

Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

Бош муҳаррир:
Касимов Ш.З.

Таҳрир ҳайъати:
Абдурахимов З.А.
Ахмедов Х.С.
Жалекеева П.А.
Зохидова М.З.
Мавлянова Д.А.
Миразимов Д.Б.
Назарова Г.У.
Нармухамедова Н.А.
Рустамова М.Т.
Садирова М.А.
(масъул котиб)
Фузайлов Ф.З.
Шомансурова Э.А.

Рўйхатдан ўтиш тартиби: 02-00129.
Таҳририят манзили:
100007, Тошкент шаҳри,
Паркент кўчаси, 51- уй.
УАШ малакасини ошириш кафедраси
Тел./факс: 268-16-29, 268-08-17
E-mail: uzgp@infonet.uz
info@avuz.uz

ISSN 2181-4864

Тошкент
2011 йил

КИРИШ

Ҳомиладорлик, аёл танасида ўзига хос ўзгаришларни талаб қиладиган жисмоний ҳолат ҳисобланади. Шу аснода аёл томонидан кечириладиган ижтимоий, руҳий ва жисмоний муаммолар унинг учун муҳим бўлиб ҳисобланади ва шу вақтда аёлга ёрдам кўрсатадиган тиббий ходимлар буни эътиборга олишлари лозим. Ижтимоий ҳамда руҳий қўллаб қувватлаш эса, ҳомиладорлик ва туғруқ давридаги барча ёрдамларнинг асосини ташкил қилиши лозим.

Антенатал парваришда катта ролни оила институтлари ва жамоатчиликка ажратиб берилиши керак, бунда маслаҳатлаш масалалари ва зарур маълумотларни бериш ҳомиладорликни режалаштирган оилалар учун олиб борилиши лозим. Оила аъзоларига “ҳомиладорликда ва туғруқдаги хавфли белгилар” ҳақида маълумот бериш, олдиндан аёл ва ҳомила ҳаётига хавф солиши мумкин бўлган белгилар кузатилганда ўтказилиши керак бўлган тадбирларни олдиндан гаплашиб олиш ҳамда режалаштириш муҳимдир. Шифокор ёрдамини шошилиш талаб қиладиган асосий белгиларга қуйидагилар киради:

- тўсатдан юзага чиққан қўл, тана ҳамда юзга тез тарқалган шишлар
- бош оғриғи, кўрув ўткирлигини бузилиши/кўз олдида қора доғларнинг пайдо бўлиши
- талвасалар
- терини ва кўз шиллиқ пардасини кескин оқариши
- қайт қилиш
- ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида жинсий йўллардан қон кетиши
- қоринда оғриқ
- қоғаноқ сувининг кетиши
- ҳомила ҳаракатини камайиши ёки бўлмаслиги
- тана ҳароратининг кўтарилиши

Ҳомиладорлик даврида асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтириш мумкин, бунинг учун аёлларга соғлом турмуш тарзи, фолат кислотаси қўшилган тўғри овқатланиш, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш зарарлари ҳақида маслаҳатлар бериб борилиши лозим. Шунингдек, ҳомиладорлик даврида жинсий ҳаёт ҳақида суҳбатлар ўтказилиши керак.

Аёлнинг қўлида “ҳомиладорнинг уй картаси” ёки “оналар паспорти” бўлганда, оила аъзоларида ва ҳомиладорда ўзининг ҳамда ҳомиланинг соғлиғига бўлган жавобгарлик ҳисси ортади, бу картага аёл, ҳомиладорлик даврида ёрдам кўрсатувчи тиббий ходим томонидан маълумотлар киритилади.

Оила аъзолари бола туғилиши учун, хавфсиз ва қулай жойни танлашлари лозим. Тиббий ходим ва ҳомиладор ўртасидаги суҳбат, шунингдек маҳалла томонидан олинган маълумотлар, танланган туғруқ жойи ҳақидаги қарор тўғри эканлигига аёлнинг ишончини орттириши керак.

ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА АЁЛ ТАНАСИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Ҳомиладорликдаги гормонал ва гемодинамик ўзгаришлар

Ҳомиладор танасидаги физиологик ўзгаришлар ҳомилани меъёрий ривожланиши, етарлича озуқа моддалари билан таъминланиши, шунингдек аёлни туғруққа ҳамда чақалоқнинг кейинги парваришига тайёрлашга йўналтирилган.



Гормонал ўзгаришлар

- Уруғланиш рўй бергач, сариқ тана 35 кунгача прогестерон ишлаб чиқаради, ундан кейин бу вазифани йўлдош бажаради. Бу гормон силлиқ мушаклар (ичак, сийдик йўли, бачадон) нинг кўзгалувчанлигини сусайтиради ва тана ҳарорати юқори бўлишига имкон туғдиради.
- Эстрогенлар, асосан эстрадиол (90%) ареоланинг пигментацияси, кўкрак безлари ва сўрғичларнинг ҳажмига катталаниш имконини беради. Ҳомиладорлик давомида гормонлар бачадонни окситоцин таъсирига сезгирлигини оширади, бачадон силлиқ мушаклари кўзгалувчанлигини юқори бўлишига олиб келади (айрим толаларнинг таъсир кучи ортиши орқали рўй беради). Эстрогенлар суюқлик ушланиб қолиши ва оксиллар синтези юқори бўлишига имкон яратади.
- Одам соматотропини, шунингдек, хорионли ўсиш гормони ёки одам плацентар лактогени (hPL) деб ҳам номланади. Лактация жараёнини рағбатлантиради ва айрим муҳим хусусиятларга эга. Асосан ўсишни, инсулин ажралишини рағбатлантиради, аммо инсулиннинг периферик самарасини тўсиб, она танасидаги ёғ кислоталари ажралишига олиб келади (ҳомиладорнинг глюкоза захирасини асрайди). Буларнинг ҳаммаси ҳомилага глюкоза етиб боришини енгиллаштиради. Шунингдек, гормон кўкрак безларининг ўсиши, казеин, лактоальбумин ва лактоглобулин ишлаб чиқилишини рағбатлантиради.
- 70% ҳомиладорларда коллоидлар ишлаб чиқилиши юқори бўлиши туфайли, қалқонсимон безлар ҳажми катталашади. Йодни пешоб билан чиқиб кетиши, қон зардобидида йод етишмовчилигига олиб келади. Қалқонсимон без компенсатор таъсир кўрсатиб, қондаги йодни юқори даражада эгаллаб олади, натижада без хужайралари гипертрофияси ривожланади. Биринчи триместрнинг охирида тироид-боғловчи глобулинни ишлаб чиқилиши уч мартага ортади. Натижада трийодтиронин T_3 ва тироксиннинг T_4 умумий миқдори ҳомиладорликнинг эрта даврларида ошади, сўнгра пасаяди ва ҳомиладор бўлмаган аёллардаги миқдори каби қолади. ТТГ миқдори ҳам ҳомиладорликнинг эрта

даврларида пасаяди, бироқ кейин доимий кўрсаткичга қайтади. Т₃ ҳам Т₄ ҳам йўлдошли тўсиқдан ўтолмайдилар, шунинг учун, ҳомила ва онанинг қалқонсимон безлари фаолияти ўртасида боғлиқлик йўқ. Бироқ йод билан анти-тиреоид дорилар йўлдошли тўсиқдан ўта олади.

- Меъёрий кечадиган ҳомиладорликда, гипофиз ҳам асосан олдинги бўлаги ҳисобидан ҳажми катталашади. Гипофиз-лактотроф ҳужайраларига эстрогенларни рағбатлантирувчи таъсири туфайли, пролактин даражаси секинлик билан юқорилашади. Гонадотропин ажралиши тўхтатилади, бироқ зардобли АКТГ даражаси юқорилашади. Она қонига кортизоннинг ҳам юқори миқдорда ажралиши кузатилади, бироқ эркин кортизон миқдори ўзгармайди. Гипофизнинг орқа бўлаги, асосан туғруқнинг учинчи даври ва кўкрак сути билан овқатлантириш даврлари мобайнида окситоцин ишлаб чиқаради.

Гемодинамик ўзгаришлар

Туғмаган аёл учун тана вазнининг ўртача ортиши 12,5 кг, кўп тукқан аёлларда бу кўрсаткичдан 0,9 кг кам бўлиши кузатилади. Ҳомиладорликнинг 10-чи ҳафтасидан бошлаб 32 ҳафталиккача зардоб ҳажми секин ортиб боради ва унинг ҳажми 3,8 литрга етади (тахминан, ҳомиладорликкача даврдан 50%га ортади). Тез хаддан ташқари кўп вазн қўшилиши, патологик суюқлик ушланиб қолаётганидан далолат беради. Вазн қўшилишининг камайиши айрим ҳолатларда вазн йўқотилиши, ҳомиладорликнинг охириги икки ҳафтасида кузатилиши мумкин.

- Эритроцитлар ҳажми 1,4 литрдан ҳомиладорлик охирига бориб 1,64 литргача ортади (18% юқори бўлиши). Айрим муаллифларнинг маълумотларига кўра, ҳомиладор аёлларга темир тутувчи дорилар ва фолат кислотаси тавсия қилинганда эритроцитлар ҳажми 30% ортиши кузатилган. Зардоб ва эритроцитлар ҳажми ортишининг бир бирига мувофиқ бўлмаслиги, гемоглобин, гематокрит концентрацияси ҳамда эритроцитлар сонини пасайишига сабаб бўлади. Бу ҳолат асосан иккинчи триместрда кузатилади ва “физиологик камқонлик” деб аталади. Ягона эритроцитнинг ўртача ҳажми ўзгармаган ҳолатда қолади.
- Ҳомиладорликда лейкоцитларнинг нейтрофил полиморфядроли қисми ортиши ҳисобига, лейкоцитларнинг умумий сони ортади. Энг катта кўрсаткич ҳомиладорликнинг 32 ҳафталигига тўғри келади. Кейинчалик катта миқдордаги нейтрофилия туғруқ даврида кузатилади. Эозинофил, базофил ва моноцитлар сони ҳомиладорликда деярли доимий бўлади, бироқ туғруқнинг биринчи даврида эозинофиллар сони сезиларли камайд, туғруқнинг иккинчи даврида эса бутунлай йўқолади. В ва Т лимфоцитларнинг сони ўзгармаса ҳам, уларнинг фаолияти, шунингдек иммунитетнинг ҳужайра бўғини, она танаси зардобдаги ҳалигача аниқланмаган фактор орқали сусаяди. Бу ҳолат, она танасининг вирусли инфекцияларга берилувчанлигини тушунтириб бера олади.

- Шунингдек, ҳомиладорларда тромбоцитлар сони, эритроцитлар чўкиш тезлиги (4 мартагача), холестерол ва фибриногенлар миқдори ортиши кузатилади.
- Зардоб ҳажмининг ортиши ва суюлиш самараси пайдо бўлиши натижасида альбумин ва гамма-глобулин даражаси камаяди.

Юрак қон томир ва сийдик чиқариш тизимидаги ўзгаришлар

Юрак қон томир тизими

Бу тизим ҳомиладорлик мобайнида, айниқса биринчи 12 ҳафталикда сезиларли ўзгаришларга учрайди.

- Юрак қисқаришлар сони (тахминан дақиқасига 15 зарба) ва уриш ҳажмининг (10%) ортиши туфайли, юракнинг қон ҳайдаш қобилияти, дақиқада 5 литрдан 6,5 литргача кўпаяди. Туғруқ даврида юракнинг қон ҳайдаш қобилияти дақиқасига 2л ортиши мумкин, эҳтимол бу кенгайган толалараро бўшлиққа қон келиши натижасида рўй бериши мумкин. Ҳомиладорлик одатда меъерий ўтади, ҳаттоки аёлда сунъий маром ҳайдовчиси ўрнатилганда ҳам, чунки компенсация уриш ҳажми ортиши ҳисобидан рўёбга чиқади. Гормонал ўзгаришлар таъсирида периферик қон томирлар қаршилиги (айниқса, диастолик) пасаяди. Ҳомиладорликнинг биринчи ҳамда иккинчи триместрларида 10-20 мм.симоб.устунигача қаршилиқ пасайиши, сўнгра кўтарилиши ва туғруқ даврида ҳомиладорликкача даврдаги кўрсаткич ҳолатида бўлиши кузатилади. Периферик қон томирлар қаршилигининг ҳомиладорликкача даврга нисбатан 50% гача пасайиши, эҳтимол простагландин ва прогестерон таъсирида рўй беради. Периферик қон томирлар қаршилигига жавоб берадиган қон томирларни кенгайтирувчи ва торайтирувчи факторлар ўртасидаги баланс, артериал босим бошқарилишининг ҳамда ҳомиладорликка боғлиқ бўлган гипертензия ривожланишининг асоси ҳисобланади. Бир вақтнинг ўзида вазодилатация ва гипотензия бўлиши ренин-ангиотензин ҳайдалишини, шунингдек, ҳомиладорликда артериал босимни бошқарилишини рағбатлантиради.
- Аёл чалқанча ётганида гипотензия кузатилиши, пастки ковак веналарнинг қисилиши, веноз қон орқага қайтишини ва юракнинг қон ҳайдаш қобилияти секинлашиши туфайли рўй беради. Аортани қисилиши, елка ва сон артерияларидаги босимда сезиларли фарқ бўлишига олиб келади, ҳамда чалқанча ва ёнбош ётганда бу фарқ 10-15% кўрсатиши мумкин. Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача гипотензия синдроми камдан кам кузатилади.
- Бачадонни жадал катталашиши, юрак ва диафрагмани юқорига силжишига сабаб бўлади.
- Ҳомиладорлик мобайнида юрак мушакларининг концентрик гипертрофияси ҳамда диастолик тўлилишининг юқори бўлиши натижасида юракнинг ҳажми 70-80 мл ортади.

Буйраклар фаолиятидаги ўзгаришлар

Ҳомиладорлик мобайнида буйраклар 1 см катталашади. Сийдик йўли ва буйракнинг коптокча ва жом тизимида сезиларли кенгайишлар кузатилади. Бу ўзгаришлар ҳомиладорликнинг биринчи триместрида кузатилади ва бу ҳолатнинг келиб чиқишида аъзо қисилишининг эҳтимоли кам.

Айрим ҳолатларда сийдик йўли-пуфагини рефлюкси кузатилади. Бу пешобни тез-тез ушланиб қолиши ва сийдик чиқариш йўлларида инфекция ривожланиши билан бирга келади.



- Сийдик пуфагининг мушаклари бўшашади, бироқ, меъёрада сийдик чиқарилгач қолдиқ пешоб қолмайди.
- Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида, буйракларда қон айланиши 30-50% ортади ва бутун ҳомиладорлик мобайнида юқориликча қолади. Буйрак калавасида фильтрация ва зардоб айланиши самараси ортади. Креатинин ва мочевина даражаси ўзгармайди, шу туфайли уларнинг зардобдаги таркиби ҳомиладорликнинг ривожланишини ортишига кўра камаяди. Сийдик кислотасининг клиренси 12дан 20 ммоль/л гача ортади, сўнгра зардобда сийдик кислотасининг миқдори камайиши кузатилади. Ҳомиладорлик мобайнида сийдик кислотасининг фильтрацияси ортади ва унинг чиқарилиши (эксекрецияси) ўзгармаган ҳолатда қолади, сийдик кислотасининг даражаси ҳомиладор бўлмаган даврдаги кўрсаткичга қайтади.
- Буйрак калаваси фильтрациясининг юқори бўлиши ўзгарувчан гликозурия пайдо бўлиши ва кўп сийдик ажралишида муҳим ўрин тутаяди.

Респиратор тизимдаги ўзгаришлар

Ҳомиладорлик даврида диафрагма юқорига силжийди ва ҳомиладорликнинг эрта давларида интеркостал бурчак 68°дан етилган ҳомиладорликда 103°гача кўпаяди. Нафас кўп ҳолатларда диафрагмал бўлади.

- Нафас ҳажми 500дан 700 мл гача ортади (40%га ортиш); чуқур нафас – прогестерон таъсирининг самарасидир. Нафас сиғими ҳомиладорликнинг охирида кўпаяди (нафас сиғими плюс нафас олишнинг захира сиғими).
- Нафас тезлиги кам ўзгаради. Нафас қийинлиги – ҳомиладорларда кўп учрайдиган ҳолат, негаки онанинг рСО₂ (карбонат ангидрит газининг парциал босими), ҳомила СО₂ ажратишига имкон яратиш учун паст даражада бўлиши лозим.

Овқат ҳазм трактидаги ўзгаришлар



Қизилўнғач сфинктери тонусининг пасайиши, хомиладорларда рефлюкс-эзофагити (жиғилдон қайнаши) ривожланишига олиб келади. Қорин бўшлиғида босим ортиши туфайли, эзофагеал сфинктерни диафрагма томонига силжиши кўшимча фактор бўлиши мумкин.

- Ошқозон секрецияси ва перистальтикасининг пасайиши, танада бўшалишни ушланишига олиб келади, шунингдек ичаклар харакатининг сусайиши ва қабзият ривожланиши кузатилади.

Терида ўзгаришлар

Ҳомиладорлик даврида қориннинг ўрта чизиғида, кўкрак беги сўрғичлари, ареолада пигментация кузатилади, айрим ҳолатларда хлоаза пайдо бўлади (малла рангдаги доғлар, одатда юзда сезилади).

- Ҳомиладорларда кўпинча палмар эритема, юлдузчали гемангиома ва теридаги чизикли ёрилишларни (стрия) аниқлаш мумкин. Бу ўзгаришлар айрим аёлларда шунингдек ҳар хил популяцияда турли даражада ифодаланadi. Улар субкутикуляр соҳада коллаген толаларни зўрайиш самарасини беради. Уларнинг ҳосил бўлишида буйрак усти безларининг гормон маҳсулоти ва терининг тортилишига боғлиқлик эҳтимоли бор.

Бачадондаги ўзгаришлар

Ҳомиладор бўлмаган бачадон оғирлиги 100 гр атрофида бўлиб, хомиладорлик даврида 10 мартага ортади ва хомиладорлик охирида бачадон оғирлиги 1 кг атрофида бўлади. Мушаклар гипертрофияси 20 хафталикда тугайди, сўнгра мушаклар толасининг тортилиши рўй беради.

- Бачадон тузилиши ва фаолияти бўйича уч қисмга бўлинади: бачадон бўйни, бўйин олди (кейинчалик пастки бачадон сигментида ривожланиб, хомиладорликнинг 18 хафталиги атрофида равшан аниқланади) ва бачадон танаси.
- Ҳомиладорликнинг охириги муддатларида коллаген микдорининг камайиши натижасида бачадон бўйнини силлиқланиши ва очилиш жараёнига енгиллик яратади. Бачадон бўйни безларининг гипертрофияси, шиллиқ кўп ажралишига ва инфекциялар учун тўсиқ ролини бажарадиган шиллиқ тикини (operculum) ҳосил бўлишига олиб келади.
- Цервикал эктопия ва эпителий десквамацияси туфайли, қиндан ажралмалар келишининг ҳажми юқори бўлади.

- Бачадон танасининг ҳажми, шакли ва консистенцияси ортади. Бачадон бўшлиғининг ҳажми 4 дан 4000млгача катталашади.
- Ҳомиладорликнинг 10 ҳафтасида бачадондаги қон айланиши 50 мл/дақиқа бўлса, ҳомиладорликнинг охири ойларида 500-700 мл/дақиқагача ортади. Бачадон, тухумдон ва бачадон артериялари, шунингдек сийдик пуфагининг юқори артерия шохини қон билан таъминловчи томирлар сезиларли гипертрофияга учрайди.

Қинда кузатиладиган ўзгаришлар

Ҳомиладорлик даврида бириктирувчи тўқиманинг бой веноз тўри, қин деворларини қонга тўлдиради ва шиллиқ қаватга кўкимтир ранг беради.

- Эстрогенларнинг юқори даражаси, гликогенни синтезланиши ва тўпланишига олиб келади. Бактериялар гликогенга таъсир кўрсатиши натижасида сут кислотаси ҳосил бўлади, у қиннинг рНни пасайтиради, ҳамда бегона микрофлора киришидан ҳимоя қилади.

Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш

Ҳайз санасига кўра ҳомиладорлик муддатини аниқлаш

Гестация муддатини аниқлаш учун, охири ҳайзнинг биринчи кунини аниқлаш муҳимдир. Афсуски, миждозлар берадиган маълумотлар ҳамма вақт ҳам тўғри бўлмайди, чунки улар керакли ёзувларни олиб бормадилар. Махсус ҳолатларда, масалан экстракорпорал уруғлантиришда эмбрионларни бачадонга ўтказиш куни аниқ ва ҳомила муддати ҳеч қанақа шубҳа туғдирмайди. Гестацион муддат охири ҳайзнинг биринчи куни санасидан ҳисобланади. Шунингдек, ҳайз циклининг давомийлиги ҳам муҳим. Одатда овуляция 14 кунга (кейинги ҳайзнинг биринчи кунигача) тўғри келади, бироқ пролифератив (тўқима элементларини кўпайиши) даврнинг давомийлиги сезиларли индивидуал ўзгарувчанликка эга.

- Ҳайз даврининг давомийлиги, яъни охири ҳайз биринчи кунидан, кейинги ҳайз биринчи кунигача бўлган давр меъёрида 21 кундан 42 кунгача бўлиши мумкин, гарчи кўп аёлларда ҳайз ҳар 28 кунда рўй беради.
- Шунингдек, ҳомиладор бўлишга қадар, аёл қайси контрацепция усулидан фойдаланганлигини ҳам ҳисобга олиш лозим.
- Туғруқнинг тахминий куни, охири ҳайзнинг биринчи куни санасидан ҳисобланади, айниқса ҳайз даври ҳар 28 кунда муқим давом этса. Бундай ҳолатларда Негели қонидасидан фойдаланилади: охири ҳайзнинг биринчи кунига 1 йил етти кун қўшилади, сўнгра уч ой олиб ташланади. Ҳайз даври узок давом этадиган бўлса, керакли тузатишлар қилиш лозим. Тахминий туғруқ кунидан, 40% аёллар 5 кун давомида, учдан икки қисми эса 10 кун давомида туғадилар.

Ультратовуш сканери ёрдамида гестация муддатини аниқлаш

- Оталанган тухум. Оталанган тухумни бачадон бўшлиғида кўриш, ҳомиладорлик бошланганидан дарак берувчи биринчи далил ҳисобланади. Трансвагинал сонография, охириги ҳайздан 4 ҳафта ўтгач, оталанган тухумни аниқлай олади.
- Думғаза-тепа ўлчами. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида энг кўп маълумот берувчи ультратовуш кўрсаткичи. Ҳомила ўлчамини битта кутбидан иккинчисига, бўйлама ўқи бўйлаб ва тўғри чизиғини баҳолайди. Ҳомиланинг иккинчи триместрида эгилувчанликлик хусусияти, бу усулдан ҳомиладорликнинг кечки муддатларида фойдаланиш самарасини пасайтиради.
- Бипариеталли диаметр. Бу кўрсаткични ҳомила муддати 14 ҳафталик бўлганидан бошлаб қўллаш мумкин. Сканер датчиги ёрдамида ҳомиланинг бўйлама ўқи аниқланади, сўнгра датчикни 90° қўйиб, ҳомила бошининг фронтал юзаси кўрилади. Ўлчовлар тўғри бўлиши учун, таламус, septum pellucidum, олдинги ва орқа шохлари билан латерал қоринчаларнинг жойлашувини аниқлаш лозим.
- Бош айланаси. Бипариетал ўлчовлар каби бу кўрсаткич ҳам аниқланади. Бош айланаси ғайририхтиёрий равишда ўлчанади, чунки ультратовуш сканерида бу фаолият киритилган.
- Қорин айланаси. Қорин айланаси – ҳомиланинг жисмоний ривожланишига сезгир индикатор. Бу ўлчов, киндик венасининг жигар ичи қисмида ва ошқозон кўриладиган соҳаларда ўтказилади.
- Сон узунлиги. Бу ўлчовни ўтказиш учун, ҳомила тиззаси ва думбаси бир вақтда кўриладиган юзасини аниқлаш керак. Соннинг тасвири трансдюсерга (датчик) параллел (ёнма-ён) бўлиши керак. Тўғри юза танланмаган бўлса, олинган маълумотлар ҳақиқийлиги кам бўлиши мумкин.

Бипариетал диаметр ва сон узунлиги ўлчовларининг маълумотлари гестацион муддатни аниқлашда ёрдам беради. Олинган маълумотлар, охириги ҳайз санасидан ҳисобланган муддатдан биринчи триместрда 5 кун, иккинчи триместрда 10 кун фарқ қилса, унда ультратовуш текшириши маълумотларини ҳомила муддатини ҳисоблашнинг асоси қилиб олиш ва керакли тузатишлар киритиш лозим. Турли жадваллар ва номограммалар ҳар хил популяцияли гуруҳлар учун ишлаб чиқилган ва энг яхши натижаларни олиш учун, маҳаллий шароитларга мослаштирилган ҳолатда фойдаланиш керак.

ҲОМИЛАДОРЛАРГА МАСЛАҲАТ БЕРИШ

Ҳомиладорлик бўлмаган даврда маслаҳат бериш

Ҳар бир аёл ҳомиладор бўлмасдан олдин генетик ва орттирилган факторларга эга бўлиб, улар тахминан қандайдир даражада гестацион жараёнга таъсир қилиши мумкин.

Маълум генетик факторларга киради: ўроқсимон-хужайрали камқонлик, муковисцидоз, Тея-Сака синдромини ривожланишига олиб келувчи генетик бузилишлар, вақтидан олдин туғруқларга сабаб бўлувчи альфа-фактор тумор-некротик полиморфизм. Ҳомиладорлик кечишига анатомик факторлар ҳам катта таъсир кўрсатади (масалан, туғма истмик-цервикал етишмовчилик, бачадон тузилишида нуқсонлар). Аъзолар тизими фаолиятида ўзгаришлар, масалан гипоталамус-гипофизар-тухумдон тизимлари (олигоменорея, ановулятор цикллар) ҳам гестация жараёни меъёрий бошланиши ва кечишини қўллаб қувватлайди.

Кўп сонли аёлларда, кўрсатилган генетик факторлардан ташқари айрим патологик ҳолатлар бўлиб, ҳомиладорликнинг кечиши ва натижасига таъсир кўрсатади. Бу ҳолатларга қандли диабет, юрак, буйрак, қалқонсимон безлар хасталиклари, гипертензия мисол бўла олади.



Акушерлик натижалари аёлнинг ҳулкига боғлиқ бўлади. Ҳомиладор аёлнинг овқатланиш сифати муҳим масала бўлиб, охириги вақтларда ҳомиладорликда нутритли қўллаб қувватлаш тадқиқотларига кўп эътибор қаратиляпти. Аёлларга маслаҳат берилганда тамаки чекиш ва спиртли ичимликларнинг зарарларига катта эътиборни қаратиш лозим. Бачадон ичида ҳомила ривожланишини секинлашиши, ривожланишнинг туғма нуқсонлари, вақтидан олдин туғиш хавфи ва унга тобе бўлиш – бошқа асоратлар ичида кўп маълум бўлганлар ҳисобланиб, бевосита чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмол қилишга боғлиқ бўлган таъсирлардир.

Атроф муҳит

Бир қарашда атроф муҳитни, ҳомиладорликнинг кечиши ва натижасига таъсири камдек кўринади. Бироқ, мисол учун ижтимоий-иқтисодий ҳолатнинг пастлиги асоратлар ёки акушерлик ҳолатларининг натижалари ёмонлашуви билан бирга келади, масалан, вақтидан олдин туғруқ, ҳомиладорлик туфайли чақириладиган гипертензия ва бошқалар. Ҳомиладорни турмуш ўртоғи ва оила аъзоларининг қўллаб қувватлаши катта аҳамиятга эга. Ҳамма кўрсатилган факторлар уруғланишгача бор бўлади ва ҳомиладор иштирок этадиган биопсихосоциал атроф муҳитни шакллантиради. Бу ҳолатларнинг ҳаммаси ҳомиладор бўлишдан олдин аниқланиши ва қай даражададир тўғирланиши мумкин, шу туфайли антенатал парваришни ҳомиладорлик бошланишидан олдин бошлаш мақсадга мувофиқдир. Бу босқичда маслаҳат бериш ва дори дармонли даволаш аралашувларини ўтказишдан мақсад, бўлажак ҳомиладорликнинг кечиши ва натижасини яхшилашга қаратилган. Ҳомиладор бўлишдан олдин тиббий масканга ташриф қилиш, ҳомиладорлик кечувига таъсир қилиш мумкин бўлган ҳолатларни аниқлаш, баҳолаш, уларга таъсир кўрсатиш, ҳужжатлаштириш имконини беради. Бироқ кўп мижозлар ҳомиладор

бўлгандан сўнг тиббий ёрдамга мурожаат қиладилар. Бундай ҳолатларда гестациянинг салбий кечиш даврларига таъсир кўрсатиш имконияти йўқотилади. Шу туфайли фертил ёшдаги аёлларга ёрдам кўрсатувчи ҳар бир тиббий ходим, ҳомиладорликни режалаштираётган аёлларга маслаҳат беришнинг катта аҳамиятини англашлари лозим.

Маслаҳат беришнинг дастлабки босқичи

Ҳомиладор бўлишни режалаштирган аёллар тиббий масканга ташриф буюрганларида, мутахассисга керакли текширишлар ўтказиш имконини берадилар. Одатда, бу босқичда баҳолаш ва хавф факторларини аниқлаш, аёлга керакли маълумотларни бериш, ўқитиш, шунингдек иложи борича салбий факторларни йўқотишга ёки камайтиришга қаратилган аралашувларни ўтказиш мақсадга мувофиқ. Тиббий ходимлар томонидан фаол қадамлар кўрсатилишига муҳтож бўлган аёллар тоифаси мавжуд. Бундай ҳолатларда маслаҳат бериш ташаббуси айнан тиббий ходим томонидан чиқиши керак. Бу вазифани бажаришнинг кўп турлари бор ва ҳар бир ходим ўзига мосини танлайди. Ҳомиладор бўлишни хоҳлаган аёлларга маслаҳат бериш, кўпинча акушерлик ёрдамини кўрсатмайдиган ёки ҳомиладор бўлиш мавзуларини бажармайдиган мутахассис олдида ташриф қилинганда кўрсатилади, шунинг учун ҳар бир тиббий ходим бу муаммо юзага келганда уни ҳал қилиш учун тайёр бўлиши лозим. Соматик касалликларни даволаш бўйича тиббий масканга ташриф қилган аёллар билан, патологик ҳолат бўлажак ҳомиладорликка кўрсатиши мумкин бўлган таъсири, натижаси ҳақида муҳокама ўтказиш имконини беради. Гинеколог мутахассисга доимий ташрифлар, ҳомиладорликка тайёрланиш имконини беради. Кўпинча туғруқдан кейинги даврда маслаҳат бериш имконияти қўлдан бой берилади. Кейинги ҳомиладорликларни режалаштириш масалалари акушерлик масканларининг ўзидаёқ ўтказилиб, қолган вазифалар амбулатор бўғинда давом эттирилиши мумкин.

Дастлабки клиник баҳолаш

Клиник баҳолашнинг асосий босқичлари

Антенатал ташрифдаги асосий компонентлар куйидаги жадвалда жамланган.

№	Текширишлар	Ташрифлар							
		12 хаф тага ча	16 хаф та	24 хаф та	30 хаф та	34 хаф та	36 хаф та	38- 40 хаф та	туғр. кейин давр
		1	2	3	4	5	6	7	8
1	Клиник кўрик								
2	Гестацион ёшни аниқлаш								
3	Акушерлик текширишлар (хомила юрак уришини эшитиш, бачадон туби баландлигини)								

	ўлчаш)								
4	Гинекологик кўрик (2 ташрифгача кечга қолдирилиши мумкин)								
5	АБ ўлчаш								
6	Вазн ва бўйни ўлчаш								
7	Вазн бўй индексини аниқлаш (ВБИ)								
8	Резус-фактор ва қон гуруҳини аниқлаш								
9	Гемоглобин ва гематокритни аниқлаш								
10	Пешоб таҳлили (протеинурия, бактериурия)								
12	Заҳмга скрининг								
13	Сўзакка скрининг								
14	ОИВ скрининги								
15	Гепатит Вга скрининг								
16	УТГ								
17	альфафетопротеинга скрининг								
18	Ташқи акушерлик текширувлари								

Мижоз антенатал клиникага биринчи марта ташриф қилганда, тиббий ходим аёлда тўлиқ физикал текширишларни ўтказиши керак.

Бу текшириш бошқа текширишлар билан бирга қалқонсимон безлар ва тишларни ҳам баҳолаши лозим. Ҳомиладорлик давридаги периодонтит, вақтидан олдин туғруқ ривожланишига олиб келиши мумкин. Бироқ бу касалликни ҳомиладорлик даврида тажовузкорона даволаш, вақтидан олдин туғруқ ривожланиш хавфини камайтирмайди.

Юрак аускультациясини ўтказиш патологик шовқинларни аниқлаш имконини беради. Биринчи триместрда, тўш суягининг чап соҳаси томонида систолик шовқинни эшитиш мумкин. Қорин кўрилганда ҳар қандай тери чандиқларини пайқаш муҳим ва аниқланган ҳолатни жарроҳлик касалликлари анемнези билан таққослаш лозим.

Асаб тизимини дастлабки текширишларига тизза ва ахиллова рефлексларини баҳолаш киради. Преэклампсия ўзгаришлар билан бирга келгани учун, дастлабки маълумотлар кейинги ташрифдаги маълумотлар билан таққосланиши мумкин.

Ҳомиладорликни дастлабки клиник компонентлар кўриги ва баҳоланиши хали ҳам умумий қабул қилинган стандартга эга эмаслигини таъкидлаб ўтиш керак. Бироқ кўпчилик мутахассислар бачадон туби баландлиги, артериал босим, онанинг вазни, ҳомила юрак уриши тезлиги ва феълини баҳолаш керак деган ўхшаш фикрларни билдирганлар. Юқорида ёзилган ҳолатларнинг ҳар бири тўлиқ кўриб чиқилади.

Тана вазнининг қўшилиши

Ҳар бир хомиладорнинг меъерий тана вазни турлича қўшилади. Хомиладорлик даврида тавсия қилинадиган тана вазнининг қўшилиши, кўпроқ вазн бўй индексига боғлиқ бўлади (ВБИ). Хомиладор аёлнинг тан вазни ва бўйи, тиббий масканга биринчи ташрифида ўлчаниши лозим. Олинган маълумотларга кўра вазн бўй индекси ҳисобланади.

Вазн бўй индексига боғлиқ бўлган, тавсия этиладиган вазн қўшилиши (хомиладор бўлишгача мўлжалланган, битта хомилали аёллар учун ^а)		
Хомиладорларнинг категорияси	тана-вазн	Тавсия қилинадиган вазн қўшилиши
ТВИ категорияси	ТВИ	кг
Паст	< 19.8	12.5–18
Меъерий	19.8–26	11.5–16
Юқори	26–29	7–11.5
Семизлик бор аёллар	> 29	7

^аАёллар учун меъёр, эгизак хомиладорлар 16–20 кг ташкил қилади. Ўсмирлар (менархе бошлангандан 2 йил озрок) юқори меъёр чегара билан чегараланадиган вазнни олишлари керак. Паст бўйли аёллар (< 157 см) пастки меъёр чегара билан чегараланадиган вазнни олишга ҳаракат қилишлари керак.

Она ва ҳомиланинг тана вазни қўшилиши ўртасида боғлиқлик бўлишига қарамай бу кўрсаткичларни ўлчаш, кам вазнли болалар туғилишини олдиндан айтиб берадиган ишончли усул бўлиб ҳисобланмайди.

Хомиладор аёлларнинг тиббий масканга ҳар бир пренатал ташрифида вазни ўлчанади, бироқ айрим замонавий клиник қўлланмалар бу тадбирни доим ўтказишга ҳожат йўқлигини, фақат хомиладорларни безовта бўлишига олиб келишини гумон қилади.

Овқатланишида муаммо бўлган гуруҳдаги хомиладорларнинг вазни ўлчаниши ижобий томонларга эга бўлиши мумкин (шунга қарамай дастлабки вазн индекси 19,8 кам ёки 29 кўп).

Вазн бўй индексини ўлчаш

Хомиладорлик даврида вазн қўшилишининг ўзгариши ҳар хил бўлиши мумкин. Кузатувларга асосан, 3-4 кг болаларни туққан кўпчилик соғлом хомиладорларда тана вазнининг қўшилиши 7 кгдан 18кггача ўзгаради. Шу вақтнинг ўзида, кам вазнли болаларни туғган аёлларнинг ВБИси, меъерий вазнли болаларни туғган аёлларнинг ВБИси билан бир хил эканлиги ҳам кузатилган. Хомиладорликкача етарли бўлмаган вазн индекси (ВБИ < 19.8 kg/m²)вақтидан олдин туғруқларнинг эҳтимолини оширади.

Хомиладорликнинг учинчи триместрида етарлича вазн қўшилмаганида ҳам, худди шу ҳақида айтиш мумкин (0,34 кг/хафтада кам, етарли вазни бўлмаган аёллар учун:, 0,35 кг/хафтада етарли вазнли

хомиладорлар учун: 0,30 кг/хафтада ортиқча вазнлилар учун ва 0,30 кг/хафтада семизлик борлар учун).

Вазн буй индекси вазн (кг)/ буй² (м²) формуласи орқали ҳисобланади.

Бу муолажа антенатал кузатув даврида ҳеч бўлмаганда бир марта ўтказилиши керак.

Шу вақтда, ҳамма ҳомиладорларда вазн ёки буйни ўлчаш керак эмас, чунки бу ҳомиладорларнинг ижобий таъсирга эга бўлмаган, қўшимча безовталигига сабаб бўлиши мумкин. Истисно, овқатланишида муаммо бўлган гуруҳ аёлларидир.

Ҳозирги вақтда, туғруқдан кейинги даврда кўкрак билан болани овқатлантиришда бўлиши мумкин бўлган муаммоларни аниқлаш мақсадида, ҳомиладорларнинг кўкрак безларини текшириш тавсия этилмайди.

Артериал босимни ўлчаш

Антенатал парвариш бўйича деярли барча мавжуд қўлланмалар артериал босим мониторингини ўтказишни талаб қиладилар. Артериал босимни биринчи ва кейинги ташрифларда ҳар доим ўлчаш лозим.

Артериал босимни ўлчаш усуллари

Гипертензия ташхиси, тўғри ўлчанган артериал босимга боғлиқ. Ўлчаш усули қанча аниқ бўлса, хато шунча кам учрайди. Артериал босимни ўлчаш усулларида стандарт бўлмаганда, хато ташхислар сони юқори бўлишига олиб келади.



АБ ўлчашнинг кўп қўлланиладиган усули:

- АБ ўлчашда аниқ асбобларни ишлатиш муҳим ва зарур (симобли сфигмоманометр ёки унинг эквивалентли асбоби)

- АБ ўтирган ёки ётган ҳолда ўлчанади, ўлчанадиган қўл, юрак соҳасида туриши лозим. Ёнбош ҳолатда ётган аёлнинг юқори қўлида артериал босим ўлчанганда, олинган кўрсаткич паст бўлишига сабаб бўлади.

- Мос ўлчовдаги манжетадан (тасма) фойдаланиш керак (энг яхши ўлчовли 15×33 см). Шу йул орқали хатолар сони кам бўлишига эришиш мумкин.

- Манжетга ҳаво юбориш 2-3 мм/сония тезлигида бўлиши, умумий ҳаво юбориш вақти 20-30 сонияни ташкил қилиши лозим.

- Ўлчов натижаларини кўп ёки кам томонга яхлитламаслик учун, ўлчовни 2 мм.симоб.устунигача аниқлигида ўтказиш керак.

- Аускультатив муваффақиятсизлик бўлмаслиги учун пальпация ёрдамида пульс йўқолиш лаҳзасини сезиш лозим.

- Диастолик босимни ўлчашда, 5 Коротков товушини (юрак товушини йўқолиши) ҳисобга олиш керак, чунки бу товуш, 4 товушга (юрак товушини пасайиши) нисбатан ҳисоблаш учун қулай. Юрак товушларини йўқолиши кайд килингунгача, 15% ҳомиладорларда диастолик босим 0 га тушади.

Бундай ҳолатларда 4 ва 5 товушлар (масалан: 148/84/0) қайд қилинган вақтдаги босим даражасини ёзиб олиш лозим.

- қайта ўлчаш керак бўлса, дастлабки кўрсаткичларнинг бузилишини олдини олиш мақсадида ўртача кўрсаткичларни қайд қилиш лозим.

Кўкрак безларини текшириш

Кўкрак безларини текшириш ичига тортилган сўрғичлар, кам ҳолатларда кўкрак безининг фиброкистоз ўзгаришлари ёки ёмон сифатли ўсмаларни аниқлаш имконини беради.

Биринчи марта гинекологнинг антенатал ташрифига борилганда, анъанавий бўлган кўкрак безларини текшириш, кўкрак орқали эмизиш муаммоларини аниқлашга қаратилган бўлар эди. Айниқса, кўкрак билан эмизишда муаммога сабаб бўладиган ичига тортилган, ясси сўрғичларни аниқлаш мақсадида текшириш ўтказилган. Шу билан бирга аёлларга сийнабанд тақиш ва сўрғичлар учун махсус машқлар ўтказиш тавсия қилинган. Кўкрак билан эмизишда енгиллик яратадиган усулларнинг самаралилигини ўтказилган тадқиқотлар кўрсатмади, шунинг учун ҳаммада кўкрак безларининг текширишларини ўтказиш тавсия қилинмайди.

Қин кўриги

Дастлабки қин кўригини ўтказиш репродуктив аъзолар нуқсони, жинсий йуллар орқали бериладиган касалликлар скрининги ва цервикал эпителий дисплазиясини аниқлашда катта аҳамиятга эга. Бачадон ва бачадон бўйнида пельвиометрия ва бимануал текширишларини ўтказиш, умумий қабул қилинган аралашувлар компонентлари бўлиб ҳисобланади.

Бачадон бўйнини текширганда унинг узунлиги, текисланиши ва очилиш даражаси баҳоланади. Биринчи марта кўрик ўтказилганда олинган маълумотларни таққословчи баҳоланиши, кечки муддатларда ривожланадиган истмико цервикал етишмовчилиги ташхисини қўйишда муҳимдир. Ҳар бир антенатал ташрифда бачадон бўйни ҳолатини баҳолаш, вақтидан олдин туғруқ бўлишини кўрсатадиган самарали усул бўлиб ҳисобланмайди ва уни ўтказиш тавсия этилмайди.

Ҳамма вақт қин кўриги ўтказилганда, ҳомила пардасини вақтидан олдин ёрилиши 3 мартага ортиш хавфи борлиги ҳақида ишончли маълумотлар бор.

Шунга қарамай тиббий кўрсатмалари бор аёлларда (масалан, қорин соҳасида оғриқ борлигига шикоят қиладиган ҳомиладорлар) бу текширишни ўтказиш тавсия этилади.

Ҳомиладорда тухумдонларда ўсмалар борлигини аниқлаш мақсадида қин текширишларини ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас, чунки ҳомиладорлик даврида ёмон сифатли ўсмалар кам учрайди ва кўп кисталар яхши сифатли хусусиятга эга.

Тухумдон ва бачадон йўллари ўсмаларни аниқлаш учун қин текширувлари ўрнига ультратовуш сканеридан фойдаланиш мумкин.

Пельвиометрия (тос ўлчамини ўлчаш), кўп амалий шифокорларнинг фикрича, ҳомиладорларни дастлабки текширувлари компонентларидан биттаси бўлиб ҳисобланади. Олинган маълумотдан кичик тоснинг шакли ва торайиши, шунингдек кесар кесиш прогнозини қўйиш учун фойдаланилади. Бироқ ҳозирги вақтда пельвиометрия маълумотлари, шубҳага олинган. рентгенографияли пельвиометрия оддийлигига нисбатан аниқ деб тан олинган, гарчанд бу усул абдоминал туғдириш ўтказишда самарасини кўрсатмади. Чунки кўп аёллар ўзи туғади ва пельвиометрия акушерлик тактикасига кам таъсирга эга. Ҳомила боши олдинда келган ҳомиладорларда пельвиометрия ўтказиш мақсадга мувофиқлиги ҳақида далиллар йўқлигини Кокрейн кутубхонасининг мунтазам шарҳи ҳам кўрсатди. Шунинг учун бу аралашувларни ҳаммада ўтказилиши тавсия этилмайди (клиник ёки рентгенологик), чунки она тоси ва ҳомиланинг олдинга келиши диспропорциясини аниқлашда ёрдам бермайди, аксинча, асосланмаган абдоминал туғдиришлар сонини купайтиради.

Ҳомила юрак уришини эшитиш ва бачадон туби баландлигини ўлчаш

Бачадон туби баландлигини, иккинчи ва учинчи триместрларда ўлчаш, бачадон ўлчами ва гестацион муддатни баҳолаш учун яхши имкон яратади. Вақт ўтиши билан, бир қанча шунақа ўлчовлар ўтказилиши ҳомила ўсиши ва ривожланиши мониторингини олиб бориш имконини беради. Ҳозирги вақтда бачадон туби баландлигини ҳамма амалиётда ўтказилиши бўйича етарли далиллар йўқлигига қарамай, муолажа арзонлиги, махсус асбоблар сотиб олиш заруратининг йўқлиги ва ходимларни ўқитиш шарт эмаслиги учун ушбу муолажа, мониторингнинг самаралироқ усуллари аниқлангунига қадар, фойдали усул сифатида қабул қилинади.

Шунингдек ҳомиладорликнинг 36-хафтасидан сўнг бачадон туби баландлигини аниқлашнинг клиник аҳамияти аниқланмаган.

Бўлажак ота-оналар, антенатал парвариш учун клиникага келишганда энг кутилган, ҳаяжонли қисм, бу ҳомиланинг юрак уришини эшитилиши бўлса керак. Ҳомила юрак уришининг эшитилиши, ҳомила тириклигидан далолат беради, бироқ бачадон ичидаги ҳолатини фақат шу усул билан баҳолаш қийин, чунки, ҳатто Доплернинг қўл усулидан фойдаланганда ҳам доцелерацияни аниқлаш мушкул. Юрак уришини аниқлаш она учун ҳам, баҳолашни ўтказаётган тиббий ходим учун ҳам ишонч уйғотади, бироқ бу ишонч илмий далилларга асосланмаган. Замонавий обрўли манбалар, ҳомила юрак уриши аускультациясини ўтказиш муҳимлигини турлича изоҳлайдилар. Бир хиллар ҳаммада ҳомиланинг юрак уришини, 10-12 хафтадан эшитиш кераклигини тавсия этадилар, ҳаттоки экспертлар фикрини асос қилиб оладилар. Иккинчилар - мавжуд далилларга асосланмаганлар тарафдорлари, ҳаммада ҳомила юрак уришини эшитиш керак эмас деб айтадилар, бироқ ҳомиладорнинг талабига кўра ўтказишни тавсия қиладилар. Ушбу қарашларга охириги нуқтани қўйиш учун, ҳомила юрак уриши мониторингининг самараси ва ролини аниқлайдиган РНТ ўтказилиши лозим.

Антенатал кузатув даврида ташрифлар сони ва текширишлар ҳажми

Ҳомиладорни антенатал кузатуви учун ҚВП, аёллар маслаҳатхонасига (антенатал клиника) ташрифлар сони ва текширишлар ҳажми, ЖССТ томонидан тақдим қилинган РНТ маълумотларига асосан танланган.

Тасодифий касалликлар каби, ҳомиладорликка боғлиқ бўлган муаммолар ҳам, аёлнинг, аёллар маслаҳатхонасига ташрифлари мобайнида, ҳар қандай вақтда рўй бериши мумкин. Бунақа асимптоматик касалликлар ва патологик ҳолатлар она ва ҳомила ҳаёти учун хавф солмайди, зид ҳолатларда тиббий яхшилашлар керак бўлади. Шифокор кўриги учун режали ташриф қилинганда, преэклампсия ёки ҳомиланинг бачадон ичида ривожланишининг кечикишини аниқлаш мумкин, шу вақтда аёл, ҳомиладорликда учрайдиган хавфли белгилар рўй берганда шошилишч ёрдам ёки маслаҳатни қаердан олиши мумкинлиги ҳақидаги маълумотни олиши лозим. Шунақа ҳолатлар рўй берса, ҳомиладор 24 соат ичида шошилишч ёрдам олиши кафолатланиши керак.

Ҳомиладорлик физиологик кечганда, акушер гинеколог томонидан ҳомиладорлик мабойнидаги кузатув 7 мартага жорий қилиниши мумкин (12 ҳафтагача, 16-18 ҳафта, 24 ҳафта, 30- 32- ҳафта, 36 ҳафта, 38-40 ҳафта). Шунингдек битта туғруқдан кейинги кузатув ҳам кўзда тутилган.

Шифокор ҳомиладор аёл билан ҳар бир учрашувида суҳбат ўтказиши, ўзининг ва ҳомиласининг саломатлигига боғлиқ бўлган барча маълумотларни тақдим қилиши ҳамда юзага келган барча саволларга жавоб бериши лозим. Шу билан бирга, ҳомиладор аёлга, хонадон ёзувларини ёзиб бориши кераклигини эслатиб ўтиш муҳим.

Умуман олганда бунақа суҳбатлар ҳомиладорлик даврида бўлиши мумкин бўлган хавфли белгилар ва шошилишч ҳолатларга, шунингдек шундай ҳолатлар рўй берганда ўтказилиши керак бўлган тадбирларга йуналтирилган бўлиши керак.

Аёл учун бериладиган маълумотларнинг ҳаммаси илмий далилларга асосланган ва ошкора бўлиши лозим, шу билан бирга, тиббий аралашувларни танлаш ҳолатларида, аёл қарор қабул қилишда бевосита иштирок этиши лозим.

Ҳар бир ҳомиладорда, ҳомила ва аёл ҳаёти учун хавфли бўлган, шошилишч ҳолатлар рўй берганда, касаллик намоиш бўлган заҳоти, тиббий ёрдам кўрсатилиши катта аҳамиятга эга. Шу билан бирга, тиббий ходимларга тез хабар бериш жавобгарлиги, оила аъзолар ва маҳалла зиммасида бўлади.

Бунинг учун, яқин атрофдаги шифохонанинг манзили ва телефон рақами ҳомиладор аёлнинг оила аъзоларига ва маҳалла фаолларига тақдим қилиниши лозим, тиббий ходим билан биргаликда аёлни шифохонага олиб бориш масалалари кўриб чиқилиши муҳим.

Шифокорга фаол қатновнинг моҳияти

Биринчи ташриф (12 ҳафтагача)

Аёл маслаҳат учун биринчи марта ташриф қилганда, шифокор миждознинг умумий ва акушер-гинекологик анамнези билан танишади, шу билан бирга оила анамнези, болалигида ҳамда вояга етган вақтида ўтказган соматик, гинекологик касалликлар, ҳайз даврининг хусусиятлари, репродуктив фаолиятига махсус эътибор қаратади. Шу лаҳзада, аёл ҳомиладорлик меъёрий кечадиганлар гуруҳига кирадими, аниқлаш лозим. 75% аёлларда, ҳомиладорлик давридаги тиббий аралашувлар жуда кам ҳажмда олиб борилиши кераклигини унутмаслик керак. Бунақа ёндашув, физиологик ҳомиладорликни тўғри олиб бориш, биохимик, лаборатор ва бошқа текширувлар ўтказилишида соғлиқни сақлашнинг манбаларини тежаш имконини беради.

Шифокор ҳомиладорнинг меҳнат ва яшаш тарзини ўрганади, кўп жисмоний куч ишлатиладиган, узоқ тик туришга боғлиқ бўлган меҳнат фаолияти, тератоген агентлар билан алоқа (оғир металлар, химикатлар, ионланувчи радиация ва бошқа) каби ҳолатларга алоҳида эътибор беради. Бунақа ҳолатлар истисно қилиниши лозим ва аёлга бу ҳақида маълумот бериш, бошқа ишга ўтиш масаларини кўриб чиқиш керак бўлади.

Ёлғиз, жамиятнинг ижтимоий паст табақасидаги аёллар, ўспиринлигида ҳомиладор бўлганлар, жинсий дискриминация ва хонадонда зўрлашлардан азият чекадиган аёллар гуруҳи, ҳомиладорлигида руҳий кўллаб қувватланиши лозим.

Чекадиган, наркотик воситалардан фойдаланадиган ёки спиртли ичимликларни истеъмол қиладиган ҳомиладорларда махсус кузатув талаб қилинади. Чекувчи аёллар билан, ҳомиладорлик мобайнида чекишдан воз кечиш ҳамда кўкрак сути билан болани албатта овқатлантириш бўйича тушунтириш ишлари олиб борилиши лозим. Спиртли ичимликлар истеъмол қилувчи ёки чекувчи аёллар аниқланганда, ҳомила ва ўзининг соғлиғини асраш учун, ҳудудидаги психиатр-нарколог мутахассисига учраш лозимлигига аёлни ишонтириш керак. Ҳомиладорликнинг кечиши, шунингдек туғруқдан кейинги кузатув акушер-гинеколог томонидан, психиатр-нарколог тавсиялари асосида олиб борилади.

Ҳомиладорлик тестлари, ҳомиладорлик белгилари кузатилмайдиган, ҳақиқатда ҳам ҳомиладорми, билмоқчи бўлган, шунингдек ҳомиладорликни сунъий тўхтатишни режалаштирган аёлларда ўтказилади.

Ҳомиладорлик физиологик кечаётган бўлса қин орқали текшириш фақат бир марта, шу билан бирга Папаниколау суртмасини текшириш ҳам бир вақтда ўтказилиши керак. Шу вақтда жинсий йўллар орқали юқадиган касалликларни даволаш тавсия этилади. Агар аёл ёки шериги қин текширишлари ўтказилишини катъий рад этсалар, бу муолажани иккинчи ташрифгача кечиктирилиши мумкин. Амбулатория шароитида, иккинчи триместрдаги ҳомиладор аёлларда акушерлик анамнези яъни ўз-ўзидан бола тушиши, вақтидан олдин туғруқ, қон кетиши ёки жинсий йўллардан қонли ажралмалар келиши, қоринда оғриқ каби белгилар бўлса, қин орқали текшириш ўтказилиши мумкин эмас.

Агар аёл олдинги ҳомиладорлигида жинсий йуллардан қон келганини айтса, амбулатор шароитида қин орқали текшириш ҳомиладорликнинг фақат биринчи триместрида ўтказилади. Агар иккинчи триместр вақтида, аёл қон кетиши шикоят билан мурожаат қилса, қин орқали текширув ўтказиш мумкин эмас, аксинча йўлдошни олдин келиши ёки бошқа патологияни истисно қилиш учун, уни шифохонага юбориш лозим. Шифохонага йуллангани фақат шифокор беради.

Биринчи таширфда акушер-гинеколог қуйидаги ҳолатларни аниқлайди:

Умумий анамнез

- Исми
- Туғилган санаси
- Манзили ва телефон рақами
- Оилавий аҳволи
- Ёмон одатлари (чекиш ва бошқалар)
- Ижтимоий аҳволи
- Яшаш жойининг санитар шароитлари (канализация борлиги, сув билан таъминланиш манбаси)
- Электр ёки бошқа ёритиш ва иситиш манбаси
- Маълумоти
- Маблағ билан таъминланганлиги (доимий ёки вақтинча иш жойининг борлиги)
- Аёл ва турмуш уртоғининг касбий фаолияти ва лавозими

Тиббий анамнез

- Ўзига хос касалликлар ва ҳолатлар
- Сил, юрак касалликлари, буйракнинг сурункали касалликлари, тутқаноқ, қандли диабет
- Жинсий йўл орқали юкадиган касалликлар
- ОИВ юктириш (агар маълум бўлса)
- Айрим ҳудудларга хос касалликлар (масалан гепатит, безгак, қон касалликлари ва бошқалар)
- Бошқа, бошдан кечирилган ёки сурункали касалликлар; аллергия реакциялар
- Хирургик аралашувлар (кесар кесишдан бошқа)
- Қон трансфузияси. Резус (D) антитела
- Ҳозирги пайтда қабул қилинадиган дори-дармонлар
- Бепуштлик: сабаби, давомийлиги

Акушерлик анамнези

- Ҳомиладорликлар сони
- Сана (ой, йил) ва ҳар бирининг натижаси (тирик болалар сони, ўлик бола туғиш, бола олдириш, эктопик ҳомиладорлик, пуфакли уюм/хорионаденома). Бола олдириш усули, вақтидан олдин туғруқлар муддати ва сабаби, иложи борича алоҳида аниқланиши лозим.
- Болаларнинг туғилгандаги вазни
- Туғилган болаларнинг жинси
- Болаларнинг, истисносиз кўкрак билан эмизиш даврида бўлган вақти. Қачон? Қанча вақт давомида?

- Олдинги ҳомиладорлигида рўй берган, қайси ҳомиладорлигида улар кузатилганлигига аниқлик киритиш билан, қуйидаги муаммоларни аниқлашга катта эътибор қаратиш керак:
 - гестациянинг эрта муддатларида ўз-ўзидан бола тушишининг қайталаниши
 - сунъий бола олдириш ва шу вақтда асоратларнинг кузатилиши
 - тромбоз ёки эмболия
 - гипертензия, преэклампсия ёки эклампсия
 - меъёрий жойлашган йўлдошни вақтидан олдин кўчиши, йўлдошни олдин келиши
 - думғаза билан келиши ёки ҳомилани кўндаланг жойлашиши
 - клиник кичик чанок, бачадон бўйни дистанцияси билан бирга
 - учинчи даражали қин ёрилиши
 - туғруқдан кейинги сепсис
 - гестацияли диабет

Акушерлик операциялари

- кесар кесиш (иложи бўлса кўрсатмани аниқлаш)
- вакуум-экстракция ёки қисқичлар қўйиш
- ҳомила думба билан келганда қўл ёки асбобли усуллар орқали туғдириш
- йулдошни “қўл” орқали ажратиш (бачадон бушлиғини қўл орқали текшириш-ручной)
- Ҳомила ёки болада асоратлар рўй берган бўлса, қайси ҳомиладорликда рўй берганини аниқлаш (иложи бўлса ҳужжат асосида исботлаш)
 - иккита ёки кўп ҳомилали ҳомиладорлик
 - 2500 г дан кам тана вазни билан туғилган болалар
 - ҳомилани бачадон ичида ривожланишини кечикиши (иложи бўлса ҳужжат асосида исботлаш)
 - чақалоқ ва ҳомиланинг қон касаллиги (эритробластоз, истисқо)
 - хромосомали нуқсонлар ёки туғма майиблик
 - макросомия (4500 г.кўп)
 - жонлантириш тадбирлари, бошқа қандайдир тиббий аралашувларни талаб қиладиган ҳолатларнинг борлиги
 - перинатал, неонатал ва гўдаклар ўлими (кечки гўдаклар ўлими ҳам киради)
 - ҳозирги ҳомиладорликнинг кечиши
 - охирги ҳайзнинг санаси
 - зарарли одатлар: чекиш, спиртли ичимликлар, наркотик воситалар истеъмол қилиш (миқдори ва тезлиги)
 - бошқа бўлиши мумкин бўлган асоратлар (оғрик, жинсий йўллардан қон кетиши ва бошқалар)

Қуйидагиларни ўз ичига оладиган физикал текширишлар:

- камқонликни клиник белгиларини аниқлаш: тери қопламлари, бармоқ фалангалари, конъюнктивалар, оғиз бўшлиғининг шиллик қавати, тил учининг рангпарлиги, нафасни ўзгариши.
- нотўғри овқатланиш ёки ортиқча вазни аниқлаш учун, тана вазни ҳамда бўйни ўлчаш ва қайд қилиш

- артериал босимни ўлчаш
 - юрак ва ўпка аускультацияси
 - бачадон туби баландлигини ўлчаш. Шу билан бирга гравидограммадан олинган маълумотлар билан таққослаш муҳим.
 - гинекологик ойналардан фойдаланиб қин текширувларини ўтказиш
- Бачадон туби баландлигининг ортиши (гравидограмма) ва бачадон ичида хомила ривожланишини динамикада кузатадиган ва қайд қилинадиган шакл тавсия қилинган.

Ҳар бир ҳомиладор акушер-гинеколог кўригига биринчи марта ташриф қилганда, қуйидаги лаборатор текширишлар ўтказилишига муҳтож бўлади:

<ul style="list-style-type: none"> • Бактериурия, протеинурияни аниқлаш учун пешоб таҳлили 	текширишлар ўтказилиши мумкин	скрининг текшириши Гестация
<ul style="list-style-type: none"> • Заҳм борлигини аниқлаш учун қон таҳлили 		муддатини баҳолаш учун ультратовушли текшириш
<ul style="list-style-type: none"> • АВО бўйича қон гуруҳини ва резус-факторни аниқлаш учун қон таҳлили. 	Даун синдромини аниқлаш учун скрининг:	- 10-13 хафталикда думғаза-тепа ўлчовларини ўлчаш
<ul style="list-style-type: none"> • Гемоглобинни аниқлаш (оғир камқонлик белгилари бўлганда) Агар керак бўлса, ОИВ, гепатит В, қизилча антителалари, эритроцитларга антителаларни аниқлаш учун қўшимча 	- 10-14 хафталик муддатда энса – тери бурмасининг қалинлигини ўлчаш - 14- 20 хафталикда қон зардобининг	- 14-20 хафталикда бипариетал ўлчовни ўлчаш Ривожланишнинг тузилишли нуксонларини аниқлаш мақсадида ультратовушли текшириш (20 хафталикда)

Қуйидаги гуруҳ аёлларни қўшимча парваришга муҳтож бўладилар:

- юрак, буйрак касалликлари, гипертензия, рухий, гематологик муаммоли, тутқаноқ, диабет, ёмон сифатли ўсма, ОИВ, аутоиммун касалликлари бор аёллар
- ҳомиладорлик даврида рухий қўллаб қувватлаш етарли бўлмаган аёллар
- 35 ёшдан катта 20 ёшдан кичик аёллар

- вазн бўй индекси ВБИ $<18,5$ или $>32,3$ кг/м² бўлган ҳолатларда. Вазн бўй индекси формула орқали ҳисобланади $ВБИ = \frac{\text{вазн (кг)}}{\text{буй (м)}^2}$
- кесар кесишни бошидан ўтказган аёллар
- преэклампсияли аёллар, HELLP- синдромли ёки анамнезида эклампсия
- анамнезида иккита ва ундан ортиқ ўз-ўзидан ҳомиласи тушган аёллар
- анамнезида вақтидан олдин туғруқ ёки иккинчи триместрда ўз-ўзидан ҳомиладорликни тўхташи кузатилган аёллар
- анамнезида руҳий касалликлар ёки туғруқдан кейинги психоз кузатилган аёллар
- олдинги ҳомиладорликларидан ҳеч бўлмаганда биттасида ўлик ҳомила билан ҳомиладорлик тугаган ёки неонатал даврда боласи нобуд бўлган аёллар
- генетик ёки туғма нуқсонли болалар туққан аёллар
- гестацион муддатига, етилганлик даражаси мос бўлмаган болаларни туққан аёллар

Ташриф якунида шифокор керакли ҳужжатларни тўлдиради, “хонадонда ёзув” шаклини, уни тўлдириш ахамиятини аёлга тушунтиради. Боласи биринчи марта қимирлаган санани қайд қилиб қўйишни аёлга тушунтириш лозим.

Иккинчи ташриф (16-18 ҳафталик)

Скрининг таҳлилларини (альфа-фетопроtein, УТТ), шифокор мижоз билан муҳокама қилади, керак бўлса, ҳомиладорликни олиб бориш режасига ўзгартиришлар киритади, қайтадан асоратлар ривожланиш хавф факторларини баҳолайди, аёлга қўшимча тиббий ёрдам керакми, аниқлайди. Аёл билан олиб бориладиган қисқа суҳбат, муаммолар, юзага келган саволларга жавоб беришга йўналтирилган.

Агар гемоглобин даражаси 11 г/дл паст бўлса, ҳомиладорни олиб бориш режасига, темир препаратларини киритиш масаласи кўриб чиқилади.

Бу ташрифда артериал босимни ўлчаш, пешобни бактерияга текшириш (бакпосев), протеинурияни аниқлаш учун пешоб таҳлилини ўтказиш лозим.

“Оналар мактаби”даги машғулотларга ҳомиладор қатнашни бошлаши мумкин.

Учинчи ташриф (24 ҳафталик)

Шифокор, бачадон туби баландлигини ўлчайди ва маълумотларни гравидограммага киритади, ҳомила жойлашиш ҳолатини аниқлайди, артериал босимни ўлчайди, протеинурия, бактериурияни аниқлаш мақсадида пешоб таҳлилини тавсия қилади. Ташриф якунида қисқа суҳбат ўтказилади, мижозни ташвишга соладиган саволларга жавоб берилади.

Тўртинчи ташриф (30-32 ҳафталик)

Бачадон туби баландлигини ўлчаш ва маълумотларни гравидограммага киритиш, артериал босимни ўлчаш, протеинурияни аниқлаш учун пешоб таҳлилини ўтказиш, пешобни бактерияларга текшириш лозим.

Резус-манфий аёлларга анти- D- иммуноглобулин тавсия қилиниши мумкин.

Аёл билан, саволлар, муаммолар ечимини топишга қаратилган қисқа суҳбат ўтказилади. Зарурат бўлса, патология ривожланиш хавф даражасини баҳолаш қайта кўриб чиқилади, айрим аёлларга кўшимча тиббий ёрдам кўрсатилади.

Бешинчи ташриф (36 ҳафталик)

Шифокор артериал босимни, бачадон туби баландлигини ўлчайди ва гравидограммага киритади. Гемоглобин даражаси, протеинурияни пешобда бўлиши, кўкрак безларини текшириш, қайта ўтказилиши керак. Биринчи туғувчи, анамнезида гипертензия, преэклампсия ва эклампсияси бор бўлган, шунингдек кўп ҳомилали ҳомиладорларга махсус эътибор қаратилиши лозим. Хавфли белгиларга киради: тарқалган шишлар, жинсий йўллардан қонли ажралмаларни келиши, соматик касалликлар кечишининг ёмонлашуви. Бундай ҳолатларда, тиббий аралашувлар саволини кўриб чиқиш лозим. Шифокор, ҳомила юрак уришини эшитади, аёл ҳомила қимирлаши сусайганлиги ёки йўқлигидан шикоят қилганда, шунингдек аёлнинг талабига кўра, Доплердан фойдаланиш мақсадга мувофиқ бўлади. Гравидограммада тасвирланган ҳомила ривожланиши ва бачадон туби баландлиги динамикаси, меъёрий кўрсаткичлардан орқада қолганда, аёлни шифохонага ётқизиш учун кўрсатма бўла олади.

Ҳомиладорликда асоратлар ривожланиш хавфи қайта баҳоланади, зарур бўлса, керакли даво ўтказилади.

Айрим аёлларда, акушер-гинекологнинг кейинги режали кўригига ташриф қилишгача туғруқнинг бошланиш эҳтимоли бўлиши мумкин. Шу туфайли, шунақа ҳолатларда нима бўлиши ва ўзини қандай тутиш бўйича, аёлга оғзаки маслаҳатлар бериш тавсия қилинади. Ҳомиладор қайси тиббий масканга мурожаат қилиши кераклигини билиши лозим. Шу вақтда, аёлга интергенетик интервалга риоя қилиш, туғруқдан кейин контрацепция усулларининг турлари ва шериги билан танлаш ҳақида тушунча бериш мақсадга мувофиқдир. Туғруқдан кейинги даврда шифокор аёлни бориб кўриши муҳимлигини унутмаслиги ва бу ҳақда аёлга маълумот бериши керак. Ҳомиласи думба билан келган аёлларга, перинатал патология ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида, ҳомилани боши билан келиши учун, ташқи буриш муолажасини ўтказиш мумкин, буни, фақат шифохонада, ўқитилган мутахассис томонидан бажарилиши тавсия қилинади. Бу муолажани бажаришдан олдин, аёл ва оила аъзоларига маълумот берилади ҳамда розилик олингач, ўтказилади.

Еттинчи ташриф (38-40 хафталик)

Бу ташриф, бутун антенатал кузатув мобайнидаги ташрифларнинг энг асосийларидан биттаси ҳисобланади.

Артериал босимни ўлчаш, протеинурияга пешобни текшириш, бачадон туби баландлигини ўлчаш ва олинган маълумотларни гравидограммага киритиш лозим.

Кўкрак сути билан овқатлантириш, интергенетик интервал ва туғруқдан кейин контрацепция бўйича қайта суҳбат ўтказилади. Суҳбат якунида аёлнинг барча саволларига шифокор жавоб беради, туғруқ бошланса ёки хавфли белгилар кузатилса, қандай тадбирлар ўтказиш кераклигини аёлга тушунтиради.

Еттинчи ташриф охириги ташриф бўлгани учун, ҳомиладорлиги физиологик кечаётган қайта туғувчи гуруҳдаги аёлларга, ҳомиладорликнинг 41 хафталигидан кейин ҳам туғиш белгилари кузатилмаса, аёлга туғишни кўзгатиш усули ёки бошқа йуллар орқали туғиш учун шифохонага мурожаат қилиши лозимлигини тушунтириш керак.

Туғишга ва она бўлишга тайёргарлик кўриш

Туғишга ва она бўлишга тайёргарлик кўриш якка тартибда ҳамда гуруҳларда олиб борилади. Самарали ва ёқимли машғулот турларидан биттаси, оилани туғруқгача тайёрланишга фаол қатнашишга жалб қилиш орқали, бола туғилишига тайёргарлик кўриш ҳисобланади. Туғруқ, туғруқдан кейинги даврларда шерик қатнашиши, ҳомиладор ва унинг оиласида, турмуш тарзининг ўзгариши ҳамда исталган бола туғилишига таъсир кўрсатади.

Ҳомиладор ва унинг оиласини бола туғилишига тайёрлаш, замонавий талаблар асосида олиб борилади.

Ҳомиладор ва унинг оиласини жисмоний, руҳий ҳолатларни олдини олиш орқали бола туғилишига тайёрлаш, ҳаммада ҳам, айниқса юқори хавф гуруҳидаги ҳомиладорларда қўлланилиши мумкин. Ушбу усулни қўллашга қарши кўрсатмалар йўқ.

Бола туғишга, жисмоний руҳий тайёргарлик кўришда, оилавий тайёрланиш усуллари билан бирга анъанавий усуллардан ҳам фойдаланиш, шунингдек, шахсий гигиена қоидалари, бўлажак туғруқ ва бола парвариши бўйича аёллар маслаҳатхонаси ҳамда ҚВПларда ташкил қилинадиган “Оналар мактаби”да ўқитиш ҳам тавсия қилинади. Бу тадбирни ўтказишда, кўргазмали қуроллар, намоёиш, техник манбалар ва бола парвариши учун жиҳозлардан фойдаланилади.

“Оналар мактаби”да машғулот ўтказишда, шифокорнинг бевосита ёрдамчилари бўлиб, махсус тайёргарликдан ўтган доялар ва ҳамширалар ҳисобланадилар.

“Оналар мактаби”га ташриф қилиш, ҳомиладорликнинг биринчи триместридан бошланиши ва иложи борица бўлажак ота ёки яқин қариндошларни жалб қилиш лозим.

Машғулот ўтказишда ҳафтанинг кунларини тайинлаш, битта гуруҳда 10-15та кишини ўқитиш, иложи борича ҳомиладорлик муддати бир хил бўлган аёлларни бирлаштириш лозим.

Бўлажак ота ва яқин қариндошларни машғулотларда фаол қатнашиши учун, ҚВП шифокорлари, ҳамма учун баравар маълумотлар ва машғулот ўтказиш кунини етказиш вазифаси туради.



ОВҚАТЛАНИШ, ЖИСМОНИЙ ОҒИРЛИК, ҲОМИЛАДОРНИНГ ЯШАШ ТАРЗИНИ ЎЗГАРИШИ, ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ХАВФИ.



Ҳомиладор аёл биринчи марта антенатал ташрифга келганда, шифокор овқатланиш, жисмоний оғирликлар, яшаш тарзини ўзгариши ва юқумли касалликларнинг хавфи каби йўналишларга маслаҳат учун етарлича вақт ажратиши лозим.

Ҳомиладорнинг овқатланиши ва парҳез

Парҳезда чекланишлар ва бехатарлик саволлари

Ушбу саволларга умумий қаралганда, ҳомиладорлик даврида аёллар тўғри овқатланиш ва соғлом таомни қабул қилиш бўйича етарли маълумотларни олишлари керак. Қуйидаги маҳсулотлар овқатланиш таркибига кирса, овқатланиш рационининг турлича бўлиши кафолатланади:

- мева ва сабзавотларнинг кўп миқдорда бўлиши
- крахмал тутган маҳсулотлар, яъни нон, макарон маҳсулотлари, гуруч ва картошка
- протеин тутган маҳсулотлар, масалан гўштнинг ҳар хил тури, балиқ, дуккакликлар
- кўп миқдорда клетчатка, йирик тортилган ундан тайёрланган нон, мева ва сабзавотлар таркибида кўп бўлади
- сут, пишлоқ ва кефир каби сутли маҳсулотлар

Айрим маҳсулотлар истеъмол қилинганда, ҳомилани бачадон ичида касалланишига олиб келиши ҳақида ҳомиладор аёллар маълумотга эга бўлишлари керак. Бу маҳсулотларга қуйидагилар киради:

- юмшоқ пишлоқларнинг айрим турлари, масалан, камамбер, бри ва проч.
- паштетлар (хаттоки сабзаёт паштетлари ҳам)
- жигар ва ундан тайёрланган маҳсулотлар
- етарли термик ишлов берилмаган маҳсулотлар
- хом гўшти таом, масалан, салями
- денгиз маҳсулотларидан тайёрланган хом таомлар, масалан, устрицалар



Бундан ташқари, айрим ташкилотларнинг охириги тавсияларида ҳомиладор аёллар, бир кунда кофеин истеъмолини 300 мг миқдоргача камайтириши кўрсатиб ўтилган.

Кофе, чой ва кока-колада кофеин миқдори кўп.

Илмий тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатдики, аёлларга овқатланиш бўйича маълумотлар етказилганида, улар томонидан калория ва протеинларга бой маҳсулотларни истеъмол қилиш юқори бўлган, бироқ ҳозирги маълумотларга кўра, бунақа овқатланиш, ҳомиладорлик натижасига таъсир қилиши ҳақидаги қатъий хулосалар йўқ.

Ҳомиладор аёлларда, турли озиқ-овқатли инфекциялар билан касалланиш хавфи бор.

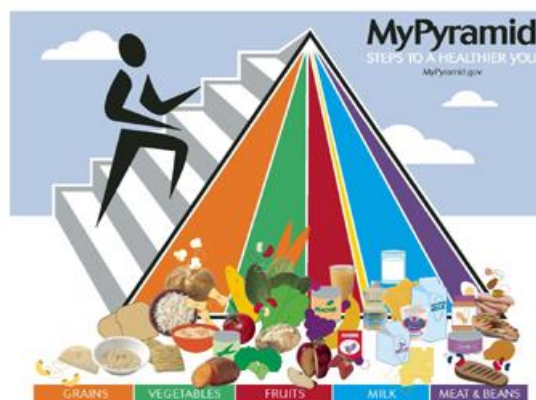
Листерия – бу бактериал инфекцион касаллик бўлиб, уни *Listeria monocytogenes* микроорганизми чақиради. Листерия билан касалланганда, вақтидан олдин туғиш, хорионамнионит ва ҳомила ўлимига олиб келади. Касаллик озиқ-овқат маҳсулотлари орқали юқади, шу туфайли ҳомиладор аёллар яхши ишлов берилмаган (пастеризацияланмаган) сут, мева шарбатлари, пишлоқ ва сут маҳсулотларини истеъмол қилмасликлари лозим.

Озиқлардан касалланишнинг яна бир кенг тарқалган чақирувчиси *сальмонелла* ҳисобланади. Бу микроорганизмни, парранда гўшти, тухум, пишлоқ, етарли термик ишлов берилмаган сут, гўшт, сув таркибида аниқлаш мумкин. Сальмонелла ташувчилари бўлиб, уй ҳайвонлари, шунингдек тошбақа ва қушлар бўлиши мумкин. Сальмонелла ҳомила ривожланишига таъсир қилмайди, бироқ кучли қайт қилиш ва диареяга сабаб бўлади. Замонавий тавсиялар ҳомиладор аёллар, таркибида хом ва яхши пишмаган тухум маҳсулотларини истеъмол қилмасликлари кераклигидан хабар беради. Парранда гўшти ҳам тўлиқ термик ишловдан ўтиши лозим.

Бундан ташқари, ҳомиладорлик даврига хавф солувчи озуқаларга, хом балиқ ва гўшт таомлари киради. Хом мол гўштини истеъмол қилинганда *ичак таёқчаси*, *Vibrio parahemolyticus*, *A genatum вируси*, *Vibrio cholerae*, шигатоксин каби патоген штаммлар юктирилишига, шунингдек, айрим денгиз маҳсулотлари, масалан, моллюска, устрицалар ҳам юқумли касалликларга сабаб бўлади.

Ҳомиладорликда тавсия қилинадиган овқатланиш меъёрлари

Айрим ташкилотлар аёлларга, шунингдек, ҳомиладор ва кўкрак сути билан боқадиганларга овқатланиш меъёрлари ва тавсияларини даврий равишда нашр қиладилар. Охири марта шунақа тавсиялар 2004 йил “Озуқа маҳсулотлари ва овқатланиш кўмитаси” тиббиёт институти томонидан тақдим этилган.



Кўпгина пренатал витамин-минерал комплекслар, тавсия қилинадиган меъёрлардан юқори. Бундан ташқари, аёллар томонидан мустақил, тавсия қилинадиган меъёрдан 10 марта кўп қўшимчаларни истеъмол қилиниши, ҳомиладорларда нутриентларнинг захарли таъсирига сабаб бўлиши мумкин. Захарли таъсирга эга бўлган нутриентлар, витаминлар ва минералларга темир, рух, селен, витамин А, В6, С ва D киради. (American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002).

Калориялар

Ҳомиладор аёлга, асосан ҳомиладорликнинг охири 20 ҳафтасида ишлатиладиган, қўшимча 800,000 ккал керак бўлади. Бу талабни қондириш учун, ҳар куни калорияларни 100-300 ккалгача ошириб бориш тавсия этилади. (American Academy of Pediatrics и the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002). Калорияларни етарли бўлмаслиги оксилларнинг катаболизмига олиб келади, ҳомила ривожланишида керак бўладиган эҳтиёжлар учун фойдаланиш ва тўпланиш ўрнига сарфланади.

Ҳомиладорлик даврида керак бўладиган қўшимча энергияни, жисмоний фаолликни камайтириш йўли орқали қоплаш мумкин (Hyttен, 1991).

Протеин

Ҳомиладор бўлмаган даврдаги асосий оксил талабига кўра гестация даврида ривожланаётган ҳомила, йўлдош, бачадон, кўкрак безлари, шунингдек айланиб юрган қон ҳажмининг ортиши учун протеинларга қўшимча талаб қўйилади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида оксил 1000 г ёки кунига 5-6 гр тўпланади (Hyttен and Leitch, 1971). Ҳомиладорлик даврида, она қонида кўп аминокислоталар, яъни орнитин, глицин, таурин ва пролин сезиларли даражада камаяди (Hyttен, 1991). Глютамин кислотаси ва аланин бундан истисно, уларнинг концентрацияси ортади.

Ҳомиладор томонидан қабул қилинадиган протеинлар миқдори ҳайвон маҳсулотлари, яъни гўшт, сут, тухум, пишлоқ, парранда ва балиқ орқали бўлгани маъқул, чунки айнан шу маҳсулотларда аминокислоталарнинг

керакли йиғиндиси бор. Кўп йиллар давомида сут ва сут маҳсулотлари озикланишнинг энг керакли манбаси ҳисобланади, улар таркибида ҳомиладор учун керак бўлган оқсил ва кальций юқори миқдорда бўлади.

Шу вақтда, оқсиллар миқдори кўп бўлган парҳезни тавсия қилмаслик керак, чунки чақалоқ учун зарарли бўлиши мумкин. Бироқ, овқат рационада калория ва оқсил балансланиши, кам вазли чақалоқларнинг туғилиш хавфини олдини олади ва перинатал ўлимнинг камайиш эҳтимоли бор.

Ортиқча вазнга эга бўлган ҳомиладорлар овқат рационада оқсил ва калорияни камайтирилиши, ҳомиладорлик чақирадиган преэклампсия ҳамда гипертензиянинг олдини олмайди, аксинча ҳомилага салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Минераллар ва микроэлементлар

Темир

Ҳомила ва йўлдошга бериладиган 300 мг темир, шунингдек гемоглобин массаси ортиши учун она танаси томонидан ўзлаштириладиган 500 мг темирнинг ярми иккинчи-учинчи триместрларда фойдаланилади. Бу пайтда, темирга бўлган талаб кунига 7 мг ортади.

Айрим тадқиқотлар томонидан 30 мг оддий темирни глюконат, сульфат ёки фумарат сифатида ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қабул қилиниши, керакли талаб ва бор захирани ҳимоя қиладиган, етарли темир миқдори, ҳомиладор танасига тушишига сабаб бўлиши аниқланган. Бунақа режимда темир препаратларининг тавсия қилиниши, лактация даврида темирга бўлган талабни кераклича қоплайди. Темирнинг 60-100 мг қўшимча қабул қилганда, ортиқча вазнга эга бўлган, кўп ҳомилали, шунингдек темир препаратлари қабулини кеч бошлаган ҳамда доимий қабул қилмайдиган ёки гемоглобин миқдори паст аёллар учун афзалликлари бор. Биринчи триместрда темирга бўлган талаб кам бўлганлиги сабабли, бу даврда уларни тавсия қилишга эҳтиёж йўқ. Гестациянинг биринчи 4 хафтасида саплементациянинг йўқлиги, кўнгил айнаш ва қайт қилиш ривожланишининг қўшимча хавфига олиб келмайди. Темир препаратларини ухлашдан олдин ва оч қоринга қабул қилинганда, у яхши сўрилади ва ошқозон-ичак томонидан бўлиши мумкин бўлган ножуя таъсирларни камайтиради.

Юқорида келтирилган маълумотларга қарамай, ҳамма ҳомиладор аёлларга темир препаратларини тавсия қилиш, она ва ҳомила соғлиғи учун афзалликларга эга эмаслигини исботловчи далиллар мавжудлигини билиш лозим.

Кальций

Ҳомиладор танаси 30 грамм кальцийни ушлаб туради ва унинг кўп қисми ҳомиладорликнинг охирида ҳомилага берилади. Бу миқдор, она танасининг асосан суяк қисмида жойлашган умумий миқдорнинг 2,5% ташкил қилади ва у, зарурат бўлганда осонгина сафарбар қилинади. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ҳомиладорлик даврида кальцийнинг ичакдан

сўрилиши кўпаяди ҳамда бутун гестация даври давомида бу элементни тобора кўпайиб, ушланиб қолиши кузатилади.

Прееклампсиянинг олдини олиш мақсадида, кальцийни тавсия қилиш етарли самара кўрсатмаган ва ҳамма ҳомиладорлар фойдаланиши учун маслаҳат бериш тавсия қилинмайди.

Фосфор

Ҳамма жойда фосфорни тарқатилиши, элементни танада етарли киришини кафолатлайди. Ноорганик фосфорни зардобдаги даражаси ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган аёлда сезиларли фарқ қилмайди.

Рух

Рух етишмовчилиги иштаҳа ёмонлашиши, субоптимал ўсиш, яралар битишининг бузилишига сабаб бўлади. Чуқур етишмовчилик паканалик ва гипогонадизмга олиб келиши мумкин. Рухнинг кам учрайдиган наслий етишмовчилигининг натижаси сифатида терининг махсус касаллиги - *acrodermatitis enteropathica* ривожланиши мумкин. Ҳомиладорлар учун, рухнинг бехатар миқдори тадқиқотларда кўрсатилмаган бўлса ҳам, унинг тавсия қилинадиган кунлик миқдори 12 мг ташкил қилади.

Магний

Бу минерал айрим энзимларнинг, яъни гликопротеид ва полисахаридларнинг меъёрий синтезида иштирок этадиган гликозилтрансферазаларнинг кофактори сифатида фаолият кўрсатади. Катта ёшли инсонларда унинг етишмовчилиги қайд қилинмаган, шу туфайли ҳомиладорларни бу микроэлемент билан қўллаб қувватлаш тавсия қилинмайди.

Йод

Йодланган маҳсулотларни (туз) истеъмол қилиш, ҳамма ҳомиладор аёлларга тавсия қилинади, чунки ҳомила талаби ва онада пешоб билан чиқиб кетиш ўрни тўлдирилади. Ҳомиладорлик даврида йод тавсия қилиш, нашр қилинган маърузадан кейин кучайди. Бу маърузада онадаги субклиник гипотериоз, ҳомиладорлик натижаларига салбий таъсири ҳамда болаларда нейрнопсихик нуқсонлар ривожланиш эҳтимоли борлиги айтиб ўтилган. Онада жиддий йод етишмовчилигининг бўлиши, авлодларида кретинизмнинг эндемик шакли ривожланишига олиб келади. Бу минерал кам бўлган худудларда яшовчи инсонларнинг доимий овқатланиш рационига йодни киритиш, чақалоқлар ўлими, эндемик кретинизмни камайиши, болаларда 4 ойликдан 25 ойликкача даврда психомотор ривожланиши яхшиланишига сабаб бўлади.

Витаминлар

Фолат кислотаси

Асаб найчаси ривожланиш нуқсонларига *spina bifida*, анэнцефалия ва энцефалоцеле киради. Агар соғлиқни сақлашнинг тегишли бўғинларида керакли тадбирлар ўтказилса, бу туғма нуқсонларнинг олдини олиш мумкин. Асаб найчаси нуқсонлари ривожланишининг олдини олиш мақсадида, ҳомиладор бўлишдан олдин фолат кислотаси ва мультивитаминларни қабул қилиниши, ҳозирги кунда ҳеч қанақа шубҳа уйғотмайди. Фолат кислотасини ҳомиладор бўлишдан олдин ва ҳомиладорликнинг 6-12 хафтасигача қабул қилиниши, асаб найчаси нуқсонлари ривожланиш сонини камайтириши ҳақида далиллар мавжуд.

Ҳомиладорликни режалаштираётган жуфтликлар, ҳомиладор бўлишдан бир неча ҳафта олдин ва ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида фолат кислотасини (4 мг/сут) овқат рационига қўшганларида, асаб найчаси нуқсонларининг ривожланиши кам учрашини билишлари лозим, шу вақтда, мультивитаминларни бирга қўшиб истеъмол қилиниши, олдини олишнинг кўшимча самарасини бермайди.

Темир препаратлари ва фолат кислотасини ҳаммага тавсия қилганда, туғруқ даврида қон препаратларидан фойдаланиш, шунингдек кесар кесиш сонини камайтириш имконини бериши мумкин.

Витамин А

Ҳомиладорлар ҳар куни 10,000 - 50,000 ХБ миқдорда витамин Ани истеъмол қилганларида, туғма нуқсонлар ривожланиши кам ҳолатларда учраши нашр қилинган. Кузатилган нуқсонлар майибликка хос бўлиб, оналар витамин А нинг ясама шакли бўлган кучли теротоген таъсирга эга – изотретиноинни (Accutane) қабул қилганлар. Мева ва сабзавотларда учрайдиган бета-каротин, витамин А нинг ўхшаш тури бўлиб, витамин А каби токсик таъсирга эга эмас.

Витамин А нинг аниқ ёки субклиник етишмовчилиги, камқонлик ва муддатидан олдин бола туғиш ривожланиши хавфи билан бирга келади. Камқонликнинг ривожланиши, темир сўрилишининг камайишидан, муддатидан олдин туғиш эса витамин А етишмовчилиги туфайли инфекцияларга берилувчан бўлиб қолиш сабабли рўй беради.

Камқонлик, сепсис ва ўлим натижаларини олдини олиш мақсадида, ҳомиладорларга витамин Адан нутритли қўллаб қувватлаш учун фойдаланиш тавсия қилинмаслигини замонавий тадқиқотлар кўрсатган.

Бундан ташқари, витамин А саплементацияси (700 мкг миқдордан кўп), ҳомилага теротоген таъсири борлиги туфайли истеъмол қилинмаслиги кераклигидан ҳомиладор аёллар хабардор қилиниши лозим. Шунингдек ҳайвон жигари ва ундан тайёрланган таомларда ҳам, витамин А кўп бўлиб, бу маҳсулотни истеъмол қилишдан сақланиш кераклиги ҳақида аёлларга маслаҳатлар берилиши керак.

Витамин D

Витамин D, инсонда суяк тизими ривожланишида катта аҳамиятга эга. Витамин D, фосфор ва кальцийни сўрилиши ва метоболизмини бошқаради. Бу витамин озуқа манбаларида кам бўлганлиги туфайли (ёғли балиқ, фортификацияланган маргарин, гўшт ва тухум), уни танага тушиш асосий йўли, қуёш нурларини терига таъсири орқали синтез бўлишидир. 90% витамин D, шу йўл орқали танага тушади, 10%- озиқ-овқат билан сўрилади.

Зардобда, 25-гидроксивитамин D (25-OHD) даражасининг бўлиши, иккита манбадан ҳам витамин кирганидан далолат беради ва танани бу витамин билан тўйинганлигини тасвирлайдиган индикатор бўлиб ҳисобланади. Зардобда 25-OHD миқдори 25 нмоль/л бўлиши, етишмовчиликдан далолат беради.

Витамин D ни, танага тушиши мавсумий бўлиши кузатилади. Шимолий тарафларда қуёш нури кам бўлиши сабабли, танадаги витамин захираларига таъсир кўрсатади.

Витамин етишмовчилиги, танага тушишдан кўра сарфланиш кўп бўлганда ҳам кузатилади, бунақа ҳолатларга бачадон ичида ҳомила ривожланиши, янги чақалоқ туғилиши, эрта болалик, кўкрак сути билан овқатлантириш, балоғатга етиш даври киради.

Чақалоқлар танасини тўйинганлиги, она танасидаги витамин D захирасига боғлиқ бўлади. Оғир даражадаги етишмовчилик рахит (болаларда), остеомалацияга (болаларда ҳам катталарда ҳам) олиб келади.

Витамин D алмашинуви, 1-типдаги қандли диабет, айрим ёмон сифатли ўсмалар ва юрак-қон томир тизими касалликларига боғлиқ бўлади, бироқ бу боғлиқликни исботловчи далиллар ҳозирги кунда етарли эмас.

Шунингдек, ҳомиладорлик даврида витамин D билан танани тўйинтирганда, туғиладиган боланинг соғлиғига яхши таъсир кўрсатиши ҳамда суяклар синиш хавфи камайиши ҳақида янги далиллар пайдо бўлмоқда. Витамин D нинг беҳатар миқдори бўйича ҳам мунозаралар кўпайиб бормоқда ва кунига 25 мкг миқдорда тавсия қилинади.

Ҳамма аёллар, ҳомиладорлик ва кўкрак сути билан овқатлантириш даврида овқатланиш таркибида витамин D бўлишининг аҳамияти муҳимлигини билишлари керак. Ҳомиладорлар 10 мкг бўлган витамин D препаратини танлашлари мумкин. Хавф гуруҳига кирадиган аёлларга тавсия қилиш мақсадга мувофиқ, уларга киради: осиелик аёллар, совуқ иқлимда яшашни режалаштирганлар, қиш даври узоқ давом этадиган худудларда яшовчи аёллар, кўп вақти бино ичида ўтадиганлар, узун, қуёш нурларини ўтказмайдиган кийим бош киядиганлар, кам миқдорда балиқ, гўшт, тухум истеъмол қиладиганлар, шунингдек вазн бўй индекси ҳомиладор бўлишдан олдин 30 кг/м^2 кам бўлган ҳомиладорлар.

Витамин C

Ҳомиладорлар учун тавсия қилинадиган витамин C миқдори кунига 80-85 мг ташкил қилиб, ҳомиладор бўлмаган аёллардан 20% кўп. Овқатланиш таркиби шундай тузилиши керакки, аёл танасининг витаминга бўлган талаби

кондирилиши лозим. Ҳомиладорлик даврида аёл зардобида витамин миқдори камаяди, киндик қонида ортади. Ушбу ҳолат, барча сувда эрийдиган витаминларга хос.

Ҳомиладорлик даврида рационал овқатланиш тавсиялари, таркиби бўйича баланслашган овқатланиш талабига, айрим ижобий таъсирлар кўрсатиши мумкин, шу билан бирга унинг салбий таъсирини ҳам унутмаслик керак. Исботланмаган, авторитар тавсиялар, айбдорлик, ташвиш ва ҳомиладорликнинг натижаси ёмон бўлади, деган ёлғонга, жавобгарлик ҳисси пайдо бўлиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида жисмоний оғирлик ва машқлар

Умуман айтганда, агар аёл чарчамаса ёки кўп хавф бўлмаса, ҳомиладорлик даврида жисмоний оғирликларга чекланишлар қўйилмайди.

Жисмоний машқларга спорт ва жисмоний фаолликнинг ҳар хил турлари киради, бироқ ҳомиладор аёлларга уларнинг ҳаммасини ҳам тавсия қилиб бўлмайди. Гестация даврида рўй берадиган физиологик ва морфологик ўзгаришлар, ҳеч қандай хавфга учрамасдан, тўлиқ жисмоний фаол бўлиш имконини бермайди.

Шу вақтда акушерлик ёки бошқа асоратлар бўлмаса, кўпчилик аёллар ҳомилага зарар етказмайдиган жисмоний машқларни доимий бажариб юришлари мумкин.

Ҳомиладорлар қорни шикастланиши, йиқилиш ва бўғимларда кўп зўриқишга олиб келадиган машқларни бажармасликлари лозим.

Америка акушер ва гинекологлар колледжининг мутахассислари, ҳомиладорларга жисмоний машқ тавсия қилинишидан олдин, аёлларни тўлиқ клиник текширишдан ўтказишни тавсия қиладилар.

Қарши кўрсатмалар бўлмаганида, ҳомиладорларни ҳар куни 30 дақиқа ёки ундан кўпроқ вақт жисмоний машқлар бажаришга рағбатлантирилишлари лозим.

Жисмоний фаолликнинг ҳар бир тури, ҳар қандай потенциал хавф деб баҳоланиши керак.

Ҳомиладорлар учун мутлоқ ва нисбатан жисмоний оғирликка қарши кўрсатмалар
Мутлоқ қарши кўрсатмалар
Қон айланишининг бузилиши билан кечадиган, юрак касалликлари
Ўпканинг реструктив касалликлари
Истмико-цервикал етишмовчилик ёки циркуляж ўтказган аёллар
кўп ҳомилали ҳомиладорлик ёки вақтидан олдин туғиш хавфи
Иккинчи ва учинчи триместрда жинсий йуллardan персистирланган конл ажралмаларни келиши
Гестациянинг 26 ҳафтасидан сўнг йўлдошни олдин келиши

Қоғоноқ пардани ёрилиши
Преэклампсия ёки гестацион гипертензия
Нисбатан қарши кўрсатмалар
Оғир даражадаги камқонлик
Этиологияси аниқланмаган юрак ритмининг бузилиши
Сурункали бронхит
1 типдаги қандли диабетда ҳолатнинг ноадекват коррекцияси
Оғир даражали семириш
Овқатланишнинг оғир етишмовчилиги (ВБИ < 12)
Анамнезида жуда кам ҳаракатли ҳаёт тарзи
Ушбу ҳомиладорликда, ҳомила ривожланишининг кечикиши
Қийин назорат қилинадиган гипертензия
Ортопедия томонидан чеклаш
Қийин назорат қилинадиган тутқаноқлар
Қийин назорат қилинадиган гипертиреоз
Тамакини жуда кўп чекиш ВБИ+ Вазн Бўй Индекси.

The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002дан олинган.

Касбий фаолият

Ҳомиладор аёллар жисмоний ва руҳий зўриқишга сабаб бўладиган ҳар қандай фаолиятдан узоқроқ юришлари лозим. Қоидага кўра ҳеч қайси зўриқиш турлари, аёлни кучли чарчашига сабаб бўлмаслиги керак. Иш фаолияти жараёнида, кучларни тиклаш учун ҳомиладорларга мос вақт ажратилиши лозим. Олдинги ҳомиладорликлари асорат билан кечган аёллар, масалан, кам вазнли бола туғилган ҳолатларда, ҳар қандай жисмоний фаоллик жуда камайтирилиши лозим.

Бошқа, ҳомиладорлиги физиологик кечаётган аёллар, касбий фаолиятини туғиш давригача давом эттириши мумкин. Бундан ташқари, туғруқдан кейин қувватни тиклаш учун камида 4-6 ҳафта кераклиги аён, агар касбий фаолиятига тўлиқ қайтиш тавсия этиладиган бўлса, ҳолатга алоҳида ёндашиш тавсия қилинади.

Саёҳат

Соғлом ҳомиладор аёл саёҳат қилганда, ҳомиладорлик кечишига таъсир кўрсатмайди, деган умумий фикрлар мавжуд. Самолётнинг герметик ёпиқ саломида, ҳавода учиш қандайдир хавфлар билан бирга келмайди. Акушерлик ва тиббий асоратлар бўлмаса, ҳомиладорликнинг 36 ҳафтасигача ҳавода учиш мумкинлигини, кўпчилик мутахассислар тан оладилар. Ҳомиладор, барча инсонлар каби хавфсизлик чораларига риоя қилиши,

оёқлар учун машқ, яъни вақти-вақти билан, камида бир соатда бир марта ўтириб туриши лозим. Тез ва малакали тиббий ёрдам кўрсата олмайдиган жойларга учганда, катта хавф эҳтимоли бўлиши мумкин.

Автомобилда кетаётганда хавфсизлик камарларидан фойдаланиш тавсиялари мавжуд. Йўл ҳаракати ҳодисалари рўй берганда, хавфсизлик камари, ҳомилада шикастланиш хавфини ошириши ҳақидаги аниқ далиллар, ҳозирги кунда йўқ. Шубҳасизки, бундай ҳолатларда, ҳомила ўлимининг асосий сабаби, онанинг ўлими ҳисобланади. Шунинг учун, автотранспортда саёҳатга чиққан ҳомиладорлар хавфсизлик камаридан фойдаланишлари лозим. Хавфсизлик камари ўтказилган, тортилган бироқ ноҳушлик чақирмайдиган бўлиши, қорин пасти ва кўкрак безлари ўртасидан ўтмаган бўлиши керак.

Ҳомиладорларнинг чўмилиши ва ванна қабул қилиши

Ҳомиладорлик даврида ванна қабул қилиш ва чўмилишга қарши кўрсатмалар йўқ. Шу билан бирга, айрим тадқиқотчилар, ҳомиладорликнинг эрта даврларида иссиқ ванналарни қабул қилганда, ҳомиладорликни тўхтатилиш хавфи ёки асаб найчаси ривожланишида нуқсонларга олиб келиши мумкинлиги ҳақидаги далилларни топишга ҳаракат қилиб юрибдилар. Гестациянинг охирги ойларида, бачадоннинг катта ҳажми, ҳомиладорнинг мувозанатини ушлаб туришини ўзгартиради ва ванна хонасида йиқилиб шикастланиш хавфини оширади. Шу туфайли ҳомиладорликнинг охирги ойларида, аёлларнинг душ қабул қилишлари, мақсадга мувофиқ бўлади.

Ҳомиладорлар учун либослар

Ҳомиладорлар учун кийим танлашда, умумий қабул қилинган фикр бўлиб, аёлнинг кийимлари қулай ва танани сиқмайдиган бўлиши лозим. Мода экспертларининг фикрига асосан, ҳомиладорлар учун либос ўйлаб чиқилишида катта ўзгаришлар содир бўлмоқда. Либослар дизайнеридан биттасининг фикрича, аввал ҳомиладор аёллар ўз ҳолатларини бекитишга, ҳозир эса ҳолатларига эътиборни тортишга ҳаракат қиладилар ва ҳозирги кунда ҳомиладорларнинг либослари танани беркитишга эмас, балки унга эътиборни қаратадиган усулларда тайёрланмоқда.

Кўкрак безларининг ҳажми катталашиши туфайли, аёлда ноҳушликларга сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун, ҳомиладорлар ўзига мос ўлчамдаги сийнабандларни тақишлари лозим. Оёқларни сиқадиган либослар кийилмаслиги керак.

Жинсий алоқа

Ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида, ҳомиладорликни тўхташ хавфи бўлса, жинсий алоқа қилиш мумкин бўлмайди. Мутахассисларнинг умумий фикрича, бошқа ҳолатлар жинсий алоқа учун қарши кўрсатма бўлмайди.

Ҳозирги кунда, ҳомиладорликнинг охири ойларида ҳам одатий жинсий алоқа билан шуғулланиш хавфга олиб келмаслиги кўрсатилган. Шу мавзуга бағишланган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, туғруқ даври бошланиш муддати ва ҳомиладорликнинг охири 4 ҳафтасида жинсий алоқалар тезлиги ўртасида боғлиқлик йўқ экан. Аксинча, жинсий алоқадан сўнг, икки ҳафта мобайнида туғруқ даври бошланиш эҳтимолининг пасайиши ҳақида маълумотлар бор.

ҲОМИЛАДОРЛИКДАГИ ФИЗИОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ВА НОҲУШ БЕЛГИЛАР

Ҳомиладорлик даврида, кўп аёллар меъёрий физиологик ўзгаришларни, бошларидан кечирадилар. Айрим белгилар фақат нокулайликларга, бошқалари ноҳушликка, бир хил белгилар эса, ҳақиқий хавфга сабаб бўлиши мумкин. Антенатал парвариш кўрсатадиган ходимлар, ҳомиладорларда учрайдиган ноҳуш ҳолатларни билишлари, хавфли белгиларни таққослашлари, меъёрий ҳомиладорлик кечиши ва ривожланишини баҳолашлари, ноҳушлик билан кечадиган умумий асоратланмаган ҳолатларни олиб боришлари лозим.

Кўнгил айнаши ва қайт қилиш

Тарқалиши ва эпидемиологияси

Кўнгил айнаши – 70-80% ҳомиладорларда учрайдиган белги ҳисобланади.

1. Ҳомиладор аёлларнинг ярмида қусиш, 25% эса фақат кўнгил айнаш кузатилади.

2. Қоидага кўра, бу белгилар гестациянинг 9 ҳафтасигача бошланади ва 13-16 ҳафтагача давом этади. Кам ҳолатларда, кўнгил айнаш, қусиш билан ёки бутун ҳомиладорлик даврида давом этиши мумкин. Маълумки, бу ҳолат ўспирин ёшдаги биринчи туғувчиларда, чекмайдиганлар орасида, тана вазни 77 кг кўп аёлларда учраши мумкин.

Кўнгил айнаш ва қусиш одатда ўзи ўтиб кетади, кам ҳолатларда узоқ давом этади ҳамда овқатланиш бузилиши билан кечадиган оғир ҳолатга сабаб бўлади. Кўп қусиш, ҳамма ҳомиладорлардан 0,5-2,0% учрайди ва бошқа сабаблар билан боғлиқ бўлмаган доимий қусиш, кетонурия ҳамда вазн йўқотилиши билан кечади. Қалқонсимон безлар патологияси, жигар фаолияти ва электролит балансининг бузилиши ҳам учраб туради.

Кўнгил айнаш ва қусиш, ҳаёт сифатига сезиларли таъсир кўрсатади. 50% аёллар, кўнгил айнаш ва қусиш, ишлаш фаолиятига таъсир қилишини кўрсатганлар ҳамда 24% аёллар, ишдан озод қилинишига муҳтож бўладилар.

Кўнгил айнаш ва қусиш кузатилган аёлларда, кейинги ҳомиладорликларида ҳам, бу ҳолатлар қайталаниши мумкин.

Оила анамнези, денгиз касали, анамнезида мигренга ўхшаган бош оғриғи бор аёллар – бу ҳолат ривожланишининг муҳим факторлари ҳисобланадилар.

Умуман олганда бу ҳолатларнинг борлиги, перинатал натижаларга ёки гестацион давр асоратларига таъсир қилмайди, бироқ, бошқа жиддий ҳолатларга нисбатан, сезиларли ноҳушлик ва дистрессга сабаб бўлиши мумкин.

Этиологик факторлар

Ҳомиладорларда жиғилдон қайнашининг патогенези охиригача аниқланмаган, бироқ, замонавий қарашларга кўра, бу белги пайдо бўлишида, ошқозон маторикасига таъсир кўрсатадиган, гастроэзофагеал рефлюксга олиб келадиган гормонал ҳолатнинг таъсири сифатида тушунтирилиши мумкин.

Кўнгил айнаш ва қусиш, кўпинча эстроген, хорионли гонадотропин ёки/ва эстродиол миқдори кўп бўлган аёлларда учрайди, деган тушунчалар бор, гарчи бу назарияларни қўллаб қувватловчи аниқ маълумотлар йўқ. Йўлдош массаси катта ҳомиладорларда бу ҳолатлар оғирроқ кечади, бу эса, кўп ҳомилали аёлларда ва пуфакли уюм (пузирный занос) бўлганда учрайди. Эмоционал факторлар ҳам муҳим рол ўйнайди, бироқ улар асосий сабабчи эмас, балки мойил фактор ҳисобланади. Кўнгил айнаш ва қусиш оғир ўтадиган ҳолатларда, қалқонсимон безларнинг касаллиги истисно қилиниши лозим, чунки ҳомиладорларда, эрта гипертериоз белгилари кўнгил айнаш ва қусиш билан бирга келади. Кўнгил айнаш ва қусишнинг оғир асоратларига кизилўнгач, талок ёрилиши, Wernicke энцефалопатияси, пневмоторакс ва буйрак каналчаларининг ўткир некрози киради.

Асоратланмаган кўнгил айнаши ва қусишнинг, ҳомиладорлик ҳамда туғруқ натижаларига таъсири ёмон эмас, аммо, кўп қусиш, кам вазнли бола туғилишининг хавфи юқори бўлишига сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш

Бу ҳолатни даволаш, белгиларнинг йўқотилишига қаратилган бўлиши лозим, бироқ, преэклампсияга хос бўлган эпигастрал соҳадаги оғрикни таққослай билиш керак, чунки, бу ҳолатда шошилиш тиббий аралашув талаб қилинади.

Ижобий лаҳзалардан биттаси, ҳомиладорга даволаш усуллари хақида маълумот бериш ҳисобланади.

1. Диета/парҳезни ўзгартириш/модификациялаш.

Парҳез ва таом қабул қилиш тезлигини ўзгартириш, белгиларни камайишига олиб келади. Оддий тавсия – тез-тез, кам-кам таом қабул қилиш. Бошқа тадбирларга, аччиқ, ёғли таомлардан ўзини тийиш, оқсил маҳсулотлари ва эрта сахарда куруқ крекер (қуритилган нон) истеъмол қилиш киради.

2. Қўшимча усуллар.

а. Занжабил (имбирь). Ҳомиладор аёллардаги кўнгил айнаш ва қусишни даволашда, занжабил илдизи ижобий натижалар берган. Занжабил плацебодан (ташқи кўриниши ва таъмидан баъзи дори моддаларнинг ўрнини босадиган модда) афзал ва ҳомиладорларда оғир турдаги кўнгил айнаш ва қусишни камайтиришда витамин В6 каби самарали. Шу билан бирга, илдизни истеъмол қилиш, ҳеч қанақа ножуя таъсирга олиб келмайди.

б. Пиридоксин, доксиламин (doxylamine) билан бирга ёки у сиз. Пиридоксин (витамин В6), кунига 3 марта 25 мг дан қабул қилинганда, кўнгил айнаш тезлиги ва оғирлигини, ҳамда қусиш сонини камайтириши аниқланган. Айниқса касалликнинг оғир белгилари бор аёлларда, 10 мг доксиламин билан пиридоксин бирга берилганда, уларнинг аҳволи 70% ҳолатларда яхшилانган ҳамда белгилар кузатилмаган. Ушбу давонинг самаралилиги ва ҳомила учун хавфсизлиги, 170000 тавсия этилган ҳолатларда намоёиш қилинган.

в. Neiguan (Найгуан) ёки Р6 нуқталарини босиш (акупрессур), ҳомиладорларда кўнгил айнашини камайтиришнинг қўшимча усули сифатида баҳоланади. Бу нуқта, билакдан озроқ тепада кафт юзасида жойлашган. Эластик бинт ёрдамида, мустақил шу нуқтани босиш ҳам, шунақа самарани берган. Шу билан бирга, кетонурия, оғир кўнгил айнаш ва қусиш натижасида шифохонага ётқизилган аёлларда, акупрессура тавсия қилинадиган қусишга қарши дорилар, инфузион даво ҳажми ва шифохонада ўтказиладиган кунларнинг камайишига таъсир кўрсатмайди.

Ҳозирги кунгача ўтказилган барча тадқиқотлар, бу усул перинатал касалланиш ва ўлимга юқори таъсир ва асоратлар бўлмаганда, яхши қабул қилинишини кўрсатганлар.

3. Юқоридаги усуллар белгиларга таъсир қилмаганда, шунингдек дегидратация, кетоза, электролитлар баланси бузилиш ҳолатларида, фармакологик қусишга қарши манбалардан фойдаланишни тақозо қилади. 12 та тадқиқот натижаларига асосланган Кохрейн кутубхонасининг шарҳи шуни кўрсатдики, қусишга қарши дори дармонлардан фойдаланганда, кўнгил айнаш белгисининг бутунлай йўқолишига эришиш мумкин бўлар экан. Фармакологик дориларнинг айрим ножўя таъсирлари ҳақида айтилган, бироқ, бу давонинг ҳомила ривожланишига таъсири бўйича етарли маълумотлар йўқ. Кўп дори-дармонлар, айниқса Н1 антагонистлари ва фенотиазин (phenothiazine), ҳомиладор аёлларнинг кўнгил айнаши ва қусишини даволашда самарали ҳамда хавфсиздир, гарчи турли дориларнинг таққосий самараси - сезиларли даражада номаълум қолмоқда.

а. Антигистаминлар.

Антигистаминлар, ҳомиладорликнинг биринчи триместрида хавфсиз эканлигини ишонч билан исботлаган.

Дифенилгидрамин (Benadryl, категория В) юқори самарага эга, бироқ кучли седатив модда сифатидаги етишмовчиликка эга. Яқингача, антигистамин дори ва витамин В6 бирга қўлланилар эди, бироқ, чақалоқларнинг оёқлари ривожланишида нуқсонлар бўлишига таъсири борлиги ҳақидаги мақола чикқач, ундан фойдаланиш тўхтатилди, гарчи, кечки тадқиқотларда бу ўз исботини топмади.

б. Метоклопрамид

Metoclopramide (Reglan, категория В), ҳомиладорлар кўнгил айнаши ва қусишини даволашда, таниқли бўлган допамин рецепторлар блокатори. Монотерапия ёки пиридоксин билан бирга (комбинация) қўлланилади. Комбинацияланган даво, монотерапия ёки прохлорперазин (prochlorperazine)

ёки прометазин билан даволаганга (promethazine) нисбатан самараси кучлироқдир. Метоклопрамидни биринчи триместрда тавсия қилиш, нуқсонлар ривожланиш хавфининг ортиши, ўз-ўзидан бола тушиши ёки кам вазли бола туғилишига боғлиқ эмас.

в. Фенотиазинлар.

Перспектив тадқиқотлар, гестациянинг эрта даврларида фенотиазинлар тавсия қилинишига нисбатан низоли натижаларни намойиш қилади (масалан, прометазин [Phenergan] ва прохлоперазин [Compazine], иккаласи ҳам С категорияли). Гарчи, кузатув тадқиқотли кокрановский шарҳида, бу манбаларнинг теротогенлиги исботланмаган бўлса ҳам, она танасининг оч қолишга олиб келадиган оғир ҳолатларгача кечиктириб туриш лозим.

Жиғилдон қайнаши

Этиология

Ошқозон ичидаги нарсаларнинг нордон рефлюкси, ҳомиладор аёлларда тез учрайдиган битта муаммолардан бўлиб, дискомфорт, жиғилдон қайнаш ва ошқозон тўлиш сезгисига сабаб бўлади. Бу ҳолат сабабининг иккита компоненти бор:

а. Гастроэзофагеал рефлюкс, ошқозоннинг мотор фаолиятининг бузилиши ва кейинчалик кўнгил айнаш ва қусишга олиб келадиган, силлиқ мушакларнинг перистальтика фаоллиги ва эзофагеал сфинктернинг босимининг пастлиги;
б. Аввало қабзият ва қорин шишиши билан келадиган, ингичка ва йўғон ичаклар ичидаги нарсалар силжишининг пасайиши. Ҳомиладорликнинг кечки даврларида, одатда учинчи триместр давомида, ўсаётган бачадон, ошқозонни тепага сиқиб қўяди ва рефлюкс ривожланишига имкон яратади. Ҳомиладорларда, бу ҳолатнинг жиддий асоратлари кам кузатилади, демак, эндоскопия ва бошқа ташхисий тестлар ўтказилишига зарурат ҳам камаюди.

Даволаш

1. Дори-дармонсиз манбалар билан ҳомиладорлар рефлюксини даволашда, овқатланишни ўзгартириш, мижоз режими каби асосий усулларни, кадамма кадам гаплашиб олиш лозим.

Ҳар хил таомларни истеъмол қилиш ва керагидан ортиқ еб қўйиш, жиғилдон қайнашини кучайтиради. Ҳомиладор аёлларга тез-тез, оз-оздан ва ётмаган ҳолатда таом қабул қилишни маслаҳат бериш лозим. Қовурилган таом ва кучли газ ҳосил бўлишини чақирадиган маҳсулотларни, масалан карамдан ўзини тийиш керак. Кроватнинг бош учи кўтарилган ҳолатда ухлаш тавсия қилинади.

2. Антацидлар жиғилдон қайнашини камайтиради ва гастроэзофагеал рефлюксини даволашда биринчи танланадиган дори ҳисобланади. Айниқса, кальций ва магнезия тутган дорилардан фойдаланиш яхши, чунки улар хавфсиз, аммо, ўзида натрийни юқори тутган озиқ-овқат содаси ёки антацидлар сув ушланиши ва алкалоз ривожланишига сабаб бўлиши мумкин, шунинг учун уларни тавсия қилмаслик лозим. Шунингдек таркибида алюминий тутган антацидларни ҳам тавсия қилмаслик керак, чунки улар, қабзиятни кучайтиради.

Сукральфат (Sucralfate), биринчи қатордаги дориларнинг альтернативи. Тўхтамайдиغان клиник симптоматикада гистамин рецепторлари блокаторли (H₂- блокаторлар) дориларни қўллаш самарали бўлиши мумкин.

Ранитидин (Ranitidine) – кенг ўрганилган препарат. Йиғилган маълумотлар шуни кўрсатдики, ҳомиладорларда протон помпалари ингибиторларини қўллаш хавфсиз, гарчи, антигистамин рецепторлар антагонистларига нисбатан самарасини билиш учун, бир қанча РНТ ўтказиш керак. Касаллик асорати билан кечадиган ва гастроэзофагеал рефлюкс оғир ўтадиган аёлларга протон помпа ингибиторларини тавсия қилиш лозим. Бу гуруҳдаги барча препаратлар (омепразолдан ташқари) FDAга (дори дармон ва озиқ-овқатлар назорати бўйича идора), шунингдек, В категорияга киритилган. Кўпчилик препаратлар кўкрак сути билан ажралади. Лактация даврида фақат гистамин рецепторларининг антагонистлари (низатидиндан (nizatidine) ташқари) хавфсиз ҳисобланади.

Қабзият

Қабзиятни аниқлаш орқали, ичак бўйлаб ўтадиган озиқ ширасининг ушланиб қолишининг турини айтиш мумкин. У оғриқли ичак бўшалишига ва қорин бўшлиғи соҳасида ноҳушлик сезилишига сабаб бўлади.

Қабзият сабабларига, овқатланиш таркибида клетчатка ва суюқликларни кам бўлишигина эмас, балки ошқозон ичак тизими перистальтикасини пасайишига олиб келадиган прогестерон миқдорининг кўп бўлиши ҳам сабаб бўлади.

Бу ҳолатни кўпчилик аёллар оғир ўтказадилар. Бирламчи қабзиятдан азият чекадиган миждозларда, ҳомиладорлик даврида, бу ҳолат янада оғирроқ кечади.

Этиология

Ҳомиладорлик давомида учрайдиغان бошқа муаммо, қабзият ҳисобланади. Жиғилдон қайнаши каби, бу қай даражададир физиологик ҳолат бўлиб, ноҳушликка сабаб бўлади ва биринчи триместрда прогестерон таъсирида ичакдаги нарсаларнинг силжиш вақти кўпайиши, шунингдек, ҳомиладорликнинг охириги ойларида, ўсаётган бачадон ичакларни силжитиши ва босиши туфайли ривожланиди. Ҳомиладор кўшимча темир препаратларини қабул қилиши аҳволни оғирлаштиради.

Даволаш

Физиологик (овқатланишни, истеъмол қилинадиган суюқликни ўзгартириш, жисмоний ҳаракатни кўпайтириш) усуллардан фойдаланиб, қабзиятни даволаш аёлларнинг учдан бир қисмига ижобий ёрдам беради.

Қабзиятни даволашда, овқат рационига клетчаткалар кўшишни тавсия қилиш керак.

Агар физиологик усуллар ёрдам бермаса, кўпчилик аёлларга бўшаштирувчи воситаларни кўшимча тавсия қилиш лозим бўлади. Бунда, ичак бўшлиғида суюқликларни кўпайтирадиган (полисахаридлар ва/ёки глюкозларнинг иккинчи маҳсулоти), шунингдек, ахлат қаттиқлигини юмшатувчи (диоктилсульфосукцинатлар) дориларни тавсия қилиш мақсадга мувофиқдир.

Бу воситалар ичакда абсорбцияланмайди ва ҳомилага ножўя таъсири йўқ. Бошқа гуруҳдаги бўшаштирувчилар, яъни дифенилметанлар (бисакодил ва фенолфталеин), антракцинонлар (алоэ, каскара ва сенна), канақунжут мойи, ичакка қузғатувчи таъсир кўрсатиш орқали, бўшаштирувчи самара беради. Уларни қўллаганда, ичак спазми, кўп миқдорда шиллиқ ва ахлат (катарсис) келиши каби ножуя таъсирлари борлигини, унутмаслик лозим. Бундан ташқари бўшаштирувчилардан узоқ вақт фойдаланилганда, ичакларни меъёрий физиологик бўшалиш фаолияти бузилади ва дориларга қарамлик пайдо бўлади. Шунингдек, қўзғатиш орқали таъсир қиладиган дориларнинг кўпчилиги абсорбцияланади ва йўлдош тўсиғидан ўтиши мумкин, аммо ҳомилага таъсири ҳақидаги етарли маълумотлар йўқ. Тузли бўшаштирувчиларни қўллаш (магний, натрий ва калий тузлари), шунингдек любрикантларни (минералли ёғлар) ҳомиладорлик даврида мумкин эмас, чунки улар электролит балансининг бузилишига ва ёғда эрувчи витаминларнинг сўрилишига таъсир қилиши мумкин.

Бавосил

Қабзиятларни самарали даволаш ёки олдини олиш, ҳомиладорлик даврида учрайдиган, оғриқли асорат билан кечадиган муаммолардан яна биттаси, бавосилнинг келиб чиқишини камайишига имкон яратиши лозим. Бу касалликни, ҳомиладорларда даволаш ёки олдини олиш бўйича чуқур илмий тадқиқотларнинг йўқлигини ҳисобга олиб, ҳомиладор бўлмаган миждозлар учун қанақа тавсиялар берилса, шуларнинг ўзи ҳомиладорларга тавсия қилинади: дам олиш, оёқни тепага кўтарган ҳолатда ётиш, қабзиятларни олдини олиш ва даволаш. Одатда, бавосил туғруқдан кейин камайишини аёлларга тушунтириш керак.

Этиологик факторлар

Бавосил – тўғри ичак веналарининг варикоз кенгайиши бўлиб, юқори веноз босим ва ҳомиладорликнинг ривожланишига кўра кузатилади. Ҳолат, одатда енгил кечади, сезилмас ва қайталанувчи белгилар, яъни оғриқ ва тўғри ичакдан қон кетиши кузатилиши мумкин. Қабзиятлар бўлганда ҳолат оғирлашади, туғруқдан кейин эса орқага қайтади. Ҳомиладорлик даврида дори-дармонли даво ўтказиш, исботланган. Туғруқнинг иккинчи даври узоқ кечганда, дард фаолияти жуда кўп бўлган ҳолатларда аҳвол ёмонлашади. Бавосил тугунлари қаттиқлашганда ва оғриқ зўрайганда, тиббий ёрдамга мурожаат қилиш лозимлигини аёллар билишлари керак, чунки бу ҳолатлар, тромбоз ривожланаётганлигидан далолат бериши мумкин.

Даволаш

1. Дори-дармонсиз усуллар. Олдини олиш чора тадбирларига узоқ вақт ўтирмаслик ва ичакларни вақтида бўшатишни киритиш лозим. Kegel машқлари, мушак тонусини яхшилайти ва кенг тавсия қилиниши керак. Рутозидларни (0-beta-hydroxyethyl-rutosides) ўзида тутган ўсимлик дори дармонлари, катта истиқболларни кўрсатди, аммо, етарли хавфсизлик далиллари олингунига қадар, уларни тавсия қилмаслик лозим.

2. Давонинг фармакологик ва жарроҳлик усуллари. Одатда, Anusol каби ва бошқа препаратлар кенг қўлланилади. Ушбу воситалар, ҳомиладорларда бавосилни даволаш учун хавфсиз ва самаралидир.

Ташқи тугунларнинг тромбози каби асоратлар, кўп ҳолатларда дори-дармон билан даволанади, бироқ жарроҳлик усулидан фойдаланиш эҳтимоли ҳам йўқ эмас.

Сийдик тутиб тутолмаслик ва кўп сийиш

Этиология

Ҳомиладорликнинг биринчи ва учинчи триместрида тез-тез пешоб келиши кузатилади. Ҳомиладорликнинг эрта даврларида бачадон сийдик пуфагига юқори босим кўрсатади, тўлиш хусусиятини чегаралайди, натижада сийдик чиқариш ҳисси талаб қилиниб, кичик ҳожатга кўп чиқилади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида, бачадон кичик тос чегарасидан ташқарида жойлашган бўлади ва белгилар йўқолади, бироқ, учинчи триместрда, ҳомиланинг олдинга келиш қисми сийдик пуфагига босим беради, белгилар яна пайдо бўлади.

Бундан ташқари, ҳомиладорликда калава фильтрациясининг юқори бўлиши кузатилади, бу ҳам, кўп сийдик ажратиш факторига киради.

Ҳомиладорларда стрессли сийдик тутолмаслик ҳам учрайди, бу йуталганда, аксирганда, кулганда ва сийдик пуфагига босим бўлганда кузатилади. Айрим ҳолатларда, сийдикни стрессли тута олмаслик, вақтидан олдин парда ёрилиши деб қабул қилиниши мумкин.

Кўп тукқан аёллар, ораликнинг мушак тонуслари пасайиши бўлган ҳолатларда, бу муаммога, бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайдилар. 11 % аёлларда, туғруқдан кейин 6 ҳафтадан сўнг, қай даражададир сийдик тутолмаслик учрайди ва бир йил ўтгач, бу кўрсаткич сезиларли камаяди. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, сийдик тутолмаслик, чекиш, ҳомиладорлик даврида сийдик тутолмаслик, кўкрак сути билан узоқ эмизиш, қин орқали туғиш, қисқислар қўйиш, тез-тез сийиш ва тана вазн индекси юқори бўлган ҳолатларда бирга қўшилиб келади.

Агар ҳомиладор, сийдик чиқариш вақтида куйишиш ва оғрик борлигига шикоят қилса, қин ва сийдик чиқариш йўллари инфекцияни истисно қилиш мақсадида, тўлиқ текшириш ўтказиш лозим, чунки, бу инфекциялар вақтидан олдин туғруқ, ҳомила ўлими, ўткир ва сурункали пиелонефритга сабаб бўлиши мумкин.

Даволаш

Уйқуга кетишдан олдин суюқлик миқдорини камайтириш, сийдик тутолмаслик ва ёлғон чақириқларга самарали ёрдам беради, бироқ қатъий суюқлик қабул қилмасликка ҳожат йўқ. Kegel машқлари, белгиларни самарали камайтиради, гарчи, сийдик тутолмаслик, аёлни тукқунича безовта қилиши мумкин.

Қоринда оғрик

Этиология

Ҳомиладорлик даврида қоринда оғриқ бўлишининг асосий сабабларидан биттаси – бу думалоқ бойламлар спазми чақирган кучли оғриқдир. Бачадон катталашшига кўра, думалоқ бойламлар сезиларли таранглашади, кучли сезиш, айрим ҳолатларда оғриқ ҳисси пайдо бўлади. Оғриқ кескин ҳаракатлар қилганда кузатилади ва бачадоннинг физиологик ротацияси натижасида, ўнг томонда кузатилади. Оғриқ ҳисси миоматоз тугунларнинг ўралиб қолиши ёки дегенератив ўзгаришларига боғлиқ бўлиши мумкин: одатда дегенератив ўзгариш, гестациянинг 12-18 хафталигида учрайди. Миоматоз тугунлардаги оғриқ, кўпинча кўнгил айнаш, қусиш, тана ҳароратининг озроқ кўтарилиши билан бирга келади. Бу белги дам олганда ёки оғриқсизлантирувчилар қабул қилинганида, ўз-ўзидан ўтиб кетади. Ҳомиладорликнинг иккинчи, учинчи триместридаги қорин оғриқлари, вақтидан олдин туғруқ ёки бошқа акушерлик муаммоларини истисно қилиш учун, тўлиқ текшириш ўтказилишини талаб қилади.

Тиббий ходимлар ҳомиладорликка боғлиқ бўлмаган касалликларни ҳам кўздан қочирмасликлари лозим. Бу касалликларга, гастрит, гастроэнтерит, аппендицит, пиелонефрит, буйрак ёки ўт пуфаги санчиклари киради.

Даволаш

Яхши жисмоний ҳолат ва қориннинг олдинги девори мушакларини мустаҳкамланиши, бачадонга қўшимча қўллаб қувватланиш бўлади, думалоқ бойламлар таранглигини камайтиради. Тана ҳолатини кескин ўзгартирмаслик лозимлигини аёлларга тушунтириш лозим. Маҳаллий иссиқлик (электрогрелка, иссиқ ванна) бериш билан бирга дам олиш – ушбу ҳолатнинг энг яхши давоси ҳисобланади. Айрим ҳолатларда, хавфсиз ва самарали бўлган ацетоминофен, оғриқ қолдирувчиси тавсия қилиниши мумкин.

Белда, оёқда ва думғазада оғриқ

Белдаги оғриқ, кўп мижозлар учун муаммо бўлиб, кўпинча ҳомиладор аёллар шикоят қиладилар. Тўртдан уч қисм аёллар, ҳомиладорликнинг ҳар хил даврларида, белда оғриқ сезадилар, уларнинг уч қисмидаги оғриқлар эса жиддий муаммоли бўлади. Ҳомиладорлик даврида белдаги оғриқларнинг сабабларига гавда ўзгаришлари туфайли бел лардозининг, гормонал ўзгариш таъсирида бойлам аппаратининг чўзилувчанлигининг ва тўқималарда сув миқдорининг ортиши киради. Оғриқ тунда зўраяди ва уйқу бузилишига сабаб бўлади, айниқса ҳомиладорликнинг охириги уч ойлигида. Ҳомиладор аёлларга белдаги оғриқ туғруқдан кейин ўз ўзидан ўтиб кетишини (айниқса, оғриқ туғруқдан олдин кузатилмаган бўлса) тушунтириш лозим.

Белдаги оғриқларни камайтириш мақсадида ҳомиладор аёлларга сувли машқлар, уқалаш, ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврларда оғриқнинг олдини олишга йуналтирилган гуруҳли ҳамда якка тарзда ўтказиладиган машғулотларга қатнашиш каби тавсияларни бериш лозим.

Этиология

Бачадон ўсишига кўра, ҳомиладор аёлнинг тана оғирлиги маркази силжийди, қорин девори мушаклари чўзилади, компенсацияловчи бел лардоз

ривожланади, бу белдаги оғриқларга олиб келади. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида бел ва тос бойламлари ҳамда бўғимлари кучсизланади, натижада бел зарарланиши ёки оғриши кузатилади. Қорин девори мушаклари кучсиз ёки гавдаси нотўғри бўлган аёллар, ҳомиладорлик давридаги даврий бел оғриғига берилувчан бўладилар. Кўпчилик ҳомдорлар аёллар бел оғриғи ва оёқларда қалтираш бўлишига шикоят қиладилар. Ҳомиладорлик кечиши давомида, белдаги оғриқлар зўраяди ва тунда ўзига хос ноҳушликларга олиб келади.

Даволаш

1. Фармокологик бўлмаган усуллар. Олдини олиш чораларига ортиқча вазн йўқотилиши, гавдани тўғирлаш, белнинг тўғри эгилишига ёрдам берадиган машқларни бажариш ва пошнасиз, паст пошнаги пойафзал кийишни тавсия қилишлар киради. Қаттиқ тўшак, иссиқ муолажалар бел мушаклари бўшашига ёрдам беради. Сувда аэробика ўтказиш, қуруқликда машқлар ўтказилишига нисбатан ҳомиладор аёллардаги бел оғриғини камайтириб меҳнат кунлари сақланиб қолишига самарали ёрдам бериши кўрсатилган. Шунингдек, бел ва думғаза соҳасидаги оғриқларнинг камайишида сувли физиотерапевтик муолажалар, игна санчиш ва қорин шаклини қайтарадиган махсус қурилмалардан фойдаланишнинг самарали эканлиги ҳам кўрсатилган. Бел ва оёқдаги оғриқлар бирга келганда ёки битта-икки томонлама оёқлар заифлиги кузатилганда, умуртқалараро диск зарарланишини истисно қилиш лозим.

2. Фармакологик усуллар. Ацетоаминофен – хавфсиз аналгетик восита бўлиб ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида бел оғриғи ва оёқларда тортишишлар бўлганда тавсия қилинади.

Тортишиш, талвасалар бўлганда кальций билан даво ўтказиш самараси исботланмаган, айрим клиник самаралар, плацебо таъсирига боғлиқ. Ҳомиладор аёллар оёғидаги тортишишларни даволашда лактат ёки цитрат магнезиясининг қўлланилишини замонавий ишончли далиллар қўллаб қувватлайдилар.

Нафас қисиши

Этиология

Ҳомиладорлик бошида айланиб юрган прогестерон миқдорининг кўпайиши ўпканинг дақиқали вентилляциясини оширади. Бу ҳолатга ҳомиладорлик чақирган гипервентилляция дейилади. Ҳомиладорликнинг кечки даврларида бачадон ўсиши туфайли диафрагма ҳаракатини чеклайди, бу ўпка ҳажмининг резидуал қисқаришига, функционал қолдиқ ҳажмга олиб келади ва ҳомиладорларда нафас қисиши ривожланишидан хабар беради.

Даволаш.

Ҳомиладорларда нафас қисилишини олдини оладиган чора тадбирларга тик ҳолатни олиш. Ўтирганда танани тўғри жойлаштириш, ётган ҳолатда кроват бош учини бир нечта ёстиқ ёрдамида кўтариш киради. Ҳомиладорлар чуқур ва текис нафас олиши, нафас тизимида катта зўриқишларга ўргатиш мақсадида нафас маромини танлаш тавсия қилинади.

Бурун битиши

Этиология

Айрим аёлларда ҳомиладорлик, бурун чаноғининг катталаниши ва периваскуляр шиш билан бошланади. Бунақа натижа эстроген, прогестерон ва эҳтимол йўлдошли ўсиш гормонининг таъсири билан боғлиқ. Бу физиологик ўзгаришлар ҳомиладор аёлларнинг бешдан бир қисмида учрайди ва нотинчликка сабаб бўлувчи ҳомиладорлар ринити ривожланишига олиб келади. Ҳолат, олдин кузатилган аллергия ва синуситларни ёмонлаштириши мумкин. Чекиш ва уй чанги ҳамда каналарга сенсibiliзация бўлиш, эҳтимолий хавф факторларига киради. Бурун қонаши ҳам кенг тарқалган бўлиб, даволаш ва олдини олиш чораларига, бурун қавагига аппликатор ёрдамида вазелинли ёғларни суртиш киради.

Даволаш

1. Фармокологик бўлмаган усул. Хона хавосини намловчилардан фойдаланиш тавсия қилинади. Бурун қавакларига физиологик суюқликларни томизиш самараси, маҳаллий деконгексантиларга (шишга қарши восита) тенг бўлиб, қай даражададир бурун битишининг олдини олишга ёрдам беради. Бироқ, деконгексантиларни узоқ, одатда 3 кундан ортиқ қўллаш мумкин эмас, чунки медикаментоз ринит ривожланиш хавфи ортиши мумкинлигини унутмаслик лозим.

2. Фармакологик усуллар. Ҳомиладорлар ринитида маҳаллий кортикостероидларни қўллаш самарасиз эканлиги исботланган, бироқ, бурун шиллиқ қаватининг аллергик зарарланишида, улардан фойдаланилади. Кромоллин – хавфсиз воситалардан биттаси ҳисобланади, гарчи кун давомида, ундан бир неча марта фойдаланиш керак. Антигистамин воситалар – иккинчи қатор дори-дармонларига киради, ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида улардан фойдаланиш қарши кўрсатма ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида махсус иммун даво ўтказиш тавсия қилинмайди, бироқ, клиник самараси аниқ бўлган мижозлар учун қўлланилиши мумкин.

Бош оғриқлари

Этиология

Ҳомиладорларда ва ҳомиладор бўлмаган мижозларда бош оғришининг учраши тезлиги бир хил. Айрим ҳолатларда, бош оғришининг сабабини, ҳомиладорлар ринити туфайли бурун битишини билан боғлашади. Бошқа бош оғриши сабабларига чарчаш, танг аҳвол, кўз зўриқиши ва мигренлар киради, гарчи, бош оғришида бу ҳолатларнинг бевосита таъсири охиригача исботланмаган. Бош оғриши бош айланиши, кўриш ўткирлигининг бузилиши, скатома (кўз олдининг хираланиши) билан бирга келганда тиббий ходимлар хушёр бўлишлари лозим, чунки бу ҳолатлар оғир преэклампсия ва эклампсия хавфи бўлиши мумкин.

Даволаш

Бўшашиш техникаси ва иссиқ компрессларни қўллаш, белги йўқотилишида ёрдам беради. Айрим ҳолатларда ацетоаминофен тавсия қилиниши мумкин.

Бош айланиши ва ҳушдан кетиш

Этиология

Бачадон. пастки кавак венани сиқиб қўйиши туфайли веноз қайтиш камаяди, натижада оёқларда шиши пайдо бўлади ва бу ҳолат одатда учинчи триместрда кузатилади. Шунингдек, веноз қайтишнинг камайиши бош айланиши, айрим ҳолатларда ҳушдан кетишнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Атроф муҳитдаги ҳаво ҳароратининг юқори бўлиши, ҳушдан кетиш имконини яратади, чунки компенсатор реакция сифатида периферик қон томирларнинг кенгайиши кузатилади. Ҳомиладорликнинг охириги даврларида аёллар чалқанча ётганида шу ҳолатга тушишлари мумкин. Чунки бачадон пастки ковак веналарни сиқиб қўйиб, гипотензив ҳолат ривожланишига сабаб бўлади.

Даволаш

Болдир учун жисмоний машқлар ўтказиш ва махсус қўллаб қувватловчи пайпоқдан (чулки) фойдаланиш, бош айланишининг олдини олишда ёрдам бериши мумкин. Аёл киши дам олганида, иложи борича чап ёнбошда ётиш тавсия қилинади, чунки бу ҳолат қон айланишининг яхшиланиши ва вазовагинал ҳуш йўқотилишидан кейин тикланиш имконини беради.

Веналарнинг варикоз кенгайиши ва шиш

Ҳомиладорлик даврида оёқларда ва вульва соҳасида шиш пайдо бўлиши одатий ҳолат ҳисобланади.

Ҳомиладор аёлларнинг 80%да, оёқларда шиш кузатилиши мумкин ва бу ҳолатга ҳомиладорлик гипертензияси ёки преэклампсия белиси сифатида қаралмаслиги лозим.

Веналарнинг варикоз кенгайиши белгиларига оғриқ, оғирлик ҳисси, тунги тортишишлар, жонсизланиш ва санчишлар киради.

Веналарнинг варикоз кенгайиши бор ҳомиладор аёлларга бу физиологик ҳолат эканлигини, аёл ва унинг ҳомиласининг соғлиғига зарар етказмаслигини тушунтириш керак. Белгиларни хавфсиз камайитириш усулига эластик пайпоқлардан фойдаланиш лозим, гарчи, бу тадбир, веналарда янги варикоз кенгайишларнинг олдини олмайди.

Этиология

Веноз қайтишнинг камайиши ва гидростатик босимнинг ортиши – ҳомиладорликнинг учинчи триместрида, аёллар оёғида шишлар пайдо бўлишининг асосий факторлари ҳисобланади. Шишларнинг ривожланиши оғриқ, оғирлик ҳисси, тортишишлар (айниқса кечки пайтда), парестезия билан бирга кечади. Мижозлар ҳам, тиббий ходимлар ҳам ҳомиладорликнинг учинчи триместрида учрайдиган, кескин ривожланадиган ва бир кеча давомида йўқолмайдиган шишларга, жиддий қарашлари лозим, чунки айнан шундай кўринишли шишлар ривожланаётган преэклампсиядан далолат бериши мумкин. Кичик чанокда ва оёқларда веноз босимнинг ортиши, оёқ ва вульвада юзаки веналарнинг варикоз кенгайишига олиб келади, бу эса ўз навбатида чарчаш ва оғриқли тунги тортишишлар ривожланишига имкон яратади. веналарнинг варикоз кенгайишида оғриқ ва маҳаллий ҳароратнинг

кўтарилиши кузатилганда, флебитни истисно қилиш учун, диагностика тадбирларини ўтказиш лозим.

Даволаш

Ҳомиладор аёллар узок вақт ўтиришлари ёки тик ҳолатда туришлари тавсия қилинмайди. Ҳомиладор аёллар ҳар куни оёқлар шишишини олдини олувчи машқларни бажаришлари лозим. Шишларнинг енгил тури, доимий дам олиш ва кроват оёқ учи кўтариб қўйилганда қийинчиликларсиз ўзи ўтиб кетади.

Қўллаб қувватловчи пайпоқлар фойдали деб тан олинган, шу билан бирга эластик бинтлаш ва махсус белбоғлардан фойдаланиш айрим ҳолатлар ёмонлашишига сабаб бўлиши мумкин. Ташқи пневматик компрессия, болдир шишларининг камайишига олиб келиши кўрсатилган. Оёқларни 50 дақиқа давомида сувга солиб ўтириш, шунақа вақт давомида горизонтал ҳолатда оёқларни кўтариб дам олишга қараганда, диурез ортишига ва гидростатик босим пасайишига олиб келади.

Рутозидлар, табиий ва ярим синтетик флавоноидлар капиллярлар эндотелийсига таъсир кўрсатиб, юқори ўтказувчанликни камайтиради, ҳомиладорликнинг охирги даврларида веноз етишмовчилик белгилари камайишига эҳтимол имкон яратиши мумкин. Бу дорилар Европада 20 аснинг 60 йилларидан буён, шишларни даволаш учун қўлланилади, бироқ, ҳомиладор аёлларга тавсия қилинганда унинг хавфсиз эканлиги, ҳали ҳам буткул аниқланмаган.

Қов симфизининг дисфункцияси

Қов симфизининг дисфункцияси, чанок соҳасида ноҳушлик ва оғриқ, ҳамда бу оғриқлар оралик, соннинг юқори қисмларига берилиши билан бирга кечади. Дисфункциянинг кўриниш даражасига кўра оғриқ билинар билинмас даражадан, ҳаракатни чекловчи кучли даражагача бўлиши мумкин. Кўпинча қов симфизининг дисфункцияси, ҳомиладорликнинг иккинчи учинчи триместрида кузатилади.

Мавжуд даволаш усулларига култиқ таёкдан, таянч чанок мосламаларидан фойдаланиш, оғриқсизлантирувчилар тавсия қилиш киради. Кўп аналгетикларнинг ҳомиладорлик даврида, қарши кўрсатмалари борлигини унутмаслик лозим.

Карпал туннел синдроми

Ҳомиладорлик даврида карпал туннел синдроми кўп учрайдиган ҳолат бўлиб, қўл соҳасида санчиш, куйишиш, сезишни йўқотиш ва шиш белгилари билан кечади. Бу ҳолат қўл бармоқларининг матор ва сенсор фаолиятининг йўқолишига олиб келиши мумкин. Адабиётлардаги маълумотларга кўра, ушбу синдром 21%дан 62%гача ҳомиладор аёлларда учраши мумкин экан.

Ушбу ҳолатни даволаш усулларига махсус шиналардан фойдаланиш, айрим ҳолатлар учун эса – глюкокортикоидлар ва аналгетик воситалар тавсия қилиш кўрсатилган.

Давоми кейинги номерда

Тестлар:

1. Перечислите основные симптомы, требующие немедленного обращения за врачебной помощью

- а) быстро распространяющиеся и внезапно возникшие отеки рук, лица, туловища
- б) головная боль, нарушение зрения/мелькание мушек перед глазами
- в) кровотечение из половых путей, возникшее на любом этапе беременности
- г) уменьшение или прекращение движений плода

2. Что должно вызвать интерес и внимание врача при консультации беременной

- а) нарушение зрения
- б) тошноту
- в) изжогу
- г) извращенный вкус

3. 15-летняя девушка обратилась к Вам с жалобами, что 3-й месяц нет менструаций. Она настаивает, что не беременна. Ее мама тоже уверяет Вас, что дочь не беременна. Что Вы предпримете в первую очередь

- а) тест на беременность в моче
- б) тесты на функцию щитовидной железы
- в) уровень пролактина в плазме
- г) провокационный прогестероновый тест

4. Женщина, иммунизированная против краснухи, должна быть консультирована по необходимости предохраняться от беременности

- а) 1 месяц
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев
- г) 1 год

5. Какое утверждение верно для острого пиелонефрита беременных

- а) это повышает риск преждевременных родов
- б) препаратом выбора лечения являются сульфаниламиды
- в) во время беременности не должна проводиться профилактика -----
- г) в большинстве случаев лечение проводится в амбулаторных условиях

6. Какие вопросы должен задать врач общей практики беременной женщине, во время сбора анамнеза?

- а) характер менструального цикла
- б) акушерский анамнез
- в) перенесенные заболевания
- г) семейный анамнез-----

7. В каких случаях по созданию здоровой семьи ВОЗ рекомендует женщинам «не рожай»

- а) если женщина больна
- б) если она моложе 18 лет
- в) рождает слишком часто ----- разбавить
- г) если уже имеет 3 детей

8. В проведении, каких лабораторных исследований нуждается беременная женщина при первом посещении акушера-гинеколога

- а) анализ мочи для выявления бактериурии, протеинурии

- б) анализ крови на наличие сифилиса
- в) анализ крови для определения группы крови по системе АВО и резус- фактора.
- г) определение гемоглобина (при наличии симптомов тяжелой анемии) -----

9. При употреблении, каких продуктов возникает риск внутриутробного инфицирования плода

- а) паштеты (включая паштеты из овощей)
- б) блюда из мяса, бобовые
- в) печень и продукты из печени
- г) продукты не прошедшие достаточную термическую обработку -----

10. Какие параметры должен определить врач у беременной женщины 32 недель?

- а) высоту стояния дна матки
- б) положение и предлежание плода
- в) состояние шейки матки в зеркалах
- г) сердцебиение плода

Жавоблар: 1 – а, б, в, г; 2 – а; 3 – а; 4 – б; 5 – а; 6 – а, б, в, г; 7 – а, б, в; 8 – а, б, в, г; 9 – а, в, г; 10 – а, б, г.

Тузувчилар руйхати: Собиров Д.М., Касимов Ш.З., Нурмухамедова Р.А., Садирова М.А., Бубен О.М., Юнусова А.В.

<p>Учредитель: Ассоциация Врачей Узбекистана Издание выходит с января 2011 г. Ежеквартально</p>	<p>Уважаемые читатели, вы можете оформить подписку на наш журнал.</p> <p>ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 917 - для индивидуальных подписчиков ▪ 918 - для подписки предприятий и учреждений 	<p>Подписано в печать – 02.06.2011 г. Отпечатано в типографии ООО «DM NASHR SERVIS» Формат 60 x 84 1/8. Объем 19 п/л Тираж экземпляров – 840 шт. Ташкент, ул. Усмана Носира 91</p>
--	---	--