

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 сўзи

Ҳомиладорлик ва туғруқлар асоратидан ҳар куни дунёда 1500 аёл оламдан кўз юмиб, тарк этади. Бундай ҳолатларни кўпчилиги ривожланаётган мамлакатларга тўғри келади. Аналикни муҳофаза қилиш 2000 йилда БМТнинг Халқаро уюшмалар томонидан қабул қилинган Мингйиллик Ривожланишнинг саккизта мақсадларидан биридир.

Мингйиллик Ривожланишнинг бешинчи мақсади 1990-2015 йиллар давомида оналар ўлимини $\frac{3}{4}$ га камайтиришга қаратилган. Аёлларнинг ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврдаги ўлимига жуда кўп бевосита ва билвосита сабаблар олиб келиши мумкин. Дунёда 80% ҳолатларда ўлим бевосита сабаблар оқибатида вужудга келади. Асосий тўртта сабаблардан, булар кучли қон кетишлар (асосан туғруқдан кейин), инфекция (сепсис), гипертензив ўзгаришлар (одатда эклампсия) ва охирида туғруқлар. Оналар ўлимини 13 % ҳолатларда ҳафвли абортлар асорати натижасида руй беради.

Билвосита оналар ўлимига (20%) юрак қон томир касалликлари, ОИВ/ОИТС, анемия, малярия каби касалликлар билан асоратланган ҳомиладорлик сабаб бўлиши мумкин.

Оналар ўлимини кўпчилигини маълум сабабларини бартараф этиш орқали олдини олиш мумкин. Аёлнинг ҳаёти туғруқ давридаги кўрсатилаётган малакали ёрдамга боғлиқдир. Масалан: туғруқнинг учинчи стадиясидаги 2 соатли кучли қон кетишдан соғлом аёл ҳам ўлиб қолиши мумкин. Туғруқдан кейингидаврда дарҳол қилинган окситоцин инъекцияси қон кетиш хавфини самарали камайтиради.

Асептика техникасига риоя қилинганда иккинчи ўриндаги оналар ўлимига сабаб бўлувчи сепсис ривожланиши анчага камайиш эҳтимоли булади. Ўлимга олиб келувчи учинчи сабаблардан бири эклампсия, ҳомиладорлик даврида кенг тарқалган, лекин шу билан бирга уни назоратга олиш мумкин. Туғруққача презеклампсияни тулиқ даволаб бўлмаса да, магний сульфат каби дори воситалари билан ўлимга сабаб бўлувчи конвульсия (тутқанок) ривожланиш хавфини олдини олиш имконини беради.

Яна бир ўлимга сабаб бўлувчи омиллардан бири асоратланган охирида туғруқларни малакали тиббий ёрдам кўрсатиб, назорат остида олиб боришдир. Оғирлашган туғруқлар ҳомилани аномал жойлашишида, бошини ўлчамлари онани тос ўлчамларидан катта бўлган ҳолатларда руй бериши мумкин. Сабабларни эрта аниқлашни оддий инструменти бу партограмма, яъни хомила ва онани ҳолатини ва туғруқ кечишини акс эттирувчи графиги ҳисобланади.

Малакали тиббий ходимлар партограммдан фойдаланиб, секин кечувчи туғруқ ва керакли чораларни оғирлашган туғруқ юзага келишидан аввалдан аниқлаш имконини беради. Аёлларга туғруқдан олдин, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврида тегишли ёрдам кўрсатилмасликни сабаблари бор. Узоқ туманларда керакли мутахассисини йуқлиги ёки мутахассис булса ҳам малакали ёрдам йуқлиги асосий сабаб бўлиши мумкин. Бошқа ҳолатларда аёл тиббий муассасаларга етиб бориши учун транспорт воситаларни йуқлиги, бошқа бир сабаблардан маънавий тубанлик ёки аёлнинг ижтимоий ҳолати керакли тиббий ёрдамни ўз вақтида олишга қаршилик килади.

Оналикни муҳофаза қилишни яхшилаш борасида мавжуд тўсиқларни енгиб, тиббий хизмат сифатини ошириш керак. Соғлиқни сақлаш вазирлигини фаолияти ҳомиладорлик ва туғруқларни олиб бориш интеграция принципларига асосланган булиб, бу йуналиш асосан ҳомиладор аёлларга юқори малакали тиббий-санитария хизматини янада яхшилашга қаратилган. Шу билан бирга соғлиқни сақлаш вазирлиги сифатли антенатал ёрдамни кўрсатишни кенгайтириш борасида жамоатчилик, оилалар, алоҳида шахсларни жалб қилиниши қўллаб қуватлайди.

Республика акушер ва гинекология институти директори. Соғлиқ сақлаш вазирликни акушер-гинекология буйича бош мутахассиси профессор Султанов Саид Носирович

МАХСУС СКРИНИНГ ТЕКШИРИШЛАРИ

Скрининг ва гематологик патологияни аниқлаш



Камқонлик

Бутун дунёдаги аёлларда учрайдиган камқонликнинг кенг тарқалган тури, темир етишмовчилик камқонлиги ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида, йўлдош ривожланиши, ҳомила ўсиши шунингдек ҳомиладор аёлнинг эритроцитлар массаси ортиши тўфайли, бу микроэлементга бўлган талаб ортади. Талаб ошган сари, темирнинг сўрилиши ҳам ортади. Ҳомиладорлик даврида зардоб ҳажми меъёردа 50%гача, эритроцитлар миқдори -20% гача ортади.

Шундай қилиб гемоглобин концентрацияси пасаяди. Тананинг бунақа меъёрий ўзгариши натижасида, темир етишмовчилик камқонлиги ривожланади.

Соғлом ҳомиладорда, меъёрий гемоглобин миқдори 110-120 г/л кам бўлмаслиги керак деб қабул қилинган. Гемоглобин миқдори жуда кўп ёки кам бўлганда ҳомиладорлик ва туғруқ натижаларининг салбий тугаш хавфи ортиши кузатилиши мумкин.

Камқонликнинг этиологик факторларининг тури ҳар хил (ўроқсимон-хужайрали камқонлик, талассемия, темир етишмовчилиги) бўлганлиги сабабли, фақат гемоглобин миқдорига асосланган ташхис, ҳақиқий ҳисобланмаслигини билиш лозим. Бироқ, амалиётда айнан шу ёндашув қўлланилади, гарчи махсус ҳолатлар учун, камқонлик сабабини аниқлашда, ишончли бўлган кўрсаткич – зардоб ферритинининг миқдорини аниқлаш мақсадга мувофиқдир.

Аntenатал парвариш давомида, иложи борича ҳомиладорликнинг эрта даврларда скрининг ўтказиш ва камқонликни аниқлаш лозим. Гемоглобин миқдорини аниқлашнинг энг қулай вақти, биринчи антенатал ташриф вақтида, шунингдек, ҳомиладорликнинг 28 хафтаси ҳисобланади. Агар, гемоглобин миқдори биринчи антенатал ташриф вақтида 110 г/л ва ҳомиладорликнинг 28 хафталигида 105 г/лдан кам бўлса, темир тутувчи дори дармонлар тавсия қилиниши лозим. Шунини таъкидлаб ўтиш лозимки, бизнинг мамлакатимизда амал қиладиган бўйруқларга асосан, камқонлик бўйича скрининг биринчи антенатал ташриф вақтида, шунингдек ҳомиладорликнинг 36 хафталигида ўтказилади.

Она ва бола ўртасидаги иммунологик номутаносиблик

Ҳомиладор аёлда резус-изоиммунизациянинг бўлиши, ҳомила ва янги туғилган чақалоқда гемолитик касаллик ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. 1970 йилларгача, перинатал ўлимнинг, кейинги ногиронлик билан тугайдиган (ақл идрок зарарланишигача) неонатал касалликларнинг асосий сабабчиси, шу патология ҳисобланган. 70 йилларнинг бошида, анти Д гамма глобулин тадбик қилиниши ва амалиётда қўлланилиши бошлангач, резус-иммунизациянинг оғир шакллари кам учрайдиган бўлди. Оилада, боланинг ўртача сони камайтирилиши ҳам, бу кўрсаткичнинг паст бўлишига олиб келган бўлиши мумкин.

Резус манфий аёлларда, боласининг резус-фактори мусбат ёки канақадир сабабларга кўра, қон мансублигидан қатъий назар резуси аниқлаб бўлмайдиган ҳолатларда, туғруқдан кейинги касалликнинг олдини олиш чора тадбирлари, аёл туққанидан сўнг 72 соат мобайнида анти-Д иммуноглобулини тавсия қилиш киради. Шунингдек, Анти-Д иммуноглобулин, онадан болага қон трансфузиясининг юқори хавфи бўлса, ҳомиладорлик даврида резуси манфий бўлган барча аёлларга ҳам тавсия қилиниши лозим.

Иммунизацияланмаган резус-манфий мижозларга ҳомила-она тарансфузияси хавфи юқори бўлганда, анти-Д иммуноглобулинини тавсия қилишдан олдин, муолажалар ўтказилиши лозим. Бу муолажаларга хорион, йўлдош биопсияси, амниоцентез, кордоцентез, шунингдек ҳомила думба билан келганда ҳомиланинг ташқарига бурилишлари киради.

Ҳомила – она трансфузияси аёлларда изоиммунизацияга олиб келиши мумкин, агар: бола олдириш ёки ўз-ўзидан бола тушиши кузатилганда анти-Д иммуноглобулин тавсия қилинмаган бўлса. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ўз-ўзидан бола тушиши бўлганда 6-7% ҳолатларда ҳомила-она трансфузияси кузатилади. Иккинчи триместрда бу кўрсаткич 20 ва ундан юқори фоизларни кўрсатади.

Бундан ташқари ҳомила-она трансфузиясига абдоминал шикастлар, ҳомиланинг олдин келиши, йўлдошнинг кўчиши, акушерлик кўрсатмаларига асосан бажарилган кесар кесиш амалиёти ёки ҳар қандай бачадондан қон кетишлар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Ҳомила-она трансфузияси аниқ бир сабабларсиз ҳам ривожланиши мумкин. Ҳомиладорлик ёки туғруқ даврида ҳомиланинг тушунтириб бўлмайдиган ўлими ёки камқон боланинг асфиксия ҳолатида туғилиши, ҳар доим, бўлиши мумкин бўлган сезиларли ҳомила-она трансфузияси ҳақида ўйлаш кераклигига йуналтиради.

Ҳомиладорликнинг эрта даврларида ҳамма аёлларнинг қон гуруҳи ва резус фактори аниқланиши лозим. Резуси манфий бўлган аёлларни, кейин қонда резус-антителалар борлигига текширилишлари керак.

Онада антителалар аниқланганда, ҳомила қонида керакли антигенлар бўлмаганда шикастланиш хавфидан дарак беради, бироқ, шу билан бирга унинг борлигини айтмайди.

Антителалар титр даражаси чақалоқлар гемолитик касаллигининг оғирлиги ёки борлигини аниқламайди, гарчи, биринчи ҳомиладорликда антителалар титр даражаси ва чақалоқ зарарланиш ўртасида сезиларли ўзаро боғланишлар мавжуд. Ҳомила зарарланиш оғирлигига нисбатан асосий қимматли кўрсаткич бўлиб, акушерлик анамнезида антителаларнинг титр кўрсаткичларининг қиёсий натижалари борлиги ҳисобланади ва бу, ушбу ҳомиладорликда гемолитик зарарланиш даражасини аниқ баҳолаш имконини беради.

Ҳомила ривожланишининг туғма нуқсонлари скрининги

Ҳомила тузилиши нуқсонларини аниқлашга қаратилган скрининг тестларига тиббий-генетик маслаҳат, ультратовушли сканерлаш, она қони зардобининг таҳлили, хромосома тўпламининг (хорион биопсияси, цитогенетик усуллар) таҳлили.

Бу тестларни ўтказишдан мақсадларга қуйидагилар киради:
- ҳаёт билан мувофиқ келмайдиган нуқсонлар

- оғир саматик ва руҳий патология, бир умрлик ногиронлик ва меҳнатга яроқсизликка олиб келувчи нуқсонлар
- ҳомила ичи даврида, даволаса бўладиган ҳомила ҳолати
- туғруқдан кейин, тиббий аралашув ёки қўшимча текширишни талаб қиладиган ҳомила ҳолати

Ҳомила патологиясини аниқлаш тадбирлари ҳомиладорлик, туғруқ даврининг, шунингдек мижозларга репродуктив эркинликни танлашни тақдим қиладиган аниқ режали ҳаракатларни ишлаб чиқишга йўналтирилган бўлиши лозим.

Ўтказилган тестларнинг натижалари мижозларга содда, оддий шаклда тушунтирилиши керак. Шифокор томонидан қайд қилинган ёзувлар мақсадларни, иложи бўлса ўтказиладиган тестларни батафсил тушунтирилиши лозим (масалан, ультратовуш сканерлаш қўлланилганида, қайси тузилмалар нима учун текширилиши тушунтирилиши керак). Бундан ташқари, ушбу усулдан фойдаланганда, мусбат ва манфий хато учраш тезлигини, шунингдек, мусбат ёки манфий натижалар олинадиган ҳолатларда кейинчалик ўтказиладиган тадбирлар кўрсатилиши керак.

Тиббий – генетик маслаҳат бериш

Тиббий-генетик маслаҳат бериш, антенатал ёрдам кўрсатиш тизимининг асосий таркибий қисмига айланиб бормоқда. Пренатал ташхисланадиган ирсий касалликлар сони, молекуляр генетикадаги муваффақиятлар туфайли, кундан кунга ортиб борапти.

Ҳомила ҳолатини пренатал текширишдан олдин, мижоз билан тўлақонли маслаҳат ўтказиш муҳим, шу билан бирга, туғма патология бўлиш хавф даражасини баҳолаш асосий вазифа ҳисобланади.

Пренатал скрининг ўтказиш қарорини қабул қилиш ва танлаш ҳамда унга боғлиқ бўлган кейинги аралашувлар, боланинг бўлажак ота-онаси учун афзал бўлиши керак. Бу танлов келиб чиққан ҳолатлар, барча яширин бўлган салбий оқибатлар ва бўлиши мумкин бўлган пренатал диагностиканинг ижобий натижалари асосида бўлиши лозим. Шунинг учун, ҳар бир скрининг дастурини ўтказишда, аёл ва унинг қариндошлари ҳолатни тўғри тушуниши ва керакли қарорни қабул қилиши учун, мижозга маслаҳат бериш мақсадида керакли вақт ажратилиши керак.



Ультратовуш текширишлари

Ҳомиланинг туғма ва наслий касалликларини аниқлаш мақсадида ультратовуш текширишидан уч йўналишда фойдаланиш мумкин:

-Ҳомила туғма патологияларининг маркерлари ва ривожланишини бевосита кўриш учун;

-Инвазив бачадон ичи диагностик аралашувларини таъминлаш учун (масалан, амниоцентез ва хорионбиопсия);

- ҳомиладорлик муддати ҳақидаги аниқ маълумотларни талаб қиладиган бошқа тестлардан унумли фойдаланиш имконини берадиган фетометрия ўтказиш учун.

Ҳозирги кунда ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари, кўп ҳолатларда ультратовуш текшириш ёрдамида аниқланмоқда. Анэнцефалия каби нуқсонлар диагностикаси, бошқа нуқсонларга (юракнинг айрим нуқсонлари) нисбатан қийинчиликлар туғдирмайди. Битта нуқсонни аниқлаш, бошқа нуқсонлар ва/ёки хромосом аномалиялар борлигига шубҳа туғдиради. Кўпинча ҳомила ривожланишининг одатий четга чиқиши нуқсон бўлмайди, аммо қанақадир хромосом бузилишлар борлигидан далолат беради. Усулнинг диагностик аниқлик даражаси қуйидагиларга кўра ўзгариб туради:

- патология тури
- гестацион муддати
- текшириш ўтказадиган мутахассис кўникмалари
- фойдаланиладиган асбоб сифати
- текшириш ўтказиш учун ажратилган вақт

Бундан ташқари, ҳомила тузилиши нуқсонларининг скринингини ўтказадиган мутахассислар, ўтказиладиган текширишларнинг доимий назорат сифатига муҳтож бўладилар. Бунинг энг яхши усули, текшириш ўтказгандан кейин туғилган болаларнинг соғлиғи ҳақида маълумотлар йиғиш ҳисобланади.

Ультратовуш сканеридан фойдаланиш, перинатал ўлим кўрсаткичининг пасайиш факторига кириши мумкин, агар, ҳомила ривожланишида оғир нуқсонлар аниқлангандан сўнг, ота-оналар ҳомиладорликни тўхтатиш қарорига келсалар.

Ҳомилада яшашга мувофиқ бўлмаган ривожланиш нуқсонлари аниқланганда кўпчилик оила жуфтликлари учун ҳомиладорликни тўхтатиш мақсадга мувофиқ бўлади. Бу нуқсонларга, анэнцефалия ёки оғир ногиронликка сабаб бўладиган нуқсонлар, яъни орқа мия чурраси ва оғир гидроцефалияларни бирга келиши киради. Қарор қабул қилишда қийинчиликлар юз бериши мумкин, қачонки аниқланган нуқсонлар аниқ оқибатларга эга бўлмаса ёки ҳолатни шарҳлашда хатоликлар бўлса.

Бунақа ҳолатларда, асосиз аралашувлар ва тиббий ходимлар хатоси туфайли рўй берадиган постнатал муаммолар бўлмаслиги учун, ҳамкор мутахассислик маслаҳатларидан фойдаланиш лозим.

Ҳомилада ривожланиш нуқсонини аниқлаш, ҳомиладорликни албатта тўхтатиш учун, кўрсатма бўлмайди. Аниқ ташхис аниқланиши, бўлажак ота-оналарни туғиладиган боланинг ривожланишида ўзгаришлар борлигига олдиндан тайёрлайди.

Бироқ, айрим ҳолатларда, оилага ушбу ҳолатни удалаш ва бўлажак болани парвариш қилиш режаларини ишлаб чиқиш учун, малакали мутахассис маслаҳати керак бўлиши мумкин. Ҳомила ривожланиши нуқсони бўйича беғараз ва тахминларга асосланмаган маслаҳат учун, шахсий ҳамдардлик, ҳамда амалда қўллаб қувватлашни кўрсата оладиган инсонларнинг қатнашиши талаб қилинади.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатида ўтказиладиган ультратовуш текширишининг энг кам стандартларига қуйидагилар кириши лозим:

- ҳомила бошининг шакли ва ўлчами ҳамда бош суяги бушлиғининг тузилиши (cavum pellucidum, cerebellum, atrium < 10 mm соҳасида қоринчалар ўлчами)
- орқа мияни бўйлама ва кўндаланг сканерлаш
- қорин шакли ва буйрак ҳамда киндик сатҳида жойлашган тузилмаларнинг таърифи
- қорин шакли ва ошқозон сатҳидаги тузилмаларнинг таърифи
- буйракнинг олдинги орқа ўлчамини ўлчаш

- корин бўшлиғини узунасига сканерлаш (диафрагма ва сийдик пуфаги)
- юракнинг тўртта бўлимини кўрсатадиган кўкрак бўшлиғи
- юракдан чиқадиган катта томирлар
- юз ва лаб
- кўл соҳаси: бармоқлардан ташқари учта асосий суяклар
- оёқ соҳаси: бармоқлардан ташқари учта асосий суяклар, кафт суяги

Даун синдроми скрининги

Даун синдроми, ёки 21 жуфт хромосоманинг туғма патологияси ҳисобланади. Даун синдроминанинг учраш тезлиги сезиларли юқори. Касаллик асосан, аклий ривожланишдан орқада қолиш, юрак-қон томир тизимида туғма нуқсонлар, лейкомия, калконсимон безлар касаллиги,



тутканок, Альцгеймер касаллиги каби кечиши мумкин.

Даун синдроминанинг пайдо бўлишида аёлнинг ёши катта аҳамиятга эга. Ушбу патология билан бола туғиш имконияти 1:1440 20 ёшли аёлларда, 1: 338 35 ёшли аёлларда ва 45 ёшли аёлларда 1:32.

Даун синдроми скринингини ўтказишнинг биринчи қадами бўлиб, аёлга касаллик, текшириш усуллари ҳақида тўлиқ маълумот бериш киради, мақсад, аёл текшириш ўтказиш қарорини ўзи қабул қилишига қаратилган.

Даун синдроми скрининги ҳомиладорликнинг биринчи ёки иккинчи триместрида, ҳар хил усуллар орқали ўтказилиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ультратовуш орқали ҳомила умуртқаси ва бўйин тери ости клетчаткасининг масофаси ўлчанади. Бу усулдан хавф гуруҳидаги аёлларда, ҳомиладорлик муддати 10-14 ҳафталик бўлганда фойдаланилади. Бу усулдан, айрим ҳолатларда патологиянинг зардоби маркерларига тест ўтказмасдан фойдаланиш мумкин: ХГ (гармоннинг эркин бета-бирлиги ва умумий миқдори) ва ҳомиладорликка боғлиқ бўлган PAPP-A оксиди (аралаш тестга кирадиган). Патологияни аниқлашда бу тестдан ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида фойдаланиш маъқул, гарчи, Даун синдроми ташхисини қўйишда, тестнинг сезгирлик даражаси ягона текшириш усули бўлиб ҳисобланмайди.

Иккинчи триместрнинг эрта даврларида, ҳомиладорликнинг 15-16 ҳафталигида биохимик маркерлардан фойдаланиб текшириш ўтказиш мумкин. Даун синдроминанинг биохимик маркерларига киради: альфа-фетопротеин, конъюгирланмаган эстриол, димер ингибин А.

Ҳозирги кунда Даун синдроми скрининги учун, ҳомиладорликнинг биринчи триместрида бир қанча мультимаркер тестлар, шунингдек зардоби маркерларнинг аралаш усуллари ва ультратовуш текшириши (1-2 триместрларда) қўлланилади.

Бу тестларга киради:

- «аралаш тест»- измерение уровней PAPP-A, ХГ миқдорини ва ҳомила умуртқаси ва бўйин тери ости клетчаткасининг (бурмаси) масофаси ўлчаш

- «икки таркибли тест»- ҳомила муддати 14-20 хафталик бўлганда ХГ, зардобда альфа-фетопро테인ни ўлчаш
- «уч таркибли тест»- ХГ, альфа-фетопроtein, конъюгирланмаган эстриол миқдорини ўлчаш
- «тўрт таркибли тест»- ХГ, альфа-фетопроtein, конъюгирланмаган эстриол, ингибин А миқдорини ўлчаш
- «жамланган тест»- ҳомиладорликнинг 10-12 хафталигида, ҳомила умуртқаси ва бўйин тери ости клетчаткасининг (бурмаси) масофаси ўлчаш, PAPР-А миқдорини аниқлаш, кейинчалик ҳомила муддати 14-20 хафталик бўлганда ХГ, альфа-фетопроtein, конъюгирланмаган эстриол, ингибин А миқдорини ўлчаш
- «зардобли жамланган тест» жамланган тест каби, фақат ҳомила умуртқаси ва бўйин тери ости клетчаткасининг (бурмаси) масофаси ўлчанмайди.

Шунга қарамай, даун синдроми ташхисий текширилишининг олтин стандарти бўлиб, кариотишлаш мақсадида инвазив текширишларни ўтказиш киради. Бунақа текширишлар айрим асоратлар битлан кечишини унутмаслик керак. Асосий асорат бўлиб ҳомиладорликни тухтатиб қўйиш ҳисобланади.

Даун синдроми текширишлари ўтказилгач, онанинг ёши, текшириш ўтказилган гестация муддати, шунингдек биохимик маркерлар миқдори ҳисобга олинган ҳолда эҳтимолий ташхис ҳақида тахмин қилинади. Скрининг натижалари мусбат, Даун синдроми юқори ҳисобланиши мумкин, қачонки ушбу ҳудуд учун ишлаб чиқилган ўртача миқдордан, текширишлар кўрсаткичининг йиғиндиси баланд бўлса. Скрининг натижалари Даун синдромининг эҳтимолий ташхисини кўрсатиш мақсадида сон эквивалентида ифодаланади (масалан, ҳомиладор аёлда даун синдроми билан бола туғиш эҳтимоли 1/250). Скрининг натижалари мусбат бўлганда, аёлга тўлиқ текширишдан ўтиш тавсия қилинади (амниоцентез ўтказиш).

Даун синдромининг пайдо бўлиш эҳтимолининг ўртача сони аниқланганда, ушбу муддатларда генетик патология рўй берган ҳомиладорликнинг айрим қисмида, ўз-ўзидан ҳомиладорликнинг тўхтатилишини ҳисобга олиш лозим. Шундай қилиб, тўлиқ ҳомиладорликка нисбатан гестациянинг эрта муддатларида аниқланган патологиянинг сони юқори бўлиши мумкин. Бу ушбу ҳудуднинг ўртача кўрсаткичлари ва аёлни юқори хавф гуруҳига киритилишига таъсир кўрсатади.

Зардобли альфа-фетопроtein

Қайси популяцияда асаб найчасининг нуқсони кўп учраса, ўша жойда зардобли альфа-фетопроteinини скрининг усулида ўтказиш мақсадга мувофиқдир. 10 000 та тирик туғилган болада тахминан 7,2-15,6 ҳолатларда асаб найчасининг нуқсони учрайди ва бир қанча белгилар, spina bifidaнинг сезилмас ҳолатларидан менингомиелоцеле ва анэнцефолия (бачадондан ташқари ҳолатларда яшаш қобилияти йўқ) каби оғир ҳолатларгача учраши кузатилади. Ҳомила асаб найчасининг очиқ нуқсонлари бўлганда, 80% ҳолатларда онанинг зардобли альфа-протеин миқдори кўпаяди. Бу зардобли альфа-протеин миқдори юқори бўлишига бошқа аномалиялар, масалан қорин олдинги деворининг очиқ нуқсонлари ҳам сабаб бўлиши мумкин. Bifida ҳолатларида, онада MSAFP миқдори ўртача кўрсаткичлардан тўрт марта кўп бўлади, анэнцефолияда эса бу кўрсаткич деярли етти мартага ортади.

Агар тест натижалари қонда зардобли альфа-протеин миқдори кўплигини аниқласа, она тўлиқ ультратовуш текширишидан ёки амниоцентездан ўтиши

лозим. Амниотик суюкликда зардобли альфа-протеин миқдорини текшириш, асаб найчаси нуқсонлари диагностикаси учун сезгир усул ҳисобланади. Юқори малакали ультратовуш текшириши мавжуд бўлган ҳолатларда, амниоцентез ўтказиш мақсадга мувофиқ эмаслигини айтиб ўтиш лозим.

Фолат кислотасини 0,4 мгдан кўпроқ миқдорини ҳомиладор бўлишдан камида 4 hafta олдин ва ҳомиладорликнинг биринчи 6 haftалигида тавсия қилинганда, асаб найчаси нуқсонларининг пайдо бўлиш эҳтимолини сезиларли камайиши билан боғлашади. Асаб найчаси нуқсони билан бола кўрган аёлларда, фолат кислотасини катта миқдорларда (4 мг) тавсия қилиниши, касаллик қайталаниш даражасини анча пасайтиради.

ҲОМИЛАДОРЛИКДАГИ ИНФЕКЦИЯЛИ АСОРАТЛАР

Яқин ўтган кунларгача ҳомиладорликдаги инфекциялар асорати, оналар ва перинатал ўлимнинг асосий сабабчиси эди. Ҳозирги кунда бактериял инфекция туфайли оналар ўлими жуда кам кузатилади. Ҳомиладорлик даврида инфекцияли касалликларни бактериялар, замбуруғлар, вируслар ва бир хужайрали ҳайвонлар чақириши мумкин.

Кандидоз

Вагинал кандидоз (молочница) ҳомиладорлик даврида тез-тез учрайдиган касаллик ҳисобланади. Одатий белгиларига қин орқали кўп миқдорда безовталиқ чақирувчи ажралмаларнинг ажралиши ва қичишиш ҳиссининг пайдо бўлиши киради. Ҳомиладор аёлларда кандидоз 2-10 марта кўп учрайди ва даволанишга қийин берилади. Касаллик, одатда туғруқдан сўнг ўз-ўзидан ўтиб кетади.

Текшириш ўтказилганида кичик уятли лаблар, қинга кириш соҳаси ва қиннинг пастки уч қисмидаги шиллиқ қаватларда гиперемия аниқланади. Касалликнинг ўзига хос белгиси бўлиб, қин ва эктоцервиксда оқ-қулранг қатламнинг пайдо бўлиши ҳисобланади. Бу қатламлар нуқта-нуқта ёки каттароқ (3-5мм) бўлиб, улар думалоқ ёки нотўғри кўринишли шаклларда, алоҳида-алоҳида ёки бир-бирининг устида жойлашган бўлиши мумкин.

Қатъий ташхис лаборатор текширишлардан сўнг қўйилиши мумкин.

Туғма кандидоз кам вазн билан туғилган чақалоқларда кузатилиши мумкин ва зотилжам, тери инфекцияси билан бирга қўшилиб келиш эҳтимоли бор. Бироқ, бу инфекциялар ҳомиладорлардаги вагинал кандидозга нисбатан кам учрайди. Белгиларсиз кечадиган кандидоздан азият чекадиган оналардан туғилган болаларда ёмон таъсирлар сезилмас бўлгани учун, кандидамикоз скрининги асосланмаган.

Симптоматик вагинал кандидозни даволашда, имидазол қаторидаги (масалан, клотримазол) маҳаллий дорилар билан 7 кун давомида даво ўтказилиши тасия қилинади, бу дорилар нистатинга нисбатан самаралилиги катта эканлиги исботланган. Касаллик қайта пайдо бўлиши мумкинлиги сабабли, такрорий даво ўтказилиши талаб қилиниши мумкин. Кандидоз белгиларсиз кечганда, уни даволаш учун ҳеч қанақа кўрсатмалар йўқ.

Ҳозирги кунда оғиз орқали замбуруғга қарши дорилар (масалан флуконазол) ҳам кенг қўлланилмоқда. Назарий томондан бу дори-дармонлар, маҳаллий дориларга нисбатан самарали бўлиши мумкин, чунки улар ичак микроорганизмларига ҳам таъсир кўрсатадилар. Бироқ, ҳомиладорликда бу даво усулининг самараси етарли ўрганилмаган ва шунинг учун ҳомиладорларга тавсия қилиниши мумкин эмас.

Трихомоноз

Трихомоноз вагинит, жинсий йўллар орқали юқадиган касаллик ҳисобланади. ЖССТ маълумотларига кўра (1994й), ҳар йили жаҳондаги 120 миллионга яқин аёллар *Trichomonas vaginalis* билан касалланар эканлар. Касаллик қиндан яшил-сарик кўпиксимон ажралмалар келиши, диспареуния, оралик соҳасида қичишиш ва оғриқ билан кечадиган вульва ва уретрадаги безовталиқ билан кечади. Яшил кўпиксимон ажралмаларнинг келиши, айрим аёллардагина кузатилишини унутмаслик лозим.

50% гача аёллар трихомонада касаллигини тарқатувчиси ҳисобланиб, уларда ҳеч қанақа клиник белгилар кузатилмайди.

Қиндаги нам суртмани микроскопда текшириш арзон ва юқори маълумот берувчи ҳисобланади, бироқ культура (экиш) усулига нисбатан, фақат 50%га касаллик тарқатувчисининг аниқланишига сезгир.

Қин ажралмасини дорига сезгирлигини аниқлаш мақсадида, натрий хлорнинг изотоник эритмасида суюлтирилган томчини микроскоп остида дарҳол кўриш лозим. Ажралманинг совуб қолиши, касаллик тарқатувчисининг тўлқинсимон ҳаракати йўқотилишига олиб келади, бу эса уни аниқлашда қийинчиликларга сабаб бўлади.

Трихомонозни экиш орқали текшириш усули энг самарали усуллардан биттаси ҳисобланади, бироқ кўп меҳнат, вақт талаб қилади ҳамда сезиларли қиммат усулга киради.

Ҳозирги кунда трихомонада инфекциясининг ҳомиладорлик натижасига таъсири тўлиқ аниқ эмас, бироқ, қин шиллиқ қавати бутунлиги бузилганлиги учун, ОИВ вирусини юқиш хавфининг юқори бўлишида кўшимча фактор сифатида хизмат қилиши ҳақида тахминлар мавжуд. Бошқа томонлама, вагинитда қин шиллиқ қавати бутунлигини бузувчи махсус касаллик кўзгатувчисининг ажралиши қийин, чунки бу патология кўпинча микроблар ассоциацияси туфайли ҳам келиб чиқади.

Trichomonas vaginalis касаллигини даволашда, метронидазол юқори самарали восита ҳисобланади. 2 граммга тенг бўлган бир марталик миқдор 90% аёлларга фойда беради. Ҳомиладор аёлнинг жинсий шериги ҳам бир вақтда даволаниши лозим. Тинидазол, орнидазол, ниморазол ва нитрамидазол гуруҳидаги бошқа дорилар ҳам трихомонада касаллигини даволашда юқори самарали ҳисобланади.

Шу билан бирга ҳомиладорликнинг биринчи триместрида метронидазолни тавсия қилмаслик лозим. Гестациянинг эрта даврларида трихомоноз касаллигини даволаш учун клотримазол тавсия қилиниши мумкин.

Trichomonas vaginalis жинсий йўл орқали юқадиган ва ҳомилага ёмон таъсир кўрсатадиган бошқа микроблар билан бирга келгани учун, трихомонадани аниқлашда аниқ мақсад билан ЖЙОЮК кўзгатувчиларини фош қилиш лозим.

Бактериал вагиноз

Бактериал вагиноз қин инфекцияси бўлиб, кўп миқдорда микроорганизмлар, яъни гарднерелла, микоплазма ва лактобациллаларнинг меъерий миқдорини камайтирадиган қатордаги – ҳар хил анаэроб бактериялар борлиги билан ажралиб туради. Бактериал вагинозлар жинсий йўл орқали юқадиган касалликларга

кирмайди, бироқ улар жинсий фаолликка боғлиқ бўлади. Бактериал вагиноз ҳомиладорликнинг кўп салбий оқибатлари, айниқса – вақтидан олдин туғруқ бўлишига сабабчилардан биттаси ҳисобланади.

Шу аснода, бактериал вагиноз 20% ҳомиладор аёлларда кузатилади ва скрининг ҳамда даволашни бошлашдан олдин, касаллик қўзғатувчиси ҳақиқатдан ҳам патоген эканлигига ишонч ҳосил қилиш лозим.

Бактериал вагинозни антибиотиклар ёрдамида самарали даволаш мумкинлигини, клиник тадқиқотлар кўрсатган. Бироқ, бу ҳомиладорлик оқибатига таъсир кўрсатмайди (анамнезида вақтидан олдин тукқан аёллар даво олгач, кўпинча вақтида тукқан ҳолатлардан ташқари).

Бактериурия

3-8% ҳомиладор аёлларнинг пешобида бир қанча бактериялар аниқланади (бактериурия), ва улар, қоидага кўра касаллик белгиларисиз кечади. Бироқ, даво ўтказилмаганида 15-45% мижозларда, белгиларсиз бактериурия сийдик пуфаги ва буйракларда яллиғланиш (ўтқир цистит ёки пиелонефрит) жараёни рўй беришига сабаб бўлади. Ўтқир цистит ва ўтқир пиелонефрит барча ҳомиладорларнинг тахминан 1%да аниқланади. Шундай қилиб, сийдик чиқариш тракти инфекциялари, ҳомиладорликнинг тез-тез учрайдиган асоратларидан биттаси бўлиб ҳисобланади.

Бактериурия скринингининг энг яхши усули бўлиб, бир марта олинган намунадаги колонияларни ҳисоблаш ва культурани микробиологик ўрганиш ҳисобланади.

Ҳомиладорлик даврида белгиларсиз бактериуриянинг диагностикаси ва даволаш, ўтқир пиелонефрит ҳамда она ва ҳомила учун, бевосита асоратлар ривожланиш хавфининг камайишига сабаб бўлади. Бу вақтидан олдин туғилиш тезлиги, шунингдек кам вазнли бола туғилишининг камайиши билан кўринади.

Антибиотиклар билан даволаш, қин ва цервикал каналда микроорганизмлар фаоллигининг камайишига имкон туғдиради. Бироқ бактериурияни даволаш, узок вақт давомида кузатиладиган кейинги инфекция ривожланиш хавфининг камайиши билан бирга келмайди.

Сульфаниламидлар, нитрофурантоин, ампициллин ва цефалоспоринларнинг биринчи қаторидаги дориларга, бактериялар сезгир бўлса, сийдик йўлининг белгиларсиз инфекциясини даволашда самарали деб ҳисоблашга асос бор.

Касаллик зўрайганда ёки қайталанганда аёллар керакли даво олишлари керак, ҳомиладорлик тугагач эса, сийдик ажратиш йўлидаги патологик ўзгаришларни аниқлаш мақсадида, улар махсус текширишдан ўтишлари лозим.

Пиелонефрит

Пиелонефритнинг клиник ташҳиси иситмалаш, белда оғриқ, дизурик кўринишлар, шунингдек бактериал культурага экиш натижаси мусбат бўлган ҳолатларга асосланади.

Бунақа белгили аёлларни шифохонага ётқизиш ва қон ҳамда пешобни экиш орқали, микроорганизмларнинг қайси антибиотикларга сезгирлигини аниқлаб, даво ўтказилиши лозим. Септицимиянинг аниқ белгилари кузатилмаганда, перорал ва вена ичи давоси, тизимли асорат яъни сепсис ёки сийдик ажратиш трактининг ҳар қандай инфекцияси каби, она тана ҳароратининг ўзгаришини кузатган ҳолатда

олиб борилиши керак. Агар касалланиш манбаси, тахминан *Esherichia coli* ҳисобланса, бошланғич даво сифатида аминогликозидлар (ампициллин билан бирга ёки у сиз) ёки цефалоспорин мос даво деб ҳисобланиши мумкин.

Агар касаллик оғир кечса ёки антибиотикларга резистентлик шубҳа қилинганда, аминогликозид ва ампициллинларни, бирга қўшиб даво ўтказиш лозим. Хиолин қаторидаги дориларни, ҳомиладорлик даврида тавсия қилинмайди.

Даво ўтказиш вақтида, ҳомиладорда буйрак етишмовчилигига шубҳа бўлса, дорининг ҳомилага теротоген таъсирини камайтириш мақсадида, онанинг қон зардобидаги аминогликозидлар миқдорини синчиклаб кузатиб бориш қатъий талаб қилинади.

Ўткир пиелонефрит ўтказган аёлларни, сурункали инфекциянинг юқори хавф ва қайталаниш гуруҳига киритиш керак.

ОИВ- инфекция

Ортирилган иммун танқислик синдроми (ОИТС), ҳозирги кунда инсон соғлиғи учун катта муаммоларга сабаб бўлмоқда. Касаллик иммун тизимида нуқсон бўлиши ва айрим ўсма касалликлари ҳамда оппортунистик (қулай шароит) микроорганизмларга берилувчанлик билан бирга кечади. Касалликнинг белгиларсиз кечиши, инфекцияни онадан болага берилиш хавфини оширади. Махсус аралаш антиретровирус химиотерапия, шунингдек оппортунистик инфекцияларнинг фаол олдини олиш тadbирлари ўтказилишига қарамай, касаллик ривожланишда давом этмоқда.

Болаларда ОИТС биринчи марта 1982 йилда қайд қилинган. Ҳомила она бачадонида зарарланиши мумкин. Туғруқ даврида ҳомиланинг касалликни юқтириши аниқламасдан қолмоқда ва бир неча ой, йиллардан сўнг рецидивланувчи бактериал инфекция, сепсис, сурункали ёки қайталанувчи еликиш (молочница) ҳамда бола ривожланишининг орқада қолиши ҳолатида кўриниши мумкин.

Фақат юқори хавф гуруҳи учун ўтказиладиган, ушбу инфекцияни аниқлаш бўйича скрининг, кам миқдордаги касаллик юқтирган аёлларни аниқлашга қодир. Барча ҳомиладорларда ОИВ скринингини ўтказиш, қатъий тавсия қилинади.

ОИТС клиник белгилари яққол кўринган аёллар ҳам, фақат ОИВ юқтирган оналар ҳам болаларига вирусни юқтирадилар.

Ҳомиладор аёлларда ОИВ скринингини иложи борица эрта бошлаш керак, чунки ташхис аниқланганида юқори даво самараси бериши ҳамда инфекцияни вертикал юқишининг камайтирилишига қаратилган.

Ҳомиладорликнинг учунчи триместри ва туғруқ даврида антиретровирус давони ўтказганда вирусни вертикал берилиши 25,5%дан 8,3%гача камайиши кўрсатилган.

ОИВ юқтириш факторларига инъекцияли наркотикларни қабул қилиш, анамнезида қон препаратлари трансфузияси, палапартиш жинсий алоқа ёки юқори хавф гуруҳидаги жинсий шерикнинг бўлиши киради. ОИВ ва CD4 миқдори 200дан кам бўлган ҳомиладор аёллар – оппортунистик инфекция ҳамда *Pneumocystis jirovecii* профилактикаси учун номзод бўлиб ҳисобланадилар.

Хавф фактори борлиги кўрсатилган аёллар учун, лаборатор текширишлари кўзда тутилган маслаҳат бериш ва тест ўтказиш стратегияси ОИВ юқтирганларни 50 дан 70% гача идентификациялашга қодир эмаслигини тadbиротлар аниқлаган.

ОИВга тест, ОИВга қарши махсус антителаларни аниқлашга қаратилган иммунофермент (enzyme immunoassay, EIA) усуллар орқали ўтказилади. Бу антителолар касаллик юқтирилган даврдан, 3 хафтадан 6 ойгача аниқланади. Шундай қилиб, серологик ойна ҳосил бўлади, бунда мижоз касал юқтирган бўлади, атрофдагиларга касалликни тарқатади, бироқ лаборатор тестлар натижаси манфий бўлади.

Серологик ойна вақти бўлмаган даврда тестларнинг сезгирлиги 100%, спецификлиги эса 99,7%ни ташкил қилади. Ёлғон мусбат натижалар кам учрайди, бироқ ёлғон мусбат натижалар иммун касалликлари борларда (масалан ревматоидли артрит ёки қизил волчанка), шунингдек айрим маълумотларга кўра, кўп вакцинацияли мижозларда кузатилиши мумкин.

Ёлғон мусбат натижалар олиниши мумкинлиги сабабли, ҳар бир EIA мусбат натижа, Ғарбий блоттинг ўтказилиб, тасдиқланиши лозим. Бу охириги усул 98% сезгирликка ва 100%га яқин спецификликка эга. Тестларнинг шубҳали натижалари туққан ва ҳомиладор аёлларда кўп учрамайди, бироқ ОИВга стандарт текширишнинг диагностик аниқлиги эркаклар, ҳомиладорлар ва ҳомиладор бўлмаган аёллар учун бир хил деб ҳисобланади.

Мавжуд бўлган альтернатив экспресс текширишлар ҳам катта аниқликка эга ва мурожаат қилганларда тестдан ўтиш қарорини қабул қилишга имкон туғдириши мумкин. ОИВга стандарт тестлаш билан экспресс тестни таққослаганда сезгирлик 96 дан 100%гача, спецификлик эса 99,9% ташкил қилади. Шу туфайли ушбу тестлар, туғруқ даврида ОИВ ҳолатини баҳолашда қўлланилиши мумкин.

Захм

Захм, жинсий йўллар орқали юқадиган касаллик бўлиб, *Treponema pallidum* чақиради.

Бу инфекция танага тушганида, иммун жавоб, специфик ва носпецифик антитела маҳсулотларига кўра келиб чиқади. Тананинг сезиларли жавоби бўлиб, специфик антитрепонем IgM пайдо бўлиши ҳисобланади ва уни касаллик юқтирган вақтдан, иккинчи хафтанинг охириларида аниқланади. Касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлгунча, кўп мижозлар қонида IgG ва IgM юқори микдорда бўлади. Бироқ, захм, бир неча йиллар давомида белгиларсиз кечиши ҳам мумкин.

Ҳомиладорлик даврида захм даволанмаган ҳолатларда касалликни ҳомилага берилиши 70-100% ташкил қилади, ҳомиладорликнинг учдан бир қисми ўлик ҳомила туғилиши билан тугайди.

Захмнинг вертикал йўл орқали берилиши -неонатал ўлим, туғма захм (бу ўз навбатида ногиронлик сабабчиси ҳисобланади), ўлик ҳомила ва вақтидан олдин туғиш билан бирга келади.

Ҳомиладорлар захм билан касалланган ҳолатларда, даволаш сифатли антибиотиклар билан олиб борилиши лозим, антибиотиклардан пенициллин кўпроқ маъқул деб топилган. Агар, бола ва жинсий шерик(лар) касаллик юқтирган бўлсалар, уларни текшириш ва даволаш керак.

Туғма захмнинг клиник ташхиси қийин, чунки у жуда ўзгарувчан, кўп болаларда эса касаллик умуман белгиларсиз кечади. Онада ўтказилган давонинг самараси ноаниқ қолса ёки даво таркибида пенициллин бўлмаса, ҳар қандай ҳолатда ҳам болага даво ўтказиш тавсия қилинади.

Скрининг тестлари, жорий қилинган қонун бўйича, ҳамма ҳомиладорлар учун, гестациянинг эрта даврларидан бошлаб, бутун ҳомиладорлик мобайнида

ўтказилиши лозим, чунки ушбу инфекцияни даволаш натижаси бола учун ҳам, она учун ҳам ижобий тугаши мумкин.

Касалликни эрта аниқлаш антибиотиклар тавсия қилинишига имкон беради, бу ўз навбатида инфекцияни даволаш ва асорат ёки чақалоқда туғма инфекциянинг олди олинишига олиб келади 1 : 20 000 тирик туғилган чақалоқларда (0.005%) касаллик тарқалган ҳолатларда, скрининг дастури ўтказилиши, иқтисодий афзалликларга эга эканлигини текширишлар кўрсатган.

Ҳозирги кунда, пренатал парваришнинг эрта даврларида, барча ҳомиладорлар учун серологик тест ўтказиш тавсия қилинади. Касалликларни назорат қилиш маркази (CDC), юқори хавф гуруҳидаги мижозлар учун ҳомиладорликнинг учунчи триместрида такрорий серологик тест ўтказишни тавсия қилади.

Куйидаги серологик текширишлар (трепонем-бўлмаган тестлар) орқали, захмга тест ўтказилади: зардоб реакинларини тез аниқлаш (RPR) ёки Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Бу тестлар, захмнинг бирламчи босқичида пайдо бўладиган антикардиолипин антителоларига сезгир. Бирламчи захмни аниқлашда, RPR ва VDRLни сезгирлик бўйича баҳолашда, у 78% га 86%, иккиламчи босқич учун 100%, латент даврни аниқлаш учун 95-98% ташкил қилади. Спецификлик 85 дан 99 %гача ўзгариб туради.

Ёлғон мусбат натижалар кўп кузатилади, чунки бошқа ҳолатлар, масалан, коллагенозлар, ҳомиладорлик, тез-тез томир ичига муолажалар ўтказиш, ёмон сифатли ўсмалар, сил, безгак, вирусли касалликлар ва риккетсиозларда ҳам, захм касаллигидаги антителолар учраши мумкин.

Спецификлиги паст бўлганлиги учун, мусбат серологик тестлар трепанем тестлар билан тасдиқланиши лозим, масалан трепонем антителолаларнинг флуоресцент абсорбцияси ёки микрогемаглютинация -*Treponema pallidum*. Бу тестлар 96%га яқин келадиган спецификликка эга ва бутун ҳаёт давомида мусбат бўлиб қолади (тўғри ёки самарали даво ўтказганда титри пасаядиган ёки йўқоладиган серологик тестларга нисбатан).

Сўзак

Ҳомиладорлик даврида сўзакнинг бўлиши, она учун ҳам бола учун ҳам жиддий оқибатлар бўлишига олиб келади.

Ушбу патологияни аниқлашда асосий скрининг усул бўлиб, шифокорга биринчи марта антенатал ташриф бўлганда, цервикал каналдан суртма олиш ҳисобланса ҳам, сўзакни аниқлашда культурал муҳитга экиш ва антибиотикларга сезгирлик тести ўтказиш “олтин стандарт” эканлигини унутмаслик лозим. Аёллар жинсий йўлидан олинadиган суртмалар учун Грамм бўйича бўяш етарли сезгир ҳисобланмайди. Касаллик кўп ҳолларда белгиларсиз кечишига қарамай, ҳомиладорлик даврида артрит ва бошқа тизимли касалликларнинг кўпайиши ҳақида маълумотлар бор.

Чақалоқларда сўзакдан зарарланиш бўлганда, конъюнктивит учраши одатий ҳолат ҳисобланади. Сўзакли офтальмопатиянинг ўзига хос белгилари эрта пайдо бўлади – туғруқдан кейин иккинчи –бешинчи кун. Шу билан бирга, даволанмаган инфекция мугуз (шоҳ) парда туқимасида қайтмас ўзгаришлар ва перфорацияга олиб келиши мумкин. Неонатал офтальмопатиянинг олдини олишнинг энг яхши усули бўлиб, касалликни онада аниқлаш ва эрта даволаш ҳисобланади. Ҳозирги

кунда сўзакни даволаш учун, цефалоспоринларнинг учунчи авлоди тавсия қилинади.

Олдини олиш чора тадбирлари учун, гонококк ва хламидийларга таъсир кўрсатадиган антибактериал препаратлардан фойдаланиш лозим. Бу препаратларга эритромицин, тетрациклин ва пенициллин киради. Бу дориларнинг ножау таъсири кам ва кумуш нитратига нисбатан самарали воситалар ҳисобланади.

Хламидияли инфекция

Хламидиоз – жинсий йўллар орқали юқадиган, кенг тарқалган касаллик ҳисобланади. Масалан АҚШда ҳар йили 2,4 миллион ҳолатлар қайд қилинади. 70% ортиқ аёлларда касалликнинг клиник белгилари намоён бўлмайди. Ҳомиладорларда бу касалликнинг тарқалиши 10,1-17,1% ташкил қилади. Ҳар йили 155 000 яқин оналар туғруқ даврида зарарланадилар ва уларнинг ярмидан кўпининг боласида зотилжам ёки конъюнктивит каби инфекцион касалланиш кузатилади.

Касаллик кўп ҳолатларда белгиларсиз кечади, гарчи айрим аёлларда бачадон бўйнининг йирингли-шиллик яллиғланиши, сальпингитлар ёки уретрал синдром кузатилади.

Чақалоқлар туғруқ даврида, онанинг туғруқ йўлларидаги инфекцияланган секретлар билан алоқада бўлиши туфайли хламидия инфекцияси билан касалланадилар. Чақалоқларга 18-50% хламидияли конъюнктивит зарарланган онадан ўтади, бу эса чақалоқлар конъюнктивитининг кенг тарқалишига сабаб бўлади. Хламидия этиологияли чақалоқлар зотилжами, 3 дан 18%гача учрайди.

Хламидиоз диагностикасида микроорганизмларни культураларда аниқлаш олтин стандарт ҳисобланса ҳам, уни ўстириш учун махсус усул ва кўп маблағ талаб қилинади. Бундан ташқари ўстириш усули, бошқа усулларга нисбатан паст сезгирликка эга. Охирги йиллардаги муваффақиятлар, амалиётга бошқа, диагностик аниқликларга эга усуллар киритилишига олиб келди. Культураларга нисбатан цервикал каналдаги суртмаларда специфик антителоларни аниқлаш 80-95% сезгирликка эга.

Шу суртмалар генетик текширилганда, уларнинг сезгирлиги ва спецификлиги 95% ташкил қилади. Нуклеин кислоталарнинг амплификацияли (NAAT) тести, полимераза ёки лигазали занжир реакциясидан фойдаланиб олиб борилади ва 95% ортиқ сезгирликка ҳамда спецификликка эга, бироқ тез бажарилишига қарамай, ушбу усул қимматбаҳо бўлиб қолмоқда.

Ҳозирги вақтда *Chlamydia trachomatis*ни аниқлаш учун пешоб намунасини текшириш мумкин. Агар қин текширишларини ўтказишда қийинчиликлар бўлса, NAAT тестларидан фойдаланиб пешоб скрининги ўтказилади. *Chlamydia trachomatis*ни аниқлашда, NAAT сезгирлиги 95 - 99 % ташкил қилади ва цервикал суртма текширишлари билан тенг. Спецификлиги 99% юқори.

Ҳомиладорликнинг эрта даврларидаги диагностика, перорал антибиотиклар яъни эритромицин ёки азитромицин билан даво ўтказиш имконини беради. Даволанмаган ҳомиладорларга нисбатан даво ўтказиш, вақтидан олдин туғруқ, қоғаноқ пардани вақтидан олдин ёрилиши ва кам вазнли бола туғилишининг учраш тезлиги сезиларли камайиши билан ассоциацияланади. 25 ёшдан катта ҳомиладорларда ва турмушга чиққан аёлларда касаллик учраш тезлиги анча кам.

Токсоплазмоз

Содда паразит *Toxoplasma gondii* билан онанинг ҳомиладорлик даврида зарарланиши, ҳомилада туғма инфекцияга, айрим ҳолатларда жиддий оқибатларга сабаб бўлади. Инсон бу касаллик билан фақат бир марта касалланиши мумкин, шунинг учун, ҳомиладорликкача иммунитет олган аёл, болага касалликни юктириши бўйича хавф туғдирмайди.

Туғма токсоплазмознинг клиник белгилари хориоретинит, қайталанувчи тутқанок, гидроцефалия ва калла суяги ичи кальцификация каби туғруқдан кейин дарҳол ёки кечроқ намоён бўлади.

Кўп ҳолатларда онанинг касаллиги белгиларсиз кечади, гарчи айрим ҳолатларда, периферик лимфа тугунларининг катталашиши кузатилади. Қон зардобида *Toxoplasma gondii*нинг юқори титри аниқлаганда, белгиларсиз зарарланиш кечаётганлигини билиш мумкин, бу тест фақат юқори малакали лабораторияларда ўтказилиши ва синчиклаб интерпретацияланиши лозим.

Сероконверсия ёки юқори специфик антителоларни тўрт марталаб аниқланиши, яқинда касаллик юктирганидан дарак бериши мумкин, бироқ, *Toxoplasma gondii*га юқори антителоларни бир марта аниқлаш, касалликни яқинда юктирганлигига асос бўла олмайди.

Онадан ҳомилага касалликнинг юқиш хавфи, ҳомиладорлик муддатига боғлиқ. Битта катта тадқиқотда, ҳомиладор аёл биринчи триместрида касаллик билан касалланганда, ҳомила касалланиши 17%дан, учинчи триместрда 67%гача ортиши кўрсатилган. Онанинг ҳомиладорликнинг учинчи триместрида касалланиши туфайли, серологик текширишлар асосида, ҳомиланинг кўп зарарланиши аниқланганлиги билан, биринчи триместрдаги зарарланиш чақалокларда жиддий касалликларга сабаб бўлиши кузатилган. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида касалланган болаларнинг 14%да оғир зарарланиш кузатилган, учинчи триместрда касаллик юктирган болаларда эса, ҳеч қанақа зарарланишлар қайд қилинмаган. Ҳомиладорликнинг эрта даврида касаллик билан касалланиш, ўз-ўзидан бола тушишига сабаб бўлиши мумкин.

Спирамицин, пириметамин сульфат паразитга қарши самарали восита ҳисобланмайди. Пириметамин сульфат қабул қилинганда, ҳомиладор аёлларнинг кўпчилигида ножўя таъсирларга сабаб бўлган.

Ҳаммада токсоплазмоз инфекциясини аниқлаш учун скрининг ўтказиш шарт эмас, чунки скрининг тести ўтказилишидан олинадиган зарар, ҳомиладорлар учун кутилган фойдадан кўп бўлиши мумкин.

Токсоплазмоз юктиришнинг олдини олиш бўйича оддий чора тадбирлардан ҳомиладор аёллар хабардор бўлишлари лозим. Буларга қиради:

- овқатланишдан олдин қўлларни тозалаб ювиш
- хом сабзавот ва меваларни, шунингдек кўкатларни яхшилаб ювиш
- гўшт маҳсулотларини етарли даражада пишириш
- тупроқ билан алоқада бўлганда қўлларга қўлқоп кийиш (масалан, боғда ишлаганда)
- уй ҳайвонларининг (мушук) ахлатлари билан алоқада бўлмаслик.

В гуруҳидаги стрептококклар

В гуруҳ стрептококклари (*Streptococcus agalactiae*), янги туғилган чақалокларда кўп жиддий инфекцион асоратлар бўлишига сабабчи бўлиб ҳисобланади. Онанинг ҳам, ҳомиланинг ҳам стрептококклар билан зарарланиши

эҳтимолдан ҳоли эмас, шу билан бирга стрептококк, аёлнинг жинсий йўлларида ёки ошқозон ичак трактида мавжуд бўлиши ва ҳеч қанақа белгилар кузатилмаслиги мумкин.

Инфекциянинг эрта ва оғир турларига сепсис, шок ва респиратор дистресс-синдромнинг тез ривожланиши киради. Касалланиш эҳтимоли (2тага 1000та тирик туғилган бола), чақалоқнинг етилганлиги ва бактериялар калонизациясининг зичлигига боғлиқ. Тана вазни 2500 г дан кам бўлган болалар, вазни 2500 г дан кўп болаларга нисбатан касалликка кўпроқ берилувчан бўладилар. Туғруқ бошланишидан олдин ҳомила пуфаги/пардасининг ёрилиши ва онанинг иситмаланиши, янги туғилган болада касалланиш хавфини оширади.

Ҳозирги вақтда, олдини олиш чораси сифатида антибиотикларнинг тавсия қилиниши, ҳомила учун ҳомиладорлик натижалари ижобий тугаши ҳақида асос йўқ. Аксинча, кўп тадқиқотчилар, бунақа олдини олиш чоралари туфайли пенициллин-резистент микроблар ҳисобига, септик турдаги ҳолатлар кўпайишини таъкидлайдилар. Ҳомиладорлик даврида ўтказилган антибиотикотерапия курси, бола зарарланиш тезлигига ёки унда сепсис ривожланишига тўлиқ таъсир кўрсатмаган ҳолда, В гуруҳ стрептококклари ташувчанлигини, аёлларда вақтинча йўқ қилади. Ҳомиладорлик даврида даволаш, агар у туғруқ даврида давом этмаса, қин флорасига вақтинча таъсир кўрсатади ва янги туғилган чақалоқларда сепсис учраш тезлигига таъсир кўрсатмайди.

Шу билан бирга, юқори колонизация хавфи бўлган аёлларни даволаш лозим, бироқ В гуруҳ стрептококкларини аниқлаш мақсадида ҳамма аёллар учун скрининг ўтказилишига зарурат йўқ.

Агар стрептококкни аниқлаш учун экспресс-тахлилнинг иложи бўлмаса ёки ижобий бўлса, вақтидан олдин туғруқ бошланган, туғруқ даврида иситмалаган ёки узоқ вақт сувсиз оралиқ кузатилган аёллар, туғруқ даврида антибиотиклар олишлари керак.

Цитомегаловирусли инфекция

Цитомегаловирус, герпесвируслар оиласига киради. Инфекция латент кечади, бироқ тананинг иммун кучи кучсизланган даврларда патоген бўлиши мумкин. Туғма касалланиш, 3/1000 тирик туғилган болаларда учраши мумкин. Ҳомила зарарланишининг кўп бўлиши эҳтимолдан ҳоли эмас, шунинг учун, анамнезида ўлик туғилган болали аёлларни ЦМВ

ташувчанлигига текширилиши лозим.



Шу билан бирга ҳаммада ЦМВ инфекциясига скрининг ўтказиш тўғри эмас, чунки қайси ҳолатларда ҳомила ичи зарарланиши, қайси зарарланган онанинг ҳомиласида жиддий зарарланишлар бўлишини аниқлаш мумкин эмас. Бундан ташқари, ҳозирги кунда ушбу инфекциянинг олдини олиш бўйича даво ёки вакцина мавжуд эмас.

Оддий герпес вирус

Оддий герпес вирус билан ҳомиланинг зарарланиши кам кузатилади, бироқ оғир кечиши мумкин. Герпесли вирус клиникаси жуда ўзгарувчан, белгиларсиз кечишдан, тери қопламлари, кўз, асаб тизими ва патологик жараённинг умумий диссеминациясигача намоён бўлиши мумкин.

Бу касалликнинг ўткир шакли билан оғриган аёл, вирусни боласига туғруқ даврида юктириши мумкин, шу билан бирга, касалликнинг қайталанувчи шакли билан, онадан ҳомилани зарарланиш хавфи сезилмас даражада.

Туғруқ бошланишигача, фаол инфекцион жараённи аёлда аниқлашнинг критерийси бўлиб, клиник маълумотлар ҳисобланади. Туғруқ бошланишида вируснинг фаоллашишини, белгилар кузатилмаганида, ҳомиладорлик даврида аниқланган вирусологик текширишлар асосида олдиндан айтиб бўлмайди, ва белгилар кузатилмаганида бу текширишлар такрорий ўтказилганда, туғруқ даврида вирус фаоллашадиган мижозларни аниқлаш мумкин эмас.

Ҳозирги пайтда, онада вирус фаолиятини йўқотадиган ва белгиларнинг қайталаниш сонини камайтирадиган дори бўлиб, ацикловир ҳисобланади.

Жаҳон амалиётида, ҳомиладорлигида герпесли инфекцияни бошидан ўтказган аёлларни олиб бориш учун, ҳалигача ягона ёндашув ишлаб чиқилмаган бўлса ҳам, агар, касалликнинг фаоллашиши тўғрисида клиник далиллар мавжуд бўлса, туғруқни кесар кесиш амалиёти орқали ўтказиш тавсия қилинади. Шу билан бирга, ҳомила пуфаги, туғруқ ўтказилишидан 4-6 соатгача очилмаслиги лозим.

Анамнезида генитал герпес бўлган аёлдан туғилган болани синчиклаб клиник текширувдан ўтказиш керак.

Гепатит В вирус

Туғруқ даврида, гепатит В га тест натижалари мусбат бўлган аёллар, туғиш жараёнида ҳомиллага касалликни юктириш эҳтимоли 70-90%ни ташкил қилади. Туғруқдан кейин биринчи 12 соат ичида ҳомиллага вакцинация ўтказиш ва бир марта иммуноглобулинни киритиш, 75% ҳолатларда чақалоқга касаллик юқишининг олдини олиш эҳтимоли бор.

Онанинг гепатит В билан касалланиш факторларига жинсий шерикларнинг кўп бўлиши, инъекцион наркотикларни қабул қилиш киради, бироқ, аниқ этиологияга эга бўлмаган зарарланиш 30% ташкил қилишини тадқиқотлар исботлаган. Шаҳарда яшовчи аёлларда, мақсадли скрининг ўтказилганида 35-65% ҳомиладорларда HBS Ag мусбат натижа берган. Замонавий тавсиялар, барча ҳомиладор аёллар, биринчи антенатал ташрифга келганида, ушбу касалликка скрининг ўтказилиши кераклигини таъкидлайди.

Гепатит В вирусининг юзаки антигенини, иммунологик тестлар ўтказиш орқали аниқланади, уларнинг сезгирлиги ва спецификлиги 98% юқорини ташкил қилади.

Гепатит В кўп тарқалган гуруҳдаги мижозларни (наркоманлар, қон препаратларининг реципиентлари, диализда ётганлар, яқинда татуировка ўтказганлар), иккинчи ёки учинчи триместрнинг бошида, такрорий текширишдан ўтказиш масалалари кўриб чиқилиши лозим.

Гепатит С вируси

Гепатит С билан жигарнинг зарарланиши, кўп мамлакатлардаги, соғлиқни сақлашнинг жиддий муаммоларига олиб келмоқда, чунки бу касаллик жигар циррози, гепатоцеллюляр карциномалар, жигар етишмовчилиги ва гепатитларга сабаб бўляпти.

Вирус билан зарарланиш қон орқали, дори воситалари инъекцияси, пирсинг, шунингдек вертикал йўл орқали келиб чиқиши кузатилади.

Гепатит С вирусини аниқлашга қаратилган скрининг текширишлари кимматбаҳо бўлиб, иммунофермент (EIA, ELISA) таҳлиллар ўтказилишини ўз ичига олади. Мусбат натижа олинганда, ELISA ёки рекомбинат иммуноблоттинг RIBA усули орқали такрорий таҳлил ўтказилиши лозим. «Олтин стандарт» бўлиб, полимераз занжир реакцияси текшируви ҳисобланади. Усулнинг сезгирлиги ва спецификлиги 66% ва 100%ни ташкил қилади.

Шунга қарамай, ҳомиладор аёллар учун, гепатит С вирусига скринингнинг самараси аниқланмаганлигини ҳисобга олиб, антенатал парвариш даврида, ҳамма ҳомиладорларга бу текширишни ўтказиш тавсия қилинмайди.

АСОСИЙ КЛИНИК ҲОЛАТЛАР

Гестацион қандли диабет

Диабет метаболизмнинг кўп томонларининг бузилиши билан кечади ва бу ўзгаришлар, фақат глюкоза алмашинувининг бузилиши туфайли юз беради, гарчи углеводларнинг метоболизмга таъсири бу касаллик учун шубҳасиздир. Диабет ташхисини аниқлашда, белгилар билан биргаликда (*полиурия, чанқаш, кетоацидоз*), умумий қабул қилинган критерийларга, веноз қон зардоби тасодифан таҳлил қилинганда, глюкоза миқдорининг 11 ммоль/л л (200 mg/dl) ёки оч қоринга 8 ммоль/л (140 mg/dl) бўлиши киради.

Қон зардобини тасодифан текширганда, глюкоза миқдори 8 ммоль/л дан ёки оч қоринга 6 ммоль/л дан кам бўлса, меъёр ҳисобланади. Меъёрий ва қандли диабетда кузатиладиган глюкоза миқдорини, бўлиши мумкин бўлган касаллик ёки меъёр ҳолати деб қабул қилиш мумкин, шунинг учун, глюкоза оғирлиги (нагрузка - 75 г эрталаб, оч қоринга) бериб, текшириш ўтказиш тавсия қилинади. Глюкоза билан оғирлик берилгач, икки соатдан кейин глюкоза миқдори 11 ммоль/л бўлса, диабет белгиси деб ҳисобланади, 8 ва 11 ммоль/л миқдор эса “глюкоза толерантлигининг бузилиши” деган тушунчага киритилади.

Диабет, сурункали ёки ривожланадиган касаллик эканлигини ҳисобга олиб, катта ёшли бўлиб ҳомиладор бўлганда, ҳомиладорлик оқибати ёмон тугаши мумкинлигидан, аёлни хабардор қилиш лозим.

Умумий популяцияга нисбатан, диабет натижасида туғма нуқсонлар ҳолати уч марта кўп учрайди.

Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ҳомиладор бўлишдан олдин, глюкоза миқдорини қатъий компенсациялаш, ҳомиладорлик даврида рўй бериши мумкин бўлган асоратлар сонини сезиларли камайтирар экан.

Замонавий усуллар орқали глюкоза миқдори компенсацияланишига қарамай, ҳомила макросомияси, қандли диабетда тез-тез учрайдиган асорат бўлиб қолмоқда. Агар онада микроциркуляциянинг бузилиши билан кечадиган қон томир касалликлари бўлмаса, диабет ҳолатида, ҳомила ривожланишининг орқада

қолиши кузатилмайди. Диабетнинг бунақа асоратлари кузатилганда, мижозга тўлик маслаҳат ўтказиш керак бўлади.

Диабетли нефропатияда артериал босим сезиларли кўтарилмаса ва қон зардобда креатинин микдори меъерий бўлса, ҳомиладорлик оқибатига салбий таъсир кўрсатмайди (гипертензия ва буйрак етишмовчилигида кузатиладиган салбий ҳолатлар). Ҳомиладор бўлмаган аёлларда буйрак зарарланиши белгиларсиз кечади, аммо ҳомиладорлик даврида бу ҳолат хавфли бўлиши мумкин. Гарчанд, кўп аёлларда ҳомиладорлик нефропатияси бўлганда, буйрак фаолиятининг ўзгариши кузатилмайди, бироқ айрим аёлларда, буйрак етишмовчилиги ривожланиб, ҳатто туғруқдан кейин ҳам ўтиб кетмаслиги мумкин.

Қандли диабетни бор оналарда, вақтидан олдин туғруқ бўлиш хавфи популяциядаги хавфдан юқори эмас. Қандли диабетни бор оналарда вақтидан олдин туғруқ хавфининг бўлиши асоратлар билан боғлиқ, яъни юқори гипертензия ёки бу мижозларни олиб боришда қабул қилинган усул туфайли танланган (электив) постуляр вақтидан олдинги туғруқлар.

Ушбу усул кўриб чиқилганда, вақтидан олдин туғиш тезлиги бу касалликда камайтирилиши керак.

Қандли диабетдан азият чекадиган аёллар бола кўришни истасалар, уларга бу касаллик боланинг кейинги ақлий ва жисмоний ўсишига ҳеч қанақа салбий таъсир кўрсатмаслигини ва ўсмирлар диабетининг рўй бериши икки ва ундан кам фоизни ташкил қилишини тушунтириш лозим.

Қандли диабет билан касалланган ёш аёллар терапевт, эндокринолог ва доя назоратида бўлишлари, ҳомиладор бўлишдан олдин, ҳомиладорлик ва туғруқ даврларда, ҳар тамонлама текширишлардан ўтишлари ва керакли даво ёрдамиди олиш имкониятига эга бўлишлари лозим.

Бунақа кузатув, ҳамкорликдаги текшириш ва мунозаралар остида ўтиши керак. Бунақа назорат бошқа мутахассисларнинг яъни диетолог, диспансер ҳамширалари иштирокини ҳам таъминлайди.

Аёллар учун ҳомиладорликнинг биринчи бир нечта ҳафтаси янги шароитга кўникиш даври ҳисобланади ва кўп мижозлар ўзларидаги қандли диабет ҳолати борлигини ҳамда уни компенсацияси устидан қатъий назоратнинг аҳамиятини қайта кўриб чиқишлари зарур бўлади. Инсулин киритиш жойини даврий ўзгартириш, жисмоний машқ, тўғри парҳез тутиш ва ҳомиладорлик даврида овқатланишнинг ўзига хос талабининг зарурати, кўп мижозлар учун охиригача аниқ бўлмаслиги мумкин. Ҳомиладорни ўзини махсус олиб бориш иложи борича эрта бошланиши лозим, энг яхшиси – ҳомиладор бўлишга тайёргарлик вақти ҳисобланади. Аввало, шунақа тиббий ёрдам ташкил қилиниши керакки, агар аёл ҳомиладор бўлиб қолса, тез керакли ёрдам олишга эга бўлсин. Агар ҳомиладорликнинг аниқ муддатини аниқлашда қийинчиликлар бўлса, ультратовуш текшириш ёрдамида, эрта муддатлар аниқланиши мумкин.

Кўнгил айнаш, қайт қилиш ва гормонал статуснинг ўзгариши билан кечадиган гипогликемик ҳолат, ҳомиладорликнинг эрта даврида, аёлларнинг умумий аҳволи ёмонлашишига олиб келади ҳамда диабетнинг яхши компенсациясига халақит беради. Бу гипогликемик ҳолатларнинг олдини олиш чоралари ҳаддан ташқари кўпайиб кетмаслиги учун, мақсадли тушунтириш ишлари олиб борилиши керак. Бунда глюкоза ёки қанд истеъмол қилинмаслиги лозим. Сут ва енгил овқатлар керакли таомларга киради ва гипогликемия даврида уларни бир неча бор истеъмол қилиш мумкин.

Барча мижозлар, зарурат туғилганда глюкогондан фойдалана олишлари учун, уни ўзлари билан олиб юришлари лозим.

Диабет билан асоратланган аёлларда гипертензия ёки протеинурия кузатилса, акушерлик текширишлари билан биргаликда буйракларни ҳам текшириш лозим, шунингдек 10 йилдан ортиқ диабетдан азият чеккан аёллар бўлса, уларнинг кўз тубларининг ҳолатини ҳам текширишдан ўтказиш керак бўлади. Бу текширишларнинг ҳаммаси, мижозларда ҳар триместрда ўтказилиши лозим. Нефропатия кузатилган ҳолатларда, пешобни культурага экиш доимий равишда олиб борилиши керак. Ҳомиланинг туғма ривожланиш нуқсони, шунингдек туғма юрак нуқсонлари кўп учрашини инобатга олиб, мижозлар батафсил ультратовуш текширишидан ўтишлари, ҳамда экспертли ҳомила эхокардиографияси ўтказилиши лозим.

Нефропатия ёки ретинопатия ёки бошқа жиддий асоратлар кузатилмаганда, ҳомиладорликнинг иккинчи триместри, одатда ўзгаришларсиз кечади. Қоидага кўра, бу вақтга келиб, мижозлар учун махсус ўқитиш ва маслаҳат бериш курслари тугайди ва агар, ҳомила ривожланишида ўзгаришлар ёки преэклампсия бўйича хавотирланишлар рўй бермаса, бу даврда кўшимча доя кузатувиغا муҳтожлик бўлмайди.

Диабети бор аёлларнинг қон босими юқори бўлса, уларни синчиклаб текшириш, керак бўлганда антигипертензив даво олишлари лозим. Бунақа ҳомиладорларни олиб боришда буйрак фаолиятини такрорий текшириш кўрсатилган.

Ҳомиладор бўлмаганда диабетнинг жадал компенсация учун, тери остига доимий инсулин киритиш ёки қунига уч ва ундан ортиқ инъекция ўтказилганда, қонда керакли глюкоза миқдори бўлишига имкон яратилади.

Кузатувлар натижасида, нефропатия ва ретинопатия ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида бунақа режимларнинг аҳамияти, исботланган. Яқин келажакда бўладиган ҳолатларни олдиндан айтганда, ретинопатия кечиши ёмонлашади ва гипогликемиянинг оғир хуружлари тез-тез бўлиши кузатилиши мумкин.

Тери остига инсулин даврий киритилганда (доимийдан кўра) диабетли кетоацидоз ривожланиш хавфи ортмайди.

Компенсациянинг мақсади, оч қоринда, овқатланишдан олдин ва овқатлангандан сўнг ҳам қондаги глюкоза миқдорини меъёрий миқдорини пайдо қилишга қаратилган. Қондаги қанд миқдорини, уй шароитида аёл томонидан муваффақиятли аниқланиши ва бошқарилиши мумкин, у, яъни қийинчиликларсиз, яхшиси телефон орқали, тест натижаларига кўра керакли маслаҳат ҳамда тавсияларни олиши мумкин. Амбулатор ёки стационар кузатувиغا нисбатан уй мониторинги олиб борилганда, аёл даволаш масканларида ўтказадиган вақтни тежайди ва бу ҳолатларда ҳомиладорлик натижасининг ёмонлашиши аниқланмайди.

Инсулиннинг дори шакли ва миқдорини синчиклаб ва тез-тез бошқариб туриш керак. Аёлларга ҳомиладорлигига кўра, инсулинни тез-тез киритиб туриш керак бўлиши мумкин, кўпинча қунига уч марта, айрим ҳолатларда балки тўрт марта киритиш лозим бўлар.

Бироқ, одатий режимлардан фойдаланганда, ретинопатиянинг вақтинчалик ёмон кечиши кузатилиши мумкин.

Ҳозирги кунда, қандли диабет компенсациясининг бир нечта режими мавжуд:

- жуда қатъий компенсация – мақсад, қон таркибидаги глюкоза миқдорини доимий 5,6 ммоль/лдан паст ушлаб туриш,

- қатъий компенсация – мақсад, қон таркибидаги глюкозани 5,6 дан 6,7 ммоль/л орасида ушлаб туриш,

- ўртача компенсация - қон таркибидаги глюкозани 6,7 дан 8,9 ммоль/л орасида ушлаб туришга қаратилган.

Ҳомиладорларда, касалликнинг энг яхши натижалари, қатъий компенсация ўтказилганида бўлиши, исботланган.

Жуда қатъий компенсациялар ўтказилганида, гипогликемик ҳолатларнинг тез-тез бўлиши ва қатъий компенсацияда кузатиладиган яхши ҳомиладорлик натижаларига олиб келадиган ижобий натижалар бўлмайди.

Ўртача компенсация олиб борилганида, бунда қондаги қанд миқдори 8,9 ммоль/лгача бўлиши мумкин бўлади ҳамда макросомия, сийдик чиқариш тракти инфекциялари, кесар кесиш тезлигининг ортиши, шунингдек гипертензив ҳолатларнинг, вақтидан олдин туғруқларнинг, респиратор дистресс-синдроми, перинатал ўлимнинг кўпайиши каби ҳолатлар кузатилади.

Антенатал кузатувнинг ҳар қандай дастури каби, қандли диабет билан асоратланган ҳомиладорликни олиб боришда асосий эътибор, ҳомиладорларда гипертензия ва ҳомила ривожланишидаги ўзгаришларни эрта аниқлашга қаратилган бўлади.

Соғлом аёлларга нисбатан қандли диабет бор мижозларда, ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан юқори қон босим тез-тез учрайди ва ҳомиладорликнинг жуда эрта даврларида ривожланади. Ҳомиладор бўлишгача гипертензиядан азият чеккан, шунингдек нефропатия ёки томирли зарарланишлар аниқланган аёллар махсус хавф гуруҳига кирадилар.

Ҳозирги кунда, бу мижозларда учрайдиган, ҳомиладорлик туфайли келиб чиқадиган гипертензия ривожланишини аниқлайдиган ишончли белгилар йўқ ва профилактик даво самараси аниқланмаганлигини унутмаслик лозим.

Диабетдан азият чекадиган аёлларда ҳомила ривожланишидаги ўзгаришлар икки гуруҳга бўлиниши мумкин – ривожланишнинг орқада қолиши ва макросомия. Гипертензия, нефропатия ёки томир зарарланишлари, қандли диабет билан биргаликда келганда, ҳомила ривожланишининг орқада қолиши сезиларли кўпаяди. Диабет ёмон ёки етарлича компенсация қилинмаганида макросомиянинг учраш тезлиги ортади. Бу эса, диабет бор ҳомиладор аёлларнинг иккинчи ва учинчи триместрида, ҳомилада кўшимча ультратовуш текшириш ўтказилиши кераклигини кўрсатади. Ҳомиланинг абсолют фетометрик кўрсаткичлари, ишончли критерий ҳисобланмайди, динамикада уларнинг ўзгаришига эътибор қаратилиши лозим. Умумий популяциядаги каби, ҳомила ривожланишини баҳолаш мақсадидаги скрининг самараси белгиланмаган.

Макросомия ультратовуш текширишида аниқланиши мумкин, бироқ, катта ҳомилаларни текширишда ҳомила массасини аниқлашга қаратилган кўп формулаларнинг аниқлиги чегараланган ва шунинг учун, шулар асосида қилинган ҳисоб китобларга эҳтиётлик билан қараш керак.

Онада қандли диабет бўлганида, перинатал ўлим кўп кузатилганлиги учун, даврий равишда ҳомила ҳолати баҳоланиб борилиши лозим.

Диабет билан касалланган аёлларда, режали кесар кесиш амалиётини ўтказиш, узоқ йиллар давомида ушбу ҳомиладорларни олиб боришнинг классик стратегияси бўлиб ҳисобланган. Ҳозирги кунда, ҳомила ҳаётига хавф соладиган бошқа асоратлар кузатилмаганида, муддати келмагунича, ҳомиладорликни тухтатиб қўйишга ҳеч қанақа жиддий сабаблар йўқ.

Ҳомила ва йўлдош туғилиб бўлгач, туққан аёл қонидаги глюкоза миқдорига кўра, киритиладиган инсулин миқдорини тўғрилаб олиш лозим. Одатда, ҳомиладорлик даврига кўра, туққандан кейинги даврда инсулиннинг керакли миқдори, сезиларли камаяди.

Болани, кўкрак сути билан овқатлантирилишини қўллаб қувватлаш керак, бироқ, кўкрак сути билан боқиш, истеъмол қилинадиган таомнинг энергетик қиймати кўпайтирилишини талаб қилишини аёлга айтиш лозим.

Туғруқдан кейинги даврда ҳомиладорликдан сакланиш, муҳим муаммолардан ҳисобланади. Кам миқдорли орал гормонал контрацептивлардан фойдаланишга (айниқса ёш, чекмайдиган, семизлик ёки қон босимининг кўтарилиши кузатилмайдиган аёллар учун) қарши кўрсатмалар йўқ. Орал контрацептивлар қабул қилиниши билан боғлиқ бўлган бош оғриғи ёки гипертензиянинг кузатилиши, контрацепция усулини алмаштиришга кўрсатма бўлади.

Ҳар бир аёл учун, ҳомиладор бўлиш хавфи, ҳамда таклиф қилинадиган контрацепция хавфи, таққосланиб кўрсатилиши керак. Диабетли нефропатия ёки ретинопатияси бор аёлларга, кейинги ҳомиладорликларга қарши кўрсатмалар бўйича хушмомалалик билан яхши маслаҳатлар берилиши лозим.

Презклампися

Презклампися мультисистемали касаллик бўлиб, оналар ва неонатал касалланиш ҳамда ўлимнинг юқори бўлиши билан бирга кечади. Ҳар бир регионда касалликнинг диагностикаси учун қўлланиладиган стандартларга кўра, презкламписянинг учраш тезлиги 2 дан 10%гача ўзгаради. Она томонидан оғир презклампися белгиларига қуйидагилар кириши мумкин:

- бош оғриғи
- кўришнинг бузилиши (кўз ўнгидан лип-лип ўтиши)
- эпигастрал соҳада оғриқ
- кўнгул айнаш

Юз, қўл ва оёқда тўсатдан тез иши пайдо бўлиши



Таъриф

Ҳозирги кунда, кўп мамлакатларда ҳомиладорликдаги гипертензив ўзгаришлар учун қуйидаги таърифлар қабул қилинган.

Презклампися - ҳомиладорлик муддатининг 20 хафталигидан кейинроқ даврида, биринчи марта юқори қон босими, протеинурия билан бирга аниқланишига айтилади.

Ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан гипертензия – биринчи марта ҳомиладорлик даврида аниқланган, одатда туғруқдан кейин ўтиб кетадиган, бироқ протеинурия билан бирга кузатилмайдиган ҳолат.

Сурункали гипертензия - ҳомиладорлик давригача бўлган ёки ҳомиладорлик муддатининг 20 хафталигигача аниқланган гипертензия.

Бунақа таснифлаш (классификация), ҳомиладорлик натижаларини олдиндан айтиб бериш учун қулай.

Ҳомиладорлик даврида гипертензияси бор аёлларнинг кўпчилигида шикоятлар бўлмайди. Кўпинча, гипертензия оғир касалликни олдиндан кўрсатувчи ягона белги бўлиши мумкин. Антенатал клиникаларда, ҳамма учун ўтказиладиган артериал босимни ўлчаш, ўзгаришларни у ёки бу турларга киритиш ва тўғри ташхис қўйилишига имкон туғдиради.

Ўлдошнинг бирламчи ишемик зарарланишидан кейин, эндотелиал хужайраларнинг салмоқли ўзгаришлари туфайли преэклампсия келиб чиқади деб ҳисобланади. Гипертензия ва протеинурия – иккита осон ва тез аниқланадиган белги бўлиб, аъзоларнинг чуқур зарарланишини кўрсатадиган “суррагат” маркерлар ҳисобланади.

Эклампсия, гестация жараёнининг кам учрайдиган асорати ҳисобланади. Бу патология, оналар ўлими юқори бўлиши билан бирга келади ва ҳомиладорлик даврида гипертензив ўзгаришлар туфайли 50% аёллар ўлимнинг сабабчиси ҳисобланади.

Эклампсия ривожланишини олдиндан айтиб бериш учун, артериал босимни ўлчаш, чекланган имкониятга эга, чунки аёлларда 1/3 ҳолатларда, биринчи хуруж меъерий ёки сезилмас босим кўтарилиши билан бошланади.

Бир вақтлар, Цангемейстер учлик белгиларига кирган шишлар, ҳомиладорларнинг 80%да учрайди, шу туфайли преэклампсия маркерларидан бу белги чиқарилган.

Ҳомиладорлик даврида артеал босим кўрсаткичининг физиологик ўзгаришлари

Ҳомиладорлик меъерий кечганида, ҳомиладорликнинг биринчи ярмида артериал босимнинг пасайиши, кейинчалик эса, босим, ҳомиладор бўлмасдан олдинги даражаларгача тушиши кузатилади.

Сурункали гипертензияси бор аёллар ҳомиладорликнинг 10-13 хатасигача, меъерий АБ кўрсаткичига эга бўлишлари мумкин. Айнан шу вақтда, антенатал парвариш бошланишига эътиборни қаратиш керак.

Ҳомиладорлик даврида гипертензияни аниқлаш:

Қон босими ўзгариши мумкин ва мутлоқ барқарор кўрсаткич ҳисобланмайди. Меъёр чегараси, қон босими меъерий ва юқори бўлган аёлларга кўра бўлинади. Артериал босим тўрт соат оралиғида икки марта ҳам, кўрсаткич 140/90 мм симоб устунида аниқланганида, юқори қон босим деб ҳисобланади. АБнинг бунақа кўрсаткичлари, юқори перинатал ўлимга олиб келади. Бироқ, 20% аёллар, ҳомиладорлик мобайнида 1 марта бўлса ҳам АБнинг шунақа кўрсаткичларига эга бўладилар, аммо фақат 2-4% ҳомиладорларда преэклампсия ривожланади.

Преэклампсия ривожланиш хавф факторларини баҳолаш

Преэклампсия ривожланиш хавфига кекса ёш, узоқ интергенетик интервал, анамнезида преэклампсия, кўп ҳомилали ҳомиладорлик бўлиши, генетик мойиллик, биринчи антенатал ташрифда тана вазн индекси кўрсаткичининг юқори бўлиши, кичик томирларга зарар етказадиган гипертензия, қандли диабет ёки бошқа ҳолатларнинг бўлиши киради.

Антенатал ташрифлар сони контексида, преэклампсия ривожланиш хавфининг умумий даражаси, шифокор томонидан биринчи ташрифда баҳоланиши керак, ва шунга кўра ташрифлар сонига ўзгартиришлар киритилиши лозим.

Қўйида келтирилган ҳолатларнинг бирортасига тушадиган аёлларни, юқори хавф гуруҳига киритиш керак. Бу мижозларнинг қон босими, диққат билан ва тез-тез мониторинг қилиниши лозим:

- биринчи ҳомиладорлик (имкониятлар кўрсаткичи 2.71, 95% ишончли интервал 1.16дан 6.34гача)

- 40 ёшдан катта:

биринчи ҳомиладорлик (имкониятлар кўрсаткичи 2.71, 95% ишончли интервал (1.36 дан 3.47).

кайта ҳомиладор бўлганлар – имкониятлар курсаткичи 2.05, 95% ишончли интервал (1.47 до2.87).

- *оила анамнезида преэклампсия* (яъни онаси ёки опасида преэклампсия), имконият кўрсаткичи 5.27, 95%

- *анамнезда преэклампсия* (биринчи ҳомиладорликда преэклампсия) – имконият кўрсаткичи 8.23, 95% ишонч интервали (6.49 дан 10.45гача).

- *биринчи антенатал ташрифда тана вазн индекси 35 кўп* - имконият кўрсаткичи 2.29, 95% ишонч интервали (1.61 дан 3.24)

- *кўп хомилалалик ҳомиладорлик* - имконият кўрсаткичи 2.76, 95% ишонч интервали (1.99 дан 3.82)

- *томирлар микроциркуляциясининг бузилишига олиб келадиган патологияларнинг бўлиши* (диабет, гипертензия).

Протеинурияга пешоб таҳлили

Асоратланмаган ҳомиладорликда пешоб ҳолатда эса туғруқ давридан орқали оксил ажралади ва 24 соатда 300мг камроқ кейин ҳам сақланиб қолади.

Оксил йўқотилиши патология ҳисобланмайди. Даврий равишда олинган пешоб синамаларида, оксилнинг пешоб орқали эҳтимол физиологик кўп ажралиши натижасида, унинг концентрацияси юқори бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Ҳомиладорлик ҳолатида, преэклампсия ёки буйрак касалликлари ривожланиши туфайли, протеинурия вақтинчалик ҳодиса бўлиши мумкин. Биринчи ҳолатда протеинурия, туғруқдан кейин маълум бир вақтдан сўнг йўқолади, иккинчи



Оксилларнинг сезиларли йўқотилиши, буйрак паренхимасининг зарарланиш даражаси билан тўғридан тўғри боғлиқ.

Ҳомиладорлик даврида протеинуриянинг ифодаланиш даражасини баҳолаш учун асосий тест бўлиб, 24 соат давомида оксилни пешоб орқали ажратилган миқдорини аниқлаш ҳисобланади. Протеин - креатинин индексини аниқлаш, альтернатив ёндашув ҳисобланиши мумкин.

24 соат давомида оксилнинг пешоб билан ажратилган миқдори 500мг ошганда, ҳомиладорликнинг натижаси салбий тугашига олиб келиши мумкин.

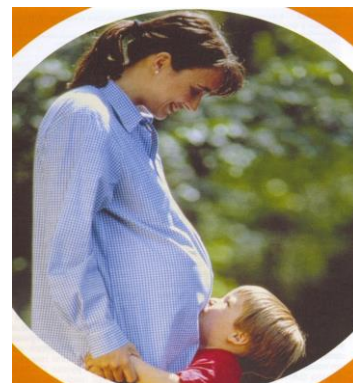
Вақтидан ўтган ҳомиладорлик

Илмий нашрларнинг маълумотларига кўра, ҳомиладорлик муддатини баҳолаш учун ўтказиладиган критерийлар, режали туғдиришни ўтказиш тезлигига асосан, вақтидан ўтган ҳомиладорлик 4 дан 14% гача учраб туради.

Кўп ҳолатларда, вақтидан ўтган ҳомиладорлик туғдириш усули қандай бўлишига қарамай, меъёрий ҳомиладорлик каби яхши натижалар билан тугайди. Кам фоизларда, вақтидан ўтган ҳомиладорлик натижаси перинатал ўлим ва эрта неонатал даврдаги талвасалар хавфининг юқори бўлиши билан тугайди.

Ҳомиладорликнинг эрта даврларида ультратовуш текшириш усули орқали ҳомиладорлик муддатини тўғри аниқлаш, вақтидан ўтган ҳомиладорлик ташхиси нотўғри қўйилиб, асоссиз туғдириш ҳолатлар эҳтимолининг камайиш имконини беради.

Ҳомиладорликнинг 41 ҳафталигидан сўнг туғдириш перинатал ўлим хавфини камайтиради, шу билан бирга, ҳар бир 500та туғруқнинг биттасида ҳомила ўлимининг олди олинади. Ҳаммани туғдириш, қоғаноқ сувида меконий пайдо бўлиш хавфини камайтиради ва бирор бир жиддий асоратларга сабаб бўлмайди. Вақтидан ўтган ҳомиладорликда, туғдиришнинг кузгатиш усули мос бўлган ҳолатларда, оз бўлсада кесар кесиш хавфининг камайишига олиб келиши мумкин.



Ҳомиладорликнинг 41 ҳафтасигача туғдиришнинг ҳеч қанақа афзалликлари йўқ, фақат амниотик суюқликда меконий ажралиш сонини бир оз камайтириши мумкин. Ҳомиладорликнинг 41 ҳафтасида режали туғдириш ўтказилганида перинатал ўлимнинг камайишига олиб келади. Ҳомиладорликнинг 40-41 ҳафтасида, кўп ҳолатларда ҳамма физиологик ҳомиладорликларни туғдиришга кўрсатма йўқ ва тавсия қилиниши мумкин эмас.

Вақтидан ўтган ҳомиладорликда, ҳомилани кузатиш бўйича аёлга тасия қилинадиган усулларнинг далилийлиги сезилмас эканлиги ҳақидаги маълумотдан шифокорлар, доя ҳамда аёлнинг қариндошлари хабардор бўлишлари керак. Туғдириш учун қўлланиладиган кузгатиш усулларида фойдаланилганида перинатал ўлим хавфининг пасайиши ҳақида аёлга тўлиқ маълумот бериш, энг яхши усул бўлиб ҳисобланади. Ҳомиладорликнинг давом этиши, тўлиқ 41 ҳафталик бўлганида, туғдиришни танлаган аёлларга самарали ва қулай усуллар таклиф қилиниши лозим.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатиладиган қон кетишлар

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида кузатиладиган қон кетишлар, ҳозирги кунда оналар ва перинатал ўлимнинг, шунингдек оналар ва гўдаклар касалланишининг асосий сабабчиси бўлиб қолмоқда. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида қон кетиши кузатилган аёлларнинг тахминан ярмида, меъёрий жойлашган йўлдошнинг кўчиши ёки олдин келиши туфайли келиб чиқади. Қолган ярми, аниқ ташхисларга эга эмас.

Йўлдошнинг кўчиши

Йўлдошнинг кўчиши ёки ретроплацентар қон кетиш, ҳомила ривожланиш нуқсонлари кузатилмайдиган перинатал ўлимнинг энг асосий сабабчиларидан биттаси ҳисобланади.

Йўлдош кўчишининг вақтида аниқланган ташхислар сони сезиларли даражада ўзгариб туради ва фойдаланиладиган диагностик усулларга боғлиқ бўлади. Йўлдошнинг кўчиши туфайли, ушбу патология 1000та ҳолатларда ривожланганда, 300таси перинатал ўлим билан тугаши кузатилади. Перинатал ўлимнинг ярмидан кўп ҳолатлари, ҳомиладор аёл шифохонага етиб келишигача рўй беради. Ҳомила ўлими, кўп ҳолатларда муддатидан олдин туғдириш амалиёти ўтказилмаслиги туфайли келиб чиқади. Тирик қолган болалар ўртасида респиратор дистресс-синдром, Баталов йўлининг очиклиги, Апгар шкаласи бўйича баҳолаш кўрсаткичининг паст бўлиши ва камқонлик ҳолатларининг учраш тезлиги кўп кузатилади.

Клиник кўриниши

Йўлдошнинг кўчиши ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида кузатилиши мумкин. Бу ҳолатни, ташқи қон кетиш белгиларининг бўлишидан қатъий назар, қоринда оғриқ борлигидан ҳомиладор шикоят қилганида унутмаслик лозим. Йўлдошнинг кўчиш майдони кичик бўлганда белгилар кўринмаслиги мумкин. Катта майдон кўчганда эса, ташқи жинсий аъзолардан кўп қон кетиши ёки агар, қон бачадон бўшлиғида тўпланса, абдоминал таранглик белгиси кузатилади.

Бачадон гипертонусининг пайдо бўлиши, жиддий йўлдош кўчиши белгиси ҳисобланади ва одатда ҳомила ўлими билан тугайди. Бунда аёл кучли оғриқ сезади, гиповолемик шок ривожланиши мумкин. Тромб ҳосил бўлиш белгисининг бузилишларига қиндан келадиган қонда лахталарнинг бўлмаслиги, милкларнинг шунингдек инъекция қилинган жойларнинг қонаши ҳамда гематурия киради.

Туғруқча қон кетишларнинг дифференциал диагностикасида ультратовуш текшириши муҳим рол уйнайди. Бу текширишда йўлдошнинг жойлашишини аниқлаш мумкин бўлади. Йўлдошнинг паст жойлашиши, унинг олдин келишига шубҳа уйғотади. Йўлдош бачадоннинг орқа деворида жойлашган бўлса ва аёлдаги оғриқ белга берилса, йўлдошнинг кўчганлигидан далолат беради. Бироқ, ретроплацентар гематома ташхисини ҳатто ультратовуш текшириши орқали қўйиш ҳам анча муракаббдир.

Олиб бориш тактикаси

Йўлдошнинг кўчган жойи оз майдонни эгаллаган бўлса, белгилар билинмайди. Агар, ташқи қон кетиш кузатилганда ҳам, у тез тухтайди ва ҳомила ҳолатининг бузилиш белгилари кузатилмаслиги мумкин. Бунда, аниқ бир ташхис қўйиш кўпинча мумкин бўлмайди. Бундай ҳолатларда, аниқ этиологияга эга бўлмаган қон кетишлар каби, аёлни маълум вақт кузатиб, бирор бир жиддий хавфлардан қўрқмасдан уйига жавоб бериш мумкин.

Йўлдош кўчишининг ўртача ва оғир даражаларини даволашда, қон ўрнини тўлдириш ва анальгезия ўтказиш, муҳим тадбирлардан ҳисобланади. Айланиб юрган қон ҳажмини тиклаш ва тез туғдириш, даволашнинг асоси ҳисобланади. Бунақа аёлларда айланиб юрган қонни тиклаш учун, анъанавий бўлган қон препаратларини қуйишга мурожаат қилишади. Бундай ҳолатларда қон қуйишдан олдин, кристаллоид эритмаларини киритиш мақсадга мувофиқдир. Қон ивиш

факторларини тўлдириш мақсадида, янги музлатилган зардобнинг бир ҳажмига қуйиладиган эритроцитларнинг тўрт-олти ҳажми ҳисобидан киритиш усулидан фойдаланиш, асосланган ҳисобланади. Зардоб ўрнини босувчилар, яъни оксил, декстран, желатин ва крахмал эритмалари қарама-қарши реакцияларни чақириши мумкин. Декстран, in vivo тромбоцитлар фаолиятини бузиши ва кесишган in vitro реакциясини чақириши мумкинлигини унутмаслик лозим.

Қон ивишининг ўзгаришларини баҳолаш, алоҳида эътиборни талаб қилади, гарчанд, бу ўзгаришларнинг клиник кўринишлари, агар ҳомила тирик қолса, кам намоён бўлади. Томир ичида қон ивишининг диссеминирланган синдроми, одатда туғдиришдан сўнг ўтиб кетади.

Агар ҳомила тирик бўлса, ҳомилага муҳимлигини эътиборга олиб, унинг етилганлигини ҳисобга олиб туғдириш масаласи кўриб чиқилиши лозим.

Яқиндаги тадқиқотлар, қин орқали туғдиришда, туғишни кузгатиш ёки ҳомила юрак фаолиятини доимий кузатиш билан бирга туғруқ фаолияти окситацин билан стимуллаганда, ҳомиладорлик асоратлари ва туғдиришни кесар кесиш амалиёти орқали ўтказилиш тезлигини 50% камайтириб бериши ҳамда перинатал ўлимга таъсир қилмаслигини кўрсатган.

Йўлдош кўчишининг оғир даражаларида ҳомила ўлган бўлса, агар кесар кесиш амалиётига мутлоқ акушерлик кўрсатмалари бўлмаса, масалан, ҳомиланинг кўндаланг жойлашиши, уни қин орқали туғдириб олиш мумкин. Туғруқлар кўзгатилиши, керак бўлса окситацин ёки окситацин етарли бўлмаса простогландинлардан фойдаланиб, тезлаштирилиши лозим. Қачонки, туғруқ фаоллиги етарли бўлмаса ёки қон йўқотилишини назорат қилишнинг имкони йўқлигини кўрсатувчи белгилар пайдо бўлганда кесар кесиш амалиёти ўтказилади. Коагуляция тизимининг етарли бўлмаслиги кўринади ва қоидага кўра, аёл ҳаёти хавф остида қолади.

Агар, аёлда томир ичи қон ивишининг диссеминирланган синдроми ҳолатида кесар кесиш амалиётини ўтказиш керак бўлса, анестезиолог ва гематолог маслаҳатидан сўнг ўтказилади. Қон ҳажми ва трансфузияси, музлатилган зардоб ҳамда прокоагулянтларни тиклаш, жарроҳлик аралашувидан олдин ва аралашув жараёнида ўтказилиши керак.

Шуни таъкидлаб ўтиш лозимки, тиббий ходимларнинг қўпол хатоси бўлиб, етарли қон захираси, қон ўрнини босувчи препаратлар, керак бўлганда жарроҳлик аралашувини ўтказишнинг иложи йўқлиги ёки гиповолемик шок, қон ивишининг бўзилиши ҳолатларида жадал даволашни олиб борувчи ўқитилган малакали тиббий ходимлар бўлмаганда, йўлдоши кўчган аёлларни қин орқали туғдиришлари ҳисобланади.

Ҳар қандай жиҳозланган шифохона, аёл шифохонага мурожаат қилганида ҳомила тирик бўлса, ғамхўрлик билан туғдириш ва онада тез, жадал даво бошлаш учун барча шароитларни яратиб бериши лозим. Бунақа ҳолатларда ҳомиланинг тирик қолиши, кўпинча, ушбу туғруқ ёрдамини кўрсатадиган маскандаги неонатал ёрдамга боғлиқ бўлади.

Йўлдошнинг олдин келиши



Йўлдошнинг олдин келиши, бачадон бўйнининг ички соҳасида йўлдошни тўлиқ ёки қисман жойлашишига кўра аниқланади. Ушбу патология 0,5% ҳолатларда учрайди, бундай ҳолатларда қон кетиши ўлим ва касалланишнинг асосий сабабчиси ҳисобланади. Йўлдошнинг олдин келиши ҳолатларида учрайдиган перинатал ўлим кўрсаткичи, замонавий туғдириш усуллари орқали шунақа 1000 та асоратли ҳомиладорликлар бўлганда 50-60 ҳолатларгача камайтирилишига эришилди.

Клиник кўриниши

Йўлдошнинг олдин келишининг кам ҳолатларида қон кетиши кузатилмайди, ва бу фақат 2%ни ташкил қилади. Туғруқ фаолияти белгилари ва ҳар қандай оғрик белгиларисиз жинсий йўлларда қонли ажралмаларни келиши, йўлдошни олдин келишининг одатий белгиларидан ҳисобланади. Бу ҳолатларда учрайдиган асоратларнинг 1/3 ҳолатлари ҳомила нотўғри жойлашиши туфайли келиб чиқади, яъни кўндаланг, думба билан, қийшиқ ёки ўзгарувчан. Бош билан келганда олдинга келган қисм албатта юқори жойлашади ва кўпинча ўрта чизикдан озроқ оған бўлади.

Биринчи қон кетиш белгиси пайдо бўлмагунча, йўлдошнинг олдин келганлиги ҳақида ҳеч қанақа клиник кўрсатмалар бўлмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрининг бошида, ҳамма аёлларда ультратовуш текшириши ўтказилганида тахминан 5-6% ҳомиладорларда йўлдошнинг паст жойлашиши аниқланади. Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида ультратовуш текширишида аниқланган 90% ҳолатларда белгиларсиз кечган йўлдошнинг олдин келиши белгиларсиз қолаверади ва кейинчалик, ҳомиладорликнинг учинчи триместрида бачадон пастки сегментининг анатомик ўзгариши туфайли йўлдош меъёрий жойлашган ҳолатда учрайди.

Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида йўлдошни паст жойлашиши ёки олдин келиши ультратовушда аниқланган бўлса, улар ҳомиладорликнинг 30-32 хафтасида албатта ультратовуш текширишидан яна бир бор ўтишлари шарт. Ушбу ультратовуш текширишида ҳомиладорликнинг 32 хафтасидан сўнг ҳам йўлдошнинг олдин келиши ташҳиси қўйилса, тиббий ёрдам кўрсатиш режаси ишлаб чиқилиши лозим.

Олиб бориш тактикаси

Йўлдошнинг олдин келишига озроқ шубҳа бўлганида ҳам, қин орқали текшириш мумкин эмас, агар қон кетиш ривожланса ёки ҳомила етарли етилганда режали жарроҳлик туғдирилиши мақсадида, мижоз жарроҳлик столида ётган ҳолатларидан ташқари. Хавфли қон кетишлар, кўпинча асосланмаган акушерлик аралашувлари натижасида (яъни қон кетиши борлиги айтилганида ёки қон кетаётган вақтда цервикал канални бармоқлар орқали текшириш) келиб чиқади. **Бунақа ҳолатларда ректал текширишлар қин текширишларидан ҳам хавфлироқ ҳисобланади.**

Агар қон кетиши тўхтаса ёки камайса, ташҳисни ультратовуш текшириши орқали тасдиқлаб олиш керак. Ҳомиладор аёлда меъёрий жойлашган йўлдош

бўлганда узоқ, қиммат, руҳий оғир ва шифохонага кераксиз ётқизилишларни олдини олиш учун йўлдошнинг олдин келишини эрта ва тўғри аниқлаш муҳимдир.

Кутиш тактикасининг мақсади ҳомила туғилганда яшаш кафолати бўлгунига қадар, ҳомиладорлик муддатини узайтириш усули орқали вақтидан олдин туғруқлар сонини камайтиришдир. Бу ҳолат ҳомиладор аёлларга ташхис қўйилганидан туғруқ бўлгунича, она ва болага тез ёрдам кўрсата оладиган, яхши жиҳозланган туғруқхонага миждозни ётқизилишини талаб қилади.

Кутиш тактикаси олиб бориладиган ҳолатларда, вақтидан олдин туғруқ ривожланиши, кўп ҳолатларда йўлдошни олдин келиши билан бирга келади. Она ва ҳомиланинг ҳолати доимо назорат остида бўлиши керак. Онада камқонлик ривожланишига йўл қўймаслик лозим. Унинг гемоглобинини гемостимуляцияли даво, керак бўлганда – гемотрансфузия йўли билан, меъёрий даражада ушлаб туриш зарур.

Резус манфий аёлда, ҳар бир қон кетишдан сўнг, ҳомила эритроцитларининг антителасини аниқлаш учун тест ўтказиш ва олдини олиш мақсадида анти- D иммуноглобулин тавсия қилиниши керак.

Кутиш тактикасини ҳомиладорликнинг 37 ҳафталигигача олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади, бироқ, амниоцентез ёрдамида олинган амниотик суюқлик таҳлили ўтказилиб, ҳомила ўпкасининг етилганлик даражаси маълумоти олингач, 34 ҳафтадан сўнг режали туғдириш ўтказилиши мумкин.

Туғдириш

Агар ҳомила ривожланган бўлса ва бачадондан ташқарида яшай олса, йўлдошнинг ёнлама олдин келганида ҳам табиий йўл орқали туғдиришга кўрсатма бўлмайди. Вагинал туғдириш хавфи шундаки, бачадондан профуз қон кетишлар, ҳомила нотўғри жойлашиши, киндик тизимининг тушиши ёки қисилиши, вақтидан олдин йўлдошнинг кўчиши, ҳомиладан қон кетиш ва йўлдошнинг бачадон орқа деворида жойлашиши туфайли бачадон бўйни дистоцияси ривожланиши мумкин.

Агар, ҳомила ташқи ҳаёт муҳитида яшай олиш муддатига етган бўлмаса, туғма нуқсонлар ёки ҳомила ўлган бўлса, унда қин орқали туғдириш масаласи кўриб чиқилиши мумкин.

Бунақа ҳолатларда, табиий йўл орқали туғдириш фақат дори-дармон, жиҳоз ва тажрибали мутахассислар бор бўлган шифохонада олиб борилиши лозим.

Бачадон ичида ҳомила ўсишининг чегараланиши(БИХЎЧ)/гестацион ёш учун вазни кам ҳомидалари ҳомиладорларни олиб бориш

50-70% гестацион ёш учун тана вазни кичик ҳомидалар конституционал хусусиятларга эга, бироқ соғлом бўладилар. Бу категориядаги ҳомидаларнинг 10-15% ҳақиқатдан ҳам бачадон ичи ривожланишининг чегараланишларига эга, қолган 5-10% эса, хромосом/тузилиш нуқсонлари ёки бачадон инфекцияси кузатилади.

БИХЎЧ перенатал касалланиш ва ўлим билан, тирик қолган ҳомидаларда кейинчалик салбий оқибатларнинг кузатилиши билан бирга қўшилиб келади. Янги далиллар бунақа чақалоқларда катта ёшли бўлганда юрак, иккинчи турдаги қандли диабет, инсулт, гипертензия ва остеопороз ривожланишини таъкидламоқда.

Акушерлик тактикасининг мақсади – бачадон ичи гипоксиясининг жиддий ривожланиши билан бирга келадиган БИХЎЧни аниқлаш, ҳолатни кузатиш, салбий натижалар билан тугаши аниқ бўлганда туғдиришдир.

Бачадон ичида ҳомила ўсишининг чегараланиши аниқлаш:

Lubchenco ва бошқа муаллифлар томонидан 1963 йилда ўтказилган тадқиқотлари шуни кўрсатдики, чақалоқлар туғилганида уларнинг тана вазнини таснифлаш (перцентил асосида) олдиндан айтиш афзалликларига эга, чунки, бутун ҳаёти давомида салбий натижалар хавфи ривожланиши мумкин бўлган БИХҲ бор чақалоқларни аниқлашда ёрдам беради.

Ҳозирги кунда чақалоқлар таснифи қуйидагича:

- Ушбу гестацион муддат учун жуда кам вазн/масса (перцентилнинг уч қисмидан кам),
- Ушбу гестацион муддат учун кам вазн/масса (10 перцентилдан кам),
- Гестацион муддатига мос вазн/масса (10 дан 90 перцентил),
- Гестацион муддат учун катта вазн/масса (90- перцентилдан юқори)

Ҳомиланинг бачадон ичида ривожланишидаги ўзгаришларнинг кейинги текширишлари, онанинг бўйи, миллати, жинси, ҳомиланинг меъёрий биометрик маълумотлари асосида олиб борилиши лозим.

Чақалоқ меъёрий вазнга эга бўлиши мумкин, бироқ, шу билан бирга потенциал бўйига нисбатан кам ҳолат аниқланиши мумкин.

Салбий перинатал натижаларни олдиндан айтишда, одатий меъёрий кийматдан кўра перцентилли эгри бўй кўрсаткичлари ишончли ҳисобланади.

Бачадон ичида ҳомила ўсишининг чегараланиш сабаблари

Она томонидан	Йўлдош томонидан	Ҳомила томонидан
Етарли овқатланмаслик Онада, туғилганида кам вазнлик Онада вазн кам қўшилиши Онанинг ёши 16 ёшдан кичик Ижтимоий-иқтисодий аҳволнинг пастлиги Паритет Экстрагенитал касалликлар Сурункали гипертензия Тизимли қизил волчанка Преэклампсия Томирлар зарарланиши билан кечадиган диабет Буйрак касалликлари Атроф муҳит факторлари Зарарли одатлар – чекиш, алкоголь, наркотиклар юқори тоғ зоналарида яшаш Нурланиш	Патологик плацентация Сурункали кўчиш, инфарктлар, фокал зарарланишлар Сурункали яллиғланиш ҳолатлари (виллит) Ягона киндик Артерияси, томирларнинг қобиғли бирикиши, плацента геманигиомаси Тасдиқланган йўлдошли мозаицизм	Хромосом нуқсонлар Генетик ўзгаришлар Туғма нуқсон ривожланиши Ҳомила ичи инфекцияси Кўп ҳомилали ҳомиладорлик

Бачадон ичида ҳомила ўсишининг чегараланиши хавф факторлари

Она томонидан	Ўлдош томонидан	Она томонидан
Сўнги акушерлик ёши Бепуштлиқ туфайли даволаниш Овқатланиш: етарсиз энергия ва овқат тушиши Семизлик ва жуда катта тана вазни Зарарли одатлар - чекиш, наркотиклар, кофеин, алкогол Ортиқча жисмоний зўриқиш жиддий экстрагенитал касалликлар Анамнезда, бачадон ичида ҳомила ўсишининг чегараланиши билан туғилган болалар	Кичик ўлчовлар Ҳомиладорлик даврида қон кетишлар Мозаицизм Томирлар/киндик тузилишида нуқсонлар Ҳомилада артериал тромбозлар Ўлдошда ўсмалар	Генетик/хромосом нуқсонлар Ривожланиш нуқсонлари Инфекция Кўп ҳомилали ҳомиладорлик

Ташхис

Ушбу гестацион муддат учун кам вазли ҳомилаларни аниқлаш усулларига куйидагилар киради:

- Қоринни пальпация қилиш
- Бачадон туби баландлигини ўлчаш
- Ультратовушли биометрия
- Ҳомила вазнини ультратовушда баҳолаш
- Допплерография

Ҳомиладорлик муддатини аниқлаш

Охирги ҳайз муддати бўйича ҳомила муддатини аниқлаш, охирги ҳайзнинг биринчи куни аниқ маълумлигини ва овуляция тахминан ҳайз даврининг 14 кунда рўй берганини тахмин қилади.

Охирги ҳайзнинг биринчи кунини аниқлашда қўйиладиган хатоликлар миждозларнинг эсидан чиқиб қолиши ёки бошқа ҳар хил сабаблар туфайли келиб чиқади.

Шунингдек фолликуляр фаза ўзгарувчан бўлиб, 7 кундан 21 кунгача давом этиши мумкинлигини эътиборга олиш лозим.

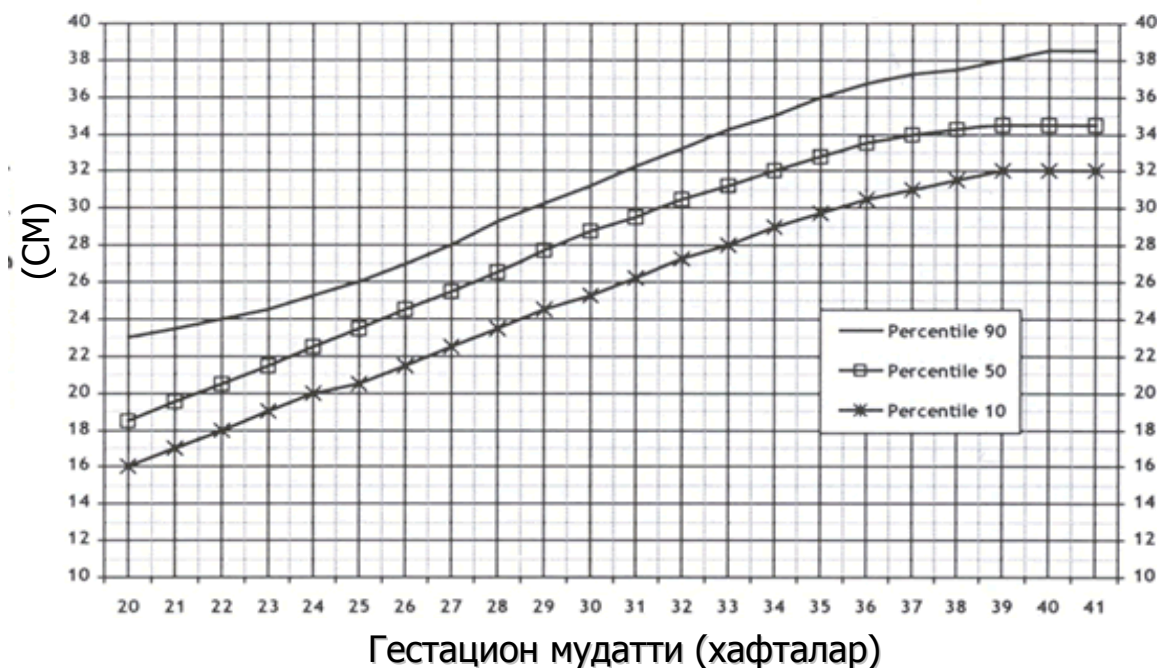
Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида УТТ орқали гестацион муддат тўғри аниқлаш мумкин. Хатолик 5 кундан ўтмайди. Ҳомиладорлик муддати 11-14 ҳафталик бўлганда УТТ ўтказилиши керак. Шу вақтда ривожланмаган, эктопик (нуқсонли), кўп ҳомилали ҳомиладорликни ҳамда ҳомила анатомиясини баҳолашнинг эрта диагностикасини ўтказиш мумкин.

Бачадон туби баландлигини ўлчаш

Ҳар бир антенатал ташрифда бачадон туби баландлигини ўлчаш лозим. Онанинг бўйи ва олдинга келган қисм ҳолатига айрим тўғирлашлар киритиш

шарти билан, гестациянинг 20 хафтасидан сўнг бачадон туби баландлиги (см да) гестацион муддатга мос (хафталарда) бўлади.

Бачадон ўсишида чегараланишларни аниқлаш учун сезгирлик 60-85% ташкил қилади. Ижобий олдин айтиш аҳамияти 20-80%. Шундай қилиб, бачадон туби баландлигини ўлчаш – ҳомиланинг бачадонда ўсишининг чегараланишларини аниқлаш учун ёмон скрининг усули ҳисобланади, бироқ унинг арзонлиги, шунингдек кейинги ультратовушли биометрик баҳолаш билан бирга олиб борилиши уни актуал ҳамда чегараланган манбалар бўлган ҳолатларда тавсия қилинадиган усул деб ҳисоблаш имконини беради.



ҲОМИЛАДОРЛИК ДАВРИДА ДОРИ ДАРМОНЛАРНИ ТАВСИЯ ҚИЛИШ

Ҳомиладорлик даврида дори дармонларни тавсия қилишнинг умумий тамойиллари

Ҳомиладор аёлларга дори дармонларни тавсия қилишда эътиборга олиш керак бўлган учта умумий тамойил мавжуд:

1. Узоқ қабул қилинувчи дори дармонларнинг самаралилиги ва хавфсизлигини баҳолаш лозим.

2. Касалликни (сурункали ёки ўткир) даволамаганда (ёки самараси кам усулни қўллаш) бўладиган хавф билан даволашни давом эттирганда бўлиши мумкин бўлган хавфни таққослаш керак.

3. Ҳомиладорларда қўлланиладиган барча дори дармонлар аниқ таърифга, фойдаланиш учун кўрсатма, даволаш давомийлиги, кутиладиган натижалар, шунингдек қандайдир белгилар ёки кўринишлар рўй берганда дорини бекор қилиш учун кўрсатмаларга эга бўлиши лозим.

Бундан ташқари ҳомиладорларни даволаш учун дори дармонларни танлашда қуйидаги умумий қоидалар:

1. Антибиотиклар билан даволашга кўрсатмалар бўлганда, аввало пенициллин, цефалоспоринлар (cefotetандан ташқари), клиндамицин ва макролидлар гуруҳидан бошлаш лозим. Сульфаниламид (биринчи триместрда

тавсия қилишга қарши кўрсатмалари бор), фторхинолон, тетрациклин ва аминогликозидлар (оттотоксик таъсирга эга) тавсия қилинмаслиги керак.

2. Анальгетикларни танлашда ацетоминофен тавсия қилиниши, оғир ҳолатларда эса – наркотик анальгетикларни кўриб чиқиш керак. Наркотик анальгетиклар қисқа вақт қабул қилинганда ҳам, йўлдошдан ўтиб ҳомилага таъсир қилиши мумкинлигини унутмаслик лозим. Наркотик воситаларини узоқ қўллаш ёки ундан кўп фойдаланиш, чақалокларда уйқучанлик ва жуда ланж ҳолатга олиб келади. Туғруқ тугашига оз қолганида наркотик анальгетиклар киритилганида, чақалокларда нафас қийинлигига сабаб бўлади. Аспирин (оғриқ қолдирувчи миқдорлари) ва нестероид яллиғланишга қарши дориларни (НЯҚД ҳомиладорликнинг якуний даврларида тавсия қилишга қарши кўрсатмалари бор) тавсия қилмаслик лозим.

3. Артериал гипертензияни даволаш учун, лабеталол, метилдофа ва гидралазин қўлланилиши мумкин (айрим β – блокаторларни тавсия қилиш ҳомилага салбий таъсир қилиши гемодинамика ҳамда бачадон ичида ўсишининг бузилишларига сабаб бўлиши мумкин). Ангиотензин рецепторларининг блокаторлари ва ферментларига айланадиган ангиотензин ингибиторлари ҳомиладорлар учун, қарши кўрсатмаларга эга (шунинг учун тавсия қилинмайди).

4. Қандли диабет бор ҳомиладор аёллар ҳолатни яхшилаш учун инсулин олишлари керак, қандни пасайтирувчи оғиз орқали қабул қилинадиган дорилар истисно қилиниши лозим.

5. Кўнгил айнаш, қайт қилиш кузатиладиган ҳомиладорлар доксиламин ва пиридоксин, ёки хлорпромазин олишлари мумкин.

6. Гастрит ва ошқозон яраси бор ҳомиладор аёлларга гидрооксид магнезия, алюминий, кальций карбонат, висмут препаратларининг тавсия қилинишини кўриб чиқиш керак.



Сурункали касалликлар

Айрим мижозлар ҳомиладор бўлишдан олдин сурункали касалликлар билан касалланган бўладилар. Бу касалликларни даволаш дори дармонларни тавсия қилишни талаб қилади. Ҳомиладор бўлгач, дори дармонларнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги саволларини кўриб чиқиш муҳим ҳисобланади.

Ҳомиладор бўлишдан олдин сурункали касалликларни ҳомиладорликка, ҳомиладорликни сурункали касалликларга таъсири саволларини кўриб чиқиш керак. Айрим ҳолатларда ҳомиладор бўлишни кечиктиришга, касаллик ремиссия ҳолатига ўтишини кутишга тўғри келади ёки касаллик кечишини кузатиш имконини берадиган стабил бўлмайди. Бошқа ҳолатларда ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатмалар йўқ.

Бироқ амалиётда ҳомиладорлик бошланиши ва ривожланиши билан бирга сурункали касалликлар учун даво ўтказишни бошлаш ҳам керак бўлади. Биринчидан ҳолатнинг ўзи учун ва унинг давоси она соғлиғи учун хавфсиз эканлигига баҳо бериш лозим. Ҳомиладор аёл ҳаётига хавф солувчи патологик жараёнлар, ҳатто ҳомиладорлик давом эттирилса ҳам даволаш давом этишини талаб қилади. Иложи борича кўпроқ хавфсиз бўладиган ва бир хил самара берадиган альтернатив усуллар танлашини лозим.

Қандайдир сабабларга кўра хавфсиз альтернатив усуллардан фойдаланишнинг иложи бўлмаса, шифокор мижоз билан бирга ҳомиладорликни давом эттиришнинг ҳамда ҳомиладорлик туфайли сурункали касалликларни даволашни тухтатиш хавфи ҳақида суҳбат ўтказиши ва иккала ҳолатни таққослаши лозим. Маълумотли танлаш имконини бериш учун, мижозларга ҳомиладорликнинг кейинги кечими ва ривожланаётган ҳомилага, айниқса аъзолар ривожланиш даврида ўтказиладиган давонинг таъсири ҳақида тўлиқ маълумот бериш лозим. Ҳар қандай ҳолатларда ҳам мижозлар билан тиббий ходимлар, ҳар бир мижознинг клиник ҳолатини ҳисобга оладиган индивидуаллашган танловга келишлари лозим.

Ўткир ҳолатлар

Ҳомиладор аёллар, ҳомиладор бўлмаган аёллар каби ўткир патологик ҳолатларга учрашлари мумкин. Ўткир патологик ҳолатли аёлларни олиб бориш тактикаси қарорини қабул қилиш, сурункали ҳолатларни олиб бориш қоидаларидан келиб чиқиши лозим.

Ушбу ҳолат, ҳомиладорликка салбий таъсир кўрсата оладими?

Танланган даволаш усули, ҳолатнинг салбий таъсирини камайтириш ёки йўқотишга қодирми?

Таклиф қилинадиган даволаш усулининг ҳомиладорликка ёмон таъсир кўрсатиш эҳтимоли борми?

Келиб чиққан патологиянинг, ўрганилган ва хавфсиз даволаш усуллари мавжудми?

Ҳолатни даволамаганда бўлиши мумкин бўлган натижалари қанақа? Ушбу тактиканинг эҳтимолий оқибатлари қанақа?

Ҳолат, даволаш усуллари ва алоҳида ёндашиш бўйича тўлиқ маълумотга асосланган, чамаланган танловга келиш учун, сурункали касалликлар ҳолатида мижоз ҳамда тиббий ходим ушбу муҳим саволларга қандай жавоб бериши керак.



Агар тиббий ходим қанақадир сабабларга кўра саволларга жавоб бера олмаса, мижоз юқори даражада ёрдам оладиган мутахассис ёки муассасага юборилиши лозим.

Шошилиш ақушерлик ҳолатлари

Ҳомиладорлик, дори дармонларни талаб қиладиган патологик ҳолатлар билан бирга кечиши мумкин. Тактика танланганда ўткир ҳолатларни тўлиқ олиб бориш тамойилларига амал қилиш лозим.

Агар келиб чиққан ҳолат кенг тарқалган, мижозларни олиб бориш усуллари ишлаб чиқилган бўлса, тиббий ходимлар қарор қабул қилиш ҳамда ёрдам кўрсатишда қабул қилинган умумий қоидаларга амал қилишлари лозим.

Кам учрайдиган асоратлар бўлганда, тажрибали мутахассис маслаҳати керак бўлиши ва мижоз юқори даражада ёрдам кўрсатиладиган муассасага юборилиши мумкин.

Тератоген таъсири исботланган дорилар

Айрим дори дармонлар теротоген таъсирга эга эканлиги анча илгари аниқланган. Улардан кўп тарқалганлари, 2 жадвалда келтирилган.

2 жадвал. Инсонда теротоген таъсири исботланган дори дармонлар		
Гуруҳ	Препарат	Тератоген таъсир
Антибиотиклар	Аминогликозидлар	Карлик, вестибуляр аппарат зарарланиши
	Тетрациклин	Суяк ва тишлар аномалияси
	Фторхинолонлар	Ҳайвонларда текширишлар - артропатия
	Сульфонамидлар	Гипербилирубинемия, керниктерус
Антихолинэргик дорилар		meconium ileus
Антикоагулянтлар	Варфарин	МНС ва скелет нуқсони, Dandy-Walker синдроми
Антиконвульсант-лар	Карбамазепин	Асаб найчаси ривожланиш нуқсони
	Фенитоин	МНС нуқсони, ҳомила ривожланишининг кечикиши
	Вальпроевая кислота	Асаб найчаси ривожланиш нуқсони
	Параметадон	МНС, юз ривожланиш аномалиялари
Антидепрессантлар	литий карбонати	Ebstein аномалияси, гипотония, сўриш рефлексии суст, гипорефлексия
Антигипертензив-лар	АПФ Ингибиторлар	Чақалокларда узок вақт буйрак етишмовчилиги, калла суяги оссификация тмпининг пасайиши, буйрак каналчаларининг дисгенезияси
	β-блокаторлар	ривожланишнинг кечикиши, неонатал брадикардия, гипогликемия
Қалқонсимон безларининг гиперфункциясини даволовчи дорилар	Пропилтиоурацил	Ҳомила ва янги туғилган чақалокда буқоқ, гипотиреоз
	Метимазол	Aplasia cutis, ҳомила ва янги туғилган чақалокда буқоқ, гипотиреоз
Цитостатиклар	Аминоптерин, метотрексат	МНС ва оёқ қўллар ривожланишида аномалиялар
	Циклофосфамид	МНС ривожланишида аномалиялар, иккиламчи ўсмалар
Диуретиклар	Фуросемид	Бачадонда қон айланишининг пасайиши, гипербилирубинемия
	Тиазидлар	Неонатал тромбоцитопения
Қандни камайтирадиган дорилар		Чақалокда гипогликемия
НЯҚВ	Индометацин	ductus arteriosusни вақтидан олдин ёпилиши, некротланувчи энтероколит, чақалокларда упка гипертензияси
Простагландинлар аналоги	Мизопростол	Синдром Моеbius синдроми, бола олдириш/тушиши, туғруқ фаолиятининг индукцияси
Тобеликни чақурувчи воситалар	Этанол	Фетал алкоғолли синдром (пер- и постнатал ва пренатал ривожланишнинг кечикиши, МНС, юз хусусияти тузилишида аномалиялар)
	Кокаин	Ривожланишнинг кечикиши, ПОНРП,

		бачадон ёрилиши
системали тавсия қилинадиган ретиноидлар	Изотретиноин, этретинат	МНС, калла суяги, юрак қон томир тизими ва бошқа ривожланиш аномалиялари
Жинсий гормонлар	Даназол ва бошқа андрогенлар	Аёл жинсли ҳомилаларнинг маскулинизацияси
	Диэтилстильбэстрол	Қин карциномаси, аёл ва эркак жинсли ҳомилаларнинг сийдик чиқариш тизимида нуқсонлар
	Диэтилстильбэстрол	Аёл жинсли ҳомилаларнинг маскулинизацияси
Седатив воситалар	Талидомид	Оёқ қўлларнинг ривожланмаслиги ва ички аъзоларнинг нуқсонлари
Психоактив воситалар	Барбитуратлар, опиоидлар, бензодиазепинлар	Агар ҳомиладорлик охирида дорилар қабул қилинган бўлса, чақалоқлар абсененцияси.
Фенотиазидлар		Чақалоқларда терморегуляциянинг бузилиши, экстрапирамидал ўзгаришлар

Тератоген дориларнинг ёмон таъсири ўзгарувчан ва олдиндан башорат қилиб бўлмайди ҳамда уларни ҳомиладорларга тавсия қилиш кескин чегараланган ёки умуман тавсия қилинмаслиги керак.

D категориядаги FDA таснифига кирувчи дорилар теротоген таъсирга эга, бироқ, айрим ҳолатларда ҳомиладор аёлларга тавсия қилиниши мумкин.

D категориядаги ҳар қандай дориларни тавсия қилишдан олдин, шифокор кўрсатмаларни чуқур ўрганиши, даво давомийлигини чамалашни, барча самараларни эътиборга олиши, давонинг альтернатив усулларини кўриб чиқиши лозим. Барча олинган маълумотлар мижозга етказилиши ва шундан сўнг, маълумотга эга эканлиги ёзма олинниши керак.

X категориядаги дорилар теротоген таъсири исботланган ва ҳомиладорларда уларни қўллаш мумкин эмас.

Тамаки

Тамаки чекиш ҳомиладорлик натижаларига кўп салбий таъсирлар кўрсатади ва кам вазнли ҳомила туғилиши, бачадон ичида ҳомиланинг нобуд бўлиши, меъёрий жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши, йўлдошнинг олдин келиши кузатилади. Гарчанд бу хавфли ҳолатлар ривожланиши сабаби охиригача ўрганилмаган бўлса ҳам, кўрсатилган ҳолатлар олдиндан умидсизликни чақиради. Тамаки чекиш ҳомиладорликоқибатига ижобий таъсир кўрсатмагани туфайли, ҳомиладор аёл бу зарарли одатини ташлашга кўндириш учун барча чора тадбирларни кўриб чиқиш лозим.

Алкоголь

Фетал алкогольли синдром (ФАС), ҳомиладорлик даврида алкоголь суистеъмол қилган аёллар ҳомиласида патологиянинг клиник белгиларининг ривожланиш ҳолати кўп учрайди. ФАС микроцефалия, микрофтальмия, ривожланишдан орқада қолиш ва бошқа ривожланиш ҳамда МНС фаолиятида нуқсонлар бўлишига олиб келади. Алкогол истеъмол қилиш кенг тарқалган бўлиб, кўп аёллар ҳомиладорлар бўлишгача уни истеъмол қиладилар. Шу туфайли алкоголь истеъмол қилиш хавфсизми, қанча истеъмол қилиш лозим каби масалалар актуал бўлиб қолмоқда ва ҳозиргача ҳомиладорлар учун қанча миқдор истеъмол қилиш хавфсизлиги

аниқланмаган. Демак ҳомиладорлик даврида алкоголь истеъмол қилиш мумкин эмас ёки кескин чегараланган бўлиши лозим.

Шифокор тавсиясиз бериладиган дорилар

Ҳомиладор аёлларда кўпинча шифокор тавсиясиз бериладиган дорилар бўйича саволлар пайдо бўлади. Улардан фойдаланиш бошқа, тиббий ходимлар тавсия қиладиган дорилар каби умумий қоидаларга бўйсунди.

Шу билан бирга енгил топиладиган ва мустақил равишда дориларни тез-тез қабул қилиниши, муайян муаммоларга сабаб бўлади. Айрим баҳоланишга кўра, 75% ҳомиладор аёллар ҳомиладорлигида қанақадир дориларни қабул қилар эканлар. Афсуслар бўлсинки, тиббий ходимлар миқдорлар қабул қиладиган дориларнинг ҳаммасини ҳам назорат қила олмайдилар. Шу билан бирга ушбу дориларнинг таъсири, гестация муддатига ҳам боғлиқ бўлади. Масалан, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши воситаларни ҳомиладорликнинг эрта даврларида қабул қилиш мумкин, бироқ учинчи триместр учун қарши кўрсатмаларга эга.

Шу туфайли антенатал ташриф вақтида тиббий ходимлар миқдорларга дориларни қабул қилиш, хавфсизлик чоралари ҳақида тўлиқ маълумот беришлари лозим.

Шифокор тавсиясиз бериладиган дорилар кўп бўлганлиги учун, бу бўлимда ҳамма дорилар ҳақида маълумот берилмайди, бироқ, эътиборга лойиқ иккита гуруҳ дорилари кўриб чиқилади, булар: оғриқсизлантирувчилар ҳамда аллергия, шамоллаш белгилари ва йўталга қарши дорилар.

Тестлар

1. Какие специальные скрининговые исследования необходимо провести во время беременности:
 - а) анемия
 - б) иммунологическая несовместимость между матерью и плодом
 - в) скрининг врожденных пороков развития плода
 - г) скрининг синдрома Дауна
 - д) сывороточный α -фетопротеин
2. На чем основана клиническая диагностика пиелонефрита:
 - а) наличие лихорадки
 - б) боли в пояснице
 - в) общий анализ крови
 - г) дизурические явления
 - д) общий анализ мочи
3. Профилактика токсоплазмоза у беременных должна включать:
 - а) мытье сырых овощей и фруктов, включая зелень
 - б) достаточная термическая обработка мясных продуктов
 - в) использование перчаток при контакте с почвой
 - г) избегание контакта с больным токсоплазмозом
 - д) избегание контакта с фекалиями домашних животных
4. Основные принципы лечения эклампсии включают:
 - а) назначение внутривенно сульфата магния
 - б) снижение АД до 130/90
 - в) профилактика возникновения судорог
 - г) профилактика гемолиза и снижения количества тромбоцитов
 - д) при стабилизации состояния - родоразрешение
5. Какие препараты обладают тератогенным действием на плод?
 - а) тетрациклин
 - б) ампициллин

- в) алкоголь
 - г) препараты лития
 - д) метилдопа
6. Возбудители каких инфекционных заболеваний могут оказать тератогенный эффект на плод?
- а) вирусный гепатит
 - б) краснуха
 - в) грипп
 - г) эпид. паротит
 - д) ветряная оспа
7. Какими препаратами необходимо лечить артериальную гипертонию беременных?
- а) эналаприл
 - б) метилдопа
 - в) гидралазин
 - г) нефидипин
 - д) бисопролол
8. Выберите наиболее подходящий к пре-эклампсии симптомокомплекс:
- а) артериальная гипертония, отеки на ногах, белок в моче
 - б) головная боль, сонливость, нарушение зрения
 - в) боль в животе, тошнота, рвота
 - г) полиурия, брадикардия, одышка
 - д) гипотония, одышка, отек легкого
9. Объясните беременной женщине, какие осложнения может вызвать артериальная гипертония беременных:
- а) мертворождение
 - б) преждевременная отслойка плаценты
 - в) внутриутробная задержка развития плода
 - г) предлежание плаценты
 - д) инсульт
10. Объясните беременной женщине, какие осложнения может вызвать гестационный диабет:
- а) развитие преэклампсии
 - б) пороки развития сердца у плода
 - в) повышает вероятность развития послеродовых кровотечений
 - г) крупный плод
 - д) медленно прогрессирующую ретинопатию

Тестлар

- 1) Қандай махсус скрининг текширувлар хомиладор пайтида ўтказилиши зарур.
- а) Камқонлик
 - б) Хомила ва она ўртасидаги иммунологик мослашмаслик
 - в) Туғма хомила ривожланиши нуҳсонлари
 - г) Даун синдроми скрининг текшируви
 - д) Кон зардобининг альфа-фетопротеини
- 2) Пиелонефритнинг клиник ташхиси нимага асосланган
- а) Тана хароратининг кутарилиши
 - б) Белдаги оғриқ
 - в) Қон умумий текшируви
 - г) Дизурия белгилари
 - д) Сийдик умумий текшируви курсаткичлари
- 3) Хомиладорларда токсоплазмознинг олдини олиш учун
- а) Мева, сабзавот ва кўкатларни истемол қилиш олдинидан ювиш
 - б) Гўшт махсулотларини пиширилган ҳолатда истемол қилиш
 - в) Тупроқ билан ишлаганда қўлқоп кийиш

- г) Токсоплазмоз билан касалланган одамлардан узоқда бўлиш
 д) Уй хайвонлари нажаси билан контакта бўлмаслик
- 4) Эклампсияни даволаш тамоиллари нималардан иборат
- а) Магний Сульфат томир орқали юбориш
 б) Артериал босимни 130/90 гача тушириш
 в) Тутқаноқни олдини олиш профилактика усулари кулаш
 г) Г) Гемолиз ва тромбоцитлар сонини камаишини олдини олиш
 д) Холат стабиллашганда – туғдириш
- 5) Қайси препаратлар хомиллага тератоген таъсир кўрсатади
- а) Тетрациклин
 б) Ампициллин
 в) Алкогол
 г) Литий препаратлари
 д) Метилдопа
- 6) Қайси юқумли касалликларнинг инфекция чакрувчилари хомилдорга тератоген таъсир кўрсатади?
- а) Вирусли гепатит
 б) Кизилча
 в) Грипп
 г) Эпидпаротит
 д) Сув чечак
- 7) Хомилдорлада артериал гипертензияни қайси препаратлар ердамида даволаш керак?
- а) Эналаприл
 б) Метилдопа
 в) Гидралазин
 г) Нифедипин
 д) Бисопролол
- 8) Преэклампсияга қайси симптомлар бирикмаси тўғри келади?
- а) Артериал гипертония, оёқлардаги шиш, сийдикдаги оқсил
 б) Бош оғриқ, уйқувчанлик, қўриш қобилиятини пасайиши
 в) Қориндаги оғриқ, кўнгил айниш, қусиш
 г) Полиурия, брадикардия, хансираш
 д) Гипотония, хансираш, ўпка шиши
- 9) Хомилдор аелга артериал гипертонияни асоратларини тушунтиринг
- а) Бола ўлик туғилиши
 б) Плацентани бевақт кўчиб тушиши
 в) Хомил ривожланишининг секинлашиши
 г) Плацентанинг тугрук йуларини бекитиб қуйиши
 д) Инсульт
- 10) Гестацион диабет асоратларини хомилдор аелга тушунтиринг
- а) Преэклампсия ривожланиши
 б) Хомиллада юрак ривожланиши нуқсонлари
 в) Туғруқдан кейинги конкетишлар
 г) Катта хомил

д) Секин ривожланидиган ретинопатия

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

Тузувчилар руйхати: Султанов С.Н., Касимов Ш.З., Султанов С.Н., Муратова Н.,
Садирова М.А., Юнусова А.В.

Учредитель: Ассоциация Врачей Узбекистана Издание выходит с января 2011 г. Ежеквартально	Уважаемые читатели, вы можете оформить подписку на наш журнал. ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС <ul style="list-style-type: none">▪ 917 - для индивидуальных подписчиков▪ 918 - для подписки предприятий и учреждений	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 – 805 шт. Ташкент, ул. Усмана Носира 91
--	---	--