НАЖМУТДИНОВА Д.К., ЮЛДАШЕВА Д.Ю.,
КАЮМОВА Д.Т., ШОДИЕВА Х.Т., САДИКОВА Д.Р.

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ ИННОВАЦИОН АМАЛИЁТЛАР

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Тошкент
2020

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ ИННОВАЦИОН АМАЛИЁТЛАР

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Ташкент — 2020

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ ИННОВАЦИОН АМАЛИЁТЛАР

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

(ТАРЖИМА НАШР)

Ташкент — 2020

УДК: 618.2

Д.К.Нажмутдинова, Д.Ю.Юлдашева, Д.Т.Каюмова, Х.Т.Шодиева, Д.Р.Садикова// «АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ ИННОВАЦИОН АМАЛИЁТЛАР»: Учебное пособие/ редакционно-издательский отдел ТМА– Ташкент: 2020г.- *366с.*

ТУЗУВЧИЛАР:

Д.К.Нажмутдинова	– ТТА 2-сон аушерлик ва гинекология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
Ж.Е. Пахомова	— Тошкент шахар 6 - туғруқ комплекси бош шифокори т.ф.д., профессор.
А.Б.Сапаров	– «РИАГИАТМ» АЖ акушер-гинеколог шифокори, т.ф.н.
Т.Ф.Абдураимов	– «РИАГИАТМ» АЖ акушер-гинеколог шифокори, к.и.х.

ТАРЖИМА НАШРИНИНГ ТУЗУВЧИ ГУРУҲИ

Д.Ю.Юлдашева	— ТТА 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.д.
Д.Т.Каюмова	— ТТА 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.н.
Д.Р.Садикова	— ТТА 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси доценти, т.ф.н
Х.Т.Шодиева	— ТТА 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси катта ўқитувчиси, т.ф.н.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Ш.А.Зуфарова	– Республика аҳолиси репродуктив саломатлиги маркази директори, т.ф.д., доцент.
Н.М.Магзумова	– ТТА 2-сон акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, т.ф.д

Ўзбекистон Республикаси Соғликни сақлаш вазирлиги тиббиётни ривожлантириш Маркази, Тошкент тиббиёт академияси томонидан олий ўқув юртлари бакалавриатура ва магистратура талабалари учун ўқув қўлланма сифатида тавсия этилади.

Ўқув қўлланма профессор Нажмутдинова Д.К. ва ҳаммуллифлари редакцияси остида раҳбарлик асосида «Акушерлик ва гинекологиядаги инновацион амалиётлар» Erasmus+дастурининг ModeHEd (MODERNIZING HEALTH EDUCATIONIN UNIVERSITIES / MODEHED - 561857-EPP-1-2015-1-DE-EPPKA2-CBHE-JP) лойиҳаси кўмагида Прагада Карлов Университети, Словакиянинг Кошицадаги Павел Жозеф Сафарик Университети тиббий факультети акушерлик ва гинекология кафедраси ҳамкорлари иштирокида ҳамда грант қабул қилувчи – амалий фанлар Лейпциг Университетининг техник ҳамкорлигида тузилган ва таржима қилинган.

МУНДАРИЖА

СЎЗБОШИ *4*

Ташаккурнома *6*

Қисқартмалар рўйхати *7*

ОНАЛАР ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛАНИШ *10*

ОНАЛАР ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛАНИШ ҲАМДА ЎЛИМ ҲОЛАТИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ *36*

ИНФЕКЦИЯЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА ИЛҒОР АМАЛИЁТЛАР *55*

ҲОМИЛАДОРЛИКДА АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ *75*

ҲОМИЛАДОРЛИКДА КЎП КУЗАТИЛАДИГАН МУАММОЛАР ВА ШИКОЯТЛАР *98*

ҲОМИЛАДОРЛАРНИНГ АЛОҲИДА ЭҲТИЁЖЛАРИ *140*

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ВА ТУҒРУҚ ЖАРАЁНИДА ҲОМИЛА ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ *189*

БЕХАВФ ТУҒРУҚЛАР. ТУҒРУҚНИНГ БИРИНЧИ, ИККИНЧИ ВА УЧИНЧИ ДАВРИ: ПАРВАРИШЛАШ ВА БАҲОЛАШ АСОСЛАРИ *224*

ПАРТОГРАММА *269*

ТУҒРУҚЛАРНИНГ ҚОНИҚАРСИЗ РИВОЖЛАНИШИ. ТУҒРУҚ ФАОЛИЯТИНИНГ СУСТЛИГИ. ЧАНОҚ-БОШ ДИСПРОПОРЦИЯСИ... *293*

БОШ ОҒРИҚЛАРИ, КЎРИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ БУЗИЛИШИ, ТИРИШИШЛАР, ҲУШДАН КЕТИШ ВА АРТЕРИАЛ БОСИМНИНГ ОШИШИ *311*

СЎЗБОШИ

2001 йилда Бирлашган Миллатлар Ташкилоти томонидан «Мингйиллик ривожланиш мақсадлари» ратификация қилингач, Ўзбекистон Республикаси шароитида ратификация қилинган ҳужжатнинг барча моддаларини амалга ошириш борасида, айниқса, 4, 5 ва 6-моддалар бўйича жуда катта ишлар амалга оширилди. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра қуйидаги фактлар кўрсатмали намуналар бўлишга хизмат қила олади: мамлакатимизда 1990 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда оналар (100 000 туғруқда 60 тадан 36 тага), шунингдек, болалар ўлими кўрсаткичлари (1000 та туғилишда 71 тадан 43 тага) барқарор камайиши кузатилмоқда. Айниқса, аёлларга тиббий хизмат кўрсатилишининг тубдан яхшиланганлигини алоҳида таъкидлаш лозим. Оналар ва чақалоқлар репродуктив саломатлиги борасида эришилган ютуқлар соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш ҳамда илғортизимига кенг татбиқ этишга йўналтирилган режали, фаол олиб борилган ишларнинг бевосита натижаси ҳисобланади ва бу давлат даражасида таъминланади (Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2009 йил 1 июлдаги ПҚ–1144, 2009 йил 13 апрелдаги ПҚ–1096). Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлигининг қонун чиқариш акти бунинг ёркин мисоли бўла олади. Унинг асосий мақсади тиббиёт ходимларининг Республика илмий-амалий ихтисослаш-тирилган тиббий марказларда диплом олгандан кейинги узлуксиз таълим олиш имконияти ва самарадорлигини узайтириш ҳисобланади (2016 йил 26 мартдаги 140-сон «Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш тизимида ислоҳотларни янада чуқурлаштириш чоралари тўғрисида»ги қарори).

Ушбу фармонга мувофиқ Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий марказида қайта очилган «Симуляция маркази» шароитида «Акушерлик ва гинекологиядаги илғор амалиётлар» номи остида машғулотлар мажмуи ташкил этилган эди. Ушбу машғулотлар мажмуини ташкил этишда она ва бола соғлиғи соҳасида жаҳондаги мавжуд энг замонавий дунёвий ғоялар, тавсиялар, амалиётлар маҳаллий шароитларга мослаштирилган ва қайта ишланганди. Тақдим этилган маълумотлар ишончли ва долзарб ҳисобланган ўқув

қўлланманинг яратилиши ушбу ишнинг мантиқий якуни бўлди. Шунингдек, қайд этиш керакки, биз томонимиздан яратилган ўқув қўлланма 26 та тематик машғулотларни ўз ичига қамраб олади ва бу бизнинг фикримизча, ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология соҳасида таълим олаётган магистрлар ҳамда юқори курс талабалари учун энг керакли китоб сифатида қаралиши мумкин.

Катта ишонч билан айтишимиз мумкинки, даллилларга далилларга асосланган тиббиётнинг энг замонавий маълумотларига таянган акушерлик ва гинекология соҳасида илғор дунё амалиётини кенг татбиқ этиш Ўзбекистон Республикаси шароитида оналик ва болалаик соҳасида соғлиқни сақлаш ҳолатини юқори даражада яхшилаш имконини беради.

Ташаккурнома

Муаллифлар жамоаси ушбу ўқув қўлланмани яратиш ва нашр этиш кўрсатган ҳар томонлама ёрдами, ҳамкорлиги ва фойдали маслаҳатлари учун Ўзбектистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига, Халқаро ҳамкорлик бўйича Япония агентлиги (Japan International Cooperation Agency) ҳамда шахсан агентлик бошлиғи жаноб Katsutoshi Fushimiга, шунингдек, Ўрта Осиё ва Кавказ бўйича дастурларни мувофиқлаштирувчи жаноб Қурбонов Фарҳодга; Ўзбекистон Республикаси Тиббий таълим-ни ривожлантириш маркази ва ушбу ташкилот раҳбари М.Х.Алимова хонимга чексиз ташаккур изҳор этади.

Муаллифлар жамоаси, шунингдек, ушбу ўқув қўлланмани яратишдаги аниқ маслаҳатлари ва устозлиги учун т.ф.н. Саруханова Анаит Анашувановнага чуқур миннатдорчилик билдиради.

Пировардида барча муаллифлар жамоаси уларга кўрсатилган ҳар томонлама ғамхўрлик ва қўллаб-қувватлашлар учун ўз оила аъзоларига раҳмат айтади.

Қисқартмалар рўйхати

FIO_2 (fraction of inspired oxygen) – нафас олинувчи ҳаводаги кислород фракцияси
CIN – бачадон бўғзининг интраэпителиал неоплазияси
CPAP – нафас олиш йўлларидаги узлуксиз ижобий босим
MRSA (Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus) – тилларанг стафилококкнинг метициллин-резистент штаммлари
$PaCO_2$ – артериал қондаги карбонад ангидрид газининг парциал босими
PaO2 – артериал қондаги кислороднинг парциал босими
Ps – пульс
SaO_2 – артериал қоннинг кислород билан сатурацияси (гемоглобиннинг тўйинганлиги)
SpO_2 – периферик қоннинг кислород билан сатурацияси (гемоглобиннинг тўйинганлиги)
SvO_2 – вена қонининг кислород билан сатурацияси (гемоглобиннинг тўйинганлиги)
Ve – дақиқалик нафас чиқариш ҳажми
АБТ– антибактериал терапия
АД – артериал босим
АДФ – аденозин дифосфат
ТАД – ташқи автоматик дефибрилятор
АПТВ (АЧТВ) – активлаштирилган парциал (қисман) тромбин вақти
БТ – баллонли тампонада
ҚИҚК – қорин ичи қон кетиши
ЖССТ – Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ОПВ – одам папилломаси вируси
ВТЭА – венозли тромбоэмболик асоратлар
ВЭ – вакуум-экстракция (ҳомила)
ЙЯК – йирингли-яллиғланишли касалликлар
ГЭК – гидроксиэтилланган крахмал
ДТИҚИ – диссеминирланган томир ичи қон ивиши
ҚПТЙ – қоғаноқ парданинг туғруққача йиртилиши
ҚТ – қоринча тахикардияси
ЎСВ – ўпканинг сунъий вентиляцияси

СЧЙИ – сийдик чиқариш йўллари инфекцияси
ЖЙОЮИ – жинсий йўллар орқали юқтувчи инфекция
ИФТ– иммунофермент таҳлил
КҲҚБ – колония ҳосил қилувчи бирликлар
КК – кесарча кесиш
ИЛИ – интоксикациянинг лейкоцитли индекси
МВА – мануал вакуум-аспирация
СЧЙ – сийдик чиқариш йўллари
МКБ 10 – касалликларни 10-кўришнинг халқаро классификатори
ХММ – халқаро меъёрлаштирилган муносабатлар
ОЎ – оналар ўлими
ЎИСВ – ўпкаларнинг инвазивсиз сунъий вентиляцияси
ПМГ – паст молекуляр гепарин
ЮБМ – юракнинг бевосита массажи
ЯҚСП – яллиғланишга қарши ностероид дори воситасилар
ФГ – фракцияланмаган гепарин
НЭК – некротик энтероколит
ҚАТ – қон айланишининг тўхташи
БМТ – Бирлашган Миллатлар Ташкилоти
ҲПБ – ҳомиладорлар патологияси бўлими
ЎБЕ – ўткир буйрак етишмовчилиги
ИТРБ – интенсив терапия ва реанимация бўлими
ҚАҲ – қоннинг айланиш ҳажми
ПВ – протромбин вақт
ҚПТМИЙ – қоғаноқ пардаларининг туғруққача муддатидан илгари йиртилиши
ФДМ – фибрин деградацияси маҳсулотлари
НЖЙБК – нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
МОТ – муддатидан олдинги туғруқ
ҚПМОЙ – қоғаноқ пардаларининг муддатидан олдин йиртилиши
ПТВ – протромбин вақти
ПТИ – протромбин индекси
ПЗР – полимераз занжирли реакция
ТКЭ – чиллаэндометрит
РДС – респиратор дистресс-синдром
РНИ – рандомизацияланган назоратли изланишлар
ЎАБ – ўртача артериал босим

ЮҚҲ – юракнинг қон ҳайдаши
ЯМП – янги музлатилган плазма
ЮЎР – юрак-ўпка реанимацияси
ЮЎЦР – юрак-ўпка ва церебрал реанимация
БЧА – бачадоннинг чапга силжиши
ПОЕС – полиорган етишмовчилик синдроми
ТЯЖС (SIRS) – тизимли яллиғланиш жавоб синдроми
ТТГ – томирли-тромбоцитар гемостаз
ЧВТ – чуқур веналар тромбози
ЧБД – чаноқ-бош диспропорция
ТЭГ – тромбоэластография
ЎАТЭ – ўпка артериясининг тромбоэмболияси
УТТ – ультратовушли текшириш
ҚФ – қоринчалар фибрилляцияси
ХГ – хорион гонадотропини
ЎСБК – ўпканинг сурункали обструктив касаллиги
СБЕ – сурункали буйрак етишмовчилиги
МВБ – марказий вена босими
МНТ – марказий асаб тизими
НОС – нафас олиш сони
ЮҚЧ – юрак қисқаришлари сони
ПЭФ – пульссиз электрик фаоллик
ЭКГ – электрокардиография
ЭМД – электромеханик диссоциация
ҚСБЭ – қоғаноқ сувлари билан эмболия
ЭЭГ – электроэнцефалография

ОНАЛАР ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛАНИШ

Асосланувчи тиббиётни синчиклаб текширишдан олдин биз қуйидаги саволларга жавоб беришимиз керак бўлади:

- Ўз амалиётимизда клиник қарорларни қандай қабул қиламиз?
- Клиник қарорлар қабул қилишда биз қандай исботларга асосланамиз?
- Биз томонимиздан қабул қилинаётган қарорнинг тўғрилигини тасдиқлаш учун зарур бўлган исботларни қандай қилиб ва қайси манбалардан қўлга киритамиз?
- Натижалари кундалик амалиётимизда зарур бўладиган тадқиқотларни қаердан топиш мумкинлигини биз биламизми?
- Клиник қарорлар қабул қилишда биз беморлар хоҳиши ва истагини қай даражада ҳисобга оламиз?
- Ўз ҳамксабларимиз билан жаҳоннинг илғор амалиётидан фойдаланиш муаммоларини муҳокама қиламизми?
- Ва ниҳоят, ўзимизни кундалик амалиётда энг самарали усуллардан фойдаланяпмиз деб ҳисоблай оламизми?

Тиббиётга асосли ёндашув зарурати ҳақидаги саволлар туғилишидан олдинроқ Гарвард тиббиёт мактаби декани Сюзан Харвард Барвелл (Susan Harward Barwell) томонидан 1956 йилдаёқ айтилган ғоятда ҳикматли гаплар эътиборга лойиқ: «Қачонки мен талабаларимга ҳозир сизга ўргатилаёт-ганларнинг ярми 10 йилдан кейин хато деб топилади, фақат муаммо шундаки, қайси ярми эканлигини ҳеч ким билмайди, десам, менинг талабаларим умидсизликка тушади». Албатта, ушбу мулоҳаза мавжуд реалликни қисман акс эттиради холос. Бироқ шу билан бирга қайд этиш керакки, тиббиётнинг замонавий даврида ўз ўрнига эга бўлган фан ва техниканинг шиддат билан ривожланиши мавжуд касалликларни ташхислаш, олдини олиш ва даволаш алгоритмлари аҳамиятини танқидий кўриб чиқиш заруратининг фарази ҳисобланади. Афсуски, ушбу клиник амалиётни қайта баҳолаш кундалик амалиётда жойларда даврий амалга оширилмайди, кўпинча эса умуман олиб борилмайди. Таъкидлаш керакки, ушбу муаммо ҳеч қандай истисноларсиз бутун дунё учун долзарб ҳисобланади. Ва юқорида санаб

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ўтилганларни тасдиқлаш учун 1976 йил Нью-Йоркда бўлиб ўтган қуйидаги диалогни келти-риш жуда ўринли бўлади: Нью-Йоркдаги тиббий хизмат кўрсатиш Рокфеллер Фондининг директори собиқ ўрин-босари доктор Керр Уайт (Kerr White) аудиториядагиларга мавжуд исботларга мувофиқ атиги 15–20% шифокорлар аралашуви зарардан кўра фойда келтириши ҳақида айтганда, унинг гапини кимнингдир: «Керри, сен ўтакетган ёлғончисан! Улар 10% дан ошмаслигини сен жуда яхши биласан!» – деган қичқириғи бўлди. Бу ўз революцион ишлари «Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services» («Самарадорлик ва самарадорлик коэфициенти: соғлиқни сақлаш тизимидаги тасодифий хатолар»)да соғлиқни сақлаш тизими самарадорлигини ошириш учун рандомизацияланган назорат қилина-диган текширишларни олиб бориш истиқболини кўрсатган таниқли шотланд эпидемиологи ва далилларга асосланган тиббиёт пионери Арчи Кохрэйн (Dr. Archie Cochrane) эди. Охир-оқибат унинг иши 1993 йилда асосий фаолияти дунё бўйича тиббий маълумотларни тизимлаштириш бўлган ҳамда бугунги кунда 37000 нафар кўнгиллиларни жалб этган ҳолда дунё бўйича 14 та Кохрэйн марказлари фаолият юритаётган халқаро нотижорат ташкилот – Кохрейн ҳамкорлик ташкилоти (Cochrane colla-boration) тузилишига асос бўлди.

Фикримни давом эттириб асосли тиббиёт пайдо бўлиши ва ривожланиши билан боғлиқ қатор мисолларни тақдим этишни истадим. Чақалоқларда доимий кислород ингаляциясидан фойда-ланишда, уларга интенсив терапия бўлимларида реанимацион чораларни кўрсатишда 1942 йилдан 1954 йилгача бўлган 12 йиллик кузатув даврида дунё бўйича 10000 дан ортиқ чақалоқлар кўр бўлиб қолишди. Бу гарчи шу билан бирга чақалоқлар яшовчанлиги бирмунча яхшиланган бўлса-да, кислородли терапиянинг тўғридан-тўғри оқибатлари эди. Алоҳида таъкидлаш керакки, ушбу методология клиник амалиётга татбиқ этилгунга қадар унинг бехавфлиги ва самарадорлигини баҳоловчи тадқиқот-лар амалга оширилганда эди, бундай талафотлардан огоҳланти-риш мумкин бўлар эди.

1-жадвал. Чақалоқларга реанимацион чораларни кўрса-тишда кислородни қўллаш бехавфлиги ва самарадорлигини баҳоловчи текширишлар хронологияси

- 1900 йил – цианоз хуружлари бўлган чала туғилган болаларда кислороддан фойдаланиш Budin томонидан тавсия этилди;
- 1923 йил – Bakwin кислороднинг тайинланиши нафақат цианозни камайтиради, балки, шунингдек, унинг навбатдаги эпизодлари пайдо бўлишининг ҳам олдини олишини ҳам пайқади;
- 1940 йил – ретролентал фиброплазия ёки ретинопатия тавсифлаб берилди;
- 1942 йил – Wilson70% ли кислород билан нафас олиш чала туғилган чақалоқлар нафас олишини меъёрлаштириши ҳақида хабар берди;
- 1950 йил – ретролентал фиброплазия ёки ретинопатия болалар кўрлигининг асосий сабаби деб тан олинди;
- 1951 йил – назоратсиз кислородли терапия ва болалар кўрлиги орасидаги боғлиқликка шубҳа бўлди;
- 1953 йил – дунё бўйича 10000 атрофидаги ҳолатда ретролентал фиброплазия қайд этилди, ва ниҳоят, 8 та Америка касалхоналарида туғилишда тана вазни 1500 г дан кам бўлган чақалоқларда ундан фойдаланишни чеклаш билан қиёсий ҳолда кислороддан либерал фойдаланиш бўйича қатор рандомизацияланган назорат қилинадиган текширишларни олиб борилди.

1956 йилдан 1962 йилгача бўлган даврда ҳомиладор аёллар томонидан седатив уйқу чақирувчи талидомиднинг қўлланилиши натижасида дунёнинг қатор мамлакатларида турли ҳисоб-китобларга кўра 8000 дан 12000 нафаргача болалар туғма нуқсонлар билан туғилди (амелия, фокомелия (1-расм), қулоқ чаноқларининг йўқлиги, кўз, мимик мускулларидаги нуқсонлар ва шу кабилар). Талидомидли фожиа дунёнинг кўплаб мамлакатларини мавжуд дори воситаларини лицензиялаш амалиётини қайта кўриб чиқиш, бозорга киритишдан олдин клиник синовларни олиб бориш талабларига қаттиққўлликни оширишга мажбур қилди.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1-расм. Ҳомиладорлик даврида Талидомид қабул қилган оналарда ҳомиланинг туғма нуқсонлар билан ривожланиши.

Талидомиддан фойдаланишда олинган сабоқларга қарамасдан айнан ўхшаш тарих, фақат диэтилстильбэстрол (ДЭС) мисолида яна қайталанди. 1940 йилдан 1971 йилгача бўлган даврда ҳомиланинг тушиш хавфи белгилари бўлган аёлларга ДЭС буюрила бошланди. 1971 йилга келиб эса ҳомиладорлик даврида ДЭС қабул қилиш қизларда қин ёрқин ҳужайрали аденокарциномаси, етуклик ёшида сут безлари саратони, жинсий аъзолар ички аномалиялари ривожланиши хавфининг 40 марта ошишига олиб келиши аниқланди.

Ўтмишдаги муаммолардан жорий саволларга ўтамиз. Мавжуд эпидемиологик текширишлар шуни кўрсатадики, аёлларда ҳомиланинг тушиш хавфини замонавий даволаш самарадорлиги тартиби 85–90% ни ташкил этади. Ушбу натижаларни ҳисобга олган ҳолда бугунги кунда мавжуд ҳомиланинг тушиш хавфини даволаш ғоятда самарали ва шунинг учун шифокорлар унинг заруриятига ҳатто шубҳа ҳам қилишмаётгандек таассурот пайдо бўлади. Бироқ, келинг, ушбу муаммога бошқа томондан назар ташлаймиз: ҳомила тушиш хавфини умуман даволамаса, ҳомиладорлик билан нима бўлади? Сўнгги натижа қандай бўлади? Ҳомиладорликнинг неча фоизи тўхтайди? Албатта, бундай саволларга жавоб бериш ва даволаш самарадорлигини аниқлаш фақатгина даволанган гуруҳдаги ҳомиладорлик-ларнинг тўхташ сонини даволаниш олиб борилмаганлар билан қиёслаб ўрганишнинг клиник тажрибалар йўли билан аниқлаш мумкин. Бугунги кунда мавжуд адабиётларда мана шундай натижалар баён этилган:

ҳомиланинг тушиш хавфи даволанмаса, унда сақлаб қолинган ҳомиладорликлар сони тартиби 80–95% ни ташкил этади. Ўринли савол туғилади: ҳомила аъзолари ва тўқималари ривожланаётганда ҳомила-дорликни сақлаб қолиш учун дори воситаларининг қабул қилиниши қанчалик асослаб берилган? Юқорида келтирилган таҳлиллардан аниқ бўладики, тиббий ходимлар ўз амалий фаолиятида шубҳасиз тўғри ҳамда ишончли маълумотларга муҳтож. Тиббий ходимлар ўзларининг кундалик фаолиятларида турли кўринишлардаги маъ-лумотларга муҳтож бўлиши мумкин. Масалан, талабалар ва/ёки клиник ординаторлар ва/ёки магистрлар кўпинча касалликнинг сабаблари, патогенези, физиологик хусусиятлари ва шу каби асосли тавсифга эга маълумотларга эҳтиёж сезади. Асосли маълумотлар нисбатан барқарор ҳамда анатомия, физиология, патогенез, этиология соҳаларига алоқадор бўлади. Уни дарсликлардан, маълумотлардан ва бошқа манбалардан олиш мумкин. Малакасини ошираётган шифокорларга тегишли бўлган ҳолларда эса улар кўпинча бевосита клиник вазиятни аниқлашга дахлдор бўлган аниқ клиник саволларнинг жавобини топишга эҳтиёж сезади. Масалан, 3-даражали семириш ва 4-даражали юрак-қон томир асоратлари ривожланиш хавфи бўлган 78 ёшдаги беморда тухумдонлар ретенцион кистасининг даволаш тактикаси қандай бўлади ва шу каби саволнинг оптимал амалий жавобини айнан асосли тиббиёт кўрсатиши мумкин бўлган ҳолатлар.

Қайд этиш керакки, муваффақиятли шифокорлар клиник масалалар ечимини топишда ўз амалиётида индивидуал клиник тажрибадан ҳам, мавжуд энг яхши исботлардан ҳам фойдаланишади. Клиник тажриба шифокорга кўпинча даволашнинг мос тактикасини танлашда ёрдам беради. Бунда тиббий ходимнинг профессионал мулоҳазалари билим ва кўникмалар, клиник тажрибалар ҳажми, ички ҳиссиётларга кўра йиғилиб боради ҳамда клиник тажриба (ички исбот) деб номланувчи касбий сифатлар мажмуини ташкил этади. Бироқ «ички исботлар» исботларга асосланган, бошқа ташқи исботлардан олинган тузатишларга эҳтиёж сезади. Агар ташқи исботлар татбиқ этилмаса, унда клиник тажриба эскиради. Бироқ кўпинча кўп вазиятларда у ёки бу ҳолатларни даволашда фақат

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

клиник тадқиқотларнинг барча ҳолатларида текшириб кўрилмаган индивидуал/гуруҳ тажриба-сига асосланилади, бу эса ҳамиша ҳам кутилган натижани бермайди. Бундан клиник тажрибанинг нафақат самарасиз, балки ҳалокатли бўлишини ҳам кўриш мумкин. Хулосаларни чиқаришдан олдин шуни айтиш керакки, клиник тажриба ёки илғор исботларнинг бўлиши ўз-ўзидан оптимал натижани қўлга киритишда етарли ҳисобланмайди. Масалан, ҳатто мавжуд энг сара исботлар ҳам клиник ҳолат/беморга тўғри келмаслиги ёки қўллаш мумкин бўлмаслиги мумкин. Ёки аксинча, замонавий исботларсиз мавжуд амалиёт тезда эскириши ва беморга зарар етказиши мумкин (2-жадвал).

2-жадвал. Қўллашдан фойда кўриш исботланмаган акушерлик ва гинекологияда кенг тарқалган амалиётлар

- стационарда оналарни келиб кўришга тақиқ/чеклаш;
- Рахманов каравотларидан фойдаланиш;
- туғруқ жараёнида озиқ-овқат ва суюқликларни қабул қилишнинг чекланиши;
- туғруқдан олдин доимий хўкнани қўллаш;
- қов ва чотни доимий қириш;
- туғруқдан кейин сийдик пуфагини доимий катетерлаш;
- чақалоқ туғилгандан кейин қорин пастига муз қўйиш;
- туғиш йўлларини доимий кўрикдан ўтказиш;
- қинга антисептиклар билан ишлов бериш;
- туғруқдан кейин она ва болани дарҳол ажратиш.

Шундай қилиб, тиббий амалиётда у ёки бу профилактик, диагностик, шунингдек, даволаш чораларини қўллаш бўйича ёндашув уларнинг самарадорлиги ва бехавфлигини кўрсатувчи мавжуд илғор амалиётлар асосида қўлланилиши исботланган тиббиёт ҳисобланади. Бошқача айтганда, исботланиладиган клиник тажриба бу – қарор қабул қилишга ёндашув, яъни бемор билан муҳокамада клиницистнинг исботларга асосланган энг сара амалиётдан фойдаланиши. Шу билан бирга қайд этиш керакки, шифокор томонидан қабул қилинган қарор ушбу беморга энг оптимал мос келиши ва аниқ клиник вазиятда

қўлланила олиши керак. Алоҳида таъкидлаш керакки, далилларга асосланган тиббиёт принципларини бажариш соғлиқни сақлаш ходимидан нафақат ўқиш ва зарур клиник материалларни ўрганишни, шу билан бирга олинган билимларни кундалик амалиётга ҳар томонлама татбиқ этишни ҳам талаб этади.

Далилларга асосланган тиббиёт шакллана бошланишида клиник тадқиқотлар фақт дори-дармонлар самарадорлигини аниқлаш билан шуғулланган (2-расм). Айни пайтда 1971 йилда эпидемиолог Арчи Кохрайн замонавий тиббиётда исботлар етишмаслиги ва шунинг учун шу пайтгача мавжуд амалиётлар аслида зарарли бўлиши мумкинлигини билдиргунга қадар ташхислаш усуллари ва аралашувлар самарадорлиги ҳамда сифатини баҳоловчи тадқиқотлар йўқ эди. Айтилганларни қўллаб-қувватлаш мақсадида 1974 йилда олиб борилган таҳлилий тадқиқотлардан бири дарсликлар ва ўқув қўлланмаларидаги тиббий билимларнинг тизимлаштирилмаганлигини кўрсатди. Кейинчалик ўтган асрнинг 80-йиллари ҳамда 90-йиллар бошида далилларга асосланган тиббиёт вектори маълумотлар шарҳини тизимли олиб бориш қоидаларини аниқлаш ҳамда клиник қўлланмалар ишлаб чиқиш томонга йўналтирилди. Бунда шуни таъкидлаш керакки, умуман, клиник қўлланмаларни ишлаб чиқиш учун етарлича катта миқдордаги вақт сарфланди (бир неча йил). Шунинг учун бу қўлланмалар нашр этилгунга қадар кўпинча эскириб қоларди ҳамда мавжуд дунё амалиётини реал акс эттирмасди ва бу жойларда соғлиқни сақлаш амалиётига уларни кенг татбиқ этишни чегараларди.

Далилларга асосланган тиббиёт тиббий аралашувлар самарадорлигини қатъий баҳолашни олиб бориш ва ушбу баҳолар натижаларидан клиник амалиётда фойдаланишни ўз ичига олишини эътиборга олиб, клиник текширишлар ва тиббий илмий маълумотлар исботланганлик даражаси ҳақида билиш зарурати жуда муҳим бир жиҳат бўлиб кўринади.

Клиник текширишлар у ёки бу даволаш ва/ёки профилак-тика қилиш усуллари бехавфлиги ва самара-дорлигини аниқлашда зарур. Масалан, текширилаётган-ларнинг бир гуруҳига янги экспериментал даволаш тайинланади, назорат гуруҳида эса эски

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

анъанавий даволаш усули ёки плацебодан фойдаланилади. Агар янгича даволаш усули тайинланган беморларда нохуш натижалар (ўлим, касалланиш) сонининг бирмунча паст статистик аҳамияти кузатилса, унда янги усулни самарали деб ҳисоблаш мумкин. Қайд этиш керакки, клиник текширишлар дизайни ёки методологиясига боғлиқ ҳолда олинган маълумотлар ишончлилик даражаси бўйича бир-биридан фарқ қилади. Рандомизацияланган клиник текширувлар олиб боришда олинган исбот/маълумот амалиёт учун энг сифатли ва қийматли ҳисобланишига эътибор қаратиш зарур (3-расм).

- 1940 йил – дастлабки рандомизацияланган текширишлар (сил касаллигида стрептомициндан фойдаланиш)
- 1960 йил – «жараён»да концентрация (талидомид билан боғлиқ фожиа)
- 1962 йил – АҚШ дори-дармонлар ва озиқ-овқат маҳсулотлари назорати бўйича қўмитаси янги дори воситасиларнинг назорат этилувчи тадқиқотини олиб боришни талаб этувчи қоида киритди
- 1971 йил – Кохрайн (Cochrane) илмий исботлар етарли эмаслиги муаммосини кўтарди
- 1974 йил – назария ва амалиёт ўртасида тафовут борлиги аниқланди
- 1980–1990 йиллар – клиник қўлланмаларга тизимли мулоҳазаларни қўшиш заруратига эътибор қаратилди

2-расм. Далилларга асосланган тиббиётнинг вужудга келиш босқичлари.

1940 йилда дастлабки рандомизацияланган текширишни ҳужжатлаштириш олиб борилган эди. Бу сил касаллигини даволаш учун стрептомициндан фойдаланиш бўйича тақдқиқот эди. «Талидомид фожиаси»дан 20 йил ўтиб илмий жамоатчилик ўз эътиборини оғир туғма нуқсонлар билан туғилаётган минглаб чақалоқлар туғилиши бўйича жавоб топишга қаратди. 1962 йилнинг бошида Дори-дармонлар ва озиқ-овқат маҳсулотлари бўйича қўмита (АҚШ) янги дори-дармонлар бехавфлиги ва

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI — 114913 —

самарадорлигини тасдиқловчи «назорат этиладиган тадқиқотлар» олиб боришни талаб этди.

3-расм. Рандомизацияланган назоратли изланишлар дизайни.

Рандомизацияланган текширишларнинг асосий элементи бўлиб рандомизация (random инг. тасодифан) – беморларнинг тажриба ва назорат гуруҳларига тасодифий тақсимланишини таъминловчи муолажа ҳисобланади. Тасодифий тақсимланиш қиёсланаётган гуруҳларнинг бир хилда бўлишига эришиш имконини беради, бу бизга олинган натижаларни бошқа нарсалар билан эмас, даволаш билан боғлашга йўл беради. Бошқача айтганда, рандомизацияда «танлаш хатолиги»га йўл қўйилишини истисно этади. Масалан, лапароскопик кириш билан бажарилган гистерэктомия самарадорлигини ўрганувчи тадқиқотда лапароскопик ва лапаротомик операциялар натижалари қиёсланди. Бунда лапароскопик операциялар бир қатор муҳим афзалликларга эга эди, бироқ шу билан бирга лапаратомик гуруҳда ўз-ўзидан жарроҳлик даволаш натижаларини ёмонлаштириши мумкин бўлган тана вазни кўрсаткичи, асоратланган жарроҳлик анамнез (анамнезида лапаратомия), бачадоннинг катта ўлчамлари, шунингдек, аҳамиятли коморбидликнинг анча юқори индекси бўлган беморлар устунлик қиларди. Шубҳасиз, оддий ҳолатларда санаб ўтилган клиник тавсифлар бўлган бемор аёлларда кўпинча лапаратомик

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

гистерэктомия амалга ошириларди ва бу лапаратомик гистерэктомия қатор аҳамиятли чекловларга эга бўлиши мумкинлиги билан боғлиқ. Афтидан, тадқиқот давомида тадқиқотчилар, лапаратомик гистерэктомияни фақат кўрсатилган тавсифларга эга бўлмаган «қулай беморлар»да олиб боришган бўлса керак ва бу, албатта, ҳақиқий натижаларни бузиб кўрсатди. Бу нотўғри «танлаш» ҳисобланади.

Шуни таъкидлаш керакки, рандомизацияланган тадқиқотлар, шунингдек, далилларнинг турли даражасига эга бўлиши мумкин. Юқори сифатли клиник тадқиқотлар тавсифси 3-жадвалда тақдим этилган.

3-жадвал. Далилларнинг юқори даражаси бўлган клиник тадқиқотларнинг айрим хусусиятлари

- текширилаётганларнинг катта миқдори;
- тадқиқотнинг етарлича давомлилиги (натижаларни кўрсатиш учун);
- текширилаётганлар тавсифномаси улар қайси гуруҳда бўлишидан қатъи назар, таҳлил қилинган бўлиши керак;
- барча гуруҳларга бир хилда тақсимланиши (агар йўқ бўлса, эҳтимол, рандомизация сифатсиз олиб борилган).

Рандомизацияланган «икки томонлама ниқобланган» тадқиқотлар энг яхши далилларга эга бўлган деб ҳисобланади (4-расм). Чунки улар «танлаш хатолиги»ни амалий жиҳатдан бутунлай йўқотиш имконини беради. «Икки томонлама ниқобланган» тадқиқоти бу – на бемор, на тадқиқотчишифокор бемор-нинг қайси гуруҳга тақсимланганини билмаслигидир. Масалан, у ёки бу дори воситаси ўрганилаётган тадқиқотларда иккиланган кўрлик қуйида баён қилинганидек бўлади: битта таблетка – тест қилинаётган дори воситаси (тажриба гуруҳи), иккинчиси – плацебо (назорат гуруҳи), бунда ҳар иккала таблетка бир хил ўлчам, шакл, ранг ва бошқа тавсифларга эга бўлади, на бемор, на тадқиқотчи-шифокор улардан қай бири тест қилинаётган дори воситаси, қайси бири плацебо эканлигини билмайди. Айни пайтда қуйидагича намоён бўлиши мумкин бўлган «плацебо самараси»ни эсда тутиш керак:

- бемор янги самарали дори қабул қилаётганига ишонади, бунинг натижасида унинг кайфияти янада оптимистроқ,

аҳволи аъло бўлади. Бу якуний ҳисобда ўрганилаётган воситанинг ижобий натижаларини қайта баҳолаш имконини беради;

- тадқиқотчи-шифокор унинг бемори янги самарали дори қабул қилаётганига ишонади ва у ҳам энг яхши натижаларга умид қилади. Бу тадқиқотчи-шифокорнинг ижобий симптомларга ўз эътиборини қаратиши ва беморларни ҳам шунга руҳлантиришини таъминлайди, натижада тадқиқ этилаётган воситанинг ижобий натижаларини қайта баҳолаш имконини беради.

4-расм. икки томонлама ниқобланган рандомизация-ланган тадқиқот дизайни.

Айни вақтда она ва бола соҳасида соғлиқни сақлаш ҳолатини яхшилаган, акушерлик амалиётига катта таъсир кўрсатган йирик миқдордаги рандомизацияланган тадқиқот-лар мавжуд (4-жадвал). Шу билан бирга аналогик тадқиқотлар миқдори ҳар куни ошиб бормоқда.

Қайд этиш керакки, рандомизацияланган тадқиқотлар у ёки бу воситалар ёхуд ташхислаш/даволаш/профилактика усуллари самарадорлигини ҳамиша ҳам исботламайди. Кўпинча улар тескари томонга, яъни у ёки бу восита ёки усуллар самарасизлигини асослашга йўналтирилган бўлиши мумкин. 5-жадвалда шундай тадқиқотлар қатори тақдим этилган.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4-жадвал. Акушерлик соҳасидаги рандомизацияланган тадқиқотларга мисоллар

- эклампсия бўйича тадқиқотлар (Eclampsia Trial, 1995) эклампсия хуружларини даволашда магний сульфати энг самарали дори воситаси эканлигини исботлади. Ушбу тадқиқот эклампсияни даволашда магний дори воситасилардан фойдаланиш тарафдорлари билан диазепамни энг яхши дори воситаси ҳисобловчилар орасидаги кўп йиллик баҳсларга нуқта қўйди;
- МАГПИ (The Magpie Trial, 2006) РНИ (рандомизация-ланган назоратдаги тадқиқот)да преэклампсия бўлган 10000 дан ошиқ аёллар иштирок этди. Ушбу тадқиқот магний сульфатининг, шунингдек, оғир преэклампсияни даволашда ҳам самаралилигини исботлади;
- Бристоль тадқиқоти (The Bristol third stage trial, 1988) чиллақон кетиш хавфини камайтириш учун туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб боришнинг юқори самарадор-лигини исботлаган кўп сонли РНИлардан бири ҳисобланади;
- бошқа рандомизацияланган тадқиқотлар билан (A rando-mized, controlled trial of oral andintramuscular dexamet-hasone in the prevention of neonatal respiratory distress syndrome 1998) муддатидан илгари туғиш хавфи бўлган аёлларда кортикостероидларни қабул қилиш натижасида перинатал ўлим ва касалланишлар даражаси сезиларли камайиши исботланди;
- хона ҳавоси ёки кислороддан фойдаланиб чақалоқлар реанимацияси (ResuscitationWith Room Air Instead of 100% Oxygen Prevents Oxidative Stress in Moderately Asphyxiated TermNeonates, 2001);
- киндикни очиқ қуруқ олиб бориш билан киндик қолдиғига антисептик ёки антибиотик билан ишлов бериш таққосланганда (Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time:A Cluster-Randomized Trial, 2013);
- фаол чақалоқларда ҳомила атрофи сувида меконий бўлганда ҳалқумнинг доимий интубацияси ва меконий аспирацияси (Delivery room management of the apparently vigorousmeconiumstained neonate: results of the multicenter, international collaborative trial, 2000)

5-жадвал. Ўрганилаётган восита/усулнинг самарасизлигини аниқлаган рандомизацияланган тадқиқотлар

- преэклампсия хавфи ривожланишини камайтиришда аспириннинг кам миқдорлари самарасизлиги (Aspirin(100mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Regional AspirineMere-Enfant study, 2003);
- ҳомила ўсишининг чекланганлиги синдроми (ҲЎЧС)ни даволашнинг кўпчилик схемалари самарасизлиги (ECPPA: randomised trial of low dose aspirin for the prevention of maternal and fetal complicationsin high-risk pregnant women, 1996);
- тўлғоқларни доимий бошқариш самарасизлиги (A randomised clinical trial comparing theeffects of delayed versus immediate pushing with epidural analgesia on mode of delivery andfaecalcontinence, 2002);
- кам даражали хавф билан ҳомиладорларда туғруқ пайтида ҳомиланинг доимий электрон мониторинги асосланмаганлиги (The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetalheart rate monitoring, 1985);
- доимий ёки либерал эпизиотомларнинг самарасизлиги (West Berkshire perinealmanagement trial, 1984).

Илгари айтиб ўтилганидек, рандомизацияланган тадқиқотлар исботланганликнинг турли даражасига эга бўлиши мумкин. Бинобарин, асосланган маълумотлар ва тавсиялар, улардаги хатолар ва хулосаларнинг аниқ бўлмаган таъбири бўлиши эҳтимолини ҳисобга олиб, асосланганлик даражаси бўйича таснифланиши мумкин (5-расм):

А - асосланганлик даражаси – тавсиялар асосланганликнинг энг юқори даражасига эга. Шу билан бирга тавсиялар фақат рандомизацияланган назоратдаги тадқиқотлар (РНИ)ни мунтазам баҳолаш натижаларига асосланган ва бу энг катта асосланганлик – 1а даражани таъминлайди. Ўшанда РНИнинг алоҳида натижаларига асосланган тавсиялар асосланганликнинг бирмунча кам даражасини – 1b даражани таъминлайди.

В - асосланганлик даражаси – тавсиялар клиник тадқиқотлар натижаларига асосланади, бироқ 2а ва 2b асосланганлик даражалари, шунингдек, 3а ва 3b даражаларига эга «назорат-ҳолат» типидаги тадқиқотлар

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

бўлган РНИга нисбатан (когорт тадқиқотларда) сифати бирмунча паст.

Тавсияларнинг ишончлилиги	Ишончлилик даражаси	Чора-тадбирлар
• A	• 1a	• РНИ (РКИ), тизимли шарҳ
	• 1b	• РНИ
	• 2a	• Когорт текширишлар, тизимли шарҳ
	• b	• Когорт текширишлар
• B	• 3a	• «Назорат-ҳолат» тадқиқотлари, тизимли шарҳ
	• 3b	• «Назорат-ҳолат» туридаги тадқиқотлар, шунингдек, паст сифатли когорт текширишлар
• C	• 4	• Ҳолатлар серияси, назорат гуруҳисиз
• Д	• 5	• Экспертлар фикри

5-расм. Исботланган тавсиялар ишончлилиги даражаси.

C - асосланганлик даражаси – ушбу даражадаги тавсиялар «ҳолат ёки ҳолатлар серияси» типидаги, шунингдек, паст сифатли когорт тадқиқотлар ва «назорат-ҳолат» тадқиқотлари, бироқ назорат гуруҳисиз тадқиқотлар натижаларига асосланади.

D - асосланганлик даражаси – ушбу даражадаги тавсиялар аниқ танқидий баҳо ёки физиологиядан етарли билимга эга бўлмаган экспертлар (expert opinion) ва мутахассислар фикрига асосланади.

Тақдим этилган маълумотлар таҳлилидан аниқ бўладики, РНИнинг тизимли мулоҳазалари ва Мета-таҳлиллардан олинган маълумотлар асосланганликнинг энг юқори даражасига эга. Келинг, улар ўзида нимани тақдим этаётганлигини аниқлаб оламиз. Мавзунинг ҳар томонлама

мулоҳазаси/айни ҳозирги вақтда мавжуд тиббий муаммолар ва тадқиқотлардан олинган асосланганликнинг энг юқори даражасига эга маълумотлар (кўпинча ўзининг РНИида) тизимли мулоҳазалар ҳисобла-нади. Бунда турли тадқиқотлардан олинган маълумотлар таҳлили ва умумлашмаси мос стандарт методология ёрдамида амалга оширилади. Тизимли мулоҳазалардан фарқли ўлароқ, Мета-таҳлилни амалга оширишда дастлабки тадқиқотлар сифатида РНИга қараганда анча паст даражали сифатга эга тадқиқотлардан фойдаланиш мумкин (6-расм). Қайд этиш керакки, яхши Мета-таҳлил ва тизимли мулоҳаза алоҳида манбадан олинган тавсиядан фарқли ўлароқ, тиббий хизматчи ҳаракатлари учун энг яхши қўлланма бўлиб ҳисобланади.

6-расм. Тизимли мулоҳаза ва Мета-таҳлил олиб бориш дизайни.

РНИни амалга ошириш жуда қийин ҳисобланади. Чунки унга киритиш учун беморлардан тадқиқотда иштирок этиш учун информацияланган розилик талаб этилади. РНИ қиммат, хавфли ва кўпинча этикага тўғри келмаслиги мумкин (масалан, экспериментал даволашни битта бемор билан, плацебони – бошқаси билан олиб бориш). Шунинг учун айни вақтдабошқа типдаги – когорт, «назорат-ҳолат» ва шу каби текширишлар мавжуд ва олиб борилади. Шу билан бирга қайд этиш керакки, санаб ўтилган тадқиқотлардан олинган натижалар хатоларга

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

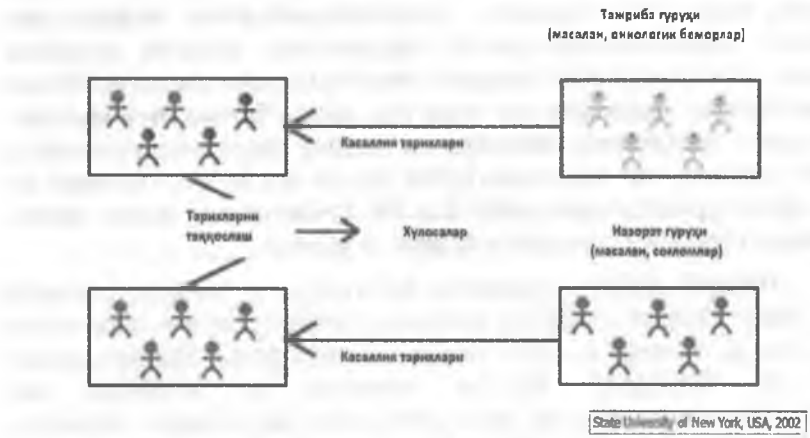
кўпроқ мойил бўлиши мумкин ва шунга мос ҳолда уларнинг ишончлилик даражаси анча паст ҳисобланади.

Когорт тадқиқотлар РНИга таққосланганда асосланганликнинг анча паст даражасига эга. Уларда тамомила аниқ қиёсланиладиган сифатларга (таъсир кўрсатиш, аниқ касаллик, даволаш ва шу кабилар) эга беморлар у ёки бу омил таъсирига боғлиқ ҳолда гуруҳларга ажратилади ва лимитланган муддатда кузатилади. Кейин қиёсланаётган гуруҳлардан олинган натижалар тадқиқ этилаётган ўзига хос тавсифларга мос ҳолда таҳлил қилинади ва хулосалар чиқарилади (7-расм). Масалан, агар РНИни амалга ошириш чекишнинг соғлиққа зарарини ўрганиш бўйича бўлса, бу этикага тўғри келмаган бўлар эди (унинг соғлиқ учун жиддий асоратларини била туриб бир одамга чекишни, бошқасига – чекмасликни тавсия этиш). Бундай ҳолатда когорт тадқиқотни амалга ошириш оқилонамуқобил ҳисобланади ва бунда одамлар икки гуруҳга ажратилади: чекувчилар ва чекмайдиганлар. Ушбу гуруҳларни тадқиқ этишда чекувчилар соғлиғида муаммолар мавжудлигини аниқлаш учун текширилаётганлар маълум бир вақт давомида кузатилади. Шуни қайд этиш зарурки, рандомизацияланган тадқиқотлар билан таққосланганда когорт тадқиқотлар унчалик ишончли эмас, чунки когортлар чекишдан ташқари бошқа жиҳатлар билан бир-биридан фарқ қилиши, яъни бир хилда бўлмаслиги мумкин. Масалан, чекувчилар чекмайди-ганлардан фарқли равишда анча кам даромад ёки керагидан ортиқ вазнга эга бўлиши мумкин ва бу факт гуруҳлар орасидаги фарқни кучайтириши ҳамда айнан чекишга ўзига хос таъсирни яшириши мумкин.

«Назорат-ҳолат» тадқиқоти ретроспектив тоифага тегишли (8-расм). Уларда беморлар аллақачон аниқ ҳолат ёки касалликка эга ҳамда тадқиқотчи ушбу беморлар тавсифсини таҳлил қилади ва бу беморлар бундай касаллик ва натижага эга бўлмаганлардан қандай фарқ қилишини таққослайди. Масалан, тадқиқотда ўпка раки бўлган беморлардан улар ўтмишда кўп чеккан-чекмаганлигини сўрашади ва уларнинг жавобларини ўпка раки билан касалланмаганлар жавоби билан солиштиради. «Назорат-ҳолат» тадқиқоти рандомизацияланган ёки когорт тадқиқотларга қараганда камроқ ишончли, чунки икки ҳолат

ўртасидаги статистик алоқа бири иккинчи ҳолатни чақиришини билдирмайди. Масалан, ўпка раки кўпинча олий маълумотли бўлмаган одамларда кузатилади (чунки улар чекишга мойил бўлишади), бироқ бу олий маълумотли бўлиш ўпка ракини камайтиради дегани эмас.

7-расм. Когорт тадқиқот дизайни.



8-расм. «Ҳолат - назорат » тадқиқоти дизайни.

«Назорат-ҳолат» тадқиқотининг афзаллиги бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

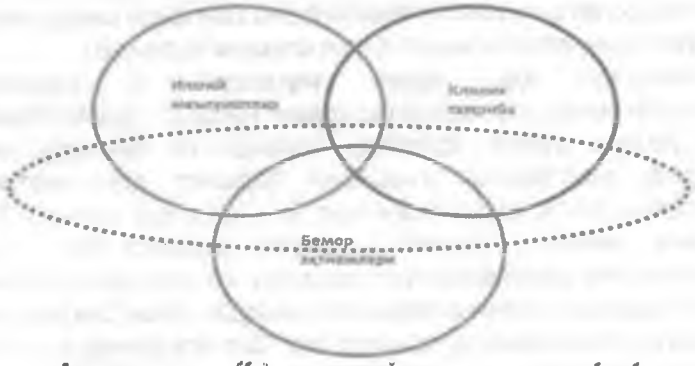
1) тез амалга ошириш мумкин (беморлардан ўтмиш воқеаларини сўраш ҳисобига). Бошқа вазиятларда ушбу таъсирни мустақил аниқлаш учун узоқ йиллар талаб этилиши мумкин;

2) уларни амалга ошириш учун тадқиқотчига махсус усуллар, назорат гуруҳлари ва шу кабилар керак бўлмайди (улар фақат ўзига хос ҳолат аниқланган беморларни танлайди ҳамда улардан бир нечта саволларга жавоб беришларини сўрайди).

9-расмдан ҳам кўриш мумкинки, С даражадаги асосланганликка эга тавсиялар фақат назорат гуруҳи бўлмаган, улар ўрнига клиник ҳолатлар серияси ва алоҳида клиник ҳолатлар ҳисобланган тавсифий тадқиқот маълумотларига асосланган. Алоҳида клиник ҳолат бу – алоҳида олинган бемор ҳақидаги ҳисобот. Клиник ҳолатлар серияси бу – қатор беморларнинг даволанганлиги ҳақидаги ҳисоботлар тўплами (9-расм). Масалан, Сизнинг беморларингиздан бири Сиз илгари ҳеч учрамаган ва эшитмаган ҳолатга эга, Сиз эса бемор учун зарур қарор қабул қилишни билмайсиз. Шунда аналогик клиник ҳолатлар ҳақида маълумотлар қидиришда Сизга ташхисни белгилаш ва самарали тактикани ишлаб чиқиш ёрдам беради. Клиник ҳолатлар ёки клиник ҳолатлар сериясини ўрганиш натижалари унчалик ишончли эмас. Умумий ҳолатни ўрганиш учун хийла ишончли исботларни қидиришга тўғри келади.

9-расм. «Ҳолатни тавсифлаш ёки ҳолатлар серияси» туридаги тадқиқотлар дизайни.

Келинг, юқорида кўрсатилган маълумотлар асосида далилларга асосланган тиббиёт ўзида нимани тақдим этишини аниқлаб олайлик. Шундай қилиб, «далилларга асосланган тиббиёт» бу – ҳар бир аниқ беморни олиб бориш тактикаси бўйича қарорлар қабул қилишда *замонавий исбот-лардан виждонан, батафсил ва ақл билан фойдаланиш* (10-расм).



10-расм. Далилларга асосланган тиббиётнинг чизмадаги акси.

Далилларга асосланган тиббиётни амалий қўллаш тизимли мулоҳазалардан олинган *мавжуд сара ташқи клиник исботлар биланиндивидуал клиник компетентлик* интеграциясини билдиради. *Индивидуал клиник компе-тентлик* остида ҳар бир клиницист клиник тажриба ва клиник амалиёт воситасида эгаллаган моҳирлик ва ақл-заковат ётишини биз тушунамиз. Профессионалликнинг ортиши кўп нарсаларда акс этади, бироқ, асосан, хийла самарали ва рационал ташхислашда, янада мулоҳазали аниқлашларда, қийинчиликларни, алоҳида олинган беморларни олиб бориш бўйича клиник қарорлар қабул қилишда уларнинг хоҳишлари ва ҳуқуқларини тушунишда кўринади. *Мавжуд сара ташқи клиник исботлар* остида биз кўпинча тиббиётнинг базавий соҳасидаги клиник аҳамиятли тадқиқотларда олинган исботлар-ни назарда тутамиз, бироқ, асосан, беморга асосланган тадқиқотлар жараёнида диагностик тестлар ва клиник кўриклар аниқлиги, прогностик кўрсаткичлар қуввати, терапевтик, реабилитацион ва профилактик тартибларнинг

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

бехавфлиги ва самарадорлиги тадқиқот предмети бўлиб ҳисобланади. Ташқи клиник исботлар илгари қабул қилинган тест ва даволашни бекор қилади, уларни янги, янада кучли, аниқ, самарали ва бехавфлари билан алмаштиради. Бунда муҳим қарорлар қабул қилишда аниқ ҳолатларга боғлиқ ҳолда кўрсатилган компонентлардан бири бошқалари билан таққосланганда аҳамиятли роль ўйнаши мумкин, гарчи идеалда кўрсатилган компонентларнинг барчаси иштирок этиши керак бўлсада. Шундай қилиб, далилларга асосланган тиббиёт бемор учун фойда ва зарар муносабати бўйича шубҳа пайдо бўлганда клиницистларга уларнинг ҳар кунги амалий фаолиятларида ёрдам беради. Ва аксинча, улар назарий жиҳатдан оқ ва қора ҳисобланиб, клиницист аниқ бир бемор муаммосини ҳал этаётганда амалиётда кулранг ҳам бўлиб қолиши мумкин.

«Далилларга асосланган тиббиёт» атамаси 1988 йилда Канадада McMaster университети томонидан клиницистлар ва эпидемиологлар таклиф этилган. У ўтган асрнинг 90-йиллари охирида барчага маълум бўлди. Охирги икки ўн йиллик давомида«далилларга асосланган тиббиёт»га бўлган қизиқиш дунё бўйича жадал ўсди. Ҳозирги кунда кўпчилик Ғарб мамлакатлари клиницистлари исботларга асосланган қарор қабул қилишга ўргатилган. Давлат, тиббий хизматчилар ва соғлиқни сақлаш индустрияси эса интенсив равишда қарорларни қўллаб-қувватловчи исботларга асосланган муолажалар ва тизимларни яратмоқда. Бунда шу нарса муҳимки, далилларга асосланган тиббиёт тўлиғича соғлиқни сақлаш бехавфлиги ва самарадорлигини оширмоқда. 11-расмда жойларда амалий соғлиқни сақлашга исботланган маълумотлар татбиқ этилишининг схематик акс эттирилган жараёни тақдим этилган.

Арчи Кохрайн (Archie Cochrane) клиницистлар эътиборига илмий тадқиқотларни қандай тақдим этиш кераклигини ҳамда тадқиқот натижаларини муҳокама ва эътиборли таҳлил қилиш учун рағбатлантиришни тасвирлаб берди. Унинг Британия Тиббий Тадқиқот Кенгашидаги ҳамкасблари билан биргаликда қилган ҳаракатлари бугунги кунда далилларга асосланган тиббиёт деб номланувчи тиббиёт соҳасига катта ҳисса қўшди.

Кохрайннинг бошқа тадқиқотчилар билан биргаликдаги ишлари бутун дунё бўйича мутахассисларнинг ихтиёрий ҳара-

катлари ва қўллаб-қувватланишининг бирикиши эди. Унинг мақсади энг яхши РНИ маълумотларини сақловчи маълумотлар базасини ташкил этиш ҳисобланади. Барча кириш мумкин бўлган маълумотларни бир бутун қилиб бир жойга бирлашти-риш ва таҳлил қилиш ушбу ғоянинг моҳияти ҳисобланади ҳамда бу ўз амалий фаолиятида илмий асосланган клиник қарорларни қабул қилишда ёрдам беради.

Қўлланманинг маҳаллий шароитларга мослашиши

✓ **Юқори сифатли халқаро тавсиялар (гайдлайнлар/guidelines)**

⇩

✓ **Миллий тавсиялар ва қўлланма**

⇩

✓ **Локал баённома**

Миллий ва маҳаллий баённомаларни яратишда ҳисобга олиш зарур бўлган омиллар:

✓ **Маҳаллий талаб**
✓ **Ҳаммабоплиги ва хизматларнинг ташкиллаштирилиши**
✓ **Афзаллиги**
✓ **Нархи**
✓ **Исботланганлиги!**

11-расм. Жойларда дунё илғор амалиётини татбиқ этиш босқичлари.

Илмий далилларга асосланган тиббиётни амалиётга татбиқ этиш беш босқич – қадамга бўлиш мумкин:

1) клиник саволни PICO форматида қўйиш: бемор (patient), аралашув (intervention), қиёслаш (comparison), натижалар (outcomes), бу исботларни қидиришни амалга оширишга ёрдам берувчи калит сўзларни аниқлаш имконини беради;

*2) энг сара исботларни қидириш*ни тизимли мулоҳазалар ва РНИдан бошлаш кераклигини билдиради, чунки улардан олинган маълумотлар энг юқори ишончлилик ва қийматга эга. Агар бундай маълумотлар топилмаса, когорт тадқиқотлар ва/ёки

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

«назорат-ҳолат», шунингдек, «ҳолатлар сериясини тавсифлаш» ва шу каби типлардаги тадқиқотлардан олинган пастроқ даражадаги исботларни қидиришга ўтиш керак бўлади.

3) исботларни критик баҳолаш: бу жуда муҳим қадам топилган исботлар (тадқиқот тўғри олиб борилдими? Унга ишониш мумкинми? У қанчалик салмоқли?) ҳамда тадқиқот натижаларининг (ушбу даволаш, профилактика қилиш усули қанчалик самарали? Ташхислаш усули қай даражада аниқ?) ишончлилигини аниқлайди (6-жадвал). Агар тадқиқотлар сифатли олиб борилган бўлса, яъни агар у ишончли бўлса, у ҳолда унинг натижаларини баҳолашга киришилади.

4) клиник компетентлик ва бемор эҳтиёжи нуқтаи назаридан исботларни кўриб чиқиш, яъни олинган маълумотларни аниқ клиник ҳолат билан таққослаш ва соддалаштириш, бунда татбиқ этиш шартларини ҳам ҳисобга олиш зарур;

5) илмий-асосланган технологияларни амалиётга татбиқ этишни амалга ошириш эҳтимолини баҳолаш, бошқача қилиб айтганда, мавжуд техник база, анъана, удум ва шу кабиларни баҳолаш.

6-жадвал. РНИ ишончлилигини баҳолаш имконини берувчи саволлар

- Беморлар рандомизацияси амалга оширилганмиди?
- Гуруҳлардаги барча иштирокчилар тадқиқотни якунига етказишдими (тўлиқ)?
- Рандомизация гуруҳлари бўйича таҳлил қилиб чиқилган беморлар бўлдими?
- Беморлар ва тадқиқотчилар учун даволаш «ниқоблан-ган» ҳисобландими?
- Тадқиқот бошида ўхшаш гуруҳлар бўлдими?
- Тажрибавий даволашдан ташқари – гуруҳлар бир хил даволанишдими?

Айтиш жоизки, асословчи маълумотларни қидиришни бошлашдан олдин ҳар бир тиббий хизматчи мавжуд амалиёт

ҳақида, эҳтимол, қуйидаги саволларга жавоб бериш орқали танқидий фикр юритиши зарур:

- мен қандай муолажани бажаряпман?
- Бу муолажани нима учун бажараяпман? Яъни бу муолажадан қандай натижани кутяпмиз?
- Бу муолажа мақсадимизга эришишга ёрдам берадими? Яъни бошқа янада бехавф ва самарали йўллар (даволаш усуллари) борми?

Мавжуд асослар ва уларнинг танқидий таҳлиллари орасидан изланишни олиб бориш учун, албатта, клиницистга махсус малака ва вақт зарур бўлади. Далилларга асосланган тиббиёт бўйича бошқа мутахассислар тайёрлаган шарҳлар (Кохрайн маълумотлар базаси (Cochrane database), ЖССТ репродуктив соғлиқ кутубхонаси (WHO Reproductive Health Library), М. Энкин таҳрири остида, 2000 ("The Guide on Effective Care in Pregnancy and Childbirth" by M.Enkin et al., 2000) ёки тайёр клиник қўлланмалар ва баённомалардан (Ҳомиладорлик ва туғруқда самарали ёрдам кўрсатиш бўйича қўлланма, Тошкент, 2014) фойдаланиш осон ва қулайдир.

Хулоса қилиб айтганда *далилларга асосланган тиббиёт* бу – алоҳида беморларни олиб бориш ҳақида ёки тақдим этилган тиббий хизматлар бўйича қарорлар қабул қилишда энг яхши замонавий исботлардан виждонан фойдаланиш эканлигидир. Ўз навбатида *энг яхши замонавий исботлар* бу – беморни олиб боришнинг турли кўринишлари, маълум бир воситаларнинг зарарли таъсири, ташхислаш тестларининг аниқлиги, башоратлаш омилларининг аҳамияти каби масалалар бўйича ишончли ва сифатли тадқиқотлардан олинган энг янги маълумотлардир.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. [No authors listed] Which anticonvulsant for women with eclampsia? Evidence from theCollaborative Eclampsia Trial // Lancet, 1995. Vol. 345 (8963). – P. 1455–1463.

2. A Healthy Heritage. Collecting for the Future of Medical History. Proceedings of a conferenceheld at the Wellcome Trust 25–26 February 1999. The Wellcome Trust. London, UK, 1999.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3. Appleby J., Walshe K. and Ham C. Acting on the Evidence. Birmingham: NAHAT, ResearchPaper No. 17, 1995.

4. Campbell K. Intensive oxygen therapy as a, 1951. Vol. 2. – P. 48–50.

5. Cook, D.J. and Levy M.M. Evidence-based medicine. A tool for enhancing critical care practice// Crit Care Clin, 1998. Vol. 14. – P. 353–8.

6. Crosse V.M. & Evans P.J. Prevention of retrolental fibroplasia. // Arch. Ophthal, 1952. Vol.48.– P. 83–87.

7. Culp K. Archie Cochrane. // Scott. Med. J, 2002. Vol. 47(4). – P. 89–90.

8. ECPPA (Estudo Colaborativopara Prevencaoda Pre-eclampsia com Aspirina) Collaborative GroupECPPA: randomised trial of low dose aspirin for the prevention of maternal and fetal complicationsin high-risk pregnant women // Br. J. Obstet. Gynaecol., 1996. Vol. 103(1). – P. 39–47.

9. Egerman R.S., Mercer B.M., Doss J.L., Sibai B.M. A randomized, controlled trial of oraland intramuscular dexamethasone in the prevention of neonatal respiratory distresssyndrome // Am. J. Obstet. Gynecol, 1998. Vol. 179(5). – P. 1120–1123.

10. Ellison P.H., Foster M., Sheridan-Pereira M., MacDonald D. Electronic fetal heart monitoring,auscultation, and neonatal outcome // Am. J. Obstet. Gynecol, 1991. Vol. 164 (5 Pt1). – P. 1281–1289.

11. Evidence–Based Medicine Working Group Evidence-based medicine: a new approach toteaching the practice of medicine // JAMA, 1992. Vol. 268 (17). – P. 2420–2425.

12. First Annual Nordic Workshop on how to critically appraise and use evidence in decisionsabout healthcare, National Institute of Public Health, Oslo, Norway, 1996.

13. Fitzpatrick M., Harkin R., McQuillan K., O´L Brien C., O´L Connell P. R., O´L Herlihy C. A randomisedclinical trial comparing the effects of delayed versus immediate pushing with epiduralanalgesia on mode of delivery and faecal continence // BJOG: an international journal ofobstetrics and gynaecology, 2002. Vol. 109. – P. 1359–1365.

14. Greenhalgh T. How to read a paper: the basics of evidence based medicine // London: BMJ,1997, p. 2.

15. Guyatt G.H. et al. Users' guides to the medical literature. IX. A method for grading healthcare recommendations // Evidence-Based Medicine Working Group, JAMA, 1995. Vol.274. – P. 1800–4.

16. Macdonald D., Grant A., Sheridan-Pereira M., Boylan P., Chalmers I. The Dublin randomizedcontrolled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring // Am. J. Obstet. Gynecol,1985.Vol. 152. – P. 524–539.

17. Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group The Magpie Trial: a randomised trialcomparing magnesium sulphate with placebo for pre-eclampsia. Outcome for women at 2 years // BJOG, 2006. Vol. 114 (3). – P. 300–309.

18. Muir-Gray J.A. Evidence-based healthcare: how to make health policy and managementdecisions. London: Churchill Livingstone, 1997.

19. Mullany L.C., Shah R., El Arifeen S., Mannan I., Winch P. J., Hill A., Darmstadt G. L., Baqui A. H.Chlorhexidine Cleansing of the Umbilical Cord and Separation Time: A Cluster-RandomizedTrial // Pediatrics, 2013. Vol. 131 (4). – P. 708–715.

20. Prendiville W. J., Harding J.E., Elbourne D.R., Stirrat G.M. The Bristol third stage trial: activeversus physiological management of third stage of labour // BMJ, 1988. Vol. 297(6659) – P. 1295–1300

21. Rosenberg W., Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving// BMJ, 1995. Vol. 310. – P. 1122–1126.

22. Sackett D.L. et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't // BMJ, 1996. Vol. 312. – P. 71–72.

23. Silverman W. A. Retrolental fibroplasia: a modern parable. Monographs in Neonatology. NewYork: Grune & Stratton, 1980, Chapter 7.

24. Sleep J., Grant A., Garcia J., Elbourne D., Spencer J., Chalmers I. West Berkshire perinealmanagement trial // BMJ Clin Res Ed, 1984. Vol. 289. – P. 587–590.

25. Subtil D., Goeusse P., Puech F., Essai Regional Aspirine Mere-Enfant (ERASME) CollaborativeGroup. Aspirin (100mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women:the Essai Regional Aspirine Mere-Enfant study (Part1) // BJOG. – 2003. – Vol. 110(5). – P. 475–484.

26. SUNY Downstate Evidence Based Medicine Course. State University of New York, USA, 2002.

27. Vento M., Asensi M., Sastre J., Garcia-Sala F., Pallardo F. V., Vina J. Resuscitation With Room AirInstead of 100% Oxygen Prevents Oxidative Stress in Moderately Asphyxiated Term Neonates// Pediatrics, 2001. Vol. 107 (4). – P. 642–647.

28. Wiswell T.E., Gannon C.M., Jacob J., Goldsmith L, Szyld E., Weiss K., Schutzman D., ClearyG. M., Filipov P., Kurlat I., Caballero C. L., Abassi S., Sprague D., Oltorf C., Padula M. Deliveryroom management of the

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

apparently vigorous meconiumstained neonate: results of themulticenter, international collaborative trial // Pediatrics, 2000. Vol. 105. –P. 1–7.

29. Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Ташкент, 2013.

ОНАЛАР ВА ПЕРИНАТАЛ КАСАЛЛАНИШ ХАМДА ЎЛИМ ХОЛАТИНИ КАМАЙТИРИШ ЙЎЛЛАРИ

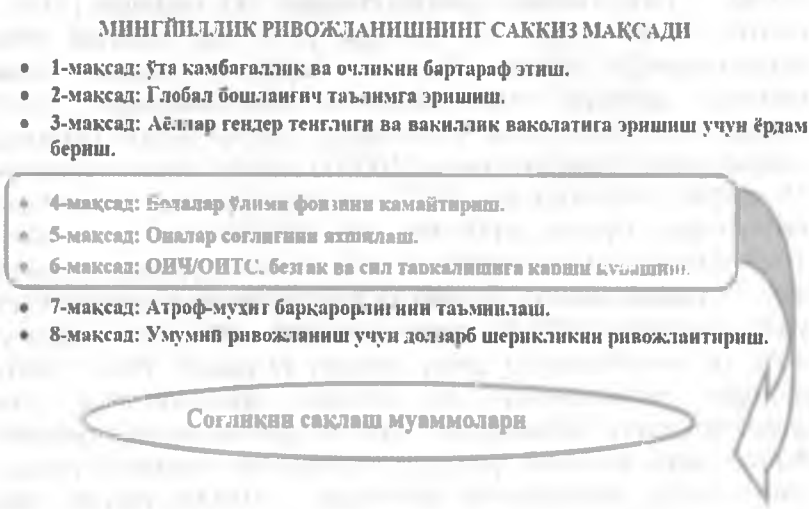
Мингйиллик ривожланиш (МЙР) мақсади

2000 йил сентябр ойида бўлиб ўтган ҳамда 147, шунингдек Ўзбекистон Республикасини давлат бошлиқлари ҳамда 189 давлат вакиллари иштирок этган Мингйиллик саммитида камбағаллик ва ҳаёт даражасини умумий кўтариш бўйича амбициоз долзарб дастур – *мингйиллик бўсағасида ривожланиш мақсадлари* ратифи-кация қилинди (1-расм). Тақдим этилган мақсадларга мувофиқ кўрсатилган ҳужжатларни ратификация қилган дунёнинг барча мамлакатлари 2015 йилга бориб оналар ўлими кўрсаткичини 1990 йил кўрсаткичларига қиёсланганда тўртдан уч қисмга камай-тириш мажбуриятини олишди. Шу билан бирга БМТнинг Мингйиллик Ривожланиш Мақсадларини амалга ошириш бўйича ҳисоботида 1990 йилдан бошлаб оналар ўлими коэффициенти режалаштирилган 75% ўрнига деярли ярмига (атиги фақат 43% га) қисқарди. Бунда оналар ўлими кўрсаткичининг асосий қисқа-риши, асосан, 2000 йилдан буёғига кузатилди. Ҳисоботда бир вақтнинг ўзида айтиладики, дунёнинг бор-йўғи 51% мамлакатида оналар ўлими сабаблари ҳақидаги маълумотлар жойлаштирилган. Юқорида баён этилганлар асосида аниқ бўлиб қоладики, соғлиқни сақлаш билан боғлиқ Мингйиллик ривожланиш мақсадларини келгусида амалга ошириш учун биз ушбу бўшлиқни келгусида камайтиришимиз керак бўлади. илмий тадқиқотлардан олинган маълумотлардан, шунингдек, одамлар соғлиғини сақлаш ҳамда бутунича соғлиқни сақлаш тизимини яхшилашга йўналтирилган чораларни амалга ошириш кўрсатилган вазифаларни реализация қилиш йўлларидан бири бўлиб ҳисобланади. Айни пайтда она ва бола соғлиғини яхшилаш ғояси янгилик эмас. Бу савол ўтган асрнинг 90-йилларидан анча илгари долзарб муаммо сифатида пайдо бўлган эди, кўрсатилган дастур ва чораларни амалга ошириш учун эса жаҳон тажрибасида юз йилдан кўпроқ вақт ўтди.

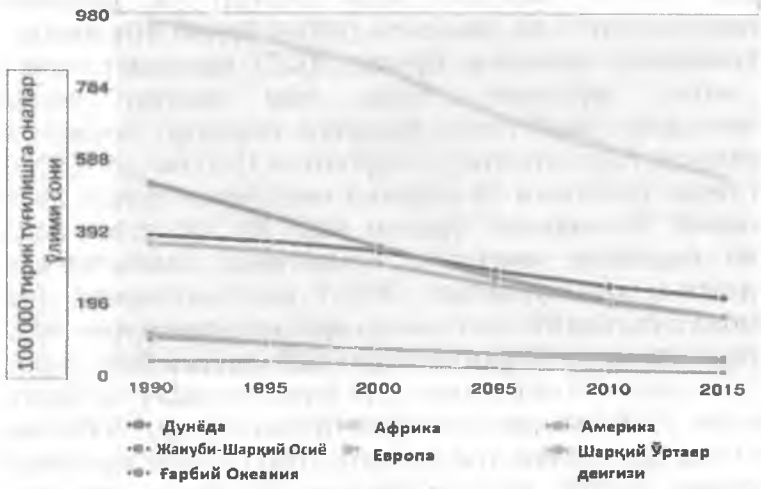
ЖССТ маълумотларига кўра бугунги кунда дунё бўйича ҳомиладорлик даврида ёки туғруқ жараёнида ривожланган асоратлар билан боғлиқ қисқа ва/ёки узоқ муддатли ҳолатлардан

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

азият чекаётган тахминан 300 миллионга яқин аёл истиқомат қилади. Бунда 2015 йил учун жаҳонда 303000 нафар оналар ўлими қайд этилган эди, шу билан бирга уларнинг ярмидан кўпи Африка давлатларига тўғри келади (2-расм).



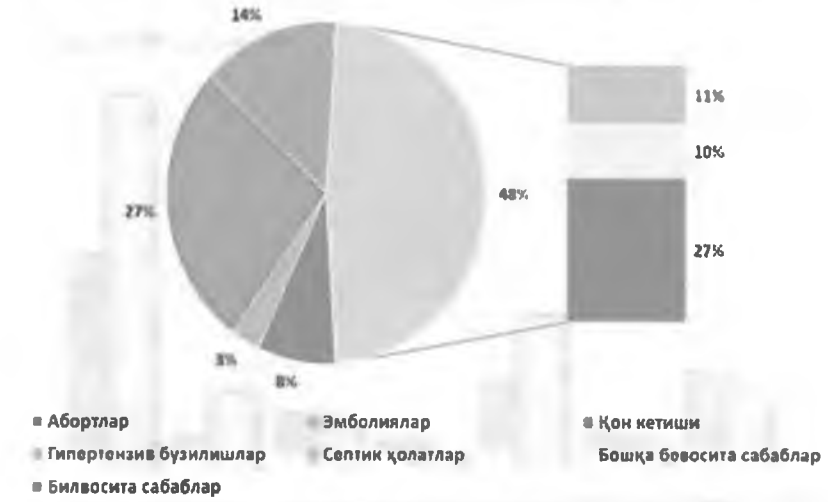
1-расм. Мингйиллик ривожланиш мақсадлари.



2-расм. ЖССТ маълумотларига кўра дунё бўйича сўнгги 25 йил давомида оналар ўлими кўрсаткичи динамикаси.

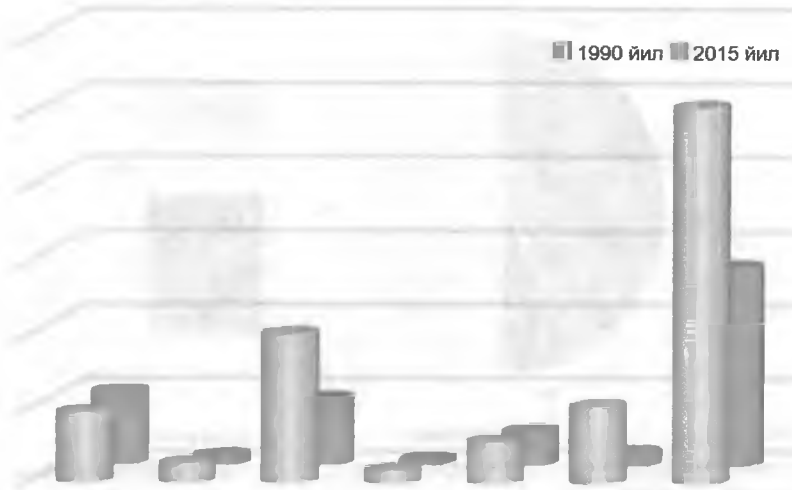
Тақдим этилган маълумотлар таҳлил этилганда шу нарса аниқ бўладики, ҳар куни дунё бўйича 830 нафар ҳомиладор ва/ёки туққан ва/ёки туғиши керак бўлган аёллар вафот этади. Улардан 224 нафари (27%) қон кетишлардан, 116 нафари (14%) – гипертензив бузилишлардан, 93 нафари (11%) – септик ҳолатлардан, 66 нафари (8%) эса хавфли аборт асоратларидан ўлади (3-расм). Афсуски, оналар ўлими нафақат дунёнинг ривожланаётган мамлакатлари (100000 нафар тирик туғилганга 230 нафар), балки юқори даражада ривожланган мамлакатлари (100000 нафар тирик туғилганга 16 нафар) учун ҳам хос. БМТнинг Минг йиллик ривожланиш натижалари бўйича 2015 йил учун ҳисоботида дунё бўйича 1990 йилдан 2015 йилгача оналар ўлими, умуман олганда, 45% га камайганлиги, бу пайтда ривожланган мамлакатларда ушбу кўрсаткич 37% га, ривожланаётган мамлакатларда эса 46% га камайганлиги қайд этилди (4-расм). Айни пайтда оналар касалланиши ва ўлими кўрсаткичлари анча камайганлигига қарамасдан Африка давлатларида, айниқса, Африканинг жанубий қисмида жойлаш-ган мамлакатларда у ҳануз жуда юқорилигича қолмоқда – 100000 нафар тирик туғилганга 510 нафар. Юқорида айтиб ўтилганлардан аниқ бўладики, кўплаб мамлакатларда аёллар ва уларнинг болаларига сифатли ва самарали тиббий ёрдам етишмайди. Республикамизга келадиган бўлсак, ЖССТ маълумот-ларига кўра айтиш мумкинки, бизда ҳам оналар ўлими кўрсаткичларини камайтириш борасида барқарор тенденция кузатилмоқда. Агар кўрсатилган кўрсаткич 1990 йилда 100000 нафар тирик туғилганга 54 нафарга тенг бўлган бўлса, 2015 йилга келиб 36 нафарни ташкил этди, бу кўрсаткич ёдда тутилган индикатор қийматини камайтириш имкониятлари мавжудлигини ҳам кўрсатади. ЖССТ маълумотларига кўра 2015 йилда 5 ёшгача бўлган болалар орасида ўлим ҳолати 1990 йилга таққосланганда 53% га камайди (1990 йилдаги 1000 нафар тирик туғилгандан 90 нафаридан 2015 йилда 43 нафарга). Шунга қарамасдан 2015 йил давомида дунё бўйича ҳар куни 5 ёшгача бўлган болалар орасида ўлим ҳолати 16000 нафар атрофида кузатиларди, йиллик умумий миқдори 5,9 миллионга тенг бўларди (5-расм).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



3-расм. 2003 йилдан 2013 йилгача бўлган даврда оналар ўлими структураси (SayL.etal. 2014).

4-расм. ЖССТ маълумотлари бўйича 2015 йилда оналар ўлими кўрсаткичлари.



5-расм. 1990 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда неонатал йўқотишлар кўрсаткичи динамикаси (ЖССТ бўйича).

Қайд этиш керакки, болалар учун ҳаётининг биринчи куни, ҳафтаси ва ойи яшаб кетишларида жуда муҳим ҳисобланади. 2015 йилда қарийб 6 миллион бола ҳаётининг бешинчи кунларига етмасдан ўлган, 1 миллион атрофидаги бола эса дунёга келишлари билан ўзларининг биринчи ва сўнгги нафасларини олишган. Яна 1 миллион бола ҳаётининг биринчи ҳафтасида, 2,8 миллион атрофидаги бола эса – ҳаётларининг 28 куни давомида (неонатал давр) ўлган. Бунда кўпинча болалар ўлимларининг асосий сабаблари олдини олса бўлади. 1990–2015 йиллар давомида дунё бўйича неонатал ўлим ҳолати коэфициенти 1000 нафар тирик туғилганларга 33 нафардан 19 нафарга камайди (6-расм). Модомики неонатал ўлим қисқариш тезлиги 1 дан 59 ойликкача бўлган ёшдаги болалар ўлими камайиши тезлигидан паст экан, бугунги кунда беш ёшгача бўлган болалар ўлими умумий миқдорида чақалоқлар улуши ўсмоқда. Неонатал даврга тўғри келувчи беш ёшгача ўлимлар улушининг ўсиши дунёнинг барча минтақаларида кузатилмоқда.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

6-расм. 2015 йилда дунё бўйича 5 ёшгача бўлган болалар орасида ўлим ҳолати кўрсаткичи (1000 нафар тирик туғилганга нисбатан) (ЖССТ).

Дунёдаги неонатал ўлимларнинг кўпчилиги муддатидан олдинги туғруқлар асоратларидан (35%), туғруқ жараёнидаги ва чилла давридаги асоратлар (24%), сепсис (15%) натижасида юз бермоқда (7-расм). Бундан ташқари Африканинг жанубий қисми ва Жанубий Осиёда кўпчилик ҳолатлари олдини олиш мумкин бўлган инфекцион касалликлар натижасида чақирилган. Кўпчилик ўлим ҳолатларининг олдини аёллар ва чақалоқларга уларни парваришлаш, айниқса, туғруқ даврида оддий, иқтисодий самарали ва юқори натижали ёрдам кўрсатиш шаклларидан фойдаланиб олиш мумкин эди. Бироқ таҳлиллар шуни кўрсатадики, жуда кўп ҳолатларда чақалоқлар ва уларнинг оналари ёрдамнинг муҳим кўринишларидан фойдалана олишмайди.

ЖССТнинг 2005 йилдаги «Ҳар бир она ва ҳар бир болани эътиборсиз қолдирмаймиз» шиори остидаги дунё саломатлиги ҳолати бўйича ҳар йилги ҳисоботида халқаро миқёсда аёллар ва болалар ҳаёт даражаси ва сифатини оширишга йўналтирилган ҳаракатлар зарурати таъкидланган. Ушбу ҳисобот оналар ва болаларга тиббий ёрдам кўрсатиш сифатини яхшилаш борасидаги тўсиқлар ҳақида экспертларнинг таҳлилларини ҳам

ўз ичига олади. ЖССТнинг ушбу ҳисоботида она ва бола саломатлигини илгарилари амалга оширилганидек алоҳида-алоҳида қилиб эмас, балки ўзаро боғлиқликда кўриб чиқишни тавсия этилган. Она ва бола саломатлигини муҳофаза қилиш доирасида ишлаб чиқилган дастурда техник стратегияларни қайта йўналтириш, шунингдек, чақалоқларда аксарият ҳолларда эътибордан четда қолаётган муаммоларга аҳамиятига кўпроқ эътибор қаратиш зарурлиги кўрсатилган. Чунки болага ёрдам кўрсатиш ва онани эътибордан четда қолдириш ёки туққан аёл ҳақида қайғуриш ва чақалоқ саломатлигига эътибор бермаслик бемаъниликдир. Шунинг учун ҳисоботда ОБС (она ва бола саломатлиги) қисқартмасини ОЧБС (она, чақалоқ ва бола саломатлиги)га ўзгартириш таклиф этилди.

7-расм. 2015 йилда дунё бўйича неонатал (0–27 кун) ўлим ҳолатлари структураси.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

8-расм. 2005 йил учун дунёда саломатлик ҳолати бўйича ЖССТ ҳисоботининг титул варағи.

Шунингдек, ҳисоботда айни вақтда мавжуд кўпчилик туғруқ билан боғлиқ узоқ муддатли ногиронлик ва ўлим ҳолатларидан огоҳлантириш учун етарлича жуда самарали усуллар ва жиҳозлар борлиги қайд этилди. Бунда оналар ва болалар ўлимини камайтиришнинг муваф-фақиятли амалиёти шундан далолат беради, туғруқлар ва ундан кейинги жараёнига малакали ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш вазиятни ўзгартириш ҳамда нафақат оналар, балки болаларни ўлимдан асраб қолиш имконини беради. Шу нуқтаи назардан жойларда оналар, чақалоқлар ва болалар соғлигини муҳофаза қилиш соҳасида илғор ва самарали дунё амалиётини амалиётга ҳар томонлама кенг татбиқ этиш муаммонинг жуда муҳим томони ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида ҳисоботда ОЧБСга тегишли техник стратегияларни яхшилаш (бехавф оналик, перинатал ғамхўрлик ва шу кабилар дастурлари) агар улар барча дастурлар ва барча хизмат кўрсатувчи провайдерларда ҳомиладорликнинг барча даврлари ва туғруқдан бола ёшига қадар амалга оширилсагина самарали татбиқ этилиши мумкинлиги кўрсатиб ўтилди.

«Бехатар оналик» ташаббуси 1987 йилдан бошланган. Бу ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврида ёрдам кўрсатувчи тиббий хизматчиларни йўналтирувчи халқаро дастурдир. Ушбу ташаббус 2000 йилга қадар оналар ўлимини икки баравар камайтириш мақсадида қабул қилинган эди. Белгиланган муддатга етиб боргач, бу ташаббусни давом эттиришга қарор қилинди, бироқ бошқа ном остида – «Бехатар оналикни таъминлаш», чунки кўрсатилган дастурни амалга оширишда режалаштирилган кўрсаткичларга ҳали эришилганича йўқ эди. Айтиш жоизки, «Бехатар оналик» ташаббуси доирасида ҳар бир ҳомиладор аёл учун антенатал парваришни таъминлаш, ўша аёл яшаётган оилада асосий мажбурият ҳисобланади. Бунда шу нарса аниқ бўладики, ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла даврда, шунингдек, лактация вақтида аёллар ўз оиласи ва жамият қўллаб-қувватлашига муҳтож бўлади ва агар аёлда қандайдир қийинчиликлар бўлса, бу нарса жуда муҳим ҳисобланади. Ҳар қандай янги амалиётни жорий этиш ва унга хизмат кўрсатишни таъминлаш учун ҳар бир оилага бундай парваришни йўлга қўйишда маълумот, малака ва сабаб зарур. Бундай ёндашув, шунингдек, жамиятнинг иқтисодий ва молиявий қўллаб-қувватлашига ҳам муҳтож. Бундан ташқари унга соғлиқни сақлаш тизими томонидан аёллар ва чақалоқларнинг жисмоний, ҳиссий ва руҳий-ижтимоий эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда оналар ва перинатал парвариш хизматларининг тўлиқ қамровини тақдим этишда нозик ва дўстона хизматларни тегишлича ташкиллаштириш йўли билан кўмак зарур.

Бехатар оналик нафақат касаллик ва ўлим ҳолатини камайтиришни, балки шу билан бирга ҳам онага, ҳам болага сифатли тиббий ёрдамни ташкил этишни ҳам кўзда тутади. Бунда шуни эслатиб ўтиш керакки, парваришлаш тушунчаси нафақат туғруққача, туғруқ пайтида ва чилла даврида аёлнинг жисмоний, ақлий ва ижтимоий фаровонлигини, балки соғлом бола туғилишини таъминлаш ва соғлом болаликни қўллаб-қувватлашни ҳам ўзида қамраб олади. Бундай ёндашув фақат касалликнинг йўқлиги эмас, шу билан бирга соғлиқни жисмоний, ақлий ва ижтимоий фаровонликнинг тўлиқ ҳолати бўйича аниқловчи ЖССТ Конституцияси (1948) билан мос келади. Ушбу лойиҳа доирасида ҳомиладорлик ва туғруқни интеграл олиб

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

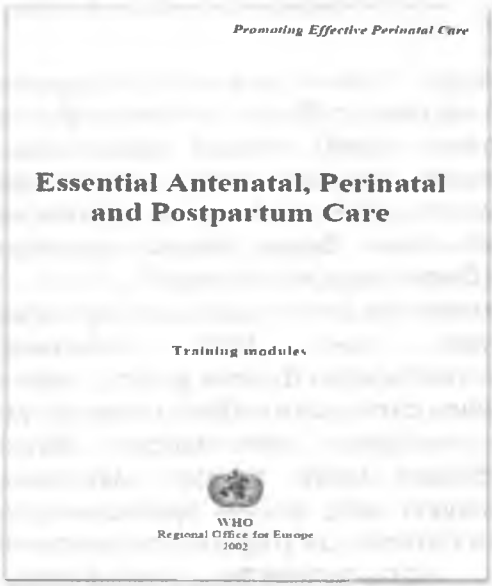
бориш қўлланмаси яратилди ва кенг татбиқ этилди (9-расм). Ушбу қўлланма, эҳтимол, дунё бўйича оналик, янги туғилган чақа-лоқлар ва болалар соҳасида фаолият юритаётган кўпчилик тиббий ходимлар учун доимий фойдаланиладиган китобга айланган ва бугунги кунгача шундай бўлиб қолмоқда.

9-расм. «Бехатар оналик» лойиҳаси доирасида амалга оширилган ва яратилган «Ҳомиладорлик ва туғруқни интеграллаштирилган ҳолда олиб бориш» қўлланмаси.

«Бехатар оналик» дастури бўйича эришилган ютуқларга қарамасдан мутахассилар натижалар билан чекланишмади ва турли тавсифдаги саволларга жавоб топишга киришди-лар. Мавжуд оналик ва болаликни муҳофаза қилиш амалиётида қониқар-сиз жиҳатлар борми? Қандай қилиб оналик ва болалик соҳасидаги ишларни тиббиётнинг бошқа ёндош соҳалари мутахассислари фаолияти билан таққослаш мумкин?

Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш соҳасидаги кўпчилик мутахассис-профессионаллар шуни қайд этишганки, тиббиётнинг бошқа ёндош соҳаларидан фарқли ўлароқ, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш соҳасидаги тиббий ходимлар ўз-ўзидан касаллик ҳисобланмайдиган ҳомиладорлик билан шуғулланишлари керак бўлади. Бунда ҳаммага маълумки, кўпчилик ҳомиладорлар ҳаддан зиёд тиббий аралашувларга эҳтиёж сезмайди. Ва бунинг натижасида улар эҳтиёж сезадиган парвариш беморларга кўрса-тиладиган «анъанавий» парваришдан тубдан фарқ қилади. Айнан шунинг учун нега ўтган аср давомида ҳомиладорликка узоқ вақт давомида фақат тиббий тушунчалар сифатида қаралгани тушунарсиз. Бугун бундай ёндашув кўп ҳолларда тизимнинг соф тиббий парваришга йўналтирилганлиги аниқ бўлди. Натижада ушбу тизим кўпинча оналар ва чақалоқларнинг қизиқишлари ҳамда талаб-истакларини ҳисобга олмасдан ишлайди.

«Самарали перинатал парвариш» ташаббуси оналар ва бола-лар саломатлиги соҳасидаги вазиятни яхшилашга йўналтирилган навбатдаги дастур ҳисобланади (10-расм). Самарали перинатал парваришнинг асосий перинатал принциплари ЖССТ Европа минтақаси экспертлар гуруҳи томонидан1998 йилда Венециядаги ва 2003 йилда Веронадаги учрашув давомида ишлаб чиқилган эди. Улар қуйидаги постулатлар эди: 1) меъёрда кечаётган ҳомиладор-лик ва туғруқда дори-дармонлардан минимал даражада фойдала-ниш зарур; 2) кўрсатилаётган парвариш тегишли технология-лардан фойдаланишга асосланиши, минтақавийлаштирилиши лозим, бир вақтнинг ўзида парвариш илмий ютуқларга асосла-ниши, кўп режали бўлиши, шунингдек, яхлит бўлмоғи керак. Бундай ғамхўрликни кўрсатишда оилани эътиборга олиш зарур, аёлнинг маданий анъаналарига мос келиши ҳамда аёллар/уларнинг оиласини қарор қабул қилишга фаол жалб эта олиши, ниҳоят, ҳар қандай парвариш бемор аёлларнинг шахсиятини, шаънини ва сир сақлаш ҳуқуқини ҳурмат қилиши зарур.



10-расм. Самарали перинатал парвариш бўйича қўлланманинг титул варағи.

Келгусида бу қоидалар Европа минтақасининг барча мамлакатларида кенг қўллаб-қувватланди, тарқалди ва татбиқ этилди (11-расм).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

11-расм. «Самарали перинатал парвариш» принциплари қабул қилинган ва фойдаланилаётган Европа мамлакатлари минтақаси харитаси (ЖССТ).

Бир қанча вақт ўтиб тамойилларга мос келувчи «Самарали перинатал парвариш» дастурининг асосий мақсадлари аниқланди ва улар 2015 йил учун қуйидаги вазифалар ҳисобланди:

- 1990 йилга таққосланганда оналар ўлими кўрсаткич-ларини 75% га камайтириш;
- болалар ўлими фоизини 1000 нафар тирик туғилган чақалоққа 35 нафардан камроққа эришиш йўли билан камайтириш;
- барча эҳтиёж сезаётганлар учун репродуктив саломатлик хизматларидан эркин фойдаланишни таъминлаш;
- она бўлишга тайёрланаётган аёлларнинг камида 80% ини юқори сифатли парвариш билан таъминлаш.

Алоҳида қайд этиб ўтиш жоизки, бугунги кунда тиббий ёрдам кўрсатиш ва парваришлаш бўйича энг сара намунавий мезон қуйидагича:

- тиббий ёрдам кўрсатишнинг бехавфлиги;
- тиббий амалиётида даллиллардан фойдаланилиши;
- тиббий ёрдам кўрсатиш ва парваришлашнинг кетма-кетлиги ва яхлитлиги;

- уларни кўрсатишнинг мумкинлиги, мавжудлиги, шунингдек, имконияти;
- тиббий парвариш кўрсатиш жараёнида бемор аёллар ҳуқуқларини эътиборга олиш;
- тиббий ёрдам кўрсатишда ўзаро тартибга солиш ёндашувидан фойдаланиш.

Тиббий ёрдам кўрсатиш тўғрисидаги масаласини минтақавийлаштириш – бутун минтақада соғлиқни сақлаш хизматларини оқилона тақсимлаш билан бошлаш керак, бу ерда барча даражадаги тиббий муассасалар ва хизматлар (бирламчи, иккиламчи ва учламчи) аҳоли учун қулай жойларда жойлашган ва иқтисодий жиҳатдан самарали тиббий ёрдам кўрсатишни таъминлайди. Тиббий ёрдамни ташкил этишнинг ушбу тизими ўзининг самарадорлигини қайта-қайта кўрсатди ва исботлади ва бу, айниқса, перинатологияда кўзга ташланди. Минтақавий тизим оналар ва чақалоқлар учун перифия (дастлабки) даражасида (туғруқхона, қишлоқ касалхоналари, қишлоқ шифокорлик пунктлари билан бирга) тиббий ёрдамни таъминловчи, кам миқдордаги иккиламчи даражадаги туман касалхоналарини ҳамда янада камроқ миқдорда интенсив терапия бўлимили университет, илмий-тадқиқот институтлари касалхоналари ва Республика марказлари каби учинчи даражали касалхоналарни кўзда тутувчи кўплаб тиббиёт муассасаларининг мавжудлигини назарда тутади. Минтақалаштириш жараёнида бехатар ва самарали тиббий ёрдамни таъминлаш учун ҳар бир даражада тиббий ёрдамнинг бирламчи, иккиламчи ва учламчи даражаларини ўзаро тор интеграцияда таққослаши зарур. Кўрсатилган ўзаро алоқа, шунингдек, бир даражадаги даволаш муассасасидан бошқа даражадаги муассасага ўтказиш ёки госпитализация қилиш учун ҳам ўринга эга бўлиши керак. Тиббий хизмат тизимини яхши ўзаро алоқа, самарали госпитализация ва транспорт бошқаруви (айниқса, автопарк) билан шакллантириш зарур. Бир вақтнинг ўзида ушбу тизимда маълумотларни самарали тўплаш бўйича ечим бўлиши керак. Бундан ташқари хизматларни режалаштириш учун тизим фаолиятини назорат қилиш муҳим, бунда мутахассисларни диплом олгандан кейин тегишлича ўқитишни таъминлаш лозим. Шунингдек, самарали иш учун клиник баённомаларга, айниқса, муҳим клиник ва

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

бошқарув маълумотларига эркин ва тўлиқ киришни кафолатлаш зарур. Шуни алоҳида қайд этиш лозимки, минтақа чегарасида тиббий хизматларни оқилона тақсимлаш билан минтақалаштириш қуйидагиларга ёрдам беради: 1) кириш мумкинлиги; 2) самарадорлик; 3) бехавфлик; 4) кўрсатилаётган тиббий ёрдам ва парваришнинг иқтисодий самарадорлиги.

Шунга қарамасдан кўпинча тиббий хизматчилар амалиётида ҳеч қандай асоссиз стандарт муолажа тўплами белгиланади ва/ёки мунтазам топшириқлар автоматик равишда амалга оширилади. Бу ўз навбатида «акушерлик тажовузкорлиги» деб номланувчи гўёки фойда учун, аслида фойда келтирмайдиган, энг ёмони эса – перинатал ва чақалоқлар йўқотилиши, шунингдек, оналар ўлими ва касалланиши фоизини оширувчи ятроген, асосланмаган ҳаракатларга олиб келади. Бу ерда ҳомиладорлар учун унинг физиологик кечишида ҳомиладорнинг ўз уйига тақкосланганда касалхона туғруқлар учун бехавфроқ жой ҳисобланиши ҳақидаги гаплар бутунлай шубҳали эканлиги асосланади.

Макисмал даражадаги тиббий ёрдам ҳақида гапира туриб унинг анъанавий, шунингдек, беморга йўналтириган турларини муҳокама қилиш керак бўлади (12-расм). Беморга йўналтирилган тиббий ёрдам кўрсатиш уй шароитларига яқинлаштирилган ҳолда олиб борилишини кўрсатиб ўтиш керак (13 расм).

Минтақалаштиришдан ташқари адекват технология амалга оширилаётган тиббий ташаббуслар муваффақияти гарови ҳисобланади. Технология бу – аниқ муаммолар ечимини топишда тизимли қўлланувчи усуллар, муолажалар, аралашувлар, жиҳозлар ва шу каби инструментларни қамраб олувчи чора-тадбирлар қатори. Агар ундан фойдаланиш илмий асосланган ва/ёки у жойларда қўллашга макисмал даражада мослаштирилган, шунингдек, ундан фойдаланиш фасилитаторлар учун ҳам, беморлар учун ҳам максимал даражада қўллашга мослаштирилган бўлса, адекват ёки мувофиқ технология ҳисобланади. Техно-логияни, шунингдек, агар аҳоли мавжуд ресурслардан келиб чиқиб фойдаланса ва қўллаб-қувватласа ҳам адекват ҳисоблаш мумкин. Технологияга тегишли намуналар 14-расмда тақдим этилган.

ТИББИЙ ЁРДАМ

Анъанавий	Беморга йўналтирилган
❑ она ва бола беморлар деб қабул қилинади; ❑ туғруқнинг турли босқичлари турли биноларда олиб борилади; ❑ бола паравриши алоҳида палатада олиб борилади; ❑ қариндошларнинг келиб кўришлари тақиқланади; ❑ оталар фақат туғруқ жараёни ҳақида хабардор қилинади.	❑ она, чақалоқ ва тиббий хизматчилар – битта гуруҳ; ❑ туғруқлар бошдан охиригача битта бинода олиб борилади; ❑ она ва бола парвариши битта палатада амалга оширилади; ❑ қариндошлар она ва бола парваришига жалб этилади; ❑ ота туғруқ жараёнида иштирок этади.

12-расм. Анъанавий ҳамда беморга йўналтирилган тиббий ёрдам кўрсатиш ва парваришлашдаги асосий фарқлар.

13-расм. Сендей шаҳри Мияги перфектурасидаги (Япония) анъанавий уй шароитига максимал даражада мослаш-тирилган туғруқ залини жиҳозлаш намунаси.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Перинатал парваришда тегишлича технологиялар

- ❑барча муҳим қарорларни қабул қилишда аёлнинг роли;
- ❑ҳомиладорликда фойдаланилувчи гравидограмма ва туғруқдаги партограмма;
- ❑ҳамкорга туғруқ хонасида бўлишга рухсат этилади;
- ❑туғруқда позицияни эркин танлаш;
- ❑асосланмаган муолажаларни истисно этиш;
- ❑эрта ва чегараланмаган «тери терига» алоқаси;
- ❑чақалоқ гипотермияси профилактикаси;
- ❑чақалоқнинг самарали реанимацияси;
- ❑талаб бўйича кўкрак билан озиқлантириш ва биргаликда бўлиш;
- ❑тиббий ходим учун қўлларни тўғри ювиш инфекциялардан профилактика қилишнинг энг яхши усули;
- ❑дори воситаларидан оқилона фойдаланиш.

14-расм. Перинатал парваришда тегишлича технологиялар.

Қайд этиш керакки, адекват технологиялар тушунчасига парваришлашнинг янги самарали усулларини татбиқ этишдан ташқари асосланмаган амалиётларни, баъзан эса зарарли тиббий аралашувларни рад этиш ҳам кириши мумкин. Масалан:

1) эрта чилла даврида туққан аёл сийдик пуфагини доимий катетерлаш;

2) эрта чилла даврида қорин пастига муз қўйиш;

3) туғаётган аёлларда туғруққача доимий ҳуқнани қўллаш;

4) туғаётган аёллар чоти орасини туғруққача доимий қириш;

5) эпизиотомиянинг асосланмаган ҳолда тез-тез бажарилиши (юқори чот, оралиқва шу кабиларнинг йиртилиш хавфи бўйича кўрсатмада).

Юқорида айтилганлар асосида таъкидлаш керакки, ҳомиладорлик даврида дори дори воситасилари, диагностик аралашувларни тайинлашда ҳомиладорлик – касаллик эмас, физиологик ҳолат эканлиги принципига таяниш зарур. Бошқача қилиб айтганда, туғруқлар – муаммо, чақалоқлар – бемор ҳисобланмаслиги керак. Бир вақтнинг ўзида бундай

ёндашув билан тиббий ёрдам кўрсатиш ҳомиладорлик, туғруқ ва ундан кейинги даврда илгаригидек зарур ғамхўрлик кўрсатишни назарда тутади.

Энди тарихий амалиётнинг кўпчилигида ҳеч қандай асосланган база мавжуд эмаслиги аниқ бўлиб боради. Ва амалда ишлатилган нарсаларнинг кўпчилиги аслида, бир томондан, ресурсларни шунчаки совуриш бўлса, бошқа томондан, фактик зарарли аралашувлар бўлган. Шу жиҳатдан бугунги кунда амалиётда мавжуд нарсалар етакчи тиббий тадқиқотчилар томонидан синчиклаб таҳлил қилинмоқда.

Юқорида келтирилганларни жамлаб, шу нарсани қайд этишни истадикки, ҳар бир тиббий мутахассис кундалик ишини бошлашдан олдин ўзига бир нечта саволлар бериши зарур: Одатда, мен ўз ишимда қандай аралашувлардан фойдаланаман? Нима учун уларни қўллайман? Шу билан мен ўз мақсадимга эришяпманми? Мақсадимга эришиш учун қандайдир бошқа, яхшироқ йўллари борми?

Хулоса ўрнида айтиш керакки, гарчи туғруқлар баъзи вазиятларда юқори хавфли бўлиши мумкин, лекин кўпинча улар физиологик кечади (80–85%) ва қандайдир аралашувларни талаб этмайди. Юқорида айтиб ўтилганидек, БМТнинг Мингйиллик Ривожланиш Мақсадларига эришиш бўйича ҳисоботида туғруқ жараёнида ва чилладаврда малакали ва юқори сифатли ёрдам кўрсатиш оналар ва перинатал касалланиш ҳамда ўлим ҳолатлари борасидаги саволларни ечишда асосий қисмларидан бири эканлиги айтиб ўтилди. Бунда профессионал ва юқори сифатли антенатал, шунингдек, чиллаёрдам нафақат у ёки бу асоратлар ривожланишининг юқори хавфи бўлганларга, балки барча оналар ва чақалоқларга кўрсатилиши керак. Шунингдек, яна қайд этиш керакки, жойида кўрсатилаётган ёрдам осон ва эркин, шунинг баробарида маҳаллий шароит, маданият, анъана ва урфларга мослаштирилган бўлиши керак. Шу билан бирга ёрдам бехавф ҳам бўлмоғи лозим. Унда асоратлар ривожланиш ҳолатлари бўлганда тез ва зарур аралашувларни амалга ошира оладиган юқори сифатли профессионалларнинг иштирок этиши муҳим аҳамиятга эга, шунда дунёдаги илғор

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

билимлар ва амалиётларни тиббий хизматчилар кундалик фаолиятига татбиқ этишга эришиш мумкин бўлар эди.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A., Gemmill A., Ma Fat D., Boerma T., TemmermanM., Mathers C., Say L., on behalf of the United Nations Maternal MortalityEstimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group Global, regional, and nationallevels and trends in maternal mortality between 1990 and2015, with scenario-basedprojections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality EstimationInter-Agency Group // Lancet, 2016. Vol. 387. – P. 462–474.

2. Chalmers B., Mangiaterra V., Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course // Birth, 2001. Vol. 28 (3). – P. 202–207.

3. Enkin M. W. et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford UniversityPress, 3rd Edition, 2000.

4. Essential antenatal, perinatal and postpartum care, Training modules, WHO, Regional officefor Europe, 2002.

5. From the Message of the WHO Director General Dr LEE Jong-wook to World Health Day.Geneva, April 2005.

6. Maternal mortality in 1990–2015 // WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and UnitedNations Population Division Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group.

7. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practicalguide. WHOGeneva, 1996.

8. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö, Moller A., Daniels J., Gulmezoglu A. M., Temmerman M.,Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis // Lancet, 2014. Vol. 2.– P. e323–e333.

9. Schlenzka P. F. Safety of Alternative Approaches to Childbirth, Stanford University, March 1999

10. The world health report. Health systems: improving performance. Geneva, WHO, 2000.

11. The World Health Report. Make every mother and child count. WHO, 2005.

12. WHO, Database Repository, available at http: //gamapserver. who. int/mapLibrary/Files/Maps/Global_mmr_2015. png

13. Workshop on Perinatal Care. Report on a WHO Expert Meeting, WHO EURO, Venice, Italy.16–18 April 1998.

14. Дунё бўйича соғлиқни сақлаш ҳолати бўйича ҳисобот, 2005. Ҳар бир она, ҳар бир болани эътибордан четда қолдирмаймиз (қисқача шарҳ). Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, Женева, Швейцария, 2005.

15. Ҳомиладорлик ва туғруқни интеграл олиб бориш. Ҳомиладорлик ва туғруқларнинг асоратли кечишида ёрдам кўрсатиш. Акушерлар ва шифокорлар учун қўлланма. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, Женева, 2000.

16. Мингйиллик ривожланиш мақсадлари: 2015 йил учун ҳисобот // Бирлашган Миллатлар Ташкилоти, Нью-Йорк, 2015.

17. Самарали перинатал ёрдам ва парвариш. Акушерлик. Қатнашувчи учун қўлланма. Тошкент, 2013.

ИНФЕКЦИЯЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИДА ИЛҒОР АМАЛИЁТЛАР

Саломатлик билан боғлиқ инфекциялар (касалхона ичидаги) дунёнинг ривожланган мамлакатларида аҳамиятга эга муаммо ҳисобланади. Айрим манбаларга кўра госпитализация қилинган 5% дан 15% гача беморларда кузатилади, интенсив терапия бўлимлари/палаталаридаги беморларда 9–37% максимал даражага етади. Ушбу маълумотлар HELICS – Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveilance (Инфекциялар устидан назоратни амалга оширувчи Европа касалхоналари тармоғи) ташкилоти томонидан тасдиқланган. Ҳар йили Европада 5 миллионгача қайта аниқланган ўткир касалхона ичи инфекциялари қайд этилади.

Шундай қилиб, ушбу бобда касалхона ичи инфекцияларини профилактика қилиш бўйича чора-тадбирларни оптималлаштирига йўналтирилган дунёнинг илғор самарали амалиёти муҳокама этилади.

Демак, инфекциялар профилактикаси бўйича чора-тадбирлар тиббий хизматчи амалий фаолиятида қандай аҳамиятга эга? Шубҳасиз, инфекциялар профилактикаси бўйича чора-тадбирлар яхлитлигича тиббий ходимлар фаолияти ва соғлиқни сақлаш тизимида муваффақиятли устунлардан бири ҳисобланади. Бинобарин, аввалроқ тасдиқланганидек, амалий соғлиқни сақлаш тизимида инфекцияларнинг олдини олиш ҳал қилувчи роль ўйнайди:

1) керакли даражада тиббий ёрдам кўрсатишга таъсир кўрсатиб, шунинг баробарида бемор ва тиббий хизматчини ушбу фаолиятнинг салбий оқибатлари эҳтимолидан ҳимоя қилади;

2) соғлиқни сақлаш тизимига сарфланадиган маблағларни камайтиришга ёрдам беради ва шу билан унинг рентабел-лигини оширади;

3) у ёки бу юқумли касалликлардан амалий соғлиқни сақлаш тизимидаги ходимларни ҳам, жамиятнинг барча аъзоларини ҳам ҳимоя қилиш имконини беради;

4) антимикроб воситаларни тайинлаш сонини тез камайтириб, шу билан бирга дезинфектантлар ва микро-

организмлар экспозициясини пасайтиради, бу эса ўз навбатида микроорганизмларда уларга резистентлик ривожланишининг олдини олади.

Инфекция тарқалишини самарали олдини олиш учун ҳар бир тиббий ходим инфекциялар юқиши жараёнидаги олтита ажралмас компонентларни билиши зарур: 1) микробли агент: юқумли касаллик ривожланишини таъминловчи микро-организм; 2) резервуар: агентнинг яшаш жойи, масалан, инсон, ҳайвон, ўсимлик, чиқинди, ҳаво ёки сув; 3) чиқиш дарвозаси: одатда, ушбу агент яшовчи хўжайин организмидаги жой; 4) юқтирилиш йўли: агент бир жойдан бошқасига (ёки бир субъектдан бошқасига) юқиш усул; 5) кириш дарвозаси: агент у орқали организмга тушувчи хўжайин организмидаги жой; 6) зарарланган хўжайин: зарарланган субъект (1-расм).

Инфекция юқтирилиши ҳақидаги маълумотларни эътиборга олган ҳолда қандай қилиб инфекциялар тарқалишининг олдини олиш мумкин?

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Инфекцион агентни тутиб туриш ёки йўқ қилиш унинг тарқалиш циклини бузиш усулларидан бири ҳисобланади, масалан, антисептик эритмалар билан теримизга ишлов беришда (мисол учун, жарроҳлик муолажани амалга оширишдан олдин) биз аналогик шаклда ҳаракат қиламиз. Микробли агентни блокировкалаш бу инфекцион агентни қабул қилувчи резервуар/чиқиш дарвозасидан қўлни ювиш ёки таркибида спирт сақловчи воситалар билан қўлга ишлов бериш орқали амалга оширилади. Соғлиқни сақлаш соҳасида ишловчи барча ходимларни актив/пассив ўзига хос иммунизация билан таъминлаш муҳим аҳамиятга эга, бу фаолиятга мисол тариқасида гепатитнинг В тури, грипп, қизилча, қизамиқ, эпидемик паротит ва шу кабиларга қарши эмлаш ҳисобланади. Шунингдек, инфекцион агентлар билан соғлиқни сақлаш ходимлари алоқасига тўсқинлик қилиш инфекция тарқалиши олини олишнинг жуда муҳим таркибий қисми бўлиб ҳисобланади ва бу ўз навбатида соғлиқни сақлаш хизматчиларининг барчасини шахсий ҳимоя воситалари билан таъминлаш ва ундан фойдаланиш орқали амалга оширилади. Яна шуни эсда тутиш зарурки, беморлар мурожаат этадиган барча тиббий хизматчилар истисносиз потенциал равишда касал юқтирган деб ҳисобланиши ва бундан кейинги ҳаракатларини шунга мувофиқ бажариши керак (2–3-расмлар).

ЖССТ томонидан берилган маълумотларга кўра **қўл ювиш** – инфекциялар тарқалишидан огоҳлантиришга қодир ягона, энг муҳим, амалий аҳамиятли муолажа ҳисобланади.

Айтиш жоизки, қўлларни бемор/беморни текширишдан олдин ҳам, кейин ҳам ювиш керак бўлади, бундан ташқари ҳатто қўлда қўлқоп бўлган тақдирда ҳам қўлларни ифлосланган жиҳозлар, қон ёки биологик суюқликлар билан контактдан кейин ювиш зарур бўлади. Шунингдек, қўлларни қўлқоп кийишдан олдин ва кейин ҳам ювиш тавсия этилади. Алоҳида таъкидлаш керакки, қўллар ишга келганда ва кетиш олдидан ҳам ювилиши лозим.

2-расм. Бир бемордан бошқасига микроорганизмлар колония-синиг ўтиши.

3-расм. Бемордаги микроорганизмлар колонияси билан тиббий хизматчининг контаминацияси.

Қисқача айтганда, ушбу муолажа қуйидаги кўринишда бўлади: Сиз қўлингизни тоза сувда чайганингиздан кейин бармоқларингизни совунланг, бунинг учун 30–40 секунд сарфланади, қўл панжаларингизни бир-бири билан яхшилаб ишқаланг; шундан кейин қўл бармоқларингизни тоза сув оқими остида яхшилаб чайинг; қоғоз сочиқ ёки шахсий тоза сочиғингиздан фойдаланиб қўлларингизни қуритинг, қўлларни, шунингдек, ҳавода ҳам қуритиш мумкин (4-расм, 1-жадвал).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Қўл ювиш техникаси

2 Барча жараёнларнинг давомийлиги: 40-60 секунд

0

Тоза оқар сув остида қўл билакларини намланг

1

Совунни олинг, ёки агар суюқ совун булса, қўл билак тери юзасига бир хилда етадиган миқдорда булиши керак (1-2 мл)

2

Қул кафтини бир-бирига яхшилаб ишқаланг

3

Бармоқлар орасини очинг ва бир қул кафтининг ички юзаси билан бошқа қўлнинг ташқи юзаси хамда бармоқлар орасини фаол ювувчи ҳаракатлар билан давом эттиринг

4

Бармоқлар орасини очинг ва қўл кафтининг ички юзаларини бир-бирига хамда бармоқлар орасини фаол ювувчи ҳаракатлар билан давом эттиринг

5

Иккала қул бармоқларини букинг ва бир-бирига мустаҳкам қулф шаклида жойлаштириб ўзаро фаол ювувчи ҳаракатлар билан давом эттиринг

6

Чап қўлнинг бош бармогини унг қўлнинг кафти билан ушланг ва айланма ювувчи ҳаракатларни бажаринг, шу ҳаракатларни унг қул бош бармоғи билан такрорланг

7

Ўнг қўлнинг бармоқ фалангаларини дистал қисмини бирлаштиринг, чап қўл кафтининг уртасига босиб айланма ҳаракатларни бажаринг, шу ҳаракатларни қарама-қарши қул билан такрорланг

8

Қўлларни тоза оқар сувда чайинг

9

Қўлларни қуритишда қоғоз сочиқдан ёки индивидуал тоза сочиқдан фойдаланинг, шунингдек қўлларни ҳавода қуритиш мумкин

10

Сувни учириш учун қоғоз сочиқдан фойдаланинг

11

Энди Сизнинг қўлларингиз тоза!

4-расм. Қўл ювишнинг ЖССТ томонидан тавсия этилган босқичлари.

1-жадвал. ЖССТ томонидан тавсия этилган қўл ювишнинг босқичлари

Муолажа давомийлиги – 40-60 секунд.

- Қўлингиз бармоқларини тоза оқар сувда ювинг.
- Совун олинг ёки суюқ совун бўлса, бутун қўл кафтини совунлашга етадиган миқдорда олинг (1-2 мл).
- Қўлларининг кафтини бир-бирига яхшилаб ишқаланг.
- Бир қўлингизнинг кафти орқасига иккинчи қўлингиз кафтини қўйиб, бармоқлар орасини яхшилаб ишқаланг.
- Иккала қўлинниг кафтларини бир-бирига қаратиб, бармоқлар орасини ва кафтингизни яхшилаб ишқаланг.
- Кафтларингизни бир-бирига қаттиқ қулф қилиб бирлаштиринг, бунда бармоқлар ёстиқчалари ичкарида қолади ва яхшилаб ишқаланг.
- Чап қўлингизнинг бош бармоғини ўнг қўлингиз кафти билан айлантириб, ишқаланг, худди шу ҳаракатни ўнг қўлингиз билан ҳам такрорланг.
- Чап қўлингиз кафти ўртасига ўнг қўлингиз бармоқлари учларини бирлаштириб, босинг ва айланма ҳаракатлар билан ишқаланг. Шу ҳаракатни иккинчи қўлингизда ҳам бажаринг.
- Қўлларингизни тоза оқар сувда чайинг.
- Қўлларингизни қоғоз сочиқ ёки шахсий қуруқ сочиғингизда ёки ҳавода қуритинг.
- Сувни қоғоз салфеткадан фойдаланиб ўчиринг.
- Энди қўлларингиз тоза.

5-расмда қўлларни ювишнинг рационал бўлмаган амалиёти тақдим этилган. Расмдан ҳам кўриш мумкинки, узун енглар фаолият жараёнида микроорганизмлар колонияси билан аралашиб кетиши ва қўлларни ювиш жараёнида бармоқларни ифлослантириши мумкин (узун енглар қўллар гигиенасига салбий таъсир кўрсатиши ҳақида ишонарли асослар йўқлигига қарамасдан соғлиқни сақлаш мутахассислари амалий фаолиятида ҳаддан ортиқ узун енгли кийимлар кийишдан қочишни тавсия этади).

Агар қўллар визуал тоза бўлсагина уларни ювмасдан, таркибида спирт сақловчи антисептиклардан фойдаланиб

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ишлов берилса бўлади. Ушбу усул қўлларни оддий ювиш билан солиштирилганда анча самарали ҳисобланади.

5-расм. Қўлларни нотўғри ювиш амалиёти (ЖССТнинг «Соғлиқни сақлаш тизимида қўллар гигиенаси» қўлланмасидан олинган).

Бундай турдаги эритмани тайёрлаш учун 2 мл юмшатувчи восита (масалан, глицерин)га 100 мл 60–90% ли этил ёки изоприл спирти аралаштирилиш зарур, бунда қўлларга ишлов беришда қўллаш учун тайёр антисептик эритма ҳосил бўлади. Ҳар сафар ундан фойдаланишда тайёр эритмадан 3–5 мл олиш зарур (бу қўл панжалари бутун юзасига уни бир текисда тақсимлашга етади). Олинган антисептикни бармоқлар терисига яхшилаб суртиш керак, бунда қўлларни ювишда олиб борилувчи ҳаракатларга ўхшаш ҳаракатлар амалга оширилади (1-жадвал, 4-расм). Бармоқлар териси қуригунга қадар антисептик терига суртилади (одатда, 30–40 секунд).

Қўлларни ювиш ҳам бемор юзасига ишлов бериш (Механик, кимёвий, физик ва шу каби таъсир усуллари ёрдамида микроорганизмларни жароҳатлар, патологик ўчоқлар, аъзолар ва тўқималар, шунингдек, яхлит бемор организмидан йўқотишга йўналтирилган) каби антисептик-ларга киради. Шу сабабли турли

антисептикларнинг қўллаш соҳалари ҳақида аниқ тушунчага эга бўлиш жуда муҳим. Шиллиқ пардаларга ишлов беришда сувли эритмалар асосида тайёрланган антисептиклардан фойдаланиш, ҳеч қачон таркибида спирт сақловчилардан фойдаланмаслик зарур (тайёр антисептиклар эритмасида спирт 4% дан кўп бўлмас-лиги керак). Чунки спиртлар уларнинг тўсиқ функциясини камайтириш ҳисобига куйиш, яллиғланиш, касал юқтиришга таъсир кўрсатиб, шиллиқни шикастлайди. Энг кўп қўлланувчи антисептик агентлар ва уларнинг қўлланилиш соҳаси 2-жадвалда тақдим этилган.

Таъкидлаш керакки, ҳар қандай антисептикли эритмани тери ёки шиллиқ пардаларга ишлов беришда қўллашдан олдин бемордан, албатта, унинг аллергоанамнезини, антисептик эритма компонентларининг бирон-бир компонентига аллергияси бор-йўқлигини аниқлаштириб олиш зарур. Яна шуни айтишни истардикки, ҳар қандай инвазив аралашувдан олдин бемор терисига антисептик эритмаси билан ишлов бериш керак. Шу билан бирга теридаги инъекция қилинган деб тахмин қилинган жойгаҳамиша ҳам антисептиклар билан ишлов бериш керак эмаслиги ҳақида ҳам кўрсатмалар мавжуд. Агар теридаги инъекция қилинган деб тахмин қилинган жой ифлосланган бўлса, унда у ерни сув ва совун билан ювишнинг ўзи етарли, шундан кейин ушбу соҳани қоғоз ёки индивидуал сочиқдан фойдаланиб қуритиш зарур.

Антисептикларда индивидуал ҳимоя воситаси муҳим роль ўйнайди: қўлқоплар, ниқоблар, юз ниқоблари, бош кийимлар, фартуклар, кўзойнаклар, ёпиқ пойабзал ва шу кабилар. Булардан амалиётда энг кўп қўлланиладигани қўлқоплардир. Шундай қилиб, қандай ҳолларда қўлқоплардан фойдаланиш лозимлигини кўриб чиқамиз: 1) терининг шикастланган қисмлари, шиллиқ пардалар, қон ёки бошқа биологик суюқликлар билан тиббий ходим алоқасининг асосланган хавфи мавжуд бўлганда (жумладан, туғруқларга қатнашишда ва янги туғилган чақалоқлар билан ишлашда); 2) инвазив муолажалрни бажариш тахмин қилинган ҳолатларда; 3) тиббий ходимлар: а) ифлосланган жиҳозлар билан ишлаганда; б) тиббий ёки аралаш чиқиндилар билан ишлаганда; в) ифлосланган юзалар билан контактда бўлганда.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

2-жадвал. Энг кўп қўлланувчи антисептикларнинг қўлла-ниш соҳалари

Вена томирларига киришни таъминлашда терига ишлов бериш учун	Спиртлар (60–90% ли этил ёки изоприл спиртлари) Хлоргексидин глюконат ва цетримид (камида 2%): Savlon Йод дори воситасилари (3%) Йодофорлар (0,5–4%): Betadine Пара-хлор-Метаксиленол ёки хлорксиленол (0,–4%): Dettol **Хлоргексидин (2–4%): Hibitane, Hibiscrub, Hibiclens– энг маъқули**
Кесарча кесишда ёки бошқа абдоминал операциялар да терига ишлов бериш учун	Спиртлар (60–90% ли этил ёки изоприл спиртлари) Хлоргексидин глюконат ва цетримид (камида 2%): Savlon Йод дори воситасилари (3%) Йодофорлар (7,5–10%): Betadine Пара-хлор-Метаксиленол ёки хлорксиленол (0,–4%): Dettol Хлоргексидин (2–4%):Hibitane, Hibiscrub, Hibiclens **Йодофорлар (7,5–10%): Betadine – энг маъқули**
Қин муолажалари ва аралашувлар идан олдин шиллиқ қаватга ишлов бериш учун	Хлоргексидин (2–4%): Hibitane, Hibiscrub, Hibiclens Хлоргексидин глюконат ва цетримид (камида 2%): Savlon Йодофорлар (7,5–10%): Betadine Бачадон бўйни ва қинга ишлов беришда таркибида спирт сақловчи антисептиклардан фойдаланишдан қочиш керак. Спиртлар шиллиқлар қуйишига олиб келади, бундан ташқари спиртлар уларни қуритиб юборади ва уларни қўзғатишни келтириб чиқаради ва шу орқали микроорганизмлар ўсишига таъсир кўрсатади

Маълумки, қўлқопларнинг ҳар хил турлари мавжуд (жарроҳлик, юқори дезинфекцияланган, кўрик учун, хўжалик). Қачон ва қандай қўлқопларни кийиш керак? JHPIEGO (John Hopkins Programfor International Education in Gynecology and Obstetrics – акушерлик ва гинекологияга ўқитиш бўйича Джон Хопкинс номидаги клиника) экспертлари тавсияларига мувофиқ беморнинг шикастланган тери ёки тери ости структуралари соҳаси билан алоқада бўлувчи муолажаларни бажаришда тиббий ходимлар юқори дезинфекцияланган ёки стерил (жарроҳлик) қўлқопларни кийишлари назарда тутилади; вена ичи инъекциялари, қон олиш ёки қон ёхуд биологик суюқликлар билан ишлашда (жумладан, қинни кўздан кечиришда) кўрик қўлқопларини кийиш керак бўлади; жиҳозларни тозалашда, чиқиндилар билан ишлашда ёки қон ёхуд бошқа биологик суюқликлар билан ифлосланган юзаларни тозалашда хўжалик қўлқоплари кийилади. Бунда шуни қайд этиш керакки, тиббий ходимлар ҳеч қачон тешиклари, йиртиқлари ёки бошқа нуқсонлари бўлган қўлқоплардан фойдаланмаслиги керак. Жарроҳлик қўлқопларни кийиш бўйича тавсиялар 6-расмда тақдим этилган.

Стерилланган қўлқопларни кийишдан олдин тиббий ходим қуйидагиларга амал қилиши лозим:

1. Қўллар гигиенасини таъминлаши – ювиш ва уларга антисептикли эритма билан ишлов бериш.

2. Қўлқоплар қадоғининг бутунлигини текшириши, кейин стерилланмаган қадоқнинг термик кавшарланган четини кўтариб қўлқоплар қадоғининг стерилланмаган қисмини очиши зарур, бунда қадоқнинг стерилланган ички қисмига тегиб кетишдан эҳтиёт бўлиш керак.

3. Қўлқоп қадоғининг стерилланган қисмини унга тегмасдан қуруқ, тоза юзага жойлаштириш, шундан кейин стерилланган қадоқни очиш ва унинг ичидаги стерил қўлқопларни олиш зарур.

4. Бош ва кўрсаткич бармоқлардан эҳтиёткорлик билан фойдаланиб қарама-қарши қўл учун тахланган қўлқоп четидан ушланади.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

5. Бир вақтдаги ҳаракат билан қарама-қарши қўлнинг букланган бармоғини қўлқопга киритиш ва уни кийиш керак, бунда қўлқопнинг тутиб турилган тахлами билак даражасида бўлиши лозим.

6–7. Иккинчи қўлқоп олинади, бунда қўлқоп кийилган қўл бармоқлари тахлама остида жойлашади, яъни унинг стерилланган қисмида.

8–10. Бир ҳаракат билан бўш қўлқопни қўлқоп кийдирилмаган қўлга кийдириш, бунда стерилланган қисмга – иккала қўлдаги қўлқопларнинг ҳам ташқи қисмига тегмаслик керак.

11. Агар қўл бармоқларига қўлқоп «тўлиқ» кийилмаган ёки «нотўғри» кийдирилган бўлса, қўлқопларни тўғрилаш ва уларни яхшилаб кийиш керак бўлади.

12–13. Шундан кейин қўлқопсиз биринчи қўлга қўлқоп кийдирилади. Иккинчи қўл (тўлиқ кийдирилган) бармоқлари тахламга киритилади (стерилланган қисмига) ва қўлқопларни кийишни якунлаш учун уни очади.

14. Энди Сизнинг қўлларингизга стерилланган қўлқоплар кийдирилган ва Сиз беморнинг олдиндан ишлов берилган тери қисмлари билан ишлашга тайёрсиз.

7-расмда қўлқопларни ечиш техникаси баён этилган. У қуйидаги шаклда амалга оширилади:

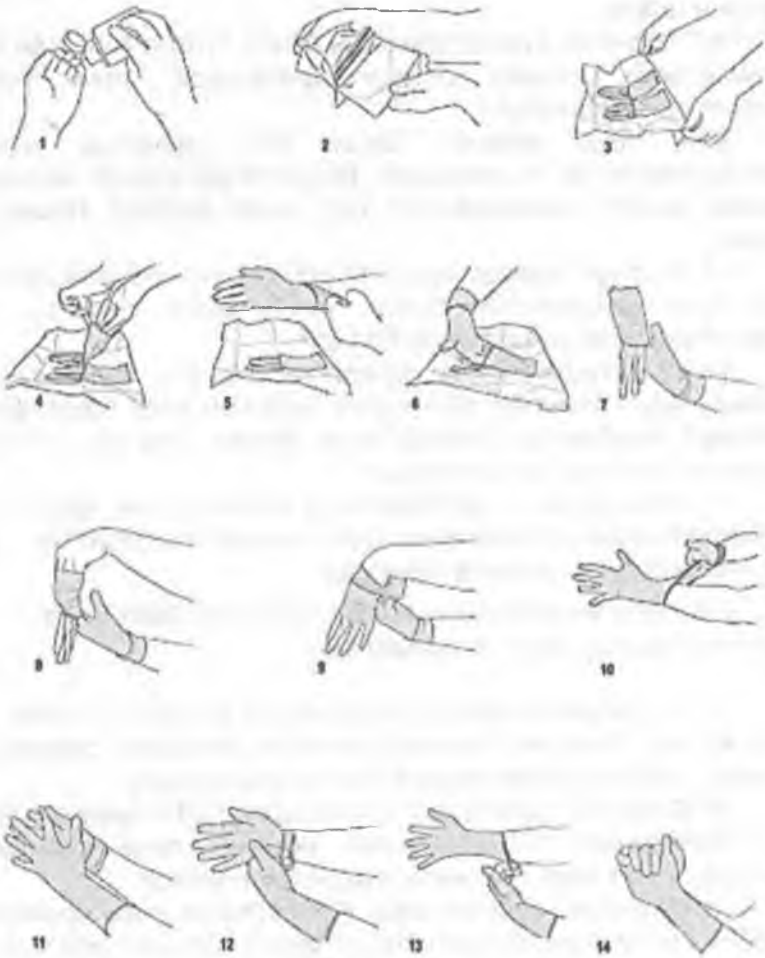
15–17. Биринчи қўлқоп ташқи юзаси учидан ушланиб ва тортиб, чап томонига ағдариб ечилади (қўлқопни охиригача ечманг – бармоқларга кийилганича қолиши керак).

18. Бошқа қўлдаги қўлқопни ечишда қўлқопи ярим ечилган қўл бармоқлари билан қўлқоп учлари ташқи қисмидан ушланади ва ташқи томонига ағдарилиб ечилади.

19. Қўлқоплар тўлиқ ечилди. Қўлқопларни ечиш жраёнида тиббий ходим яланғоч қўли билан фақат қўлқопларнинг ички юзасига тегиши зарур.

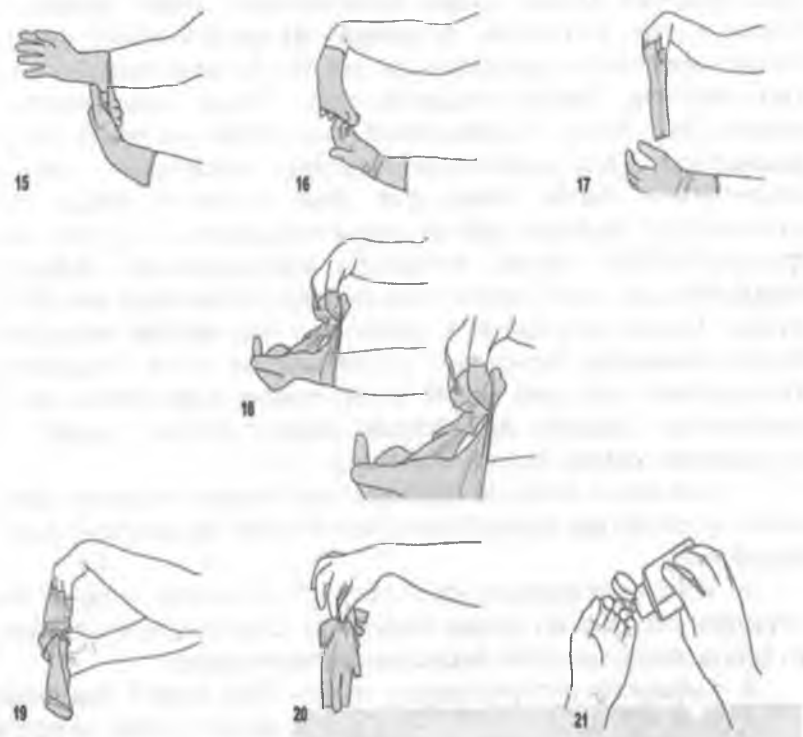
20. Қўлқопларни бартараф қилинади.

21. Юқорида келтирилган тавсияларга мувофиқ қўллар ювилади. Шуни эсда тутиш зарурки, қўлқопларни ечишдан олдин 10 дақиқа деконтаминация учун таркибида хлор сақловчи 0,5% ли антисептик эритмага тиқиб туриш керак.



6-расм. Стерилланган қўлқопларни кийиш техникаси.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



7-расм. Стерилланган қўлқопларни ечиш техникаси.

Индивидуал ҳимоянинг бошқа воситалари ҳақида гапира туриб, пойабзаллар ҳақида ҳам икки оғиз сўз айтиш зарур. Пойабзаллар ёпиқ (оёқ юзини тўлиқ ёпиши), сувга чидамли бўлиши, оёқ кафтини ўткир ёки оғир предметлар билан шикастланишдан асраши, шунингдек, уларни яхшилаб ювиш имконини берувчи материаллардан тайёрланган бўлиши керак. Фартуклар ҳам сувга чидамли, керакли узунликка эга (оёқни тўпиққача ёпиши) бўлиши, шунингдек, улар ювиш, бўктириш ва деконтаминация қилиш имконини берувчи материалдан тайёрланган бўлиши керак. Шубҳасиз, соғлиқни сақлаш тизимида ишловчи ҳар бир ходим учун, жумладан, ўткир предметларни ҳам деконтаминациялаш – зарарсизлантириш жараёни амалий

фаолиятининг муҳим қисми ҳисобланади. Ўткир предметлар билан ишлаш инфекция тарқалишидан профилактика қилишда муҳим компонент ҳисобланади ва бу бугунги кунда мавжуд маълумотлар билан тасдиқланади. Баъзи маълумотларга асосан бир йилда 3 миллионга яқин АҚШ соғлиқни сақлаш ходимлари фойдаланилган шприц игнасидан жароҳат олганлигини хабар беришади. Бир вақтнинг ўзида 2,5% атрофидаги ҳолатда тиббий хизматчиларнинг ОИВ юқтириши фойдаланилган шприц игнасидан жароҳатланиш оқибатида содир бўлади, В ва С гепатитни юқтириш ҳолатлари эса 40% га етади. Тақдим этилган маълумотлар ўткир тиббий чиқиндилар билан ишлашда билим ва малаканинг нечоғлик зарурлигини таъкидлайди. Шундай қилиб, ўткир предметлар билан ишлаш жараёнида қандай қоидаларга амал қилиш зарур? Бу қоидаларни қуйида келтириб ўтамиз:

1. Ҳеч қачон ўткир жиҳозларни бир қўлдан иккинчи қўлга – қабул қилинаётган қўлга ўткир томони билан йўналтириб узатиш керак эмас.

2. Игнали шприцдан фойдаланиб бўлингач, уларни бир-биридан ажратмаган ҳолда таркибида хлор сақловчи эритмада уч карра ювиш ҳисобига зарарсизлантириш зарур.

3. Зарарсизлантирилгандан кейин бир марта ишлатиладиган ўткир жиҳозлар зудлик билан бир-биридан ажратмаган ҳолда тешилишга чидамли тиббий контейнерга жойлаштирилади (8-расм).

8-расм. Ўткир тиббий чиқиндиларни тешилишларга чидамли контейнерда бартараф қилиш.

4. Фойдаланилган игналарни бартараф қилишда уларнинг бошларига қалпоқчаларини кийдиришга, уларни синдиришга уринмаслик, шунингдек, JHPIEGO экспертлари тавсиясига мувофиқ бартараф

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

қилишдан олдин игна ва шприцни бир-бирига улашга ёки ажратишаг ҳам уринмаслик керак.

5. Чок тикиладиган игна билан ишлангандадоимо игна тутувчи ва пинцетдан фойдаланиш (чок қўйишда ҳеч қачон игнани бармоқ билан ушламаслик ва олиб бормаслик!) зарур. 3-жадвалда игна ва шприцларни зарарсизлантириш босқичлари келтирилган.

3-жадвал. Игна ва шприцларни зарарсизлантириш қоидалари

1. Игналарни бартараф қилишдан олдин ҳеч қачон уларга қалпоқчасини кийдирманг, уларни синдиришга уринманг.
2. Игналарни бартараф қилишдан олдин ҳеч қачон игнани шприцдан ажратманг.
3. Фойдаланиб бўлингандан кейин игнани зудлик билан таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептикли эритмага ботириб зарарсизлантиринг, кейин шприцни антисептик билан тўлдиринг ва уни кучли оқим остида ювинг, бу ҳаракатни уч марта такрорланг.
4. Игнани шприцдан ажратмаган ҳолда игналар учун тешилишга чидамли тиббий контейнерга жойлаштиринг.
5. Игналар учун мўлжалланган тешилишларга чидамли контейнернинг учдан иики қисми тўлиши билан уни муҳрланг, шундан кейин у ёқиб юборилиши, капсула ҳолига келтирилиши (бетон ва шу кабилар билан тўлдирилиши) ёки кўмиб ташланиши мумкин.

Тиббий чиқиндиларни самарали зарарсизлантириш 4-жадвалда тақдим этилган.

Таъкидлаш керакки, мос ҳолда зарарсизлантирилгандан кейин зарарсизлантирувчи мосламани тозалаш амалга оширилиши зарур. Шубҳасиз, зарарсизлантириш кейинги ишларда жиҳозлардан фойдаланишда бехавфликни таъминлайди, шу сабабли бу ишни ундан фойдаланиб бўлгандан кейин дарҳол бажариш керак. Тозалаш бу – жиҳозларда микроорганизмлар миқдорини камайтириш имконини берувчи энг самарали усул, у жиҳозларнинг ифлосланган қисмларини визуал тозалаш имконини беради, шунингдек, жиҳозлар юзасидан органик тўқималарни

самарали йўқотишга таъсир кўрсатади. Тозалашни сув оқими остида совунли эритма ёки тозалаш учун тайёр эритма ёрдамида амалга ошириш мумкин. Жиҳозларни чўтка, губка ва шу кабилар бюиланг тозалаш керак.

4-жадвал. Оператив аралашувлар/туғруқлардан кейин тиббий чиқиндиларни зарарсизлантириш

1. Макродори воситаси/йўлдошни суюқликни сақлашга чидамли контейнерга жойлаштиринг.
2. Барча чиқиндиларни (жумладан, боғлов материаллари (докали/пахта шарчали/ўнталик/сочиқлар) ва шу кабилар) бартараф қилинг, уларни суюқликка чидамли контейнерга жойлаштиринг.
3. Фойдаланилган жиҳозларни зарарсизлантириш учун 10 дақиқа давомида таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептик билан тўлдирилган контейнерга тиқиб қўйинг.
4. Игна ва шприцларни таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептик билан уч карра ювиб зарарсизлантиринг, шундан кейин уларни бир-биридан ажратмасдан тешилишга чидамли игналар учун тиббий контейнерга жойлаштиринг. Ҳеч қачон игналарни бартараф олдидан синдириш, эгиш, шунингдек, уларга қалпоқларини кийдиришга уринмаслик тавсия этилади.
5. Бир марта ишлатиладиган ўткир тиббий жиҳоз-лар/мосламалар тешилишга чидамли тиббий контейнерга жойлаштириб бартараф қилинади.
6. Ифлосланган ич кийимлар суюқликка чидамли контейнерга жойлаштирилади.
7. Қўлқопларга ёпишган иккала қўл ҳам таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептикка ботирилади.
8. Чап тарафига ўгириб қўлқопдар ечилади.
9. Улар суюқликка чидамли контейнерга жойлаштирилади.
10. Барча индивидуал ҳимоя воситалари ечилади ва улар 10 дақиқа давомида таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептикли эритмага солиб қўйилади.
11. 10–15 секунд давомида сув оқими остида ёки чуқур идишга олинган сувда қўллар совунлаб ювилади. Индивидуал тоза сочиқ ёки қоғоз салфеткадан фойдаланиб қўллар қуритилади ёки ҳавода эркин қуритилади.
12. Қўлларга таркибида алкоголь сақловчи 3–5 мл антисептик суртилади (фақат шундай ҳолатдаки, қўллар визуал кирланмаган бўлса).

Тозалаш ва зарарсизлантиришдан кейин барча микроорганизмлар батамом йўқ қилинувчи навбатдаги

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

босқичда жиҳозларни стерилизациялаш давом этади. Стерилазация қуйидагилар ҳисобига амалга оширилади: 1) автоклавлаш; 2) қуруқ қиздириш билан ишлов бериш; 3) кимёвий ишлов бериш.

Стерилазациядан ташқари бактериал эндоспораларни истисно этганда, барча микроорганизмларни йўқотувчи юқори даражада дезинфекция қилиш тушунчаси ҳам мавжуд, у қайнатиш, буғ билан ишлов бериш ёки кимёвий эритмада бўктириш билан амалга оширилади.

Юқорида келтирилганларни хулосалашда жиҳозларга ишлов бериш циклини умумлаштиришга тўғри келади (9-расм).

9-расм. Жиҳозларга ишлов бериш цикли (зарарсизлантириш, тозалаш, стерилизациялаш).

Қисқача кўринишда ушбу цикл қуйидаги кўринишга эга: 1) фойдаланилган жиҳозларни зарарсизлантириш уларни 10 дақиқа давомида таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептик билан ивитиш ҳисобига амалга оширилади, шундан кейин ювилади ва тозаланади, тозалаш ишларихўжалик қўлқоплари, ниқоб ва кўзойнакдан фойдаланиб бажарилади; 2) стерилизация ишлов бериш усулларининг афзали ҳисобланади ва у автоклавлаш (106 кПа босим остида узатилувчи буғ билан, агар жиҳозлар қадоқланмаган бўлса 30 дақиқа, қадоқланган бўлса 30 дақиқа 121°С ҳароратда), кимёвий (10–24 соат ивитиш), шунингдек, қуруқ қиздириш (60 дақиқа давомида 170°С ҳароратда) йўли билан амалга оширилади; 3) шунингдек, қайнатиш орқали амалга оширилувчи юқори даражали дезинфекциялаш (20 дақиқа давомида буғ остида тутиб туриб ишлов бериш) ёки кимёвий ишлов бериш (20 дақиқа давомида ивитиш билан) ҳам мақбул ҳисобланади.

Таъкидлаш керакки, ишлов берилгандан кейин жиҳозларни совутиш ва мос ҳолдаги контейнерларда қуруқ, тоза жойда сақлаш зарур.

Мукаммал йиғиштириш бўйича чора-тадбирлар инфекциялар тарқалишининг олдини олишда муҳим аҳамиятга эга. Уни ишлаб чиқилган йиғиштириш графигига мувофиқ олиб бориш, шунингдек, йиғиштиришни амалга оширишда хўжалик қўлқопларини кийиш зарур. Агар вертикал юза ифлосланган бўлса, унда уни ҳамиша баланддан пастга йўналишида тозалаш зарур. Яна шуни қайд этиш керакки, йиғиштиришдан олдин янги тайёрланган дезинфекцияли эрита солинган чуқур идиш борлигигаишонч ҳосил қилиш керак.

Шундай қилиб, йиғиштиришда қуйидаги тавсияларга амал қилиш керак: 1) қон томчи/ҳалқоблари ёки бошқа биологик суюқликлар таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептикда намланган латта билан тезда артиб ташланиши лозим; 2) ҳар бир бемордан кейин каравотлар, столлар, каталкалар артилиши керак; 3) йиғиштиришда фойдаланилган мосламаларни мувофиқ ҳолда зарарсизлантириш зарур (таркибида 0,5% ли хлор сақловчи антисептикли эритмада 10 дақиқа давомида ивитиш).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Йиғиштириш давомида бартараф қилиш талаб этиладиган ифлосланган ишлатилган материалларга дуч келиш мумкин. Қон ёки бошқа биологик суюқликлар билан алоқада бўлган чиқиндилар ифлосланган ҳисобланади. Тиббий чиқиндиларни бартарафлашда биринчи навбатда уларни ифлосланган ва ифлосланмаганларга ажратиш зарур. Ифлосланган, лекин ўткир эмаслари оқиб кетмасликка чидамли контейнерга жойлаштирилади, агар чиқиндилар ўткир бўлса, уларни тешилишга чидамли контейнерга жойлаштириш керак бўлади. Ифлосланган чиқиндиларни кейинги бартарафлаш уч усулда бўлиши мумкин: 1) ёқиш; 2) кўмиш; 3) бостириш (масалан, бетон, гипс ва шу кабилар билан).

Хулосалар:

- барча тиббий ходимлар ва беморлар истисносиз зарарланиш (зарарланиш) хавфи остида бўлишади;
- зарарланиш хавфи инфекциялар профилактикасига қатъий амал қилингандагина бартараф этилиши мумкин;
- бу:

a) қўлларни ювиш ва қўлларга ишлов беришда таркибида спирт сақловчи антисептиклардан фойдаланиш;

b) қўлқоплар, ниқоблар, кўзойнаклар, бош кийимлари, фартуклар, пойабзал ва шу каби индивидуал ҳимоя воситалари;

c) игна, шприц ва шу каби ўткир жиҳозларнинг бехавф бартараф қилиш;

d) жиҳозларга ишлов бериш;

e) чиқиндиларни йиғиштириш ва бартараф қилиш.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Basic Maternal and Newborn Care: Basic Childbirth, Postpartum, and Newborn Care, 2004by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

2. Best Practices in Maternal and Newborn Care: A Learning Resource Package for Essential andBasic Emergency Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of The JohnsHopkins University.

3. Emergency Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of The Johns HopkinsUniversity.

4. Ganges F. 2006. Infection Prevention, a presentation in Accra, Ghana in Maternal and NewbornCare Technical Update. (April)

5. Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

6. Tietjen L, Bossemeyer D and McIntosh N. Infection Prevention Guidelines for HealthcareFacilities with Limited Resource's, 2003, JHPIEGO, USA.

7. WHO Guidelines for Safe Surgery, Safe Surgery Saves Life's, World Health Organization, 2009.

8. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge CleanCare is Safer Care, World Health Organization, 2009.

ХОМИЛАДОРЛИКДА АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ

Ҳар йили дунё бўйича 210 миилионга яқин аёл ҳомиладор бўлади, улардан 8 миллионга яқини ҳомиладорлик билан тўғридан-тўғри боғлиқ ҳаётларига хавф солувчи асоратлардан азият чекади. Уларнинг аксарияти узоқ муддатли касалланиш ва ногиронликка олиб келади. Мос антенатал кузатувлар кўрсатилган асоратлар ривожланишининг олдини самарали олиши мумкинлигига қарамасдан ривожланаётган минтақалардаги ҳомиладор аёлларнинг фақат ярми камида тўртта туғруққача тавсия этилган маслаҳатларни олишади. Маълумки, антенатал парвариш ўзининг қатор мақсадларига эга: 1) ҳомиладорлар, шунингдек, уларнинг оилаларини ўқитиш, маслаҳат бериш ва қўллаб-қувватлаш; 2) ҳомиладорлик даврида профилактика ишларини бажариш; 3) физиологик кечишнинг ортда қолиши белгиларини эрта билиш, шунингдек, асоратлар пайдо бўлишини аниқлаш мақсадида текшириш; 4) ҳомиланинг ривожланишдан ортда қолишлари, патологиялар ва асоратлар аниқланганда ҳомиладорни госпитализация қилиш учун ёрдам кўрсатишга мувофиқ тиббий муассасаларга жўнатиш; 5) агар муаммоллар аҳамиятсиз ва жойида бартараф этишнинг имкони бўлса, унда мос келувчи ёрдам ва парваришни кўрсатиш.

Ушбу мақсадлар тиббий хизматчилар томонидан амалга оширилади ва ўз навбатида уларни амалга ошириш учун қатор функционал мажбуриятлар қўйилади: 1) ҳомиладорлардаги касалликларни профилактика қилиш ва уларнинг соғлиқларини мустаҳкамлашга йўналтирилган чора-тадбирларни қабул қилиш; 2) ҳомиладорларни зарур даволашлар билан таъминлаш; 3) бошқа тиббий мутахассислар, ходимлар билан келишилган ҳолда ҳамкорликда ҳаракатларни амалга ошириш (масалан, бир томондан, даволаш муассасасида ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш, бошқа томондан эса – оилавий поликлиникада туғруққача ўқитишни амалга ошириш); 4) аёлларни соғлом ҳаёт тарзи ва ўзини ўзи мустақил парваришлаш асосларини ўқитиш; ўзида қуйидагиларни қамраб олувчи ҳиссий қўллаб-қувватлашни амалга ошириш: ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла

даври бўйича ҳомиладор аёл ёки унинг оиласи бошдан кечираётган ҳар қандай хавотирлар ва барча талабларни эшитиш ҳамда муҳокама қилиш.

Бугунги кунда мавжуд антенатал парваришлаш дастури XX асрнинг биринчи ўн йиллигида Европада ишлаб чиқилган моделлар асосида пайдо бўлган. Бунда уларнинг катта қисми арзимас ўзгаришларга ҳам дош бермади, замонавий қарашларни ҳисобга олган ҳолда уларнинг кўпчилиги етарли самарадорликка эга эмас. Бошқа томондан, бугунги кунда туғруққача парваришлаш амалиётида фойдаланилаётган янги, асосан, диагностик, тиббий технологиялар кўпинча зарур илмий асосларсиз татбиқ этилмоқда ва бу уларнинг самарадорлигини инкор этади, баъзан эса зарар ҳам келтиради.

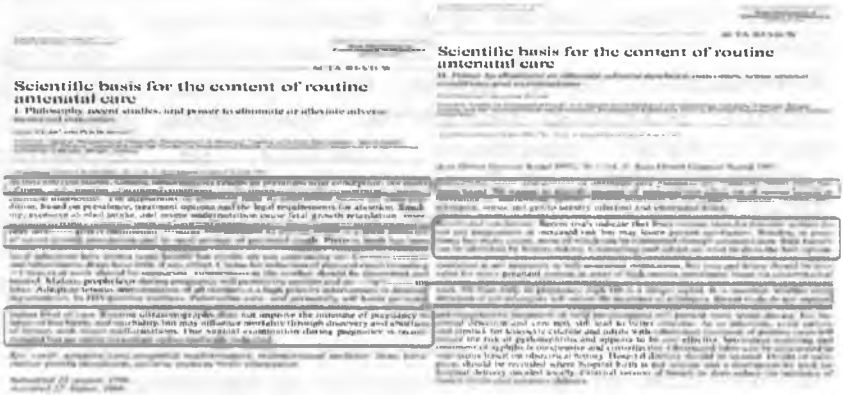
Самарали башоратлаш имконини берувчи ўзига хос белгиларни аниқлашга йўналтирилган хавф концепцияси антенатал парваришлаш соҳасидаги инновацияларнинг кўрсатмали мисоли ҳисобланади. Натижада юқори хавф гуруҳидаги аёлларда касалликлар ёки асоратлар пайдо бўлиши ёки ривожланишидан олдин огоҳлантириш, баъзан ўзгартириш имконини берган бўлар эди. Назарий жиҳатдан ушбу концепция ажойиб кўринади, бироқ ҳозирги вақтда ҳомиладорларда антенатал хавфни баҳолашнинг маҳаллий тизимидан амалиётда фойдаланишнинг аҳамиятли қимматга эга эмаслиги етарлича миқдордаги тадқиқотлар томонидан ишончли тарзда кўрсатиб берилди. Чунки кўп ҳолларда баҳоланадиган хавф мезонлари ўзида жуда кам сезувчанлик ва ўзига хосликка эга бўлади ва сохта манфий ва сохта мусбат натижаларнинг намоён бўлиш улуши ошиши билан кечади, бу ўз навбатида ҳомиладорларнинг катта улушига тиббий ёрдам кўрсатиш ҳажмининг ҳаддан зиёдлиги ёки етишмаслигини (акушерлик агрессияси) келтириб чиқаради. Асоратлар ривожланишининг юқори хавфи бўлган бор-йўғи 10–30% ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг асоратли кечиш ўрнига эга бўлиши амалиётда кузатилган (мос ҳолда 70–90% ҳомиладорлар ҳаддан зиёд даволанадилар). Ёки аксинча, 20–50% ҳолатларда муддатидан олдинги туғруқлар антенатал асоратлар ривожланишининг «кам хавфи» бўлган аёлларда ривожланади.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Юқорида баён этилганлар нуқтаи назаридан асоратлар шаклланиши антенатал хавфини баҳолашнинг турли тизимларидан доимий фойдаланиш тавсия этилмаслиги ҳақидаги ЖССТнинг тавсиялари тамомила асосланган дек кўринади. ЖССТ жкспертлари тасдиқлашига мос ҳолда ҳар қандай ҳомиладорлик у ёки бу асоратлар ривожланиш хавфи остида бўлади, шунинг учун ҳомиладорликнинг асоратли кечиш хавфи остидаги барча маслаҳатлаш қилинган ҳомиладорлар бемор аёллар каби кўрилиши керак. Шу сабабли экспертлар башоратлаш омилларини қидиришда эмас, балки хавотирли белгилар ва асоратлар шаклланишининг эрта белгиларни аниқлашда диққатни бир жойга тўплашни тавсия этади. Юқорида айтиб ўтилганлар орасида ҳар қандай ҳомиладор аёллар синчиклаб кузатишга эҳтиёж сезишининг тасдиғи муҳим аҳамият касб этади. Бунда ҳар бир тиббий ходим ҳомиладорликнинг кечиши ва бу даврда кўпинча бўладиган тиббий шикоятлар ҳақида тасаввурга эга бўлиши керак, бу қўшимча текшириш ва парваришга муҳтож беморлар гуруҳини аниқлаш имконини беради. Таъкидлаш лозимки, барча муҳтож ҳомиладорларга ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш, бундай ёрдамни кўрсатиш имкони бўлмаган ҳолларда эса ҳомиладорларни янада юқори даражали тиббий муассасаларга йўналтириш керак.

Мавжуд антенатал амалиётлардан кўпчилигининг ҳаддан зиёдлигини 1997 йилда J.Villar ва P.Bergsjолар томонидан олиб борилган тадқиқот натижалари бўйича муҳокама қилиш мумкин. Масалан, ушбу тадқиқот натижалари ҳомила ҳолатининг доимий мониторинги учун бачадон туби баландлигини ўлчаш ва гравидограмманинг тўлдирилганлигини етарли ҳисобланишини аниқ кўрсатди. Тадқиқотда, шунингдек, кўп ҳолатларда қабул қилинганидан кўра кичикроқ ҳомиладорлик ҳолатини самарали антенатал мониторинг қилиш учун антенатал ташрифлар миқдори ишончли кўрсатилди. Шундай қилиб, бизнинг УТТ, Доплер, ФПС, КТГ ва шу каби қайта-қайта ва ҳар ойда ўтказиладиган текшириш усуллари, ундан ҳам кўпроқ ўтказиладиган антенатал ташрифлар аҳамиятли фойда келтирмайди, балки сарфланадиган материал воситаларининг ҳажми ортади. Ҳақиқатда ҳам ушбу нашрнинг иккинчи қисмида

доимий УТТ чақалоқлар учун натижаларни ҳеч қачон яхшиламаслиги тадқиқотчилар томонидан аниқланган. Хулосада муаллифларнинг тасдиқлашига кўра «мавжуд антенатал парваришлаш мундарижаси ва доираси бугунги кунда далилларга асосланган тиббиётга асосланган эмас, балки маросим ҳисобланади» (1-расм).


Scientific basis for the content of routine antenatal care

Scientific basis for the content of routine antenatal care

1-расм. J.Вильяра, П.Bergsjоларнинг мақоласидан парча. Туғруққача кузатув дастури мундарижасининг илмий асослари // ActaObstet. Gynecol. Сканд., 1997. Vol. 76 (1). – С. 1–14.

Юқорида тақдим этилган маълумотларни хулосалашда шуни алоҳида таъкидлаш керакки, бугунги кунда мавжуд антенатал парваришлашнинг анъанавий тизими ҳам диагностик, ҳам даволаш чораларидан ҳаддан зиёд қўллайди, бу ўзига хос агрессия ҳисобланади, кўпинча фойда келтирмайди, баъзан эса мавжуд вазиятни оғирлаштиради.

Бугунги кунда тўпланган маълумотлар 85% беморлар популяциясида ҳомиладорлик физиологик кечишини кўрсатади, шу сабабли улар қандайдир тиббий ўзига хос ёрдам кўрсатишга эмас, бор-йўғи асосий парвариш элементларига эҳтиёж сезади. Бошқа томондан, 10% гача ҳомиладорлик чегара ҳолат ҳисобланадиган ва ёрдамчи элеменлар қатори билан базавий парваришни талаб этадиган тез-тез учровчи тиббий муаммолар/шикоятлар фонида кечади. Фақатгина 5% ҳолатда ҳомиладорлик ҳаётга хавф солувчи ҳолатлар билан асоратланади ва махсус тиббий ёрдамни талаб этади (2-расм).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

2-расм. Популяцияда ҳомиладорлар орасида ёрдамнинг турли кўринишлари тақсимланиши.

Юқорида таъкидланганлар асосида ҳомиладорларни олиб боришнинг анъанавий тизимидан фарқли ўлароқ, ЖССТ тавсияларига асосланган тизим зарурлиги аён бўлиб боради: 1) барча ҳомиладорлар антенатал даврда зийрак кузатувга эҳтиёж сезади; 2) барча ҳомиладорлар антенатал даврда у ёки бу оғиш/асоратлар аниқланмагунича ҳомиладорлик нормал кечаётган гуруҳга киритилиши керак; 3) антенатал парваришлашда барча ҳаракатлар қандайдир асоратлар пайдо бўлиш хавфини баҳолашга эмас, балки аниқ оғиш/асоратларни аниқлашга йўналтирилиши зарур.

Ҳомиладорларга мўлжалланган антенатал парвариш ҳомиладорлар антенатал мониторингининг муқобил тизимларидан бири ҳисобланади. Ҳомиладорликка мўлжалланган ёки йўналтирилган парвариш ўзида бутун ҳомиладорлик даврида кўрсатиладиган ҳамда она ва ҳомила соғлиғини муҳофаза қилишга қаратилган текшириш ва парваришни ўз ичига олади. Ушбу турдаги антенатал парваришнинг анъанавий парваришдан асосий фарқи шундаки, бу парваришда ёрдам биринчи навбатда ҳомиладор аёлга мўлжалланган ва унинг эҳтиёжларига мувофиқ максимал даражада индивидуаллаштирилган.

Қуйидагилар тўпланган антенатал парваришнинг асосий таркибий қисми ҳисобланади:

1) тиббий кўрик/ёрдам сифатига қаратилганлик;

2) ҳар қандай ҳомиладорликда асоратлар ривожланиш хавфи мавжудлиги концепциясидан фойдаланиш;

3) тиббий кўрик/ёрдам фақат далилларга асосланган тиббиёт маълумотларига асосланади;

4) тиббий ёрдам ва парвариш ҳомиладорлик даврида энг кўп дуч келинадиган муаммо/шикоятларга йўналтирилади;

5) тиббий ёрдам фақат юқори малакали ва тажрибали тиббий хизматчилар томонидан кўрсатилади;

6) тиббий ёрдам максимал даражада индивидуаллаштирилган;

7) тиббий ёрдам беморга мўлжалланган;

8) тиббий ёрдам/парвариш асоратлар ривожланиш хавфини эмас, балки касалликларни аниқлашга қаратилган;

9) фокусланган тиббий ёрдам антенатал ташрифларнинг кам миқдоридан иборат, лекин бунда барча ташрифлар катта синчковлик ва зийраклик билан амалга оширилади.

Қуйидагилар фокусланган антенатал парваришнинг асосий мақсадлари бўлиб ҳисобланади:

1) ҳомиладорлар соғлиғини мустаҳкамлаш ҳамда касалликлар ривожланишининг олдини олиш;

2) мавжуд касалликларни аниқлаш ва даволаш;

3) ривожланган асоратларни эрта аниқлаш ва юқори самарали коррекциялаш;

4) туғруқлар ва эҳтимолий асоратларга тайёргарлик режасини ишлаб чиқиш.

Ушбу ҳолатда соғлиқни мустаҳкамлашда ҳомиладор-ларни соғломлаштиришга йўналтирилган соғлом турмуш тарзи принциплари ва бошқа амалиётларни тарқатиш бўйича ишларни амалга ошириш кўзда тутилган.

Қуйидагилар фокусланган антенатал парваришнинг фарқли томонлари бўлиб ҳисобланади:

1) тиббий махфийликка амал қилиш ва таъминлаш;

2) бутун ҳомиладорлик даврида битта тиббий ходим томонидан кўрсатиладиган тиббий парвариш ёки ёрдам, бу тиббий ёрдамнинг изчиллиги ва ўзаро боғлиқлигини кафолатлайди;

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3) қарор қабул қилиш, шунингдек, тиббий ёрдам/парвариш кўрсатиш жараёнига шерик/қўллаб-қувватловчи шахснинг жалб этилиши;

4) тиббий ёрдам/парвариш миллий баённомаларга асосланиши керак, бу қўлланилаётган амалиётлар асосланганлигининг юқори даражасини кафолатлайди;

5) фокусланган парваришни кўрсатишда госпитализация қилишга йўналтириш ва/ёки госпитализация қилиш жараёнининг аҳамиятли даражада соддалаштирилади.

Фокусланган антенатал ғамхўрлик кўрсатувчи тиббий ёрдам тизимида изчиллик, кетма-кетлик, шунингдек, антенатал, интранатал, постнатал парваришлар орасида ҳамда оилани тизимли режалаштиришда ўзаро боғлиқлик мавжуд.

Ҳомиладорларга мўлжалланган маслаҳатлашлар бемор аёллар соғлиғини мустаҳкамлашга қаратилган, яъни профилактик йўналтирилганликка эга; шунингдек, фокусланган антенатал парвариш кўрсатиш жараёнида қарорлар қабул қилишда ҳомиладор ҳам фаол иштирок этади; тиббий хизматчи томонидан тақдим этилган барча хабарлар қарор қабул қилишга таъсир кўрсатувчи маълумотларга қаратилиши керак.

Фокусланган антенатал парвариш доирасидаги ҳомиладорлар маслаҳатлашсида қуйидаги саволлар муҳокама этилиши зарур:

1) рационал озиқланиш тамойиллари;

2) ОИВ инфекциясини текшириш ва маслаҳат бериш;

3) ҳомиладорлик даврида энг кўп дуч келинадиган муаммо/шикоятлар пайдо бўлганда ҳаракатлар режасини ишлаб чиқиш ва муҳокама қилиш;

4) ҳомиладорликнинг кечишига салбий омилларнинг таъсири;

5) инфекциялардан профилактика қилиш принциплари;

6) ҳомиладорларнинг гигиеник эҳтиёжи;

7) жисмоний юклама ва дам олишда ҳомиладорларнинг физиологик эҳтиёжи;

8) фақат кўкрак билан озиқлантиришнинг афзаллиги;

9) чилладаврда оилани режалаштириш усулларидан фойдаланиш принциплари;

10) камқонликдан профилактика қилишнинг асосий усуллари.

Ҳомиладорларга мўлжалланган антенатал парваришлаш доирасида қуйидаги профилактик чораларни олиб бориш керак бўлади:

1) қоқшолга қарши анатоксин билан иммунизациялаш (навбатдаги АДС–М иммунизацияси бўлмаганда);

2) темир ва фолий кислотаси билан бойитилган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш;

3) балансировка қилинган поливитамин қўшимчаларни истеъмол қилиш;

4) йод танқислиги бўйича эндемик минтақада яшовчи аёллар учун йод дори воситаларини қабул қилиш;

5) гельментиоз ва/ёки безгак бўйича эндемик минтақада яшовчи аёлларда ушбу касалликларнинг олдини олиш учун антигелминт (мебедазол, альбендазол) ва/ёки безгакка қарши (артемикс) дори воситасиларни даврий тайинлаш, шунингдек, инсектицидлар билан импрегнирланган москитга қарши сеткалардан фойдаланиш.

Яна шуни таъкидаш керакки, ҳомиладорликка йўналтирилган парваришда аёлларнинг коморбид ҳолати қуйидаги қоидалар асосида олиб борилади:

1) антенатал даврда касаллик ва асорат клиник, лаборатор ва/ёки инструментал тасдиқланган ҳолатлардагина ҳомиладорлар профилактик даволаш ўрнига фақат коррекцияланади;

2) ҳомиладорлик кечишини синчиклаб мониторинг қилиш коморбид ҳолатли аёлларда ҳомиладорлик даврида касалланиш ва ўлим ҳолати кўрсаткичларини камайтиришни таъминловчи механизмнинг энг муҳим омили ҳисобланади.

Синчков парвариш фокусланган антенатал парвариш-лашни реализация қилишнинг зарур шарти ҳисобланишини эътиборга олсак, ҳомиладорлик кечишини муваффақиятли ва самарали мониторинг қилиш учун ушбу жараёнга ҳомиладорнинг ўзини, шунингдек, оила аъзоларини фаол жалб этиш кераклиги аён бўлади, бунга туғруқ учун тайёргарлик ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини олишга қаратилган режани ишлаб чиқиш билан эришиш мумкин. Бу жараёнда тиббий ходимнинг ушбу режани ишлаб чиқиш ҳамда режа билан ҳомиладор ва

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

унинг оиласини таништиришдаги устозлик мақоми муҳим аҳамият касб этади.

Қуйидагилар туғруққа тайёргарлик режасининг энг муҳим фурсати ҳисобланади: ҳомиладорни тайёргарликка, шунингдек, унинг оиласини бехавф туғруққа йўналтириш (унда физиологик туғруқ учун зарур барча буюмлар санаб ўтилган, туғруқ амалга ошириладиган тиббий муассаса (эҳтимол, мутахассис ҳам), шунингдек, туғруқ/асоратлар ривожланган ҳолатларда ҳомиладорни транспортировка қилиш усуллари ва йўллари ҳамда туғруқ жараёнида иштирок этувчи аниқ ҳамкор ҳам кўрсатилади). Туғруққа ҳамда асоратларга тайёргарлик режаси ҳомиладорни, шунингдек, унинг атрофидагиларни бўлиши мумкин бўлган эҳтимолий асоратларга тайёрлаши керак (бу ерда барча хавотирли белгилар санаб ўтилган, агар ҳомиладорнинг ўзи қарор қабул қила олмаса, қарор қабул қилиш учун масъул шахс кўрсатилган). 3-расмда туғруққа ва асоратларга тайёргарлик режаси эҳтимолий вариантлари тақдим этилган.

ТУҒРУҚ РЕЖАСИ

Менинг исмим_____ Туғруқ кутилаётган сана_____

Менинг шифокорим исми_____ Чақалоғимни назоратга олувчи шифокор_____

Туғруқ жараёнида менинг ёнимда турали

_____

Туғруқ жараёнида иштирок этади

_____

Биз хоҳлардикки, бизнинг катта фарзандларимиз:

- ☐ туғруқ жараёнида;
- ☐ палатага олингандан кейин;
- ☐ умуман кўришга келмаслигини хоҳлаймиз.

Биз иштирок этдик ёки режалаштиряпмиз:

- ☐ туғруққа қадар ўргатишни;
- ☐ оталар учун машғулотлар;
- ☐ туғруқхона бўйлаб экскурсия;
- ☐ катта болалар учун туғруқхона бўйлаб экскурсия;
- ☐ жисмоний тарбия билан шуғулланиш.

Мен ушбу тадқиқотда иштирок этишга розиман:

_____

Сиз ўзингиз ҳақингиздаги бирон-бир қўшимча маълумот беришни хоҳлайсизми (муҳим дақиқалар, кўрқув, ташвиш):

_____

_____

Менинг мақсадим:

- ☐ фақат менга яқин одамлар ҳамда ҳамшира мени қўллаб-қувватлаши ва ёрдам беришини истайман;
- ☐ қўллаб-қувватлаш ва юпатишдан ташқари дори-дармонли оғриқсизлантириш олиб борилишини истайман;
- ☐ бошқа йўллар бўлса тушунтиришингизни истайман.

[redacted]

Аёллар туғиш пайтидаги ноқулайликларни енгиллаштиришга қуйидаги чоралардан қайси бири ёрдам беришини аниқлашади. Марҳамат, туғруқ пайтида Сизнинг ҳамширангиз қуйидаги тинчлантирувчи чоралардан қайси бирини таклиф этишини исташингизни белгиланг:

❑ ванна/душ; ❑ сайр; ❑ иссиқ-совуқ сувли компрес; ❑ менинг севимли мусиқам; ❑ ўзимнинг шахсий кийимим/тунги кўйлагимни кийишим; ❑ кўп ёстиқларни (ўзиникини олиб келиш керак);	❑ укалаш; ❑ Нитронокс усули (икки хил газ аралашмасини мустақил қабул қилиш); ❑ колтокдан фойдаланиш; ❑ эпидурал анестезия; ❑ севимли нарсасига диққатни қаратиш; ❑ бошқалар.

[redacted]

Сизнинг акушеркангиз кучаниш даврида турли қулай ҳолатларни тонишда Сизга ёрдам беради. Қуйида кўрсатилганлардан қай бирини Сиз синаб кўришни истаган бўлардингиз:

❑ чўккалаган ҳолатда;
❑ ёнбошлаб;
❑ сёклар учун таянчи бўлган акушерлик креслосидан фойдаланишни хоҳламайман;
❑ бошқалар.

Фарзандим туғилгандан кейин мен хоҳлардимки:
❑ киндигини _____ кесишни;
❑ туғилиши билан чақалоғимни қорнимга қўйишларини;
❑ боламни менга беришларидан олдин адёлга ўрашларини;
❑ чақалоғимга биз уйдан келтирган ҳалпоҳни кийдиришларини;
❑ чақалоғимга биринчи бўлиб _____ таглигини кийдиришни;
❑ туғруқ жараёнини _____ расмга ёки видеога олишни;
❑ бошқалар _____

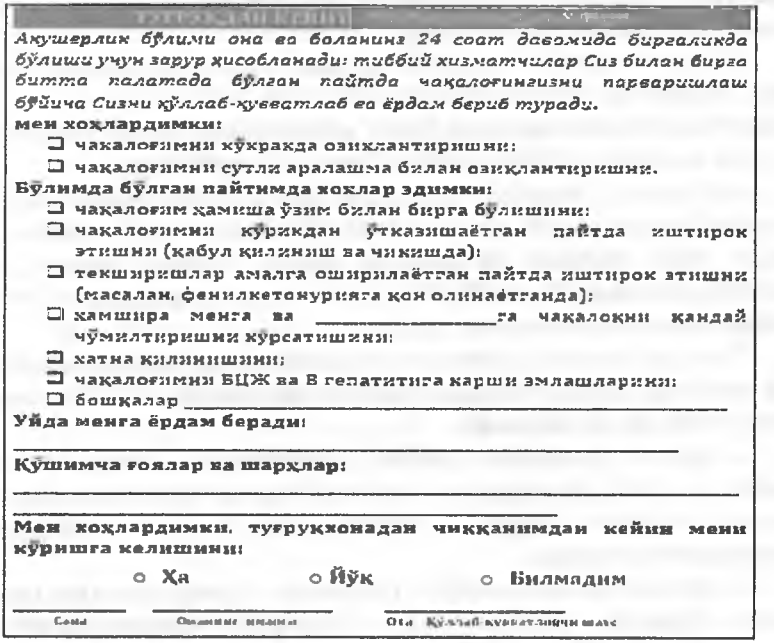
[redacted]

Ўзингизнинг шифокорингиз ёки акушерингиздан сўранг:

❑ ҳомила мониторинги; ❑ амниотомия; ❑ туғруқдаги кўзғалиш;	❑ қисқич/вакуумэкстракция дан фойдаланиш; ❑ эпизотомия; ❑ кесарча кесиш

[redacted]

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union



Ақушерлик бўлими она ва боланинг 24 соат давомида биргаликда бўлиши учун зарур ҳисобланади: тиббий хизматчилар Сиз билан бирга битта палатада бўлган пайтда чақалоғингизни парваришлаш бўйича Сизни қўллаб-қувватлаб ва ёрдам бериб туради.

мен хоҳлардимки:

- ❑ чақалоғимни кўкракда овиқлантиришни;
- ❑ чақалоғимни сутли аралашма билан овиқлантиришни.

Бўлимда бўлган пайтимда хоҳлар эдимки:

- ❑ чақалоғим ҳамиша ўзим билан бирга бўлишини;
- ❑ чақалоғимни кўрикдан ўтказишаётган пайтда иштирок этишни (қабул қилинган ва чиқишда);
- ❑ текширишлар амалга оширилаётган пайтда иштирок этишни (масалан, фенилкетонурияга қон олинаётганда);
- ❑ ҳамшира менга ва _____га чақалоқни қандай чўмилтиришни кўрсатишини;
- ❑ хатна қилинишини;
- ❑ чақалоғимни БЦЖ ва В гепатитига карши эмлашларини;
- ❑ бошқалар _____

Уйда менга ёрдам беради:

_____

Қўшимча ғоялар ва шарҳлар:

_____

_____

Мен хоҳлардимки, туғруқхонадан чиққанимдан кейин мени кўришга келишини:

○ Ҳа ○ Йўқ ○ Билмадим

_____ _____ _____

Сана Онанинг имзоси Ота Қўллаб-қувватловчи шахс

3-расм. Туғруққа ва асоратларга тайёргарлик режаси эҳтимолий вариантлари.

Асоратли туғруққа тайёргарлик режасининг бўлиши муҳим аҳамиятга эга эканлиги ҳақида қатор рационал сабаблар бор:

1) туғруқлар шошилинч ҳолат ҳисобланади ва туғруқнинг ҳар қандай даврида ҳар қандай асорат юзага келиши, бундай асоратлар юзага келган ҳолатларда улар тезлик билан зўрайиб кетиши мумкин ва бу олдиндан ишлаб чиқилган туғруқлар ва асоратларга тайёргарлик режасида мавжуд ташкиллаштирилган ҳаракатларни зудлик билан амалга оширишни талаб этади;

2) туғруққа тайёргарлик режасининг мавжудлиги туғруқлар керакли муҳитда ва тегишлича мутахассислар (тиббий ёрдамнинг зарур даражаси) иштирокида содир бўлади;

3) туғруққа ва асоратларга тайёргарлик режаси ҳомиладорларда мурожаатлар ҳамда ҳаётга хавф солувчи ҳолатларни эрта аниқлашга ўз таъсир кўрсатади, чунки уларда

хавотирли белгилар кўрсатилган, бу ҳомиладор ва унинг оила аъзолари эътиборини тортади;

4) асоратларнинг тез ўтиб кетиши ва уларнинг тез зўрайиши яна туғруққа ва асоратларга тайёргарлик режасида кўрсатилган вазиятларга ҳомиладор ва унинг атрофидагилардан тегишлича қарши ҳаракатлар билан тайёр туришни талаб этади.

Шубҳасиз, туғруққа ва асоратларга тайёргарлик режаси мундарижаси қатъий чегараланган бўлишни талаб этмайди ва унда турли жузъий ўзгаришлар қилса бўлади, бироқ унинг таркибида қуйидаги мажбурий таркибий қисмлар қатори бўлиши кераклигини ҳисобга олиш зарур:

1) туғруқ амалга оширилиши режалаштирилаётган муассаса ва жой (агар туғруқлар муддатидан илгари бўлса, унда перинатал марказлар ва шу кабилар);

2) аёлни туғдирувчи тиббий хизматчи. Гап шундаки, агар шифокор ушбу ҳомиладорликни олиб борган ёки ҳомиладор аёл билан олдиндан танишган бўлса, унда бу хавф эҳтимолини минималлаштиради;

3) маблағ ва воситаларни тақсимлаш ҳамда режалаштириш (ҳомиладорлар туғруқда зарур бўладиган сарф-харажатлар ҳақида тасаввурга эга бўлиши керак), бу бирон-бир тегишлича тиббий ёрдамни олишни қийинлаштириши ёки чегаралашидан огоҳлантиради;

4) иштирок этиши кўрсатилган шахслар туғруқ жараёнида эмоционал қўллаб-қувватлашлари ва ёрдам кўрсатишлари керак;

5) ҳомиладор қарор қабул қила олмайдиган ёки хоҳлайдиган ҳолатларда туғруқ жараёнида иштирок этувчи шахслар қарор қабул қилишда иштирок этиши зарур;

6) барча хавотирли белгиларни батафсил баён этиш.

Villar J. Ва ҳаммуаллифлар томонидан олиб борилган тадқиқотларда кўрсатилганидек, антенатал ташрифлар миқдорининг кўпайиши акушерлик натижаларини яхшиламайди, бундан ташқари антенатал ташрифларнинг катта миқдори ҳомиладорликнинг кечишига салбий таъсир ҳам кўрсатиши мумкин. Чунки антенатал ташрифларнинг катта миқдори акушерлик агрессияиси ошиши ва даволашнинг асосланмаган у ёки бу турини қўллашига олиб келиши мумкин.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Бошқа томондан, антенатал ташрифларнинг катта миқдори соғлиқни сақлаш тизими сарф-харажатларини кўпайтириб, унинг рентабеллигини камайтиради. Шу сабабли антенатал ташрифлар миқдорининг камайиши ҳамда самаралилиги исботланган даволаш тадбирларидан фойдаланиш тамомила асосланган ҳисобланади.

Шундай қилиб, ҳомиладорлик даврида антенатал ташрифларнинг қандай миқдори оптимал ҳисобланади ва биз билан чегарадош давлатларда қандай амалиётлар кузатилади? Россия Федерациясида аёллар ҳомиладорлик учун 13–16 та ташрифни амалга оширса, Украинада – 13, Қозоғистонда – 4–14, Арманистонда – 8, Латвияда – 5, Грузияда – 4 та ташриф кузатилади. Ўзбекистон Республикасида Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2012 йил 18 майдаги 137-сон буйруғига мувофиқ ҳар бир ҳомиладор аёл энг камида 7 та режали антенатал ташрифни амалга ошириши лозим (12 ҳафтагача, гестациянинг 16, 24, 30, 34, 36, 38–40-ҳафтасида), бунда 12, 24 ва 38–40 ҳафталикда ҳомиладорлар акушер-гинеколог томонидан кўрикдан ўтказилади. JHPIEGO экспертлари тавсияларига мувофиқ гестация муддатларида энг камида 4 та антенатал ташриф ҳомиладорликнинг физиологик кечишида оптимал ҳисобланади: биринчиси – ҳомиладорликнинг 16 ҳафтасигача, иккинчиси – ҳомиладорликнинг 20 ва 24-ҳафталари оралиғида, учинчиси – ҳомиладорликнинг 28 ва 30 ҳафталари оралиғида, ниҳоят тўртинчиси – ҳомиладорликнинг 36-ҳафтасида. Тавсияларга мувофиқ ҳолда ҳар бир антенатал ташрифда ҳомиладорнинг умумий ҳолатини янгидан баҳолаш тавсия этилади (1-жадвал).

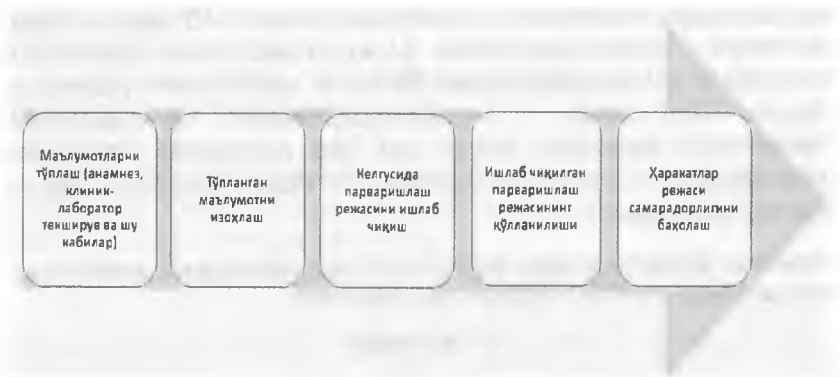
1-жадвал. Йўналтирилган антенатал парваришлашда антенатал ташрифлар (JHPIEGO экспертлар тавсияси)

	4 ташриф
Биринчи ташриф	16 ҳафтагача
Иккинчи ташриф	20 ва 24-ҳафталар оралиғида
Учинчи ташриф	28 ва 30-ҳафталар оралиғида
Тўртинчи ташриф	36-ҳафтада

Қайд этиш керакки, антенатал ташрифларни амалга оширишда ҳомиладорларга тиббий ёрдам ва ғамхўрлик кўрсатиш яхлитлигича ҳомиладор аёл талаблари, гестация муддатларига мос келувчи, шунингдек, ҳомиладорликда тез-тез дуч келинадиган шикоят/муаммолар ечимини топишга йўналтирилган ҳолда ишлаб чиқилган парваришни таъминлаш режасига мувофиқ амалга оширилиши керак.

Антенатал ташрифни амалга оширишда тиббий хизматчи анамнезни аниқлаш, тиббий кўрик, клиник-лаборатор текшириш ва шу каби керакли маълумотларни тўплаши зарур, кейинги қадамда тиббий хизматчи йиғилган маълумотларни изоҳлаши, шундан сўнг изоҳлар асосида ҳар бир аниқ ҳомиладор учун келгусида парваришлаш режасини ишлаб чиқиши ва татбиқ этиши керак; навбатдаги ташрифда тиббий хизматчи ишлаб чиқилган парваришлаш режаси самарадорлигини баҳолаши ва зарур ҳолларда тузатишлар киритиши мумкин (4-расм).

Шундай қилиб, базавий (асосий) парваришлаш таркибида қандай компонентлар бўлиши керак? Асосий антенатал парвариш қуйидагиларни ўзида қамраб олиши зарур:



4-расм. Антенатал ташрифни амалга ошириш схемаси.

1) тезкор дастлабки баҳолаш (тана ҳарорати, артериал босим, томир уриши, нафас олиш тезлигини ўлчаши, туғруқ

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

фаолиятини баҳолаши, ҳомиланинг юрак уришини эшитиши ва ҳисоблаши);

2) асосий баҳолаш (анамнезни йиғиш, тиббий кўрик, клиник-лаборатор, шунингдек, инструментал кўрик, олинган маълумотларни тиббий ҳужжатларга киритиш);

3) асосий парвариш (аниқ клиник вазиятларга асосланган қарорларни қабул қилиш, инфекциялар профилактикаси бўйича чораларни қўллаш, шахслараро ўзаро таъсир элементларидан фойдаланиш, озуқавий ёрдам, асосий хабарларни тақдим этиш, соғлом ҳаёт тарзини тарғиб қилиш, профилактик чора-тадбирлар, туғруқлар ва асоратларга тайёргарлик режасини ишлаб чиқиш).

Тезкор дастлабки баҳолаш, ўз навбатида, қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) ҳомиладор аёлни хавотирли белгилар мавжудлигига кўра текшириш (кучли бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши, титраб-қақшаш белгилари, ҳушдан кетиш белгилари, нафас қисилиши, иситма, бадбўй ва/ёки суюқ сувли қин ажралмалари, жинсий аъзолардан қон келиши, қоринда кучли оғриқ);

2) ҳомиладорни туғруқларнинг фаол фазаси мавжудлигига кўра текшириш (доимий туғруқ фаолияти, ҳар 3–4 дақиқада кучли ва жадаллик билан 20 ва ундан кўпроқ секунд давом этадиган тўлғоқлар, кучаниш фаолияти ёки кучангиси келиши, шунингдек, ҳомила атрофидаги суюқликнинг оқиши);

3) ҳомиладорнинг ҳаётий функцияларини баҳолаш (артериал босим, томир уриши, тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги).

Фокусланган антенатал парваришлашда асосий баҳолаш ўзида қуйидагиларни қамраб олади:

1) анамнез тўплаш;

2) тиббий кўрик;

3) клиник-лаборатор, шунингдек, инструментал текширув;

4) тиббий ҳужжатларни тўлдириш.

Шуни алоҳида қайд этиш керакки, олиб борилаётган текширишнинг ҳар қандай усули:

1) ҳомиладор ва ҳомила саломалиги ҳолатини аниқлашга йўналтирилиши;

2) ҳомиладорликнинг нормал кечишига таъсир кўрсатиши;

3) ҳомиладорнинг қарорлар қабул қилишда фаол иштирокини таъминлаши зарур.

Юқорида айтиб ўтилганидек, маълумотларни йиғиш ҳомиладор анамнезини аниқлаш, тиббий кўрик, клиник-лаборатор, шунингдек, инструментал текширувлар ҳисобига ҳам амалга оширилиши мумкин.

Ушбу ҳомиладорлик кечишининг асосий жиҳатларини аниқлашни ўз ичига олган жорий анамнез йиғишни ҳомиладорларнинг ҳар бир антенатал ташрифида амалга ошириш, шунингдек, ҳомиладорнинг ҳар бир антенатал ташрифида энг сўнгги ҳайзининг биринчи куни ва шикоятини аниқлаш лозим. Биринчи антенатал ташрифда ҳомиладорнинг жорий анамнези билан бир қаторда оилавий ҳамда ижтимоий анамнезини ҳам аниқлаш керак. Иккинчи антенатал ташрифда ҳомиладордан жорий ҳомиладорлик анамнези билан бир қаторда акушерлик анамнези, ҳаёт, касаллик анамнезларини аниқлаш, шунингдек, шахсий маълумотларни тўплаш керак. Навбатдаги 3 ва 4-ташрифларда ҳомиладорлардан жорий анамнез, шунингдек, шикоятларини аниқлаш керак бўлади (2-жадвал).

2-жадвал. Фокусланган антенатал парваришда анамнез йиғиш

	Ташриф			
	1-	2-	3-	4-
Шахсий маълумотларни йиғиш		*		
Жорий ҳомиладорлик анамнезини йиғиш (сўнгги ҳайзнинг биринчи куни, шикоятлар)	*	*	*	*
Олдинги ҳомиладорликларнинг кечиши ҳақидаги маълумотлар		*		
Касалликлар анамнези		*		
Оилавий/ижтимоий анамнез	*			

Анамнез йиғишдан ташқари антенатал ташрифда маълумотлар олиш тиббий кўрик ҳисобига таъминланади. Фокусланган антенатал ташрифни амалга оширишда кўрикнинг қуйидаги жиҳатларини эътиборга олиш тавсия этилади:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1) биринчи ташрифда: умумий маълумотлар (томир уриши, нафас олиш тезлиги, артериал босим, тана ҳароратини ўлчаш), сут безлари, кўкрак қафаси азолари, қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари, жинсий аъзоларни кўриш ва текшириш;

2) иккинчи, учинчи, шунингдек, тўртинчи ташрифлардаги кўрик ўзида қорин бўшлиғи аъзолари ва бачадонни текшириш ҳамда баҳолаш билан бир қаторда умумий маълумотларни баҳолашни ҳам қамраб олиши зарур.

Шуни таъкидлаш керакки, ҳомиладорларда туғруқ йўллари ҳолатини антенатал баҳолашни мувофиқ кўрсатмалар бўлганда амалга ошириш керак (3-жадвал).

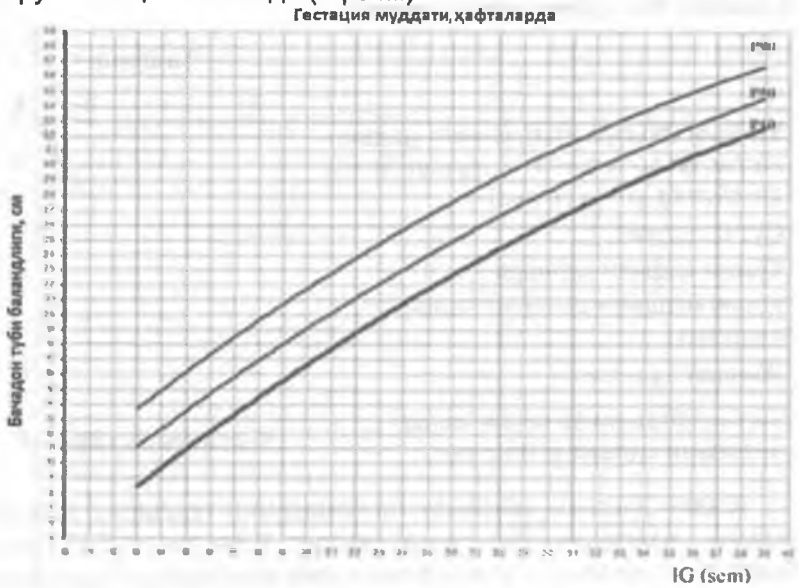
3-жадвал. Маълумот йиғиш: анамнез

	Ташриф			
	1-	2-	3-	4-
Умумий маълумотлар (томир уриши, нафас олиш тезлиги, артериал босим, тана ҳароратини ўлчаш)	*	*	*	*
Сут безлари	*			
Кўкрак қафаси азолари	*			
Қорин бўшлиғи ва кичик чаноқ аъзолари	*	*	*	*
Жинсий аъзолар	*			
Туғруқ йўллари ва кичик чаноқ аъзолари ҳолатини баҳолаш	Кўрсатмалар бўйича			

Қорин бўшлиғи аъзолари ва бачадонни текшириш қуйидаги асосий жиҳатларни ўз ичига олади: бачадон туби туриши баландлигини ўлчаш, ҳомила юрак уришини эшитиш, шунингдек, Леопольд-Левицкий усулларини бажариш. Айтиш керакки, бачадон туби баландлигини ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасидан бошлаб баҳолаш мумкин. Ҳомиладорликнинг 12 дан 22-ҳафтагача бўлган даврида бачадон туби баландлигини кўндаланг бармоқларда кўкракдан юқорида баҳолаш зарур, 22-ҳафтадан бошлаб эса бачадон туби баландлигини ўлчаш учун ўлчаш тасмасидан фойдаланиш тавсия этилади, бу гестация муддатларини баҳолаш имконини беради (см да аҳамият кўпинча ўзининг ҳафталардаги гестация муддатларига мос

келади). Ҳомиланинг юрак уришини гестациянинг 20-ҳафтасидан бошлаб эшитиш мумкин. Ҳомила ҳаракатини ҳомиладорликнинг 22-ҳафтасидан кейин қўл билан пайпаслаб аниқлаш мумкин, шунда унинг қисмлари қандайлиги гестациянинг 24-ҳафтасидан кейин аниқланган.

Алоҳида қайд этишни истардикки, ҳомила ўлчамлари унинг ўсиш динамикаси мавжуд нормативларига мувофиқлиги баҳолашнинг асосий муҳим жиҳати ҳисобланади, бу антенатал ташрифларни амалга оширишда ҳар бир ҳомиладорда олиб борилиши зарур. Гравидограмма – ҳомиланинг ўсиш динамикасини баҳолашнинг энг қулай ва умумқабул қилинган инструменти ҳисобланади (5-расм).



5-расм. Гравидограмма.

Анамнезни тўплаш билан бир қаторда антенатал ташрифда тиббий кўрик маълумотлари клиник-лаборатор, шунингдек, инструментал текшириш орқали олинади.

Фокусланган антенатал парваришни амалга оширишда тавсия этилган клиник-лаборатор, шунингдек, инструментал текшириш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1) қон зардобида В гепатити юза антигени (HBsAg);

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

2) тез реакцияга киришувчи плазма (PRP) ёки дастлабки трепонемасиз тестлар (VDRL), бу захмни ташхислаш қилиш имконини беради;

3) ОИВ зарарланиш;

4) гуруҳли, шунингдек, ҳомиладор қонининг резус-мансублиги;

5) қонда гемоглабин концентрацияси;

6) глюкоза учун сийдикнинг клиник таҳлили;

7) қондаги қанд ва альбумин – талабга кўра амалга оширилади;

8) фокусланган антенатал парваришда ультратовушли текширишга талаб пайдо бўлганда уни амалга ошириш тавсия этилади, фақат доимий эмас! (4-жадвал)

4-жадвал. Маълумотларни йиғиш: антенатал лаборатор-инструментал текшириш

	Ташриф			
	1-	2-	3-	4-
Қон зардобини HBsAg га текшириш (В гепатити юза антигени, ИФА усули), PRP (тез реакцияга киришувчи плазма, захмни аниқлаш) ёки VDRL (дастлабки трепонемасиз тестлар), ОИВ ташувчиси	*			
Гуруҳли ва қоннинг резус-мансублиги	*			
Қонда гемоглобир миқдори[&]	*	*	*	*
Таркибида глюкоза сақлашига кўра маҳаллий баённомаларга мувофиқ сийдик таҳлили	*	Кўрсатмалар бўйича		
Қонда қанд ва альбумин миқдори	*			
Ультратовуш текшируви	Кўрсатмалар бўйича (фокусланган парваришда доимий бажарилмайди)			

[8]ЖССТ рангли шкаласидан фойдаланиш тавсия этилган (6-расм).

6-расм. ЖССТ томонидан тавсия этилган рангли шкала.

Кундалик амалиётда илмий исботланган самарадорликка эга чора-тадбирлардан фойдаланиш фокусланган антенатал парваришнинг асосий мезонларидан бири бўлиб ҳисобланади. Шу муносабат билан ўзида асосланган базага эга бўлмаган доимий фойдаланиш тадбирлари рўйхатини ажратиб кўрсатишни истардик: 1) кўп марталаб тарозида тортиш (ҳомиладор вазни динамикаси назорати); 2) пельвиометрия; 3) киндик томирларининг доимий допплерометрияси; 4) ҳомила ҳаракатларини ҳисоблаш (Кардиф шкаласи); 5) гестациянинг 20-ҳафтасидан кейин фетоплацентар комплекснинг ультратовуш текширувлари катта миқдори; 6) стрессли, шунингдек, стрессиз тестлар билан биргаликда кардиотокография; 7) қоннинг биокимёвий таҳлили; 8) ҳомиланинг биофизик профилини баҳолаш.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Аввал айтиб ўтилганидек, озуқавий кўмак, шунингдек, қатор профилактик чоралар асосий парваришлашнинг таркибий қисмларидан бири ҳисобланади. Шундай қилиб, ҳар бир антенатал ташрифда тиббий хизматчи ҳомиладор билан ҳамкорликда камқонлик ривожланишидан огоҳлантирувчи саволларни муҳокама қилиши зарур. Бунда физиология, анатомиянинг базавий маълумотларига асосланган ҳолда шифокор ҳомиладор организмида рўй бераётган камқонлик ривожланишига таъсир кўрсатувчи ўзгаришлар сабабини аниқлаши, шунингдек, тиббий хизматчи ҳомиладорга йод танқислиги ҳолатида кузатилувчи касалликлар ва асоратлар, шунингдек, темир дори воситасиларини қўшимча истеъмол қилишдан иборат бўлган унинг ривожланиши олдини олиш йўллари (бир суткада бошланғич 60 мг II валентли темир эквивалентида) ва фолий кислотаси (бир суткада 400 мкг миқдорда) тўғрисида айтиб бериши керак. Шу билан бирга тиббий хизматчи темирнинг ўзлаштирилишига ёрдам берадиган темир (товуқ, мол, чўчқа гўшти, жигар, тухум сариғи, қисқичбақа, денгиз моллюскалари, броколли, оқ пўстлоқли картошка, темир билан бойитилган ёрма, ўрик, яшил нўхат, исмалоқ, майиз, тарвуз ва шу кабилар), фолий кислотаси (баргли сабзавотлар, сарсабил, броколли, папайя, авокадо, ёнғоқ, брюссел карами, дуккаклилар, нўхот, увилдириқ, рангли карам, қанд лавлаги, ширин қалампир ва шу кабилар) ҳамда С витаминига (ацерола шарбати, бойитилган ичимликлар, апельсин, ширин картошка, киви) бой маҳсулотларни истеъмол қилишнинг муҳим аҳамиятини алоҳида таъкидлаши зарур. Шу билан бир қаторда тиббий хизматчи камқонлик билан бирга кечувчи гелминтозлар, безгак ва шу каби касалликларнинг эрта аниқланиши ва даволашдан эҳтиёт бўлиши керак.

Қироллик акушер-гинекологлар жамияти тавсияларига мувофиқ барча ҳомиладорларда гестациянинг 18 ҳафталик + 0 кундан 20 ҳафталик + 6 кунлик муддатларигача ҳомилада юрак пороги ривожланишини аниқлашга скрининг текшируви амалга оширилиши зарур. Бунда шуни алоҳида таъкидлаш керакки, агар ультратовушли скрининг ҳомила Даун синдроми белгиларини аниқлаш учун ўтказилса, унда ҳомиладор қон зардоби таркибидаги α-фетопротеинни текшириш мажбурий бўлмаган

муолажа ҳисобланади. Шу нуқтаи назардан юқори квалификацияли мутахассис томонидан ультратовуш ташхис ускуналаридан фойдаланиб ультратовуш скринингини амалга оширишнинг муҳимлигини алоҳида таъкидлаш зарур.

Якунда қуйидагича **хулоса**га келиш мумкин. Мақсадли баҳолаш ва тиббий ёрдам кўрсатишни индивидуаллаштириш туфайли фокусланган антенатал парвариш ҳомиладорлик ва туғруқ давомида соғлиқни муҳофаза қилиш самарадорлигини яхшилаш, кўплаб касалликлар, асоратлар ривожланишининг олдини юқори самарали олиш, ҳомиладорлик билан бирга кечувчи касалликларни эрта босқичларда самарали ва ишончли даволаш ҳамда ташхислаш қилиш, ҳомиладорлик даврида ривожланувчи асоратларни эрта босқичда самарали ва ишончли даволаш ҳамда ташхислаш қилиш, ҳомиладорни, шунингдек, унинг атрофидагиларни туғруқлар ва эҳтимолий асоратларга тўлиқ тайёрлаш имконини беради.

Ниҳоят шуни доим ёдда тутиш керакки, антенатал маслаҳатни амалга оширишда тиббий хизматчи улар томонидан амалга оширилаётган ҳаракатлар нимадан огоҳлантиришга йўналтирилганлигини аниқ ва равшан тушуниши лозим (она, неонатал ёки чақалоқ ўлими/касалланиши ва шу кабилар). Шу билан бирга ҳаддан ортиқ ташхислаш олиб борилаётган даволашлар самарасини камайтириб, она ва ҳомила ҳаётини хавф остига қўювчи катта зарар ҳисобланишини ҳам тушуниш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Basic Maternal and Newborn Care: Basic Childbirth, Postpartum, and Newborn Care, 2004 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

2. Best Practices in Maternal and Newborn Care: A Learning Resource Package for Essential and Basic Emergency Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

3. Dražačić A. Antenatal care in developing countries. What should be done? J. Perinat. Med., 2001. Vol. 29. – P. 188–198.

4. Effective Perinatal Care (EPC) "Midwifery/Obstetrical Care"; 2010 World Health Organization.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

5. Enkin M., Keirse M. A guide to effective care in pregnancy and childbirth, Oxford Medical Publications, 2000.

6. NICE Clinical guideline: Antenatal care for uncomplicated pregnancies – published 26.03.2008. – Last modified December 2014.

7. Opportunities for Africa's Newborns, Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Antenatal care, 2014.

8. Villar J., Bergsjo P. Scientific basis for the content of routine antenatal care // Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1997. Vol. 76(1). – P. 1–14.

9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Не оставим без внимания каждую мать, каждого ребенка (Краткий обзор) Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2005.

10. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития, Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2004.

11. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год // Организация Объединенных Наций. Нью-Йорк, 2015.

ХОМИЛАДОРЛИКДА КЎП КУЗАТИЛАДИГАН МУАММОЛАР ВА ШИКОЯТЛАР

Мавжуд маълумотларга кўра умумий популяциядаги 10% гача ҳомиладорлар ҳомиладорлик даврида ўз-ўзидан чегара ҳолатлар ҳисобланувчи ва асосийлар билан бир қаторда қўшимча парвариш кўрсатишни талаб этувчи у ёки бу тиббий шикоятлар ёки муаммоларни бошдан кечиради. Ушбу контингентдаги ҳомиладорларда касалликни эрта аниқлаш ва мувофиқ тактикани ишлаб чиқиш алоҳида аҳамият касб этади, чунки бошқа ҳолатда бу ҳаддан ортиқ ташхислаш ва даволаш – акушерлик агрессияси билан бирга кузатилиши мумкин.

Маълум белгилар, шунингдек, аёлларнинг ҳомиладорлик, туғруқ ва чилладаврда юзага келиши мумкин бўлган психологик ҳамда эмоционал ҳолати ҳомиладорлик даврида кўп кузатиладиган тиббий муаммолар ва шикоятлар ҳисобланади. Шу билан бирга ҳомиладорлардаги кўплаб тиббий муаммолар ва шикоятлар уларда меъёрда намоён бўлишига қарамасдан, аёлларда ноқулай ҳиссиётлар ривожланишига таъсир кўрсатади. Айтиш жоизки, ҳомиладорлик даврида тиббий муаммо ва шикоятларнинг тез-тез учраши аёлларда махсус эҳтиёжларнинг пайдо бўлишига олиб келади ҳамда антенатал парвариш ва уни реализация қилиш режасини тузишда уларни эътиборга олиш зарур бўлади. Кўплаб муаммолар ва шикоятлари бўлган ҳомиладорлар ҳолатини баҳолашда тиббий хизматчи режанинг ҳомиладор умумий ҳолатига яхлитлигича аҳамиятли таъсир кўрсатмаслигига ишонч ҳосил қилиши керак. Ўз навбатида, қўшимча ғамхўрлик кўрсатишда тиббий мутахассис ҳомилага ҳам, ҳомиладор ҳаётига ҳам хавф солувчи хавф йўқлигига амин бўлиши керак. Қўшимча ғамхўрлик кўрсатиш жараёнида тиббий хизматчига ҳомиладор муаммоли жой ҳақида тўлиқ маълумотни тақдим этиши, бунда оддий тил ҳамда анатомия ва физиологиядан базавий билимдан фойдаланиши лозим. Маслаҳат беришда эса тиббий хизматчи ҳомиладорлик даврида тез-тез дуч келинадиган тиббий муаммо ва шикоятлар ривожланишининг олдини олиш ва уларни бартараф этиш масаласини ҳал қилиши керак бўлади. Ҳар бир антенатал ташриф хулосасида тиббий хизматчи ҳомиладор билан агар

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

унинг аҳволи оғирлашса ёки ёмонлашса, зудлик билан шифокорга мурожаат қилиши зарурлигини маслаҳатлашиши керак.

Шундай қилиб, қуйидагилар ҳомиладорлик даврида кузатиладиган тиббий муаммо ва шикоятлар бўлиши мумкин:

1) қоринда ёки чов соҳасидаги оғриқ, кўпинча санчиб оғриш тавсифига эга ва қорин девори чов, ёнбош ва/ёки қов усти соҳасида кутилмаганда бошланади, улар, асосан, ҳомиладорликнинг 2 ёки 3 учойлиги давомида учрайди;

2) сут безларидаги ўзгаришлар – сут безлари ўлчамининг катталашиши, сезувчанлиги, таъсирчанлигининг ошиши, уларнинг проекцияларида санчиш ҳисси, уларда оз миқдордаги оч ёки сарғиш рангдаги ажралмаларнинг пайдо бўлиши кўпинча ҳомиладорликнинг 1-учойлигида аниқланади;

3) оёқларда мушак спазмлари – тўсатдан пайдо бўлувчи, тез ўтувчи пастки оёқ мускуллари спазмлари кўпинча ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида кузатилади;

4) ҳомиладор узоқ муддат ўтирганда ёки тик турганда пайдо бўлувчи, ётиб, шунингдек, оёқларни кўтарган ҳолатда дам олгандан кейин йўқолувчи оёқ кафти ва болдирнинг шишиши кўпинча ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида ривожланади.

Пастки оёқ учлари мускул спазмлари (1-жадвал)

Ҳомиладорлик давридаги мускул крампларининг якуний сабаблари аниқланмаган бўлса-да, уларнинг ривожланишида минерал баланс (экстрацелюляр оқимда натрий таркибининг ортиши мушакларда ҳаракат потенциали нуқсонларни камайтиришга таъсир кўрсатади)нинг ўзгариши ва пастки оёқларда суюқлик димланиши муҳим роль ўйнаши мумкин.

Экспертлар тавсиясига мувофиқ қуйидагилар мушак крампларини бартараф этиш ва огоҳлантириш бўйича чоралар сирасига киради: 1) оёқларни уқалаш, компресли терапия; 2) маҳаллий иссиқ ўрашдан фойдаланиш; 3) спазм хуружи вақтида оёқларни тиззадан ростлаш ва болдир-товон суякларини бириктирувчи бўғинда оёқ кафтини орқага максимал даражада қайириш; 4) ҳомиладор танаси ҳолатини тез-тез ўзгартириш, бунда узоқ вақт ўтириш ёки тик турмаслик

керак; 5) компрессли трикотаж пайпоқ кийиб юриш. Шу билан бирга эрталаб ва
кечқурун тегишлича 122 мг ва 244 мг миқдорда магний микроэлементи (лактат, цитрат)ни қабул қилиш плацебога таққосланганда ҳомиладорларнинг учдан бир қисмида кучли мушак спазмларини бартараф этади.

1-жадвал. Пастки оёқ учлари мушак спазмлари

Анатомик/физиологик асос	**Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар**	**Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар**
Пайдо бўлиш сабаблари охригача ўрганилмаган	• пастки оёқ учларини уқалаш/компрессли терапия; •маҳаллий иссиқ ўрашдан фойдаланиш; •оёқни тизза бўғинида ростлаш ва бир вақтнинг ўзида болдир-товон суякларини бириктирувчи бўғинда оёқ кафтини орқага максимал даражада қайириш; •узоқ муддат ўтириш ёки тик турилганда тана ҳолатини тез-тез ўзгартириш; •компрессли трикотаж пайпоқ кийиб юриш	• вена томири устида локал оғриқни келтириб чиқарувчи, шиш – вена юза сатҳи тромбофелибити; •болдирлар оғриғи билан иситманинг бирикиши – чуқур веналар тромбози

Бунда крамплар болдир веналар юза сатҳи тромбофелити ва флеботромбозлари (локал оғриқ, қизариш билан бирикиши, шиш ва оғриқли веналар пайпасланганда шнурсимон қалинлашиши), шунингдек, чуқур веналар тромбозлари (иситмалаш белгилари (тана ҳарорати 38°С ва ундан юқори), шунингдек, шишлар билан бирикуви) каби хавфли ҳолатларнинг белгиси бўлиши мумкинлигига эътибор қаратиш зарур. Шу сабабли ҳомиладор

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

крампдан шикоят қилиб антенатал ёрдам сўраб мурожаат этганда тиббий хизматчи биринчи навбатда уларни чиқариб ташлаши керак.

Тўпиқ ва оёқ кафтлари шиши (2-жадвал)

Ҳомиладорларда артериал гипертензия бўлмаганда ўзидан ўзи изолирланган шишлар пайдо бўлишига аёл организмининг адаптив реакциясининг намоён бўлиши деб қаралиши керак. Бундай шишларнинг пайдо бўлишида қуйидагилар ҳал қилувчи роль ўйнайди деб ҳисобланади: 1) ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар, улар натрий ионлари билан бирга аёл организмида сув молекулаларининг ҳам ушланиб қолишини юзага келтиради, бу веноз димланиш ҳамда бунинг натижасида тўқималар орасидаги бўшлиққа каппилярлардан суюқлик сирқиб чиқишига олиб келади; 2) ҳомиладорликнинг 2-учойлигидан катталашган бачадон билан чаноқ вена томирларини сиқишувчи Механик омиллар қўшилади, бу суюқликнинг интерстициал каналида димланиши ва чиқиб кетишига аналогик олиб келиб, пастки оёқ учларидаги вена қон томирларидан қоннинг айланишини қийинлаштиради. Бундан ташқари тадқиқотларда ҳомиладорлик вақтида содир бўлувчи гиперэстрогенемия коллоидга бой субстанциялар (гиалурон кислота, гликозамингликанлар ва шу кабилар) ҳамда кам сувдан сувга бой тизимга ва камколлоидли моддалар билан бириктирувчи тўқиманинг асосий моддалари трансформация-сини таъминлашини ишончли кўрсатилган. Шу билан бирга ҳомиладорлик давридаги шишлар кўпинча иссиқ, нам иқлимли мамлакатларда яшовчи аёлларда, шунингдек, семизлик бўлган ҳомиладорларда бўлиши аниқланган.

JHPIEGO экспертлари фикрига кўра тиббий мутахассис шишлари бўлган ҳомиладорга қуйидаги профилактик ҳамда тўғриловчи чораларни тавсия этиши мумкин: 1) ҳомиладор ётган ҳолатда ёнбошлаб ётиши зарур; 2) оёқлар юқорига кўтарилган ҳолатда (ётган ҳолатда бошдан 25° юқорироқ тутиш); 3) ҳомиладор тана ҳолатини тез-тез ўзгартириши; 4) истеъмол қилинадиган суюқлик ҳажмини ошириши (бир суткада 750–1000 мл дан кам бўлмаган суюқлик), имкон қадар

ингичка боғичлар, камарлар, тор шим ва шу кабиларни кийишдан қочиши керак.

2-жадвал. Тўпиқ ва оёқ кафтлари шиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• гормонал ўзгаришлар, улар натрий ионлари билан бирга аёл организмида сув молекулаларининг ҳам ушланиб қолишини юзага келтиради, бу веноз каналининг тўлиши ҳамда бунинг натижасида тўқималар орасидаги бўшлиққа каппилярлардан суюқлик сирқиб чиқишига олиб келади; • катталашган бачадоннинг чаноқ ҳамда пастки ковак вена томирларини сиқиши	• ётган ҳолатда, чап ёнга ўгирилган ҳолда ётган яхши; • оёқларни тепага кўтарилган ҳолатда тутиш; • тез-тез тана ҳолатини ўзгартириб туриш; • суюқлик истеъмоли ҳажмини кўпайтириш; • имкон қадар оёқ атрофи ингичка боғичлар, камарлар билан боғланадиган пойабзаллар кийишдан қочиш керак	• бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши ва бошқа тавсифли белгилар оғир преэкламсия/эклампсия учун хос; • оғир камқонликнинг нафас қисиши, ранг ўчиши ва бошқа белгилари; • пастки оёқ учлари юза сатҳи ва чуқур вена томирлари тромбофелити учун тавсифли белгилар

Бунда тиббий хизматчи шишлар билан мурожаат қилган ҳомиладорларда қуйидаги ҳолатлар қўшилишидан огоҳ бўлиши зарур: 1) бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши, ҳушдан кетиш, тиришишлар ва шу кабилар, булар ҳомиладорда ҳомиладорлик гипертензив бузилишлар борлигини кўрсатади; 2) рангпарлик, нафас сиқиши, толиқиш

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ва шу кабилар ҳомиладорда камқонликнинг оғир даражаси мавжудлигини кўрсатади; 3) болдирдаги оғриқлар, мушак спазмлари, иситма, локал қизариш, вена томирларининг шнурсимон қалинлашиши ва шу кабилар пастки оёқ учлари вена томирларининг тромбофлебит ёки флеботромбози, шунингдек, болдир чуқур вена томирларининг тромбози учун тавсифли ҳисобланади.

Тез-тез кузатиладиган тиббий муаммолар: овқат ҳазм қилиш ва сийдик ажаратиш тизими

Ҳомиладорлик даврида аёллар овқат ҳазм қилиш тизимида ҳам тавсифли ўзгаришлар рўй беради: 1) асосан, ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида дуч келинадиган ич кетиши, ич қотиши билан кузатиладиган ичак фаолиятининг бузилиши; 2) ҳаддан зиёд иштаҳа ошиши ва унинг бузилиши ҳомиладорликнинг барча учойликларида ҳомиладорларда кузатилиши мумкин; 3) метеоризм, қорин дам бўлиши, иштаҳанинг йўқолиши аёлларда кўпинча 2 ва 3-учойликда аниқланади; 4) жигилдон қайнаши ва овқат ҳазмининг бузилиши, асосан, 2 ва 3-учойликдаги ҳомиладорларда кузатилади. Ҳомиладорлар учун овқат ҳазм қилиш ва сийдик ажратиш аъзолари томонидан яна қуйидаги ҳолатлар ва шикоятлар ҳам тавсифли ҳисобланади: 5) асосан, 1-учойликда кўнгил айниши ва қайт қилишнинг бўлиши; 6) ҳомиладорликнинг барча учойликларида ҳомиладорларни кучли сўлак оқиши (птиализм) безовта қилиши мумкин; 7) тез-тез сийиш (поллакиурия), никтурия (сийдикнинг тунги порцияси кўпайиши), стрессли сийдик тута олмаслик (жисмоний юклама, жумладан, йўтал, аксириш ва шу кабиларда беихтиёр сийиш) ҳомиладорликнинг барча учойликларида ҳомиладорларда кузатилиши мумкин.

Баъзи баҳолашларга кўра 11–38% аёлларда ҳомиладорлик даврида қабзият борлиги қайд этилади. Бунда қабзият ташхисини қўйиш учун қуйидаги қатор компонентлар бўлиши зарур ҳисобланади: 1) камдан-кам дефекация – 1 ҳафтада 3 мартадан кам; 2) нажас массасининг зич консистенцияси; 3) дефекацияни амалга ошириш учун кучанишнинг зарурлиги.

Қабзият ва диарея (3-жадвал)

Ҳомиладорлардаги қабзият асосида қуйидагилар ётади: 1) силлиқ мускул ҳужайралари, жумладан, ошқозон-ичак тракти тонусининг камайишига олиб келувчи гормонал ўзгаришлар (гиперпрогестеронемия); 2) катталашган бачадон томонидан ичакнинг механик сиқилиши; 3) рационал ва етарлича бўлмаган озиқ-овқат, суюқликнинг кам миқдорда ичилиши. Шу билан бирга бугунги кунда ҳомиладорликда ўз ўрнига эга бўлган диарея патогенези охиригача аниқланмасдан қолмоқда. JHPIEGO, Australian Dietary Guidelines, шунингдек, National Healthand Medical Research Council Australia тавсияларига мувофиқ қуйидаги чоралар ҳомиладорликдаги қабзиятдан огоҳлантириши ёки уни тузатиши мумкин: 1) клетчаткага бой озиқ-овқат маҳсулотлари истеъмолини кўпайтириш (донли нон-булочка маҳсулотлари, бошоқли ўсимликлар, сабзавотлар ва шу кабилар), шунингдек, кўп суюқлик (бир суткада камида 750–1000 мл, иложи бўлса 2000 мл суюқлик) ичиш; 2) биринчи белгилари пайдо бўлиши билан ўзини тутиб турмасдан дефекацияни амалга ошириш; 3) ич сурадиган воситаларни ичиш (суюқлик ва минералларни йўқотиш!!!)дан имкон қадар қочиш; 4) барча ҳомиладорларга то туққунига қадар 6 соатгача давомли пиёда сайр қилиш ёки жисмоний юкламани ошириш. Юқорида келтирилган чоралар самарасиз деб топилганда тиббий мутахассис томонидан итшумурт пўсти ва Стеркулия (Normacol) гранулалари ёки Бисакодил типидаги контактли ич юмшатувчи воситалардан фойдаланиш тавсия этилиши мумкин.

Ҳомиладорлардаги диареяда антенатал маслаҳатни амалга оширувчи тиббий хизматчилар аёлга етарли миқдорда суюқлик истеъмол қилишни тавсия этиши зарур.

Бунда тиббий мутахассис қабзиятнинг ич дам бўлиши, кўнгил айниши, қайт қилиш, шунингдек, қориндаги оғриқлар билан биргаликда тез зўрайиб кетиши ўткир ичак тутилиши белгиси ҳам бўлиши мумкинлигини билиши керак!!! Диареянинг қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар, иситма, метеоризм ва иштаҳанинг йўқолиши билан қўшилиб келиши паразитар ёки бактериал инфекцияларнинг харктерли белгиси ҳам бўлиши мумкинлигини унутмаслиги зарур!!!

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3-жадвал. Ич қотиши ва диарея

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ич қотишлар: • гормонал ўзгаришлар силлиқ мушакли тўқималар тонусининг камайишига таъсир кўрсатади; • қониқарсиз овқатланиш ёки етарлича суюқлик истеъмол қилмаслик; • диарея: • патогенези аниқ эмас	• клетчаткага бой маҳсулотлар истеъмолини, шунингдек, суюқлик ичишни кўпайтириш; • қисташ бўлганда дефекация қилиш; • ич сурадиган воситалар қабул қилишдан қочиш; • то туққунига қадар 6 соатгача давомли пиёда сайр қилиш; кундалик жисмоний юкламани ошириш; • диареяда: • етарли ҳажмда суюқлик ичишни таъминлаш	• дефекациядаги қийинчиликнинг тез зўрайиши, қорин дам бўлиши, қайт қилиш, шунингдек, бошқалар ичак ўтказмаслигининг белгиси ҳисобланади; • диареянинг иситма, шунингдек, метеоризм, қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар ва иштаҳанинг йўқолиши билан бирикиши бактериал ёки паразитар зарарланиш белгиси ҳисобланади

Иштаҳанинг ошиши ва/ёки йўқолиши (4-жадвал)

Бугунги кунда ҳомиладорлик даврида бузилган ёки йўқолган иштаҳа патогенези ҳамон охиригача ўрганилмасдан қолмоқда. Шунга қарамасдан ҳомиладорлик даврида ушбу тиббий муаммоларнинг пайдо бўлишида аёлларнинг этик ва ментал хусусиятлари ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

4-жадвал. Иштаҳанинг кучайиши ва/ёки йўқолиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлиғини билдирувчи хавотирли белгилар
• этиологияси аниқланмаган, бироқ, эҳтимол, этник хусусиятлар билан боғлиқ	• асосий эътиборни ҳомиладорнинг балансланган овқатланиш тартиби муҳимлигига қаратиш керак, бунда «носоғлом таом», жумладан, рафинирланмаган углеводлар – ширинликлар;, шунингдек, озиқ-овқат воситаси бўлмаган, яъни ер, бўр, глинозём ва шу кабилар истеъмолидан қочиш	• маълумотлар йўқ

JHPIEGO экпертлари тасдиқлашига кўра ҳомиладорларнинг рационал овқатланиш тартибига амал қилиши, шунингдек, «носоғлом таом» (рафинирланган углеводлар, ҳайвон ёғлари, трансген ёғлар ва шу каби)ларни истеъмол қилишдан ўзини тутиши ҳомиладорликнинғ кечиши ва унинг натижаларига ижобий таъсир кўрсатади.

Мавжуд адабиётларда ҳомиладорлик даврида иштаҳанинг кучайиши ва йўқолиши жиддий касалликлар пайдо бўлишига сабаб бўлиши мумкинлигини кўрсатувчи маълумотлар йўқ.

Метеоризм, қорин дам бўлиши, иштаҳанинг йўқолиши (5-жадвал)

Қатор тадқиқотлар тасдиқлашига кўра қорин дам бўлиши, метеоризм, шунингдек, иштаҳанинг йўқолиши ривожланиши асосида қуйидагилар ётади: 1) ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар (прогестероннинг релаксацияловчи таъсири): 2)

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

катталашган бачадоннинг ичакни сиқиши; 3) аэрофагия (ҳаво ютишнинг кўпайиши).

5-жадвал. Метеоризм, қорин дам бўлиши, иштаҳанинг йўқолиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ҳомиладорлик да кузатиладиган гормонал бузилишлар силлиқ мушакли тўқималар тонусининг пасайишини юзага келтиради; • катталашган бачадон томонидан ичак илгакларининг сиқилиши; • аэрофагия, ҳавонинг кўп ютилиши, аэрофагия	• асосий эътиборни ҳомиладорнинг балансланган овқатланиш тартиби муҳимлигига, шунингдек, ҳомиладорнинг меҳнат қилиш ва дам олишини рационаллаштиришга қаратиш керак. Қуйидагича маслаҳат бериш зарур: • овқатни яхшилаб чайнаш; • ичакни доимий бўшатиб туришга ҳаракат қилиш; • газ ҳосил қилувчи маҳсулотларни истеъмол қилишдан қочиш	• толиқиш, ҳолсизлик қониқарли овқатланмаслик ёки бирон-бир сурункали касаллик белгиси бўлиши мумкин; • юқорида келтирилган симптомлар бактериал ёки паразитар касалликлар белгиси бўлиши мумкин

Қорин дам бўлиши, метеоризм, шунингдек, анорексияни бартараф этиш ва ундан огоҳлантиришга йўналтирилган тавсиялар, қатор тадқиқотчилар фикрига кўра, қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) ҳомиладор томонидан рационал ва балансланган овқатланиш тартибига амал қилиниши; 2) ҳомиладор томонидан меҳнат ва дам олиш муносабатини меъёрлаштириш. Ҳомиладорга, шунингдек, овқатни яхшилаб чайнаш, ўз вақтида ичакларни бўшатиш (дастлабки қстов пайдо бўлиши билан), газ ҳосил қилувчи маҳсулотлар

(дуккакли, ясмиқ, қандсақловчи ва газланган ичимликлар, буғдой, броколли ҳамда бошқа сабзавотлар, бошпиёз, арпа, сут маҳсулотлари, олма ва шу кабилар)ни истеъмол қилишдан қочишни маслаҳат бериши зарур.

Алоҳида айтиш керакки, агар ҳомиладорда метеоризм, қорин дам бўлиши, иштаҳанинг йўқолиши билан бир қаторда ҳолсизлик ва толиқиш ҳам бўлса, унда ҳомиладорда қониқарсиз овқатланиш ва/ёки сурункали касаллик ҳолатини истисно этиш керак. Тиббий хизматчи яна шуни эътиборга олиши керакки, қорин дам бўлиши, метеоризм ва иштаҳанинг йўқолиши ошқозон-ичак трактининг бактериал ва/ёки паразитар инфекцияси белгиси ҳам бўлиши мумкин.

Жиғилдон қайнаши ва овқат ҳазм қилишнинг бузилиши (6-жадвал)

Ҳомиладорлик даврида жиғилдон қайнаши ривожланиши асосида иккита омил ётади: 1) ошқозон-ички босимининг ошиши, бу катталашган бачадоннинг қорин бўшлиғи аъзоларини сиқиши билан юзага келади; 2) гормонал ўзгаришлар (гиперпрогестеронемия) кардиал сфинктер тонуси, баъзан пилорик тонуснинг камайиши сабабли бўлади, бу ошқозон ичидаги нарсаларнинг регургитациясига олиб келади, эҳтимол, уни қизилўнгачнинг кардиал бўлимидаги сафролар қўзғатади.

Ҳомиладорларда овқат ҳазм қилишнинг бузилиши ва жиғилдон қайнашидан огоҳлантириш ва бартараф этишда қуйидаги чораларни бажариш керак бўлади:

1. Овқатни кичик порцияларда истеъмол қилиш.
2. Овқатланиш рационида клетчаткага бой маҳсулотлар (донли нон-булочка маҳсулотлари, дуккаклилар, сабзавотлар ва шу кабилар)ни кўпайтириш.
3. ошқозон ширасининг ҳаддан ортиқ ажралишини чақирувчи овқатлар (ўткир таъм, қовурилган таомлар, шўр ва шу кабилар)дан ўзини тийиш.
4. Чекишдан ўзини тийиш/ чегаралаш.
5. Зарурат бўлганда кенг тарқалган антацидлардан фойдаланиш: оқшом, овқатдан кейин 10–20 мл дан Натрий Альгинат + Гидрокарбонат (Гевискон), бироқ 5 кундан кўп эмас

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

(деминерализация ва минерал балансининг бузилиши хавфи!!!), эпизодик равишда 150 мг миқдорда бир суткада 1–2 марта H_2 блокаторлар H_2 рецепторлар – Ранитидиндан фойдаланиш мумкин. Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, JHPIEGO экспертлари таркибида карбонатлар ва/ёки кальций, натрий гидрокарбонатлари бўлган антацидлардан фойдаланишни тавсия этмайди (минерал баланс бузилади!!!).

6-жадвал. Жиғилдон қайнаши ва овқат ҳазм қилишнинг бузилиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ошқозон рефлюкси ошқозон ичи босимининг ошишини юзага келтиради, бу катталашган бачадоннинг қорин бўшлиғи аъзоларини сиқиши натижаси ҳисобланади; • ҳомиладорлик даги гормонал ўзгаришлар кардинал сфинтер тонусининг камайишига олиб келади	• овқатни тез-тез, кичик порцияларда истеъмол қилиш; • истеъмол қилинадиган клетчатка миқдорини ошириш; • зарурат бўлганда H_2 блокаторлари – ранитидин, таркибида кам натрий сақловчи антацидлардан фойдаланиш мумкин; • кальций ёки натрий карбонатларни қабул қилишдан қочиш керак	• эпигастрияда оғриқларнинг бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши билан бирикуви оғир преэкламсия белгилари бўлиши мумкин; • таом истеъмол қилгандан кейин йўқолувчи, бироқ 2–3 соатдан кейин яна пайдо бўлувчи эпигастрал оғриқлар – пептик яралар учун тавсифли

Жиғилдон қайнаши ва овқат ҳазм қилишнинг бузилиши бўлган ҳомиладор аёллар маслаҳатлашсида ҳомиладорликдаги оғир преэкламсия ва гипертензив бузилишларни истисно этиш учун тиббий хизматчиларга ҳомиладор ҳолатини синчковлик билан баҳолашни олиб бориш тавсия этилади, чунки кучли

жигилдон қайнаши, бош оғриқлари, эпигастрал оғриқлар, кўриш қобилиятининг бузилиши ҳамда артериал босимнинг ошиши кабиларнинг биргаликда қўшилиши ушбу касалликларнинг белгилари ҳисобланади. Шунингдек, таом истеъмол қилгандан кейин йўқолувчи ва овқатлангандан кейин 2 соатлар ўтгач яна қайта бошланувчи эпигастрал оғриқлар ҳомиладорда ошқозоннинг пептик яраси ёки гастритнинг С тури борлигини кўрсатади.

Кўнгил айниши ва/ёки қайт қилиш (7-жадвал)

Баъзи манбаларга таяниб айтиш мумкинки, ҳомиладорлик даврида кўнгил айниши ва қайт қилиш 70–85% аёлларда кузатилади. Шу билан бирга яна шуни ҳисобга олиш керакки, ҳомиладор аёллар умумий популяциясида 0,5–2% кузатиладиган ҳомиладорликдаги ҳаддан ортиқ қайт қилиш (ҳеч қандай сабабларсиз жуда кўп қайт қилиш, яққол кетонурия, тана вазнини 5% ва ундан кўпроқ йўқотиш) алоҳида стационар даволанишни талаб этади. Ҳомиладорлардаги қайт қилиш Верника энцефалопатияси шаклланиши, талоқ ва қизилўнгачнинг ёрилиши, пневмоторакс ва ўткир тубуляр некрознинг бошланишига олиб келиб, она организми ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ҳомиладорлардаги қайт қилиш, шунингдек, чақалоқларнинг гестацион муддат учун кичик вазнда туғилишига олиб келиб, ҳомила ҳолатига ҳам салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Гарчи ҳомиладорлардаги кўнгил айниши ва қайт қилиш этиологияси ҳамда патогенези ҳамон батамом ўрганилмаганича қолаётган бўлса-да, ҳомиладорликда ушбу типдаги тиббий муаммолар шаклланишида қуйидагилар муҳим роль ўйнайди: 1) гормонал ўзгаришлар (гиперэстрогенемия, гипертиреоз ҳамда қонда сурункали гонадотропин таркибининг кўпайиши); 2) силлиқ мушак тўқималари тонусининг камайиши (гиперпрогестеронемия регургитацияни енгиллаштириб, кардиал ва пилорик сфинктер тонуси камайишини юзага келтиради); углеводлар Метаболизми; 4) ҳаддан ташқари психоэмоционал зўриқиш ва озиб кетиш.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

7-жадвал. Кўнгил айниши ва/ёки қайт қилиш

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• этиологияси аниқланмасдан қолмоқда, бироқ уларнинг пайдо бўлишида қатор омиллар сабаб бўлиши эҳтимоли мавжуд: • ҳомиладорлик даги гормонал ўзгаришлар; • силлиқ мушак тўқималари тонусининг пасайиши; • углеводлар метаболизми; • психоэмоционал озиб кетиш	• крекерлар (юпқа қуруқ печенье), қуритилган нон ва шу кабиларни эрталаб уйқудан уйғониши билан, бироқ ўрнидан турмасдан аввал истеъмол қилиш; • таом истеъмол қилгандан кейин вертикал ҳолатда ўтиришга ҳаракат қилиш; • тоза ҳавода қисқа сайрларни амалга ошириш; • ёғли ва ўткир ҳидли таомларни истеъмол қилишдан сақланиш	• кўнгил айниши ва қайт қилиш ҳаддан ортиқ қайт қилиш (Hyperemesis gravidarum), кўричак, ўт пуфаги патологияси, панкреатит, преэклампсия белгилари бўлиши мумкин

JHPIEGO экспертлари ҳомиладорлардаги кўнгил айниши ва қайт қилишнинг олдини олиш ва бартараф этиш учун қуйидаги тавсияларга амал қилишни тавсия этади: 1) эрталаб уйқудан уйғониши билан ҳомиладорларнинг крекер истеъмол қилиши (юпқа қуруқ печенье, оқ қуритилган нон ва шу кабилар); 2) таом истеъмол қилгандан кейин дарҳол танани вертикал ҳолатда тутиб туриш (ўтириш ёки тик туриш); 3) тоза ҳавода қисқа пиёда сайрлар; 4) ёғли ёки ўткир ҳидли таомлар истеъмол қилишдан ўзини тийиши.

Тадқиқотлардан бирида кўрсатилишича, оқсилга бой таомларни истеъмол қилиш таркибида катта миқдордаги ёғ ва углеводларни сақловчи таомга таққосланганда, катта эҳтимол билан ҳомиладорлардаги кўнгил айниши ва қайт қилишдан огоҳлантиради. Яна бир нечта тадқиқотларда, шунингдек, ҳомиладорликдаги кўнгил айниши ва қайт қилишнинг кечишига Занжабил (имбирь)нинг ижобий таъсири (бир суткада 250 мг капсуладан 4 маҳал) кўрсатилган. Кўпгина тадқиқотларда эса Пиридоксин (B_6 витамини)нинг юқори самарадорлиги исботланган.

Кўнгил айниши ва қайт қилиш бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи қуйидаги касаллик ва ҳолатларни истисно этиши зарур: жуда кўп қайт қилиш (Hyperemesis gravidarum), кўричак, ўт пуфаги касалликлари, панкреатит, преэклампсия ва шу кабилар.

Акушер-гинекологларнинг Америка Коллежи ҳомиладорлардаги кўнгил айниши ва қайт қилишни профилактикалаш ва даволашда қуйидагиларни тавсия этади:

1. Ҳомиладор бўлиш вақтида поливитамин дори воситасиларни истеъмол қилиш ҳомиладорликдаги кўнгил айниши ва қайт қилишнинг олдини олади (А).

2. Ҳомиладорликдаги кўнгил айниши ва қайт қилишни даволашда Пиридоксин (B_6 витамини) ёки Доксиламин (Донормил) билан Пиридоксин (B_6 витамини) комбинациясидан фойдаланиш юқори самарали ҳамда даволаш учун бехавф бўлиб, биринчи чизиқ терапияси сифатида қаралиши керак (А).

3. Ҳомиладорликдаги ҳаддан ортиқ қайт қилиш (Hyperemesisgravidarum) ва тиреотроп гормони таркибининг паст даражаси бўлган аёлларда қалқонсимон без касалликлари аниқланмагунга қадар гипертиреозни даволашни бошлаш керак эмас (аутоиммун тиреоидит – антитиреоид антитана) (А).

4. Ҳомиладорлардаги қайт қилишни Занжабил (Имбирь) билан даволаш қатор афзалликларни тақдим этади, шу сабабли ундан фойдаланишга даволашнинг фармокологик бўлмаган варианти сифатида қараш керак (В).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

(Димедрол), мебгидролин (Диазолин)), Фенотиазинлар (Аминазин, Дипразин) ва Бензамидлар (Сульпирид (Эглонил, Просульпин); Амисульприд (Ламипрамил, Солиан); Тиаприд (Тиапридал))дан фойдаланиш ўринли бўлади (В).

6. Ҳомиладорлардаги қайт қилишни даволашни эрта бошлаш Hyperemesis Gravidarum ривожланишининг олдини олади (В).

7. Тўхтатиб бўлмайдиган кўнгил айнишларини даволаш учун энг охирги чора сифатида метилпреднизолондан фойдаланиш мумкин (В).

8. Суюқликни ичишга тоқат қила олмайдиган ҳомиладорларга кристаллоидлар, декстрозлар ва витаминлар қатори, жумладан, Тиамин (B_1 витамини)ни вена томири ичига жўнатиш орқали амалга ошириш зарур (С).

9. Тана вазнининг камайиши зўрайган аёлларда зудлик билан энтерал ёки парентерал озиқлантиришни амалга ошириш керак (С).

Сийдик чиқаришнинг бузилиши (8-жадвал)

Ҳомиладорлик даврида сийдик тута олмасликнинг баъзи даражалари 50% гача аёлларда кузатилади, бунда 15% ҳомиладорларда сийдик тута олмаслик клиник аҳамиятли ҳисобланади. Кўпинча ҳомиладорлик даврида ривожланадиган сийдик тута олмаслик ўзига хос даволашни талаб этмайди ва чилладаврда мустақил равишда ечимини топади.

Ҳомиладорлардаги поллакиурия (тез-тез сийиш, бир суткада 8 мартадан кўпроқ) асосида аёл организмидаги суюқлик ҳажми ва қон айланиш миқдорининг ошиши ётади, бу ёш билан боғлиқ коптокчалар фильтрациясига, тегишлича катта ҳажмда сийдик ишлаб чиқилишига олиб келади. Ҳомиладорликнинг иккинчи учойлигидан поллакиуриянинг пайдо бўлиши катталашган бачадон билан сийдик пуфагини сиқиб, қовуқ ичи босимининг ошишига олиб келади, бу поллакиуриядан ташқари сийдикни стрессли тутиб тура олмасликнинг ривожланишига таъсир кўрсатади (жисмоний юклама, йўтал ва аксиришда беихтиёр сийдикнинг чиқиши). Ҳомиладорликдаги никтурия патогенезида (тунги сийдик порциясининг ошиши, бу меъёрда тунда 1 мартадан кўп бўлмаган сийишдан иборат) пастки учлар тўқималари ва уларнинг тизимли қон оқимига қўшилиши

натижасида кун давомида деполанган натрий ионлари ва сувдан бўшаб олиш муҳим аҳамиятга эга.

Ҳомиладорликда кузатиладиган сийдик чиқаришнинг бузилиши белгиларининг олдини олиш ва бартараф этиш учун экспертлар қуйидаги тавсияларни таклиф этишади: 1) сийдик чиқаришга биринчи қисташ бўлгандаёқ дарҳол қовуқни бўшатиш; 2) кофе, чой, таркибида шакар сақловчи газли ичимликларни ичишда ўзини чегаралаш (кофеин буйракда қон айланишини кучайтиради, таркибида карбонат бўлган газланган ичимликлар диурезнинг ошиши билан ишқорлашишига олиб келади); 3) чаноқ чуқур мушакларини мустаҳкамлаш (1-машқ: ҳомиладор ўтирган ҳолатда ўтирган ўрнидан гениталияни кўтаришга ҳаракат қилиб, чаноқ чуқур мушакларини қисқартиради, мушакларни қисқарган ҳолатда 5 секунд тутиб туриш зарур, кейин секин бўшатилади ва буни 10 марта такрорлайди; 2-машқ: ҳомиладор тик турган ҳолатда чаноқ туби мушакларини қисқартиради, ҳаракатлар сийишдан тўхташга ёки қин мускулларини таранг қилишга уринишга ўхшаш, қисқартириш 5 секунд давом этади, шундан кейин бўш қўйилади, 10 марта такрорлаш керак; 3-машқ: 1 ва 2-машқларни такрорлаш, бироқ тезликда секундларда қисқартириш билан, 20 марта такрорланади).

Сийдик чиқаришда бузилишлари бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи бел, биқин, қовурға ва қорин ораси соҳасидаги оғриқлар, шунингдек, истима синдроми билан бирга кузатилувчи дизурия (сийдик чиқаришда оғриқлар ва ачишишлар)нинг пайдо бўлиши сийдик йўли тракти инфекцияларининг белгиси бўлиши мумкинлиги эҳтимолини эътиборга олиши зарур. Чанқоқлик ҳисси билан бирга кечувчи поли- ва поллакиурия (бир суткалик сийдик миқдори 2000 мл дан кўпроқ) ҳолатида ҳомиладорларни қандли диабетга текшириш зарур.

Шунингдек, қуйидагилар ҳомиладорликка хос ҳисобланади: 1) қин ажралмалари секрециясининг кучайиши. Бу ҳомиладорларни ҳомиладорликнинг ҳар учала учойлигида ҳам безовта қилиши мумкин. Қайд этиш керакки, қин оғриқларидан ташқари бу ҳолат учун хос бўлмаган ирритант симптомлар (ачишиш, қичишиш, қиндаги оғриқлар, диспареуния) ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

8-жадвал. Сийдик чиқаришнинг бузилиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• катталашган бачадоннинг сийдик пуфагини сиқиши натижасида қовуқ ичи босимининг ошиши; • кун давомида пастки оёқ учларида депонентланган натрий ионлари ва сувдан тунда бўшаниш; • организмда сув миқдорининг ошиши	• қовуқни дастлабки хоҳишдаёқ бўшатиш; • кофе, чой, кола ичишни чегаралаш, бироқ суюқлик истеъмолини, бутунлай чеклаш керак эмас	• сийдик чиқаришда ёки дизуриянинг бошқа кўринишларида бел ва/ёки қовурға ва қорин ораси ва/ёки чов соҳасидаги локализацияловчи ачишиб оғришларнинг бирикиши – сийдик йўли тракти инфекцияси белгиси ҳисобланади; • чанқаш ҳиссининг юқори даражада ошиши кузатилганда қандли диабетга текшириш зарур

Қин ажралмалари (9-жадвал)

Соғлом аёлда бир сутка давомида 1 мл (баъзи манбаларга кўра 2–3 мл)гача ўзига хос ҳидга эга, рангсиз, баъзан оқимтир рангли қин секрецияси ишлаб чиқарилиши кўрсатилган. Қайд этиш керакки, ажралмалар кўринишидаги қин секрецияси ўзидан-ўзи қуриб қолади ва «ички кийимларни ифлослантирмайди». меъёрда қин секрециясининг ишлаб чиқарилиши қоннинг суюқ қисми қин девори шиллиқ ости асосида жойлашган капиллярлар ва венулалар орқали экссудация қилиниши ҳисобига таъминланади. Ётган ҳолатда бутун организм аъзолари ва тўқималарида, жумладан, гениталий соҳасида ҳам қон айланишининг кучайиши ҳомиладорларда қин секрецияси ва

вагинал оқмаларнинг кўпайишининг физиологик сабаб ҳисобланади. Шу тахлит вагинал оқмалар бўлган ҳомиладорларга JHPIEGO экспертлари фикрига кўра қуйидаги тавсия этиш керак: 1) умумий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш; 2) қуруқ ва нам кеўриниш оралиғини сақлаши; 3) пахтали ич кийим кийиши; 4) босим остида дори ёки сув билан қин ичини ювишдан ўзини тийиши.

Қин ажралмалари бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи аёлда қуйидагилар бор/йўқлигини аниқлаши керак: 1) жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар; 2) ўзига хос ёки ноўзига хос кольпит; 3) ҳомила пардасининг йиртилиши ва ҳомила атрофидаги сувнинг сизиб оқиши; 4) нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши ва шу кабилар.

Ҳомиладорларнинг тери қопламаларига тегишли энг кўп учрайдиган муаммо бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

1) бутун ҳомиладорлик даврида ҳомиладорни безовта қиладиган қичишиш;

2) ҳомиладорларни, асосан, 2 ва 3-учойликда безовта қилиши мумкин бўлган ҳаддан ташқари кўп терлаш;

3) турли тери тошмалари – акне (ҳуснбузарли тошма), пигмент доғлари, юз териси, қорин олд девори, сут безлари (хлоазм) қисмларининг қорайиши, қуруқлик, қизариш, бармоқлар ва оёқ кафти терисининг қичиши –ҳомиладорликнинг ҳар учала учойлигида ҳам кузатилиши мумкин;

4) асосан, кўз атрофи, бўйин ва билакда жойлашувчи, кўпинча ҳомиладорликнинг 1 ва 2-учойлигида кузатиладиган томир юлдузчаларига ўхшаш юлдузчали невуслар (қаварик ёки ясси марказдан радиал тарқалган қизил рангли капиллярлар);

5) стриялар – асосан, сут безлари, қорин олд девори ва соннинг юқори учдан бир қисмида жойлашади, кўпинча ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида кузатиладиган оқ ёки қизил рангли тарам-тарам чизиқлар;

6) пастки оёқ учлари, шунингдек, жинсий аъзолар ички қисмидаги варикоз кенгайишлар. Ушбу шикоятлар кўпинча ҳомиладор томонидан 2 ёки 3-учойликда айтилади.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

9-жадвал. Қин ажралмалари

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган оғоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• генитиал тракт аъзоларининг қон билан таъминланиши кучайиши шиллиқнинг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилишига сабаб бўлади	• ҳомиладорга умумий гигиена қоидаларига амал қилишнинг жуда муҳимлигини таъкидлаш баробарида яна қуйидагича маслаҳат бериш мумкин: • қуруқ ва нам ҳолат оралиғини сақлашга ҳаракат қилиш; • имкон қадар пахтали ич кийимлардан фойдаланиш; • имкон қадар босим остида сув ёки дори пуркаб қинни ювишдан сақланиш	• жинсий йўл билан юқтирилувчи касалликлар, кольпит, йўлдошнинг кўчиши, ҳомила пардасининг йиртилиши ва ҳомила атрофидаги сувнинг сизиб чиқиши белгилари бўлиши мумкин

Қичиш (10-жадвал)

Ҳомиладорларда ётган ҳолатда қичишнинг пайдо бўлишига қуйидаги физиологик ўзгаришлар сабаб бўлади: 1) қорин олд деворида катталашган бачадон босими остида чақирилган қорин олд девориниг ҳаддан ортиқ чўзилиши; 2) тер ажралишининг ўсиши, бу терида қон айланишининг кучайиши, жумладан, тери безлари ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ; 3) ҳомиладорда қичишишнинг пайдо бўлишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳамиятга эга.

вагинал оқмаларнинг кўпайишининг физиологик сабаб ҳисобланади. Шу тахлит вагинал оқмалар бўлган ҳомиладорларга JHPIEGO экспертлари фикрига кўра қуйидаги тавсия этиш керак: 1) умумий гигиена қоидаларига қатъий амал қилиш; 2) қуруқ ва нам кеўриниш оралиғини сақлаши; 3) пахтали ич кийим кийиши; 4) босим остида дори ёки сув билан қин ичини ювишдан ўзини тийиши.

Қин ажралмалари бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи аёлда қуйидагилар бор/йўқлигини аниқлаши керак: 1) жинсий йўл билан юқувчи инфекциялар; 2) ўзига хос ёки ноўзига хос кольпит; 3) ҳомила пардасининг йиртилиши ва ҳомила атрофидаги сувнинг сизиб оқиши; 4) нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан илгари кўчиши ва шу кабилар.

Ҳомиладорларнинг тери қопламаларига тегишли энг кўп учрайдиган муаммо бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

1) бутун ҳомиладорлик даврида ҳомиладорни безовта қиладиган қичишиш;

2) ҳомиладорларни, асосан, 2 ва 3-учойликда безовта қилиши мумкин бўлган ҳаддан ташқари кўп терлаш;

3) турли тери тошмалари – акне (ҳуснбузарли тошма), пигмент доғлари, юз териси, қорин олд девори, сут безлари (хлоазм) қисмларининг қорайиши, қуруқлик, қизариш, бармоқлар ва оёқ кафти терисининг қичиши –ҳомиладорликнинг ҳар учала учойлигида ҳам кузатилиши мумкин;

4) асосан, кўз атрофи, бўйин ва билакда жойлашувчи, кўпинча ҳомиладорликнинг 1 ва 2-учойлигида кузатиладиган томир юлдузчаларига ўхшаш юлдузчали невуслар (қаварик ёки ясси марказдан радиал тарқалган қизил рангли капиллярлар);

5) стриялар – асосан, сут безлари, қорин олд девори ва соннинг юқори учдан бир қисмида жойлашади, кўпинча ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида кузатиладиган оқ ёки қизил рангли тарам-тарам чизиқлар;

6) пастки оёқ учлари, шунингдек, жинсий аъзолар ички қисмидаги варикоз кенгайишлар. Ушбу шикоятлар кўпинча ҳомиладор томонидан 2 ёки 3-учойликда айтилади.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

9-жадвал. Қин ажралмалари

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• генитиал тракт аъзоларининг қон билан таъминланиши кучайиши шиллиқнинг ҳаддан ташқари кўп ишлаб чиқарилишига сабаб бўлади	• ҳомиладорга умумий гигиена қоидаларига амал қилишнинг жуда муҳимлигини таъкидлаш баробарида яна қуйидагича маслаҳат бериш мумкин: • қуруқ ва нам ҳолат оралиғини сақлашга ҳаракат қилиш; • имкон қадар пахтали ич кийимлардан фойдаланиш; • имкон қадар босим остида сув ёки дори пуркаб қинни ювишдан сақланиш	• жинсий йўл билан юқтирилувчи касалликлар, кольпит, йўлдошнинг кўчиши, ҳомила пардасининг йиртилиши ва ҳомила атрофидаги сувнинг сизиб чиқиши белгилари бўлиши мумкин

Қичиш (10-жадвал)

Ҳомиладорларда ётган ҳолатда қичишнинг пайдо бўлишига қуйидаги физиологик ўзгаришлар сабаб бўлади: 1) қорин олд деворида катталашган бачадон босими остида чақирилган қорин олд деворининг ҳаддан ортиқ чўзилиши; 2) тер ажралишининг ўсиши, бу терида қон айланишининг кучайиши, жумладан, тери безлари ва гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ; 3) ҳомиладорда қичишишнинг пайдо бўлишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳамиятга эга.

10-жадвал. Қичишиш

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• катталашган бачадон қорин олд деворининг чўзилишига таъсир кўрсатади; • терлашнинг кўпайиши; • оилавий мойиллик	• қичишишга қарши ёки намлантирувчи маҳаллий таъсир кўрсатувчи воситаларни қўллаш; • зарурат бўлганда антигистамин воситалар (Дифенгидрамин (Димедрол), доксиламина сукцинат) қисқа курсидан фойдаланиш	• папулёз, макулёз, пустулёз тошмалар бўлганда – дерматозни истисно этиш зарур; • иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, ёғли овқатларга тоқат қила олмаслик бўлганда – ўт пуфаги касалликларига текшириш керак

Веналарнинг варикоз кенгайиши (11-жадвал)

Ҳомиладорлик ривожланиши билан ҳомиладорларда пастки оёқ учлари, баъзан вульва веналари варикоз кенгайиши шаклланиши эҳтимоли кўпайиб бораверади. Қуйидаги ўзгаришлар ушбу ҳолат ривожланишида патофизиологик сабаблар ҳисобланади: 1) кичик чаноқ ва қорин бўшлиғи (ташқи ва ички қовурға ва қорин оралиғи ҳамда қуйи жинсий вена томирлари) йирик вена томирларининг сиқилиши унда гидростатик босимнинг ошиши ва клапан аппаратининг шикастланиши билан вена каналининг тўлишига олиб келади; 2) оилавий мойиллик ҳам худди шундай веналарнинг варикоз кенгайиши шаклланишида ҳал қилувчи роль ўйнайди, чунки бугунги кунда унинг ривожланишини бириктирувчи тўқималар туғма нуқсони билан боғлашмоқда.

Вена томирларининг варикоз кенгайиши кўринишлари профилактикаси ва уни бартараф этиш учун JHPIEGO

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

экспертлари қуйидагиларни тавсия этишади: 1) пастки оёқ учларини ўтирган ёки турганда кўтарилган ҳолатда (бош ёки танадан 25° юқори) тутиб туриш; 2) ёнбошлаб ётишга ҳаракат қилиш (пастки жинсий вена аёлларнинг ўнг томонида жойлашганлиги сабабли); 3) компресли трикотаж (чулки, колготка) кийиш; 4) узоқ вақт ўтириш ёки тик туришдан қочиш (пастки оёқ учлари веналарида гидростатик босимнинг ошиши).

11-жадвал. Вена томирларининг варикоз кенгайиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• йирик вена томирларининг сиқилиши (қовурға ва қорин оралиғидаги веналар, пастки жинсий веналар ва шу кабилар) периферик вена томирларининг тўлиши ва уларда гидростатик босимнинг ошишини юзага келтиради; • оилавий мойиллик	• ўтирган ёки турган ҳолатда пастки оёқ учларини бир мунча кўтарган ҳолатда жойлаштириш; • чап ёнбош билан ётишга ҳаракат қилиш; • компрессли трикотаж кийиш; • ўтирган ёки тик ҳолатда узоқ туриб қолишдан қочиш	• вена томирлари проекцияис устидаги оғриқлар, шишишлар юза (тери ости) вена томирлари тромбофлебитининг белгилари ҳисобланади; • болдирдаги шишишлар ва иситма синдромининг оғриқлар билан бирикуви чуқур веналар тромбози белгиси ҳисобланади

Ҳомиладор томонидан веналарнинг варикоз кенгайишидан шикоят бўлганда тиббий мутахассис қуйидагиларнинг мавжудлигини текшириши зарур: 1) маҳаллий қизаришлар, шишишлар, оғриқлилик, гипертермия, вена томирларининг арқонсимон ва оғриқли йўғонлашуви ташқи оёқ учлари юзасида

веналарнинг флеботромбоз ёки тромбофлебити мавжудлигини кўрсатади; 2) иситма, шишиш, шунингдек, оёқлар ушлаб кўрилганда цианотик ва иссиқ бўлиши пастки оёқ учлари чуқур веналари тромбозини билдиради.

Овқат ҳазм қилиш тракти, сийдик ажратиш тизими, тери қопламалари ва оёқ учлари юмшоқ тўқималари билан боғлиқ шикоят ва муаммолардан ташқари ҳомиладорлар учун моҳиятан қуйидагиларни ўз ичига қамраб олувчи уйқу ва психоэмоционал функциянинг бузилиши ҳам тавсифли ҳисобланади: 1) кўпинча ҳомиладорликнинг 1 ва 2-учойлигида кузатилувчи ёркин ёки алоқ-чалоқ тушлар кўриш; 2) аёллардаги толиқиш, ҳолсизлик, уйқучанлик, хотиржамлик, асосан, ҳомиладорликнинг 16 ҳафталигигача хос; 3) хавотирланиш, бадгумонлик, ҳомиладорлик ва туғруқнинг меъёрда кечиши ҳақида ҳаддан ташқари қайғуриш аёллардаги бутун ҳомиладорлик даврига хос; 4) уйқусизлик ҳомиладорликнинг 2-учойлигидаги аёлларга хос ҳолат; 5) эмоционал ўзгарувчанлик, асосан, ҳомиладорликнинг 1-учойлигида кузатилади.

Ҳолсизлик, толиқиш ва уйқучанлик (12-жадвал)

Ҳомиладорлик давридаги ҳолсизлик, толиқиш, уйқучанлик ва хотиржамлик асосида ётувчи сабаблар бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: 1) гиперпрогестеронемия – марказий нерв тизимига тормозловчи таъсир кўрсатади; 2) аёл аъзолари ва тўқималари қаторида Метаболизм тезлигининг камайиши; 3) қон айланишининг кучайиши, юрак-қон томир ва нафас аъзолари тизимида юкламанинг кўпайиши; 4) ҳомиладорда ортиқча руҳий зўриқиш ва/ёки стресс (дистресс)нинг мавжудлиги.

Ҳомиладорликда тез-тез учровчи психоэмоционал белгиларнинг олдини олиш ва бартараф этиш мақсадида қуйидагилар тавсия этилади: 1) ҳомиладорнинг рационал ва балансланган парҳездан тийилиши; 2) ҳомиладорнинг дам олиши ва фаоллигини рационлаштириш; 3) қўшимча равишда микронутриентлар (витаминлар, микроэлементлар ва шу кабилар)ни қабул қилиш; 4) психик ва жисмоний толиқишдан ўзини сақлаш; 5) алкогол ва тамаки маҳсулотлари истеъмолидан ўзини тийиши.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

12-жадвал. Ҳолсизлик, толиқиш ва уйқучанлик

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• эҳтимолий сабаблар: • Метаболизм интенсивлигининг камайиши; • қон айланиши ва тахикардиянинг кучайиши; • ҳиссий зўриқиш ва стресс	• балансланган диетанинг муҳимлигини таъкидлаш, шунингдек, меҳнат ва дам олиш муносабатларининг рационализацияси. Ҳомиладорга қуйидагича маслаҳат берилади: • толиқишдан қочиш; • Алкогол ва тамаки маҳсулотлари истеъмолидан қочиш	• уйқусизликнинг иштаҳа йўқолиши ва/ёки либидо ва/ёки асосланмаган айбдорлик ва ғамгинлик ҳисси билан қўшилиши депрессиянинг белгиси ҳисобланади; • умумий оғир ҳолат, ҳолсизлик, тушкунлик етарлича овқатланмаслик ва/ёки сурункали касалликларга хос

Психоэмоционал бузилишлари бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи депрессия (уйқусизликнинг иштаҳа йўқолиши ва/ёки либидо ва/ёки асосланмаган айбдорлик ва ўз-ўзини айблаш ҳисси), очлик (етарлича овқатланмаслик) ва сурункали касалликлар (ҳолсизлик билан уйқучанлик, умумий оғир ҳолат ва тушкунлик)нинг эрта намоён бўлишидан огоҳ бўлиши зарур.

Психоэмоционал белгилар билан бир қаторда ҳомиладорлар кўпинча қуйидагилардан ҳам шикоят қилишлари мумкин: 1) белдаги оғриқлар – одатда, 2 ва 3-учойликдаги аёлларда қайд этилади; 2) оғриқлилик, сезувчанликнинг ошиши ва милкларнинг қонаши, асосан, 2 ва 3-учойликдаги ҳомиладорлар учун хос; 3) ҳаракатлар бўйича чегараланишлар (зинадан кўтарилиш ва тушишдаги қийинчиликлар) 2 ва 3-

учойликдаги аёлларда бўлади; 4) сочларнинг тўкилиши – асосан, ҳомиладорликнинг 3-учойлигида кузатилади; 5) бош оғриқлари ҳомиладорларни бутун ҳомиладорлик даврида безовта қилиши мумкин. Ҳомиладорликдаги турли тавсифдаги тиббий муаммоларга, шунингдек, яна қуйидагиларни киритиш мумкин: 6) юрак уришидаги муаммолар – асосан, 1-учойлик давомида ҳомиладорларда юрак уришининг тезлашиши, титроқ ҳисси ҳисобланади; 7) бавосил, тўғри ичакдаги геморроидал туташувчи вена томирларининг кенгайиши, бу оғриқ ҳисси, қичишиш, қон кетиши ва шу кабилар билан бирга кузатилиши мумкин. Кўпинча 2 ва 3-учойликда ривожланади; 8) чаноқ ва сон суякларини туташтирувчи бўғимдаги оғриқлар кўпинча бир тарафлама локализацияга эга бўлади ва ҳомиладорларни 3-учойликда безовта қилади; 9) асосан, ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасидан кейин аниқланувчи гипервентиляция ва нафас олишнинг қисқариши; 10) ҳомиладорларни, асосан, 2 ва 3-учойликда безовта қилувчи бурунниг битиши ва бурундан қон келиши; 11) қўл ва оёқ бармоқларида, думба ва сон соҳаларида увишиш ҳамда енгил фалажланиш (парестезия) ҳисси, шунингдек, кўпгина ҳомиладорларда гестациянинг 16-ҳафтасидан кейин қўпол ва беўхшов қадам ташлаш (салмоқланиб юриш) ҳам ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб пайдо бўла бошлайди.

Белдаги оғриқлар (13-жадвал)

Белдаги оғриқлар ҳомиладорликда энг кўп кузатиладиган шикоятлардан бири бўлиб, қуйидагилар унинг патогеник механизми ҳисобланади: 1) бўғинлар, пай ва мушаклар гидрофиллиги ошиши билан тавсифланувчи бирлаштирувчи тўқималарнинг ўзгариши (экстрогенларнинг ошган миқдори гликозамингликанлар, хондроэтинсульфатлар ҳамда гиалурон кислота солиштирма оғирлиги камайиши ва сув таркибининг ошиши билан тавсифланувчи асосий моддалар таркибида ўзгаришлар содир бўлишига олиб келади); 2) оғирлик марказининг олд томонга силжиши (бу белдаги умуртқалар ва чаноқ суяклари орасидаги юкни қайта тақсимлашга ёрдам беради); 3) олд қорин девори мушаклари диастази (тарқалиши);

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

4) (камдан-кам) қов суяклари бирлашган бўғим диастази (бўшашган пай аппарати ҳисобига).

Яна шуни таъкидлаш жоизки, белдаги оғриқлар ҳомиладорларнинг уйқусини бузиб, асосан, тунда безовта қилади ва бу ҳаётдан қониқиш ҳиссини аҳамиятли даражада камайтириб, уларнинг психоэмоционал ҳолатига салбий таъсир кўрсатади.

13-жадвал. Белдаги оғриқлар

Анатомик/ физиологик асос	**Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар**	**Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар**
• бириктирувчи тўқиманинг ўзгариши; • оғирлик марказининг силжиши; • қорин олд девори мушаклари (қориннинг тўғри мушаклари) диастази (тарқалиши)	• ўтириш ва ўриндан туришда гавданинг меъёрий биомеханикасига амал қилиш; • ўтирган ҳолатда оёқларни чалиштирмаслик; • ўтирганда ва тик турганда гавданинг тик ҳолатини яхши сақлаш; • қаттиқ тўшакда ухлаш; • тутиб турувчи сийнабандлар тақиш; • «жаҳлдор мушук» ҳолатидаги машқларни тез-тез бажариш; • зарурат бўлганда парацетамолдан фойдаланиш	• сийдик йўли инфекциялари, туғруқнинг бошланиши, неврологик касаллик симптомлари бўлиши мумкин

Санаб ўтилган симптомлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида ҳомиладорлар қуйидаги тавсияларга амал қилишлари зарур:

1) гавданинг меъёрий биомеханикасини тутиб туриш: а) гавдани яхши ҳолатда тутиб, ўтирган ёки тик турган ҳолатда букчаймаслик; б) гиперэкстензия, гиперфлексия ёки гиперротация ва шу кабиларда нотабиий ҳаракатларни бажаришдан қочиш, ўтирган ҳолатда оёқларни чалиштирмасликка ҳаракат қилиш;

2) унча баланд бўлмаган ёстиқ билан қаттиқ тўшакда ухлаш;

3) тутиб турувчи сийнабандлар тақиш;

4) «жаҳлдор мушук» ҳолати деб қабул қилинган машқни тез-тез бажариш;

5) паст пошнали кенг пойабзал кийиш;

6) турли мустаҳкамловчи машқлар, жумладан, сувли аэробика ва шу каби даволовчи жисмоний машқларни бажариш;

7) психотерапия, акупунктура, электрофорез ва шу каби физиотерапевтик чоралар;

8) дори-дармонсиз терапия самарасиз бўлган ҳолларда ҳар замонда парацетамолдан фойдаланиш (оғиз орқали 500 мг дан, бир суткада энг кўпи билан 6 марта қабул қилиш!!!).

Милкларнинг қонаши ва оғриқлилиги (14-жадвал)

Антенатал маслаҳатлашни амалга ошираётган тиббий мутахассис ҳомиладорлардаги милкларнинг қонаб туриши кўпинча меъёрий ҳолат, камдан-кам ҳолатларда гингивитнинг пайдо бўлиши ҳамда жуда кам ҳолатларда тромбоцитопатия каби гематологик ўзгаришлар ҳисобланишини билиши зарур.

Ҳомиладорларда милкнинг қонаб туришини юзага келтирувчи сабаблар ҳисобланувчи гормонал ўзгаришлар (гиперпрогестеронемия, гиперэстрогенемия, гиперингибинемия ва шу каби) қуйидагиларга олиб келади: 1) гидрофиллик, шишишнинг кўпайиши, шунингдек, бир томондан, бириктирувчи тўқиманинг юмшашига; 2) бошқа томондан, аъзолар ва тўқималарда қон айланишининг ошишига.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

14-жадвал. Милкларнинг қонаб туриши ва оғриқлилиги

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ҳомиладорлик давридаги гормонал ўзгаришлар шишишнинг ривожланиши ва оғиз бўшлиғи бириктирувчи тўқималарида қон айланишининг ошишини юзага келтиради	• оғиз бўшлиғи гигиенасига тўғри амал қилишнинг муҳимлигини кўрсатиш зарур	• гингивитни истисно этиш

Милкларнинг қонаши ва юқори сезувчанлиги бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчилар ҳомиладор аёлларга қуйидаги оғиз бўшлиғи гигиенасига тўғри амал қилиш муҳимлигини алоҳида таъкидлаши керак: а) бир кунда икки марта юмшоқ чўткали тиш чўткасидан фойдаланиб тишлар ва тилни тозалаш; б) ҳар овқатлангандан кейин тиш тозалайдиган ипдан фойдаланиб тишлар орасини тозалаш; в) бир суткада икки марта тиш эликсири билан оғизни чайиш. Бир вақтнинг ўзида гингивитни истисно этиш мақсадида аёлларни кўрикдан ўтказиш керак.

Юқорига чиқиш ва пастга тушишдаги қийинчиликлар (15-жадвал)

Антенатал ёрдам сўраб мурожаат этган ҳомиладорларнинг кўпчилиги зинапоядан чиқиш ва тушишдаги қийинчиликлардан шикоят қилади. Қуйидагилар ушбу тиббий муаммо асосида ётувчи анатомик ва физиологик ўзгаришлар ҳисобланади: 1) бириктирувчи тўқималарнинг юмшаши ва бўшашишининг ошишига олиб келувчи гормонал ўзгаришлар (гиперпрогестеронемия, гиперэстрогенемия, гиперингибинемия ва шу каби); 2) ҳомиладор аёл оғирлик маркази

силжиши билан гавданинг ўзгариши; 3) гиперволемия ҳамда нафас, юрак-қон томир тизими ва шу кабилар юкламаси ошишига олиб келувчи гормонал ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган ҳолсизлик ва заифлик.

15-жадвал. Юқорига чиқиш ва пастга тушишдаги қийинчиликлар

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ҳомиладорлик давридаги гормонал ўзгаришлар юмшаб қолиш ва ҳаддан ортиқ эластикликни юзага келтиради. • Бошқа сабаблар: • гавданинг ўзгариши; • ҳолсизлик, заифлик	• ётган ҳолатда ўриндан туриш учун дастлаб ёнбошга ўгирилиш ва тиззаларга таянган ҳолда ўриндан туриш. Орқа билан пастки оёқ учларини керган ҳолатда ётишдан қочиш	• увишиш, ҳолсизлик, мушаклар атрофияси, сийдик чиқариш актининг бузилиши ва дефекация – неврологик касалликларнинг белгиси

Ушбу типдаги шикоятлари бўлган ҳомиладор аёлларни маслаҳатлашда мутахассислар қуйидаги маслаҳатларни бериши лозим: 1) ётган ҳолатда ўриндан туриш учун ёнбошга ўгирилиб ва тиззаларга таяниб ўриндан туриш керак; 2) уларнинг намоён бўлишини камайтирувчи орқачалаб пастки оёқ учларини кериб ётишдан қочиш. Бир вақтнинг ўзида мутахассисларга ушбу типдаги шикоятларни юзага келтирувчи неврологик касалликларни истисно этиш тавсия этилади. Оёқ учларининг увишиши, мушаклар сустлиги ва атрофия, сийдик чиқариш актидаги кузатилиши мумкин бузилишлар ҳамда дефекация ва шу кабилар неврологик бузилишлар учун тавсифли ҳисобланади.

Бош айланиши ва ҳушдан кетиш (16-жадвал)

Ҳомиладорлар, шунингдек, бош айланиши ва ҳушдан кетиш ҳолатларидан ҳам шикоят қилиши мумкин ва бу кўпинча меъёрий

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ҳолат ҳисобланади. Қуйидагилар ушбу тиббий муаммо асосида ётувчи анатомик ва физиологик ўзгаришлар ҳисобланади: 1) постурал гипотензиянинг мавжудлиги, бу гормонал ўзгаришлар сабабли периферик томирларнинг кенгайиши билан боғлиқ (прогестеронларнинг релаксацияловчи таъсири); 2) стресс; 3) гормонал тартибнинг ўзгариши томонидан чақирилган ҳолсизлик ва заифлик; 4) норационал парҳез ҳамда ўзгарувчан овқатланиш одатлари, балки яна бошқа сабаблар туфайли юзага келган очлик.

16-жадвал. Бош айланиши ва ҳушдан кетиш

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• гемодинамик ўзгаришларни юзага келтирувчи постурал гипотензия; • Бошқа сабаблар: • стресс; • толиқиш, ҳолсизлик; • очлик	• ётган ёки ўтирган ҳолатда шошилмасдан ҳамда секин-асталик билан ўриндан туриш; • ёнбошлаб ётиш; • кам-камдан тез-тез овқатланиш; • узоқ муддат тик туриб қолишдан қочиш	• толиқиш, ҳолсизлик, рангсизлик, ҳарсиллаш, юракнинг тез-тез уриши оғир даражадаги камқонликнинг белгиси ҳисобланади; • қорин пастида тўсатдан бошланган оғриқлар ва унинг ортидан кузатиладиган ҳушдан кетиш ҳамда қиндан қон келиш ҳолатлари бачадон ташқари бузилган ҳомиладорликни билдиради

Бош айланиши ва ҳушдан кетиш ҳолатларини бартараф этиш ҳамда профилактика қилишда ҳомиладорларга қуйидагиларни тавсия этиш зарур: 1) ўтирган ёки ётган ҳолатда ўриндан туришни секин-асталик ва шошилмасдан амалга ошириш керак; 2) пастки жинсий аъзолардаги веналар сиқилишининг олдини олиш учун чап ёнбош билан ётган яхши;

3) кам-камдан тез-тез овқатланиб туриш, бир суткада камида 4 порция асосий овқатдан истеъмол қилиш; 4) узоқ муддат тик туриб қолмаслик.

Маслаҳатлаш жараёнида бош айланиши ва ҳушдан кетиш ҳолатларидан шикоят қилган ҳомиладорларда тиббий хизматчи қуйидагилар мавжудлигини истисно этиши керак: 1) заифлик, толиқиш, рангсизлик, тахикардия ва шу кабилар оғир даражадаги камқонликни билдиради; 2) ҳушдан кетиш ва қиндан қон келиши билан бирга кечувчи тўсатдан қоринда оғриқ бошланганда бачадон ташқари бузилган ҳомиладорлик

Бошдаги оғриқлар (17-жадвал)

Ҳомиладорлар томонидан шикоят қилинадиган бошдаги оғриқлар ҳам мавжуд бирон-бир касаллик ва/ёки асоратлар белгиси бўлиши мумкин. Уларнинг ривожланиши асосида қуйидагилар ётади: 1) бурун битиши, респиратор алколоз (нафас олиш марказининг прогестерон билан стимуляцияси), кўздаги ўзгаришлар (транзиторли миопия, тўқималар гидрофиллигининг ошиши) ривожланишига олиб келувчи ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар; 2) мушак спазмлари – тўплам оғриқлар ривожланишини юзага келтиради; 3) психоэмоционал дистресс ва озиб кетиш ҳам кучли бош оғриқлари ривожланишига олиб келиши мумкин.

Бош оғриқларининг олдини олиш ва бартараф этиш мақсадида экспертлар қуйидагиларни тавсия этишади: 1) бўйин, бўйин атрофи ва елкани уқалаш; 2) зарурат бўлганда Парацетамолни майда бўлакларга бўлиб ичиш (500 мг дан бир суткада энг кўпи билан 6 марта); 3) Аспирин, Ибупрофен, наркотик ҳамда ясама анальгетиклар, седатив ҳамда уйқу чақирувчи воситаларни истеъмол қилишдан сақланиш!!!

Бир вақтнинг ўзида тиббий мутахассис бошдаги оғриқлардан шикоят қилган ҳомиладорлар маслаҳатлашсида қуйидагиларни истисно этиши тавсия этилади: 1) ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар ва оғир преэклампсия; 2) ўткир синусит; 3) мигрень.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

17-жадвал. Бошдаги оғриқлар

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар бурун битиши, респиратор алколоз, кўздаги ўзгаришлар ривожланишига олиб келиши мумкин; • мушак спазмлари, психоэмоционал стресс ва озиб кетиш	• бўйин, бўйин атрофи ва елкани уқалаш: • зарурат бўлганда майда бўлакларга бўлиб Парацетамол истеъмол қилиш	• Аспирин, Ибупрофен, гиёҳванд, седатив ва уйқу чақирувчи воситаларни истеъмол қилишдан сақланиш; • мигрень, ўткир синусит ёки преэклапсия белгилари бўлиши мумкин

Юрак тез уриши хуружлари (18-жадвал)

Юрак тез уриши хуружлари ҳам ҳомиладорларга хос шикоят ҳисобланади. Уларнинг ривожланиши асосида қуйидагилар ётади: 1) ҳомиладор организмида яхлитлигича қон айланиши ва қон оқими ҳажмининг ошиши; 2) ҳаддан ташқари психоэмоционаллик, бадгумонлик ва хавотирланиш юрак касалликларига чалиниш эҳтимолини оширади.

Юрак тез уриши хуружи оғирлашган ёки кучайганда, шунингдек, хавотирланиш симптомлари пайдо бўлганда тиббий хизматчи ҳомиладорга тиббий ёрдам сўраб қайта мурожаат қилишни тавсия этиши керак. Юрак тез уришидан шикоят қилган ҳомиладорлар маслаҳатлашсида жисмоний юкламада кучаювчи ҳарсиллаш декомпенсирланган юрак-томир патологиясининг белгиси ҳисобланишини билиш зарур; кўкрак соҳаси сиқиши ҳисси билан бирга кечувчи юрак уришидаги ҳамда тез-тез терлаш хуружлари хавотирли ҳолатлар учун тавсифли.

18-жадвал. Юрак тез уриши хуружлари

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
Эҳтимол: • яхлитлигича қон айланиши ва қон оқими ҳажмининг ошиши; • хавотирлилик юрак касалликлари бўлиши мумкин	Қуйидаги ҳолатларда ҳомиладор аёлнинг Сизга қайта мурожаат этишини тавсия қилинг: • семиотика намоён бўлишининг кучайиши; • хавотирли/хавфли симптомларнинг пайдо бўлиши	• жисмоний меҳнатда кучаювчи ҳарсиллаш юрак-томир патологиясини билдиради; • кўп терлаш, юрак уриши ва кўкрак соҳаси сиқилиши ҳисси оғир даражадаги хавотирли ҳолатлар учун тавсифли

Бавосил (геморрой) (19-жадвал)

Кўпинча ҳомиладорликнинг иккинчи ярми давомида ривожланувчи гемороидал вена томирларининг варикоз кенгайиши ҳам ҳомиладорлик ҳолати учун тавсифли ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида қуйидагилар бавосилнинг ривожланиш асоси ҳисобланади: 1) веноз димланишнинг ривожланиши ҳамда веналарда, жумладан, тўғри ичак гемороидал туташган веналарда гидростатик босимнинг ошишига олиб келувчи гормонал ўзгаришлар (прогестероннинг релаксацияловчи таъсири); 2) катталашган бачадон томонидан кичик чаноқ ва қорин бўшлиғидаги веналарнинг сиқилиши вена томирларида гидростатик босимнинг ошиши ҳамда уларнинг кенгайишига олиб келиш орқали вена томирларидаги қон қочишининг бузилишини юзага келтиради; 3) ҳомиладорларда бавосилнинг ривожланишида кичик чаноқда қоннинг туриб

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

қолиши шаклланиши ҳамда веналарда гидростатик босимнинг ошишига олиб келувчи қабзият (ичнинг қотиши) ҳал қилувчи роль ўйнайди.

19-жадвал. Бавосил (геморрой)

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
•ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар вена ҳаракатсизлиги ривожланиши ҳамда тўғри ичак геморроидал туташмаларида гидростатик босимнинг ошишини юзага келтиради; •катталашган ўлчамдаги бачадон ректал веналарга босим кўрсатиб, уларда қон қочишини қийинлаштиради ва гидростатик босимни оширади; •ич қотиши	•клетчаткали маҳсулотлар истеъмолини кўпайтириш; •ўтирган ҳолдаги ванналар; •зарурат бўлганда маҳаллий анестетик мазь ва свечалардан фойдаланиш; •қабзият пайдо бўлишидан сақланиш	•ич қотишлар, дефекация актидаги қонли/қонсиз аналь оғриқлар анал ёриқлар белгиси бўлиши мумкин

Бавосилнинг олдини олиш ва уни бартараф этиш мақсадида тиббий мутахассислар маслаҳатлаш жараёнида ҳомиладорларга қуйидагиларни тавсия этишлари зарур: 1) таркибида катта миқдорда клетчатка сақловчи озиқ-овқатларни истеъмол қилишни кўпайтириш (фақат дондан тайёрланган нон-булочка маҳсулотлари, бошоқли ўсимликлар, сабзавотлар ва шу кабилар), шунингдек, кўп суюқлик ичиш (бир суткада камида 750–1000, имкон бўлса 2000 мл суюқлик); 2) ўтирган ҳолда қилинадиган ванналар, аниқса, мойчечак ёки эман пўстлоғи қайнатмасидан қилинган ванналар яллиғланиш белгилари ва

таъсирчанликни йўқотиш имконини беради; 3) зарурат бўлганда ректал анестетик свечалар (бир кунда 4 мартагача акула жигарининг ёғи билан Фенилэфрин гидрохлорид, бир кунда 2 маҳал битта свечадан Натрий альгинат (Нальтаксид))дан фойдаланиш; 4) қабзият пайдо бўлишидан сақланиш (хоҳиш пайдо бўлиши билан ичакларни бўшатиш; парҳез, кўп сув ичиш, меҳнат ва дам олишни рационаллаштириш, пиёда сайрлар).

Бавосилдан шикоят қилган ҳомиладорларни маслаҳатлаш қилишда тиббий хизматчи дефекация актида ич қотишининг аҳамиятли оғриқлилик ва қонаб туриш билан кечиши анал ёриқлар учун тавсифли белгилар эканлигини билиши зарур.

Нафас сиқиши (20-жадвал)

Антенатал маслаҳатлашларда ҳомиладорлар нафас олишнинг тезлашиши (бир дақиқада 20 марта ва ундан кўпроқ нафас олиш сони – тахипноэ) билан бирга кечувчи нафас сиқиши, ҳаво етмаётганлиги ҳиссидан етарли даражада кўп шикоят қилишади.Ушбу шикоятлар шаклланиш асосида қуйидагилар ётади: 1) ҳомиладорликдаги гормонал тартибнинг ўзгариши (гиперпрогестеронемия нафас олиш марказини тезлаштиради) гипокарбоксиемия ва респиратор алколознинг пайдо бўлишига сабаб бўлади; 2) бачадон ўлчамларининг катталашиши диафрагма ҳаракатчанлигини чегаралаб, қорин бўшлиғи аъзоларини тепага суради.

Нафас сиқиши ва тахипноэнинг олдини олиш ва бартараф этиш учун ҳомиладорлар қуйидагиларга амал қилиши зарур: 1) ҳомиладорлар оёғини тиззаси ва чаноқ-сон суягини туташтирган бўғимдан букилган ҳолда ёнбоши билан ётишга ҳаракат қилиши (лекин чалқанчасига ётмаслиги) керак; 2) ёнбошлаб ётган ҳолатда битта ёстиқни оёқлари орасига, иккинчисини – қорин остига жойлаштириши лозим.

Нафас сиқиши ва тахипноэ бўлган ҳомиладорлар маслаҳатлашда тиббий хизматчи қуйидагилар мавжудлигини истисно этиши зарур: 1) нафас олишнинг бузилиши; 2) оғир даражали камқонлик; 3) юрак-қон томир касалликлари; 4) ўпканинг шишиши.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

20-жадвал. Нафас сиқиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
•ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар қон зардобида карбонат ангидрид гази миқдорининг пасайиши, шунингдек, кислород миқдорининг ошишини юзага келтиради; •бачадон ўлчамларининг катталашиши кўкрак қафаси ва диафрагма аъзолари дислокациясини келтириб чиқаради	Ётган ҳолатда: • тизза ва чаноқ-сон бўғимидан букиб ёнбош ётишга ҳаракат қилиш; • битта ёстиқни оёқлари орасига ва иккинчисини қорин остидан қўйиш	•нафас олишнинг бузилиши, оғир даражадаги камқонлик, юрак касалликлари, ўпканинг шишиши бўлиши мумкин

Бурун битиши ва бурун қонаши (21-жадвал)

Шуни алоҳида таъкидлаш керакки, ҳомиладорларда бурунниng қонаб туриши, шунингдек, битиши умуман олганда қўшимча парвариш талаб этадиган меъёрий ҳолат ҳисобланади. Бироқ ҳеч қандай гематологик ва гипертензив бузилишлар ташхисини қўйиш учун асосий белги ҳисобланмайди. Ушбу тиббий муаммо патогенезида қуйидагилар ётади: 1) ҳомиладорликнинг гормонал қайта ташкил этилиши (гиперпрогестеронемия натрий ионлари ва сувнинг ушланиб қолишига ёрдам беради, прогестерон енгил минералкортикоид таъсирга эга бўлади) капиллярларда гидростатик босимни ошириб, perdiapedesin геморрагияларни шакллантириб, уларнинг лиқ тўлишига олиб келади; 2) қон оқимининг кучайиши катта миқдордаги шиллиқлар ажаралишига сабаб бўлади; 3) бурун битиши ва ундан қон оқиб туришида жароҳатланиш,

шунингдек, бурун бўшлиғидаги полиплар ҳам муҳим роль ўйнаши мумкин.

21-жадвал. Бурун битиши ва бурун қонаши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар капиллярларнинг лиқ тўлиши ва томирларда гидростатик босим ошиб, қоннинг туриб қолишига олиб келади; • шиллиқ маҳсулотлар ишлаб чиқилишининг кўпайиши; • бурун шиллиғи ёки бурун шиллиғи полиплари шикастланиши	Бурундан қон кетишини тўхтатиш учун: • тўғри ўтириш ва ҳар қандай ҳолатда ҳам ётмаслик ҳамда бошни пастга эгмаслик; • бир неча дақиқа давомида бурун тешикларини эҳтиёткорлик билан ташқи томондан сиқиб туриш; • бурундан қон тўхтагунча ушбу ҳаракатларни такрорлаш	• агар бурундан қон кетиши яққол тавсифга эга бўлса ёки бурундан қон кетишининг учтадан ортиқ эпизоди бўлса, қоннинг ивиш тизими патологиясини текшириб кўриш керак; • ушбу симптомлар аллергия, ўткир синуситнинг белгилари бўлиши ҳам мумкин

Бурун битиши ва қонашининг олдини олиш учун ҳомиладорлар қуйидагиларга амал қилишлари зарур: 1) сал шўр сув билан бурунни чайиши (денгиз сувлари (Аквамарис, Квикс, Маример) билан бир кунда 3 та сепиш билан 6 мартагача); 2) бурун бўшлиғи гигиенасига тўғри амал қилиш (қаттиқ ва ўткир предметлардан фойдаланиб бурунни тозаламаслик).

Бурундан қон кетишини тўхтатиш учун ҳомиладорларга қуйидаги ҳаракатлар алгоритмини бажариш тавсия этилади: 1)

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

танани вертикал ҳолатда тутиб тўғри ўтириш ва ҳар қандай ҳолатда ҳам ётмаслик ҳамда бошни пастга эгилтирмаслик; 2) бир неча дақиқа давомида бурун тешигини ташқи томонидан эҳтиёткорлик билан сиқиш; 3) юқорида кўрсатилган ҳаракатларни бурундан қон кетиши тўлиқ тўхтагунга қадар такрорлаш.

Анамнезида бурундан қон кетишнинг 3 тадан ортиқ эпизоди бўлган ёки бурундан қон кетиши оғир тавсифга эга бўлган ҳомиладор аёлларда гематологик муаммоларни истисно этиш зарур.

Ҳомиладорларни бурундан қон кетиши ва бурун битиши билан маслаҳатлаш қилишда тиббий мутахассис бундай ҳолатлар ўткир синусит, атопик ринит ва бошқа аллергик реакцияларнинг симптоми ҳам бўлиши мумкинлигини билиши зарур.

Оёқ ва қўл панжаларининг увушиши (22-жадвал)

Ҳомиладорлар жуда тез-тез оёқ ва қўл бармоқлари увушишидан шикоят қилади ва бу, асосан, қуймич нерви сиқилиши билан боғлиқ. Увушиш қуйидаги ҳолатларда юзага келади: оғирлик марказининг силжиши ҳамда умуртқа ва чаноқ оралиғидаги юкламанинг қайта тақсимланиши; 2) нерв томирларини ўраб турган юмшоқ тўқималар (бириктирувчи аппарат, тоғай ва мушак тўқималари) шишиши.

Ушбу шикоятларни қуйидагилар ҳисобига олдини олиш ёки бартараф этиш мумкин: 1) ҳомиладор томонидан гавданинг тўғри биоМеханикасига амал қилиш: (а) гавдани яхши ҳолатда тутиб, тик турган ёки ўтирган ҳолатда эгилмаслик; б) гиперэкстензия, гиперфлексия ёки гиперротация ва шу кабиларнинг нотабиий ҳаракатларини бажаришдан сақланиш, ўтирганда оёқларни чалиштирмасликка ҳаракат қилиш); 2) ҳомиладорни безовта қилаётган увушишни бартараф этиш имконини берувчи ётиб қабул қилинадиган иссиқ ванналар.

Ҳомиладорлар бармоқларидаги увушиш ҳиссининг оғриқлар билан қўшилиб келиши туннель синдроми мавжудлиги, мушаклар сустлигининг увушиш билан бирикиб келиши умуртқа дискларио протрузия ёки чурра (грижа) учун тавсифли белгилар ҳисобланади.

22-жадвал. Оёқ ва қўл панжаларининг увушиши

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
•ҳомиладорликда оғирлик марказининг силжиши қуймич нерв томирларининг сиқилишига олиб келиши мумкин; •нерв томирларининг сиқилиши, шунингдек, тўқималар шишиши кўринишида ҳам ривожланиши мумкин	•гавданинг тўғри биомеханикасига амал қилишнинг муҳимлигини таъкидлаш; •увушиш қаттиқ ташвишланишга сабаб бўладиган ҳолатларда ҳомиладорга ётиб қабул қилинадиган иссиқ ваннани тавсия қилинг; •бурундан қон тўхтагунча ушбу ҳаракатларни такрорлаш	•бармоқлардаги увушиш ва оғриқ ҳисси туннель синдромининг белгилари ҳам бўлиши мумкин; •мушак сустлиги умуртқа дискларо протрузия ёки грижа белгиси ҳам бўлиши мумкин

Беўхшов ва қўпол қадам ташлаш (23-жадвал)

Ҳомиладор томонидан оғирлик марказининг силжиши ҳамда умуртқа ва чаноқ суяклари бўлимлари оралиғида юкламанинг қайта тақсимланиши ҳомиладорларда беўхшов (мағрур) қадам ташлашнинг ривожланишини юзага келтирувчи сабаблар ҳисобланади.

Қуйидаги ҳолатларда ушбу шикоятларнинг олдини олиш ёки бартараф этиш мумкин: 1) ҳомиладор томонидан гавданинг тўғри биомеханикасига амал қилиш (а) гавдани яхши ҳолатда тутиб, тик турган ёки ўтирган ҳолатда эгилмаслик; б) гиперэкстензия, гиперфлексия ёки гиперротация ва шу кабиларнинг нотабиий ҳаракатларини бажаришдан сақланиш, ўтирганда оёқларни чалиштирмасликка ҳаракат қилиш); 2) тез-тез «жаҳлдор мушук»

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ҳолати деб номланган машқни бажариб туриш; 3) паст пошнали кенг пойабзал кийиш; 4) турли мустаҳкамловчи машқларни бажариш, жумладан, сувли аэробика ва бошқа даволовчи жисмоний машқлар; 5) қаттиқ тўшакда кичкина ёстиқ билан ухлаш.

23-жадвал. Беўхшов ва қўпол қадам ташлаш

Анатомик/ физиологик асос	Уларни бартараф этишга йўналтирилган огоҳлантириш ва/ёки чоралар	Жиддий муаммо мавжудлигини билдирувчи хавотирли белгилар
• оғирлик марказининг силжиши ҳамда умуртқалараро юкламанинг қайта тақсимланиши	• ҳомиладор томонидан гавданинг тўғри биомеханикасига амал қилиш; • тез-тез «жаҳлдор мушук» ҳолати деб номланган машқни бажариб туриш; • паст пошнали кенг пойабзал кийиш; • турли мустаҳкамловчи машқларни бажариш; • қаттиқ тўшакда кичкина ёстиқ билан ухлаш	• «ўрдакча қадам ташлаш», юргандаги оғриқлар, қов суяклари бирлашган бўғимдаги локал оғриқлар ҳомиладорда диастаз борлиги белгилари ҳисобланади

Беўхшов қадам ташлаши бўлган ҳомиладорлар маслаҳатлашсида тиббий хизматчи уларда «ўрдакча қадам ташлаш», юргандаги оғриқлар, қов суяклари бирлашган бўғимдаги локал оғриқлар мавжудлигини синчковлик билан текшириши зарур, чунки ушбу оғриқлар ҳомиладорда диастаз борлигини кўрсатади.

Юқорида келтирилганлар хулоса ясаб айтиш мумкинки, ҳар бир тиббий хизматчи ҳомиладорларнинг тез-тез учровчи тиббий шикоятлар билан маслаҳатлашсида кўпчилик аёлларда ҳомиладорлик даврида турли тавсифдаги тиббий муаммо/шикоятлар қайд этилишини эътиборга олиши зарур. Бунда мутахассис маслаҳатлашни амалга оширишда қуйидагиларга амал қилиши керак: 1) ҳомиладорни тинчлантириши; 2) унга ушбу муаммонинг пайдо бўлиш сабабини тушунтириши; 3) унга ушбу муаммо профилактикаси ҳамда коррекцияси ҳақида маслаҳат бериши; 4) ҳолат оғирлашганда, симптомлар кучайганда, шунингдек, хавотирли белгилар пайдо бўлганда ёрдам сўраб қайта мурожаат этиши кераклигини тушунтириши.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Basic Maternal and Newborn Care: Basic Childbirth, Postpartum, and Newborn Care, 2004 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

2. Best Practices in Maternal and Newborn Care: A Learning Resource Package for Essential and Basic Emergency Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

3. Blueprints Obstetrics and Gynecology, 6th Edition, Callahan T. L., Caughey A. B., 2013 Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

4. Constipation: Management of, Antenatal C, Minor Symptoms or Disorders in Pregnancy, Clinical Guidelines Obstetrics and Midwifery, Women and Newborn Health Service, King Edward Memorial Hospital.

5. Danforth's Obstetrics and Gynecology, 9th Ed: James R., Md. Scott, Ronald S., Md. Gibbs, Beth Y., Md. Karlan, Danforth By Lippincott Williams & Wilkins Publishers 2003.

6. EAT FOR HEALTH, Australian Dietary Guidelines, Providing the scientific evidence for healthier Australian diets, National Health and Medical Research Council (2013), Canberra: National Health and Medical Research Council.

7. Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynecology, 9th Edition, Oats J. and Abraham S., Mosby Elsevier, 2010.

8. Nausea and Vomiting of Pregnancy, ACOG Practice Bulletin No 52, April 2004.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

9. Netter's Obstetrics & Gynecology, 2nd Edition, Smith R., 2008 by Saunders, an imprint of Elsevier Inc.

10. Nutritional requirements, dietary advice targeted for pregnant, and breastfeeding women, National Health and Medical Research Council (2012) Canberra: National Health and Medical Research Council.

ХОМИЛАДОРЛАРНИНГ АЛОҲИДА ЭҲТИЁЖЛАРИ

Ҳомиладорлик даврида ҳомиладор аёллар учун алоҳида парвариш талаб этиладиган қатор ҳолатлар мавжуд. Бундай ҳолатлар қаторига ҳомиладорнинг жуда ёшлиги, камқонлик ва/ёки дизурик симптомлар мавжудлиги, ОИВ юқтирилганлиги, ҳомиладорда захм бўлиши, аёлнинг безгак, анкислотомидоз, йод танқислиги, А авитаминоз каби эндемик касалликлар регионида яшаганлиги, шунингдек, ҳомиладор аёлда оғирлашган акушерлик анамнези ёки бачадон туби баландлиги ўсишдан ортда қолиши ва шу кабилар киради, бу асосий ғамхўрлик кўрсатилиши билан бир қаторда қўшимча баҳолаш ва/ёки парваришлашни талаб этади.

Аввалроқ «Ҳомиладорларга мўлжалланган антенатал парвариш» бобида кўрсатиб ўтилганидек, ҳар қандай антенатал ёрдам олдиндан тайёрланган режа асосида амалга оширилиши керак. Яна шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, бундай ёрдам максимал даражада индивидуаллаштирилган бўлиши зарур. Аналогик қоидалар юқорида санаб ўтилган алоҳида ҳолатлар мавжудлигига боғлиқ ҳолда қўшимча ёрдам кўрсатиш талаб этиладиган ҳомиладорлар учун ҳам амал қилади. Қайд этиш керакки, кўрсатилган вазиятларда тиббий ёрдам кўрсатиш/парваришлаш режасини тузиш ҳамда уни қўллашда қўшимча равишда асосий эҳтиёжлар ва талабларни, шунингдек, ижтимоий ва индивидуал омилларни ҳисобга олиш зарур. Алоҳида эҳтиёжлари бўлган ҳомиладорларни базавий парваришлашнинг асосий элементларига қўшимча равишда қўшимча баҳолаш, ёрдам кўрсатиш ва парваришлашдан иборат қўшимча/махсус ғамхўрлик кўрсатиш талаб этилади. Айтиш жоизки, ҳомиладор ҳолатини баҳолашни амалга оширишда тиббий хизматчи қуйидагиларга эътибор қаратиши зарур:

1) ўз эътиборини баҳолаш ва/ёки унинг янги элементларининг конкрет компонентларига (масалан, лаборатор тестларга) қаратиши;

2) асосий эҳтиёжлар табиатини аниқлаши ва тўғрилигига ишонч ҳосил қилиши (масалан, оғирлик даражаси/намоён бўлиши, йўлдош омиллар ва шу кабилар);

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

3) ҳомиладорда қўшимча янада жиддий муаммо/ҳолат йўқлигини аниқлаб олиши.

Алоҳида эҳтиёжлари бўлган ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатиш/парваришлашда қуйидагиларни тушунтиришга ҳаракат қилиш керак:

1) алоҳида парваришнинг афзаллигини тушунтириш;

2) унинг эътиборини парваришлаш ва/ёки унинг янги элементлари (масалан, дори воситалари, хабарлар ва шу кабилар) режасининг конкрет элементларига қаратиш;

3) туғруққа ва унинг асоратларига тайёргарлик режасига тегишли асосий кўрсатмаларни бериш.

Айтиш жоизки, алоҳида эҳтиёжлари бўлган ҳомиладорларга тиббий ёрдам кўрсатишда қўшимча ташрифлар талаб этилиши мумкин (масалан, ҳолатни қайта баҳолаш, антенатал олиб бориш режасининг самарадорлигини аниқлаш ва шу каби), бундай ҳолатларда қўшимча антенатал ташрифларни режалаштириш зарур бўлади. Ҳар бир ташрифда ҳомиладор аёлга тиббий парвариш/қўллаб-қувватлашнинг маҳаллий манбалари ҳақида тўлиқ маълумот тақдим этишга ҳаракат қилиш керак (ҳомиладорни тиббий ёрдам/парвариш кўрсатувчи локал муассасаларнинг жорий рўйхати билан таъминлаши). Булар билан бир вақтнинг ўзида ҳар бир ташриф якунида ҳомиладорга унинг аҳволи ёмонлашган ҳолатларда ва/ёки симптоматиканинг зўрайишида ва/ёки хавотирли симптомлар пайдо бўлганда вақтни йўқотмасдан зудлик билан ёрдам сўраб мурожаат этиши зарурлигини эслатиш лозим.

Шундай қилиб, турли йўлдош ҳолатлар бўлган ҳомиладорлар алоҳида ғамхўрлик кўрсатилишига эҳтиёж сезади.

Бундай ҳомиладорлар сирасига қуйидагилар киради:

1) жуда ёш ҳомиладорлар (19 ёш ва ундан кичиклар);

2) йўлдош камқонлик бўлган ҳомиладорлар;

3) дизурик синдром (сийишда ачишиш, оғриқлар ва қичишиш) бўлган ҳомиладорлар;

4) ОИВ билан зарарланган ҳомиладорлар;

5) анкилостомоз ва бошқа гелминтозлар, безгак, А витамини, йод микроэлементи танқислиги бўлган ҳолатлари бўлган эндемик регионларда яшовчи ҳомиладорлар;

6) қандли диабет кенг тарқалган ҳудудда яшовчи ҳомиладорлар;

7) оғирлашган акушерлик анамнези ёки бачадон туби баландлиги ўлчамлари унинг гестация муддатларига тўғри келмаслиги (ҳомиладорликнинг 22 ҳафталилигигача ва ундан кейин);

8) захмли ҳомиладорлар.

Жуда ёш ҳомиладорлар. Тадқиқотлар кўрсатишича, Шимолий Америка ва Ғарбий Европа мамлакатларида 50% гача аёллар 17 ва ундан катта ёшда жинсий ҳаёт бўйича малакага эга бўлишади ва бунда жинсий ҳаётнинг дастлабки 4–6 ойи давомида улардан фақат 25 фоизи бирон-бир контрацептив воситалардан фойдаланади. Ёш аёллар (15–19 ёшдагиларни қўшиб ҳисоблаганда) умумий миқдоридан ҳомиладорларнинг солиштирма оғирлиги бир йилда АҚШда 9%, Буюк Британия ва Австралияда – 5%. Бунда ёш аёлларда ҳомиладорлик 45–50% ҳолатда – артифициал, 5% ҳолатда – ўз хоҳишига кўра тўхтатилади. ЖССТ маълумотларига кўра 15–19 ёшни қўшиб ҳисоблаганда ёш аёллар орасида фертиллик кўрсаткичи Японияда 1000 нафарга 4,5 нафар (ЖССТ, 2011), Россия Федерациясида – 25,9 нафар (ЖССТ, 2011), Марказий Африка Республикасида – 229 нафар (ЖССТ, 2009)ни ташкил этади.

Ёш ҳомиладорларга антенатал ғамхўрлик кўрсатишда тиббий ёрдам қуйидагиларга йўналтирилиши керак:

1) паст ижтимоий-иқтисодий ҳолат, озиқ-овқатнинг етишмаслиги, спиртли ичимликлар ёки гиёҳвандликка қарамлик, шунингдек, антенатал парваришнинг етишмаслиги сабабли юзага келадиган эрта ёшдаги ҳомиладорлар учун тавсифли эрта туғруқлар, ҳомиланинг гестация учун кам тана вазни, ҳомиладорликнинг гипертензив бузилишларини баҳолаш, олдини олиш ва тиббий муаммолар пайдо бўлиши хавфини минималлаштириш;

2) ҳомиладорликнинг кечиши ва унинг хусусиятлари ҳақида ҳомиладорларга маълумот, билим ва малака етишмаслигини бартараф этиш;

3) антенатал парвариш кўрсатиш ва қўллаб-қувватлашнинг етишмаслигини бартараф этиш;

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4) адекват антенатал ёрдам кўрсатиш ва парваришлашдаги тўсиқларни енгиб ўтиш.

Ижтимоий оғирлаштирувчи анамнезни тушунтиришдан ташқари ҳомиладорликни аниқлаш ва тасдиқлаш мақсадида ёш ҳомиладорларда қўшимча баҳолаш ўзида қинни ёки клиник-лаборатор текширишларни қамраб олиши мумкин, чунки ҳомиладор аёл ўзининг ҳомиладорлигидан бехабар бўлиши, ҳомиладорлик анамнезида менархе бўлмаган аёлларда ҳомиладорлик содир бўлиши мумкин.

Агар аёл қин томонидан биринчи марта текширилаётган бўлса, бундай ҳолатларда қуйидагилар зарур:

1) аёл балоғатга етмаган ҳолатларда ота-онаси, васийлари ёки мижоз манфаатларини ҳимоя қилувчининг ёзма розилигини олиш;

2) одоб-ахлоқ чегарасидан чиқмаслик ва беморнинг индивидуал ҳудудини ҳурмат қилиш;

3) беморга уни нима кутиши мумкинлигини тушунтириш;

4) ҳомиладорнинг хавотирларини диққат билан эшитиш, бу маслаҳатлашнинг муҳим қисми ҳисобланади.

Шунингдек, эрта ёшдаги ҳомиладорларни қўшимча баҳолашда қуйидагича муносабатда бўлиш зарур:

1) ҳар бир конкрет ҳолатда салбий психоижтимоий омилларни аниқлашга рухсат бериш, бартараф этиш ёки минималлаштириш бўйича ҳаракатлар режасини назарда тутадиган қўллаб-қувватлашнинг индивидуал тизимини ишлаб чиқиш;

2) озиқ-овқатдан эркин фойдаланишни таъминлаш, ҳомиладорни оғир жисмоний меҳнатдан ҳимоялаш, уни дам олишини таъминлаш борасидаги саволлар ечимини топиш бўйича нутритив қўллаб-қувватлаш;

3) беморга одатдагидан кўра кичик-кичик порцияларда тез-тез овқатланиш, бироқ уларни ўтказиб юбормаслик бўйича маслаҳатлар бериш.

Ёш ҳомиладорларни қўшимча парваришлаш ўзига хос асоратлар (вақтидан илгари туғруқлар, ҳомиланинг гестация учун кичик тана вазни билан туғилиши, ҳомиладорликнинг гипертензив бузилишлари, ҳомиладорликдаги камқонлик)ни ҳисобга олган ҳолда туғруққа ва асоратларга ҳамда ҳар бир

конкрет ҳолат учун индивидуал хусусиятларни инобатга олиб тайёргарлик режасини ишлаб чиқишдан иборат. Бунда ишлаб чиқилган туғруққа ва асоратлар ривожланишига тайёргарлик режаси қуйидаги маълумотларни ўзида сақлаши лозим: 1) қарор қабул қилишга масъул шахс ҳақида (ҳомиладор розилигига кўра); 2) соғлом ҳаёт тарзи амалиёти, шунингдек, ўзини ўзи парваришлаш амалиёти ҳақида.

Тиббий хизматчи ҳар бир антенатал ташрифда беморни ўқишни давом эттиришига рағбатлантириши, дўстона қўллаб-қувватлаши ва уни бехавф жинсий яқинлик амалиётига амал қилишнинг муҳимлигига ишонтириши зарур. Барча антенатал ташрифлар давомида тиббий хизматчи ҳомиладорни оилани режалаштириш принципларини сақлаш ва туғруқлараро/интергенетик интервалга амал қилиш, шунингдек, эмизишни муваффақиятли таъминлаш ва янги туғилган чақалоқни тўғри парваришлашнинг муҳимлигига ишонтириши керак. Антенатал маслаҳатлашни амалга оширишда тиббий хизматчи психоижтимоий ёрдам кўрсатувчи, шунингдек, тиббий ёрдам ва қўллаб-қувватлашни амалга оширувчи маҳаллий муассасалар ҳақида тўлиқ маълумотни тақдим этишга ҳаракат қилиши зарур; бир вақтнинг ўзида аёлларнинг ташаббус гуруҳлари, соғлиқни сақлашнинг жамоатчилик агентлиги, ижтимоий фаолият ташкилотлари ва шу каби муассасалар ҳамда ёш ҳомиладор ўртасида мустаҳкам алоқанинг йўлга қўйилишини таъминлаши лозим.

Камқонлик. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра барча танқислик ҳолатлари ўртасида йод танқислиги ҳолати энг кенг тарқалган ҳисобланади. ЖССТ томонидан тақдим этилган маълумотлар кўрсатишича, дунё бўйича 52% ҳомиладор аёл камқонликдан азият чекади. Америка Қўшма Штатларидан олинган маълумотлар кўрсатишича, Америкада истиқомат қилаётган ҳар 1000 нафар ҳомиладордан 22,55 нафарида гемоглобин кўрсаткичи 100 г/л дан паст, бунда шуни қайд этиш керакки, йод танқислиги билан камқонлик Америка популяциясида 1,8% ҳомиладорда 1-учойликда ташхисланади, 2 ва 3-учойликларда эса бу кўрсаткич мос ҳолда 8,2% ва 27,4% гача ўсади.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Шу билан бирга ҳомиладорликдаги камқонлик оналар ўлими кўрсаткичларининг ошиши, олд, шунингдек, перинатал йўқотишлар билан уйғунлашади: 40% гача перинатал ва оналар ўлими камқонлик билан боғлиқ. Ҳомиладорлардаги камқонлик вақтидан илгариги туғруқларнинг юқори сони билан бирикиши ҳам белгиланган. Юқорида айтилганлардан шу нарса аниқ бўладики, камқон ҳомиладорлар базавий парваришлаш элементлари билан бир қаторда қўшимча ғамхўрлик кўрсатилишига муҳтожлик сезади.

JHPIEGO тавсияларига мувофиқ тиббий хизматчи ўзининг бор хатти-ҳаракатларини ўрта, шунингдек, енгил даражадаги камқонлиги бўлган ҳомиладорларда камқонликнинг оғир даражаси зўрайишининг олдини олишга қаратиши керак. Бунда мутахассислар ва беморлар қуйидагилар ҳақида маълумотга эга бўлишлари зарур:

1) ҳомиладорлик ва кўкрак билан озиқлантириш даврида аёл организми одатдагидан кўра кўпроқ элементар темир моддасига эҳтиёж сезади;

2) ҳомиладорлик давридаги оғир даражали камқонлик вақтидан илгариги туғруқлар, перинатал ва оналар касалланиши ҳамда ўлими, шунингдек, инфекцион асоратлар ривожланишини юзага келтиради.

Шундай қилиб, асосий баҳолаш элементлари билан бир қаторда камқон ҳомиладорлар қўшимча баҳолаш чора-тадбирларига муҳтож бўлади. Тиббий хизматчи томонидан камқонликнинг симптомлари (ҳолсизлик, толиқиш, нафас сиқиши, бош айланиши, ҳушдан кетиш ҳолатлари) ҳамда белгилари (конъюктиваларнинг рангсизлиги, гемоглобин миқдорининг 1 ва 3-учойликларда 110 г/л дан, шунингдек, 2-учойликда 105 г/л дан кам бўлиши)га эътибор қаратилиши зарур. Агар ҳомиладорда гемоглобин миқдори 70 г/л дан кам даражада бўлса, бундай ҳолда ҳомиладорда оғир даражадаги камқонлик мавжуд ва бу зудлик билан касалхонада даволанишни талаб этади.

Камқонлик ташхисланган дан кейин камқонлик ривожланишига олиб келган сабабни аниқлаш зарур. Бунда бемордан сўнгги 2–3 йил давомида анамнезида чилла даврида қон кетиши бўлган/бўлмаганлигини аниқлаш, бундан ташқари

безгак ёки анкилостомидоз/гелминтоз бўйича эндемик ҳудудда яшаш/яшамаслигини, ушбу ҳомиладор ОИВ билан зарарланган/зарарланмаганлигини ўрганиш зарур. Аёлда санаб ўтилган этиологик омиллардан бирортаси аниқланса, унга махсус/қўшимча парвариш кўрсатиш талаб этилади. Агар беморда камқонлик анамнезини аниқлаш имкони бўлмаса, унда ушбу ҳомиладор касалхона шароитида бўлиши – бу стационарга режали госпитализация/йўналтирилиши лозим.

Камқон ҳомиладорларга қўшимча антенатал ғамхўрлик кўрсатишда беморни темирнинг ўзлаштирилишига ёрдам берувчи темирга бой озиқ-овқатлар (товуқ, мол, чўчқа гўштлари, жигар, тухум сариғи, қисқичбақа, денгиз молюскалари, броколли, оқ пўстли картошка, темир билан бойитилган ёрма, ўрик, яшил нўхот, исмалоқ шпинат, майиз, тарвуз ва шу кабилар), фолий кислота (баргли сабзавотлар, сарсабил, броколли, папайя, авокадо, уруғлар ва ёнғоқлар, брюссел карами, ловия, горох, икра, рангли карам, қанд лавлаги, ширин қалампир ва шу кабилар) ҳамда С витаминлари (ацероли шарбати, бойитилган ичимликлар, апельсин, ширин картошка, киви, темирга бойитилган ёрма)ни истеъмол қилишнинг муҳим аҳамиятга эканлигига ишонтириш зарур.

Шу билан бирга беморга темирга бой озиқ-овқат маҳсулотлари билан биргаликда истеъмол қилинганда темирнинг ўзлаштирилишига тўсқинлик қиладиган маҳсулотлар (чой, кофе, кепак, сут маҳсулотлари, соя маҳсулотлари ва бошқалар)ни истеъмол қилишда эҳтиёт бўлиш зарурлигини тушунтириш ҳам муҳим.

Ҳар бир антенатал ташрифда тиббий хизматчи ферротерапиннинг тўлиқ курсини олиш учун беморда дори воситасилар миқдорининг етарлилигини кузатиб бориши ва назорат қилиши, шунингдек, уларнинг тўғри қабул қилинаётганлигига (овқатланишдан 30 дақиқа олдин ёки овқатлангандан кейин 2 соат ўтиб) ишонч қилиши зарур. ACOG Practice Bulletin №95 тавсияларига мувофиқ темир танқислигили камқонликни даволашда Фумарат темир II каби (1 таблеткада 106 мг элементар темир сақловчи, 6 ой ва ундан ортиқроқ муддатда бир суткада 3 маҳал) II валентли темир,

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

темир сульфат II (1 таблеткада 65 мг элементар темир сақловчи, 6 ой ва ундан ортиқроқ муддатда бир суткада 3 маҳал) ва шу кабиларни орал қабул қилиш орқали даволаш тавсия этилади. Шу билан бирга яна шу нарсаларга эътибор қаратиш керакки, секин бўшалувчи ёки ичакда эрийдиган пўстли таблеткалар тўлиқсиз ёки секин бўшалиш билан паст самарадорликка эга!!!

Ичнинг қоп-қора бўлиб келиши, кўнгил айниши ва бошқа диспептик белгилар каби ножўя таъсирлар пайдо бўлганда уларни бартараф этишга ҳаракат қилиш зарур.

Қайд этиш керакки, JHPIEGO тавсияларига мувофиқ қўшимча парвариш бошлангандан бир ой ўтгач камқонлиги бўлган ҳомиладорда олиб борилган ферротерапия самарадорлигини баҳолаш учун унинг қонидаги гемоглобин даражасини қайта баҳолаш зарур.

Дизурия. Сийдик йўли тракти инфекциялари дизурик синдромни намоён этувчи асосий гуруҳ касалликлари бўлиб ҳисобланади. Буни ҳисобга олиб ҳомиладорда ушбу синдромнинг аниқланиши тиббий ходимни автоматик равишда ушбу симтомокомплекс сийдик йўли тракти инфекциялари сабабли юзага келиши ҳақида ўйлаб кўришга ундамоғи зарур.

Баъзи маълумотларга кўра АҚШда 15–60 ёшдаги 45% гача аёл умри давомида камида 1 марта дизурик синдром ни бошдан кечирган, шу билан бирга ҳар йили ушбу синдром билан Шимолий Америкада 8,3 миллион мурожаат қайд этилади.

2000 йилдаги бошқа маълумотларга мувофиқ Америка Қўшма Штатларида сийдик йўли тракти инфекциясини ташхислаш ва даволашга ҳар йили 3,5 миллиард доллар сарфланади. Шу билан бир қаторда ҳомиладорлик кечишини оғирлаштирувчи сийдик йўли тракти инфекцияси ҳомиладорлик натижаларига ҳаддан ташқари салбий таъсир кўрсатади. Симптомли ёки симптомсиз бактериурияли ҳомиладорларда вақтидан илгари туғруқлар ва/ёки ҳомиланинг етилган муддатларида кам вазнли туғилиш хавфи популяцияга нисбатан юқори. Яна шуни айтиш зарурки, ҳомиладорлик даврида касалликнинг зўрайиш эҳтимоли жуда юқори, чунки симптомсиз бактериурия ҳомиладорлик даврида

20–40% ҳомиладорларда ўткир пиелонефритгача зўрайтиради.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб дизурик синдром пайдо бўлган барча ҳомиладорларда сийдикнинг ўртача порцияси намунасидан бактериал экишни амалга ошириш зарур ҳисобланади. Айтиш жоизки, сийдик бактериал экиш жараёнида микроорганизмлар культураси аниқланганда уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш керак бўлади.

Сўнгги марта 2013 йилда кўриб чиқилган Европа Урологлари Жамияти (European Societyof Urology) тавсияларига кўра 1 л сийдик намунасида бир турдаги 105 колония ҳосил қилувчи (КҲҚ) бирлик микроорганизмларни экиш бактерия мезонлари бўлиб ҳисобланади. Дизурия симптомлари бўлган ҳомиладорларда Европа Урологлари Жамияти тавсияларига кўра 1 л сийдик намунасида бир турдаги 103 КҲҚ бирлик микроорганизмларни экиш аҳамиятли ҳисобланади.

Сийдикни бактериал экишдан ташқари беморларни кўрикдан ўтказишда сийдикнинг умумий таҳлилини амалга ошириш ёки альтернатив сифатида сийдикнинг экспрес-таҳлилини бажариш зарур.

Яна шуни айтишни истардикки, қин ажралмалари ва қичиштирувчи ва/ёки асоратловчи омиллар бўлмаганда асоратланмаган ўткир цистит ташхисини қўйиш учун тегишлича семиотика (тез-тез, оғриқли сийиш, императив ва/ёки ёлғон сийдик чиқаришнинг қисташи)нинг мавжудлиги етарли ҳисобланади. Гарчи ҳомиладор сийдигини ҳар қандай ҳолатда бактериал экишни амалга ошириш зарур бўлса-да.

Алоҳида таъкидлаш керакки, дизурик симптомли барча бемор аёллар истимали синдром ва/ёки белдаги оғриқлар бор/йўқлигига кўра текширишдан ўтказилиши лозим. Уларнинг аниқланиши ҳомиладорда пиелонефрит мавжудлигини англатади (дизурия, тананинг 38°С дан юқори ҳароратли истимаси, белдаги оғриқлар, кўнгил айниши, қайт қилиш, қовурға-умуртқа бурчакларидаги оғриқлар). Бундай ҳолатларда кўрсатиб ўтилган диагностик муолажалардан ташқари ҳомиладор аёлни ультратовушли ва/ёки магнитли

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

резонанс томография кўрикларидан ўтказишни амалга ошириш керак бўлади. Ҳомиладорда истима синдроми 72 соат ва ундан кўпроқ муддат давом этадиган ҳолатларда экскретор урография, спираль компьютер томография ёки Техниция – 99 димеркапчанокукцинатдан фойдаланиб синтициографиядан фойдаланиш вариантлари кўриб чиқилиши зарур.

Яна шуни алоҳида қайд этиш керакки, сийдик йўли тракти қайталанган инфекция ташхисини қўйиш учун сийдикни бактериал экишда КҲҚ етарлича кўрсаткичида бир хил микроорганизмлар оиласи аниқланиши зарур.

Алоҳида айтиш керакки, юқорида санаб ўтилган симптомлардан биронтаси аниқланганда зудлик билан ҳомиладор аёл ҳолатини қайта баҳолашни амалга ошириш зарур, чунки юқорида кўрсатилган семиотика ҳаётга хавф солувчи ҳолатлар белгиси бўлиши ва стационар даволанишни талаб этиши мумкин.

Сийдик йўли тракти инфекцияларини антибиотикли терапиялашни текшириш натижалари олингунга қадар бошлаш зарур (текшириш натижалари олингандан кейин олиб борилаётган даволаш коррекцияланиши мумкин). JHPIEGO бўйича циститни даволашнинг тавсия этилган схемаси қуйидагича: 1 таблеткадан (500 мг) 3 сутка давомида ҳар 8 соатда Амоксициллин ёки 3 сутка давомида 1 таблеткадан ҳар 12 соатда Триметоприм/-сульфаметоксазол (Бисептол, Бактрим ва шу кабилар) (160 мг/800 мг) (Европа Урологлари Жамияти тавсияларига кўра ҳомиладорликнинг 1-учойлигида Триметоприм тайинлашдан сақланиш зарур).

Европа Урологлари Жамияти тавсияларига кўра ўткир асоратланмаган циститни даволаш схемаси қуйидаги кўринишга эга бўлади: 3–5 кун давомида ҳар 12 соатда 100 мг Нитрофурантоин (Фурадонин) ёки 3–5 кун давомида ҳар 8 соатда 500 мг Амоксициллин, бир марта 3 г Фосфомицин. Антибактериал терапиянинг тавсия этилган давомийлиги сийдик йўли трактининг симптомсиз инфекциялари бўлган ҳолатларда ҳомиладорлик даврида 3 кунга тенглашади. Тавсияларга мувофиқ ҳолда терапия курси тугаллангандан 1–2 ҳафта ўтгач, бактериал экиш учун сийдикни қайтадан олиш керак.

Ҳомиладорларда ўткир пиелонефритни антибиотикларни парентерал олиб бориш билан стационар шароитда даволаш тавсия этилади. Антибиотикли терапияга яққол клиник жавоб бўлган ҳолатларда антибиотикларни парентерал қабул қилишдан оғиз орқали ичишга ўтилади, антибиотикли терапиянинг умумий давомлилиги 7–10 кунни ташкил этади. Ҳомиладорлик даврида асоратланмаган пиелонефритни даволашда қуйидаги антибиотиклар тавсия этилади: ҳар 24 соатда вена орқали 1 г Цефтриаксон, ҳар 8–12 соатда вена орқали 1 г Азтреонам, ҳар 12 соатда вена орқали 1 г Цефипим, ҳар 6 соатда ҳомиладор тана вазнига кўра 3–5 мг/кг Гентамицин билан бирга қўшиб вена орқали 2 г Ампициллин 3 миқдорга бўлиниб қўйилади. Яна шуни ҳисобга олиш керакки, ҳомиладорда енгил ёки ўртача ифодаланган симптоматика бўлган ҳолларда қатъий кузатиб бориш имкони бўлгандагина ўткир пиелонефритни амбулатор даволашни амалга ошириш мумкин. Беморни антибиотикли даволашдан ташқари жуда кўп суюқлик ҳам ичиши зарурлигига ишонтириш керак.

Ташриф сўнггида ҳомиладорга умумий ҳолат ёмонлашганда ёки семиотика зўрайган ҳолларда, шунингдек, хавотирли симптомлар пайдо бўлганда ёрдам сўраб қайта мурожаат этишни маслаҳат бериш керак.

ОИВ билан зарарланиш. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра 2013 йилда дунёда 36 миллион шахс одам иммунтанқислиги вируси (ОИВ) билан зарарланган, улардан 16900000 нафари 15 ва ундан катта ёшдаги аёллар улушига тўғри келади, яъни ОИВ билан зарарланган шахслар умумий миқдорининг 46,95% ини ташкил этади.

ОИВ инфекцияси ҳомиладорлик натижасида аёлга ҳам, чақалоққа ҳам салбий таъсир кўрсатиши умумэътироф этилган. 2000–2012 йиллар давомида Украина ҳудудида олиб борилган когорт проспектив тадқиқотда кўрсатилишича, ОИВ зарарланган ҳолатларда олиб борилган антиретровирусли терапияга қарамасдан муддатидан илгариги туғруқлар эҳтимоли ошади, шунингдек, гестацион муддат учун кам тана вазни билан туғилган чақалоқлар сонининг кўпайишини юзага келтиради. Муддатидан илгариги туғруқлар ва гестацион

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

муддат учун кам тана вазни билан туғилган чақалоқларнинг кумулятив кўрсаткичи ушбу тадқиқотда 18% ни ташкил этган, бу умумий популяцияда аналогик кўрсаткичларни аҳамиятли оширади.

Юқорида санаб ўтилганларнинг барчаси асосий парвариш билан бир қаторда ОИВ билан зарарланган ҳомиладорларга қўшимча ва ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш зарурлигини тасдиқлайди. ОИВ билан зарарланганларга ёрдам кўрсатишда беморлар доимо шифокорлик сири сақланишига амал қилинишига ишониши, шу билан бирга уларни ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш, тинчлантириш ҳамда кайфиятини кўтаришга ҳаракат қилиш зарур. Бир вақтнинг ўзида тиббий хизматчилар уларни муҳокама этмаслиги ва ҳамдардлик ҳиссини кўрсатиши керак.

Қуйидагилар ҳомиладорни антенатал парваришлашнинг асосий мақсади ҳисобланади:

1) етарли даражада ҳомиладор соғлиғини яхшилаш ва қўллаб-қувватлаш;

2) одам иммунтанқислиги вирусининг онадан ҳомилага вертикал трансмиссиясидан огоҳлантириш;

3) одам иммунтанқислиги вирусининг бемордан инфицирланмаган одамга юқтирилишидан огоҳлантириш;

4) ихтисослаштирилган муассасаларда ҳомиладор томонидан имконият даражасидаги усуллар билан тегишлича тиббий ёрдам олишига кўмаклашиш.

Аввалроқ айтиб ўтилганидек, ОИВ билан зарарланиш ўзида ҳомиладор учун ҳам, ҳомила/чақалоқ учун ҳам жуда салбий жиҳатлар қаторини сақлайди ва уларни шартли равишда қуйидаги гуруҳчаларга бўлиш мумкин:

1) ОИВ билан зарарланишнинг ҳомиладорлик кечишига таъсири (муддатидан илгариги туғруқлар, ҳомиланинг гестацион ёш учун кам тана вазни билан туғилиши, перинатал йўқотишлар ва шу кабилар);

2) оппортунистик инфекция (сил, зотилжамли инфекция, ҳар хил замбуруғли инфекциялар, вирусли инфекциялар ва шу кабилар ОИВ зарарланиш учун тавсифли ҳисобланади);

3) озиқ воситаларига бўлган талабнинг ошишини юзага келтирувчи ўзига хос витамин етишмовчилиги ва

озиқланишнинг бузилиши (гипо- ва А авитаминоз, темир танқислиги ҳолати ва шу кабилар);

4) кўпинча социум реакцияси билан боғлиқ бўлган беморнинг депрессия ва хавотирланиш ҳолати;

5) изтироб, изоляция, мумкин бўлган зўравонлик.

ОИВ билан зарарланган ҳомиладорларни қўшимча баҳолашни амалга оширишда тиббий хизматчи қуйидагиларга ишонч ҳосил қилиши зарур:

1) бемор ОИВ бўйича мутахассис назорати остидалигига;

2) АРВ-терапиядан фойдаланиш имкони борлигига (ушбу дори воситасиларни маҳаллий бозордан топиш имконияти мавжудми ва шу каби молиявий томонлар);

3) кўрсатилаётган психоэмоционал қўллаб-қувватлашнинг етарлича самарадорлигига, бунда изоляция ва/ёки зўравонлик белгиларининг мавжудлигига эътибор қаратиши.

ОИВ билан зарарланган беморларни қўшимча баҳолашни амалга оширишда қуйидаги йўлдош оппортунистик касалликлар ва/ёки инфекциялар мавжудлигини аниқлаш учун мақсадли кўрикдан ўтказиш керак:

1) нафас йўллари инфекциялари;

2) сил;

3) такрорланувчи диарея;

4) сийдик йўли тракти инфекцияси;

5) лимфа тугунларининг катталашиши (тизимли лимфоаденопатия);

6) турли тери тошмалари ва шикастланишлари;

7) жинсий йўл билан юқтирилувчи инфекциялар;

8) оғиз ва/ёки қин қин кандидози;

9) тана вазнининг оғир йўқотилиши;

10) рангсизлик, нимжонлик, шунингдек, беморда иммунтанқислиги ҳолатини яққол кўрсатувчи камқонликнинг бошқа белгилари, бу ўз навбатида олиб борилган АРВ-терапиянинг етарлича самарадор эмаслиги натижаси ҳисобланади.

Агар беморда юқорида санаб ўтилган касаллик ва/ёки ҳолатлардан бирортаси аниқланса, уларни режали тартибда госпитализациялашга йўналтириш керак. Тестли маслаҳатлаш жараёнидан кейин тиббий мутахассис ҳомиладорга кўрик

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

натижаларини тақдим этиши, шу билан бирга уни қатъий сир сақланишига ишонтириши зарур. Шундан сўнг беморга зудлик билан психоэмоционал ёрдам кўрсатишни бошлаши, бунда ҳомиладорда пайдо бўлган рад этиш, ғазабланиш ва/ёки умидсизлик ҳиссини бартараф этишга ҳаракат қилиш лозим.

Тестдан кейинги маслаҳат жараёнида тиббий хизматчи деструктив тавсифдаги ҳаракатларнинг пайдо бўлиш эҳтимолига тайёр туриши, бир вақтнинг ўзида беморни кейинги соат/кунлар давомида зарурий қўллаб-қувватлаш билан таъминлаши керак.

Изоляция ва/ёки зўравонлик хавфини баҳолаш тестдан кейинги маслаҳатлашнинг муҳим жиҳати ҳисобланади, бир вақтнинг ўзида тиббий хизматчи муносабатлар барқарорлиги ҳамда шеригининг реакциясига эътибор қаратиши зарур.

Тестдан кейинги маслаҳатлашни амалга оширишда бемор билан ОИВ-кўрик натижаларини эълон қилиш муддатлари ва эълон қилиш вариантларини, шунингдек, натижалар ҳақида хабар бериш зарур бўлган шахслар рўйхатини белгилаш тўғрисида маслаҳатлашиб олиш керак.

Жинсий шерик ва ҳомилага ОИВ инфекциясининг ўтишининг олдини олиш бўйича мавжуд усуллар (эркаклар презервативидан фойдаланган ҳолда жинсий алоқа қилиш, индивидуал шприцлар, ОИВ билан зарарланганларнинг биологик суюқликлари (қон, қин ажралмалари) билан алоқадан эҳтиёт бўлиш, антиретровирус терапия, ҳомиладорликнинг 36-ҳафтасида мл қонда РНК-нусха вирусдан камроқ вирусли юкламада табиий туғиш йўллари орқали туғруқ; гестациянинг 36-ҳафтасида вирусли юкламада мл да 50–399 РНК-нусха вирусда режали тартибда кесарча кесиш йўли билан туғдириш тавсия этилади, бироқ шу билан бирга туғаётган аёл хоҳишларини ҳам инобатга олиш мумкин, мл қонда 400 ва ундан кўпроқ РНК-нусха вирусли юкламада беморга кесарча кесиш усулида туғдириш, кўкракда озиқлантиришдан воз кечиш ҳамда тўлиқ сунъий озиқлантириш тавсия этилиши) ҳақида ҳомиладорга маълумотни тақдим этиш тестдан кейинги маслаҳатлашни ташкил этувчи муҳим жиҳат ҳисобланади. Агар аёл кўкракда озиқлантиришга қарор қилса, уни фақат кўкракда ҳамда ҳеч қандай аралашмаларсиз озиқлантириш,

шунингдек, кўкракда озиқлантириш муддатларини максимал даражада қисқартириш, давомийлиги 4 ҳафтага тенг профилактик АРВ-терапия қабул қилиши кераклигига ишонтириш зарур. Туғилганига 72 соатдан кўп бўлмаган, оналари АРВ-дори воситасилар билан антенатал даволанмаган чақалоқлар Канада Акушер ва Гинекологлар Жамияти тавсияларига мувофиқ 6 ҳафта давомида антиретровирусли терапия қабул қилишлари лозим.

Шунингдек, чақалоқнинг ОИВ-мақоминиг мониторинги ҳам муҳим таркибий қисм ҳисобланади. Канада Акушер ва Гинекологлар Жамияти тавсияларига мувофиқ чақалоқлар ҳаётининг 1, 3 ва 4-ойларида ПЗР-текширув (полимераз занжирли реакция)ни, ҳаётининг 18-ойида серологик текширувни амалга ошириш зарур.

Шу билан бирга тестдан кейинги маслаҳатлаш жараёнида зудлик билан ОИВ инфекцияси бўйича мутахассислар томонидан беморнинг назоратга олиниши бўйича саволни муҳокама қилиш лозим (шошилинч-режали бўлмаган йўналиш).

Беморга кузатув ва қўшимча/махсус ғамхўрлик кўрсатишда давом этиш.

ОИВ билан зарарланган беморлар тегишлича баҳоланганларидан кейин навбатдаги босқичда қуйидагиларни ўз ичига олган қўшимча парвариш кўрсатиш амалга оширилади:

1) ҳар тарафлама қўллаб-қувватлаш жараёнида индивидуал қўллаб-қувватлаш тизимини ўрнатиш;

2) келажак режаларни ишлаб чиқиш;

3) кўкракда озиқлантириш бўйича саволларни муҳокама этиш;

4) АРВ-терапиядан фойдаланиш муҳимлиги бўйича саволни ҳар тарафлама кўриб чиқиш;

5) беморни ОИВ билан зарарланганларни олиб бориш бўйича маҳаллий дастурлар – қўллаб-қувватлаш гуруҳлари, шунингдек, бошқа ресурслар билан таништириш, бунда улар ўртасида икки томонлама мустаҳкам алоқа ўрнатишга ҳаракат қилиш.

Антенатал ташриф доирасидаги маслаҳатлаш жараёнида тиббий хизматчи бемор аёлга ҳиссий, шунингдек, амалий

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

қўллаб-қувватлашга кўмаклашувчи ҳамда таъминловчи бошқа ОИВ-позитив аёллар, оила аъзолари билан дўстлашишида ёрдамлашиши зарур. Тиббий хизматчи беморга унинг узоқ муддатли эҳтиёжлари (аёл ва/ёки унинг боласи касал бўлиб қолганда парваришни амалга оширувчи шахсни белгилаш; унинг боласи зўравонлик, изоляция ва эътиборсиз муносабатда бўлиш хавфи остида қолиши, агар жавоб ҳа бўлса, унда буни қандай енгиб ўтиш бўйича саволлар ечимини топиш; беморда соғлиқни сақлаш тизими ва/ёки ОИВ зарарланган беморлар учун зарур дори воситаларини олиш имкони бор/йўқлиги)ни инобатга олган ҳолда келгуси режаларини тузишда бехавф ва ишончли маълумотларни танлашда ёрдамлашиши шарт.

Кўкрак билан озиқлантириш бўйича саволларни ечишдан олдин бемор аёлга кўкрак билан озиқлантиришнинг афзалликлари тўғрисидаги объектив маълумотларни тақдим этиш (чақалоқ озиқланишида унинг барча талабларини ҳисобга олган ҳолда энг оптимал маҳсулот; чақалоқни турли хасталиклардан, жумладан, нафас йўли инфекциялари, диарея, бронхиал астма, қандли диабет, семириш ва бошқа инфекцион ҳамда ноинфекцион касалликлардан ҳимоялайди; боланинг ривожланиши ва муваффақиятига ижобий таъсир кўрсатади; оналарда асоратлар ривожланиш хавфи қаторини камайтириб, чилладаврнинг ижобий кечишига таъсир кўрсатади; фойдаланишда қулай; она организмини қатор ўсма касалликларидан ҳимоя қилиб, унинг оилани режалаштиришини таъминлайди; она ва чақалоқ ўртасида ўзаро мустаҳкам алоқа ўрнатилишини, шунингдек, яна кўплаб бошқа жиҳатларни таъминлайди), шу билан бирга унга КЎКРАКДА ОЗИҚЛАНТИРИШНИНГ БИРДАН-БИР КАМЧИЛИГИ – ОИВ ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ОНАДАН БОЛАГА ЎТИШ ХАВФИ ОШИШИ ҳақида хабар бериш керак!!!

Малавида олиб борилган тадқиқотларнинг бирида кўрсатилишича, 48 ҳафта давомидаги кузатувларда онадан болага ОИВ инфекциясининг ўтиши эҳтимоли АРВ-терапия ҳам онага, ҳам болага қўлланилиши фонида кўкрак билан оғиқлантиришни амалга оширган 4% онада кузатилди, бу пайтда ушбу кўрсаткич АРВ-терапия қўлланмаганларда 7% ни

ташкил этди. 2 йил давомида олиб борилган кузатувлар натижасида Кениядан олинган бошқа маълумотларга кўра кўкрак билан озиқлантириш инфекциянинг онадан болага берилиши хавфини 16% га оширади. Канада Акушер ва Гинекологлар Жамияти, шунингдек, Британия Одам Иммунтанқислиги Вируси бўйича Жамияти ОИВ билан зарарланган аёлларга беморнинг вирусли юкламаси кўрсаткичлари ёки АРВ-терапиядан қатъи назар, кўкрак орқали озиқлантиришни тавсия этмайди!!! Ҳомиладор аёл туққанидан кейин нима бўлган тақдирда ҳам кўкрак орқали озиқлантиришга қарор қилса, чақалоқ 2–4 ҳафтадан кўпроққа чўзилувчи антиретровирус терапияни олишга эҳтиёж сезмайди, бир вақтнинг ўзида она ва бола ҳар ойда РНК вирусли юкламани ҳисоблаш орқали ПЗР-кўрикдан ўтказиб турилади.

Қуйидагилар сунъий озиқлантиришни амалга оширишнинг мажбурий шартлари ҳисобланади:

1) қўллашга мувофиқлик;

2) амалга оширишнинг мумкинлиги;

3) бехавфлик;

4) она сути ўрнини босувчи воситалардан фойдаланишнинг бемор учун ҳам, унинг атрофидагилар учун ҳам имконияти мавжудлиги. Қайд этиш жоизки, чақалоқни қандай озиқлантириш кўринишидаги масала ФАҚАТ БЕМОРНИНГ ЎЗИ ТОМОНИДАН ҳал этилади!!!

Агар бемор чақалоқни сунъий озиқлантиришга қарор қилса, унда аёлга аралашмаларни тайёрлашнинг бехавф усуллари, шунингдек, улар билан озиқлантириш техникаси ҳақида маслаҳат бериш керак бўлади.

Агар у чақалоқни кўкрак сути билан озиқлантиришга қарор қилса, бундай ҳолларда уни озиқлантиришни фақат кўкрак орқали амалга ошириши лозимлиги, суррогат оналар сутидан фойдаланмаслиги зарурлиги, чунки аралаш озиқлантирилганда ОИВ инфекциясининг онадан болага берилиш хавфи фақат кўкрак орқали озиқлантирилганга қараганда бирмунча кўпроқ бўлиши ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш зарур!!!

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ОИВ билан зарарланган бемор аёлларнинг кўкрак орқали озиқлантиришдан имкон қадар эрта – чақалоқлар ҳаётининг 4 ва 6 ойлиги орасида тўхташи муҳимлигини алоҳида таъкидлаш керак, чунки бундай амалиёт чақалоқнинг ОИВ юқтириш хавфини камайтиради!!!

Яна шуни алоҳида қайд этиш керакки, эмизишдан тўхтатиш бир бир босқичли бўлиши лозим, лекин бу жараённи ҳеч қачон босқичма-босқич амалга ошириш мумкин эмас!!! Эмизишдан тўхтатилгандан кейин кўкрак сути ўрнини сутли аралашмалар эгаллаши лозим.

Агар кўкрак орқали озиқлантиришда аёлда мастит, сут безлари абцесси ва/ёки отсосларнинг замбуруғли шикастланиши ривожланса, унга қатъий суръатда зудлик билан тиббий ёрдам сўраб мурожаат этиши зарурлигини тавсия этиш керак!

Антенатал маслаҳатлаш давомида ОИВ билан зарарланган ҳомиладорларни қуйидагиларнинг муҳимлигига ишонтириш зарур:

1) иш юкламасини камайтириш ва қўшимча дам олишга сарфланадиган вақтни кўпайтириш (10 соатлик тунги уйқу, 2–4 соатлик кундузги дам);

2) бутун ҳомиладорлик ва чилладаврда доимий равишда презервативдан фойдаланиш;

3) рационал овқатланиш (одатдагидан кўра камида битта асосий таом кўпроқ истеъмол қилиш (бир кунда 3–4 асосий таомдан кам бўлмаган), кўп суюқлик (бир суткада камида 750–1000 мл) ичиши) ҳамда клетчатка, темирга бой овқатлар (товуқ, мол, чўчқа гўшти, жигар, тухум сариғи, қисқичбақа, денгиз моллюскалари, броколли, оқ пўстлоқли картошка, темир билан бойитилган ёрмалар, ўрик, яшил нўхот, исмалоқ, майиз, тарвуз ва шу каби), фолий кислота (баргли сабзавотлар, сарсабил, броколли, папайя, авокадо, уруғлар ва ёнғоқлар, брюссел карами, ловия, горох, икра, рангли карам, қанд лавлаги, ширин қалампир ва шу кабилар) ҳамда С витаминлари (ацероли шарбати, бойитилган ичимликлар, апельсин, ширин картошка, киви, темирга бойитилган ёрма);

4) чилла даврда оилани режалаштириш тамойилларига амал қилиш;

5) барча антенатал ташрифларни бажариш.

Алоҳида таъкидлаш керакки, ОИВ билан зарарланган ҳомиладорларда антиретровирусли терапияни амалга ошириш аёлларда тавсифли асоратлар ва ўлим ҳолатлари ривожланиши эҳтимолини камайтириб, касалликнинг кечишига ижобий таъсир кўрсатади. Шунингдек, даволашнинг ушбу кўриниши акушерлик ва перинатал натижаларни ҳам яхшилайди. Тадқиқотларнинг бирида кўрсатилишича, АРВ-терапиядан фойдаланиш муддатидан илгари туғруқлар эҳтимоли ривожланишини аҳамиятли камайтиради, шунингдек, ҳомиланинг гестацион муддат учун кам тана вазни билан туғилиш хавфини 2,94 марта пасайтиради. Бундан ташқари антенатал АРВ-терапиянинг одам иммунтанқислиги вируси трансмиссиясининг онадан болага ўтиш эҳтимолини максимал даражада камайтириши унинг энг муҳим жиҳати ҳисобланади. 2010 йилда McCabe C. J. et al. томонидан олиб борилган тадқиқотда кўрсатмали кўрсатилишича, юқори фаол АРВ-терапия олган ОИВ зарарланган аёлларда янги туғилган чақалоқларнинг касалликни вертикал юқтириши **0,48** га тенг бўлган, бу пайтда ушбу даволанишнинг бўлмаслиги бу хавфнинг 10 карра ошишига ҳамда **5,44** ни ташкил этишига олиб келган!!! Ўхшаш маълумотлар Канада Акушер ва Гинекологлар Жамияти (SOGC) томонидан ҳам тақдим этилган бўлиб, уларда чақалоқларнинг ОИВ-позитив онадан касаллик юқтириш эҳтимоли доимий асосда АРВ-терапия олган ҳамда кўкрак орқали озиқлантирилмаганда 1% дан ошмаслиги тасдиқланган (асосланганликнинг 1А даражаси).

Юқорида айтилганлар асосида ОИВ билан зарарланган ҳомиладор аёлларда антенатал АРВ-терапиянинг роли ҳал қилувчи аҳамият касб этади, бу бугунги кунда мавжуд кўплаб тавсиялар билан тасдиқланади. JHPIEGO тавсияларига мувофиқ ҳолда ОИВ-позитив аёлларга ёрдам кўрсатишда биринчи навбатда ҳомиладорнинг АРВ-терапия қилиш/қилмаслигини аниқлаш зарур, агар жавоб ҳа бўлса, у ҳолда аёл ОИВ инфекцияси бўйича шифокор-мутахассис назорати остида ҳамда тегишли тартибда уларни қабул қилишда давом этиш бўйича маслаҳатлашиши лозим; агар бемор аёл ушбу дори воситасиларни қабул қилмайдиган

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

бўлса, бундай ҳолда у маҳаллий баённомалар асосида уларни қабул қилишни бошлаши зарур. Маҳаллий баённомалар бўлмаган тақдирда JHPIEGO қуйидаги тартибда АРВ-терапияни амалга оширишни тавсия этади:

1) қисқа муддатли курс – ҳомиладорликнинг 36-ҳафтасидан тўлғоқлар бошлангунга қадар ҳафтада икки марта 300 мг **Зидовудин (ZDV, AZT, Retrovir** ва шу кабилар) ичиш, тўлғоқ бошлангандан кейин то туққунча ҳар 3 соатда 300 мг дан ичилади;

2) узоқ муддатли курс – ҳомиладорликнинг 14–34-ҳафтасидан тўлғоқлар бошлангунга қадар ҳар куни икки мартадан 300 мг **Зидовудин (ZDV, AZT, Retrovir** ва шу кабилар) ичилади ЁКИ 200 мгдан бир кунда 3 маҳал ЁКИ 100 мг дан бир кунда 6 маҳал, тўлғоқ бошланиши дастлабки соатда билан дори воситаси инфузияси 2 мг/кг миқдорда вена орқали юборилади, сўнг 1 мг/кг миқдорда туққунга қадар жўнатилади.

ОИВ-позитив аёлларда АРВ-терапиядан фойдаланиш бўйича ўхшаш тавсиялар SOGC томонидан ҳам берилган бўлиб, уларда тиббий хизматчиларга вирусли юклама ва CD4 кўрсаткичларидан қатъи назар, ОИВ зарарланган бемор аёлларда АРВ-дори воситасилар комбинациясини қўллаш тавсия этилган (асосланганликнинг 2А даражаси). Шунингдек, ушбу жамият тавсияларидан келиб чиққан ҳолда ОИВ-позитив аёлларда акушерлик сабаблари ҳомиладорликнинг 1-учойлигида АРВ-терапияни тўхтатишга кўрсатма сифатида чиқиши мумкин эмас, шу билан бирга ушбу жамият шошилинч бошлашга кўрсатмалар бўлмаганда АРВ-терапияни бошлашни ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасигача кечиктириш мумкинлигини тасдиқлайди (асосланганликнинг 3С даражаси).

Гарчи бугунги кунда мавжуд маълумотларда ҳомиладорлик давридаги АРВ-терапиядан фойдаланишда **Зидовудин** дори воситасининг **Ламивудин** билан комбинацияси ҳақидаги маълумотлар кўпчиликни ташкил этади, Британия Одам Иммунтанқислиги Вируси бўйича Ассоциация (BHIVA) фикрига кўра **Эмтрицитабин** билан **Тенофовир** ёки **Ламивудин** билан **Абакавир**ни қўшган ҳолда фойдаланиш тўғри альтернатив комбинация ҳисобланади (асосланганликнинг 2С даражаси). АРВ-терапия таркибига

кирувчи учинчи компонентга ўзига хос қарши кўрсатмалар бўлмаган ҳолларда BHIVA тавсияларига кўра **Эфавиренц** ёки **Невирапин** (айниқса, CD4 ҳужайралар миқдори 250 мкл дан кам бўлганда) ёки протеазанинг кучайтирилган ингибаторлари **(Атазанавир)**дан фойдаланиш керак (асосланганликнинг 1С даражаси).

Эндемик регионларда истиқомат қилиш. Олдин айтиб ўтилганидек, ҳомиладорнинг эндемик регионларда истиқомат қилганда маълум касалликлар ва/ёки ҳолатлар тиббий хизматчидан асосий ёрдам кўрсатиш элементлари билан бир қаторда қўшимча ёрдам кўрсатишни ҳам талаб этади. Ушбу вазиятда эндемик касалликлар ва уларнинг асоратлари олдини олиш қўшимча ёрдам кўрсатишнинг мақсади ҳисобланади. Энг аҳамиятли эндемик касалликлар ва/ёки танқислиги ҳолатларига қуйидагилар киради: 1) безгак; 2) анкилостомидоз; 3) А авитаминоз; 4) йод танқислиги ҳолати.

Безгак. Ҳар йили дунёда 515 миллион ҳолатда безгак билан касалланганлик ташхиси қўйилади ва улардан 1–3 миллион ҳолатда охири ўлим билан якунланади. Баъзи маълумотларга кўра ҳар йили дунё бўйича 125 миллион ҳомиладор безгакдан азият чекади. Яна шуни қайд этиш керакки, безгак туфайли ҳар йили 200 минг неонатал ўлим ҳолатлари қайд этилади.

Безгакнинг ҳомиладорлик кечишига салбий таъсир кўрсатиши умум эътироф этилган факт ҳисобланади ҳамда даволанмаган безгак асоратлари безгакка қарши воситалардан фойдаланганда ривожланувчи аҳамиятли даражадаги ножўя салбий таъсирлари кўплаб тадқиқотларда келтирилган маълумотлар асосида тасдиқланади. Ҳомиладорлардаги безгак муддатидан илгариги туғруқлар, ҳомила ўсишининг чегараланганлиги синдроми, ўлик туғилиш ва шу каби қатор акушерлик асоратлари ривожланишини юзага келтиради.

Гарчи безгакка хос симптомлар мавжуд бўлмаса-да, ушбу касаллик иситма синдроми, кўп терлаш, миалгия, артралгия, кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, йўтал, умумий камқувватлик, сариқлик, спленомегалия ва шу каби гриппга ўхшаш синдромлар билан бирикиб намоён бўлади. Одатда,

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

юқорида санаб ўтилган симптомлардан ташқари безгак билан оғриган беморларда мусбат эпидемиологик анамнез ўрни – ушбу касаллик бўйича эндемик регионда истиқомат қилган ёки бундай жойга борган бўлади. Яна шуни алоҳида қайд этишни истардикки, анамнезида безгак бўйича эндемик регионда истиқомат қилувчи ёки бундай жойга бориб турувчи ҳомиладорларда безгак учун тавсифли белгилар ва симптомларни аниқлаш мақсадида қўшимча баҳолашни амалга ошириш зарур. Қўшимча баҳолашда безгакка хос симптом ва белгилар аниқланган ҳолатларда ҳомиладорга зудлик билан маҳаллий баённомалар билан мос келувчи безгакка қарши терапия кўрсатишни бошлаш зарур. Агар қўшимча баҳолашда безгакка хос белгилар аниқланмаса, унда ҳомиладорга қўшимча парвариш кўрсатишда давом этиш зарур бўлади.

Айтиш жоизки, қоннинг натив суртмасини микроскопик текшириш – қонни қалин томчига текшириш безгакни ташхислашнинг асосий усули бўлиб ҳисобланади. Яна шунга эътибор қаратиш керакки, истима синдроми давом этаётган бемор аёлларда безгакни истисно этиш учун 12–24 соат давомида қонни қалин томчига текшириб, уч марта салбий натижаларни олиш зарур. Тез ташхислаш тестларидан фойдаланиш ҳам ҳомиладорларда безгакни ташхислашнинг қабул қилинган вариантларидан ҳисобланади, лекин шу билан бирга ушбу тест-тизим паразитемиянинг паст кўрсаткичларини аниқламаслиги мумкинлиги ҳақидаги фактни ҳисобга олиш зарур.

Ва ниҳоят, Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти тавсияларига кўра безгак билан оғриган бемор аёллар антенатал маслаҳатлашси пайтида вақти-вақти билан қон таркибидаги глюкоза, гемоглобин ва тромбоцитларни аниқлаб туриш керак.

Аввал айтиб ўтилганидек, безгак бўйича эндемик регионларда истиқомат қилувчи барча ҳомиладорларга қуйидагиларни ўз ичига қамраб олувчи қўшимча ёрдам кўрсатиш зарур:

1) безгакка қарши воситаларнинг даврий курсини профилактик қўллаш;

2) инсектицидлар сингдирилган чивинга қарши тутиладиган тўрлардан фойдаланиш;

3) ҳомиладорларга безгакнинг белгилари ҳамда ундан профилактикалаш чоралари ҳақидаги асосий маълумотларни тақдим этиш;

4) тавсифли семиотика бўлган беморларда безгакка қарши воситалардан фойдаланиб даволашни амалга ошириш.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсияларига кўра безгак бўйича эндемик регионларда истиқомат қилувчи барча ҳомиладорларга ҳомиладорликнинг 1 ёки 2-учойлигидан бошлаб **Сульфадоксин (500 мг) – Пиримитамин (25 мг)** билан даврий даволашни амалга ошириш зарур. Бунда шуни қайд этиш керакки, дори воситаси камида 1 ой давомида қўлланилиши, шу билан бирга тиббий хизматчи ҳомиладор аёл дори воситасининг камида уч миқдорини қабул қилганлигига ишонч ҳосил қилиши керак. JHPIEGO тавсияларига мувофиқ Сульфадоксин – Пиримитамин (500+25 мг)нинг биринчи миқдори бемор аёлга биринчи антенатал ташрифдан сўнг ёки ҳомиланинг дастлабки қимирлаши ҳис этилгандан кейин тайинланиши, сўнгра тиббий хизматчидан дори воситасининг кўрсатилган миқдорларини навбатдаги антенатал ташрифларда тайинлаш тавсия этилади, бироқ бу тайинлашлар бир ойда 1 мартадан кўп бўлмаслиги лозим. Сульфадоксин – Пиримитаминнинг даврий курсларидан фойдаланилганда тиббий хизматчи ҳомиладорда сульфаниламид дори воситасиларга аллергияси йўқлигига ишонч ҳосил қилиши зарур. Айтиш жоизки, JHPIEGO ушбу терапияни гестациянинг 16 ҳафтасигача ҳомиладорларга тайинлашни тавсия этмайди.

Безгак билан оғриган ҳомиладорларда безгакнинг оғир ва/ёки асоратланган кечишида реанимация ва интенсив терапия бўлимлари шароитида стационар даволанишга кўрсатма ҳисобланади, бундан бошқа ҳолатларда ҳомиладорлар умумий бўлимлар шароитида даволаниши зарур.

Безгакка қарши дори воситасиларни олиб бориш безгак билан оғриган ҳомиладорларни стационар даволашнинг асосий компоненти ҳисобланади. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Ташкилотининг 2015 йилдаги, шунингдек, Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти (RCOG)нинг 2010 йилдаги тавсияларига кўра оғир тропик безгак (Plasmodium Falciparum)ни даволашда **Артесунат** (**Артемизинн**инг сувда эрувчан яримсинтетик ҳосиласи) танлов дори воситасии ҳисобланади, **Артесунат**ни топиш имкони бўлмаган ҳолларда **Хинин**дан фойдаланиш тавсия этилади. Тропик безгак оғир ва/ёки асоратланган клиник кечишга эга бўлмаганда ушбу ташкилотлар ҳомиладорларда **Клиндамицин** билан **Хинин** қўшилмасидан фойдаланишни тавсия этади. Ва ниҳоят, RCOG ва ЖССТ тавсияларига мувофиқ безгакнинг бошқа шакллари (Plasmodium Ovale, Plasmodium Vivax, Plasmodium Malariae)ни даволашда **Хлорохин**ни қўллаш зарур.

Қайд этиш керакки, ЖССТ қўлланмасида **Артесунат**нинг безгакни даволашда **Артемизинг**а нисбатан кўпроқ самарадор эканлиги кўрсатилган.

Мавжуд тавсияларга мувофиқ **Артесунат** бемор тана вазнига кўра 2,4 мг/кг миқдорда вена ичига уч марта (12 ва 24 соатлардан кейин), шундан кейин ҳар куни суткада 1 маҳал киритилади. **Хинин** – ҳомиладор тана вазнига кўра 20 мг/кг юкламали миқдорда 4 соат давомида 5% ли глюкоза эритмасида вена ичига. Шундан сўнг тана вазнига кўра 10 мг/кг миқдорда ҳар 8 соатда 4 соат давомида (**Хинин**нинг максимал миқдори бир суткада 1,4 г ни ташкил этади). Ҳар 8 соатда 450 мг Клиндамицин вена ичига болюсли. 600 мг **Хлорохиннинг** биринчи миқдори венага юборилади, кейин дори воситасини киритиш 68 соатдан сўнг 300 мл миқдорда такрорланади, шундан кейин уни киритиш терапиянинг 2 ва 3-кунида 300 мл миқдорда такрорланади.

RCOG ва ЖССТ тавсияларига мувофиқ тавсиялари бўйича тропик безгакнинг ҳар қандай клиник кечишида 3–7 сутка давомида даволаш зарур; агар безгак Plasmodium Ovale, Plasmodium Vivax, Plasmodium Malariae (безгакнинг тропик бўлмаган шакллари) томонидан чақирилган бўлса, даволаниш давомийлиги 14 кунга тенглашади, сўнг ҳафтада 1 марта 45–60 мг миқдорда **Примахин** қабул қилиш билан 8 ҳафта даволанишда давом этилади.

Антенатал маслаҳатлаш жараёнида безгак бўйича эндемик регионда истиқомат қилувчи ёки бундай жойга бориб турувчи ҳомиладорларга тиббий хизматчи қуйидагиларни ўз ичида сақловчи асосий маълумотларни тақдим этиши зарур: 1) безгак оғир даражали камқонлик, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва/ёки ҳомиланинг кам тана вазни билан туғилиши каби турли касалликлар ривожланишининг сабаби бўлиши мумкин; 2) она ва ҳомиланинг тўшак остига яхшилаб киргизиб қўйилган инсектицидлар сингдирилган чивинга қарши тутиладиган тўр остида ухлаши (тўрга ҳар 6 ойда инсектицидлар сингдирилиши зарур), шунингдек, тик турган сув ҳавзалари ва/ёки ўсимликлар зич ўсган жойларни кўришга боришдан бош тортиши, пастки оёқ ва қўл учларини ёпиб турувчи кийим кийиш, репеллентлардан фойдаланиш безгак юқтиришнинг олдини олишга йўналтирилган профилактик чоралар ҳисобланади.

Маслаҳатлаш сўнггида тиббий хизматчидан ҳомиладорга агар унда безгакка хос белгилар пайдо бўлса, зудлик билан тиббий ёрдам сўраб мурожаат этиши зарурлигини қаттиқ тайинлаши талаб этилади.

Анкилостомидоз (гелминтозлар). Айрим ҳисоб-китобларга кўра Ер шаридаги аҳолининг чорак қисмига гелминтозлар юқтирилган. Анкилостомидоз – одамда энг кўп учровчи, дунёнинг тропик ва субтропик мамлакатларида 740 миллион ҳолатда касаллик қайд этилган сурункали инфекцион касалликлардан бири ҳисобланади. ЖССТ томонидан 1992 йилдаги баҳолашларга кўра анкилостомидоз ҳар йили 65 минг нафар одамнинг ўлимига бевосита сабаб бўлади.

Маълумки, дунё бўйича 20% гача оналар ўлими анкилостомидозлар томонидан чақирилиши мумкин бўлган камқонликнинг оғир даражаси туфайли юзага келади. Ҳомиладорларда етилган гелминтларнинг зардобдаги оқсилларни кучли истеъмол қилиши сабабли анкилостомидоз гипопротеинемиянинг ривожланиши; гелминтлар томонидан ичак деворининг шикастланиши кўринишида турли интенсивликда ичакдан қон кетишлар сабабли юзага келган камқонлик; муддатидан илгариги туғруқлар, гестацион

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

муддатидан кам вазнли ҳомиланинг туғилиши, ўлик туғилиш ва лактациянинг самарасизлигига олиб келади.

Юқорида айтиб ўтилганлар анкилостомидоз бўйича эндемик регионда истиқомат қилувчи ёки бундай жойларга бориб келган ҳомиладорларга асосий элементлар билан бир қаторда қўшимча ғамхўрлик кўрсатиш заруриятини юзага келтиради.

Анкилостомидоз ташхисида қуйидагилар клиник аҳамиятга эга: 1) гелминтларнинг тухумлари морфологиясини баҳолаш билан нажасни микроскоплаш; 2) ПЗР-ташхислаш.олдин аввалги 6 ой давомида анкилостомидоз (гелминтозлар) бўйича эндемик регионда истиқомат қилувчи ёки бундай жойларга бориб келган ва тегишлича даволанмаган ва/ёки унда анкилостомидоз аниқланган бўлса, бундай ҳолда у ҳомиладорликнинг 2 ва 3-учойлигида қуйидагиларни ўз ичига олувчи превентив гелминтга қарши даволашни амалга ошириш зарур:

1) 500 мг **мебендазол**ни бир марта ичиш ЁКИ

2) 400 мг **Альбендазол**ни бир марта ичиш ЁКИ

3) 3 кун давомида бир суткада икки маҳал 100 мг дан **мебендазол** ичиш.

Мавжуд тавсияларга мувофиқ анкилостомидоз (гелминтозлар) кенг тарқалган регионларда ҳомиладорларга гелминтга қарши дори воситаси қабул қилинганидан 12 ўтгач юқорида кўрсатилган дори воситасилардан бирини қўшимча равишда қабул қилишларини тавсия этиш зарур. **Пирантел памоат** ва **Левамизол** санаб ўтилган гелминтга қарши дори воситасиларга мос муқобил дори воситаси ҳисобланади.

Антенатал маслаҳатлаш жараёнида тиббий хизматчи қуйидаги асосий хабарларни ҳомиладорларга тўғри тақдим эта олганига ишонч ҳосил қилиши керак: 1) анкилостомидоз камқонликнинг ривожланиши ва оқсил етишмовчилигига олиб келиши мумкин; 2) ялангоёқ сайр қилишдан қочиш ва ифлос нарсалар билан алоқага киришмаслик, ҳаётий фаолиятдаги маҳсулотларни тўғри бартараф қилишиҳамда умумий гигиена қоидаларига амал қилиш орқали анкилостомидознинг олдини олдини олишга эришиш мумкин.

А витамини танқислиги. Дунё бўйича тахминан 19 миллион ҳомиладор аёл А авитаминози пайдо бўлишининг у ёки бу кўринишини бошдан кечирмоқда. Бунда шуни қайд этиш керакки,

А витамини ҳомиланинг ўсиши ва ривожланишида муҳим роль ўйнайди, бир вақтнинг ўзида она организмида кўриш жараёни ва иммун тизими ишлаб туришида иштирок этади. А витаминининг етишмаслиги тунги кўрлик ва кўриш билан боғлиқ, масалан, ксерофтальмия ва шу каби бузилишларнинг ривожланиш хавфини оширади.

А витаминига бўлган суткалик эҳтиёж 800 мкг ретинол эквивалентини ташкил этади. Қуйидагилар А витаминининг табиий манбалари бўлиб ҳисобланади: сабзи, қовоқ, папайя, қизил пальма ёғи, ҳайвон ёғи (айниқса, А провитаминига бой), шунингдек, А витаминига сут маҳсулотлари (йогурт, сув қўшилмаган тоза сут, пишлоқ), жигар, балиқ ёғи ва шу кабилар ҳам бой.

ЖССТ хулосаларига мувофиқ барча ҳомиладорга А витаминини доимий профилактик тайинлаштавсия этилмайдиган амалиёт ҳисобланади (тавсия этиш даражаси кучли). Кўрсатилган тавсияларга кўра уни фақат А авитаминоз кенг тарқалган ҳудудларда истиқомат қилаётган ҳомиладорларгагина тайинлаш мумкин (тавсия этиш даражаси кучли).

ЖССТ ва JHPIEGO томонидан тақдим этилган мавжуд тавсияларга мувофиқ А витаминини ҳомиладорларга 12 ҳафта давомида туғруқдан олдин бир суткада 10000 Бир ёки бир ҳафтада 25000 Бир миқдорда тайинлаш тавсия этилади.

Бунда яна шуни алоҳида таъкидлаш керакки, А витаминини бир суткада 10000 Бир ёки бир ҳафтада 25000 Бир миқдордан ошириб истеъмол қилиш она ва бола организмига заҳарловчи таъсир кўрсатади. Бош айланиши, бошдаги оғриқлар, кўриш қобилиятининг издан чиқиши, мушак координациясининг бузилиши, тана вазнининг йўқотилиши, терининг қуриб кетиши, кўнгил айниши, қайт қилиш А витаминини қабул қилиш миқдорининг оширилиб юборилиши белгилари ҳисобланади.

А авитаминози бўлган ҳомиладорларда антенатал маслаҳатлашни олиб бориш жараёнида тиббий хизматчи қуйидагиларни ўз ичига олувчи муҳим хабарларни бемор эътиборини тортар даражада етқазиб бера олганига ишонч ҳосил қилиши керак: 1) А витаминига бой озиқ-овқат

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

маҳсулотлари истеъмолини кўпайтириш; 2) ОИВ-позитив ҳомиладорларда А витамини танқислиги (А авитаминози) онадан болага иммунтанқислиги вирусининг вертикал трансмиссиясини кучайтиришидан беморни хабардор этиши.

Йод танқислиги. Баъзи маълумотларга кўра 2011 йил давомида 2 миллиард шахс йод танқислигига эга бўлган!!! Ҳомиладорнинг йодни етарлича истеъмол қилмаслиги онада ҳам, болада ҳам гипотиреоз ривожланиши ва бу ҳомиланинг нерв тизими шаклланиши ва ривожланишини чегаралашга олиб келиши мумкин. Шунингдек, йод етишмаслиги ҳолати гестацион муддат учун кам тана вазни билан туғилишлар сонининг ҳамда популяцияга нисбатан анча юқори перинатал ўлим кўрсаткичларининг ортишида акс этади.

ЖССТнинг 2007 йилдаги тавсияларига кўра йодга бўлган суткалик талаб ҳомиладор ва эмизаётган аёлларда бир кунда 250 мкг ни ташкил этади, йоднинг ёғли эритмаси (**Йодинол**)дан фойдаланилган ҳолларда эса – бир йилда 400 мг.

Антенатал маслаҳатлаш жараёнида тиббий хизматчи ҳомиладорнинг эътиборини қуйидаги маълумотларга қаратиши лозим:

1) йод танқислиги ҳамма жойда энг кўп учровчи қайта тиклана оладиган ақлий ривожланишнинг ортда қолиши сабаби ҳисобланади;

2) йод танқислиги бош миянинг тиклаб бўлмас шикастланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши, ташқи таъсирларсиз юзага келувчи абортлар, шунингдек, неонатал ўлим кўрсаткичларининг ошишига олиб келиши мумкин;

3) йод танқислигининг олдини олишга йўналтирилган қуйидаги профилактика ишларини олиб бориш керак: йодга бой озиқ-овқатлар, фортификацияланган/бойитилган (туз) маҳсулотлар истеъмолини кўпайтириш.

Қандли диабет. Халқаро Диабет Фонди маълумотларига кўра 2015 йилда 415 миллион одамда қандли диабет қайд этилган, улардан 199,5 миллиони – аёллар. Баъзи маълумотларга кўра қандли диабет умумий популяцияда 2–5% ҳомиладор аёлларда кузатилади.

Ҳомиладор аёлдаги қандли диабет ҳомилага салбий таъсир кўрсатади, унинг функционал етилмаслигини юзага келтириб,

макросомияни ривожлантиради, чақалоқларда туғруқ жараёнидаги шикастланишлар ҳамда респиратор дистресс-синдром хавфини кўпайтиради, шунингдек, ҳомилада туғма аномалиялар ривожланиш хавфини 3 баробар ошириб, охир-оқибат перинатал ўлим кўрсаткичларининг юқори даражасига олиб келади. Қандли диабет ва ҳомиладорликнинг муддатидан илгари тўхтатилиши, муддатидан илгари туғруқлар, ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар, сийдик йўли тракти инфекциялари, туғруқ фаолияти аномалиялари, чиллақон кетишлар ва шу каби турли акушерлик асоратлари орасида ўзаро алоқа мавжудлиги ҳам аниқланган. Санаб ўтилганларга қўшимча равишда ҳомиладорлик даврида коррекцияланмаган қандли диабет катта эҳтимол билан кетоацидоз, лактатацидознинг ривожланиши, микроангиопатия (ретинопатия, нефропатия ва шу кабилар)нинг зўрайишини декомпенсациялаши мумкин.

Ҳеч шубҳа йўққи, юқорида санаб ўтилганлар қандли диабет кенг тарқалган регионларда истиқомат қилаётган ҳомиладорларга алоҳида ғамхўрлик кўрсатиш зарурлигини асослайди.

NICE томонидан тақдим этилган қўлланмада тавсия этилишича, ҳомиладор сийдиги намунаси бир марта ўлчанганда 2+ ёки навбатдаги икки карра ўлчанганда 1+ га тенг бўлган глюкозуриянинг аниқланиши, шубҳасиз, ҳомиладорда гестацион диабет мавжудлигини ҳамда келгусида текширишлар олиб бориш зарурлигини кўрсатади.

JHPIEGO томонидан тақдим этилган тавсияларга кўра қандли диабет кенг тарқалган регионларда истиқомат қилаётган барча ҳомиладор аёлларнинг сийдиги биринчи ташриф давомида глюкозурия учун текширилиши зарур. Агар ҳомиладор аёл сийдигида глюкозурия аниқланса, бундай ҳолатда аёлни кўрикдан ўтгунга қадар режали тартибда госпитализация қилиш керак бўлади, агар глюкозурия аниқланмаса, бундай ҳолатда аёл сийдиги ҳомиладорликнинг 3-учойликгида (тахминан ҳомиладорликнинг 28 ҳафталигида) қайта текширилади.

Буюк Британия Саломатлик ва Клиник Такомиллаштириш Миллий институти (National Institution of Health and Clinical Excellence (NICE)) томонидан 2015 йилда тақдим этилган тавсияларда оч қоринга қон зардобидаги глюкоза миқдори 5,5

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ммоль/л ёки овқатлангандан 2 соат ўтиб 7,8 ммоль/л ни ташкил этиши гестацион диабет ташхисини қўйиш учун диагностик мезон ҳисобланади.

NICE тақдим этган тавсияларга кўра қандли диабетнинг ҳар қандай тури бўлган ҳомиладорлар учун қондаги қанд миқдори кўрсаткичи оч қорнига 5,5 ммоль/л, овқатлангандан 1 соат ўтиб 7,8 ммоль/л, овқатлангандан 2 соат ўтганда 6,4 ммоль/л даражада бўлиши қонда қанднинг мақсадли қийматлари ҳисобланади.

Шунингдек, NICE қандли диабетнинг ҳар қандай тури бўлган барча ҳомиладорларга уларда гипергликемия ёки дармонсизлик белгилари пайдо бўлиши билан дарҳол қон таркибидаги кетонларни аниқлаш бўйича текширувни амалга ошириши зарур.

Асосий баҳолашга қўшимча равишда қандли диабети бўлган ҳомиладорлар қуйидаги қўшимча диагностик чораларни антенатал амалаг ошириши зарур: 1) ҳомиладорликнинг 10, 16 ва 28-ҳафтасида – ретиноскопия. Агар олдинги уч ой давомида бемор аёл ушбу кўрикдан ўтмаган бўлса, 10-ҳафтада ретиноскопия тавсия этилади; 2) 10-ҳафтада анамнезида қандли диабет бўлган ҳомиладорларнинг қонидаги гликирланган гемоглобин (HbA1c) даражаси аниқланиши зарур, бунда HbA1c даражаси 6,5% ва ундан юқори бўлса, ҳомиладорликнинг асоратли кечиши жуда юқори бўлишини ҳисобга олиш лозим; 3) ҳомиладорликнинг 10 ва 16-ҳафталарида – глюкотолерантлик тести ёки қондаги глюкоза даражасини мустақил назорат қилиш.

Ҳомиладорлик давридаги қандли диабетни даволаш учун NICE қуйидаги дори воситасилардан фойдаланишни тавсия этади: **метформин** (фақат 1–2 ҳафталик парҳезли терапия ва жисмоний юклама қондаги глюкоза миқдорини меъёрлаштирмаган ҳоллардагина), **Инсулин** (ушбу ҳомиладорликда **метформинг**а қарши кўрсатма бўлганда ёки ундан фойдаланиш мумкин бўлмаганда; шунингдек, агар парҳез ва жисмоний юкламага қарамасдан. Эҳтимол, **метформин**дан фойдаланилганда ҳам оч қорнига глюкоза миқдори 7,0 ва унда юқорилигича сақланиб қолса; бундан ташқари агар онада – кўпсувлилик, болада – макросомия

бўлганда оч қорнинга глюкоза миқдори 6,0 дан 6,9 гача бўлса ҳам инсулинли терапия кўриб чиқилади).

Оғирлашган акушерлик анамнези. Аввалги ҳомиладорликлар, туғруқлар, пуэрперияларда, шунингдек, янги туғилганлик давридаги асоратлар асосида ётувчи турли акушерлик ва/ёки тиббий муаммолар ҳамда оғирлашган акушерлик анамнези бўлган ушбу ҳолатдаги ҳомиладорлар уларга қўшимча баҳолаш элементларини кўрсатиш билан янада чуқурроқ кузатувга олиниши лозим.

Бунда беморнинг оғирлашган акушерлик анамнези янада сергаклик билан ва/ёки чуқурроқ баҳолаш/парваришлашга сабаб бўлиб хизмат қилиши мумкин, бироқ ҳеч қачон уларга бирон-бир ўзига хос аралашувларни кўрсатишни талаб этмайди.

Оғирлашган акушерлик анамнези бўлган ҳомиладорларнинг антенатал маслаҳатни амалга оширишда қуйидагилар зарур: 1) тинчлантириш ва уни ушбу ҳомиладорликнинг меъёрда кечишига ишонтириш; 2) уни олдинда турган туғруқларни юқори квалификацияли мутахассислар олиб боришига ишонтириш.

Оғирлашган акушерлик анамнези бўлган ҳомиладорларда қўшимча баҳолашни амалга оширишда тиббий хизматчи олдинги ҳомиладорликлар, туғруқ ва чилладаврдаги муаммо ва асоратлар тавсифини аниқлаши, бунда бемор анамнезида қуйидагилар мавжудлигига эътибор қаратиши зарур:

1) тиришиш синдроми;

2) анамнезида 3 ва ундан ортиқ бола ташлаш;

3) кесарча кесиш ва/ёки бошқа бачадонда бажарилган жарроҳликлар;

4) оралиқнинг 3 ва 4-даражали йиртилишлари;

5) неонатал даврнинг асоратли кечиши ҳамда неонатал ўлим ҳолати.

Санаб ўтилганлардан ҳеч бўлмаганда биттаси аниқланганда ҳам тиббий хизматчи ҳомиладорни қўшимча парваришлаш мажбуриятини олади.

Анамнездаги тиришиш синдроми. Антенатал маслаҳатлаш жараёнида ҳомиладор анамнезида тиришиш аниқланганда тиббий хизматчи ушбу анамнез ҳамда тиббий ҳужжатларга асосланиб қуйидаги эҳтимолий сабабларни истисно этиши зарур:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1) безгак – бунда беморни тавсифли симптомлар мавжудлигига текшириш зарур (замбуруғга ўхшаш ҳолат, иситма синдроми, кўп терлаш, миалгия, артралгия, кўнгил айниши, қайт қилиш, диарея, йўтал, умумий ҳолсизлик, сариқлик, спленомегалия ва шу кабилар), зарурат бўлганда эса унда қоннинг натив суртмаси (қоннинг йўғон томчига) текширувини амалга ошириш ёки агар бемор анамнезида безгак бўйича эндемик регионларда истиқомат қилган ёки бундай жойларга бориб келган бўлса, тезкор диагностик тестларни бажариш зарур. Аёлга профилактик даволашнинг даврий курслари (Пиримитамин – Сульфадоксин)ни қабул қилиш, чивинга қарши тўрларнинг муҳимлигини кўрсатиш, шунингдек, уни безгакка хос симптомлар билан таништириш муҳим;

2) қоқшол – бунда беморни эмлашнинг қоқшолга қарши анатоксинлари тўлиқ курсини қабул қилишга ишонтириш;

3) тутқаноқ ёки ноаниқ сабаб – бунда беморни кўрикдан ўтказиш ва келгуси ҳаракатлар режасини ишлаб чиқиш мақсадида режали госпитализацияга йўналтириш;

4) эклампсия – бунда беморни барча антенатал ташрифларни амалга ошириш муҳимлигига ишонтириш зарур, бу беморнинг артериал босимини ўлчаб туриш ва мониторингини олиб бориш имконини беради.

Анамнезида гипертензив бузилишлари бўлган аёллар навбатдаги ҳомиладорликда уларнинг шаклланиш хавфи юқори бўлган аёллар гуруҳига киради, бу тиббий хизматчидан чуқур кузатувдан ташқари ҳомиладорда гипертензив бузилишлар мавжуд хавфи шаклланиши (1-жадвал) даражасига боғлиқ ҳолда амалга оширилувчи профилактик чораларни кўришни талаб этади (2-жадвал).

Анамнездаги уч ва ундан кўпроқ абортлар. Беморда болани охиригача кўтариб юра олмасликнинг дастлабки белгилари аниқланганда, 3 ва ундан кўпроқ ҳомиладорликнинг тўхтатилиши кузатилганда тиббий хизматчидан йиғилган анамнез маълумотлари ва/ёки тиббий ҳужжатлар таҳлили асосида ўз-ўзидан бола ташлашлар содир бўлган муддатларни аниқлаш қатъий талаб этилади. Агар бола ташлашлар аёлда гестациянинг эрта (14 ҳафталикдан кичик) муддатларида содир бўлган бўлса, беморни қиндан қон кетиш

ва/ёки қоринда қаттиқ оғриқлар бўлганда ҳаракатлар алгоритми билан таништириш лозим. Қайд этиш керакки, ЖССТ томонидан тақдим этилган тавсияларга мувофиқ интенсивлиги бўйича одатдаги ҳайдан кўра кўпроқ келган қонли ажралмалар қиндан қон кетиши ҳисобланади; агар бемор прокладкаси 5 дақиқадан камроқ муддатда ивиб қолса, кучли қон кетиши ҳисобланади, бошқа ҳолатларда енгил қон кетиши деб қаралади. Яна шуни алоҳида айтиш жоизки, агар беморда ўз-ўзидан бола ташлаш гестациянинг кеч муддатларида (14 ҳафтадан катта) содир бўлса, бундай ҳолатда беморни кўрикдан ўтказиш ва церкляж зарурати бўйича саволни ечиш учун режали госпитализацияга йўналтириш керак.

RCOG томонидан тақдим этилган тавсияларга кўра биринчи марта бола ташлаган беморларни антенатал кузатиш етарлича тажриба ва малакага эга тиббий хизматчилар томонидан амалга оширилиши зарур. Шунингдек, унинг хулосаларига кўра ҳомиладорликнинг 1-учойлигида 3 ва ундан кўпроқ марта, шунингдек, ҳомиладорликнинг 2-учойлигида 1 ва ундан кўп марта ҳомиладорликнинг узилиши антифосфолид синдромни истисно этиш мақсадида текширилиши керак (D). Учинчи ва ундан кейинги бола ташлашларда, ушбу ташкилот хулосаларига мувофиқ, абортусни кариотиплашни амалга ошириш зарур, агар абортусни кариотиплашда балансланмаган структур хромосомалар аномалияси аниқланса, навбатдаги қадамда ота-оналар периферик қони намунасини кариотиплашни олиб бориш лозим (D). Ҳомиладорликнинг 1-учойлигида 3 ва ундан кўпроқ марта, шунингдек, ҳомиладорликнинг 2-учойлигида 1 ва ундан кўп марта ҳомиладорликнинг узилиши бўлган барча аёлларда анатомик аномалияларни истисно этиш мақсадида кичик чаноқ аъзолари ультратовушли текшириш, эҳтимол, гистероскопия, лапароскопия ва уч ўлчамли ультратовушли текширишни амалга ошириш зарур. Ва ниҳоят, иккинчи учойлик давомида ривожланган ҳомиладорликнинг йўқотилиши бўлган барча аёллар генлар мутацияси туғма V (Лейден) ва II (протромбин) омилларини аниқлаш билан бирга тромбофилияга текширилиши керак.

1-жадвал. Преэклапсия учун хавф омиллари (SOGCGuideline №307, 2014)

Демографик ва анамнестик омиллар	Йўлдош касалликлари ва акушерлик анамнези	Жорий ҳомиладорлик	
		Биринчи учойлик	Иккинчи ва учинчи учойликлар
• 40 ва ундан катта ёш; • оғирлашган ирсият (онасида опа-сингилларида); • юрак-қон томир касалликларининг эрта бошланиши анамнези (онасида опа-сингилларида)	• анамнездаги гипертензив бузилишлар; • антифосфолипидли синдром; артериал гипертензия ёки биринчи антенатал ташрифда ДАД кўрсаткичлари 90 ва ундан юқори мм.рт.ст.; • сийдик чиқарувчи тизим касалланиши ёки биринчи антенатал ташрифда протеинурия; • қандли диабет; • онанинг кам тана вазни; • анамнездаги муддатидан илгари туғруқлар; • туғма тромбофилия; • ҳомиладорликка қадар триглицеридларнинг ошган кўрсаткичи; • чекиш; • кокаин ва Метамфитаминни истеъмол қилиш; • 10 ҳафта ва ундан кичкроқ муддатларда ўз-ўзидан бола ташлар; • кўп ҳомилали ҳомиладорлик	• тананинг ортиқча вазни ва семириш; • биринчи ҳомиладорлик; • янги жинсий шерик; • аввалги жинсий шериклар билан қисқа муддатли ўзаро алоқа; • ЁРТ йўли билан ҳомиладорлик; • туғруқлар орасидаги интервал 10 ёш ва ундан каттарок; дастлабки антенатал ташрифда артериал босим САБ 130 ва ундан юқори мм.рт.ст. ДАБ 80 ва ундан юқори мм.рт.ст.; • ушбу ҳомиладорликнинг эрта муддатларида қиндан қон кетишлар; • трофобластик касаллик; • ҳомиладорлик туфайли ассоциранган А плазма оқсилининг юқори кўрсаткичлари	• АБ кўрсаткичларининг ошиши; • α фето протеин, хорионик гонадотропин, эстриол, А ингибини кўрсаткичларининг ошиши; • ҳомиладорлик даврида тана вазнининг ҳаддан зиёд ортиши; ҳомиладорлик давридаги инфекцион касалликлар (одонтоген, сийдик инфекциялари); • ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми; • бошқа илмий лаборатор маркерлар

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

2-жадвал. Гипертензив бузилишлар бўйича SOGCGuideline №307, 2014 тавсиялари

Кам хавф бўлган аёллар учун профилактик чоралар	Кўп хавф бўлган аёллар учун профилактик чоралар
• кальций миқдори кам бўлган аёллар учун бир суткада 1 г микроэлементни қўшимча истеъмол қилиш (1 суткада 600 мг) (IA); • фолий кислота (IB) ва жисмоний машқлар (IIB) ҳомиладорликда ривожланувчи гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини олишда фойдали бўлиши мумкин; • олдинги простагландин (арахидли кислота), маний ва рухларни қўшимча истеъмол қилиш ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишларнинг олдини олмайди, бир вақтнинг ўзида бошқа асоратлар ривожланишининг олдини олади (IC); • ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлардан профилактикалаш мақсадида тузни кам истеъмол қилиш амалиёти (ID), ортиқча тана вазни бўлганлар егуликлар калориясини камайтириши (ID), шунингдек, ацетилсалицил кислотасининг кам миқдорларидан фойдаланиш (IE), C ва E витаминлари, тиазидли диуретиклар (IE)ни истеъмол қилиш тавсия этилмайди;	• қўшимча равишда суткада 1 г кальций истеъмол қилишдан фойдаланиш тавсия этилади; • ацетилсалицил кислотасининг кам миқдорларидан фойдаланиш тавсия этилади (IA); • ацетилсалицил кислотаси (IA) 75–162 мг /сут. кам миқдорда суткада бир маҳал ухлашдан олдин тайинланади (IIIB); • ҳомиладорлик ташхисланиши билан профилактик даволашни бошлаш зарур, бироқ гестациянинг 16 ҳафталигигача (IB) ва туққунга қадар давом эттириш керак (IC); • анамнезида плацентар бузилишлар бўлган ҳомиладорларда паст молекулали гепаринлардан фойдаланиш гипертензив бузилишларнинг эрта бошланиши,муддатидан илгариги туғруқлар, шунингдек, ҳомиланинг гестацион муддат учун кам тана вазни билан туғилиши олдини олади (IB); • L-аргининдан ҳам профилактика мақсадида фойдаланиш мумкин (IB); • ҳомиладорликнинг 3-учойлигида ҳомиладорнинг дам олиш давомийлигини узайтириш (IC); • жисмоний ва психоэмоционал юкламани камайтириш (IIIC), чекишни ташлаш, фолий кислотаси (IB) ва жисмоний машқлардан (IIB) периконцепциал фойдаланиш ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини олишда фойдали бўлиши мумкин

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Антифосфолид синдромни даволаш учун аспириннинг паст миқдорларидан фойдаланиш тавсия этилади (B). Бачадон тўсиқларини кесиб ташлаш кейинги ҳомиладорликларнинг узилиб қолиш эҳтимолига таъсир кўрсатмайди (C); гестациянинг 24 ҳафтаси ва ундан камроқ ҳафталарда трансвагинал ультратовушли текширувда бир ҳомилали ҳомиладорлик мавжуд ҳамда бачадон бўйни узунлиги 25 ва ундан кам мм бўлганда истмикоцервикал етишмовчилик асосланган беморларга тавсия этилиши мумкин (B).

SOGC томонидан аналогик тавсиялар тақдим этилган: трансвагинал ультратовушли текширувда ўлчанган кичик чаноқ аъзолари гестациянинг 24 ҳафтасигача бўлган муддатда бачадон бўйни узунлиги 25 мм дан камроқ бўлиши анамнезида муддатидан илгари туғиш бўлган симптомларсиз аёлларда **церкляжни** амалга ошириш учун кўрсатма деб қаралиши керак!!! (IB)

Анамнезида кесарча кесиш ёки бошқа бачадон хирургияси. Кесарча кесиш дунёда энг кўп бажариладиган операциялардан бири ҳисобланади. 29 та мамлакат ҳудудида, 359 та клиника базасида 314623 нафар туғувчи аёлни жалб этиб олиб борилган тадқиқот маълумотларига кўра кесарча кесиш улуши барча туғруқлар таркибида 30% ни ташкил этади. Агар бу эътиборга олинадиган бўлса, 2015 йилда дунёда 140 миллион туғруқлар қайд этилган, бундай ҳолда жорий йилда 45 миллиондан кўпроқ кесарча кесиш бажарилганлиги аниқ бўлиб қолади. Юқорида айтиб ўтилганлар тиббий мутахассислар ўз амалий фаолиятлари давомида янада кўп-кўп кесарча кесишни бошдан кечирган беморлар билан иш кўришларини кўрсатади.

JHPIEGO тавсияларига кўра анамнезида бачадон хирургияси бўлган ҳомиладорлар антенатал ёрдам сўраб мурожаат этганда тиббий хизматчи анамнез маълумотлари ва/ёки тиббий ҳужжатларга асосланиб ушбу муолажа қандай сабаб ва кўринишда амалга оширилганлигини ўрганиши зарур (бачадондан ташқари ҳомиладорлик – тубэктомия, туботомия, қўшимча шох резекцияси, труба бурчаги резекцияси ва шу кабилар; бачадон йиртилиши – йиртиқнинг тикилиши, кесарча кесиш – чаноқ-бош диспропорцияси кўринишида, акушерлик

асоратлари, чаноқ билан келиши, кўп ҳомилалилик, ҳомиланинг ишончсиз ҳолати ва шу кабилар). Олинган маълумотлар бачадондаги чандиқ ҳолатини билвосита муҳокама этиш имконини беради, бу туғруқ кўринишини режалаштириш имконини беради.

JHPIEGO анамнезни йиғишда олинган бачадон хирургияси кўриниши ва сабаби ҳақида йиғилган маълумотлардан ҳомиладорнинг туғиш режасини тузишда фойдаланишни тавсия этади. Шу билан бирга туғруққа тайёргарлик режасида тиббий хизматчи, JHPIEGO экспертлари фикрига кўра, бачадонда чандиғи бўлган беморларнинг шошилинч акушерлик ва жарроҳлик ёрдам кўрсатиш имкониятига эга муассасада туғишини режалаштириши лозим. Шунингдек, экспертлар хулосасига кўра анамнезида бир марта кесарча кесиш бўлган беморларда фақат юқори квалификацияли мутахассис маслаҳатлашсидан кейингина антенатал парваришни амалга оширувчи тиббий хизматчи табиий туғруқ йўллари орқали туғишни режалаштириши мумкин. Агар бемор анамнезида икки ва ундан кўпроқ кесарча кесиш ёки бачадон йиртилиши бўлса, бундай ҳолларда у кесарча кесиш йўли билан туғиши керак. Ва ниҳоят, антенатал ташриф сўнггида тиббий хизматчи беморда тегишлича тиббий муассасага шошилинч/зудлик билан траспортировка қилиш имкони мавжудлигига ишонч ҳосил қилиши керак.

Шу каби тавсияларни ACOG (Америка Акушер ва Гинекологлар Коллежи) ҳам беради. Уларнинг тавсияларига мувофиқ ҳолда 2004 йилдан анамнезида бачадон пасти сегментида кўндаланг кесиш билан амалга оширилган битта кесарча кесиш бўлган кўпчилик аёллар қин орқали туғруқлар учун номзод ҳисобланишади (А); анамнезида кесарча кесиш бўлган беморларда қин орқали туғруқларда эпидурал анестезиядан фойдаланиш мумкин ҳисобланади (А); анамнезида бачадон пасти сегментида бачадон тубига тарқалмаган вертикал кесиш билан амалга оширилган кесарча кесиш бўлган беморларга ҳам қин орқали туғруқлар учун номзод сифатида қаралиши мумкин (В); бачадон бўйнини простагландинлардан фойдаланиб етилтиришни кесарча кесишни бошдан кечирган беморларда амалга ошириш тавсия

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

этилмайди (B); анамнезида кесарча кесиш бўлган беморларда қин орқали туғруқлар шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш имкони бўлган стационарларда амалга оширилиши лозим (C).

Анамнезда оралиқда 3 ва 4-даражали йиртилишлар бўлиши. Қатор тадқиқотлар маълумотларига кўра туққан аёлларда чот орасидаги 3 ва 4-даражали йиртилишлар Буюк Британия умумий популяциясида 2,9% ни ташкил этади, бу кўпинча ҳаёт сифатининг аҳамиятли пасайиши ҳамда меҳнат қилиш қобилиятини йўқотишни келтириб чиқаради. Яна шуни айтиш жоизки, бундай беморларнинг туғиши ҳал ҳам қизғин баҳсларга сабаб бўлиб қолмоқда.

1999 йилда Sultan A.H. томонидан таклиф этилган, RCOG томонидан соддалаштирилган оралиқ йиртилишлари таснифидан бугунги кунда ҳамма жойда фойдаланилмоқда. Унга мувофиқ қуйидаги туғруқ жараёнидаги қуйидаги оралиқ йиртилишлари фарқланади:

1) оралиқ йиртилиш даражаси – оралиқ териси ва/ёки қин шиллиқ қавати шикастланиши;

2) оралиқ йиртилиш даражаси – оралиқ мушаклари билан бирга жароҳатланиши, бироқ бу жараёнда анал сфинктери иштирок этмаган;

3) оралиқ йиртилишининг А даражаси – шикастланиш жараёнида ташқи анал сфинктери қалинлигининг 50% дан камроғи қамраб олинган; оралиқйиртилишининг В даражаси – ташқи анал сфинктери қалинлигининг 50% дан кўпроғи шикастланган; оралиқ йиртилишининг С даражаси – шикастланиш жараёнида ташқи анал сфинктерининг барча қалинлиги қамраб олинган ва ички анал сфинктерига ҳам теккан;

4) оралиқ йиртилиш даражаси – оралиқ ички, ташқи сфинктерлар, шунингдек, тўғри ичак анал канали шиллиқ қавати билан биргаликда шикастланган.

RCOG экспертлари фикрига кўра оралиқ3 ва 4-даражали йиртилишларининг хавф омили бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: осиё ирқи (хавф даражаси 2,27), биринчи марта туғувчилар (хавф даражаси 6,97), ҳомиланинг 4000 ва ундан кўпроқ грамм вазнда туғилиши (хавф даражаси 2,27), ҳомила елкалари дистоцияси (хавф даражаси 1,9), энса билан

келишнинг орқа кўриниши (хавф даражаси 2,44), туғишнинг узоқ муддатли иккинчи даври – 2–3 соат (хавф даражаси 1,47), 3–4 соат (хавф даражаси 1,79), 4 соатдан кўпроқ (хавф даражаси 2,02), акушерлик қисқислари билан инструментал туғруқ (хавф даражаси 1,34, агар эпизиотомия бажарилган бўлса 6,53) ҳамда вакуум-экстракция (агар эпизиотомия бажарилган бўлса хавф даражаси 0,57, бундай бўлмаса – 1,89).

JHPIEGO томонидан тақдим этилган тавсияларга кўра анамнезида III ёки IV даражали йиртилишлари бўлган ҳомиладорлар антенатал ёрдам олиш учун тиббий мутахассисга мурожаат этганда йиртилишнинг тўлиқ битиб кетганлиги ҳамда тикланганлигини аниқлаш мақсадида уни кўрикдан ўтказиш зарур. Бунда беморда тавсифли асоратлар (жумладан, ректал сфинктер дисфункцияси) мавжудлигини синчиклаб текшириш керак. Агар чок тегишлича кўринишда тикланган, битиб кетган бўлса ҳамда тавсифли асоратлар бўлмаса, бундай ҳолатда тиббий хизматчи беморни унда барчаси меъёрий кўрсаткичларга мос келишини ва у фақат қўшимча парваришга муҳтожлигини тушунтириши лозим. RCOG томонидан тақдим этилган маълумотларга кўра 60–80% аёлларда оралиқ3 ва 4-даражали йиртилишлар тикилгандан кейин 12 ой давомида ҳеч қандай шикоятлар бўлмайди. Оралиқ чокларининг битиши қолниқарсиз ва/ёки тавсифли асоратлар билан кечганда ҳомиладор шошилинч равишда тегишлича даволаниши учун госпитализация қилинишга йўналтирилиши керак.

Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти тавсияларига мувофиқ оралиқ 3 ва 4-даражали йиртилишларининг асоратлари (анал ва/ёки тешик сфинктер дисфункцияси), шунингдек, ректал ультратовуш текширувида патологик натижалар (сфинктернинг 30° ва ундан кўпроқ нуқсони) ва/ёки манометрия (босқичли сиқиш кучи 20 мм рт. ст. ва ундан камроқ) бўлган барча аёлларда электив кесарча кесиш тавсия этилади. RCOG экспертлари, шунингдек, анамнезида 3 ва 4-даражали йиртилишлари бўлган аёлларда туғруқ жараёнида эпизотомиядан доимий фойдаланишни тавсия этмайди, чунки ушбу усулнинг профилактик қиммати

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ҳалигача аниқланмасдан қолмоқда; ушбу амалиётдан фойдаланиш фақат клиник асосланган вазиятлардагина оқланган (инструментал туғруқлар, бош билан келишда ҳомиланинг ишончсиз ҳолати).

Неонатал давр ва чақалоқликдаги йўқотишлар даврининг асоратли кечиши. JHPIEGO тавсияларига мувофиқ тиббий хизматчи унга анамнезида асоратли кечиши бўлган ҳомиладор томонидан неонатал даврнинг асоратли кечиши бўйича антенатал ёрдам сўраб мурожаат этганда анамнезида тўпланган маълумотлар ва/ёки тиббий ҳужжатлар билан танишганлигига асосланиб неонатал даврда ривожланган ҳамда қуйидагича бўлиши мумкин бўлган асоратлар сабаби ва тавсифини аниқлаши зарур:

1) туғруқларнинг асортли кечиши (жумладан, кесарча кесиш, онанинг тиришиш ҳолати). Бундай ҳолатда беморни қўшимча баҳолаш, кузатув ва парвариш билан таъминлаш зарур;

2) бемор анамнезида чақалоқнинг ўлимига олиб келувчи неонатал давр сариқлик синдроми аниқланганда. Тиббий хизматчи чақалоқ ҳолатини чилла5 кун давомида синчиклаб текширувни режалаштириши лозим;

3) неонатал даврдаги бошқа муаммолар учун маслаҳатлаш бўйича қўлланмадаги тегишлича маълумотлардан фойдаланиши керак.

Тиббий анамнезда тўпланган маълумотлар тиббий хизматчига чақалоқ ўлимига олиб келган қуйидаги сабабларни аниқлаш имконини бериши зарур: онадаги сурункали касалликлар билан боғлиқ сабаблар (жумладан, потенциал хавфли моддаларни истеъмол қилиш), шунингдек, бошқа муаммолар. Ҳомиладорда сурункали касалликлар аниланганда уни кўрикдан ўтказиш, эҳтимол, даволаш мақсадида режали госпитализацияга йўналтириш керак; бошқа муаммолар аниқланган ҳолатларда тегишлича маълумотлардан фойдаланиш зарур.

JHPIEGO экспертлари алоҳида қайд этишадики, қуйидагилар оғирлаштирувчи акушерлик анамнези бўлган ҳомиладорларни антенатал маслаҳатлашлаш, баҳолаш ва парваришлашнинг асосий принциплари ҳисобланади: 1) узлуксиз ва самарали

психоэмоционал қўллаб-қувватлаш; 2) туғруққа тайёрлик режасининг тузилиши; 3) туғруқлар асоратларга тайёргарлик режасига максимал даражада аниқ амал қилиш; 4) беморнинг антенатал ташрифлар режасига мувофиқ узлуксиз ва тегишлича ёрдам олиши.

Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кейин бачадон ўлчамлари билан гестация муддатлари мувофиқлигининг ўзаро мос келмаслиги. Дунёнинг ривожланган мамлакатларида ҳам, ривожланаётган мамлакатларида ҳам оналар ўлими кўрсаткичларининг пасайиши билан тадқиқотчилар эътибори перинатал йўқотишларга янада кўпроқ қаратила бошлади. Баъзи маълумотларга кўра ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми 14,6–16,9% ҳомиладорларда ривожланади. Шу билан бирга, тадқиқотларнинг бирида кўрсатилишича, антенатал ўлимлар умумий миқдоридан 26% гачаси гестацион муддат учун кам тана вазни туфайли рўй беради.

SOGC ҳамда ACOG аниқлашига кўра агар ультратовушли текширишда ўлчанганда ҳомила вазни 10 центилдан пастроқ чегараларда бўлса, ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми ҳисобланади. Бунда ушбу аниқлаш гестацион муддат учун кам тана вазнли ҳомилага ҳам тўғри келишини эътиборга олиш керак. Бироқ агар ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми патологик жараён ҳисобланса, бундай ҳолатда ҳомиланинг кам вазни гестацион муддат учун патологиянинг намоён бўлиши деб ҳисобланиши шарт эмас. Алоҳида таъкидлаш керакки, гестацион муддат учун кам тана вазнли ҳомилалар структурасига ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми, шунингдек, гестацион ёш учун конституционал кам тана вазни киради.

Ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми хавф омиллари қуйида келтирилган 3-жадвалда тақдим этилган.

Ҳомила ўсишининг чегараланиши синдромини ташхислаш учун ACOG тиббий мутахассисларга ҳомила ривожланишининг чегараланиши синдроми (ҲРЧС) ривожланишининг юқори хавфи бўлган ҳомиладорларда ультратовушли текшириш олиб боришни тавсия этади (3-жадвалга қаранг). Шунингдек, ACOG экспертлари тасдиқлашига кўра ҲРЧС ташхислашсида

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

киндик томирларида қон айланишини доплерометрик баҳолашдан фойдаланиш перинатал натижаларни яхшилашга таъсир кўрсатади (А). Шу билан бирга экспертлар яна шуни тасдиқлайдики, даволовчи озиқланиш, кальций ва рух микроэлементларини қўшимча истеъмол қилиш, онанинг плазма қони ҳажмини кўпайтириш амалиёти, кислородли терапия, антигипертензив терапия,гепаринли терапия, шунингдек, аспириннинг кам миқдорлари ҲРЧСнинг олдини олиш ва даволашда самарадорликка эга эмас (А).

3-жадвал. Ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми хавф омиллари (AmericanCollege of Obstetrics and Gynecology, Practice Bulletin No12, 2000)

Онадаги касалликлар ва/ёки муаммолар;

- артериал гипертензия;
- буйрак касалликлари;
- ўпканинг рестриктив касалликлари;
- микроангиопатия билан қандли диабет;
- юракнинг цианотик касалликлари;
- антифосфолид синдром;
- коллагенозлар;
- гемоглобинопатиялар;
- чекиш ва гиёҳвандлик воситаларидан фойдаланиш, шунингде, уларга қарамлик;
- оғир даражадаги озиқ-овқат етишмаслиги;
- бирламчи плацентар етишмовчилик;
- кўп ҳомилали гипертензия;
- инфекциялар (вируслар, паразитлар);
- генетик бузилишлар;
- тератогенлар таъсири

Бошқа томондан, тадқиқотлардан бирида кўрсатилишича, ультратовушли ташхислашга нисбатан ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми ташхислашсида гравидограмма сезувчанлиги кам бўлсада (мос ҳолда 74,1 қарши 85,2% га), бироқ уларнинг ўзига хослиги ўхшаш (мос ҳолда 95,9 қарши 96,6% га). Шунинг учун SOGC бачадон туби баландлиги ҳолати кўрсаткичи мониторинги амалиётини ҲРЧС скринингида келгусида ҳам фойдаланишни тавсия этади.

ҲРЧСнинг диагностик алгоритмида SOGC биокимёвий скрининг-тестлардан фойдаланиш (Трисомия 21 ташхислашси), ультратовушли текширишни амалга ошириш (ҳомиладорликнинг биринчи учойлигида гестация муддатларини билиш, шунингдек, ҳомиланинг ёқа зонаси кенглигини аниқлаш учун) ва гестация муддатларининг 19 ва 23-ҳафталарида бачадон артериялари доплерографияси (фақат биокимёвий кўрсаткичларда оғишлар бўлган ҳолатларда)ни тавсия этади.

JHPIEGO экспертлари томонидан тақдим этилган ҳаракатлар алгоритмига кўра бачадон туби баландлиги ҳолати кўрсаткичларининг гестация муддатлари кўрсаткичлари меъёрига мос келмаслиги ўзида қуйидагиларни қамраб олади:

1) юқори квалификацияли мутахассис билан биргаликда БТБ кўрсаткичларини қайта ўлчаш;

2) агар бачадон туби баландлиги ушбу гестация муддатлари учун кутилаётган ўлчамлардан кичик бўлса, ҳомиланинг анормал ҳолатини (ҳомиланинг қия, кўндаланг ҳолати мавжудлигини) ёки ҳомиланинг антенатал нобуд бўлганлигини истисно этиш керак;

3) агар бачадон туби баландлиги ушбу гестация муддатлари учун тавсифли бўлган ўлчамлардан катта бўлса, бундай ҳолатда кўп ҳомилали ҳомиладорлик, кўпсувлилик ҳолатини истисно этиш керак.

БТБ кўрсаткичларида ихтилоф бўлган ҳомиладорларда қўшимча парвариш қуйидагиларни ўзида қамраб олиши керак: 1) психоэмоционал қўллаб-қувватлаш (аёлни тинчлантириш зарур); 2) агар бемордаги ҳомиладорлик бошқа оғишларсиз зўрайиб борса, бундай ҳолатда акушерлик вазиятларини қайта баҳолаш учун ундан 2 ҳафтадан кейин қайта кўрикдан ўтиш учун келишини илтимос қилинг; 3) агар қайта кўрикда ҳам ҳомиладорнинг БТБ кўрсаткичларида 2 см дан кўпроқ тафовут бўлса, беморни кўрикдан ўтказиш учун режали госпитализацияга йўналтириш керак (УТТ, допплер, биокимё ва шу кабилар).

SOGC тавсияларига кўра анамнезида плацентар етишмовчилик (ҲРЧС, гипертензив бузилишлар) бўлган беморларда ҲРЧСнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар гестациянинг 12–16 ҳафтасидан 36-ҳафтасигача аспириннинг кам миқдорларидан фойдаланишдан иборат.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Захм. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти маълумотларига кўра 2008 йилда дунё бўйича 36,4 миллон шахс захм билан зарарланган. ЖССТнинг баҳолашича, 2008 йилда Экваториал Гвинея ҳомиладорлар орасида захм энг кўп аниқланган мамлакат ҳисобланади ва бу ҳолат ушбу мамлакатда ҳомиладорлар орасида 14% ни ташкил этади.

Захм аёл учун ҳам, ҳомила учун ҳам ҳомиладорлик натижасида салбий таъсир кўрсатиши умум қабул қилинган факт ҳисобланади. Масалан, захм бўлган аёлларда популяцияга нисбатан ўлик туғилиш кўпроқ учраши кўрсатиб ўтилган. Ҳомиладорларда даволанмаган эрта захм бўлган ҳолатларда ўлик туғилиш эҳтимоли 25% гача етиши мумкин. Шунингдек, кўплаб олиб борилган тадқиқотларда ишончли кўрсатилишича, аёлларда захм абортлар ва муддатидан илгариги туғруқлар ривожланишининг юқори хавфини юзага келтиради. Баъзи маълумотларга кўра эрта захм барча чақалоқлар ўлимида 14% гача сабаб бўлади. Яна шуни қайд этиш керакки, захмнинг мавжудлиги ОИВ зарарланишга мойилликни уч карра оширади.

Юқорида айтиб ўтилганлар оқиш трепонема билан зарарланган ҳомиладорларга асосий парвариш билан бир қаторда қўшимча ғамхўрлик кўрсатиш зарурлигини кўрсатади.

JHPIEGO тавсияларига кўра захм билан оғриган ҳомиладорларда қўшимча баҳолашнинг қуйидаги элементлари амалга оширилиши лозим: 1) беморни захм учун тавсифли белгилар бўйича кўрикдан ўтказиш (қаттиқ шанкр, пустулалар, ивиган папулалар, гуммалар ва шу кабилар); 2) плазманинг тез реагинларига текшириш (Rapid Plasma Reagintest – RPR), бирламчи трепонемасиз тестлар (Venereal Diseases Research Laboratory – VDRL); 3) захм аниқланган ҳолатда бемор тегишлича даволанган/даволанмаганлигини ва у адекват бўлган/бўлмаганлигини ўрганиш зарур.

Захм билан зарарланган беморларда қўшимча парвариш қуйидагиларни ўз ичига қамраб олиши зарур: 1) психоэмоционал ёрдам кўрсатиш; 2) беморга инфекциянинг юқтирилиш йўллари, инфекциянинг ҳомилага эҳтимолий таъсирлари, болани тегишлича парваришлаш, ҳомиладорнинг презервативдан фойдаланиши ҳамда жинсий шериги/ларининг ҳам кўрикдан ўтиши муҳимлиги тўғрисида маълумот бериш

Center of Disease Control and Prevention (CDC) тавсияларига мувофиқ шикастланиш ўчоғидан олинган тўқима ёки экссудатнинг қоронғи майдондаги микроскопияси захм ташхислашсида сўнгги усул ҳисобланади. CDC хулосаси бўйича асосида тахминий ташхис акс этган PRP ҳамда VDRL, шунингдек, трепонемали тестлар (иммунофлюоресценция реакцияси, пассив гемагглютинация реакцияси, турли иммунофермент усуллар, иммуноблотлар, турли тезкор трепонемали тестлар)дан скрининг-тизим сифатида фойдаланилиши керак. Трепонемасиз тестларга реактив натижалар бўлган беморлар трепонемали тестлардан фойдаланиб кўрикдан ўтказилиши керак.

Қатор экспертлар хулосасига кўра захм аниқланган, бироқ адекват даволаниш амалга оширилмаган ҳомиладорларда қуйидагилар амалга оширилиши керак:

1. Агар унда бирламчи инфекция аниқланган бўлса (қаттиқ шанкр), унга мушак ичига бир маҳалдан 2,4 млн Бир **Бензатин Бензилпенициллин** тайинланиши керак.

2. Касалликнинг давомийлиги аниқланмаган ҳолатда мутахассислар томонидан 2,4 млн Бир дан 3 ҳафта давомида ҳафтада бир марта Бензатин Бензилпенициллин тайинланиши керак. Захм билан зарарланган ҳомиладорларни қўшимча парваришлашда RPR-/VDRL-ижобий беморларни олиб боришнинг маҳаллий баённомасига мувофиқ амал қилиш керак.

CDC захм бўлган ҳомиладорларни даволаш учун аналогик тавсияларни беради. Уларга мувофиқ ҳолда ҳомиладорлик давридаги захмни даволашда **Пенициллина G** дан фойдаланиш самарадорлиги ва бехавфлиги исботланган ягона усул ҳисобланади. Ҳомиладорда пенцилинларга юқори сезувчанлик бўлган ҳолатларда CDC пенцилинли терапияни бошлашдан олдин беморда десенсибилизацияли терапияни олиб боришни тавсия этади. Бирламчи, шунингдек, иккиламчи захмда ҳомиладорга мушак ичига бир маҳалдан 2,4 млн Бир Пенициллина G киритилиши зарур. Эрта латент захмда ҳомиладорга мушак ичига 2,4 млн Бир Пенициллина G киритишни CDC тавсия этади, кечки латент захм ёки давомийлиги аниқ бўлмаган латент захмда тавсия этилган Пенициллина G алгоритми қуйидагича бўлади: умумий миқдор

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

7,2 млн га тенглашади ва бу учга бўлиниб уч ҳафта ҳафтада бир мартадан мушак ичига киритилади.

Хулосалар. Антенатал маслаҳатлашни амалга оширишда барча тиббий хизматчилар асосий парвариш билан бир қаторда ундан қўшимча парвариш кўрсатишни талаб этадиган ҳомиладорларда қўшимча эҳтиёжлар пайдо бўлишига тайёр туришлари лозим. Ўз навбатида қўшимча парвариш ўзида қуйидагиларни қамраб олиши мумкин: 1) алоҳида маслаҳатлаш ва парвариш; 2) қўшимча антенатал ташрифларни режалаштириш; 3) бир-бирига ўзаро боғлиқ мутахассислар маслаҳатлашси; 4) ҳомиладор ва тиббий ёрдамнинг тегишлича манбалари ўртасида ўзаро алоқани амалга ошириш зарур.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. A comparative Study of Gravidogramm and Ultrasound in Detection of IUGR, Priya P.et al., J. Obstet. Gynecol. Ind., 2012. – Vol. 62 (4). – P. 409–412.

2. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectionalstudy, Souza et al., 2015 World Health Organization; licensed by John Wiley & Sons Ltd onbehalf of Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, DOI: 10.1111/1471–0528.13509.

3. Anemia in pregnancy, American College of Obstetrics and Gynecology, Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists. №95. July 2008.

4. Basic Maternal and Newborn Care: Basic Childbirth, Postpartum, and Newborn Care, 2004 by Jhpiego, an affiliate of The Johns Hopkins University.

5. Best Practices in Maternal and Newborn Care: A Learning Resource Package for Essentialand Basic Emergency Obstetric and Newborn Care, 2008 by Jhpiego, an affiliate of TheJohns Hopkins University.

6. Bothwell T. H., Charlton R. W. Iron deficiency in women. Washington DC, Nutrition Foundation, 1981.

7. British Human Immunodeficiency Virus Association (BHIVA) guidelines for themanagement of HIV infection in pregnant women 2012 (2014 interim review)

8. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, NICE guideline, Published: 25 February 2015.

9. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary, No 307, SOGC, CLINICAL PRACTICE GUIDELINE May 2014 (ReplacesNo. 206, March 2008).

10. EAT FOR HEALTH, Australian Dietary Guidelines, Providing the scientific evidence forhealthier Australian diets, National Health and Medical Research Council (2013), Canberra: National Health and Medical Research Council

11. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008, World Health Organization, 2012.

12. Guideline: vitamin A supplementation in pregnant women, World Health Organization, 2011.

13. Guidelines for the Care of Pregnant Women Living With HIV and Interventions to Reduce Perinatal Transmission, Society of Obstetrics and Gynecology of Canada, Clinical Practice Guideline. №310. August 2014.

14. Guidelines for the treatment of malaria – 3rd Edition, WHO Library, World Health Organization, 2015.

15. Guidelines on Urological Infections, European Society of Urology, Grabe M. et al., 2013.

16. Hookworm Infection in the 21st Century, Adv. Parasitol. – Brooker S. et al. – 2004. –Vol. 58. – P. 197–288.

17. IDF Diabetes Atlas 7th edition.

18. Intrauterine Growth Restriction, ACOG Practice Bulletin. No 12. January 2000

19. Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management, SOGC Clinical. No 295. Practice Guideline. No 295. August 2013.

20. Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control, A guide for programmemanagers, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001.

21. Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynecology, 9th Edition, Oats J. andAbraham S., Mosby Elsevier, 2010.

22. Maternal Diabetes in Pregnancy: Early and Long-Term Outcomes on the Offspring andthe Concept of "Metabolic Memory", Yessoufou A., Moutairou K., Experimental DiabetesResearch Volume 2011, Article ID 218598, 12 pages

23. McCabe C. J., Goldie S. J., Fisman D. N. The cost-effectiveness of directly observed highlyactive antiretroviral therapy in the third trimester in HIV-infected pregnant women. PLoS One 2010; 5: e10154.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

24. Nduati R, Richardson BA, John G et al. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1infected women: a randomised trial. Lancet 2001; 357: 1651–1655.

25. Netter's Obstetrics & Gynecology, end Edition, Smith R., 2008 by Saunders, an imprintof Elsevier Inc.

26. Nutritional requirements, dietary advice targeted for pregnant, and breastfeedingwomen, National Health and Medical Research Council (2012) Canberra: National Healthand Medical Research Council.

27. Pregnancy outcomes in HIV-positive women in Ukraine, 2000–12 (European Collaborative Study in Euro Coord): an observational cohort study, Lancet HIV. – Bagkeris E. – 2015. – Vol. 2. – P. e385-e392.

28. Prevalence of Malaria Infection and Risk Factors Associated with Anaemia amongPregnant Women in Semiurban Community of Hazaribag, Jharkhand, India; Bio Med Research International Volume, 2015 (2015), Article ID 740512, 16 pages.

29. Prevention and control of iodine deficiency in pregnant and lactating women andin children less than 2-years-old: conclusions and recommendations of the Technical Consultation, Public Health Nutrition, WHO Secretariat on behalf of the participants to the Consultation, World Health Organization, 2007. Vol. 10(12A), P. 1606–1611.

30. Reaching Optimal Iodine Nutrition in Pregnant and Lactating Women and YoungChildren, Joint Statement by the World Health Organization and the United Nations Children'sFund, World Health Organization, 2007.

31. Recurrent urinary tract infection, Society of Obstetrics and Gynecology of Canada, Clinical Practice Guideline. № 250. November 2010.

32. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Center of Disease Control and Prevention, Recommendations and Reports, June 5, 2015, Vol. 64, No3.

33. Sultan A.H. Obstetric perineal injury and anal incontinence, Clin. Risk., 1999; 5: 193–6.

34. The Cost-Effectiveness of Directly Observed Highly Active Antiretroviral Therapy inthe Third Trimester in HIV-Infected Pregnant Women, PLoS ONE. – McCabe C. J. et al. – 2010. –Vol. 5(4): P. e10154

35. The diagnosis and treatment of malaria in pregnancy, RCOG, Green-top Guideline. No 54B. April 2010

36. The Effects of Iodine Deficiency in Pregnancy and Infancy, Paediatric and PerinatalEpidemiology, Zimmermann M. B., 2012, 26 (Suppl. 1), 108–117.

37. The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent, First-trimester and Secondtrimester Miscarriage, RCOG, Green–top Guideline No 17, April 2011.

38. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears, RCOG, Green-top Guideline. No. 29. June 2015.

39. Treatment of urinary tract infection in non-pregnant women, American College of Obstetrics and Gynecology, Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists, № 91, July 2008.

40. Ultrasonographic Cervical Length Assessment in Predicting Preterm Birth in SingletonPregnancies, SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. No 257. May 2011.

41. Vaginal birth after previous cesarean delivery, ACOG Practice Bulletin №54. July 2004.

42. World Health Organization Database Repository available at: http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630AG? lang=en

43. Ҳомиладорлик ва туғруқнинг асоратли кечишида ёрдам кўрсатиш: акушер ва шифокорлар учун қўлланма. Ҳомиладорлик ва туғруқни интеграл олиб бориш. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти. Женева, 2001.

44. Қўлланма: Чилладаврда аёллар учун А витаминини қўшиш. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти, 2011.

ХОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ВА ТУҒРУК ЖАРАЁНИДА ХОМИЛА ХОЛАТИНИ БАХОЛАШ

ЖССТ маълумотлари базасига мувофиқ 2015 йилда дунё бўйича 2,6 миллион ўлик туғилиш ҳолатлари қайд этилган, бошқача айтганда, ҳар куни дунёда 7178 та ўлик туғилиш ҳодисаси қайд этилади. Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг «Мингйиллик ривожланиш мақсадлари: 2015 йил учун ҳисобот»ида экспертлари хулосасига мувофиқ болалар ўлимини қисқартириш борасида эришилган мавжуд ютуқларга қарамасдан бугунги кунда ҳали-ҳамон ўлим сабабларининг олдини олиб кўплаб болаларни асраб қолиш мумкинлиги тасдиқланган. Тақдим этилганлар асосида қатор тадқиқотлар натижасида гестацион муддат учун кам тана вазни сабабли 26% ҳомила антенатал нобуд бўлганлиги ҳақида олинган маълумотлар қизиқ кўринади.

Антропометрик кўрсаткичларнинг маълум чегарасига ёки аниқ гестацион ёш учун тахмин этилган тана вазнига етиб бормаган ҳомилалар гестацион ёш учун кичик ҳисобланади. Одатда, қорин айланасининг 10 центил ва туғилишда тахмин этилган вазн ЖССТ томонидан тавсия этилган чегара аҳамияти ҳисобланади. Туғилишда вазни 2500 г дан кам бўлган (5 фунт 8 унция) чақалоқлар «чала туғилган» деб таснифланиши кераклиги ҳақидаги тахмин айтилган 1991 йилдада «кам тана вазнли чақалоқ» тушунчаси тиббий адабиётларда пайдо бўлди. Бироқ ЖССТ чала туғилган деб тасниф қилинган кўплаб болалар шунчаки туғилишда кам тана вазнига эга бўлганини, белгиланган муддатдан илгари туғилмаганлигини 1961 йилда тан олди. ЖССТнинг замонавий мезонларига кўра туғилишда вазннинг 10 центилдан камлиги аниқ популяцияда ушбу гестацион ёш учун кичик вазнга хос. Бошқача айтганда, 10 центил Жанубий-Шарқий Осиё ва Скандинавия каби бирон-бир мамлакатда туғилган болалар учун аҳамиятли даражада фарқланиши мумкин. Бунда ҳомиланинг кам гестацион муддати тушунчаси ўзининг тўлиқ ўсиш потенциалига етмаган – ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми (ҲРЧС – патологик ҳолат), конституцион кичик ҳомилалар кирувчи гетероген гуруҳини қамраб олади. меъёрий ҳолат бу – қачонки чақалоқ соғлом, бироқ тана конституцияси

бўйича кичкина. Патологик ҳолатларга ҳомиланинг ривожланиши ва ўсиши плацентар етишмовчилик мавжудлиги кўринишида чегараланувчи муддатидан илгари туғруқлар ҳамда ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми (ҲРЧС) киради. Шундай қилиб, қандай ҳомилалар гестацион ёш учун ҲРЧС кам тана вазнига, қандайлари эса гестацион ёш учун конституционал кичик вазнга эга ҳисобланади? Эпидемиологик тадқиқотларда шу нарса аниқландики, тана вазни 10 центилдан кам ҳомилалар ўртасида 40% ида перинатал ўлим хавфи юқори (ҲРЧС билан ҳомилалар), қолган 20% изида хромосомали аномалия мавжуд ёки салбий экологик таъсир бўлганлиги кузатилган. Юқорида айтиб ўтилганларни инобатга олган ҳолда шу нарса аниқ бўладики, гестацион муддат учун кам тана вазнига эга ҳомила/чақалоқларда перинатал йўқотишлар хавфи катта бўлади. ҲРЧС бўлган чақалоқларда нафас етишмовчилиги синдроми ёки қорин ичи қон кетиши ва некротик энтероколит каби асоратлар олиб ўлиш хавфи юқори. Нисбий хавф: неонатал ўлим – 2,77 (ишончли интервалда 2,31–3,33), респиратор дистресс синдром ривожланиши – 1,19 (ишончли интервалда 1,03–1,29), қорин ичи қон кетиши – 1,13 (ишончли интервалда 0,99–1,29), некротик энтероколит – 1,27 (ишончли интервалда 1,05–1,53). Тақдим этилган маълумотлар асосида ҳомила ўсишининг чегараланиши синдромини ўз вақтида самарали ташхислаш алоҳида аҳамият касб этади.

Қуйидагилар ҳомила ўсишининг чегараланиши синдромини ташхислаш усуллари ҳисобланади: абдоминал пальпация, бачадон туби баландлиги ҳолатини ўлчаш, ультратовушли биометрия, ҳомила вазнини баҳолаш масадидаги ультратовуш текшируви ҳамда қон айланиши тезлигини ультратовушли ўлчаш. Улардан фойдаланганда тиббий хизматчи қуйидаги муҳим фактларни ҳисобга олиши зарур: 1) кўпчилик ўлчашлар муолажани бажариш бўйича аниқ билимга эга бўлишни ҳамда гестациянинг аниқ календар (тақвим) муддатини билишни талаб этади; 2) кўпчилик тестлар ҳомила ўсишининг чегараланишини эмас, балки ушбу гестация муддати учун тавсифли бўлган фетометрик кўрсаткичларнинг меъёрий аҳамиятдан ортда қолиш фактини ташхислашга йўналтирилган; 3) кўпинча ҳомила ўсишининг меъёрий аҳамиятдан ортда қолишини башоратлашда

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ушбу тадқиқотдан бир марта фойдаланилади, бу пайтда динамикада (гравидограмма) ўлчашлар ҳомила учун ёмон натижаларни башоратлаш учун жуда қимматли эканлиги тўғрисида асослар мавжуд; 4) кўпинча ҳомила ривожланишининг меъёрий аҳамиятга мувофиқлигини баҳолашда онанинг бўй узунлиги, вазни, ирқи, бошқа болалари сони ва ҳомиланинг жинси каби башоратлашнинг муҳим омиллари эътиборга олинмайди.

Шуни таъкидлаш керакки, гарчи индивидуал кўриклар ўз-ўзича гестацион ёш учун ҳомиланинг кам тана вазнини ёки ҲРЧСни баоратлай олмайди, буларга кўрсатилган текшириш усулларидан биргаликда фойдаланиш орқали эришиш мумкин. Патологияни гравидограмма ёрдамида аниқлаш мумкин, шундан кейин УТТ ҳомиланинг гестацион муддат учун кам тана вазнини тасдиқлайди, киндикда қон айланиш параметрларини допплерометрик баҳолаш эса қон айланишида бузилишлар мавжудлигини аниқлаш имконини беради.

Қайд этиш керакки, биометрик (ўлчамлар ўлчанади) ва биофизик (ҳомила ҳолатини баҳолайди) тестлар ўртасида аҳамиятли фарқлар мавжуд. Биометрик тестлар ҳомила ҳолатини эмас, балки кўп марталаб ўлчаш ҳолатларида ҳомила ўлчамини башоратлаш учун ишлаб чиқилган. Бошқа томондан, биофизик тестлар ўлчамни ўлчаш учун эмас, балки ҳомила ҳолатини башоратлаш учун мўлжалланган. Агар ҳомила соғлом бўлса, демак, унда ацидемия йўқ. Бундай фарқлар гестацион ёш учун кам тана вазнини ташхислашда биометрик тест натижаларига кўпроқ таяниш зарурлигини кўрсатади, бу пайтда биофизик тестларнинг ёмон кўрсаткичлари ҲРЧС мавжудлигидан далолат беради.

Шундай қилиб, ҳомила ҳолатини баҳолаш учун биометрик диагностик (бачадон туби баландлигини динамик ўлчаш, ҳомила вазни ва йўлдош ҳолатини баҳолаш мақсадида текшириш) усулидан ҳам, биофизик (стрессиз тест, кардиотокография, биофизик (БФП) ва модификацияланган (БФП) профиллар, ҳомила фаоллиги ҳамда амниотик суюқлик ҳажмини ультратовушли баҳолаш, шунингдек, киндик артериясида қон айланиши допплерометрияси) тестлардан ҳам фойдаланиш мумкин.

Қорин пальпацияси. Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти (RCOG) хулосаларига мувофиқ гестацион ёш учун ҳомила тана вазнини ташхислашда абдоминал пальпация жуда чегараланган аҳамиятга эга (асосланганликнинг А даражаси).

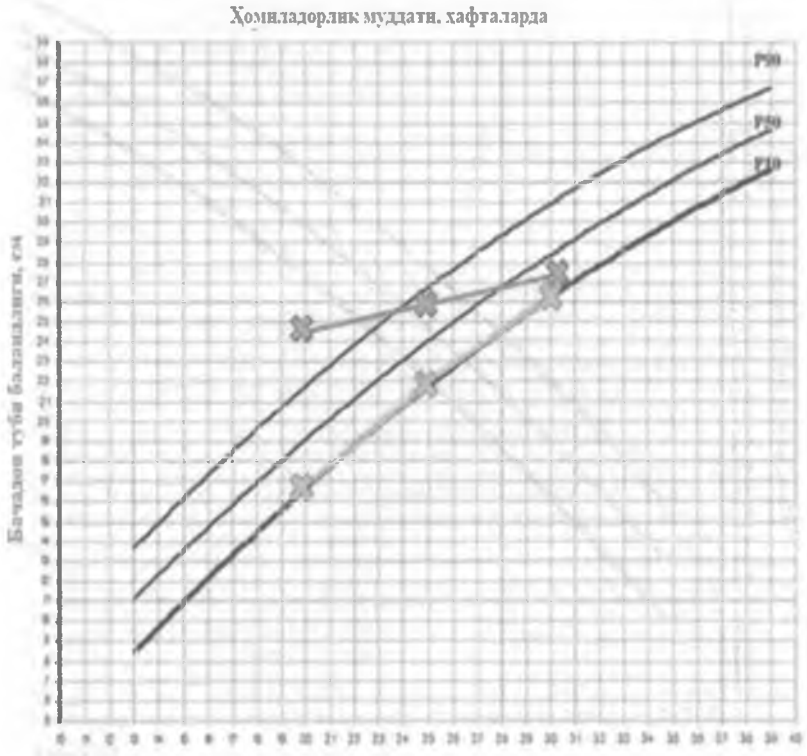
Бугунги кунда мавжуд маълумотларга мувофиқ гестацион ёш учун ҳомила тана вазнининг камлигини ташхислашда **бачадон туби баландлиги ҳолатини ўлчаш**дан алоҳида ҳолда фойдаланиш ҳам етарлича чегараланган диагностик аниқлик ва ишончлиликка эга (сезувчанлик – 27%, ўзига хослик – 88%), шу билан бирга ушбу муолажа перинатал ўлим кўрсаткичларига ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди. Таъкидланганидек, бачадон туби баландлиги ҳолатини ўлчашда махсус ишлаб чиқилган графиклардан фойдаланиш кўрсатилган нозологияни ташхислашда аниқликни бирмунча яхшилайди. Бачадон туби баландлиги ҳолатини уларни график акс эттириш ва ўртача статистик маълумотларга нисбатан кетма-кет ўлчаш – гравидограмма – сезувчанликни ҳамда ушбу диагностик муолажанинг ўзига хослигини оширади (49% гача).

Гравидограмма (1-расм) – статистик ўрнатилган меъёрларга мувофиқ ҳомила ривожланиши ва ўсишининг антенатал мониторинги ва скринингини амалга ошириш имконини берувчи оддий ва арзон жиҳоз ҳисобланади. Гравидограммадан фойдаланиш бачадон туби баландлиги ҳолатини ўлчаш ҳамда антенатал ривожланиш шкаласига мувофиқ ўзгаришларни график акс эттиришни кўзда тутади. Ушбу методологияни қўллаш тегишлича гестацион ёш учун ҳомиланинг катта ўлчамларини ҳам, кичик ўлчамларини ҳам тахислаш имконини беради. Яна шуни қайд этиш керакки, бачадон туби баландлиги ҳолати миқдорий аҳамиятларининг гестацион ёш учун мос келишидан ташқари ҳомиланинг ўртача статистик ўсиш динамикасининг катталашиши мувофиқлиги ҳам муҳим мезон ҳисобланади (2-расм).

Қайд этиш керакки, ўртача популляциялари центиллари кўрсаткичлари ўртасида перинатал касалланиш ва ўлим етарлича мустаҳкам алоқага эга (3-расм). Қайд этишни истардикки, гарчи ЖССТ, Америка, шунингдек, Канада Акушер-Гинекологлари Жамияти ва шу кабиларнинг

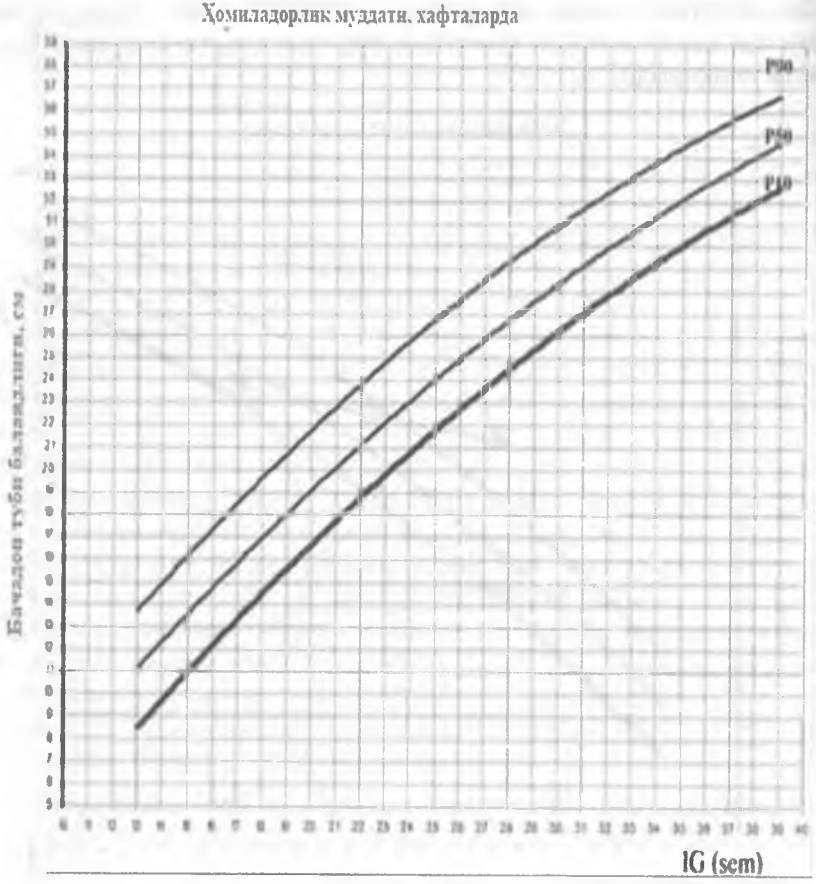
Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

экспертлари ҳомиланинг гестацион ёш учун кам тана вазни аниқланганда диагностик мезонлар сифатида айнан 10 центилдан фойдаланишни тавсия этадилар, 5, баъзан эса 3 центилнинг меъёр учун чегара аҳамияти сифатида асосланганлигини кўрсатувчи тадқиқотлар ҳам мавжуд. Bakalis S. билан ҳаммуаллифликда бажарилган тадқиқотда (2015) гестацион ёшга нисбатан ҳомиланинг кам тана вазнини ташхислашлашда 10,5, шунингдек, 5 центилдан чегара аҳамияти сифатида фойдаланилганда усулнинг сезувчанлиги бир вақтнинг ўзида мос равишда 79,87 ва 92% бўлиши аён бўлди, сохта ижобий ҳолатлар эса текширилганларнинг 10% ида аниқланди.



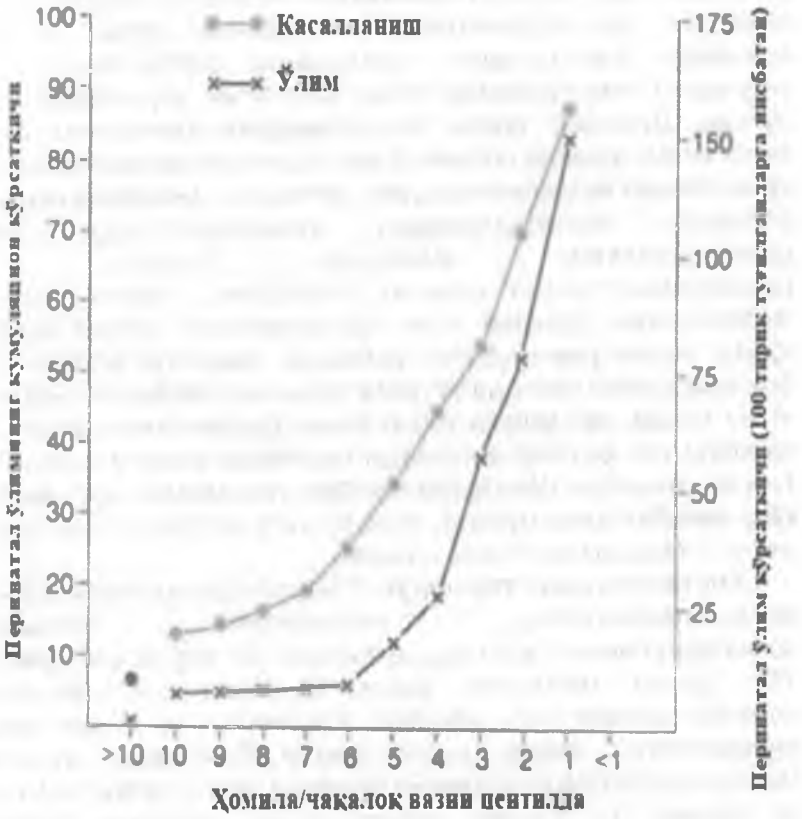
1-расм. Бачадон туби баландлигининг ўсиш динамикаси турли вариантлари.*

**Эслатма: Расмда БТБ ўсишининг 2 та қийшиқ динамикаси кўрсатилган: 1) сариқ – гарчи БТБ ўсиш кўрсаткичлари меъёрнинг пастки чегарасида – 10-центилда жойлашган бўлса ҳам, бироқ динамика популяция меъёрларига мос келади, балки ушбу ҳолатда гестацион муддат учун ҳомила вазни конституционал паст ўрингa эга; 2) қизил – гарчи ушбу ҳолатда қийшиқ чизиқ 10 центилга етмаса-да, бироқ БТБ ўсиш динамикаси қониқарсиз – ҲРЧС ривожланишининг энг катта эҳтимолий белгиси.*



2-расм. Гравидограмма намунаси.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union



3-расм. Ҳомила тана вазни кўрсаткичларининг центиллар ва перинатал касалланиш ҳамда ўлим акс этган меъёрий аҳамиятлардан оғишлари ўртасидаги ўзаро алоқа.*

**Эслатма: ушбу график туғилишдаги вазн перцентилларига боғлиқ ҳолда ўлим ва касалланиш ҳолати даражасининг ўсишини кўрсатади. Ўлим ҳолатининг энг тез ўсиши тана вазни 6-перцентилдан пастроқ болаларда кузатилади. Шу билан бирга тана вазни 10 перцентилдан кам болаларнинг бир қисми соғлом ҳисобланади.*

Ҳомила юрак қисқаришлари сонини ҳисоблаш билан юрак фаолияти аускультацияси ҳомиланинг тирик ёки ўлик

эканлигини аниқловчи усул ҳисобланади, бироқ ушбу усул маълумотлари асосида ҳомиланинг меъёрий кўрсаткичларга мувофиқ ривожланаётганини муҳокама этиш умуман ярамайди. Аускультация – ҳомиланинг ҳаётий фаолиятини текшириш учун фойдаланилган дастлабки усуллардан бири бўлган. Дунёнинг турли бурчакларидаги клиницистларнинг катта қисми ҳомила соғлиғи бузилишини аниқловчи самарали усул бўлиши мумкинлигига умид қилишган. Тахминан икки аср давомида аускультациядан фойдаланилганда унинг самарадорлигини аниқловчи бирорта ҳам рандомизацияланган назорат қилинувчи тадқиқот амалга оширилмаган. Ҳомила юрак қисқаришлари сонини эшитиб кўриш билан унинг ҳолати ўртасида, фақат ўз остида оғир брадикардияни назарда тутувчи терминал палласини истисно этган ҳолда, ҳеч қанақа ўзаро алоқа йўқлиги аниқланган. Шу сабабли уни ҳар бир антенатал ташрифда амалга оширишни тавсия этишади. Шунга қарамасдан уни аёлнинг илтимосига кўра ҳам бажариш мумкин, яъни бу унга антенатал ташрифда ижобий таъсир кўрсатиши мумкин.

Ультратовушли текширув. Тавсияларга мувофиқ мавжуд акушер-гинекологлар жамиятининг кўпчилиги ҳомиладорликнинг эрта муддатларида (24 ҳафтагача) доимий УТТ фақат гестацион ёшни баҳолаш, кўп ҳомилали ҳомиладорликни эрта аниқлаш, шунингдек, ҳомилада аввал аниқланмаган нуқсон ривожланиши борлигини кўрсатиш мақсадида фойдаланилганда самарали ҳисобланади ва бу уни ўз вақтида тўхтатишни режалаштириш имконини беради. Бошқа томондан, гестациянинг 24 ҳафтасидан кейин ҲРЧС ривожланиш хавфи паст ёки аниқланмаган даражадаги аёллар гуруҳига кирувчи ҳомиладорларда УТТ-текширувни доимий бажариш она учун ҳам, ҳомила учун ҳам аҳамиятли фойда келтирилиши асосланмаган муолажа ҳисобланади. 1-жадвалда Америка Акушер-Гинекологлари Жамиятининг 2000 йилдаги 12-сон амалий қўлланмасидан ўзлаштирилган маълумотлар тақдим этилган, бундай ҳолатлар мавжудбўлганда ҳомиладорларни ҲРЧС ривожланиш хавфи юқори гуруҳга қўшиб ҳисоблаш мумкинлари санаб ўтилган.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1-жадвал. Ҳомила ўсиш синдромининг чегараланиши учун хавф омиллари (American College of Obstetrics and Gynecology, Practice Bulletin No12, 2000)

Онанинг касаллиги ва/ёки тиббий муаммолари:

- **артериальная гипертензия;**
- **буйрак касалликлари;**
- **ўпканинг рестриктив касалликлари;**
- **микроангиопатия билан қандли диабет;**
- **циатоник юрак касалликлари;**
- **антифосфолипид синдром;**
- **коллагенозлар;**
- **гемоглобинопатия;**
- чекиш ёки гиёҳвандлик воситаларини истеъмол қилиш, шунингдек, уларга қарамлик;
- оғир даражадаги озиқ-овқат етишмаслиги;
- бирламчи плацентар етишмовчилик;
- кўп ҳомилали гипертензия;
- инфекциялар (вируслар, паразитлар);
- генетик бузилишлар;
- тератегенлар таъсири

Ультратовушли биометрия. Ҳомила қорин айланаси (ҲҚА) ва ҳомиланинг тахминий вазни (ҲТВ) ҳомиланинг гестацион ёш учун кам вазнини самарали ташхислаш имконини берувчи энг аниқ диагностик кўрсаткич ҳисобланади. Айрим маълумотларга кўра гестацион ёш учун ҳомила вазни ташхислашсида ҳомила қорин айланасини баҳолаш усулининг сезувчанлиги 72,9–94,5% атрофида ўзгариб туради, бу пайтда унинг ўзига хослиги 50,6–83,8% атрофида туради. Ҳомиланинг тахминий вазнини ультратовушли баҳолашда эса гестацион ёш учун ҳомила вазни ташхислашсида сезувчанлик ва ўзига хослик мос ҳолда 33,3–89,2% ва 53,7–90,9% ни ташкил этади.

Ҳаммуаллифлар билан биргаликда Chang томонидан олиб борилган тизимли ўрганилганда одатдагича фойдаланиладиган бошқа перцентилларга қараганда 10

перцентил чегараси яхши сезувчанлик ва ўзига хосликка эга. Гарчи гестацион муддат учун ҳомиланининг кам тана вазнини ташхислашда 10 перцентилдан чегара қиймати сифатида фойдаланилганда ташхислашнинг сохта ижобий ҳолатлари юқори сони етарлича кузатилиши (10–20%) ва шу орқали уларнинг асосланилмаган акушерлик фаоллиги хавфига дучор бўлишини кўрсатувчи тадқиқотлар ҳам мавжуд. Шу сабабли бугунги кунда чегара қиймати сифатида 5, баъзан эса 3 центилдан ҳам фойдаланиш заруратини кўрсатувчи тадқиқотлар бор.

Бугунги кунда мавжуд ультратовушли текширувда ҳомиланинг тахминий вазнини баҳолашнинг онанинг вазни, онанинг бўй узунлиги, этник келиб чиқиши, ҳомиладорликлар сони каби турли мустақил физиологик тавсифни ҳисобга олувчи турли графиклари мустаҳкам асосланган базага эга эмас, шу сабабли доимий ва ҳамма жойда фойдаланишга тавсия этилмайди. Яна шуни қайд этиш керакки, ҳомиланинг тахминий вазни ва қорин айланаси кўрсаткичларини ўлчашни баҳолаш билан динамик кузатиш уларнинг бир марталик ўлчашларига қараганда катта аҳамиятга эга. Бунда шуни қайд этиш керакки, ўлчашлар оралиғидаги интервал камида 2 ҳафтага тенг бўлиши керак. Шубҳасиз, динамикада ўлчанган фотометрия кўрсаткичларини график акс эттириш керак, бу олинган маълумотларни ўртача популяцион маълумотлар билан самарали таққослаш имконини беради.

Фетоплацентар тизимдаги қон айланишининг допплерометрияси. Бугунги кунда мавжуд асосланганликнинг юқори даражасига эга тадқиқотлар ҲРЧС ривожланишининг юқори хавфи бўлган ҳомиладорларда ҳомиланинг киндик томирларида қон айланишини допплерометрик баҳолаш ўлим ва касалланишни қисқартириб, унинг натижаларига ижобий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари ушбу усул антенатал госпитализациялар ва режали туғруқлар сонини аҳамиятли қисқартириш билан бирга кечади. Тадқиқотларнинг бирида ҳомила ЮҚСи, биофизик профил, шунингдек, ҳомила ўсишининг чегараланиши синдромини ташхислаш учун ҳомиланинг киндик томирларида қон айланишини допплерометрик баҳолаш ортидан динамик

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

кузатишдан изолирланган ҳолда фойдаланиш самарадорлигини қиёсий баҳолаш олиб борилди. Ушбу тадқиқот натижасида фақат ҳомиланинг киндик томирларида қон айланишини допплерометрик баҳолаш ёмон перинатал натижаларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эгалиги аниқланди. Айтиш жоизки, бугунги кунда бошқа бирон-бир томирларда (аорта, ўрта мия артерияси ва шу кабилар) эмас, фақат ҳомиланинг киндик томирларида қон айланишини допплерометрик баҳолаш бўйича асосланган маълумотлар мавжуд. Алоҳида қайд этиш керакки, ҳомилада киндик қон томирларида қон айланишини допплерометрик баҳолаш ўз-ўзидан ҳомиланинг меъёрий кўрсаткичларга мувофиқ ривожланишини баҳолаш учун скрининг методикаси бўлиб ҳисоблана олмайди. Шу сабабли кўпинча ундан диагностик занжир охирида фойдалани тавсия этилади.

Допплерометрияни ўтказишда систолик ва диастолик қон айланишининг тезлиги, резистентлик ва пульсация индекси каби турли баҳолаш мезонлари амалга оширилади. Мавжуд адабиётларга кўра акушерликда клиник жиҳатдан диастолик қон айланиши тезлигини баҳолаш энг аҳамиятли ҳисобланади. Мавжуд маълумотларга мувофиқ киндик артериясидаги нолга тенг ва реверсли сўнгги-диастолик қон оқими ҳомила-йўлдош қон айланишида критик бузилиш белгиси ҳисобланади ва чуқур кузатув олиб бориш (ҳомиланинг ўпка сурфактант тизими етилиши мақсадида) ёки режалаштирилган туғруқлар (асосланганликнинг II 1B даражаси) зарурлигини аниқловчи белги бўлиб хизмат қилади.

Антенатал кардиотокография (стрессиз тест). Кардиотокография (КТГ) технологияси дастлаб XX асрнинг 50-йилларида ишлаб чиқилган. Ўтган асрнинг 60-йилларида эса ушбу усулга тегишли асосий принциплар шакллантирилган эди. Шундан кейин кўрсатилган принциплар чегараланган миқдорда экспериментал ва эмпирик тадқиқотларга бириктирилганди ва бу унинг келгусида оммалашишига сабаб бўлиб хизмат қилди. Дастлаб клиницистлар КТГдан фойдаланиш қуйдаги иккита муаммони ечиш имконини беришини кутишди: 1) неврологик шикастланишлар ёки ўлим билан бирга кечувчи оғир асфикцияни эрта башоратлаш ва

ташхислаш мақсадида туғруқлар жараёнида скрининг даражасида ҳомила ҳолатини динамик кузатиш ва баҳолаш; 2) ҳомиланинг Метаболик ацидозини эрта аниқлашни амалга ошириш.

Шубҳасиз, кўрсатилган ҳолатни эрта башоратлаш ва ташхислаш интра- ва постнатал йўқотишларни камайтириш имконини берган бўлар эди. Чақалоқ ҳолатини башоратлаш мақсадида КТГдан пренатал, шунингдек, интранатал фойдаланиш акушерлик амалиёти деб тан олинди, шундан кейин интранатал КТГ мониторингни биргаликда тезроқ оммалаштириш керак бўлди. КТГ мониторингни олиб бориш билан бирга деярли барча интранатал йўқотишлар, шунингдек, болалардаги церебрал фалажлик интранатал асфиксия билан боғлиқ бўлади деб қабул қилинди. Бироқ кейинчалик олинган маълумотлар фақат 10% ҳолатда церебрал фалажлик интранатал асфиксия оқибати ҳисобланишини кўрсатди. Қолган ҳолатларда эса церебрал фалажлик ривожланиш нуқсонлари, ҳужайра миграциясининг бузилиши, бачадон ичи инфекцияси, токсинлар таъсири, ҳомиланинг туғруққа қадар ишемик ва асфиксик хуружлари ва шу кабилар натижасида юзага келади. Яна шуни айтиб ўтиш керакки, КТГнинг татбиқ этилиши болалар церебрал фалажлигининг юзага келиши сонига таъсир кўрсатмади.

Бугунги кунда мавжуд маълумотлар ҳомила ҳолатини баҳолашда туғруққа қадар КТГдан фойдаланиш перинатал натижаларга ҳеч қандай кўринишда таъсир кўрсатмаслигини кўрсатади. Бундан ташқари РНИнинг тизимли шарҳи КТГ олиб борилган аёллар гуруҳида перинатал ўлим ҳолати 3 баравар юқорилигини кўрсатди. Шу билан бирга КТГдан фойдаланиш Апгар шкаласи бўйича паст баҳо билан болалар туғилишини умуман камайтирмади, шунингдек, чақалоқларда неврологик, патологик бузилишлар сонини ҳамда уларнинг интенсив терапия бўлимларига госпитализацияси эҳтимолини қисқартирмайди. Айтиш жоизки, бугунги кунда КТГ натижалари интерпретациясини бирмунча яхшилаш имконини берувчи қатор компьютер тизимлари мавжуд. Бироқ уларнинг қўлланилиши муҳим далиллар билан қўллаб-қувватланмайди,

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

шунинг учун уларни яхлит ҳолда кенг кўламли ва биргаликда қўллаш тавсия этилмайди.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, гарчи стрессиз тест ҳомила ҳолатини баҳолашнинг арзон ва оддий усули ҳисобланса-да, бироқ ундан фойдаланиш гипоксия/ацидозни етарлича эрта босқичларда ташхислаш, сурункали гипоксия ҳодисасини аниқлаш имконини бермайди; кичик муддатларда ундан фойдаланиш кам ишончли ҳисобланади ва бу ҲРЧС ривожланишининг кам хавфи бўлган аёллар гуруҳида КТГдан антенатал фойдаланиш умуман асосланмаганлигини кўрсатади.

Ҳомиланинг биофизик профили – ҳомилани ультратовушли текшириш, бунда маълум мезонлар (ҳаракат фаоллиги, нафас олиш ҳаракати, ҳомила тонуси, амниотик суюқлик ҳажми, шунингдек, стрессиз тест) баҳоланади. Кўрсатилганлардан 5 мезондан ҳар бири 0 дан 2 баллгача баҳоланади. Агар стрессиз тест ўтказилмаганда 10 балли ёки 8 балли баҳода кузатувнинг кейинги ҳафтаси давомида перинатал йўқотишлар хавфи 1000 тадан 1 тадан кўп бўлмаган ҳолатни ташкил этади. Ўшанда ҲБП ўтказилганда 0 балл йиғилган бўлса, кузатувнинг кейинги ҳафтаси давомида перинатал ўлим ҳолати шаккланиш хавфи 1000 тага 600 тани ташкил этади. Канада Акушер-Гинекологлари Жамияти (SOGC) хулосасига кўраҳомиланинг биофизик профилини баҳолаш фақат текширилаётган аёллар перинатал касалланиш ва/ёки ўлим ривожланиш хавфи юқори гуруҳда бўлганда, шунингдек, ушбу муолажани амалга ошириш жойида моддий-техник база ва мутахассислар квалификациясини амалга ошириш имконини берганда (асосланганликнинг IA даражаси). Ҳомиланинг биофизик профилини баҳолашда қониқарсиз манзара аниқланган ҳолатларда навбатдаги олиб бориш яхлит ҳолда клиник вазиятга боғлиқ бўлиши керак (асосланганликнинг IIIB даражаси).

Юқорида келтирилганларни хулосалай туриб Германияда амалга оширилган катта бир тадқиқот (1981817 нафар ҳомиладор) маълумотларини тақдим этишни истардик. Ушбу тадқиқотда аниқланишича, Prenzlau ва Issel диаграммаларидан фойдаланилган ҳолда олиб борилган ҲРЧСнинг ультратовушли

ташхисида сезувчанлик, ўзига хослик, ижобий башоратлаш, шунингдек, салбий предикативлик аҳамияти мос ҳолда 90,3; 97,7; 79,3; 95,2% га тенглашди. Тақдим этилган маълумотлар ҳомила ўсишининг бачадон ичи ривожланишининг кечикишини ташхислашда ультратовушли текшириш ушбу патологик ҳолатнинг **20% дан кўпроқ ҳомиладорларда сохта бўлишини кўрсатди**. Ўхшаш натижалар ҳомиланинг умумий ҳолатини баҳолаш учун бачадон ва/ёки киндик томирларида оқим тезлиги нисбатини систолодиастолик баҳолашдан фойдаланиб олиб борилган бошқа бир тадқиқотда ҳам олинган эди. Ўшанда 3 ва ундан каттароқ бачадон ва/ёки киндик томирларида оқим тезлиги нисбатининг систолодиастолик чегара қийматида ушбу усул мос ҳолда 79, 93, 83, 91% га тенг бўлган сезувчанлик, ўзига хослик, ижобийлик, шунингдек, инкор этувчи предикатив аҳамиятга эга бўлган. Юқорида келтирилган маълумотлар систолодиастолик нисбатни аниқлаш билан фотоплацентар қон айланиши допплерометриясидан фойдаланиш ҲРЧС ташхислашсининг ижобий аҳамиятини бирмунча яхшилаш имконини беради. Бошқача айтганда, ташхислашлашнинг ушбу усулидан фойдаланилганда **100 нафар бемордан 17 нафарида ҲРЧС сохта ташхисланади**.

Тақдим этилган маълумотларнинг ташқи таҳлилидан шу нарса аниқ бўладики, бугунги кунда кенг қўлланилаётган ҲРЧСни ташхислаш усуллари мукаммалликдан йироқ. Гравидограммадан фойдаланилганда **25% дан кўпроқ ҳомиладорларда ҲРЧС аниқланмаган**, **ультратовушли текширувдан фойдаланилганда эса 20% дан кўпроқ ҳомиладорларда акушерлик агрессияси зарурлиги асосланади**, бу пайтда **допплерометриядан фойдаланиш ушбу кўрсаткични 17% гача аҳамиятсиз камайтиради**.

ҲРЧСни олиб бориш бўйича чоралар. Бугунги кунга қадар ҲРЧС шаклланиши ва зўрайишининг асосий патогенетик босқичлари етарлича яхши ўрганилганлигига қарамасдан, ҲРЧС учун этиологик омиллар ҳалигача ўрнатилмаганича қолмоқда. Қуйидагилар уларнинг ривожланишида асосий босқичлар бўлиб ҳисобланади: 1) бачадон спирал артерияларининг аномал ривожланиши; 2) бачадон-йўлдош қон айланишининг етишмаслиги; тромб шаклланишининг фаоллашуви; 4) тизимли

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

простациклин ва тромбоксан ўртасидаги мувозанатнинг бузилиши.

Улардан келиб чиқиб ҲРЧСни даволашда турли гуруҳлардаги дори воситасилар тавсия этилган: **антиагрегантлар** (аспирин, дипиридамол ва ҳ.к.), **антиоксидантлар** (аскорбин кислота, ω-3-политўйинмаган ёғ кислотаси, токоферол ацетат ва ҳ.к.), **антикоагулянтлар** (фракцияланган ҳамда фракцияланмаган гепаринлар) ва шу кабилар. Шундай бўлса-да, санаб ўтилган гуруҳ дори воситасиларининг самарадорлиги ҳали охиригача исботланмаганича қолмоқда. Шундай қилиб, бугунги кунда мавжуд ҳомила ўсишини яхшилаш ва ҳомила дистресси ривожланишини бартараф этишга йўналтирилган кўпчилик перинатал аралашувлар перинатал натижаларни яхшилаш имконини бера оладиган даражада самарадорликка эга эмас.

Гестацион ёш учун ҳомиланинг кам тана вазни ривожланиши профилактикасида ётоқ режими. Гестацион ёш учун ҳомиланинг кам вазни ривожланиши профилак-тикасида ётоқ режими самарадорлиги ўрганилган тадқиқотда қуйидаги натижалар олинган: ушбу тадқиқотда иштирок этган 107 нафар аёлдан ётоқ режими бўлган гуруҳдаги аёлларнинг 21,7% ида ҳомила вазнининг меъёрдан оғиши аниқланган, ётоқ режимисиз аёллар гуруҳида эса чақалоқлар кам вазни кўрсаткичлари 20,7% ҳолатда қайд этилган. Бунда ётоқ ёки фаол тартибга амалга қилган аёллар гуруҳида чақалоқларга тегишли бўй ва бошқа натижалар параметрида ҳеч қандай фарқлар аниқланмади (хавф нисбати 0,43, ишончли интервалда 95%: 0,15 дан 1,27 гача).

Аспирин. Ҳозирги вақтда ҲРЧС ривожланишининг олдини олиш мақсадида аспирин тайинланишининг профилактик самарадорлигини баҳоловчи етарлича катта миқдордаги тадқиқотлар мавжуд. Sibai et al. бошчилигида олиб борилган биринчи марта туғаётган аёлларда аспириннинг кам миқдорлари профилактик қабул қилиниши ўрганилган тадқиқотда шу нарса аниқландики, ушбу муолажа аёлларда бу дори воситасини қабул қилмаган аёлларга нисбатан НЖЙБК ривожланиши хавфини аҳамиятли оширган. Шунингдек, бир қанча тадқиқотларда (2-жадвал) профилактика учун аспиринни кам даозаларда қабул

қилиш ҲРЧС ривожланиш хавфини камайтирмаслиги кўрсатилган.

2-жадвал. ҲРЧС профилактикасида аспириннинг кам миқдорларини профилактика учун тайинлашнинг аҳамияти баҳоланган йирик рандомизацияланган назоратли тадқиқотлар

Тадқиқотлар	НЖЙБК шаклланиш сони, %		ҲРЧС шаклланиш сони, %	
	Кам миқдорларда аспирин қабул қилиш	Даволашсиз	Кам миқдорларда аспирин қабул қилиш	Даволашсиз
Итальян тадқиқоти	1,2[i]	1,9[i]	18,3[i]	19,0[i]
Sibai et al.	0,7*	0,1*	4,6[i]	5,8[i]
CLASP	1,8[i]	1,5[i]	7,7[i]	8,3[i]
ECPPA	1,1[i]	1,4[i]	8,5[i]	7,3[i]
Caritas et al.	1[i]	2[i]	10[i]	9[i]
ERASME	1[i]	2[i]	10[i]	9[i]

**статистик ишончли фарқ*
[i]статистик фарқ ишончсиз

Кальций. АҚШ ҳудудида 4589 нафар биринчи марта туғаётган аёллар иштирокида олиб борилган тадқиқотларнинг бирида кўрсатилишича, профилактика учун кальций қабул қилиш уларда ҳомиладорликнинг гипертензив бузилишлари аниқланиш сонини қисқартириш имконини беради, шунингдек, преэклапсиянинг оғир кечишини камайтиради. Шу билан бирга профилактика учун кальций қабул қилиш муддатидан илгари туғруқлар ва ҲРЧС пайдо бўлишига ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Аскорбин кислотаси, токоферол ацетати. Оксидатив стресс йўлдош етишмовчилиги пайдо бўлиши ва зўрайишида маълум бир роль ўйнаши ҳақидаги фактни ҳисобга олган ҳолда йирик тадқиқотлар билан бир қаторда унинг ривожланиши олдини олишда С ва Е витаминларини профилактик тайинлашнинг роли ўрганилган эди. Чилла даври эндометрити (ЧДЭ) ривожланишининг юқори хавфи бўлган 2410 нафар аёлда аскорбин кислотаси ва токоферол ацетатни превентив тайинлаш самарадорлигини баҳолаш доирасида амалга оширилган VIP тадқиқоти шундай мисоллардан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу тадқиқот натижасида ушбу микронутриентларни қабул қилиш ЧДЭ шаклланиш хавфига ҳеч қандай таъсир кўрсатмаслиги баробарида уларнинг истеъмоли гестацион муддат учун кам тана вазнли чақалоқлар туғилиш хавфини аҳамиятли ошириши аниқланди.

Балиқ мойи ва ω-3-политўйинган ёғ кислоталар. Тромбоксан ва простагландин простагландинлар ҳисобланиши, ω-3-политўйинган ёғ кислоталар эса уларнинг ўтмишдошлари эканлиги ҳақидаги фактни эътиборга олган ҳолда балиқ мойи ва ω-политўйинган ёғ кислоталарни қўшимча истеъмол қилиш ушбу простагландинлар нисбатининг меъёрлашиши ва орқали йўлдош етишмовчилигининг пайдо бўлиши ва зўрайишининг олдини олишга таъсир кўрсатиши мумкинлиги ҳақида тахмин қилиш тамомила мантиқли кўринади. Шунга қарамасдан кузатиш, рандомизацияланган, шунингдек, Мета-таҳлиллар натижасида олинган маълумотларда ушбу нутриентларни профилактик қабул қилишнинг преэклапсия шаклланиши, гестацион муддат учун кам тана вазни билан болаларнинг туғилиши эҳтимолини камайтиришда самарадорлиги аниқланмади.

Гепарин ва бошқа тўғри антикоагулянтлар. Кичик тадқиқотларда қўлга киритилган маълумотларга мувофиқ шу нарса аниқ бўладики, гепаринни превентив тайинлаш йўлдош етишмовчилиги ривожланиши ва зўрайиши олдини олиши мумкин. Gris et al. бошчилигида нашр этилган тадқиқотда кўрсатилишича, анамнезида НЖЙБК бўлган аёлларга эноксипаринни профилактик тайинлаш кейинчалик уларда ТКЭ ривожланиш эҳтимолининг аҳамиятли камайишига олиб келади. Шу билан бирга яна шуни ҳисобга олиш керакки,

бугунги кунда мавжуд тадқиқотлар тизимли хатоликнинг юқори хавфи мавжудлигига эга, бу улар томонидан олинган сохта маълумотларни юзага келтириши мумкин. Юқорида кўрсатилган тадқиқотларда олинган маълумотлар мос равишда танқидий талқин қилиниши керак.

Поливитамин қўшимчалар. Қатор эпидемиологик тадқиқотлардан олинган маълумотлар тетрагидробиоптерин (фолий кислотаси) ва НЖЙБК ривожланиши ўртасида ўзаро олоқа борлигини кўрсатади. Бир вақтнинг ўзида популяцион даражадаги маълумотлар поливитамин қўшимчалар ёки фолий кислотаси дори воситасиларини қўшимча истеъмол қилиш ҳомиладорларда НЖЙБК ривожланиши аҳамиятли паст кўрсаткичлари бўйича мос келишини кўрсатади. Фолий кислотасини истеъмол қилиш бир вақтнинг ўзида нерв трубкаси нуқсонлари ривожланиши олдини олиши ҳақидаги фактни ҳисобга олган ҳолда уни узоқ муддат олд-, шунингдек, интраградивидар истеъмол қилиш зарурати аниқ бўлиб қолади.

Яна шуни қайд этиш керакки, бугунги кунда ҲРЧСни даволашда оксигенотерапия, диетотерапия, госпитализация ва ётоқ режими, кальцийли каналлар блокаторлари, гормонал терапия, плазма ҳажмини ошириш, баротерапияни тайинлаш зарурлигини баҳолаш бўйича асослар етарли эмас.

ҲРЧСнинг декомпенсирланган даври ривожланган ҳолатда тезкор туғдириб олиш даволашнинг ягона усули ҳисобланади. Агар ҲРЧС компенсирланган босқичда бўлса, ҳомила ҳолатини вақти-вақти билан баҳолаб туришни амалга ошириш етарли ҳисобланади. Бунда ҳомила ҳаётига хавф солувчи ҳолатни ўз вақтида аниқлаш ушбу тадқиқотнинг асосий мақсади бўлиб ҳисобланади.

Ҳомиладорлик вақтида ҲРЧС бўлган ҳомилани кузатиш. Агар текшириш натижалари ҳомилада порок ривожланишини аниқламаган, унинг киндик артериясидаги қон айланишининг допплерометрик кўрсаткичлари меъёрда бўлса, бундай ҳолатда ҳомиланинг кичик ўлчамига меъёрий вариант сифатида қаралиши керак. Мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, бундай ҳомилаларни амбулатор олиб бориш бехавф. Бошқа томондан, тахминий тана вазнига эга ҳомилали ҳомиладорларни олиб боришнинг турли схемалари таққосланган тадқиқотда

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

меъёрий аҳамиятлар кам, бироқ шу билан бирга бир ҳафтада икки марта олиб бориладиган мониторингда (ҳафтада бир марта олиб бориладиган мониторинг билан қиёсланганда) киндик томирларида меъёрий допплерометрик кўрсаткичларда туғруқлар индукцияси сони юқорилиги қайд этилди, шу билан бирга неонатал касалланишдаги фарқ кузатилмади. Шу сабабли гестацион муддат учун кам вазнга эга, шунингдек, икки ҳафтада бир мартадан кўп бўлмаган киндик қон айланишининг меъёрий кўрсаткичлари бўлган ҳомила ҳолати мониторинги зарурлигини кўрсатувчи тавсиялар мавжуд. Бунда яна шуни қайд этиш керакки, фетометрик кўрсаткичлари меъёрдан ортда қолган ҳомиладорларда антенатал текширувлар сони башоратланган асфиксия ривожланиш хавфига тўлиқ мос келиши зарур. Масалан, ҳомила ҳаракатининг қисқариши қайд этилган беморлар учун бир марталик стандарт кўрикни амалга ошириш етарли ҳисобланади. Агар кўрик давомида ҳомила ҳолати қониқарлилиги аниқланса ва аёлда ҳеч қандай хавф омили хавфи бўлмаса, бундай ҳолатда унга одатдаги антенатал парваришни тавсия этиш мумкин. Агар ҳомила ҳолати қониқарсиз ва/ёки аёлда хавф бўлса, бундай ҳолатда унга ҳафтада бир ёки икки марта кўрикдан ўтишда давом этиш зарур бўлади (II–3B). Бунда шуни қайд этиш лозимки, туғруқнинг оптимал муддатларини аниқлаш мақсадида ҳомила ҳолати ҳатто ҳар куни (ёки ундан ҳам кўпроқ) антенатал кўрикдан ўтишни талаб қилиши мумкин (III–C).

Юқорида келтирилганларга хулоса ўрнида айтиш мумкинки, ҳомиланинг меъёрий кўрсаткичларга мувофиқлигини антенатал баҳолаш мақсадида ҳомиладорларни текшириш алгоритми ўз ичига қуйидаги усулларни қамраб олиши керак: 1) гравидограмма; 2) ультратовушли биометрия, иложи бўлса, ҳомиланинг биофизик профилини баҳолаш; 3) киндик томирлари допплерометрияси (4-расм).

Туғруқ вақтида ҳомила ҳолатини баҳолаш. 2015 йил давомида бўлиб ўтган 2,6 миллион ўлик туғилиш ҳолати, 1300000 ҳолатда ҳомиланинг нобуд бўлиши туғруқлар жараёнида рўй берди. Қуйидагилар туғруқлар жараёнида ҳомила ҳолати мониторингини амалга ошириш имконини берувчи усуллар ҳисобланади: 1) аускультация; 2) КТГ; 3) КТГ

+ ЭКГ; 4) кислотали-асосий мутаносибликни баҳолаш билан ҳомиланинг келувчи қисмидан қон олиш.

4-расм. ҲРЧС ташхисини қўйиш алгоритми.

Аускультация. Ҳомиланинг юрак уриши эшитилиши ҳужжатлаштирилган дастлабки ҳолат XVII асрда қайд этилган ҳамда Phillipe Le Gaust томонидан «ҳомиланинг юрак уриши» дея тавсифланган. Кейинчалик 1818 йилда Francois Mayor ҳомиладор қорнига қўйилган қулоқ орқали ҳомиланинг юрак уришини эшитган. Стетоскоп кашф этилиши билан Evory Kennedy ва бошқалар улар томонидан эшитилган ҳомиланинг юрак уришини тавсифлаб беришган. 1917 йилда David Hills ўша пайтда мавжуд турли типдаги жиҳозларни такомиллаштириб «бош стетоскопи»ни ихтиро этди. Бироқ стетоскоп ҳамиша ҳам ҳомила юрак уриши сонини аниқ баҳолаш, шунингдек, ушбу усул ҳомила юрак фаолиятини узлуксиз равишда баҳолаш имконини

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

беравермасди. Бунга фақат ўтган асрнинг 60-йилларида ҳомилани электрон мониторинглаш усули кашф этилгандан кейин эришилди. Шундан кейин ушбу усул акушерлик амалиётида доимий фойдаланила бошланди. 1980 йилга келиб АҚШ касалхоналарида аёлларнинг тахминан ярми доимий равишда кардиофетал мониторинглаш муолажасидан ўтказилди. 1980 йилдан АҚШ касалхоналарида ҳомилани доимий электрон мониторинглашдан фойдаланиш тўхтовсиз равишда 44,6% дан 1988 йилда 62,2% гача, 1992 йилга бориб 73,7% гача ўсиб борди. Бу пайтда ушбу ёндашув ҳимоячилари доимий кардиофетал мониторингдан доимий фойдаланиш интранатал оғриқлар ва/ёки ҳомиланинг ўлими, шунингдек, церебрал фалажлик пайдо бўлиши сонининг камайишига умид қилишди. Шубҳасиз, бугунги кунда бу ишончлар оқланмади ва ҳомила юрак фаолиятини узлуксиз мониторинг қилишни бугунги кунда 3-жадвалда тақдим этилган аниқ клиник вазиятлардагина амалга ошириш зарурлиги аниқ бўлиб қолди.

Бунда ҳомиланинг электрон мониторинги ёзувлари туғруқнинг фаол даврида ҳар 15 дақиқада ва туғруқнинг иккинчи даврида камида ҳар 5 дақиқада текширилиб турилиши ва ҳужжатлаштирилиши тавсия этилади (асосланганликнинг С даражаси). Бугунги кунда мавжуд кўрсатмаларга мувофиқ ҳомилани электрон кардиомонито-ринглаш билан бир вақтда токометрияни ҳам амалга ошириш зарур. Бачадон қисқариши тавсифсини аниқлаш учун абдоминал пальпациядан, бачадон ичи босимини баҳолаш учун катетер ёки токодинамометрдан фойдаланиш мумкин (асосланганликнинг С даражаси). Айтиш жоизки, бачадон қисқаришлари тавсифси (давомийлиги ва интенсивлиги) ҳам ҳужжатлаштирилиши зарур.

Қайд этиш жоизки, ҳомилани узлуксиз кардиомониторинглаш туғаётган аёлнинг шерик/акушер билан алоқасига таъсир кўрсатиб, ҳаракатлар эркинлиги ва қўзғалувчанлигининг чегараланиши каби қатор камчиликларга эга бўлиши мумкин.

3-жадвал. Узлуксиз фетал кардиомониторинг олиб бориш мезонлари

Ҳомиладор томонидан кўрсатма	Ҳомила томонидан кўрсатма	Интранатал ҳолат
•**анамнезида кесарчаа кесиш;** •**преэклампсия;** •**кўтарилган ҳомиладорлик (>42 ҳафта);** •**ҳомила пуфаги йиртилишининг узоқ кечиши (>24 соат);** •**индуцирланган туғруқлар;** •**қандли диабет;** •**туғруққача қон кетишлар**	•ҲРЧС; •вақтигача кўтара олмаслик; •кам сувлилик; •артериядаги қон оқими тезлигининг допплерометрияда меъёрдан оғиши натижалари; •кўп ҳомилалик; •меконий билан бўялган ҳомила атрофи сувлари; •ҳомиланинг чаноғи билан олдинга келиши	•туғруқ фаолиятининг окситоцин билан стимуляцияси; •эпидурал анастезия; •туғруқ жараёнида қиндан қон кетиши; •онанинг иситмалаши; •ҳомила атрофи суви меконийнинг зич қисмлари билан (янги меконий)

Мавжуд тадқиқотлардан шу аниқ бўладики, ҳомила юрак фаолиятини давомли мониторинглашдан доимий фойдаланиш эрта неонатал босқичда чақалоқларда фалажликлар пайдо бўлиш сонини камайтириш бўйича мос келади, ушбу фарқ ҳаётининг биринчи йилида мустақил бартараф этилса ҳам. Ҳомилани узоқ муддат кардиомониторинглаш туғилгандан кейин бир дақиқа ўтгач, Апгар шкаласи бўйича 7 баллдан камроқ баҳога эга болалар туғилиши эҳтимолига таъсир кўрсатмаслиги, шунингдек, чақалоқни интенсив терапия бўлимига ўтказиш ва перинатал ўлим ҳолатлари пайдо бўлиши эҳтимолини камайтирмаслиги аниқланган. Ҳатто ҳомила қонини тери орқали pH аниқлаш билан ҳомилани узоқ муддат кардиомониторинглаш комбинацияси ҳам тадқиқотчиларга чақалоқларда перинатал ўлим ва церебрал фалажлик кўрсаткичларини камайтиришга эришиш имконини бермади. Шу билан бирга ҳомилани кардиомониторинглашдан доимий фойдаланиш перинатал

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

йўқотишлар ривожланиш хавфи кам бўлган аёлларда ҳам оператив туғруқнинг кесарча кесиш ва бошқа усуллари сони сонининг ошишига ёрдам беради.

Шундай қилиб, бугунги кунда мавжуд маълумотлар перинатал асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлган аёлларда (онанинг ёши 35 ва ундан катта, меконилли сув, гипертензив бузилиш ва/ёки протеинурия, ҳомиланинг нотўғри ҳолати, соматическая патология, киндик ва йўлдош патологияси, оғирлашган акушерлик анамнези, вақтидан илгари туғруқлар ва шу кабилар) ҳомилани доимий кардиомониторинглаш заруратини баҳолаш имконини бермайди. Бир вақтнинг ўзида перинатал асоратлар ривожланиш хавфи кам бўлган аёлларда ҳомила ҳолатини узоқ муддат кардиоманитор кузатишдан фойдаланиш зарурати йўқлиги тўғрисидаги рад этиб бўлмайдиган маълумотлар мавжуд. Шу сабабли тиббий хизматчи туғувчи аёл билан маслаҳатлашдан сўнг ҳомила ҳолатини узоқ муддат кардиоманитор кузатиш ёки ҳомила юрак фаолияти аускультациясини вақти-вақти билан қўллаш бўйича қарор қабул қилиши керак.

Америка Акушер-Гинекологлари Коллежи тавсияларига мувофиқ ҳомила юрак фаолиятининг интранатал аускультацияси қуйидаги сонда кузатилади: 1) кам хавфли ҳомиладорларда – туғруқнинг 1-босқич фаол фазасида ҳар 15–30 дақиқада ва туғруқнинг 2-даврида ҳар 15 дақиқада; 2) юқори хавфли ҳомиладорларда – туғруқнинг 1-босқич фаол фазасида ҳар 5–15 дақиқада ва туғруқнинг 2-даврида ҳар 5 дақиқада (ёки ҳар бир кучанишдан кейин) (4-жадвал).

Ҳомила юрак уришини эшитиш муолажаси қуйидагича бўлади: 1) ҳомила ҳолатини аниқлаш зарур; 2) ҳомила юрак уриши энг яхши эшитиладиган нуқтани топиш зарур; 3) ҳомила юрак уриши билан онанинг пульси мослигини баҳолаш; 4) тўлғоқ борлигини аниқлаш; 5) ўртача ЮҚСни ҳисоблаш учун 60 ва ундан кўпроқ секунд давомида тўлғоқлар аускультациясини амалга ошириш зарур.

Шундай қилиб, **кардиотокография** – ҳомила ЮҚСи ва бачадон тонусини график акс эттириш билан узлуксиз синхрон қайд этиш. Кардиотокограммани баҳолашда қуйидаги мезонлар таҳлил қилинади: 1) бачадон қисқариши; 2) базал

сон; 3) ритм вариабеллиги; 4) акцелерациялар мавжудлиги; 5) децелерациялар мавжудлиги (5-расм).

4-жадвал. Ҳомила юрак фаолиятини эшитиб кўришнинг даврийлиги

	Туғруқнинг фазаси		
	1-даври, латент	**1-даври, фаол**	**2-даври, суриш**
Канада Акушер-Гинекологлари Жамияти	Ҳар соатда*	Ҳар 15–30 дақиқада	Ҳар 15 дақиқада
Америка Акушер-Гинекологлари Коллежи	–	Ҳар 15 дақиқада	Ҳар 5 дақиқада (ёки ҳар қисқаргандан кейин)
Акушерлик ва Неонатология соҳасида Аёллар Соғлиғи, Тиббий Ҳамширалар Ассоциацияси		Ҳар 15 дақиқада	Ҳар 5–15 дақиқада
Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти		Ҳар 15 дақиқада	Ҳар 5 дақиқада

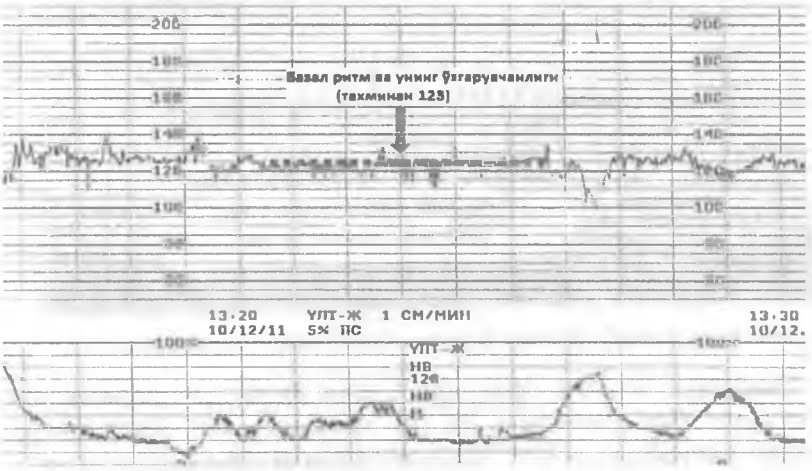
**Эслатма: туғруқнинг яшириш фазасида аёл уйда бўлиши керак, бироқ клиникада бўладиган ҳолатда ҳомиланинг юрак уришини ҳар соатда эшитиб туриш тавсия этилади.*

Бачадон қисқаришлари сони меъёрда 10 дақиқа кузатув жараёнида 5 қисқаришдан ошмайди. **Базал ЮҚС** бу – 5–10 дақиқа интервалда аниқланувчи ўртача ЮҚС (меъёрда бир

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

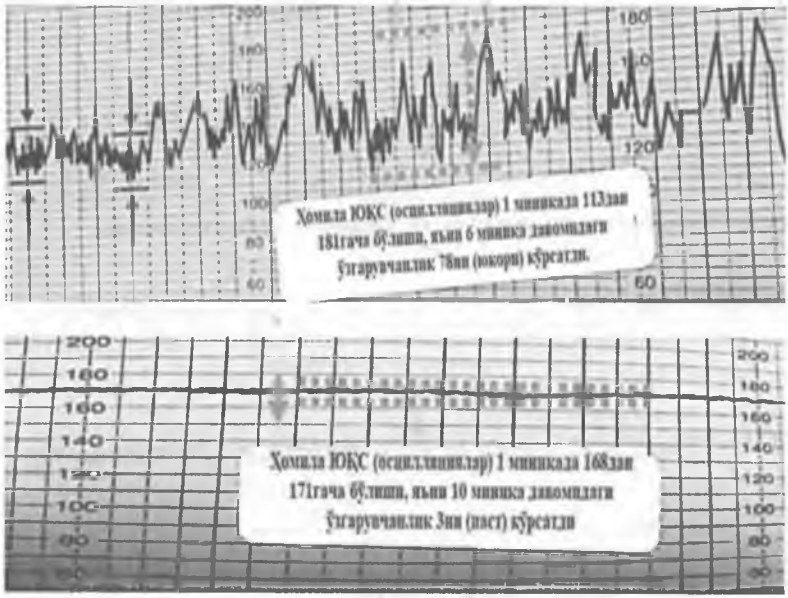
дақиқада 110–160 уриш чегарасида ўзгариб туради, 110 дан камроқ сонда эса – брадикардияни кўриб чиқиш зарур; тахикардия – 160 ва ундан кўпроқ сонда) (6-расм).

5-расм. Баҳоланувчи мезонлар билан кардиотокограмма мисоли.



6-расм. Базал ритмни баҳолаш билан кардиотоко-грамма.

Ҳомила юрак ритми вариабеллиги остида вақтнинг дақиқали қисмида (энг юқори ва паст пик ўртасидаги фарқ) осциляция ўзгаришлари билан аниқланувчи ҳомила ЮҚСининг аҳамиятсиз ўзгариши кўзда тутилади. Агар бир дақиқада 5–25 уриш чегарасида бўлса, ҳомила ЮҚСи вариабеллиги меъёрий ҳисобланади; ҳомила ЮҚСи вариабеллиги камайишини 40 дақиқа давомида кузатилганда осциляция ўзгариши бир дақиқада 3–5 уришдан кўп бўлмаганда кўриб чиқиш зарур; 40 дақиқа ва ундан кўпроқ вақт давомида кузатилганда осциляцияларда бир дақиқада 3 уришдан кўп бўлмаганда вариабеллик йўқлигини эътиборга олиш керак; бир дақиқада 25 уришдан кўпроқ осциляцияларни кўтарилган деб қаралиши лозим (7-расм).



7-расм. Ритм вариабеллигини баҳолаш билан кардио-токограмма.

Меъёрда ҳомила юрак уриши сони базал сон даражасига қараганда бир дақиқада 10–15 уришдан кўп ўзгармайди. Бундай вариабеллик МНТ фаолияти билан боғланади ва бош мия фаоллиги даражасини акс эттиради. Шунинг учун бу

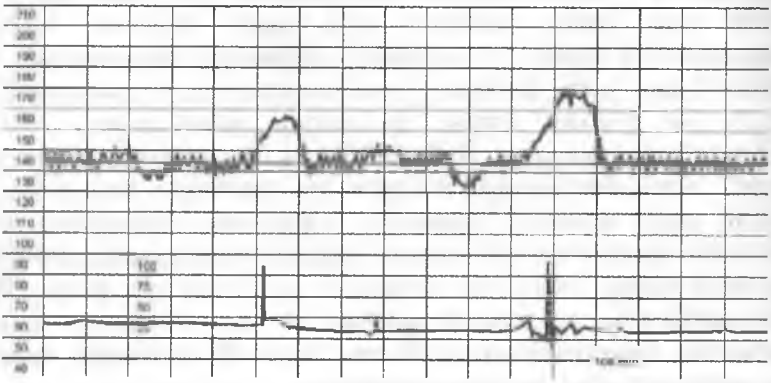
Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кўрсаткич ҳомила умумий ҳолатини баҳолашда муҳим ҳисобланади. Вариабелликнинг йўқлиги ҳомила асфиксияси учун энг кўп ўзига хос белги ҳисобланади, шу билан бирга бу белги паст ўзига хосликка эга, ушбу тадқиқот бўйича аниқланганда фақат 17% ҳолатда асфиксия ривожланган. Шу билан бирга ушбу белгининг ижобий прогностик қиймати 2,6–18,1% ни ташкил этади, бу пайтда унинг инкор этувчи прогностик аҳамияти 98,3–99,5% га тенглашади. Шундай қилиб, вариабелликнинг йўқлиги ёки пастлиги кам эҳтимол билан ушбу ҳолатда асфиксия борлигини билдиради, бир вақтнинг ўзида уларнинг йўқлиги кардиотокограммада 98–99% эҳтимол билан ҳомилада асфиксия йўқлигини кўрсатади. Яна шуни қайд этиш керакки, йўқ ва/ёки паст вариабеллик кечки ёки вариабел децелерациялар билан бирикиб ҳомилада ацидоз ташхисланиши эҳтимолини оширади.

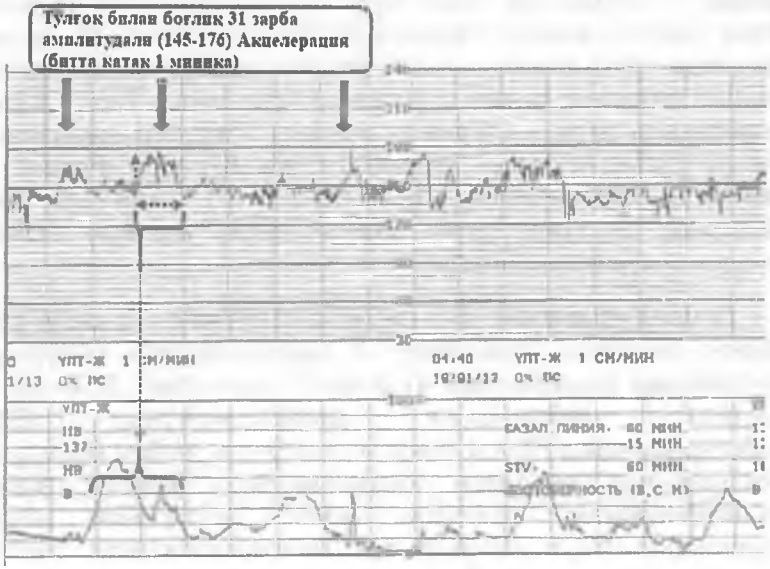
Акцелерациялар бу – ҳомила юрак уриши сонининг камида 15 секунд ва ундан кўпроққа чўзилувчи 15 ва ундан кўпроқ зарба/дақиқага базал кўпайиши (8-расм). 15 дақиқа давомида кузатилганда икки ва ундан кўпроқ акцелерациялар ҳомила гипоксия ҳолати йўқлигини кўрсатувчи белги бўлиб ҳисобланиши мумкин. Бошқа томондан, акцелерацияларнинг йўқлиги қуйидагиларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин: 1) ҳомилада ҳаракатланиш бўлмаганда; 2) ҳомилада уйқу фазасида; 3) дори дори воситасилари таъсири остида; бачадон ичи зарарланганда.

Децелерациялар бу – ҳомила ЮҚСнинг 15 секунддан камроқ муддатга чўзилувчи 15 зарба/дақиқага камайиши. Қуйидагилар фарқланади: 1) эрта; 2) вариабел; 3) кечки; 4) муддати узайтирилган децелерациялар. **Эрта децелерациялар** тўлғоқ бошланиши билан пайдо бўлади ва тўлғоқларнинг инъикоси ҳисобланади (10-расм). **Кечки децелерациялар** тўлғоқлар авжи сўнггидаёки кечроқ бошланади, улар кўпинча тук билан қопланган бўшлиқ ўртасига кислород етиб бориши камайганлигини кўрсатади (11-расм). **Вариабел децелерациялар** – тўлғоқлар билан боғлиқликка эга эмас. **Муддати узайтирилган децелерациялар** – 2 дақиқа ва ундан кўпроққа чўзилувчи

ЮҚСнинг 15 ва ундан кўпроқ зарба/дақиқага камайиши (12-расм).

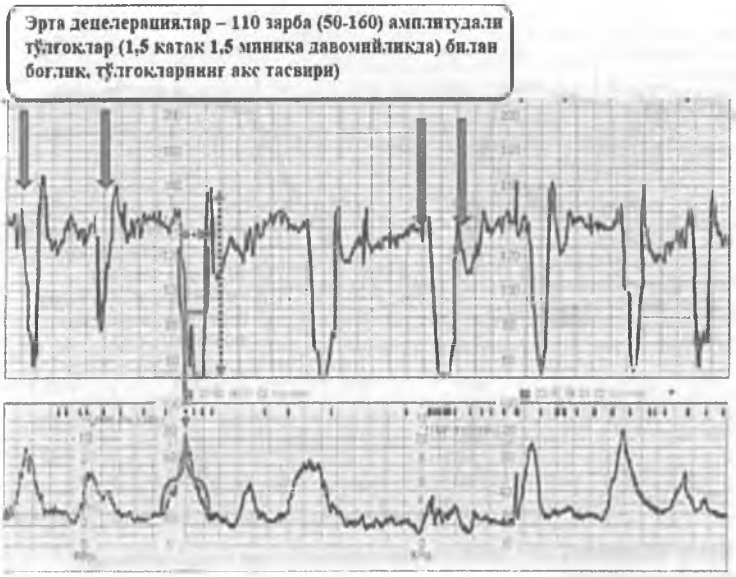


8-расм. Базал ритмни баҳолаш мисоли.

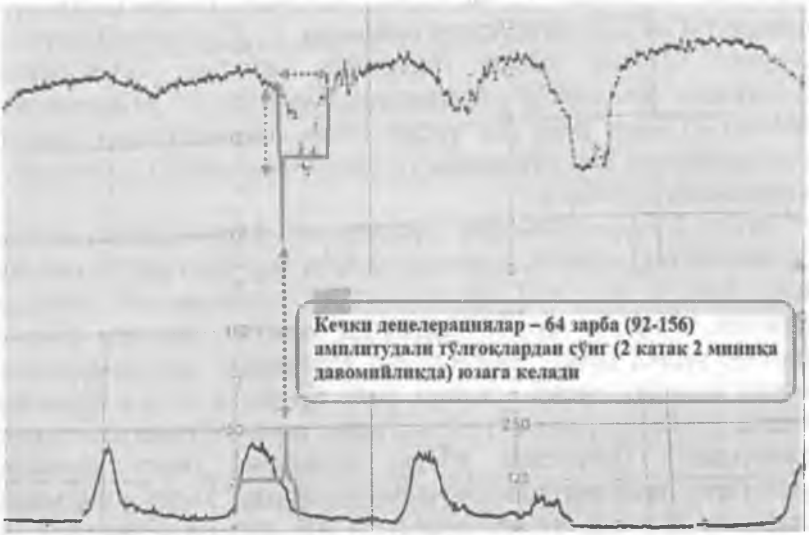


9-расм. Акцелерацияни баҳолаш билан кардиотокограмма.

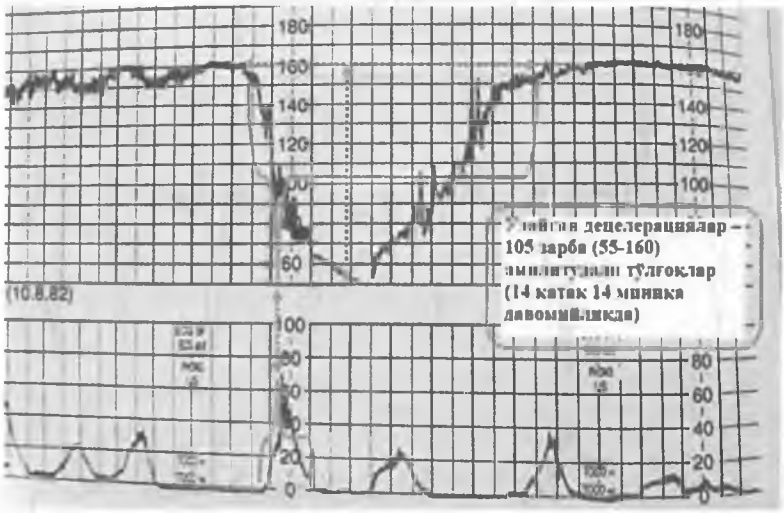
Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



10-расм. Эрта децелерациялар мисоли билан кардиотокограмма.



11-расм. Кечки децелерациялар мисоли билан кардиотокограмма.



12-расм. Муддати узайтирилган децелерациялар мисоли билан кардиотокограмма.

Кардиотокограмма натижаларига боғлиқ ҳолда қуйидагича баҳоланиши мумкин: 1) «меъёрий»: қачонки КТГнинг барча тўрт параметри меъёр чегарасида бўлганда; 2) «Шубҳали/Хавфли»: қачонки КТГнинг битта параметри хавфли категорияда, қолганлари эса меъёр чегарасида бўлганда; 3) «Патологик»: қачонки КТГнинг икки ёки ундан ортиқ параметрлари хавфли категорияда ва бир ёки ундан ортиқ параметрлари – паталогик категорияда бўлганда.

Агар КТГ кўрсаткичлари шубҳали деб баҳоланганда тиббий мутахассислар ҳомила ҳимояси бўйича чоралар қабул қилиши зарур бўлади. Агар КТГ кўрсаткичлари патологик деб топилса, мутахассислардан қатъий суръатда ҳомила ҳимояси бўйича чоралар кўриш ҳамда имкон қадар ҳомиланинг қон намунасини амалга ошириш талаб этилади. Агар бунининг иложи бўлмаса, бундай ҳолатда туғруқни тезлаштириш керак бўлади (30 дақиқа давомида!!!). Патологик КТГда ҳомилани ҳимоя қилишга йўналтирилган чораларга қуйидагилар киради: 1) она ҳолатининг ўзгариши; 2) туғаётган аёл ҳарорати, АБ, пульсини баҳолаш; 3) окситоцинни киритишни тўхтатиш (у қўлланган ҳолатларда); 4)

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

онанинг бурун канюллари орқали бир дақиқада 6 дан 10 л гача тезликда намланган кислороднинг берилиши; 5) қин текширувини амалга ошириш (киндик тушиши, бошнинг тез пасайиши, НЖЙБК ва шу кабиларни истисно этиш керак); 6) кристаллоид эритмаларни вена орқали киритиш (гидратацияни таъминлаш); 7) ҳомилани pH баҳолаш; 8) амниоинфузия; 9) тезкор туғруқ.

Аввалроқ кўрсатиб ўтилганидек, ҳомиланинг кислотали-асосий мувозанат (pH)ини аниқлашда КТГнинг патологик натижаларини интранатал аниқлашда ҳаракатлар алгоритми зарур қадам бўлиши мумкин. Ушбу текшириш натижалари интерпретациясида туғруқнинг биринчи даврида ҳомилада ўртача қоннинг 7,33 pH қиймати билан меъёрда аҳамиятсиз ацидоз кузатилишини билиш керак, pH>7,25 аҳамияти эса меъёр ҳисобланади. pHнинг аниқланган 7,20–7,25 га тенг аҳамияти чегара ҳисобланади ва «меъёрнинг қуйи чегараси»ни акс эттиради. Ўз навбатида pH аҳамияти 7,2 дан кам бўлса, патологиянинг пайдо бўлиши – ацидоз ҳисобланади. Тақдим этилган маълумотлардан кўриниб турганидек, pH аҳамияти кечиктириб бўлмайдиган вазиятни ишончли кўрсатиши мумкин. Агар ҳомила ЮҚСининг қониқарсиз қайдлари бўлса, Апгар шкаласи баҳоларига мувофиқ фақат 50–65% чақалоқ депрессияда туғилади, бунда ҳомила боши терисидан pH қон аҳамияти 7,20 дан кам, ушбу усулнинг сезувчанлиги 80–90% ни ташкил этади. Шу билан бирга қайд этиш керакки, pH қоннинг бир марталик таҳлили ўзида клиник аҳамиятли маълумотни ташимайди, шу сабабли уни аниқлашни динамикада олиб бориш керак. Ҳомиланинг кислота-ишқор мувозанатининг бузилиши сабаблар комплексида церебрал фалажлик ривожланишига олиб келувчи омиллардан бири бўлиб ҳисобланиши қабул қилинган. McLennan концепциясига бўйича гипоксия ривожланиши ва зўрайишининг охир-оқибат церебрал фалажлик ривожланишига олиб келувчи учта асосий даври мавжуд: 1) туғруқлардаги Метаболик ацидемия (pH<7,00 ҳамда ишқорий запас <12 ммоль/л); 2) гестациянинг 34-ҳафтасидан бошланувчи ўрта ва оғир даражадаги эрта неонатал энцефалопатия; 3) спастик квадриплегик типдаги церебрал фалаж.

Бинобарин, ҳомила pH қони аҳамиятида 7,25 дан катта бўлганда бирон-бир ўзига хос ҳаракатларни амалга ошириш

зарурати йўқ, 7,2 дан 7,25 гача бўлган аҳамиятларда (ацидоз олди) 60 дақиқа интервал билан динамик pH-метрияни бажариш тавсия этилади; агар ҳомила pH қони 7,2 дан кам бўлса (ацидоз), шошилинч туғруқни амалга ошириш зарур.

Хулоса ўрнида қуйидагиларни таъкидлашни истардик: 1) перинатал асоратлар/йўқотишлар хавфи кам бўлган барча аёллар фаол туғруқ фазасида маҳаллий баённомаларда ўрнатилганларга мувофиқ вақти-вақти билан аускультация олишлари керак (асосланганликнинг А даражаси); 2) агар эпизодик аускультация ҳомилада аномал/патологик ЮҚСни аниқласа, тегишлича чоралар қўлланганда эса (туғаётган аёл тана ҳолати ўзгарганда) унинг юрак уриши яхшиланмаса, имкон қадар ҳомила ҳолатининг узлуксиз электрон мониторингини амалга ошириш ва ҳомиланинг тескари ётган томони билан унда навбатдаги кислотали-асосий мувозанатни баҳолаш орқали қон олишни бажариш, ва ниҳоят, тезкор туғруқ бўйича саволни зудлик билан кўриб чиқиш (асосланганликнинг А даражаси); 3) фақат перинатал йўқотишлар ва касалланиш хавфи юқори бўлган ҳомиладорларда, шунингдек, индукция ва окситоцин билан туғруқ стимуляцияси бўлган ҳолатларда узлуксиз интранатал электрон фетал мониторингни амалга ошириш тавсия этилади (асосланганликнинг С даражаси).

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd edition / Enkin M.W. // Oxford University Press, 2000.

2. Antithrombotic therapy for improving maternal or infant health outcomes in women considered at risk of placental dysfunction, Dodd J. M., McLeod A., Windrim R. C., Kingdom J. Cochrane Database Syst. Rev, 2013. – Vol. 7. CD006780.

3. Aspirin (100mg) used for prevention of pre-eclampsia in nulliparous women: the Essai Regiona, 2003. – Vol. 110 (5). – P. 475–484.

4. Bakalis S. Prediction of small-for-gestational-age neonates: screening by fetal biometry at 30–34 weeks / Bakalis S., Silva M., Akolekar R., Poon L. C. and Nicolaides K. H. // Ultrasound. Obstet. Gynecol, 2015. – Vol. 45. – P. 551–558.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

5. Belizan. J. Diagnosis of intrauterine growth retardation by a simple clinical method: measurement of uterine height / Belizan. J. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol, 1978. – Vol. 131. – P. 643–646

6. Bernstein I.M. Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction / Bernstein I. M., Horbar J. D., Badger G. J., Ohlsson A., Golan A. // Am. J. Obstet. Gynecol. 2000. – Vol. 182 (1 Pt 1). – P. 198–206.

7. Chang T. C. Prediction of the small for gestational age infant: which ultrasonic measurement is best? / Chang T. C., Robson S. C., Boys R. J., Spencer J. A. // Obstet. Gynecol, 1992. – Vol. 80 (6). – P. 1030–1038.

8. CLASP: a randomised trial of low-dose aspirin for the prevention and treatment of pre-eclampsia among 9364 pregnant women, CLASP (Collaborative Low-dose Aspirin Study in Pregnancy) Collaborative Group, Lancet, 1994. – Vol. 343(8898). – P. 619–629.

9. ECPPA: randomised trial of low dose aspirin for the prevention of maternal and fetal complications in high-risk pregnant women, ECPPA (Estudo Colaborativopara Prevencaoda Pre-eclampsia com Aspirina) Collaborative Group, Br. J. Obstet. Gynaecol, 1996. – Vol. 103(1). – P. 39–47.

10. Enoxaparin for the secondary prevention of placental vascular complications in women with abruptio placentae. The pilot randomed controlled NOH-AP trial, Gris J. C., Chauleur C., Faillie J. L., Baer G., Mares. P, Fabbro-Peray P., Quere I., Lefrant J. Y., Haddad B., Dauzat M., Thromb. Haemost, 2010. – Vol. 104. – P. 771–779.

11. Fetal Health Surveillance In Labour. SOGC Clinical Practice Guidelines NO. 112.2002.

12. Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline O Obstet. Gynecol. Can. – 2007. – Vol. 29 (9). – S. 4.

13. Folic acid and homocysteine metabolic defects and the risk of placental abruption, pre-eclampsia and spontaneous pregnancy loss: a systematic review, Ray J. G. and Laskin C. A., Placenta. – 1999. – Vol. 20 (7). – P. 519–529.

14. Folic acid and multivitamin supplement use and risk of placental abruption: a population-based registry study, Nilsen R. M., Vollset S. E., Rasmussen S. A., Ueland P. M., Daltveit A. K., Am J Epidemiol. – 2008. – Vol. 167 (7). – P. 867–874.

15. Harrington K. A prospective management study of slow-release aspirin in the palliation of uteroplacental insufficiency predicted by uterine artery Doppler at 20 weeks / Harrington K., Kurdi W., Aquilina J., et al // Ultrasound. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 15 (1). – P. 13–18.

16. Hofmeyr G. J. Piracetam for fetal distress in labour (Cochrane Review) / Hofmeyr G. J., Kulier R. // Cochrane Database Syst. Rev. 2006.

17. Intrauterine Growth Restriction, ACOG Practice Bulletin, No 12. January 2000.

18. Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management, SOGC Clinical No 295 Practice Guideline, No 295. August 2013.

19. Low-dose aspirin in prevention and treatment of intrauterine growth retardation and pregnancy-induced hypertension. Italian study of aspirin in pregnancy. Lancet, 1993 – Vol. 341 (8842). – P. 396–400.

20. Low-dose aspirin to prevent preeclampsia in women at high-risk. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units, Caritis S., Sibai B., Hauth J. et al., N. Engl. J. Med. – 1998. – Vol. 338(11). – P. 701–705.

21. Marine oil, and other prostaglandin precursor, supplementation for pregnancy uncomplicated by pre-eclampsia or intrauterine growth restriction, Makrides M., Duley L., Olsen S. F., Cochrane Database Syst. Rev. – 2006. – Vol. (3). CD003402.

22. McIntire D. D. Birth weight in relation to morbidity and mortality among newborn infant / McIntire D. D., Bloom S. L., Casey B. M., Leveno K. J. // N. Engl. J. Med. – 1999. – Vol. 340 (16). – P. 1234–8.

23. Parer J. T. Fetal heart rate monitoring: is it salvageable? / Parer J. T., King T. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol. 182 (4). – P. 982–987.

24. Pearce J. M. A comparison of symphysis-fundal height and ultrasound as screening tests for light-for-gestational age infants / Pearce J. M., Campbell S. // BJOG. – 1987. – Vol. 94. – P. 100–104.

25. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal –Fetal Medicine Units, Sibai B. M., Caritis S. N., Thom E., et al. N Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 329 (17). – P. 1213–1218.

26. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high-risk pregnancies. Fish Oil Trials In Pregnancy (FOTIP) Team, Olsen S. F., Secher N. J., Tabor A., Weber T., Walker J.J., Gluud C., BJOG. – 2000. – Vol. 107(3). – P. 382–395.

27. Reduced folate carrier 80A–4G polymorphism, plasma folate, and risk of placental abruption, Ananth C. V., Peltier M. R., Moore D. F. et al., Hum. Genet. – 2008 – Vol. 124 (2). – P. 137–145.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

28. Results of an ultrasonic screening programme in the detection of intrauterine growth retardation, Sudik R., Z. Geburtshilfe Perinatol. – 1982. – Vol 186 (3). – P. 119–124.

29. Routine care for the healthy pregnant woman. Antenatal care Clinical Guideline # 6. National Institute for Clinical Excellence. October 2003.

30. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. November 2002.

31. The Use of Electronic Fetal Monitoring – The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8. RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001.

32. Trial of calcium to prevent preeclampsia, Levine R. J., Hauth J. C., Curet L. B. et al., N. Engl. J. Med. – 1997. – Vol. 337 (2). – P. 69–76.

33. Vandenbosche R. C. Intrauterine growth retardation / Vandenbosche R. C., Kirchner J. T. // Am. Fam. Physician. – 1998. – Vol. 58 (6). – P. 1384–1390

34. Vitamins in Pre-eclampsia Trial C. Vitamin C and vitamin E in pregnant women at risk for pre-eclampsia (VIP trial): randomised placebo-controlled trial, Poston L., Briley A. L., Seed P. T., Kelly F. J., Shennan A. H., Lancet. – 2006. – Vol. 367 (9517). – P. 1145–1154.

35. What is the effectiveness of antenatal care. WHO Regional Office for Europe – Health EvidenceNetworkreport, 2005.

36. Нажмутдинова Д.К. Перспективы предгравидарного прогнозирования и коррекции плацентарной недостаточности и синдрома ограниченного роста плода / Нажмутдинова Д. К., Сапаров А. Б., Абдураимов Т.Ф., Азизова Н.Н., Рахмонов У.У. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2016. № 1–2 (73–74). С. 93–99.

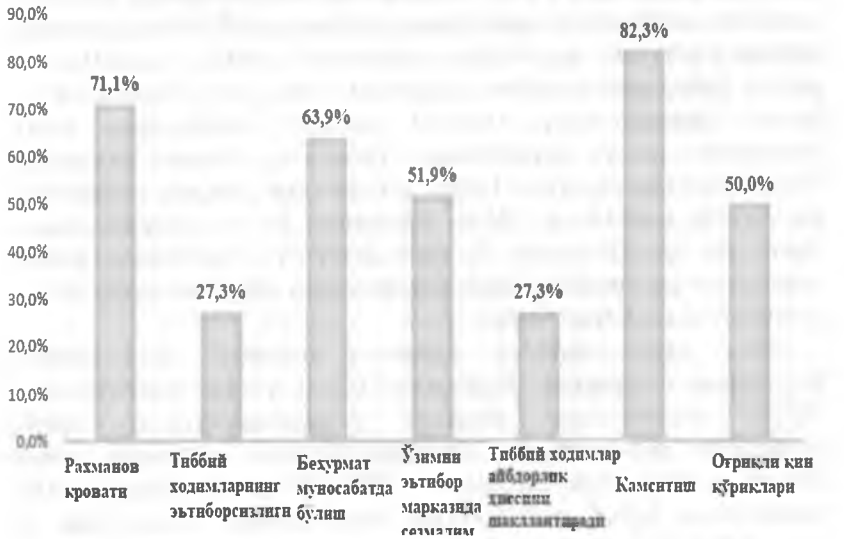
37. Цели развития тысячелетия: доклад за 2015 год // Организация Объединенных Наций, Нью-Йорк, 2015.

БЕХАВФ ТУҒРУҚЛАР. ТУҒРУҚНИНГ БИРИНЧИ. ИККИНЧИ ВА УЧИНЧИ ДАВРИ: ПАРВАРИШЛАШ ВА БАҲОЛАШ АСОСЛАРИ

Шубҳасиз, сўнгги ўн йилликда мавжуд анъанавий акушерлик амалиёти аҳамиятли ўзгаришларга дуч кела бошлади. Ушбу жараён бошланишида қатор йирик рандомизацияланган назоратли тадқиқотлар доимий амалга оширилувчи маҳаллий акушерлик амалиётларининг айримларини бажаришнинг мақсадга мувофиқ эмаслиги ҳамда самарадорлиги йўқлигини аниқлашда катта роль ўйнаган (масалан, қов супачаси ва чот орасини тозалаш, туғруққача ҳуқна қилиш, доимий эпизиотомия ва амниотомия ва шу кабилар). Замонавий акушерлик-гинекологик амалиётнинг фарқи унинг инсонпарварлиги ва аёлга катта эътибор қаратишида. Яна шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, аввалги ўнйиллик давомида оналик ва болалаикни муҳофаза қилувчи мутахассислар ўз амалиётларида кўпроқ муолажа ҳамда ўз остида салмоқли асосланган базага эга амалиётдан фойдалана бошладилар. Оналик ва болалик соҳасидаги вазиятнинг биргаликда яхшиланишининг қайд этилиши қайсидир даражада юқорида айтиб ўтилган жараёнлар билан, шубҳасиз, боғлиқ. Шунга қарамасдан бугунги кунда аёлларнинг етарлича катта қисми ҳали-ҳамон ҳомиладорлик ва туғруқ жараёнида уларга кўрсатилувчи тиббий парваришнинг қониқарсиз сифати билан қолаётганлигини кўрсатувчи қатор маълумотлар мавжуд. Масалан, 1994 йилдан 1997 йилгача Россия Федерациясининг Санкт-Петербург шаҳрида бажарилган тадқиқот доирасида шу нарса аниқландики, ҳомиладор ва туғувчи аёлларнинг анча катта қисми уларга кўрсатилаётган парвариш сифатидан норози. Бунда қуйидагилар норозиликнинг асосий сабаблари бўлиб ҳисобланади (1-расм): 1) доимий ёки оқланмаган баъзи технологиялардан тез-тез фойдаланиш (қин текширувлари, амниотомия, эпизиотомия ва шу кабилар); 2) оналик қадр-қиммати ҳиссига ҳурматнинг етишмаслиги ёки йўқлиги; 3) айрим чекловларнинг асосланмаганлиги (чилла бўлимга ташрифларнинг ҳамда уй кийимларидан фойдаланишнинг

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

тақиқланиши ва ҳ.к.). Бугунги кунда мавжуд адабиётлардаги маълумотлар туғруқ жараёнида ҳанузгача кенг қўлланилиб келинаётган баъзи бир амалиётлар нафақат самарасиз, балки баъзан зарарли ҳам эканлигини тасдиқлаш имконини беради. Бунинг устига акушерлик ва гинекология соҳасида аввалдан фойдаланилиб келинаётган амалиётларнинг катта улуши самарадорлиги ҳали ҳам ўрганилмасдан қолмоқда. Қуйидагилар МДҲ давлатлари учун ўхшаш амалиётларга мисол бўла олади: 1) доимий ва асосланилмаган тез-тез фойдаланилувчи эпизиотомия; 2) туғруқ жараёнида чот орасини уқалаш ва чўзиш; 3) туғруқ жараёнида чот орасига ўсимлик ёғи ва бошқа турли любрикантларни суриш; 4) туғруқлар ва чиллабосқичда дори дори воситасиларининг доимий вена ичи инфузияси ва шу кабилар.



1-расм. Санкт-Петербург шаҳри аёллари орасида туғруқ жараёнидаги негатив ҳислар.*

**(Chalmers B. Санкт-Петербург шаҳридаги аёлларнинг туғруқ тажрибаси. Россия Федерацияси; туғруқдан сўнг она ва боланинг саломатлиги; Муолажалар дастури / Чалмерс Б., Muggah X., Samarskaya M. Ф., Ткаченко Е. // Рождение, 1998. 25 (2). С. 107–116).*

Шубҳасиз, ҳомиладорлик/туғруқлар жараёнида аёл томонидан олинган салбий таассуротлар жуда салбий ассоциацияларни шакллантириш орқали унинг ҳиссий ҳолатини ёмонлаштириши мумкин. 1999 йил Швеция ҳудудида (Waldenstrometal.) бажарилган лонгитудинал когорт тадқиқотда миллий даражада туғруқнинг салбий ўзлаштирилишини таъминловчи хавф омилларини ўрганиш амалга оширилди. Бунда қуйидагилар аниқланди: 1) кутилмаган тиббий вазиятлар билан боғлиқ омиллар (шошилинч кесарча кесиш, туғруқ стимуляцияси, чақалоқни интенсив терапия палатисига кўчириш ва шу кабилар); 2) аёлнинг ижтимоий ҳаёти билан боғлиқ омиллар (масалан, исталмаган ҳомиладорлик, ҳамкорнинг қўллаб-қувватламаслиги ва шу кабилар); 3) туғруқ жараёнидаги салбий кечинмалар билан боғлиқ омиллар (масалан, оғриқ ва/ёки ожизлик ҳисси ва ҳ.к.); 4) тиббий персоналга боғлиқ омилллар (масалан, антенатал ташрифлар давомида тиббий персоналнинг ҳомиладор/туғаётган аёлга етарлича эътибор қаратмаслиги ва/ёки ўзаро муносабати, ноадекват оғриқсизлантириш ва ҳ.к.). Бунда тадқиқотчилар шундай хулосага келишдики, аёллар томонидан туғруқ жараёнининг ўзлаштирилишини яхшилашга йўналтирилган усуллар, туғруқ жараёнида туғруққа тайёргарлик ва ундаги анастезия, бутун кўриниши билан, самарадорлиги жуда кам ҳисобланади; бу пайтда туғруқ жараёнида қўллаб-қувватлаш ва туғаётган аёл билан ўзаро яхши алоқага кўпинча етарлича баҳо берилмаган.

Яна шунга эътибор қаратиш керакки, 1986 йилдаёқ Форталеза шаҳридаги (Бразилия) бўлиб ўтган конференцияда ЖССТ экспертлари амалий фойдаланилганда мавжуд акушерлик амалиётлари самарадорлигини ошириши мумкин бўлган қатор принципларни таърифлаб беришди. Ушбу принциплар бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: 1) ҳар бир аёл тегишлича перинатал парваришланишда дахлсизлик ҳуқуқига эга; 2) ҳар бир аёл ўзига кўрсатиладиган ўзига кўрсатиладиган парваришни режалаштириш, татбиқ этиш ва баҳолашда жараёнида бош ролга эга бўлиши керак; 3) турли ижтимоий, психологик ва ҳиссий омиллар тегишлича перинатал парваришни татбиқ этиш жараёнида ҳал қилувчи роль ўйнаши керак. Албатта, санаб ўтилган принциплар бугунги кунда

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

дунёнинг барча бурчакларида ҳомиладорлар, туғувчи ва туғаётган аёлларга кўрсатилаётган тиббий ёрдам асосини ташкил этади ва шу орқали бехавф туғруқлар реализациясини таъминлайди. ЖССТга мувофиқ қачонки туғруқлар тоза ҳисобланса ва барча зарур билим ва малакали мутахассислар томонидан олиб борилса туғруқлар бехавф ҳисобланади. Бунда шуни таъкидлаш жоизки, стационар шароитида амалга ошириладиган туғруқларнинг барчасини ҳам бехавф деб бўлмайди, шунингдек, стационардан ташқарида амалга ошириладиган туғруқларнинг барчаси ҳам бехавф ҳисобланмайди. Масалан, баъзи бир вазиятларда уйдаги туғруқлар анъанавий туғруқлар учун бутунлай бехавф ва самарали муқобил бўла олиши мумкин. Айтиш жоизки, уйдаги туғруқлар қачонки ҳомиладорлик ва туғруқлар малакали хизматчи томонидан олиб борилган вазиятларда, шунингдек, шошилинч тиббий ёрдам кўрсатишни осон амалга ошириш мумкин бўлгандагина бехавф ҳисобланиши мумкин. Шундай қилиб, бугунги кунда улар дунёнинг кўплаб мамлакатларида бутунлай хавсиз деб топилган ҳамда қўллаб-қувватланмоқда (Нидерландия Қироллигида 20% гача туғруқлар – уйда). Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб шуни эслатиб ўтиш зарурки, сўнгги йиллар давомида ҳамма жойда мустақил туғруқ марказлари, туғруқ клиникалари ва хоналари оммалашиб бормоқда (2-расм). Уй шароитига максимал даражада яқинлаштирилганлиги, бир вақтнинг ўзида бехавф парваришлаш элементларини ҳомиладорга кўрсатиш имконининг мавжудлиги уларнинг фарқловчи хусусияти ҳисобланади. Туғувчи аёл хоҳишини инобатга олган ҳолда унга хусусий (приват) ўриннинг тақдим этилиши кўрсатилган барча марказлар учун тавсифли ҳисобланади.

2-расм. Мияги префектурасидаги хусусий туғруқ уйининг кўриниши.

Япония, 2015 йил.*

Эслатма: туғувчи аёл оиласи туғруқ пайтида ва чиллабиринчи сутка давомида хусусий туғруқхонага бутунлай кўчиб келишади. Қоидага кўра физиологик туғруқларни қабул қилиш учун жиҳозланган ва ускуналанган бундай туғруқ уйлари ўзларида 4–5 хонадан иборат хусусий уйларни ифодалайди. Ароатлар ривожланган ҳолатларда аёл қисқа вақт оралиғида (8–10 дақиқа) ихтисослаштирилган марказга транспортировка қилинади. Бундай уйларда туғруқлар сертифика-цияланган акушер аёллар томонидан қабул қилинади.

Олдин айтиб ўтилганидек, фақат тоза туғруқларгина бехавф ҳисобланиши мумкин. Тозалик принципларига амал қилиниб малакали тиббий персонал томонидан олиб борилган туғруқларгина тоза туғруқлар ҳисобланади. Улар қуйидагилар: 1) тоза қўллар; 2) тоза юза қисм; 3) киндикнинг тоза кесилиши; 4) тозалик шароитида кўрсатиладиган парвариш. Кўрсатилган принципларнинг амалиётда бажарилиши қуйидаги кўринишга эга: 1) қин текширувлари сонини камайтириш (бунда улар доим аёл розилиги билан амалга оширилади); 2) тегишлича санитар шароитларни яратиш ва қўллаб-қувватлаш (масалан, сув

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кетиб қолган ва/ёки жинсий аъзолардан қон кетиши бўлган аёлларга доимо ва етарли миқдорда таглик тақдим этиш); 3) кўрпа-тўшак жилдининг ифлосланиши тиббий ходим томонидан тамомила табиий ҳолдек қабул қилиниши ва бунда аёллар ўзларини айбдор ҳис қилмаслиги керак; 4) туғруққача, туғруқ жараёнида ва ундан кейин улар фойдаланишни истаган уй кийимлари (халатлар ва гигиеник жиҳозлар)ни олиб келишларида аёлларга далда бериш керак; 5) тиббий ходимлар туғувчи/туққан аёллар туғруқ пайтида ва ундан кейин умумий фойдаланиладиган жойларга боришига тўғри келмаслиги борасида қайғуришлари (улар, имкон қадар, бегона қарашлардан ҳимояланган бўлиши) керак. Инфекциялар тарқалишининг олдини олиш бўйича амалиётдан фойдаланиш ҳам тоза туғруқларни таъминлашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Масалан: 1) тиббий хизматчидан туғруқ давомида имкон қадар бир марталик материаллардан фойдаланиш тавсия этилади, қайта ишлатиладиган жиҳозлар/сарфланадиган материаллардан фойдаланилса, бундай ҳолларда уларнинг сифатли деконтаминациясини таъминлаш зарур; 2) ҳеч қандай истисносиз қин текширишларини бажарган, туғруққа ёрдамни такил этишда иштирок этган, чақалоқ билан контактда бўлган, шунингдек, йўлдош билан ишлаган барча тиббий хизматчиларга кўрик қўлқопларини кийиш тавсия этилади; 3) оналик ва болаликни муҳофаза қилиш соҳасида фаолият юритаётган барча тиббий хизматчилар ўз амалий фаолиятларида индивидуал ҳимоя воситалари (ниқоблар, бош кийимлари, пойабзал, кўзойнак, фартук ва шу кабилар)дан кенг фойдаланиш тавсия этилади; 4) тиббий хизматчилар ўз фаолиятлари давомида қўл ювиш амалиётидан кенг фойдаланишлари зарур; 5) умумий гигиена қоидаларидан кенг фойдаланишлари керак (туғувчи аёллар оралиқни тоза сақлаш, зарурат бўлганда эса уни совун ва сув билан ювиш); 6) шунингдек, улар чақалоқ билан ўзаро таъсирга киришувчи барча юза сатҳларини тоза сақлаши; 7) тиббий хизматчи чақалоқ киндигини кесишда ёки боғлашда стерилланган ва юқори дезинфекцияланган жиҳозлардан,

боғлов ва тикиш материалларидан фойдаланиши тавсия этилади.

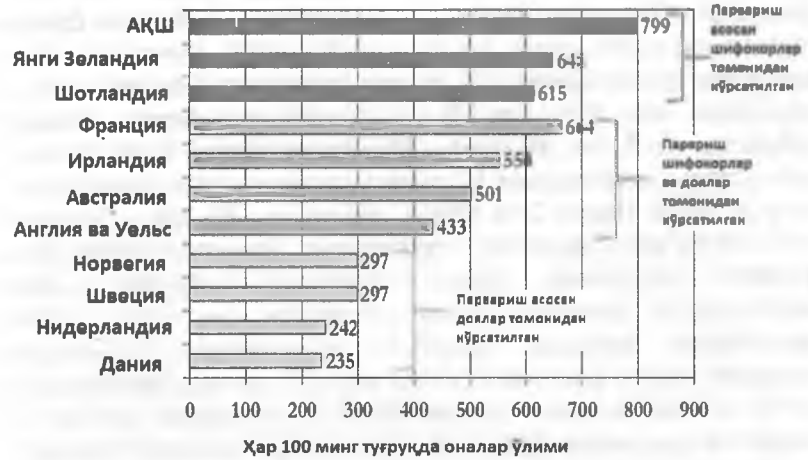
Она ва болага кўрсатиладиган парваришнинг она, чақалоқ ва уларнинг оила аъзолари талабларига тамомила мос келиши тиббий хизматнинг катта аҳамиятга эга томони бўлиб ҳисобланади. Таъкидлаш керакки, туғадиган аёлга тиббий ёрдам бир бутун ёндашува мувофиқ кўрсатилиши керак. Бунда барча шуни билиши лозимки, ҳомиладорлик ва туғруқлар табиий жараён ҳисобланади ва унинг меъёрда кечиши учун хабардорлик, манфаатдорликка асосланиши, шунингдек, барча оила аъзолари ва жамоат иштирокида перинатал ёрдам кўрсатиш етарли ҳисобланади. Бунда шуни айтиш жоизки, клиник қарорлар қабул қилиш жараёнида аёлларнинг ўзлари бош ролни ўйнашлари зарур. Бир вақтнинг ўзида тиббий хизматчига аёлни оналикка мотивациялашга йўналтириш ҳамда ота-оналик масъулиятини тарғиб қилиш сиёсатини амалга ошириш тавсия этилади.

Аввал айтиб ўтилганидек, туғруқлар кўпинча меъёрий деб баҳоланиши мумкин (85% атрофида), фақат 15% ҳолатда улар ихтисослаштирил ёрдам кўрсатишни талаб этади. Шунинг учун сўнгги ўн йил давомида туғруқ жараёнида аёлларга ёрдам кўрсатишда ҳал қилувчи роль ўйновчи шахс сифатида акушерларга янада кўпроқ ваколатлар берилмоқда. Айни пайтга келиб эса бутун дунёда акушерлар ҳомиладорлар ва туғувчи аёлларга биринчи бўлиб ёрдам кўрсатувчи мутахассислар сифатида тан олинган. Бунда акушерларни профессионал тайёрлаш бўйича савол муҳим аҳамият касб этади, чунки квалификацияли акушерлар асоратлар ривожланиши белгисини ўз вақтида эрта пайқаши ва зарур ҳажмда ёрдам кўрсатиши мумкин. Шу нуқтаи назардан 3-расмда тақдим этилган маълумотлар жуда қизиқарли кўринади. Уларга мувофиқ оналар ўлими кўрсаткичлари туғруқлардаги акушерлар роли билан ўзаро тескари пропорционал алоқага эга. Бошқача айтганда, туғруқларни олиб боришда акушерлар роли ўсиши билан оналар ўлими кўрсаткичлари камайиб боради.

Шунингдек, мавжуд илмий маълумотлар туғруқлар шифокорлар томонидан олиб борилганда туғруқлар индукция ва стимуляцияси сони камида икки баробар ошади, бундан ташқари

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

эпизотомияларни амалга ошириш сони 15 марта катталашади; амниотомия ва эпидурал анестезияларни бажариш эҳтимоли 13 мартага ўсади; камида 2 баробар акушерлик қисқичларини қўйиш эҳтимоли ортади; вакуум-экстракциядан фойдаланиш 8,5 баробар ошади. Туғруқларнинг шифокорлар томонидан олиб борилишида кесарча кесишни бажариш сони 19% ҳолат чегарасида ўзгариб туради, бу пайтда акушерлар томонидан олиб борилган туғруқларда кесарча кесиш фақат 3,7% туғаётган аёлларда бажарилган.



3-расм. Акушерлар ролига боғлиқ ҳолда оналар ўлими кўрсаткичи (1919 – 1920).

Юқорида тақдим этилганларга хулоса сифатида айтиш мумкинки, тегишлича тайёргарлик (биринчи навбатда акушерлар) ҳамда тоза ва бехавф туғруқ амалиётидан фойдаланиш, шунингдек, ортиқча ва асосланмаган қин текширишлари, эпизотомия ва бошқа акушерлик аралашувларини минималлаштириш ҳомиладорлар ва туғувчи аёлларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам самарадорлигини уларнинг натижаларини яхшилаш орқали аҳамиятли даражада ошириш имконини беради.

Шубҳасиз, яқинда туғадиган аёлга ғамхўрлик кўрсатишда тиббий хизматчи айни пайтда туғиши керак бўлган аёлдаги туғруқ босқичлари ҳақида тасаввурга эга бўлиши керак. Чунки туғруқнинг турли босқичларида аёллар парваришнинг турли кўринишларига эҳтиёж сезади. ЖССТ томонидан тақдим этилган тавсияларга мувофиқ бачадон бўйнининг тўлиқ очилишига (10 см) ва силлиқлашиши/тезлашишига ёрдам берувчи мунтазам туғруқ фаолиятининг пайдо бўлиши билан бошланувчи вақт оралиғи **туғруқнинг биринчи даври** деб қабул қилинган. Туғруқнинг биринчи даври ўз навбатида латент ва фаол фазаларга бўлинади. Қуйидагилар **туғруқнинг латент фазаси** ташхисини қўйиш учун мезон ҳисобланади: мунтазам туғруқ фаолияти (кузатишнинг 10 дақиқа давомида давомийлиги 20 секунддан кам бўлмаган 2 та тўлғоқ), шунингдек, бачадон бўйнининг 1–3 см очилиши. Мунтазам туғруқ фаолиятининг мавжудлиги, кузатишнинг 10 дақиқа давомида 20 ва ундан кўпроқ секунд давом этувчи 2 та тўлғоқ, шунингдек, бачадон бўйнининг 4–10 см га тенг очилиши – **туғруқнинг биринчи даври фаол фазаси** ташхисини қўйиш имконини берувчи шароит ҳисобланади. Бачадон бўйни очилмаган ёки унинг очилиш динамикаси мавжуд бўлмаган вазиятларда, шунингдек, мунтазам туғруқ фаолияти бўлмаганда (10 дақиқа давомида 2 та тўлғоқ ва/ёки уларнинг давомийлиги 20 секунддан кам вақтни ташкил этади) **сохта туғруқ ташхисини** қўйиш зарур бўлади.

Туғруқнинг иккинчи даври бачадон бўйни тўлиқ очилган (10 см) пайтдан бошланади ва ҳомила туғилгунга қадар давом этади. Туғруқнинг иккинчи даврини ҳам пассив фаза – бачадон бўйнининг тўлиқ очилишидан то чаноқ тубига ҳомиланинг олдинда келувчи қисми тўлиқ тушгунга қадар (3-яссилик); шунингдек, пассив фаза якунланиши ва чақалоқ туғилгунга қадар давом этувчи фаол (кучаниш) фазаларга бўлинади. Чақалоқ туғилгандан то йўлдош туғилгунга қадар давом этувчи оралиқ вақт **туғруқнинг учинчи даври** деб қабул қилинган. Баъзи маълумотларда йўлдош туғилган вақтдан бошланувчи ва кейинги 2 соат давомидаги вақтни **туғруқнинг тўртинчи даври** деб фарқлаш қабул қилинганлиги кўрсатилган. Туғруқнинг тўртинчи даврини ажратиш зарурати шундаки, кўрсатилган вақт

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кесими давомида критик асоратлар пайдо бўлиш эҳтимоли жуда катта.

Шуни айтишни истардикки, бугунги кунда мавжуд маълумотлар туғувчи аёлни туғруқнинг биринчи даври фаол фазасидагина госпитализация қилиш зарурлигини кўрсатади. Ушбу тавсиянинг асосий мақсади акушерлик агрессиясини камайтириш ҳисобланади. Баъзи маълумотларга кўра туғувчи аёлни, умуман олганда, бачадон бўйни 8 см очилгандан кейин госпитализация қилиш тавсия этилади. Ўзбекистон Республикаси Миллий стандарти маълумотларига кўра аёлнинг ўзида госпитализация қилишга хоҳиш бўлса, у қаттиқ ҳаяжонланган, хавотирланганда, уйқунинг бузилишида, тайёрланмаган туғруқ йўлларида ҳомилани узоқ кўтариш (41 ҳафта ва ундан кўпроқ), қин ажралмалари (қоғанок суви, қон) бўлгандаги ҳолатларни истисно этган ҳолда туғувчи аёлларни латент фазада госпитализация қилиш тавсия этилмайди.

4-расм. Сендай шаҳридаги «Тохоку косай» клиникасидаги туғруқ хоналарига кириш қисмининг кўриниши. Япония, 2015 йил.

Туғруқнинг биринчи даври давомидаги аёлларга ғамхўрлик кўрсатиш қуйидагиларни ўз ичига олади: 1) холислик, махфийлик ва партнёрнинг қўллаб-қувватлашини таъминлаш; 2) туғаётган аёллар бир-бири билан зарарланишининг чорраҳа профилактикаси; 3) аёл туғруқнинг барча жараёнларида битта

бинода бўлиши (туғруқ олди палаталари бўлмаганда); 4) туғруқ зал/хоналарини тоза ҳолда тутиш (стерил шароитда бўлиши унчалик шарт эмас); 5) туғруқ хона/залларини максимал даражада уй шароитига яқинлаштирилишини таъминлаш. Юқорида санаб ўтилганлардан кўриниб турибдики, туғувчи аёлга туғруқнинг биринчи даврида тегишлича тиббий ёрдам кўрсатишда туғруқ хонаси/залининг бўлиши ҳам алоҳида аҳамият касб этади. Бунда туғруқ хонаси/зали қуйидагилар бўлиши керак: 1) яхши ёритилиши, бу барча туғруқда иштирок этувчиларга чақалоқ ва туғадиган/туққан аёл учун тегишлича кузатув ва парваришни амалга ошириш имконини беради; 2) оила эҳтиёжларига юқори даражада мосланган ҳамда барча туғруқлар давомида ҳамроҳ иштирокини таъминлаш имконини берувчи тегишлича жиҳозланганлик; 3) макисмал даражада уй шароитига яқинлаштирилган ҳамда қулайликни ҳис этишни таъминловчи (пардалар, плакатлар ёки деворларнинг безатилиши, мусиқа, пластик гуллар ва шу кабилар) шароит; тегишлича тиббий жиҳозлар ва сарф этиладиган материаллар билан таъминланганлик, уларнинг мавжудлиги зарурат бўлганда тиббий ходимга туғадиган/туққан аёлга шошилинч ёрдам кўрсатиш имконини беради. Бундай туғруқ хоналарига мисол 5–9-расмларда келтирилган. Яна шуни қайд этиш керакки, туғруқ залларида иссиқ шароитни (25–29°C) ҳамда елвизакнинг йўқлигини таъминлаш зарур, бу чақалоқ учун иссиқликнинг йўқотилишини минималлаштириш ва шу билан мувофиқ ҳолдаги иссиқлик занжирини амалга оширишга ўз таъсир кўрсатади. Юқорида айтиб ўтилганидек, туғруқ хоналарида стерилликка жуда аҳамият бериш шарт эмас, тозаликнинг таъминланиши етарли бўлиб, бунга ҳар бир туғруқдан кейин каравот, пол ва барча юзаларни совунли ёки бошқа мос келувчи ювувчи эритмадан фойдаланиб ювиш орқали эришилади.

Шуни эътиборга олиш керакки, чақалоқлар реанимациясига зарур нарсаларни башоратлашда 50% туғруқлар имконсиз деб тасаввур этилади, бола туғилиш вақтида туғруқ хонасида базавий реанимацион жиҳозлар бўлиши зарур. Шунингдек, туғруқ залидан қуйидагилар бўлиши тавсия этилади: Амбу қопчаси, аспиратор, бир марта ишлатиладиган катетер ёки резинка груша, киндикни кесиш/боғлаш учун жиҳозлар тўплами,

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

чақалоқларни қуритиш учун иссиқ сочиқ/таглик, иссиқ шапкача, пайпоқчалар ва чақалоқ учун кўрпача, дори дори воситасиларининг базавий тўплами (реанимация ва шошилинч терапия учун К витамини, кўз учун мазь). Шу билан бирга туғруқ хонасида иситиладиган тоза стол ёки иситгич ҳам бўлиши керак. Чақалоқар учун икки хил ўлчамдаги – бири кам вазнли чақалоқлар учун, бошқаси эса меъёрий вазнли чақалоқларга мўлжалланган юз ниқобларининг бўлиши реанимацион чораларни олиб боришнинг мажбурий шартларидан бири ҳисобланади. Секунд кўрсаткичли (секундни кўрсатувчи) соатлар ҳам туғруқ хонасининг муҳим атрибутларидан бири бўлиб, бу чақалоқнинг туғилган вақтини аниқлаш, шунингдек, чақалоқ реанимацияси ёки бошқа акушерлик ҳаракатларининг бошланиш вақтини назорат қилишда зарур. Бундан ташқари туғруқ хонасида чақалоқ гипотермияси ҳамда туққан аёл гипертермиясини ўз вақтида аниқлашда керак бўладиган электрон термометр ёки 35°С дан пастида бўлинишлари бўлган симобли термометр ҳам сақлаш тавсия этилади. Албатта, юқорида келтирилган рўйхатни мукаммал деб бўлмайди. Бир вақтнинг ўзида туғруқ чоғида санаб ўтилганларнинг барчаси туғруқ залида бўлиши мумкин, шу сабабли тиббий ходимга зарурат бўлган ҳолатларда зудлик билан туғруқ хонасига етказиш учун уларни олишга қулай ва яқин жойда сақлаш қатъий тавсия этилади.

5-расм. Седай шаҳридаги Тохоку косай клиникасидаги туғруқ учун хоналарнинг кўриниши. Япония, 2015 йил.

Эслатма: туғруқ хонаси туғувчи аёл ва ҳомила ҳолати мониторингини олиб бориш, шунингдек, шошилинч ёрдам кўрсатиш имконини берувчи зарурий жиҳозлар билан таъминланган. Шу билан бирга ушбу хоналар анъанавий япон услубида жиҳозланган.

6-расм. Мияги перфектурасида болалар касалхонасидаги туғруқ хонасининг кўриниши. Япония, 2015.

Эслатма: туғруқ хонаси туғувчи аёл ва ҳомила ҳолати мониторингини олиб бориш, шунингдек, шошилинч ёрдам кўрсатиш имконини берувчи зарурий жиҳозлар билан таъминланган. Шу билан бирга ушбу хона замонавий услубда жиҳозланган.

Бошқа бир омил – ғамхўрлик кўрсатувчи шахснинг борлиги ҳам (улар акушерлар, бошқа ҳамроҳлар бўлиши мумкин) туғруқнинг қулайлиги ва муваффақиятини таъминлайди. Бунда шуни аниқ тушуниш зарурки, зийрак ва синчков парвариш, шунингдек, туғувчи аёл ва унинг оила аъзоларида ижобий ҳиссиётларни шакллантириш имконияти туғруқларнинг муваффақиятли якунланишига юқори даражада таъсир

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кўрсатади. Шу билан бирга туғаётган аёлни ҳеч қачон ёлғиз қолдирмаслик кераклигини ҳам ёдда тутиш керак. Идеал вазиятда битта туғаётган аёлга битта акушерка хизмат кўрсатади. Бунда унинг роли нафақат муҳим парамаметр ва симптомларни қайд этиш, балки жисмоний ҳамда ҳиссий қўллаб-қувватлашни ҳам ўз ичига қамраб олади. Албатта, туғувчи томонидан туғиш жараёнида тўпланган тажриба парваришнинг муваффақиятини таъминловчи жуда муҳим компонент ҳисобланади. Ва у юқори даражада туғаётган аёл ва хизмат кўрсатаётган тиббий ходим ўртасидаги шахсий ўзаро алоқага боғлиқ. Парваришлашнинг ушбу компоненти аҳамияти умумқабул қилинган бўлиб, уларда туғруқ чоғида ҳеч бўлмаганда битта тиббий ходим иштироки зарурлиги таъкидланган ва бу дунёнинг кўплаб ривожланган мамлакатлари (масалан, АҚШ, Буюк Британия ва ҳоказо) ўқув қўлланмалари ва кўрсатмаларида ўз аксини топган.

7-расм. Мияги перфектурасида болалар касалхона-сидаги туғруқ хонасининг кўриниши. Япония, 2015.

Эслатма: туғруқ хонаси туғувчи аёл ва ҳомила ҳолати моноторингини олиб бориш, шунингдек, шошилинч ёрдам кўрсатиш имконини берувчи зарурий жиҳозлар билан таъминланган. Шу билан бирга ушбу хона замонавий услубда жиҳозланган.

Мавжуд тавсияларга мувофиқ туғруқ чоғида туғаётган аёлга ғамхўрлик кўрсатиш ҳамда қўллаб-қувватлашни амалга ошириш учун акушерлар билан бир қаторда бошқа шахслар (ҳамроҳлар ва шу кабилар)нинг ҳам иштирок этиши зарур бўлади. Бугунги кунда мавжуд тадқиқотлар шуни кўрсатадики, туғруқлар чоғида акушерлардан ташқари қўллаб-қувватловчи ҳамда ғамхўрлик кўрсатувчи шахсларнинг ҳам иштирок этиши туғруқлар ривожланиши самарадорлигини ошириш, уларнинг натижаларини яхшилаш, чиллабосқичда она адаптацияси, она ва бола ўртасида ўзаро ижобий муносабатларни ўрнатиш, кўкракда озиқлантириш муваффақияти ва реализациясини таъминлаш, ва ниҳоят, эр-хотинларнинг ота-оналикка адаптацияси натижаларига яққол ижобий таъсир кўрсатади. Яна шу нарса белгиландики, туғруқлар чоғида акушерлардан ташқари қўллаб-қувватловчи ҳамда ғамхўрлик кўрсатувчи шахсларнинг ҳам иштирок этиши туғруқлар давомийлигини аҳамиятли даражада камайтириш, кесарча кесиш амалиёти сонини қисқартириш, оғриқ қолдирувчи дори воситасилар ҳамда кўмакка бўлган эҳтиёжни озайтириш, шунингдек, янги туғилган чақалоқларга шошилинч ёрдам кўрсатишни талаб этувчи вазиятларнинг пайдо бўлиш эҳтимолини минималлаштириш имконини беради (1-жадвал). Ва юқорида айтилганлар натижасида акушерлардан ташқари бошқа шахслар томонидан қўллаб-қувватланган, ғамхўрлик кўрсатилган аёлларда Apgar шкаласи бўйича жуда юқори баҳоланган болалар туғилган.

Юқорида айтилганлардан келиб чиқиб бугунги кунда аллақачон кўплаб тиббий уюшмалар партнёрлар иштироки билан туғруқларни амалга оширишни тарғиб қилмоқда, бу, шубҳасиз, она ва бола соғлиғини яхшилашга ўз таъсирини кўрсатади. Шу сабабли туғруқ жараёнида партнёрнинг иштирок этишига нафақат рухсат этилади, балки фаол тарғиб ҳам қилинади.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1-жадвал. Ботсванада амалга оширилган рандомизация-ланган назоратли тадқиқотлардан бирида олинган натижалар*

Туғруқларнинг натижалари	Гуруҳ		Аҳамият даражаси, P
	тажриба (партнёр иштирокида), N=53	назорат (фақат акушерлар), N=56	
Ташқи таъсирларсиз қин орқали туғруқ	91	71	
Вакуум-экстракция ёрдами билан туғруқ	4	16	0,03
Кесарча кесиш ёрдами билан туғруқ	6	13	0,03
Анальгезияга эҳтиёж	53	73	0,03
Амниотомия	30	54	0,01
Туғруқларнинг окситоцин билан стимуляцияси	13	30	0,03

**Эслатма: тадқиқотда туғруқ жараёнида партнёрлар иштирокининг натижаларга таъсири ўрганилган.*

Кўпинча туғруқлар чоғида энг муносиб партнёр бўлиб туғаётган аёлнинг турмуш ўртоғи чиқиши мумкин; бошқа вазиятларда кўрсатиладиган қўллаб-қувватлаш бошқа аёл томонидан (масалан, туғаётган аёлнинг онаси ёки қайнонаси, унинг опа-синглиси ёки дугонаси, баъзан эса туғруқхона томонидан тавсия этилган, бироқ туғаётган аёл туғруққа қадар таниш бўлмаган қўллаб-қувватловчи (ҳамроҳ) кўрсатилиши мумкин. Лекин шуни унутмаслик керакки, ҳамроҳни танлаш имкони биринчи навбатда туғаётган аёлга берилиши керак, чунки бугунги кунда туғруқ жараёнида аёлга ўзи учун ҳамроҳларни танлаш имконини кенгайтириш ҳозирда амалиётдаги кўплаб доимий қўлланишларга қараганда туғруқ натижаларига катта ижобий таъсир кўрсатади. Барча юқорида айтиб ўтилганлар она ва бола соғлиғини яхшилашга

йўналтирилган акушерлик парваришининг муҳим элементи ҳисобланган ҳамроҳли туғруқлари зарурати ҳақидаги ЖССТ тавсияларини асослайди (8-расм).

8-расм. Партнёр туғруқ чоғида.

«Чақалоқнинг туғилиши аёл ва унинг атрофидаги у билан ушбу тажрибани ўлишган одамлар ҳаётида чуқур қониқиш пайдо қилувчи ноёб ҳодиса ҳисобланади».

Шундай қилиб, тиббий хизматчи ҳамиша туғиши керак бўлган аёлни госпитализаци қилишдан олдин партнёр учун у билан ёнма-ён жойлашган ўрин ҳақида ҳам ўйлаб кўриши керак. Шунингдек, тиббий ходимга ҳамроҳларни ўқитишда устозлик ролини намоён этиш ва уларга барча туғруқлар давомида аёлни адекват қўллаб-қувватлаш ҳаракатларини кенгайтириш ҳам тавсия этилади (масалан, аёлнинг елкасини силаш, унинг пешанасини нам матода артиш, юришига ёрдамлашиш ва шу кабилар). ҳамроҳга туғруқ чоғида

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

қуйидагилар зарурлиги уқтирилади: 1) доимо туғаётган аёл ёнида бўлиши; 2) уни ҳамиша тетиклаштириш, унга тўғри нафас олишида ҳамда дармонсизланганда ёрдам бериши; 3) унинг елкасини уқалаши, зарурат бўлганда нам сочиқ билан унинг юзини артиши, шунингдек, эҳтиёж бўлган ҳолатларда унга бошқа кўринишдаги қўллаб-қувватлашларни кўрсатиши; 4) туғаётган аёлга эркин ҳаракатланиши учун қулай гавда ҳолатини эгаллашида ёрдамлашиши; 5) аёлга овқатланиш ва шарбат ичишни таклиф этиши; 6) зарурат бўлганда унга ҳожатга чиқиш ва шу кабиларда кўмаклашиши. Қайд этиш керакки, тиббий ходим партнёрни туғаётган аёл олдига қўйишидан олдин улар билан қуйидаги хавотирли симптомлар ҳақида қисқача суҳбатлашиш тавсия этилади: 1) кучаниш тавсифидаги тўлғоқлар; 2) жинсий аъзолардан қонли ажралмалар келиши; 3) тўсатдан бўладиган интенсив ва чидаб бўлмас оғриқлар; 4) ҳушдан кетиш ва тиришиш ҳолати; 5) зудлик билан акушер чақирилиши талаб этиладиган бошқа муаммолар ва хавотирлар. Булар билан бир вақтнинг ўзида тиббий ходим туғаётган аёл партнёрларига қуйидагиларни қилиш мумкин эмаслигини ҳам тушунтириши лозим: 1) туғаётган аёлга кучанишни таклиф этиш; 2) тиббий хизматчилар томонидан тавсия этилганлардан ташқари бирон-бир бошқа маслаҳатлар бериш; 3) туғаётган аёл ҳаракатларини чегаралаш ва шу кабилар.

Туғруқ чоғида партнёр иштироки билан бир қаторда туғаётган аёл ва/ёки унинг ёнидаги шахс билан мулоқот қилиш малакаси ҳҳам туғруқ муваффақиятини таъминлашда муҳим аҳамият касб этади. «Самарали перинатал парвариш» қўлланмасида келтирилган тавсияларга мувофиқ туғаётган аёл ва унинг ёнидаги шахс билан мулоқотда ижобий натижага эришиш учун қуйидагиларга эътибор бериш зарур: 1) суҳбатни хотиржамлик билан, тинч йўсинда олиб бориш ва шу билан бирга конфеденциалликка риоя қилиш; 2) суҳбат жараёнида суҳбатдошининг маданий ва/ёки диний, шунингдек, бошқа қарашларига ҳурмат билан муносабатда бўлиш; 3) уларни диққат ва эътибор билан тинглаш орқали аёл ва унинг оила аъзоларини суҳбатни очиқ олиб боришга ишонтириш; 4) туғаётган аёлнинг уятчанлик ҳиссиётларини тушуниш ҳамда

ҳурмат билан муносабатда бўлиш (масалан, кўрик олиб борилаётган чоғда эшикни ёки каравот атрофидаги пардани ёпиш); 5) аёлга уни эшитишларини ва тушунишларини англатиш; 6) вербал (оғзаки) мулоқот билан бир қаторда новербал нутқ компонентларидан ҳам фойдаланиш (маъқулловчи ишоралар, бош қимирлатиш ёки жилмайиш каби ижобий мимик реакциялар); 7) хотиржам ва ишонтирувчи йўсинда аёлнинг барча саволларига батафсил ҳамда муфассал жавоб бериш; 8) ёрдам ёки парвариш элементларини кўрсатиш жараёнида бажариладиган барча қадамларни батафсил шарҳлаш ва тушунтириш.

Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандарти тавсияларига мувофиқ туғувчи аёлларга туғруқнинг биринчи даврида қуйидагилар тавсия этилади: 1) тиббий ҳужжатларни ўрганиш; 2) шикоятларни аниқлаш ва анамнезни йиғиш; 3) дастлабки тезкор баҳолашни амалга ошириш (артериал босим, пульс, тана ҳарорати, нафас олиш сони, эс-ҳуш даражасини баҳолаш); 4) ташқи акушерлик кўригини амалга ошириш (Леопольд усуллари, бачадон туби баландлиги ҳолатини баҳолаш ва унинг меъёрга мувофиқлигини аниқлаш, ҳомила юрак уришини эшитиб кўриш ҳамда санаш, туғруқ фаолияти тавсифини аниқлаш, қин ажралмалари тавсифини қайд этиш); 5) ички акушерлик кўригини амалга ошириш (бачадон бўйни ҳолати ва унинг очилиш даражасини баҳолаш, ҳомила пуфаги (қоғаноқ)ни аниқлаш, ҳомиланинг олдинда келувчи қисмини тасвирлаш ва аниқлаш); 6) клиник-лаборатор текширувни амалга ошириш (қон гуруҳи ва резус, мансублик, қоннинг клиник таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, жинсий йўллардан олинган ажралмалар таҳлили).

Шунингдек, Миллий стандартда тиббий хизматчиларга туғаётган аёл қовни доимий қиришни амалга ошириш тавсия этилмайди. Илгарилари туғруқ олдидан қовни қириш онада ҳам, болада ҳам инфекцион асоратлар пайдо бўлиш хавфининг олдини олади деб ҳисобланган. Бундан ташқари қовни қириш чот орасига чоклар қўйишни анча бехавф қилади ва енгиллаштиради деб ҳам ҳисобланган. Кейинчалик кўрсатилган тахминларнинг ишончлилиги рандомирланган

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

тадқиқотлар билан бир қаторда ўрганилган. Натижада шу нарса аниқ бўлдики, туғаётган аёлларда қовни доимий қириш уларда чиллаинфекцион асоратлар пайдо бўлиш хавфини ҳеч қандай камайтирмайди. Шу билан бирга кўрсатилган тадқиқот натижаларида яна шу нарса аниқландики, аёлларда туғру олдидан қовни қириш терининг бактериал колонизацияларига яққол таъсир кўрсатади ва бу ўз-ўзидан чақалоқнинг улар билан алоқаси хавфини оширади. Санаб ўтилганлар билан бир қаторда қовни доимий қириш тери шикастланиши хавфининг ошиши билан ҳам боғлиқлиги аниқланди, бу эса ўз навбатида В, С, Д гепатитлари, шунингдек, ОИВ билан зарарланиш хавфи ошишига ўз таъсирини кўрсатади. Бундан ташқари қов ва оралиқтукли қопламалари доимий қирилган аёлларда туклар ўсаётганда кўрсатилган соҳаларда ноқулайлик ҳис этилган. Кўпинча туғруқ олдидан қовни қириш муолажаларида аёллар ўзларида сиқилиш ва уялиш ҳиссини туйишган, шу сабабли ўтган асрнинг 80-йиллари бошларида ривожланган мамлакатларда ушбу муолажани доимий қўллашдан воз кечилган, гарчи ушбу амалиёт айрим мамлакатларда ҳанузгача қўлланилаётган бўлса ҳам.

Қайд этиш керакки, Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандартида ҳам тозаловчи ҳуқналарни доимий қўллашдан сақланиш тавсия этилган. Ҳуқна – қовни қириш билан бир қаторда кўпчилик мамлакатлар тарихида қолган муолажалардан бири ҳисобланади. Илгарилари ҳуқна ҳомиланинг предлежаший қисми тушишига таъсир кўрсатади ва шу орқали бачадон қисқаришини рағбатлантириб, туғруқлар давомийлигини камайтиради деб ҳисобланган. Шунингдек, ҳуқна фекал ифлосланишларга таъсир кўрсатади ва шу орқали она ва бола зарарланиши хавфини камайтиради деб ҳам ҳисобланган. Қатор рандомизацияланган назоратли тадқиқотлар натижасида улар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик аниқланмади, яъни ҳуқна туғруқлар давомийлиги оралиқжароҳатларининг зарарланиши даражаси ёки

асоратлар ривожланиши мумкинлиги билан боғлиқ. Булар бир қаторда туғруққа тайёргарлик даври сифатида тозаловчи ҳуқнани бошдан кечирган аёлларнинг ярмидан кўпроғи ҳуқнага нисбатан салбий муносабат билдирган, яъни улар уялиш, ноқулайлик ва ушбу муолажани истамаслик кабиларни ҳис этишган. Шу билан бирга ҳуқна қилинмаган кўпчилик аёллар мамнун бўлишган ва енгилликни ҳис этишган.

9-расм. Тиббий хизматчи бошчиигида ҳамда ҳамроҳ қўллаб-қувватлаши билан туғруқдаги вертикал ҳолат.

Миллий стандартда, шунингдек, туғувчи аёллар туғруқнинг биринчи даврида мунтазам овқат истеъмол қилишлари ва суюқлик истеъмолидан ўзини тутиб турмасликлари ҳам тавсия этилган. Бир мунча вақт илгари дунёнинг кўплаб мамлакатларида ошқозон таркиби аспирацияси хавфи туфайли туғруқ давомида овқат ва сув истеъмол қилиш тақиқланган эди. Бугунги кунга келиб туғруқ давомида овқат ва/ёки суюқлик истеъмолини тақиқлаш мендельсон синдроми ривожланишидан огоҳлантирувчи кафолат бўлиб чиқиши мумкинлиги ҳозирда мавжуд қатор

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

тадқиқотларда ўз исботини топган. Шундай қилиб, мавжуд ошқозон таркиби кислоталилигини камайтиришнинг замонавий фармакологик усулларидан ҳеч бири, шунингдек, туғруқлар давомида овқат истеъмолини чегаралаш 100% ҳимоя таъсирига эга эмас. Булар бир пайтда шуни эсда тутиш керакки, туғруқлар катта энергия сарфлари билан боғлиқ, чунки туғруқлар давомийлигини олдиндан айтишнинг иложи йўқ (Миллий стандартга мувофиқ биринчи марта туғаётганларда 18 соатгача ва қайта туғаётганларда 15 соатгача), бундай ҳолатда туғаётган аёл сарф қилаётган энергия доимий равишда тўлдирилиб турилиши керак. Мажбурий очлик туғруқ фаолиятининг секинлашиши, бачадон бўйни дистоцияси ривожланиши ҳамда охир-оқибат кесарча кесишни амалга ошириш билан якунланиши мумкин бўлган қатор аралашувларга олиб келиши эҳтимоли мавжуд. Сийдиги таркибидан кетонли таначалар юқори бўлган туғувчи аёллар иштирок этган тадқиқотлардан бирида аниқланишича, аёл учун туғруқ чоғида энг ёмон ҳиссиёт очлик ҳисобланади. Очликнинг салбий нейропсихик самаралари ҳамда туғруқ давомида суюқлик истеъмолининг чегараланиши билан бир қаторда сувсизланиш ва ацидоз кузатилиши мумкин. Кўпгина ҳолатларда туғруқ чоғида аёлларнинг ўзлари суюқлик ва енгил ҳазм бўлувчи (печенье ёки шоколад) нарсалар ейишдан чегаралаш орқали ҳаддан ортиқ овқат истеъмолидан ўзларини тиядилар. Юқорида айтилганларни эътиборга олиб, тиббий мутахассисга туғувчи аёллар ўз вақтида овқат ва суюқлик истеъмол қилишларини тарғиб этиш тавсия этилади. Бунда шунга эътибор қаратиш керакки, озиқавий қимматга эга ичимликлар туғруқнинг кечки босқичларида ҳатто фойдали ҳамдир.

Туғруқнинг биринчи ва иккинчи даврлари давомида туғувчи аёл ҳолати бўйича савол алоҳида кўриб чиқишни талаб этади. Гарчи жорий тавсияларда туғруқлар давомида аёл ҳолатни эркин танлаши зарурлигини кўрсатилган бўлсада, туғруқ давомида анъанавий литотомик ҳолатдан фойдаланиш ҳамон кўп учрамоқда. Бугунги кунда мавжуд маълумотлар шуни кўрсатадики, чалқанча ётиш ҳолати туғруқлар ривожланишига ҳам, ҳомила ҳолатига ҳам салбий

таъсир кўрсатиши мумкин, чунки кўрсатилган ҳолатда аёлда бачадоннинг қон билан таъминланиши бузилади, шу сабабли тўғоқлар бирмунча кам самарали бўлиши кутилади. Аёлнинг литотомик ҳолати салбий оқибатларини бартараф этишга йўналтирилган эҳтимолий вариантлардан бири бўлиб туғувчи аёл тана ҳолатини тез-тез ўзгартириш ҳисобланади. Қайд этиш керакки, бугунги кунда мавжуд тадқиқотлар шуни кўрсатадики, туғруқ давомида вертикал ҳолатда бўлган (ўтирган, турган ҳолатда ёки туғруқ давомида юриб турган (9, 10-расмлар)) аёлларда туғруқлар давомийлиги аҳамиятли камаяди. Ҳозирга келиб давомида вертикал ҳолатда бўлган аёлларда оғриқ қолдирувчи дори воситасиларга бўлган эҳтиёж жуда тез қисқармоқда,

10-расм. Туғруқ чоғида вертикал ҳолат кўринишлари, ҳамроҳ кўмагини амалга ошириш.

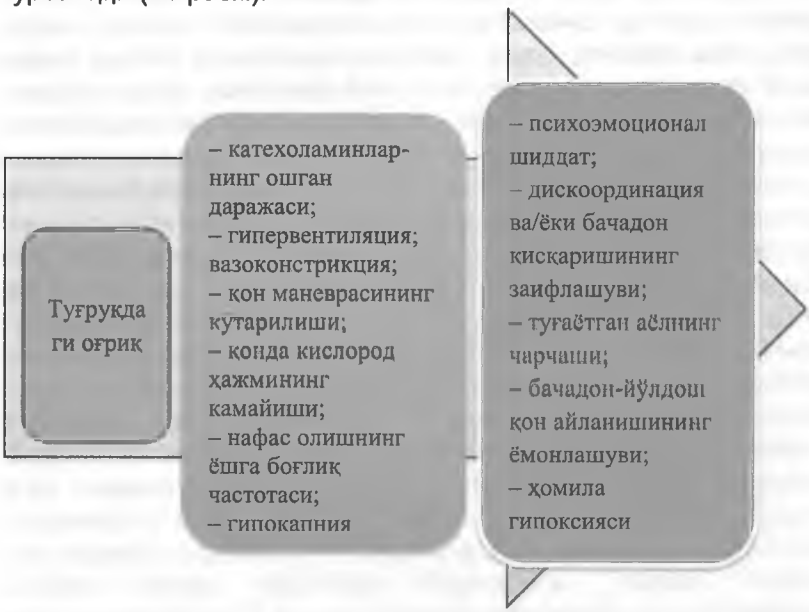
шунингдек, ушбу категория аёлларида эпидурал анастезияни бажариш зарурати ҳам аҳамиятли даражада камаймоқда ҳамда уларда камдан-кам вазиятларда окситоцин билан туғруқ стимуляциясига талаб этилмоқда. Сўнгги тадқиқотлардан

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

бирида очиқ кўрсатилишича, туғруқ давомида вертикал ҳолатда бўлган аёлларда жуда кам ҳолларда ҳомила юрак ритми патологияси ва чақалоқнинг Апгар шкаласи бўйича паст баҳоси учрайди. Юқорида ганлар асосида айтиш мумкинки, агар туғруқнинг биринчи даври давомида аёл чалқанча ётишни маъқул кўрса, бундай ҳолатда тиббий ходим чап ёнбош билан ётишни қатъий тавсия этиши керак бўлади, бу, шубҳасиз, пастки жинсий веналар синдроми ривожланишининг олдини олади. Қайд этиш керакки, барча туғруқлар давомида аёллар эркин ҳаракатлана олиши ва ўзи учун қулай ҳолат (тик туриш, ўтириш, эмакламоқ ёки чўккаламоқ ва шу кабилар). Аёлнинг инстинктив ҳаракати туғруқ давомида ўзи учун энг қулай ҳолатни топишга ёрдам беради, бу, шак-шубҳасиз, унда қулайлик ва бехавфлик ҳисси пайдо бўлишига таъсир кўрсатади. Кўрсатилганларнинг барчаси биргаликда туғруқ фаолиятининг самарадорлигини оширади ва оғриқ ҳиссини камайтиради. Иссиқ душ ёки иссиқ ванна қилиш туғаётган аёл учун вақт ўтказиш вариантларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ушбу амалиёт 2000 йиллар давомида, айниқса, Буюк Британияда кенг қўлланилди. Ушбу муолажа туғруқлар давомийлигини камайтириб, унинг кечиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатиши, шунингдек, яққол анальгезик таъсирга эгалиги аниқланди. Шу билан бирга ушбу муолажадан кенг фойдаланиш ҳомиланинг зарарланиш хавфини оширишини кўрсатувчи маълумотлар ҳам мавжуд. Туғруқлар давомида аёл ҳолати бўйича саволларни хулосалай туриб, тиббий хизматчиларга қуйидагилар тавсия этилади: 1) туғруқлар вақтида туғаётган аёл ихтиёри билан ҳар қандай ҳолатни рағбатлантириш; 2) туғаётган аёлни чалқанча ётган ҳолатда эмас, балки ёнбошлаб ётиш, чўккалаб ўтириш, тизза-тирсак ҳолати, ярим ўтирган ҳолат ва ниҳоят ўтирган ҳолатда бўлишга ундаш.

Туғруқларни рационал олиб бориш муаммосининг ниҳоятда муҳим томони бўлиб анальгезия зарурати муаммоси ҳисобланади. Шундай қилиб, туғруқлар оғриқсизлантирилиши керакми ёки физиологик ёндашув йўлини тутиш зарурми? Агар оғриқсизлантириш керак бўлса, қачон ва қай пайтда? Ушбу саволга Фелнберг Шимолий-Ғарбий университети (АҚШ) анестезиология бўлими раҳбари доктор C.A.Wong хулосасидан

қисман жавоб олиш мумкин. Унинг тасдиқлашича, туғруқдаги оғриқлар аёллар ўз ҳаётлари давомида бошдан кечирадиган жуда кучли оғриқлар ҳисобланади. Албатта, оғриқлар нафақат негатив нейропсихик таъсир билан бирга кечади, балки патофизиологик механизмлар билан бир қаторда охир-оқибат туғруқ натижаларига ҳам ҳаддан ташқари салбий таъсир кўрсатади (11-расм).



11-расм. Туғаётган аёлда оғриқнинг патофизиологик таъсири.

Бугунги кунда мавжуд маълумотлар кўрсатишича туғруқларда анальгезия услубини танлаш максимал даражада индивидуаллаштирилиши керак. Хўш, қандай оғриқсизлантириш услублари самарали бўлиши мумкин? Бугунги кунда туғруқларни оғриқсизлантиришнинг нофармакологик (релаксация техникаси, уқалаш, контрабосим, иссиқ душ ёки ванна, совуқ ёки иссиқ компресс, гипноз, овозли терапия ва шу кабилар (12–13-расмлар)) ҳамдафармакологик (минтақавий ўтказгич анальгезияси, опиатлар ва бошқалар) услублари мавжуд. Туғруқларни оғриқсизлантиришда, биринчи навбатда

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

оғриқсизланти-ришнинг муқобил нофармакологик усулларига эътибор қаратиш зарурлиги қабул қилинган. Уларга туғруқда аёлнинг қисқа муддатли самарага эга бўлган фаол ҳолати ва эркин (имкон қадар вертикал) ҳолатини киритса бўлади. Шунингдек, турли релаксация техникалари, визуал тасаввурлар, уқалаш ва контрабосимдан муваффақиятли фойдаланиш туғруқлар давомида аёлларни оғриқ ҳиссидан чалғитиши мумкин. Бунда шуни қайд этиш керакки, туғаётган аёлларни ҳиссий қўллаб-қувватлаш ва рағбатлантириш ҳам самарали оғриқсизлантириш кафолати ҳисобланади. Албатта, юқорида санаб ўтилган техникалар оғриқсизлантириш самарадорлиги эпидурал анастезия ёки бошқа фармакологик усуллардан фойдаланиб қолдириш билан таққосланганда ўхшашликка эга эмас.

12-расм. Релаксация техникаси (тегмоқ ва уқалаш).

Бироқ уларни тўғри қўллаш туғруқдаги оғриқларни енгиллаштириш имконини беради, бунда улар фармакологик инвазив усуллар учун хос бўлган ножўя таъсирга эга эмас ҳамда асоратлар ривожланишига олиб келмайди. Бу, шубҳасиз, уқалаш, релаксация техникаси ва бошқа нофармакологик усуллар қуйидаги имкониятларни беришини кўрсатувчи мавжуд

тадқиқотлар натижалари билан тасдиқланади: 1) анальгетикларга бўлган эҳтиёжни 32% га камайтиради (хавфларнинг 0,68 муносабати ишончли интервалда 0,58–0,79); 2) қин оператив аралашувлари бажарилишини 27% га қисқартиради (хавфларнинг 0,73 муносабати ишончли интервалда 0,62–0,88); 3) чилладаврнинг 6-ҳафтасигача чилладепрессиялар ривожланиш хавфини 88% га пасайтиради (хавфларнинг 0,12 муносабати ишончли интервалда 0,04–0,33).

Амалиётда туғаётган аёлда яққол оғриқли тўлғоқлардан шикоят пайдо бўлганда тиббий ходимга қуйилар тавсия этилади: 1) аёлга ёрдам бериш; 2) агар у хавотирли, қўрққан ёки оғриқни ҳис этаётган бўлса, бундай ҳолатда уни мақташ, қўллаб-қувватлаш ҳамда юпатиш, шунингдек, уни диққат билан тинглагач, унга тўлғоқларнинг зўрайиб бориши ҳақида сўзлаб бериш зарур; 3) унга ўз ҳолатини ўзгартиришни таклиф этиш, унинг ҳаракатчанлигини рағбатлантириш, партнёрини унинг елкаларини уқалашга ундаш, унинг қўлидан тутиб туриш ҳамда тўлғоқлар орасида унинг юзларини артиш; 4) аёлнинг махсус нафас олиш техникасига риоя қилишига эришиш; 5) иссиқ ванна ёки душ қабул қилишга рағбатлантириш.

13-расм. Нофармакологик релаксация техникаси – контрбосим.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Муваффақиятли туғруқ натижаларига эришишда тўғри нафас олиш ҳам муҳим аҳамият касб этади. Шу сабабли тиббий ходимга аёлни тўғри нафас олиш техникасига ўргатиш қатъий тавсия этилади. Аёлга ўз нафас олишига эътибор бериш ва бунда оддий ҳолларга қараганда секинроқ нафас олиш ва ҳар нафас чиқарганда бўшашиш тавсия этилади. Яна қайд этиш керакки, агар у бош айланишини ҳис этса, юзи ва қўл-оёқларида парастезия бўлса, нафас олишни секинлаштириши лозим. Вақтидан илгари кучанишларни бартараф этиш учун туғруқнинг биринчи даври сўнггида аёл очиқ оғиз ёрдамида иккита қисқа нафас олиб, кейин битта чуқур нафас чиқариш орқали нафас олиши зарур.

Аёлнинг эркин ҳаракатланишини рағбатлантириш ва қўллаб-қувватлаш бўйича амалиёт ҳам туғруқ жараёнларининг зўрайишида муҳим роль ўйнайди. Бунда уни имкон қадар тез-тез сийдик пуфагини бўшатиб туриши зарурлигига (камида ҳар икки соатда ёки ундан тезроқ) ишонтириш керак.

Аввалроқ айтиб ўтилганидек, туғруқларнинг физиологик кечишида тозаликка риоя қилиш катта аҳамиятга эга. Бунда тиббий ходим туғаётган аёлнинг ҳам, унинг партнёрининг ҳам мустақил ювиниши, ванна ёки душ қабул қилишини рағбатлантириш орқали тозаликка риоя қилишларига ёрдамлашиши лозим. Қинни кўздан кечириш амалиётидан олдин эса тиббий ходимга аёлнинг ташқи жинсий аъзолари ва чот орасини ювиш тавсия этилади. Бунда тиббий хизматчи аёл билан ҳар бир контактдан олдин ҳамда кейин қўлларини совунлаб ювиши (ёки антисептик эритма билан ишлов бериши) зарур. Айтиш жоизки, тозаликка туғаётган аёл атрофидаги барча амал қилиши лозим, чунки туғруқ хонасидаги ҳар қандай ифлосланиш зудлик билан бартараф этилиши керак.

Ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартига мувофиқ (2015 йил) туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида бўлган барча аёллар госпитализациядан кейин партограммани тўлдиришни бошлашлари зарур. ЖССТ партограммасига мувофиқ туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида бўлган аёлларда ҳар 30 дақиқада: 1) туғруқ фаолияти тавсифини баҳолаш (тўлғоқларнинг секундлардаги давомийлигини ҳисоблаш ва 10

дақиқа давомида узлуксиз кузатиш билан бачадон пальпацияси); 2) тўлиқ бир дақиқа кузатиш давомида ҳомиланинг юрак қисқаришларини ҳисоблашни амалга ошириш (ҳомиланинг вақти-вақти билан юрак уриши аускультацияси, меъёрда ҳомила юрак уриши сони 100 тадан кам бўлмаган ҳамда 180 уришдан кўп бўлмаган чегарада бўлиши); 3) онанинг пульсини аниқлаш ҳамда уни ҳомила юрак уриши сони билан таққослаш. Аввалроқ айтиб ўтилганидек, туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида бўлган аёлларда акушерлик кўригидан ташқари бачадон бўйни очилиш даражасини баҳолаш ва мажбурий тартибда партограммада кўрик натижаларини акс эттириш билан қин кўригини амалга ошириш зарур. Навбатдаги қин кўриклари, ўзига хос кўрсатмалар бўлмаган вазиятларда, ҳар 4 соатда такрорлаш ва партограммада олинган натижаларни қайд этиш керак, худди шундай оралиқда аёлнинг умумий ҳолатини баҳолашни ҳам амалга ошириш зарур (артериал босим, метрия, диурезни баҳолаш). Диққат қилиш керакки, аёлда сув кетиши билан асосий эътиборни унга хос жиҳатларга – ранги, миқдори, қуюқ меконий аралашмалари мавжудлиги, қон кабиларнинг мавжудлиги партограммада, албатта, акс эттирилиши ҳамда клиник интерпратацияга жалб этилиши керак. Туғруқнинг биринчи фаол фазасида тиббий хизматчига аёлнинг умумий ва акушерлик ҳолатини баҳолашдан ташқари яхши ўзаро бир-бирини тушуниш ҳамда қўллаб-қувватлаш билан таъминлаш ҳам тавсия этилади. Бунда тиббий хизматчи олдиндан уларни бажаришга рухсат сўраган ҳолда бажариладиган ҳар бир қадамни тушунтиришга ҳаракат қилиши зарур.

Яна шунга эътибор қаратиш керакки, айрим вазиятларда вақти-вақти билан ҳомила юрак уриши аускультацияси етишмаслиги мумкин, шу сабабли узоқ муддатли фетал кардиомониторинг ёки кардиотокографияни қўллаш бўйича билимлар муҳим аҳамият касб этади. Келинг, бугунги кунда мавжуд асосланган маълумотларни тегишли устуворликларга қўйиб кўриб чиқамиз. Бугунги кунда мавжуд 12 та тадқиқотлар давомда олинган, маълумотлар таҳлилини қамраб олувчи Мета-таҳлиллардан бирида (умумий миқдорда 37000 дан

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кўпроқ иштирокчи иштирок этган) қуйидагилар аниқланган: 1) вақти-вақти билан бўлган аускультацияга таққосланганда доимий равишда олиб бориладиган кардиография перинатал йўқотишлар даражасини камайтириш жиҳатидан аҳамиятли афзалликларни тақдим этмади (хавф муносабати 0,85 95% ишончли интервалда 0,59–1,23, n=33513,11 тадқиқотлар); бироқ: 2) оналарида узлуксиз кардиография олиб борилган чақалоқларда тиришишлар 2 марта кам кузатилди (хавф муносабати 0,50 95% ишончли интервалда 0,31–0,80, n=32386,9 тадқиқотлар); шунга қарамасдан: 3) оналарида вақти-вақти билан аускультация ёки узоқ муддатли фетал кардиомониторинг ўтказилган чақалоқларда болалар церебрал фалажи ривожланиш сони статистик жиҳатдан айнан бир хил (хавф муносабати 1,74 95% ишончли интервалда 0,97–3,11, n=13252,2 тадқиқотлар). Булар билан бир пайтнинг ўзида узоқ муддатли фетал кардиомониторинг ўтказилган оналарда кесарча кесиш орқали туғилиш эҳтимоли аҳамиятли ошди (хавф муносабати 1,66 95% ишончли интервалда 1,30–2,13, n=18761,10 тадқиқотлар). Бундан ташқари узоқ муддатли фетал кардиомониторинг қин орқали туғруқларда инструментал ёрдам кўрсатиш эҳтимолининг ошишига ҳам таъсир кўрсатди (хавф муносабати 1,16 95% ишончли интервалда 1,1 дан 1,32 гача, n=18151,9 тадқиқотлар).

Шундай қилиб, юқорида келтирилган маълумотлар перинатал йўқотишлар ва касалланишларнинг юқори хавфи бўлган аёлларда ҳозирда доимий равишда фетал электрон кардиомониторинг олиб боришни тавсия этиш имконини беради: 1) бачадон ичида ҳомила ўлиб қолишининг юқори хавфи; 2) болалар церебрал фалажи ривожланишининг юқори хавфи; 3) неонатал энцефолапатия ривожланишининг юқори хавфи. Бугунги кунда мавжуд маълумотлар яна шуни тасдиқлаш имконини берадики, ҳомиланинг юрак қисқаришлари сонини доимий равишда электрон мониторинг қилиш ҳам туғруқлар индукцияси ёки стимуляцияси амалиётини бажаришда кўрсатилган.

Тақдим этилган маълумотларни якунлай туриб қайд этишни истардикки, бугунги кунда кўплаб туғруқхоналарда

туғруқларга ёндашув яхши томонга ўзгарганлигига қарамасдан, ҳамон ҳеч қандай асосли базага эга бўлмаган амалиётлардан фойдаланиш ҳоллари учраб туради. Шу ўринда юқори сифатли тавсиялардан фойдаланиш, шунингдек, кўрсатиладиган ёрдамни индивидуаллаштириш ҳамда инсонпарварлаштириш оналик ва болалик соҳасидаги вазиятни аҳамиятли яхшилаш имконини беради.

Туғруқнинг биринчи даври ортидан, илгари айтиб ўтилганидек, бачадон бўйни тўлиқ очилиш вақтидан (10 см) чақалоқ туғилгунга қадар вақтни қамраб олувчи туғруқнинг **иккинчи даври** келади. Бунда шуни қайд этиш керакки, қин кўриги иккинчи босқични аниқлаш имконини берувчи ягона усул ҳисобланади ва, албатта, бошқа ҳеч бир усул ушбу ташхисни қўя олмайди (масалан, контракцион ҳалқани ҳосил бўлиши – Шатц–Унтереберг усули). Ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартига мувофиқ туғруқнинг иккинчи даври 2 фазага бўлинади. Биринчи фаза – **пассив фаза**, бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши билан бошланади ва ҳомиланинг олд қисми чаноқ чуқуурлигига тушгунча ёки кесгунга қадар ва/ёки аёлда кучаниш фаоллиги пайдо бўлгунча давом этади. Туғруқнинг иккинчи даври иккинчи фазаси – **фаол фаза** ҳисобланади, кучаниш фаолияти бошланиши ва/ёки ҳомила боши чаноқ тубига тушиши ёки уни кесиш вақтидан бошланади. Классик акушерликда қабул қилинишича, биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги 2 соатдан, қайта туғаётганларда – 1 соатдан ошмаслиги керак. Гарчи кўрсатилган доиранинг зарурлигини кўрсатувчи маълумотлар бўлмаса ҳам. Шу сабабли бугунги кунда туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги меъёрий аҳамиятини оширувчи анъана мавжуд, бу, айниқса, туғруқда перидурал аналгезия бўлган аёлларда долзарб. Шундай қилиб, ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб боришнинг Миллий стандарт томонидан тақдим этилган маълумотларга мувофиқ биринчи марта туғаётган аёлларда йўл қўйиладиган давомийлик 3 соат, қайта туғувчиларда эса 2 соатни ташкил этади. Яна шуни алоҳида таъкидлаш керакки, перидурал аналгезия бўлган аёлларда туғруқнинг иккинчи даври

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

давомийлиги ўртача (биринчи марта туғаётганларда – 4 соат ҳамда қайта туғаётганларда – 3 соат)ларга нисбатан тахминан 1 соат кўпроқ бўлади. Америка Акушер-Гинекологлари Коллежи маълумотларига мувофиқ эса перидурал аналгезия бўлган аёлларда туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги биринчи марта туғаётганларда – 5 соат ва мос равишда қайта туғаётганларда – 6 соатни ташкил этиши мумкин. Маълумотларни сарҳисоб қилар эканмиз, қайд этиш керакки, туғруқнинг иккинчи даврида шубҳасиз «йўл қўйиладиган» доираларни бугунги кунгача ҳам аниқлаш мумкин эмас. Шу билан бирга айтиш жоизки, ўтган 30 йил давомида олиб борилган тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, иккинчи давр давомийлиги ўз-ўзича туғруқ фаолиятини жадаллаштириш учун мезон бўлиши керак эмас. Ва аслида бугунги кунда туғруқ фаолиятини фақат туғруқнинг иккинчи даври чўзилиб кетганлиги сабабли жадаллаштириш ёки тўхтатиш асосланганлигини тасдиқловчи маълумотлар мавжуд эмас. Мавжуд тадқиқотлардан бирида туғруқ иккинчи даври давомийлигининг перинатал натижалар ёки оналар касалланиши сонига таъсирини аниқлаш мақсадида 4403 нафар биринчи марта туғаётганлар ҳақидаги акушерлик маълумотлари таҳлили амалга оширилган эди. Бунда туғруқнинг иккинчи даври чўзилган аёлларда тадқиқотчилар перинатал касалланиш ва ўлим ҳолати кўрсаткичларининг статистик аҳамиятли ошишини, шунингдек, 5-дақиқага бориб Апгар шкаласи бўйича паст баҳоланган болалар туғилишини аниқлашмади. Яна шу нарса аниқландики, туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги 3 соатдан кўп бўлганлиги сабабли туғруқлар акушерлик қисқичлари қўйилиши билан ниҳоясига етган аёлларда чиллақон кетишлар ва чилла даври гипертермиялари сони ошган.

Бошқа бир РНИда (25069 нафар аёл, туғруқлар ўз вақтида, бош билан ётган ҳолатда ва кутилмаганда тўлғоқнинг бошланиши билан) туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги ва эрта неонатал ҳамда оналар касалланишлари ўртасидаги ўзаро алоқани баҳолаш амалга оширилди. Ушбу тадқиқотни бажариш жараёнида қўлга киритилган натижалар туғруқнинг иккинчи даври давомийлигининг ошиши болаларнинг Апгар

шкаласи бўйича паст баҳоланиши хавфининг ортиши ёки чақалоқнинг интенсив терапия бўлимига госпитализация қилинишига таъсир кўрсатмаслигини тасдиқлаш имконини берди. Шу билан бирга яна шу нарса аниқландики, туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги бевосита онанинг чилла босқичида эрта касалланишига таъсир кўрсатади.

Фикримизни хулосалай туриб таъкидлашни истардикки, туғруқнинг иккинчи даври давомийлигининг қабул қилинган меъёрий аҳамиятдан ошиши оператив аралашувларни амалга оширишга кўрсатма бўлиб ҳисобланмайди.

Шундай қилиб, туғруқнинг иккинчи даврида аёлни кузатиш ва парваришлаш нималардан иборат? Ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартига мувофиқ туғруқнинг иккинчи даврида барча туғаётган аёлларнинг: 1) ҳар соатда артериал босим ва пульсини ўлчаб туриш; 2) ҳар икки соатда аёлнинг тана ҳароратини ўлчаш; 3) ҳар 15 дақиқада ҳомиланинг юрак уришини эшитиб кўриш, туғруқнинг иккинчи даври фаол фазасида эса – ҳар 5 дақиқада ёки ҳар кучанишдан кейин; 4) ҳар соатда ҳомила боши конфигурацияси ҳамда туғиш йўллари бўйлаб унинг ҳаракатини баҳолаш ва шу кабилар билан қин кўригини амалга ошириш; 5) ҳар 15–30 дақиқада туғруқ фаолиятини ҳамда ташқи усуллар билан ҳомила бошининг кичик чаноқ бўшлиғига тушиши даражасини баҳолаш; 6) ҳар соатда диурезни баҳолаш; 7) жинсий йўллардан келган ажралмалар тавсифини баҳолаш (қон, меконий аралашмаси ва шу кабилар).

Ўз навбатида туғруқнинг иккинчи даврида аёлни парваришлаш қуйидагилардан иборат: 1) аёлни қўллаб-қувватлаш ва рағбатлантириш; 2) узоқ муддатли маълумот кўмаги билан таъминлаш; 3) ҳамроҳни аёлни қўллаб-қувватлаш учун рағбатлантириш; 4) туғруқлар чоғида аёл ўзи учун қулай тана ҳолатини танлашини кучайтириш (ярим ўтирган ҳолатда, чўккалаб ўтириш, тизза-тирсак ҳолати, ёнбошлаб ётиш ва шу кабилар); 5) зарурат бўлган ҳолларда аёл ҳаракатлари устидан бошчиликни амалга ошириш; 6) тўлғоқлар орасида аёл нафас ростлашига кўмаклашиш; 7) тўлғоқлар орасида аёлни тана ҳолатини ўзгартиришга

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

рағбатлантириш; 8) аёлнинг бел қисми соҳасини силаш ёки енгил уқалашни амалга ошириш; 9) унинг бел қисми соҳасига босим ўтказиш; 10) нам ёки совуқ латта билан аёлнинг юзларини артиш; 11) тўғоқлар орасида майда ютимлар билан суюқлик қабул қилишга рағбатлантириш; 12) тўғри нафас олишни амалга оширишида ёрдамлашиш (нафас олиш ва нафас чиқариш ўзаро 1:2 нисбатга тенг); 13) пастки оёқ учлари мушак крампи (тиришиши) пайдо бўлган ҳолларда оёқ тиззасини букиш ва болдир-товон бўғимларини қайилтириш.

Қайд этиш керакки, туғаётган аёлларни туғруқнинг биринчи даврида ҳам, иккинчи даврида ҳам ёлғиз қолдирмаслик лозим. Шу билан бирга уларга ёлғон ваъдаларни бермаслик керак. Контактни амалга оширишда эса вербал (оғзаки) таъсирни минималлаштириб, максимал даражада ўзаро таъсирнинг новербал вариантларидан фойдаланиш зарур. Яна шуни ҳисобга олиш керакки, аёлда кучаниш фаолияти пайдо бўлганда беихтиёр равишда сийдик ва ахлат чиқариш ҳолатлари кузатилиши мумкин, бу атрофдагилар томонидан табиий ҳолат каби баҳоланиши зарур. Айтиш жоизки, туғруқнинг иккинчи даврида аёллар кучаниш бўлмаган пайтда кучанишга ҳаракат қилмасликлари, кучаниш ҳисси пайдо бўлганда эса туғаётган аёл қовуғини бўшатиб туришига ишонч ҳосил қилиши лозим.

Маълумки, туғруқ чоғида аёлнинг тўғри ҳолати туғруқ натижаларига муҳим таъсир кўрсатади. Шунга қарамасдан МДҲ давлатларида литотомик позиция (чалқанча ётган ҳолат)даги доимий амалиёт ҳали-ҳамон кўп қўлланилиб келинмоқда. Бунда умумий миқдорда 6135 нафар аёл иштирок этган 20 та тадқиқотдан бирида олинган маълумотлар ғоят кўрсатмали кўринишга эга. Ушбу тадқиқотда аниқланишича, аёлнинг ҳар қандай вертикал позициясидан ёки ёнбошлаб ётиш ҳолатидан фойдаланиш литотомик ҳолатга таққосланганда қуйидагиларга олиб келади: 1) туғруқнинг иккинчи даври давомлилигини камайтириш (ўртача 4,28 дақиқага, ишончли интервалда 2,95–5,64 дақиқа); 2) туғруқлардаги инструментал қўлланмалар миқдорини аҳамиятсиз камайтириш (хавф муносабати 0,80, ишончли интервалда 0,69–0,92); 3) эпизотомияларни бажариш сонини

камайтириш (хавф муносабати 0,83, ишончли интервалда 0,75–0,91); 4) туғруқларда оралиқиккинчи даражали йиртилишлари сонининг ошиши (хавф муносабати 1,23, ишончли интервалда 1,09–1,39); 5) туғруқларда 500 мл дан кўпроқ қон йўқотишлар сонининг ортиши (хавф муносабати 1,63, ишончли интервалда 1,29–2,05); 6) туғруқнинг иккинчи даври давомида оғриқ ҳисси ифодаланишининг камайиши (хавф муносабати 0,73, ишончли интервалда 0,60–0,90); 7) ҳомила юрак уриши ритмининг бузилиши сонининг камайиши (хавф муносабати 0,31, ишончли интервалда 0,08–0,98).

Фикрларини умумлаштира туриб тадқиқотчилар шуни кўрсатишадики, юқори сифатли тадқиқотлар ёрдамида турли нуқтаи назардан туғруқлардаги афзаллик ва камчилик томонлар баҳолангунга қадар тиббий хизматчилар ўзига ҳам ҳам қулай позицияни танлашга ундаши лозим.

Хулосада шуни таъкидлаш керакки, туғруқларда ҳомила юрак ритми бузилишлари сонини аҳамиятли камайтириш туғруқларда вертикал ҳолатнинг асосий афзалликларидан бири бўлиб ҳисобланади. Гарчи айрим тиббий хизматчилар аёлнинг вертикал ҳолатда туғиши билан боғлиқ ноқулайликлар ҳақида хабар беришса ҳам.

Шу билан бирга аёлни чалқанча ётган ҳолатда унда пастки жинсий веналар синдромининг барча олиб келиши мумкин бўлган оқибатлари ҳақида огоҳлантириш зарур. Бунда кўпчилик аёллар учун ҳомила тушишига ёрдамлашувчи вертикал ҳолат қулай ҳисобланади. Вертикал ҳолат варианти сифатида тик турган, ўтирган, тиззалаган ёки чўккалаган ҳолатдан фойдаланиш мумкин (14, 15-расмлар). Бунда туғруқлар жараёнида позицияни танлашда бебаҳо ёрдам ва қўллаб-қувватлаш ҳамроҳ томонидан кўрсатилиши керак.

Навбатдаги туғруқлар муваффақиятини аниқловчи муҳим лаҳза бўлиб кучаниш фаоллиги ҳисобланади. Бунда бугунги кунда кўпинча доимий қўлланувчи ва шубҳали самарадорликка эга қатор амалиётлар мавжуд. Улар кучанишларни бошқариш амалиёти, эрта кучанишлар, туғруқнинг иккинчи даври давомийлиги назорати, оралиқ ҳимояси амалиёти, шунингдек, доимий фойдаланилувчи эпизотомиялар ҳисобланади.

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

14-расм. Туғруқнинг иккинчи даврида вертикал ҳолатга намуна.

Мавжуд тадқиқот натижаларига кўра аёллардаги кучанишларни бошқариш, эрта кучанишларни бошқариш қуйидагиларга орлиб келиши мумкин: 1) ҳомила юрак ритми бузилишлари эҳтимолининг ошиши; 2) туғруқларнинг асоратли кечиши хавфининг кучайиши; 3) инструментал туғруқлар пайдо бўлиш эҳтимолининг ўсиши. Шу билан бирга кучанишларни бошқаришнинг ягона афзаллиги ҳам бор – туғруқнинг иккинчи даври давомийлигининг қисқариши. Кўрсатилган амалиёт онанинг литотомик ҳолати билан бирикканда эса кўпинча инструментал ва инвазив аралашувлардан фойдаланиш хавфини оширувчи ҳомила ҳолати ривожланишининг сабаби бўлиб ҳисобланиши мумкин, бу мультимарказли рандомизацияланган тадқиқотлардан бирида олинган натижалар билан тасдиқланади, унда кўрсатилишича, эпидурал анестезия бўлган аёлларда оператив аралашувларга бўлган эҳтиёж камроқ пайдо бўлган, чунки улар вақтидан илгари кучанишмаган.

Бинобарин, тиббий ходимга туғруқнинг иккинчи даврида маслаҳат бериш тавсия этилади кучаниш фаоллигини амалга оширишга бўлган кучли хоҳиш пайдо бўлганда уни табиий усулда (ўзига қандай қулай бўлса) Вальсальва синовига

нисбатан амалга ошириш керак (чуқур нафас олиш ва кучаниш), чунки аниқланишича, ушбу муолажа ҳомилага кислород етиб боришини қийинлаштириши мумкин. Сўнг ҳомила боши чиққандан кейин аёлдан тез-тез ва тўғри нафас олиш сўралади (нафас олиш ва чиқариш 1:2 нисбатда), шундай қилиб ҳомила бошининг секин ҳаракатланишини таъминлаб, она ва ҳомила шикастланиши минимумга келтирилади.

15-расм. Туғруқнинг иккинчи даврида вертикал ҳолатга намуна.

Навбатдаги туғруқларда доимий фойдаланилувчи амалиёт чот орасини ҳимоялаш ҳисобланади. Бунда шу нарса аниқландики, оралиқ ҳимояси қўлланилган аёлларда кучли оғриқ (оралиқ ҳимояси бўлган 34,1% аёлларда таққосланганда 31,1% уларсиз туққан аёлларда, хавф муносабати 1,10, ишончли интервалда 1,01–1,18) ҳамда эпизиотомияларни олиб боришнинг юқори хавфи бўлади (хавф муносабати 0,79, ишончли интервалда 0,65–0,96, P = 0,008). Яна шуни таъкидлаш жоизки, бугунги кунда мавжуд адабиётларда оралиқ ҳимояси аёлларда оралиқ йиртилишларининг олдини олишини тасдиқловчи ёки инкор этувчи сифатли маълумотлар берилмаган. Шундай қилиб, туғруқларда ораликҳимояси

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

кўпинча уларсиз туғруқларни олиб боришдан олдин ҳеч қандай афзалликка эга бўлмайди. Оралиқ ҳимояси билан олиб борилган туғруқларда ушбу муолажа аёлга туғруқ жараёни вақтида ҳолатни эркин танлашига халақит бермаслиги керак.

Доимий эпизиотомия ҳам туғруқларда кўп қўлланилувчи асосланмаган акушерлик амалиётларидан бири ҳисобланади. Мавжуд тизимли шарҳлардан бирида олтита тадқиқот натижалари таҳлил этилган. Тадқиқотчилар ушбу Мета-таҳлилда эпизиотомиянинг чегараланган қўлланиши қуйидагиларга олиб келиши ҳақида хулосага келишди: 1) оралиққароҳатланишининг камайиши (хавф муносабати 0,88, ишончли интервалда 0,84–0,92); 2) оралиқ йиртилишларини тикиш заруратининг озайиши (хавф муносабати 0,74, ишончли интервалда 0,71–0,77); 3) асоратлар ривожланиш хавфининг қисқариши (хавф муносабати 0,69, ишончли интервалда 0,56–0,85). Бир вақтнинг ўзида яна шу нарса аниқландики, эпизотомиялардан фойдаланишни чегаралаш қуйидагиларга олиб келиши мумкин: 1) олдинги томон йиртилишлари эҳтимолининг ошиши (хавф муносабати 1,79, ишончли интервалда 1,55–2,07); 2) диспареуния, сийдик тута олмаслик, чиллабосқичда аёлдаги кучли оғриқлар ривожланиш эҳтимоли тафовутини бартараф этиш (хавф муносабати 1,02–0,98, ишончли интервалда 0,90–1,16). Бундан ташқари шуни таъкидлаш керакки, эпизотом кесиш тури – Медиолатерал ёки оралиқ кесиш – сўнгги натижаларга аҳамиятли таъсир кўрсатмади. Аммо шунга қарамасдан оралиқ эпизотомия (перинеотомия)да бажарилган кесиш беихтиёр пастроқ ва чуқурроқ тарқалиб кетади, жумладан, тўғри ичак сфинктери ва/ёки унинг деворига тарқалиб кетиш хавфи юқори бўлади. меириолатерал эпизотомия, ўз навбатида, чиллабосқичда оғриқ ҳисси ва кўп қон йўқотишлар, шунингдек, оралиқяраларининг қийин битиши, диспаурения ривожланиш эҳтимолининг юқорилиги билан кўзга ташланади.

Юқорида айтилганлардан келиб чиққан ҳолда эпизотомияни доимий бажариш ҳатто биринчи марта туғаётганлар учун ҳам тавсия этилмайди. Шу билан бирга мавжуд маълумотлар кўрсатишича, эпизотомияни фақат тиббий кўрсатмалар бўйича ҳамда туғруқларнинг 10% дан кўп

бўлмаган қисмида бажариш зарур. Таъкидлаш жоизки, эпизотомия бажарилаётганда аёл адекват оғриқсизлантирилиши зарур.

Ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартида туғруқнинг иккинчи даврида доимий эпизотомияни бажариш тавсия этилмаслиги аниқ айтилган. Уни бажариш маъқул бўлган ҳолларда эса – ёришда ва ҳомила жойлашган қисмни кесишда ҳомиланинг ишончсиз ҳолатида Медиолатерал эпизотом кесишни бажариш зарур.

Юқорида таъкидлаб ўтилганидек: 1) туғруқнинг иккинчи даври давомида аёлнинг вертикал ҳолати; 2) адекват анальгезия; 3) бошқарилмайдиган кучанишлар; 4) оралиқҳимояси амалиёти ва/ёки уқалашдан воз кечиш, доимий эпизотомия – оператив аралашувлар сонини камайтириб, туғруқ натижаларини яхшилашга ёрдам беради. Шундай қилиб, туғруқнинг иккинчи даврида тиббий хизматчига қуйидагилар тавсия этилади: 1) бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан аёлга қулай ҳолатни танлашда ёрдамлашиш; 2) имкон қадар аёлнинг чалқанча ётишидан қочиш, чунки бундай ҳолатда туғруқ фаолияти интенсивлиги заифлашади ва ҳомилада патологик юрак уриши пайдо бўлиш эҳтимоли кучаяди; 3) агар ушбу тана ҳолатидан барибир фойдаланилса, унда аёлнинг оёқларини подставка-стременага жойлаштириш керак эмас; 4) фақат кучангиси келгандагина аёлнинг кучаниш фаоллигини кенгайтириш; 5) ҳомила боши ҳаракатланиши секинлашган ҳолатларда аёлга тана ҳолатини тез-тез алмаштиришни тавсия этиш зарур; 6) кучанишлар орасида аёлга кичик порцияларда суюқлик қабул қилишни тавсия этиш, шунингдек, унинг пешанасини нам ва совуқ латтада артиб туриш; 7) ҳомила боши чиққунга қадар ҳеч қандай акушерлик аралашувларини кўрсатмаслик (ўзига хос кўрсатмалар бўлмаганда), шундан кейин тиббий ходим ҳомила бошига мустақил ташқи айланиш имконини бериши зарур; сўнг 8) ҳомиланинг бўйин соҳасида киндик илгаги бор/йўқлигини пайпаслаб кўриш тавсия этилади – агар у бор ва бўш (эркин) бўлса, унда уни чиқариш зарур, агар у бўйинни маҳкам сиқиб турган бўлса, унда уни иккита қисқич оралиғида кесиш керак

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

бўлади; кейин 9) тиббий ходим олдинги, сўнг кейинги елкаларнинг чиқишига кўмаклашиши; 10) ҳомила туғилгач, уни тўлиқ ушлаган ҳолда онанинг олд кўкрак қафасига қўйиш лозим.

Ҳомила туғилиши билан туғруқдан кейин 24 соатга қадар давом этиши мумкин бўлган ва туғруқдан кейин энг хавфли ҳисобланган қон кетиш ривожланиши даври бошланади. Вақтнинг ушбу оралиғи чақалоқ туғилиши билан бошланувчи ҳамда йўлдош туғилиши билан ниҳоясига етувчи, шунингдек, йўлдош туғилиши билан бошланувчи ва навбатдаги 24 соатда давом этувчи вақт **туғруқнинг учинчи даври ҳамда эрта чилла даврини** ўзига қамраб олади. Айрим тадқиқотчилар чилла босқичнинг дастлабки икки соати (аёл ҳали туғруқ залида бўлган пайт)ни алоҳида **тўртинчи давр** деб ажратиб, унинг муҳим аҳамиятга эгалигини таъкидлашади. Аввалроқ айтиб ўтилганидек, кўрсатилган вақт оралиқлари тез кечувчи қон кетиши ривожланишининг ҳаддан ташқари юқори хавфини юзага келтирувчи физиологик ўзгаришлар билан бирга кечади. Ҳозирда учинчи даврини олиб боришнинг икки хил тактикаси мавжуд: фаол ва қулай фурсат кутувчи.

Аваалроқ МДҲ давлатларида, кейинчалик эса Францияда ҳам кенг тарқалган туғруқларни қулай фурсат кутиб олиб бориш қуйидагиларни ўз ичига қамраб олади: 1) аёлни диққат билан кузатиб бориш (30 дақиқа давомида); 2) утеротоник дори воситасиларни қабул қилишни рад этиш; 3) киндик тизимчасини назорат остида тортиш амалиётининг йўқлиги.

Халқаро Акушерлар ва Гинекологлар Ассоциацияси (FIGO), шунингдек, Халқаро Акушерлар Конфедерацияси (ICM) тавсияларига мувофиқ туғруқларнинг учинчи даврини қулай фурсат пойлаб олиб боришдан фақатгина уретоник дори воситасилар бўлмаганда, туғруқни қабул қилувчи мутахассис эса туғруқларнинг учинчи даврини фаол олиб боришга ўргатилмаган бўлса фойдаланиш мумкин. Бунда тавсияларга мувофиқ туғруқни олиб борувчи тиббий ходим қуйидагиларга мажбур: 1) йўлдошнинг ажаралаётганлигини билдирувчи белгилар пайдо бўлишини кутиши (чўзилган киндик тизимчаси, кам миқдорда қон кетиши, бачадоннинг қисқариши ҳамда пайпаслаб кўрилганда сезиладаиган грануляр таркибли

киндик тизимчаси ва шу кабилар); 2) киндик тизимчаси ни назорат остида тортмаслик, бу, айниқса, уретоник дори воситасилар бўлмаган шароитда ёки йўлдошнинг ажралиш белгилари пайдо бўлгунга қадар муҳим, модомики, бу йўлдошнинг бўлакларга бўлиниб ажралиши, киндикнинг узилиб кетиши, кўп қон йўқотиш ҳамда бачадоннинг ағдарилиб қолишига олиб келиши мумкин; 3) йўлдош туғилгандан кейин бачадон ташқи томондан массаж қилиниши зарур, чунки ушбу усул самарадорлиги тўлиқ оқланган.

Моҳиятан қуйидагиларни қамраб олувчи қолган барча вазиятларда Халқаро Акушерлар ва Гинекологлар Ассоциацияси, шунингдек, Халқаро Акушерлар Конфедерацияси туғруқнинг учинчи даврини олиб боришда қуйидагилардан фойдаланишни тавсия этади: 1) бола туғилиши билан онага уретоникларни киритиш (биринчи дақиқалардаёқ 10 Бир окситоцин, 200 мг метилэргометрин, 600 мкг мизопростол); 2) киндик тизимчасини сиқиб чиқариш (яхшиси, унинг пульсацияси тугагандан кейин киндик қонини сирқитиш амалиётидан фойдаланиш мумкин) ва чилла тўлғоқларни кутиш (3 дақиқага яқин); 3) назорат қилинувчи тракциялар ҳисобига йўлдошнинг туғилиши; ва ниҳоят 4) йўлдош туғилиши билан дарҳол бажарилувчи бачадонни ташқи томондан қилинадиган масаждан (амалиёт «Амалий маҳорат» қўлланмасида тақдим этилган).

Бугунги кунда мавжуд илмий маълумотлар кўрсатишича, туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб бориш чиллада қон кетишлар сонини камайтиради (62% га, ишончли интервалда 0,32–0,46), қон йўқотишлар миқдорини учдан бир қисмга қисқартиради (ўртача аҳамиятлар фарқи 79,33 ни ташкил этади, ишончли интервалда 94,29–64,37), туғруқнинг учинчи даври, шунингдек, чиллаэрта босқич давомийлигини камайтириш имконини беради (ўртача аҳамиятлар фарқи 9,77 ни ташкил этади, ишончли интервалда 10,00–9,53), ва ниҳоят, қон дори воситасиларидан фойдаланиш заруратини минималлаштиради. Одатда, бундай тактика чиллада қон кетишлардан ўлишни камайтиришга йўналтирилган деярли барча дастурларга киритилган. Шу билан бирга туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб бориш аёлларда қуйидаги

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ҳолатлар ўсиш эҳтимолига таъсир кўрсатиши мумкин: 1) кўнгил айниши (хавф муносабати 1,83, ишончли интервалда 1,51–2,23); 2) қайт қилиш (хавф муносабати 2,19, ишончли интервалда 1,68–2,86); артериал босимнинг ошиши (хавф муносабати 3,46, ишончли интервалда 1,68–7,09). Чақалоқ учун ушбу усулнинг афзаллиги ёки етишмовчилиги аниқланмади.

Ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартига мувофиқ туғруқнинг фаол даврида ёрдам кўрсатишда ҳар 15 дақиқада тезкор дастлабки баҳолашни амалга ошириш зарур (артериал босим, пульс, нафас олиш сони, тана ҳарорати, диурез).

Ўз навбатида йўлдош туғилгандан кейин тиббий ходим қиннинг пастки учдан бир қисми ҳамда оралиқ шикастланиш белгилари ва/ёки қон кетишини аниқлаш мақсадида кўздан кечириши керак. Айтиш жоизки, оралиқда майда йиртилишлар бўлганда (оралиқнинг иккинчи ва учинчи даражали йиртилишларини истисно этган ҳолда) чок қўйиш талаб этилмайди, чунки ушбу жароҳатларнинг чок қўйилмаганда яхшироқ битиши аниқланган. Уларга фақат қон кетиши давом этган вазиятлардагина чок қўйиш мумкин. Бунда шуни алоҳида таъкидлаш керакки, бачадон бўйнида йиртилишлар мавжуд/мавжуд эмаслигини доимий текшириш ёки қинга антисептиклар билан ишлов беришдаги ривожланишнинг ушбу даврида самарали амалиёт деб қаралмайди. Яна шуни айтиш керакки, чиллақон кетишларнинг олдини олишга йўналтирилган музли контейнерларни онанинг қорни пастига қўйиш ҳам самарали усул ҳисобланмайди. Йўлдош туғилгандан кейин тиббий ходимга йўлдошда нуқсон бор/йўқлигини чуқур текширишни амалга ошириш тавсия этилади. Ва фақат унинг аниқланишигина аёлнинг бачадон бўшлиғини қўлда текширишга кўрсатма бўлиб хизмат қилиши мумкин. Лекин ҳеч қачон бачадон бўшлиғини доимий текширишни бажариш мумкин эмас.

Чилла даври босқичда тиббий ходим она билан шахсий гигиенага амал қилиш, фақат она сути билан боқиш, оилани режалаштириш усуллари, бола/чақалоқнинг тақвим

эмланишлари ҳақида суҳбатлашиши ҳамда маслаҳатлар бериши зарур.

Юқорида айтилганлар билан бир қаторда туққан аёлларда туғруқнинг эрта чилла даври давомида қуйидаги даврийлик билан бачадоннинг ташқи томондан масажини амалга ошириш лозим: 1) дастлабки 2 соатда – ҳар 15 дақиқада (8 марта); 2) навбатдаги 2 соатда – ҳар 30 дақиқада (4 марта); 3) кейинги 4 соатда – ҳар соатда (4 марта); 4) қолган 16 соатда – ҳар 4 соатда (4 марта).

Шундай қилиб, туғруқнинг учинчи даврида барча аёлларда туғруқнинг учинчи даврини фаол олиб боришни амалга ошириш; йўлдош туғилгандан кейин эса қин учдан бир қисми ва орлиқда жароҳатлар бор/йўқлигига текшириш, шундан кейин йўлдошда нуқсон бор/йўқлигини кўздан кечиришни амалга олиб бориш керак. Ва, албатта, вақти-вақти билан бачадонни ташқи томондан массаж қилиш ҳисобига амалга оширилувчи бачадон тонусини назорат қилиш чилла даври эрта босқичини олиб боришнинг ажралмас қисми бўлиб ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. A guide to effective care in pregnancy and childbirth / Enkin M. W. et al. // Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

2. Albers L. L. Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial / Albers L. L., Sedler K. D., Bedric E. J., Teaf D., Peralta P. // Journal of Midwifery & Women's Health. – 2005. – Vol. 51(5). – P. 365–372.

3. Basevi V. Routine perineal shaving on admission in labour / Basevi V. and Lavender T. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1.

4. Bloom S. L. Coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labour: a randomized controlled trial / Bloom S. L., Casey B. M., Schaffer J. I., McIntire D.D., Leveno K. J. // Obstet. Gynecol. – 2002. – Vol. 99 (6). – P. 1031–1035.

5. Chalmers B. Women's Experiences of Birth in St. Petersburg, Russian Federation, Following a Maternal and Child Health Intervention Program / Chalmers B., Muggah H., Samarskaya M. F., Tkachenko E. // Birth, 1998. – Vol. 25 (2). – P. 107–116.

6. Cohen W.R. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity / Cohen W.R. // Obstet. Gynecol, 1977. – Vol. 49(3). – P. 266–269.

7. Consensus Conference on Appropriate Technology Following Birth. Trieste, Italy, 7–11 October. WHO EURO, 1986.

8. Cuervo L.G., Rodriguez M.N., Delgado M.B. Enemas during labour / Cuervo L.G., Rodriguez M.N., Delgado M.B. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2007. – Issue 1.

9. Enkin M.W. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000.

10. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002.

11. Gupta J.K. Position in the second stage of labour for women without epidural anesthesia / Gupta J.K., Hofmeyr G.J., Smyth R. // The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007, Issue 1.

12. Hodnett E.D. Continuous support for women during childbirth / Hodnett E.D., Gates, S., Hofmeyr G.J.; Sakala, C. // The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004, Issue 1.

13. Humane Perinatal Care. Chalmers B, Levin A. Tea publishers, Tallinn, Estonia, 2001.

14. Impey L. Admission cardiotocography: a randomised controlled trial / Impey L., Reynolds M., McQuillan K., Gates S., Murphy J., Sheil O. // The Lancet. – 2003. – Vol. 361 (9356). – P. 465–470.

15. International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings. Joint Statement, 2006.

16. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecology and Obstetrics. Joint statement management of the third stage of labour to prevent postpartum Haemorrhage. The Hague: ICM, London, FIGO, 2003.

17. Johnson K.C. and Daviss B-A. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America / Johnson K.C. and Daviss B-A. // BMJ. – 2005. – Vol. 330. – P. 1416.

18. Joint Interregional Conference on Appropriate Technology for Birth. Fortaleza, Brazil, 22–26 April. WHO EURO, PAHO, 1985.

19. Mahan C.S. Routines: Preps and Enemas – Keep or Discard? / Mahan C.S., McKay S. // Contemporary OB-GYN, November. – 1983. – Vol. 22. – P. 241–248.

20. Marland H. and Rafferty A. M. The midwife as health missionary: the reform of Dutch childbirth practices in the early twentieth century. Midwives, Society and Childbirth, Debates and controversies in the modern period, Routledge, London, 1997, 153–179.

21. McCandlish R. A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour / McCandlish R., Bowler U., van Asten H. et al. // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1998. – Vol. 105 (12). – P. 1262–1272.

22. Menticoglou S. M. et al. Perinatal outcome in relation to second-stage duration / Menticoglou S. M. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – Vol. 173 (3 Pt 1). – P. 906–912.

23. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. Practical guide. WHO Geneva, 1996.

24. Prendiville W. J. et al. Active versus expectant management in the third stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2000.

25. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Operative vaginal delivery. London (UK): RCOG Press, 2005, Guideline no. 26.

26. Saunders NS et al. Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of the second stage of labour / Saunders NS et al. // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1992. – Vol. 99 (5). – P 381–385.

27. Thacker S. B. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labour / Thacker S. B., Stroup D., Chang M. // The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, Issue 1.

28. The use of electronic foetal monitoring. Evidence-based Clinical Guideline. RCOG Press, 2001, Number 8.

29. Waldenstrom U. Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample / Waldenstrom U., Hildingsson I., Rubertsson Ch. and Radestad I. // Birth. – 1993. – Vol. 31. (1). – P. 17–27.

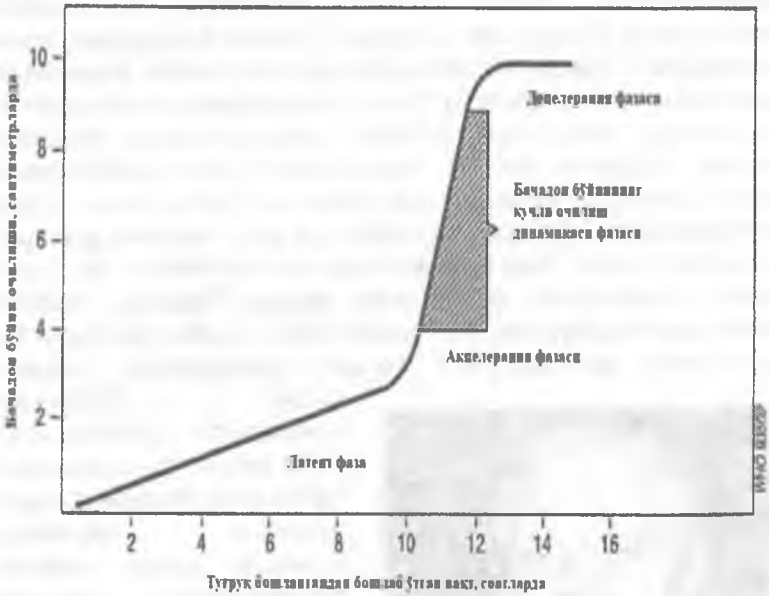
30. Waldenstrom U. Women's satisfaction with birth center care: a randomized controlled study / Waldenstrom U., Nilsson C. A. // Birth. – 1993. – Vol. 20 (1). – P. 3–13.

ПАРТОГРАММА

Партограмма бу – туғруқ жараёнини график акс эттириш усули. Партограммада узлуксиз чизиқлар ёрдамида қуйидаги кўрсаткичлар акс этади: 1) туғруқларнинг авж олиши (бачадон бўйинининг очилиши, ҳомила бошининг ҳаракатланиши, туғруқ фаолиятининг тавсифси); 2) ҳомила ҳолатининг яхшилиги (ҳомила юрак қисқаришлари сони, унинг боши конфигурацияси, қоғаноқ сувининг тавсифси); 3) онанинг умумий ҳолати (туққан аёл артерал босими ва пульси); унинг тана ҳарорати; сийдик ажратиш функцияси (ҳажми, унда оқсил ва ацетоннинг мавжудлиги). Қайд этиш керакки, келтирилган кўрсаткичлар туғруқлар зўрайиш динамикасини баҳолаш имконини берувчи асосий мезонлар бўлиб ҳисобланади, уларнинг меъёрий кечишлардан оғишлар бўлган ҳолатларда олиб боришнинг келгуси тактикаси ва мос келувчи қарорни қабул қилиш керак. Бироқ ўз вақтида патологияни топиш учун меъёрий мезонларни аниқ билиш зарур. Гарвард Тиббиёт мактабининг акушерлик ва гинекология ҳамда репродуктив биологиянинг истеъфодаги фахрий профессори (1-расм) доктор Эмануэль А.Фридман (1926 йил) 1954 йилда ўзи томонидан 100 нафар би-ринчи марта туғаётган аёлларда бачадон бўйни очилиш динамикасини аниқлаш амалга оширилган тадқиқоти натижаларини нашр этди. Тадқиқот жараёнида аёлларда бачадон бўйни очилиш даража-сини баҳоловчи қин текшируви олиб борилди, шундан кейин ҳар бири учун цервикограмма деб номланган абцисс ўқларида

1-расм. Профессор Э.А.Фридман.

туғруқларнинг бошланиш вақти (соатларда), ордината ўқларида эса – бачадон бўйнининг очилиш даражаси (сантиметрларда) акс эттирилган бачадон бўйни очилиш тезлиги графиги тузилди. Фридман томонидан амалга оширилган статистик таҳлил жараёнида кейинчалик «Фридман эгрилиги» деб номланган ҳамда замонавий партограмма учун ўтмишдош бўлиб хизмат қилган бачадон бўйнининг қийшиқ очилиши аниқланди (2-расм).



2-расм. Фридман қийшиғи.

2-расмдан ҳам кўриш мумкинки, Э.А.Фридман тадқиқотни бажариш чоғида бачадон бўйнининг очилишини 3 босқичли жараёнга ажратди: 1) латент фаза; 2) акцелерация; 3) децелерация каби фазаларга бўлинувчи фаол фаза. Муаллиф хулосасига кўра туғруқнинг латент фазасида бачадон бўйни силлиқлашиш/қисқаришга ва секин очилишга учрайди (8–10 соатга чўзилади ва 3 см га қадар давом этади), шу билан бирга туғруқнинг латент фазасида аёлларда туғруқ фаолияти кам интенсивлик билан тавсифанди. Уз навбатида туғруқнинг

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

фаол фазасида бачадон бўйни очилиш жараёни ҳамда ҳомила бошининг тушиши латент фазага қараганда сезиларли даражада тезроқ кечади. У, одатда, бачадон бўйнининг 3 см га тенг очилиши билан бошланади ва акцелерация фазасига бўлинади – тезлашиш ва плато – децелерация. Фридман эгрилигидан маълум вақт давомида бачадон бўйни очилиш динамикасининг меъёрий эталони – номограмма сифатида фойдаланилди. Бунда бу каби график ҳар бир туғувчи аёл учун алоҳида тузилди ва мавжуд Фридман қийшиғи – номограмма билан солиштирилди. Иккита эгриликнинг мос келмаслиги меъёрдан оғиш деб баҳоланди.

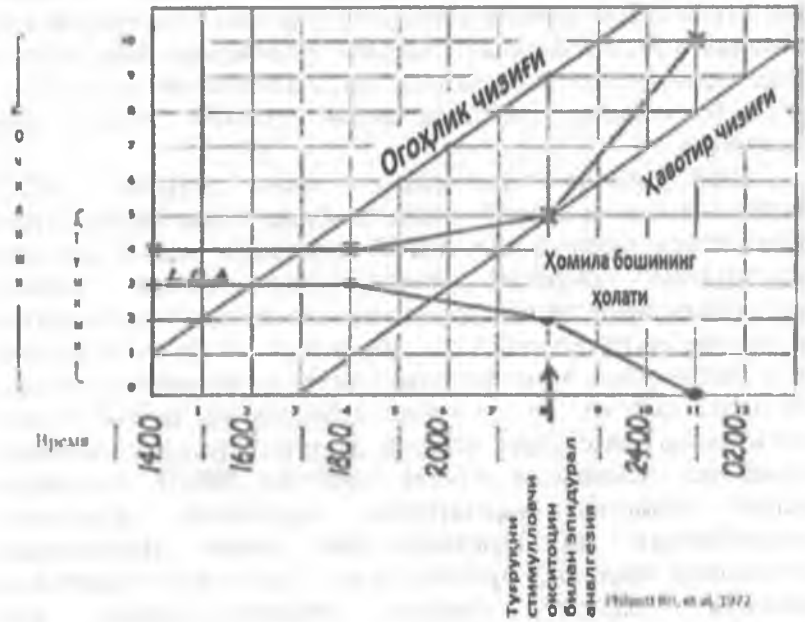
Фридман томонидан бажарилган тадқиқот маълумотларининг навбатдаги таҳлили шуни кўрсатдики, унда қатор метадологик ҳисоб-китоблар бўлган, синовдан ўтаётганлар когортининг турли-туманлиги уларнинг асосийси бўлиб ҳисобланди. Бундан ташқари тадқиқотда туғруқ фаолияти заиф фонда кечган, окситоцинли туғруқ стимуляцияси, шунингдек, қин орқали оператив аралашув билан туққан аёлларнинг маълумотлари, шунингдек, эгизаклар туғилиши ёки эпидурал анастезия остида олиб борилганлиги ҳақидаги ва шу каби маълумотлар ҳам қамраб олинди. Кейинчалик Фридман эгрилиги аста-секин ўз амалий аҳамиятини йўқота бошлади. Шунга қарамасдан Фридман тадқиқоти кўплаб эндиликда аниқ режалаштирилган дизайнли аналогик тадқиқотлар олиб борилиш жараёнига йўл очишда ҳал қилувчи роль ўйнади. Шундай тадқиқотлардан бири бўлиб 1967 йилда нашр этилган Hendriks ва ҳаммуаллифлар иштирокидаги иш ҳисобланади. Ушбу тадқиқот доирасида муаллиф шуни аниқладики, биринчи марта ва қайта туғаётган аёлларда бачадон бўйни очилиш жараёни бир-биридан ҳайратланарли даражада фарқланади, бундан ташқари муаллифнинг яна аниқлашича, биринчи босқич охирида децелерация фазаси аслида йўқ.

Замонавий партограммани шакллантиришда Philpott R.H. ҳамда ҳаммуаллифлар томонидан бажарилган ва натижалари 1972 йилда нашр этилган тадқиқот ҳал қилувчи роль ўйнади. Мавжуд цервикограмма асосида Филпотт Марказий ва Жанубий Африканинг қатор давлатларида фойдаланилган

биринчи партограммани ишлаб чиқди. Ушбу дастурни яратишнинг асосий мақсади жойларда нафақат цервикограмма, балки бошқа муҳим кўрсаткичлар ҳам акс этган туғруқлар мониторинги учун акушерларни оддий, шу билан бирга самарали жиҳоз билан таъминлаш бўлди. «Сергаклик чизиғи» ва «Ҳаракатлар чизиғи» ғояларининг яратилиши айнан Филпоттга тегишли (3-расм), бундан ташқари у ҳомила боши конфигурацияси яққоллиги мезонларини аниқлади, шунингдек, бугунги кунга қадар долзарб ҳисобланган туғаётган аёл кичик чаноқ бўшлиғига ҳомила бошининг тушиш даражасини баҳоловчи ташқи усулларини тасвирлаб берди. Шу нарса сергаклик чизиғини яратиш замини бўлиб ҳисобландики, ўша пайтда чаноқ-бош диспропорцияси Африкадаги акушерлик амалиётида долзарб муаммолардан бири саналган. Яратилган сергаклик чизиғи кесишишида эса тиббий ходим томонидан чаноқ-бош диспропорцияси шаклланишининг юқори хавфи баҳоланиши керак эди, бу аёлни биринчи даражали касалхонадан зарурий тиббий ёрдам – оператив йўл билан туғишига ёрдам берувчи янада юқорироқ даражадаги муассасага транспортировка қилинишига сабаб бўлиб хизмат қилади. Бачадон бўйни очилиш тезлиги чегара қийматини белгилаш учун Филпотт 624 нафар кўрикдан ўтказилган аёлдан бачадон бўйни очилиш динамикаси жуда минимал бўлган 10% биринчи марта туғаётган аёлларни танлаб олди, шундан кейин у туғруқнинг биринчи даври фаол фазасида ушбу беморларда бачадон бўйни очилиши динамикасининг ўртача тезлигини ҳисоблаб чиқди (яъни 3 см дан 10 см гача), бу 1 соатда 1 см ни ташкил этди. Ушбу тезлик биринчи марта туғаётган аёлларда ҳам, қайта туғаётганларда ҳам бачадон бўйни очилиш тезлиги чегара қиймати сифатида қабул қилинди. Худди шу тадқиқот доирасида Филпотт ва Касл (Castle W.M.) ҳам сергаклик чизиғидан 4 соат ўнгроқда жойлашган ҳаракатлар чизиғини ишлаб чиқишди. Заиф туғруқ фаолиятини ўз вақтида коррекциялаш ушбу чизиқ яратилишига асос бўлиб хизмат қилди, у етарлича катта эҳтимол билан қин орқали муваффақиятли тугалланиши мумкин. Олинган маълумотлардан келиб чиқиб муаллифлар шуни

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

белгилашдики, бачадон очилиш динамикаси чизиғи билан сергаклик чизиғи кесишган, бироқ бунда ҳаракатлар чизиғига етиб бормаган 50% туғаётган аёлларда туғруқлар ҳеч қандай акушерлик қўлланмалари қўланилмасдан туриб муваффақиятли якунланди. Ўз навбатида ҳаракатлар чизиғининг ўсиб бориши окситоцин билан туғруқ стимуляцияси бажарилишига кўрсатма бўлиб хизмат қилди.



3-расм. Philpott партограммаси намунаси.

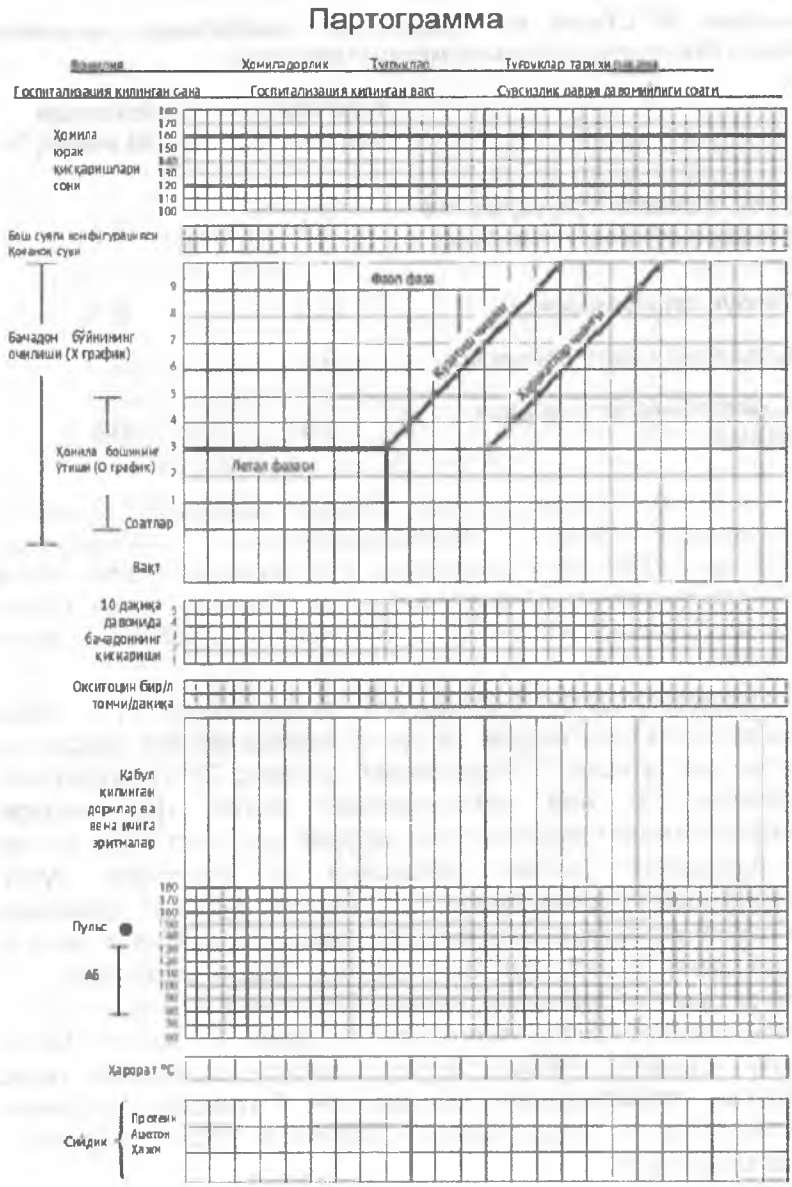
Ишлаб чиқилган тизим самарадорлиги амалиётда ўз тасдиғини топди, бундан ташқари ушбу графикдан фойдаланиш узоқ давом этадиган туғруқлар сонини камайтириш (12 соатдан кўпроқ давом этадиган туғруқнинг фаол фазаси) ва кесарча кесиш операцияларини бажариш сонини қисқартиришни таъминлади.

1971 йилнинг кузида Бирмингем госпиталининг (Буюк Британия) профессори Жон Стад (John Studd) Зимбабвега ташриф буюрди ва партограммадан фойдаланишнинг

дастлабки натижаларидан ҳайратда қолди. Ва Филпотт ҳамда Касл билан биргаликда партограмманинг самарадорлигини эндиликда европа популяциясида баҳолашга қарор қилди. 1973 йилга келиб эса Бирлашган Қиролликдаги клиник туғруқ уйларининг ярмидан кўпи профессор Стад томонидан олиб борилган тадқиқот доирасида Филпотт партограммасидан кенг фойдаланишди. Ушбу тадқиқотга турли ирқий гуруҳларга тегишли бўлган 15000 нафар аёл жалб этилган. Партограммадан фойдаланиш узоқ чўзилган туғруқларни эрта аниқлашга ёрдам бериши ҳақидаги хулосалари баён этилган Стад тадқиқотлари натижалари нашр этилгандан кейин бутун Буюк Британияда партограммадан доимий фойдаланила бошланди.

1988 йилда экспертлар ишчи гуруҳи ЖССТ партограммасини ишлаб чиққунга қадар унинг кўплаб турли вариантлари мавжуд эди. ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган партограмма (4-расм) ўзида ўша пайтда мавжуд партограмманинг турли вариантлари орасида энг яхши таҳлил ва синтез натижаларини тақдим этади. Ушбу партограмма 1987 йилда старт олган ва туғруқларни олиб бориш сифатини яхшилаш, оналар ва неонатал касалланиш ҳамда ўлимни камайтириш мақсадида таклиф этилган «Бехатар Оналик» ташаббуси доирасида ишлаб чиқилган. ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган партограмма оддийлиги, арзонлиги, ҳаммабоплиги ва кўргазмалилиги билан фарқланади. Таъкидлаш керакки, бугунги кунда ушбу партограммадан дунёнинг деярли барча мамлакатларида кенг фойдаланилмоқда. Партограммадан фойдаланиш туғруқларнинг қониқарсиз зўрайиши, обструкция симптомлари пайдо бўлгунга қадар чаноқ-бош диспорциясини эрта аниқлаш, туғруқларни келгусида олиб боришга тегишли қарорларнинг ўз вақтида қабул қилиш имконини беради. Бундан ташқари ЖССТ раҳбарлигида бажарилган мультимарказли когорт тадқиқотда аниқланишича, партограммадан фойдаланиш узоқ чўзилган туғруқлар ривожланиш сонини камайтиради, туғруқ стимуляциялари, шошилинч кесарча кесишлар, шунингдек, интранатал ўлим сонини қисқартиради (1-жадвал).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union



4-расм. ЖССТ партограммаси.

1-жадвал. ЖССТнинг партограммадан фойдаланиш самарадорлигини баҳоловчи мультимарказли тадқиқоти

	Партограм магача, %	Партограм мадан кейин, %
Узоқ чўзилган туғруқлар (18 соатдан кўпроқ чўзилувчи)	6,4	3,4
Туғруқ стимуляцияси	20,7	9,1
Шошилинч кесарча кесиш	9,9	8,7
Ҳомиланинг интранатал ўлими	0,5	0,3

Эслатма: Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти. меҳнатни бошқаришда ЖССТ партограммасининг қўлланилиши. ЖССТнинг 1990–1991 йиллардаги кўп марказли тадқиқотлар ҳақидаги ҳисоботи. Оналар соғлиғи ва бехавф оналик бўйича дастур. Женева, 1994 (ЖССТнинг WHO/FHE /MCM/944 рақамли ҳужжати).

Аввалроқ айтиб ўтилганидек, партограмма бу – ўзида қуйидаги маълумотларни ташувчи ҳодисаларнинг график ва вақтли акс этиши: 1) ҳомиланинг ҳолати; 2) туғруқларнинг зўрайиши; 3) она организмининг витал функциялари. Партограммани тўлдириш учун зарурий шартлар қуйидагилар: 1) туғруқнинг латент фазасида – мунтазам туғруқ фаолиятининг мавжудлиги (10 дақиқа кузатув давомида давомлилиги камида 20 секунд ва ундан кўпроқ бўлган икки ва ундан ортиқ тўлғоқлар); 2) туғруқнинг фаол фазасида – 10 дақиқа кузатув давомида камида 20 секунд ва ундан кўпроқ бўлган камида битта тўлғоқнинг бўлиши; 3) зудлик билан ёрдам кўрсатиш ва/ёки туғруқни амалга оширишни талаб этадиган асоратларнинг бўлмаслиги. Таъкидлаш лозимки, партограммани туғруқ залида бевосита туғруқ жараёнида тўлдириш зарур.

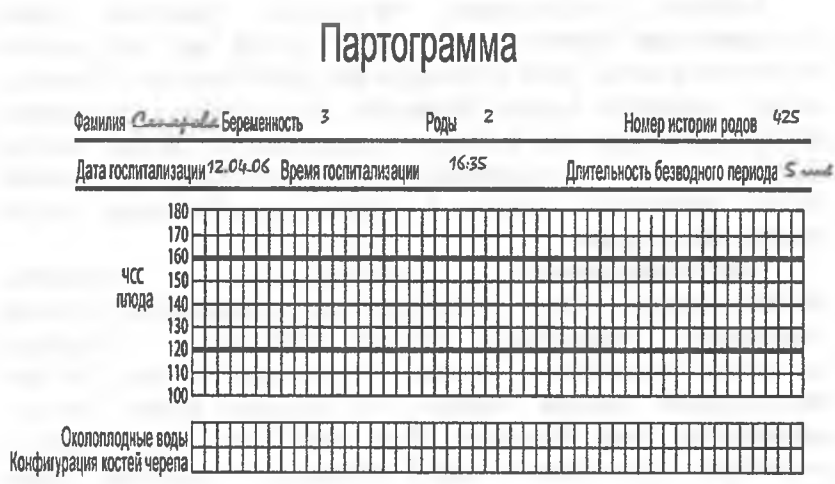
Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Кўпинча партограмма туғруқнинг биринчи даври динамикасини кузатиш учун керак. Бироқ аёл ва ҳомила ҳолатини кузатиш учун жойларда уни олиб боришнинг махсус ишлаб чиқилган шакли бўлмаган шароитларда туғруқнинг иккинчи даврида ҳам давом эттириш мумкин. Бунда асосий кўрсаткичларни партограммада қайд этиш туғруқнинг иккинчи даври давомида маҳаллий клиник кўрсатмалар билан аниқланиши керак.

Партограмманинг акушерликда етарлича тайёргарликдан ўтган ва қуйидагиларга лаёқатли шахслар томонидан тўлдирилиши тахмин этилади: 1) меъёрий туғруқлар жараёнини кузатиш ва назорат қилиш; 2) қин текширувини амалга ошириш ва бачадон бўйни очилиш даражасини аниқ баҳолаш. Яна шуни таъкидлаш керакки, шошилинч туғдиришни талаб этадиган асоратлар пайдо бўлганда партограммани олиб боришни тўхтатиш зарур.

ЖССТ партограммаси бир нечта бўлимлардан иборат: 1) умумий маълумотни сақловчи устун; 2) бачадон бўйни очилиш динамикаси ва ҳомила боши ҳолатини қайд этиш учун бўлим; 3) туғруқ фаолияти тавсифини акс эттириш ва у ёки бу дори воситасиларни олиб боришни ёзиш учун бўлим; 4) ҳомила юрак уриши, қоғаноқ суви тавсифи ва ҳомила боши конфигурациясини қайд этиш учун бўлим; 5) аёлнинг ҳаётий функцияларини акс эттириш учун бўлим (4-расм).

Умумий маълумотларни қайд этиб бориш учун мўлжалланган устунчада туғаётган аёл ҳақидаги маълумотларни ёзиш учун бўш жой бўлади: 1) унинг фамилияси ва исми; 2) акушерлик анамнезидаги маълумотлар (аввалги ҳомиладорликлар сони ва анамнезидаги туғруқлар миқдори); 3) туғруқлар тарихи рақами; 4) госпитализация қилинган сана; 5) госпитализация қилинган вақт; 6) ҳомила пардаси йиртилган пайтдан партограммани тўлдиришни бошлаган пайтгача ўтган вақт (агар партограммани тўлдириш бошланган пайтда ҳомила қоғаноғи бутун бўлса, графикка чизиқ чизиб қўйилади). Буларнинг барчаси партограмманинг юқори қисмига ёзилади.



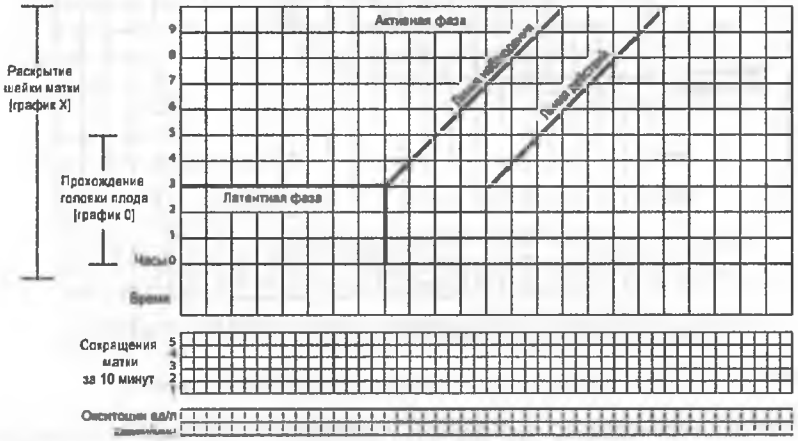
5-расм. Партограмма (умумий қисми).

Бачадон бўйнининг очилиш динамикасини баҳолаш учун ишлаб чиқилган бўлими партограмманинг асосий қисми бўлиб ҳисобланади (6-расм).

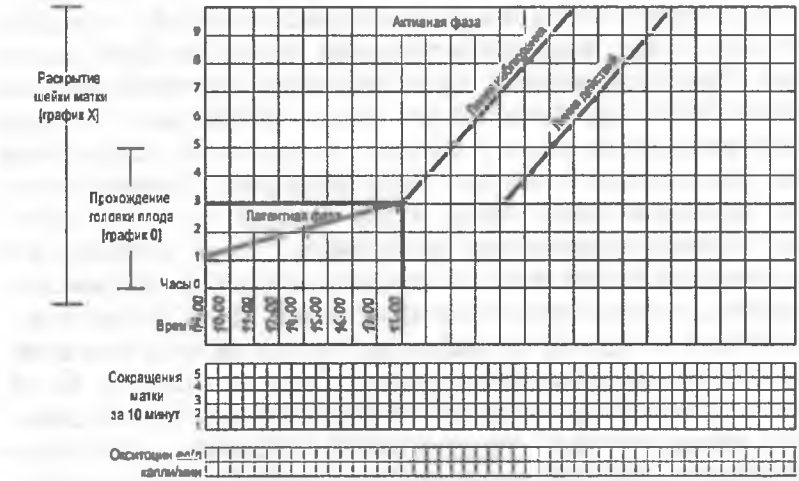
«Вақт» графасида вақтнинг реал аҳамиятини кўрсатиш зарур. Вақтни ҳисоблашни қинни кўрикдан ўтказиш пайтидан бошлаш лозим. Вақт аҳамияти бачадон бўйни очилиш аҳамияти ёзиб бориладиган чап томондаги вертикал ўқдан кўрсатилади (7-расм). Бачадон бўйни очилиши партограммада «Х» белгиси билан белгиланади. Туғруқнинг биринчи даври иккита фазага бўлинади: латент ва фаол. Латент фаза бу – бачадон бўйнининг 0 см дан 3 см гача секинлик билан очилиши. Фаол фаза бу – бачадон бўйнининг 3 см дан (охиригача қўшиб ҳисобланганда) 10 см гача тезлик билан очилиши. Чап томондаги вертикал ўқ 0 дан 10 гача рақамларни ўз ичига олади. Ҳар бир рақам/катакча бачадон бўйни очилишининг 1 см га тўғри келади. Горизонтал ўқ бўйлаб бир соатга тенг вақт оралиғига мос келувчи 24 та катак жойлашган. «Фаол фаза» деб номланган қисмидан 3 см дан 10 см гача тўғри чизиқ ўтказилган – бу кузатиш чизиғи бўлиб, ўзида бачадон бўйни очилиши учун 10-перцентилни тақдим этади ва очилиш тезлигининг 1 см/соатига тўғри келади. Ҳаракатлар

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

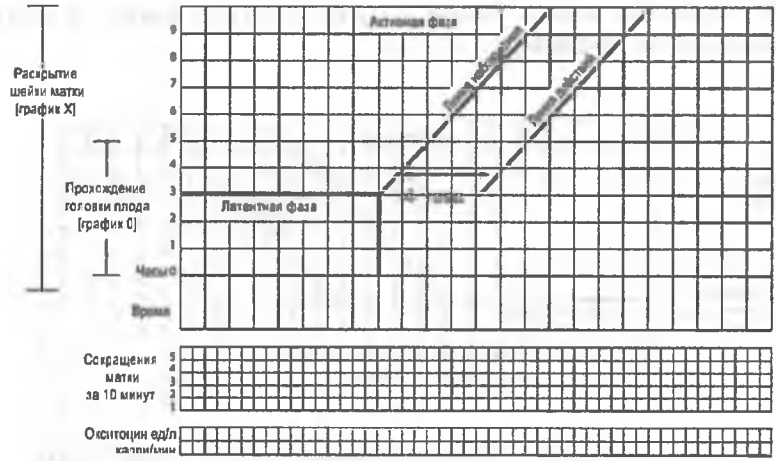
чизиғи Кузатиш чизиғи билан параллел ўтади ҳамда 4 соат ўнгга силжиган (8-расм).



6-расм. Бачадон бўйнининг очилиш динамикаси ва ҳомила боши силжишини акс эттирган партограмма.



7-расм. ЖССТ партограммаси (туғруқнинг латент фазасида тўлдириш намунаси).



8-расм. ЖССТ партограммасининг кузатиш ва ҳаракатлар чизиғи.

Агар аёл туғруқ хонасига туғруқнинг латент фазасида келтирилса, унда бачадон бўйни очилиш аҳамияти графанинг биринчи вертикал чизиғига ёзилади.Вақт ҳамиша Х ҳарфи ёзилган вертикалдан чап томонга қайд этилади (7-расм). Агар тўлғоқлар тўхтаб қолса (ёки улар 10 дақиқа кузатув давомида 2 тўлғоқдан камроқ бўлса, ёки уларнинг давомлилиги 20 секунддан кам бўлса), унда аёлда сохта туғруқлар ташхисини кўриб чиқиш зарур. Тўлғоқлар бўлганда кўрик натижаларини партограммага киритиш билан ҳар 4 соатда қин кўздан кечирилади. меъёрда латент фаза давомлилиги 8 соатдан кўп бўлмаслиги керак. Агар унинг давомлилиги 8 соатдан ошса, унда узоқ чўзилган латент фаза ташхисини кўриб чиқиш лозим. Одатда, чўзилган латент фаза ташхиси ретроспектив белгиланади. Ёлғон туғруқлар ёки узоқ чўзилган латент фаза ўртасидаги нотўғри дифференциал ташхислаш туғруқ стимуляциясидан ҳаддан ортиқ фойдаланиш билан бирга кечади, бу ўз навбатида ятроген кесарча кесиш ёки бошқа акушерлик муолажаларининг бевосита сабаби бўлиб қолиши мумкин. Агар аёлда латент фаза 8 соатдан кўпроқ давом этса ҳамда туғруқ фаолиятининг зўрайиш белгилари кузатилмаса, унда тиббий мутахассис кўрикни амалга ошириши ва бачадон бўйни очилиш динамикасини баҳолаши зарур. Агар

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

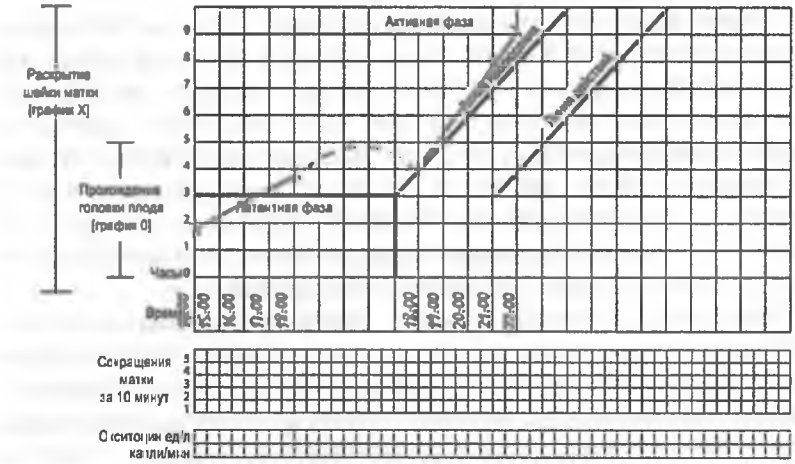
қин кўздан кечирилганда силлиқларда ва бачадон бўйнида очилиш аниқланмаса, акушерлик статусини қайта баҳолаш ва сохта туғруқлар ташхисини кўриб чиқиши лозим. Бачадон бўйнида ўзгаришлар бўлган ҳолларда эса аёлда амниотомияни бажариш ва окситоцин билан туғруқларни кучайтириш керак. Шундан кейин ҳар 4 соатда қин текшириб турилади; агар аёл туғруқнинг фаол фазасига ўтмаса (3 см ва ундан кўпроқ), окситоцин инфузиясидан 8 соат ўтгач, беморда кесарча кесиш орқали туғруқни амалга ошириш зарур.

Туғруқ фаолияти кучайиб бораверади, бачадон бўйнининг очилиши секин-аста 3 см ва ундан кўпроққа етган ҳолларда эса туғруқнинг фаол фазасига ўтганлик ҳақида гапирилади (9-расм). Агар унда қабул қилинган пайтдан мунтазам туғруқ фаолияти ҳамда бачадон бўйнининг 3 см ва ундан кўпроқ очилиши бўлса, аёл туғруқнинг фаол фазасида деб ҳисобланади (кузатувнинг 10 дақиқаида 20 секунддан кам бўлмаган давомлиликка эга 2 та тўлғоқ). Ушбу ҳолатда аёлдаги бачадон бўйни очилиш даражаси ҳақидаги Х белги дарҳол кузатув чизиғига қўйилади.

Агар аёл туғруқнинг латент фазасида қабул қилинган, навбатдаги текширувда эса (4 соатдан кейин) туғруқнинг фаол фазасига мос келувчи фаол фаза аниқланса, унда Х белгиси – бачадон бўйни очилиш аҳамияти кузатув чизиғига кўчирилади. Бунда вақт аҳамияти ҳам кўчирилади ва кузатув чизиғига ўтказилган Х белгиси жойлашган вертикал чизиқдан чапда кўрсатилади (9-расм). Узуқ-узуқ чизиқ ўтказилганларни билдиради.

Аввалроқ айтиб ўтилганидек, кузатув чизиғи бу – бачадон бўйни очилишининг 1 соатда 1 см га тенг келувчи тезлигига мос келади. Ушбу тезлик бачадон бўйни очилишининг биринчи марта туғаётганларда ҳам, қайта туғаётганларда ҳам меъёрий минимал тезлиги ҳисобланади (10-перцентил). Ўз навбатида ҳаракатлар чизиғи кузатув чизиғидан ўнгдаги 4-катакда жойлашган (4 соатга мос келади). Агар бачадон бўйни очилиш графиги ушбу чизиққа етса, туғруқнинг секин кечиши сабабларини ўрганиш ва чоралар кўриш зарур. Кузатув ва ҳаракатлар чизиғи орасидаги 4 соатлик масофа ихтиёрий танланган, бироқ вазиятни баҳолаш учун энг муносиб деб топилди. Қин кўригини қанчалик тез-тез амалга ошириш керак? Бу саволга партограмма мукаммал жавоб

беради. Шунга қарамасдан, кузатув чизиғининг кесишиши исталмаган тақдирда, агар бачадон бўйни очилишида ҳеч қандай ўзгаришлар бўлмаса, навбатдаги қин кўригини бунга қадар амалга ошириш керак. Шунинг учун агар агар бачадон бўйнининг жорий текшируви кузатув чизиғида бажарилган бўлса, навбатдагиси 4 соатдан кейин амалга оширилиши лозим. Шундай қилиб, қин кўриги янада эртароқ ёки кечроқ текширишга кўрсатма бўлмаган ҳолларда ҳар 4 соатда олиб борилади.



9-расм. ЖССТ партограммаси (туғруқнинг латент фазасидан фаол фазасига ўтиш).

Айтиш жоизки, кузатув ва ҳаракат чизиқлари орасидаги масофа 2 соатга тенг келадиган партограммалар ҳам бўлган. Бироқ тадқиқотлар кўрсатишича, уларнинг самарадорлиги стандарт партограммалардан (кузатув ва ҳаракат чизиқлари орасидаги 4 соатлик интервал билан) кўра пастроқ бўлиб чиқди. Бундан ташқари рандомизацияланган тадқиқотлардан бири доирасида кузатув ва ҳаракат чизиқлари орасидаги 2 ва 4 соатлик интервал билан партограммалар самарадорлиги баҳоланди. Ушбу тадқиқотда ҳомиладорликнинг асоратларсиз кечиши ва физиологик туғруқлар билан биринчи марта ҳомиладор бўлган аёллар қамраб олинди (3000 нафар). Тадқиқот натижаларига кўра кузатув ва ҳаракат чизиқлари орасида 2

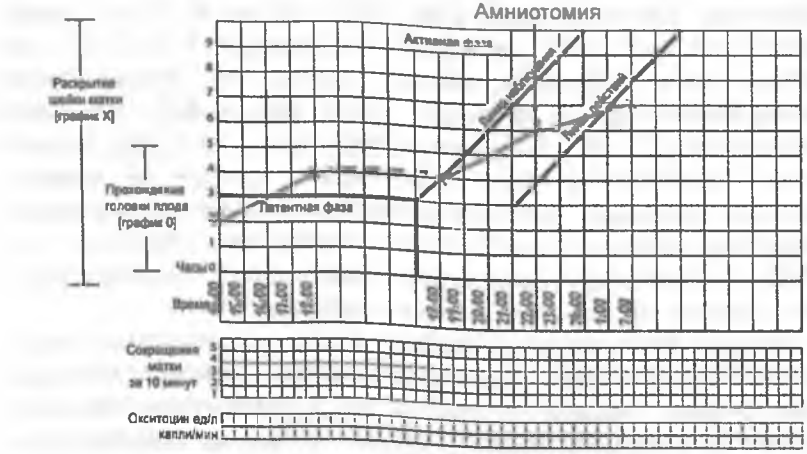
Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

соатлик интервалли партограммадан фойдаланилган аёллар гуруҳида бачадон бўйни очилиш чизиғи катта эҳтимол билан ҳаракатлар чизиғини кесиб ўтди (57,3 қарши 45,3% га; хавф муносабати 1,27, 95% ишончли интервалда 1,18–1,37); шу сабабли ушбу гуруҳдаги аёллар катта сон билан турли аралашувларга дучор бўлишди (51,8 қарши 42% га; хавф муносабати 1,23, 95% ишончли интервалда 1,14–1,33). Тақдим этилган маълумотлар шуни кўрсатадики, кузатув ва ҳаракат чизиқлари орасидаги вақтнинг қисқариши аҳамиятли даражада акушерлик агрессияси кўрсатилиш эҳтимолини оширади, шу сабабли 4 соатлик интервалли партограммадан фойдаланиш энг кўп асосланган (асосланганликнинг А даражаси).

Бачадон бўйни очилиш графиги сергаклик чизиғидан чапда жойлашган вазиятларда ишонч билан айтиш мумкинки, бачадон бўйни очилиш тезлиги қониқарли ва 1 см/соатдан кўпроқни ташкил этади. Ушбу ҳолатда туғруқнинг зўрайиши меъёрда, мос ҳолда, ушбу клиник вазиятда бирон-бир аралашувларни кўрсатиш талаб этилмайди, тиббий мутахассисдан фақат асосий мезонлар мониторингини олиб бориш талаб этилади. Агар бачадон бўйни очилиш графиги кузатув чизиғида бўлса, бу бачадон бўйни очилиш тезлиги 1 см/соатга тенглигини билдиради, бачадон бўйни очилиш динамикасининг меъёрий минимал чегарасида эканлигини тасдиқлаш имконини беради, мос ҳолда беморга ҳам ҳар қандай кўринишдаги аралашувларни кўрсатиш талаб этилмайди, тиббий мутахассиснинг партограммада кўрсатилган базавий мезонлар мониторингини олиб бориши етарли.

Бачадон бўйни очилиш графиги кузатув чизиғини кесиб ўтган ва ундан чапда жойлашган вазиятларда бачадон бўйни очилиш тезлиги 1 см/соатдан камлигини (10 центилдан камроқ) билдиради (10-расм). Бундай ҳолатларда амниотомияни амалга ошириш зарур, чунки бачадон бўйни очилишининг зўрайиши меъёрдан ортда қолган. Шундан кейин амниотомия бажарилгач, аёлнинг туғруқ фаолияти интенсивлигини қайта баҳолаш зарур. Агар амниотомиядан бир соат ўтиб беморда фаол туғруқ фаолияти ривожланмаса (10 дақиқа давомида 3–4 тўлғоқ, давомлилиги 30–40 секунддан кўпроқ), унга окситоцинни вена

ичига томчилатиб киритиш йўли билан туғруқ стимуляциясини амалга оширишни бошлаш зарур.



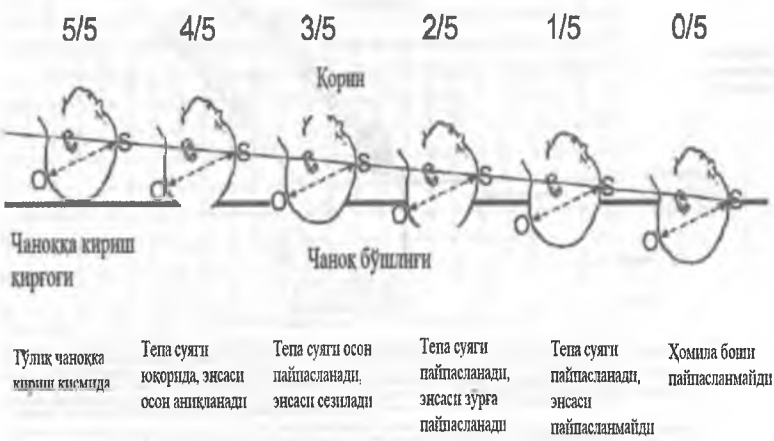
10-расм. ЖССТ партограммаси (бачадон бўйни очилиш чизиғи кузатув чизиғидан чапда жойлашган ва ҳаракат чизиғини кесиб ўтади).

Ҳаракатлар чизиғига етган ва/ёки кесишганда қуйидаги чораларни кўриш зарур ҳисобланади: 1) она, ҳомила клиник ҳолати ва пайдо бўлган акушерлик вазиятини тўлиқ баҳолаш; 2) агар ҳомиланинг қониқарсиз ҳолати бўлса ёки бошланғич обструкция билан чаноқ-бош диспропорциясига шубҳа бўлса, аёл абдоминал йўл билан кесарча кесиш орқали туғдирилади; 3) агар ҳомиланинг қониқарсиз ҳолати ва/ёки обструкция белгилари ва окситоцинни вена ичига томчилатиб киритишга қарши кўрсатмалар бўлмаса, аёлда туғруқ стимуляциясини бошлаш керак; туғруқ стимуляцияси бошлангандан кейин дастлаб ҳар 3 соатда, сўнг ҳар 2 соатда қин кўздан кечирилиши лозим; 4) навбатдаги қин кўриги орасида 1 ва ундан кўпроқ см/соатга тенг бачадон бўйни очилиш тезлигига эришилмаса, аёлни кесарча кесиш йўли билан туғдиришга рухсат берилади.

Аввалроқ таъкидлаб ўтилганидек, кичик чаноқ бўшлиғига ҳомила бошининг силжиш даражасини баҳолаш усулини Philpott батафсил тасвирлаб берган. Ушбу методиканинг аҳамияти шундаки, қин кўригини амалга оширмасдан туриб, ташқи усуллар билан кичик чаноқ бўшлиғига нисбатан ҳомила боши ҳолатини

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

аниқлаш мумкин. Агар ҳомила боши кичик чаноқ бўшлиғига кирувчи бўшлиқ устида жойлашган бўлса, унда ҳомила бошини бутунлай пайпасласа бўлади (бешта бармоқ кенглигида). Бошнинг тушишига кўра унинг симфизнинг юқори четларида қолган қисми бармоқлар сонининг кам миқдорига мос келади (4, 3 ва ҳоказо) (11-расм). Одатда, симфизнинг юқори четлари устида унинг қисмлари қолганда ҳомила боши кичик чаноқ бўшлиғида жойлашса (катта сегмент билан чаноққа киришда – 14-бўшлиқ), икки ёки ундан камроқ бармоқ кенглигига тўғри келади.

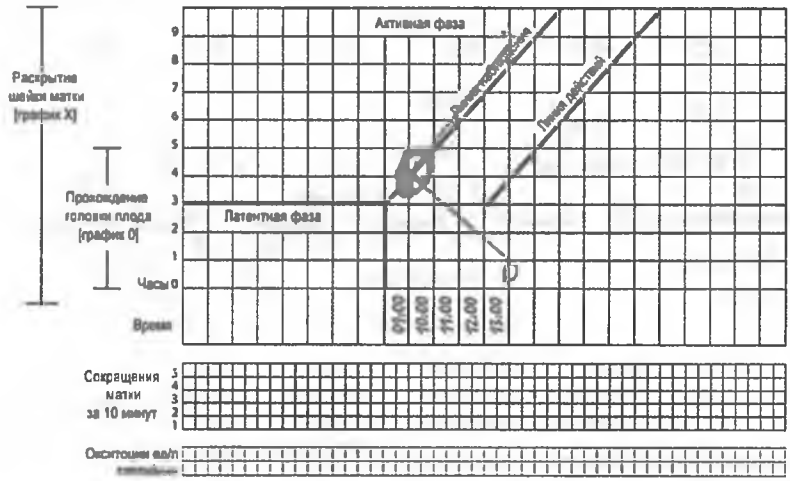


11-расм. Ташқи усуллар билан ҳомила боши ҳолатини аниқлаш.

Яна шуни таъкидлаш керакки, ҳомила бошининг силжишини ҳамиша қин кўригидан олдин бевосита ташқи кўрик ёрдамида баҳолаш зарур, чунки ушбу усул қин кўригини амалга оширувчи тиббий мутахассисга пайдо бўлган клиник вазият ҳақида янада тўлиқ тасаввур ҳосил қилиш имконини беради.

Одатда, партограмма графигида ҳомила боши О белгиси билан белгиланади (12-расм). Ҳомила боши силжишини белгилаш учун партограммада 5 дан 0 гача белгилари бўлган «Филпотт ҳомила бошининг силжиши» шкаласидан фойдаланиш зарур. Бунда шуни ёдда тутиш керакки, О белгиси барча ҳолатларда ўша-ўша вертикал чизиқда Х

белигиси билан бирга жойлашади, зарурат бўлганда (туғруқнинг фаол фазасига етганда) X белгиси билан биргаликда бошқа жойга кўчирилади. Айтиш жоизки, партограммада ҳомила бошининг силжишини ўз вақтида аниқ акс эттириш тиббий мутахассисга туғруқ йўналишини тўғри кузатиб бориш, зарурат бўлган вазиятларда эса ўз вақтида ёрдам кўрсатиш имконини беради. Айрим ҳолатларда X ва O белгилари устма-уст қўйилиши мумкин (масалан, агар бачадон бўйни очилиши 4 см, бошча эса симфиз юқори четлари устида 4 бармоқда пайпасланса).



12-расм. ЖССТ партограммаси (бачадон бўйнининг очилиши ва ҳомила боши ҳолатини қайд этиш).

Шубҳасиз, бачадон қисқариши – тўлғоқлар бачадон бўйни очилиш динамикаси ва ҳомила бошининг силжиши билан бир қатордаги туғруқлар зўрайишини баҳолаш имконини берувчи муҳим мезонлардан бири бўлиб ҳисобланади. Аввалроқ айтиб ўтилганидек, партограммада туғруқ фаолияти тавсифини акс эттирувчи ва дори-дармонлардан фойдаланишни қайд этиш бўлими мавжуд (13-расм). Партограмма билан ишлаш жараёнида тиббий мутахассис шуни билиши зарурки,

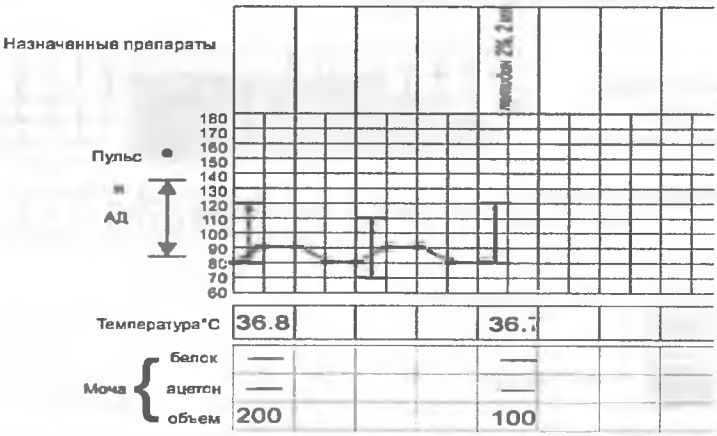
Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

«Тўлғоқлар 10 дақиқада» графасида вертикал бўйлаб ҳар бир катакча 10 дақиқа давомидаги битта тўлғоққа, горизонтал бўйлаб эса – 30 дақиқа давомидагига мос келади. Туғруқ фаолияти тавсифини кузатишда 10 дақиқа кузатув давомидаги тўлғоқларни баҳолаш тавсия этилади, динамикада эса туғруқ пайтига қадар аналогик кузатувларни ҳар 30 дақиқада такрорлаш зарур. Масалан, кузатувнинг 10 дақиқаи давомида 3 та тўлғоқ бўлса, демак, вертикал бўйлаб 3 та катакча бўялиши керак. Тўлғоқлар яққоллигини график акс эттириш учун партограммада уч хил кўринишдаги штрихлардан фойдаланилади: нуқталар (20 секунддан камроқ давомийликка эга тўлғоқлар), диагонал чизиқлар (20 дан 40 секундгача бўлган давомийликка эга тўлғоқлар) ва узлуксиз бўяш (40 ва ундан кўпроқ секунд давомийликка эга тўлғоқлар) (13-расм). Яна шуни таъкидлаш керакки, туғруқлар давомида у ёки бу турдаги дори воситаларидан фойдаланилганда (туғруқ фаолияти суст бўлганда окситоцинни вена ичига киритиш билан туғруқ стимуляцияси) уларни партограммада қайд этиш лозим. Окситоцин киритилган ҳолатларда мос келувчи катакчаларда окситоцин Бир/л эритмаси концентрацияси (катакчаларнинг юқори қаторига), шунингдек, унинг эритмаси томчиларда бир дақиқада инфузия тезлиги (катакчаларнинг пастки қатори) қайд этилиши керак. Қайдларни ҳар 30 дақиқада амалга ошириш зарур.

13-расм. ЖССТ партограммаси (туғруқ фаолияти интенсивлиги ва туғруқ стимуляцияси кўрсаткичлари акс эттирилиши).

Бундан ташқари ушбу дастур тиббий хизматчига туғруқ фаолияти динамикасини кузатиш имконини беради, у орқали ҳам туғруқлар давомида ҳомила ҳолати бўйича фикр юритиш мумкин. Аввалроқ қайд этилганидек, партограммада динамикада ҳомила юрак уриши сони, ҳомила атрофи сувлари тавсифи, шунингдек, ҳомила боши конфигурацияси қайд этиладиган бўлим мавжуд (14-расм).

14-расм. ЖССТ партограммаси (ҳомиланинг юрак уриши сони, ҳомила атрофи суви тавсифи ва ҳомила боши конфигурациясини қайд этиш).



15-расм. ЖССТ партограммаси (туғаётган аёлнинг умумий ҳолати).

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

4 ва 14-расмлардан ҳам кўриш мумкинки, ҳомила юрак уриши сони ҳар яорим соатда партограмманинг юқори қисмида битта узлуксиз чизиққа бирлашувчи нуқталар билан қайд этиб борилади.

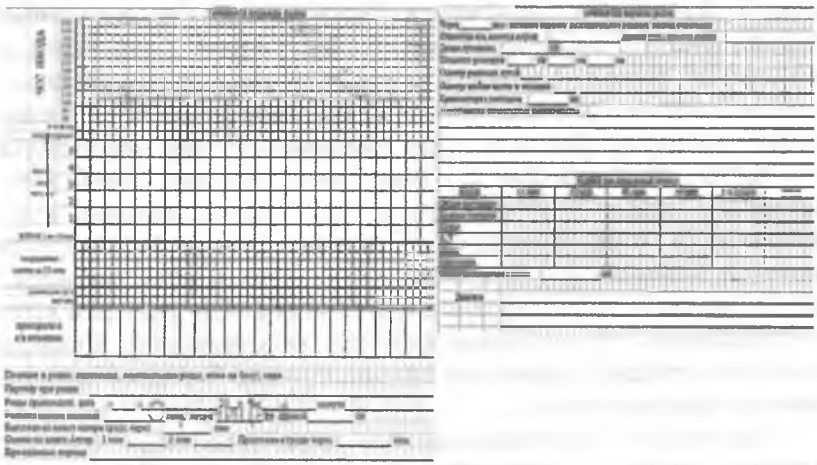
Ҳомила атрофи суви тавсифини белгилаш учун қуйидаги шартли қисқартмалардан фойдаланилади: 1) шаффоф – «П»; 2) қон билан бўялган – «К»; 3) меконий билан бўялган – «М»; 4) қоғаноқ парда бутун «Ц» билан белгилаш зарур. Бунда шуни ҳам билиш зарурки, қоғаноқнинг бутунлиги ва қоғаноқ сувининг рангини ҳар бир қин кўриги пайтида қайд этиб бориш зарур (ҳар 4 соатда).

Ҳомила боши суяклари конфигурацияси ҳам туғруқ фаолияти интенсивлигини муҳокама этиш ва обструкция билан чаноқ-бош диспропорцияси ривожланишини башоратлашнинг муҳим мезонлардан бири ҳисобланади. Филлотт тавсияларига мувофиқ ҳомила боши конфигурациясининг бир нечта даражаси бўлиши мумкин: 1) ҳомила бош суяги бир-бирига тутуашмайди, чоклар енгил пайпасланади, партограммада «0» билан белгиланади (ноадекват туғруқ фаолияти ва ҳомиладорлик муддатидан ўтиб кетганда кузатилиши мумкин); 2) суяклар бир-бири билан енгил туташади, бироқ чоклар фарқланади, партограммада «+» билан белгиланади; 3) бош суяги четлари бир-бирига киришган, бироқ чокларда фарқ бор, партограммада «++» кўринишида қайд этилади; 4) ҳомила бош суяги ҳаддан ташқари бир-бирига киришган, чоклар фарқланмайди, партограммада «+++» кўринишида белгиланади (қоидага кўра обструкциянинг бошланиши белгиси ҳисобланади). Ҳомила бош суяги конфигурациясини баҳолашни ҳар бир қин кўригида амалга ошириш лозим.

Ва ниҳоят, партограмма туғруқлар давомида онанинг умумий ҳолатини ҳам баҳолаш имконини беради (15-расм). 4 ва 15-расмларга мувофиқ онанинг ҳолатини кузатиш бўйича барча натижалар вақт шкаласига тўлиқ мувофиқ ҳолда партограмманинг пастки қисмида қайд этилади. Фойдаланилган дори дори воситасилари ва вена ичи эритмалари графикнинг бўш катакларида кўрсатилади. Артериал босим, пульс, ҳарорат партограмманинг мос келувчи

катакчаларида мунтазам равишда қайд этиб борилади. Партограммада нуқталар билан қайд этилган пульсни ҳар ярим соатда ёзиб бориш зарур. Систолик ва диастолик артериал босим чизиқлари ўртасида қайд этиладиганартериал босим ҳамда ҳароратни ҳар 4 соатда, зарурат бўлганда эса тез-тез ўлчаб туриш керак. Ушбу бўлимда аёлнинг ҳар бир пешобида ажралган сийдик миқдори ҳажми қайд этилиши зарур (аёлга ҳар 2 соатда сийиб туришни таклиф қилинг). Зарурат бўлганда ундаги оқсил ва ацетонни аниқлаш учун сийдикни олиб қўйиш зарур.

Юқорида айтиб ўтилганидек, туғруқнинг иккинчи даврида аёлни кузатиб бориш имконини берувчи махсус бланкалар бўлмаган ҳолатларда биринчи босқич тугалланиши бўйича дастурни олиб боришни давом эттириш мумкин. Ўзбекистон Республикаси Акушерлар ва Гинекологлар Ассоциацияси томонидан аналогик партограмма ишлаб чиқилган ҳамда амалиётга татбиқ этилган (16-расм).



16-расм. Туғруқнинг 2 ва 3-босқичларида аёлни кузатиб бориш учун партограмма.

Ушбу Ассоциация тавсияларига мувофиқ туғруқнинг кучаниш даврида тиббий хизматчи ҳомила юрак уришини ҳар 5 дақиқада эшитиб кўриши ва баҳолаши, ҳар 2 соатда аёлнинг тана ҳароратини ўлчаши, ҳар соатда эса унинг пульси ва

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

артериал босимини аниқлаши зарур. Туғруқ фаолияти тавсифини ҳар 15–30 дақиқада кузатиб бориш тавсия этилади. Туғруқнинг учинчи даврида эса аёлнинг тана ҳарорати, артериал босими ва пульсини ҳар 15 дақиқада ўлчаб туриштавсия этилади.

Хулоса қилиб айтиш мумкинки, ЖССТ партограммаларида фойдаланилган мавжуд асосланган маълумотларга мувофиқ туғруқларни олиб бориш туғруқлар сифатини аҳамиятли яхшилаш, шунингдек, перинатал ҳамда оналар касалланиши ва ўлими ҳолатларини камайтириш имконини беради.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. [No authors listed], World Health Organization partograph in management of labo ur. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme // Lancet, 1994. – Vol. 343 (8910). – P. 1399–1404.

2. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO, Copenhagen, 2002.

3. Friedman E.A. The graphic analysis of labor / Friedman E.A. // Amer. J. Obstet. Gynecol.,1954. – Vol. 68 (6). – P. 1568–1575.

4. Lavender T. Effect of Different Partogram Action Lines on Birth Outcomes: A Randomized Controlled Trial / Lavender T., Alfirevic Z., Walkinshaw S. // Obstet. Gynecol., 2006. – Vol. 108. – P. 295–302

5. Philpott R. H. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. I. The alert line for detecting abnormal labour / Philpott R.H., Castle W.M // J. Obstet. Gynaecol. Br.Commonw, 1972. – Vol. 79. – P. 592–598.

6. Philpott R. H. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. II. The action line and treatment of abnormal labour / Philpott R. H., Castle W. M // J. Obstet. Gynaecol. Br.Commomw, 1972. – Vol. 79. – P. 599–602.

7. Preventing prolonged labour a practical guide The Partograph, Part I, Principles and Strategy, 1994 WHO.

8. Preventing Prolonged Labour: a practical guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Geneva, 1994.

9. Romero R. Emanuel A. Friedman, MD. Giants in Obstetrics and Gynecology / Romero R. // Am. J. Obstet. Gynecol., 2016. – dx. doi. org/10.1016/j. ajog. 2016.07.034.

10. Studd J. Partograms and Nomograms of Cervical Dilatation in Management of Primigravid Labour / Studd J. // British Medical Journal, 1973, 4, 451–455.

11. Value of the alert and action lines on the partogram / Lancet. – 1992. – Vol. 339 (8805). – P. 1336–1338.

12. World Health Organization. The application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicenter study 1990–91. Maternal Health and Safe Motherhood programme, Geneva, 1994 (WHO document WHO/FHE/MSM/944).

13. World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour / Lancet, 1994. – Vol. 343. – P. 1399–1404.

14. Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Ташкент, 2013.

ТУҒРУҚЛАРНИНГ КОНИКАРСИЗ РИВОЖЛАНИШИ. ТУҒРУҚ ФАОЛИЯТИНИНГ СУСТЛИГИ. ЧАНОК-БОШ ДИСПРОПОРЦИЯСИ

Узоқ чўзилган туғруқларни қоидага кўра нафақат оналар ўлимининг асосий сабаби, шу билан бирга ногиронликнинг энг муҳим ва кенг тарқалган сабаблари қаторига киритиш мумкин. Жуда кўп ҳолатларда узоқ чўзилган туғруқлардаги ўлим ҳолатлари инфекцион асораталар ривожланиши, бачадоннинг йиртилиши, чилла даврида қон кетишлар сабабли кузатилади. Шуни эсдан чиқармаслик керакки, узоқ чўзилган туғруқлар ҳомила учун ҳам асфиксия ёки травматик шикастланишлардан ўлим кўринишидаги фатал оқибатларга олиб келиши мумкин.

Туғруқларнинг қониқарсиз ривожланиши

Туғруқнинг қониқарсиз ҳолатини ташхислаш учун (туғруқ фаолиятининг бузилиши) нормал туғруқларни аниқлашни тушуниш зарур. Туғруқ фаолиятининг нормал ривожланиши мунтазам равишда силлиқлашиш ва бачадон бўйнининг очилишига олиб келувчи бачадон қисқариши, шунингдек, ҳомила боши силжиши билан аниқланади. Табиий туғруқ йўли орқали асоратларсиз туғруқларнинг минглаб тарихи тадқиқ этилганда туғруқ фаолияти ривожланишининг муҳим пайти ва аниқ вақт доираси бўлиши аниқланди. Бу муҳим пайтга мувофиқ келмаслик туғруқ фаолиятининг нохуш натижалар хавфини оширувчи бузилишидан дарак беради. Шундай қилиб, туғруқ фаолиятининг бузилиши акушер ва акушер-гинекологга янада сергакроқ бўлиш кераклигин ва она ва бола учун минимум даражада хавф туғдирувчи туғруқларни олиб боришнинг муқобил усулларидан фойдаланиш эҳтимолини ҳам кўриб чиқиш зарурлигини билдиради.

1954 йилда Фридман томонидан олиб борилган тадқиқотда туғруқларнинг уч даври аниланган эди:

- туғруқнинг биринчи даври бачадон бўйнининг тўлиқ очилишига олиб келувчи бачадон қисқариши билан бошланади. Биринчи босқич латент ва фаол фазаларга бўлинади. Латент фазада бачадон мунтазам қисқармайди, бироқ бачадон бўйни секин-аста ва мунтазам равишда силлиқланади ҳамда очилиб

боради. Фаол фазада бачадон бўйни очилиши ва ҳомила бошининг силжиши тезроқ кечади. Одатда, фаол фаза бачадон бўйни 3–4 см очилиши билан бошланади ва тезлашиши, плато ва секинлашиш босқичларига бўлинади;

- туғруқнинг иккинчи даври бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан бошланади ва бола туғилиши билан ниҳоясига етади;
- туғруқнинг учинчи даври ҳомила чиқарилгандан кейин бошланади ва йўлдош туғилиши билан ниҳоясига етади.

Туғруқ фаолиятининг бузилиши туғруқнинг нормал кечишига мос келмайдиган белгилар билан аниқланади.

ЖССТ партограммаси туғруқларнинг қониқарсиз ривожланиши ҳолатларида «эрта огоҳлантиришлар тизими» ҳисобланади.

Туғруқларнинг қониқарсиз ривожланиши белгилари:

- латент фазанинг 8 соатдан кўпроқ бўлиши;
- бачадон бўйни очилиш графиги партограммада кузатув чизиғидан чапда жойлашади;
- аёл туғруқларда 12 соат ва ундан кўпроқ вақт бўлади (узоқ чўзилган туғруқлар).

ЖССТ томонидан тақдим этилган туғруқларнинг қониқарсиз ривожланиши таснифи:

- сохта тўлғоқлар;
- узоқ чўзилган латент фаза;
- узоқ чўзилган фаол фаза: чаноқ-бош диспропорцияси/ обструктив туғруқлар ёки заиф туғруқ фаолияти.

Сохта тўлғоқлар

- агар биринчи вагинал кўрикда бачадон бўйни очилиши бўлмаса, унда туғруқ фаолияти бошланганлиги ташхиси қўйилиши мумкин эмас;
- агар тўлғоқлар давом этса, 4 соатдан кейин бачадон бўйнининг очилиши ва ҳолатнинг ўзгарганлигини текшириш учун қайта кўрикдан ўтказиш лозим. Ушбу босқичда бачадон бўйнининг очилиши ва силлиқлашиши туғруқларнинг бошланганлигини тасдиқлаш имконини беради (туғруқларнинг 1-даври латент фазаси); агар бачадон бўйнида ўзгаришлар бўлмаса, бундай ҳолатда «сохта тўлғоқлар» ташхиси қўйилади. «Сохта тўлғоқлар» ташхиси қўйилганда аёлни туғруқ бўлимидан

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

чиқариш ва унга туғруқ белгилари бўлган ҳолатда стационарга қайтиб келишини тавсия этиш зарур.

Узоқ чўзилган латент фаза

Узоқ чўзилган латент фаза ташхиси ретроспектив қўйилади:

- тўлғоқлар тўхтаб қолади, аёлга унда сохта тўлғоқлар бўлганлиги айтилади;
- тўлғоқлар мунтазам бўлиб боради ва бачадон бўйни 4 см гача очилади, аёлга туғруқларнинг латент фазасида бўлганлиги айтилади.

Сохта тўлғоқларни нотўғри ташхислаш ёки узоқ чўзилган латент фаза кераксиз индукциялар ва туғруқ фаолиятининг стимуляцияларига олиб келади, бу ўз навбатида кераксиз кесарча кесиш ёки амниотомияларга сабаб бўлиб қолиши мумкин.

Агар аёлда бачадон фаоллиги ва бачадон бўйнининг 3 см дан камроқ очилиши бўлса, вагинал кўрикларни амалга ошириш ва ҳар 4 соатда бачадон бўйни очилишини текшириш лозим:

- агар олдинги вагинал кўрикларга солиштирилганда бачадон бўйнининг очилиши ва силлиқлашишида ҳеч қандай ўзаришлар бўлмаса ҳамда ҳомила ҳолати қониқарли бўлса, ташхисни қайта кўриб чиқиш зарур. Эҳтимол, туғруқ фаолияти ҳали бошланмаган ва «сохта тўлғоқлар» мавжуд;
- агар бачадон бўйни очилиши ва силлиқлашиш даражаси навбатдаги вагинал кўрикда ўзгарса (очилишнинг ижобий динамикаси бўлса), унда «туғруқларнинг 1-даври латент фазаси» ташхиси қўйилади;
- агар туғруқларнинг 1-даври латент фазаси аввалроқ ўрнатилган ва партограммада қайд этилган, давомлилиги бўйича 8 соатга етган ва 1-босқич фаол фазасига ўтмаган бўлса (бачадон бўйни секин очилади ва 8 соат ўтгач ҳам 3 см га етмайди), унда «туғруқлар 1-даврининг узоқ чўзилган латент фазаси» ташхиси қўйилади. Бундай ҳолатда кўрсатмалар бўлганда 2 соатдан кейин окситоцин билан туғруқ стимуляцияси ва ва амниотомия кўрсатилган. Сўнг ҳар 4 соатда вагинал кўрикларни амалга ошириш зарур. Агар аёл окситоцин киритиш бошланганидан 8 соат ўтиб ҳам фаол фазага ўтмаса, туғруқларни кесарча кесиш йўли билан ниҳоясига етказиш лозим.

Шундай қилиб, туғруқларнинг 1-даври узоқ чўзилган латент фазаси белгилари бўлиб қуйидагилар ҳисобланади:

- бачадон қисқаришларининг мавжудлиги;
- бачадон бўйнининг очилиш динамикаси секинлашган (8 соат ўтиб ҳам аёл туғруқларнинг 1-даври фаол фазасига ўтмайди).

Узоқ чўзилган фаол фаза

Ушбу ташхис агар туғруқ фаолияти фаоллиги бўлганда бачадон бўйни очилиш графиги партограммада кузатув чизиғидан ўнгга силжиган ҳолатдагина ваколатли бўлади. Бундай ҳолатда бачадон қисқаришларини баҳолаш зарур:

- агар тўлғоқлар етарлича бўлмаса (10 дақиқа давомида 3 тадан камроқ тўлғоқ, ҳар бир тўлғоқ 40 секунддан камроқ давом этади), унда бу – туғруқ фаолиятининг сустлиги бўлади. Амниотомияни амниотомик илгак ёки Кохер қисқичлари билан амалга ошириш керак. Туғруқларда қўллаб-қувватлашнинг умумий усуллари, яъни вертикал ҳолат, партнёр иштироки, оғриқсизлантиришнинг нофармакологик усуллари, суюқлик ва овқат истеъмол қилиш, аёл билан меҳрибонларча мулоқот қилиш ва жисмоний қўллаб-қувватлаш, тўғри маълумотларни тақдим этиш ва аёлнинг ҳисларини ҳурмат қилиш тўлғоқларни яхшилаш ва туғруқ фаолиятини тезлаштириши мумкин;
- агар тўлғоқлар фаол бўлса (10 дақиқа давомида 3 та тўлғоқ, ҳар бир тўлғоқ 40 секунддан кўпроқ давом этади), чаноқ-бош диспропорциясига шубҳа қилиш мумкин.

Туғруқларнинг 1-даври фаол фазасининг қониқарли ривожланиши ўз ичига қуйидаги иккита асосий параметрни қамраб олади:

- фаол тўлғоқлар – 10 дақиқа давомида 3–4 та тўлғоқ, ҳар бир тўлғоқ 40 секунддан кўпроқ (60 секундгача) давом этади;
- 1 соатда бачадон бўйнининг 1 см очилиши (биринчи марта туғаётганларда ҳам, қайта туғаётганларда ҳам).

Узоқ чўзилган фаол фаза: чаноқ-бош диспропорцияси (ЧБД), обструктив туғруқлар

Чаноқ-бош диспропорцияси бу – бачадон бўйни очилишининг иккиламчи тўхташи ҳамда яхши тўлғоқлар бўлганда ҳомила олдинда келувчи қисмининг силжиши.

ЧБД сабаблари:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

1. анатомик тор чаноқ.
2. Ҳомиланинг катталиги, баъзан – гидроцефалия.
3. Ҳомила бошининг нотўғри жойлашиши (ўқсимон чокнинг юқорида тик туриши, ҳомила бошининг ёзилиб келиши, бошининг асинклитик жойлашиши).

ЧБДнинг тахминий омиллари:

1. Муддатидан ўтган ҳомиладорлик.
2. Энса олдинда келишининг орқа кўриниши.
3. Онанинг паст бўйи (<150 см).
4. Онада семизлик (ҳомиладорликкача вазни ИМТ>30).

Бизда ЧБДни олдин айтиб бериш имкони йўқлиги ҳақида яхши асослар мавжуд ҳамда олдиндан айтишга бўлган уринишлар натижалар яхшиланмай туриб кесарча кесишлар сонини икки баробар ошириши мумкин.

ЧБД ташхислашда клиник пельвиометрия чекланган қийматга эга.

Қуйидагилар ЧБДга шубҳа қилиш имконини берувчи белгилар ҳисобланади:

- туғруқ фаолияти – фаол;
- бачадон бўйни очилиш графиги кузатув чизиғидан чапда (бироқ ҳаракатлар чизиғигача етмаган);
- бачадон бўйни очилишининг узоқ чўзилган динамикаси;
- ҳомила олдинда келувчи қисми ҳаракатининг узоқ чўзилган динамикаси.

ЧБДга шубҳа қилинганда қуйидаги чораларни амалга ошириш зарур:

- доимий амниотомия;
- туғруқ пайтида қулай шароитни яратиш (овқат ва суюқлик истеъмол қилиш, индивидуал туғруқ хонаси, туғруқлар пайтида партнёрнинг иштирок этиши, вертикал ҳолат, туғруқлар пайтида ҳаракатланиш имкони (айниқса, юриш), сийдик пуфагини тез-тез бўшатиш, маълумот билан таъминланганлик);
- ҳар 2 соатда қин кўрикларни амалга ошириш;
- агар амниотомия ва туғруқ учун қулай шароитлар яратилгач, 2 соатдан кейин бачадон бўйни очилишининг ижобий динамикаси (1 см/соат) ва ҳомила олдинда келувчи қисми ҳаракати кузатилса, туғруқларни олиб боришни табиий

туғруқ йўллари орқали давом эттириш зарур. Бунда бачадон бўйни очилиш графиги партограммада чап томонда ёки ҳаракатлар чизиғидан ўнгда жойлашиши мумкин;

- агар олиб борилган чора-тадбирлардан кейин бачадон бўйни очилишининг ижобий динамикаси (1 см/ соатдан камроқ) ва ҳомила олдинда келувчи қисми силжиши кузатилмаса ҳамда бачадон бўйни очилиш графиги партограммада ҳаракатлар чизиғига етса ёки ундан ўнгроққа кетса – чаноқ-бош диспропорцияси ташхиси қўйилади.

Қуйидагилар чаноқ-бош диспропорциясининг асосий белгилари бўлиб ҳисобланади:

- туғруқ фаолияти фаол;
- бачадон бўйни очилишининг иккиламчи тўхташи;
- ҳомила олдинда келувчи қисми ҳаракатининг тўхташи (бошининг битта чаноқ бўшлиғида узоқ вақт туриб қолиши);
- бошчанинг қўйилиши ва туғруқ механизмларининг аҳамияти, чаноқнинг торайиш шаклига хос хусусиятлар;
- ҳомила бошининг яққол ифодаланган аниқ конфигурацияси (2–3-даража);
- Вастен белгисининг «тенглиги» мавжудлиги;
- сийдик пуфагининг сиқилиши симптоми (сийишга қийналиш);
- бачадон бўйни очилиш графигининг партограммада ҳаракатлар чизиғига етиши.

Шуни эсдан чиқармаслик керакки, ЧБДнинг энг муҳим диагностик мезонлари бу – адекват бачадон қисқариши бўлишига қарамасдан ҳомила олдинда келувчи қисми силжиши ёки бачадон бўйни очилиш динамикасининг бўлмаслиги.

ЧБД ташхиси қўйилгандаги тактика – ҳомила тириклигида кесарча кесиш, ҳомила ўлик бўлганда ҳомилани олиб ташлаш операцияси. Агар операция орқали туғруқ амалга оширилмаса, унда обструктив туғруқлар ривожланади.

Узоқ чўзилган фаол фаза: обструктив туғруқлар

Обструктив туғруқларни тасдиқловчи туғруқлар:

- бачадон бўйни очилиши ҳамда ҳомила олдинда келувчи қисми силжишининг иккиламчи тўхташи;
- ҳомила бош суягининг иккинчи даражали силжиши;

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

- бачадон бўйнининг ҳомила олдинда келувчи қисмига ёмон туташиши;
- бачадон бўйнининг шишиши;
- бачадон пастки сегментининг чўзилиши;
- ретракцион ҳалқанинг пайдо бўлиши;
- муддатидан илгари натижасиз ихтиёрсиз кучанишларнинг пайдо бўлиши;
- она ва ҳомила дисстресси.

Операция қилинмаган бачадоннинг йиртилиши, одатда, обструктив туғруқлар туфайли юзага келади.

Обструктив туғруқлардаги тактика

Агар ҳомила тирик, бачадон бўйни тўлиқ очиқ ва ҳомила боши «0» бўшлиқда ёки пастроқда бўлса – вакуум-экстракцияни амалга ошириш лозим. Агар ҳомила тирик, бироқ бачадон бўйни тўлиқ очилмаган бўлса ёки агар ҳомила боши вакуум-экстракция учун жуда баландда жойлашган бўлса, кесарча кесиш амалга оширилади. Агар ҳомила ўлик бўлса, карниотомияни олиб бориш керак (агар акушер карниотомияни ўтказиш учун етарлича тажрибага эга бўлмаса, кесарча кесишни амалга ошириш мумкин).

1-жадвал. ЖССТ ташхислари билан классик акушерлик ташхисларини таққослаш

Классик акушерлик	ЖССТ
I даражали клиник тор чаноқ – бирмунча номувофиқлик	Туғруқларнинг 1-даври узоқ чўзилган фаол фазаси ёки туғруқларнинг узоқ чўзилган 2-даври
II даражали клиник тор чаноқ – аҳамиятли номувофиқлик	Чаноқ-бош диспропорцияси
III даражали клиник тор чаноқ – абсолют номувофиқлик	Обструктив туғруқлар

Кесарча кесиш операция йўли билан туғдириш туғруқларнинг 1-даври узоқ чўзилган фаол фазаси ва адекват туғруқ фаолиятини бачадон бўйни очилиш графиги

партограммада кузатув чизиғига етган пайтда ҳам амалга ошириш мумкин. Бундай ҳолатга қуйидагилар киради:

- пешона билан жойлашиш;
- ўқсимон чокнинг юқори тик туриши;
- орқа тепа суягининг олдинда келиши;
- юз билан олдинда келишнинг орқа кўриниши (энгак бўйича).

Узоқ чўзилган фаол фаза: туғруқ фаолиятининг сустлиги

Агар бачадон бўйни очилиш графиги кузатув чизиғидан ўнгга силжиса, тўлғоқлар етарлича бўлмайди, чаноқ-бош диспропорцияси эса истисно этилади, фаол фаза узоқ чўзилишининг энг катта сабаби бўлиб туғруқ фаолиятининг сустлиги ҳисобланади.

Қайта туғаётган аёлларда биринчи марта туғаётганларга нисбатан тўлғоқларнинг етишмаслиги камдан-кам кузатилади. Шунинг учун окситоцин билан туғруқ фаолияти стимуляциясини бошлашдан олдин чаноқ-бош диспропорциясини истисно этиш керак (кўпинча биринчи марта туғаётганларда учрайди).

Туғруқ фаолиятининг сустлигидаги тактика:

- амниотомияни олиб бориш (агар қоғаноқ суви кетса, унда 2 соат давомида туғруқ сустлигини бартараф этиш бўйича дори-дармонсиз чораларни қўллаш тавсия этилади: ҳамроҳ иштироки, вертикал ҳолат, овқатланиш ва суюқлик ичиш, маълумот билан таъминланганлик ва туғаётган аёлнинг қўллаб-қувватланиши);
- агар яхши туғруқ фаолияти амниотомия (ва/ёки дори-дармонсиз чоралар)дан 2 соат ўтиб ҳам бошланмаса, окситоцин юборишни бошлаш зарур (қин кўригидан кейин);
- кучли тўлғоқлар билан яхши туғруқ фаолияти бошлангандан кейин 2 соат ўтиб бачадон бўйни очилиш тезлигини қин кўригида текшириш;
- агар динамика бўлса, унда окситоцинни боришни давом эттирилади ва ҳар 4 соатда навбатдаги қин кўриклар амалга оширилади (туғруқ фаолиятининг ижобий ривожланишида табиий туғруқ йўли орқали туғруқларни ниҳоясига етказиш зарур, ҳатто агар бачадон бўйни очилиш графиги кузатув чизиғидан ўнгга силжиса ҳам);

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

- туғруқ стимуляцияси бошлангандан кейин яхши туғруқ фаолияти ўрнатилгунга қадар қин кўрикларини олиб боришнинг зарурати йўқ;
- туғруқ стимуляциясида ҳомиланинг юрак уриши доимий электрон мониторинги кўрсатилган;
- туғруқ фаолиятининг самарасиз стимуляциясида кесарча кесишни амалга ошириш зарур.

Ўтмишда заиф туғруқ фаолиятида гомеопатик дори воситасилар, турли спазмолитиклар, эстрогенлар, релаксин, кўкрак учлари стимуляцияси, гиалуронидазаларнинг интрацервикал инъекциялари, бачадон бўйнининг вибромассажи ва акупунктура каби воситалар қамраб олинган. Бешта назоратли синовлар (намуналарни 8000 дан ортиқ аёл ташкил этди) орқали туғруқ бўлимларининг уй шароити (яъни туғруқ хоналари ёки туғруқ марказларида) ҳамда анъанавий туғруқ палаталари/бўлимлари самарадорлиги таққосланди. Уй шароитидаги туғруқ бўлимида туққан аёлларда ўртача ҳисобда оғриқ қолдирувчи дори воситасилар кам талаб этилди, туғруқ фаолиятини стимуляция қилиш учун камроқ окситоцин киритилди, бундан ташқари уларда туғруқлардан ижобий таассуротларни олиш имкони кўпроқ бўлди.

Яққол афзаллик ва туғруқлар пайтида қўллаб-қувватлаш билан боғлиқ маълум хавфларнинг йўқлиги сабабли барча саъй-ҳаракатлар туғаётган аёллар нафақат яқинлари томонидан, балки малакали тиббий мутахассислар томонидан ҳам қўллаб-қувватланишига қаратилиши керак. Тадқиқотлар натижалари тасдиқлашича, туғруқлар жараёнида аёлга ҳамроҳлик қилувчи шахснинг борлиги туғруқларнинг тезроқ якунланиши ҳамда окситоцин қўлланиш ҳолатлари сонининг камайишига олиб келади. Доимий асосда аёлларга таклиф этилиши керак бўлган тактил қўллаб-қуватлаш ва оғзаки далда бериш ўз ичига партнёрнинг доимий ҳароҳлигини қамраб олади (қачонки аёл буни ўзи хоҳласа). Бир нечта тадқиқот натижаларининг гувоҳлик беришича, чалқанча ётиш ҳомила ҳолатига ҳам, туғруқ фаолияти кучайишига ҳам салбий таъсир кўрсатади, негаки бундай ҳолатда бачадонда қон айланиши секинлашади ва бачадон тўлғоқлари самарадорлиги камаяди. Бундан аёл ҳолатини тез-тез ўзгартириш орқалигина қочиш мумкин. Бугунги кунда туғруқ

жараёнида чалқанча ётиш ҳолатини қўллаб-қувватловчи асослар мавжуд эмас.

Окситоцин юбориш

Окситоциннинг турли аёллар учун самарали миқдори ҳам ҳар хил.

Вена ичигага қуйиш учун мўлжалланган эритмалар (декстроза ёки натрий хлорнинг физиологик эритмаси)да эритилган окситоцинни инфузия тезлигини секин-аста ошириш орқали яхши туғруқ фаолияти ўрнатилгунга қадар (10 дақиқа давомида учта тўлғоқ, ҳар бири 40 секунддан кўпроқ давомийликка эга) эҳтиётқорлик билан киритиш зарур. Окситоциндан ўта эҳтиётқорлик билан фойдаланиш зарур, негаки гиперстимуляция ҳомилада дистресс ривожланишига, камдан-кам ҳолатларда эса – бачадоннинг йиртилишига олиб келиши мумкин. Қайта туғаётган аёлларда бачадон йиртилишининг катта эҳтимоли мавжуд. Окситоцин инфузияси туфайли яхши туғруқ фаолияти ўрнатилиши билан то чақалоқ туғилгунга қадар дори воситасини киритишнинг ўша тезлигини сақлаб қолиш зарур.

Окситоцин қабул қилаётган аёл ҳолатининг чуқур мониторинги олиб борилиши керак: пульси ва қон босими, тўлғоқлар тавсифи ва ҳомиланинг юрак уриши қайд этиб борилади.

Окситоцинни киритиш методикаси

Туғруқ стимуляциясининг турли-туман схемалари мавжуд, хусусан, паст ва юқори миқдорлардаги туғруқ стимуляцияси.

Окситоциннинг паст и (аста-секинлик билан паст миқдордан юқори миқдорга кўтариб бориш) ҳамда юқори миқдорлари таққослаш қуйидагиларни кўрсатди:

- паст миқдорлардан фойдаланиш туғруқлардаги оператив аралашувлар сони ошишига олиб келмайди;
- окситоциннинг паст миқдорини секин-аста ошириб бориш (оширишлар ораси 30 дақиқадан ошмаслиги керак) бачадоннинг юқори қисқарувчанлиги ҳолати сонининг камайишига олиб келади;
- окситоциннинг паст миқдорларини қўллаш туғруқлар давомийлиги ошишига олиб келмайди;

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

- окситоциннинг юқори миқдорларини қўллаш жадал туғруқлар сонининг ошишига олиб келади;
- окситоцин миқдорини ошириб боришни ўз ичига олган схема (ҳар 30–60 дақиқада) қуйидагиларга олиб келади:
- камдан-кам ҳолларда ортиқча бачадон қисқаришлари пайдо бўлади;
- қин орқали туғишлар сони ортади;
- чилла даврида камдан-кам ҳолларда инфекциялар ва қон кетишлари кузатилади;
- кесарча кесиш миқдорининг камайиш тенденцияси мавжуд.

Қин орқали простагландинлар қабул қилинганидан кейин 6 соат давомида окситоцинни киритишни бошлаш мумкин эмас. Ҳомила пардаси бутун бўлган аёлларда окситоцинни киритишни бошлашдан олдин амниотомия қилиниши керак.

Туғруқ стимуляциясида қуйидаги схема тавсия этилади:

- бошланғич миқдор бир дақиқада 1–2 ХБир;
- ҳар 30 дақиқадан камр муддатда миқдорни ошириш мумкин эмас;
- мақсад – ҳар 10 дақиқада давомийлиги 40 секунддан кўпроқ бўлган уч-тўртта тўлғоққа эришиш;
- кўп ҳолларда 12 ХБир да ҳам етарлича тўлғоққа эришиш мумкин;
- ишлаб чиқарувчила кўрсатишича, максимал миқдор 20 ХБир ни ташкил этади;
- энг юқори миқдорлардан фойдаланилаётганда максимал миқдор 32 ХБир дан ошмаслиги кераклигини ёдда тутиш зарур.

Агар окситоцин 32 ХБир /дақ миқдорда қўлланилгандан кейин туғруқ фаолияти ўрнатилмаса, унда қайта туғаётган ва бачадонида чандиқ бўлган аёллар кесарча кесиш йўли билан туғдирилади.

Агар окситоцин 32 ХБир /дақ миқдорда қўлланилгандан кейин биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқ фаолияти ўрнатилмаса, унда ЖССТ окситоциннинг қуйида келтирилган янада юқори миқдорларидан фойдаланишни тавсия этади (миқдорнинг тезроқ оширилиши):

- 500 мл декстроза (ёки физиологик эритма)да 10 Бир окситоцинни 1 дақиқада 30 томчи тезлик билан киритинг;

- киритиш тезлигини адекват туғруқ фаолияти ўрнатилгунга қадар ҳар 30 дақиқада 10 томчидан кўпайтириб боринг;
- агар 1 дақиқада 60 томчи киритиш тезлигида ҳам яхши туғруқ фаолияти ўрнатилмаса (60 ХБир/дақ), туғруқ кесарча кесиш орқали амалга оширилишига кўрсатма берилади.

Окситоциннинг 500 мл га 10 Бир аралашмасидан (яъни 20 ХБир/мл) қайта туғаётган ва бачадонида чандиқ бўлган аёлларда фойдаланманг.

Акушер-гинекологларнинг турли уюшмалари, одатда, яхши туғруқ фаолияти ўрнатилгунга қадар окситоцин инфузияси тезлигини ҳар 30 дақиқада оширишга йўналтирилган туғруқ стимуляциясининг турли схемаларини таклиф этишади.

2-жадвал. Туғруқ стимуляцияси учун окситоциннинг тавсия этилган миқдорлари (RCOG, 2001). Максимал миқдор бир дақиқада 32 миллибирликдан ошмаслиги керак

Бошлангандан кейинги вақт (дақ)	Окситоцин миқдори (ХБир/дақ)	Инфузия ҳажми (мл/соат)	
		500 мл да 30 Бир эритма	500 мл да 10 Бир эритма
0	1	1	3
30	2	2	6
60	4	4	12
90	8	8	24
120	12	12	36
150	16	16	48
180	20	20	60
210	24	24	72
240	28	28	84
270	32	32	96

Окситоцин миқдорини мл/соатда томчиларда қайта ҳисоблашда (20 томчи = 1 мл) қуйидаги схемадан фойдаланиш мумкин:

- 500 мл изотоник эритмага 10 ме окситоцин аралаштирилганда:
- 1 ХБир = 3 мл/соат = 60 томчи/60 дақиқа = 1 томчи/дақиқа;
- 500 мл изотоник эритмага 5 ме окситоцин аралаштирилганда:

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

- 1 ХБир = 6 мл/соат = 120 томчи/60 дақиқа = 2 томчи/дақиқа;
- 500 мл изотоник эритмага 30 ме окситоцин аралаштирилганда:
- 1 ХБир = 1 мл/соат = 20 томчи/60 дақиқа = 0,33томчи/дақиқа;
- 1000 мл изотоник эритмага 5 ме окситоцин аралаштирилганда:
- 1 ХБир = 12 мл/соат = 240 томчи/60 дақиқа = 4томчи/дақиқа;

Агар туғруқларда окситоциндан фойдаланилса, бу ЖССТ партограммасида аниқ ҳужжатлаштирилиши керак.

Туғруқ стимуляцияси учун линеоматлар бўлмаган стационарларда қуйидаги эритмаларни қўллаш энг қулай ҳисобланади:

- 500 мл изотоник эритмада 5ме окситоцин: киритишнинг бошланғич тезлиги – бир дақиқада 2 томчи;
- 1000 мл изотоник эритмада 5 ХБир окситоцин: киритишнинг бошланғич тезлиги – бир дақиқада 4 томчи.

3-жадвал. Окситоцинни вена ичига томчилатиб киритиш йўли билан туғруқ стимуляцияси схемаси (мл/соатдан қайта ҳисобланганда) (RCOG, 2001)

Бошланғандан кейинги вақт (дақ)	Окситоцин миқдори (ХБир/дақ)	Инфузия ҳажми (мл/соат)	
		500 мл да 5 Ед эритма (1 ХБир/дақ = 2 томчи)	100 мл да 5 Ед эритма (1 ХБир/дақ = 2 томчи)
0	1	2	4
30	2	4	8
60	4	8	16
90	8	16	32
120	12	24	48
150	16	32	64
180	20	40	80
210	24	48	96
240	28	56	112
270	32	64	128

4-жадвал. SOCG, 2013 тавсиялари бўйича окситоцин эритмаси билан туғруқ стимуляцияси

«Паст миқдорлар» баённомаси	
Туғруқ стимуляциясининг бошланғич миқдори	1–2 ХБир/дақ
Миқдорларнинг оширилиш интервали	30 дақиқа
Миқдорлар ошишининг карралилиги (ҳар бир ...)	1–2 ХБир/дақ
Самарали миқдор*	8–12 ХБир/дақ
Йўл қўйиладиган максимал миқдор	30 ХБир/дақ
«Катта миқдорлар» баённомси	
Туғруқ стимуляциясининг бошланғич миқдори	4–6 ХБир/дақ
Миқдорларнинг оширилиш интервали	15–30 дақиқа
Миқдорлар ошишининг карралилиги (ҳар бир ...)	4–6 ХБир/дақ
Самарали миқдор*	8–2 ХБир/дақ
Йўл қўйиладиган максимал миқдор	30 ХБир/дақ

**10 дақиқада давомийлиги 40 секунддан кўпроқ бўлган 3–4 тўлғоқ пайдо бўлувчи миқдор.*

Туғруқ фаолиятининг самарасиз стимуляцияси – мезонлари:

- киритишнинг максимал миқдорига етгандан кейин (30–32 ХБир/дақ) қайта туғаётган ҳамда бачадонида чандиқ бўлган аёлларда яхши тўлғоққа эришила олинмади (биринчи марта туғаётганларда окситоциннинг қўшимча катта миқдорларини қўллаш эҳтимоли – юқорида келтирилган йўриқномага қаранг);
- бачадон бўйни очилмайди ёки бир соатда 1 см дан камроқ тезликда очилади;

ВА/ЁКИ:

- ҳомила боши силжимайди (бош-чаноқ диспропорцияси белгилари бўлмаганда).
- туғруқ фаолиятининг самарасиз фаолияти стимуляциясида кесарча кесишга кўрсатма берилади.

Туғруқ стимуляциясининг асоратлари

Бачадон фаоллигининг юқори қисқарувчанлиги (гиперстимуляция)

«Бачадон фаоллигининг юқори қисқарувчанлиги» атамасига аниқ ҳамда ўзгармас таъриф бериш қийин. Бачадон

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

фаоллигининг юқори қисқарувчанлиги (гиперстимуляция) ҳомиланинг ўзгаришларсиз юрак қисқаришлари сони (ЮҚС) қуйидагиларни ўз ичига олади:

- бачадон тахисистолияси (камида 20 дақиқа давомида 10 дақиқада бештадан кўпроқ тўлғоқ);
- бачадон гиперсистолияси/гипертонуси (тўлғоқлар камида 2 дақиқалик давомийлик билан).

Бачадон гиперстимуляциясининг ўзгаришган ҳомила ЮҚС билан бўлиши бачадон гиперстимуляцияси синдромини кўрсатади (децелерация, тахикардия ёки қисқа муддатли вариабел децелерация каби сақланиб қолувчи ҳомила ЮҚС ўзгариши билан тахисистолия ёки гиперсистолия).

Агар бачадоннинг юқори қисқарувчанлиги ҳомила юрак уришларининг бузилиши билан бирга кечмаса, бундай ҳолатда окситоциннинг киритиш тезлигини камайтириш керак; агар бачадон гиперстимуляцияси ҳомила юрак уришларининг бузилиши билан бирга кечса, унда окситоцин инфузиясини тўхтатиб, тербуталин эритмасида токолиз олиб бориш ва ҳомила юрак уришининг бузилган ритмида туғруқни имкон тезроқ якунлаш зарур. Қабул қилинган стандартга кўра идеал ҳолатда туғруқлар 30 дақиқа давомида тугалланиши лозим.

Туғруқларнинг узоқ чўзилган иккинчи даври

(физиологик ва асоратланган туғруқларни олиб бориш бўйича клиник қўлланма. Тошкент, 2009)

Туғруқларнинг иккинчи даври бошланганлигини аниқ белгилаш туғруқ пайтида ёрдам кўрсатишнинг муҳим қисми бўлиб ҳисобланади. Шу муносабат билан ташхис қўйиш ёки уни аниқлаш жуда муҳим.

Ҳозирга қадар туғруқларнинг иккинчи даврини аниқлашнинг клиник натижаларга таъсири ўрганилган бирорта тадқиқот нашр этилгани йўқ.

Бироқ туғруқларнинг иккинчи даври аниқланишини тавсифловчи олтита тадқиқотда туғруқлар давомийлиги ўрганилишидан фойдаланилган. Аниқлашларнинг бирига кўра туғруқларнинг иккинчи даври ташхиси бачадон бўйни тўлиқ очилган пайтда қўйилади, бунда ушбу босқич ҳомила туғилиши билан ўз якунига етади. Бошқа таърифларда кўрсатилишича, туғруқларнинг иккинчи даври бачадон бўйни тўлиқ очилиши

билан бошланувчи кучаниш ҳаракатлари пайдо бўлганда бошланади ҳамда ҳомила туғилиши билан ўз якунланади. Сўнгги аниқлашлар туғруқнинг фаол ва пассив босқичларга бўлиш имконини беради. Бу аёл бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан иккинчи босқичга кириши ва олдинда келувчи қисмининг юқори туриши, кучанишлар йўқлиги ёки эпидурал анастезия олиб бориш каби ҳолатларда муайян фойдага эга.

Асоратланмаган туғруқларни олиб бориш бўйича клиник қўлланма доирасида (Тошкент, 2009) туғруқларнинг иккинчи даврини аниқлашда қуйидагилар тавсия этилади:

– туғруқларнинг пассив икинчи фазаси: беихтиёр экспульсив (кучаниш) қисқаришлар бўлмаганда бачадон бўйинининг тўлиқ очилишини белгилаш;

– туғруқларнинг фаол иккинчи фазаси бошланиши: ҳомила олдинда келувчи қисмининг чаноқ чуқурлишига тўлиқ тушиши, олдинда келувчи қисмининг ёриб чиқиши ва бачадон бўйинининг тўлиқ очилиши билан кучанишларнинг бошланиши;

– туғруқларнинг иккинчи даврида ҳар соатда вагинал кўриклар олиб борилиши зарур.

Биринчи марта туғаётганларда туғруқнинг иккинчи даври

Кўпчилик аёлларда ҳомиланинг туғилишини туғруқларнинг иккинчи даври бошлангандан кейин яқин 3 соат давомида кутиш лозим.

Туғруқларнинг узоқ чўзилган иккинчи даври ташхиси кўрсатилган вақтдан 2 соат ошгандан кейин қўйилади. Ушбу ташхис белгиланган, туғруқларнинг иккинчи даври навбатдаги 1 соат давомида тугалланиши учун зарур чоралар қабул қилиниши керак. Агар туғруқларнинг табиий йўл билан тугалланиш эҳтимоли бўлмаса, инструментал йўл билан туғдириш саволи кўриб чиқилиши лозим.

Қайта туғаётганларда туғруқнинг иккинчи даври

Кўпчилик аёлларда ҳомиланинг туғилишини туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси бошлангандан кейин яқин 3 соат давомида кутиш лозим.

Туғруқларнинг узоқ чўзилган иккинчи даври ташхиси юқорида кўрсатилган вақтдан 1 соат ўтганда қўйилади. Ушбу

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ташхис белгилангач, туғруқларнинг иккинчи даври навбатдаги 1 соат давомида тугалланиши учун зарур чоралар қабул қилиниши керак. Агар туғруқларнинг табиий йўл билан тугалланиш эҳтимоли бўлмаса, инструментал йўл билан туғдириш саволи кўриб чиқилиши лозим.

Шундай қилиб:

- биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси давомийлиги 2 соатни ташкил этади;
- қайта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси давомийлиги 1 соатни ташкил этади;
- биринчи марта ва қайта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси давомийлиги – мунозаралилигича қолмоқда.

Туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси давомийлиги – чегараланмаган. Бироқ агар туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси бошланганидан 1 соат ўтгач, навбатдаги қин кўригида ҳомила боши ҳаракати динамикаси кузатилмаса, қуйидаги муайян ҳаракатлар амалга оширилиши керак:

- ҳомила боши ҳаракати динамикаси йўқлиги сабабини таснифлаш ва баҳолаш;
- агар туғруқ фаолияти фаол бўлса – чаноқ-бош диспропорциясига шубҳа қилиш ва кесарча кесишни амалга ошириш (ЧБДнинг қўшимча белгилари бўлганда);
- агар туғруқ фаолияти нофаол бўлса – туғруқ фаолиятининг сустлигига шубҳа қилиш ва туғруқ стимуляциясининг юқорида кўрсатилган схемаси бўйича окситоцин билан туғруқ стимуляциясини бошлаш (фақат ЧБД истисно этилгандагина!). Туғруқларнинг иккинчи даврида окситоцин киритиш тезлигини ошириш ҳар 15 дақиқада олиб борилади. 1 соат ўтгандан кейин ҳам ижобий динамика кузатилмаса, операция йўли билан туғдириш масаласи кўриб чиқилади (кесарча кесиш ёки ҳомила вакуум-экстракцияси ёки акушерлик қисқичлари). Ижобий динамика бўлса – ҳар соатда қин кўригидан ўтказиш ва баҳолаш орқали туғруқларни консерватив олиб бориш.

Агар биринчи марта туғаётган аёлларда кучаниш даври 2 соатга ҳамда қайта туғаётганларда 1 соатга чўзилса ва ҳомила туғилмаса, унда қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

билан бошланувчи кучаниш ҳаракатлари пайдо бўлганда бошланади ҳамда ҳомила туғилиши билан ўз якунланади. Сўнгги аниқлашлар туғруқнинг фаол ва пассив босқичларга бўлиш имконини беради. Бу аёл бачадон бўйни тўлиқ очилиши билан иккинчи босқичга кириши ва олдинда келувчи қисмининг юқори туриши, кучанишлар йўқлиги ёки эпидурал анастезия олиб бориш каби ҳолатларда муайян фойдага эга.

Асоратланмаган туғруқларни олиб бориш бўйича клиник қўлланма доирасида (Тошкент, 2009) туғруқларнинг иккинчи даврини аниқлашда қуйидагилар тавсия этилади:

– туғруқларнинг пассив икинчи фазаси: беихтиёр экспульсив (кучаниш) қисқаришлар бўлмаганда бачадон бўйнининг тўлиқ очилишини белгилаш;

– туғруқларнинг фаол иккинчи фазаси бошланиши: ҳомила олдинда келувчи қисмининг чаноқ чуқурлишига тўлиқ тушиши, олдинда келувчи қисмининг ёриб чиқиши ва бачадон бўйнининг тўлиқ очилиши билан кучанишларнинг бошланиши;

– туғруқларнинг иккинчи даврида ҳар соатда вагинал кўриклар олиб борилиши зарур.

Биринчи марта туғаётганларда туғруқнинг иккинчи даври

Кўпчилик аёлларда ҳомиланинг туғилишини туғруқларнинг иккинчи даври бошлангандан кейин яқин 3 соат давомида кутиш лозим.

Туғруқларнинг узоқ чўзилган иккинчи даври ташхиси кўрсатилган вақтдан 2 соат ошгандан кейин қўйилади. Ушбу ташхис белгиланғач, туғруқларнинг иккинчи даври навбатдаги 1 соат давомида тугалланиши учун зарур чоралар қабул қилиниши керак. Агар туғруқларнинг табиий йўл билан тугалланиш эҳтимоли бўлмаса, инструментал йўл билан туғдириш саволи кўриб чиқилиши лозим.

Қайта туғаётганларда туғруқнинг иккинчи даври

Кўпчилик аёлларда ҳомиланинг туғилишини туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси бошлангандан кейин яқин 3 соат давомида кутиш лозим.

Туғруқларнинг узоқ чўзилган иккинчи даври ташхиси юқорида кўрсатилган вақтдан 1 соат ўтганда қўйилади. Ушбу

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ташхис белгилангач, туғруқларнинг иккинчи даври навбатдаги 1 соат давомида тугалланиши учун зарур чоралар қабул қилиниши керак. Агар туғруқларнинг табиий йўл билан тугалланиш эҳтимоли бўлмаса, инструментал йўл билан туғдириш саволи кўриб чиқилиши лозим.

Шундай қилиб:

- биринчи марта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси давомийлиги 2 соатни ташкил этади;
- қайта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври фаол фазаси давомийлиги 1 соатни ташкил этади;
- биринчи марта ва қайта туғаётган аёлларда туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси давомийлиги – мунозаралилигича қолмоқда.

Туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси давомийлиги – чегараланмаган. Бироқ агар туғруқларнинг иккинчи даври пассив фазаси бошланганидан 1 соат ўтгач, навбатдаги қин кўригида ҳомила боши ҳаракати динамикаси кузатилмаса, қуйидаги муайян ҳаракатлар амалга оширилиши керак:

- ҳомила боши ҳаракати динамикаси йўқлиги сабабини таснифлаш ва баҳолаш;
- агар туғруқ фаолияти фаол бўлса – чаноқ-бош диспропорциясига шубҳа қилиш ва кесарча кесишни амалга ошириш (ЧБДнинг қўшимча белгилари бўлганда);
- агар туғруқ фаолияти нофаол бўлса – туғруқ фаолиятининг сустлигига шубҳа қилиш ва туғруқ стимуляциясининг юқорида кўрсатилган схемаси бўйича окситоцин билан туғруқ стимуляциясини бошлаш (фақат ЧБД истисно этилгандагина!). Туғруқларнинг иккинчи даврида окситоцин киритиш тезлигини ошириш ҳар 15 дақиқада олиб борилади. 1 соат ўтгандан кейин ҳам ижобий динамика кузатилмаса, операция йўли билан туғдириш масаласи кўриб чиқилади (кесарча кесиш ёки ҳомила вакуум-экстракцияси ёки акушерлик қисқичлари). Ижобий динамика бўлса – ҳар соатда қин кўригидан ўтказиш ва баҳолаш орқали туғруқларни консерватив олиб бориш.

Агар биринчи марта туғаётган аёлларда кучаниш даври 2 соатга ҳамда қайта туғаётганларда 1 соатга чўзилса ва ҳомила туғилмаса, унда қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

- клиник вазиятни баҳолаш (туғруқ фаолиятининг сустлиги ёки чаноқ-бош диспропорцияси);
- туғруқ фаолиятининг сустлигида (айниқса, қайта туғаётган аёлларда ЧБД истисно этилгандан кейин) – окситоцин билан туғруқ стимуляциясини бошлаш + вертикал ҳолат, ҳамроҳ қўллаб-қувватлаши, аёлни овқатлантириш ҳамда сув ичириш, маълумот билан таъминлаш ва ғамхўрлик кўрсатиш. Агар туғруқ стимуляцияси бошланганидан 1 соат ўтганда ҳам ҳомила туғимаса – инструментал туғдириш (ҳомила вакуум-экстракцияси ёки акушерлик қисқичлари). Агар табиий йўл билан туғруқларни якунлаш эҳтимоли бўлмаса, кесарча кесиш орқали туғруқ амалга оширилиши керак;
- чаноқ-бош диспропорциясида – ҳомила боши 1–2-текисликда бўлганда кесарча кесиш орқали туғдириш ёки ҳомила боши 3–4- текисликда бўлганда вакуум-экстракция билан туғдириш. Агар ҳомила ўлик бўлса – краниотомия.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth A guide for midwives and doctors, WHO, 2002; 2005.

2. Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3-rd ed, 2000.

3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidencebased Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001.

4. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Induction of Labour at Term. Clinical Practice Guideline. JOGC, August 2001, No. 107.

5. SOCG. Induction of labor: Review. 2013.

6. Клиническое руководство по ведению осложненных родов. Ташкент, 2009.

7. Эффективная перинатальная помощь и уход. Акушерство. Руководство для участника. Ташкент, 2013.

БОШ ОҒРИКЛАРИ. КЎРИШ ҚОБИЛИЯТИНИНГ БУЗИЛИШИ. ТИРИШИШЛАР. ХУШДАН КЕТИШ ВА АРТЕРИАЛ БОСИМНИНГ ОШИШИ

Мингйиллик мақсадларига эриши натижалари бўйича БМТнинг 2015 йил учун ҳисоботида шу нарса кузатиладики, 1990 йилдан 2015 йилгача бўлган даврда дунё бўйича оналар ўлими 45% га камайган. Худди шунингдек, агар дунёнинг ривожланган мамлкатларида ушбу кўрсаткич 37% га камайган бўлса, унда ривожланаётган мамлакатларда ушбу кўрсаткич 46% га камайганлиги қайд этилган. 2015 йил давомида дунё бўйича 303000 атрофида оналар ўлими рўйхатдан ўтказилган, бунда уларнинг ярмидан кўпроғи Африка қитъаси мамлакатларига тўғри келади (1-расм).

1-расм. Дунё бўйича 100000 нафар тирик туғилганга нисбатан оналар ўлими кўрсаткичи (ЖССТнинг 2015 учун ҳисоботидан).

Афсуски, оналар ўлими нафақат ривожланаётган (100000 тирик туғилганларга 230 нафар), балки дунёнинг юқори ривожланган мамлакатларига ҳам хос (100000 тирик туғилганларга 16 нафар). 2-расмда Say L. ва бошқалар бошчилигида бажарилган ҳамда 2014 йил The Lancet журналида нашр этилган тадқиқот натижалари тақдим этилган. Ушбу

тадқиқот доирасида олимлар 2003 йилдан 2009 йилгача бўлган даврдаги оналар ўлимининг жамланган кўрсаткичларини таҳлил қилишган, бунда тадқиқотга 2003 йилдан 2013 йилгача бўлган маълумотлар қамраб олинган (2-расм).

2-расм. Дунёнинг ривожланган ва ривожланаётган мамлакатлари орасида оналар ўлими сабабларининг тақсимланиши.

Тақдим этилган маълумотлар асосида шу нарса аён бўладики, дунё бўйича ҳар куни вафот этаётган 830 нафар ҳомиладор ва/ёки туғаётган аёллардан 224 нафари (27%) қон кетишлардан, 116 нафари (14%) – гипертензив бузилишлар ва 93 нафари (11%) септик ҳолатлардан ўлмоқда. Бунда шуни қайд этишни истардикки, гипертензив бузилишлардан оналар ўлими кўрсаткичи дунёнинг ривожланган мамлакатларида ҳам, ривожланаётган мамлакатларида ҳам аҳамиятли фарқланмайди (мос ҳолда 12,9 ва 14,0%). Шундай қилиб, Осиё ва Африка мамлакатларида ҳомиладорликнинг гипертензив бузилишлари оналар ўлими умумий миқдорининг ўндан бир қисмига тўғри келади, бу пайтда Лотин Америкаси мамлакатларида бундай асоратлар барча оналар ўлимининг чорак қисми сабаби бўлиб ҳисобланади (3-расм). Қайд этиш керакки, бугунги кунда мавжуд маълумотларга мувофиқ гипертензив бузилишлар 13% ҳолатда ҳомиладорликнинг кечишини асоратлаши мумкин. Фақат кечиккан ёки нотўғри

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ташхис, олиб ориш ҳамда тиббий ёрдам кўрсатиш оналар ўлимига олиб келиши мумкин. Бунда дунёнинг ривожланаётган мамлакатларида ҳомиладорлар преэклампсия ривожланиши хавфига 7 марта кўп дучор бўлаётганлиги, шу билан бирга уларда преэклампсиянинг эклампсиягача зўрайиб кетиш хавфи 3 марта кўплиги, эклампсия шаклланган кейин ўлим билан туғалланган натижалар эҳтимоли 14 марта юқорилигини кўрсатувчи жуда аниқ маълумотлар мавжуд (Balancing the Scales, Engender Health, 2007).

3-расм. Дунёнинг турли мамлакатларида гипертензив бузилишлар оналар ўлими сифатида (Khan ва бошқалар томонидан берилган маълумотлар, 2006 POPPHI)

Шундай қилиб, ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни онлар ҳамда чақалоқлар касалланиши, ногирон бўлиб қолиши, шунингдек, ўлимининг муҳим сабабларидан бири сифатида кўриб чиқиш мумкин. Айрим маълумотларга кўра 50% гача муддатидан илгари ятроген туғруқлар гипертензив бузилишлар билан боғлиқ (Д.К.Нажмутдинова ва бошқ., 2016). Бу гипертензив бузилишлар бўлган аёлларда бундай бузилишлар бўлмаган аёлларга қараганда перинатал йўқотишлар пайдо бўлиш эҳтимоли 5 марта юқорилигини кўрсатувчи маълумотларнинг тўғрилигини билдиради.

Шу сабабли ҳомиладорларда гипертензив бузилишларни профилактикалаш ва даволаш мақсадида тиббий ёрдамни оптималлаштириш БМТ томонидан шакллантирилган «Мингйиллик Декларацияси»да кўрсатилган мақсадларга эришишда муҳим қадам ҳисобланади.

Айрим маълумотларга мувофиқ ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг салбий натижалари қуйидагилар билан боғлиқ: 1) антенатал ташрифларнинг етарли бўлмаган миқдори (ҳомиладорликдаги тўрттадан кам ташриф); 2) антенатал ташрифлар сифатининг етарлича эмаслиги (артериал босимни ўлчаш ва протеинурияни баҳолаш – гипертензив бузилишларни ташхислаш скрининг-усулларининг йўқлиги); 3) дунё бўйича 50% дан камроқ ҳомиладорлар малакали тиббий хизматчилар иштирокида туғади; 4) даволаш хатолари: а) исботланган маълумотларга асосланган ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишларни олиб бориш бўйича баённомаларнинг етишмаслиги; б) нотўғри ёки ноадекват антигипертензив терапия; д) магнезияли терапиянинг нотўғри қўлланиши ёки етарлича қўлланмаслиги; 5) ҳомиладорларда шошилинч акушерлик ёки неонатал ёрдамнинг чегараланганлиги (2000–2010 йиллар учун декадали ҳисоблар. «2015 йил учун ҳисоблашларнинг бошланиши», UNICEF ва ЖССТ). Шу билан бирга яна шуни қайд этиш керакки, айни пайтда гипертензив бузилишлар оғирлик даражасининг ягона таснифи мавжуд эмас, бу ҳа ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларга ўз салбий таъсирини кўрсатади.

Шунингдек, ЖССТ экспертлари фикрича, гипертензив бузилишлар туфайли юзага келган оналар ўлими ҳолатларига кўпинча бартараф этилиши мумкин бўлган ҳолат сифатида қаралиши мумкин. Худди шундай, 2006–2008 йилларда Буюк Британия Қироллигида оналар ўлими сабаблари конфиденциал кўриб чиқилганда қайд этилишича, гипертензив бузилишлар туфайли чақирилган оналар ўлими ҳолатларининг 63% олдини олиш мумкин эди, бунда гипертензив бузилишларни норационал олиб бориш 90% дан кўпроқ ҳолатда ўз ўрнига эга бўлган (Cantwell R. et al., 2011).

Шундай қилиб, мавжуд тавсияларга мувофиқ қуйидагиларни фарқлаш лозим: 1) сурункали артериал гипертензия; 2)

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

гестацион гипертензия; 3) преэклампсия (енгил, оғир); 4) эклампсия; 5) преэклампсия ривожланиши натижасида юзага келадиган сурункали артериал гипертензия. Шу билан бирга уларни ташхислашда артериал гипертензия ва/ёки аҳамиятли протеинурияниng аниқланиши муҳим скрининг мезонлардан бири бўлиб ҳисобланади.

Умумқабул қилинган тавсияларга мувофиқ систолик артериал босим (САБ)нинг ≥140 мм рт. ст. ўртача аҳамиятини артериал гипертензия деб ҳисоблаш зарур, диастолик артериал босим (ДАБ) учун эса – ≥90 мм рт. ст. Шу билан бирга айтиш жоизки, 2015 йилда ҳомиладорликлар ва туғруқларни олиб бориш бўйича Ўзбекистон Республикаси Миллий стандартига мувофиқ босимни ўлчаш енгил гипертензияда камида 4 соатлик ҳамда оғир гипертензияда 2 соатлик интервал билан амалга оширилиши зарур. Бошқача, бутунлай рационал ёндашувни, назаримизда, Канада Акушер ва Гинекологлари Жамияти (SOGC) таклиф этмоқда. Унга кўра 15 дақиқага тенг интервал билан ҳомиладорнинг фақат битта ва ўша қўлида артериал гипертония аниқланган вазиятда гипертензия деб ҳисобланиши зарур (асосланганликнинг II – 2B даражаси). Таъкидлаш керакки, бошланғич артериал босимга асосан артериал гипертензия ташхисини қўйиш имконини берувчи илгари мавжуд амалиётлар (диастолик босим бошланғич аҳамияти кўрсаткичларининг 15 мм рт. ст. ва ундан кўпроққа ошиши) – бугунги кунда келгусида қўллаш учун тавсия этиб бўлмайди.

Илгари айтиб ўтилганидек, артериал гипертензия енгил ва оғир бўлиши мумкин. Бундан ташқари бугунги кунда мавжуд тавсияларга мувофиқ камида 15 дақиқалик оралиқ билан ҳомиладорнинг битта ва фақат ўша қўлида икки карра ўлчанганда САБ – ≥160 мм рт. ст. ва/ёки ДАБ – ≥110 мм рт. ст. бўлганда гипертензия оғир деб ҳисобланади (асосланганликнинг II – 2B даражаси), Миллий стандартда эса тавсия этилган интервал 2 соатни ташкил этади. Яна шуни ҳам алоҳида айтишни истардикки, 180 мм рт. ст. га тенг ёки ундан ошувчи САБни аниқлаш имконини берувчи илгари қўлланилган амалиёт бугунги кунда кўпинча тавсия этилмайди. Резистент артериал гипертензия ташхисини уч ва ундан ортиқ гипертензив дори воситасилар комбинациясидан фойдаланишни талаб этадиган

артериал босим рақами назорати учунрезистент артериал гипертензия ташхисини 20 ва ундан ортиқ ҳафта гестация муддатлари бўлган ҳомиладорларга қўйиш мумкин.

Қайд этиш жоизки, ҳомиладорда артериал гипертензиянинг аниқланиши ҳамиша ҳам гипертензиал бузилиш ташхисини қўйиш учун сабаб бўла олмайди. Бундан ташқари артериал босим рақамининг ошиши транзитар гипертензия ва/ёки оқ халат гипертензиясида аҳамиятга эга бўлиши мумкин. Агар бир марта ўлчанганда ҳомиладорда САБ 140 мм рт. ст. ва/ёки ДАБ 90 мм рт. ст. бўлган, аёл дам олгандан кейин ва/ёки навбатдаги ташрифларда аниқланмаган вазиятларда транзитар деб ҳисоблаш зарур (асосланганликнинг II – 2B даражаси). Оқ халат гипертензияси деб шундай вазиятларда ҳисобланиши керакки, қачонки ҳомиладор амбулаторда амбулатория ёки стационарда артериал босимнинг ошганлиги аниқланса (САБ 140 мм рт. ст. ва/ёки ДАБ 90 мм рт. ст.), бироқ уй шароитида артериал босим ўлчанганда унинг кўрсаткичлари қуйидагича бўлганда: САБ 135 мм рт. ст. ва/ёки ДАБ 85 мм рт. ст. (асосланганликнинг II – 2B даражаси).

Бунда артериал босимни тўғри ўлчаш амалиёти муҳим аҳамият касб этади. Бундан ташқари SOGCнинг 2014 йилдаги тавсияларига мувофиқ: 1) аёлларда артериал босим ўтирган ҳолатда қўлнинг юрак даражасида жойлашиши билан ўлчаниши лозим (асосланганликнинг II – 2B даражаси); тонометр манжетининг узунлиги ҳомиладор қўли тирсагининг юқори қисмидан тахминан 1,5 баробар ошиши керак (асосланганликнинг II – 2B даражаси); 3) ДАБни баҳолаш учун Коротковнинг 5-тонидан фойдаланиш зарур (унинг тўлиқ йўқолиши) (асосланганликнинг I – A даражаси); бунда 4) артериал босим даражасини баҳолаш учун АБ яққол юқори аҳамиятли бўлган қўлдан олинган натижалар ҳисобга олиниши зарур; 5) АБни ўлчаш учун симобли ёки анареоид манометрдан фойдаланиш тавсия этилади (ихтисослаштирилмаган автоматик тонометрлар АБ кўрсаткичларини ошириб юборади) (асосланганликнинг II – 2B даражаси); 6) артериал босим кўрсаткичлари 2 мм рт. ст. га тенг аниқлик билан қайд этилиши керак; 7) аёл камида 5 дақиқа дам олгандан кейин босим ўлчаниши керак.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Артериал гипертензиядан ташқари гипертензив бузилишлар бўлган ҳомиладорларга мос келувчи ташхис қўйилиши учун протеинурияянинг яққоллигини аниқлаш ҳам муҳим аҳамиятга эга. Шунингдек, SOGC тавсияларига мувофиқ: 1) барча ҳомиладорларда протеинуриянинг яққоллигини аниқлаш зарур (асосланганликнинг II – 2B даражаси); 2) ҳомиладорларда суткалик сийдик порцияси ≥0,3 г/л га тенг протеинурияга муҳим жиҳат сифатида қаралиши лозим (асосланганликнинг II – 2B даражаси); бу пайтда 3) бир марталик сийдик таҳлилида 30 ва ундан кўпроқ мг/ммоль креатин миқдорига тенг оқсил таркибининг аниқланишига аҳамиятли кўрсаткич сифатида қаралиши зарур (асосланганликнинг II – 2B даражаси); илгарилари ҳомиладорларда протеинурия яққоллигини динамик баҳолаш амалиёти бўлганлигига қарамасдан (ЖССТнинг 2000 йил ҲТИБ (ҳомиладорлик ва туғруқларни интеграл бошқариш)даги тавсияларига мувофиқ) ҳомиладорларда бир ҳафтада икки марта бир суткалик сийдикни йиғиш ва протеинурия яққоллигини баҳолаш (Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандартига кўра енгил преэклампсияли ҳомиладорларда протеинурия яққоллиги динамикасини баҳолаш зарур, бироқ вақт доирасига тегишли аниқ тавсиялар бугунги кунда мавжуд эмас); 4) преэклампсияли ҳомиладорларда аҳамиятли протеинурия бир марта аниқлангандан кейин уни яна динамик баҳолашни амалга оширишда давом этиш тавсия этилмайди (асосланганликнинг II – 2B даражаси) (асосланганликнинг II – 2B даражаси).

Таъкидлаш керакки, бугунги кунда дунёда протеинурияни ташхислаш ва унинг яққоллигини баҳолаш учун тест чизиқчаларидан фойдаланиш амалиёти мавжуд. Ушбу чизиқчалардан фойдаланиш протеинурия яққоллигини визуал баҳолашни талаб этади. «+»га тенг визуал баҳолаш протеинурия борлигини тасдиқлайди. Шу билан бирга яна шуни билиш керакки, 0,3 г/л га тенг суткалик сийдикда + протеинурияга, «++» – 1 г/л ҳамда «+++» мос ҳолда – 3 г/л тахминан мос келади. Таъкидлаш керакки, ушбу тест-тизимдан фойдаланиш етарлича ўзига хосликка эга эмас, шу сабабли келгусида ҳам яна протеинурия борлигини тасдиқлаш учун, эҳтимол, текширишни

олиб боришнинг бошқа усулларини қўллаш талаб этилиши мумкин. Ушбу тест-тизим Республикамизда кенг тарқалмади. Шу билан бирга илгари қўлланилган амалиёт – чўкиндиларни аниқлаш мақсадида сийдикни қайнатиш ҳақида икки оғиз сўз (чўкиндига тушган коагуляцияланган оқсил). Бугунги кунда протеинурия ва унининг яққоллигини баҳолаш учун ушбу муолажадан фойдаланишнинг самарадорлиги ва асосланилганлигини кўрсатувчи тавсиялар мавжуд эмас.

Ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар дунёнинг турли мамлакатларида ҳанузгача турлича аниқланади. Тарихда шишлар мавжудлиги симптомининг муҳимлигини кўрсатувчи ШПГ (шишлар, протеинурия, гестоз) атамаси мавжуд эди. Илгарилари шишларнинг яққоллиги клиницистларга гипертензив бузилишлар яққоллигини аниқлаш имконини берар эди. Лекин кейинчалик аниқланишича, шишларга ўз-ўзидан гипертензив бузилишларнинг ўзига хос симптомлари деб қаралиши мумкин эмас. Шундай қилиб, клиниситларга гипертензив бузилишлар ташхисини қўйишда уларнинг борлигига қараб мўлжал олиш тавсия этилмайди. Шунга қарамасдан ҳанузгача ҳомиладорларнинг катта миқдори ҳомиладорликдаги шишларнинг мавжудлиги сабабли у ёки бу кўринишдаги аралашувларни қабул қилишади.

Бугунги кунда мавжуд тавсияларга мувофиқ ҳомиладорлардаги изолирланган шишларга гипертензив бузилишлар бўлмаганда ўз-ўзидан организмнинг адаптив реакцияларининг пайдо бўлиши деб қаралиши мумкин. Уларнинг шаклланишида қуйидагилар муҳим роль ўйнайди деб қабул қилинган: 1) ҳомиладорликнинг 2-учойлигидан бошлаб веноз томирининг тўлиши ва тўқималар ораси бўшлиғига капиллярлардан сизиб чиқишига олиб келувчи натрий ионлари, улар билан бирга эса организмда сув молекулаларининг ҳам ушланиб қолишини юзага келтирувчи ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар; 2) катталашган бачадон билан чаноқ веналарини сиқишдан иборат Механик омил қамраб олинади, бу интерстициал томирда суюқликнинг терлаб кетиши ва стазга аналогик олиб келиб, вена қони айланишини пастки учларда қийинлаштиради. Шунингдек, қатор тадқиқотларда ишонарли кўрсатилишича, ҳомиладорлик даврида кузатилувчи

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

гиперэстрогенемия бой коллоид субстанциялардан бириктирувчи тўқималарга асосий моддалар (гиалурон кислота, гликозамингликанлар ва шу кабилар) ҳамда камбағал сув билан таркибга, бой сув ва камбағал коллоид моддалар трансформациясини юзага келтиради. Яна вниқланишича, ҳомиладорлик давридаги шишлар иссиқ, нам иқлимли мамлакатларда истиқомат қилувчи, шунингдек, семиришга мойиллик бўлган аёлларда аниқланади. Бундан ташқари қатор экспертлар фикрига кўра ҳомиладорда шишлар пайдо бўлганда унга қуйидагиларни тавсия этиш зарур: 1) ётганда имкон қадар ёнбошлаб ётишга ҳаракат қилиш (яхшиси, чап томонга); 2) оёқларни юқорига кўтарилган ҳолатда тутиш (ётган ҳолатда бош учидан 25° баландроқ); 3) тана ҳолатини тез-тез ўзгартириш; 4) суюқлик истеъмоли ҳажмини кўпайтириш (бир суткада 750–1000 мл суюқлик); 5) имкон қадар ингичка боғичлар, белбоғлар, тор шимлар ва шу кабиларни кийишдан қочиш. Булар билан бир вақтнинг ўзида тиббий хизматчи шишишлар бўлган аёллар маслаҳатлашсида қуйидаги предметлар бирикувидан эҳтиёт бўлиши лозим: 1) бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши, ҳушдан кетиш, тиришишлар ва шу кабилар билан, бу ҳомиладорда гипертензив бузилишлар борлигини кўрсатади; 2) рангсизлик, толиқиш, ҳарсиллаш ва шу кабилар, бу ҳомиладорда камқонликнинг оғир даражаси мавжудлигини билдиради; 3) болдирдаги оғриқлар, мушак крамплари, истима, локал қизариш, веналарнинг шнурсимон қалинлашуви ва шу кабилар, бу пастки учлар юзаси тромбофлебит ёки флеботромбози, шунингдек, болдир веналар чуқур тромбози учун тавсифли.

Шунингдек, ҳомиладорлик давридаги бош оғриқлари ҳақида ҳам икки оғиз сўз. Маълумки, бош оғриғининг сабаби сифатида 100дан ортиқ нозология чиқиши мумкин. Шу билан бирга ҳомиладорликнинг ўзи ҳам бош оғриғининг пайдо бўлишига мойил бўлиши мумкин, яъни қандайдир касалликлари ва/ёки асоратлар бўлмаган ҳомиладорлар ҳам ундан шикоят қилиши мумкин. Ҳомиладорлик давридаги бош оғриқлари ривожланиши асосида қуйидагилар ётиши мумкин: 1) бурун битиши, респиратор алколоз (нафас олиш марказининг прогестерон билан стимуляцияси), кўздаги ўзгаришлар (транзитор миопия, тўқималар гидрофиллигининг ошиши)га олиб келувчи

ҳомиладорлик давридаги гормонал ўзгаришлар; 2) боғламли оғриқлар ривожланишини юзага келтирувчи мушак спазмлари – крамплар; 3) кучли бош оғриқлари пайдо бўлишини таъминловчи психоэмоционал дистресс ва заифлик. Экспертлар фикрига кўра ҳомиладорларда бош оғриғининг олдини олиш ва бартараф этиш мақсадида қуйидагиларни олиб ориш тавсия этилади: 1) бўйин-ёқа қисми ҳамда елкаларни уқалаш; 2) зарурат бўлганда Парацетамолни қисқа курслар билан оғиз орқали қабул қилишдан фойдаланиш (бир суткада 500 мг дан максимал даржада 6 мартагача). Айтиш жоизки, бош оғриқлари бўлган ҳомиладорларга Аспирин, Ибупрофен дори воситасилари, наркотик анальгетиклар ва уларнинг ҳосилалари, седатив ва уйқу чақирувчи воситаларни истеъмол қилишдан қочишлари қатъий тавсия этилади. Бош оғриқлари билан ҳомиладорни маслаҳатлашлашда тиббий хизматчи унда қуйидагиларнинг мавжудлигини истисно этиши зарур: 1) гипертензив бузилишлар, хусусан, оғир преэклампсия; 2) ўткир синусит; 3) мигренлар.

Ҳомиладорликда ҳаддан ташқари кўп баҳоланувчи навбатдаги симптом, назаримизда, бурун битиши ҳисобланади. Шу билан бирга яна шуни алоҳида таъкидлаш керакки, ҳомиладорлик давридаги бурун битиши, умуман олганда, нормал ҳолат ҳисобланади ва қўшимча парваришни талаб этмайди. Ва, бинобарин, унинг борлиги гипертензив бузилишлар ташхисини қўйиш учун асосий мезон сифатида чиқа олмайди. Ушбу ҳолат патогенезида қуйидагилар ётиши мумкин: 1) капилляр томирнинг гидростатик босими ошиши ва бурун шиллиғи шишлари билан унинг лиқ тўлишига олиб келувчи ҳомиладорликдаги гормонал қайта тузилиш (гиперпрогестеронемия натрий ионлари ва сувнинг ушланиб қолишини таъминлайди, прогестерон енгил минерал-кортикоидли таъсирга эга); 2) кучли қон айланиши катта миқдордаги шиллиқлар ажралишини юзага келтиради; 3) бурун бўлиғидаги полиплар ҳам бурун битишида муҳим роль ўйнаши мумкин. Тавсияларга мувофиқ ҳомиладорликдаги бурун битишини бартараф этиш учун улар қуйидагиларг амал қилишлари лозим: 1) шўрлиги пастроқ сувда бурунни чайиш (бир кунда 6 мартагача денгиз суви (Аквамарис, Квикс, Маример)ни 3 мартадан сепиш); 2) бурун бўшлиғининг тўғри гигиенасига амал қилиш (бурунни қаттиқ ва ўткир предметлардан фойдаланиб

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

тозаламаслик). Бурун битиши бўлган ҳомиладорларни маслаҳатлашлашда тиббий хизматчи уларнинг ўткир синусит, атопик ринит ва бошқа аллергик реакциялар симптоми бўлиши мумкинлигини билиши зарур.

Илгари айтиб ўтилганидек, ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар билан боғлиқ оналар ўлимини қуйидагилар ҳисобига камайтириш мумкин: 1) улар ривожланишининг олдини олиш; 2) ҳомиладорларда гипертензив бузилишларни эрта ва ўз вақтида аниқлаш; 3) кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифати ва самарадорлигини яхшилаш.

Гипертензив бузилишлар патогенези ва этиологиясида ягона фикрнинг йўқлиги бугунги кунга келиб улар шаклланишининг олдини олишда уларнинг таъсирини баҳолаш мақсадида 100 мдан ортиқ муолажаларни ўрганган кўплаб рандомизацияланган тадқиқотлар олиб борилишига сабаб бўлмоқда.

Анамнезида гипертензив бузилишлар бўлган аёллар кейинги ҳомиладорликларда уларнинг шаклланиш хавфи юқори бўлган беморлар сирасига киради. Бу тиббий хизматчидан синчков кузатувдан ташқари ҳомиладордаги мавжуд гипертензив бузилишлар хавф даражасига боғлиқ ҳолда олиб борилувчи (1-жадвал) қатор профилактик чоралар кўришни ҳам талаб этади (2-жадвал).

Бугунги кунда мавжуд маълумотлар кўрсатишича, гипертензив бузилишлар ривожланишини самарали башоратлашнинг етарлича имконини берувчи юқори сезувчан усуллар мавжуд эмас. Шунга қарамасдан ҳомиладорларни гипертензив бузилишлар ривожланишининг юқори ва паст хавф гуруҳларига ажратиш амалиёти кенг қўлланилмоқда. Бу мутахассислар эътиборини ушбу беморларга қаратиш ва қайсидир даражада уларда ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишларни эрта аниқлашни амалга ошириш имконини беради. Бундан ташқари бугунги кунда ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини самарали олиш имконини берувчи қатор амалиётлар мавжуд (2-жадвал). Бинобарин, ҳомиладорлардаги гипертензив бузилишлар ривожланиш хавф даражасини билиш тиббий хизматчига мавжуд чоралар жамланмасидан олдини олиш чораларини

кўришда, шунингдек, шубҳасиз, ҳомиладорлик натижаларини яхшилаш имконини беради.

1-жадвал. Преэклапсия учун хавф омиллари (SOGC Guideline №307, 2014)

Демографик ва анамнестик омиллар	Йўлдош касалликлар ва акушерлик анамнези	Жорий ҳомиладорлик	
		Биринчи учойлик	Иккинчи ва учинчи учойликлар
• ёши 40 ва ундан катта; • оғирлашган ирсият (онаси, опа-сингиллари да); • эрта бошланган юрак-томир касалликлари анамнези (онаси, опа-сингиллари да)	• анамнезидаги гипертензив бузилишлар; • антифосполипид синдроми; • артериал гипертензия ёки биринчи антенатал ташрифда ДАБ кўрсаткичлари 90 ва ундан кўпров мм рт. ст.; • сийдик чиқариш тизими касалликлари ёки биринчи антенатал ташрифда протеинурия; • қандли диабет; • онанинг кам тана вазни; • анамнезилаги муддатидан илгариги туғруқлар; • туғма тромбофобилия;	• кўп ҳомилали ҳомиладорлик; • ортиқча тана вазни ва семириш; • биринчи марта ҳомиладорлик; • янги жинсий шерик; • аввалги партнёр билан қисқа муддатли ўзаро алоқа; • ЮРТ йўли билан ҳомиладорлик; • Туғруқлар орасидаги интервал 10 ва	• АБ кўрсаткичларининг кўтарилиши; • α-фетопротеин, хорионик гонадотропин, эстриол, А ингибинининг ошган кўрсаткичлари; • ҳомиладорлик даврида тана вазнининг ҳаддан ортиқ ошиши; • ҳомиладорлик давридаги инфекцион касалликлар (одонтогеник, сийдик

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

	• ҳомиладорликка қадар триглицеридларнинг ошган кўрсаткичи; • чекувчи эмас; • кокаин ва метафитамин истеъмол қилиш; • ўша битта жинсий партнёр билан гестациянинг 10 ва ундан камроқ муддатларида ўз-ўзидан боланинг тушиши	ундан кўпроқ йил; • артериал босим биринчи антенатал ташрифда САБ 130 ва ундан кўпроқ мм рт. ст. ва ДАБ 80 ва ундан кўпроқ мм рт. ст.; • ушбу ҳомиладорлик эрта муддатларида қиндан қон кетиши; • тромбофобластик касаллик; • ҳомиладорлик билан боғлиқ А оқсилининг кўпайиши	инфекцияси ва шу кабилар); • допплер текширишларининг патологик кўрсаткичлари; • ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми; • бошқа илмий-лаборатор маркерлар

Бугунги кунга қадар гипертензив бузилишлар ривожланишининг аниқ этиологик омиллари аниқланмасдан қолаётганлигига қарамасдан улар шаклланиши ва зўрайишининг асосий патогенетик омиллари етарлича яхши ўрганилган ҳисобланади. Уларнинг ривожланишида қуйидагилар асосий босқичлар саналади: 1) спиралсимон бачадон артерияларининг аномал ривожланиши; 2) бачадон-йўлдош қон айланишининг етишмаслиги; 3) тром пайдо бўлишининг фаоллашуви; 4) простациклин ва тромбоксан тизими ўртасидаги баланснинг

бузилиши. Шу билан бирга энг кўп тарқалган антиагрегант ҳисобланувчи аспириннинг кам миқдорларини превентив тайинлаш «простациклин – тромбоксан» тизимида кўрсаткичлар нормаллашувига ҳамда ҳомиладорликнинг гипертензив асоратлари ривожланишини ҳаракатга келтирувчи асосий элемент вазоконструкцияси пайдо бўлишининг олдини олишга эмпирик таъсир кўрсатади. Бугунги кунда гипертензив бузилишлар ривожланиши олдини олишда аспиринни профилактик тайинлаш самарадорлигини баҳоловчи етарлича катта миқдордаги тадқиқотлар мавжуд, улар гипертензив бузилишлар ривожланишининг юқори хавфи бўлган ҳомиладорларга бутун ҳомиладорлик даврида (16 ҳафталиккача) аспириннинг паст миқдорини (бир суткада 75 мг) профилактик тайинлаш уларнинг ривожланишини самарали камайтиради (гипертензив асоратлар шаклланиши эҳтимолини 17% га камайтиради, шунингдек, перинатал йўқотишлар эҳтимолини 14% га қисқартиради).

2-жадвал. Гипертензив бузилишлар бўйича 2014 йил учун SOGC Guideline №307 тавсиялари

Кам хавфли аёллар учун профилактик чоралар	Юқори хавфли аёллар учун профилактик чоралар
• кам кальций истеъмол қилувчи аёллар учун бир суткада 1 г қўшимча кальций истеъмол қилиш (бир суткада 600 мг) (IA); • фолий кислотасидан периконцепциал фойдаланиш (IB) ҳамда жисмоний машқлар (IIB) ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини олишда фойдали бўлиши мумкин; • простагландинлар (арахаидон кислота), магний ва рух каби ўтмишдошларни қўшимча истеъмол қилиш	• бир суткада 1 г қўшимча кальций истеъмол қилишдан фойдаланиш тавсия этилади; • ацетилсалицил кислотанинг кам миқдорларидан фойдаланиш тавсия этилади (IA); • ацетилсалицил кислотани 75–162 мг ли кам миқдорларда ухлашдан олдин ичиш тайинланади (IIIB); • ҳомиладорлик ташхисланиши билан профилактик даволашни бошлаш зарур, бироқ шу билан бирга гестациянинг 16

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини олмайди, балки улар бошқа асоратларнинг ривожланишига тўсқинлик қилади;

• ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлардан профилактика қилиш мақсадида тузни чегараланган ҳолда истеъмол қилиш (ID), керагидан ортиқ тана вазни бўлган шахсларда озиқ-овқат каллориясини қисқартириш (ID), шунингдек, ацетилсалицил кислотанинг кам миқдорларидан превентив фойдаланиш (IE) ҳамда С ва Е витаминлари, тиазид диуретиклар (IE)ни истеъмол қилиш амалиётидан фойдаланиш тавсия этилмайди

ҳафтасигача (IB) ҳамда туққунча (IC) давом эттириш;

• йўлдош бузилишлари анамнези бўлган ҳомиладорларда, эҳтимол, кам молекуляр гепаринлардан фойдаланиш, бу гипертензив бузилишларнинг эрта бошланиши, муддатидан илгари туғруқлар, шунингдек, гестацион муддат учун кам тана вазнига эга ҳомила билан туғруқларнинг олдини олиш имконини беради;

• L-arginine дан ҳам профилактик мақсадлар учун фойдаланиш мумкин (IB);

• ҳомиладорликнинг учинчи учойлиги давомида дам олиш давомийлигининг кўпайиши (IC);

• жисмоний ва психоэмоционал юкламаларнинг камайиши (IIIC), чекишнинг тўхтатилиши, фолий кислотасидан периконцепциал фойдаланиш (IB) ҳамда жисмоний машқлар (IIB) ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар ривожланишининг олдини олишда фойдали бўлиши мумкин

АҚШ ҳудудида 4589 нафар биринчи марта туғаётган аёллар иштирокида ўтказилган тадқиқотда кўрсатилишича, профилактика учун кальций қабул қилиш рационида кам кальций истеъмол қилувчи ҳомиладорларда гипертензив асоратлар аниқланишини камайтириш, шунингдек, преэклапсия кечиш оғирлигига ижобий таъсир кўрсатади.

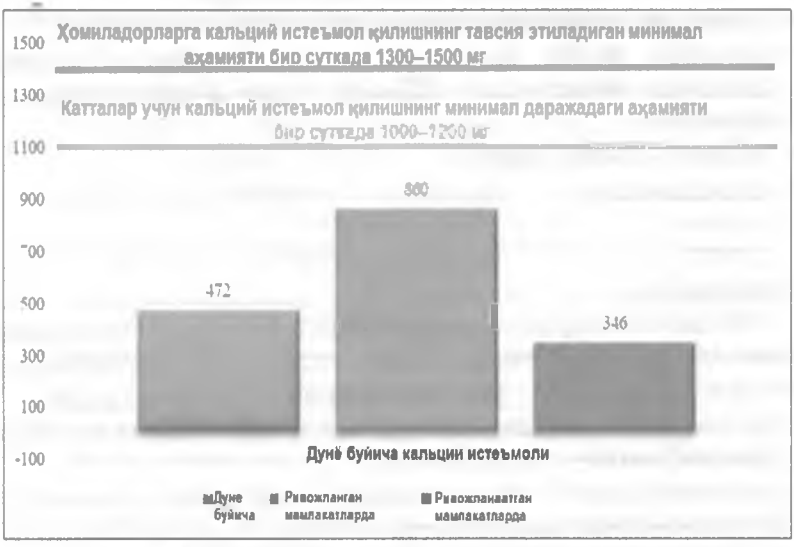
Аниқланишича, гипертензив бузилишлар ривожланишининг юқори хавфи бўлган ҳомиладорларнинг кальций истеъмол қилиши преэклампсия ва бошқа гипертензив бузилишлар пайдо бўлиш эҳтимолини 50% га камайтиради. 4-расмда тақдим этилган маълумотларни эътиборга оладиган бўлсак шу нарса аниқ бўладики, дунёнинг ривожланган мамлакатларида ҳам, ривожланаётган мамлакатларида ҳам гипертензив бузилишлар ривожланишининг юқори хавфи бўлган деярли барча ҳомиладорлар кальций дори воситасиининг профилактик тайинланишига муҳтождирлар. Шу билан бирга яна шу нарса аниқландики, юқори хавфли ҳомиладорларнинг кальций дори воситасиларини мунтазам истеъмол қилиши бир йилда 21500 ҳолатда оналар ўлимининг олдини олиши мумкин (Bhutta et al. 2008 Lancet).

Шуни эътиборга олиш керакки, йўлдош етишмовчилигининг пайдо бўлиши ва зўрайишида оксидатив стресс муҳим роль ўйнайди, қатор йирик тадқиотларда унинг ривожланишининг олдини олишда С ва Е витаминларини профилактик тайинлашнинг роли ўрганилган эди. Шундай мисоллардан бири бўлиб VIP тадқиқоти ҳисобланади – унинг доирасида гипертензив бузилишлар ривожланишининг юқори хавфи бўлган 2410 нафар аёлда аскорбин кислотаси ва токоферол ацетатни превентив тайинлаш самарадорлигини баҳолаш амалга оширилган. Ушбу тадқиқот натижасидан шу нарса аниқландики, ушбу микронутриентларни қабул қилиш преэклапсия шаклланиш хавфига ҳеч қандай кўринишда таъсир кўрсатмайди, бир вақтнинг ўзида уларни истеъмол қилиш гестацион муддат учун кам тана вазнига эга болалар туғилиши хавфини аҳамиятли оширади.

Маълумки, тромбоксан ва простагландин простагландинлар ҳисобланади, ω-3-политўйинмаган ёғ кислоталар эса – уларнинг ўтмишдошлари. Шу жиҳатдан балиқ мойи, шунингдек, ω-3-политўйинмаган ёғ кислоталарни қўшимча истеъмол қилиш ушбу простагландинларнинг ўзаро муносабатини яхшилаш имконини туғдиришини ва шу орқали йўлдош етишмовчилиги зўрайишининг олдини олишини тахмин қилиш тамомила мантиқли кўринади. Шунга қарамасдан обсервацион, рандомизацияланган, шунингдек, Мета-таҳлиллар натижасида

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

олинган маълумотлар ушбу нутриентларни профилактик қабул қилиш преэклампсия шаклланиши, гестацион муддат учун кам тана вазни билан болаларнинг туғилиши эҳтимолини камайтиришда самарадорлиги аниқланмади.



4-расм. Дунё бўйича кальций истеъмоли (Кальций ва преэклапсиянинг олдини олиш: бугунги кунда мавжуд асосларнинг хулосаси, мониторинги, баҳолари. Преэклапсия ва эклампсия бўйича тадқиқотчиликнинг мақсадли ишчи гуруҳи, 2010)

Кичик тадқиқотлардан олинган натижаларга мувофиқ шу нарса аниқ бўладики, гепаринни превентив тайинлаш йўлдош етишмовчилиги зўрайиши ривожланишининг олдини олиши мумкин. Бундан ташқари Gris et. al. бошчилигида нашр этилган тадқиқотда кўрсатилишича, анамнезида НЖЙБК бўлган аёлларга эноксипаринни профилактик тайинлаш уларда келгусида гипертензив бузилишлар ривожланиши эҳтимолининг аҳамиятли қисқаришига олиб келади. Бироқ яна шуни эътиборга олиш керакки, бугунги кунда мавжуд тадқиқотларда тизимли хатолар мавжудлигининг юқори хавфи бор, бу улар томонидан сохта маълумотлар олинишини юзага келтириши мумкин. Кўрсатилган тадқиқотлардан олинган

маълумотлар тегишлича танқидий интерпретация қилиниши лозим.

Бугунги кунда мавжуд маълумотларнинг катта қисми ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни қуйидаги кўринишда қисмларга ажратишни тавсия этади:

- сурункали (илгаридан мавжуд) артериал гипертензия;
- коморбид ҳолат билан сурункали (илгаридан мавжуд) артериал гипертензия (СБнинг 1 ва 2-тури, буйраклар касаллиги);
- гестацион гипертензия;
- преэклампсия:
  – енгил;
  – оғир;
- эклампсия.

Кўрсатилганлардан ташқари SOGC оғирлашган коморбидли беморларда сурункали ва гестацион гипертензияни гипертензиянинг кенжа турларига ажратишни тавсия этади:

- сурункали (илгаридан мавжуд) артериал гипертензия билан қўшилиб келган преэкдампсия;
- коморбид ҳолат билан гестацион гипертензия (СБнинг 1 ва 2-тури, буйраклар касаллиги).

Муаллифлар фикрига кўра ушбу тавсиянинг аҳамияти шундаки, бундай беморларда артериал босимнинг мақсадли кўрсаткичлари анча паст аҳамиятларда бўлиши зарур.

Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандарти тавсияларига мувофиқ **сурункали артериал гипертензияни** беморларда қуйидаги вазиятлар бўлган ҳолатларда ташхислаш зарур:

- ҳомиладорликка қадар ёки гестация муддатларининг дастлабки 20 ҳафтаси давомида ташхисланган, шунингдек, туғруқлардан кейин 12 ҳафта ўтиб ҳам йўқолмайдиган гипертензия;
- протеинурия йўқ;
- хавотирли симптомлар йўқ (бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши, эпигастриядаги оғриқлар, ҳушдан кетиш).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Ҳомиладорда сурункали артериал гипертензия аниқланганда эса, ўзимизнинг стандартга мувофиқ, тиббий ходим қуйидагиларни бажариши лозим:

- ҳомиладор ҳолатига боғлиқ ҳолда ҲПБ (ҳомиладорлик патологиялари бўлими) ёки ИТП (интенсив терапия палатаси)га госпитализациялаш;
- умумий, шунингдек, акушерлик кўригини амалга ошириш;
- АБ (артериал босим)ни ўлчаш;
- протеинурияни ўлчаш билан ҳомиладор сийдигининг умумий таҳлилини баҳолаш, шунингдек, протеинурияга суткалик сийдик таҳлилини ўтказиш;
- қоннинг умумий таҳлили натижаларини баҳолаш (тромбоцитлармиқдорини ҳисоблаш билан);
- коагулограммани баҳолаш ва АЛТ (аланинаминотрансферазлар), АСТ (аспартатаминотрансферазлар), билирубин ва унинг фракциялари, мочевина, креатининни баҳолаш билан қоннинг биокимёвий таҳлилини ўтказиш;
- ЭКГ қилиш (электрокардиография);
- соматик патология тавсифига кўра терапевт ва мутахассислар маслаҳатлашсини тайинлаш (симптоматик артериал гипертензияни дифференциал ташхислаш учун);
- ҳомила ҳолатининг ёмонлашгани аниқланганда ҳомиладорда УТС (ультра товушли соноргафия) ўтказиш зарур, бу ҳомиланинг ўсиш динамикасини аниқлаш имконини беради;
- амниотик сувлар, КТГ (кардиотокография), киндик томирлари допплерометрияси индексини баҳолаш, меъёрий кўрсаткичлар бўлганда эса бундай текширишларни гестациянинг 34-ҳафтасидан кейин ўтказмаслик.

Айтиш жоизки, Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандарти тавсияларига мувофиқ ҳомиладорда сурункали гипертензиянинг аниқланиши ўз-ўзича туғруқлар индукцияси учун мезон бўлиб ҳисоблана олмайди. Шу билан бирга қачонки ҳомиладорда артериал босим 160/110 мм рт. ст. га тенглашганда ёки ошганда ҳамда ҳомиладорлик муддати 37 ҳафтадан кўп бўлганда тиббий ходим қуйидагиларни амалга ошириши лозим:

- аёл билан биргаликда туғиш муддатлари бўйича саволни муҳокама этиш;
- туғруқлардан кейин даволашда давом этиш;
- 14 кундан кейин антигипертензив терапия самарадорлигини баҳолаш;
- АБ даражасини 140/90 мм рт. ст. дан паст қилиб тутиб туриш;
- агар мақсадли аҳамиятлар бўлса, чиллаб–8 ҳафта давомида яшаш жойи бўйича УАШда кузатувда туришни тавсия этиш.

Гестацион гипертензия (ҳомиладорлик туфайли индуцирланган гипертензия) – ҳомиладорлик даврида кузатиладиган гипертензив бузилишнинг навбатдаги кўриниши ҳисобланади ва у қуйидаги ҳолатларда ташхисланади:

- гестациянинг 20 ҳафтасидан кейин ташхисланган гипертензия, ҳеч қандай полиорган бузилишлари белгилари бўлмайди, чиллада 3 ой (12 ҳафта) давомида йўқолади;
- протеинурия йўқ;
- хавотирли симптомлар йўқ.

Бугунги кунда мавжуд тавсияларга мувофиқ (Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандарти) гестацион гипертензия аниқланганда тиббий хизматчи қуйидагиларни амалга ошириши лозим: 1) ҳомиладорни даволаш ва амбулатор кузатувни бошлаш, шу билан бирга у ҳафтада 1 марта ҚВП (қишлоқ шифокорлик пункти/поликлиника) шифокори кўригига бориб туриши лозим, бир вақтнинг ўзида шуни қайд этиш керакки, ҳомиладор ва унинг қариндошлари билан хавотирли симптомлар ҳақида маслаҳатлашиш ушбу жараённинг жуда муҳим жиҳати ҳисобланади; 2) ҳомиладорни психоэмоционал тинчлик ва ҳомиладорларнинг уй харитасини юритиш билан таъминлаш. Бундай ташрифлар чоғида қуйидагиларни амалга ошириш лозим: 1) умумий ва акушерлик кўриклари, шунингдек, АБни ўлчаш; 2) сийдик умумий таҳлилини йиғиш ва протеинуриянинг яққоллигини баҳолаш, шунингдек, бир суткалик сийдикда протеинурия даражасини аниқлаш таҳлилини ўтказиш; 3) қоннинг умуий таҳлилини баҳолаш ва йиғишни олиб бориш (тромбоцитлар миқдорини аниқлаш билан); 4) коагулограммани

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

баҳолаш ва АЛТ, АСТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевина, креатининни баҳолаш билан қоннинг биокимёвий таҳлилини ўтказиш; 5) ЭКГ; 6) соматик патология тавсифига кўра терапевт ва мутахассислар маслаҳатлашсини тайинлаш; 7) ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин – ҳомила ҳолати ва унинг ўсиш динамикасини баҳолаш (гравидограмма, ҳомила юрак уришини баҳолаш).

Таъкидлаш керакки, Канада Акушер ва Гинекологлар Жамиятининг 2014 йилдаги «Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни олиб бориш, баҳолаш ва ташхислаш: асосий хулосалар» номли амалий қўлланмасида гипертензив бузилишлар бўлган ҳомиладор ҳолатини мониторинг қилиш ва ташхис қўйиш учун қуйидаги мезонларни баҳолаш тавсия этилади (3-жадвал):

3-жадвал. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни ташхислаш ва мониторинг қилиш учун текшириш (SOGCнинг 307-сон тавсияси)

Олиб бориладиган текширишлар	Ҳомиладорликнинг гипертензив асоратлари бўлган аёлларда кузатиладиган ўзгаришлар	Бошқа вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар
Сийдик таҳлили (микроскопия билан ёки протеинурия аниқланмайдиган доимий таҳлил)	Эритроцитлар ва цилиндрлар аниқланмайдиган протеинурия	• гемоглобинурия (эритроцитларсиз «гематурия» тест-чизиқчаси); • фақат эритроцитлар – буйраклардаги тошлар, буйраклар қобиғидаги некроз (шунингдек, белдаги оғриқлар ва олигоанурия билан бирикади); • эритроцитлар ва/ёки цилиндрлар буйрак танқислиги билан асоратланган гломеруляр патология ёки склеродермия

		мавжудлиги ёки тромбоциопеник пурпур – гемолитик уремик синдром билан ассоцирланади; • бактериурия – сийдик йўли тракти инфекцияси ёки симптомларсиз бактериурия; • кўпинча симптоматик артериал гипертензиялар (феохромоцитом, гиперальдостеронизм, тиреотоксикоз, аортанинг коарктацияси, абстиненция синдромлари)да протеинурия бўлмайди
Кислород сатурацияси – пульс-оксиметрия	SpO_2 < 97% ҳолатда оғир асоратлар хавфининг ошиши билан бирикади (жумладан, нафас олиш тизими билан боғлиқ бўлмаган)	Кардиореспиратор тизим асоратлари ривожланганда меъёрдан пастроқ бўлиши мумкин (масалан, ўпка артерияси тромбоэмболияси ва шу кабиларда)
Қоннинг клиник таҳлили:		
Гемоглобин	• томир ичи суюқлиги ҳажмининг камайиши натижасида унинг таркибининг ошиши	• унинг таркибининг ошиши томир ичида айланувчи суюқлик ҳажмининг камайиши билан бирга кечувчи ҳар қандай вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин (масалан, қусганда ва шу кабиларда)

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Олиб борилади ган текшири шлар	Ҳомиладорликнин г гипертензив асоратлари бўлган аёлларда кузатиладиган асоратлар	Бошқа вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар
Гемоглоб ин	•камайиш – агар микроангиопатик гемолизда аҳамиятга эга бўлса (HELLP синдроми билан)	• унинг таркиби камайиши микроангиопатик гемолиз билан бирга кечувчи HELLP патологиядан бошқа патологияда кузатилиши мумкин; • унинг таркибининг камайиши сурункали камқонликнинг ҳар қандай шакллари (алиментар ёки миелодисплазия ва шу кабилар)да аҳамиятга эга бўлиши мумкин; • унинг таркибининг камайиши ўткир қон йўқотишларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин
Қондаги лейкоцит лар ва лейкоцит ар формула	Ўзгаришлар тавсифли эмас	• унинг миқдорининг ошиши меъёрий ҳомиладорликда нейтрофиллиянинг пайдо бўлишида аҳамиятга эга бўлиши мумкин; • унинг миқдорининг ошиши яллиғланиш ёки инфекцион жараён бўлганда аҳамиятга эга бўлиши мумкин; • унинг миқдорининг ошиши кортикостероидлар қабул қилишда аҳамиятга эга бўлиши мумкин

Тромбоцитлар миқдори	Улар миқдорининг камайиши она учун салбий натижалар билан бирикади	Қонда тромбоцитлар миқдорининг камайиши физиологик кечувчи ҳомиладорлик ёки иммун ёки тромботик тромбоцитопения, миелодисплазия ҳолатларида аҳамиятга эга бўлиши мумкин
Қон суртмаси	Эритроцитлар гемолизи	Механик сабаблар (жумладан, юрак вальвулопатияси, каверноз синуси гемангиомалари), диссеминирланган томир ичи қон ивиши ёки эндотелиш шаклланишидаги бошқа патология (жумладан, антифосполид синдром, идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик уремик синдромлар, васкулитлар, ёмон сифатли гипертензия) туфайли микроангиопатия
Қоннинг коагуляцион сифати:		
ХМВ (халқаро меъёрлаштирилган вақт) ва ФҚТВ (фаоллаштирилган қисман тромбопластинли вақт)	• диссеминирланган томир ичи қон ивиши синдроми пайдо бўлиши билан катталашаверади, кўпинча муддатидан илгари йўлдош кўчгандан кейин пайдо бўлади	• уларнинг катталашиши сепсис, ҳомила атрофи суви эмболияси, ўлик туғилиш, массив қон йўқотиш, гемангиом ёки шок кўринишида пайдо бўлган антифосфолипид синдром ёки диссеминирланган томир ичи қон ивиши синдромида аҳамиятга эга бўлиши мумкин

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Олиб бориладиган текширишлар	Ҳомиладорликнинг гипертензив асоратлари бўлган аёлларда кузатиладиган асоратлар	Бошқа вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар
ХМВ (халқаро меъёрлаштирилган вақт) ва ФҚТВ (фаол-аштирилган қисман тромбопластинли вақт)	• уларнинг катталашиши кўпинча она учун салбий натижалар билан бирикади	• уларнинг катталашиши, айниқса, ўткир ёғли гепатозда яққол кўринади
Фибриноген	Кўпинча унинг кўрсаткичлари ўзгаришларга дуч келмайди, камдан-кам камаяди	• унинг таркиби массив қон йўқотиш, ирсий аномалиялар билан бирга диссеминирланган томир ичи қон ивиши синдромининг барча ҳолатларида камаяди; • унинг камайиши HELLP синдромига қараганда ўткир ёғли гепатозда, айниқса, яққол кўринади; • одатда, унинг таркиби идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик-уремик синдромда (HELLP синдромида шилинувчи ADAMST13 протеин таркиби Виллебранд фони омили ўртача камайиши мумкин, бу пайтда унга антитаналар

		бўлмаслиги керак) ўзгаришларга учрамайди
Қонни биокимёвий текшириш		
Қон зардоби таркибида креатинин	•гемоконцентрация ва/ёки буйрак етишмовчилиги ривожланиши сабабли катталашган бўлиши мумкин; •унинг таркибининг катталашиши она учун салбий натижалар билан ассоцирланади	•ўткир ёки сурункали буйрак касалликлари бўлган беморларда катталашиши мумкин; •буйрак етишмовчилиги, айниқса, ёмон сифатли гипертензия, идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик-уремик синдром (тромбоцитопения билан бир қаторда), ўткир ёғли гепатоз (жигар дисфункцияси билан бир қаторда) яққол кўринади
Қон зардоби таркибида сийдик кислотасининг	Унинг таркибининг катталашиши она учун салбий натижалар билан бирикади	Ҳомиладорларда дегидратация ёки дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқ ҳолда катталашган бўлиши мумкин (масалан, гидрохлортиазид ва шу кабилар) ёки генетик сабаблар бўлади
Қон зардоби таркибида глюкоза	Ҳеч қандай оғишларга дуч келинмаган	Унинг таркиби ҳомиладорларда ўткир ёғли гепатоз ёки инсулинли терапия сабали камайган бўлиши мумкин

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Олиб бориладиган текширишлар	Ҳомиладорликнинг гипертензив асоратлари бўлган аёлларда кузатиладиган асоратлар	Бошқа вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар
АСТ (аспартатамин отрансфераза) ёки АЛТ (аланинаминотрансфераза)	Қон зардобида уларнинг таркиби катталашиши жуда салбий натижалар билан ассоцирланади	•преэклаптик эндотоксемия (ҳалокатли антифосфолипид синдром, идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик-уремик синдром, ёмон сифатли гипертензия, склеродермада буйрак танқислиги) ҳолатларига ўхшатилувчи ҳомиладорлардаги ўткир ёғли гепатоз ва бошқа патологик ҳолатларда катталашган, бироқ аҳамиятли кам даражада, идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик-уремик синдромда эса мутлақо меъёрда бўлиши мумкин; •ҳомиладорлик билан боғлиқ бошқа ҳолатлар (масалан, ҳомиладорлардаги жигар ичи холестази ва шу кабилар)да, шунингдек, улар билан боғлиқ бўлмаганда (жумладан, вирусли гепатит ёки холецистит

		ва шу кабилар) ҳам катталашиши мумкин
ЛДГ (лактат-дегидрогеназ)	Унинг таркибининг ошиши аҳамиятли бўлиши ва она учун салбий натижалар билан бирикиши мумкин	• ўткир ёғли гепатоз, томир ичи гемоли туфайли катталашган бўлиши мумкин; • ЛДГ/АСТ>22 муносабатларининг ўсиши идиопатик тромбоцитопеник пурпур – гемолитик-уремик синдромдан далолат бериши мумкин
Билирубин	Конъюгирланган – жигар функциясининг бузилиши, конъюгирланмаган – гемолиз фаоллашуви кўринишида ўсиши мумкин	Унинг таркибининг эрта катталашиши жигар функциясининг бузилиши, генетик бузилишлар билан бирга кечувчи ўткир ёғли гепатоз, гемолитик камқонлик, бошқа касалликларда аҳамиятга эга
Альбумин	Унинг концентрациясининг камайиши оналар ва перинатал салбий натижалари билан бирикади	Унинг таркибининг камайиши оғир касалликлар ўткир фазаси, етарлича озиқланмаслик, нефритик синдром, кристаллоидлар инфузиясининг маркери бўлиши мумкин
Ҳомила ҳолатини баҳолаш	Ривожланиш аномалиялари ноадекват плацентация ва/ёки унинг дисфункциясига олиб келувчи ўзига хос сабаблар бўлиб ҳисобланмайди	

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Олиб бориладиган текширишлар	Ҳомиладорликнинг гипертензив асоратлари бўлган аёлларда кузатиладиган асоратлар	Бошқа вазиятларда аҳамиятга эга бўлиши мумкин бўлган ўзгаришлар
Она артериясидаги ҳажмли қон айланиш тезлигини допплерометрик баҳолаш	Пульсацион индекснинг бир томонлама ёки икки томонлама катталашиши ва/ёки резистентлик индекси ва/ёки дикротик ўйиқнинг пайдо бўлиши – преэклапсия билан бирга йўлдош етишмовчилигини ташхислаш мезони бўлиши мумкин. Она артерияси тизимидаги қон оқимини аниқлаш амалиётда гестация муддатларининг 22 ва 24-ҳафтасида аниқланади, қон оқими етишмовчилиги мезонлари – >0,55 резистентликнинг ўртача кўрсаткичи билан икки томонлама дикротик ўйиқларнинг пайдо бўлиши (жумладан, ушбу популяция учун 50-центилдан ошувчи), >0,65 резистентликнинг ўртача кўрсаткичи билан бир томонлама дикротик ўйиқларнинг пайдо бўлиши (жумладан, ушбу популяция учун 90-центилдан ошувчи) ёки >0,705 резистентликнинг ўртача кўрсаткичи билан дикротик ўйиқларнинг йўқлиги (жумладан, ушбу популяция учун 95-центилдан ошувчи)	
Ҳомила ҳолати мониторинги	Ҳомила юрак уришининг нонормал ёки атипик қийшиқ сони (жумладан, вариабелликнинг камайиши)	
Амниотик суюқлик чўнтагининг чуқурлигини баҳолаш	Олигогидроамнион салбий перинатал натижалар билан бирикади	

Ҳомила ўсишини ультратовушли баҳолаш	Кўпинча ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми аниқланади (тез-тез асимметрик шакл, бироқ симметрик шакл ҳомила ўсишининг кечикиб қолиши бўлиши мумкин, бу гипертензив бузилишлар ва/ёки уларнинг оғир кечишининг эрта бошланишида кузатилади)
Киндик артерияси қон оқимининг допплерометрияси	Резистентликнинг ошиши, йўқ ёки тескари диастолик қон оқими
Вена шохобчасида қон оқимини допплерометрик баҳолаш	Резистентликнинг, айниқса, нолга тенг ёки реверсли қон оқимида (А тўлқин) ошиши
Ўрта-мия артериясида қон оқимининг допплерометрияси	Бош мияда қон оқимининг қайта тақсимланиши (марказлашиш) («бош мияда қон айланишининг сақланиши» резистентлиги ёки самарасининг камайиши). Кўпчилик ҳолатларда ушбу вазият ҳомила нобуд бўлиш ҳолатлари ривожлангунга қадар «ўтказиб юборилиши» мумкин

Миллий стандарт тавсияларига мувофиқ хавф омиллари бўлган **(дастлабки ҳомиладорлик, тана вазни индекси 35 кг/м^2 ва ундан кўпроқ (2-даражали ва ундан кўпроқ семириш)**, олдинги ҳомиладорлик/туғруқларда кўп ҳомилалик, преэклампсия, туғруқлар орасидаги интервал 10 йил ва ундан кўпроқ, ҳомиладорнинг ёши 40 ва ундан катта, оғирлашган анамнез) ва/ёки оғир даражали гипертензия бўлган гестацион гипертензияли ҳомиладорлар ҲПБ ёки ИТП шароитида стационар даволаниши лозим. Шу билан бирга қайд этиш керакки, фақт оғир гипертензия ривожланиши шароитидагина антигипертензив терапия кўрсатилади (САБ 160 ва ундан каттароқ ва/ёки ДАБ 110 мм рт. ст. дан каттароқ). САБ ва ДАБнинг мақсадли даражаларини мос ҳолда 140 ва 90–100 мм рт. ст. дан

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

пастроқ даражада тутиб туриш тавсия этилади. Стационар шароитида амбулатор шароитда олиб борилувчи аналогик текширишларга қўшимча равишда қуйидагилар амалга оширилади: 1) ҳомила ўсиши ва амниотик сув индексини баҳолаш мақсадида фетоплацентар комплекс ультратовушли сонография (УТС) (34 ҳафталиккача); 2) киндик томирлари допплерометрияси (кўрсаткичлар меъёрда бўлганда 34 ҳафталикдан кейин такрорламаслик зарур, она ва/ёки ҳомила ҳолати ёмонлашган ҳолатларда гестация муддатининг 34-ҳафтасидан кейин ҳам такрорланади); 3) кардиотокографию (КТГ).

Юқорида айтиб ўтилганидек, ҳомиладорда оғир артериал гипертензия бўлган вазиятларда (АБ ≥160/110 мм рт. ст.) аёл антиипертензив терапияни стационар олишга муҳтож бўлади, бунда тиббий хизматчи унинг гестация муддатларини ҳисобга олиши зарур. Ҳомиладорнинг гестация муддатлари 34 ҳафтадан ошмаса, камида 2- ёки 3-даражали стационарга госпитализациялаш тавсия этилади, бу перинатал натижаларни яхшилаш имконини беради, шу билан бирга аёлни транспортировка қилишда ичиш учун 10 мг Нифедипин дори воситасиини бериш зарур бўлади. Ҳомиладорнинг стационар даволаниш даврида эса унинг туғиши ҳақидаги саволнинг она учун ҳам, ҳомила учун ҳам хавф солувчи ҳолатларга асосланиб ҳал этилиши тавсия этилади. Бунда 34 ҳафта гестация муддатида чақалоқнинг РДС (респиратор-дистресс-синдром)нинг тўлиқ курсини олган аёлга туғруқни таклиф этиш тавсия этилади. Алоҳида таъкидлашни истардикки, мавжуд тавсияларга мувофиқ (Миллий стандарт) агар гестацион гипертензияли ҳомиладорлар ҳолатини стабиллаштириш имкони бўлмаса, унда туғдириш керак бўлади!

Чақалоқлар РДС профилактикаси ҳақида гапира туриб бугунги кунда дунёда мавжуд муқобил амалиётларни кўрсатишни истадик. Масалан, SOGC тавсияларидаги (2014) шундай амалиётлардан: 1) преэклапсияли аёлларда кортикостероидлар билан РДС антенатал профилактикасини кўпчилик ҳолатларда қабул қилинган 34 ҳафта + 0 кунгача эмас, балки 34 ҳафта + 6 кунга қадар ўтказиш мумкин (асосланганликнинг IC даражаси); 2) гестацион гипертензияли

ҳомиладорлар учун гестациянинг кўрсатилган муддатида (қўшиб ҳисобланганда 34 ҳафта + 6 кунга қадар), РДС профилактикасини фақат кейинги 7 кун давомида туғруқлар режалаштирилган ёки кутилаётган бўлса амалга ошириш тавсия этилади; 3) гипертензив бузилишлар бўлган аёлларда агар туғруқни кесарча кесиш орқали амалга ошириш режалаштирилса, чақалоқлар кортикостероидли антенатал РДС профилактикаси гестациянинг 38 ҳафта + 6 кунига қадар тавсия этилиши мумкин (асосланганликнинг IB даражаси). Таъкидлаш жоизки, бугунги кунда мавжуд маълумотлар кўрсатишича, кортикостероидларнинг қўшимча миқдори, умуман олганда, бошқаларга салбий таъсир кўрсатмасдан, перинатал башоратларни бирмунча яхшилади, шу сабабли муддатидан илгари туғиш хавфи мавжуд ҳомиладорларга ортикостероидларни такрорий киритиш, ҳойнаҳой, асосланган бўлиши керак (McGoldrick E. et al 2016), гарчи қарама-қарши фикрлар мавжуд бўлса ҳам (Chang Y.P., 2014 ва Saccone G. et al., 2016).

Бугунги кунда тавсия этиладиган шошилинч антигипертензив дори воситасилар (артериал босим ≥160/110 мм рт. ст. бўлганда) 4-жадвалда тақдим этилган.

Кўрсатилган дори воситасилардан фақат нифедипинни бозордан бемалол топиш мумкин. Шу билан бирга қайд этишни истардикки, илгари кенг қўлланган Нифедипиндан сублингвал фойдаланиш амалиёти асосланмаган, чунки дори воситаси ичга истеъмол қилинганга кўра сублингвал секин сўрилади, шу сабабли аввал чайнаш, кейин ютиш тавсия этилади ва бу унинг сўрилишини тезлаштиради. Яна шуни қайд этиш керакки, дори воситаси ҳаракатининг авжга чиққан пайти уни истеъмол қилгандан сўнг кейинги 30 дақиқа давомида кузатилади, шу сабабли уни тез-тез истеъмол қилиш (ҳар 10–15 дақиқада) мақсадга мувофиқ эмас.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

4-жадвал. Шошилинч антигипертензив дори воситасилар (SOGC, 2014)

Дори воситаси	Миқдорлаш	Ҳаракатнинг бошланиши	Ҳаракатнинг авжга чиққан пайти	Ҳаракатнинг давомийлиги	Эслатма
Лабеталол	Бошланғич миқдор вена ичига 20 мг, ҳар 30 дақиқада вена ичига киритиладиган ёки бир дақиқада 1–2 мг тезликда 20–80 мг бўйича такрорланади, максимал даражада 300 мг гача (оғиз орқали қабул қилишга ўтгандан кейин)	5 дақиқа	30 дақиқа	4 соат	Астма ва/ёки ХСНли аёлларда қўллашдан қочиш керак. Лабеталол ҳомилада брадикардия ни чақириши мумкин
Нифедипин	Ҳар 30 дақиқада 5–10 мг ни чайнаш ва ютиб юбориш (артериал босимнинг мақсадли аҳамиятгача стабиллашганга қадар)	5–10 дақиқа	30 дақиқа	6 соат	Оғир гипертензияда секин бўшатилувчи дори воситасини қўллаш мумкин эмас
Гидралазин	5 мг дан вена ичига киритиш билан бошланади, ҳар 30 дақиқада 5–10 мг дан такрорий равишда киритилади ёки бир соатда 0,5–10 мг вена ичига (макимал миқдор 20 мг вена ичига ёки 30 мг мушак орасига)	5 дақиқа	30 дақиқа		Онада гипотензия ривожланиш эҳтимолини оширади

Таъкидлаш керакки, кўрсатилган дори воситасилар ва уларнинг миқдорлари, шунингдек, уларни киритиш йўллари фақат артериал босимни шошилинч тушириш учун қўлланиши мумкин, лекин ҳеч қачон артериал босимни сақлаб туриш учун эмас (5-жадвал).

5-жадвал. Артериал босимни режали коррекциялаш учун дори воситасилар

Дори воситаси	Миқдорлаш	Эслатма
Метилдопа	250–500 мг дан ичга (суткалик максимал миқдор бир суткада 2 г)	Метилдопанинг юклама миқдори мавжудлигини кўрсатувчи маълумотлар йўқ
Лабеталол	100–400 мг дан ичга (суткалик максимал миқдор 1200 мг)	Айрим экспертлар 200 мг дан бошлашни тавсия этади
Нифедипин	Дори воситасининг секин сўрилувчи шакли ичга 20–60 мг дан (суткалик максимал миқдор 120 мг)	Секин сўрилувчи таблеткаларни оғир гипертензияда қўллаш мумкин эмас

Артериал гипертензияни коррекциялаш учун кўрсатилган миқдорларда Метилдопадан фойдаланиш тавсия этилади, бунда шуни таъкидлаш керакки, илгари қўлланган организмни дори воситаси билан тўйинтириш амалиёти бугунги кунда ўзини оқламади. Нифедипинга келадиган бўлсак, айтиш жоизки, бугунги кунда дори воситасининг ретард – секин сўрилувчи дори шаклидан фойдаланиш тавсия этилмоқда. Дори воситасининг бош оғриғи каби ножўя таъсирлари ҳақида ҳам унутмаслик керак, уларнинг пайдо бўлиши сохта қўйилган оғир преэклампсия ва акушерлик агрессияси хавфининг ошиши ташхиси қўйилиши дея баҳоланиши мумкин.

Антигипертензив терапия ҳақида гапира туриб шуни кўрсатишни истар эдикки, антигипертензив терапия бошлаш зарурлигини кўрсатувчи ягона фикр мавжуд эмас. Гарчи

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

таъкидлаш зарурки, «ЖССТнинг преэклампсия ва эклампсияни даволаш ва профилактикалаш бўйича тавсиялари» ҳамда Канада Акушер ва Гинекологлар Жамиятининг 2014 йилдаги «Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни олиб бориш, баҳолаш ва ташхислаш: асосий хулосалар» номли амалий қўлланмасида қуйидаги тавсиялар берилган: 1) САБ≥160 мм рт. ст. ва/ёки ДАБ≥110 мм рт. ст. бўлганда ҳомиладорларга антигипертензив терапия кўрсатилади (асосланганликнинг IA даражаси); 2) стационар шароитида қисқа ҳаракатли **Нифедипин** қабул қилиш ёки **Гидралазин** ёки **Лабеталол**ни парентарал киритишдан бошлаш керак (асосланганликнинг IA даражаси); 3) **Нитроглицерин**ни вена ичига киритиш (асосланганликнинг IB даражаси), **Метилдопа** (асосланганликнинг IB даражаси) ва/ёки **Лабеталол** (асосланганликнинг IB даражаси) ва/ёки **Клонидин**ни (асосланганликнинг IIIB даражаси), чилладаврда **Каптоприл** (асосланганликнинг IIIB даражаси) орал қабул қилиш артериал **босимни коррекциялашнинг муқобил дори-дармонли усули ҳисобланади**!!; 4) рефрактор гипертензия ҳолатларида (3 ва ундан ортиқ дори воситасилар самарадорлигининг бўлмаслиги) **Натрия Нитропруссид**дан фойдаланиш энг самарали чора бўлиши мумкин (асосланганликнинг IIIB даражаси); 5) мақсадли артериал босимнинг тавсия этилган аҳамияти САБ учун – 130–155 ва ДАБ учун 80–105 мм рт. ст. чегарасида бўлиши керак (асосланганликнинг IB даражаси).

Кенг қўлланиладиган **Атенолол**, шунингдек, **Празозиндан** туғруқлар якунига етгунига қадар фойдаланиш тавсия этилмайди (асосланганликнинг ID даражаси), бу шу билан тушунтириладики, ва улар шуларсиз ҳам бузилганган бачадон-фетал қон оқимини ёмонлаштириши мумкин.

Аввалроқ қайд этганимиздек, бугунги кунда ҳомиладорларни сурункали ва/ёки гестацион гипертензияли оғир коморбид ҳолатлар билан (қандли диабет, сурункали гломеруляр патология ва шу кабилар) гуруҳларга ажратиш анъанаси мавжуд. Ушбу ажратиш асосида бундай ҳомиладорларда артериал босимнинг мақсадли аҳамияти кўрсатилган коморбидлик бўлмаганларга қараганда пастроқ бўлиши кераклиги ҳақидаги рационал ғоя ётади. Шундай қилиб, SOGC тавсияларига

мувофиқ **коморбидли ҳолатли ҳомиладорлар учун антигипертензив терапияни мақсадли артериал босимни САБ учун <140 мм рт. ст. ва ДАБ учун <90 мм рт. ст. даражада сақлаб туриш мақсадида амалга ошириш зарур** (асосланганликнинг IIIC даражаси).

Енгил преэклампсия ривожланган гипертензив бузилишларнинг навбатдаги даври бўлиб ҳисобланади, улар ҳомиладорда қуйидагиларнинг аниқланиши билан тасдиқланади:

– ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин аниқланган енгил артериал гипертензия;

– протеинурия (0,3 г/л ва ундан кўпроқ);

– хавотирли шикоятлар (дори-дармонлар билан ҳам тўхтатиб бўлмас бош оғриқлари, кўриш қобилиятининг бузилиши (скотомалар, бирдан чақнаб кетиш ва шу кабилар), онгнинг бузилиши, дори-дармонлар билан ҳам тўхтатиб бўлмайдиган ўнг қовурғаости қисмдаги оғриқлар) – йўқ.

Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандартига мувофиқ 2015 йилдан енгил преэклампсияли ҳомиладорлар ҲПБ шароитида госпитализация ва даволаниши лозим (аввалларии енгил преэклампсияли ҳомиладорлар амбулатор кузатилган). Бунда гестация муддати 37 ҳафтадан камроқ бўлса, унда аёлда текшириш ва кузатишни амалга ошириш лозим; гестация муддати 37 ва ундан катта ҳафтани ташкил этган вазиятларда эса тиббий хизматчи туғруқ муддатлари бўйича саволни кўриб чиқиши зарур (қин орқали туғруқлар афзал кўрилади).

Мавжуд тавсияларга мувофиқ 24 ҳафтадан камроқ гестация муддатларида енгил бўлмаган преэклампсия ривожланган ҳолатларда тиббий ходим аёл билан кейинги кунларда туғиш рационаллиги ҳақида маслаҳатлашиб олиши керак (асосланганликнинг II – 2B даражаси).

Енгил преэклампсия билан ҳомиладорлар кузатилган ҳолатларда қуйидаги ҳаракатлар минимуми тавсия этилади: 1) умумий акушерлик кўриклари; 2) кун давомида 4 марта артериал босим даражасини динамик нахорат қилиш (ҳар 6 соатда); 3) протеинурия даражасини аниқлаш билан сийдик умумий таҳлилини баҳолаш ва йиғиш; 4) қон таҳлилини умумий баҳолаш ва йиғиш (тромбоцитлар миқдорини

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

ҳисоблаш билан); 5) қоннинг биокимёвий таҳлили в коагулограмма натижаларини ўрганиш ва йиғиш (АЛТ, АСТ билирубин ва унинг фракциялари, мочевина, креатининн баҳолаш билан); 6) ЭКГ ўтказиш ва баҳолаш; 7) сомати патология тавсифига боғлиқ ҳолда терапевт ва ёндоц мутахассислар кўриги; 8) ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасида кейин ҳомила ҳолати ва унинг ўсиш динамикасини баҳолаш (ҳомила УТТ, допплерометрия, КТГ кўрсаткичлари бўйич гравидограмма, ҳомила юрак уришини баҳолаш).

Енгил преэклампсияли ҳомиладорларни туғруқдан кейи олиб бориш ҳақидаги савол алоҳида кўриб чиқишга лойи Бундан ташқари Миллий стандартга мувофиқ қуйидагила зарур:

- 5 сутка давомида АБ бир кунда 4 мартадан кам бўлмага ўлчаш;
- туғруқдан кейин 2 сутка тромбоцитлар билан ҳамда АЛТ АСТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевина креатининни баҳолаш билан қоннинг биокимёвий УҚ таҳлилларини такрорлаш.

Аёлни уйга гипертензив дори воситасиларси касалхонадан чиқариш!!!

Албатта, енгил преэклампсияли ҳомиладорлард антигипертензив терапия ҳақида гап ҳам бўлиши мумкин эма чунки оғир гипертензив (≥160/110 мм рт. ст.) ва аҳамиятл протеинурия (суткалик сийдикда 0,3 г) аллақачон **оғи преэклампсия**нинг мезонлари ҳисобланади. Кўрсатилга мезонлар билан бир қаторда оғир преэклампсия ташхисин қўйишда қуйидаги **хавотирли симптомлар** салмоқл аҳамиятга эга бўлиши мумкин: дори-дармонлар била тўхтатиб бўлмайдиган бош оғриғи, кўриш қобилиятини бузилиши (скотомалар, кўз олдининг чақнаб кетиши), онгни бузилиши, дори-дармонлар билан тўхтатиб бўлмайдига эпигастриядаги оғриқлар, енгил преэклампсия белгилар билан бир қаторда – енгил артериал гипертензия (≥160/110 м рт. ст., бироқ ≥140/90 мм рт. ст.) ҳамда аҳамиятли протеинури (суткалик сийдикда 0,3 г). Аввал айтиб ўтилганидек, бугун

олмайди (олдинги тавсиялар ACOGдан олинган (Америка Акушер-Гинекологлари Коллежи); бир суткада 5 г ва ундан кўпроқ протеинуриянинг ҳатто енгил артериал гипертензия билан бирикуви ҳам оғир преэклампсия ташхисини белгилаш имконини берувчи мезон ҳисобланган, 2010 йилдаги ЖССТ ҲТИБ бўйича – протеинурия бир суткада 3 г ва ундан кўпроқ).

Миллий стандартга мувофиқ қуйидаги белгилардан бирортаси билан бириккан протеинурияли ёки протеинуриясиз ҳар қандай гипертензиянинг мавжудлигини оғир преэклампсия сифатида кўриб чиқиш зарур: кучли бош оғриғи (тез-тез кучайиб кетувчи ва анальгетиклар билан енгиллашиайдиган), кўриш қобилиятининг бузилиши, эпигастриядаги оғриқлар ёки кўнгил айниши, тиришишга тайёрлик, пайпаслаб кўрилганда жигарнинг оғриқлилиги, тўсатдан умумлаштирилган шишлар, 100*109 л дан камроқ тромбоцитопения, АЛТ ва АСТнинг 70 ме/л дан кўтарилиши, олигоурия (бир суткада 400 мл дан камроқ). Бироқ кўрсатилган симптомлар кўпинча кам ўзига хос ҳисобланади ва аниқланганда акушерлик агрессиясининг ўсиши ва гиперташхислашни юзага келтиради.

6-жадвалда оғир преэклампсия ташхисини қўйиш учун жамланган мезонлар тақдим этилган.

7-жадвалда оғир преэклампсиянинг айрим оқибатлари ва асоратлари тақдим этилган.

Оғир преэклампсия бўлган беморларга кўрсатиладиган ёрдамнинг аҳамияти акушерлик вазиятларига боғлиқ ҳолда имкон қадар 2 ёки 3-даражали стационарга, акушерлик реанимациялари ва интенсив терапия бўлимлари (АРИТБ) ёки интенсив терапия палатаси (ИТП)га, туғруқ залига шошилинч госпитализация қилишдан иборат. Стационар шароитида беморга кечиктирмасдан тиришишга қарши терапия кўрсатишни бошлайди (магнезия ва шу кабилар), оғир гипертензия бўлган ҳолатларда аёл мос ҳолдаги антигипертензив терапия олишни бошлайди (4–5-жадваллар). Шундан кейин келгуси тактикалар бўйича саволнинг ечими топилади – кўпинча гестациянинг 34 ҳафтасидан кам бўлмаган муддатдаги аёллар схема бўйича дастлаб РДС профилактикаси билан 24–48 соат давомида туғдирилади. Туғдириш чоғида бошқа ўзига хос кўрсатмалар бўлмаган

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

ҳолатларда табиий туғруқ йўллари орқали туғруқлар танлаш усули ҳисобланади (асосланганликнинг II – 2B даражаси). Агар туғруқ йўллари етилмаган бўлса, унда уларни жойларда қабул қилинган бачадон бўйнини етилтириш усулларига боғлиқ ҳолда тайёрлаш зарур (простагландинлар, Фоли катетери) (асосланганликнинг IA даражаси). Гестация муддати якунига етишига ҳали анча вақт бор, бироқ ҳомила ҳолати ёмонлашганлиги белгилари бўлган вазиятларда кесарча кесиш йўли билан шошилинч туғдириш оптимал натижанинг кафолати бўлиши мумкин (асосланганликнинг II – 2B даражаси). Туғруқ давомида артериал босимни антигипертензив дори воситасилардан фойдаланиш ҳисобига 160/110 мм рт. ст. дан пастроқ кўрсаткичларда сақлаб туриш тавсия этилади (асосланганликнинг II – 2B даражаси).

6-жадвал. Оғир преэклампсия белгилари

Артериал босим	Систолик артериал босим 160 ва ундан каттароқ мм рт. ст. Диастолик артериал босим 110 ва ундан каттароқ мм рт. ст. 2 соатлик (Миллий стандарт), 15 дақиқалик (SOGC) интервал билан икки карра ўлчанганда
Тромбоцитопения	Тромбоцитлар мл да 100000 га қараганда камроқ
Жигар функциясининг бузилиши	АСТ ёки АЛТ кўрсаткичлари референс аҳамият кўрсаткичларидан икки марта юқори. Қориннинг ўнг тараф юқори квадранти ёки эпигастрияда дори-дармонлар билан тўхтатиб бўлмайдиган узоқ чўзилувчи кучли оғриқ
Буйрак етишмовчилиги	Қон зардобида креатинин 1,1 мг/дЛ ва ундан кўпроқ ёки референс кўрсаткичлардан икки карра ошиши

Ўпкаларнинг шишиши	
Марказий нерв тизимининг бузилиши	Бош оғриқларининг пайдо бўлиши
Кўриш қобилиятининг бузилиши	Скотомаларнинг пайдо бўлиши

7-жадвалю Оғир преэклампсиянинг оқибатлари ва асоратлари

Тизимлар, шунингдек, мўлжалга олинган аъзолар	**Қониқарсиз оқибатлар (оғир асоратлар ривожланиш хавфи ошади)**	**Оғир асоратлар (зудлик билан туғруқни амалга оширишни талаб этиши мумкин бўлган асоратлар)**
Марказий нерв тизими	Бош оғриғи, кўриш қобилиятининг бузилиши	Эклампсия, орқа қайтарилувчан лейкоэнцефалопатия синдроми, кортикал кўрлик, тўр парда кўчиши, Глазго <13 шкаласи бўйича баҳолаш, инсульт, транзитор ишемик ҳужумлар, қайтарилувчан неврологик танқислик (48 соатдан камроқ)
Кардиореспиратор тизим	Кўкрак қафасидаги оғриқлар/ҳарсиллаш, кислород билан <97% сатурация	– назорат қилиб бўлмайдиган оғир гипертензия (3 хил антигипертензив дори воситасилардан фойдаланилганлигига қарамасдан кейинги 12 соат давомида чўзилувчи); – кислороднинг <90% саурацияси, ≥50% концентрацияси билан

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

		камида 1 соат давомида кислородли ингаляция зарурати, интубациялар (кесарча кесишларга қараганда бошқа сабаблар бўйича) – ўпка шишининг мезони бўлиб ҳисобланиши мумкин; – ижобий инотроп қўллаб-қувватлаш; – миокардиал ишемия ёки инфаркт
Гематологик тизим	– оқ қон таначалари миқдорининг кўпайиши; – МНО ва АЧТБ кўрсаткичларининг ошиши; – тромбоцитлар миқдорининг камайиши	тромбоцитлар миқдорининг 50*109 л дан камроқ камайиши, қон дори воситасилари трансфузияси зарурати
Сийдик ажратиш тизими	– креатинин таркибининг кўпайиши; – сийдик кислотаси таркибининг ошиши	Ўткир буйрак етишмовчилиги (бошланғич буйрак патологияси бўлмаганда креатинин таркиби >150 мкг/л); таҳлил ўтказиш учун кўрсатмаларнинг пайдо бўлиши
Жигар	Кўнгил айниши ва қайт қилиш, ўнг юқори квадрант эпигастриядаги оғриқ, қон зардобида АСТ, АЛТ, ЛДГ ёки билирубин кўрсаткичларининг ошиши, альбуминнинг паст кўрсаткичи	– жигар етишмовчилиги (диссеминирланган томир ичи қон ивиши синдроми бўлмаган шароитда ёки Варфарин қабул қилмайдиган беморларда МНО меъёрий кўрсаткичлардан >2 марта ошади);

		– жигар гематомаси ёки жигарнинг ёрилиши
Фето-плацентар	Ҳомила юрак уришининг патологик сони; допплерометрияда ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми, камсувлилик, нолга тенг ёки реверсли оёқ-қўл учлари-диастолик қон оқими	– ҳомила ва/ёки она ҳолати ёмонлашуви белгилари билан йўлдошнинг кўчиши; – вена қон томирида реверсли қон оқими, А турдаги тўлқинлар; – ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши

Ўзбекистон Республикасининг ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш бўйича Миллий стандартига мувофиқ аёл оғир преэклампсия билан стационарга қабул қилинганда қуйидагилар амалга оширилиши зарур: 1) дастлабки шошилинч баҳолашни ўтказиш (ҳуши, пульси, артериал босими, нафас олиш сони, тана ҳароратини баҳолаш); 2) умумий ва акушерлик кўригини амалга ошириш; 3) суткалик сийдикдаги оқсил таркибини аниқлаш (ёки протеиннинг креатининингга нисбатини (30 мг/ммоль)); 4) тромбоцитлар билан қоннинг умумий таҳлилини ўтказиш ва баҳолаш; 5) қоннинг биокимёвий таҳлили натижаларини ўрганиш ва йиғиш (қон зардобидаги АЛТ, АСТ, унинг фракциялари билан билирубин, мочевина, креатинин) ҳамда коагулограмма; 6) электрокардиограмма ўтказиш ва унинг натижаларини баҳолаш; 7) терапевт кўригини, зарурат бўлганда эса бошқа ёндош мутахассислар кўригини ҳам ташкиллаштириш; 8) ҳомила ҳолати ва унинг ўсиш динамикасини баҳолаш (гравидограмма, ҳомила УТТ кўрсаткичлари бўйича ҳомила юрак уришини баҳолаш – 2 ҳафтада 1 мартадан кўп эмас, допплерометрия – 2 ҳафтада 1 мартадан кўп эмас, КТГ – ҳафтада 1 марта).

Тиришишга қарши терапия ҳақида гапирилганда жуда кўп ҳолатларда магнезияли терапия назарда тутилади, чунки магний сульфат эклампсияни даволаш ҳамда ривожланишининг олдини олишда биринчи чизиқдаги дори

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

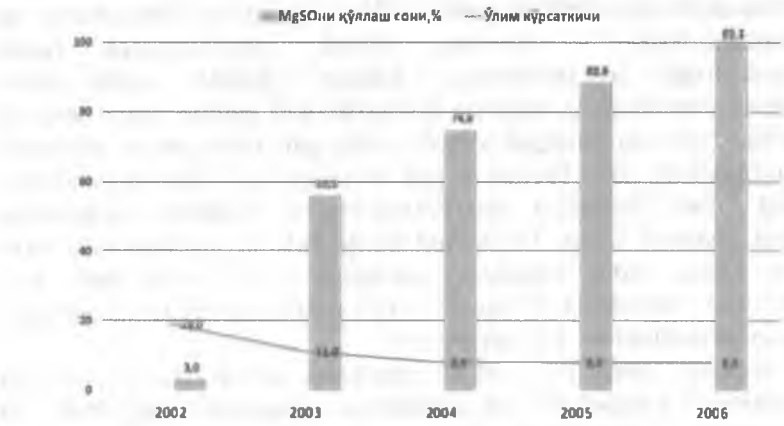
воситаси ҳисобланади (асосланганликнинг IA даражаси). Магнезиянинг тавсия этилган миқдори – юкламали миқдор 4 г, туғруқдан кейин 24 соатга қадар 1 соатда 1 г тезликда киритилади (асосланганликнинг IA даражаси). Фенитоин ва Бензодиазепин – иккинчи бўлиб танланадиган дори воситасилар ҳисобланади ҳамда фақат магнезияли терапиянинг самарадорлиги бўлмаган ёки қарши кўрсатмалар бўлган ҳомиладорларда кўриб чиқилади (асосланганликнинг IE даражаси). Шу билан бирга магнезияни изоляцияланган ҳолда олиб боришга антигипертензив терапия сифатида қараш мумкин эмас (асосланганликнинг IE даражаси). Яна шуни қайд этиш керакки, магенезия ва нифедипиннинг бирикиши тамомила мумкин бўлган комбинация ҳисобланади (асосланганликнинг IIB даражаси).

Мавжуд маълумотларга мувофиқ магнезияли терапия эклампсик хуружлар ривожланиш хавфини 50–58% га камайтириш имконини бериш баробарида гипертензив бузилишлардан оналар ўлими ҳолатлари кўрсаткичларини 17–46: га камайтиради (Magpie Trial Collaborative Group: Lancet 2002, Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group BJOG 2006). Sibai et al. (2006) маълумотларига мувофиқ оғир эклампсияли ҳомиладорларда олиб бориладиган магнезияли терапия 7 ҳолатдан биттасида эклампсия ривожланишини бартараф этиши мумкин (диазепам олган аёллар гуруҳига солиштирилганда).

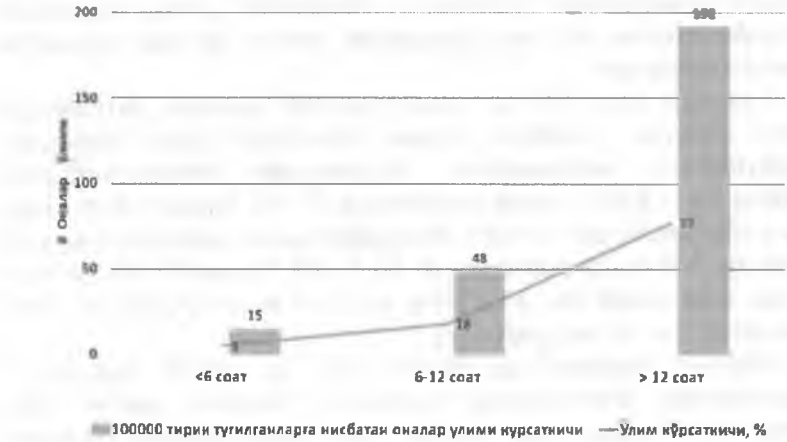
Юқорида келтирилган маълумотлар амалий натижалар билан, бундан ташқари айрим маълумотларга мувофиқ тасдиқланган, магнезияли терапиядан фойдаланишни кўпайтириш 100000 тирик туғилганга 10–15 бирликда оналар ўлими кўрсаткичларини 50% га қисқартириш имконини беради (Fernando Althabe presentation at CIHR, WHO and NIH Workshop Ottawa, September 24–25, 2009), бу 5-расмда тақдим этилган натижалар билан тасдиқланади.

Мавжуд тадқиқотлар билан яна шу нарса ишонарли кўрсатилдики, магнезияли терапияни бошлаш вақти ҳам натижаларга аҳамиятли таъсир кўрсатиши мумкин. Бундан ташқари 6-расмда оғир эклампсия ва эклампсия ташхислари қўйилишидан бошлаб ўлим кўрсаткичлари ва магнезияли

терапияни бошлаш орасидаги ўзаро алоқани кўрсатувчи маълумотлар тақдим этилган.



5-расм. Purulia, West Bengal, India гипертензив бузилишлари ва ўлимларда магнезияли терапиядан фойдаланиш, 2002–2006 (презентация билан) [Preventing Maternal Deaths due to Pre-Eclampsia/Eclampsia (PE/E) MCHIP]



6-расм. Магнезияли терапияни бошлаш муддатлари ва ўлим кўрсаткичлари [Rashida et al., 2004].

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Тақдим этилган маълумотлардан аён бўладики, оғир эклампсия/эклампсияли ҳомиладорларда магнезияни киритишни эрта бошлаш (мос келувчи ташхис қўйилганидан 6 соатдан камроқ вақт ўтгандан кейин) оналар ўлими кўрсаткичларини минимал аҳамиятларда тутиб туриш имконини беради, бу пайтда уни киритишни кеч бошлаш ўлим ҳолатининг тезлик билан 77% га ўсишида акс этади.

Уни киритишнинг кенг тарқалган иккинчи усули ҳақида ҳам эслатиб ўтиш зарур. Бундан ташқари қуйидагилардан иборат **Зуспан** усули бўйича ҳам энг кўп тарқалган ҳисобланади: 1) 20 дақиқа давомида вена ичига магнезиянинг 4–5 г қуруқ модда миқдоридаги юклама миқдорини киритиш (16–20 мл 25% лик эритмани натрий хлорид физиологик эритмаси билан 1:1 аралаштирилган ҳолда); 2) магний сульфатнинг қувватловчи миқдорини 1 соатда 1–2 г тезликда 100 мл 25% лик эритма + 0,9% ли натрий хлорид – 400 мл вена ичига томчилатиб, 24 соат давомида бир дақиқада 7 томчи тезликда киритиш. Амалиётда қуйидаги вариантни қўллаш янада қулай (чунки 500 мл тарани топиш мушкул): 100 мл 25% лик магний сульфат эритмаси (25 г) + 300 мл натрий хлорид физиологик эритмаси бир дақиқада 5, 3 томчи ёки 3 дақиқада 16 томчи. Ушбу усулнинг афзаллиги бошқарилувчанлигида (ҳамиша миқдорни ошириш ёки камайтириш мумкин), камчилиги шундаки, бемор ҳаракати чегараланади, чунки унинг периферик венасига инфузия учун система ўрнатилган. Навбатдаги магнезия киритиш усули **Притчард** бўйича мушак орасига киритиш техникаси ҳисобланади, унинг аҳамияти қуйидагиладан иборат: 1) 5 г магний сульфатни (20 мл 25% лик эритма) новокаинли ёстиқчада бўксанинг юқори ташқи квадранти мушаклари орасига чуқур киритиш (бор-йўғи 10 г); шундан кейин 2) 5 г магний сульфатни (20 мл 25% лик эритма) ҳар бир думбага мушак орасига навбати билан 24 соат давомида кўрсатилган усулда ҳар 4 соатда мушаклар орасига киритиш. Ушбу усулнинг афзаллиги ундан стационардан ташқари шароитларда ҳам қўллаш мумкин (амбулаторияда, транспортировка жараёнида ва шу кабиларда), бемор ҳаракатларда эркин, бироқ шу билан бирга салмоқли камчиликка ҳам эга бўлиб, бу магнезияли терапиянинг қийин бошқарилишидан иборат (киритилаётган дори воситаси

миқдорини ошириш ёки уни киритиш тезлигини камайтиришга нисбатан). Бундан ташқари магнезия дори воситасининг кўрсатилган ҳажмини мушак орасига киритиш жуда оғриқли (улардан кейин инфильтратлар, абцесс ва шу кабилар шаклланиши мумкин). Кўрсатиб ўтилганлар оғир преэклампсия ва эклампсияли ҳомиладорларда магнезияни вена ичига киритиш афзаллиги ҳақида гапирилувчи мавжуд тавсияларни асослайди.

Юқорида айтиб ўтилганидек, оғир преэклампсия ташхиси қўйилганда ҳомиладор 24–48 соат давомида туғдириб олиниши керак (Миллий стандарт) ёки аёл ҳолати яхши бўлганда (хавф туғдирувчи симптомлар бўлмаганда), ҳомиладорликни узайтириш эса перинатал натижаларни яхшилайди – ҳомиланинг ашовчанлик қобилиятини оширади (қоидага кўра гестациянинг 34 ҳафталигигача бўлган муддатда). Ҳомиладорликни гестациянинг қулай муддатларига қадар узайтириш мумкин бўлган муқобил ҳисобланади (албатта, қатъий мониторинг остида (юқорида санаб ўтилган таҳлилларни ҳар 2 кунда, қоидага кўра, 3-даражали стационарларда такрорлаш)). Оғир преэклампсияли ҳомиладорларда 37 ҳафталик ва ундан каттароқ муддатда ҳомиладорликни давом эттиришга эҳтиёж бўлмайди.

Мавжуд тавсияларга мувофиқ гипертензив бузилишлар бўлган ҳомиладорларда ўзига хос қарши кўрсатмалар бўлмаганда эпидурал катетер ўрнатишни эртароқ амалга ошириш зарур (асосланганликнинг IA даражаси). Кесарча кесишни оғриқсизлантириш учун эса орқа мия, эпидурал, шунингдек, ўпкаларнинг сунъий вентиляцияси билан умумий анестезия тамомила маъқул ҳисобланади (асосланганликнинг IA даражаси).

Гипертензив бузилишлар бўлган ҳомиладорларга реанимацион чоралар кўрсатишда суюқлик киритилишини чегаралаш лозим, бу ўпкалар шишиши шаклланишининг олдини олиш имконини беради (асосланганликнинг II – 2B даражаси). Яна шуни қайд этиш керакки, гипертензив бузилишлар бўлган ҳомиладорларда олигоурия (кузатишнинг аввалги 6 соати давомида сийдик ажратиш соатига 15 ва ундан камроқ мл тезликда)ни даволаш учун ҳаддан ортиқ инфузияли терапиядан (асосланганликнинг IIID даражаси), шунингдек,

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

плазмаэкспандерлар ҳисобига плазма ҳажмини оширишдан сақланиш керак (ГЭК ва шу кабилар) (асосланганликнинг IE даражаси). Буюк Британия Акушер-Гинекологлари Қироллик Жамияти (RCOG) тавсияларига кўра суюқлик киритиш ичилган ва киритиган суюқликлар, жумладан, магнезия билан киритилаётганлар ҳам қўшиб ҳисобланганда 80–85 мл/соат ёки 1 мл/кг/соатгача чегараланиши зарур. Тромбоэмболиянинг юқори хавфи билан бирга кечувчи преэклампсияда тромбопрофилактика тайинланиши мумкин асосланганликнинг A IB даражаси).

Тақдим этилган маълумотларни хулосалай туриб таъкидлашни истардикки, преэклампсия/эклампсияни даволашда туғдириб олиш ягона самарали усул ҳисобланади. Ҳомиладорликни узайтиришни эса ҳомила яшаб қолиш эҳтимолини ошириш имкони бўлган вазиятлардагина кўриб чиқиш зарур. Миллий стандартда ёзилишича, қуйидаги ҳолатларда **оғир преэклампсияли ҳомиладорларда гестациянинг 34 ҳафтасидан камроқ муддатда дастурлаштирилган туғруқлар тавсия этилади**: 1) она ва ҳомила ҳолати барқарор, эклампсиянинг хавф солувчи белгилари йўқ, туғруқ кортикостероидлар билан ҳомила РДС профилактикаси олиб борилгандан кейин она ва ҳомила ҳолати қатъий назорат остида **3-даражали туғруқхонада** амалга оширилади; 2) бошқариб бўлмайдиган оғир артериал гипертензия бўлганда ёки ҳомила ҳолатига хавф солувчи ўпкалар шиши, НЖЙБК, жигар, буйраклар функцияси бузилишини зўрайтирувчи белгилар, мия шишиши белгилари, HELLP синдроми бўлганда – ҳомиладор ҳолати барқарорлашиши билан, ҳомила РДС профилактикаси якунланишини кутмасдан **муддатидан илгари туғдириш** кўрсатилган; 3) агар қоғаноқ (ҳомила пардаси)нинг туғруққача йиртилиши бўлса ёки ҳомила киндиги артериясида нолли-реверс қон оқими кузатилса, ёки ҳомила ўсишининг чегараланиши синдроми (5 центилдан камроқ), ёки яққол камсувлилик бўлганда – туғруқ РДС профилактига якунига етганидан кейин ва ҳомиланинг доимий мониторинги билан амалга оширилади. **Оғир преэклампсияли ҳомиладорларда эса 34 ҳафтадан 36 ҳафталиккача + 6 кун муддатни ҳам қўшиб ҳисоблаганда** она

ва ҳомила ҳолати барқарор бўлмаган (она ҳолати барқарорлашиши билан туғруқ амалга оширилади) вазиятларда **дастурлаштирилган туғруқни амалга ошириш** масаласи кўриб чиқилиши керак. **37 ва ундан каттароқ муддатдаги ҳомиладорларда** ташхис қўйилганидан 24–48 соат ўтганидан кейин **туғруқни амалга оширишни режалаштириш зарур**, агар ҳомиладорда ўпкалар шишиши, жигар, буйраклар функциясининг яққол бузилиши, ҳомила томонидан беқарор гемодинамика, бузилиш ҳолатлари бўлса – она ҳолати барқарорлашиши билан дарҳол туғруқ амалга оширилади.

Оғир преэклампсияли аёллар туғруғи чоғида қуйидагилар тавсия этилади: 1) доимий асосда артериал босм назоратини амалга ошириш; 2) туғруқларни имкон қадар доимий КТГ мониторинги остида, бунинг имкони бўлмаган ҳолатларда эса ҳомила аускультацияси билан (ҳар 15–30 дақиқада) олиб бориш; 3) магнезияли терапиянинг қувватловчи миқдорини киритишни давом эттириш (чилла24 соатга қадар); 4) аёлнинг АБ 160/110 мм рт. ст. га тенглашса ёки ундан ошган вазиятларда – антигипертензив терапияни бошлаш ёки давом эттириш; 5) эрта амниотомияни бажариш; 6) регионар анестезия усулида туғруқларни оғриқсизлантиришни кўриб чиқиш; 7) фақат АБ назорат остида тутиб турилган ва уни бошқариш мумкин бўлган вазиятлардагина туғруқларни чегараламаслик, бошқа вазиятларда эса – вакуум, экстракция, акушерлик қисқичлари ёки кесарча кесиш (акушерлик вазиятларига боғлиқ ҳолда).

Оғир преэклапмсияни бошдан кечирган аёлларда туғруқдан кейин қуйидагилар тавсия этилади: 1) 5 сутка давомида кунига камида 4 марта АБни ўлчаш; 2) туғруқлардан кейин 2 сутка ўтгач, қондаги мочевина, креатинин, билирубинни аниқлаш таҳлилларини такроран ўтказиш ҳамда тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаб чиқишни амалга ошириш; 3) АБ 160/110 мм рт. ст. ва ундан юқори бўлган вазиятларда аёллар антигипертензив дори воситасиларни қабул қилишда давом этишлари керак; 4) АБ даражаси 140/90 мм рт. ст. ва ундан пастроқ бўлган вазиятларда эса антигипертензив дори воситасилар миқдорини камайтириш зарур; 5) аёл ҳолати барқарорлашганда ҳамда антигипертензив дори воситасилар қабул қилиш билан ёки уларсиз АБ 140/90 мм

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

рт. ст. ва ундан пастроқ бўлгандагина аёлга уйга кетиш учун рухсат берилади.

8-жадвал. Эклампсияни даволашда тиришишга қарши муқобил дори воситасилар [Moroz L. A. et al. 2016 г.]

Тиришишга қарши дори воситасилар	Миқдори	Олиб бориш схемаси
Лоразепам	2–4 мг дан вена ичига	Бир марталик, биринчи миқдор киритилгандан 10–15 дақиқа ўтгандан кейин
Диазепам	5–10 мг дан вена ичига	Ҳар 5–10 дақиқада (максимал миқдор 30 мг)
Фенитоин (гипертонияли аёлларда жуда эҳтиёткорлик билан қўлланилиши керак, шунингдек, аритмия ривожланишига ҳам олиб келиши мумкин)	15–20 мг/кг дан вена ичига	Бир марталик, 10 мг/кг миқдорда дастлабки юборишдан 20 дақиқа ўтгандан кейин киритишни такрорлаш мумкин
Леветирцетам (буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда доззани тўғрилаш зарур)	500 мг вена ичига ёки ичкарига	Бир марталик, 12 соатдан кейин такрорланиши мумкин

Эклампсия бу – тиришишларнинг ҳушдан кетиш билан бирга кечиш эпизоди ёки преэклампсия фонидаги такроран тиришишлар (эклампсик мақом). Эклампсиядаги тиришиш хуружларининг сабаби – бош миянинг шишиши. Knight et al. маълумотлари бўйича 44% ҳолатда эклампсия чиллабосқичда, 38% ҳолатда эса – туғруққача, ва ниҳоят, 18% ҳолатда туғруқлар

чоғида ривожланади. Мавжуд маълумотларга мувофиқ эклампсия 10000 нафар туғадиган аёлдан фақат 5 нафарида ривожланади. Алоҳида таъкидлаш керакки, эклампсия артериал гипертензияси бўлмаган аёлларда ҳам аҳамият касб этиши мумкин. Бунда тиришиши синдромининг ноаниқ этиологияси билан аёл қабул қилинганда тиббий ходимга тиришиш сакбаблари якуний аниқлангунга қадар худди эклампсиядагидек олиб бориш тавсия этилади.

Аёлда эклампсия хуружлари пайдо бўлганда қуйидагиларни амалга ошириш зарур: 1) жиҳозларни тайёрлаш (ҳаво ўтказгич, сўргич, ниқоб ва қопча, кислород) ҳамда унга 4–6 л/дақ тезлик билан кислород бериш; 2) уни шикастланишлардан ҳимоялаш, бироқ шу билан бирга уни фаол тутиб турмаслик; 3) уни чап ёни билан ётқизиш, бу ошқозон ичидаги нарсалар, қусуқ массалари ва қон аспирацияси хавфини камайтиради ҳамда пастки ковак веналар синдроми ривожланишининг олдини олади.

Тиришишлар тугаши билан дарҳол: 1) кекирдак ва оғиз бўшлиғини сўргич билан тозалаш; 2) зудлик билан тиришишга қарши (магний сульфат дори воситасиини танлаш) ва гипотензияли (оғир артериал гипертензияда) терапияни бошлаш; 3) тиришишлар қайталанган вазиятларда такрорий равишда 2 г (8 мл) 25% ли магний сульфат эритмасини вена ичига киритиш ҳамда киритилаётган магний сульфат миқдорини 1,5–2,0 г/соатгача кўпайтириш (бир дақиқада 11 томчи); 4) тиришишлар давом этган ҳолатларда (магний сульфатдан ташқари) вена ичига бир марта 10 мг диазепам ёки вена ичига бир марта 50 мг тиопентал натрий киритиш зарур. Муқобил антиконвульсантлар ва уларнинг эҳтимолий миқдорлари 8-жадвалда келтирилган.

2016 йилдаги Moroz L.A. et al. томонидан нашр этилган мақолада эклампсик хуружлари бўлган аёлларга ёрдам кўрсатишда қуйида келтирилган чек-варақдан фойдаланиш тавсия этилган (9-жадвал).

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

9-жадвал. Эклампсия ривожланган ҳолатларда тез жавоб олишнинг текшириш варағи

Лидерни тайинлаш (ҳаракатларни назорат қилади ва оптималлаштиради)
Котибни тайинлаш (бажарилган қадамларни қайд этиб боришни амалга оширади)
Бевосита ҳомиладор билан ишлайдиган, шунингдек, бошқа қатнашувчиларни ҳам танлайдиган мутахассисни тайинлаш
Нафас олиш йўлларини ҳимоялаш
Каравотда беморни ҳимоялаш (каравотнинг чегараловчи тутқичларини кўтариш, беморни юмшоқ чойшаб билан ўраб қўйиш ва шу кабилар)
Веморнинг чап ёнбоши билан ётиш ҳолатини таъминлаш
Онанинг пульсоксиметриясини бажаришни бошлаш
Вена ичига киришни таъминлаш
100% кислород бериш имконига эга кислородли ниқоб билан таъминлаш
Бўлимда ниқобли вентиляция
Аспиратор, отсос бўлишини таъминлаш
Имкон қадар ҳомила ҳолатининг узоқ муддатли мониторингини таъминлаш

Аёлда эклампсия хуружлари пайдо бўлганда қуйидаги мезонлар интубация ва ўпкаларнинг сунъий вентиляциясига ўтиш учун сабаб бўлиши мумкин: 1) адекват мустақил нафас олишнинг бўлмаслиги; 2) эклампсик мақом (бири ортидан бири келувчи эклампсик хуружлар); 3) эклампсик кома; 4) ўпкаларнинг шишиши; 5) мустақил нафас олганда 80% ва ундан камроқ сатурация.

Агар аёл ҳали туғдирилмаган бўлса, унда уни кейинги 12 соат давомида туғдириб олиш зарур. Бунда то туғдирилгунга қадар бемор ҳолати барқарорлаштириб олиниши керак. Туғруқларда она ҳолати барқарорлашган ва оператив

туғдиришга кўрсатмалар бўлмаган вазиятларда туғруқларни регионар анастезия билан табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошириш лозим. Туғруқ йўллари етилмаган ва/ёки ҳомила ва она ҳолати беқарор бўлган вазиятларда туғруқни кесарча кесиш йўли билан амалга ошириш зарур бўлади.

Эклампсия хуружларини бошдан кечирган беморларда чиллабосқичда худди шундай магнезияли терапияни давом эттириш керак (туғруқдан кейин 24 соат ўтгунга қадар), зарурат бўлганда антигипертензив ёки бошқа симптоматик терапияни бошлаш ёки давом эттириш, чилла даврида 5 сутка давомида кунига 4 маҳал АБни ўлчаш, туғруқдан кейин 2 сутка ўтгач, қондаги мочевина, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТни аниқлаш таҳлилларини такроран ўтказиш ҳамда тромбоцитлар миқдорини ҳисоблаб чиқишни амалга ошириш, АБ даражаси 140/90 мм рт. ст. ва ундан пастроқ бўлган вазиятларда антигипертензив дори воситасилар миқдорини камайтириш, ва ниҳоят, аёл ҳолати барқарорлашганда ҳамда антигипертензив дори воситасилар қабул қилиш билан ёки уларсиз АБ 140/90 мм рт. ст. ва ундан пастроқ бўлгандагина аёлга уйга кетиш учун рухсат берилади.

Хулоса ўрнида алоҳида таъкидлашни истардикки, илғор исботланган маълумотларга асосланган ҳомиладорликдаги гипертензив бузилишларни олиб бориш бўйича баённомаларга амал қилиш ва уларни ҳар томонлама татбиқ этиш, шубҳасиз, оналар ўлими кўрсаткичларини умуман камайтириш имконини беради ва бу амалиётда ўз тасдиғини топмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Alkema L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group / Alkema L., Chou D., Hogan D., Zhang S., Moller A-b., Gemmill A., Ma Fat D., Boerma T., Temmerman M., Mathers C., Say L., on behalf of the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group // Lancet, 2016. – Vol. 387. – P. 462–474.

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

2. Campbell O. M. Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works / Campbell O. M. and Graham W. J. // Lancet, 2006. – Vol. 368 (9543). – P. 1284–1299.

3. Cantwell R. Saving Mothers' Lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2006–2008. The eight report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths , 2011. – Vol. 118 (Suppl. 1). – P. 1–203.

4. Chang Y. P. Evidence for adverse effect of perinatal glucocorticoid use on the developing brain / Chang Y. P. // Korean. J. Pediatr, 2014. – Vol. 57(3). – P. 101–109.

5. Chronic hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists № 29. July 2001.

6. Coppage K. H. Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate caesarean delivery beneficial? / Coppage K. H. // Am. J. Obstet. Gynecol, 2002. – Vol. 186(5). – P. 921–923.

7. Diagnosis, Evaluation, and Management of the Hypertensive Disorders of Pregnancy: Executive Summary. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline № 307. May 2014.

8. Douglas K. A. Eclampsia in the United Kingdom / Douglas K.A., Redman C.W. // Br. Med. J. –1994. – Vol. 309. – P. 1395–1400.

9. Duley L. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications / Duley L., Henderson-Smart D. J., Knight M., King J. F. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003. Issue 4

10. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002.

11. Friedman E. Pregnancy Hypertension. / Friedman E. and Neff R. // Massachusetts: PSG Publishing Company Inc., 1977.

12. Head B. B. A randomized trial of intrapartum analgesia in women with severe preeclampsia / Head B. B., Owen J., Vincent R. D., Shih G. // Obstet. Gynecol, 2002.

13. Hofmeyr G. J. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems / Hofmeyr G. J., Atallah A. N., Duley L. // Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 (8): CD001059.

14. Hood D. "Preeclampsia" in book: "Practical Obstetric Anesthesia". W. B. Sounders Company, 1997. – p. 211–35.

15. Khan K. S. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review / Khan K. S.,

Wojdyla D., Say L., Gulmezoglu A.M., Van Look P.F. // Lancet, 2006. – Vol. 367 (9516). – P. 1066–1074.

16. McGoldrick E. Antenatal corticosteroids for fetal lung maturation: an overview of Cochrane reviews (Protocol) / McGoldrick E., Brown J., Middleton. P, McKinlay C. J. D., Haas D. M., Crowther C. A // Cochrane Database of Systematic Reviews., 2016. – Issue 4. №CD012156. – DOI: 10.1002/14651858. CD012156.

17. Moroz L. A. Management of severe hypertension in pregnancy / Moroz L. A., Simpson L.L., Rochelson B. // Semm. Perinatol, 2016. – Vol. 40. – P. 112–118.

18. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol, 2000. – Vol. 183(1). – P. S1–22.

19. Saccone G. Antenatal corticosteroids for maturity of term or near term fetuses: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / Saccone G., Berghella V. // BMJ. – 2016. – Vol. 355. – P. i5044.

20. Say L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A-B., Daniels J., Gulmezoglu M., Alkema L. // Lancet, 2014. – Vol. 2. – P. e323–333.

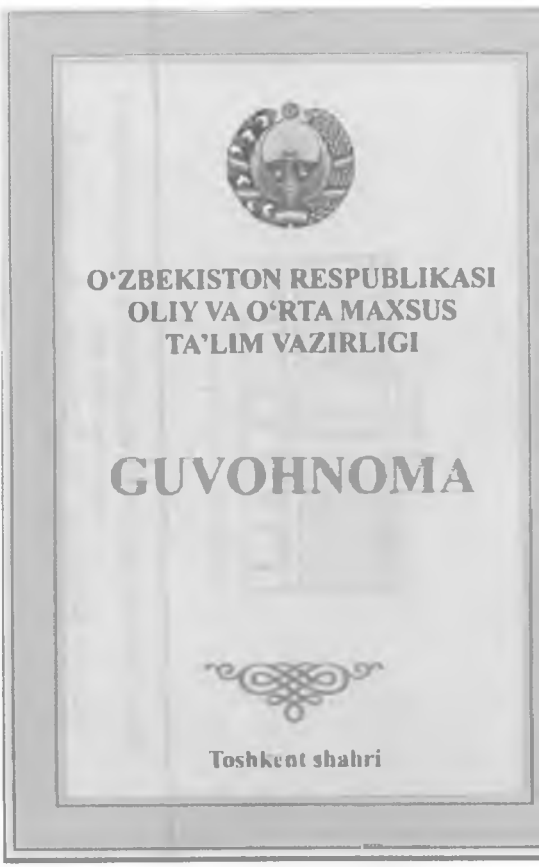
21. Shennan A. H. Recent developments in obstetrics. Clinical review / Shennan A. H. // BMJ, 2003. – Vol. 327. – P. 604–608.

22. THE MANAGEMENT OF SEVERE PRE-ECLAMPSIA/ ECLAMPSIA. Guideline No. 10(A), Royal College of Obstetrician and Gynaecologists (RCOG). Press, March 2006.

23. Нажмутдинова Д.К., Сапаров А.Б., Абдураимов Т.Ф., Азизова Н.Н., Рахмонов У.У. Перспективы предгравидарного прогнозирования и коррекции плацентарной недостаточности и синдрома ограниченного роста плода // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья, 2016. №1–2 (73–74). – С. 93–99.

24. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению преэклампсии и эклампсии. ВОЗ, 2014.

25. Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group. The Magpie Trial: a randomised trial comparing magnesium sulphate with placebo for pre-eclampsia. Outcome for women at 2 years / Magpie Trial Follow-Up Study Collaborative Group // BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006. – DOI: 10.1111/j. 1471–0528.2006.01166. x__



O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY VA O‘RTA MAXSUS
TA’LIM VAZIRLIGI

GUVOHNOMA

Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligining 20 19 yil " 20 " iyul dagi "654" sonli buyrug'iga asosan

D.Najmuddinova, D.Yuldasheva, D.Sadikova, X.Shodiyeva,

D.Qayumova, A.Saparov, T.Abduraimov

5510100-Davolash ishi, 5111000-Kasb ta'lim

(5510100-Davolash ishi)

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Akusherlik va ginekologiyadagi innovatsion amaliyotlar nomli

o'quv qo'llanmasi

ga

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.

Vazir _____ *I.Madjidov*

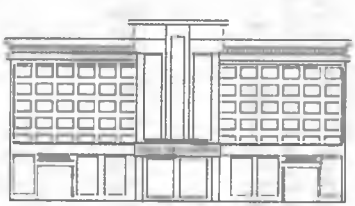
Ro'yxatga olish raqami 654-423

Co-funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Д.К.Нажмутдинова, Д.Ю.Юлдашева,
Д.Т.Каюмова, Х.Т.Шодиева, Д.Р.Садикова

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА
(ТАРЖИМА НАШР)

АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯДАГИ ИННОВАЦИОН АМАЛИЁТЛАР



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Объем – 14,16 п.л. Тираж – 100. Формат 60x84. 1/4. Заказ №0610-2020.
Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru
№ СВИДЕТЕЛЬСТВА: 10-3211