

# Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномаси

**Бош муҳаррир:**  
**Касимов Ш.З.**

Таҳрир хайъати:

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](mailto:uzgp@infonet.uz)

[info@avuz.uz](mailto:info@avuz.uz)

ISSN 2181-4864

Тошкент  
2012 йил

## **МУНДАРИЖА**

1. Тестлар
2. Контрацепцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар
3. Кам дозали орал контрацептивлар
4. Прогестерон қатори контрацевтивлари



Хурматли ўқувчи!

Биз мамнуният билан Сизга Ўзбекистон умумий амалиёт врачлари ахборотномасининг репродуктив саломатлик масалаларига бағишланган навбатдаги сонини тавсия қилмоқдамиз.

Журналнинг ушбу сони контрацептив воситаларни рационал қўллаш масалаларига бағишлангандир.

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг

Аҳолишунослик жамғармасининг (UNFPA) асосий фаолият йўналишларидан бири - репродуктив ҳақ-ҳуқуқларни ҳурмат қилган ҳолда аҳолига сифатли контрацепция усуллари тавсия қилишдан иборатдир. UNFPA қарийиб 20 йилдан буён хавфсиз оналик ва туғруқларни кафолатлаш, тиббий ходимларнинг малакасини ошириш, ҳамда шошилинч акушерлик ёрдами кўрсатиш сифатини ошириш масалаларида Ўзбекистон Республикаси ҳукумати ҳаракатларини ҳар томонлама қўллаб-қувватламоқда. Бизнинг фаолиятимиздаги асосий йўналишлардан бири оилани репродуктив саломатлигини сақлаш ва яхшилаш масалалари бўйича мамлакатга ёрдам беришни ташкил қилади. Шу билан бирга, охириги йилларда Фонд Ўзбекистонга контрацептив воситаларни донор сифатида киритувчи асосий ташкилотлардан бири бўлиб қолмоқда. Биз ўз фаолиятимизда асосий эътиборни репродуктив ҳуқуқларни ҳимоя қилиш, чунончи, 1994 йилда Қоҳирада бўлиб ўтган ва 170 дан ортиқ давлат, шу жумладан Ўзбекистон ҳам имзолаган Аҳолишунослик ва Ривожланиш бўйича Халқаро конференциянинг ҳаракат дастуридаги “ҳар бир оила жуфти ва алоҳида шахсларни оилада қанча фарзанд бўлиши ва фарзанд кўриш орасидаги ораликни эркин ва маъсулият билан ҳал қилиш, бу масалада керакли ахборот ва билимларга эга бўлиш” масалаларига қаратмоқдамиз.

Ўйлаймизки, Ахборотноманинг ушбу нашри тиббиёт ходимларининг турли контрацептив воситаларни қўллашдаги замонавий билимларини ошириб, бу борада кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини яна бир поғонага оширади.

Хурмат-эҳтиром ва эзгу ниятлар ила,

Карл Кулесса

UNFPA нинг Ўзбекистондаги Вакили



**Эсингизда бўлсин:**

Журнални ҳамкасбларингиз билан ўқиб чиқиш ва бирлагишда муҳокама қилиш учун ҳамда бу саволлар журнал мазмун-моҳиятини ўқиб ва тушуниб олишда сизга кўмаклашиши учун мўлжалланган. “Ўрганиб чиқишдан ОЛДИН” ва “Ўрганиб чиқишдан КЕЙИН” бўлимларидаги жавоблар натижаларини солиштириб, Сизнинг билимингиз қай даражада яхшиланганини билиб оласиз. Тест саволларига тўғри жавоблар бирта ва ундан кўпроқ бўлиши мумкин

| №      | Ўрганиб чиқишдан ОЛДИН |   |   |   |   | Ўрганиб чиқишдан КЕЙИН |   |   |   |   |
|--------|------------------------|---|---|---|---|------------------------|---|---|---|---|
|        | а                      | б | в | Г | д | а                      | б | в | г | д |
| 1      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 2      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 3      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 4      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 5      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 6      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 7      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 8      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 9      |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| 10     |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |
| Натижа |                        |   |   |   |   |                        |   |   |   |   |

**Ҳамкасбларингиз ҳам тест саволларга жавоб бергилари келса ушбу варақ нусхаларини кўпайтириб олишлари мумкин**

**Тестлар.**

1. Контрацептивлар тизимини таснифи. Синф 1
  - а. Услубни ҳар қандай шароитда қабул қилса бўлаверади
  - б. Услубни одатда қўлласа бўлади
  - в. Контрацептивни қўллаш учун ҳеч қандай қарши кўрсатмалар йўқ бўлган ҳолатлар
  - г. Одатда услубни қўллаш тавсия этилмайди
  - д. Контрацепция воситасини қўллаш саломатлик учун жиддий хавф туғдириши мумкин бўлган ҳолатлар
  
2. Кам дозали орал контрацептивлар
  - а. Овуляцияга таъсир қилмайди
  - б. Цервикал канал шиллиғини қуюқлаштириб, бачадонга сперматозоидлар киришини қийинлаштиради.
  - в. Мавжуд ҳомилага таъсир кўрсатмайди.
  - г. Одатдагича қўлланганда самаралидир – бир йил давомида қўллаган 100-та аёлдан 10-15 тасида ҳомиладорлик кузатилган.
  - д. Таблеткалар қабул қилиш тўхтатилгандан сўнг, тез вақт ичида фертилик тикланади
  
3. Кам дозали орал контрацептивлар камчиликлари
  - а. Кўнгил айнаши (кўпинча биринчи уч ойликда)

- б. Биринчи уч ойликда ҳайз кўриш оралиғида қон суркалишлар ёки қон кетишлар кузатилиши мумкин
  - в. Таблеткаларни ичиш ёки уларни муддатидан кечиктириб ичиш
  - г. Кучли бўлмаган бош оғриқлар
  - д. Тана вазнининг бир оз ортиши
4. Кам дозали орал контрацептивлар
- а. Ёш улғайиши билан ва комбинацияланган гормонал контрацептивлар қабул қилиш туфайли юрак-қон томир касалликлари хавфи ортиб боради.
  - б. Кўкрак сути билан овқатлантириш даврида КОКни қўллаш, кўкрак сути миқдорини камайтирмайди
  - в. Негатив клиник ҳолатлар кузатилмаса, комбинацияланган гормонал контрацептивларни менапаузагача қўллаш мумкин
  - г. Туғруқдан сўнг 3 ҳафта мобайнида комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш мумкин
  - д. Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш, бачадон ташқарисидаги ҳомиладорликдан сақланиш имконини яратади
5. Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш тавсия этилмайди
- а. Анамнезда кичик тос органларидаги хирургик муолажалар
  - б. Артериал гипертензия
  - в. Қон-томир касалликлари
  - г. Аввал ва ҳозирги пайтда юрак ишемик касаллиги
  - д. Бачадон фибромиомаси
6. Тоза прогестинли орал контрацептивлар таъсирининг механизми
- а. Цервикал шилликни қуққлаштириб, сперматозоидларнинг бачадон ичига ўтишини қийинлаштиради.
  - б. Мавжуд ҳомиладорликка таъсир кўрсатадилар
  - в. Ҳайз циклининг тахминан ярмида овуляцияни сусайтиради.
  - г. Эмизиш даврида сутнинг сифати ва миқдорига таъсир кўрсатмайди.
  - д. Жинсий трактнинг пастки қисмларини ОИТВ ёки ЖЙБЮИ-лардан ҳимоя қила олади.
7. Тоза прогестинли орал контрацептивлар қуйидаги хавфлар ривожланишини камайтиради:
- а. Сут безларининг яхши сифатли ўсмаларини
  - б. Эндометрий ва тухумдонлар рақини
  - в. Кичик тос органларининг яллиғланиш касалликларини
  - г. Ҳуснбузарлар тошини ва тана вазнини камайтиради
  - д. Ҳайз кўриш ҳарактерининг ўзгариши, шу жумладан номунтазам ҳайз кўришлар, қон суртмалари ёки ҳайз кўришлар ўртасидаги қон оқишларни камайтиради
8. Тоза прогестинли орал контрацептивлар афзалликлари
- а. Эстроген қабул қилиш билан боғлиқ бўлган, инфаркт ёки инсульт каби асоратлар ривожланиш хавфини кўпайтирмайди
  - б. Тоза прогестинли орал контрацептивларни қўллаш усули, 21-кунлик ўрамдаги КОК-ни қўллаш усулидан осонроқдир
  - в. Бош оғриқлар ва сут безларидаги оғриқлар кузатилмайди.
  - г. Аёллар кунда бир таблеткадан, танаффуссиз қабул қиладилар, КОК-ни қўллаш усулидан осонроқдир.
  - д. Эмизиш даврида жуда ҳам самарали бўлиши мумкин.
9. Тоза прогестинли инъекцион контрацептивлар афзалликлари
- а. Жинсий трактнинг пастки қисмларини ОИТВ ёки ЖЙБЮИ-лардан ҳимоя қила олади.
  - б. Ҳайз кўриш ҳарактерининг ўзгаришини камайтиради
  - в. Ҳомиладорликдан узоқ муддат сақловчи восита. Битта инъекция ҳомиладорликдан камида 3 ой мобайнида сақланишга имкон беради.
  - г. Жинсий алоқага ҳалақит бермайди.
  - д. Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдонлар ва эндометрий раки, бачадон

фибромалари ривожланиш хавфини камайтиради.

10. Тоза прогестинли орал контрацептивлар камчиликлари
  - а. Одатдагича қўлланилганда КОК-га нисбатан самарадорлиги паст
  - б. Аёлларнинг маълум бир қисмида ҳайз кўришлар узоқроқ вақт давом этиши ёки кўпроқ қон кетиши мумкин.
  - в. Юқори самарадорликка эришиш учун тоза прогестинли орал контрацептивларни ҳар куни бир вақтда қабул қилиш лозим.
  - г. Тоза прогестинли орал контрацептивлар бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланишини олдини олмайди.
  - д. Бош оғриқлар ва сут безларидаги оғриқлар кузатилиши мумкин.



Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) томонидан 1994-95 йилларда бир қатор ишчи кенгашлар ташкил этилиб, кенг тарқалган контрацепция услублари ва ихтиёрий жарроҳлик стерилизация услуби (ИЖС) учун қўлланиладиган тиббий мезонлар қайта кўриб чиқилди. Ушбу кенгаш қатнашчилари тасниф тизимини қайта ишлаб чиқдилар ва ИЖС услубидан ташқари уни барча услублар учун қўлладилар.

Бу таснифга биноан, турли контрацепция услублари инсон саломатлиги учун фойда ёки зарар келтириши мумкин бўлган хусусияти нуқтаи назаридан баҳоланади. Бунда контрацепция воситаларини қўллаш давридаги турли ҳолатлар ҳам эътиборга олинади (“ҳолат” тушунчасига аёлнинг биологик хусусиятларини, яъни унинг репродуктив анамнези, ёши, маълум бўлган сурункали касалликлари киради).

Ҳар қандай маълум ҳолатни контрацепция услубининг самараси, кўрсатма ва қарши кўрсатмасига бўлган боғлиқлигига қараб қуйидаги тўрт хил тоифа қаторига қўша бўлади:

#### Тизим таснифи

| Синфи  | Тушунчаси  | Мисол (АОКлар учун)                  |
|--|--|--------------------------------------|
| <b>Синф 1:</b><br>Услубни ҳар қандай шароитда қабул қилса бўлаверади | Контрацептивни қўллаш учун ҳеч қандай қарши кўрсатмалар йўқ бўлган ҳолатлар  | Вена томирларининг варикоз кенгайиши |
| <b>Синф 2:</b><br>Услубни одатда қўлласа бўлади                      | Услубни қўллаш даврида учраши мумкин бўлган хавф ҳомиладорлик хавфидан паст бўлган ҳолатлар                              | АБ<160/100                           |
| <b>Синф 3:</b><br>Одатда услубни қўллаш тавсия этилмайди             | Назарий жиҳатдан асосланган услубни ишлатиш вақтида рўй бериши мумкин бўлган хавф услуб фойдасидан юқори бўлган ҳолатлар | АБ>160/100                           |
| <b>Синф 4:</b><br>Услубни қўллаш мумкин эмас                         | Контрацепция воситасини қўллаш саломатлик учун жиддий хавф туғдириши мумкин бўлган ҳолатлар                              | Ҳомиладорлик                         |

## **КАМ ДОЗАЛИ ОРАЛ КОНТРАЦЕПТИВЛАР**

Комбинацияланган (аралаш таркибли) орал контрацептивлар (КОК) таркибига аёл организмида ишлаб чиқариладиган табиий гормонларга яқин булган икки хил гормон киради. Бу эстроген ва прогестиндир. Замонавий орал контрацептивлар таркибида гормонлар жуда ҳам кам бўлади.

### **Таъсир механизми**

- Овуляцияни секинлаштиради
- Цервикал канал шиллигини қуюқлаштириб, бачадонга сперматозоидлар киришини қийинлаштиради. Мавжуд ҳомилага таъсир кўрсатмайди.

### **Самарадорлиги:**

Одатдагича қўлланганда самаралидир – бир йил давомида қўллаган 100 та аёлдан 6-8 тасида ҳомиладорлик кузатилган.

### **Афзалликлари:**

тўғри қўлланилганда жуда ҳам самарали;

- таблеткалар қабул қилиш тўхтатилгандан сўнг, тез вақт ичида фертилик тикланади;
- темир танқислиги анемиясининг олдини олиш ёки унинг кечишини енгиллаштириши мумкин;
- қуйидаги ҳолатларнинг ривожланиши хавфи камаяди:
  - бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик;
  - тухумдонлар кистаси;
  - тухумдонлар раки;
  - эндометрий раки;
  - яллиғланиш касалликлари.

### **Камчиликлари:**

- Энг кўп тарқалган ножух таъсирлари (лекин касаллик симптомлари эмас);
  - кўнгил айланиши (кўпинча биринчи уч ойликда);
  - биринчи уч ойликда ҳайз кўриш оралиғида қон суркалишлар ёки қон кетишлар кузатилиши мумкин;
- таблеткаларни ичиш ёки уларни муддатидан кечиктириб ичиш; кучли бўлмаган бош оғриқлар;
  - тана вазнининг бир оз ортиши (баъзи аёллар буни афзаллик деб ҳисоблайдилар);
  - амеорея (баъзи аёллар бу ҳолатни афзаллик деб ҳисоблайдилар).

| <b>Шахсий характеристикалар ва репродуктив анамнез</b> |   |                      |  |
|--|---|----------------------|--|
|  | Ҳомиладорлик  | Мумкин<br>эмас (М/Э) | Тушунтириш: КОКни қўллаш талаб этилмайди.<br>Адабиётларда ушбу даврда КОКни тасодифий қабул қилинганда аёл ва ҳомила соғлигига, ёки ҳомиладорликнинг кечишига зарарли таъсири ҳақида маълумотлар йўқ |
|  | <b>ЁШИ</b>  |                      |  |
| а)   | Ҳайз кўришдан бошлаб 40 ёшгача  | 1                    |  |
| б)   | > 40 ёшдан  | 2                    |  |
|  | <b>Туғруқлар</b>  |                      |  |
| а)   | Туғмаганлар   | 1                    |  |
| б)   | Тукқанлар   | 1                    |  |
|  | <b>Эмизувчилар</b>  |                      |  |
| а)   | Туғруқдан сўнг биринчи 6 ҳафта  | 4                    |  |
| б)   | Туғруқдан сўнг 6 ҳафтадан 6 ойгача (гўдак фақат кўкрак сути билан боқиладиган бўлса). | 3                    |  |
|  | <b>Туғруқдан сўнг<br/>(Эмизмайдиган аёлларда)</b>                                     |                      |  |
| а)   | <21 кундан  | 3                    |  |
| б)   | > 21 кундан   | 1                    |  |
|  | <b>Абортдан сўнг</b>  |                      |  |
| а)   | Биринчи триместр  | 1                    | Тушунтириш: Кам дозали орал контрацептивларни шу заҳоти қабул қила бошлаш мумкин.  |
| б)   | Иккинчи триместр  | 1                    |  |
| с)   | Септик абортдан сўнг, шу заҳоти   | 1                    |  |
|  | <b>БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ<br/>ҲОМИЛАДОРЛИҚДАН СЎНГ</b>                                    | 1                    |  |
|  | <b>АНАМНЕЗДА КИЧИК ТОС<br/>ОРГАНЛАРИДА ХИРУРГИК</b>                                   | 1                    |  |



|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
|  | МУОЛАЖАЛАР БЎЛГАН   |  |   |
|  | ЧЕКИШ   |  | Исботловчи фактлар: КОК қўлланилишида чекиш юрак-қон томир касалликлари, айниқса миокард инфарктининг ривожланиш хавфини кучайтирувчи фактлар қаторига киради. Текширишлар натижасига кўра, миокард инфарктининг ривожланиш хавфи бир кунда чекилган сигаретлар сонининг кўпайиши билан боғлиқ ҳолда ортиб боради.  |
| а)   | ёши < 35 дан  | 2  |   |
|  | ёши > 35 дан  |  |   |
|  | Кунда 15 та сигаретдан кам                                    | 3  |   |
|  | Кунда 15 та сигаретдан кўп                                    | 4  |   |
|  | СЕМИЗЛИК<br>Тана вазни индекси (ТВИ)> 30<br>кг/м <sup>2</sup> | 2  | Исботловчи фактлар: Текширишлар натижасига кўра, хомиладорликдан сақловчи восита сифатида КОКни қўлловчи ортиқча тана вазни бўлган аёллар КОК-дан фойдаланмайдиган аёлларга нисбатан тромбоземболик синдромга хавфига чалиниш эҳтимоли юқорирокдир. Тромбоземболик синдромнинг абсолют хавфи камлигича қолган ҳолатга бўлади.   |
|  | АРТЕРИАЛ БОСИМНИ<br>АНИҚЛАШГА ИМКОНИАТ<br>ЙЎҚЛИГИ             | М/Э  | Тушунтириш: КОКни қўллашдан олдин, артериал босимни динамикада аниқлаш мақсадга мувофиқ. Аммо маълум бир вазиятларда артериал босимни аниқлаш учун имконият йўқ. Хомиладорларда касалланиш ва ўлим хавфи юқори бўлган шароитларда қўллаш мумкин бўлган контрацепция усулларида бири КОК-дир. Бундай вазиятларда, артериал босимни аниқлай олмаслик, аёлга КОК усулини тавсия этмасликка сабаб бўла олмайди. |
| Шунингдек жадвал сўнгидаги изоҳларга қаралсин.                               |   |  |   |
| Ҳолат  | Категория<br>И- инициация<br>Д-Давоми                         | Тушунтиришлар / исботловчи фактлар   |   |
| <b>ЮРАК - ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ</b>                                     |   |  |   |
| Юрак -қон томир касалликлари ривожланиш хавфининг омиллари (катта ёш, чекиш, | 3/4   | Тушунтириш: Аёлда юрак-қон томир касалликлари ривожланиш эҳтимолини кескин оширувчи хавф омилларининг бир нечтаси кузатилса, |   |

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
|    | диабет ва гипертония)  |   | КОКни қўллаш хавфини юқори даражагача ошириб юборади. Аммо юқори хавфнинг алоҳида омилларини бир-бирига оддий қўшиш нотўғридир: масалан, 2 чи категорияга таълуқли 2 та хавф комбинацияси бўлган миждани автоматик тарзда хавф ривожланиш хавфи гуруҳидан юқори хавф гуруҳига ўтказиб қўйиш керак деган маънони англамайди.  |
|    | <b>ГИПЕРТЕНЗИЯ</b>   |   |  |
|    | Гипертензиянинг барча категориялари классификацияси асосида юрак-қон томир касалликлари ривожланиш хавфининг бошқа омиллари йўқ, деган фараз ётади. Мобайдо бир нечта хавф омиллари мавжуд бўлса, юрак-қон томир касалликларининг юзага келиш эҳтимоли кескин ошиб кетади. Артериал босимни бир маротаба ўлчаш аёлни гипертониклар категориясига киритиш учун етарли эмас. |   |  |
| а) | Анамнезида гипертензия бўлиб, лекин артериал босимни ўлчашни ИЛОЖИ ЙЎҚ / шу жумладан ҳомиладорлик пайтидаги гипертензия  | 3 | Тушунтириш: гипертензия даражасини ўлчаш ва этиологиясини аниқлаш иложи борича эрта бошланиши лозим. Исботловчи омиллар: Артериал босимни олдиндан ўлчамасдан КОК-дан фойдалана бошлаган аёлларда ўткир миокард инфаркти ва инсульт ривожланишининг юқори хавфи эҳтимоли бор   |
| б) | Артериал босимни ўлчашнинг ИЛОЖИ бўлган, назорат остидаги гипертензия  | 3 | Тушунтириш: артериал гипертензияни адекват равишда даволаш, у ўтказилмаган ҳоллардагига нисбатан камроқ ўткир миокард инфаркти ва инсульт ривожланишига олиб келади. Исботлар йўқлигига қарамай, КОКни қўлловчи, мунтазам равишда шифокор кўриги остида бўлиб, даволаниб юрувчи аёлларда, КОК усулини қўллайдиган, лекин даволанмайдиган аёлларга нисбатан ўткир миокард инфаркти ва инсульт ривожланиш хавфи камроқ деган тахминлар мавжуддир |
| с) | Юқори артериал босим (тўғри ўлчанган). (i) систолик 140-59 ёки диастолик 90-99 мм.сум.ус.  | 3 | Исботловчи омиллар: тадқиқотларнинг кўрсатишича, КОКни қўлловчи, артериал гипертензияли аёллар ушбу контрацептив усулидан фойдаланмайдиган аёлларга нисбатан кўпроқ ўткир миокард инфаркти,  |

|     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
|     | (ii) систолик > 160 ёки диастолик <100   | 4 | инсулт, периферик томирлар касалликлари ривожланиш хавфига дучор бўладилар.   |
| d)  | Қон - томир касалликлари   | 4 |   |
|     | ҲОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДАГИ<br>ЮҚОРИ АРТЕРИАЛ БОСИМ<br>(артериал босим ўлчанган пайтида нормада бўлса)  | 2 | Исботловчи омиллар: тадқиқотларнинг кўрсатишича КОКни қўлловчи, анамнезида ҳомиладорлик пайтида артериал босим юқори бўлган аёллар, КОК усулидан фойдаланувчи, лекин ҳомиладорлик пайтида артериал босими нормал бўлган аёлларга нисбатан кўпроқ инфаркт миокарди ва веноз тромбофлебитлар ривожланиши хавфига дучор бўладилар. Ушбу гуруҳда ўткир миокард инфаркти ва веноз тромбофлебит ривожланиш хавфи абсолют кўрсаткичларда паст даражада сақланиб қолди. |
|     | ЧУҚУР ВЕНАЛАР ТРОМБОЗИ<br>(ЧВТ)/ЎПКА ЭМБОЛИЯСИ (ЎЭ)  |   |   |
| a)  | Анамнезида ЧВТ / ЎЭ  | 4 |   |
| б)  | Ҳозирги пайтда ЧВТ/ЎЭ  | 4 |   |
| с)  | Оилавий анамнезида ЧВТ/ЎЭ (яқин қариндошларида)  | 2 |   |
| d)  | Радикал хирургия   |   |   |
| o)  | Узоқ муддатли иммобилизация билан  | 4 |   |
| ii) | Қисқа муддатли иммобилизация билан   | 2 |   |
| e)  | Иммобилизациясиз "кичик" хирургия  | 1 |   |
|     | АНИҚЛАНГАН ТРОМБОГЕН<br>МУТАЦИЯЛАР (масалан,<br>Лейденинг I-чи фактори;<br>протромбин мутацияси; S, C<br>протеинларнинг, антитромбиннинг<br>етишмаслиги) | 4 | Тушунтириш: Бундай ҳолатларнинг камдан-кам кузатилиши ва муолажанинг қимматга тушиши туфайли мунтазам скрининг мақсадга мувофиқ эмас.<br>Исботловчи омиллар: КОК-дан фойдаланувчи тромбоген мутацияли аёллар гуруҳида тромбозларнинг юзага келиш хавфи, ушбу ҳомиладан  |

|    |  |     |  |
|----|--|-----|--|
|    |  |     | сақловчи воситани қўлламайдиган аёлларга нисбатан 2-20 баробар юқори эди.  |
|    | Юзаки веналар тромбози   |     |  |
| а) | Веналар варикози   | 1   |  |
| б) | Юзаки тромбофлебит   | 2   |  |
|    | Ҳозирги пайтда юрак ишемик касаллиги   | 4   |  |
|    | ва аввалроқ инсульт (анамнезида инсульт)   |     |  |
|    | ГИПЕРЛИПИДЕМИЯНИНГ АНИҚЛАНИШИ  | 2/3 | Тушунтириш: Бундай ҳолатларнинг кам кузатилиши ва муолажанинг қимматга тушиши туфайли мунтазам скрининг мақсадга мувофиқ эмас. Гиперлипидемиянинг баъзи турлари қон-томир касалликларини ривожлантирувчи хавфли омиллар гуруҳига таълуқли бўлганлиги учун, ушбу категория гиперлипидемиянинг конкрет тури, касалликнинг оғирлиги ва бошқа хавф омиллари асосида баҳоланиши лозим |
|    | ЮРАК КЛАПАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ.  |     |  |
| а) | асоратсиз  | 2   |  |
| б) | Асоратлар билан (ўпка гипертензияси, бўлмачалар фибрилляцияси хавфи, анамнезида ўткир ости бактериал эндокардит) | 4   |  |
|    | <b>НЕВРОЛОГИК ҲОЛАТЛАР</b>   |     |  |
|    | БОШ ОҒРИҚЛАР   | И   | Д  |

|    |  |             |  |
|----|--|-------------|--|
| а) | Мигрень туфайли эмас<br>(ўртача ёки кучли)   |             | Тушунтириш: тасниф мигрень билан боғлиқ бўлган ёки бўлмаган кучли бош оғриқларнинг аниқ ташҳисига боғлиқдир. Янгитдан бошланган барча бош оғриқларнинг ёки аввалдан мавжуд бўлган бош оғриқлар характеридаги ўзгаришларнинг сабабини аниқлаш лозим. Ушбу тасниф инсульт ривожланиши учун бошқа бирорта хавfli омиллар кузатилмаган аёллар учун мўлжаллангандир. Инсульт ривожланиш хавфи ёш утган сайин, чекувчиларда ёки гипертензия бўлса, кўпайиб кетади. |
| б) | Мигрень, неврологик симптомлар ўчоғисиз.<br>Ёши <35<br>Ёши > 35<br>(ii) Ўчоқли неврологик симптомлар билан, барча ёшда | 2<br>3<br>4 | Исботловчи омиллар: Мигрендан азият чекувчи аёллар гуруҳида ёндош ауранинг бўлиши, аура кузатилган ҳолатларга нисбатан, инсульт ривожланиш хавфи юқорилигини кўрсатувчи белгидир. Шунингдек, текширишлар натижасига кўра, контрацептив сифатида КОКни кўлловчи аёлларда, контрацептивнинг ушбу усулидан фойдаланаётган аёлларга нисбатан, инсульт ривожланиш хавфи 2-4 марта юқори эканлиги аниқланди.   |
|    | ЭПИЛЕПСИЯ  | 1           | Тушунтириш: Мобадо аёл тутқанокқа қарши препаратлар қабул қилаётган бўлса, КОКни доривор воситаларнинг ўзаро таъсири бобидаги тавсияларни инобатга олиб тайинлаш лозим. Баъзи бир тутқанокқа қарши препаратлар КОК-нинг ҳомиладорликдан сақлаш эффектини сусайтириш хусусиятига эгадирлар.   |

|  |   |   |
|--|---|---|
| ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР   | 1   | <p>Тушунтириш: тасниф депрессив бузилишларнинг баъзи турлари кузатилган аёлларга таалукли фактларга асосланади. Маниакал - депрессив психоз ёки туғруқдан сўнгги депрессияларга таалукли маълумотлар йўқ. Маълум бир антидепрессив препаратлар ва гормонли контрацептивалар ўртасидаги ўзаро таъсирлар мустасно этилмайди.</p> <p>Исботловчи фактлар: Депрессив бузилишлари бошланган, КОК усулини қўлловчи аёлларни назорат гуруҳи ёки депрессив бузилишлари бўлган, лекин ҳомиладорликдан сакловчи восита сифатида КОК-дан фойдаланмайдиган аёллар билан солиштириб кўрилганда депрессия симптомларининг зўраймаганлиги аниқланди</p> |
| ҲОЛАТ  | <p>Категория</p> <p>И-Инициация</p> <p>Д-Давоми</p> | Тушунтиришлар / Исботловчи фактлар.   |
| <b>ЖИНСИЙ ТРАКТ ИНФЕКЦИЯЛАРИ ВА ФУНКЦИЯСИНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ</b>  |   |   |
| <p>Қиндан қон оқишларнинг характери</p> <p>а) номунтазам, кўп қон йўқотишларсиз</p> <p>б) Узоқ давом этувчи, кўп қон оқишлар (шу жумладан мунтазам равишда).</p> | <p>1</p> <p>1</p>                                   | <p>Тушунтириш: Жуда ҳам кўп қон йўқотишлар жиддий ёндош патология борлигига шубҳа туғдириши лозим.</p>  |
| Қиндан сабаби номаълум қон оқишлар (жиддий касаллик борлигига шубҳа бор)   | 2   | <p>Тушунтириш: Мобато ҳомиладорлик ёки ёндош патология (кичик тос органларидан ёмон сифатли процесс), шубҳа қилинаётган бўлса, аёлни тўлиқ текширувдан ўтказиш, категория эса шундан сўнг белгиланиши лозим.</p>  |
| ЭНДОМЕТРИОЗ  | 1   |   |
| Тухумдонларнинг яхши сифатли ўсмалари (шу жумладан кисталар)   | 1   |   |

|  |  |                                       |  |
|--|--|---------------------------------------|--|
|  | КУЧЛИ ДИСМНОРЕЯ  | 1                                     | Исботловчи фактлар: текширишлар дисменорея пайтида КОК қўлланилганда, КОК усулидан фойдаланилмаган ҳолатларга нисбатан ножуя натижалар юзага келишининг юқори хавфи билан боғлиқ эмаслигини кўрсатади.   |
|  | ТРОФОБЛАСТ<br>КАСАЛЛИКЛАРИ.<br>а) трофобластнинг яхши сифатли гестацион касалликлари   | 1                                     | Исботловчи фактлар: Трофобласт касаллиги бўлган аёллар гуруҳида гемоглобин нормаллашувининг ўртача вақти ва қўпинча трофобластнинг постмоляр касаликлари аёлнинг ҳомиладорликдан сақловчи восита сифатида КОКни қўлланганлигига боғлиқ эмаслиги аниқланди.   |
|  | ЦЕРВИКАЛ ЭКТРОПИОН   | 1                                     |  |
|  | Цервикал интраэпителиал неоплазия (ЦИН)  | 2                                     | Исботловчи фактлар: Сурункали ОИТВ - инфекцияси фониди КОКни узок вақт (5 йилдан кўпроқ) қўллаш преинвазив (интраэпителиал) рак ва инвазив карцинома ривожланиш хавфини кучайтириши мумкин   |
|  | Бачадон буйни раки (даволашдан олдин)  | 2                                     |  |
|  | СУТ БЕЗЛАРИНИНГ<br>КАСАЛЛИГИ<br>а) ташҳис қўйилмаган ўсма<br>б) Сут безининг яхши сифатли касаллиги<br>в) Оилавий анамнезда рак касаллиги борлиги<br>д) Сут безлари раки ҳозирги пайтда<br>и) ўтмишда ва охириги 5 йил ичида рецидивларсиз | 2<br><br>1<br><br>1<br><br>4<br><br>3 | Тушунтириш: Касалликка ташҳис қўйиш иложи борича вақтлироқ ўтказилиши лозим. Исботловчи фактлар: Оилавий анамнезида сут безлари раки аниқланган аёллар томонидан КОКни қўллаш, худди шундай анамнезли, лекин КОК-дан фойдаланмайдиган аёллар билан солиштирилганда, сут безлари раки хавфининг кўпайишига олиб келмаслиги аниқланди. «BRCA1 типиди мутациялар бўлса, КОКни қўллаш сут безлари раки касаллиги хавфини бир оз кўпайтириши мумкин». |

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| ЭНДОМЕТРИЙ РАКИ   | 1                        |   |
| ТУХУМДОНЛАР РАКИ  | 1                        |   |
| БАЧАДОН ФИБРОМАЛАРИ<br>а) бачадон ичида ўзгаришларсиз<br>б) бачадон ичидаги ўзгаришлар билан  | 1<br><br>1               |   |
| КИЧИК ТОС ОРГАНЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ (КТО ЯК)  |                          |   |
| а) КТО ЯК анамнезда (ҳозирги вақтда ЖЙБЮИ-ларнинг хавфли омиллари аниқланмаган деб тахмин этилади)<br>(i) кейинчалик ҳомиладор бўлиш билан<br>(ii) кейинчалик ҳомиладорсизлик<br>б) Кичик чаноқ органлари касалликларнинг мавжудлиги      | 1<br><br>1<br><br>1      |   |
| ЖЙБЮИ<br>а) ҳозирги вақтда йирингли цервицит, хламидиоз ёки гонорея (сўзак)<br>б) Бошқа ЖЙБЮИ (ОИТВ ва гепатитдан ташқари)<br>с) Вагинит (шу жумладан вагинал трихомоноз ва бактериал вагиноз).<br>д) ЖЙБЮИ-ларни юқтиришнинг юқори хавфи | 1<br>1<br><br>1<br><br>1 | Исботловчи фактлар: Маълумотларга кўра, ЖЙБЮИ-ларни юқтириш хавфи юқори бўлган, КОК-усулини қўлловчиларда хламидияли цервицит ривожланиш хавфига ҳам юқори даражада бўлади. Бошқа ЖЙБЮИ-лар масаласига келсак, КОК - усулидан фойдаланиш ва ЖЙБЮИ-ларни юқтириш эҳтимоли ўртасида боғлиқлик йўқлигини тасдиқловчи омиллар мавжуд бўлиб, бошқа ҳолларда эса биронта ишончли хулосага келиш учун маълумотлар етарли эмас. |
| ОИТВ/ОИТС   |                          |   |
| ОИТВ билан инфекцияланишнинг юқори хавфи  | 1                        | Исботловчи фактлар: Бор маълумотларга асосланиб КОКни қўллайдиган аёлларда, ушбу усулдан фойдаланмайдиган аёлларга нисбатан ОИТВ-инфекциясини юқтириш хавфи юқорими деган саволга жавоб бериш мумкин эмас.  |



|                          |   |        |   |
|--------------------------|---|--------|---|
|                          | ОИТВ-позитив  | 1      | Исботловчи фактлар: Бор маълумотлар (ҳозирча ҳажми чегараланган бўлса ҳам), КОКни қўллаш ва ОИТВ-инфекциясини ташувчилар қонидаги RNA ёки СД4 миқдорининг ўзгариши ўртасида боғлиқлик йўқ деб тахмин қилишга имкон беради. Шунингдек, КОКни қўллаш ва аёлдан эркакка ОИТВ-инфекциясининг юкиши ўртасида ҳеч қандай корреляция йўқлиги ҳақида гувоҳликлар бор. Гормонал контрацепциядан фойдаланувчи ОИТВ-инфекциясини ташувчиларнинг ОИТВ ва оддий герпес вируси (ОГВ) тарқатишда хавfli манба эканликлари ҳақида қарама - қарши маълумотлар бор. |
|                          | ОИТВ  | 1      | Тушунтириш: Мобадо, аёл антиретровирус (АРВ) терапия курсини олаётган бўлса, дориларнинг ўзаро таъсири бўлимига қаранг. Гормонал контрацептивлар ва АРВ препаратлари ўртасида ўзаро таъсир бўлиши мумкинлиги туфайли, АРВ-терапия олаётган ОИТС-ли беморлар 2-категорияга қарашли деб таснифланадилар.  |
| <b>Бошқа инфекциялар</b> |   |        |   |
|                          | Шистосомоз<br>а) асоратсиз<br>б) жигар фибрози (кучли даражада бўлса, цирроз) | 1<br>1 | Исботловчи фактлар: Асоратсиз шистосомоз фонида КОКни қўллаш жигар функциясига ҳеч қандай ёмои таъсир кўрсатмайди.  |
| <b>ТУБЕРКУЛЁЗ</b>        |   |        |   |
|                          | а) тос соҳасида эмас<br>б) тос соҳасида аниқланган                            | 1<br>1 | Тушунтириш: Мобадо аёл даволанаётган бўлса дориларни ўзаро таъсири бўлимига қаранг.<br>Рифампицин кўпчилик ҳолларда КОК самарадорлигини камайтиради.  |

|  |   |                           |   |
|--|---|---------------------------|---|
|  | БЕЗГАК  | 1                         |   |
|  | <b>Эндокрин касалликлар</b>   |                           |   |
|  | <b>ДИАБЕТ</b>   |                           |   |
|  | а) ҳомиладорлик пайтида<br>б) томирлар шикастланишисиз<br>(i) инсулинга муҳтож эмас<br>(ii) инсулинга муҳтож<br>с) Нефропатия /Ретинопатия<br>/нейропатия<br>д) Бошқа томир асоратлари ёки 20<br>йилдан кўпроқ давом этаётган диабет; | 1<br>2<br>2<br>3/4<br>3/4 | Тушунтириш: Категория ҳолатнинг<br>оғирлик даражасини инобатга олиб<br>белгиланиши лозим. |
|  | Қалқонсимон беги функциясининг<br>бузилиши.<br>а) оддий бўқоқ<br>б) гипертиреоз<br>с) гипотиреоз  | 1<br>1<br>1               |   |
|  | <b>Меъда-ичак касалликлари</b>  |                           |   |
|  | <b>ЎТ ҚОПИ КАСАЛЛИКЛАРИ</b>   | 2                         |   |
|  | а) клиник симптомлар билан<br>(I) холециститэктомиядан сўнг<br>(II) медикаментоз даволашдан сўнг<br>(III) ҳозирги пайтда<br>б) симптомсиз   | 3<br>3<br>2               |   |
|  | <b>АНАМНЕЗИДА ХОЛЕСТАЗ</b>  | 2                         |   |
|  | а) ҳомиладорлик билан боғлиқ<br>б) КОК қўллаш билан боғлиқ  | 3                         |   |
|  | <b>ЦИРРОЗ</b>   | 3                         |   |
|  | а) енгил (компенсацияланган)<br>б) оғир (декомпенсацияланган)   | 4                         |   |
|  |   |                           |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>ЖИГАР ЎСМАЛАРИ</b><br>а) яхши сифатли (аденома)<br>б) ёмон сифатли (гепатома) |   |  |
| АНЕМИЯ   |   |  |
| ТАЛАССЕМИЯ   | 1 |  |
| ЎРОҚСИМОН-ХУЖАЙРАЛИ<br>АНЕМИЯ  | 2 |  |
| ТЕМИР ДЕФИЦИТЛИ АНЕМИЯ   | 1 |  |

### ДОРИЛАРНИНГ ЎЗАРО ТАЪСИРЛАРИ

|   |        |  |
|---|--------|--|
| ЖИГАР ФЕРМЕНТЛАРИГА<br>ТАЪСИР КЎРСАТУВЧИ<br>препаратлар.<br>а) Рифампицин<br>б) Баъзи бир тутқанокқа қарши<br>воситалар (фенитоин,<br>карбамазетин, барбитуратлар,<br>примидон, топирамин,<br>оскарбазелин) | 3<br>3 | а) Тушунтириш: Рифампицин ва баъзи бир тутқанокқа қарши воситаларнинг КОК билан ўзаро таъсири аёллар саломатлиги учун зиён келтирмаса ҳам, бундай таъсир КОК-нинг самарадорлигини камайтириши мумкин. Санаб ўтилган препаратлардан биронтасини узок вақт қабул қилаётган аёлларга контрацептивларнинг бошқа турларидан фойдаланишни тавсия этиш лозим. Ҳозирги пайтгача КОК дозаларини кўпайтиришнинг мақсадга мувофиқлиги ҳақидаги масала очик қолмоқда. Исботловчи фактлар: Рифампицин ва баъзи бир тутқанокқа қарши воситаларни қўллаш КОК-нинг ҳомиладорликдан сақлаш самарадорлигини сусайтиради. |
| АНТИБИОТИКЛАР<br>Рифампициндан ташқари<br>а) Гризеофульвин<br>б) Бошқа антибиотиклар  | 2<br>1 | Исботловчи омиллар: Кўпчилик кенг спектрда таъсир қилувчи антибиотиклар КОК билан биргаликда қўлланилганда, унинг ҳомиладорликдан сақловчи самарасига таъсир кўрсатмаган.  |
| АНТИРЕТРОВИРУС ТЕРАПИЯ<br>(АРВ)   | 2      | Тушунтириш: Антиретровирус препаратлари (АРВ) гормонал контрацептивлар таркибидаги стероид гормонларнинг биологик ўзлаштирилишини камайтиришга ҳам, кўпайтиришга ҳам қодирдирлар. Баъзи бир маълумотларга кўра, (1-чи иловада келтирилган) кўпчилик АРВ-препаратлари (хусусан нонуклиозид ревертаз ингибиторлар (ННРИ)), протеаз ингибиторлар (ПИ) ва гормонал контрацептивлар ўртасидаги ўзаро таъсир гормонлар контрацептивларнинг, АРВ-препаратларнинг хавфсизлиги ва самарадорлигига таъсир кўрсатади. Қондаги гормонлар миқдорини юқори   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <p>даражасини таъминлаб турувчи коопрестив инъекцион контрацептивларнинг (узок муддат таъсир этувчи медроксипрогестерон ацетат ва норэстетерон элантат), бошқа, фақат прогестинли гормонал контрацептивлар, шунингдек комбинацияланган орал контрацептивларга қараганда таъсирининг қанчалик сусайиши номаълумдир. Ҳозирги пайтда узок вақт таъсир кўрсатувчи медроксипрогестерон ацетат ва ПИ ва ННРИ препаратлари ўртасидаги ўзаро таъсирни баҳолаш бўйича текширишлар олиб борилмоқда. АРВ-терапия курсини олаётган аёл гормонал контрацептивлар қабул қилишни бошлаш, ёки давом эттириш ҳақида қарор қабул қилса, ОИТВ вируси юкишини олдини олиш мақсадида, ҳамда гормонал контрацептивлар самарадорлигини сусайиш эҳтимолини ҳам компенсациялаш учун презервативлардан мунтазам фойдаланишни тавсия этиш лозим.</p> |
|--|--|---|

## **ҚЎШИМЧА ИЗОҲЛАР!**

### **ЁШИ**

Ҳайз кўра бошлаганидан 40 ёшгача: Ўсмирлар томонидан комбинацияланган гормонал контрацептивларнинг қўлланилиши хусусидаги назарий хавфсирашлар асосиз эканлиги маълум бўлди.

40 ёшдан катта: Ёш улғайиши билан ва комбинацияланган гормонал контрацептивлар қабул қилиш туфайли юрак-кон томир касалликлари хавфи ортиб боради. Бошқа негатив клиник ҳолатлар кузатилмаса, комбинацияланган гормонал контрацептивларни менапаузагача қўллаш мумкин.

### **КЎКРАК СУТИ БИЛАН ОВҚАТЛАНТИРИШ**

**Туғруқдан сўнг 6 ҳафтагача:** туғруқдан сўнг 6 ҳафта мобайнида стероид гормонлар қўлланилганда уларнинг чақалоққа таъсир кўрсатиши назарий жиҳатдан истисно этилмайди.

**Туғруқдан сўнг 6 ҳафтадан 6 ойгача** (асосан кўкрак сути билан овқатлантирилганда): кўкрак сути билан овқатлантириш даврида КОКни қўллаш, кўкрак сути миқдорини камайтириб, лактация давомийлигини қисқартиради ва шу туфайли гўдакнинг ўсиши ва ривожланишига салбий таъсир кўрсатади.

## **ТУҒРУҚДАН СЎНГ**

**Туғруқдан кейинги давр 21 кундан кам:** Туғруқдан сўнг 3 ҳафта мобайнида комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш ва онадаги тромбозлар хавфи ўртасидаги боғлиқлик назарий жиҳатдан истисно этилмайди. Одатда, қоннинг ивиши ва фибринолиз туғруқдан сўнг 3 ҳафта мобайнида нормаллашади.

## **БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИ ҲОМИЛАДОРЛИҚДАН СЎНГ**

Анамнезида бачадондан ташқари ҳомиладорлик кузатилган аёлда келажакда ҳам бачадондан ташқари ҳомиладорлик хавфи юқори бўлади. Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш, ҳомиладорликдан, шу жумладан бачадондан ташқари ҳомиладорликдан ҳам сақланиш имконини яратади.

## **АНАМНЕЗИДА КИЧИК ЧАНОҚ ОРГАНЛАРИДАГИ ХИРУРГИК МУОЛАЖАЛАР**

Анамнезда кичик тос органларидаги хирургик муолажалар, КОК-ни қўллашга ҳеч қандай таъсир кўрсатмайди.

## **ГИПЕРТЕНЗИЯ**

**Қон-томир касалликлари.** Ёндош қон-томир касалликлари бўлган аёллар комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш билан боғлиқ бўлган артериал тромбозлар хавфидан эҳтиёт бўлишлари зарур.

## **ЧУҚУР ВЕНАЛАР ТРОМБОЗИ (ЧВТ) / ЎПКА ЭМБОЛИЯСИ (УЭ)**

**Оилавий анамнезда ЧВТ /ЎЭ-лар бор** (яқин қариндошларида): ЧВТ/ЎЭ хавфини кучайтирувчи баъзи-бир ҳолатлар наслга боғлиқ бўлади.

**Радикал хирургия.** Катта хирургик операциялар билан боғлиқ бўлган ЧВТ / ЎЭ хавфининг даражаси иммобилизациянинг давомийлигига боғлиқ ҳолда ўзгариб туради. Аёлни хирургик стерилизация қилингунга қадар, комбинацияланган гормонал контрацептивларни қабул қилишни тўхтатишга ҳожат йўқ.

## **ЮЗАКИ ВЕНАЛАР ТРОМБОЗИ**

**Веналар варикози:** веналарнинг варикоз кенгайиши ЧВТ / ЎЭ-нинг ривожланиш хавфи бўла олмайди.

## **АВВАЛ ВА ҲОЗИРГИ ПАЙТДА ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ**

Ёндош қон-томир касалликлари бўлган аёлларга комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш билан боғлиқ юқори хавфдан эҳтиёт бўлиш тавсия этилади.

## **ИНСУЛЬТ**

Ёндош қон-томир касалликлари бўлган аёлларга комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш билан боғлиқ бўлган артериал тромбозлар хавфидан эҳтиёт бўлиш тавсия этилади.

## **ЮРАК КЛАПАНЛАРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ**

Юрак клапанлари шикастланган аёлларнинг комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаши артериал тромбозлар хавфини яна ҳам кучайтириб юборади; асоратланган юрак хасталиклари бўлган аёлларнинг хавфга дучор бўлиши, айникса юқори.

## **БОШ ОҒРИҚЛАРИ**

Аура специфик, ўчоқли неврологик симптом ҳисобланади. Ушбу ва бошқа диагностик мезонларга таалукли мукамал маълумотлар қуйида келтирилган.

## **КИНДАН ҚОН ОҚИШНИНГ ХАРАКТЕРИ**

Номунтазам, ҳайз пайтидаги қон кетишлар соғлом аёллар ўртасида кенг тарқалган ҳодисадир.

## **КИНДАН САБАБИ НОМАЪЛУМ ҚОН ОҚИШЛАР**

Қиндан қон оқиши кузатиладиган ҳолатлар ичида комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш зарари аниқланмаган.

## **ЭНДОМЕТРИОЗ**

Комбинацияланган гормонал контрацептивлар эндометриоз симптомларини зўрайтирмайди, баъзи ҳолларда эса, камайтиради ҳам.

## **ЦЕРВИКАЛ ЭКТРОПИОН.**

Цервикал эктропион бачадон бўйни ракиннинг ривожланиш хавфи бўлган факторлардан эмас ва шунинг учун ҳам комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллашни чегаралашга эҳтиёж йўқ.

## **БАЧАДОН БЎЙНИ РАКИ (ДАВОЛАНГУНЧА)**

Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш, мавжуд касаллик прогнозига таъсир кўрсатиши мумкинлиги назарий жиҳатдан истисно этилмайди. Даволангунга қадар, аёл комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаши мумкин. Одатда ушбу касалликни даволаш аёлни стерилизацияга олиб келади.

## **СУТ БЕЗЛАРИНИНГ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Оилавий анамнезида рак касаллигининг мавжудлиги: BRCA 1 ёки BRCA 2-ли аёлларда бундай мутациялар кузатилмаган аёлларга нисбатан сут безлари раки ривожланиш хавфи юқори даражада бўлади. Оилавий анамнезда сут беzi раки кузатилган кўпчилик аёлларда бундай мутациялар топилмаган.

## **СУТ БЕЗИ РАКИ**

Сут беzi раки гормонга сезгир ўсма бўлиб, шунинг учун ҳам, ҳозирги пайтда ёки яқин ўтмишда сут беzi раки бўлган аёллар томонидан комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш прогнознинг салбий томонга ҳзгаришига олиб келади.

## **ЭНДОМЕТРИЙ РАКИ**

КОКни қўллаш эндометрий раки ривожланиш хавфини камайтиради. Даволангунга қадар аёллар КОКни қўллашлари мумкин. Одатда ушбу касалликни даволаш аёлнинг стерилизациясига олиб келади.

## **ТУХУМДОНЛАР РАКИ**

КОКни қўллаш тухумдонлар раки ривожланиш хавфини камайтиради. Даволангунга қадар аёллар КОКни қўллашлари мумкин. Одатда ушбу касалликни даволаш аёлнинг стерилизациясига олиб келади.

## **БАЧАДОН ФИБРОМИОМАЛАРИ**

Барча кўрсаткичлар бўйича КОК бачадон фибромаси ўсишини зўрайтормайди.

## **КИЧИК ЧАНОК ОРГАНЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ**

### **(КЧОЯК)**

ЖЙБЮОИли аёлларда КОКни қўллаш КЧОЯК хавфини камайтириши мумкин, лекин жинсий трактнинг пастки қисмларини ОИТВ ёки ЖЙБЮОИ-лардан ҳимоя қила олмайди.

### **ЖЙБЮОИ**

ЖЙБЮОИ-ли аёлларда КОКни қўллаш КЧОЯК хавфини камайтириши мумкин, лекин жинсий трактнинг пастки қисмларини ОИТВ ёки ЖЙБЮОИ-лардан ҳимоя қила олмайди.

**ОИТВ билан инфекцияланиш хавфининг юқорилиги.** ЖЙБЮОИ-ли аёлларда КОКни қўллаш КЧОЯК хавфини камайтириши мумкин, лекин жинсий трактнинг пастки қисмларини ОИТВ ва ЖЙБЮОИ-лардан ҳимоя қила олмайди.

### **ДИАБЕТ**

Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш углеводларнинг ўзлаштирилишига таъсир кўрсатса ҳам, асосий хавф диабет билан бирга кузатиладиган кон-томир касалликлари ва КОК қўлланилиши туфайли юзага келиши мумкин бўлган артериал тромбозлар билан боғлиқдир.

### **ЎТ ҚОПИ КАСАЛЛИКЛАРИ:**

КОК ўт қопининг касалланиш хавфини бир оз кўпайтириши мумкин. КОК ўт қопадаги мавжуд касалликни зўрайтириши мумкин деган шубҳалар бор. **Анамнездаги холестааз:**

Ҳомиладорлик туфайли юзага келган холестааз: анамнезда хомиладорлик пайтида юзага келган холестаазлар бўлса, баъзи бир аёлларда келажакда ҳам КОК қўлланилиши туфайли холестааз ривожланишини тахмин қилиш мумкин. КОКни куллаганлиги туфайли юзага келган холестааз: анамнезда КОК қўлланилиши туфайли юзага келган холестаазлар бўлса, баъзи бир, шу касалликка моил аёлларда, келажакда ҳам, КОК қўлланилиши туфайли холестааз ривожланишини тахмин қилиш мумкин.

### **Вирусли гепатит, жигар цирроз ва ўсмалари.**

КОК жигарда метаболизмга учраганлиги туфайли, назарий жиҳатдан у жигар функциялари бузилган аёлларга салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Бундан ташқари, КОКни қўллаш ўсмадаги процессларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

### **Талассемия:**

Талассемия билан касалланиш юқори бўлган мамлакатларда КОК-ни қўллашнинг аёл организмига салбий таъсири йўқлиги ҳақида эпизодик маълумотлар бор.

### **Темир дефицитли анемия:**

Комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш ҳайз пайтида қон кетишларни камайтириши мумкин.

### **ТОЗА ПРОГЕСТИНЛИ КОНТРАЦЕПТИВЛАР:**



Ҳомиладорликдан сақланиш учун аёллар тоза прогестинли орал контрацептивларни (ТПОК) кунда бир таблеткадан қабул қилишлари лозим. Тоза прогестинли орал контрацептивлар таркибида жуда ҳам кам миқдордаги битта гормон - прогестин бўлади. Улар таркибида комбинацияланган орал контрацептивлар таркибидаги прогестиннинг ундан бир қисмидан тортиб,

ярим дозасигача бўлиб, эстрогенлар умуман бўлмайди. Тоза прогестинли орал контрацептивларни шунингдек, тоза прогестинли таблеткалар, ТПОК ёки мини-пилюлалар ҳам деб атайдилар.

Тоза прогестинли орал контрацептивлар-эмизувчи аёллар учун энг мақбул усулдир.

Олинган маълумотларга қараганда, улар она сути миқдорини камайтирмайдилар.



Ушбу бобда асосан эмизувчи аёллар томонидан тоза прогестинли орал контрацептивларни қўлланилиши кўриб чиқилади, аммо эмизмайдиган аёллар ҳам ундан фойдаланишлари мумкин.

**Таъсир механизми:**

Тоза прогестинли орал контрацептивлар цервикал шиллиқни қуюқлаштириб, сперматозоидларнинг бачадон ичига ўтишини қийинлаштиради.

Ҳайз циклининг тахминан ярмида овуляцияни (тухум ҳужайранинг тухумдондан чиқишини) сусайтиради. (Эмизиш худди шундай усул билан ҳомиладорликнинг олдини олади). Тоза прогестинли орал контрацептивлар мавжуд ҳомиладорликка таъсир КЎРСАТМАЙДИЛАР.

**Самарадорлиги:**

Эмизувчи аёллар учун. Одатдагича қўлланилганда жуда ҳам самаралидирлар - бир йил давомида қўллаган 100 та аёлдан тахминан 1 тасида ҳомиладорлик кузатилган. (Одатдагича қўлланилганда КОК-га нисбатан самарадорлироқдир, чунки эмизишнинг ўзи ҳам ҳомиладорликнинг олдини олишга таъсир кўрсатади).

(Тоза прогестинли орал контрацептивларни эмизмайдиган аёллар томонидан одатдагича қўлланилганда ҳомиладорликлар сони ҳақидаги маълумотлар йўқдир. Тоза прогестинли орал контрацептивларни нотўғри қўллаш, комбинацияланган орал контрацептивларга нисбатан кўпроқ ҳомиладорликка олиб келади, аммо тоза прогестинли орал контрацептивларни қўллаш осон бўлиб, чунки аёл бир кунда, бир хилдаги таблеткалардан биттасини ичади ва цикллар орасида танаффус қилиши керак эмас).

Барча аёллар учун - мунтазам равишда, тўғри қўлланилганда, жуда ҳам самаралидир - бир йил давомида қўллаган 200 та аёлдан 1 тасида ҳомиладорлик кузатилган! Мунтазам ва тўғри қўлланилганда самарадорлиги КОК-ниқидан камдир.

**Бу муҳим:**

Прогестинли орал контрацептивларни ҳар куни бир вақтда қабул қилинса, самарадорлик юқори даражада бўлади.

**Афзаллик ва камчиликлари.**

**Афзалликлари:**

- Эмизувчи оналар тоза прогестинли орал контрацептивларни туғруқдан сўнг 6 ҳафта ўтгач қабул қила бошлашлари мумкин. ТПОК сутнинг сифати ва миқдориға таъсир кўрсатмайди. (КОК она сутини бир оз камайтириши мумкин).

Эстроген сабабчи бўлган ножуя таъсирлар кузатилмайди. Эстроген қабул қилиш билан боғлиқ бўлган, инфаркт ёки инсульт каби асоратлар ривожланиш хавфини кўпайтирмайди.

- Аёллар кунда бир таблеткадан, танаффуссиз қабул қиладилар. Тоза прогестинли орал контрацептивларни қўллаш усули, 21-кунлик ўрамдаги КОКни қўллаш усулидан осонроқдир.
- Эмизиш даврида жуда ҳам самарали бўлиши мумкин.
- Прогестин билан боғлиқ бўлган ҳуснбузарлар тошиши ва тана вазнининг бир оз кўпайиши хавфи каби асоратлар ТПОК қўлланилганда, КОК-дан фойдаланилгандагига қараганда кўпроқ кузатилади.
- Тоза прогестинли орал контрацептивлар куйидаги хавфлар ривожланишини камайтиради:  
сут безларининг яхши сифатли ўсмаларини;  
эндометрий ва тухумдонлар ракини;  
кичик тос органларининг яллиғланиш касалликларини.

#### **Камчиликлари:**

Эмизмайдиган аёлларда энг кўп тарқалган ножуя таъсирнинг баъзилари кузатилиши мумкин (улар касаллик симптомларидир): ҳайз кўриш характерининг ўзгариши (нормал ҳолат, шу жумладан номунтазам ҳайз кўришлар, қон суртмалари ёки ҳайз кўришлар ўртасидаги қон оқишлар (кўп кузатилади), баъзан бир неча ой мобайнида кузатиладиган аменореялар. (Баъзи аёллар ҳайз кўришлар йўқлигини афзаллик деб биладилар). Аёлларнинг маълум бир қисмида ҳайз кўришлар узоқроқ вақт давом этиши ёки кўпроқ қон кетиши мумкин. Эмизувчи аёлларда бир неча ой мобайнида, уларнинг тоза прогестинли орал контрацептивларни қўллаш-қўлламаслигидан қатъий назар, мунтазам ҳайз кўришлар бўлмаслиги кузатилади. Шунинг учун ҳам улар тоза прогестинли орал контрацептивлар қўллаш натижасида юзага келган ҳайз кўриш характеридagi ўзгаришларни сезмасликлари мумкин ёки бу ҳолат уларда безовталиқ уйғотмайди; шунингдек, тоза прогестинли орал контрацептивлар эмизувчи аёлларда аменорея даврини узайтириши мумкин.

Бош оғриқлар ва сут безларидаги оғриқлар камроқ кузатиладиган ножуя таъсирлардан ҳисобланади. Максимал самарадорликка эришиш учун тоза прогестинли орал контрацептивларни ҳар куни бир вақтда қабул қилиш лозим.

Эмизмайдиган аёллар учун таблетка қабул қилишни бир неча соатга кечиктириш, ҳомиладор бўлиш хавфини юзага келишига, 2 ёки ундан кўпроқ таблеткаларни қабул қилмаслик эса ҳомиладор бўлиш хавфини кескин ошириб юборади.

Тоза прогестинли орал контрацептивлар бачадондан ташқари ҳомиладорлик ривожланишини олдини олмайди.

### **Мақбулликнинг тиббий критерийларидан фойдаланиш**

Мижозда тоза прогестинли орал контрацептивларни қўллашга монелик қилувчи ҳолатлар ёки касалликлар борлигини аниқлаш учун зарур бўлган саволлар рўйхати қуйида келтирилган, аммо бу саволлар маслаҳат беришнинг ўрнини боса олмайди. Рўйхатдаги саволлар маълум ҳолатлар ёки касалликларга таълуқлидир. Одатда, улар хақида мижознинг ўзидан билиш мумкин. Лаборатория ташхисларига ёки тиббий текширишларга, одатда эҳтиёж бўлмайди.

Бу муҳим:

Тоза прогестинли орал контрацептивлар таркибида эстроген бўлмайди. Таркибида эстроген бўлган комбинацияланган орал контрацептивларни қўллашни чекловчи кўпчилик критерийлар тоза прогестинли орал контрацептивларга таълуқли эмас.

### **ТОЗА ПРОГЕСТЕРОНЛИ ИНЪЕКЦИОН КОНТРАЦЕПТИВЛАР**

Ҳомиладорликдан сақловчи ушбу усулни қўллайдиган аёлларга инъекция қилинади. ДМПА-инъекцияси ҳар 3 ойда бир марта қилинади. ДМПА таркибида аёл организмида ишлаб чиқариладиган табиий гормонга ўхшаш модда прогестин бордир. Инъекциядан сўнг ДМПА аста-секинлик билан қон-томир тизимига ўтади. ДМПА, шунингдек депомедроксипрогестерон ацетати деб ҳам аталади, ДПО-Провера ва МЕГЕСТРОН. Бошқа инъекцион контрацептивлар ҳам мавжуддир. Масалан, НЕТ-ЭН (шунингдек, Нористерат, норэтиндрон энантат ва норэтистерон энантат деб ҳам юритилади) ва уларнинг инъекциялари икки ойда бир марта қилинади. ДМПА-га тегишли маълумотларнинг кўпчилик қисми, шунингдек, НЕТ-ЭН-га ҳам тааллуқлидир. Баъзи мамлакатларда инъекцион контрацептивларнинг бир ой мобайнида таъсир этувчи хиллари ҳам қўлланилади.

#### **Таъсир механизми:**

- ДМПА асосан овуляцияни сусайтиради (тухум ҳужайраларининг тухумдондан чиқишини).

- Шунингдек, цервикал шилликни қуюқлаштириб, сперматозоидларнинг бачадонга тушишини қийинлаштиради.

ДПМА мавжуд ҳомиладорликка таъсир КЎРСАТМАЙДИ. **Самарадорлиги:** Жуда ҳам самарадор - бир йил давомида мунтазам равишда ҳар 3 ойда бир марта инъекция олган 100-та аёлда 0,3 та ҳомиладорлик кузатилган (333 та аёлга 1-та ҳомиладорлик).

### **Афзалликлари ва камчиликлари.**

#### **Афзалликлари:**

- Жуда ҳам самарадорли усул.
- Ҳомиладорликдан узоқ муддат сақловчи восита. Битта инъекция ҳомиладорликдан камида 3 ой мобайнида сақланишга имкон беради.
- Жинсий алоқага халақит бермайди. Ҳомиладор бўлиб қолишдан хавфсираш бўлмаганлиги учун, жинсий алоқадан қаноатланиш туйғуси кўпроқ бўлади. Ҳар кунни таблетка қабул қилишга эҳтиёж йўқ.  
Қайта ташрифлар муддатида маълум бир ўзгарувчанликка йўл қўйилади. Мижоз навбатдаги инъекцияни олиш учун белгиланган муҳлатдан 2-4 ҳафта олдин ёки кейин (бундай ҳолат жудадам яхши бўлмаса ҳам), келиши мумкин.
- Барча ёшдаги аёллар томонидан қўлланилиши мумкин.
- Маълумотларга кўра, кўкрак сутининг миқдори ва сифатига таъсир кўрсатмайди. Эмизувчи аёллар туғруқдан сўнг 6 ҳафта ўтгач қўллай бошлаши мумкин. Эстрогендаги каби ножуя таъсирлари йўқ.
- Бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдонлар ва эндометрий раки, бачадон фибромалари ривожланиш хавфини камайтиради.

#### **Камчиликлари**

Энг кўп кузатиладиган ножуя таъсирлари (касаллик симптомлари эмас):

Ҳайз пайтидаги қон кетишларнинг характери ўзгариши мумкин.

- Бироз қон кетишлар ёки қон суркалишлар пайдо бўлиши. Кўпинча ДМПА қўлланила бошланганда кузатилади.
- Кўп қон кетишлар. Қўлланила бошлаганида кузатилиб, кам учрайди.
- Аменорея. Нормал ҳолат, айниқса ДМПА бир йилдан кўп вақт давомида

қўлланилаётган бўлса, (баъзи аёллар аменореяни афзаллик деб ҳисоблайдилар).

Йилига ўртача.1-2 кг вазн қўшилиши мумкин.

- Фертиллик тикланишининг кечикиши (организмдаги ДМПА миқдори камаймагунча).
- Комбинацияланган орал контрацептивлар, БИВ, презервативлар ёки вагинал усулларни қўллаган аёлларга нисбатан ҳомиладор бўлиш тахминан 4 ой кейинроқ рўй беради.
- Инъекцияларни ҳар 3-ойда кайтариш зарур.

Баъзи аёлларда бош оғриқлар, сут безидаги оғриқлар, кайфиятнинг ўзгариб туриши, кўнгил айнаши, сочларнинг тўкилиши, жинсий эҳтироснинг сусайиши ва ҳуснбузарлар пайдо бўлиши мумкин.

- Жинсий йўл билан юқадиган инфекциялардан, шу жумладан ОИТВ/ОИТС-дан ҳимоя қилмайди.

#### **Муҳим:**

Мижоздан унда ЖЙБЮИ-лар бор ёки йўқлигини сўранг, йўқ бўлса, юқтиришнинг реал хавфи мавжудлигини аниқланг (аёлнинг жинсий шериклари бир нечтами? Унинг жинсий шеригининг бошқа жинсий шериклари борми, келажакда шундай ҳолатлар юзага келиши мумкинми?). Мабодо аёлда ЖЙБЮИ ёки уни юқтириш хавфи бўлса, аёлни мунтазам равишда презервативдан фойдаланишга кўндириш. Унга презервативлар беринг. Шу билан бирга у бир вақтнинг ўзида ДМПА-ни ҳам қўллаши мумкин.

**Мақбулликнинг тиббий мезонларидан фойдаланиш.** Қуйида мижозда ДМПА-ни қўллашга монелик қилувчи маълум ҳолатлар ёки касалликларни аниқлаш учун зарур бўлган саволлар рўйхати келтирилган. Бу саволлар маслаҳат беришнинг ўрнини боса олмайди.

Руйхатдаги саволлар маълум ҳолатлар ёки касалликларга тааллуқлидир. Одатда улар ҳақида мижознинг ўзидан билиб олиш мумкин. Лаборатор таҳлиллар ёки тиббий кўрикларга одатда эҳтиёж йўқ.

ДМПА таркибида эстроген йўқ. Таркибида эстроген сакловчи комбинацияланган орал контрацептивларни қўллашни чекловчи кўпчилик мезонлар ДМПА-га тааллуқли эмасдир.

### ПРОГЕСТАГЕН ҚАТОРИ КОНТРАЦЕПТИВЛАРИ

ХСПКТ - Ҳомиладорликдан сақловчи прогестоген қатори таблеткалари.

МП/НЭ - Узоқ муддат таъсир этувчи медроксипрогестерон ацетат (МОПАПД)/Норэтистерон энантат (НЭЭ). ЛНИ/ЭНИ = Левоноргестрол имплантатлар ("Норплант" ва "Джаделл") ва этоноргестрал имплантатлар ("Импланон").

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Прогестоген қатори контрацептивлари (ПКК).       | ПКД-лар ЖИБЮИ/ОИТВ-лардан ҳимоя қилмайдилар. Мобадод, ЖИБЮИ/ОИТВ-ларни юқтириш хавфи истисно этилмаса, (шу жумладан, ҳомиладорлик даврида ва туғруқдан сўнг), презервативларни мунтазам ва тўғри қўллашни, ҳимоянинг мустақил усули сифатида ёки контрацепциянинг бошқа усули билан биргаликда фойдаланиш тавсия этилади. Эркакларнинг латексдан тайёрланган презервативлари ЖИБЮИ/ОИТВ-лардан самарали ҳимояни таъминлаши исботланган. |  |  |
| Ҳолат.   | Категория<br>И=инициация<br>Д=давоми<br>ПТП/МП/ЛНИ  | Тушунтиришлар / исботловчи фактлар.  |  |
| Шахсий характеристикалар ва репродуктив анамнез. |   |  |  |
| Ҳомиладорлик                                     | Қўллаш мумкин эмас  | Тушунтириш: ПКК-ни қўллаш талаб этилмайди. Адабиётларда ПКК-ни ҳомиладорлик пайтида беҳосдан истеъмол қилинганда аёл ёки ҳомила соғлигига салбий таъсири ҳақида маълумотлар йўқ. Аммо МОПАПД-нинг ҳомила соғлигига таъсири ханузгача ўрганилмаган. |  |

|                                    |   |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|---|
|                                    |   |   |   | Исботловчи фактлар: Балоғат ёшига етмаган   |
| а) ҳайз кўра бошлагандан 18 ёшгача | 1 | 2 | 1 | шахслар МОПАПД-ни узоқ вақт қўллаганларида суяк тўқимаси минерализациясининг камайишини кўрсатувчи жуда ҳам чекланган маълумотлар бўлиб, левоноргестрелли имплантатлардан фойдаланилганда бундай ножуя таъсирлар кузатилмайди. Балоғат ёшига етмаган шахсларда суяк массасининг тўпланиш юқори даражасига таъсири ўрганиб чиқилган. |
| б) 18-дан 45-ёшгача                | 1 | 1 | 1 | Исботловчи фактлар: Текширишлар контрацептив  |

|                               |   |   |   |   |
|-------------------------------|---|---|---|---|
|                               |   |   |   | сифатида МОПАПД ни қўлловчи аёлларда суяк тўқимасининг минерализацияланиш даражасини, ҳомиладорликдан сақловчи ушбу воситадан фойдаланмайдиган аёлларга нисбатан паст эканлигини кўрсатди. Бунда, аниқланган пасайиш одатда, нормадан битта стандарт оғишдан кўп бўлмаган.<br>"Норплант" контрацептивидан фойдаланувчиларни текширишда турли хил натижалар олинган. Контрацептив сифатида "Имплантант" дан фойдаланувчи шахсларни текширишлар суяк туқимасининг минерализацияланиш даражаси икки йил давомида стабил эканлигини аниқлаган.  |
| с) 45 ёшдан сўнг              | 1 | 2 | 1 | Исботловчи фактлар: ёши 45-дан ошган, контрацептив восита сифатида МОПАПД-ни қўлловчи аёлларда ҳомиладорликдан сақловчи ушбу воситадан фойдаланмайдиган шахсларга нисбатан, суяк туқимасининг минерализацияланиш даражаси паст эканлиги аниқланди. Аммо адабиётларда, МОПАПД-ни қўллашни менопауза бошлангунга қадар тўхтатган аёлларда суяк массасининг ортанлиги ҳақида маълумот бор. Шунингдек текширишлар натижасига кўра, менопауза ҳолатидаги аёллар гуруҳида, менопауза бошлангунга қадар, МОПАПД усулини қўллаган ёки қўлламаганлигидан қатъий назар, суяк тўқимасининг минерализация даражаси тахминан бир хилда бўлган. |
| ТУҒРУҚЛАР                     |   |   |   |   |
| а) аввал туғмаганлар          | 1 | 1 | 1 |   |
| б) аввал тукканлар            |   |   |   |   |
| Кўкрак сути билан боқиш       |   |   |   |   |
| а) туғруқдан сўнг 6 ҳафтагача | 3 | 3 | 3 | Стероид гормонларнинг янги туғилган чақалоқларнинг соғлигига, ҳаётининг биринчи 6 ҳафтаси мобайнида, таъсири ҳақида маълум хавфсирашлар мавжуд. Аммо дунёнинг кўпчилиги регионларида ҳомиладор аёллар ва оналар ўлими кўрсаткичлари юқори даражада сақланиб қолмоқда. Тиббий хизматлардан фойдаланишга бўлган кенг имкониятларнинг йўқлиги вазиятни яна ҳам чигаллаштирмоқда. Бундай ҳолатларда ПКК эркин сотувда бўлган ва эмизувчи аёллар туғруқдан сўнг кўп вақт ўтмасдан қўллай олиши мумкин бўлган санокли контрацепция воситаларидан биридир.   |

|   |                         |   |   |  |
|---|-------------------------|---|---|--|
|   |                         |   |   | Исботловчи фактлар: Тадқиқотлар натижасида эмизувчи аёллар томонидан, туғруқдан сўнг биринчи. 6 ҳафта мобайнида прогестоген қатори контрацептивларини қўлланилиши кўкрак сути билан боқишнинг сифатига ҳам, янги туғилган чақалокнинг соғлиги ва ривожланишига ҳам салбий таъсир кўрсатмайди. Аммо, прогестоген қатори препаратининг кўкрак сутини олаётган гўдакларнинг мияси ва жигарига таъсири ўрганилмаган.   |
| б) туғруқдан сўнг 6-ҳафтадан 6-ойгача (гўдак кўкрак сути билан бокилади). | 1                       | 1 | 1 |  |
| с) туғруқдан сўнг 6-ойдан кўпроқ вақт ўтгач                               | 1                       | 1 | 1 |  |
| Туғруқдан сўнги давр  |                         |   |   |  |
| а) Туғруқдан сўнг 21 кунгача  | 1                       | 1 | 1 |  |
| б) туғруқдан сўнг 21 кундан кўпроқ вақт ўтгач                             | 1                       | 1 | 1 |  |
| а) биринчи триместр   | 1                       | 1 | 1 | Тушунтириш: ГПК-ни абортдан сўнг шу заҳоти қўллаш мумкин.  |
| б) иккинчи триместр   | 1                       | 1 | 1 |  |
| с) септик абортдан сўнг, шу заҳоти  | 1                       | 1 | 1 |  |
| Бачадондан ташқари ҳомиладорликдан сўнг*                                  | 2                       | 1 | 1 |  |
| Анамнезида кичик тос органларида бажарилган хирургик муолажа              |                         |   |   |  |
| Чекиш   |                         |   |   |  |
| а) ёши 35-дан кичик   | 1                       | 1 | 1 |  |
| б) ёши 35-дан катта   | 1                       | 1 | 1 |  |
| Кунда 15 та сигаретдан кам чекса  | 1                       | 1 | 1 |  |
| Кунда 15 та сигаретдан кўп чекса  | 1                       | 1 | 1 |  |
| СЕМИЗЛИК<br>Тана массаси индекси (ТМИ)>30кг/м <sup>2</sup>                |                         |   |   | Исботловчи фактлар: Адабиётларда МОПАПД-нинг ортиқча тана вазн бўлган аёлларда вазн кўпайишига ва бачадондан қон кетишларга таъсири ҳақида маълумотлар ва уларни вазни нормал бўлган аёллар билан қиёслаш натижалари қарама-қаршидир. Текширишлар: тана вазни ортиқча бўлган аёллар томонидан "Норплант" нинг юмшоқ капсулаларини қўллаш, ҳомиладорликдан сақлаш самарадорлигига таъсир кўрсатмаслигини кўрсатади. |
| Ҳолат   | Категория<br>И- ициация |   |   |  |



|   |     | Д-давом этиш |         |   |
|---|-----|--------------|---------|---|
| Артериал босимни ўлчашнинг иложи йўқ  | ПКК | МП/НЭ        | ЛНИ/ЭНИ |   |
|   | д/э | д/э          | д/э     |   |
|   |     |              |         | Тушунтириш: ПКК-ни қўллашни бошлашдан олдин артериал босимни ўлчаш тавсия этилади. Аммо, дунёнинг кўпчилик регионларида ҳомиладорларнинг касалланиши ва оналарнинг ўлими кўрсаткичлари юқори даражада эканлигини инобатга олиб, аёлга фақатгина артериал босимни ўлчашнинг иложи бўлмаганлиги учунгина ПКК-ни қўллашни ман этиш керак эмас.   |
| <b>ЮРАК ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ</b>  |     |              |         |   |
| Юрак қон-томир касалликлари ривожланиш хавфининг бир-неча омиллари (катта ёш, чекиш, диабет ва гипертония кабилар).   | 2   | 3            | 2       | Тушунтириш: Бир вақтнинг ўзида юрак қон-томир касалликлари ривожланишининг бир-нечта жиддий хавфини мавжудлиги касаллик ривожланиш эҳтимолини кескин суратда ошириб юборади. Баъзи бир ПКК-лар қон-томирлар тромбози хавфини кўпайтирсалар ҳам, бундай хавфнинг даражаси КОК қўлланилгандагига нисбатан анча пастдир. МОПАПД ва НЭЗ таъсири препаратни қўллаш тўхтатилгандан сўнг, маълум вақтгача сақланиб туради. |
| <b>ГИПЕРТЕНЗИЯ</b>  |     |              |         |   |
| Гипертензия категориялари таснифининг асосида юрак-қон-томир касалликлари ривожланишининг бошқа хавфлари йўқ деган тахмин ётади. Хавф омиллари бир-нечта бўлган ҳолатда юрак-қон-томир касалликларининг ривожланиш эҳтимоли кескин ортиб кетади. Артериал босимни бир марта ўлчаш аёлни гипертониклар қаторига қўшиш учун етарли эмасдир. |     |              |         |   |
| а) Анамнезида гипертензия бўлиб, артериал босимни ўлчашнинг иложи йўқ (ҳомиладорлик пайтида ҳам гипертензия кузатилган).  | 2   | 2            | 2       | Тушунтириш: ПКК-ни қўллашни бошлашдан олдин артериал босимни ўлчаш тавсия этилади. Аммо, дунёнинг кўпчилик регионларида ҳомиладорларнинг  |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   | касалланиш ва оналарнинг ўлими курсаткичлари юқори даражада эканлигини инобатга олиб, аёлга фақатгина артериал босимни ўлчашнинг иложи ўлмаганлиги учунгина, ПҚК-ни қўллашни ман этиш керак эмас.   |
| б) Артериал босимни ўлчашнинг иложи бўлганда адекват равишда назорат қилиб бўладиган гипертензия. | 1 | 2 | 1 | Тушунтириш: Артериал гипертензияни эффе́ктив даволаш ўткир миокард инфаркти ва инсульт ривожланиш хавфини, даволаш ўтказилмаган ҳолатларга нисбатан, камайтириш имконини беради. Адабиётларда маълумот йўқлигига қарамай, ПҚК-ни қўлловчи ва артериал гипертензиядан даволаниб, шифокор назорати остида бўлган аёлларда, ПҚК-ни қўлловчи, лекин врач ёрдамини олмаётган аёлларга нисбатан, ўткир миокард инфоркти, инсультлар ривожланиш хавфига камроқ учрайди дейишга асос бор. |
| с) артериал босим юқори (тўғри ўлчанган).   |   |   |   | Тушунтириш: Бор маълумотларнинг (ҳозирги пайтгача уларнинг ҳажми чегараланган) гувоҳлик беришича, артериал гипертензиядан азият чекувчи аёллар гуруҳида ХСПКТ ёки прогестоген қатори инъекцион контрацептивларни қўллаш юрак-қон-томир касалликлари ривожланиш хавфининг камайишига ёрдам берад экан.   |
| (i) систолик босим - 140-159 ёки диастолик босим 90-99  | 1 | 2 | 1 |   |
| (ii) систолик босим >160  | 2 | 3 | 2 |   |

|   |           |   |                                   |  |
|---|-----------|---|-----------------------------------|--|
| д) қон-томир касалликлари   | 2         | 3 | 2                                 |  |
| Ҳомиладорлик пайтидаги юқори артериал босим (ҳозирги пайтда ўлчанган артериал босим нормада). | 1         | 1 | 1                                 |  |
| Ҳолат   | Категория |   | Тушунтиришлар/исботловчи фактлар. |  |

|  | И- Инициация<br>Д-Давоми |    |     |   |
|--|--------------------------|----|-----|---|
|  | ПКК                      | МП | ЛНИ |   |
| Чуқур веналар тромбози (ЧВТ)/ўпка эмболияси (УЭ)   |                          |    |     |   |
| А) ЧВТ/ЎЭ анамнезда  | 2                        | 2  | 2   |   |
| б) ЧВТ/ЎЭ ҳозирги пайтда   | 3                        | 3  | 3   |   |
| с) оилавий анамнезда ЧВТ/ЎЭ (яқин қариндошларда).  | 1                        | 1  | 1   |   |
| Д) радикал хирургия  |                          |    |     |   |
| (i) узоқ вақтли иммобилизация билан  | 2                        | 2  | 2   |   |
| (ii) узоқ вақтли иммобилизациясиз  | 1                        | 1  | 1   |   |
| е) иммобилизациясиз "кичик " хирургия  | 1                        | 1  | 1   |   |
| АНИҚЛАНГАН ПРОТРОМБИН МУТАЦИЯЛАРИ (масалан, Лейденнинг V фактори; протеин S, протеин С ва анти тромбинлар етишмовчилиги) | 2                        | 2  | 2   | Тушунтириш: Бундай ҳолатларнинг кам кузатилиши ва муолажанинг қимматлиги туфайли мунтазам скрининг мақсадга мувофиқ эмас. |
| Юзаки веналар тромбози.  |                          |    |     |   |
| а) веналар варикози  | 1                        | 1  | 1   |   |
| б) юзаки тромбофлебит  | 1                        | 1  | 1   |   |
| Ҳозир ва муқаддам (олдин)  | 2                        | 3  | 2   |   |
| ИНСУЛЬТ (анамнезида инсульт)   | 2                        | 3  | 2   |   |
|  |                          |    |     |   |

|  |                                       |   |   |  |
|--|---------------------------------------|---|---|--|
| Аниқланган гиперлипидемиялар   | 2                                     | 2 | 2 | Тушунтириш: Бундай ҳолатларнинг кам кузатилиши ва муолажанинг қимматлиги туфайли мунтазам скрининг мақсадга мувофиқ эмас. Гиперлипидемиянинг баъзи турлари қон-томир касалликларини ривожлантирувчи хавфли фактор ҳисобланади.   |
| Юрак клапанларининг шикастланиши   |                                       |   |   |  |
| А) асоратсиз   | 1                                     | 1 |   |  |
| б) асоратлар билан (ўпка   | 1                                     | 1 |   |  |
| гипертензияси) бўлмачалар фибрилляцияси хавфи, анамнезида ўткир ости эндокардити). |                                       |   |   |  |
| Ҳолат  | Категория<br>И- Инициация<br>Д-Давоми |   |   | Тушунтиришлар/исботловчи фактлар.  |
| Неврологик ҳолатлар  |                                       |   |   |  |
| БОШ оғриқлар   | И                                     | Д | И |  |
| а) Мингрэн билан боғлиқ бўлмаган (ўртача ёки кучли).                               | 1                                     | 1 | 1 | Тушунтириш: Ушбу тасниф мигрень ва сабаби бошқа бўлган бош оғриқнинг аниқ дифференциал диагностикасига боғлиқдир. Кучли бош оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки улар характерининг сезиларли ўзгариши тегишли текширишлар ўтказишни талаб этади. Таснифни, инсульт юзага келишининг бошқа хавфли фактори аниқланмаган аёлларга нисбатан қўллаш мумкин. Инсульт ривожланишининг хавфли фактори бўлиб, мижданинг ёши, артериал гипертензия ва чекиш хизмат килади. |
| б) мигрень   | 1                                     | 2 | 2 |  |
| (i) ўчоқли неврологик симптомларсиз  |                                       |   |   |  |
| Ёши 35 дан кичик   | 1                                     | 2 | 2 |  |
| Ёши 35 дан катта   |                                       |   |   |  |
| (и) ўчоқли неврологик симптомлар билан, барча ёшда.                                | 2                                     | 3 | 2 |  |

|  |        |        |        |  |
|--|--------|--------|--------|--|
| Эпилепсия  | 1      | 1      | 1      | Тушунтириш: Мобадо аёл тутқоноққа қарши препаратларни қабул қилаётган бўлса, КГН-ни, дориларнинг ўзаро таъсири бўлимида келтирилган тавсияларни инобатга олиб бериш лозим. Баъзи бир тутқаноққа қарши препаратлар ПКК самарадорлигини сусайтириши мумкин.  |
| <b>ДЕПРЕССИВ ҲОЛАТЛАР</b>  |        |        |        |  |
|  | 1      | 1      | 1      | Тушунтириш: Ушбу тасниф депрессив ҳолатларнинг маълум турларидан азият чекувчи мижозларни кузатиш натижаларини инобатга олиб ишлаб чиқилган. ПКК-нинг маниакал - депрессив психоз ёки туғруқдан сўнги депрессияларнинг кечишига таъсири ҳақида маълумотлар йўқ. Баъзи антидепрессантлар ва контрацептивлар бир вақтда қўлланилганда дориларнинг ўзаро таъсири истисно этилмайди. |
| ЖИНСИЙ ТРАКТ<br>УЗГАРИШЛАР ВА<br>ИНФЕКЦИЯЛАР   |        |        |        |  |
| Қиндан қон оқишлар<br>а) мунтазам эмас, кўп қон<br>йўқотишларсиз.<br>б) узоқ давом этувчи кўп қон<br>оқишларсиз (жумладан<br>мунтазам ва номунтазам).              | 2<br>2 | 2<br>2 | 2<br>2 | Тушунтириш: Қиндан кўп қон оқишларнинг пайдо бўлиши жиддий патология борлигидан дарак беради.  |
| Сабаби ноъмалум бўлган<br>қиндан қон оқишлар<br>(жиддий касаллик<br>борлигига шубҳа бор).  |        |        |        | Тушунтириш: Ҳомиладорлик ёки жиддий патология борлигига (масалан, кичик тос органларининг ўсмаси), шубҳа бўлса, тегишли текширишни ўтказиш ва мижознинг қайси категорияга таалукчилигини қайта кўриб чиқиш лозим.  |
| Текширишдан олдин  | 2      | 3      | 3      |  |
| <b>ЭНДОМЕТРИОЗ</b>   | 1      | 1      | 1      |  |
| Тухумдонларнинг яхши<br>сифатли ўсмалари (Шу<br>жумладан кисталар).  | 1      | 1      | 1      |  |
| <b>КУЧЛИ ДИСМНОРЕЯ</b>   | 1      | 1      | 1      |  |
| <b>ТРОФОБЛАСТ<br/>КАСАЛЛИКЛАРИ</b><br>а) тромфобластнинг яхши<br>сифатли гестацион<br>касалликлари.<br>б) трофобластнинг ёмон<br>сифатли гестацион<br>касалликлари | 1<br>1 | 1<br>1 | 1<br>1 |  |
| Цервикал эктропион   | 1      | 1      | 1      |  |

|  |                                       |    |     |  |
|--|---------------------------------------|----|-----|--|
| Цервикал интраэпитемеал неоплазия (ЦИН).   | 1                                     | 2  | 2   | Тушинтириш: ОИТВ - инфекциясининг сурункали кечиши МОПАПД-ни узоқ вақт 15 йилдан кўпроқ/кўллаш преинвазив ва инвазив карциномалар юзага келиш хавфини кўпайтириб юбориши мумкин. |
| Бачадон бўйни раки (даволашдан олдин)  | 1                                     | 2  | 2   |  |
| <b>Сут безлари касаллиги.</b>  |                                       |    |     |  |
| а) диагнози аниқланмаган ўсма.   | 2                                     | 2  | 2   |  |
| б) сут безининг яхши сифатли касаллиги.  | 4                                     | 4  | 4   |  |
| с) оилавий анамнезда рак   | 3                                     | 3  | 3   |  |
| ЭНДОМЕТРИЙ РАКИ  | 1                                     | 1  | 1   |  |
| ТУХУМДОНЛАР РАКИ   | 1                                     | 1  | 1   |  |
| Бачадон фибромалари  |                                       |    |     |  |
| а) бачадон ичидаги ўзгаришсиз  | 1                                     | 1  | 1   |  |
| б) бачадон ичидаги ўзгариш билан   | 1                                     | 1  | 1   |  |
| Кичик тос органларининг яллиғланиш касалликлари (КТОЯК).                           |                                       |    |     |  |
| а) анамнезида КТОЯК (ҳозирги пайтда ЖЙБЮИ-нинг хавф омиллари топилмаган деб тахмин |                                       |    |     |  |
| (i) кейинчалик ҳомиладор бўлиш билан   | 1                                     | 1  | 1   |  |
| (ii) кейинчалик ҳомиладорликсиз  | 1                                     | 1  | 1   |  |
| б) ҳозирги вақтда КТОЯК  | 1                                     | 1  | 1   |  |
| Ҳолат  | Категория<br>И- Инициация<br>Д-давоми |    |     | Тушунтиришлар/исботловчи фактлар.  |
|  | ПКК                                   | МП | ЛНИ |  |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| ЖИБЮИ   | 1 | 1 | 1 | Исботловчи фактлар: Маълумотлар (ҳозирги пайтда уларнинг ҳажми чеклаган бўлса ҳам); ЖИБЮИ-ларни юктириш хавфи юқори бўлган ПҚК-ни қўлловчиларда хломидияли цервицит ривожланиш хавфи ҳам юқори бўлиши ҳақида гувоҳлик берадилар.   |
| а) ҳозирги пайтда йирингли цервицит, хламидиоз ёки гонорея бор.                             | 1 | 1 | 1 |  |
| в) бошқа ЖИБЮИ (ОИТВ ва гепатитдан ташқари)   | 1 | 1 | 1 |  |
| с) Вагинит, шу жумладан вагинал трихомониоз, бактериал вагинозлар.<br>д) ЖИБЮИ юқори хавфи. | 1 | 1 | 1 |  |
| <b>ОИТВ/ОИТС</b>  |   |   |   |  |
| ОИТВ билан инфекцияланиш хавфининг юқорилиги  | 1 | 1 | 1 | Исботловчи фактлар: Бор маълумотлар, ПҚК-ни қўллашда ОИТВ - инфекциясини юктириш хавфи ортадими? - деган саволга аниқ жавоб бера олмайдилар.   |
| ОИТВ-позитивлар   | 1 | 1 | 1 | Исботловчи фактлар: ОИТВ инфекциясини ташувчи аёллар томонидан МОПАПД-ни қўллаш ОИТВ-инфекция ва оддий герпес вирусининг (HSV) тарқалиш хавфининг кўпайишига олиб келадими? - деган саволга текширишлар аниқ жавоб бера олмайдилар.  |
| ОИТС  | 1 | 1 | 1 | Тушунтириш: Мобадо, аёл антиретровирус препаратларини (АРВ) қабул қилаётган бўлса, ПҚК-ни доривор препаратларни ўзаро таъсири ҳақидаги бўлимда келтирилган тавсияларга мос равишда тайинлаш лозим. Гормонал контрацептивлар ва АРВ препаратларининг ўзаро таъсири бўлиши мумкинлиги туфайли АРВ-ни қабул қилувчи ОИТВ-инфекциясини ташувчилар 2-категорияга таъалуклидирлар. |
| <b>Бошқа инфекциялар.</b>   |   |   |   |  |
| Шистосомоз  |   |   |   |  |
| а) асоратсиз  | 1 | 1 | 1 | Исботловчи фактлар: Баъзи маълумотларга кўра, МОПАПД-ни қўллаш, шистосомозли беморларнинг жигар функциясига салбий таъсир кўрсатмайди.   |
| б) жигар фибрози (мобадо бўлса, цирроз бўлимига қаранг).                                    | 1 | 1 | 1 |  |
| Туберкулёз (сил)  |   |   |   |  |

|   |                                       |        |        |  |
|---|---------------------------------------|--------|--------|--|
| а) тос соҳасида бўлмаган  | 1                                     | 1      | 1      | Тушунтириш: Аёл рифампицин қабул қлаётган бўлса, ПҚК- билан бирга қўлланилганда рифампициннинг самарадорлиги камайиши истисно этилмайди. |
| б) аниқ бўлган  | 1                                     | 1      | 1      |  |
| Безгак  | 1                                     | 1      | 1      |  |
| Ҳолат   | Категория<br>И- Инициация<br>Д-Давоми |        |        |  |
|   | ПҚК                                   | МП     | ЛНИ    |  |
| ЭНДОКРИН<br>КАСАЛЛИКЛАР   |                                       |        |        |  |
| ДИАБЕТ  |                                       |        |        |  |
| а) хомиладорлик пайтида   | 1                                     | 1      | 1      |  |
| б) томирлар шикастисиз  | 2                                     | 2      | 2      |  |
| (i) инсулинга мухтож эмас.  | 2                                     | 2      | 2      |  |
| (ii) инсулинга мухтож   | 2                                     | 2      | 2      |  |
| с) нефропатия/<br>ретинопатия/нейропатия                                  | 2                                     | 3      | 2      |  |
| д) бошка томир асоратлари<br>ёки 20 йилдан кўпроқ<br>давом этувчи диабет. | 2                                     | 3      | 2      |  |
| КАЛҚОНСИМОН БЕЗ<br>ФУНКЦИЯСИНИНГ<br>БУЗИЛИШИ                              |                                       |        |        |  |
| а) оддий бўқоқ  | 1                                     | 1      | 1      |  |
| б) гипертиреоз  | 1                                     | 1      | 1      |  |
| с) гипотиреоз   | 1                                     | 1      | 1      |  |
| Ўт қопи касалликлари  |                                       |        |        |  |
| а) клиник симптомлар<br>билан   | 2                                     | 2      | 2      |  |
| (I) холетистэктомиядан<br>сўнг  | 2                                     | 2      | 2      |  |
| (II) медикаментоз<br>даволашдан сўнг                                      | 2                                     | 2      | 2      |  |
| (III) ҳозирги пайтда  | 2                                     | 2      | 2      |  |
| б) симптомсиз   | 2                                     | 2      | 2      |  |
| АНАМНЕЗИДА<br>ХОЛЕСТАЗ  | 1<br>2                                | 1<br>2 | 1<br>2 |  |
| а) хомиладорлик билан<br>боғлиқ бўлган                                    |                                       |        |        |  |
| б) ПҚК-ни қўллаш билан<br>боғлиқ бўлган                                   |                                       |        |        |  |
| ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ   |                                       |        |        |  |
| а) актив  | 3                                     | 3      | 3      |  |
| б) ташувчи  | 1                                     | 1      | 1      |  |



|   |                                       |        |     |   |  |
|---|---------------------------------------|--------|-----|---|--|
| ЖИГАР<br>ЦИРРОЗИ а) нгил<br>б) оғир   | 2<br>3                                | 2<br>3 | 2   | 3   |  |
| ЖИГАР ЎСМАЛАРИ<br>а) яхши сифатли (аденома)<br>б) ёмон сифатли (гепатома)   | 2<br>3                                | 2<br>3 | 2   | 3   |  |
| ТАЛАССЕМИЯ  | 1                                     | 1      | 1   |   |  |
| ЎРОҚСИМОН-<br>ХУЖАЙРАЛИ АНЕМИЯ  | 1                                     | 1      | 1   |   | Исботловчи фактлар: ўроксимон-хужайрали<br>анемия беморларнинг ПҚК-ни<br>қўллашининг гематологик кўрсаткичларга<br>салбий таъсири бўлмасдан, баъзи ҳолларда,<br>симптомларни камайтирган |
| Темир дефицитли анемия  | 1                                     | 1      | 1   |   |  |
| Жадвал охиридаги қўшимча изоҳларга ҳам қаранг.  |                                       |        |     |   |  |
| Ҳолат   | Категория<br>И- Инициация<br>Д-Давоми |        |     | Тушунтиришлар/исботловчи<br>фактлар.  |  |
|   | ПҚК                                   | МП     | ЛНИ |   |  |
| <b>ДОРИЛАРНИНГ ЎЗАРО ТАЪСИРИ</b>  |                                       |        |     |   |  |
| ЖИГАР<br>ФЕРМЕНТЛАРИГА ТАЪСИР<br>КЎРСАТУВЧИ<br>ПРЕПАРАТЛАР<br>а) Рифампицин<br>б) баъзи бир- тутқаноққа<br>қарши воситалар<br>(фенитоин, карбамазепин,<br>барбитуратлар, примидон,<br>топирамат,<br>окскарбазепин). | 3                                     | 2      | 3   | а) Тушунтириш: Рифампицин (шунингдек,<br>баъзи тутқаноққа қарши препаратларнинг)<br>ва ПҚТ-нинг ўзаро таъсири аёллар<br>соғлигига салбий таъсир кўрсатмаса ҳам,<br>ушбу ҳолатларда ПҚД-нинг ҳомиладан<br>сақловчи самарасининг сусайиш эҳтимоли<br>йўқ эмас. Юқорида санаб ўтилган<br>препаратларни узоқ вақт мобайнида қабул<br>қилишга мажбур бўлган аёлларга<br>контрацепциянинг бошқа усулини қўллаш<br>тавсия этилади. ПҚК қабул қилиш<br>натijasида гормонлар дозаси<br>кўпайишининг ижобий таъсир кўрсатиши<br>ҳанузгача аниқ эмас.<br>Исботловчи фактлар: Баъзи бир тутқаноққа<br>қарши препаратларни қўллаш ПҚК-ни<br>ҳомиладан сақловчи самарасининг<br>сусайишига олиб келади. |  |
| Антибиотиклар<br>(рифампициндан<br>ташқари).<br>а) гризофульвин<br>б) бошқа антибиотиклар   | 2<br>1                                | 1<br>1 | 2   | 1   |  |

|                               |   |   |   |  |
|-------------------------------|---|---|---|--|
| АНТИРЕТРОВИРУС ТЕРАПИЯ (АРВ). | 2 | 2 | 2 | Тушунтиришлар: Антитретровирус препаратлар (АРВ) гормонол контрацептивлар таркибидаги стероид гормонларнинг биологик ўзлаштирилишини кўпайтириши ҳам, камайтириши ҳам мумкин. Баъзи бир маълумотларга қараганда (1-иловада келтирилган) кўпчилик АРВ препаратлари (масалан, баъзи нонуклиозидли ревертаз ингибиторлар (ННРИ) ва протеозо ингибиторлари (ПИ) ва гормонал контрацептивлар ўртасидаги ўзаро тасъирлар АРВ препаратларининг ва гормонал контрацептивларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигига таъсир кўрсатиши мумкин). Фақатгина коопрестив инъекцион контрацептивларнинг (узук таъсир этувчи медроксипрогестеран ацетат ва норетестерон энонтат), самарадорлиги |
|                               |   |   |   | қанчалик сусайиши ноъмалумдир, чунки бу усуллар фақат прогестинли гормонал контрацептивларга, шунингдек комбинацияланган орал контрацептивларга нисбатан, қондаги гормонал миқдорининг юқорирок даражасини таъминлайдилар. АРВ-терапия курсини олаётган аёл гормонал контрацептивлар қабул қилишни бошлаш ёки давом эттиришга қарор қилса, ОИТВ юктиришнинг олдини олиш ва гормонал контрацептивлар самарадорлигининг мумкин бўлган сусайишини компенсациялаш мақсадида, презервативлардан мунтазам фойдаланишни маслаҳат бериш лозим.   |

**Қўшимча изоҳлар:** Ёши. Ҳайз кўра бошлагандан 18 ёшгача: МОПАПД-ни қўллаш 18 ёшгача бўлган аёллар қонидаги эстроген миқдорини камайтиради ва шунингдек, суяк тўқимасининг максимал тўпланишига халақит беради - деган назарий хавфсирашлар мавжуддир.

45 ёшдан катталар учун: МОПАПД-ни қўллаш 45 ёшдан катта бўлган аёллар қонидаги эстроген миқдорини камайтиради ва шунингдек, ушбу контрацепция воситасини қўллашдан воз кечилганидан сўнг суяк массасининг тўлиқ тикланишига халақит беради деган назарий хавфсирашлар мавжуддир. Туғруқдан сўнг: 21-КУНГАЧА: эмизмайдиган аёллар, туғиб бўлган захоти, саломатликлари учун бирон-бир зиёнсиз ПҚК-ни қўллаш бошлари мумкин.

**Бачадондан ташқари ҳомиладорликдан сўнг:**

Ҳомиладорликдан сақловчи прогестоген қатори таблеткалари (ХСПКГ) қўлланилганда, бошқа ПҚК-ларни қўллагандагига нисбатан, бачадондан ташқари ҳомиладорлик кўрсаткичи юқори бўлса ҳам, бу кўрсаткич ҳомиладорликдан сақловчи воситалардан фойдаланмайдиган аёллар гуруҳига нисбатан пастдир.

## **ГИПЕРТЕНЗИЯ:**

**Қон томир касалликлари:** ПҚК-ни айниқса, МОПАПД ва НЭЭ-ни қўлловчи аёллар қонидаги HDL ва эстроген миқдорининг камайиб кетиши мумкинлиги хақида хавфсирашлар мавжуд.

Баъзи ПҚК-лар веналар тромбозининг юзага келиши хавфини купайтирсалар ҳам, бундай хавф КОК қўлланилгандагига нисбатан анча камдир.

## **ҲОЗИРГИ ПАЙТДА ВА АВВАЛРОҚ ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БЎЛСА**

ПҚК-ни, айниқса МОПАПД ва НЭЭ-ни қўлловчи аёллар қонидаги эстроген ва HDL миқдорининг камайиб кетиши мумкинлиги хақида хавфсирашлар мавжуд. Аммо, ПҚК ёки Норплант қўлланилганда бундай таъсирларнинг юзага келиш хавфи нисбатан паст деб ҳисобланади. МОПАПД ва НЭЭ-нинг таъсири, бу контрацептивлар қўлланилиши тўхтатилгандан сўнг маълум вақтгача сақланиб туриши мумкин.

### **ИНСУЛЬТ:**

ПҚК-ни, айниқса МОПАПД ва НЭЭ-ни қўлловчи аёллар қонидаги эстроген ва HDL миқдорининг камайиб кетиши мумкинлиги хақида хавфсирашлар мавжуд. Аммо, ПҚК ёки Норплант қўлланилганда бундай таъсирларнинг юзага келиш хавфи нисбатан паст деб ҳисобланади. МОПАПД ва НЭЭ-нинг таъсири, бу контрацептивлар қўлланилиши тўхтатилгандан сўнг, маълум вақтгача сақланиб туриши мумкин.

### **БОШ ОҒРИҚЛАР:**

Аура спецефик, ўчоқли неврологик симптом ҳисобланади. Кучли бош оғриқларнинг интенсивлиги МОПАПД, НЭЭ ёки хомиладорликдан сақловчи имплантатлар қўлланилганда ортиб боради деган хавфсирашлар мавжуд. МОПАПД ва НЭЭ-нинг таъсири бу контрацептивлар қўлланилиши тўхтатилгандан сўнг, маълум вақтгача сақланиб туриши мумкин.

### **ҚИНДАН ҚОН ОҚИШЛАРНИНГ ХАРАКТЕРИ:**

Хайз кўриш пайтидаги номунтазам қон оқишлар соғлом аёллар ўртасида кенг тарқалган ҳодисадир. ПҚК-ни қўллаш кўпинча хайз кўришнинг мунтазамлигини бузилишига олиб келади. Бачадон ичига имплантатни киритиб қўйиш, хайз кўришлар циклининг бузилишига (айниқса, бирипчи 3-6 ой, баъзан эса ундан ҳам кўпроқ вақт мобайнида), олиб келиши мумкин. Аменореянинг юзага келиш эҳтимоли лоногестрел препаратлардан фойдаланганга қараганда юқоридир.

### **БАЧАДОН БУЙНИ РАКИ (ДАВОЛАШДАН ОЛДИН):**

Назарий жиҳатдан комбинацияланган гормонал контрацептивларни қўллаш мавжуд касалликнинг прогнозига таъсир этиши истисно этилмайди. Даволаш бошлангунга қадар аёл комбинацияланган гормонол контрацептивларни қабул қилиши мумкин. Одатда, ушбу касалликни даволаш аёлни стерилизация қилишга олиб келади.

**СУТ БЕЗИНИНГ РАКИ:** Сут безининг раки гормонга сезгир ўсма бўлиб, шунинг учун ҳам, ушбу пайтда ёки яқин ўтмишда сут безининг раки бўлган аёл учун комбинацияланган гормонол контрацептивларни қўллаш прогнозни салбий томонга ўзгартириши мумкин.

**ЭНДОМЕТРИЙ РАКИ:** Даволаш бошлангунга қадар аёл ПҚК-ни қўллашлари мумкин. Одатда, ушбу касалликни даволаш аёлни стерилизация қилишга олиб келади.

### **ТУХУМДОНЛАР РАКИ:**

Даволаш бошлангунга қадар аёллар ПҚК-ни қўллашлари мумкин. Одатда, ушбу касалликни даволаш аёлни стерилизация қилишга олиб келади.

### **БАЧАДОН ФИБРОМАЛАРИ:**

ПҚК бачадон фибромаси ўсишини стимуляция қилмайди.

## **КИЧИК ТОС ОРГАНЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ (КТОЯК):**

ЖЙБЮИ-ли аёлларда КОК КТОЯК хавфини камайитириши мумкин, лекин ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан химоя қила олмайди. ЖЙБЮИ-ли аёлларда ПҚК-нинг КТОЯК хавфини қанчалик камайитириши ноъмалум бўлиб, лекин улар ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан химоя қила олмайди.

**ЖЙБЮИ:**

ЖЙБЮИ-ли аёлларда КОК КТОЯК хавфини камайтириши мумкин, лекин ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан ҳимоя қила олмайди. ЖЙБЮИ-ли аёлларда ПКК нинг КТОЯК хавфини қанчалик камайтириши ноъмалум бўлиб, лекин улар ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан ҳимоя қила олмайдилар.

**ОИТВ ИНФЕКЦИЯЛАНИШ ХАВФИНИНГ ЮҚОРИЛИГИ**

ЖЙБЮИ-ли аёлларда КОК КТОЯК хавфини камайтириш мумкин, лекин ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан ҳимоя қила олмайди. ЖЙБЮИ-ли аёлларда ПКК нинг КТОЯК хавфини қанчалик камайтириши ноъмалум бўлиб, лекин улар ОИТВ ёки жинсий йўллар пастки қисмининг ЖЙБЮИ-сидан ҳимоя қила олмайдилар.

**ДИАБЕТ:**

Қон томирларига боғлиқ бўлмаган касалликлар: ПКК-лар углеводлар метаболизмини ўзгартира оладилар.

**НЕФРОПАТИЯ, РЕТИНОПАТИЯ, НЕТРОПАТИЯ:** ПКК-ни, айниқса МОПАПД ва НЭЭ-ни қўлловчи аёллар қонидаги эстроген ва HDL миқдорининг камайиб кетиши мумкинлиги ҳақида хавсирашлар мавжуд. МОПАПД ва НЭЭ-нинг таъсири, бу контрацептивлар қўлланилиши тўхтатилгандан сўнг, маълум вақтгача сақланиб туриши мумкин. Баъзи ПКК-лар веналар тромбозининг юзага келиш хавфини кўпайтирсалар ҳам, бундай хавф КОК қўлланилгандагига нисбатан анча камдир.

**АНАМНЕЗИДА ХОЛЕСТАЗ:**

Назарий жиҳатдан, анамнезида КОК-дан фойдаланганлиги билан боғлиқ холестаза бўлса, бошқа ПКК-ларни қўллаш ҳам холестазага олиб келади дейишга асос бўлади. Аммо, ушбу назариянинг расмий тасдиғи йўқдир.

**ВИРУСЛИ ГЕПАТИТ:**

Актив: ПКК метоболизми жигарда содир бўлганлиги туфайли, ушбу гуруҳ препаратларини қўллаш жигар функцияси бузилган аёл саломатлиги учун салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай хавф КОК қўлланилганда юзага келадиган хавфга ўхшаш бўлса ҳам, биринчи ҳолда бироз камроқдир.

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ:**

ПКК метоболизми жигарда содир бўлганлиги туфайли, ушбу гуруҳ препаратларини қўллаш жигар функцияси бузилган аёл саломатлиги учун салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундай хавф КОК қўлланилганда юзага келадиган хавфга ўхшаш бўлса ҳам, биринчи ҳолда бироз камроқдир.

**ЖИГАР ЎСМАЛАРИ:**

ПКК метоболизми жигарда содир бўлганлиги туфайли, ушбу гуруҳ препаратларини қўллаш жигар функцияси бузилган аёл саломатлиги учун салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Бундан ташқари ПКК-ни қўллаш ўсманинг катталашиб кетишини стимуляция қилиши мумкин. Бундай хавф КОК қўлланилганда юзага келадиган хавфга ўхшаш бўлса ҳам, биринчи ҳолда бироз камроқдир.

## ТЕМИР ТАНҚИСЛИК АНЕМИЯ:

ПКК-ни қўллаш туфайли юзага келадиган хайз пайтидаги қон кетишлар характерининг ўзгариши қондаги гемоглобин миқдорига кам таъсир кўрсатади.

### ДАВОМИ ЖУРНАЛНИНГ КЕЙИНГИ НОМЕРИДА

Тестларга тўғри жавоблар: 1 – а,в; 2 –б,в, д; 3 – а,б, в,г; 4 – а,в,д; 5 –б,в,г; 6 – а, в, г;  
7 – а,б, в; 8 – а,б,г, д; 9 –в,г,д; 10 –б,в,г,д.

**Тузувчилар рўйхати:** Касимов Ш.З., Фазылова Ф.А, Фузайлов Ф.З., Абдулхаков И.У., Садирова М.А.

**Учредитель:**  
Ассоциация  
Врачей  
Узбекистана  
Издание  
выходит с  
января 2011 г.  
Ежеквартально

**Уважаемые читатели, вы можете оформить подписку на наш журнал.**  
**ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС**  
▪ 917 - для индивидуальных подписчиков  
▪ 918 - для подписки предприятий и учреждений

Подписано в печать – 7.06.2012 г.  
Отпечатано в типографии  
ООО «DM NASHR SERVIS»  
Формат 60 x 84 1/8. Объем 19 п/л  
Тираж экземпляров –1170 шт.  
Ташкент, ул. Ўсмана Носира 91