan keyingi HELLP sindromining chastotasi 7-30%, tug'ruqdan keyingi eklampsiya esa 28% ga yetadi.

Tibbiy rehabilitatsiya: AG bilan kasallangan ayollar homiladorlikni rejalashtirishda quyidagilarni amalga oshirish uchun keng qamrovli klinik va laborator tekshiruvlardan o'tishlari talab qilinadi:

- nishon a'zolarining funksional holatini baholash (EKG, ExoKG, qon tomirlarni tekshirish, buyrakning ultratovush tekshiruvi, Agar lozim bo'lsa, Xolter bo'yicha EKG nazorati, zo'riqish sinovlari);
- AG darajasi va gipertenziv kasallik bosqichini aniqlash;
- antigipertenziv terapiyani korreksiya qilish;
- ona uchun prognozni baholash.

Homiladorlik mavjud bo'lmagan va uni rejalashtirish bosqichida surunkali AG ni 18 yoshdan katta, shu jumladan homiladorlik davrida bo'lmagan ayollar uchun qo'llaniladigan printsiplarga muvofiq tasniflash kerak. Tug'ruqdan keyingi 12-hafta oxiriga kelib qon bosimining oshishi saqlanib qolsa, homiladorlik AG tashxisi surunkali AG tashxisiga o'zgaradi va AG (GK yoki ikkilamchi (simptomatik) AG) ning umumiy qabul qilingan tasnifiga muvofiq qo'shimcha tekshiruvdan so'ng aniqlanadi.

Tug'ruqdan 6 hafta o'tgach, preeklampsiyani o'tkazgan ayollar umumiy amaliyot shifokori, nevropatolog, nefrolog, oftalmolog tomonidan nishon a'zolarining zararlanish darajasini istino qilish/aniqlashtirish va davo terapiyasini tanlash (agar kerak bo'lsa) uchun tekshirishlar o'tkazishi talab etiladi.

Anamnezida SAG/PE yoki GAG bo'lgan ayollar uchun uzoq masofali kardiovaskulyar xavflar mavjud. Bunday asoratlarning oldini olish uchun dastlabki tavsiya - 12 oy ichida dastlabki vazniga erishish va sog'lom turmush tarzi orqali tana vazni indeksi oshishining oldini olish lozim. Bemorga hayoti davomida jismoniy va sog'lom turmush tarzini olib borish tavsiya etiladi, chunki uning oqibatlari homiladorlik jarayoni bilan chegaralanmaydi, balki undan keyin ham kuzatilishi mumkin.

Gipertenziv kasalliklarning oldini olish:

Homiladorlikga tayyorgarlik bosqichida yoki homilador bemorning 1-tashrifida PE xavf omillarini baholash zarur. Turli xil xavf omillari preeklampsiya ehtimoli ortishi bilan bog'liq. Shunga qaramay, preeklampsiya holatlarining aksariyati aniq xavf omillari bo'lmagan sog'lom ayollarda yuzaga kelishi mumkinligini unutmaslik kerak. Preeklampsiya rivojlanish tendentsiyasi ba'zi genetik omillarga bog'liq bo'lishi mumkin. Preeklampsiyaning xavf omillari:

- Muddatidan oldingi tug'ruqlar;
- Ko'p homilalik;
- Oldingi homiladorlikda preeklampsiya;
- Surunkali gipertenziya;
- Qandli diabeti;
- Gestatsion diabet;
- Trombofiliya;
- Tizimli qizil yuguruk;
- Homiladorlikdan oldin tana massa indeksi 30 dan yuqori;
- Antifosfolipid sindromi;
- Onaning yoshi 35 yosh va undan katta;
- Buyrak kasalliklari;
- Yordamchi reproduktiv texnologiyalar;

PE rivojlanish xavfi yuqori bo'ladi agar:

- 1 ta yuqori xavfli omil

Yoki

- 2 ta o'rtacha xavf omillari bo'lganida.

PE xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarga homiladorlik mobaynida qon bosimini har kuni o'lchab turish, o'z-o'zini nazorat qilish tavsiya etiladi. Homiladorlik muddatini aniqlash, 1-trimestr skriningini o'tkazish, ko'p homilalik tashxisini qo'yish uchun 11-13 haftalik muddatda homilaning ultratovush tekshiruvini o'tkazish zarur, PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarni prenatal diagnostikaning chuqurlashtirilgan tekshiruvlarini amalga oshiruvchi tibbiy muassasalarga yuborish tavsiya etiladi.

1-trimestr ultratovush tekshiruvi paytida PEni erta bashorat qilish uchun bachadon arteriyalarida pulsatsiya indeksini (PI) o'lchash tavsiya etiladi. Optimal PE skriningi – xavf omillarini baholash, o'rtacha qon bosimini o'lchash, bachadon arteriyalaridagi PI va platsenta o'sish omilini (PIGF) aniqlash asosida xavf darajasini hisoblashni o'z ichiga oladi.

PIGFni aniqlashning imkoniyati bo'lmagan taqdirda, PE skriningi xavf omillarni baholash, bachadon arteriyalaridagi o'rtacha qon bosimi va PI o'lchovlari asosida xavfni hisoblashni o'z ichiga oladi. PIGF eng yaxshi, ammo hali ommaviy bo'lmagan biokimyoviy belgidir. PE xavfi yuqori bo'lsa, ushbu markerning past ko'rsatkichlari erta PE xavfi yuqori ekanligini ko'rsatadi.

Homiladorlik muddati 30-34 hafta bo'lganida, PE xavfi yuqori bo'lgan homilador bemorni homila ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi. PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarni 2-ultratovush tekshiruvida (homiladorlik davri 18-20 hafta) va homiladorlikning 3-trimestrida (homiladorlik davri 30-34 hafta) uteroplasental qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi.

PE tashxisini tasdiqlash uchun SFLT/PIGF angiogen omillarining nisbatini aniqlash ham mumkin, bu ishonchli, ammo hali ommaviy bo'lmagan tadqiqot usuli hisoblanadi. SFLT/PIGF nisbati 7 kun ichida PE rivojlanishi xavfini istisno qiladi. Homiladorlik davrida <34 haftada SFLT/PIGF nisbati >85, homiladorlik davrida >34 haftada SFLT/PIGF nisbati >110 bo'lsa, PE rivojlanish ehtimoli yuqori ekanligini ko'rsatadi.

PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga uzoq vaqt tik turish yoki ortiqcha jismoniy zo'riqishlar, mashqlar, tunda ishlash va charchoqni keltirib chiqaradigan ishdan voz kechish bo'yicha tavsiyalar berilishi lozim. PE xavfi yuqori bolgan homiladorlarga haftasiga 3-4 marta 45-90 daqiqa davomida aerobik mashqlar tavsiya etiladi, bu vaznning kamayishi va gipertenziya rivojlanish xavfining pasayishi bilan bog'liq,

shuningdek bunday ayollarga PEning oldini olish maqsadida o'z vaqtida dam olish tavsiya etiladi

Kalsiy miqdori past bo'lgan (sutkasiga 600 mg dan kam) PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga homiladorlik paytida kuniga 1g dozada kalsiy preparatlarini og'iz orqali qabul qilish tavsiya etiladi, kalsiy preparatlarini buyurish ushbu kasallikning rivojlanish xavfini kamaytiradi. Shuningdek, PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga homiladorlikning 12 haftaligidan homiladorlikning 36 haftaligiga qadar kuniga 150 mg dan Asetilsalitsil kislotasini og'iz orqali qabul qilish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Patologik platsentatsiya asosida rivojlangan PE va unga bog'liq platsenta kasalliklarining yuzaga kelish xavfi yuqori bo'lgan ayollarda Asetilsalitsil kislotasini qabul qilishning samaradorligi to'g'risida ishonchli dalillar mavjud. Ko'plab ilmiy nashrlarning tahlili homiladorlikning 1-trimestrida kengaytirilgan kombinatsiyalangan skrining natijalari asosida aniqlangan og'ir va erta PE xavfini kamaytirish maqsadida 16 haftadan oldin boshlangan va homiladorlikning 36 haftaligiga qadar davom ettirilgan past dozali aspirin (150 mg) ni kechqurun (yotishdan oldin) qabul qilishning afzalliklarini ko'rsatdi. Shuningdek, L-arginin ham PE xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarda PE ning oldini olish maqsadida ishlatilishi mumkin.

PE xavfi yuqori bo'lgan homiladorlarga tavsiya etilmaydi:

- * PE ning oldini olish uchun progesteron preparatlari;
- * PE ning oldini olish uchun magniy sulfat;
- * PE ning oldini olish uchun foliy kislotasini qabul qilish.

IX. NAFAS OLIISH TIZIMINING YALLIG'LANISH KASALLIKLARI BILAN OG'RIGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Ma'lumki, o'tkir respirator kasalliklar (o'tkir respiratorli infeksiyalar) — bu nafas olish tizimining turli qismlariga zarar yetkazib, qisqa inkubatsiya davri, davomli bo'lmagan isitma va intoksikatsiya bilan tavsiflangan kasalliklar guruhi bo'lib hisoblaniladi.

O'tkir respirator kasallik — bu polietiologik kasalliklarning kompleksi bo'lib, ya'ni ular turli xil patogenlardan kelib chiqishi mumkin: bakteriyalar, viruslar, xlamidiya, mikoplazma.

O'RVI — ushbu kasalliklar guruhi viruslarning alohida keng tarqalgan guruhiga mansub bo'lib nafas olish tizimining turli (O'tkir rinit, Laringit, Bronxit va boshqalar) qismlarini zararlaydi. O'RVI qo'zg'atuvchisi (GRIPP virusidan tashqari) — viruslar oilalarining vakillari bo'lib, genomi RNK molekulasi bilan ifodalangan (pnevovirus, rino-sinitzial virus, paramiksoviruslar 4ta turi, paragripp, koronavirus, pikarnavirus, rinoviruslar va genomida DNK molekulasini saqlovchi parvovirus, adenoviruslar hisoblanadi. Yuqoridagi barcha viruslar inson bokavirusidan tashqari barcha yosh guruhlari orasida O'RVI ni keltirib chiqaradi.

Asosiy simptomlar:

- yuz va tomoq giperemiyasi,
- sklera qon tomirlarining yorilishi,
- terlash, taxikardiya,
- kataral belgilar.

Yashirin davr bir necha soatdan 2 kungacha, kasallik o'tkir boshlanishi, haroratning 38-40°C gacha ko'tarilishi, isitma 3-5 kun davom etishi bilan xarakterlanadi, keyinchalik esa uzoq subfebril holat bo'lishi mumkin.

Kasallik sabab antenatal davrda uchraydigan asoratlari: Asosan eng katta xavfni virusli infeksiyalar keltirib chiqaradi (O'RVI). Xavflilik darajasi homiladorlik muddatiga bog'liq.

Eng xavfli davr — bu birinchi trimestr bo'lib hisoblanadi. Bu muddatda virus turli xil tug'ma nuqsonlarni keltirib chiqarishi mumkin, shu jumladan hayot bilan nomutanosib asoratlarni, ya'ni yashashga layoqatsiz homila nuqsonlarini keltirib chiqarishi va homila tushishiga sabab bo'lishi mumkin.

Ikkinchi trimestrda virusli infeksiyalar homilada markaziy asab tizimi a'zolarining - miya va orqa miya, shuningdek boshqa tizimlarning shakllanishida buzilishlar kelib chiqishiga olib kelishi mumkin. Ikkinchi trimestrdan boshlab homila ichi infeksiyasi rivojlanib, turli a'zolarida infeksiyon va yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga, masalan, meningit, ensefalit, pnevmoniya va homila oziqlanishining buzilishi, natijada esa homilaning fiziologik o'sishdan ortda qolishiga sabab bo'lishi mumkin.

Fiziologik homiladorlik davrida ikkinchi va uchinchi trimestrda homila platsenta bilan ishonchli himoyalangan bo'ladi, bu ko'plab infeksiyalar uchun yengib bo'lmaydigan to'siq hisoblanadi. Ammo platsenta metabolizmining buzilishiga olib keladigan homiladorlikning turli qo'shimcha asoratlari sababli ikkinchi va uchinchi trimestrda jiddiy oqibatlar yuzaga kelishi ham ehtimoldan holi emasligini yodimizda saqlashimiz lozim.

Kuzatuv nazorati:

- Birinchi alomatlar paydo bo'lganda.
- Davolash dinamikasida.

• Tegishli mutaxassislar ko'rigi: terapevt, otorinolaringolog, pulmonolog

• Laborator tekshiruvlar: umumiy qon taxlili: Hb, eritrotsitlar miqdori, rang ko'rsatkich, leykotsitoz; EChT; umumiy bilirubin: bevosita, bilvosita, ALT, AST; ko'krak qafasi rentgenografiyasi.

Davolash chora-tadbirlari: Asosiy davolash choralari.

- ko'p suyuqlik ichish: soatiga o'rtacha 2 stakandan (500ml);
- yo'talga qarshi va balg'am ko'chiruvchi preparatlar;
- parasetamol

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

• Gipertermiya $37,5^{\circ}\text{C}$ dan yuqori, 3 kun davomida subfebril isitma

- Tug'ruq kompleksiga yotqizish

Reabilitatsiya/tug'ruqdan keyingi davrda nazorat: Davolanishdan so'ng homiladorlik saqlab qolinganda holatlarda nazorat: QVP/poliklinika/markaziy tuman ko'p tarmoqli poliklinikasida kuzatuv, 10 kun davomida har 3 kunda bir marta ko'rikdan o'tish lozim.

Bronxit bilan og'rigan homiladorlar nazorati. Bronxitning asosiy simptomlari:

- Dastlab quruq yo'tal va davolanish davrida nam yo'tal,
- Yuz va og'iz bo'shlig'i shilliq pardalari giperemiyasi,

- Sklera qon tomirlarining yorilishi,
- Terlash, taxikardiya,
- Kataral belgilar.
- Auskultatsiyada: quruq, nam xirillashlar; vesikulyar nafas olish, ba'zi joylarda qattiq nafas bo'lishi mumkin.

Yashirin davr bir necha soatdan 2 kungacha, kasallik o'tkir boshlanishi, haroratning 38-40⁰C gacha ko'tarilishi, isitmaning 3-5 kun davom etishi, keyinchalik esa uzoq subfebril isitma bo'lishi mumkin.

Kuzatuv nazorati:

- tashxis qo'yilgan zaxoti kasalxonaga yotqizish,
- davolanishdan so'ng 1 oy davomida haftasiga bir marta ambulator nazorat.

- Tegishli mutaxassislar ko'rigi: terapevt, pulmonolog

Diagnostic tekshiruvlar:

- qon tahlili, bilirubin, ALT, AST;
- bakteriologik balg'am ekish;
- 17-22 haftalik muddatda homilaning skrining tekshiruvi.
- ko'krak qafasi rentgenografiyasi (lozim bo'lsa ko'rsatma asosida).

Asosiy davolash choralari:

- Tashxis qo'yilgan zaxoti kasalxonaga yotqizish;
- Yotoq rejimi;
- Bronxolitiklar;
- Mikrofloraning sezgirligini va homiladorlik muddatini hisobga olgan holda antibiotik terapiya;
- Ko'p suyuqlik ichish;
- Simptomatik davolanish.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: Kasallikning ilk alomatlarida tug'ruqxonaning homiladorlar xastaligi bo'limiga yotqizish

Tug'ruqdan keyingi davrda olib borish/reabilitatsiya: Homiladorlik saqlangan holatda - 4 hafta davomida haftasiga bir marta faol patronaj nazorati.

Pnevmoniya (zotiljam) bilan kasallangan homilador ayollar nazorati.

Pnevmoniya - o'tkir yuqumli kasallik bo'lib, asosan bakterial etiologiyali, o'pkaning nafas olish qismlarining o'choqli zararlanishi va alveolalar ekssudatsiya asosida kechishi bilan tariflanadi.

Homilador ayollarda shifoxonadan tashqari pnevmoniya (zotiljam) holatlarining 40-61% patogen qo'zg'atuvchisini aniqlashning imkoni bo'lmaydi. Pnevmoniyaning 60-80% bakteriyalar, 10-20% atipik mikroorganizmlar va 10-15% viruslar tomonidan qo'zg'atiladi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniyaning eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchisi pnevmokokk (*Streptococcus pneumonia*) bo'lib, u shifoxonadan tashqari pnevmoniya holatlarining 30-50% uchun hosdir, undan tashqari gemofil tayoqchasi, gripp va mikoplazma viruslari ham qo'zg'atishi mumkin.

Asosiy simptomlar:

Yashirin davri bir necha soatdan 2 kungacha bo'lishi mumkin. Kasallik o'tkir boshlanishi, haroratning 38-40°C gacha ko'tarilishi bilan xarakterlanadi.

- yuz va og'iz bo'shlig'i shilliq pardalari giperemiyasi,
- sklera qon tomirlarining yorilishi,
- ko'p terlash,
- bradikardiya/taxikardiya,
- kataral simptomlar: rinit, kon'yunktivit, laringit, quruq yo'tal paydo bo'lishi bilan birga faringit,
- yaqqol namoyon bo'luvchi umumiy intoksikatsiya belgilari,
- 3-5 kun davom etuvchi istma, keyinchalik uzoq subfebril isitma bo'lishi mumkin, febril davrda oqsil, qizil qon tanachalari va silindrlar paydo bo'lishi mumkin,
 - balg'amli yo'tal,
 - umumiy holsizlik, tez charchash, ishtaxaning yo'qolishi, uyquning buzilishi.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: Pnevmoniyaning klinik belgilari namoyon bo'lishi bilan kasalxonaga yotqizish masalasini hal qilish. Tashxis qo'yilgan zaxoti kasalxonaga yotqizish.

Diagnostik tekshiruvlar: umumiy qon taxlili (leykopeniya, neytropeniya), bilirubin, ALT, AST, umumiy oqsil;

- bakteriologik balg'am ekish;
- homilaning ultratovush tekshiruvi, jigar ultratovush tekshiruvi;
- ko'krak qafasi a'zolarining rentgenologik tekshiruvi.

Asosiy davolash choralari:

- tug'ruqxonaning homiladorlar xastaligi bo'limiga yotqizish;
- doimiy yotoq rejimi;

- ko'p suyuqlik ichish;
- antibiotik terapiya (mikrofloraning sezgirligini hisobga olingan holda);
- simptomatik davolash, dezintoksikatsion davo;
- yallig'lanishga qarshi davo, immunostimulyatsion terapiya.

Tug'ruqdan keyingi davolanish/reabilitatsiya: kasalxonadan javob berilganidan keyin 1 oy mobaynida haftasiga bir marta qat'iy nazorat.

Shifoxonadan tashqari pnevmoniya bilan kasallangan homilador ayollarning aksariyati to'liq tekshiruv va davolanish uchun kasalxonaga yotqizilishi shart. Pnevmoniya asoratlari ehtimolini oshiradigan yondosh kasalliklarga asosan bronxial astma, chekish, vitamin va minerallar yetishmovchiligi, jigar kasalliklari, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi va albatta homiladorlikning o'zi ham kiradi.

Homiladorlik pnevmoniyaning kechishini sezilarli darajada og'irlashtiradigan omil ekanligini hisobga olib, pnevmoniya bilan kasallangan barcha homilador ayollarni (xavf darajasidan qat'iy nazar) kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi.

Antibakterial dorilar vositalarini (mono- yoki kombinatsiyalangan terapiya rejimida) faqat parenteral yo'l bilan yuborish lozim. Pnevmoniyada mukoaktiv vositalarni muntazam ravishda tayinlash tavsiya etilmaydi. Shifoxonadan tashqari pnevmoniyada antipiretik va analgetik tasir ko'rsatish maqsadida nosteroid yallig'lanishga qarshi preparatlar (paratsetamol) buyurish tavsiya etiladi. Grippning murakkab kechishi xavfi yuqori bo'lgan barcha bemorlarga grippga qarshi emlash tavsiya etiladi.

X. O'TKIR VA SURUNKALI BAKTERIAL VAYOKI VIRUSLI INFEKSIYALARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI OLIB BORISH

Homiladorlik davrida o'ziga xos immunitet holati yuzaga keladi, bunda turli xil genetik to'plamga ega bo'lgan ikkita organizm immunitet reaksiyasini buzmasdan birgalikda bitta butun organizmda yashaydi. Homiladorlikda onaning organizimida immunosupressiv holat yaqqol namoyon bo'lmaydi. Onaning immunitet tizimini obyektiv baholaganda immunokompetensiyadagi o'zgarishlar minimal darajada bo'ladi yoki unuman aniqlanmaydi.

Homiladorlik paytida ayollar organizmi turli xil infeksiyalarga moyil bo'ladi va bu holat ikki sababga ko'ra e'tiborga loyiqdir. Ulardan ba'zilari onalar kasallanishi va o'limi ko'rsatkichlarining sezilarli darajada ortishiga olib kelishi mumkin (pnevmonokokkli pnevmoniya, o'tkir pielonefrit) va shu bilan birga homilaga bilvosita ta'sir ko'rsatishi mumkin. Homiladorlikni rejalashtirayotgan barcha ayollar, birinchi navbatda, OITS, zahm, qizilcha, gepatit B va C ga tekshirilishi kerak. Infeksiyalar uchun boshqa skrining tekshiruv usullari (toksoplazmoz, SMV, oddiy herpes, suvchechak, parvovirus B19) og'irlashgan akusherlik anannezi, reproduktiv yo'qotishlar yoki urogenital tizimning surunkali kasalliklari (ureaplazmoz, xlamidioz, mikoplazmoz) mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

Homiladorlik mobaynida yuqumli kasalliklarning aksariyatida aniq alomatlar kuzatilmaydi. Infeksiyaning ayrim turlariga xos bo'lgan ba'zi belgilar mavjud bo'lishi mumkin. Masalan, OITS kasalligining kechishi va davolash qiyin bo'lgan taqdirda ham yallig'lanish bilan kechuvchi kasalliklar tez-tez qayd etiladi. Zaxmda esa homilador ayolda ilgari bo'lmagan rozeolyoz toshmalar bilan tavsiflanadi. Qizilcha kasalligi teri toshmali, gipertermiya bilan ajralib turadi, vaginal kandidoz va trixomonas kolpiti qichishish va qindan turli hil patologik ajralmalar kelishi shikoyatlari bilan xarakterlanadi.

Homilani zararlashi mumkin bo'lgan infeksiyalar:

- Neonatal sepsis (B guruhidagi streptokokk, ichak tayoqchasi)
- Herpes
- Suvchechak
- Parvovirus B19
- Sitomegalovirus

- Qizilcha
- OIV
- Gepatit B va C
- Gonoreya
- Xlamidiya
- Sifilis
- Toksoplazmoz

Surunkali infeksiyasi bo'lgan homiladorlar uchun tashriflar chastotasi rejalashtirilgan tashriflardan ko'proq bo'ladi, o'tkir infeksiya kuzatilganida – rejalashtirilgan tashriflardan qat'iy nazar doimiy nazoratda bo'lish talab etiladi. Masalan, qizilcha bilan - toshmalar paydo bo'lganda yoki HCV aniqlanganda - doimiy nazoratda turish lozim bo'ladi. Mutaxassislar ko'rigidan o'tish albatta yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis, terapevt, urolog va teri-tanosil kasalliklari shifokori bilan amalga oshiriladi.

Qizilcha

Homilador ayollarda qizilcha kasalligi kam ifodalangan klinik alomatlar yani makulopapulyar toshmalar, artit, artralgiya va diffuz limfadenopatiya bilan birga kelishi mumkin. Virus homilaga o'tishi va o'ziga xos tug'ma nuqsonlarni keltirib chiqarishi hamda tug'ma qizilcha sindromini keltirib chiqarishi mumkin. Homiladorlikning birinchi trimestrida qizilcha virusining onadan homilaga o'tish chastotasi, homilaning tug'ma rivojlanish anomaliyalari (karlik, katarakta, yurak nuqsonlari va aqliy rivojlanishning ortda qolishi) bilan bir qatorda yuqori bo'ladi. Agar qizilcha infeksiyasi organogenez davriga to'g'ri kelsa, homilaning har qanday organi va tizimiga ta'sir ko'rsatishi mumkin. Qizilcha tashxisi serologik tekshiruvlar ma'lumotlari bilan tasdiqlanadi. Birlamchi infeksiya yoki reinfeksiya bilan bemorlarning qonida IgM antitanachalari aniqlanadi. Skrining tekshiruvi homiladorlikning 12 haftaligiga qadar amalga oshiriladi.

Qizilcha infeksiyada terapevtik choralar. Qizilcha kasalligiga qarshi emlanmagan seronegativ homilador ayollar tug'ib bo'lgandan so'ng darhol keyingi homiladorlikda infeksiyaning oldini olish uchun emlanadi. Agar homiladorlikning 12 haftaligiga qadar birlamchi infeksiya aniqlansa, dinamikada IgM, IgG darajasining ortishi, patogen infeksiyani virusologik usullar bilan aniqlab, so'ng ayolga homiladorlikni to'xtatish taklif etiladi (homilada tug'ma nuqsonlar rivojlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli). Agar kerak bo'lsa, simptomatik davo

choralari amalga oshiriladi. Qizilcha kasalligining o'tkir shakli kuzatilgan ayollarni akusherlik kasalxonasiga yotqizishdan saqlanish kerak (tug'ruqdan tashqari).

Virusli gepatit B va C

Gepatit B eng keng tarqalgan infeksiyalardan biri hisoblanadi. Virusli gepatit – o'zida DNK molekulasini saqlovchi gepatit B virusi tomonidan qo'zg'atiladi. Gepatit B virusi jinsiy aloqa, zararlangan qon va qon mahsulotlari orqali yoki transplacentar yo'l orqali yuqishi mumkin.

Kasallikning klinikasi jigar funksiyasining buzilishi bilan namoyon bo'ladi va jigar zararlanishlarining yengil shakllaridan tortib, jigarning fibrozlanishi va o'limgacha olib kelishi mumkin. Tashxis antitanachalar titrini va ko'plab antigen belgilarni tekshirishga asoslangan.

Perinatal davrda barcha homilador ayollar gepatit B ning yuzaki antigenini aniqlash uchun tekshiruvdan o'tkaziladi, agar ona homiladorlik paytida gepatit B virusini yuqtirgan bo'lsa, homilani infeksiyadan himoya qiluvchi immunoglobulin yuborilishi lozim. Barcha yangi tug'ilgan chaqaloqlarga gepatit B ga qarshi emlash muntazam ravishda amalga oshiriladi.

Homilador ayollarda infeksiyani tashxislash

Virus qo'zg'atuvchilari (OIV, gepatit, SMV, oddiy herpes) yoki urogenital infeksiyalarni (ureaplazma, mikoplazma, xlamidiya) aniqlash uchun immunoferment tahlili (IgG va IgM sinfidagi o'ziga xos antitanalarni aniqlash) va servikal kanaldan patogenning DNKsini aniqlash uchun polimeraza zanjirli reaksiyasi (PZR) tekshiruv usullari qo'llaniladi.

Homila nuqsonlarini aniqlash uchun homiladorlikning 16-20 haftasida asab naychasining patologiyasini va boshqa malformatsiyalarni aniqlash uchun homila ultratovush tekshiruvi o'tkazilishi majburiy hisoblanadi, shuningdek homiladorlikni keyingi muddatlarida ham nazoratni davom ettirish talab etiladi. Shu bilan birga, qon zardobidagi AFP, XG va estriol darajasini aniqlash maqsadida skrining tekshiruvlari o'tkaziladi.

Zaxm.

Zaxm – bu spiroxeta yoki rangbarang treponema tomonidan qo'zg'atiladigan yuqumli kasallik bo'lib, u odatda jinsiy aloqa orqali yoki homilaga transplacentar yo'l orqali yuqadi.

Vertikal yuqish tufayli homilador ayollarda sifilis kechki homila tushishi, o'lik homila tug'ilishi va tug'ma infeksiyalar kabi asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Tashxis platsentadan o'tmaydigan IgM-antitreponema antitanachalarni aniqlash orqali aniqlanadi.

Zaxmni davolash choralari. Zaxm bilan kasallangan homilador ayollarni davolash, homiladorlikni olib borish rejasini ishlab chiqish va homiladorlikni davom ettirish mumkinligi to'g'risida qaror qabul qilish choralari ixtisoslashtirilgan shifoxonada amalga oshiriladi. Homiladorlik davrida zaxm bilan kasallangan ayollar antibiotiklarning penitsillin qatori - benzil-penitsillin 2,4 ED m/o bir marta yoki penitsillinga allergiya bo'lsa eritromitsin, 15 kun davomida davolanadi.

OIV infeksiyasi (OITS) – immun tanqisligi virusi – qo'zg'atuvchisi HIV-1 va HIV-2, bu virus inson hujayralarining RNK tuzilishini o'zgartirib yuboradi.

OIV bilan kasallangan onadan homilaga infeksiya yuqish ehtimoli bo'lishi mumkinligi homila to'qimalarida va amniotik suyuqlikda virus antigenlarining aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.

OIV bilan infitsirlangan chaqaloqlar terisida bakterial, zamburug'li va virusli ekzantematoz toshmalar shaklida teri shikastlanishlari kuzatiladi.

OIV bilan infitsirlanganlar uchun terapevtik choralari. Chaqaloqlarning OIV bilan infitsirlanish xavfining ortishi ona qonida virus miqdorining yuqori bo'lishi yoki onada kasillikning og'ir kechishi, homila qobig'ining tug'ruqqacha yorilishi, tug'ruq vaqtidagi manipulyatsiyalar orqali sodir bo'lishi mumkin, bu esa yangi tug'ilgan chaqaloqqa infektsiya ta'sirini oshiradi.

OIVning homilaga transplasental yuqishi homiladorlikning kechki muddatlarida, tug'ruqda va tug'ruqdan keyingi davrda sodir bo'lishi mumkin. OIV yuqishining oldini olish maqsadida tug'ruq kesar kesish yo'li bilan o'tkaziladi, tug'ruqni kesar kesish orqali yakunlash qog'onoq pardasining tug'ruqqacha yorilgan holatlarda ham infitsirlanish xavfini kamaytiradi.

Toksoplazmoz

Toksoplazmoz - bu odamlarda va uy hayvonlarida uchraydigan protozoy paraziti keltirib chiqaradigan yuqumli kasallik bo'lib, infitsirlangan homilador ayollar homilaga transplasental yo'l orqali infeksiyani yuqtirishlari mumkin. Homiladorlikning birinchi trimestrida ona infitsirlanganida, plasental yo'l orqali yuqish ehtimoli kamroq,

ammo keyinchalik infeksiya homila uchun yanada jiddiy oqibatlarga olib kelishi mumkin.

Transmissiya homiladorlikning uchinchi trimestrida ko'proq uchraydi, ammo homilada infeksiyaning namoyon bo'lishi yengil yoki subklinik tarzda bo'lishi mumkin.

Onada toksoplazmoz tashxisi o'ziga xos IgG va IgM antitanachalari mavjud bo'lishi bilan aniqlanadi. Agar toksoplazmoz tashxisi homiladorlikning dastlabki bosqichlarida tasdiqlansa, homila qonidagi antitanachalar transkutan kordosentez tekshiruv usuli orqali tekshirish tavsiya etiladi, bu esa dastlabki ikki trimestrda homilaning taqdiri to'g'risida qaror qabul qilishga imkon beradi, homilaning infitsirlanish xavfini kamaytirish maqsadida homiladorlik paytida kasallangan ayollar - spiramitsin preparati bilan davolanadi, agar gidrosefaliya aniqlansa, homila miya to'qimalarida halokatli o'zgarishlar aniqlansa, toksoplazmozni istisno qilish uchun homilador ayolda qo'shimcha tekshiruvlar (amniotik suyuqlik PZR, IFA, ultratovush va boshqalar) o'tkaziladi. Kasallikning aktiv jarayoni tasdiqlanganda davolash amalga oshiriladi.

Sitomegalovirus

Sitomegalovirus – molekulasida DNK saqlovchi herpes virus bo'lib, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 0,5-2% gacha zararlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Homilador ayollarning 50-80% bu virusga qarshi immunitetga ega bo'ladi. Sitomegalovirus simptomatik kasallik bo'lib, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin: gepatomegaliya, splenomegaliya, trombositopeniya, sariqlik, bosh miya kalsifikatsiyasi, xorioretinit, interstitsial pnevmoniya.

Agar onada birlamchi infeksiya ijobiy natija bersa amniosentez o'tkazish lozim bo'ladi, bundan tashqari o'ziga xos bo'lmagan ultratovush belgilari (tug'ma anomaliyalar, homila o'sishining kechikishi) tasdiqlangan bo'lsa, homiladorlikni 22 haftagacha to'xtatish masalasini ko'rib chiqish zarur.

Oddiy herpes virusi

Oddiy herpes virusi molekulasida DNK saqlovchi virus bo'lib, uning 2 turi mavjud: OGV-1 va OGV-2. Jinsiy a'zolar herpes kasalliklari odatda OGV-2 tomonidan chaqiriladi, ammo ekstragenital OGV-1 va genital OGV-2 infeksiyalar kuzatilishi mumkin. Herpes virusi anamnezida bo'lgan bemorlardan gerpetik infeksiyalarni aniqlash

uchun tug'ruqdan oldin vulva, qin, bachadon bo'ynini ehtiyotkorlik bilan tekshirish lozim, chunki homilaga OGV vertikal yo'l bilan yuqish xavfi bo'lganligi tufayli vaginal tug'ruq jarayonida infeksiya homilaga yuqishi va turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin.

Jinsiy a'zolarida ko'rinarli toshmalar namoyon bo'lganda, tug'ruq rejali ravishda kesar kesish yo'li bilan amalga oshirilishi talab qilinadi. Homiladorlikda qaytalanuvchi genital herpes kuzatilsa, infeksiya qaytalanishining oldini olish va yangi tug'ilgan chaqaloqlarga yuqish xavfini kamaytirish maqsadida davolanish atsiklovir preparatini buyurish orqali homiladorlikning so'nggi 4 haftaligida o'tkaziladi. Bunday hollarda tug'ruqni tabiiy yo'l orqali amalga oshirilishini rejalashtirish mumkin.

Suvchechak

Suvchechak (*Varisella zoster*) virusi - molekulasida DNK saqlovchi herpesvirus bo'lib, suvchechak kasalligini keltirib chiqaradi, ammo o'zining ta'sirini o'zgartirishi va oddiy herpes kasalligini keltirib chiqarishi ham mumkin. Suvchechak qo'zg'atuvchisiga qarshi antitanachalar titrini tahlil qilish homiladorlik davrida asosiy skrining tekshiruvi hisoblanmaydi, ammo bu tekshiruvlar ushbu kasallik anamnezi haqida aniq ma'lumotga ega bo'lmagan barcha bemorlar uchun o'tkazilishi kerak. Prekonseptual konsultatsiya uchun murojaat qilgan bemorlarga suvchechakka qarshi antitanachalar titrining tahlilini o'tkazish lozim. Suvchechak homilaga vertikal yo'l bilan o'tishi mumkin. Infeksiya ta'sirida birinchi trimestrda o'z-o'zidan homila tushishi xavfi ortadi.

Suvchechakka qarshi spetsifik antivirusli immunoglobulindan foydalanish kasallikning transmissiyasining oldini olishi mumkin.

Parvovirus B19

Parvovirus B19 – infeksiyon eritematoz kasallikni keltirib chiqaradi (5-kasallik). Infeksiyaning klassik yengil turi yanoqlardagi makulali toshmalar bilan tavsiflanadi va odatda tezda orqaga qaytadi. Ammo homiladorlik davrida parvovirusning transplacentar yuqishi sodir bo'lishi mumkin, bu homilaning infitsirlanishiga va o'limiga olib kelishi mumkin. Birinchi trimestrda homilador ayolning infitsirlanishi sodir bo'lsa, o'z-o'zidan homila tushishi xavfi kuzatilishi mumkin, II va III trimestrda bu infeksiya homilada tanasida ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilishiga olib keladi. Parvovirus B19 homila eritrotsitlariga ta'sir qiladi va ularning parchalanishiga olib keladi, bu esa gemolitik

kamqonlik va homila o'limiga olib keladi. Homiladorlik davrida parvovirus infeksiyasi bilan kasallangan inson bilan kontaktda bo'lganida, bemorda parvovirus B19 ga qarshi IgM-antitanachalar titri aniqlanadi. Parvovirusga qarshi IgM-antitanachalar aniqlanganda, infitsirlangan inson bilan kontaktda bo'lganidan keyin 4-6 hafta mobaynida va undan keyingi muddatlarda homilaning holati ultratovushli skrining tekshiruvi orqali nazorat qilib boriladi.

Kandidoz. Trixamoniaz infeksiyasi.

Vaginal kandidoz. Vaginal kandidoz (zamburug'li infektsiya) homiladorlik davrida eng ko'p uchraydigan infeksiyalardan biri hisoblaniladi. Kandidozda homila o'z-o'zidan tushishi va muddatdan oldingi tug'ruq xavfi ortadi. Infeksion jarayonning qin orqali yuqoriga ko'tarilishi qog'onoq pardalarining zararlanishiga va qog'onoq suvlarining muddatidan oldin ketishiga sabab bo'lishi mumkin. Vaginal kandidozda qindan ko'p miqdorda tvorogsimon oqchil ajralmalar kelishi, qichishish va achishish kabi belgilar kuzatiladi, homiladorlikda kandidoz 2-10 marta ko'proq uchraydi va davolash qiyinroq kechishi mumkin. Odatda tug'ruqdan so'ng o'z-o'zidan tuzalish ham sodir bo'lishi mumkin, klinik simptomlar kuzatilganda maxalliy intravaginal klotrimazol dori vositalari yordamida davolanadi.

Trixamoniaz. Trixomoniaz – bir hujayrali qin paraziti tominidan qo'zg'atiladigan eng ko'p tarqalgan jinsiy yo'l orqali yuquvchi infeksiyon kasallik hisoblanadi. Homiladorlik davrida trixomoniaz yaqqol belgilar bilan yoki simptomlarsiz namoyon bo'lishi mumkin. Bu infektsiya jiddiy asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin: vaginit, uretrit, servitsit, kichik chanoq a'zolarining yallig'lanish kasalliklari. Homiladorlikda kuzatilishi mumkin bo'lgan asoratlardan quyidagilar: muddatidan oldingi tug'ruq, kam vaznli chaqaloqlar tug'ilishi, homila tushishi, rivojlanmagan homiladorlik, muddatidan oldin qog'onoq suvlarining ketishi. Metronidazol trixomoniazni davolashda yagona samarali dori vositasi hisoblanadi. Bir martalik 2g miqdori 90% ayollarda samara beradi. Homilador ayol bilan bir vaqtda jinsiy hamrohi ham davolanishi lozim. Tinidazol, ornidazol, nimorazol va boshqa nitromidazol guruhidagi dori vositalari trixomonada infeksiyasini davolashda yuqori samarali hisoblanadi. Homiladorlikning erta muddatlarida metronidazole preparatini qo'llash maqsadga muvofiq emas, bu muddatlarda trixomoniazni davolash uchun klotrimazol dori vositasini qo'llash mumkin.

XI. SIYDIK CHIQRISH YO'LLARI INFEKSIYALARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARNI DAVOLASH

Siydik yo'llari infeksiyalari (SYI)

KXK-10 bo'yicha kodlar

- 023 homiladorlik paytida siydik traktning 23 ta infeksiyasi
- 023.0 homiladorlik paytida buyrak infeksiyasi
- 23.1 homiladorlik paytida siydik pufagi infeksiyasi
- 23.2 homiladorlik paytida siydik yo'llari infeksiyasi
- 23.3 homiladorlik paytida siydik yo'llari boshqa qismlarining infeksiyasi
- 23.4 homiladorlik paytida siydik yo'llarining aniqlanmagan infeksiyasi
- 23.5 homiladorlik paytida jinsiy yo'llar infeksiyasi

Ko'plab siydik yo'llari infeksiyalari simptomlarsiz kechadi. Ko'pincha klinik alomatlarini oddiy homiladorlikdan ajratish qiyin (tez-tez siyish).

SYI asosiy qo'zg'atuvchilari *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, koagulaza-salbiy stafilokokklar, enterokokklar (*Enterococcus species*), B guruh streptokokklar va *Gardnerella* hisoblanadi.

Siydik yo'llari kateterizatsiyasi SYI rivojlanishi uchun xavf omillaridan biridir:

- ambulator sharoitda siydik pufagining bir martalik kateterizatsiyasi 1-2% hollarda SYI rivojlanishiga olib keladi.
- dastlabki 3-4 kun ichida ochiq drenaj tizimiga ega doimiy kateter deyarli 100% hollarda bakteriuriya rivojlanishiga olib keladi
- yopiq drenaj tizimidan, shu jumladan siydikning teskari oqimini oldini oladigan valfdan foydalanish SYI rivojlanishini biroz sekinlashtirishi mumkin, ammo oxir-oqibat infeksiya rivojlanishiga to'sqinlik qilolmaydi.

SYI quyidagi asoratlarning sababi bo'lishi mumkin:

- Urosepsis;
- Xorioamnionit;
- Buyrak yetishmovchiligi;
- Onalar o'limi;
- Muddatidan oldingi tug'ruq;
- Homila rivojlanishining kechikishi;

- Neonatal kasallanish.

SYI turli xil tasniflari majud. Eng ko'p foydalaniladigan tasnif AQSh kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish markazi (CDC), Amerika yuqumli kasalliklar jamiyati (IDSA), Evropa klinik mikrobiologiya va yuqumli kasalliklar jamiyati (ESC-MID) va AQSh Federal oziq-ovot va dori-darmonlarni nazorat qilish xizmati (FDA).

Ushbu tasniflarda turli xil modifikatsiyalar bilan murakkab bo'lmagan va murakkab SYI tushunchasi keng qo'llaniladi. Surunkali pielonefrit mustaqil kasallik sifatida – o'tkir yallig'lanishning natijasi hisoblanadi. Surunkali pielonefritda doimiy sabab tufayli yallig'lanish yuzaga keladi: toshlar, o'smalar, siydik pufagidan buyrakka doimiy ravishda reflyuks, bu faol surunkali jarayonning rivojlanishiga va tez-tez qaytalanishiga olib keladi. SYI anatomik kasalliklari – piyeloektaziya, gidronefroz, apostematoz, karbunkul, xo'ppoz, buyraklarning bujmayishi kiradi. Homiladorlik paytida barcha SYI murakkab deb tasniflanadi.

SYI diagnostikasi

Klinik amaliyotda SYI tashxisini qo'yishda quyidagi asosiy mezonlarni hisobga olish zarur:

1. Klinik simptomlar:

- mahalliy simptomlar: dizuriya, og'riq, siydik pufagi sohasidagi sezuvchanlik;
- umumiy simptomlar: isitma, yonbosh sohasida og'riq, ko'ngil aynishi, qusish;
- tizimli javob reaksiyasi (SSVO): isitma, titroq, gemodinamik buzilishlar;
- organ disfunktsiyasi/yetishmovchiligi belgilari.

2. Individual laborator tekshiruvlar natijalari:

- leykotsitlar formulasi bilan umumiy qon tahlili
- umumiy siydik tahlili (ko'rish sohasida 4 dan ortiq leykotsitlar)
- Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili (siydikning o'rtacha 1 ml porsiyasida 2000 va undan ortiq leykotsitlar)
- Zimnitskiy siydik tahlili va Reberg testi - buyrak yetishmovchiligiga shubha qilingan holatlarda
- biokimyoviy qon tahlili (mochevina, kreatinin) - takroriy va / yoki murakkab SYI, nozokomial SYI va siydik yo'llarining obstruktsiyasida

3. Siydikning kultural tekshiruvlari orqali mikroorganizmlar mavjudligini tasdiqlash

4. Instrumental tekshiruvlar:

- Buyrak ultratovush tekshiruvi
- Buyrak/qorin bo'shlig'i MRT

Klinik belgilarsiz leykosituriya va siydikning kultural tekshirishning ijobiy natijasi SYI ni tasdiqlamaydi va antibakterial terapiya tayinlash uchun ko'rsatma hisoblanmaydi.

Leykosituriyaning sabablari:

1. Chin:

- bakterial (neytrofiluriya, limfotsituriya) - piyelonefrit, sistit;
- abakterial (limfotsituriya, eozinofiluriya)-virusli nefritlar, dorivor nefritlar, lyupus-nefrit, revmatoid artrit, interstitsial nefritlar, glomerulonefrit, gelmintozlar.

2. Soxta: (neytrofiluriya) - simulyatsion, genital infeksiyalar sababli, siydik yig'ish qoidalarining buzilishi.

Siydikni kultural tekshirish.

SYI tashxisini tasdiqlash uchun siydikda majud bo'lgan bakteriyalar sonini aniqlash muhim hisoblanadi.

SYI diagnostikasi va davolashda yondashuvlarni birlashtirish uchun homilador ayollarda bakteriuriyaning klinik jihatdan muhim ko'rsatkichlari ajratiladi.

Simptomsiz bakteriuriya.

- Siydikda bakteriyalarning ko'payishi simptomlarsiz kechadi yoki simptomsiz bakteriuriya ko'p uchraydi va kommensallarning kolonizatsiyasi bilan bog'liq bo'ladi.

- Simptomsiz bakteriuriya simptomatik SYI rivojlanishi bilan superinfeksiyaga qarshi himoya vazifasini bajarishi mumkin, buning natijasida simptomsiz bakteriuriyani davolash faqat bemor uchun tasdiqlangan samaradorlik bo'lsa, antibiotiklarga qarshilik kuchayishining xavfini oldini olish va potentsial "protektiv" shtammlarning eradikatsiyasi uchun tavsiya etiladi.

- Premenopauzal yoshdagi sog'lom ayollarda simptomsiz bakteriuriya 1-5% holatlarda kuzatiladi, keksa yoshdagi nisbatan sog'lom ayollar va erkaklarda ko'rsatkichlar 4-19% gacha, qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda - 0,7-27%, homilador ayollarda - 2-10%, qariyalar uylarida yashovchi qariyalarda-15-50% va orqa miyasi shikastlangan bemorlarda - 23-89% hollarda uchraydi.

Antibiotiklar bilan davolash homiladorlik paytida piyelonefrit rivojlanish xavfini samarali ravishda kamaytiradi. Muddatidan oldingi

tug'ruqlarning sezilarli darajada kamayishi muddatidan oldingi tug'ruqlarda infeksiyalarning roli haqidagi zamonaviy nazariyalarni tasdiqlaydi.

Siydik tahlilidan ko'ra kultural tekshiruvlar yordamida simptomsiz bakteriuriya skriningi siydik yo'llarining simptomatik infeksiyalari, kam vaznli chaqaloqlar tug'ilish chastotasi va erta tug'ruqlarning sezilarli pasayishiga olib kelishi mumkinligi haqida ishonarli dalillar mavjud.

Diagnostika.

- SYI belgilari bo'lmagan homilador ayollarda bakteriuriya klinik ahamiyatga ega hisoblanadi. Simptomsiz bakteriuriya siydikning bakteriologik tekshiruvi asosida qo'yiladi, agar siydikning ketma-ket 2 ta namunasida (24 soatlik interval bilan) mustaqil siydik ajratish orqali to'plangan bo'lsa, $\geq 10^5$ KOE/ml konsentratsiyasida bir xil uropatogen aniqlangansa yoki kateter orqali olingan siydikning bir martalik namunasida uropatogen konsentratsiyasi $\geq 10^2$ KOE/ml bo'lganda.

- Agar ureaza ishlab chiqaradigan mikroorganizmlar, shu jumladan *Proteus mirabilis* siydikning kultural ekmalarda o'sib chiqsa, siydik yo'llarining tosh kasalligini istisno qilish lozim.

Simptomsiz bakteriuriya bilan kasallangan barcha homilador ayollar, tug'ruqdagi ayollar va tug'ruqdan keyingi davrdagi ayollarga antibiotik terapiya tavsiya etiladi. Antibiotik terapiyasi platsebo yoki kuzatuv bilan solishtirganda simptomatik SYI sonini statistik jihatdan sezilarli darajada kamaytiradi.

Homiladorlik paytida simptomsiz bakteriuriyani davolash uchun qisqa muddatli antibiotik terapiyasi tavsiya etiladi. Terapiya tugagandan so'ng siydikning kultural tekshiruvini o'tkazish shart emas. Adabiyotlardagi ma'lumotlarning meta-tahlilida homilador ayollarda simptomsiz bakteriuriyani davolash samaradorligi ko'rsatilgan. Shunga qaramay, ma'lumotlar ishonchliligi past darajaga ega va yaqinda o'tkazilgan tadqiqot qarama-qarshi natijalarni ko'rsatdi.

Epidemiologiya, etiologiya.

Ayollarning deyarli yarmi hayoti davomida kamida bir marta sistit epizodini boshdan o'tkazadi. 24 yoshga kelib, ayollarning taxminan 1/3 qismi kanida bir marta o'tkir sistit bilan kasallangan bo'ladi. Xavf omillari orasida jinsiy aloqa, spermitsidlardan foydalanish, yangi jinsiy sherik, onada SYI anamnezi va bolalik davrida SYI epizodi bo'lishi mumkin. Asoratlanmagan SYI ning eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchisi *E. coli*, undan keyin *Staphylococcus saprophyticus*.

Diagnostika va davolash.

- O'tkir asoratlanmagan sistit tashxisi siydik chiqarishning irritativ belgilari (dizuriya, tez-tez siyish) mavjud bo'lganda va qindan ajralmalar va qizarishlar bo'lmagan hollarda, yuqori ehtimol bilan qo'yiladi.
- O'tkir sistit kuzatilgan barcha homilador ayollarda sterillikni aniqlash uchun siydik ekmasi tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.
- Mustaqil siydik ajralishi orqali to'plangan siydik tahlilida bakteriuriya $\geq 10^3$ KOE/ml va undan yuqori bo'lsa, o'tkir asoratlanmagan sistit klinikasi bo'lgan ayollarda mikrobiologik tashxis qo'yish mumkin.
- O'tkir asoratlanmagan sistitning atipik belgilari bo'lgan, o'tkir asoratlanmagan sistitning takroriy qo'zg'alishlari bo'lgan, shuningdek davolashning samarasizligi kuzatilgan ayollarda qo'shimcha tekshirish usullarini qo'llash talab etiladi (agar lozim bo'lsa, PZR, Elisa usuli bilan SYI aniqlash uchun uretradan qirindi olish - serologik diagnostika usullaridan foydalanish).
- Homiladorlik paytida sistini davolash uchun antibiotik terapiyaning qisqa kursi tavsiya etiladi (simptomsiz bakteriuriya kabi), chunki antibiotiklarni qabul qilgan ayollarda klinik samaradorlik platseboga nisbatan ancha yuqori.
- Terapiya tugagandan so'ng siydik ekmasi tekshiruvi majburiy hisoblanmaydi.
- Takroriy sistitda uropatogen qo'llaniladigan antibiotikga sezgir emas deb taxmin qilish lozim. Ajratilgan patogenlarning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash va 7 kun davomida boshqa antibakterial preparat bilan almashtirish uchun siydik ekmasi tekshiruvini o'tkazish talab etiladi.

O'tkir asoratlanmagan piyelonefrit.

Klinika, diagnostika.

- Asoratlanmagan piyelonefrit - homilador yoki homilador bo'lmagan ayollarda, urologik kasalliklar yoki boshqa qo'shimcha kasalliklarsiz piyelonefrit yuzaga kelganda asoratlanmagan piyelonefrit deyiladi.
- O'tkir piyelonefritning asosiy alomatlar: titroq, bel sohasidagi og'riq, ko'ngil aynishi va qayt qilish, isitma (tana harorati >38 °C) hamda ko'krak qismi umurtqa-qovurg'a burchagi sohasi palpatsiyasida og'riq bo'lishi. Pielonefrit sistit belgilarisiz paydo bo'lishi mumkin.

- Leykotsitlar va eritrositlar sonini aniqlash bilan umumiy siydik tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi. Piuriyani aniqlash mumkin - mikroskopda siydik sentrifugasi natijasida olingan cho'kindida yoki 1 ml sentrifugalanmagan siydikda ko'ruv maydonida 200 ta leykositlar aniqlanganda piuriya deyiladi.

- Siydik ekmasi tekshiruvi majburiy hisoblanadi: uropatogen mikroorganizm $\geq 10^3$ KOE/ml konsentratsiyasida aniqlash klinik simptomlar bilan namoyon bo'lgan o'tkir pielonefritda klinik jihatdan ahamiyatga ega bakteriuriya hisoblanadi.

- Siydik chiqarish yo'llarining obstruktsiyasi yoki siydik-tosh kasalliklarini istisno qilish uchun ultratovush tekshiruvi o'tkazilishi lozim.

- Agar bemorda terapiya boshlanganidan >72 soat o'tgach isitma kuzatilsa yoki homilador ayollarda klinik holat yomonlashsa, homila nurlanish xavfini oldini olish uchun magnit-rezonans tomografiya tekshiruvini o'tkazish mumkin.

Davolash:

O'tkir piyelonefrit bilan kasallangan homilador ayollar alohida e'tibor talab qiladi, chunki SYI nafaqat anemiya, buyrak va nafas olish a'zolari yetishmovchiligi bo'lgan ayollarga, balki homilaga ham salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin, muddatidan oldingi tug'ruqlar soni ortishi mumkin.

- Yengil darajadagi o'tkir asoratlanmagan piyelonefritda (SSVO belgilarisiz) og'iz orqali qabul qilinadigan aminopenitsillinlar yoki sefalosporinlar qatoridagi antibiotik preparatlar tavsiya etiladi.

- Asoratlanmagan og'ir piyelonefrit rivojlangan (SSVO va/yoki organ disfunktsiyasi belgilari bilan) bemorlarga quyidagilar zarur:

- birinchidan, tomir orqali yuboriladigan antibiotiklarni buyurish;

- homilador ayollarga tavsiya etilishi mumkin bo'lgan preparatlar: 2-3 avlod sefalosporinlar, aminoglikozidlar va monoterapiya yoki kombinatsiyalangan terapiyada aminopenitsillinlar (sefalosporinlar/aminopenitsillinlar + aminoglikozid)

- karbapenemlar faqat siydikni tekshirish paytida polirezistent shtammlari aniqlangan bemorlarga tavsiya etiladi;

- davolash uchun dori-darmonlarni tanlash tekshiruvlar natijasida aniqlangan qarshi ko'rsatmalarga va antibiotiklarga nisbatan sezgirlikni aniqlash tahlili natijalariga bog'liq;

- aminopenitsillinlar piyelonefritni empirik davolash uchun muntazam ravishda qo'llash tavsiya etilmaydi, chunki *E. coli*ning ularga nisbatan sezuvchanligi ortishi mumkin. Biroq, ular alohida holatlarda qo'llanilishi mumkin;
- urosepsis belgilari rivojlanganda kengaytirilgan spektrli beta-laktamazalarni ishlab chiqaradigan bakteriyalarga qarshi faol preparatlarni empirik ravishda buyurish tavsiya etiladi, vaziyat yaxshi tomonga o'zgarganidan so'ng, bemorlar suv ichishlari mumkin bo'lsa, ularni og'iz orqali qabul qilinadigan preparatlarga o'tkazish mumkin;
- asoratlanmagan piyelonefritni davolash uchun nitrofurantoin, fosfomitsin va penitsillin qatori preparatlarini qo'llash mumkin;
- antibiotik terapiyasining umumiy davomiyligi 7-10 kun. Terapiya tugagandan so'ng siydik ekmasi tekshiruvi majburiy hisoblanmaydi.
- Perkutan nefrostomiya yoki siydik chiqarish kateterini joylashtirish 3 kun davomida isitma kuzatilganida va yuqori siydik yo'llarining kengayish belgilari mavjud bo'lganda tavsiya qilinadi.
- Takroriy asoratlanmagan piyelonefrit holatlarida siydikni takroriy ekmasi tekshiruvi, antibakterial dorilarga sezuvchanlikka muvofiq antibiotik terapiyasining takroriy kursi buyuriladi. Agar qaytalanish bir xil uropatogen tufayli yuzaga kelsa, o'tkir piyelonefrit tashxisini qayta ko'rib chiqish kerak.

Murakkab SYI. Murakkab SYI mezonlari:

Murakkab siydik yo'llari infeksiyalariga turli xil mikroorganizmlar sabab bo'lishi mumkin. Ushbu spektr asoratlanmagan SYI lariga qaraganda ancha kengroq bo'lib, patogenlar antibiotiklarga chidamli bo'lish ehtimoli yuqori (ayniqsa, davolanish bilan bog'liq murakkab SYI bo'lsa). *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Serratia spp.* va *Enterococcus spp.* - murakkab SYI kuzatilgan bemorlarda aniqlanadigan eng keng tarqalgan patogenlar hisoblanadi.

Murakkab SYI har doim ham klinik alomatlar bilan namoyon bo'lmaydi (dizuriya, majburiy istak, tez-tez siyish, bel sohasidagi og'riq, kostovertebral burchak sohasining palpatsiyasida og'riq, qov usti sohasida og'riq va isitma), ammo ba'zi klinik holatlarda simptomlar atipik bo'lishi mumkin, masalan, siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasi yoki kateter bilan bog'liq siydik yo'li infeksiyalari (KASYI).

Murakkab SYI ning klinik ko'rinishi og'ir o'tkir pielonefritdan urosepsis rivojlanish xavfi bilan operatsiyadan keyingi KASYI qadar

o'zgarishi mumkin, bu asorat kateter olib tashlanganidan keyin o'z-o'zidan o'tib ketishi mumkin.

Shuni ham yodda tutish kerakki, simptomlar, ayniqsa siydik chiqarishning buzilishi alomatlari nafaqat SYI, balki boshqa urologik kasalliklar, masalan, orqa miya shikastlanishi va siydik pufagining neyrogen disfunktsiyasi bo'lgan bemorlarda avtonom disfunktsiya tufayli ham yuzaga kelishi mumkin. Urologik kasalliklarga qo'shimcha ravishda, murakkab SYI bo'lgan bemorlarda ko'pincha urologik kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi mumkin bo'lgan Diabetes mellitus va buyrak yetishmovchiligi kabi qo'shimcha kasalliklar mavjud bo'lishi mumkin.

Diagnostika:

Klinik ahamiyatga ega bo'lgan bakteriuriyani aniqlash yoki istisno qilish uchun, agar murakkab SYI shubha qilingan bo'lsa, flora va antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash uchun siydik ekmasi tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.

Mustaqil siyish paytida to'plangan siydikda bakteriuriya $\geq 10^3$ KOE/ml va undan yuqori miqdorda aniqlanganida murakkab SYI ning mikrobiologik tashxisini qo'yish mumkin.

Davolash:

Murakkab SYI bo'lgan barcha bemorlar kasalxonaga yotqizilishi zarur. Qo'shimcha urologik kasalliklarni yoki murakkablashtiruvchi omillarni yetarli darajada davolash (urologik kasalliklarni bartaraf etish) talab qilinadi. Murakkab SYI uchun antibiotik terapiya har doim siydik ekmasini tekshirish natijalari asosida amalga oshirilishi kerak (antibiotiklarga chidamli shtammlar paydo bo'lishining oldini olish uchun).

Empirik terapiyani boshlashda tanlangan antibiotikning faollik spektri ehtimoliy patogenlarga ta'sir ko'rsatishi lozimligini e'tiborga olish zarur. Homiladorlik paytida tavsiya etilishi mumkin bo'lgan dori vositalari - aminopenitsillinlar, 2 va 3 avlod sefalosporinlar, aminoglikozidlar hisoblanadi.

SSVO belgilari bo'lmagan murakkab SYI aniqlangan bemorlarga enteral qabul qilinishi mumkin bo'lgan antibiotik terapiyasini, tizimli zararlanish simptomlari mavjud bo'lganda - parenteral yo'l orqali yuboriladigan antibiotiklardan foydalanish tavsiya etiladi.

Murakkab SYI uchun davolanish davomiyligi odatda 7-14 kunni tashkil qiladi, ammo ba'zida 21 kungacha uzaytirilishi mumkin.

Kasalxonaga yotqizishni talab qiladigan murakkab SYI va tizimli simptomlar kuzatilgan bemorlarga mahalliy immunitetni hisobga olgan holda parenteral antibiotik terapiya tavsiya etiladi va siydik ekmasi natijalari olinganidan so'ng yuqori sezgirlik kuzatilgan antibiotikga almashtiriladi. Penitsillinga allergiya holatlarida uchinchi avlod sefalosporinlarini buyurish maqsadga muvofiq, anamnezida tizimli anafilaktik reaksiyalar holatlari bundan mustasno.

Keng spektrli beta-laktamazalar kombinatsiyasi tavsiya etilishi mumkin:

- amoksitsillin va aminoglikozidlar;
- ikkinchi avlod sefalosporin va aminoglikozid;
- tizimli namoyon bo'lgan murakkab SYI empirik davolash maqsadida uchinchi avlod sefalosporinlardan foydalanish mumkin.

Kateter bilan bog'liq siydik yo'llari infeksiyalari (KASYI).

KASYI kateter o'rnatilgan bemorlarda yoki 48 soat ichida kateterizatsiya qilingan bemorlarda yuzaga kelishi mumkin. KASYI ikkilamchi nozokomial bakteremiyaning asosiy sababidir, bu holatlarning taxminan 20% siydik yo'llari bilan bog'liq. Bunday bemorlarda o'lim darajasi taxminan 10% ni tashkil qiladi. Doimiy kateterlash bilan bog'liq holatlarda bakteriuriya paydo bo'lishi 3-8% ga yetadi. Kateterizatsiya davomiyligi, ehtimol, KASYI rivojlanishining eng muhim xavf omilidir.

KASYI ko'pincha polimikrobiale etiologiyaga ega va ko'pincha rezistent uropatogenlar sababli kelib chiqadi.

Klinik tashxislash.

- febril tana harorati,
- sovuqqotish, varaja,
- ruhiy holatning buzilishi,
- boshqa aniq sabablarsiz letargiya yoki bezovtalik,
- yon tomonda og'riq,
- kostovertebral burchak sohasida og'riq,
- o'tkir gematuriya,
- kichik chanoqda og'riqlar,

Kateter olib tashlangan bemorlarda:

- dizuriya,
- tez-tez siyish,
- bel sohasidagi og'riq.

Laborator tashxislash:

- Mikrobiologik jihatdan, KASYI kateterdan olingan bir siydik namunasida yoki oldingi 48 soat ichida kateter olib tashlangan bemorlarda siydikning o'rtacha qismida shtammlar kontsentratsiyasi $\geq 10^3$ KOE/ml aniqlanadi.

- Kateter o'rnatilgan bemorlarda piuriya KASYI tashxisini qo'yish uchun diagnostik mezon hisoblanmaydi.

- Piuriyaning majudligi yoki mavjud emasligi kateter bilan bog'liq simptomsiz bakteriuriya va KASYI ning differensial belgisi hisoblanmaydi.

- Homiladorlik mobaynida kateter bilan bog'liq simptomsiz bakteriuriya kuzatilganida – enteral antibiotik terapiyasini tavsiya etish mumkin.

- Klinik simptomlari kuzatilgan bemorlarda pyuriyaning aniqlanishi KASYI tashxisini istisno qiladi.

Davolash.

• ehtimoliy patogenlarning keng doirasi va antibiotiklarga chidamlilik yuzaga kelish ehtimoli yuqori bo'lganligi sababli, taxmin qilingan KASYI uchun antibiotik terapiyasini boshlashdan oldin, yangi kateter qo'yilib siydik ekmasi uchun namuna olish lozim

• simptomatik infeksiyalarga qarshi terapiya murakkab SYI uchun qilinadigan tavsiyalarga muvofiq amalga oshiriladi

• simptomlarni o'z vagtida yo'qotish uchun KASYI bilan og'rigan bemorlarda tavsiya etilgan terapiya davomiyligi 7 kun; kechki javob reaksiyasi bo'lgan bemorlarda, kateter necha kun qolishidan qat'iy nazar, 2 dan 14 kungacha

• doimiy kateterni har bir bemor uchun alohida belgilangan vaqt oralig'ida almashtirish lozim.

KASYI tashxisi mezonlari:

- mikrobiologik jihatdan KASYI kateterdan olingan bitta siydik namunasida yoki oldingi 48 soat ichida kateter olib tashlangan bemorlarda siydikning o'rta qismida shtammlarning konsentratsiyasi $\geq 10^3$ KOE/ml bo'lsa aniqlanadi.

- kateter qo'yilgan bemorlarda simptomlar kuzatilmasa, antibiotik terapiyasini boshlashdan oldin siydik ekmasini sterillikka tekshirish zarur, uretral kateter olib tashlangan bemorlarda siydik ekmasining sterilligini tekshirish uchun bajarish talab qilinadi.

Takroriy siydik yo'llari infeksiyalari.

Takroriy SYI – bu asoratlanmagan va/yoki murakkab SYI ning qaytalanishi, so'nggi 6 oy ichida kamida ikki yoki uch epizod kuzatilganda tashxislanadi. Takroriy SYI lariga pastki siydik yo'llari (sistit) va yuqori siydik yo'llari (piyelonefrit) natijasida rivojlanishi mumkin, piyelonefritning qayta rivojlanishi murakkab SYI istisno qilishni talab etadi. Takroriy SYI tashxisi ijobiy siydik ekmasi natijasi bilan tasdiqlanadi. Antibiotik terapiyasining takroriy kursi aniqlangan mikroorganizmlarning antibakterial dorilarga sezgirligini hisobga olgan holda tavsiya qilinadi. Davolash tugagandan so'ng siydik ekmasi tekshiruvini qayta o'tkazish talab etilmaydi.

Takroriy SYI bo'lgan ayollarda sistoskopiya va sistografiya tekshirish usullarini muntazam ravishda bajarish diagnostik qiymati pastligi sababli tavsiya etilmaydi, ammo ular atipik klinik ko'rinishda, masalan, buyrak toshlari, obstruksiya, interstitial sistit yoki o'tish hujayrali saraton kasalligiga shubha qilingan taqdirda amalga oshirilishi zarur.

Takroriy SYI larining profilaktikasi: xavf omillarini kamaytirish, antibakterial bo'lmagan va antibakterial profilaktika chora tadbirlarini o'z ichiga oladi. Profilaktika choralarining ushbu tartibiga rioya qilish, shuningdek har qanday urologik xavf omillarini aniqlash va bartaraf qilish uchun tavsiya etiladi.

Takroriy SYI larining mezonlari: uzoq muddatli past dozali antibakterial profilaktika va postkoital profilaktika SYI qaytalanish xavfini kamaytiradi. Kuchli takroriy SYI diagnostikasi uchun siydik ekmasi tekshiruvini o'tkazish lozim. Hayot tarzidagi o'zgarishlar samarasiz bo'lsa, kuchli takroriy SYI profilaktikasi uchun doimiy antibiotik terapiyasi yoki postkoital profilaktika o'tkazib borish tavsiya etiladi, ammo bemorlarni yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar haqida ogohlantirish zarur.

SYI bilan homiladorlikni to'tatish uchun ko'rsatmalar.

1. Quyidagi mezonlarga asoslangan progressiv buyrak yetishmovchiligi:

- kreatinin miqdori 265 $\mu\text{mol/l}$ dan yuqori (3 mg)

- glomerulyar filtratsiya 30 ml/min dan past

2. Gipertenziv asoratlarning yuzaga kelishi, ayniqsa og'ir turdagi gipertenziya yoki preeklampsiya.

NAZORAT UCHUN TEST SAVOLLARI

1. Antenatal parvarish va homilador ayolni xavfsiz tug'ruqqa tayyorlash uchun mas'ul bo'lgan asosiy mutaxassislar?

A. UASh, akusher-ginekolog, stomalog, otorinolaringolog

*B. Bosh vrach, UASh va tayinlangan akusher-ginekolog

C. Bosh varch, UASh va tayinlangan patronaj hamshira

D. Akusher-ginekolog, doya va pediatr

2. Antenatal parvarishning maqsadi:

A. shifikorning homilador ayolning davolanish yoki tug'ish uchun kasalxonaga yotqizilishi haqida ma'lumot olishini ta'minlash

B. tug'ruqdan keyingi davrda (tug'ruqdan keyin 40 kun o'tgach) ayolni kontrasepsiya bilan qanrash uchun QVP/poliklinika/ko'p tarmoqli poliklinikaga tashrif buyurishini ta'minlash

C. o'z hududidagi aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish, to'g'ri ovqatlanish, mikroelementlarni iste'mol qilish, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishning zarari haqida sanitariya-tushuntirish ishlarini olib borish

*D. ona va bola uchun homiladorlikning normal kechishini ta'minlash, tug'ruqqa samarali tayyorlanishni ta'minlash

3. ANP qaysi vazifalari hamshira va doya zimmasiga yuklatilgan?

*A. Homilador ayollarni ro'yxatga olish, poliklinikaga o'z vaqtida tashrif buyurishini ta'minlash

B. Homilador ayolni 12 haftagacha, 20-22, 38-40 haftalik muddatlarda uch marta tekshirish

C. Homiladorlikni olib borish va tug'ruqqa tayyorgarlik bo'yicha chora-tadbirlar rejasini ishlab chiqish

D. Homilador ayollarni OIV infeksiyasiga 100% tekshirilishini ta'minlash

4. Vazifalarning qaysi biri ANP bo'yicha UASh uchun mo'ljallangan?

A. Homilador ayollarni ro'yxatga olish, poliklinikaga o'z vaqtida tashrif buyurishini ta'minlash

B. Homilador ayolni 12 haftagacha, 20-22, 38-40 haftalik muddatlarda uch marta tekshirish

*C. Qo'shimcha somatik yoki akusherlik patologiyasi bo'lgan homiladorlarni tor mutaxassislar bilan birgalikda olib borish

D. Homiladorlikni olib borish va tug'ruqqa tayyorgarlik bo'yicha chora-tadbirlar rejasini ishlab chiqish

5. ANP bo'yicha akusher-ginekologning vazifalari:

A. Homilador ayollarni ro'yxatga olish, poliklinikaga o'z vaqtida tashrif buyurishini ta'minlash

B. Homilador ayollarni OIV infeksiyasiga 100% tekshirilishini ta'minlash

C. Qo'shimcha somatik yoki akusherlik patologiyasi bo'lgan homiladorlarni tor mutaxassislar bilan birgalikda olib borish

*D. Homiladorlikni olib borish va tug'ruqqa tayyorgarlik bo'yicha chora-tadbirlar rejasini ishlab chiqish

6. Antenatal parvarish qaysi muassasalarda amalga oshiriladi?

*A. QVP/poliklinika/tuman markaziy ko'p tarmoqli poliklinikasi

B. Tug'ruqxonada

C. Yuqumli kasalliklar shifoxonasi

D. Skrining markazi

7. Haqiqiy temir tanqisligi kamqonligi, qoida tariqasida, homiladorlikning qaysi davridan boshlab rivojlanadi?

A. 8 hafta

*B. 12 hafta

C. 20 hafta

D. 28 hafta

8. Quyidagi omillar temir tanqisligi kamqonligi rivojlanishiga sabab bo'ladi, bundan mustasno?

A. Noto'g'ri ovqatlanish tufayli temirning oziq-ovqat orqali iste'mol qilinishining kamayishi

B. Oshqozon-ichak traktining surunkali kasalliklari tufayli temir moddasi so'rilishining buzilishi

C. B12 vitamini yetishmovligi tufayli qizil qon tanachalari shakllanishining buzilishi

*D. Preeklampsiya

9. Homiladorlarda temir tanqisligi kamqonligining o'rta darajasida gemoglobin miqdori?

A. 100-80 g/l

*B. 109-70 g/l

C. 110-60 g/l

D. 120-100 g/l

10. Temir tanqisligi kamqonligining klinik simptomlari quyidagilar, bundan mustasno?

- A. Teri qoplamlari va shilliq pardalarining rangparligi
- B. Ta'm sezishning buzilishining (patofagiya) ma'lum hidlarga g'ayrioddiy moyillik (patosmiya)
- C. Soch va timoqlarning mo'rtligi
- *D. qusish, so'lak oqishi va toshmalar

11. Homilador ayollarda temir tanqisligi kamqonligi quyidagilar natijasida yuzaga keladi:

- *A. Ilgari mavjud bo'lgan yashirin temir tanqisligi
- B. ABO tizimi bo'yicha homila qoni bilan mos kelmasligi
- C. ABO tizimi bo'yicha turmush o'rtog'ining qoni bilan mos kelmasligi

D. Rh omil bo'yicha homila qoni bilan mos kelmasligi

12. Bir sutka davomida temir moddasi quyidagilardan ortiq so'rilmaydi:

- A. 0,5-1,0 mg
- *B. 2,0-2,5 mg
- C. 4,0-4,5 mg
- D. 10-12,5 mg

13. Temir moddasi asosan quyidagi shaklda so'riladi:

- *A. ferritin
- B. transferrin
- C. gem
- D. protoferrin

14. Surunkali temir tanqisligi kamqonligi bo'lgan homilador ayollar iste'mol qilishi zarur?

A. Tug'ruqdan oldin va butun emizikli davrda temir preparatlarini qabul qilmaslik

- *B. Ratsionga grechka, qizil baliq, anor, sabzi kiritish
- C. Tug'ruqdan oldin eritrositar massa quyish
- D. Homiladorlikni to'xtatish

15. Normal joylashgan yo'ldoshning vaqtidan oldin ko'chishining eng asosiy sabablari?

- *A. gipertenziv buzilishlar
- B. homiladorlik muddatidan o'tib ketishi
- C. muddatidan oldingi tug'ruq xavfi
- D. bachadon surunkali yallig'lanish kasalliklari

16. NJYBK bachadonni olib tashlashga ko'rsatmalar?

*A. Kyuveler bachadoni

B. Bachadon cho'zilishi

C. Bachadon qo'shimcha shoxining bo'lishi

D. Bachadonda niomatoz tugun bo'lishi

17. Yo'ldosh oldinda joylashishining klinik simptomlari:

*A. Turli jadallikda qon ketishi

B. Qorin pastida og'riq

C. Bachadon shaklining o'zgarishi

D. Qog'onoq suvlarining ketishi

18. NJYBK ning asoratlari

A. Kyuveler bachadonining vujudga kelishi

B. Homilaning antenatal nobud bo'lishi

C. DVS-sindrom rivojlanishi

*D. Barcha asoratlar

19. Yo'ldosh oldinda joylashishi yuzaga kelishining xavf omillariga kirmaydi

*A. Homila rivojlanishi anomaliyalari

B. Endomitriydagi distrofik jarayonlar

C. Endometriydagi yallig'lanish jarayonlari

D. Homila tuxumi proteolitik xusuiyatinih buzilishi

20. Yo'ldosh oldinda joylashishini tashxislashda e'tiborga olinishi lozim:

A. Klinik simptomlar

B. UTT natijalari

C. Akusherlik va ginekologik anamnezi

*D. Barcha keltirilganlar

21. Yo'ldosh oldinda joylashishiga shubha bo'lganda UASh o'tkazishi mumkin bo'lgan tekshirishlar?

*A. Anamnez yig'ish

B. Tashqi akusherlik tekshiruvi

C. Qin orqali tekshiruv

D. UTT

22. NJYBK da qorin palpatsiyasida aniqlanadigan belgilar?

*A. Lokal og'riq, qattiq assimetrik bachadon

B. Flyutuatsiya simptomi

C. Homilaning no'to'g'ri joylashishi

D. Og'riqli bachadon va yuqorig ko'tariluvchi infeksiya belgilari

23. Yo'ldosh oldinda joylashishida qon ketishiga xos bo'lgan belgilar:

- *A. to'satdan, og'riqsiz, takrorlanuvchi qon ketishi
- B. qorin pastida kuchli og'riq
- C. og'riq bilan ko'p miqdorda qon ketishi
- D. laxtali qon ketishi

24. NJYBKda informativ belgilar:

*A. Tashqi akusherlik tekshiruvi, UTT, homila yurak urishini baholash

- B. Akusherlik va ginekologik anamnezi
- C. Qon ivish tizimini tekshirish natijalari
- D. Qin orqali tekshiruv

25. NJYBK differentsiatsiya qilish lozim:

- *A. Yo'ldoshning oldinda joylashishi, bachadon yirtilishi
- B. Anamnezida bachadon bo'ynining chuqur yirtilishi
- C. III darajali anatomik tor chanoq, bachadon bo'yni yirtilishi
- D. Bachadonda yo'ldosh qoldiqlarining qolib ketishi, homila chanog'i bilan oldinda kelishi

26. Erta toksikozning keng tarqalgan shakllariga kiradi?

- A. Homiladorlar shishi, homiladorlik gipertenziyasi

*B. Ptializm, homiladorlar qusishi

- C. Dermatozlar, homiladorlik xoreasi

D. Homiladorlar qusishi, preeklampsiya

27. Atsetonuriya erta toksikozlarning qaysi turi uchun xarakterli hisoblanadi

- A. Preeklampsiya uchun

B. Gestatsion gipertenziya uchun

*C. Homiladorlar qusishi uchun

D. Homiladorlik dermatozi uchun

28. Homiladorlar qusish sindromi yengil darajasiga xos emas:

- A. kuniga 4-5 martagacha qusish

B. tana vaznining dastlabki vaznining 5% gacha kamayishi

C. atsetonuriyaning kuzatilmaslgi

*D. gipertenziya

29. Homiladorlarni erta toksikozi yengil darajasida ambulatory sharoitda davolash muolajalari:

*A. tez-tez ovqatlanish, ko'proq suyuqlik iste'mol qilish, zanjabil

B. fizioterapevtik muolajalar, infuzion terapiya

- C. homiladorlikni to'xtatish, zanjabil
D. ko'proq suyuqlik iste'mol qilish, ko'p miqdorda ovqatlanish
30. Erta toksikozlarning og'ir darajasida kuzatiladigan intoksikatsiya belgilari quyida sanab o'tilgan, bundan mustasno:
- A. Yurak urishi soni daqiqasiga 100-120 marta
B. Tana haroratining 38° C gacha ko'tarilishi
C. Siydikda atseton paydo bo'lishi
*D. Tana vazni yo'qotilishining kuzatilmashligi
31. Statsionarga gospitalizatsiya qilish uchun ko'rsatmalar quyidagilar, bundan mustasno:
- A. Ambulator sharoitda davolanishning samarasizligi
B. O'rta va og'ir darajadagi qusish sindromi
*C. Yengil darajadagi qusish sindromi va ptializm
D. Homiladorlar bronxial astmasi
32. Quyidagi patogenlarning qaysi biri O'RK chaqiruvchisi hisoblanadi?
- A. Gemofil tayoqchasi
*B. Koronavirus
C. Stafilokokk
D. Mikoplazma
33. Homiladorlarda o'tkir respirator kasalliklarni davolashda tavsiya etilishi mukmin bo'lgan preparatlar:
- *A. Parasetamol
B. Levomitsetin
C. Aspirin
D. Tetrasiklin
34. Pnevmoniya tashxisi bilan statsionar sharoitda davolanib chiqqan va homiladorlik saqlab qolinganda holatlarda kuzatuv nazorati:
- A. 1 oy davomida har 3 kunda bir marta ko'rikdan o'tish
*B. 10 kun davomida har 3 kunda 1 marta ko'rikdan o'tish
C. 10 hafta davomida har hafta ko'rikdan o'tish
D. kuzatuv nazorati olib borish talab qilinmaydi
35. Homiladorlarda o'tkir respirator infeksiyalarni davolashda antibiotik preparatlarni tavsiya qilish mumkinmi?
- A. qat'iyan man etiladi
B. mumkin, faqat ampitsillin
*C. mikroflora sezgirligini hisobga olgan holda mumkin
D. mumkin, faqat homiladorlikning III trimestrida

36. Pnevmoniyaning oldini olish maqsadida homilador ayollarga grippga qarshi qanday turdagi vaksina bilan emlash mumkin?

A. Tirik

*B. Inaktivatsiyalangan

C. O'lik

D. Immunoglobulin

37. Homiladorlikning qaysi trimestridan boshlab virus markaziy asab tizimi a'zolarini zararlashi mumkin?

A. Birinchi trimestrdan boshlab

*B. Ikkinchi trimestrdan boshlab

C. Uchinchi trimestrdan boshlab

D. Platsentar to'siq mavjudligi sababli MAT ni zararlamaydi

38. 137-buyruq asosida homilador ayollarga O'RVI uchun ambulator sharoitda qanday tekshiruvlarni o'tkazish mumkin?

*A. Umumiy qon tahlili: Hb, eritrotsitlar, rang ko'rsatkich, leykositoz, EChT; bilirubin, ALT, AST; ko'krak qafasi rentgenografiyasi

B. Umumiy qon tahlili (leykotsitoz), umumiy oqsil, bakteriologik balg'am ekmasi, homila ultratovush tekshiruvi, jigar UTT, ko'krak qafasi rentgenologik tekshiruvi

C. Ultratovush tekshiruvi, EKG, rentgenografiya

D. To'g'ri javob yo'q

39. Homiladorlikning I trimestrida embrion va homilaning bachadon ichi infeksiyasidan himoya qilishda yetakchi rol o'ynaydi:

A. Embrion va homila immuniteti

*B. Onaning mahalliy immuniteti (infeksiyaga qarshi himoyaning birinchi va asosiy yo'nalishi)

C. Ona tomonidan vitaminlar qabul qilish

D. Onaning umumiy immuniteti

40. Onadan homilaga o'tadigan patogen infeksiyalarning yuqish mexanizmi qanday nomlanadi?

A. havo-tomchi

B. jinsiy yo'l orqali

C. peroral

*D. vertical

41. Homiladorlikning qaysi bosqichlarida homila rivojlanishining to'xtashi, homila ichi infeksiyasi va anomaliyalar paydo bo'lishi xavfi ko'proq?

- A. Ikkinchi trimestrda
- B. Tug`ruqdan bir necha kun oldin
- *C. Homiladorlikning erta muddatlarida (birinchi trimestrda)
- D. Uchinchi trimestr boshida

42. Homila ichi infeksiyasi rivojlanishida infeksiyaning asosiy manbai?

- A. Yaqin qarindoshlar
- B. Uy hayvonlari
- *C. Homilador ayol
- D. Atrof-muhit

43. OIV bilan kasallangan homilador ayollar uchun qaysi haftadan boshlab ARVT terapiyasini buyurish mumkin?

- A. 5 haftadan boshlab
- *B. 14 haftadan boshlab
- C. 18 haftadan boshlab
- D. 24 haftadan boshlab

44. Homilador ayollarda piyelonefritning eng keng tarqalgan patogenlari?

- *A. E.coli, Proteus, Klebsiella, enterokokklar
- B. Mikrobia uyushmalar
- C. Yuqorida aytilganlarning barchasi
- D. Sanab o`tilganlarning hech biri

45. Homiladorlik piyelonefritida patogen infeksiyalar buyrakka, qoida tariqasida, qanday yo`l orqali kiradi?

- A. Limfogen, transplatsentar
- *B. Urinogen, retrograd
- C. Gematogen, transkutan
- D. Retrograd, transplatsentar

46. O`tkir piyelonefritni davolash uchun quyidagi antibiotiklarni qo`llash mumkin, bundan mustasno?

- A. Penitsillin
- B. Ampitsillin
- *C. Tetratsiklin
- D. Sefalosporinlar

47. Homiladorlikda simptomsiz bakteriuriya kuzatilganida quyidagilar o`tkazilishi lozim:

- A. Homiladorlikni to`xtatish
- *B. Homiladorlikni saqlab qolish va piyelonefrit kabi davolash

- C. Tashxisni tasdiqlash uchun retrograd piyelografiya o'tkazish
D. Homiladorlikni davolashsiz davom ettirish
48. Yagona buyrak bilan homiladorlikni to'xtatishga ko'rsatmalar?
A. Surunkali va o'tkir piyelonefrit
B. Sil kasalligi
*C. Buyrak funksiyasining buzilishi (konsentratsion va ekskretor)
D. Gipertenziya
49. Quyidagi laborator ma'lumotlar o'tkir glomerulonefrit tashxisini tasdiqlaydi, bundan mustasno?
A. Silindruriya
B. Mikrogematuriya
C. Albuminuriya
*D. Piuriya
50. Preeklampsiya rivojlanishida xavf omillari?
A. Ko'p homilalik, surunkali gipertenziya
B. Oldingi homiladorlikda gipertenziya
C. Homiladorlik qandli diabeti, yordamchi reproduktiv texnologiyalar
*D. Barcha javoblar tog'ri

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Национальный клинический протокол «Нормальная беременность», 2021
2. Национальный клинический протокол «Инфекции мочевыводящих путей во время беременности», 2021
3. Национальный клинический протокол «Тошнота и рвота беременных»
4. Национальный клинический протокол «Диагностика и лечение изосерологической несовместимости крови матери и плода», 2021
5. Национальный клинический протокол «Ведение и родоразрешение беременных с пневмонией», 2021
6. Национальный клинический протокол «Артериальная гипертензия во время беременности», 2021
7. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности в родах и послеродовом периоде. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушер-гинекологов», Москва, 2020
8. Brown M. A. et al. Hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis, and management recommendations for international practice //Hypertension. – 2018. – Т. 72. – №. 1. – С. 24-43.
9. Poon L. C. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on preeclampsia (PE): a pragmatic guide for first trimester screening and prevention //International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. – 2019. – Т. 145. – №. Suppl 1. – С. 1.
10. Jim B., Karumanchi S. A. Preeclampsia: pathogenesis, prevention, and long-term complications //Seminars in nephrology. – WB Saunders, 2017. – Т. 37. – №. 4. – С. 386-397.
11. Bollig K. J., Jackson D. L. Seizures in pregnancy //Obstetrics and Gynecology Clinics. – 2018. – Т. 45. – №. 2. – С. 349-367.
12. Birkhoelzer S., Belcher A., Peet H. Diagnostic dilemma: severe thrombotic microangiopathy in pregnancy //Journal of the Intensive Care Society. – 2017. – Т. 18. – №. 4. – С. 348-351.

13. Elayoubi J., Donthireddy K., Nemaakayala D. R. Microangiopathies in pregnancy //Case Reports. – 2018. – Т. 2018. – С. bcr-2017-221648.
14. Shavazi N. N. et al. Morphofunctional Structural Features of Placenta in Women with Late Preterm Birth //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 3820-3823.
15. Usmonkulova, S., Khurramova, I., Berdikulova, S., & Shavazi, N. N. (2023). Influence of the endomic zone on patients with autoimmune thyroiditis. *Центральноазиатский журнал образования и инноваций*, 2(1), 89-93.
16. Shavazi N. N. Current state of the problem amniotic fluid outflow in premature pregnancy //Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. – 2020. – №. 1. – С. 51-56.
17. Indiaminova G. N., Sattarova N. A. Perinatal outcomes in acute respiratory viral infection in pregnant women //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2024. – Т. 5. – №. 1. – С. 502-504.
18. Indiaminova G. N. et al. Changes in the “Mother-Placenta-Fetus” System in Pregnant Women with Respiratory Viral Infection //European journal of modern medicine and practice. – 2024. – Т. 4. – №. 2. – С. 153-155.
19. Indiaminova G. N., Agababyan L. R. Covid-19, pregnant and features of the state of hypercoagulability //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 9. – С.154-155.
20. Furkatovna A. M. et al. New Approaches to Rehabilitation After Ectopic Pregnancy //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 282-285.
21. Furkatovna A. M. et al. Risk Factors of Urogenital Disorders in Menopausal Women //European journal of modern medicine and practice. – 2024. – Т. 4. – №. 2. – С. 78-83.
22. Atayeva F. N. Features of methods of rehabilitation of patients with external genital endometriosis after surgical treatment //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
23. Makhmudova S. E., Agababyan L. R. Significance of prognostic markers in the development of preclampsia //International scientific review. – 2020. – №. LXX. – С. 84-88.

SHAVAZI N.N., INDIAMINOVA G.N.

ANTENATAL PARVARISH

O'quv qo'llanma

Guvohnoma raqami: G/000273-2024

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

**Bosishga 29.05.2024 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 10
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasida. 6,28 bosma taboq.**

Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 188/2024

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com

