

ОНАЛАР ҲАЁТИНИ САҚЛАШ УЧУН АЁЛЛАР САЛОМАТЛИГИ ВА ТИББИЙ ЁРДАМНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ

Монография

Тошкент 2025

УЎК: 618.1-092:614.

Муаллифлар:

- Бабажанова Ш.Д - т.ф.д., ТошПТИ доценти, Республика перинатал маркази бўлим бошлиғи
- Джаббарова Ю.К - т.ф.д., профессор, ТошПТИ, Республика перинатал маркази акушер-гинекологи
- Уринбаева Н.А. - т.ф.д., профессор, ТошПТИ, Республика перинатал маркази директори
- Нодирханова Н.С. - т.ф.д., профессор, РИОваБИАТМ директори
- Ихтиярова Г.А. - т.ф.д., профессор, Бухоро тиббиёт институти кафедра мудири
- Курбанов Б.Б. - т.ф.д., профессор, ТошПТИ кафедра мудири
- Суяркулова М.Э. - PhD, доцент, ФЖСТИ кафедра мудири
- Абдураимов Т.Ф. - РИОваБИАТМ ўқув бўлими бошлиғи

Такризчилар:

- Закирова Н. И. - т.ф.д., профессор, СамДТУ акушерлик ва гинекология кафедраси профессори
- Рузиева Н.Х. - т.ф.д., профессор, ТошПТИ акушерлик, гинекология болалар гинекологияси кафедраси профессори

Монографияда мамлакатимизда оналар ўлими сабаблари, таркиби, ўлимга олиб келган омиллар тахлили берилган, бу эса оналар ўлимини олдини олишга қаратилган чора - тадбирлар самарадорлигини баҳолашга ва муаммоларни бартараф этиш учун янги ечимлар ва янги йўналишларни топишга имкон яратади. Бу китоб акушер-гинекологлар, умумий амалиёт шифокорлари учун мўлжалланган, ҳамда олий ўқув юртидан кейинги таълимнинг ўқув жараёнида (магистратура, клиник ординатура, акушер-гинекологларнинг малакаси оширишда) қўлланилиши мумкин.

1-БОБ. Оналар ўлими – дунё миқёсидаги муаммо.

Бабажанова Ш.Д.

Оналар ўлими замонавий дунёнинг енгиш қийин бўлган муаммоси бўлиб қолмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, дунё бўйлаб ҳар куни тахминан 810 тага яқин она ўлими қайд этилмоқда (ЖССТ, 2019 йил).

ЖССТ таснифига кўра, оналар ўлими ҳомиладорлик даврида, туғруқ жараёнида ёки туғруқдан кейинги 42 кун ичида, ҳомиладорлик ёки туғруқ билан боғлиқ бўлган сабаблар туфайли содир бўладиган ўлимни англатади. Бу таснифга бахтсиз ҳодисалар ёки тасодифий сабаблар туфайли юзага келган ўлимлар кирмайди (ЖССТ, 2005 йил).

Оналар ўлими коэффициенти (ОЎК) қуйидаги формула асосида ҳисобланади:

$$\text{Оналар коэффициенти (ОЎК)} \quad \text{ўлими} = \frac{\text{оналар ўлими сони} \times 100000}{\text{тирик туғилган чақалоклар сони}}$$

Оналар ўлими коэффициенти БМТ Минг йиллик ривожланиш мақсадлари (МРМ), ва Барқарор ривожланиш мақсадларига (БРМ) эришишнинг асосий кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. 2000 йилда БМТга аъзо давлатлар ўз олдига 2015 йилга келиб, ОЎКни 1990 йилга нисбатан 75%га қисқартиришни мақсад қилиб қўйган эдилар. Бироқ, дунё миқёсида бу мақсадга тўлиқ эришилмади: глобал миқёсда ОЎК 25 йил давомида деярли 44%га камайди, яъни 1990 йилда ОЎК 385 ни ташкил этган бўлса, 2015 йилга келиб 216 га (100000 тирик туғилган чақалокқа нисбатан) тушди. Шу билан бирга, дунё бўйлаб 1990 йилда 532 000 та она ўлими содир бўлган бўлса, 2015 йилда бу кўрсаткич 303 000 га камайди (яъни, 73:1 нисбатдан, 180:1 нисбатда сезиларли даражада камайди). Ўзбекистонда эса 25 йил давомида (1990-2015) ОЎК 3 баравар камайиб, 1990 йилда 100 000 тирик туғилган чақалокқа 65,5 % ни ташкил этган бўлса, 2015 йилда бу кўрсаткич 18,9 % га тушди.

2015 йилнинг 25 сентябрида БМТ саммитида Барқарор ривожланиш мақсадлари (БРМ) қабул қилинди ва унинг 2030 йил 30 декабргача бўлган 15 йиллик муддатда амалга оширилиши режалаштирилди. БРМнинг 17 та мақсадидан 3-мақсади — «Соғлом турмуш тарзини таъминлаш ва барча ёшдаги кишиларнинг фаровонлигига кўмаклашиш» деб номланади. БРМ қабул қилиш олдидан ЖССТ ҳамкорлар билан биргаликда келишилган баёнот билан чиқдилар ва олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлимини тугатиш

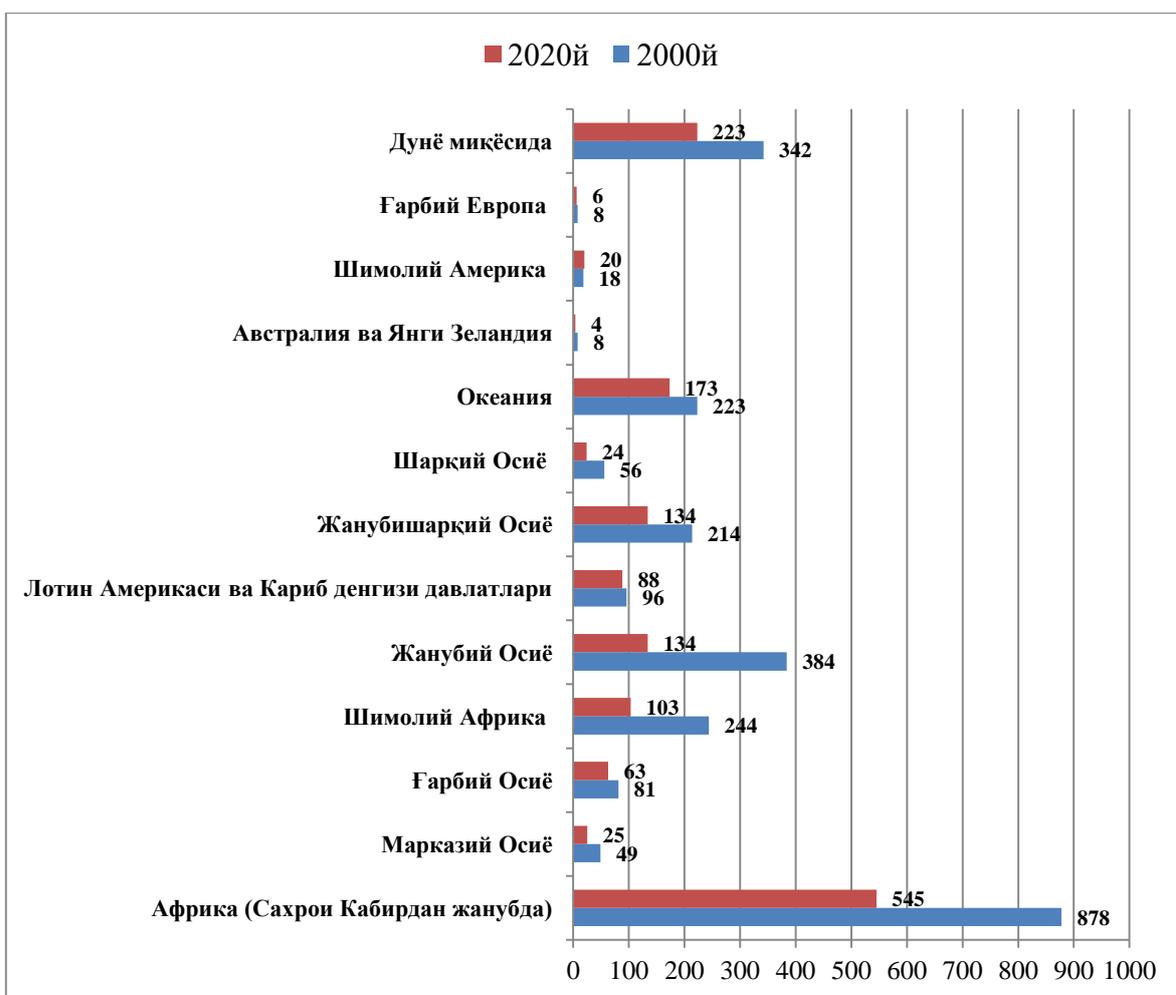
стратегиясини ҳужжатини ишлаб чиқдилар ва қабул қилдилар. БРМнинг 3.1-вазифасига кўра, 2030 йилга келиб, олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлимнинг глобал коэффицентини 100 000 тирик туғилган чақалоқларга 70 дан камайтириш мақсад қилиб қўйилган.

Ўзбекистон Республикаси БМТ аъзоси сифатида мазкур мақсадларни қабул қилди. Шу муносабат билан, Вазирлар Маҳкамаси томонидан 2018 йил 841-сонли «2030 йилгача бўлган даврда Барқарор Ривожланиш соҳасидаги миллий мақсад ва вазифаларни амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ва 2022 йил 82-сонли «2030 йилгача бўлган даврда Барқарор Ривожланиш соҳасидаги миллий мақсад ва вазифаларни амалга оширишни жадаллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»ги қарорлар қабул қилинди. Мазкур қарорлар доирасида 2030 йилгача оналар ўлими кўрсаткичини учдан бир даражага камайтириш вазифаси белгиланди.

2019 йилда дунё миқёсида тарқалган COVID-19 пандемияси одамлар саломатлигига ва фаровонлигига жиддий хавф туғдирди ҳамда БРМнинг 3-мақсадига эришишга тўсқинлик қилди. COVID-19 ўлимнинг асосий сабабларидан бирига айланди ва 2020-2021 йилларда бутун дунё бўйлаб 14,9 миллион одамнинг вафот этишига сабаб бўлди. Бунинг оқибатида кўплаб давлатларда оналар ўлими кўрсаткичлари ҳам ошиб кетди. Масалан, Россия Федерациясида 2021 йилда оналар ўлими 24.4%га (11,2 %), Қозоғистонда эса 3 баробарга ошганлиги (44,7 %) қайд этилди. Европа давлатларида ҳам оналар ўлими 17%га ошди. Экспертлар бу кўрсаткичларнинг ошишини COVID-19 инфекцияси билан боғлиқ деб ҳисобламоқдалар.

ЖССТ 2023 йилда дунё миқёсида оналар ўлими тенденцияси бўйича «Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Executive summary» таҳлилий ҳисоботини эълон қилди. Унга кўра, 2020 йилда глобал оналар ўлими коэффицентини 100 000 тирик туғилган чақалоқларга нисбатан 223ни ташкил этган ва 287 000 оналар ўлими қайд этилган. 2000 йилда 15 ёшли қиз учун ҳаёти давомида оналар ўлими сабабли вафот этиш хавфи 1:120 ни ташкил этган бўлса, 2020 йилга келиб бу хавф деярли 2 баробарга камайган ва 1:210 ни ташкил этди.

Қуйидаги расмда дунё миқёсида 2000-2020 йилларда оналар ўлими тенденцияси акс этган.



2-расм. 2000-2020 йилларда оналар ўлими коэффиценти (100 000 тирик туғилган чақалоқларга нисбатан оналар ўлими сони).

Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023.)

Юқоридаги расм дунёнинг турли ҳудудлари ўртасида оналар ўлими бўйича катта тафовутлар мавжудлигини кўрсатиб турибди. Масалан, Сахройи Кабирдан жанубдаги Африкада оналар ўлими кўрсаткичи 100 минг тирик туғилган чақалоқларга 545 ни ташкил этган бўлса, Австралия ва Янги Зеландияда бу кўрсаткич атиги 4 ни ташкил этади. Бу Сахройи Кабирдан жанубдаги Африкада оналар ўлими Австралия ва Янги Зеландияга нисбатан 136 марта юқори эканлигини англатади. 2020 йилда Нигерияда оналар ўлими энг кўп рўйхатга олинган бўлиб, 82 000 ҳолат қайд этилган. Ҳиндистон (24 000 ҳолат), Конго Демократик Республикаси (22 000 ҳолат) ва Эфиопияда (10 000 ҳолат) ҳам оналар ўлими кўрсаткичлари 10 000 дан юқори бўлган.

Чад давлатида оналар ўлими хавфи энг юқори бўлиб, ҳар бир 15 ёшли қиз учун ҳаёти давомида оналар ўлими сабабли вафот этиш хавфи 1:15 ни ташкил этади. Белоруссияда эса бу хавф энг паст бўлиб, 1:65 000 ни ташкил этади, яъни Чадда оналар ўлими хавфи Белоруссияга нисбатан 4 000 марта юқори.

2000-2020 йилларда оналар ўлими кўрсаткичини сезиларли даражада камайтирган давлатлар қуйидагиларни ташкил этади: Беларус, Сейшел ороллари, Туркменистон, Руминия, Бутан, Миср, Эстония, Лаос Халқ-Демократик Республикаси, Қозоғистон ва Мозамбик.

Қуйидаги жадвалда айрим давлатларда оналар ўлимининг 2000-2020 йиллар давомида қанчалик даражада камайгани кўрсатилган.

1.1-жадвал

Баъзи давлатларда оналар ўлими коэффициентининг 2000-2020 йилларда камайиш фоизи

(Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023.)

Давлатлар	2000 йилдан 2020 йилгача ОЎК нинг камайиш фоизи	Давлатлар	2000 йилдан 2020 йилгача ОЎК нинг камайиш фоизи
Италия	54,3%	Белоруссия	95,5%
Франция	16%	Эстония	79%
Чехия	57,4%	Литва	50,4%
Швеция	26,3%	Туркменистон	80,3%
Польша	74,8%	Украина	53,5%
Германия	38%	Россия	73,6%
Жанубий Корея	47,7%	Молдова	75%
Австралия	55,9%	Латвия	43,4%
Хитой	60,1%	Қозоғистон	76,3%
Исроил	66,7%	Арманистон	46,7%
Буюк Британия	10,5%	Тожикистон	75,2%
Афғонистон	52,9%	Озарбайжон	27%
Грузия	48,5%	Ўзбекистон	29,3%
Дания	42,6%	Қирғизистон	43%

Шу билан бирга, бу муддат давомида, оналар ўлими кўрсаткичи ошган давлатлар ҳам мавжуд. Уларнинг қаторида Венесуэла, Кипр, Греция, АҚШ, Маврикий, Пуэрто-Рико, Белиз ва Доминикан Республикаси бор. Ривожланган давлатлар ичида АҚШ оналар ўлими кўрсаткичи энг юқори давлатлардан бири ҳисобланади. АҚШда 2018 йилда оналар ўлими 100 000 тирик туғилган чақалоқларга нисбатан 17 ни, 2019 йилда 20 ни ва 2020 йилда эса 24 ни ташкил этган (ЖССТ, 2021 йил).

Қуйидаги жадвалда 15 ёшли қизнинг ҳаёти давомида оналар ўлимидан вафот этиш хавфи кўрсатилган.

1.2-жадвал.

15 ёшли қиз ҳаёти давомида оналар ўлимидан вафот этиш хавфи (баъзи давлатлар миқёсида)

Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2023.)

Давлатлар	15 ёшли қиз ҳаёти давомида оналар ўлимидан вафот этиш хавфи	Давлатлар	15 ёшли қиз ҳаёти давомида оналар ўлимидан вафот этиш хавфи
Италия	1:21000	Белоруссия	1:65000
Финляндия	1:8600	Эстония	1:11000
Чехия	1:17000	Литва	1:6700
Швеция	1:1300	Туркманистон	1:6300
Австрия	1:14000	Украина	1:5800
Германия	1:13000	Россия	1:5300
Жанубий Корея	1:18000	Молдова	1:4700
Австралия	1:19000	Латвия	1:3900
Канада	1:6500	Қозоғистон	1:2400
Буюк Британия	1:5800	Арманистон	1:2100
АҚШ	1:2700	Тожикистон	1:1600
Афғонистон	1:32	Озарбайжон	1:1400
Грузия	1:1700	Ўзбекистон	1:1100
Ҳиндистон	1:470	Қирғизистон	1:580

Оналар ўлими сабаблари

Оналар ўлими сабабларини икки асосий гуруҳга ажратиш мумкин:

1) бевосита сабаблар, яъни ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда юзага келган акушерлик асоратлари туфайли содир бўлган ўлимлар;

2) билвосита сабаблар, яъни ҳомиладорликдан олдин мавжуд бўлган ёки ҳомиладорлик пайтида ривожланган ва ҳомиладорликнинг физиологик таъсири натижасида кучайган соматик касалликлар туфайли юз берган ўлимлар.

ЖССТ маълумотларига кўра (2022 йил), дунё бўйича содир бўлган оналар ўлимларининг 72,5 фоизи бевосита акушерлик сабабларига тўғри келган, 27,5 %и эса билвосита, яъни соматик касалликлар туфайли юз берган.

Бевосита акушерлик сабаблари бўйича оналар ўлимларининг 27,5%и акушерлик қон кетиши, 14,0%и гипертензия, 10,7%и сепсис, 7,9%и аборт асоратлари, 12,8%и эмболия ва бошқа бевосита сабаблардан келиб чиққан.

Оналар ўлими сабаблари улушини аниқлаш учун қуйидаги формуладан фойдаланилади.

$$\text{Бирор сабаб бўйича оналар ўлими улуши} = \frac{\text{Бирор сабаб бўйича оналар ўлими сони} \times 100\%}{\text{Барча сабаблар бўйича оналар ўлиминг умумий сони}}$$

Масалан, акушерлик қон кетиш сабабли оналар ўлимини ҳисоблаш:

$$\text{Акушерлик қон кетиш сабабли оналар ўлими улуши} = \frac{\text{Акушерлик қон кетиш сабабли оналар ўлими сони} \times 100\%}{\text{Оналар ўлими умумий сони}}$$

Масалан, 2016-2017 йилларда мамлакатимизда акушерлик қон кетиши сабабли оналар ўлими сони 61 та бўлган, умумий оналар ўлими эса 276 та бўлган. Демак, акушерлик қон кетиши бўйича оналар ўлими улуши 2016-2017 йилларда 22,1%ни ташкил қилган.

Оналар ўлими сабаблари структурасини аниқлаш билан бирга, алоҳида сабаблар бўйича интенсив кўрсаткични ҳисоблаш ҳам муҳим. Бу кўрсаткич қуйидаги формула орқали аниқланади:

$$\text{Бирор сабаб бўйича оналар ўлими} = \frac{\text{Бирор сабаб бўйича оналар ўлими сони} \times 100000}{\text{Тирик туғилган чақалоқлар сони}}$$

Масалан:

$$\begin{array}{l} \text{2016-2017 йилларда} \\ \text{Прееклампсиядан оналар ўлими} \\ \text{интенсив кўрсаткичи} \end{array} = \frac{\text{2016-2017 йилларда Прееклампсиядан ўлган оналар ўлими сони} \times 100000}{\text{2016-2017 йилларда тирик туғилган чақалоқлар сони}}$$

$$\begin{array}{l} \text{2016-2017 йилларда} \\ \text{Прееклампсиядан оналар ўлими} \\ \text{интенсив кўрсаткичи} \end{array} = \frac{63 \times 100000}{1441689} = 4,36$$

Турли минтақалар ва мамлакатларда оналар ўлими сабаблари ўртасида фарқлар мавжуд. Масалан, АҚШда юрак-қон томир касалликлари туфайли оналар ўлими биринчи ўринда туради ва у 33% дан ортиқни ташкил қилади. Бошқа сабаблар қуйидагича: инфекциялар (13,3%), акушерлик қон кетиши (11,1%), амниотик сувлар эмболияси (5,4%), цереброваскуляр касалликлар (7,2%), гипертония касалликлари (7,8%), тромбоемболия (9,2%), ва бошқа соматик касалликлар (13,3%) (Collier AY, Molina RL., 2019 йил).

Саҳрои Кабир жанубидаги Африкада оналар ўлимининг асосий сабаблари акушерлик қон кетиши (28,8%), ҳомиладорликнинг гипертоник касалликлари (22,1%), соматик касалликлар (18,8%) ва ҳомиладорлик билан боғлиқ инфекциялар (11,5%) ни ташкил қилади (Musarandega R, Nyakura M., et al., 2021).

Буюк Британияда 2017-2019 йилларда оналар ўлимининг бевосита сабаблари 40,8%ни, билвосита сабаблари эса 59,2%ни ташкил қилган (MBRRACE-UK., 2021). Россия Федерациясида 2019 йилда билвосита сабаблар 40,4%, бевосита сабаблар 59,6%ни ташкил этган. Улар орасида қон кетиш (11,2%), генитал сепсис (8%), гипертония касалликлари (3,7%), тиббий муассасадан ташқарида бошланган аборт (4,5%), акушерлик эмболияси (13,4%), ва эктопик ҳомиладорлик (4,5%) асосий сабаблардир (Филиппов О.С., Гусева Е.В., 2019).

2020 йил Қозоғистонда соматик патология — COVID-19 сабабли оналар ўлимининг билвосита сабаблари ошган ва 77%ни ташкил қилган, бевосита сабаблар эса 23%ни ташкил этган. 2022 йилда Қозоғистон ССВ маълумотларига кўра, оналар ўлими 58%га камайган.

Дунёнинг бой, ривожланган мамлакатларида юрак хасталиклари, эпилепсия, ва пневмония каби оналар ўлимининг билвосита сабаблари улуши ортиб бормоқда. Оналар ўлимининг бевосита (акушерлик асоратлари сабаблар) сабаблари орасида олдини олиш қийин бўлган сабаблар (анестезия асоратлари, амниотик сувлар эмболияси) улуши ҳам ортмоқда. Шу билан бирга, қон кетиш ва прекэлампсия сабаблар қаторида учинчи ўринга тушиб қолмоқда (Creanga A.A., 2017, MBRRACE-UK, 2021, Collier AY, Molina RL., 2019).

Кам даромадли мамлакатларда юқоридаги ҳолатнинг акси бўлиб, оналар ўлими кўп ҳолларда қон кетиш, преэклампсия, ва генитал сепсис каби бевосита акушерлик сабаблар билан боғлиқ. Бу тенденция кўп йиллар давомида ўзгармаган (Girum, T., Wasie, A., 2017, Yadav A, Prakash A, 2022). Африка ва Жанубий Осиё мамлакатларида инфекциялар, шу жумладан ОИВ инфекцияси, сил ва вабо оналар ўлимининг асосий сабабларидан ҳисобланади. (AMANHI, 2018, Michel Garenne, 2015).

Бизнинг мамлакатимизда, 2013-2019 йилларда оналар ўлими сабабларининг 76,4%и бевосита акушерлик асоратларига тўғри келган ва 23,6 фоизи соматик касалликлар туфайли содир бўлган. Оналар ўлимининг бевосита сабаблари ичида акушерлик қон кетиш 2018-2020 йилларда 29,1%, преэклампсия/эклампсия 26,6%, тромбоемболия 15,5%, генитал сепсис 10,8%ни ташкил этиб, оналар ўлими сабаблари орасида етакчи ўринларни эгаллайди (3.2-жадвал).

Шуни таъкидлаш лозимки, бевосита акушерлик сабабларнинг кўпчилиги олдини олиш мумкин бўлган сабаблардир. Бу бизнинг мамлакатимизда оналар ўлимини камайтириш учун катта имкониятлар борлигини ва уларни таҳлил қилиш, ўлимга олиб келган омилларни аниқлаш

ва она учун нохуш оқибатларнинг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқиш жуда долзарб эканлигини кўрсатади.

Оналар ўлимини таҳлил қилиш бўйича турли ёндашувлар.

Оналар ўлимини таҳлил қилиш учун турли ёндашувлар қўлланилади. Уларнинг орасида маҳаллий ҳамжамиятда вербал (оғзаки) аутопсия, тиббий муассаса даражасида оналар ўлимини таҳлил қилиш ва вилоят ёки миллий даражада оналар ўлимини конфиденциал ўрганиш ва таҳлил қилиш каби усуллар мавжуд.

Вербал (оғзаки) аутопсия – бу тиббий муассасадан ташқарида вафот этган аёлларнинг ўлимига сабаб бўлган ҳолатларни яшаш жойида ўрганиш усулидир. Ушбу ёндашув ўлимнинг тиббий сабабларини, шунингдек, ўлимга олиб келиши мумкин бўлган шахсий, оилавий ёки ижтимоий омилларни аниқлашга қаратилган. Вербал аутопсия жараёнида онанинг оила аъзолари, кўшнилари, маҳалла аҳли, қариндошлар, участка доялари, патронаж ҳамширалари ва ҳудудий шифокорлар каби одамлардан она ўлимига олиб келган воқеалар ҳақида маълумот йиғилади. Бу усул кўпроқ аёллар уйда, яъни соғлиқни сақлаш муассасалари ташқарисида вафот этадиган мамлакатларда қўлланилади. Шунингдек, вербал аутопсия рўйхатга олинмаган оналар ўлимини аниқлашда ҳам фойдаланилади. Масалан, Покистонда Sadiqua N. Jafarey ва бошқалар (2009), вербал аутопсия усулидан фойдаланиб, 3 йил давомида содир бўлган, аммо статистикага киритилмаган 128 нафар вафот этган аёлларни аниқладилар, улардан 82 нафари тиббий муассасаларда (хусусий ва давлат муассасаларида), 33 нафари уйда ва 13 нафари тиббий муассасага кетаётган вақтида – йўлда вафот этганлиги маълум бўлди. Ўлим сабаблари эса 30% ҳолларда акушерлик қон кетиш, 9% преэклампсия, 8% эмболия, 8% сепсис, 7% обструктив туғруқ асорати, 7% анестезия асорати деб топилган ва 10% ҳолларда ўлим сабаби аниқланмаган деган қарорга келинган. Ушбу тадқиқот натижалари ижтимоий-иқтисодий аҳволнинг паст даражаси, саводсизлик, кўп болалилик (30% аёлларда 4 ва ундан кўп туғруқ, 12 аёлда 8 тадан кўп туғруқ бўлган), даволанмаган анемия, шошилинич акушерлик ёрдами кўрсатилмаганлиги ёки унинг сифати пастлиги, шунингдек, юрак касалликлари каби хавф омилларини ҳам аниқлади.

Thomas L., D'Ambruso L. ва бошқалар (2019) 2010-2017 йиллар оралиғида нашр этилган, 15 та паст ва ўрта даромадли мамлакатлардаги тадқиқотларни ўз ичига олган 26 та манбанинг тизимли таҳлилинини ўтказдилар ва ва вербал аутопсия оналар ўлимига олиб келган тиббий ва ижтимоий омилларни ўрганиш, оналар ўлимини камайтириш учун мақсад ва вазифаларни режалаштириш бўйича юқори потенциалга эга деган хулосага келдилар. Бироқ, ушбу усулнинг камчиликлари сифатида қариндошлари ёки

бошқа суҳбатдошлар томонидан бериладиган маълумотларнинг чекланган ишончилиги ва субъектив бўлиши мумкинлиги, шунингдек, турли экспертлар томонидан оналар ўлими сабабларининг турли талқин қилиниш эҳтимоли борлигини қайд эътироф этдилар.

Оналар ўлимини тиббий муассаса даражасида таҳлил қилиш – бу тиббий муассасада оналар ўлими содир бўлган ҳолатларнинг экспертлар ва тиббий ходимлар томонидан чуқур ўрганилиши ва таҳлил қилиниши жараёнидир. Ушбу таҳлил беморга кўрсатилган тиббий ёрдамдаги камчиликларни аниқлашга, келажакда бундай ҳолатларнинг олдини олиш учун зарур чора-тадбирларни амалга оширишга хизмат қилади. Мамлакатимизда оналар ўлимини муассаса даражасида таҳлил қилиш ССВнинг 2012 йил 3 октябрдаги 283-сонли «Ўзбекистон Республикасида ҳомиладор аёллар, туғруқ ва туғруқдан кейинги давридаги аёллар ўлимини камайтириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги буйруғи асосида амалга оширилади. Буйруққа мувофиқ, ҳар бир оналар ўлими ҳолати бўйича ССВнинг оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бош бошқармасига 24 соат ичида хабар берилади. 3 кун ичида муассаса ва бирламчи тиббий хизмат ходимлари томонидан оналар ўлими ҳолати батафсил таҳлил қилиниб, йўл қўйилган камчиликлар юзасидан тегишли ходимларга маъмурий жазолар белгиланади ва амалиётни яхшилаш учун чора-тадбирлар ишлаб чиқилади. Сўнгра, 15 кун ичида вилоят миқёсидаги тиббий ходимлар ва ташқи экспертлар иштирокида (ОЎЮ профессорлари ёки етук мутахассислар) оналар ўлими ҳолати яна бир бор чуқур таҳлил қилинади ва сабаблари аниқланади, аёлга кўрсатилган ёрдам пайтида топилган хатолар ёки камчиликларга баҳо берилади ва тегишли ходимларга жазо чоралари белгиланади. Ҳар уч ойда вилоят миқёсида, ҳар олти ва ўн икки ойда республика миқёсида оналар ўлими ҳолатлари бўйича йиғилишлар ўтказилиб, ўлим ҳолатлари бўйича ҳисоботлар тузилади ва оналар ўлимини олдини олиш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқилади.

Тиббий муассасада оналар ўлимини таҳлил қилиш кўпгина мамлакатларда жорий этилган. Масалан, Baharuddin M. ва бошқалар (2019) Индонезиядаги касалхоналарда 90 та оналар ўлими ҳолатини таҳлил қилиб, уларнинг 83% бевосита сабабларга боғлиқлигини, оғир преэклампсия ва эклампсия эса асосий сабаблар (42%) эканлигини аниқладилар. Улар шунингдек, айнан ходимлар билан боғлиқ омиллар (шошилиш акушерлик ёрдамнинг кечикиши) маъмурий камчиликлар ёки инфратузилма муаммоларидан кўра кўпроқ тарқалган омил эканлигини қайд этдилар. Уларнинг хулосасига кўра, оналар ўлимининг 90% олдини олиш мумкин бўлган ўлимлар сифатида таснифланди. Sk MIK, Paswan B., ва бошқалар (2019) 317 та оналар ўлими ҳолатини (шундан 277 тасини Ҳиндистондаги тиббий

муассасаларда) ўрганиб чиқиб, аёлларнинг тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишлари энг муҳим сабаб эканлигини аниқладилар (48,6%). Ушбу ҳолатларда транспорт ва тиббий муассасага йўналишдаги кечикишлар 33,8% ни, тиббий муассасада рационал тиббий ёрдам олишнинг кечикиши эса 18,9% ни ташкил этган. Артимуков Н.В. ва бошқалар (2020) томонидан Сибир ва Узоқ Шарқ ўлкаларида 2014-2018 йилларда ўтказилган тадқиқот натижаларига кўра, оналар ўлимининг асосий сабаблари экстрагенитал касалликлар (39,4%), эмболия (12,1%), ҳомиладорликдаги қон кетиш (10,9%), туғруқдан кейинги қон кетиш (6,7%) ва тиббий муассасадан ташқарида бошланган аборт (7,3%) бўлган. Тадқиқотда оналар ўлимининг ижтимоий омиллари ҳам қайд этилган бўлиб, аёлларнинг ўз соғлиғига нисбатан безътиборлиги, тез ёрдам хизмати ташкилотидagi камчиликлар ва мултидисциплинар жамоа (фельдшер, терапевт ва бошқалар) муаммолари ўрганилган.

Шу билан бирга, тиббий муассасада оналар ўлимини таҳлил қилиш усулининг камчиликлари ҳам мавжуд.

Тиббий муассаса даражасида оналар ўлимини таҳлил қилиш усулининг камчиликлари шундан иборатки, таҳлил очиқ ва барча тиббий ходимлар иштирокида ўтказилганлиги сабабли баъзи ҳолатларда фактларни очиқчасига мунозара қилишга тўсқинлик қилади. Таҳлил жараёнида кўпроқ оналар ўлимига сабаб бўлган омилларни аниқлаш ўрнига, хатога йўл қўйган шахсни топиш ва унга жазо чорасини қўллашга эътибор қаратилади. Бу эса ёрдам кўрсатишдаги баъзи камчиликларни яшириш ёки нотўғри талқин қилиш ҳолатларига олиб келиши мумкин.

Бундан ташқари, оналар ўлимини таҳлили натижасида ишлаб чиқилган чора-тадбирлар фақатгина шу муассаса доирасида қолиб кетиши ва миллий даражада тарқалмаслиги мумкин. Бу эса бошқа муассасалар ходимларини бундай ҳолатлардан сабоқ олиш имкониятидан маҳрум этади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L; United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group.//Lancet. 2016 Jan 30;387(10017):462-74. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

2. Baharuddin M, Amelia D, Suhowatsky S, Kusuma A, Suhargono MH, Eng B. Maternal death reviews: A retrospective case series of 90 hospital-based maternal deaths in 11 hospitals in Indonesia.// Int J Gynaecol Obstet. 2019 Feb;144 Suppl 1:59-64. doi: 10.1002/ijgo.12736. PMID: 30815870.

3. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004, P.142.

4. Creanga AA. Maternal mortality in the developed world: a review of surveillance methods, levels and causes of maternal deaths during 2006-2010.// *Minerva Ginecol.* 2017 Dec;69(6):608-617. doi: 10.23736/S0026-4784.17.04111-9.
5. Drife James. Thromboembolism: Reducing maternal death and disability during pregnancy.// *British Medical Bulletin*, Volume 67, Issue 1, December 2003, P. 177–190. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldg010>
6. Frances Conti-Ramsden , Marian Knight , Marcus Green , Andrew H Shennan , Lucy C Chappell. Reducing maternal deaths from hypertensive disorders: learning from confidential inquiries//*BMJ* 2019;364:l230 doi: 10.1136/bmj.l230 (Published 5 February 2019).<https://action-on-pre-eclampsia.org.uk/wp-content/uploads/2019/02/Conti-Ramsden Chappell Mat MortUKBMJ2019 FULL.pdf>
7. Gorum, T., Wasie, A. Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. //*Matern health, neonatol and perinatol* **3**, 19 (2017). <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0059-8>
8. Improving the quality of maternal and perinatal health care. Conducting a maternal near-miss case review cycle at hospital level. Manual with practical tools. WHO, 2019.,P.82. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/324390/NMCR-manual-en.pdf
9. MBRRACE-UK - Saving Lives, Improving Mothers' Care 2021. P.76. <https://www.npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrpace-uk/reports/maternal-report-2021/MBRRACE-UK Maternal Report 2021 - FINAL - WEB VERSION.pdf>
10. Musarandega R, Nyakura M, Machekano R, Pattinson R, Munjanja SP. Causes of maternal mortality in Sub-Saharan Africa: A systematic review of studies published from 2015 to 2020. // *J Glob Health.* 2021 Oct 9;11:04048. doi: 10.7189/jogh.11.04048.
11. Petersen EE, Davis NL, Goodman D, Cox S, Syverson C, Seed K, Shapiro-Mendoza C, Callaghan WM, Barfield W. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths - United States, 2007-2016. // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2019 Sep 6;68(35):762-765. doi: 10.15585/mmwr.mm6835a3.
12. Ravichandran J., Ravindran J.Lessons from the confidential enquiry into maternal deaths, Malaysia.//*BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynecology*, *BJOG* 18 September 2014. P.47-52. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12944>
13. Sadiqua N. Jafarey, Talat Rizvi, Marge Koblinsky, and Nazo Kureshy Verbal Autopsy of Maternal Deaths in Two Districts of Pakistan—Filling Information//*Gaps J Health Popul Nutr.* 2009 Apr; 27(2): P.170–183.doi: 10.3329/jhpn.v27i2.3329
14. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. PMID: 25103301.
15. Sk MIK, Paswan B, Anand A, Mondal NA. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India.// *BMC Pregnancy and Childbirth.*-2019.- 19:314.
16. Thomas L, D'Ambruoso L, Balabanova D. Verbal autopsy in health policy and systems: a literature review//*BMJ Global Health* -2018.-Vol. 3, ISSUE 2-e000639. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000639>
17. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.)
18. Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG.* 2015;12:1045–9. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/

2-БОБ

Оналар ўлимини конфиденциал таҳлили методологияси

Уринбаева Н.А.

Оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил — бу оналар ўлими сони ва сабабларини, шунингдек, оналар ўлимига олиб келган ва олдини олиш ёки тўғрилаш мумкин бўлган омилларни вилоят ёки миллий даражада махфий, тизимли ва кўп тармоқли ўрганиш усулидир. Бу усул ҳар бир оналар ўлими ҳолатидан сабоқ олишга, олинган маълумотларни умумлаштириш орқали муаммоларни аниқлашга ҳамда амалий нуқтаи назардан ўлимни олдини олиш йўллари ишлаб чиқишга, кутилган натижаларга эришиш учун клиник кўлланмалар яратишга ва ва соғлиқни сақлаш тизимини яхшилаш учун тавсиялар ишлаб чиқишга ёрдам беради.

Оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил Англияда 1930-йиллардан бери амалга ошириб келинмоқда, 1952-йилдан бошлаб оналар ўлими бўйича конфиденциал аудити ҳисоботлари чоп этилмоқда. Шу боис Буюк Британия ушбу соҳада энг кўп тажрибага эга бўлиб, тўпланган тажриба асосида оналар ўлимига олиб келган омиллар ва сабаблар аниқланди, ушбу омилларнинг олдини олиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилди ва амалга оширилди, бу эса Буюк Британияда оналар ўлими ҳолатларининг камайишига олиб келди. Масалан, Conti-Ramsden F., Knight M. ва бошқалар (2019) тадқиқотларига кўра, преэклампсияда суюқлик истеъмолини чеклаш, систолик қон босимини ҳисобга олган ҳолда антигипертензив дориларни буюриш, магнезия антиконвулсант терапиясини қўллаш, кесарча кесиш пайтида регионал анестезиядан фойдаланиш гипертензив касалликлардан оналар ўлимини сезиларли даражада камайтирди. 1958-1960-йилларда Буюк Британияда гипертензив асоратлардан 120 та оналар ўлими қайд этилган бўлса, 2012-2014-йилларда бу патология доирасида оналар ўлими ҳолатлари кузатилмаган. Drife J. (2015) маълумотларига кўра, тромбоземболик асоратларнинг олдини олиш бўйича клиник кўрсатмалар ишлаб чиқилган бўлиб, уларда тромбоземболия хавф гуруҳлари ва профилактика чоралари кўрсатилган. Бу кўрсатмаларни амалга ошириш тромбоземболик асоратлардан оналар ўлими ҳолатларини камайтирган: агар 1994-1996-йилларда тромбоземболик асоратлар сабабли 46 та оналар ўлими қайд этилган бўлса, 2006-2008-йилларда 18 та қайд этилган.

Ҳозирги кунда, оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил дунёнинг кўплаб мамлакатларида қўлланмоқда. Масалан, Малайзияда Ravichandran J., Ravindran (2014) фикрига кўра, оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил тиббий хизмат сифатини оширишга, туғруқ пайтида партограмма жорий этишга, касалликларни даволаш протоколларини ишлаб чиқишга (масалан, камқонлик бўйича), ҳомиладорлик давридаги касалликларни даволаш учун

кўп тармоқли клиникалар ташкил этишга ва шифохоналарда тезкор хабар бериш тизимини йўлга қўйишга ёрдам берди. Бу тизим туфайли туғруқдан кейинги қон кетиш, эклампсия ва коллапс каби фавқулодда ҳолатларда мутахассисларни тезкор сафарбар қилиш мумкин бўлди. Ушбу олимлар фикрига кўра, она ва бола саломатлигида муваффақиятга эришиш учун оналар ўлими бўйича таҳлил конфиденциал ва жазосиз тизим бўлиб қолиши керак.

Ўзбекистонда оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил ССВнинг «Вазирлик тизимидаги тиббиёт муассасаларида оналар ўлими ҳолатларини махфий ўрганишни жорий этиш тўғрисида»ги 243-сон буйруғи асосида 2009-йилдан бошлаб жорий қилинган. Ҳозирги кунда мамлакатимизда оналар ўлими ҳолатларини ўрганишнинг 2 та ёндашуви мавжуд — муассаса даражасидаги таҳлил ва конфиденциал таҳлил.

Бизнинг мамлакатимизда оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил мақсади – оналар ўлимини камайтириш ва:

- оналар ва гўдақлар ўлимига олиб келувчи тиббий ва тиббий бўлмаган, ижтимоий ва оилавий сабабларни аниқлаш;
- оилада, амбулатор тизимда ва туғруқ муассасаларида йўл қўйилган камчиликлар ва етарли бўлмаган парвариш омилларини аниқлаш орқали оналар ва гўдақлар ўлими ҳолатларида кўрсатилган тиббий ёрдам сифатига баҳо бериш;
- Ўзбекистон Республикасида ҳомиладорларга, туғувчи ва туккан аёлларга ҳамда гўдақларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини ошириш бўйича аниқ тавсияларни ишлаб чиқиш;
- ушбу тавсияларни ҳудудларда ва республика муассасаларида жорий этиш бўйича мунтазам мониторинг олиб бориш.
- конфиденциал таҳлил қилиш тавсияларини амалга оширишда масъул вазирликлар ва ташкилотлар билан ҳамкорликни таъминлаш.

Махфийлик ва анонимлик оналар ўлими бўйича конфиденциал таҳлил ва муассаса даражасидаги анъанавий таҳлил усуллари ўртасидаги асосий фарқдир. Оналар ўлими содир бўлганда маҳаллий координатор оналар ўлими бўйича маълумотларни йиғади, сўров варақаларини тўлдириш ишларини олиб боради ҳамда олинган маълумотларни Миллий Кўмитага юборишидан олдин аноним ҳолга келтирилади. Шу сабабли, вафот этган аёлнинг исм-шарифи, тиббий ёрдам кўрсатган тиббиёт ходимларининг исм-шарифлари, ўлим ҳолати содир бўлган ҳудуд ва муассаса номи махфий қолади. Ушбу ёндашув тиббий ёрдам кўрсатганларга жазоланишдан кўркмасдан, ўлимнинг ҳақиқий сабаблари тўғрисида ишончли маълумот бериш имконини беради. Натижада, воқеа ҳақида аниқроқ тасаввурга эга бўлиш ва вафот этган аёлга тиббий ёрдам

кўрсатиш жараёнида содир бўлган, олдини олиш ёки бартараф этиш мумкин бўлган омилларни аниқлаш мумкин. Барча маълумотлар махфий бўлиб, прокуратура ёки бошқа назорат органларига берилмайди, конфиденциал таҳлил маълумотлари суд терговидида ишлатилмайди ва уларга нисбатан жазо чораларини белгилаш учун прокурор ёки суд-тиббий экспертизаларда қўлланилмайди. Маҳаллий координатор тўлдирилган сўров варақасини Конфиденциал таҳлил қилишга, шунингдек ўлим ҳолатига алоқадор шахслар кўрсатилмаган барча тиббий хужжатлар нусхаларини Оналар ўлимини Конфиденциал таҳлил қилиш Миллий қўмитаси котибига белгиланган манзилга юборади.

Оналар ўлими ҳолатларини конфиденциал таҳлил қилиш бўйича Миллий қўмита аъзолари томонидан анкеталар ва тиббий хужжатлар ўрганилиб, она ўлимининг асосий сабаблари аниқланади. Бу сабаблар қуйидагиларни ўз ичига олади: акушерлик қон кетиши, генитал сепсис, преэклампсия, бачадон ёрилиши, анестезия асоратлари, тромбоемболия, амниотик суюқлик эмболияси, соматик патология, эктопик ҳомиладорлик, септик аборт, ва номаълум сабабли ўткир коллапс. Шунингдек, ўлимнинг бевосита сабаблари ҳам аниқланади, улар қуйидагиларни ўз ичига олади: гиповолемик шок, септик шок, нафас олиш етишмовчилиги, юрак етишмовчилиги, эмболия туфайли ўткир кардиопулмонар коллапс, буйрак етишмовчилиги, жигар етишмовчилиги, церебрал асоратлар, метаболик дисфункция, ДИК, кўп органлар етишмовчилиги, ва ОИТС.

Мутахассис-экспертлар оналар ўлими ҳолатини таҳлил қилиб, оналар ўлимига олиб келган омилларни баҳолайдилар. Улар:

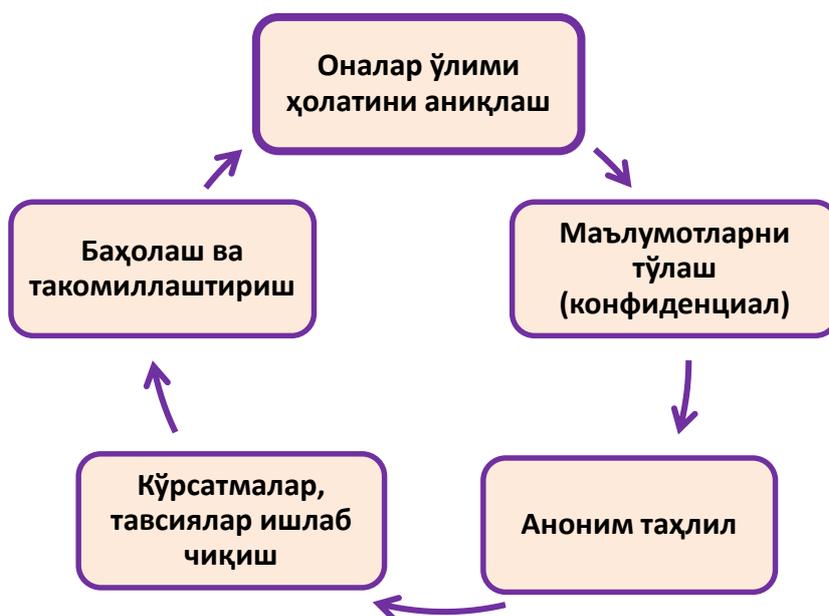
- беморнинг муаммолари (оилавий, ижтимоий ёки молиявий муаммолар, оғир симптомлар бўйича беҳабарлик, касалхонага ётқизишни рад этиш);
- маъмурий-ташқилий характердаги муаммолар: йўлланма бериш, касалхонага ётқизиш, бошқа муассасадан кўчириш; асбоб-ускуналар, дори-дармонлар, қон препаратлари, сарф материаллари, транспорт воситаларининг мавжудлиги; тегишли малакага эга бўлган ходимлар ва навбатчи ходимларнинг мавжудлиги; тиббий ёрдамни оқилона ташкил этиш; шошилиш тиббий ёрдам кўрсатишда жамоавий ҳаракат; ёрдам кўрсатишда узлуксизлик, протоколларнинг мавжудлиги ва бошқалар бўлиши мумкин;
- кундалик тиббий ёрдам ва ходимларнинг муаммолари: антенатал парвариш, туғруқ жараёнини бошқариш, туғруқдан кейинги даврда ёрдам бериш, ҳолат ёки касалликни ўз вақтида текшириш ва аниқ ташхислаш, рационал даволаш, оқилона мониторинг ва парвариш қилиш, ходимларнинг билим ва кўникмалари, лавозим ва малакаси етарлилиги; протоколлардан фойдаланиш, ёрдам кўрсатишда мутахассислар ўртасидаги изчиллик;

- шошилич тиббий ёрдам кўрсатиш муаммолари: шошилич ёрдамнинг ўз вақтида таъминланиши, етарлилиги, жиҳозлар, дори-дармонлар, қон препаратлари, сарф материаллари етарлилиги, малакали, билим ва кўникмаларга эга ходимлар мавжудлиги, протоколларнинг мавжудлиги ва улардан фойдаланиш;

- анестезия ва реанимация муаммолари: зарур кўникмаларга эга мутахассис мавжудлиги, асбоб-ускуналар, дори-дармонлар, қон препаратлари, сарф материаллари етарлилиги, оғриқсизлантириш, ўз вақтида оқилона реанимация ва интенсив терапияни рационал ўтказиш, протоколларнинг мавжудлиги ва улардан фойдаланиш бўлиши мумкин.

Оналар ўлими ҳолатларини баҳолаш шкаласи бўйича экспертлар консенсус асосида шу ҳолатда оналар ўлимини олдини олиш мумкинлиги, шартли равишда мумкинлиги ёки ўлимнинг олдини олиш мумкин эмаслиги ҳақида хулоса чиқаришади. Конфиденциал таҳлил қилиш тавсияларини ўз ичига олган якуний ҳисобот ва тавсиялар 2-3 йилда 1-марта ишлаб чиқилади, чоп этилади ва тарқатилади.

3-расмда оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш цикли берилган.



3-расм. Оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш цикли.

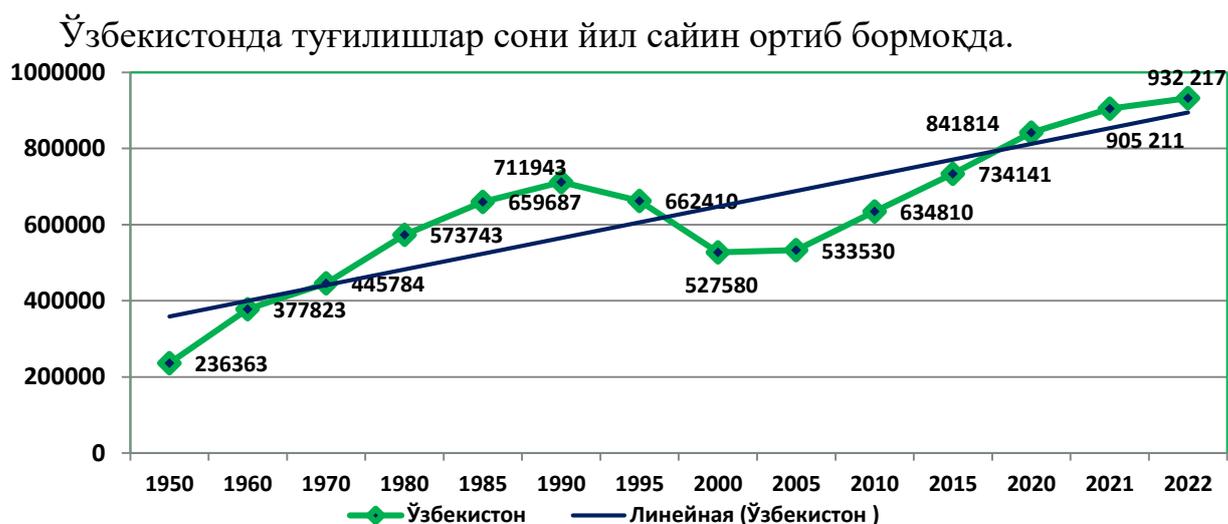
Ушбу таҳлилнинг мақсади олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлимини камайтиришдан иборат. Шу сабабли, ишлаб чиқилган тавсиялар ва кўрсатмаларни амалиётга жорий этиш ўта муҳимдир. Агар камчиликларни аниқлаб, уларни бартараф этишга қаратилган тавсиялар бажарилмаса, бутун жараён ўз маъносини йўқотади. Оналар ўлимини конфиденциал таҳлил қилиш тиббий хизмат сифатини ошириш учун тиббий мутахассислар ва соғлиқни сақлаш ташкилотчиларига керакли маълумотларни тақдим этади ва оналар

Ўлимини камайтириш мақсадида чора-тадбирлар, клиник протоколлар ҳамда тавсиялар ишлаб чиқишга ва оналар ҳаётини сақлашга ёрдам беради.

Фойдаланилган адабиётлар

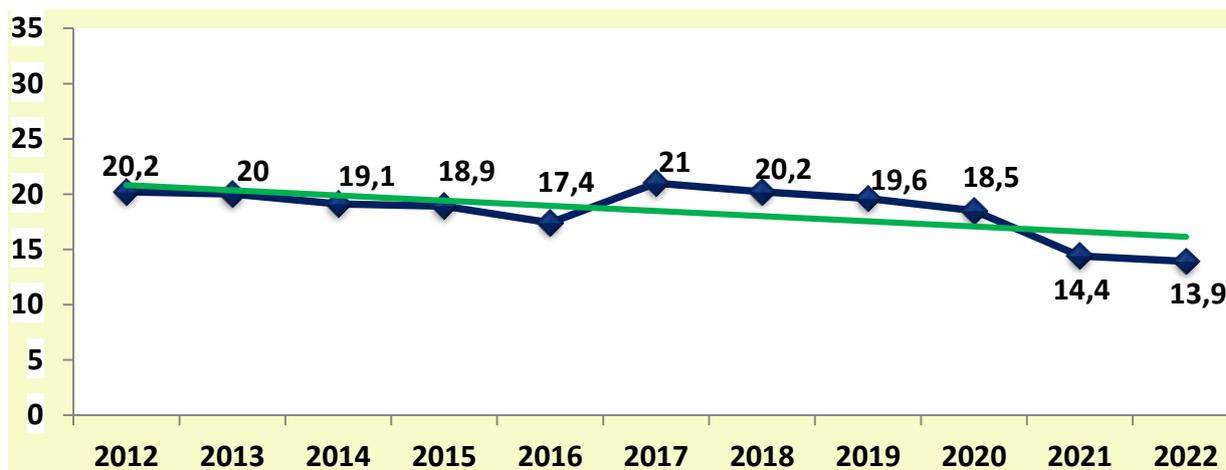
1. «О внедрении конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства Здравоохранения»/Приказ МЗ РУз №243 от 4 августа 2009г.
2. «О внедрении Конфиденциального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства Здравоохранения» Национального стандарт.- Ташкент, 2015г.
3. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. Geneva: World Health Organization; 2004, P.142.
4. Smith, H., Ameh, C., Roos, N. et al. Implementing maternal death surveillance and response: a review of lessons from country case studies. BMC Pregnancy Childbirth 17, 233 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1405-6>
5. Jayakody H, Knight M. Implementation assessment in confidential enquiry programmes: A scoping review. Paediatr Perinat Epidemiol. 2020 Jul;34(4):399-407. doi: 10.1111/ppe.12604. Epub 2019 Dec 17. PMID: 31846103; PMCID: PMC7383863.

3-БОБ
ОНАЛАР ЎЛИМИ САБАБЛАРИ, ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚ
ХУСУСИЯТЛАРИ



3.1-расм Тирик туғилган чақалоқлар сони (Ўзбекистон республикаси статистика агентлиги сайтидан очик маълумотлар).

Оналар ўлими Ўзбекистонда йилдан йилга камайиб бормоқда.(3.2.-расм)



3.2-расм. Ўзбекистонда оналар ўлими коэффиценти (2012-2022 йиллар)

2021 йилда Ўзбекистонда оналар ўлими коэффиценти 100 000 тирик туғилганларга нисбатан 14,4 ни ташкил этган бўлса, 2022 йилда ушбу кўрсаткич 13,9 га тенг бўлди. 2021-2022 йиллар бўйича оналар ўлимини конфиденциал ўрганиш ҳисоботларига кўра, ўртача коэффицент 14,2 ни ташкил этди. Оналар ўлимини конфиденциал ўрганиш ҳисоботларига асосан Оў коэффиценти 2010-2012 йилларда 21,4 ни, 2013-2015 йилларда 19,3 ни, 2016-2017 йилларда 19,2 ни, ва 2018-2020 йилларда 19,4 ни ташкил этган. 2021-2022 йиллардаги оналар ўлими коэффиценти 100 000 тирик туғилганларга нисбатан 14,2 ни ташкил этди ва бу кўрсаткич 2018-2020 йиллардаги оналар ўлими кўрсаткичига қараганда 27% га камайгани

аниқланди. Охирги 10 йилда оналар ўлими коэффиценти 33,7% га камайган. 3.1-расмда 2010-2022 йилларда оналар ўлими сони, тирик туғилганлар сони ва оналар ўлими коэффиценти келтирилган.

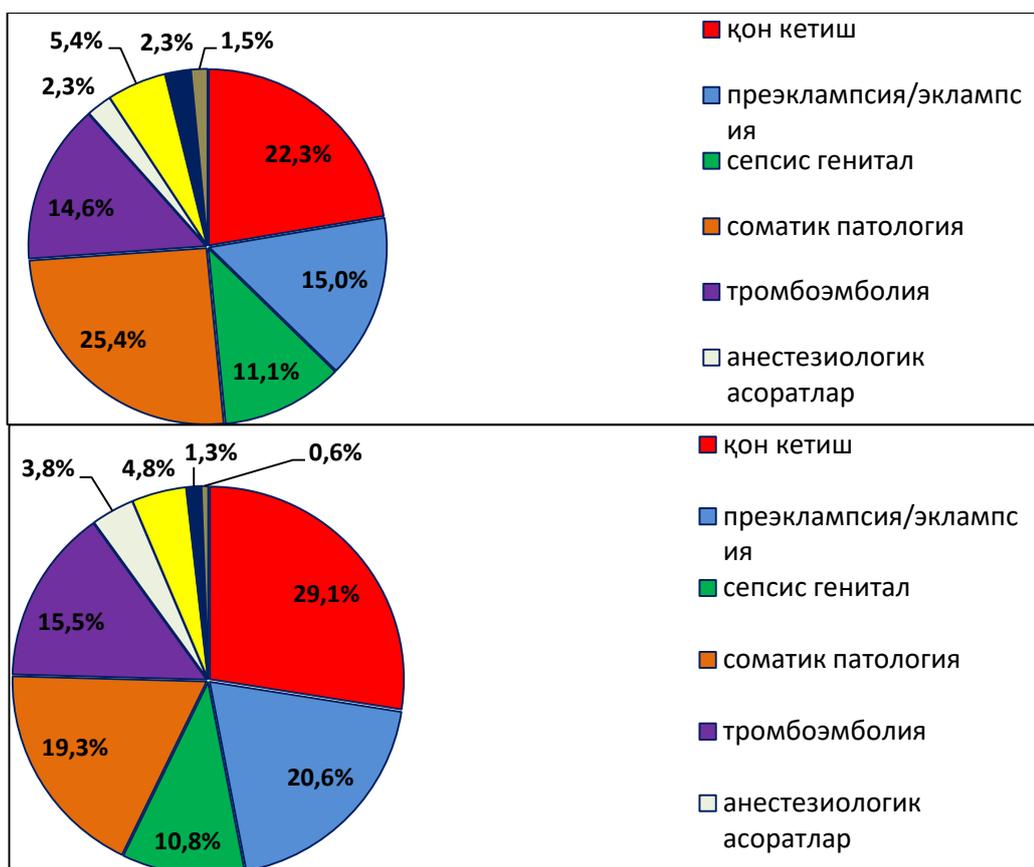


3.3-расм. Оналар ўлимини конфиденциал ўрганиш ҳисоботларига асосан оналар ўлими коэффицентлари (2010-2022 йиллар)

3.1-жадвал.

Оналар ўлими сони ва оналар ўлими коэффицентлари (2010-2022 йиллар)

Йиллар	Оналар ўлими сони	Тирик туғилган чақалоқлар сони	ОЎК 100000 тирик туғилганларга нисбатан
2010	133	634 810	21,0
2011	144	622 835	23,1
2012	126	625 106	20,2
2013	136	679 519	20,0
2014	137	718 036	19,1
2015	139	734 141	18,9
2016	126	726 170	17,4
2017	150	715 519	21,0
2018	155	768 520	20,2
2019	160	814 960	19,6
2020	156	841 817	18,5
2021	130	905 211	14,4
2022	130	932 217	13,9



3.4-расм. Оналар ўлими сабаблари 2021-2022 ва 2018-2020 йиллар.

Оналар ўлими сабаблари 3.2-жадвалда абсолют сон ва фоиз ҳисобида берилган.

2021-2022 йилларда оналар ўлимининг асосий сабаби соматик касалликлар бўлиб, улар 66 ҳолатда ёки 25,4% ни ташкил этган. Кейинги ўринларда акушерлик қон кетиш 58 ҳолатда (22,3%), преэклампсия 39 ҳолатда (15%), тромбоемболик асоратлар 38 ҳолатда (14,6%) ва генитал септик асоратлар 29 ҳолатда (11,1%) қайд этилган. Анестезия ва анафилаксия асоратлари ҳар бири 6 та ҳолатда (2,3%) қайд этилган бўлиб, бошқа сабаблар 1,3%ни ташкил этган.

3.2-жадвал

Оналар ўлими сабаблари 2018-2020 ва 2021-2022 йиллар.

Оналар ўлими сабаблари	2018-2020		2021-2022	
	Абс	%	Абс	%
Акушерлик қон кетиш	137	29,1	58	22,3
Преэклампсия/эклампсия	97	20,6	39	15,0
Соматик касалликлар	91	19,3	66	25,4
Тромбоемболия	73	15,5	38	14,6
Сепсис генитал	51	10,8	29	11,1
Қоғоноқ сувлари эмболияси	7	1,5	14	5,4
Анестезиологик асоратлар	6	1,3	6	2,3
Анафилаксия	6	1,3	6	2,3
Бошқалар	3	0,6	4	1,5

Оналар ўлими сабаблари 2018-2020 йиллар билан солиштирилганда, соматик касалликлар сабаб бўлган ўлим кўрсаткичи 19,3% дан 25,4% га ўсгани, преэклампсия сабаб бўлган ўлим эса 20,6% дан 15% га камайгани кўринади. Қон кетиш сабабли оналар ўлими 29,1% дан 22,3% га камайган. Генитал сепсис (10,8% ва 11,1%) ва тромбоемболия сабабли оналар ўлимида (15,5% ва 14,6%) сезиларли ўзгаришлар кузатилмаган.

2018-2020 йиллар ва 2021-2022 йилларни солиштирганда катта ўзгаришлар кузатилмаган.

3.3-жадвал

Оналар ўлими асосий сабаблари бўйича интенсив кўрсаткич (100 000 тирик туғилганларга нисбатан, 2013-2022 йил)

Оналар ўлимининг асосий сабаблари	Оналар ўлимининг асосий сабаблари бўйича интенсив кўрсаткич 100 000 тирик туғилганларга нисбатан. 2013-2022 йиллар.			
	2013-2015	2016-2017	2018-2020	2021-2022
Акушерлик қон кетиш	4,5	3,8	5,4	3,2
Преэклампсия/эклампсия	4,03	4,3	3,8	2,2
Соматик патология	3,6	3,6	3,9	3,6
Тромбоемболия	1,7	2,6	3,0	2,1
Сепсис генитал	2,6	2,2	2,1	1,6

3.3-жадвалда 2013-2022 йилларда 100000 тирик туғилганларга нисбатан оналар ўлими сабаблари бўйича интенсив кўрсаткичлари келтирилган. Оналар ўлими сабаблари бўйича интенсив кўрсаткич акушерлик сабабларда 2012-2022 йилларда камайгани аниқланди, масалан, 2021-2022 йилларда 2018-2020 йилларга нисбатан, қон кетиш 40,8% га, преэклампсия 42,2% га, тромбоемболия 30% га, генитал сепсис эса 23,9% га камайган. Соматик касалликлар сабабли оналар ўлими ҳолатлари 2013-2022 йилларда сезиларли камаймаган. 2021-2022 йилларда соматик касалликлар сабаб бўлган ўлим интенсив кўрсаткичи 3,6 ни ташкил этган ва барча сабаблар орасида энг кўп учраган.

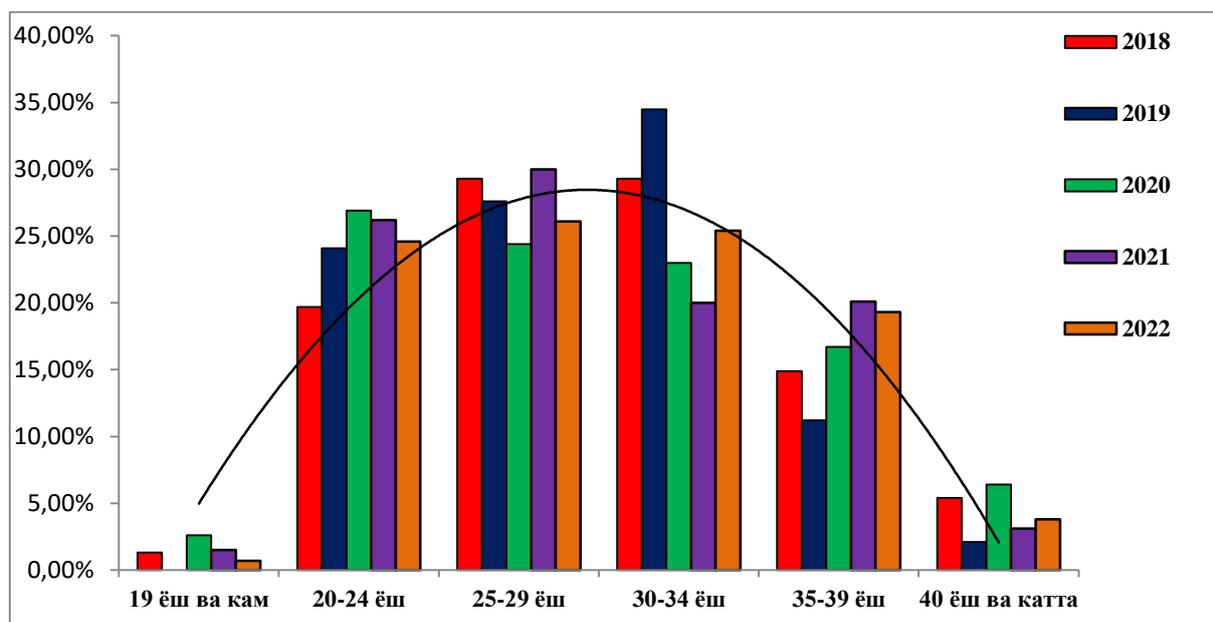
Оналар ўлими ҳолатларида аёлларнинг ёши

3.4-жадвал.

Оналар ўлими ҳолатларида аёлларнинг ёши

ёш йил	15-19	%	20-24	%	25-29	%	30-34	%	35-39	%	40 ва юқори	%
	2018	2	1,3	29	19,7	43	29,3	43	29,3	22	14,9	8	5,4
2019	0	0	35	24,1	40	27,6	50	34,5	17	11,2	3	2,1
2020	4	2,6	42	26,9	38	24,4	36	23,0	26	16,7	10	6,4

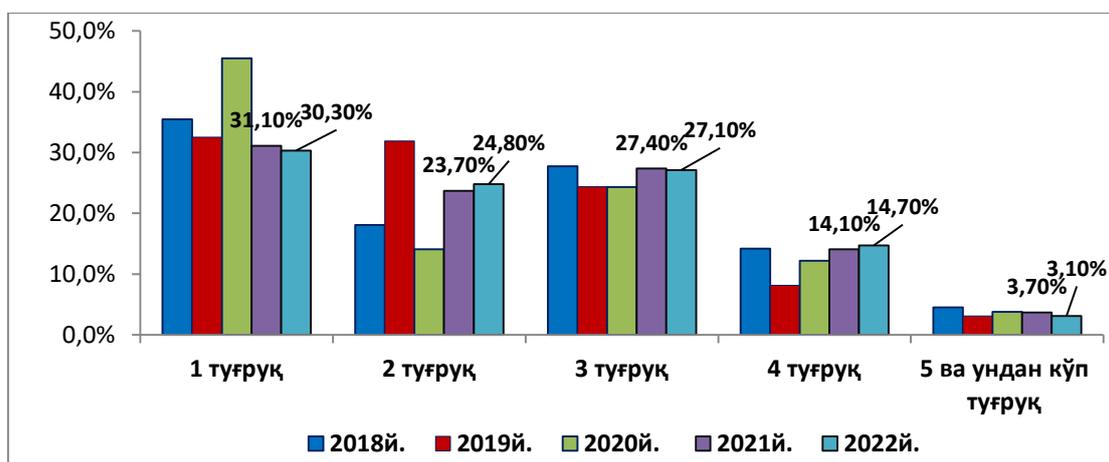
2021	2	1,5	34	26,2	39	30,0	26	20,0	27	20,1	4	3,1
2022	1	0,7	32	24,6	34	26,1	33	25,4	25	19,3	5	3,8



3.3-расм. 2018-2022 йилларда оналар ўлими ҳолатарида онанинг ёши.

3.4-жадвал ва 3.3-расмда оналар ўлими ҳолатларида оналар ёши структураси келтирилган. 2021-2022 йилларда 19 ёшда 3 та ҳолат, 20-24 ёшда 26,2%, 25-29 ёшда 30%, 30-34 ёшда 25,4%, 35-39 ёшда 19,3% аёллар вафот этгани аниқланган. 2021-2022 йилларда 35-39 ёшдаги аёллар ўлими 2018-2020 йилларга нисбатан 20% га ошган. Оналар ўлими энг кўп 20-34 ёш оралиғида (76,2%) кузатилган бўлса-да, 20-24 ёш оралиғида 12,6 (Ҳар 100.000 тирик туғилганга), 25-29 ёш оралиғида 12,1 (Ҳар 100.000 тирик туғилганга), 30-34 ёш оралиғида 29,3 ни (Ҳар 100.000 тирик туғилганга), 35-39 ёшда 69,2 (Ҳар 100 000 тирик туғилганга), 40 ёш ва ундан каттароқларда 164,4 ни ташкил қилган. Бу кўрсаткичлар 35 ва ундан каттароқ ёшдаги аёллар учун оналар ўлими хавфи 25-29 ёшга нисбатан 6-13 марта кўпроқ эканини кўрсатади.

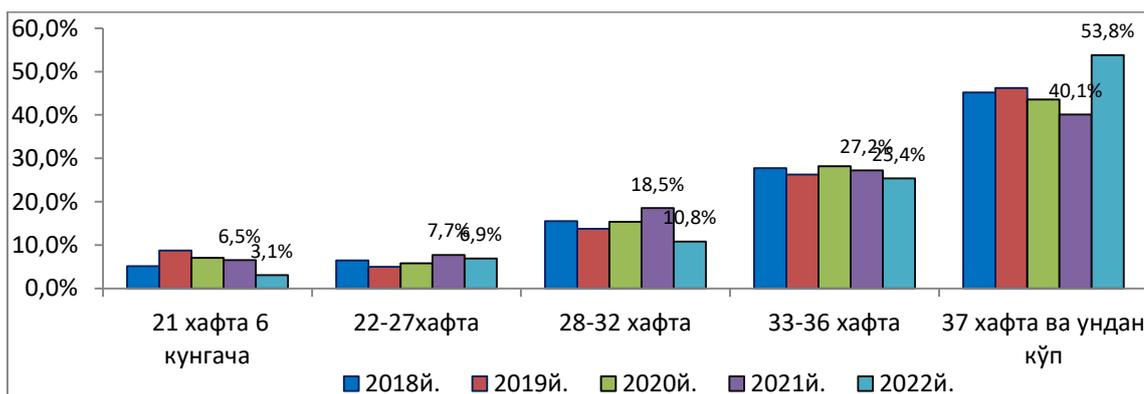
Оналар ўлими ҳолатида туғишлар паритети



3.4-расм. Аналар ўлими ҳолатларида туғиш паритети

2021-2022 йилларда энг кўп оналар ўлими ҳолати биринчи туғруқда содир бўлган бўлса, учинчи туғруқда 27,4%-27,1% ҳолатлар, иккинчи туғруқда 23,7-24,8% да қайд этилган. 2021-2022 йилларда тўртинчи туғруқда оналар ўлими ҳолатлари 2018-2020 йилларга нисбатан бироз кўпайган.

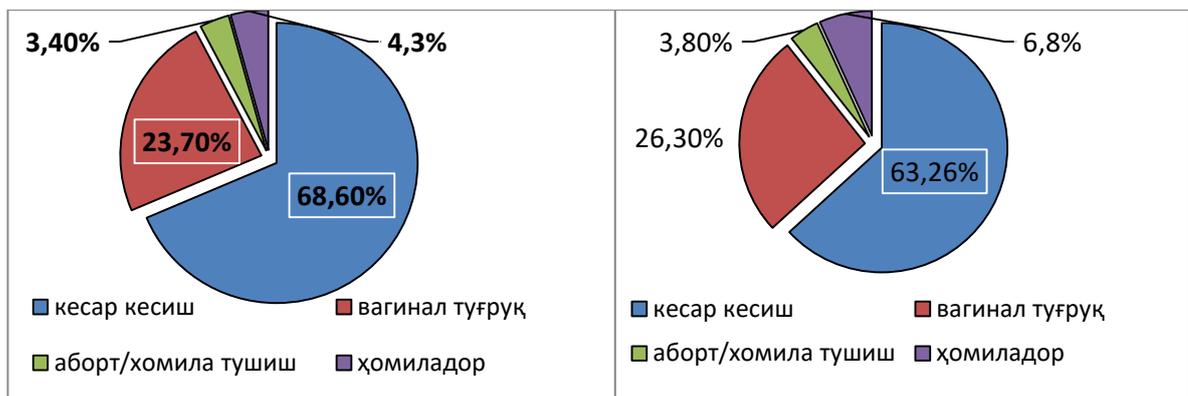
Ҳомиладорлик тўхтатилган ёки туғруқ содир бўлган гестацион муддат



3.5-расм. Ҳомиладорлик тўхтатилган ёки туғруқ содир бўлган гестацион муддати.

3.5-расмда ҳомиладорлик тўхтатилган ёки туғруқ содир бўлган гестацион муддат кўрсатилган. 2021 йилда 40,1% ва 2022 йилда 53,8% ҳолатларда туғруқ гестацион муддат 37 ва ундан юқори ҳафтада содир бўлган. Ҳомиладорликнинг 22 ҳафтасидан олдин 6,5% ва 3,1% ҳолатларда оналар ўлими қайд этилган. 2021-2022 йилларда ҳомиладорликнинг 22-27 ҳафтасида 7,75%-6,9% ҳолатларда, 28-32 ҳафтасида 18,5%-10,8% ҳолатларда, 33-36 ҳафтасида эса 27,2%-25,4% ҳолатларда юз берган.

Оналар ўлими ҳолатларида туғиш усуллари



3.6-расм. 2021-2022 ва 2018-2020 йилларда оналар ўлими ҳолатларида туғиш усуллари, аборт/хомила тушиш ва ҳомиладорлар.

Туғиш усуллари бўйича солиштирганда, оналар ўлими ҳолатларида кесарча кесиш амалиёти орқали туққан аёллар сони кўпроқ. 2021-2022 йилларда оналар ўлими ҳолатларидан 68,6% ҳолатда аёллар кесарча кесиш орқали, 23,7% ҳолатда табиий йўл билан туғдирилган. 4,3% ҳолатда аёллар ҳомиладор ҳолатда вафот этганлар, 3,4% ҳолатда эса ҳомила тушган ёки ҳомиладорлик 22 ҳафтадан олдин тўхтатилган. 2018-2020 йиллар билан солиштирганда, 2021-2022 йилларда кесарча кесиш амалиёти орқали туққан аёллар сони ошган.

ЖССТ маълумотларига кўра (2019), кам ва ўрта даромадли давлатларда кесарча кесишдан кейин оналар ўлими юқори даромадли давлатларга нисбатан 100 барабар кўпроқдир. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N (2019) томонидан ўтказилган 116 та тадқиқотни ўз ичига олган систематик таҳлилда 59 мамлакатдаги 2 933 457 кесарча кесиш амалиёти ва 6 982 оналар ўлими ҳолати ўрганилган. Унга кўра, кесарча кесиш амалиётидан кейин оналар ўлими кам ва ўрта даромадли давлатларда юқори эканлигини кўрсатади. Ҳар 1 000 кесарча кесишга 8 та оналар ўлими қайд этилгани бу давлатлардаги соғлиқни сақлаш тизимлари ҳолатини ёритади.

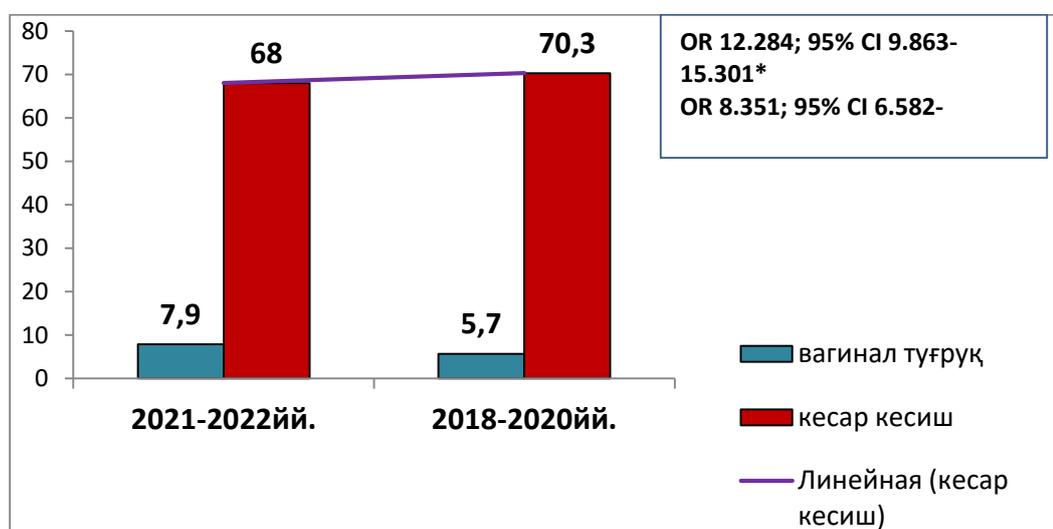
116 та текширишни ўз ичига олган систематик кўрсаткичда (Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, 2019) 59 мамлакатдаги 2.933.457 кесарча кесишни ва 6.982 оналар ўлимини ўз ичига олган илмий тадқиқотда кам ва ўрта даромадли давлатларда ҳар 1000 та кесарча кесиш бўлган аёлга 8 та оналар ўлими туғри келиши аниқланган, яъни кесарча кесиш амалиётидан кейин оналар ўлими ошиши, айниқса, юқори даромадли давлатларга нисбатан, кам ва ўрта даромадли мамлакатларда бу кўрсаткич ўта юқорилиги аниқланган.

Тадқиқот режали кесарча кесиш амалиётига нисбатан шошилиш кесарча кесиш амалиёти ортидан асоратлар сезиларли даражада ортиб кетишини ҳам кўрсатади. Масалан, шошилиш кесарча кесишдан кейин септик

асоратлар хавфи 10 баробарга кўпаяди, шунингдек, қон кетиш ва постгеморрагик анемия ҳолатлари ҳам анча юқори экани қайд этилган. Натижада, кесарча кесишдан кейин ўлик ҳомила туғилиш ва перинатал ўлим ҳолатлари кам ва ўрта даромадли давлатларда кўпроқ учраши аниқланган.

Шу билан бирга, кесарча кесиш орқали туғилган чақалоқлар орасида ўлик ҳомила туғилиш ҳолатлари 1 000 та кесарча кесишга нисбатан 56,6 та ҳолатни ташкил этган. Бу борада, энг юқори кўрсаткичлар Африка Саҳрои Кабирининг жанубидаги мамлакатларда қайд этилган бўлиб, ҳар 1 000 та кесарча кесишга 82,5 та ўлик ҳомила ҳолати тўғри келган. Перинатал ўлим бўйича эса ҳар 1 000 кесарча кесишга 84,7 та ўлим ҳолати кузатилган бўлиб, энг юқори кўрсаткичлар Яқин Шарқ ва Шимолий Африка давлатларида қайд этилган (ҳар 1 000 кесарча кесишга 354,6 та перинатал ўлим ҳолати).

Бу маълумотлар кесарча кесиш амалиётидан кейин келиб чиқадиган асоратларнинг табиий туғруққа нисбатан кўпроқ эканлигини тасдиқлайди ва кесарча кесиш фақат зарур тиббий кўрсатмалар асосида амалга оширилиши лозимлигини кўрсатади. Кесарча кесишдан кейинги асоратлар ва юқори ўлим даражасининг олдини олиш учун амалиётга фақатгина тиббий асослар билан мурожаат қилиш муҳим аҳамият касб этади.



3.7-расм. Кесарча кесиш ва табиий туғруқда оналар ўлимининг интенсив кўрсаткичи (100 000 туғруққа нисбатан).

3.7-расмда кесарча кесиш ва табиий йўллар орқали туғруқдан сўнг оналар ўлими интенсив кўрсаткичи келтирилган. 2021-2022 йиллардаги маълумотларга кўра, кесарча кесишдан сўнг оналар ўлими кўрсаткичи 68 ни ташкил этган, табиий туғруқдан сўнг эса бу кўрсаткич 7,9 ни ташкил этган. Бу эса кесарча кесишдан кейин оналар ўлими табиий туғруқдан кейинги оналар ўлимидан 8,6 баравар кўп эканлигини билдиради.

Табиий йўллар орқали туғруқ физиологик жараён бўлса-да, баъзи ҳолатларда она ёки боланинг ҳаётини сақлаб қолиш мақсадида кесарча кесиш амалиёти зарур бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда кесарча кесиш амалиёти оналар ва болалар ўлими ҳолатларини камайтиришга ёрдам беради. Бироқ, кесарча кесиш амалиётини асосли тиббий кўрсатмаларсиз ўтказиш нафақат онага, балки болага ҳам зарар етказиб, оналар ўлими ва перинатал ўлим кўрсаткичларини ошириши мумкинлиги исботланган.

Дунё миқёсида кесарча кесиш амалиётининг кўпайиши халқаро саломатлик соҳасида жиддий хавотир уйғотмоқда. Жаҳон бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижаларига кўра (154 давлатни ўз ичига олган, Betrán AP ва бошқалар, 2021), кесарча кесиш амалиётининг жорий даражаси 21,1% ни ташкил этаётган бўлса, 2030 йилга келиб бу кўрсаткич 28,5% га етиши кутилмоқда. Бу эса 2030 йилда бир йил ичида дунё бўйлаб 38 миллион кесарча кесиш амалиёти бажарилиши мумкинлигини англатади, шуларнинг 33,5 миллионга яқини кам ва ўрта даромадли давлатларда амалга оширилиши кутилмоқда. Кесарча кесиш амалиётининг йилдан йилга ошиши тиббий ресурсларнинг тақчиллигига ва олдини олиш мумкин бўлган оналар ўлими кўрсаткичининг ошишига сабаб бўлиши мумкинлиги қайд этилган. Carmen V. Young, Shiliang Liu et al. тадқиқотида, Канадада оналар ўлими кесар кесишдан кейин табиий йўллар орқали туғруққа нисбатан 5 баравар ошиши аниқланган. ЖССТ нинг 1990йилдан 2017гача бўлган ва 12 миллион хомиладорлик натижалари ўрганилган ҳисоботида кўра (Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N. et al.), кесар кесиш орқали туққан оналар ўлими паст даромадли ва ўрта даромадли давлатларда юқори даромадли давлатларга нисбатан 100 марта баландлиги аниқланган. Тадқиқотчилар бу ҳисоботида кесар кесишдан кейин гўдақлар ўлими ҳам кам ва ўрта даромадли давлатларда юқори даромадли давлатларга қараганда юқори эканлигини кўрсатиб ўтдилар. Лондон Университети профессори доктор Sobhy S., ЖССТнинг бу ҳисоботида «Сахрои Кабирдан жанубда жойлашган Африка давлатларида ҳар 100 та кесар кесишдан кейин 1 та аёл вафот этади, бу эса Буюк Британиядаги ҳолатдан 100 марта юқорироқдир. Кесар кесишдан туғилган чақалоқларнинг ахволи янада аянчли – уларнинг 8% 1 ҳафталик бўлгунича вафот этишади», - деб ёзган. Кесар кесишдан кейин оналар ўлими сабабларини таҳлил қилиб, авторла 32% - қон кетишдан, 19% - презклампсиядан, 22% - генитал сепсисдан, 14% - анестезия билан боғлиқ ҳолатлар эканлигини кўрсатиб ўтдилар. Шу ҳисоботда дуненинг 15 давлатида кесар кесиш билан туғиш 40% дан ошганини билдирдилар. Шу билан бирга, режали кесар кесишга нисбатан шошилиш кесар кесишдан кейин оналар ўлими 2 баравар юқорилигини аниқладилар. ЖССТ ўзининг тавсияларида, кесар кесиш амалиёти она ва бола ҳаётини

сақлаш учун қўлланишини эслатиб ўтиб, кесар кесиш амалиётининг фоизи бутун дунёда нихоятда жадал ўсиши хавотирли тенденция эканлигини кўрсатдилар, ва тиббий ходимлар етарли тажрба, билимини асосланмаган кесарча кесиш амалиётларини камайтириш усулларини қидиришга катта эътибор беришлари лозимлигини уўтирдилар. ЖССТ кесарча кесиш амалиётларига кўрсатмаларни таҳлил қилиш учун Робсон классификациясини қўллашни тавсия қилди. 2021 йилда миллий миқёсда туғруқ муассасаларида Робсон классификациясини қўллаш бўйича миллий қўлланма ишлаб чиқилди ва қабул қилинди. Ҳозирги пайтда бу қўлланмани амалиётга жорий этиш ва асосланмаган кесарча кесиш операциялари улушини камайтириш чораларини кўриш зарур.

Оналар ўлими содир бўлган муассасалар

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 28 июндаги 151-сонли буйруғи «Ўзбекистон Республикасида перинатал тиббий ёрдамни мақсадли йўналтириш тўғрисида» буйруқ қабул қилинган, ҳар бир туғруқ муассасаси кўрсатадиган акушерлик, перинатал, неонатал ёрдам хажмига асосланган ҳолда 3 даражага бўлинган. Худудлаштириш (регионализация) – бу вилоят миқёсидаги туғруққа кўмаклашиш тиббиёт муассасаларини ҳомила ва туғруқ давомидаги хавф даражасига асосан аёллар ва янги туғилган чақалоқларга перинатал стационар ёрдам кўрсатишнинг уч даражаси бўйича тақсимлашдир.

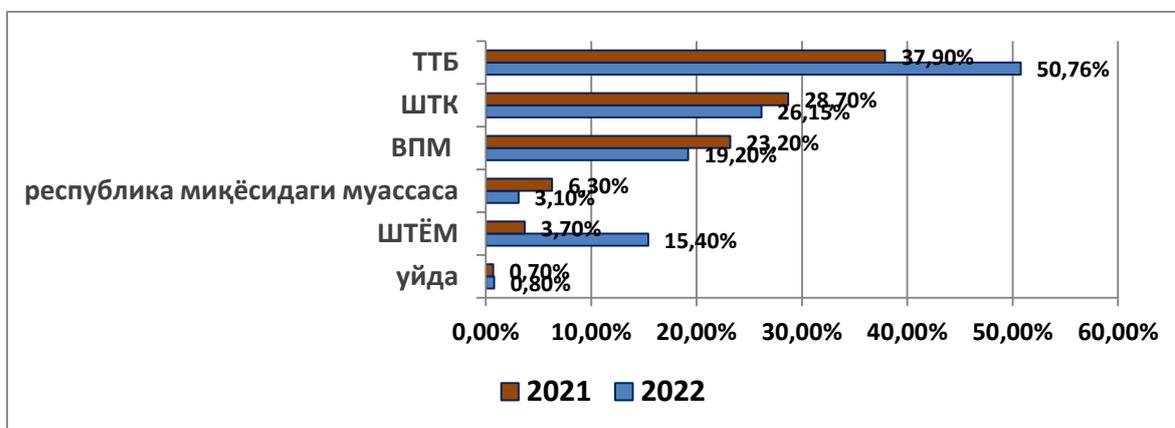
Худудлаштиришнинг мақсади ҳомиладорлик ва туғруқ даври физиологик ёки патологик жараёнда кечган аёлларга ёрдам бериш бўйича мавжуд туғруққа кўмаклашиш тизимининг имкониятларидан самарали фойдаланиш орқали, ҳомиладорлар, туғувчи, тукқан аёллар ва чақалоқларга тиббий ёрдамнинг сифатини оширишдан иборат.

Биринчи даражадаги - базавий ёрдам (асосий тиббий ёрдам) туғруқ муассасалари йилига 1500 тагача туғруқлар қайд этиладиган туман тиббиёт бирлашмаси ёки шаҳар тиббиёт бирлашмаси туғруқ бўлимлари ўз худудида ҳомиладорлик даври физиологик ёки аҳамиятсиз хавфи билан кечаётган, ҳомила муддати 37 ҳафта ва ундан юқори ҳомиладор аёлларга ҳамда соғлом туғилган ёки ташки муҳитга мослашиш даврининг бузилишлари жиддий бўлмаган асоратлар билан янги туғилган чақалоқларга тиббий ёрдам кўрсатадилар.

Иккинчи даражадаги - ихтисослашган ёрдам туғруқ муассасалари йилига 1500 тадан ортиқ туғруқлар қайд этиладиган, ҳомиладорлик ва туғруқ даври ўртача ва юқори хавфи мавжуд, шунингдек, 32-ҳафтадан ва ундан юқори муддатдаги ҳомиладор, туғувчи ва тукқан аёллар ҳамда янги туғилган,

муддатдан олдин туғилган ва касал чақалоқларга жумладан, ихтисослашган ёрдам ва даволашга муҳтож бўлган чақалоқларга ихтисослашган ва юқори технологик ёрдам кўрсатади ҳамда ўз худудидаги барча туғруқ муассасаларига туну-кун маслаҳат ва шошилиш ёрдам кўрсатадилар. Шунингдек, туманлараро перинатал марказлар зарурат бўлганда, ўз туманидан ташқари яқин атрофдаги биринчи даражали туғруқ муассасаларига дислокация бўйича туну-кун маслаҳат ва шошилиш ёрдам кўрсатадилар ҳамда зарур ҳолатда ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёллар ҳамда янги туғилган чақалоқларга ўз имконияти ёки шошилиш ёрдам хизмати орқали ўз муассасаси ва учинчи даража туғруқ муассасасига ўтказилишини таъминлайди.

Учинчи даражадаги - тор ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатувчи туғруқ муассасалари йилига 2500 дан ортиқ туғруқлар амалга оширилиб, ҳомиладор, туғувчи, туққан аёлларга, янги туғилган чақалоқларга ихтисослашган ва юқори технологияли ташхислаш ҳамда даволаш ёрдамини кўрсатадиган тиббиёт муассасаларидир. Ушбу муассасаларда ҳомиладорлик муддати 32 ҳафтадан кам бўлган энг юқори хавф даражасига эга бўлган ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёллар, чақалоқлар даволанади. Муассаса таркибида патология билан ва муддатидан олдин туғилган чақалоқларни парвариш қилиш бўлимлари, янги туғилган чақалоқлар учун реанимация ва интенсив терапия бўлимлари, туғма ривожланиш нуқсонларини бартараф этишга йўналтирилган неонатал жарроҳлик бўлимлари фаолият юритади. 1,2,3 даражали туғруқ муассасалари ташкилий таркиби (бўлимлар структураси), ходимлар сони ва тор мутахассиликлар тури, тиббий асбоб анжомлар тури ва сони, инфратузилмаси билан ўзаро фарқ қилади. Шу билан бирга, ҳар бир туғруқ муассасаси, ўз даражасидан катъий назар, барча гестацион муддатдаги ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёлларга ва чақалоқларга шошилиш ёрдам кўрсатиш учун керак бўлган барча тиббий асбоб, анжомлар ва дори дармонлар билан тўлиқ таъминланиши белгиланган.



3.8-расм. Оналар ўлими содир бўлган муассасалар

3.8-расмдан кўриниб турибдики, энг кўп оналар ўлими туман туғруқ бўлимларида (ТТБ) содир бўлган. 2021 йилда бу кўрсаткич 37,9% ни ташкил қилган бўлса, 2022 йилда 50,76% оналар ўлими ТТБ да содир бўлган. Шаҳар туғруқ комплексларида оналар ўлими мос равишда 2021 йил 28,7% , 2022 йил 26,15%, вилоят перинатал марказларида эса 23,2% ва 19,2% ни ташкил этган. Республика миқёсидаги муассасаларда оналар ўлими 6,3% ва 3,1%, шошилинич тиббий ёрдам марказларида эса 3,7% ва 15,4% кўрсаткичларига эга.

Оналар ўлими туман туғруқ бўлимларида кўпроқ содир бўлаётгани перинатал ёрдамдаги ҳудудийлаштириш жараёни ва ҳомиладорликда, туғруқда ва туғруқдан кейинги даврда оғир асоратларга хавф даражаси юқори бўлган аёлларни кўчириб ўтказиш ва перинатал ёрдам кўрсатиш бўйича юқори даражадаги туғруқ муассасаларига йўналтиришда кўпроқ ишларни амалга оширишимиз зарурлигини кўрсатиб турибди. Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатадики, туғруқ муассасаси даражаси, у ерда кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифат даражаси, оналар касалланиши улуши ва оналар ўлими ўртасидаги боғлиқлик жуда юқори (Kyser KL, Lu X, Santillan DA, Santillan MK, Hunter SK, Cahill AG, Cram P., 2012; Wright JD ва бошқалар, 2010).

Тавсиялар:

1. Бирламчи тиббий ёрдам тизимида жуда эрта (19 ёшгача) ёки кеч (35 ёшдан юқори) ихтиёрий бўлмаган ҳомиладорлик ҳолатларини олдини олиш мақсадида рационал контрацепция усуллари билан таъминлаш, ҳамда бу ёшдаги аёлларга ҳомиладорликнинг хавфли оқибатлари ҳақида далилларга асосланган маслаҳатлар беришни кучайтириш лозим;
2. Миллий қўлланма ёрдамида Робсон классификациясини туғруқ муассасаларида жорий қилиш орқали асосланмаган кесарча кесиш операцияларини камайтириш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш лозим;
3. Ҳомиладорларни туғруқ муассасаларининг даражасига кўра йўналтиришни такомиллаштириш лозим

Фойдаланилган адабиётлар

1. Kathy L. Kyser, Xin Lu, Donna A. Santillan, Mark K. Santillan, Stephen K. Hunter, Alison G. Cahill, Peter Cram, The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 207, Issue 1, 2012, Pages 42.e1-42.e17, ISSN 0002-9378, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.05.010>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000293781200508X>).
2. Ravichandran J., Ravindran J. Lessons from the confidential enquiry into maternal deaths, Malaysia. //BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynecology, BJOG 18 September 2014. P.47-52. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12944>
3. Sadiqua N. Jafarey, Talat Rizvi, Marge Koblinsky, and Nazo Kureshy Verbal Autopsy of Maternal Deaths in Two Districts of Pakistan—Filling Information//Gaps J Health Popul Nutr. 2009 Apr; 27(2): P.170–183. doi: 10.3329/jhpn.v27i2.3329

4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;2(6):e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X. Epub 2014 May 5. PMID: 25103301.
5. Sk MIK, Paswan B, Anand A, Mondal NA. Praying until death: revisiting three delays model to contextualize the socio-cultural factors associated with maternal deaths in a region with high prevalence of eclampsia in India.// *BMC Pregnancy and Childbirth*.- 2019.- 19:314.
6. Sobhy S, Arroyo-Manzano D, Murugesu N, Karthikeyan G, Kumar V, Kaur I, Fernandez E, Gundabattula SR, Betran AP, Khan K, Zamora J, Thangaratnam S. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 May 11;393(10184):1973-1982. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32386-9. Epub 2019 Mar 28. PMID: 30929893.
7. Thomas L, D'Ambruoso L, Balabanova D. Verbal autopsy in health policy and systems: a literature review//*BMJ Global Health* -2018.-Vol. 3, ISSUE 2-e000639. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000639>
8. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019.)
9. Tunçalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG*. 2015;12:1045–9. Available at http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
10. Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., Сурина М.Н., Фролова Н.И. Материнская смертность в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах: проблемы и перспективы. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2020;20(2):7-14.
11. Кадесова Е.Б. Статус здоровья населения СНГ и Казахстана с акцентом на младенческую и материнскую смертность//*Journal of Health Development*-2019.- Volume 3, Number 32. P.48-53.

4- БОБ. Қон кетиш сабабли оналар ўлимини олдини олиш йўллари

Бабажанова Ш.Д., Суяркулова М.Э.

Акушерликдаги қон кетишлар бугунги кунда жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. 2018-2022 йиллар давомида акушерлик қон кетиши натижасида содир бўлган 135 ўлим ҳолати таҳлил қилинди. 2018-2020 йилларда акушерлик қон кетиш оналар ўлими сабаби сифатида 29,1% ни, 2018-2020 йилларда - 22,3%ни ташкил қилган, яъни акушерлик қон кетишдан ўлим 6,8%га камайган. 2018-2022йй да вафот этган аёлларнинг 58,9%ни 20-29 ёшли аёллар ташкил қилган, туғруқлар паритети бўйича вафот этган аёлларнинг 64,6% қайта туғувчилардан иборат бўлган. Акушерлик қон

кетишларининг гестация муддати бўйича таҳлилида, вафот этган аёлларнинг 73,2% ҳолатда муддатдаги туғруқлар кузатилган бўлса, 12,2% ҳолати 32-36 ҳафталик ҳомиладорликда ва 10%га яқин ҳолати 28-34 ҳафталик ҳомиладорликда туғиш содир бўлган. Кесарча кесиш амалиёти орқали тукқан аёллар 71,1%, табиий туғруқ йўли орқали тукқан аёллар 25,2% ва абортдан кейинги ҳолатда 3,7% аёллар бўлган. Туғруққача қон кетиш 38,5%, туғруқдан кейин қон кетиш 57,8%ни ташкил этган. Эрта қон кетишлар (24 соат ичида) 77,4% ҳолатда, кечки қон кетишлар эса 22,6% ҳолатда содир бўлган. Шундан туғруқдан кейинги 2 соат ичида қон кетишлар 12% ҳолатларда, ва 24 соатдан кейинги кечки қон кетишлар 13% ҳолатларда кузатилган. Демак, кўп ҳолатларда илк чилла даврида қон кетиш хавфи баланд эканлиги хулоса қилинди.

Таблица 4.1. Акушерлик қон кетган ҳолатларда кесар кесишга кўрсатмалар

Ташхис	%
Нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши (НЖЙБК)	47,4
Бачадонда чандик (планли)	10,5
НЖЙБК + геморрагик шок оғир даража	8,9
Преэклампсия/эклампсия/HELLP/ўткир ёғли гепатоз	13,3
Чанок бош номутаносиблиги	5,9
Йўлдошнинг олдинда келиши + бачадонда чандик	7,4
Бачадон ёрилиши	2,9
Бачадон ағдарилиши	1,5
Ҳомила нохуш ҳолати	2,2

Қон кетиш сабабли вафот этган оналар ўлими ҳолатларини таҳлил қилганимизда қуйидаги ҳолатларни яхшилаш лозимлиги топилди:

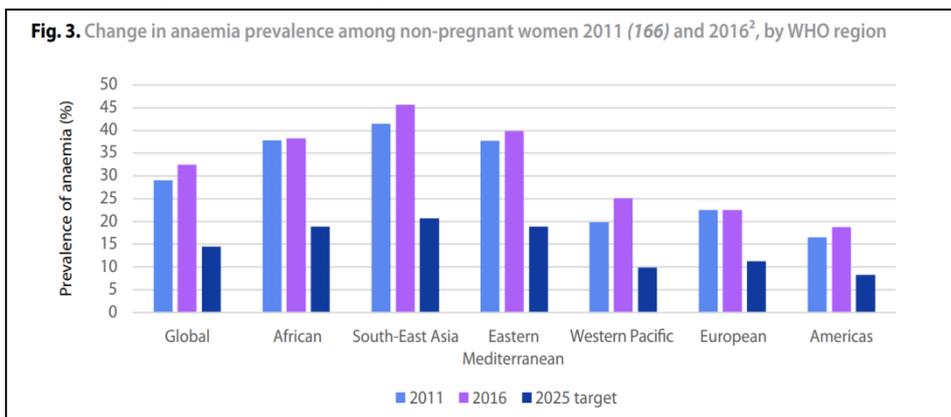
1. Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейин қон кетишга хавф омили бўлган анемияни ҳомиладорлик даврида ташхислаш ва даволаш лозим.

Мисол. Ҳомиладор аёл 11 ҳафталигида ҳомиладорлик рўйхатига олинган. УАШ ва участка гинеколог томонидан лаборатория таҳлиллар ва текширувлар тайинланишига қарамай, аёл қон таҳлилларини топширмаган. Охирги кўрик (30 ҳафталик)да камқонликнинг оғир даражаси ташхиси қўйилиб, шифохонага йўланма берилган. Бемор стационарга оилавий муаммолари туфайли бормай, онасининг уйига кетган. 41 ҳафтада қогоноқ пардаси туғруқдан олдин ёрилган. Туғруқхонага келганида аёлда камқонликнинг оғир даражаси (гемоглобин 45 г/л) аниқланган. Ҳомила нотўғри жойлашганлиги сабабли кесарча кесиш амалиёти ўтказилган ва амалиёт пайтида миомэктомия ҳам амалга оширилган. Аёлда кесарча кесиш амалиётидан 18 соат ўтиб бачадондан атоник қон кетиши рўй берган, постгеморрагик шок ташхиси асосида релапаротомия ва бачадоннинг иккала

ортиги билан экстирпацияси амалиёти бажарилган. Бемор постгеморрагик шок асорати, ДВС ва ўткир ўпка, юрак ҳамда полиорган этишмовчилиги туфайли вафот этган.

ЖССТ маълумотларига (2019) асосан, дунёда 539 000 000 репродуктив ёшдаги аёлларда, 32 000 000 хомиладорларда, 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган 269 000 000 болаларда анемия аниқланган.

ЖССТ 2014 йил “Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition, World Health Organization. Geneva, 2014.” лойихасини қабул қилиб, дунё миқосида 2012 йилдан 2025 йилгача репродуктив ёшдаги аёллар орасида анемияни 50%га камайтиришни мақсад қилиб қўйди (расм 4.1), яъни хар йили анемияни 5,3%га камайтиришни амалга ошириш лозим деб топди. Аммо афсуски, бу лойихадаги мақадга эришиш имкони бўлмади. 2020 йилда ўтказилган тахлил, 2012-2016йй дунё миқосида анемия камайиши эмас, 11,6%га кўпайганини кўрсатди (ЖССТ, 2020).



Расм. 4.1 Анемиянинг глобал тарқалишини камайтириш лойихасининг 2012-2016йй тахлили. Расм “Global anaemia reduction efforts among women of reproductive age: impact, achievement of targets and the way forward for optimizing efforts. WHO, 2020) дан олинди.

Ўзбекистонда ЮНИСЕФ тадқиқотларига кўра, (Исследование по питанию в Узбекистане. Основные положения. ЮНИСЕФ, 2019г.). Дунёда 115000 ҳолатларда оналар ўлими сабаби анемия деб топилган (Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL.) Антенатал парвариш давомида аёллардаги анемияни даволамаслик оналар ўлимини ошириши кўпгина тадқиқотларда тасдиқланган. Масалан, Daru J, Zamora J ва бошқаларнинг тадқиқотлари 29 давлатдаги 359 муассаса ва 318534 туғруқни ўз ичига олган. Улардан 5018 ҳолатда оғир анемия бўлган, шундан 486 ҳолатда оналар ўлими кузатилган. Олимлар оғир анемия оналар ўлимини ошириши ҳақида хулоса қилишган. Omotayo MO ва Abioye Aнинг мета-таҳлилдаги 13 тадқиқот натижаларига кўра, 184410 та оғир анемияга чалинган аёлларда туғруқдан кейинги қон

кетиши 5 барабар ошиши тасдиқланган (OR = 3,54; 95% CI: 1,20, 10,4, p = 0,020).

2. Антенатал даврда УАШ ёки акушер-гинеколог ҳар бир хомиладорни акушерликда қон кетиш хавф омилларини аниқлаш учун текширувлрдан ўтказиши ва бу омилларни баҳолаши лозим; хавф омилларини эътиборга олган ҳолда, шу аёлга тўлиқ ҳажмда ёрдам кўрсатадиган даражадаги туғруқ муассасига йўналтириши даркор.

Агар 1 даражали туғруқхонага акушерлик қон кетишга хавфли омиллари бўлган хомиладор келса, туғдиришга шошилишч кўрсатмалар бўлмаса, уни юқори даражали туғруқ муассасига юбориш лозим.

Мисол. Ҳомиладор аёл ўз ҳудудида жойлашган туман туғруқ бўлимига қиндан қон кетиш шикоятини билан мурожаат қилган. Ҳомиладорлик иккинчи, 35 ҳафта. Бачадон чандиғи ва олдинда жойлиган йўлдош ташиҳиси билан аёл шошилишч жарроҳлик хонасига ўтказилади. Жарроҳлик амалиёти пайтида йўлдошнинг чандиққа чин ўсиб кириши аниқланган ва массив қон кетиши бошланган ва геморрагик шок ривожланган. Гистерэктомия бажариш ва кеткан қон миқдорини тўлдиришда қийинчиликлар бўлган. Бемор массив қон кетиши ва геморрагик шок асоратлари туфайли ўткир юрак этишмовчилиги оқибатида вафот этган.

Чандиқли бачадонда йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши сўнгги йилларда бутун дунёда акушерлик соҳасида катта муаммога айланди. Бу ҳолат массив қон кетиш, бачадонни олиб ташлаш, касалхонада узоқ муддат қолиш, геморрагик шок, катта ҳажмда қон қуйиш ва оналар ўлими каби жиддий оқибатларга олиб келиши мумкин. Кўпгина давлатларда йўлдошнинг бачадонга ўсиши йилдан йилга кўпайиши кузатилмоқда. АҚШда 1970 йилларда ҳар 4000 туғруққа 1 та йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши аниқланган бўлса, 1980 йилларда ҳар 2500 туғруқда йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши аниқланди. (Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. JA Read, DB Cotton, FC MILLER *Obstetrics & Gynecology*, 1980•journals.lww.com). 2002 йилларда бу ҳолат ҳар 533 туғруқда аниқланган бўлса, 2011 йилга келиб ҳар 272 туғруқдан бирида йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши кузатилган. (Mogos, MF, Salemi, JL, Ashley, M, Whiteman, VE, Salihu, HM. Recent trends in placenta accreta in the United States and its impact on maternal-fetal morbidity and healthcare-associated costs, 1998–2011. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2016;29:1077–82.). Кўпгина олимлар йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши ҳолатлари частотаси кўпайишини кесар кесиш амалиёти билан туғдириш частотасининг ошиши, бачадонда кесар кесишдан кейин 1,2 ва 3 чандиғи бўлган хомиладор аёллар сони ортаётгани билан боғламоқдалар. Kayem G, Seco A, Vendittelli F, ва бошқалар (2024), бачадонида

кесар кесишдан кейин 1 чандиқ бўлган хомиладорларда бачадонга йўлдош ўсиб кириши 19%га ошишини, 2 чандиғи бўлса – 36% га, 3 ва ундан кўп чандиқ бўлса – 57%га ошишини аниқладилар. Агар йўлдош олдинда келса ва бачадонда 3 чандиқ бўлса – йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириш ҳолати 63%га ортишини кўрсатдилар. Йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришини ташхислаш учун УТТ бажариш керак, 20 тадқиқотни ва 3209 хомиладорни ўз ичига олган систематик обзорда, йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришини аниқлашда УТТ сезгирлиги 81,2-93,0% ва спецификлиги 94,7%-98,9% тенглиги аниқланган. Йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши хавф омиллари: бачадонда кесар кесишдан кейинги чандиқ, йўлдошнинг олдинда келиши, кўп хомиладорлик, ЭКУ, анамнезида бачадонни инструментал тозалаш. Энг катта хавф омили – кесар кесишдан кейин бачадонда чандиқ+йўлдошнинг олдинда келиши (Silver RM. Abnormal placentation: Placenta previa, vasa previa, and placenta accreta. *Obstet Gynecol.* 2015; 126: 654– 658.). Хомиладорликнинг 2-3 триместрида УТТ бажариш ва йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириш белгилари бор ёки йўқлигини аниқлаш лозим.

Йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши ҳолатида кесарча кесиш амалиётига махсус тайёргарлик кўриш зарур: хомиладорлик даврида йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришини ташхис қилиш, дард бошланишидан олдин, хомиладорликнинг 36 ҳафталаарида режали кесарча кесиш амалиётини ўтказиш, амалиётга катта ҳажмли операциялар, компрессион чоклар қўйиш тажрибасига эга жарроҳларни жалб этиш, олдиндан қон препаратларини тайёрлаш, анестезия ва реанимацияни тайёр ҳолга келтириш, массив қон қуйишга тайёргарлик кўриш, қон тўхтатувчи препаратларни захирада тайёрлаш ва бошқа зарур чораларни кўриш керак. Бу ҳолатга шубҳа бўлган барча хомиладор аёллар 3 даражали туғуруқхонага юборилиши шарт, чунки 3 даражали туғуруқ муассаларида қон кетишга шундай хавфи баланд аёлларга ёрдам кўрсатиш учун шарт шароитлар ва кадрлар етарли. Афсуски, антенатал даврда йўлдошнинг бачадонга ўсиб киришига шубҳа ёки ташхиси қўйилмагани сабабли, бу патологияси бор бўлган баъзи аёлларда операция тайёргарликсиз ўтказилиши салбий натижаларга олиб келган.

Таблица 4.2. Туғруқдан кейин қон кетишга антенатал ва интранатал хавф омиллари (Туғруқдан кейинги қон кетишларни олдини олиш бўйича миллий клиник қўлланмадан олинди, 2021й.)

Этиология	Бирламчи сабаб	Хавф омиллари/симптомлар
Бачадон қисқариши	Бачадон атонияси	Окситоцин узоқ муддат юборилиши; Кўп туққан аёллар; Хориоамнионит

бузилиши – атония		Умумий анестезия
	Бачадон чўзилиши	Кўпсувлик, кўпхомилалик, йирик хомила
	Бачадон миомаси	Бачадонда кўп сонли миомалар
	Бачадон ағдарилиши	Киндикни интенсив тракцияси, калта киндик, йўлдошнинг бачадон тубида жойлашуви
Туғруқ йўллари травмаси	Эпизиотомия Бачадон бўйни, оралик ва қин йиртилиши	Оператив туғруқ қин орқали; тез туғиш
Йўлдошнинг тўқималарининг бачадонда қолиши	Йўлдошнинг тўқималарининг бачадонда қолиши, йўлдошнинг бачадонга ўсиб кириши	Йўлдошнинг қўшимча бўлакчаси, анамнезда бачадонда амалиётлар бўлиши, йўлдошнинг туғруқдан кейин нотўлиқ чиқиши
Қон ивишининг бузилиши	Презклампсия Гемостазнинг туғма дефектлари (гемофилия, фон Виллебранд фактори дефицити, ва бошқ.) Оғир инфекция Амниотик суяқлик эмболияси Кристаллоидларни хаддан ташқари ошириб юбориш Антикоагулянтлар юбориш	Қон қуюлиш Петехиал тошмалар Хомила антенатал ўлими Йўлдошнинг барвақт кўчиши Сепсис Геморрагилар Антитромботик терапия

3. Туғруқдан кейинги аёл ахволи мониторинги назоратини кучайтириш лозим

Қон кетишни ўз вақтида аниқламаслик, қон кетиш ташхисини кеч қўйилишига сабаб бўлиши мумкин, бу эса ёрдам кўрсатишнинг кечикишига олиб келади. Айниқса, ички қон кетишда аёлнинг гемодинамикасидаги ва лаборатор анализларидаги ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш, қон тўхтатиш учун чора тадбирларни эртароқ бошлашга ва яхши натижалар бўлишига олиб келади.

Мисол. Қайта туғувчи, бачадонида чандиқ бўлган аёл хомилдорликнинг 38 ҳафтасида туғруқхонада кесар кесиш амалиёти билан туққан. Операциядан кейин 4 соатдан кейин аёлда қон босими тушиши ва гемоглобин миқдори Hb 100г/лдан 60 г/лга тушиши кузатилади, аёлга инфузион терапия юборилади,

ташқи томондан қон кетиши кузатилмайди, бачадон қаттиқ ҳолатда бўлиб, бачадондан қон кетиши аниқланмайди, лекин гемодинамик кўрсаткичлар ва Нв тушиши хавотирли эди, шунинг учун операциядан 5 соатдан кейин релапаротомия амалиёти бажарилади ва аёлда ички қон кетиши аниқланади, қон кетишни тўхтатиш учун ички ёнбош артерияларига лигатура қўйилади, бачадонга компрессион чоклар қўйилади, қон тўхтатилади, аммо ички қон кетиши оқибатида полиорган етишмовчилик вужудга келади.

Оналар ўлими сабаблари ичда туғруқдан кейин қон кетиш асосий сабаб ҳисобланади, ва дунёда оналар ўлимининг 27% га қон кетиш сабаб ҳисобланади, туққандан кейин қон кетиш кесар кесиш амалиётидан кейин кўпроқ кузатилади (3–15% кесар кесишдан кейин - 2–6 % вагинал туғруқдан кейин) (Guillermo Carroli, Cristina Cuesta). Францияда кесар кетишдан кейин ички қон кетиш оналар ўлими сабаблари қон кетишга олиб келган омиллар исчида иккинчи ўринни эгаллайди (39%). Ички қон кетишни аниқлашда кечикиш гемодинамик кўрсаткичларнинг ностабил ҳолатга келишига сабаб бўлади ва кейинги асоратлар хавфини кескин оширади. Кесар кесишдан кейин ички қон кетишда бажарилган 52 релапаротомияларни ўрганиш шуни кўрсатдики, ички қон кетиш асосий сабаблари - презклампсия, йўлдошнинг барвақт кўчиши, шошилиш кесар кесиш, кесар кесиш пайтида техник қийинчиликлар ва кесар кесишда 500мл дан юқори қон кетишдир. Онада тахикария бўлиши ва гипотония кузатилиши ички қон кетишнинг асосий симптомлари бўлган. (Lucile Pencole, Violaine Peyronnet, 2021г.).

2018-2022 йй ОЎ ҳолатларида гиповолемик шок 84,4% аёлларда кузатилган бўлиб, шулардан 73,2% да ўткир буйрак етишмовчилиги, 39,7% да ўткир жигар етишмовчилиги, 67,3% да церебрал асоратлар (кома, постгипоксемик энцефалопатия) ва 68,6% да ДВС асоратлари қайд этилган. 48,3% ҳолатда релапаротомия амалиёти ўтказилган.

Туғруқдан кейин мониторинг:

Бачадон тонуси, қон босими, пульс, периферик қон сатурацияси, аёлнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тери ва кўринадиган шиллик қаватлар рангги, нафас олиш сони, ажралаёткан қон ҳажмини баҳолаш туғруқдан кейин 2 соат давомида ҳар 15 минутда 1 марта, кейинги 2 соат мобайнида ҳар 30 минутда, кейинги 16 соат мобайнида ҳар 4 соатда бажарилиши лозим.

4. Қон тўхтатишдаги чора тадбирларнинг ҳар бир қадамидаги самарасизлик, қон тўхтатиш учун кейинги қадамга ўтиш лозимлигини кўрсатади - бунда консерватив чора тадбирлардан оператив, яъни жаррохлик йўлига ўтиш лозимлигини белгилайди.

Туғруқдан кейин қон кетганида узоқ консерватив даволаш, қон тўхтатишдаги кейинга қадамга кечикиб ўтиш оналар ўлимнинг ярмидан кўпроқ ҳолатларда кузатилган, бундай тактика кесар кесишдан кейинги қон кетишда ҳам, табиий йўллар орқали туққан ҳолатларда ҳам кузатилган.

Мисол. Аёлда 8чи хомиладорлик, туғруқ 5. Анамнезида 3 та хомила тушиши кузатилган. Туғруқхонага келганида “ хомила антенатал ўлими ” тижиси қўйилган. Аёлда ўлик хомила тўғилган, йўлдош ажралганидан ва тушганидан кейин қон кетиш бошланган, аёлга утеротониклар қилинган, венага инфузия юборилган, бачадон бўшлиғи қўл билан тозаланган, яна қайта утеротониклар, қон тўхтатувчи моддалар қилинган, консерватив даво усуллари 2 соат давомида қилинган. 2 соатдан кейингина жаррохлик амалиёти лапаротомия бажарилган, лекин бу пайтга келиб аёлда оғир геморрагик шок ҳолати ривожланган, геморрагик шок асоратлари қайтарилиб бўлмас ҳолатга келган.

Хирургик (жаррохлик) гемостаз включает этапли гемостазни ўз ичига олади: бачадон артерияларига, бачадон-тухумдон артерияларига, ички ёнбош артерияларига лигатура қўйиш, бачадонга компрессион чоклар қўйиш ва гистерэктомия. Агар этапли гемостазни амалга ошириш имконияти бўлмаса, тезроқ вақт ичида гистерэктомия амалиётини бажариш тавсия этилади, чунки гистерэктомия қон тўхтатишда яхши самара берувчи усул ҳисобланади.

Жаррохлик йўли билан қон тўхтатиш кўрсатма бўлганда барча ҳолатларда бажарилиши шарт, бу амалиётнинг кечиктирилишига бошланган ДВС синдром, геморрагик шок ҳолатлари тўсиқ бўлолмайди, ҳеч бир ҳолат қон кетаётганда қон тухтатиш амалиётини бажаришга қарши кўрсатма бўлолмайди. Шунини таъкидлаш лозимки, қон кетиш ҳолатларида шошилиш ёрдам туғруқхоналарнинг барча даражаларида (1,2,3 даражали туғруқхоналарда) тўлиқ кўрсатилиши лозим, бу туғруқхонадаги мутахассислар қон кетишдаги шошилиш ёрдамга тўлиқ таёр бўлишлари шарт. Массив қон кетганда, қон айланиш ҳажмининг 25-30% дан кўпроқ қон йўқотилганда, жаррохлик амалиёти бошланиши 20 минутдан кечикмаслиги лозимдир. Кўпгина тадқиқотлар шунини кўрсатдики, геморрагик шок ҳолатларининг 3-4 даражаларида компрессион чок қўйиш, қон томирларга лигатура қўйиш кўпинча самара бермайди, бундай ҳолатларда кўпроқ гистерэктомия бажариш мақсадга мувофиқдир.

Гистерэктомия – туғруқдан кейин бачадондан қон кетганида бажариладиган шошилиш жаррохлик амалиёти бўлиб, у аёлнинг ҳаётини сақлаш учун бажарилади. Туғруқдан кейин бачадондан қон кетганида бачадонни сақловчи амалиётлар (компрессион чоклар, қон томирларга лигатуралар ва бошқ) пациент стабил аҳволда бўлганида ва унинг ҳаётига хавф солувчи массив қон кетиш кузатилмаганида бажарилиши мақсадга мувофиқдир.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*. Geneva: World Health Organization; 2004. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42792> [cited 2021 Oct 13].
2. Туғруқдан кейинги қон кетишларнинг олдини олиш ва олиб бориш тактикаси бўйича миллий баённома. Тошкент, 2021 йил
3. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4): e168 - 86. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
4. Serena Donati, Marta Buoncristiano, Paola D'Aloja, Alice Maraschini, Edoardo Corsi Decenti, Ilaria Lega, Uptake and Adherence to National Guidelines on Postpartum Haemorrhage in Italy: The MOVIE before–after Observational Study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10.3390/ijerph20075297, **20**, 7, (5297), (2023).
5. Lilly Y Liu, Lisa Nathan, Jean-Ju Sheen, Dena Goffman, Review of Current Insights and Therapeutic Approaches for the Treatment of Refractory Postpartum Hemorrhage, *International Journal of Women's Health*, 10.2147/IJWH.S366675, Volume 15, (905-926), (2023).
6. Pauline L. M. Vries, Catherine Deneux-Tharaux, David Baud, Kenneth K. Chen, Serena Donati, Francois Goffinet, Marian Knight, Rohan D'Souzah, Marieke Sueters, Thomas Akker, Postpartum haemorrhage in high-resource settings: Variations in clinical management and future research directions based on a comparative study of national guidelines, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 10.1111/1471-0528.17551, **130**, 13, (1639-1652), (2023).
7. Lucy de Lloyd, Peter V. Jenkins, Sarah F. Bell, Nicola J. Mutch, Julia Freyer Martins Pereira, Pilar M. Badenes, Donna James, Anouk Ridgeway, Leon Cohen, Thomas Roberts, Victoria Field, Rachel E. Collis, Peter W. Collins, Acute obstetric coagulopathy during postpartum hemorrhage is caused by hyperfibrinolysis and dysfibrinogenemia: an observational cohort study, *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 10.1016/j.jth.2022.11.036, **21**, 4, (862-879), (2023).
8. Amanda J. Jones, Jerome J. Federspiel, Ahizechukwu C. Eke, Preventing postpartum hemorrhage with combined therapy rather than oxytocin alone, *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 10.1016/j.ajogmf.2022.100731, **5**, 2, (100731), (2023).
9. Ilenia Mappa, Lodovico Patrizi, Giuseppe Maria Maruotti, Luigi Carbone, Francesco D'Antonio, Giuseppe Rizzo, The role of ultrasound in the diagnosis and management of postpartum hemorrhage, *Journal of Clinical Ultrasound*, 10.1002/jcu.23343, **51**, 2, (362-372), (2023).
10. Rakesh Ghosh, Olorunfemi Owa, Nicole Santos, Elizabeth Butrick, Gilda Piaggio, Mariana Widmer, Fernando Althabe, Zahaida Qureshi, Pisake Lumbiganon, Geetanjali Katageri, Dilys Walker, Heat stable carbetocin or oxytocin for prevention of postpartum hemorrhage among women at risk: A secondary analysis of the CHAMPION trial, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* *International Journal of Gynecology & Obstetrics* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 10.1002/ijgo.14938, **164**, 1, (124-130), (2023).
11. Roberto Arturo Castillo Reyther, Venance Basil Kway, Manuel Mendoza Huerta, Salvador De La Maza Labastida, Ellian Yeritza Trujillo Cruz, The use of the double uterine segment tourniquet in obstetric hysterectomy for bleeding control in patients with placenta accreta

- spectrum, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 10.1002/ijgo.14720, **162**, 2, (664-668), (2023).
12. Hugo Madar, Catherine Deneux-Tharaux, Loïc Sentilhes, Shock index as a predictor of postpartum haemorrhage after vaginal delivery: Secondary analysis of a multicentre randomised controlled trial, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 10.1111/1471-0528.17634.
 13. Anh Dinh Bao Vuong, Thanh Hai Pham, Xuan Trang Thi Pham, Diem Phuong Truong, Xuan Trang Nguyen, Ngoc Bich Trinh, Dinh Vinh Nguyen, Yen Oanh Ngoc Nguyen, To Nhu Thi Ngo Nguyen, Quang Nhat Ho, Phuc Nhon Nguyen, Modified one-step conservative uterine surgery (MOSCUS) versus cesarean hysterectomy in the management of placenta accreta spectrum: A single-center retrospective analysis based on 619 Vietnamese pregnant women, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 10.1002/ijgo.15220.
 14. Albaro José Nieto-Calvache, Andy Felipe Otero, Alejandro Solo Nieto-Calvache, Rozi Aryananda, Edgar Iván Ortiz-Lizcano, Paulo Meade-Triviño, Juliana Maya, Daniela Sarria-Ortiz, Laura Muñoz-Córdoba, Omar Yanque-Robles, Alejandro Posadas, Francisco Zea-Prado, Juan Manuel Burgos-Luna, Mauricio Vasco, Adriana Messa-Bryon, Usefulness of a low-cost simulation model for teaching internal manual aortic compression. A survey-based mannequin evaluation, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 10.1002/ijgo.15197
 15. Khan S, Chughani G, Amir F, Bano K. Frequency of Abruptio Placenta in Women With Pregnancy-Induced Hypertension. *Cureus*. 2022 Jan 23;14(1):e21524. doi: 10.7759/cureus.21524. PMID: 35106258; PMCID: PMC8786578.
 16. Daru J, Zamora J, Fernández-Félix BM, Vogel J, Oladapo OT, Morisaki N, Tunçalp Ö, Torloni MR, Mittal S, Jayaratne K, Lumbiganon P, Togoobaatar G, Thangaratinam S, Khan KS. Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. *Lancet Glob Health*. 2018 May;6(5):e548-e554. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30078-0. Epub 2018 Mar 20.)
 17. Omotayo MO, Abioye AI, Kuyebi M, Eke AC. Prenatal anemia and postpartum hemorrhage risk: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2021 Aug;47(8):2565-2576. doi: 10.1111/jog.14834.
 18. Kayem G, Seco A, Vendittelli F, Crenn Hebert C, Dupont C, Branger B, Huissoud C, Fresson J, Winer N, Langer B, Rozenberg P, Morel O, Bonnet MP, Perrotin F, Azria E, Carbillon L, Chiesa C, Raynal P, Rudigoz RC, Patrier S, Beucher G, Dreyfus M, Sentilhes L, Deneux-Tharaux C. Risk factors for placenta accreta spectrum disorders in women with any prior cesarean and a placenta previa or low lying: a prospective population-based study. *Sci Rep*. 2024 Mar 19;14(1):6564. doi: 10.1038/s41598-024-56964-9. PMID: 38503816; PMCID: PMC10951207.
 19. Guillermo Carroli, Cristina Cuesta, Edgardo Abalos, A. Metin Gulmezoglu, Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, Volume 22, Issue 6, 2008, Pages 999-1012, ISSN 1521-6934, <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2008.08.004>.
 20. Lucile Pencole, Violaine Peyronnet, Laurent Mandelbrot, Jacques Lepercq, Risk factors of relaparotomy for intra-abdominal hemorrhage after cesarean delivery, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 260, 2021, Pages 118-123, ISSN 0301-2115, <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.03.028>.

5-БОБ. Генитал сепсисда акушерлик ёрдамни такомиллаштириш

Тавсиялар:

1. Сепсис хавфи омилларини доимо ёдда тутиш керак. Хавф омиллари аниқланган тақдирда, профилактик ва скрининг-диагностика чораларини кўриш тавсия этилади.
2. Сепсисга қарши кураш самарадорлигини ошириш мақсадида ўткир касалликларга чалинган барча беморларга, шу жумладан юқори хавф омиллари мавжуд бўлган юқумли бўлмаган беморларга сепсисга скринингдан фойдаланиш тавсия этилади. Сепсис скрининги учун SIRS, qSOFA, SOS ва бошқа мезонларни биргаликда қўллаш тавсия этилади.
3. Сепсис ва септик шок ҳолатида полиорган етишмовчилигини ташхислаш ва унинг оғирлик даражасини баҳолаш SOFA шкаласи бўйича амалга оширилиши керак.
4. Иситма ва инфекциянинг аниқ ўчоғи бор ёки йўқлигидан қатъи назар, мақсадли органлари тушунарсиз шикастланган барча ҳомиладорларда сепсисга шубҳа қилиш ва ташхис қўйиш тавсия этилади.
5. Септик шокли ва сепсис эҳтимоли юқори бўлган катталарга антибактериал препаратларни дарҳол юбориш тавсия этилади, идеал ҳолатда эса аниқлангандан кейин 1 соат ичида юбориш тавсия этилади.
6. Сепсис ёки септик шок мавжуд беморларга тезда инфекциянинг аниқ анатомик диагнозини аниқлаш ёки истисно қилиш ҳамда ўчоқни санация қилиш бўйича барча зарур аралашувларни тиббий ва логистика нуқтаи назаридан имкон қадар тезроқ амалга ошириш тавсия этилади.
7. Сепсис ва септик шок шошилишч тиббий ёрдамни талаб қилади ва дарҳол интенсив терапияни бошлаш тавсия этилади.
8. Сепсис келтириб чиқарган гипоперфузия ёки септик шок мавжуд беморларга интенсив терапиянинг дастлабки 3 соатида вена ичига камида 20 мл/кг дан кам бўлмаган кристаллоидлар (ҳомиладор беморларга – 20 мл/кг) юбориш тавсия этилади. Натрий хлорид физиологик эритмаси ўрнига баланслаштирилган кристаллоидлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқ.
9. Сепсис ёки септик шок ҳолатида, бошқа вазопрессорларга нисбатан биринчи қатор препарат сифатида норадреналин қўллаш тавсия қилинади.
10. Вазопрессорларга доимий эҳтиёж бўлганда, вена ичига кортикостероидлар қўллаш тавсия этилади.
11. Сепсис ёки септик шок мавжуд катталарда кислород сатурациясини 94% дан юқори даражада ушлаб туриш учун кислород ингаляцияси ёки ўпканинг сунъий вентилляцияси (ЎСВ) қўлланилиши тавсия этилади.

Фактлар:

- Соғлиқни сақлаш соҳасида сепсис ва септик шок дунё бўйлаб ҳар йили миллионлаб одамларга таъсир қилади ва зарарланганларнинг олтидан

бир қисмидан тортиб олтидан уч қисмигача бевақт ўлим ҳолатига олиб келадиган муаммо ҳисобланади.

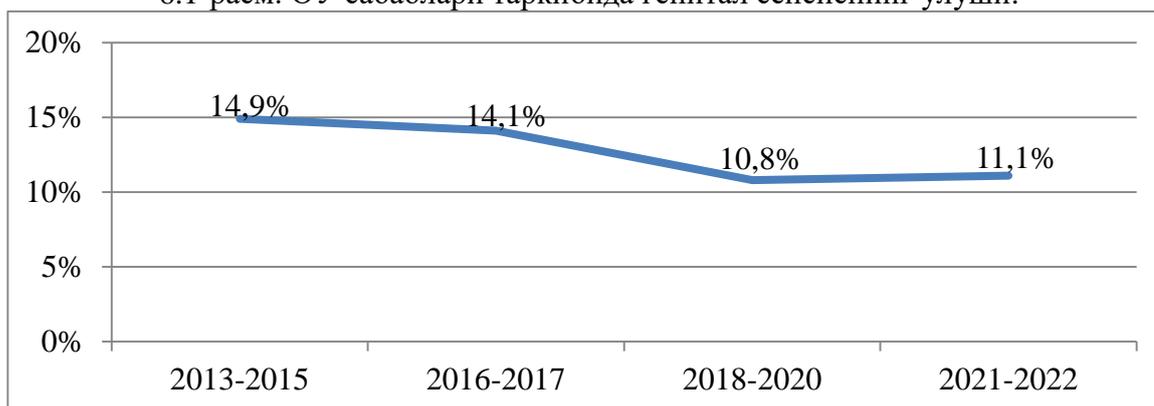
- Ҳомиладорлик, туғиш, абортдан кейин ёки туғруқдан кейинги даврда юз берадиган сепсис дунё бўйича оналар касалликлари ва ўлимнинг муҳим сабабидир.
- Бугунги кунда дунё миқёсида инфекциялар она ўлимлари орасида 4-ўринни эгаллайди ва тахминан 11% ни ташкил этади.
- ЖССТ маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғиш билан боғлиқ ҳар ўнинчи ўлим сепсис туфайли содир бўлади (йилига тахминан 260 000 ўлим). Бундан 95% ўлим ҳолатлари паст ва ўрта даромадли мамлакатларда кузатилади.
- Хорижий статистик маълумотларга кўра, акушерлик амалиётида сепсисдан келиб чиқадиган ўлим ҳолатлари йилига 10% га ортиб бормоқда. Асосий хавф омиллари қуйидагилар: онанинг ёши, семизлик, ЁРТ, кўп ҳомилали ҳомиладорлик ва кесарча кесиш операциясининг юқори частотаси (хавф 5-20 марта юқори).
- ЖССТ: туғруқдаги ҳар 1 000 аёлдан 11 нафари органларнинг инфекция билан боғлиқ жиддий шикастланишидан азият чекади – 1,1%.
Она сепсисининг олдини олиш мумкин, чунки сепсиснинг дастлабки соатларда эрта аниқланиши ва самарали даволаш чоралари натижаларни яхшилашга хизмат қилади.

Генитал сепсис билан боғлиқ ўлим ҳолатларини таҳлил қилиш ва қўлланилмаган имкониятларни аниқлаш.

Генитал сепсис сабабли вафот этган аёлларнинг баъзи статистик маълумотлари, ёш, ижтимоий ва клиник хусусиятлари

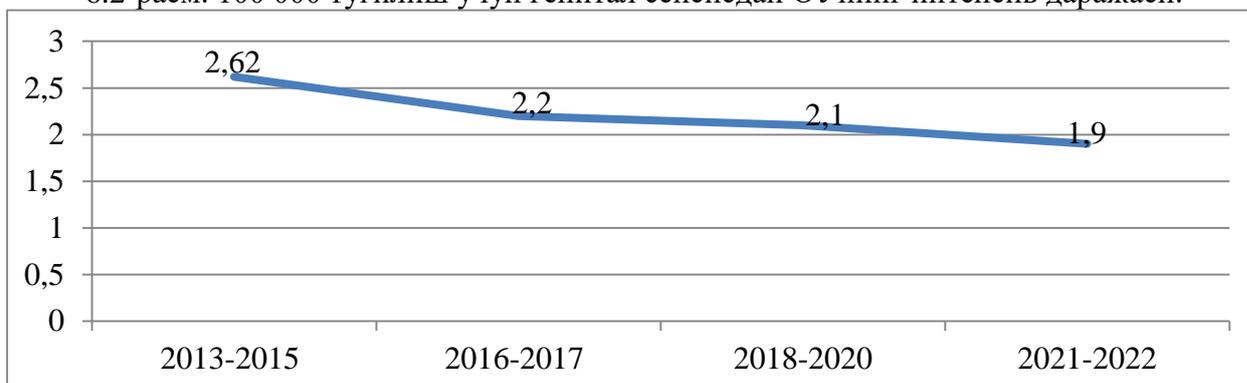
Миллий қўмита 2021-2022 йиллардаги 29 та ўлим ҳолатини таҳлил қилди, бу ҳолатларда генитал сепсис асосий сабаб бўлган. Оўни конфиденциал таҳлил қилиш ҳисобот даврлари учун Оў сабабларининг таркибий тузилишида генитал сепсис улуши 2013-2015 йилларда 14,9 %, 2016-2017 йилларда 14,1 %, 2018-2020 йилларда эса 10,8 %ни ташкил қилган. 2021-2022 йилларда бу кўрсаткич 11,1 % га тенг бўлган.

6.1-расм. ОЎ сабаблари таркибида генитал сепсиснинг улуши.



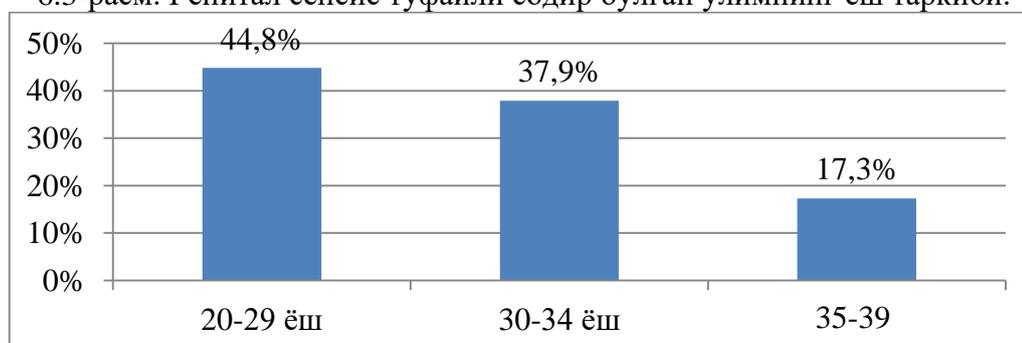
Генитал сепсис туфайли ОЎ интенсивлиги пасайиш тенденциясини кўрсатмоқда: 2013-2015 йилларда 100 000 туғруққа 2,62 ҳолат, 2015-2016 йилларда 2,2, 2018-2020 йилларда 2,1 ва 2021-2022 йилларда 1,9 ни ташкил қилган.

6.2-расм. 100 000 туғилиш учун генитал сепсисдан ОЎнинг интенсив даражаси.



Генитал сепсисдан вафот этган аёлларнинг ёш доираси 20-39 ёш бўлиб, улардан 13 нафари (44,8 %) 20-29 ёшда, 11 нафари (37,9 %) 30-34 ёшда ва 5 нафари (17,3 %) 35-39 ёшда бўлган. 35 ёшдан катта бўлганлар сони нисбатан камроқ бўлиб, ёшлар орасида кўпроқ аёллар ГС дан ҳалок бўлган.

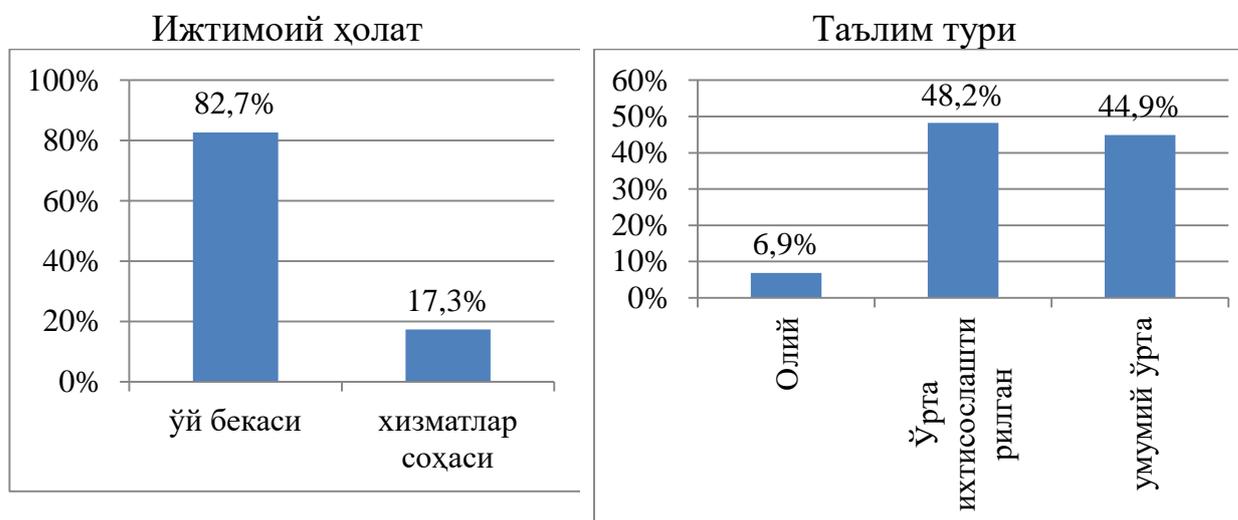
6.3-расм. Генитал сепсис туфайли содир бўлган ўлимнинг ёш таркиби.



Вафот этган аёлларнинг 24 нафари (82,7 %) уй бекалари бўлган, қолган 5 нафари (17,3 %) эса хизмат кўрсатиш соҳасида ишлаган. Олий маълумотли

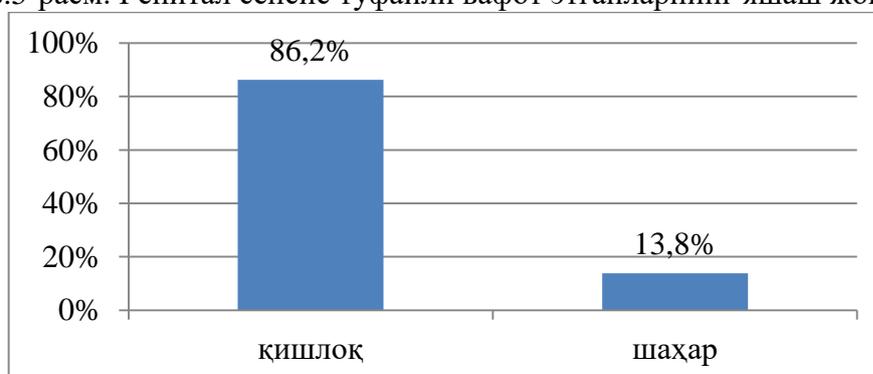
аёллар сони 2 та (6,9 %), ўрта махсус маълумотлилар 14 та (48,2 %), ўрта маълумотлилар эса 13 та (44,9 %) ни ташкил қилган. 25 нафар (86,2 %) аёл қишлоқ жойларида яшаган.

6.4-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларнинг ижтимоий ҳолати ва таълим тури.



Вафот этган аёллар орасида 25 нафари (86,2%) қишлоқда яшовчи ва 2 нафари (13,8 %) шаҳарда яшовчи аёллар бўлган.

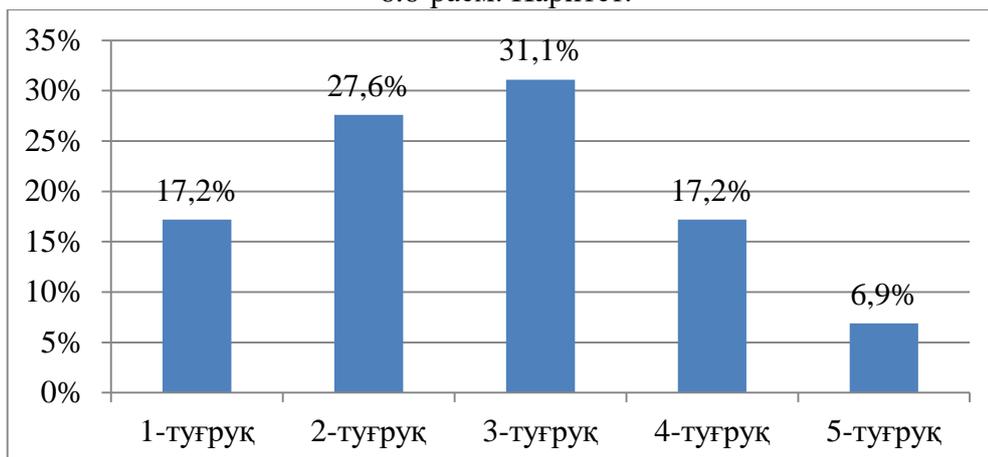
6.5-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этганларнинг яшаш жойи.



Шу тариқа, генитал сепсис сабабли ўлган аёлларнинг катта қисми фаол репродуктив ёшда (44,8 %) бўлган ва қуйи ижтимоий мавқега эга бўлган: қишлоқ жойида яшаш (86,2 %), ўрта ва ўрта махсус маълумот (93,1 %), ишламайдиган (82,7 %).

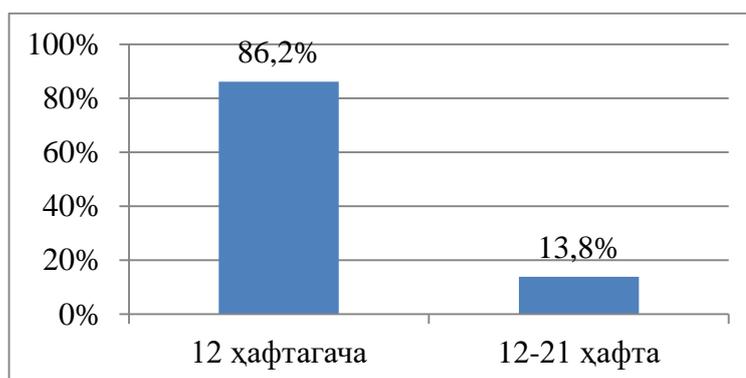
Генитал сепсис туфайли ўлим кўпроқ кўп марта тукқан аёллар орасида кузатилган. Масалан, вафот этган аёлларнинг 22 нафарида (82,8 %) такроран туғиш ҳолати мавжуд бўлган, биринчи марта тукқанлар эса 5 та (17,2 %) ни ташкил қилган. Улардан 7 нафарида (24,1 %) кўп марта туғишлар ва уларга хос соматик касалликлар кузатилган.

6.6-расм. Паритет.



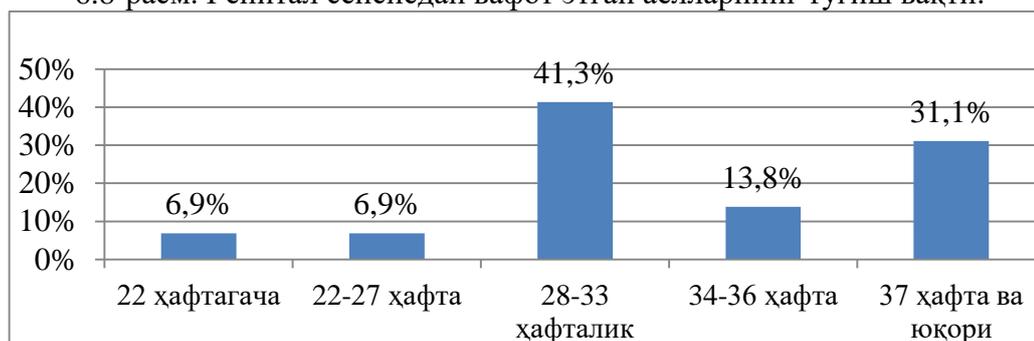
Барча вафот этган аёлларга антенатал парвариш кўрсатилган: 25 нафари (86,2 %) ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасидан туғруққача ҳисобда турган бўлса, 4 нафари (13,8 %) ҳомиладорликнинг 12-21 ҳафтасида биринчи бор рўйхатга олинган. Ҳомиладорлик бўйича ҳисобда тургани ва бошланғич тиббий-санитар ёрдам муассасаларига мунтазам ташриф буюриб турганига қарамасдан вафот этган аёлларга нисбатан антенатал парвариш ҳаммасида субстандарт бўлган, ҳомиладорларда сепсис хавфи омилларини баҳолаш ва профилактик тадбирлар ўтказилмаган.

6.7-расм. Генитал сепсисдан вафот этган аёлларни антенатал парвариш билан қамраб олиш.



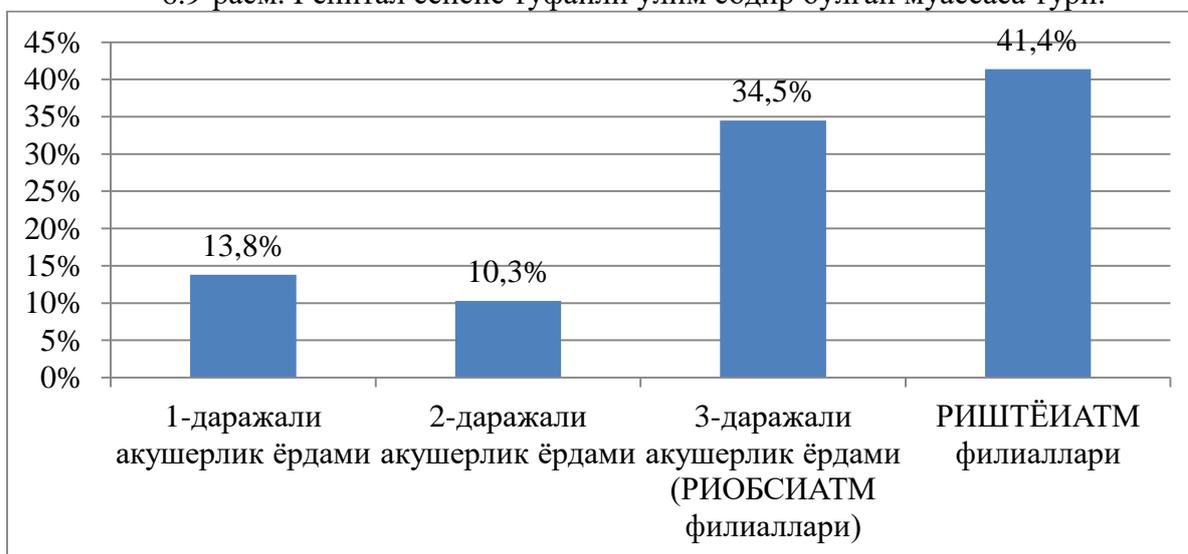
Генитал сепсис оқибатида вафот этган аёлларнинг ҳомиладорлик давомийлиги 13 ҳафтадан 39 ҳафтагача бўлган: 22 ҳафтагача 2 та (6,9 %), 22-27 ҳафтада 2 та (6,9 %), 28-33 ҳафтада эса 12 та (41,3 %) аёлда туғруқ бўлиб ўтган. 4 та аёл (13,8 %) 34-36 ҳафтада муддатидан олдин туққан, 9 та аёл (31,1 %) эса туғруқ муддатига етган. Кечиккан туғруқлар қайд этилмаган, аксарият ҳолатлар (68,9 %) муддатидан олдин содир бўлган.

6.8-расм. Генитал сепсисдан вафот этган аёлларнинг туғиш вақти.



Генитал сепсис сабабли вафот этган аёлларнинг 13,8 % и 1-даражали туғруққа кўмаклашув муассасаларида 4 та (13,8 %) аёлда, 2-даражали муассасада 3 та (10,3 %) аёлда, 3-даражали муассасада (РИБСИАТМ филиаллари) 10 та (34,5 %) аёлда, РИШТЎИАТМ нинг вилоят филиалларида 12 та (41,4 %) аёлда юз берган. Маълумотлар сепсис сабабли ОЎ билан курашда айрим резервлар акушерлик ёрдамни минтақалаштириш принципларига амал қилишдан ва сепсисли касалларига, агар уларни кўчириш имкони бўлса, юқорироқ даражадаги тиббиёт муассасаларига ўз вақтида госпитализация қилишдан иборат эканлигини кўрсатади. Масалан, 28 та аёлда (96,6 %) генитал сепсис туғруқдан кейинги даврда ривожланган, 1 нафар аёлда (3,4 %) индукцияланган ҳомила тушиш босқичида септик аборт сабабли ривожланган.

6.9-расм. Генитал сепсис туфайли ўлим содир бўлган муассаса тури.

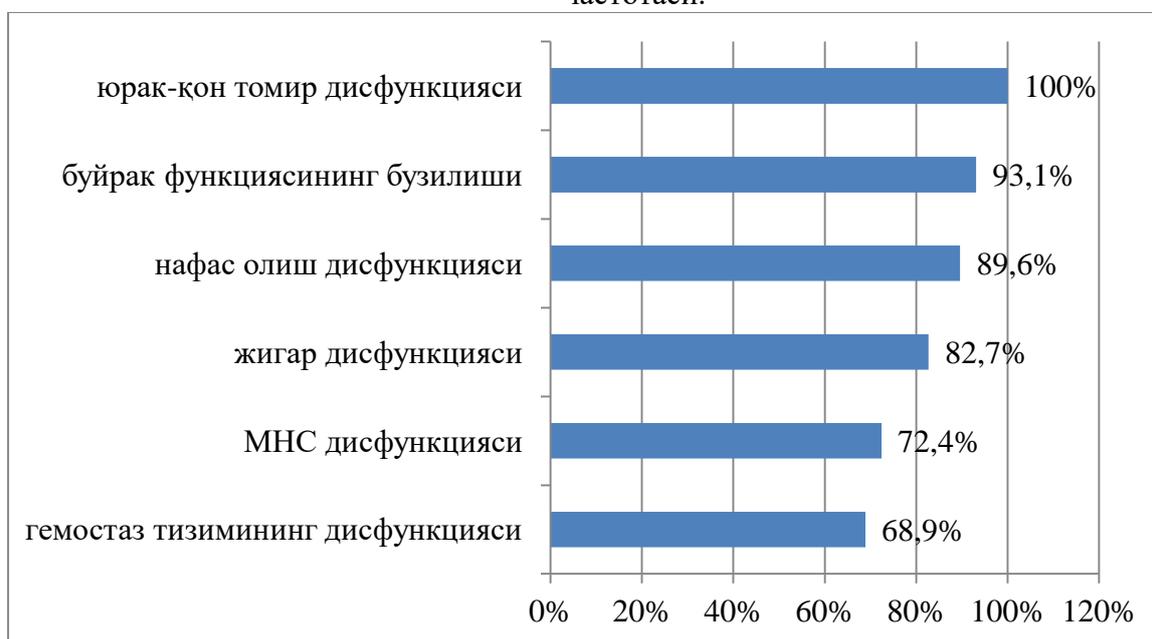


Генитал сепсис сабабли ҳалок бўлган аёллар орасида суткагача ўлим аниқланмаган. Ўлим стационарга мурожаат қилингандан кейин 3 – 37 сутка давомида юз берган. Госпитализациянинг дастлабки 10 кунда 14 та (48,2 %)

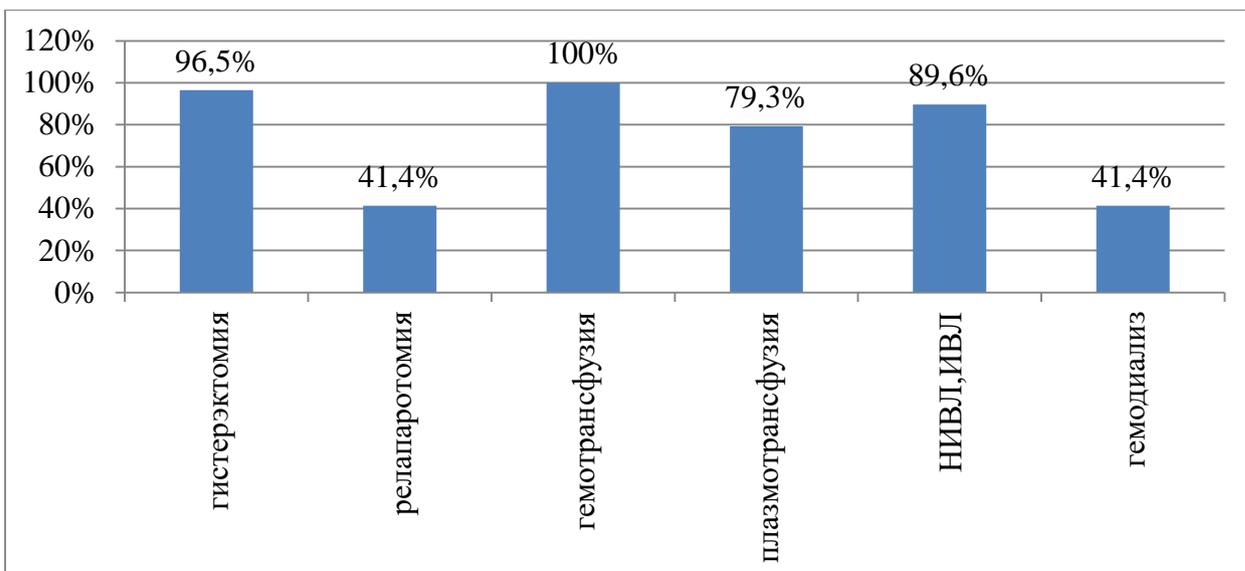
аёл вафот этган бўлса, қолган 15 та (51,8 %) аёл 10 суткадан кейин ҳалок бўлган. Леталлик ўртача $13,2 \pm 6,9$ суткада юз берган.

Барча генитал сепсисли аёллар септик шок ва полиорган етишмовчилиги оқибатида вафот этган. Ҳамма 29 та аёл (100 %) кузатув динамикасида септик шок ва қон айланиши тўхташи ривожланган, 27 (93,1%) аёлда буйраклар дисфункцияси, 26 (89,6%) аёлда нафас олиш дисфункцияси, 24 (82,7%) аёлда жигар дисфункцияси, 21 (72,4%) ва 20 (68,9%) аёлда МАТ /МНС/ дисфункцияси ва гемостаз тизими дисфункцияси кузатилган. Шу тариқа, ўртача ҳар бир аёлда леталлик 5 тадан кам бўлмаган органлар тизими дисфункцияси мавжуд бўлганда юз берган.

б.10-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларда органлар дисфункциясининг частотаси.



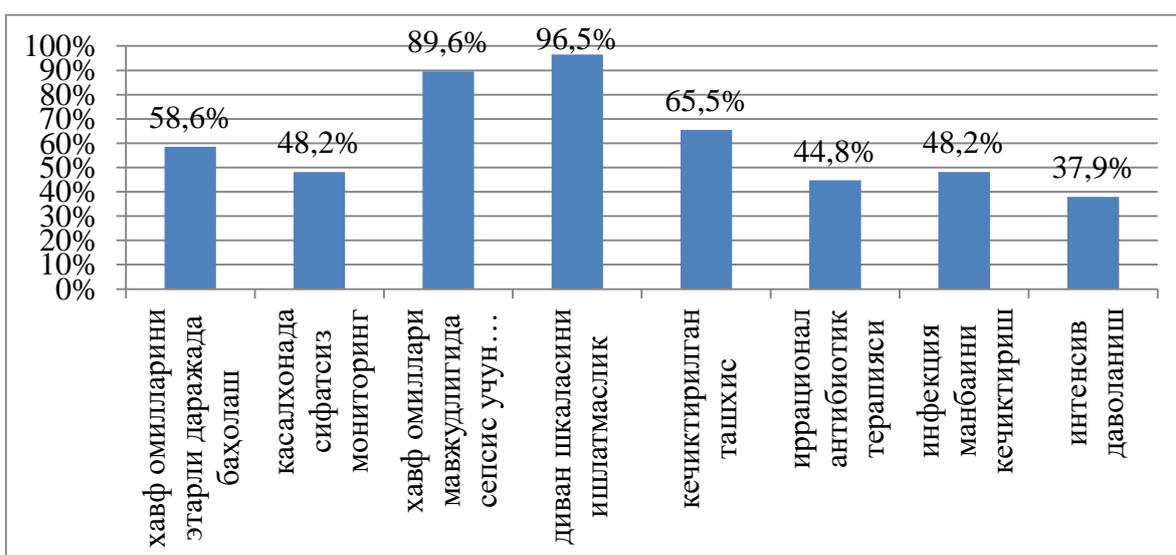
Генитал сепсисдан ўлган аёлларни даволашда асосий тиббий аралашувлар қуйидагилардан иборат: 28 (96,6%) аёлда гистерэктомия, (1 (3,4%) аёлда гистерэктомия тўғрисида қарор қабул қилиш пайтида аёлнинг аҳволи ўта оғир бўлганлиги сабабли бачадон олиб ташланмаган), 12 (41,4%) аёлда релапаротомия, барча 29 (100%) аёлларда гемотрансфузия, 23 (79,3%) аёлда плазмотрансфузия, 26 (89,6%) аёлда респиратор терапия (НЎВ, ЎСВ) ва 12 (41,4%) аёлда гемодиализ.



6.11-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларни даволашда асосий чоралар.

Генитал сепсисли аёлларни кузатиш амалиётини такомиллаштириш бўйича бой берилган имкониятлар ва тавсиялар.

Генитал сепсисдан ўлган аёлларни кузатишда бой берилган имкониятлар қуйидагилардан иборат бўлган: хавф омилларини етарлича баҳоламаслик - 17 (58,6%) аёлларда, стационарда аҳволни субстандарт мониторинг қилиш – 14 (48,2%) аёлларда, хавф омиллари бор аёлларда сепсис скринингининг йўқлиги – 26 (89,6%) аёлларда, SOFA шкаласидан фойдаланмаслик – 28 (96,5%) аёлларда, кечиктирилган ташхис – 19 (65,5%) аёлларда, нораціонал антимиқроб терапияси – 13 (44,8%) аёлларда, инфекция ўчоғини кечиктириб санація қилиш – 14 (48,2%) аёлларда, адекват бўлмаган интенсив терапия – 11 (37,9%) аёлларда.



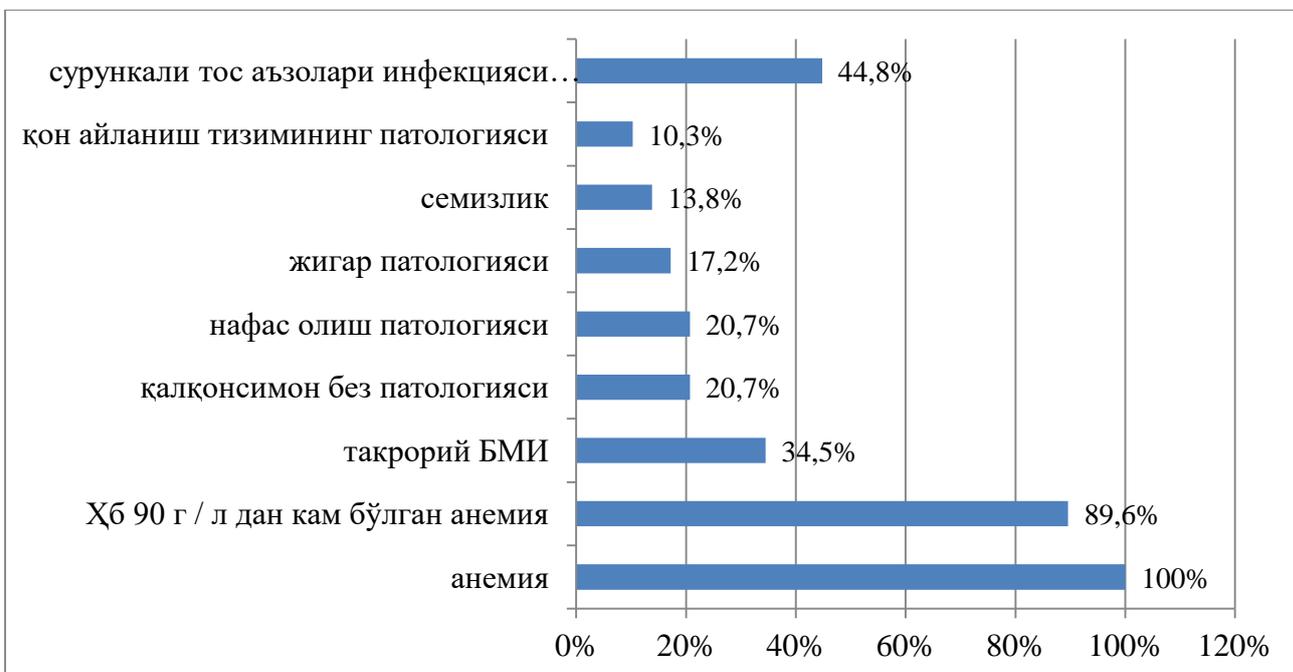
6.12-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларни даволашда ўтказиб юборилган имкониятлар.

Бой берилган имкониятлар

1. Хавф омилларини етарлича баҳоламаслик ва субстандарт профилактик чоралар.

Генитал сепсис кўпинча маълум бир хавф омиллари бор аёлларда ривожланиши умум эътироф этилган. Бундай хавф омиллари қаторига соматик касалликлар, сурункали инфекцион жараёнлар, иммуносупрессив ҳолатлар, кесарча кесиш операциялари, аёлнинг ёши, айрим акушерлик асоратлари ва бошқалар киради.

Таҳлил натижалари кўрсатадики, генитал сепсис сабабли вафот этган аёлларда биттадан ортиқ соматик касалликлар мавжуд бўлган. Жумладан, 29 (100%) аёлда анемия аниқланган, бунда гемоглобин кўрсаткичи 90 г/л дан кам бўлган анемия 26 (89,6%) ҳолатда кузатилган. Рецидивли сурункали инфекциялар (пиелонефрит, цистит) билан 10 (34,5%) аёл азият чеккан, қалқонсимон без патологияси (гипофункция) билан 6 (20,7%) аёл, нафас олиш органлари касалликлари (бронхопневмония, бронхит) билан 6 (20,7%) аёл, жигар патологияси (холецистит, сурункали гепатит) билан 5 (17,2%) аёл, семизлик билан 4 (13,8%) аёл ва юрак-қон томир тизими касалликлари (гипертония, сурункали миокардит) билан 3 (10,3%) аёл алоқадор бўлган. **Генитал сепсис сабабли вафот этган ҳар бир аёлга ўртача 2,17 соматик касалликлар тўғри келган.** 13 (44,8%) аёл анамнезида тос аъзоларининг сурункали инфекцияси (бачадон ортиқларининг яллиғланиши, пелвиоперитонит, цервицит, метрит) мавжуд бўлган.



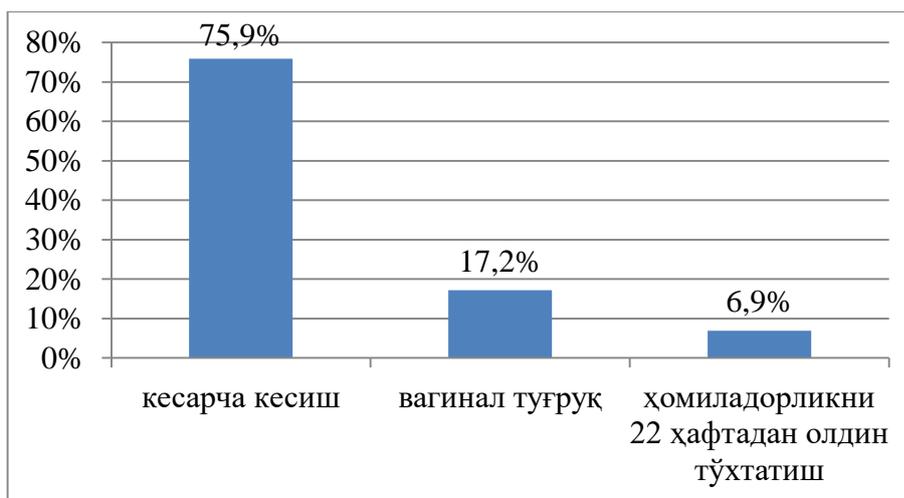
6.13-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларда генитал ва соматик касалликлар.

Генитал сепсис сабабли вафот этган аёлларда септик асоратларнинг хавфини оширувчи айрим акушерлик асоратлари шулардан иборат: оғир даражадаги НЖЙМОК – 8 (27,6%) аёлда, оғир белгилари бор преэклампсия – 5 (17,2%) аёлда, мўътадил преэклампсия – 4 (13,8%) аёлда, бачадоннинг туғруқдан кейинги атонияси – 5 (17,2%) аёлда, ҚПМОЁ қон ивиш – 6 (20,7%) аёлда, ўткир ҳомила дистресси – 2 (6,9%) аёлда, ҳомиладор аёлларнинг оғир даражадаги қусиши – 1 (3,4%) аёлда, беихтиёрий септик аборт – 1 (3,4%) аёлда, коагулопатик қон кетиши – 1 (3,4%) аёлда. Шу тариқа, **генитал сепсис сабабли вафот этган 1 аёлга туғишгача ва интранатал босқичларда ўртача 1,1 акушерлик асоратлари тўғри келган.**

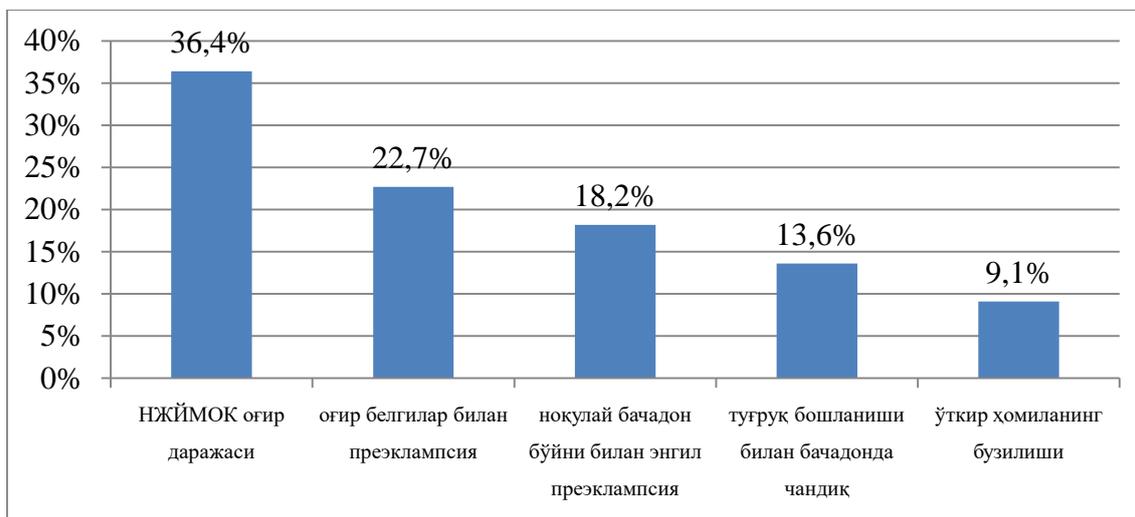


6.14-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларда антенатал ва интрапартум асоратлар.

Сепсиснинг хатар омили сифатида кесарча кесиш операцияси акушер-гинекологларнинг диққатини жалб қилувчи ва муҳим фактор ҳисобланади. Генитал сепсис сабабли вафот этган аёлларнинг кўпчилигига оператив туғруқ рухсат этилган – 22 (75,9%) аёл, бунда 18 (62,1%) аёлда кесарча кесиш шошилиш тартибда ўтказилган. 22 аёлда кесарча кесиш учун кўрсатмалар шулардан иборат: оғир даражадаги НЖЙМОК – 8 (36,4%) аёлда, оғир белгилари бор преэклампсия – 5 (22,7%) аёлда, бачадоннинг номувофиқлик билан мўътадил преэклампсия – 4 (18,2%) аёлда, туғиш фаолияти бошланган бачадонда чандик – 3 (13,6%) аёлда ва ўткир фетал дистресс – 2 (9,1%) аёлда. Фақат 5 (17,2%) аёлда мустақил туғиш юз берган. 2 (6,9%) аёлга ҳомиладор аёлларнинг оғир қусиши ва септик аборт сабаблари бўйича 13 ва 20-хафталарда ҳомиладорлик тўхтатилган.



6. 15-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларда туғилиш усули ва КК учун кўрсатмалар.

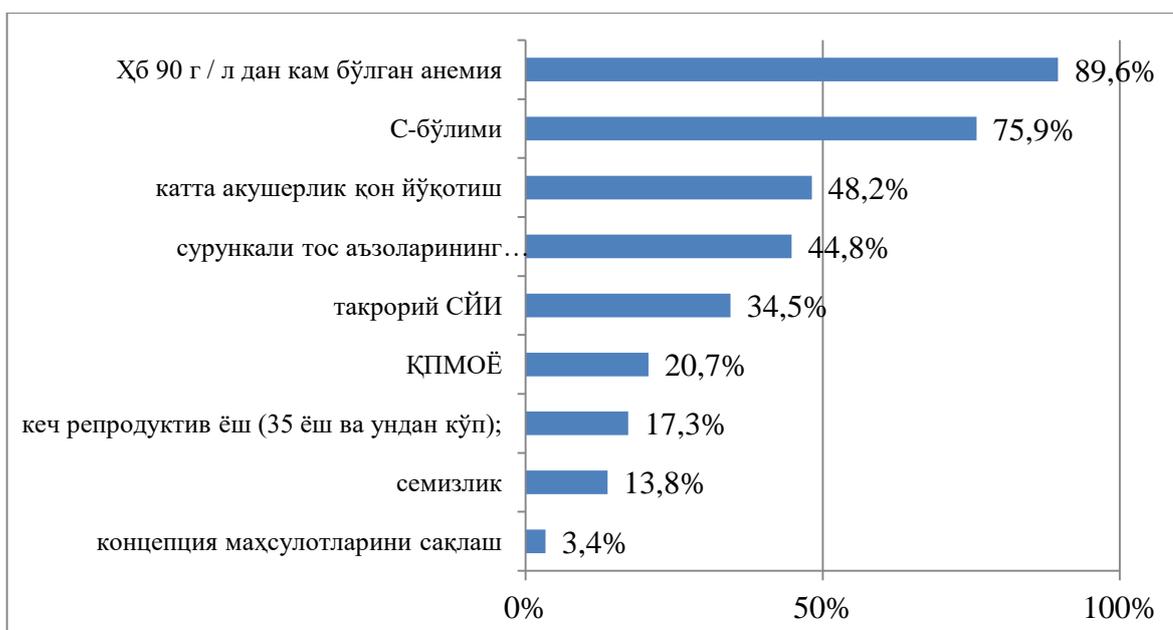


6.16-расм. Генитал сепсисдан вафот этган аёлларда КК учун кўрсатмалар.

Олинган маълумотлар асосида хулоса қилиш мумкинки, **хавф омилларига етарли даражада эътибор бермаслик 17 (58,6%) аёлда кузатилган. Генитал сепсисдан вафот этган барча аёлларда бир ёки бир неча хавф омиллари мавжуд бўлган.** Улар орасида: анемия (Hb 90 г/л дан кам) – 26 (89,6%) аёлда, кесарча кесиш – 22 (75,9%) аёлда, массив акушерлик қон йўқотиши – 14 (48,2%) аёлда, анамнезда сурункали тос инфекциялари (бачадон бўйни яллиғланиши, пелвиоперитонит, цервицит, метрит) – 13 (44,8%) аёлда, рецидивли СЙИ – 10 (34,5%) аёлда, кеч репродуктив ёш (35 ёшдан катта) – 6 (20,7%) аёлда, семизлик – 5 (17,3%) аёлда, ҳомиладорлик маҳсулотларининг кечикиши – 1 (3,4%) аёлда аниқланган.

Сепсисдан олдин акушерлик қон кетиши бўлган ҳолларда қон йўқотиш етарлича баҳоланмаган, натижада натижада акушерлик қон кетишининг компенсацияси ноадекват терапияси билан боғлиқ бўлмоқда. Узоқ муддатли гиповолемия ҳолати, микросиркулятор оқимнинг бузилиши барча тўқималарда ишемия ривожланишига ва гипоксик ўзгаришларга олиб келади ва бачадон ҳам бундан мустасно эмас. АҚҲ тўлғазилмаганлиги бачадон мушаклар таркиби гипоксияси ва контрактил функциянинг бузилишига олиб келади. Субинволюцион жараёнлар бачадон ичи бўшатилиши кечикишига ва некротик эндометрий маҳсулотларининг сўрилишига мойилликка олиб келади, бу эса кейинчалик ўчоқ шаклланиши ва жараёнга органнинг жалб қилинишини келтириб чиқаради.

Генитал сепсис туфайли вафот этган ҳар бир аёл учун юқорида санаб ўтилган хавф омилларининг ўртача 3,5 таси мавжуд эди.



6.17-расм. Вафот этган аёлларда сепсис учун хавф омиллари.

Тиббий ҳужжатларга кўра, стационарда манипуляциялар вақтида гигиена ва асептика қоидаларига риоя қилинганини баҳолаш имконияти йўқ бўлган. Шунга қарамадан, туғуруқ муассасаларида стандартлар ва протоколларга риоя қилиниши бўйича мунтазам мониторинглар натижасида камчиликлар аниқланган: персонал томонидан қўлларни ювиш, асбобларни стериллаш, ва туғиш залларида тозаланиш таъминлашда нуқсонлар қайд этилган, шунингдек, керагидан ортиқ даражада қин кўриклари ўтказилиши қайд этилган.

Мисол. 26 ёшли аёл, такрорий ҳомиладор. Иккинчи ҳомиладорлиги мўътадил преэклампсия, сийдик йўллари инфекциялари ва ўртача оғирликдаги анемия билан кечган. 33-ҳафтада прогрессив ПОНРП туфайли фавқулодда кесарча кесиш амалиёти ўтказилган ва натижада тирик ўғил бола тузилган. Бола Ангар шкаласи бўйича 5–6 балл билан баҳоланган. Амалиёт давомида бачадонда қон кетиши ривожланган. Утеротоник терапия олиб борилган ва бачадоннинг магистрал томирлари боғланган. Операциядан кейинги даврда беморнинг гемоглобини 60 – 70 г/л даражасида сақланган. 4-кун иситма ва бачадон субинволюцияси белгилари пайдо бўлган, антибиотиклар, инфузион ва утеротоник терапия тайинланган, аммо беморнинг аҳволи яхшиланмаган. Жарроҳликдан кейинги 7-кун ичак парези, сийдик камайиши, тахипнея кузатилган. Кейинги 2 кунда реллапаротомия ва гистеректомия муолажаларига қарор қилинган. Бачадон олиб ташланганига қарамай, бемор нафас ва буйрак етишимовчилигига йўлиққан, марказий нерв тизими ва юрак-қон томир тизими дисфункцияси белгилари пайдо бўлган. Аёл туғруқдан кейин 17-кун РШТЁМ филиалида вафот этган, у ерга гемодиализ учун ўтказилган эди.

Ушбу ҳолатда хавф омиллари тўлиқ баҳоланмаган: рецидивли сийдик йўллари инфекциялари, гемоглобин кўрсаткичи 90 г/л дан кам бўлган анемия, фавқулодда кесарча кесиш, ва кўп қон йўқотиш. Бемор септик асоратлар ривожланиш хавфи юқори гуруҳда бўлганига қарамай, врачлар бу хатарни етарли даражада баҳоламаган. Натижада сепсисни мониторинг қилиш, скрининг ўтказиш йўқлиги ва ПОЕ ривожланиши манзарасида сепсис кечикиб ташхис қилинган.

Тавсиялар.

Генитал сепсис хавфларини доим эътиборда сақлаш зарур! сепсиснинг хавф омиллари қуйидагилардан иборат (АҚШда ўтказилган популяцион тадқиқот маълумотлари бўйича):

- 35 ёшдан катта ёшда ҳомиладорлик;
- концепция маҳсулотларининг сақланиши (ўлик ҳомила, ҳомиладорликнинг пролонгация қилиниши, бачадан бўшлиғида плацента қисмларининг ушланиб қолиниши ва ҳоказолар);
- ҳомила қобикларининг эрта ёрилиши;
- серкляж;
- кўп ҳомилали ҳомиладорлик;
- сурункали юрак етишмовчилиги;
- сурункали жигар етишмовчилиги;
- ОИВ инфекцияси;
- тизимли қизил югурик;
- семизлик;
- қандли диабет ёки глюкозага толерантликнинг бузилиши;
- анемия;
- А анамнезда тос соҳаси инфекцияси;
- Б ва А гуруҳдаги стрептококк инфекциялари
- амниоцентез, кордоцентез ва бошқа инвазив муолажалар;
- ҳомила қобикларининг ёрилишидан кейинги давомли сувсиз давр;
- А гуруҳдаги стрептококк инфекцияси;
- кесарча кесиш (фавқулодда кесарча кесиш билан боғлиқ катта хавф);
- узоқ чўзилган туғруқ;
- гигиена қоидаларининг бузилиши;
- асептика қоидаларининг бузилиши.

Қуйидагиларни ёдда тутинг:

- Хавф омиллари ҳомиладорликкача ёки ҳомиладорлик даврида, туғиш ёки туғруқдан кейин юзага келиши мумкин.
- Ҳар бир ҳомиладорда хавф омилларини баҳолаш зарур, бу туғишгача кузатув даврида ҳам, туғруқ пайтида ҳам амалга оширилиши керак. Бу ўз ичига антенатал парвариш, инфекцияларни ташхислаш ва даволаш,

антибактериал препаратларни асоссиз қўлламаслик, ва зарур ҳолларда мутахассислар назоратини талаб қилади.

Хавф омиллари аниқланганда қуйидаги профилактик чораларни кўриш зарур:

А) Антенатал парвариш:

- Сийдик чиқариш йўллари инфекциялари, анемия, овқатланиш бузилиши, қандли диабет, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар ва бошқа вагинал инфекцияларни аниқлаш ва даволаш;
- Антибактериал препаратларни асоссиз қўллашни чеклаш;
- Сепсис хавфи юқори бўлган аёллар учун туғруқни 2- ёки 3-даражали туғруқ муассасаларида амалга ошириш учун олдиндан маршрут ишлаб чиқиш.

Б) Стационарларда:

- шахсий гигиенага қатъий риоя қилиш: қўлларни яхшилаб ювиш;
- ҚПМОЙ вақтида кераксиз вагинал текширувларни чеклаш;
- антисептика ва стерилизацияга қоидаларига қатъий риоя қилиш;
- туғруқ пайтида фақат индивидуал комплектлардан фойдаланиш;
- ҳар бир бемор учун партограмма юритиш орқали кераксиз вагинал кўрикларнинг олдини олиш ҳамда зарурат бўлганда фаол кузатувни амалга ошириш;
- сийдик пуфаги ва томирларнинг асоссиз катетеризация қилишига, кераксиз эпизиотомия ўтказилишига йўл қўймаслик;
- инвазив муолажалар вақтида ёки сувсиз давр узоқ давом этган ҳолларда антибиотикларни профилактика мақсадида қўллаш;
- кесарча кесиш операцияларини фақат зарурият бўлганда ўтказиш ва Робсон классификациясига мувофиқ КК ҳолатларини таҳлил қилиш;
- акушерлик қон кетишлари билан тезкор курашиш ва қон йўқотилишини тўлиқ миқдорда тўлдириш;
- Туғруқдан кейин уйга жавоб бериш куни – 3-кун.

Бой берилган имкониятлар

2. Стационарда ноадекват мониторинг ва сепсисга скрининг йўқлиги.

Стационарларда генитал сепсис сабабли вафот этган 14 (48,2%) аёлда мониторингнинг паст даражада бўлганлиги аниқланган ва 89,6% аёлда сепсис учун скрининг ўтказилмаган.

Сепсис хавфи бор аёллар инфекция манбаси аниқланган ёки шубҳаланган ҳолатлардан қатъи назар, синчиклаб назорат қилинишлари лозим. Бундай назорат инфекция эҳтимолининг ва/ёки полиорган етишмовчилигининг белгиларини клиник баҳолашини ҳам, лаборатория диагностикасини ҳам ўз ичига олиши зарур. Шунинг эса тутиш керакки, сепсис инфекцияга бўлган

дисрегуляцияланган реакция натижасида юзага келади ва ҳаёт учун хавфли орган дисфункциясига олиб келиши мумкин.

Таҳлил шуни кўрсатдики, стационарда генитал инфекция ўчоғи тасдиқланган аёлларда сепсис ривожланиши белгиларининг мунтазам баҳоланиши амалга оширилмаган. Қуйидаги ҳолатларда мониторинг етарли даражада ўтказилмаган: ДЧ рўйхатга олиш – 10 (34,5%) аёлда, суткалик диурезни баҳолаш – 12 (41,4%) аёл, МАТ дисфункцияси мониторинги – 14 (48,2%) аёлда, жигар ва буйрак функциясини мунтазам текшириш – 9 (31,1%) аёлда, гемостаз кўрсаткичларини баҳолаш – 8 (27,6%) аёлда. Барча аёлларда мунтазам ўлчанган ягона кўрсаткич АБ ва пульс бўлган.

Бундан ташқари, ҳар қандай оғир касалликка чалинган беморларда, жумладан, ноинфекцион касалликларда ҳам сепсис хавфи юқори бўлганда тизимли яллиғланиш реакциясининг синдроми (SIRS) ёки орган етишмовчилигини баҳолаш шкаласи (qSOFA) орқали сепсисга скрининг ўтказилиши шарт. Сепсисга мусбат скрининг сепсис ривожланиши эҳтимоли ҳақида врачларда ҳушёрликни оширади. Бироқ стационарларда фақат 3 (10,3%) аёлда SIRS мезонларини баҳолаш орқали сепсис скрининг ўтказилган ва ҳеч бир аёлда qSOFA шкаласи орқали баҳолаш амалга оширилмаган.

Мисол. *Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл 20 ёшда. Ҳомиладорлиги давомида ўртача оғирликдаги анемия билан кечган, аммо бу ҳолатга етарли эътибор қаратилмаган ва анемия коррекцияланмаган. Аёл семизликдан азият чеккан, тана массаси индекси 32 га тенг бўлган. Стационарга келишига сабаб – қозоноқ сувларининг ёрилиши ва шу сабабли 12 соат давомида сувсиз бўлгани. Туғиш фаолияти 26 соатдан кейин бошланган ва антибиотик профилактикаси ўтказилган. Туғиш асоратларсиз ўтган ва туғилган чақалоқ соғлом бўлган. Бироқ, туғишдан кейинги 5-суткада аёлда фебрил ҳарорат кўтарилган, тахизпноэ минутага 24, лейкоцитоз 13 минг / мкл, емоглобин (Hb 74 г/л) қайд этилган. Бачадон УТТ да – гематометра аниқланган. Бачадон кюретажи бажарилган. Антибактериал, инфузион ва утеротоник терапия ўтказилганига қарамай, аҳвол яхшиланмаган ва антибактериал терапия ўзгартирилмаган. Даволаш симптоматик характерда бўлган. 9-суткада аёлнинг ҳолати ёмонлашган, ўткир жигар ва буйрак етишмовчилиги белгиси пайдо бўлган. Лекин, инфекциянинг аниқ манбаи мавжудлигига қарамай, туғруқдан кейинги метрит таъхис қўйилмаган. Симптоматик терапия, диурезни рағбатлантириш ва гепатопротекторлар давом эттирилган. Кечиктирилган таъхис сабабли инфекция тарқалиб, 14-суткада ПОЕ ёйилиши манзарасида бачадон олиб ташланган. Аёл кучайган ПОН дан 22-суткада вафот этган.*

Аёлда тузруқдан кейинги инфекциянинг аниқ белгилари бўлганига қарамай, улар динамикада етарли даражада назорат қилинмаган. Шифоркорлар тизимли яллиғланиш жавобининг 3 мезонига аҳамият қаратмаганлар. Бу ҳол сепсис ривожланиш хавфини кўрсатувчи индикатордир. Сепсисни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш учун қSOFA ва SOFA шкаллари қўлланмаган. Бу эса кечиктирилган таххис, инфекция ўчоғи санақияси кечикиши ва кечиктирилган интенсив терапияга олиб келган.

Тавсиялар:

Сепсисга қарши кураш самарадорлигини ошириш мақсадида ўткир касалликларга, инфекциясиз касалликларга чалинган барча пациентларга ва юқори хавф омиллари бор пациентларга сепсисни скринингдан ўтказиш

С
е

Сепсисни ёки септик шокни скрининг қилишнинг ягона усули сифатида SIRS, SOS ёки бошқа скрининг шкаллари билан таққослаганда фақатгина qSOFA билан чекланиш тавсия этилмайди (**кучли тавсия**).

6.1-жадвал Оғир беморни аниқлаш учун акушерлик томонидан ўзгартирилган қСОФА* (тезкор кетма-кет органлар етишмовчилигини баҳолаш) шкаласи (лаборатория ва инструментал диагностикадан олдин) тезкор клиник текшириш.

Параметрлар	Баллар	
Систолик қон босими	<90	>90
Нафас олиш тезлиги	<25	≥25
Руҳий ҳолатнинг ўзгариши	Реактивлик сақланиб қолди	Реактивлик йўқ

*

2

6.2- жадвал. SIRS (Тизимли яллиғланишли жавоб синдроми), тизимли яллиғланишли жавоб синдроми йезонлари.

Тана ҳарорати	≥38°C ёки ≤36 °C
Юрак уриш тезлиги	≥90 дақиқасига ^и

у
н
д
а
н

Нафас олиш тезлиги	>20 дақиқада ёки гипервентиляция (артериал қондаги кислороднинг қисман босими - PaCO ₂ ≤32 мм рт. ст.);
Қон лейкоцитлари	>12×10 ⁹ /мл или <4×10 ⁹ /мл, ёки етилмаган шакллар >10%

* Ноқулай натижа учун тетик 2 ёки ундан кўп белгидир

б.2- жадвал. Акушерликда сепсисни баҳолаш: ҳомиладорлик даврида сепсис билан касалланиш хавфини аниқлаш учун SOS* (Акушерлик рейтингида сепсис) модели.

Параметр	Баллар								
	+4	+3	+2	+1	0 (норма)	+1	+2	+3	+4
Тана ҳарорати (°C)	>40,9	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<30
Систолик АБ					>90		70-90		<70
Пульс	>179	150-179	130-149	120-129	<119				
Нафас частотаси	>49	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
SpO ₂ (%)									
Лейкоцитлар (минг/мкл)	>39,9		25-39,9	17-24,9	5,7-16,9	3-5,6	1-2,9		<1
Етилмаган нейтрофиллар (%)			≥10%		<10%				
Лактат (ммоль/л)			≥4		<4				

* ≥6 балл олган беморлар интенсив терапия бўлимига ётқизилиши эҳтимоли кўпроқ.

Такдим этилган скрининг шкаллари идеал эмаслигини эсда тутиш лозим, улар турли сезгирлик ва ўзига хосликка эга. Шу сабабли, улардан амалиётда яқка ҳолда эмас, балки биргаликда фойдаланиш зарур.

Сепсис скринингининг ижобий натижалари беморда сепсис борлигини кўрсатмайди ва сепсисни баҳолашга эквиваленти ҳисобланмайди. Бироқ сепсис эҳтимолини клиник жиҳатдан қайта кўриб чиқишда врачга туртки бериши керак.

Беморни баҳолашда скрининг шкалларида фойдаланишдан мақсад – орган-тизимли дисфункция ёки сепсиснинг ривожланиш хавфини

аниқлаш, критик ҳолат ривожланишини прогноз қилиш, ҳамда даволаш ҳажми ва жойини аниқлашдир.

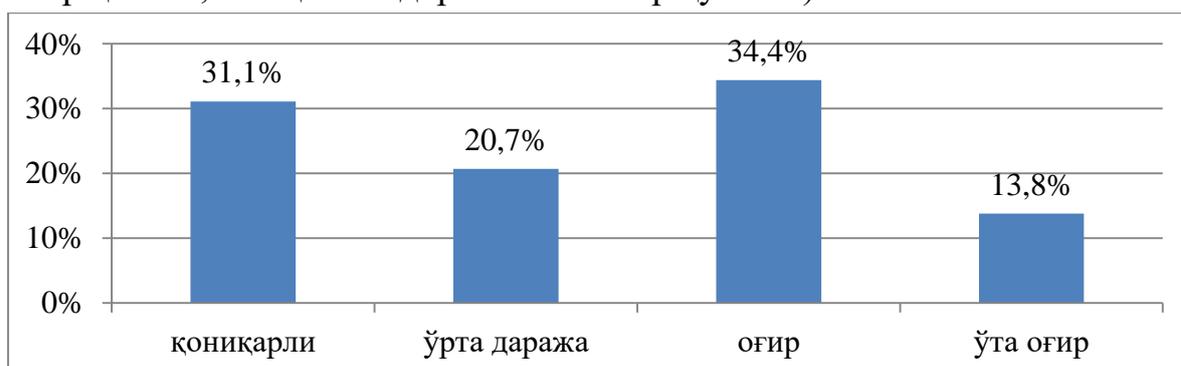
Скрининг ижобий натижаси бўлган барча пациентлар синчиклаб кузатилиши, шу жумладан, ҳаётий муҳим кўрсаткичларни клиник ва лаборатория баҳолаш орқали кузатув режаси асосида назорат қилинишлари керак.

Бой берилган имкониятлар

3. Сепсиснинг кечиктирилган ташхиси.

Генитал сепсис бўлган аёлларни кузатишда ўтказиб юборилган имкониятлар бир-бири билан боғлиқ: хавф омилларини тўлиқ баҳоламаслик беморларнинг етарли даражада кузатилмаслигига олиб келади. Бу эса сепсис ташхисининг кечикишига, интенсив терапия ва инфекция манбасини бартараф этишнинг кечикишига ва натижада ёмон оқибатларга сабаб бўлади. Сепсиснинг кечиктирилган ташхиси 19 (65,5%) вафот этган аёлларда аниқланган. Улардан фақат битта (3,4%) беморда сепсисдан келиб чиққан орган дисфункциясини баҳолаш учун SOFA шкаласи қўлланилган. Масалан, 4 (21%) аёлда сепсис SOFA шкаласи бўйича 6 баллда, 7 (36,8%) аёлда 7 баллда ва 8 (42,2%) аёлда 8 баллда аниқланган. Яъни, кўплаб органлар етишмовчилиги қайтариб бўлмайдиган босқичга ўтган пайтда ташхис қўйилган. Шу билан бирга, миллий тавсияларга кўра, SOFA шкаласи бўйича 2 ёки ундан ортиқ балл орган дисфункциясининг аниқ белгиси ҳисобланади.

Сепсис ташхисининг кечикиши ҳақидаги далиллардан бири, 15 (51,8%) аёлнинг госпитализация вақтида аҳволи оғир ёки ўта оғир эмаслиги ва уларнинг аҳволи стационарда ёмонлашиб, критик вазиятга олиб келиб, ўлим билан тугагани ҳисобланади. Госпитализация вақтида аёлларнинг ҳолати куйидагича бўлган: 9 (31,1%) аёлда қониқарли, 6 (20,7%) аёлда ўртача оғир, 10 (34,4%) аёлда оғир ва 4 (13,8%) аёлда ўта оғир аҳвол кузатилган. Улардаги оғир ва ўта оғир ҳолат сепсис билан эмас, балки акушерлик патологияси билан боғлиқ бўлган (масалан, преэклампсиянинг оғир кўриниши, НЖЙМОЁнинг оғир ҳолати, ёки ҳомиладорликнинг оғир қусиши).



6.18-расм. Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларнинг касалхонага ётқизилганидаги ҳолати.

Сепсис ташхисини кечиктиришнинг асосий сабаблари илмий билимларнинг етишмаслиги, хавф омилларини тўғри мониторинг қилмаслик, эскирган клиник индикаторлардан фойдаланиш, генитал инфекцияларга етарли баҳо бермаслик ва сепсис ёки септик шокнинг замонавий диагностика мезонларини рад этишдир.

Айни пайтда,

- сепсис ривожланиши хавфи бор беморларга эрта ташхис қўйиш, прогноз қилиш ва беморларни кузатиш бугунги кунда долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади [Kendle AM, Louis J., 2018].
- Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ)нинг 2017 йилги тавсияларига кўра, сепсиснинг салбий оқибатларини (масалан, касалликнинг узок муддатлилиги ва ўлим) эрта ташхис ва ўз вақтида, тўғри бошқарув орқали юмшатиш мумкин.

Мисол: Кесарча кесиш операциясидан сўнг, беморда бачадондаги чандиқ атрофида операциядан кейинги 4-кунда тизимли яллиғланиш жавоби синдроми (SIRS) белгилари кузатилди: юқори ҳарорат, тахикардия дақиқасига 100–110 зарба. Текиширув натижасида ўтқир сийдик йўли инфекцияси (СҲИ) ва пиелонефрит аниқланди. Шунингдек, бачадон субинволюцияси ва лейкоцитоз (14 минг/мкл) мавжуд бўлган. Беморга антибактериал ва дезинтоксикацион терапия тайинланган, СҲИ ва бачадонда инфекция мавжудлигига қарамасдан, сепсиснинг эрта ташхислаш тамойиллари амалга оширилмаган. SOFA шкаласига кўра аҳвол комплекс баҳоланмаган. Туғишдан кейинги 7-кунда гиперферментемия ва гиперазотемия билан ўтқир буйрак ва жигар етишмовчилиги белгилари пайдо бўлган. Бундан кейин беморнинг аҳволи ёмонлашиб, нафас олиш дисфункцияси ва ичак парези ривожланган. Сепсис ташхиси жуда кеч, фақат 9-кунга келиб қўйилган, шу вақтгача SOFA шкаласида умумий баҳо 8 баллга етган. Интенсив терапия ва гистеректомияга қарамай, бемор 14-кунга келиб кучаявчи полиорган етишмовчилигидан вафот этган.

Тавсиялар:

Шуни эсда тутингки, сепсис диагностикаси учун «олтин стандарт» тести мавжуд эмас, сепсисда ўзига хос клиник симптомлар ва белгилар йўқ, инфекцион патология эса кўпинча етарлича баҳоланмайди!

Сепсис касалликнинг кечки босқичларига қадар, полиорган етишмовчилиги ривожланиб, жараён қайтмас бўлиб қолгунга қадар ўзини намоён қилмаслиги мумкин.

Сепсиснинг қуйидаги белгилари борлигини доимо ёдда тутиш керак:

- **Юқори ҳарорат:** Сепсисда тез-тез учрайдиган белгидир, лекин нормал ҳарорат сепсисни истисно қилмайди. Парацетамол ва бошқа аналгетиклар инфекцияни яшириши мумкин, бу инфекциянинг бошқа белгилари мавжуд бўлган беморларни баҳолашда ҳисобга олиниши керак.
- **Тахикардия:** Гипотермия жиддий инфекция ҳақида белги бериши мумкин ва гипотермияни эътиборсиз қолдирмаслик керак. Дақиқада 100 дан юқори зарба жиддий патологиянинг белгиси бўлиши мумкин.
- **Тахипноэ** дақиқасига 20 дан ортиқ нафас олиш сепсис, ўпка шиши, пневмония, тромбоемболия, ЭОВ, қон кетишининг белгиси бўлиши мумкин.
- **Лейкопения** $<4 \cdot 10^9$ **лейкоцитлар**/л ёки лейкоцитоз $>12 \cdot 10^9$ жиддий инфекциянинг белгиларидир.
- **Диарея** – тос сепсисининг умумий ва муҳим белгисидир. Агар аёлда бошқа инфекция белгилари билан бирга диарея ва/ёки қушиш кузатилса, бу тос (Генитал) сепсисининг жиддий аломати бўлиши мумкин ва бу ҳолда шошилиш равишда кенг спектрли антибиотикларни томир ичига юбориш лозим. Шунингдек, пастки қорин соҳасидаги оғриқлар ёки агар туғруқдан кейинги қаттиқ қисқаришлар жадал оғриқсизлантиришга эҳтиёж туғдирса ёки оддий оғриқсизлантиришга жавоб бермаса, бу белгилар тос сепсисининг муҳим белгилари ҳисобланади. Айрим ҳолларда кучли оғриқлар ичак деворига бактериал токсинлар таъсири натижасида пайдо бўлиши мумкин. Кам ҳолларда, стрептококк инфекцияси, гипертермия ва тахикардия бўлмаганида ҳам қорин бўйлаб оғриқни келтириб чиқариши мумкин.
- Қориннинг шишиши ва ичак парези.
- Ҳомила юрак уришининг бузилиши ёки ҳомиланинг антенатал ўлими, ПОНРП (плацентанинг вақтдан олдин ажралиши) билан ёки ундан ташқари ҳолатда, сепсиснинг оқибати бўлиши мумкин.
- Газ чиқариш ва ҳожат қилишнинг бузилиши (ичак парези).
- Сийдик ажралишининг кунлик миқдорининг камайиши.
- Қиндан ёқимсиз ҳидли йирингли ажралмалар.
- Ҳолсизлик ва бош оғриқлари.
- Тери қуруқлиги.
- Юрак қисқаришлари частотасининг ошиши (дақиқада 100 мартадан юқори).
- Бачадон субинволюцияси – туғруқдан кейинги 8 кун ичида бачадоннинг кунлик қисқариши суръати <2 см бўлса, бу субинволюция деб баҳоланади.
- Туғруқдан кейин кечки даврда жинсий йўллاردан қон кетиши.
- Дармонсизлик, иштаҳанинг пасайиши, титроқ, бош оғриғи.
- Қон кетмасдан гемоглобин даражасининг пасайиши.

- Гипоксия (тери, лаблар ёки тил цианози).
- Артериал гипотензия.
- Капилляр тўлувчанликнинг пасайиши ёки терининг мармарсимон кўриниши.
- Она ацидозига нисбатан ҳомила дистресси.
- Яққол шишлар ёки суюқликнинг мусбат баланси (24 соат давомида 20 мл/кг ёки ундан кўп).
- Психик ҳолатнинг бузилиши, онг даражасининг ўзгариши.
- Қандли диабетсиз гипергликемия (плазмада глюкоза даражаси 7,7 ммол/л дан юқори).
- Тошма (петехиал, макулопапуляр ёки пурпура).
- Тери лат ейиши ёки унинг ранги ўзгариши (кеч фасцит аломати бўлиши мумкин), бу ҳолатда тери анестезияси кучайиб, оғриқ камайиши мумкин.
- Даволашга қарамай, аҳвол яхшиланмайди.

Сепсис ва септик шокни эрта аниқлаш учун амалиётда 2016 йилдан бери ўзгармаган «Сепсисда тирик қолиш учун кампания» тавсияларига, шунингдек, Сепсис-3 таърифларига ва клиник мезонларига амал қилиш муҳим. Уларга асосан:

- **Маҳаллий инфекция** – Генитал ёки экстраГенитал локализацияли инфекция ўчоғи.
- **Сепсис** – организмнинг инфекцияга бўлган жавоб реакциясининг регуляциясидан чиқиши туфайли ҳаётга хавф туғдирувчи орган дисфункцияси.
- **Септик шок** – сепсиснинг оғир шакли бўлиб, у чуқур циркулятор ва ҳужайравий / метабolik бузилишлар билан характерланади.

Маҳаллий инфекциянинг клиник мезонлари: инфекция ўчоғи ± SIRS (системавий яллиғланиш жавоби синдроми).

Она сепсисини тадқиқ қилиш маълумотларига кўра (Global Maternal Sepsis Study, GLOSS, 2017 йил), акушерлик амалиётида инфекцияларнинг энг кўп учрайдиган манбалари хориоамнионит/эндометрит (30%), СЙИ (сийдик йўллари инфекцияси) (30%) ва тери ҳамда юмшоқ тўқималар инфекциялари (15%) ҳисобланади.

Сепсиснинг клиник мезонлари: инфекция ўчоғи + SIRS + орган дисфункцияси.

Сепсис ва септик шокда орган дисфункциясининг оғирлиги даражасини ташхислаш ва баҳолаш SOFA шкаласи бўйича ўтказилиши керак. Сепсисга боғлиқ орган дисфункциясининг асосий белгиси инфекция туфайли SOFA шкаласида 2 ёки ундан ортиқ балл ошиши бўлиб, бу ҳолат умумий ўлим хавфининг тахминан 10% ни ташкил қилади.

6.4- жадвал. Ақушерлик модификацияланган SOFA шкаласи (Sequential Organ Failure Assessment).

Нафас , мм см. ус.	≥400	300 до до <400	
Коагуляция Тромбоцитлар, МИНГ/МКЛ	50	100 – 150	
Жигар Билирубин, мкмоль/л			
Юрак-томир системаси систолик ва диастолик артериал босим МНС	≥70 хавфли	Йўналтирилган нутққа жавоб реакцияси	Вазопрессорларга бўлган эҳтиёж Оғриқли стимуляцияга жавоб реакция
Буйрак Креатинин, мг/дл			

Ахборот SOFA шкаласи бўйича ҳар 24 – 48 соатда тўпланиб, баҳоланиши керак. Кузатув динамикасида SOFA шкаласи бўйича баҳолашнинг ҳар 2 баллга ошиши ўлим хавфини ҳар 10% га оширади.

Септик шокнинг клиник мезонлари: сепсис + SOFA + артериал гипотония (ЎрАБ < 65 мм симоб устуни) ва вазопрессор қўллаб-қувватлашни ёки лактат концентрациясини > 2 ммол/л оширишни талаб қилади, бунда адекват инфузион терапияга қаралмайди.

- 1. Инфекцияни ташхис қилиш ва даволаш:** Инфекция гумон қилинган ёки тасдиқланган пациентларни эрта аниқлаш учун врачлар инфекция белгилари ва симптомларини кузатишлари керак. Агар инфекция жарроҳлик аралашувини талаб қилса, тезкор жарроҳлик маслаҳати зарур. Ўйтибор бериш лозимки, инфекция ўчоғи 40% ҳолларда аниқланмайди ва фақат тахмин қилиниши мумкин. Эндометрит каби ҳолатларда тизимли белгилар маҳаллий белгилардан устун бўлиши мумкин. Инфекция ўчоғи тасдиқланган ёки гумон қилинаётган барча пациентларда сепсис скрининги ўтказилиши шарт.
- 2. Орган дисфункцияси скрининги ва сепсисни даволаш:** инфекцияга чалинган пациентларда полиорган етишмовчилиги аломатларини баҳолаш керак. Полиорган етишмовчилиги белгиларини аниқлаш учун, инфекция скрининги ўз вақтида ва аниқ бажарилиши керак. Бу сепсисни эрта аниқлаш ва максимал эрта даволашнинг муҳим қисми ҳисобланади. Орган дисфункциясини баҳолаш учун SOFA шкаласидан фойдаланиш тавсия этилади.

Сепсис ва септик шокда полиорган етишмовчилигини ташхислаш ва унинг оғирлигини баҳолаш SOFA шкаласи ёрдамида амалга оширилиши керак (**ўртача тавсия**).

Иситманинг бор-йўқлигидан қатъи назар, инфекцион жараён мавжуд бўлганда ҳомиладорларда орган дисфункцияси кузатилса, сепсис гумон қилиниши ва ташхис қўйилиши зарур (**ўртача тавсия**).

3. Артериал гипотонияни аниқлаш ва даволаш

Инфекция ва артериал гипотония ёки орган гипоперфузияси гумон қилинган пациентларда (лактат даражаси ≥ 2 ммол/л) кристаллоидлар инфузиясини тезкор бошлаш тавсия этилади. Ҳомиладор бўлмаган пациентларда 3 соат ичида 30 мл/кг инфузия юборилиши керак, ҳомиладор аёллар учун эса 20 мл/кг миқдорида инфузия тавсия қилинади.

Сепсис ташхисини қўйишда С-реактив оқсил, прокальцитонин ва пресепсин каби биомаркерлардан фойдаланиш мумкин. Бу биомаркерлар бактериал инфекцияни кенг миқёсда аниқлашда нисбатан чегараланган аҳамиятга эга бўлиши мумкин, аммо критик ҳолатни кўрсатишда фойдали ҳисобланади.

Сепсис ташхисини қўйишда С-реактив оқсил, прокальцитонин ва пресепсин каби биомаркерлардан фойдаланиш мумкин. Бу биомаркерлар бактериал инфекцияни кенг миқёсда аниқлашда нисбатан чегараланган аҳамиятга эга бўлиши мумкин, аммо критик ҳолатни кўрсатишда фойдали ҳисобланади.

Ўтказиб юборилган имконият 4. Норационал антимикроб терапияси.

Микробларга қарши препаратларнинг эрта тайинланиши сепсис билан оғриган беморларда ўлимни камайтиришда энг самарали усуллардан биридир. Шундай экан, сепсис ёки септик шокли беморларга микробларга қарши препаратлар шошилишч ёрдам сифатида юборилиши керак. Микробларга қарши препаратлар – антибиотиклар, замбуруғларга, паразитларга ва вирусларга қарши қўлланиладиган умумий препаратлар туридир. Таҳлил қилинган барча 29 (100%) ҳолатда аёллар сепсис ривожланишидан аввал инфекцион ўчоқ аниқланган ёки гумон қилиш сабабли антимикроб терапияни қабул қилганлар. Антимикроб терапияси кечикиши аниқланмаган, аммо 13 (44,8%) аёлда антимикроб терапия норационал деб баҳоланган. Шу билан бирга, 13 (44,8%) аёлда антимикроб терапия қуйидаги сабаблар бўйича норационал деб топилган:

- 4 (13,8%) ҳолатда препаратлар микроорганизмларнинг бутун спектрини камраб олмаган ҳолда монотерапия тарзида тайинланган.

- 9 (31,1%) ҳолатда кузатув давомида антибактериал препаратлар самарасиз бўлишига қарамай, уларни ўзгартириш кечиктирилган ёки умуман амалга оширилмаган.
- 13 (44,8%) ҳолатда жинсий йўллардан ажраладиган патологик гемокультура таҳлиллари йўқлиги туфайли бутун терапия эмперик бўлиб қолган.
- Замбуруғли инфекциялар хавфи юқори бўлган 3 (10,3%) аёлга замбуруққа қарши препаратлар тайинланмаган.
- 7 (24,1%) ҳолатда вирусга қарши препаратлар асосиз қўлланган.

Таъкидлаш лозимки, 23 (79,3%) ҳолатда антибактериал терапия режимлари ва схемаларини ўзгартириш фақат беморнинг клиник баҳолашига асосланган ҳолда амалга оширилган, қонда прокальцитонин мавжудлиги текширилмаган.

Мисол. 20-ҳафтада субфебрил ҳарорат манзарасида ҳомила тушиши бошланган беморга «септик аборт» таиҳиси қўйилган. Ҳомиладорлик медикаментоз усулда тўхтатилган ва цефтриаксон тайинланган. Иккинчи суткадан бошлаб, ҳарорат кўтарилиши, заифлик, кейинги 3 кун ичида уйқучанлик, тахикардия ва сийдик ажрალიшининг пасайиши кузатилган. Антибиотик ўзгартирилмаган, қўшимча антибиотик тайинланмаган. Антибактериал терапиянинг самарасизлиги инobatга олинмаган, ўтказилаётган антибактериал терапиянинг самарасизлиги ҳисобга олинмаган. Ҳомила тушгандан кейин 5-суткада метроэндометрит таиҳиси қўйилган ва цефтриаксонга метронидазол қўшилган, аммо беморнинг аҳволи яхшиланмаган, иситма ва SIRS белгилари сақланиб қолган. Симптомларга кўнгил айнаши, қусиш ва сариқлик қўшилган. 8-кун сепсис таиҳиси қўйилган, цефепим ва левофлоксацин тайинланган ҳамда гистерэктомия амалга оширилган. Аммо аёл 8-суткада кучаяувчи полиорган етишимовчилиги туфайли юрак тўхташидан вафот этган.

Антибиотикни алмаштириши ўтказилмаган, қўшимча антибиотик тайинланмаган, ўтказилаётган антибактериал терапиянинг самарасизлиги ҳисобга олинмаган.

Тавсиялар

Септик шок ва сепсис хавфи юқори бўлган катталарда антибиотиклар тезкор равишда, яъни аниқланганидан кейин 1 соат ичида юборилиши лозим (**кучли тавсия**).

Сепсис гумон қилинган, лекин шоксиз беморларда антибиотик юборишни 3 соат ичида инфекцион ёки ноинфекцион сабабларни тез баҳолаш орқали аниқлаш тавсия этилади (**кучсиз тавсия**).

Сепсис ташхиси қўйилган беморларнинг учдан бир қисми ёки ундан кўпи кейинчалик ноинфекцион бўлиши мумкин. Беморнинг ҳолатини мунтазам равишда қайта баҳолаб бориш зарур, чунки сепсис ташхиси ўзгариши мумкин.

Сепсисга гумон қилинганда антибактериал терапияни бошлаш клиник баҳолашга асосланган бўлиши лозим. Агар прокальцитонин мавжудлигини текшириш имконияти чекланган бўлса, уни текшириш талаб қилинмайди (**кучсиз тавсия**).

Сепсис ёки септик шокда барча патогенларни максимал қамраб оладиган ва инфекция манбаига адекват концентрацияларда қирадиган кенг спектрдаги антибиотиклардан фойдаланиш тавсия этилади (**ўртача тавсия**).

Кенг спектрли карбапенемлар (масалан, меропенем, имипенем/циластатин ёки дорипенем) ёки β -лактамаза ингибиторларидан (масалан, пиперациллин/тазобактам ёки тикарциллин/клавуланат) фойдаланиш кўпинча тавсия қилинади. Учинчи ёки тўртинчи авлод цефалоспоринлар ҳам мураккаб схема таркибида қўлланилиши мумкин.

Акушерликда сепсис/септик шок ҳолатида тавсия этилган эмпирик антибиотик схемалари қуйидагича:

- Ванкомицин 15 мг/кг, кейин ҳар 6 соатда 7,5 мг/кг + пиперациллин/тазобактам 4,5 г ҳар 6 соатда;
- Ёки пенициллин 3,0 млн Бк ҳар 4 соатда + гентамицин 1,5 мг/кг, кейин ҳар 8 соатда 1,0 мг/кг + клиндамицин 900 мг ҳар 8 соатда.

Патоген аниқлангандан сўнг, антибиотикларни камайтириш ва фақатгина сезгир патогенларга йўналтирилган терапияни қўллаш тавсия этилади (**ЭНГ яхши амалиёт**).

Сепсис ёки септик шок билан оғриган катталарда антибиотик терапияни ҳар куни қайта баҳолаб туриш тавсия этилади (**кучсиз тавсия**).

Антибиотик терапиянинг узок давом этмаслиги, балки анча қисқароқ давом этиши (7–10 кун) тавсия этилади. Антибиотикларни бекор қилиш тўғрисида қарор қабул қилиш учун клиник баҳолаш ва прокальцитонинни текшириш тавсия қилинади (**кучсиз тавсия**).

Антибиотикларнинг узок вақт давомида юборилиши уларга чидамлилиқ ривожланиши билан боғлиқ. Шу сабабли, сепсис ва септик шок билан оғриган беморларда антибиотикларнинг миқдорини камайтириш ва таъсир доирасини қисқартириш муҳим стратегия ҳисобланади. Бу, айниқса, кенг спектрда таъсир қилувчи эмпирик терапия учун долзарбдир. Патогенлар ва уларнинг сезгирлиги маълум бўлгандан сўнг, энди зарур бўлмаган антибиотикни бекор қилиш ёки унинг таъсир спектрини торайтириш керак. Умуман олганда,

сепсис ва септик шокда антибактериал терапиянинг қисқароқ давомийлиги тавсия қилинади, аммо оғир беморлар учун антибиотикларни 7–10 кундан ортиқ қабул қилиш керак бўлиши мумкин. Прокальцитонин даражасининг нормаллашиши антибактериал терапияни тўхтатиш учун асосий мезонлардан бири бўлиши мумкин. Шифокорларга, агар ноинфекцион синдром аниқланса ёки гумон қилинса (ёки антибактериал терапия самарасиз бўлса), антибиотикларни тўхтатиш қатъий тавсия этилади.

Дастлабки 3-5 кун ичида бошланғич антибактериал терапия самарадорлигининг белгилари қуйидагилар:

- беморнинг умумий аҳволи яхшиланиши, онги равшанлашиши, ҳаёт сифатининг ошиши;
- SOFA шкаласи бўйича баллар сонининг камайиши;
- тизимли яллиғланиш белгиларининг камайиши (ҳарорат, ЮҚЧ, НФЧ, лейкоцитлар сони, биокимёвий маркерлар);
- септик ўчоқларда ижобий ўзгаришлар ва янгиларининг пайдо бўлмаслиги.

Сепсис ёки септик шок ва замбуруғли инфекция хавфи юқори бўлган катталар учун флуконазол билан замбуруққа қарши эмпирик терапиядан фойдаланиш тавсия этилади (**кучсиз тавсия**).

Замбуруғли инфекция билан боғлиқ сепсис ва септик шок кўпинча интенсив терапия бўлимларида кузатилади ва кўпинча салбий натижаларга олиб келади. Замбуруғли инфекция хавфининг асосий омилларига қуйидагилар киради: нейтропения, интенсив терапия бўлимида узоқ вақт даволаниш, марказий вена катетерлари ва бошқа томир ичидаги асбоблар, тўлиқ парентирал овқатланиш, ўткир буйрак етишмовчилиги ва гемодиализ, ОИВ инфекцияси, кортикостероиднинг юқори дозали терапияси, қандли диабет, 4-7 кун антибактериал терапия давомида узоқ муддатли иситма.

Сепсис ва септик шокда вирусга қарши препаратлардан фойдаланиш бўйича тавсиялар ишлаб чиқилмаган (**энг яхши амалиёт тўғрисида баёнот**).

Вирусли инфекциялар инсон патогенлари ва касалликларининг кенг спектрини қамраб олади. Бироқ, эпидемия ёки пандемия каби ўзгача клиник ҳолатлар бундан мустасно, улар камдан-кам ҳолларда сепсиснинг асосий сабаби бўлади. Яқинда ўтказилган халқаро тадқиқотларда вируслар инфекцияларнинг фақат 4% ҳолатларида аниқланган. Кўплаб вируслар учун самарали даволаш усуллари мавжуд эмас. Вирусга қарши эмпирик терапиянинг самарадорлиги аниқ эмас ва у микробларга қарши бошқа воситалар каби номаълум таъсирлар хавфига эга.

Бой берилган имкониятлар

5. Инфекция ўчоғини санация қилишнинг кечикиши.

Инфекция манбаларини лозим даражада назорат қилиш ва уларни санация қилиш сепсис ва септик шокни даволашда асосий принциплардан бири ҳисобланади. Генитал сепсисда инфекция манбаи сифатида бачадон, туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималари, кичик тос абсцесслари, бачадон қўшимчаларининг тубовариал ҳосилалари ва перитонит кўрилади. Инфекция ўчоғини санация қилиш жараёнлари абсцессларни дренажлаш, бачадонни ёки тубовариал ҳосилаларни олиб ташлаш каби амалиётларни ўз ичига олади, чунки бу инфекцияланган некротик тўқималарни тозалашда муҳимдир.

Генитал сепсис туфайли ўлим билан яқунланган барча 29 та ҳолатда инфекция манбаи бачадон бўлган. 28 та ҳолатда (96,6%) бачадон олиб ташланган бўлса, 1 та ҳолатда (3,4%) беморнинг жуда оғир аҳволи туфайли операция ўтказилмаган. Инфекция ўчоғини санация қилишнинг кечикиши кўпинча инфекция ва сепсиснинг кеч ташхис қилиниши билан боғлиқ бўлади. Клиник манзарада инфекциянинг маҳаллий эмас, балки тизимли намоён бўлиши устун келиши мумкин. Бу омилларга етарлича баҳо берилмаслиги, беморнинг тирик қолишига ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган инфекция ўчоғини санация қилиш тадбирларини кечиктиришга сабаб бўлиши мумкин.

Мисол. Биринчи марта ҳомиладор бўлган беморда муддати етганда кесарча кесиш операцияси билан туғиш амалга оширилган. КК га кўрсатма — бачадондаги чандиқ. Ҳомиладорлик давомида беморда анемия (Hb 80 г/л) бўлган ва у темир препаратларини қабул қилган. Операция муваффақиятли ўтган ва антибиотик профилактика ўтказилган. Янги туғилган чақалоқ соғлом бўлиб, Ангар шкаласи бўйича 8–9 балл олинган. 3-суткада аёлда ҳарорат кўтарилиб, йўтал, бурун битиши ва енгил нафас қисилиши пайдо бўлган. Терапевт кўригидан сўнг, икки томонлама бронхопневмония ташхиси қўйилган ва у рентген билан тасдиқланган. Антибактериал, муколитик ва дезинтоксикацион терапия тайинланган. Вагинал кўрикда бачадон субинволюцияси ва лохиометра аниқланган, шу сабабли утеротониклар терапияга қўшилган. Бироқ, терапияга қарамай, аёлнинг аҳволи яхшиланмаган ва қаттиқ ҳолсизлик, иштаҳанинг йўқлиги, уйқучанлик, тахикардия ва тахипноэ билан бирга кечган. Қон таҳлилларида мўътадил гиперферментемия (АЛТ 68 бир/л, АСТ 54 бир/л), умумий билирубиннинг 28 ммол/л гача ошиши ва креатининнинг 102 мг/дл гача ошиши қайд этилган.

Сепсис ташхиси қўйилган, ammo врачлар субклиник бачадон инфекциясининг ифодаланмаган белгилари мавжуд бўлишига қарамасдан сепсиснинг сабабини бронхопневмония билан боғлашган. Бачадон инфекциясининг ифодаланмаган белгилари бўлишига қарамай, врачлар инфекция манбаини тўғри аниқлай олмаган. Комплекс терапия фониди, 6-суткада, аёлда ичак

парези, қорин шишиши ва ёзилиши ҳамда газ чиқаришининг бузилиши, кўнгил айниши ва қайт қилиши билан бирга кечган. Ичакни стимуляция қилишга уринишлар қисқа муддатли таъсир кўрсатган. 2 кундан кейин «ўткир қорин» манзараси пайдо бўлиб, қорин олд девори мушакларининг кучайиши, бутун қорин бўйлаб оғриқ ва гиповолемиа белгилари қайд этилган. Оқибатда, шошилиш равишида акушерлик перитонити табиҳиси қўйилиб, реллапаротомия ва қўшимчалар билан бирга гистеректомия амалга оширилган. Қорин бўшлиғида йиринг ва сиртмоқлараро абсцесслар аниқланган. Аёл 27-суткада полиорган етишмовчилиги туфайли вафот этган.

Бу ҳолатда сепсис ўпка инфекцияси билан боғлиқ бўлмаган, балки генитал инфекция натижаси бўлган. Шу сабабли, врачлар инфекциянинг бирламчи ва иккиламчи ўчоғини аниқлашда қийинчиликларга дуч келганлар. Инфекциянинг генитал бўлмаган ўчоғи самарасиз терапияга олиб келган бўлса, бачадонни олиб ташлаш масаласини кўриб чиқиш зарур.

Тавсиялар.

Сепсис ёки септик шок билан оғриган беморларда инфекцияни тезда аниқлаш ёки инфекциянинг конкрет анатомик манбасини истисно қилиш тавсия этилади. Шу билан бирга, тиббий ва логистик имкониятларни ҳисобга олган ҳолда, инфекция ўчоғини санация қилиш бўйича зарур аралашувларни имкон қадар тезроқ амалга ошириш керак (**ЭНГ ЯХШИ АМАЛИЁТ Тўғрисида баёноТ**).

Дастлабки реанимациядан сўнг инфекция манбасини назорат қилишга имкон қадар тезроқ эришиш зарур. Кичик тадқиқотлар кўрсатганидек, бачадон билан боғлиқ ёки боғлиқ бўлмаган ҳолларда ҳам инфекция манбасини 6–12 соат ичида санация қилиш мақсадга мувофиқ. Инфекция манбаси сифатида бачадонни олиб ташлаш заруриятини доимий равишда кўриб чиқиш зарур, чунки иккиламчи инфекция хавфи юқори ва бачадон текширувлари ёки ультратовуш кўригидан олинган маълумотлар доимо аниқ ташхисни таъминлай олмайди. Бундай вазиятларда тизимли инфекцион жараённи баҳолаш ва полиорган етишмовчилиги аломатларини эрта аниқлаш жуда муҳимдир.

Бачадонни инфекция ўчоғи сифатида олиб ташлаш масаласини қуйидаги ҳолларда кўриб чиқиш зарур:

- Полиорган етишмовчилиги белгиларининг АБ пасайиши, олигурия, ЎНЕС, сариклик, энсефалопатия, ТИК синдроми, тромбоцитопения) пайдо бўлиши ва уларнинг кучайишига сабаб бўладиган бошқа инфекция ўчоқлари аниқланмаганда;
- Ташхис қўйилган хориоамнионит;
- Биомаркерлар даражасининг ошиши (прокальцитонин даражасининг ошиши сепсисда муҳим роль ўйнайди);

- Ҳар қандай инфекция манбаси юзасидан ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши.

Бачадонни сақлаб қолиш масаласини уйдаги ҳолларда кўриб чиқиш зарур:

- Аҳволнинг оғирлигини белгилайдиган, ташхис қўйилган ва санация қилинган бошқа инфекция манбаси бор (менингит, пневмония, отит, флегмоналар, абсцесслар, синусит, пиелонефрит, панкреонекроз, перитонит ва бошқалар) – бу туғишни амалга ошириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилиши мумкин, лекин бачадонни олиб ташлаш учун асос бўлмайди.
- Полиорган етишмовчилиги кучаймайди ва септик шок клиникаси йўқ;
- Яллиғланиш реакцияси кучаймайди, консерватив терапия самарали;
- Биомаркерлар катталашмаган;
- Тирик ҳомила мавжуд.

Гистеректомия тўғрисидаги масала коллегиал тарзда ҳал қилиниши лозим.

Бой берилган имкониятлар

6. Адекват бўлмаган терапия.

Генитал сепсис туфайли вафот этган аёлларда интенсив терапиянинг баъзи элементлари ўз вақтида ва тўлиқ амалга оширилган бўлишига қарамай, 11 (37,9%) аёлда интенсив терапия жараёнида айрим нуқсонлар кузатилган. Улар орасида: 11 (37,9%) аёлда инфузион терапияда фақат 0,9% натрий хлорид эритмасидан фойдаланилган ва баланслаштирилган полиион эритмалар қўлланилмаган; 10 (34,5%) аёлда вазопрессор сифатида норадреналиндан фойдаланилган; 9 (31,1%) аёлда шок клиникаси йўқ бўлишига қарамай кортикостероидлар қўлланилган; 8 (27,6%) аёлда Нв кўрсаткичи 70 г/л дан кам бўлганда кечиктирилган гемотрансфузия амалга оширилган (сепсис ташхисидан кейинги 2–3 суткада); 8 (27,6%) аёлда асоссиз плазматрансфузия қилинган; 7 (24,1%) аёлда сатурация пасайганда кислород ингаляцияси кечиктирилган.

Комплекс интенсив терапия сепсис ва септик шок ташхиси билан оғриган пациентлар тирик қолиш кўрсаткичини оширишга ёрдам беради. Бу рандомлаштирилган назорат қилинадиган тадқиқотларда ҳам тасдиқланган бўлиб, 28 кун давомида ўлим кўрсаткичларининг сезиларли даражада пасайганлиги қайд этилган.

Мисол. 26 ёшли такрорий ҳомиладор аёл, учинчи ҳомиладорлиги 32 ҳафталик бўлиб, унда оғир белгилар билан презклампсия ривожланган. Ҳолат кескин ёмонлашгани сабабли, зудлик билан кесарча кесиш амалиёти ўтказишга қарор қилинган ва тузруқ амалга оширилган. Операциядан кейинги даврда, 5-кун, аёлда субфебрил ҳарорат, бачадон субинволюцияси

ва интоксикация белгилари кузатилган. Антибактериал ва симптоматик терапия қўлланилган, лекин самарасиз бўлган. 8-суткада аёлда жигар, нафас олиш ва буйрак етишимовчилиги белгилари пайдо бўлган ва артериал гипотония эпизодлари кузатилган. Септик ҳолат ривожлангани сабабли, гистеректомия ўтказишга қарор қилинган. Бир вақтнинг ўзида стандарт ва протокол талабларига мос келмайдиган интенсив терапия бошланган. Жумладан, икки кун давомида сатурация 89-91% бўлишига қарамай, кислород ингаляцияси билан респиратор қўллаб-қувватлаш ўтказилмаган. Гемоглобин 68 г/л бўлган ҳолда гемотрансфузия амалга оширилмаган. Инфузион терапия фақат 0,9% натрий хлорид эритмаси билан чекланган ва вазопрессор сифатида норадреналин эмас, балки дофамин ишлатилган. Бундан ташқари, септик шок ривожланишидан анча олдин дексаметазон инъекциялари киритилган. Қон креатининининг кескин ўсишига қарамасдан, бемор фақат 4-суткада гемодиализга ўтказилган. 19-суткада аёл ривожланувчи ПОЕ (полиорган етишимовчилиги) туфайли вафот этган.

Тавсиялар

Сепсис ва септик шок ташхиси қўйилгандан сўнг бир соат ичида қуйидаги чораларни кўриш зарур:

1. Лактат даражасини ўлчаш.
2. Гемокультуранинг антибактериал терапия бошланишидан олдин олиш.
3. Кенг спектрли антибиотик киритиш.
4. Кристаллоидларнинг инфузиясини ўтказиш: дастлабки 3 соат ичида 30 мл/кг (1–2 л).
5. Артериал гипотония давом этса, вазопрессорларни қўшиш: Агар инфузион терапия етарли бўлмаса, вазопрессорлар билан қўллаб-қувватлаш зарур.
6. Агар вазопрессорлар ва инотроп препаратлардан кейин ҳам гемодинамика барқарорлашмаса, кортикостероидлар тавсия этилади.

Дастлабки интенсив терапиянинг мақсадлари:

1. Инфекция ўчоғини реабилитация қилиш. Инфекция манбасини йўқотиш учун барча зарур тадбирларни амалга ошириш.
2. Гемодинамика, кислород ташиш ва диурезнинг зарур параметрларига эришиш:
 - ЎрАб: > 65 мм сим. уст. – инфузион терапия + вазопрессорлар ёрдамида ушлаб туриш.
 - Диурез: 0,5 мл/кг/соатдан юқори.
 - Сатурацияни SpO₂ 91-95% даражада сақлаш.
 - Лактат даражасини нормаллаштириш.

Сепсис ва септик шок билан оғриган беморларда инфекция манбасини аниқлаш ёки инфекция манбасини истисно қилиш биринчи мақсад бўлиши

керак. Шу билан бирга, тиббий ва логистик нуқтаи назардан имкони борича тезроқ инфекция ўчоғини санация қилиш бўйича зарур аралашувларни амалга ошириш тавсия этилади (**ЭНГ ЯХШИ АМАЛИЁТ БАЁНОТИ**).

Сепсис туфайли келиб чиққан гипоперфузия ёки септик шок билан оғриган беморларга дастлабки 3 соат ичида вена ичига камида 30 мл/кг кристаллоидлар (ҳомиладор беморларга — 20 мл/кг) юбориш тавсия этилади (**КУЧСИЗ ТАВСИЯ**).

Сепсис ва септик шокни реанимация қилишнинг асосий қисми сифатида инфузион терапия ўз вақтида ва самарали ўтказилиши зарур. Бу гипоперфузияни бартараф этишда жуда муҳим.

Сепсис ёки септик шокда реанимация учун биринчи линия суюқлиги сифатида кристаллоидлар тавсия этилади (**КУЧЛИ ТАВСИЯ**)

Сепсис ёки септик шокда натрий хлориднинг физиологик эритмаси ўрнига мувозанатланган кристаллоидлардан фойдаланиш тавсия этилади (**КУЧСИЗ ТАВСИЯ**)

Сепсис ёки септик шокда нафақат кристаллоидларни, балки кўп миқдорда кристаллоидларни олган беморларда албумин қўллаш тавсия этилади (**КУЧСИЗ ТАВСИЯ**)

Сепсис ёки септик шокда реанимация учун крахмаллардан фойдаланиш тавсия этилмайди (**КУЧЛИ ТАВСИЯ**)

Физиологик эритмани (0,9% натрий хлорид) ўнлаб йиллар давомида юбориш стандарт амалиёт бўлиб келган. Бироқ, унинг ножўя таъсирлари, масалан, гиперхлоремик метаболик ацидоз, буйрак томирларининг торайиши, цитокинлар секрециясининг ошиши ва ўткир буйрак етишмовчилиги хавфи юқорилиги сабабли бугунги кунда уни қўллаш чекланиб, полиион ёки буферланган эритмаларга ўтишмоқда. Мувозанатли полиион ёки буферланган эритмаларга ўтиш орқали ушбу хавфларни камайтириш мумкин. Сепсис билан оғриган беморлар ўртасида 14 та рандомизацияланган назорат қилинадиган ишларнинг мета-таҳлили шуни кўрсатдики, мувозанатланган кристаллоидлар физиологик эритма билан таққослаганда ўлим даражасининг пасайишига олиб кучли таъсир ўтказди.

Сепсис ёки септик шок ҳолатларида бошқа вазопроекторлар билан таққослаганда биринчи қатор препарати сифатида норадреналинни қўллаш тавсия этилади (**КУЧЛИ ТАВСИЯ**).

Септик шок ривожланишида норадреналин киритишнинг 6 соатга кечикиши ўлим хавфини 3 баравар оширади. Агар норадреналин мавжуд

бўлмаса, адреналин ёки дофаминни ўрин босувчи сифатида ишлатилиши мумкин. Норадреналин α -1 ва β -1 адренергик рецепторларнинг кучли агонисти бўлиб, томирларни торайтириш ва ўртача артериал босимни оширишга ёрдам беради, юрак қисқаришларига эса минимал таъсир кўрсатади. Дофамин дозага боғлиқ ҳолда допамин-1, α -1 ва β -1 адренергик рецепторларга таъсир қилади. Паст дозаларда буйрак, мия ва ички органлардаги томирларни кенгайтиради, юқори дозаларда эса томирларни торайтиради ва тизимли қаршилиқни оширади. Шунингдек, дофаминнинг β -1-адренорецепторларга нисбатан фаоллиги аритмияларни келтириб чиқариши мумкин. Адреналиннинг таъсири дозага ҳам боғлиқ: паст дозаларда юрак уришининг ошишига, тизимли томир қаршилигининг пасайишига, юқори дозалар эса тизимли томир қаршилиги ва юрак уришининг ошишига олиб келади. Адреналиннинг ноўғун таъсирларига аритмия, спланхник қон айланишининг бузилиши ва лактат ишлаб чиқаришнинг ошиши киради.

Септик шокда ва вазопрессорларга доимий эҳтиёж бўлганда, томир ичига кортикостероидларни қўллаш тавсия этилади (**кучсиз тавсия**)

Септик шокда гидрокортизон типик кортикостероид бўлиб, 200 мг/кун дозада, ҳар 6 соатда 50 мг вена ичига ёки доимий инфузия кўринишида юборилади. Агар норадреналин ёки адреналин билан терапия бошланганидан кейин 4 соат ўтса ҳам гемодинамик барқарорлик тикланмаса, кортикостероидлар киритишни бошлаш керак. Агар адекват инфузион ва вазопрессор терапия билан барқарорликка эришилса, кортикостероидларни қўллаш тавсия этилмайди, улардан шок клиникаси бўлмаган тақдирда фойдаланмаслик керак.

Сепсисли ёки септик шокли беморларда кислород сатурациясини 94% дан ошиқ сақлаб туриш учун кислород ингаляцияси ёки механик вентиляция тавсия этилади (**ўртача тавсия**).

Сепсис ёки септик шокли беморларга гемотрансфузиянинг рестриктив стратегиясидан фойдаланиш тавсия этилади (**кучли тавсия**).

Қон кетиши бўлмаган ёки режалаштирилган инвазив аралашувларда қон ивиши тизими бузилишларини коррекция қилиш учун янги музлатилган плазмани қўллаш тавсия этилмайди (**кучсиз тавсия**).

Рестриктив гемотрансфузия стратегияси Hb 70 г/л дан паст бўлган ҳолларда қон қуйишни кўзда тутати ва Hb 70–90 г/л даражасига етгунча давом этади. Аммо қон қуйишда фақат Hb концентрацияси билан чегараланиб қолмаслик керак; беморнинг умумий клиник ҳолатини баҳолаш, шу жумладан, миокард

ишемияси, оғир гипоксемия ёки ўткир қон кетиш каби гемотрансфузияни талаб қиладиган ҳолатларни ҳам ҳисобга олиш керак. ЯМП камида 15 мл/кг дозада қон кетиш ёки коагулопатия мавжуд бўлганда инвазив аралашувларда қўлланилади.

Бой берилган имкониятлар

7. Бошқа аралашувлардан фойдаланиш.

Генитал сепсис туфайли ўлимга олиб келган бир қатор таҳлил қилинган ҳолатларда қўлланилган даволаш усуллари ва дори воситаларида айрим камчиликлар аниқланган. Масалан, 21 (72,4%) аёлда ошқозон-ичак тракти яраларининг профилактикаси ўтказилмаган, 9 (31,1%) аёлда ВТЭОнинг фармакологик профилактикаси бажарилмаган, 5 (17,3%) ҳолатда буйракнинг ўрнини босиш терапияси кечиктирилган, фақат 11 (37,9%) беморда лозим даражада гликемик назорат амалга оширилган.

Тавсиялар

Сепсис ёки септик шок билан оғриган катталарга ошқозон-ичак трактининг стресс яраларини олдини олиш тавсия этилади **(кучсиз тавсия)**.

ОИТнинг стресс яралари оғир касал беморларда ривожланиши мумкин ва бу ҳолат беморнинг аҳволини янада оғирлаштиради. Н₂ рецептор ингибиторлари ёки протон помпа ингибиторлари (квamatел) қўлланилиши мумкин. ОИТ яраларининг олдини олиш учун қўлланиладиган бу воситалар нисбатан арзон ва амалиётда осон қўлланилади.

Агар монеликлар бўлмаса, сепсис ёки септик шок билан оғриган катталарга ВТЭОнинг фармакологик профилактикаси тавсия этилади **(кучли тавсия)**.

Сепсис ёки септик шок билан оғриган катталарга ВТЭА профилактикаси учун НФГ ўрнига ЕМГ дан фойдаланиш тавсия этилади **(кучли тавсия)**

Критик аҳволдаги беморларда чуқур веналар тромбози (ЧВТ), шунингдек, ўпка артерияси тромбоэмболияси (ТЭА) хавфи юқори. Интенсив терапия бўлимида орттирилган ЧВТ частотаси 10% га, орттирилган ТЭА частотаси эса 2–4% гача етиши мумкин. Мета-таҳлил натижаларига кўра, фармакологик тромбопрофилактика ЧВТ ва ТЭА хавфини сезиларли даражада камайтирган ҳолда, сепсис ва септик шокда қон кетиш хавфини оширмайди.

Сепсис ёки септик шок ва ўткир буйрак етишмовчилиги бўлган катталарда буйракнинг ўрнини босиш терапияси – гемодиализ тавсия этилади (**кучсиз тавсия**).

Гемодиализни бошлаш учун кўрсатмаларига креатининнинг 3 баробар кўпайиши ёки $> 4,0$ мг/дл (354 ммол / л) ёки $0,5$ мг/дл (44 ммол/л) ўткир ўсиши ёки 24 соат ичида $0,3$ мл/кг/соат кам диурез, ёхуд 12 соат ичида анурия каби ҳолатлар киради.

Сепсис ёки септик шок билан оғриган беморларда гликемия даражасини назорат қилиш тавсия этилади ва бунда мақсадли гликемик даража <10 ммол/л бўлиши лозим (**кучли тавсия**).

Сепсис ва септик шокда гипергликемия (>10 ммол/л), гипогликемия ва ошган гликемик вариабиллик ўлимнинг кўпайиши билан боғлиқ бўлгани сабабли, глюкоза даражаси ≥ 10 ммол/л бўлганида инсулин терапиясини бошлаш тавсия этилади (**кучли тавсия**).

Сепсис ва септик шокда гипергликемия (>10 ммол/л), гипогликемия ва ошган глюкоза вариабиллиги критик аҳволдаги беморларда ўлим даражасининг ошиши билан боғлиқ. Бу омиллар шифокорлар томонидан жиддий назорат қилинишини талаб этади.

Бой берилган имкониятлар

8. Тиббий ҳужжатлар тўғри юритмаслик.

Тадқиқот учун тақдим этилган тиббий ҳужжатлар паст сифати билан ажралиб туради. Қўл ёзувлари ўқиб бўлмади, вақт ва ҳаётий кўрсаткичлар кўпинча кундаликлар ва текширувларда қайд этилмаган. Шунингдек, тиббий ёрдамнинг муҳим тавсифлари ва уларнинг асосланиши ёритилмаган. Қатор ҳолларда аёлнинг ўлими билан боғлиқ тиббий ҳужжатлар мавжуд эмас. Бу эса комплекс таҳлил қилинишни, ўлимнинг ҳақиқий сабабларини ва ўтказиб юборилган имкониятларни аниқлашни анча қийинлаштиради.

Тавсиялар.

Тиббий ҳужжатлар тиббий хизмат сифатини назорат қилишда муҳим восита ҳисобланади. Ҳар бир ҳужжат ёрдамнинг кўрсатилганлигини тасдиқлаши ва унинг моҳиятини очиб бериши зарур. Бунга энгил муносабатда бўлиш мумкин эмас.

Тиббий ҳужжатлар қуйидаги талабларга жавоб бериши лозим:

- ўз вақтида тўлдирилган ва ўқиладиган бўлиши;
- беморнинг ҳолати, текширув ва даволаш натижалари тўлиқ акс эттирилган бўлиши;

- қисқартмаларсиз ва тўлиқ ёзилган бўлиши;
- текширувлар, кўриқлар, консилиумлар ва тиббий аралашувлар санаси ва вақти аниқ кўрсатилган бўлиши.

Компьютер ёрдамида тиббий хужжатларни юритиш ва матнли ёзувларни босмадан чиқариш замон талабидир.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW et al (2016) The Third International Consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 315(8):801–810
2. Fleischmann C, Scherag A, Adhikari NK et al (2016) Assessment of global incidence and mortality of hospital-treated sepsis. Current estimates and limitations. Am J Respir Crit Care Med 193(3):259–272
3. Fleischmann-Struzek C, Mellhammar L, Rose N et al (2020) Incidence and mortality of hospital- and ICU-treated sepsis: results from an updated and expanded systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med 46(8):1552–1562
4. Rhee C, Dantes R, Epstein L et al (2017) Incidence and trends of sepsis in US hospitals using clinical vs claims data, 2009–2014. JAMA 318(13):1241–1249
5. Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ et al (2016) Assessment of clinical criteria for sepsis: for the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). JAMA 315(8):762–774
6. Levy MM, Fink MP, Marshall JC et al (2003) 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med 31(4):1250–1256
7. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al (2013) Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock, 2012. Intensive Care Med 39(2):165–228
8. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al (2013) Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med 41(2):580–637
9. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H et al (2004) Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Crit Care Med 32(3):858–873
10. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM (2008) Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008 (vol 36, pg 296, 2008). Crit Care Med 36(4):1394–1396
11. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM et al (2008) surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. Crit Care Med 36(1):296–327
12. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Crit Care Med 45(3):486–552
13. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W et al (2017) surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med 43(3):304–377
14. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD et al (2013) GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol 66(7):719–725

6-БОБ. Презлампися

Бабажанова Ш.Д., Курбанов Б.Б.

Презлампися — кўп тизимли касаллик бўлиб, одатда ҳомиладор аёлларнинг 2-5 фоизига таъсир қилади ва оналар ўлимининг асосий сабабларидан

бири ҳисобланади. Жаҳон миқёсида бу касаллик ҳар йили тахминан 76 000 аёл ва 500 минг чақалоқнинг ҳаётига зомин бўлади. Шу билан бирга, ресурслари кам мамлакатларда ҳомиладорлик давомида преэклампсия ривожланиш хавфи юқори бўлади. Бу мамлакатларда аёллар орасида преэклампсия ривожланишининг юқори даражада бўлиши асосан ижтимоий-иқтисодий омиллар, экологик муаммолар ва нотўғри овқатланиш билан боғлиқ. Бундай ҳолатлар (ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик даврида) семизлик ва диабетнинг авж олишига олиб келади, бу эса ўз навбатида ҳомиладорлик асоратларини, жумладан, преэклампсияни кўпайтириб юборади.

Анъанавий равишда преэклампсия ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин протеинурия билан бирга келадиган гипертензия сифатида белгиланади. Лекин яқин вақтларда преэклампсия таърифи янада кенгайтирилди. Ҳозирда халқаро миқёсда қабул қилинган преэклампсия таърифи Халқаро ҳомиладорликдаги гипертензияни ўрганиш жамияти (ISSHP) томонидан таклиф этилган.

2021-2022 йиллардаги оналар ўлими ҳолатларини таҳлил қилиш давомида аниқланган сабаблар орасида преэклампсия 15 фоизни ташкил этган. Ушбу таҳлил давомида преэклампсия туфайли 39 нафар она ўлими ҳолатлари қайд этилган.

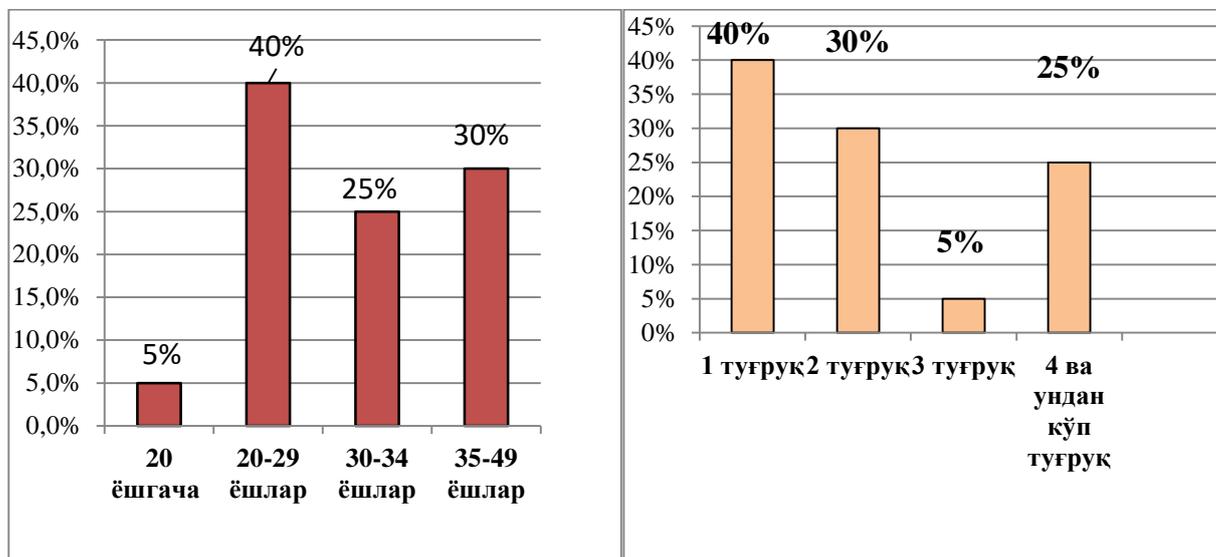
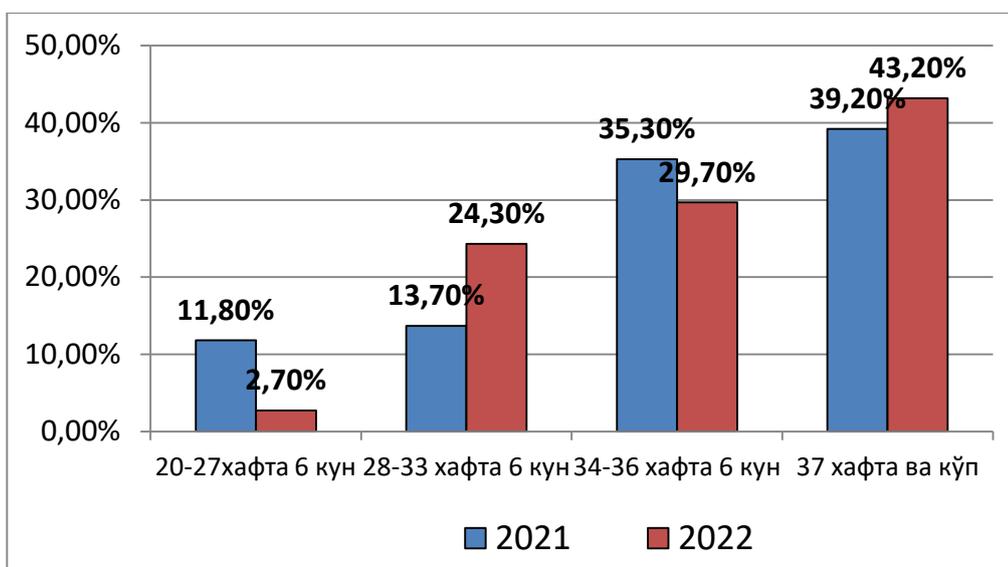


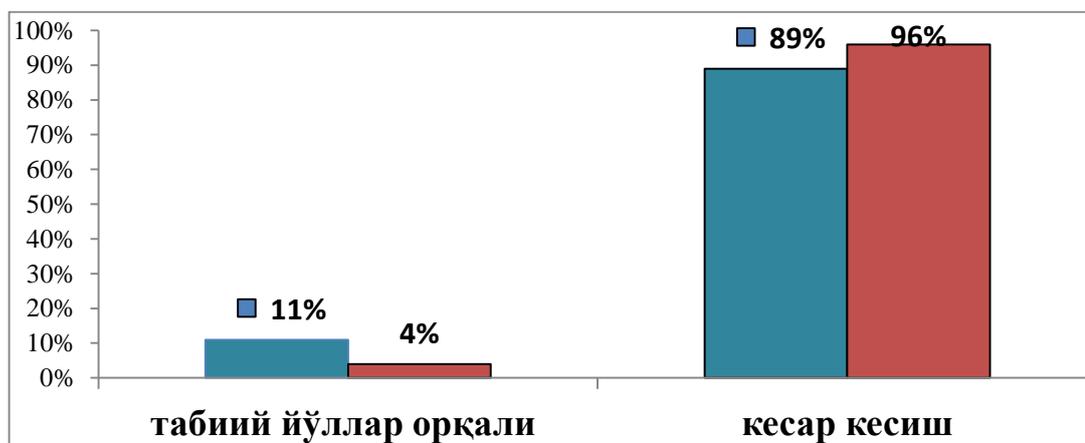
Диаграмма 6.1.-6.2. Преэклампсия сабабли оналар ўлимида ёш категорияси ва паритет

Преэклампсия сабабли оналар ўлими ҳолатларини таҳлил қилишда кўпчилик аёллар (40%) 20-29 ёшлар оралиғида бўлган. Биринчи марта туғувчи аёллар оналар ўлими 40% ни ташкил этган.



6.3-расм. Преэклампсиядан вафот этган аёлларда туғруқ гестацион муддати

Преэклампсиядан вафот этган аёлларда муддатдан олдинги туғруқлар кўпчиликни ташкил этган: 2021 йилда муддатдан олдин туғруқлар 60,8% ни ташкил этган бўлса, 2022 йилда бу кўрсаткич 56,8% га тенг бўлган. Муддатли туғруқлар эса 2021 йилда 39,2% ва 2022 йилда 43,2% ни ташкил этган.



6.4-расм. Преэклампсия сабабли оналар ўлимида туғиш усули (2021 ва 2022 йиллар).

Туғруқ усуллари бўйича таҳлиллардан маълум бўлдики, преэклампсия сабабли вафот этган аёлларнинг катта қисми кесарча кесиш амалиёти орқали туғдирилган. Табiiй йўллар орқали туғруқлар фақат 11% ни ташкил қилган: 2021 йилда преэклампсиядан вафот этган аёлларнинг 89% ида, 2022 йилда эса 96% ида туғруқ кесарча кесиш амалиёти орқали яқунланган. 2021 йилда 11% ва 2022 йилда 4% аёлларда табiiй йўл орқали туғруқ амалга оширилган.

2021-2022 йиллар давомида оналар ўлимининг 39 ҳолатида преэклампсия қайд этилган бўлса-да, бошқа сабаблар билан вафот этган аёлларда ҳам преэклампсия аниқланган. Жумладан:

- 27 ҳолатда акушерлик қон кетишлар билан вафот этган аёлларда преэклампсия бўлган;
 - 21 ҳолатда тромбоэмболия билан вафот этган аёлларда преэклампсия қайд этилган;
 - 7 ҳолатда сепсис билан вафот этган аёлларда преэклампсия аниқланган;
 - 18 ҳолатда нормал жойлашган йўлдошнинг кўчиши билан вафот этган аёлларда преэклампсия бўлган;
 - 9 ҳолатда COVID билан вафот этган аёлларда преэклампсия бўлган.
- Умуман олганда, 2021-2022 йилларда содир бўлган оналар ўлимида 26,2% ҳолатда аёлларда преэклампсия қайд этилган.

Олинган сабоқлар:

1. Преэклампсиянинг олдини олиш учун кичик дозада Аспирин бериш.

FIGO (2019) тавсиясига кўра, барча ҳомиладор аёлларда преэклампсия хавфини аниқлаш учун скрининг ўтказилиши керак. Агар хавф юқори деб топилса, ҳомиладорликнинг 11 ҳафтасидан 36 ҳафтасигача 150 мг дозада Аспирин берилиши керак. [1]

FIGOнинг тавсиясига кўра, биринчи триместрда бир босқичли комбинацияланган тест орқали хавф омиллари ва биомаркерлар асосида преэклампсия учун скрининг ўтказилиши лозим. Хавф калькулятори <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia> сайтида бепул мавжуд. Бу хавфни баҳолаш тестида онанинг хавф омиллари, ўртача артериал қон босими, плацента ўсиш фактори (PLGF) ва бачадон артериясининг пульсация индексини (UTPI) ўлчаш тавсия этилади. Агар PLGF ва УТПИни ўлчаш имконияти бўлмаса, онанинг ўртача артериал қон босими билан хавф омиллари комбинация қилинади. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, преэклампсия ривожланишига хавфи бўлган ҳомиладорларга кичик дозада Аспирин бериш эрта преэклампсияни 80%га ва кеч преэклампсияни 60%га камайтириши мумкин [1]. Шунингдек, кальцийни етарли миқдорда истеъмол қилмаган аёллар (<800 мг/сутка) учун кальций ўрнини тўлдирувчи терапия (<1 г/сутка) ёки кальций қўшимчаси (1,5–2 г/сутка) қабул қилиш преэклампсия ривожланиш хавфини камайтириши мумкин [1,2].

2. Аёлларга преэклампсиянинг хавфли белгиларини ўргатиш ва улар ҳақида ахборот бериш.

Барча аёллар антенатал парваришда бўлишига қарамай, преэклампсияни эрта аниқлашда етарли чоралар кўрилмаган. Бунинг сабабларидан бири, аёллар ёки уларнинг қариндошлари преэклампсия белгиларини етарли даражада билмаганликларида. Баъзи аёллар эклампсия хуружидан кейин шифохонага

оғир аҳволда келган бўлса, баъзилар келган пайтида қон босими 160/100 мм симоб устуни ва ундан юқори бўлган. Ҳатто баъзилари жигар ва буйрак етишмовчилиги билан шифохонага келтирилган. 7 та оналар ўлими ҳолатида эклампсия хуружи уйда содир бўлган ва аёллар стационарга оғир ҳолатда келтирилган.

1-мисол. Биринчи марта ҳомиладор бўлган аёл, 10 ҳафталикда ҳомиладорлик бўйича рўйхатга олинган. У ҳомиладорлик даврида 6 марта шифокор кўригида, 6 марта патронаж таширифида кўрилган. Лекин ҳеч қачон шифокор томонидан қон босимининг кўтарилиши қайд этилмаган. Охирги шифокор кўриги 35 ҳафталикда бўлиб, қон босими 100/60 мм симоб устуни деб қайд этилган. Патронаж таширфларида ҳам артериал гипертензия аломатлари аниқланмаган, охирги патронаж таширфи стационарга келгандан бир ҳафта олдин бўлиб ўтган, аёлнинг шикоятлари бўлмаган ва қон босими 100/70 мм симоб устуни деб қайд этилган. Аёл 38 ҳафталик ҳомиладорлик билан 3-даражали стационарга оғир аҳволда келган. У 2 ҳафта давом этаётган кўнгил айниши ва бош оғриқларидан шикоят қилган, қон босими 190/120 мм симоб устунини ташкил этган. Биокимёвий таҳлилларда АЛТ 180, АСТ 360, мочевина 11,2 ммоль/л, билирубин 90 мкмоль/л кўрсатилган ва сийдиги қора рангли бўлган. У стационарга «Ҳомиладорлик I, 38 ҳафта. HELLP синдроми. Ўткир буйрак етишмовчилиги, олигурия босқичи» таъхиси билан қабул қилинган.

2-мисол. Ҳомиладор аёл 24 ёшда, 10 ҳафталик ҳомиладорликда рўйхатга олинган ва ҳомиладорлик давомида 8 марта шифокор кўригида ва 6 марта патронаж таширифида бўлган. Туғуруқхонага келганида, аёл 15 кун давомида беҳоллик, кўнгил айниш, қусиш ва ўнг қовурга соҳасидаги оғриқдан шикоят қилган. Текширувлар натижасида билирубин 170 мкмоль/л, мочевина 17,8 ммоль/л, креатинин 322 ммоль/л эканлиги аниқланган. Ҳомиладор аёлга «Ҳомиладорлик I, 35 ҳафта. Ўткир ёгли гепатоз. Ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги. Ўрта даражали анемия» таъхиси қўйилган.

3-мисол. Ҳомиладор аёл 31 ёшда, туғуруқхонага ўта оғир, ҳушсиз ҳолатда олиб келинган. Бу унинг 3-ҳомиладорлиги бўлиб, 32 ҳафталик бўлган. 10 ҳафталикда рўйхатга олинган ва ҳомиладорлик давомида 3 марта шифокор кўригига борган, 6 марта патронаж таширфлари пайтида уйда кўрилган. Ҳеч қачон шифокор ёки патронаж ҳамшираси томонидан гипертензия ҳолати аниқланмаган, қон босими 110/70 мм симоб устуни деб қайд этилган. Туғуруқхонага келганидан бир кун олдин уйда конвульсия (эклампсия хуружи) бўлган, хуруждан кейин аёл ҳушига келган, лекин шифокорга мурожаат этмаган. Кейинги кун яна конвульсия хуружи бўлган ва шундан кейин аёл ўта оғир ҳолатда туғуруқхонага олиб келинган. Туғуруқхонага келганида унга тезда шошилинч ёрдам кўрсатилган ва «Ҳомиладорлик 3, 32 ҳафта. Ҳомиланинг антенатал ўлими. Эклампсия хуружидан кейинги ҳолат. Мия шиши. Кома 3-даража» таъхиси қўйилган.

Преэклампсияга юқори хавф бўлган аёлларга антенатал парвариш даврида турли (масалан, бош оғриши, кўришнинг бузилиши, кўкрак соҳасида оғриқ, нафас сиқилиши, эпигастрал соҳада оғриқ, ўнг қовурға остида оғриқ, қиндан қон кетиш) аломатлар аниқланганда қандай чоралар кўрилиши кераклиги бўйича тавсиялар бериш муҳим ва уларга бу аломатлар пайдо бўлганида қайси шифохонага мурожаат қилиш зарурлиги ҳақида тўлиқ маълумот бериш лозим (**FIGO (2023)**).

3. Артериал қон босимини назорат қилишнинг янги усуллари қўллаш

Юқоридаги мисолларда ва бошқа кўплаб ҳолатларда ҳомиладор ва тукқан аёллар антенатал назорат давомида бир неча марта шифокор кўригида ёки патронаж ҳамшираси текширувида бўлишган. Лекин уларнинг ҳеч қайсида артериал қон босими кўтарилгани аниқланмаган, барча кўрсаткичлар нормал деб қайд этилган. Бундай аёллар шифокор кўригидан ёки патронаж ташрифидан кейин бир ҳафта ўтиб, оғир гипертензия билан стационарга келтирилган. Бу ҳолатлар баъзи аёлларда артериал қон босими нотўғри ўлчанганлиги ёки қон босимини ўлчаганда нотўғри талқин қилганлигини кўрсатади.

***4-мисол.** 25 ёшли ҳомиладор аёл, иккинчи ҳомиладорлиги ва ҳомиладорлик бўйича 11 ҳафталикда рўйхатга олинган. Биринчи ҳомиладорлиги оғир преэклампсия билан кечган ва 31 ҳафтада кесарча кесиш операцияси орқали яқунланган. Иккинчи ҳомиладорликда аёл 6 марта шифокор кўригида ва 10 марта патронаж ташрифида бўлган. Ҳеч бир текширувда қон босимининг кўтарилиши қайд этилмаган. Охирги шифокор кўриги 35 ҳафтада ўтказилган, қон босими 120/80 мм симоб устунида бўлган. Охирги патронаж ташрифида, 37 ҳафтада, қон босими 110/70 мм симоб устунида қайд этилган. Бир ҳафта ўтиб, 38 ҳафталикда аёл оғир аҳволда туғуруқхонага келтирилган: қон босими 160/120 мм симоб устунида, ҳомиланинг антенатал ўлими, қон кетиши ва йўлдошнинг вақтидан олдин кўчиши аниқланган.*

Симоб сфигмоманометрлари кам қўлланилади, анероид қурилмалари эса кенг фойдаланилади. Лекин уларни мунтазам калибрлаш талаб қилинади, чунки қон босимини нотўғри кўрсатиши мумкин. Янги суяқ кристалл сфигмоманометрлари яхшироқ алтернатива ҳисобланади. «**Cradle VSA**» қурилмаси (Microlife Corporation; Швейцария) ҳомиладор аёлларда қон босимини назорат қилишда самарали деб топилган ва ЖССТ томонидан паст ва ўрта даромадли мамлакатларда фойдаланиш учун тавсия этилган. Бу қурилма қон босимини ўлчашда ёрдам бериб, тиббиёт ходимларини акушерлик қон кетиши, сепсис ва гипертонияни эрта аниқлайди, баҳолайди ва ушбу белгилардан огоҳлантириш учун светофор тизимини қўллайди.

«Cradle VSA» қурилмаси имкониятлари ҳомиладорликни башорат қилиш бўйича тадқиқотлар орқали аниқланган. Қурилма паст қувват талаб қилади ва MICRO-USB орқали қувватланади. Бу қурилма ресурслар чекланган мамлакатларда оналар ўлимини камайтиришга ёрдам беради. «Cradle VSA» да светофорининг гипертензия ва шок (акушерлик қон кетиши ёки сепсисдан кейин иккинчи даражали) учун эрта огоҳлантириш тизими мавжуд. У аускультатив ва осциллометрик функцияларда қўлланилиши мумкин. Эрта огоҳлантириш светофори қон босими кўтарилганда ёки анормал зарба индекси (пулс: систолик қон босими) мавжуд бўлганда фаол бўлади. Бу қурилма оналар ўлими хавфини камайтиришда катта ёрдам беради. Тиббиёт мутахассислари светофорнинг эрта огоҳлантириш тизимига бир овоздан ижобий муносабатда бўлишган. «Cradle VSA» ҳомиладор аёлларда шок ва юқори қон босимини аниқлайдиган дунёдаги биринчи тиббий қурилма бўлиб, у ривожланаётган мамлакатларда оналар ўлимини 25 фоизга камайтириш, йилига 70 000 дан ортиқ кишининг ҳаётини сақлаб қолиш имкониятига эга. Бу ресурслар чекланган шароитларда фойдаланиш учун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти стандартларига жавоб берадиган дунёдаги биринчи турдаги қурилмадир. «Cradle VSA» қўл қурилмаси яқинлашиб келаётган инсулт ёки гипертоник кризис хавфини ҳисоблаш учун қон босими ва пулсни ўлчайди. Қурилма минимал тайёргарликни талаб қилади.

Ҳомиладорларда қон босимини ўлчаш учун «Cradle VSA» асбобидан фойдаланиш тавсия этилади. (ЖССТ)

4. Презклампсияга хавфи бўлган ҳомиладор аёллар мониторингини яхшилаш лозим

Презклампсия ёки гипертензив ҳолатларни эрта аниқлаш орқали ўз вақтида зарур даво чораларини қўллаш мумкин ва бу ҳолат оғир асоратларнинг олдини олиши мумкин.

5-Мисол. Қайта ҳомиладорликдаги катта ёшли аёл, 3-даражали семизлик, 4-тузруқ ва ҳомиладорлик бўйича назоратга 13 ҳафтада олинган. Шифокор қабулига 4 марта ташириф буюрган (13, 21, 25 ва 33 ҳафтада). Уйида 2 марта патронаж дояси томонидан 28 ва 35 ҳафталикда кўриқдан ўтказилган. Барча кўриқларда аёлнинг аҳволи қоникқарли деб баҳоланган ва қон босими ошганлиги қайд этилмаган. 37 ҳафталик ва 3 кун муддатли ҳомиладорликда аёл тузуруқхонага бош оғриғи, кўнгил айниши, қусиш, бош айланиши ва сийдик чиқариш камайишига шикоят қилиб келган. Аёл текширувдан ўтказилган ва унга қуйидаги таъхислар қўйилган: «Ҳомиладорлик 4, 37 ҳафта 3 кун. Оғир даражадаги презклампсия. HELLP синдром. 3-даражали семизлик. Ўткир буйрак етишимовчилиги. Жигар етишимовчилиги.» Кесарча кесиш амалиёти ўтказилган, тузруқдан сўнг

буйрак ва жигар этишмовчилиги кучайган ва унга гемодиализ сеанслари тайинланган. Полиорган этишмовчилиги оқибатида аёл вафот этган.

Бу мисолда преэклампсия хавфи гуруҳига кирувчи аёл (семизлик, 4-туғиш, ёш катталиги) шифокор қабулига фақатгина 4 марта ташриф буюргани аниқланди. Агар аёл тез-тез шифокор кўригидан ўтган ва мунтазам равишда текширувдан ўтказилганида, преэклампсиянинг оғир асоратлари эрта аниқланиб, аёлни эртароқ госпитализация қилиш ва туғдириш орқали оғир асоратларнинг олдини олиш мумкин бўлар эди.

Преэклампсияга юқори хавфли аёллар антенатал даврда бирламчи тиббиёт тизими томонидан камида ҳар 2 ҳафтада 27+6 ҳафтагача. Кейин эса ҳар ҳафтада бир марта текширув ўтказилиши лозим.

Бундай текширувлар симптомларни баҳолаш, қон босимини ўлчаш, протеинурияни баҳолаш (агар аёлларда гипертензия мавжуд бўлса), шунингдек, тромбоцитлар сонини, креатинин ва АСТ ёки АЛТ даражаларини аниқлашни ўз ичига олиши лозим.

Преэклампсияга юқори хавфли аёлларда ҳомила мониторинги ҳомиланинг биометриясини баҳолашни, амниотик суюқликни текширишни ва имкониятига кўра, камида ҳар 2-4 ҳафтада ҳомиланинг киндик артерияси доплерографиясини ўтказишни ўз ичига олиши керак. Агар ҳомиланинг ўсиш суръатининг пасайиши белгилари аниқланса, онанинг ҳам, ҳомиланинг ҳам мониторингини камида ҳафталик баҳолаш даражасигача ошириш керак, (хатто аёл қон босими нормотензия бўлса ҳам). **FIGO 2019**

5. Гипертензияси бўлган ҳомиладорларда аёл ва ҳомила мониторингни яхшилаш лозим

Оналар ўлими ҳолатларининг таҳлилига кўра, 5 ҳолатда стационарда ва 6 ҳолатда амбулатор шароитда даволанаётган гипертензияси бор ҳомиладор аёлларда преэклампсиянинг оғир даражаси, HELLP синдроми ёки жигарнинг ўткир ёғли гепатози кеч аниқланган. Бу ташхисларнинг кечикишига сабаб бўлган омиллардан бири — ҳомиладор аёлларда нафақат қон босимини мониторинг қилиш, балки қондаги АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин ва тромбоцитлар сонини динамик кузатиш ҳам зарур эди. Бироқ бундай мониторинг ташкил этилмаган.

6-Мисол. *Қайта ҳомиладор бўлган аёл туғуруқхонада «Ҳомиладорлик 30 ҳафта, ўрта даражали преэклампсия» таъхиси билан 8 кун давомида ётган. Аёл келган куни қондаги креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, тромбоцит ва гемоглобин кўрсаткичлари аниқланган. Тўққизинчи куни аёлда ҳомиланинг антенатал ўлими аниқланган ва шошилинч кесарча кесиш амалиёти пайтида эклампсия хуружи кузатилган. Аёл кома ҳолатига тушган ва сунъий нафас бериш аппаратига уланган. Лаборатория натижалари креатинин ва мочевина даражаларининг ошиб кетганлигини кўрсатган.*

Презклампсия таърифи (ISSHP, 2019)

- Гестацион гипертензия, биринчи марта ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин содир бўлган ва қуйидаги ҳолатлардан ≥ 1 таси мавжуд бўлса:
- Протеинурия – сутка давомида сийдикда оқсил ≥ 300 мг; оқсил/креатинин нисбати ≥ 30 мг/ммоль ёки $\geq 0,30$ мг/мг ёки сийдикни тест-полоска билан баҳолашда $\geq 2+$.

Онанинг бошқа органларининг дисфункцияси:

- Буйракнинг ўткир шикастланиши (креатинин ≥ 90 мкмоль / л; 1,1 мг / дл)
- Жигар шикастланиши (кўтарилган АЛТ ёки АСТ > 40 МЕ / Л), ўнг қовурға ости ёки эпигастрий соҳасидаги оғриқ билан ёки оғриқсиз.
- Ўпка шиши.
- Неврологик асоратлар (шу жумладан эклампсия, руҳий ҳолатнинг ўзгариши, кўришнинг қобилиятининг тушиши, инсульт, кучли бош оғриғи ва доимий визуал скотомалар билан бирга).
- Гематологик асоратлар – тромбоцитопения $< 150\,000$ / мкл, тарқалган томир ичидаги коагуляция, гемолиз).
- Бачадон-плацентар дисфункцияси: ҳомила ўсишининг кечикиши, доплерографияда киндик артериясининг патологик ўзгаришлари ёки ҳомиланинг антенатал ўлими.

Презклампсиянинг таърифидан кўриниб турибдики, презклампсия ташхиси қўйилиши учун нафақат юқори қон босими ёки протеинурия, балки қон лаборатория текширувлари натижалари ва ҳомила фетометрияси ҳамда доплерометрияси ҳам зарур. Масалан, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, тромбоцитлар миқдори ва киндик артериясининг патологик ўзгаришлари каби кўрсаткичлар талаб қилинади. Агар лаборатория анализларида ёки УТТ доплерометриясида бундай ўзгаришлар аниқланса, ҳатто гипертензия ўта юқори бўлмаган ҳолатларда ҳам презклампсия ташхиси қўйилиши мумкин.

Қон босими ва протеинурияни ўлчашдан ташқари, протеинурия мавжуд ёки мавжуд бўлмаган ҳолларда ҳам, ҳомиладорликда гипертензия мавжуд бўлган аёлларни баҳолашда PIERS (Preeclampsia Integrated Estimate of Risk – презклампсия хавфини интенграцияланган баҳолаш) моделининг таркибий қисмларини киритиш лозим.

Стационар шароитида гипертензияси мавжуд бўлган ҳомиладор аёлларда ҳафтасига икки марта лаборатория текширувларини ўтказишни тавсия қиламиз. Бунда креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин ва тромбоцитлар миқдорини аниқлаш тавсия этилади.

Амбулатория шароитида кузатувда бўлган гипертензияга эга ҳомиладор аёлларда ҳафтасига бир марта лаборатория текширувларини ўтказишни тавсия қиламиз.

Ҳомиланинг мониторинги

Иложи бўлса, ҳомиланинг ўсишини баҳолаш мақсадида ҳар 2 ҳафтада бир марта ултратовуш текширувини ўтказишни, шунингдек, камида 2 ҳафтада бир марта амниотик суюқлик миқдорини ўлчаш ва киндик артериясининг доплерографиясини баҳолашни тавсия қиламиз.

2021-2022 йил презклампсия сабабли оналар ўлими ҳолатлари:

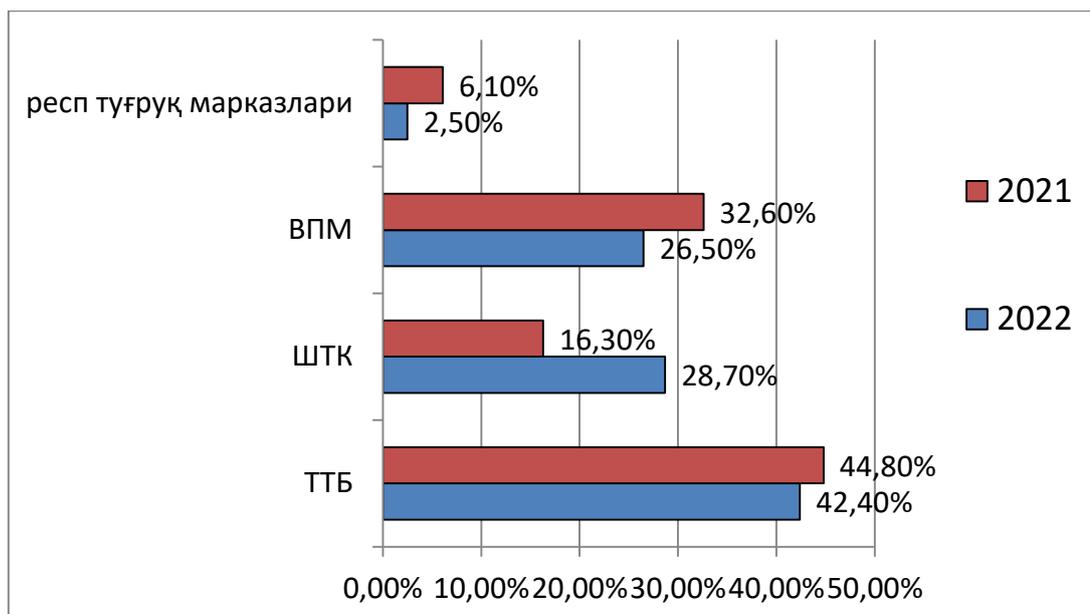
- Эклампсия – 15 ҳолат
- Жигар ўткир ёғли гепатози - 6 ҳолат
- HELLP синдроми – 18 ҳолатда аниқланган

Шу билан бирга, 3 ҳолатда ҳомиладорликни тўхтатишга рози бўлмаган ҳомиладор аёлларни уйига чиқариш ҳолатлари аниқланган, бу аёллар аҳволлари оғирлашган ҳолатда қайтиб келишган.

7-Мисол. Мисол: Биринчи ҳомиладорлик, биринчи туғиш. 12 ҳафталикда ҳомиладорлик бўйича рўйхатга олинган. Шифокор кўригида 3 марта бўлган, 3 марта уйида патронаж таширифи ўтказилган. Биринчи кўрикда 2-даражали анемия ва сурункали пиелонефрит таиҳиси қўйилган. 18 ҳафталикда «Сурункали пиелонефрит, ўрта даражали анемия» таиҳиси билан стационар давосига юборилган ва 4 кун давомида даволанган. 26 ҳафталик ҳомиладорликда «Оғир презклампсия. Асцит. Сурункали пиелонефрит. Ўрта даражали анемия» таиҳиси билан стационарга ётқизилган ва 2 кун давомида даволанган. Қон босими 150/103 мм симоб устуни, сийдикда оқсил 0,99 г/л, мочевино 8,0 ммоль/л, тромбоцитлар 200 000/л, гемоглобин 76 г/л, билирубин 16 мкмоль/л. Магнезиал терапия (антиконвульсант терапия), антигипертензив терапия (Т.Допегит), дексаметазон РДС профилактикаси учун тавсия қилинган ва бажарилган. Оғир презклампсия бўлганлиги сабабли, аёлни туғдириш режаслаштирилган, лекин аёл бунга рози бўлмаган ва 2 кундан кейин ўз хоҳиши билан стационардан уйига чиқиб кетган. Стационардан чиқиб кетганидан бир кун ўтиб, аёл оғир аҳволда стационарга қайта ётқизилган. Келганида қон босими 180/120мм сим уст, ҳомила ўлик ҳолатда, аёлнинг аҳволи оғир бўлган. Келган кун кесарча кесиш операцияси ўтказилган, лекин операциядан 2 кун ўтиб аёл вафот этган.

Презклампсия ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма бўлган ҳолларда, агар ҳомиладор аёл ҳомиладорликни тўхтатишга рози бўлмаса, уни стационар шароитида даволаш ва кузатишни давом эттириш зарур. Аёлнинг оиласи ва керак бўлганда маҳалла фаоллари ёрдамида, тўғри ақушерлик тактикасини танлашга ёрдам бериш лозим.

- 6. Презклампсия бўлган аёлларнинг аҳволи ва ҳомиладорлик муддатини ҳисобга олиб, 2 ёки 3 -даражали туғруқ муассасаларига йўналтириш лозим.**



6.5-расм. Презламписия сабабли ўлган аёлларнинг туққан жойи

6.5-расмда кўриниб турибдики, презламписия сабабли оналар ўлимининг аксарияти туман туғруқ муассасаларида содир бўлган (42,4-44,8%), шаҳар туғруқ комплексларида 16,3%-28,7% да содир бўлган, вилоят перинатал марказларида (Она ва бола республика марказининг филиалларида)-26,5%-32,6% да, республика туғруқ муассасаларида -2,5%-6,1%, содир бўлган.

8-Мисол. Ҳомиладор аёл 12 ҳафталик ҳомила пайтида назоратга олинган. Анамнезида – кесарча кесишдан сўнг бачадонда чандиқ мавжуд. 31 ҳафталикда аёлда гипертензия аниқланган, қон босими 130/90 мм симоб устунидан 140/100 мм симоб устунигача бўлган. Аёлда ўрта даражали анемия ҳам аниқланган. Патронаж хизмати уйида 10 марта кўрсатилган. Аёл 36 ҳафталикда ТТБга бош оғриғи ва умумий холсизликдан ишқоят қилиб келган. «Енгил презламписия. 3-даражали семизлик» таъхиси қўйилган. Қон босими 150/100 мм симоб устуни. Билирубин – 45,9, АЛТ – 90,0, АСТ – 79,0. Қон босими 160/110 мм симоб устуни. Таъхис: Оғир презламписия. ЖЎЁГ «Магнезиал терапия қўлланилган. 2 суткадан кейин кесарча кесиш операцияси амалга оширилган. Туғруқдан сўнг аёл туғруқдан кейинги бўлимда даволанган, лекин ТТБда реанимация бўлими умумий тиббий бирлашма реанимациясида жойлашганлиги сабабли, аёлни у ерга ўтказишмаган ва аёл ТТБда қолган. Аёлнинг аҳволи оғирлашиб, нафас етишимовчилиги кучайиб, ўпка ишии юзага келган. Аёл ўпка ишиидан вафот этган.

Презламписия билан оғриган аёллар туғруқхонада ўз реанимация бўлими бўлган туғруқхоналарга йўналтирилиши лозим ва уларни муддатига қараб 2-ёки 3-даражали туғруқ муассасаларига йўналтириш керак. Антенатал парвариш давомида акушер-гинеколог ёки оилавий шифокор томонидан презламписия бўлган аёлнинг гестацион муддати ва аҳволига қараб

йўналтирилиши зарур. Шошилиш ҳолатларида эса тез тиббий ёрдам машинасидаги шифокор томонидан аёлнинг гестацион муддати, аҳволи ва асоратларига қараб 2- ёки 3-даражали туғруқ муассасасига юборилиши керак.

7. Магнезиал антиконвулсив терапия преэклампсия/эклампсияда стандарт асосида қўлланиши лозим

Преэклампсиядан вафот этган аёлларнинг 15 ҳолатида (38,4%) эклампсия хуружи қайд этилган. 2021 йилда оналар ўлими ҳолатларидан 10 тасида эклампсия хуружи кузатилган, 2022 йилда эса 5 та ҳолат эклампсия хуружидан сўнг ўлим билан яқунланган. 7 та ҳолатда эклампсия хуружи аёллар уйида рўй берган ва улар кейин стационарга олиб келинган. 9 та ҳолатда эса эклампсия хуружи стационарда содир бўлган.

Эклампсия хуружи қайд этилган 7 ҳолатда магнезиал терапия стандартларга мувофиқ равишда қўлланилмаган. 5 ҳолатда эса аёлларга биринчи дори сифатида Диазепам юборилган. Оғир преэклампсия ҳолатларининг 11 тасида (28%) магнезиал терапия стандарт талабларга мувофиқ тарзда ўтказилмаган.

9-Мисол: Учинчи фарзандини туғайтган аёлда туғруқ табиий йўллар орқали олиб борилган. Таъхис: «3-ҳомилдорлик, 37 ҳафта, енгил преэклампсия». Туғруқнинг биринчи босқичида партограммага кўра, қон босими 120/80 мм симоб устунида нормал деб белгиланган. Туғруқ жараёнида оғриқсизлантириш усуллари қўлланилмаган. Бачадон бўйни 5 см очилганида эклампсия хуружи содир бўлган. Қон босими ўлчанганда 160/120 мм симоб устуни бўлган. Аёлга диазепам қўлланилган. Аёл зудлик билан кесарча кесиш операциясига олинган ва эндотрахеал наркоз берилган. Аёл комага тушган ва вафот этган.

Бу ҳолатда аёлнинг аҳволи ва гемодинамик кўрсаткичлари етарли даражада мониторинг қилинмаган, шу сабабли аёлдаги хавфли белгилар ва қон босимининг ошиши вақтида аниқланмаган. Аёлга магнезиал терапия буюрилмаган ва оғир преэклампсия ташхиси қўйилмаган. Эклампсия хуружи пайтида ҳам магнезиал терапия буюрилмаган.

Оғир ПЭ ва эклампсияда талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида магний сульфатини в/и юбориш тавсия этилади.

Магний сульфатини 4 г бошланғич дозада 10-15 дақиқа давомида (25% ли 16 мл эритма), кейин 1 г/соат (4 мл/соат 25% эритма) вена ичига юборилади.

Агар вена ичига тушиш имкони бўлмаса, магний сульфатини мушак ичига (м/и) дастлаб 10 г зарба дозада (ҳар бир думбага 5 г дан), кейин 5 г дан ҳар 4 соатда юбориш мумкин.

Магнезиал терапия ўтказилмаган оғир преэклампсияда эклампсия хуружлари частотаси оғир бўлмаган беморларга нисбатан тўрт баробар юқори туради (200 тадан 1 тага нисбатан 200 тадан 4 та) (Миллий стандарт, 2021 йил).

Эклампсиянинг олдини олиш мақсадида магний сульфати қуйидаги ҳолларда преэклампсия бўлган аёлларга қўлланиши лозим: қон босими $\geq 170/110$ мм симоб устуни ва протеинурия $\geq 3+$, ёки қон босими $\geq 150/100$ мм симоб устуни, протеинурия $\geq 2+$ ва неврологик симптомлар мавжуд бўлганда (FIGO, 2019).

8. Антигипертензив терапияни рационал олиб бориш лозим

Аёлда антигипертензив терапия самарали бўлмаган. Туғруқ тарихларида Т.Метилдопа ёки Т.Коринфар ёзилган, аммо гемодинамик варақларда қон босими 150/100, 160/100, ҳатто 170/110 мм симоб устуни ва ундан юқори бўлган ҳолатлар қайд этилган. антигипертензив терапия самарали бўлмаган.

Оғир гипертензияда (систолик қон босим ≥ 160 мм сим уст. ва/ёки диастолик қон босим ≥ 110 мм сим уст.) 2 ёки 3 компонентли антигипертензив терапия тавсия қилинади.

Қон босимини туширишга кўрсатма – систолик қон босими ≥ 140 мм сим уст ва/ёки диастолик қон босими ≥ 90 мм сим уст. белгиланади (гестацион гипертензия, сурункали гипертензия ёки преэклампсия бўлишидан қатъий назар).

9. Преэклампсия бўлган аёлларни туғдиришда кечикишлар бўлмаслиги керак

11 ҳолатда преэклампсия хавфли белгилари бўлган аёлларда туғиш кечиккани аниқланган. Бу кечикишлар 2 суткадан 9 суткагача давом этган.

Ҳомиладорликнинг исталган муддатида гипертензия билан оғриган аёлларда қуйидаги ҳолатлардан бири ёки бир нечтаси мавжуд бўлса, туғдиришни тезлаштириш тавсия этилади:

- қаттиқ бош оғриғи, такрорланувчи кўришнинг бузилиши (скотома), эклампсия ёки инсульт каби неврологик ўзгаришлар;
- учта турли антигипертензив дори воситалари билан даволанишга қарамай, қон босимининг қайта-қайта ошиши;
- ўпка шиши ёки қонда кислород даражасининг $<90\%$ га тушиши;
- тромбоцитлар миқдорининг пасайиши (айниқса, $<50 \times 10^9/\text{л}$) ёки қон қуйиш зарурати;
- қон зардобда креатинин миқдорининг кўпайиши ёки буйрак ва жигар функцияларининг ёмонлашиши;
- йўлдошнинг муддатидан олдин ажралиши;
- киндик артериясида қон оқими орқага йўналганлиги ёки патологик кардиотокография (КТГ) ёки ҳомиланинг антенатал ўлими. (FIGO, 2019)

34 ҳафталикдан олдинги преэклампсия асоратлари билан боғлиқ ҳолатларда туғдириш жараёнини кузатув ва қутув тактикаси фақат учинчи даражали тиббиёт марказларида, яъни она ва ҳомилани ноинвазив кузатиш тажрибасига эга, шунингдек, жуда эрта туғилган чақалоқларга малакали ёрдам кўрсата оладиган марказларда амалга оширилиши керак.

«Преекламписия» боби бўйича тавсиялар:

1. Барча ҳомиладор аёлларда преекламписия хавфини аниқлаш мақсадида скрининг ўтказилиши лозим. Скрининг натижасида юқори хавф аниқланган аёлларга, преекламписияни олдини олиш учун ҳомиладорликнинг 11 ҳафтасидан 36 ҳафтасигача 150 мг Аспирин бериш тавсия этилади.
2. Ҳомиладорларда қон босимини ўлчаш учун «Cradle VSA» асбобидан фойдаланиш тавсия қилинади.
3. Преекламписия хавфи юқори бўлган аёлларни антенатал даврда бирламчи тиббий хизмат тизими томонидан 27 ҳафта ва 6 кунгача камида ҳар 2 ҳафтада, кейин эса ҳар ҳафта текширувдан ўтказиш лозим.
4. Преекламписия ташхиси қўйилган аёлларнинг ҳолати ва ҳомиладорлик муддатига қараб, уларни 2 ёки 3-даражали туғруқ муассасаларига йўналтириш зарур.
5. Гипертензия билан оғриган ҳомиладор аёлларни стационар шароитида ҳафтасига икки марта, амбулатория шароитида кузатувда бўлган гипертензияли ҳомиладор аёлларни эса ҳафтасига бир марта лаборатория текширувларидан ўтказиш тавсия этилади. Бунда креатинин, АЛТ, АСТ, билирубин ва тромбоцитлар миқдорини текшириш керак.
6. Гипертензия билан оғриган ҳомиладорларда ҳомиланинг ўсишини баҳолаш учун ҳар 2 ҳафтада бир марта УЗИ (ультратовуш) текширувини ва камида 2 ҳафтада бир марта амниотик суюқлик ҳажмини ҳамда киндик артериясининг доплерографиясини ўтказиш тавсия этилади.
7. Преекламписия хавфини баҳолаш учун fullPIERS шкала моделидан фойдаланиш мумкин.
8. Оғир гипертензия (систолик қон босими ≥ 160 мм симоб устуни ва/ёки диастолик қон босими ≥ 110 мм симоб устуни) ҳолатларида 2 ёки 3 компонентли антигипертензив терапия тавсия этилади. Қон босимини туширишга кўрсатма — систолик қон босими ≥ 140 мм симоб устуни ва/ёки диастолик қон босими ≥ 90 мм симоб устуни бўлиши ҳисобланади (гестацион гипертензия, сурункали гипертензия ёки преекламписия бўлишидан қатъи назар).
9. 34 ҳафталик гестацион муддатгача бўлган преекламписия билан асоратланган аёлларда кузатув ва кутув тактикаси фақат 3-даражали марказларда, яъни она ва ҳомилани ноинвазив кузатиш тажрибасига эга ҳамда эрта туғилган чақалоқларга малакали ёрдам кўрсата оладиган марказларда қўлланилиши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Poon LC, Magee LA, Verlohren S, Shennan A, von Dadelszen P, Sheiner E, Hadar E, Visser G, Da Silva Costa F, Kapur A, McAuliffe F, Nazareth A, Tahlak M, Kihara AB, Divakar H, McIntyre HD, Berghella V, Yang H, Romero R, Nicolaides KH, Melamed N, Hod M. A literature review and best practice advice for second and third trimester risk stratification, monitoring, and management of pre-eclampsia: Compiled by the Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee of FIGO (the International Federation of Gynecology and Obstetrics). *Int J Gynaecol Obstet.* 2021 Jul;154 Suppl 1(Suppl 1):3-31. doi: 10.1002/ijgo.13763. PMID: 34327714; PMCID: PMC9290930.
2. Национальный клинический протокол «Артериальная гипертензия во время беременности» 2021г., Ташкент.
3. Ukah UV, Payne B, Hutcheon JA, Ansermino JM, Ganzevoort W, Thangaratinam S, Magee LA, von Dadelszen P. Assessment of the fullPIERS Risk Prediction Model in Women With Early-Onset Preeclampsia. *Hypertension.* 2018 Apr;71(4):659-665. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.10318. Epub 2018 Feb 12. PMID: 29440330; PMCID: PMC5865495.
CopyDownload .nbib
4. Guida JP, Cralcev C, Costa Santos J, Marangoni-Junior M, Sanchez MP, Laura Costa M. Validation of the fullPIERS model for prediction of adverse outcomes in preeclampsia at a referral center. *Pregnancy Hypertens.* 2021 Mar;23:112-115. doi: 10.1016/j.preghy.2020.11.013. Epub 2020 Dec 4. PMID: 33310390
5. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline [NG133]Published: 25 June 2019 Last updated: 17 April 2023
6. Snell KIE, Allotey J, Smuk M, Hooper R, Chan C, Ahmed A, Chappell LC, Von Dadelszen P, Green M, Kenny L, Khalil A, Khan KS, Mol BW, Myers J, Poston L, Thilaganathan B, Staff AC, Smith GCS, Ganzevoort W, Laivuori H, Odibo AO, Arenas Ramírez J, Kingdom J, Daskalakis G, Farrar D, Baschat AA, Seed PT, Prefumo F, da Silva Costa F, Groen H, Audibert F, Masse J, Skråstad RB, Salvesen KÅ, Haavaldsen C, Nagata C, Rumbold AR, Heinonen S, Askie LM, Smits LJM, Vinter CA, Magnus P, Eero K, Villa PM, Jenum AK, Andersen LB, Norman JE, Ohkuchi A, Eskild A, Bhattacharya S, McAuliffe FM, Galindo A, Herraiz I, Carbillion L, Klipstein-Grobusch K, Yeo SA, Browne JL, Moons KGM, Riley RD, Thangaratinam S; IPPIC Collaborative Network. External validation of prognostic models predicting pre-eclampsia: individual participant data meta-analysis. *BMC Med.* 2020 Nov 2;18(1):302. doi: 10.1186/s12916-020-01766-9. PMID: 33131506; PMCID: PMC7604970.
7. Ontario Health (Quality). Placental Growth Factor (PlGF)- Based Biomarker Testing to Help Diagnose Pre-eclampsia in People With Suspected Pre-eclampsia: A Health Technology Assessment. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2023 May 17;23(3):1-146. PMID: 37284279; PMCID: PMC10241193.
8. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaitong P, Bosco M, Suksai M, Gallo DM, Gotsch F. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Feb;226(2S):S786-S803. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.001. PMID: 35177220; PMCID: PMC8941666.
9. Chappell LC, Brocklehurst P, Green ME, Hunter R, Hardy P, Juszczak E, Linsell L, Chiochia V, Greenland M, Placzek A, Townend J, Marlow N, Sandall J, Shennan A; PHOENIX Study Group. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2019 Sep

**7-БОБ. Хомиладорлик пайтида соматик касалликлар таъсири
оқибатлари**
Джаббарова Ю.К.

Таъриф.

Экстрагенитал касалликлар (ЭГК) — акушерлик сабаблари билан билвосита боғлиқ бўлган оналар ўлимининг сабабларидан биридир [2].

Ривожланган мамлакатларда оналар ўлимининг ҳар тўртинчи ҳолати айнан шу билвосита сабаблар туфайли содир бўлади [6-8]. Экстрагенитал касалликлар оналар ўлими сабаблари орасида етакчи ўринни эгаллайди. Масалан, 2012 йилда бу кўрсаткич 37,7% ни ташкил этган [1,3-5]. ЭГК сабабли вафот этган ҳар учинчи аёл хомиладорлик даврида вафот этган [5].

Адабиёт маълумотларга кўра ЭГК билан касалланган **хомиладор аёлларни даволашда камчиликлар топилган:**

- ЭГК сабабли вафот этган аёлларнинг фақат 22%ида хомиладорликдан олдин ЭГК ташхиси аниқланган.
- Оналар ўлими ҳолатларининг олдини олишда бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишдаги асосий камчиликлар текширувларда (30,8%) ва ЭГК диагностикасида (23,0%) кузатилган.
- Аёлларни касалхонага ётқизиш билан боғлиқ хатолар 18,1% ҳолатларда қайд этилган (масалан, асосий бўлмаган бўлимда бўлимга ётқизиш, касалхона ичидаги ҳаракатнинг нотўғри ташкил этилиши, паст даражали касалхонага ётқизиш, бошқа шифохона ёки бўлимга ўтказишнинг кечикиши).

- Британиялик экспертларнинг фикрига кўра, билвосита сабаблар туфайли оналар ўлими ҳолатларининг 55% ида сифатсиз тиббий ёрдам кўрсатилган [6]. Ушбу ҳолатларда деярли ҳар иккинчи ўлимнинг олдини олиш мумкин эмас, деб топилган (53,0%, 95% ишонч интервали [6,7]).

Тавсиялар

Экстрагенитал касалликлар туфайли оналар ўлимини камайтириш масаласини ҳал этиш учун антенатал ёрдам сифатини яхшилашга қаратилган чоратадбирлар ва мултидисциплинар ёндашув зарур.

Миллий кўмита аъзолари 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда оналар ўлими таҳлил қилганимизда 66 та аёлларнинг вафот бўлганлигига асосий сабаб соматик касалликлар деб топилди.

Тавсиялар

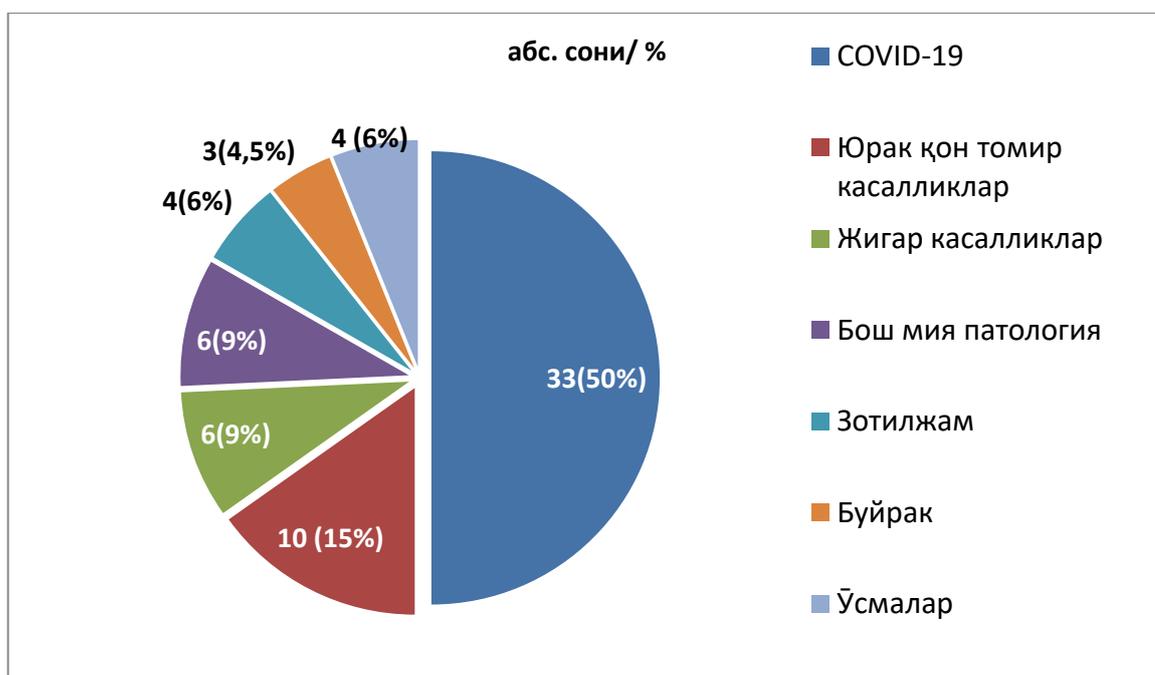
✓ Ихтисослашган диспансерлар, шифохоналар, хусусий клиникалар ва бирламчи тиббий ёрдам муассасалари (тиббий амбулаториялар, поликлиникалар, аёллар консултация поликлиникалари) ўртасида электрон алоқаларни ўрнатиш зарур. Ушбу муассасаларга ҳомиладорлик давомида аёлнинг ҳаётига хавф туғдирувчи ҳолатлар, ўсмир қизлар, соматик ва руҳий касалликларга чалинган репродуктив ёшдаги аёллар ҳақидаги маълумотларни узатиш мажбурияти юкланиши лозим.

✓ Бирламчи тиббий ёрдам муассасаларида ҳомиладорлик тавсия этилмайдиган касал аёлларнинг рўйхати (темир дафтар) юритилиши тавсия этилади.

✓ Оммавий ахборот воситалари орқали репродуктив ёшдаги аёллар орасида соматик касалликларни эрта аниқлаш, ҳомиладорлик пайтида бу касалликларнинг асоратларини тушунтириш ва бемор аёллар учун контрацепция воситаларининг аҳамияти ҳақида тушунтириш ишларини кучайтириш керак.

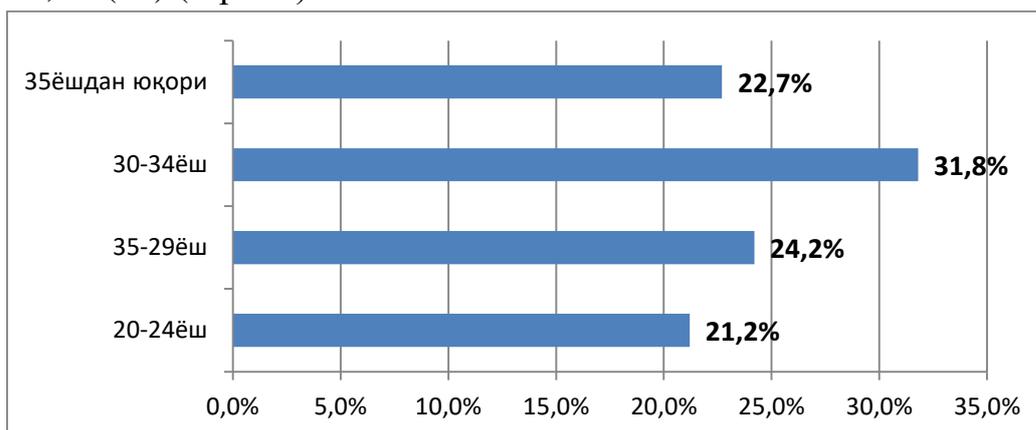
✓ ЭГК билан оғриган қизлар ва аёлларни аниқлаш, уларни сифатли текшириш ва даволаш ҳамда контрацепцияни таъминлаш бўйича оилавий шифокорларнинг фаолиятини кучайтириш зарур.

Аниқланган соматик касалликларининг турлари 7.1-расмда кўрсатилган



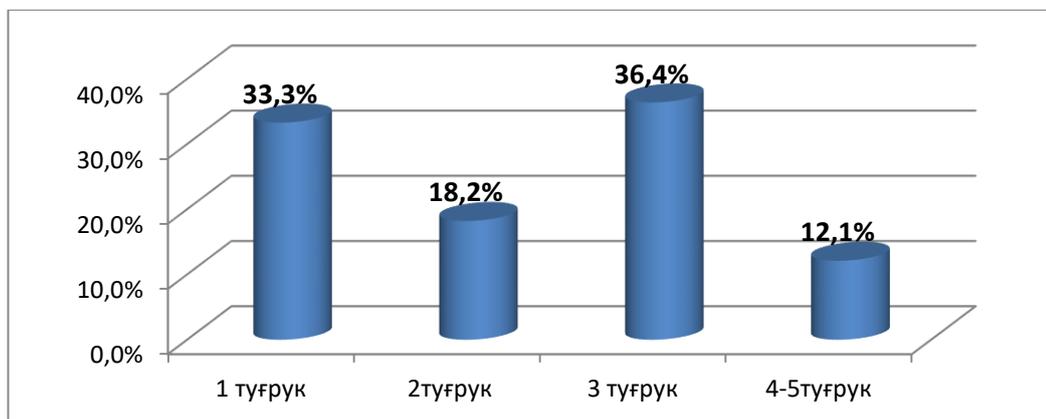
7.1-расм. *Оналар ўлимига сабаб бўлган соматик касалликларининг турлари, n=66*
 ЭГК туфайли келиб чиққан оналар ўлими сабаблари орасида биринчи ўринни COVID-19 инфекцияси эгаллаган — 50,0% (33 аёл). Иккинчи ўринда — юрак-қон томир касалликлари (ЮҚК) 15,2% (10 аёл), учинчи ўринда — жигар ва буйрак-ичак (БМ) касалликлари 9,1% (6 аёлдан). Кейинги ўринларда пневмония ва ўсмалар — ҳар бири 6,1% (4 аёлдан) ва буйрак касаллиги — 4,5% (3 аёл).

Вафот этган аёлларнинг ёшлари: 20 -29 ёшгача бўлганлар - 45,5% (30), 30-34 ёшгача бўлганлар -31,8% (21) ва 35 ва ундан катта ёшдагилар – 22,7%(15) (2-расм).



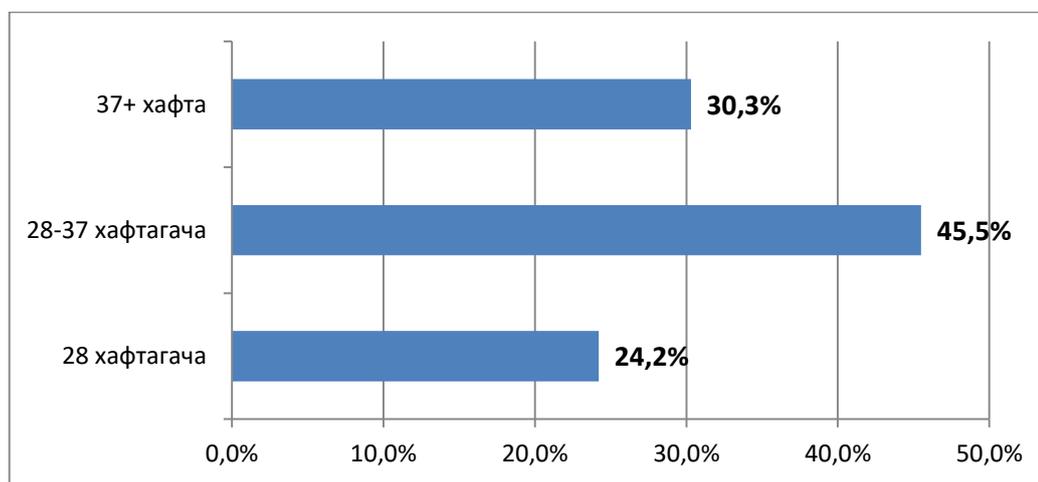
Расм 7.2. *Соматик касалликлар сабабли вафот этган аёлларнинг ёшлари (фоизда)*

Паритет бўйича вафот этганлар орасида биринчи туғадиган аёллар — 22 нафар (33,3%), 2–3 марта туққан аёллар — 36 нафар (54,6%) ва кўп марта туққан аёллар – 8 нафарни (12,1%) ташкил этади. (7.3- расм)



7.3-расм. Соматик касалликлар сабабли вафот этган аёлларнинг паритети (%)

Кўпчилик ҳомиладор аёллар учинчи триместрда бўлганлар: 22-27 ҳафта оралиғида — 12 нафар (18,2%), 28-36 ҳафта оралиғида — 30 нафар (45,5%), 37 ҳафта ва ундан юқори муддатда — 20 нафар (30,3%). Ҳомиладорлик 20 ҳафтагача бўлган аёллар сони — 4 нафар (6,0%).



7.4-расм. Ҳомиладорлик гестацион муддати

Бой берилган имкониятлар

- Барча ЭГК билан касалланган аёлларнинг касалхонага ётқизилган вақтидаги аҳволи оғир ва ўта оғир деб баҳоланган. Ҳомиладор аёллар декомпенсацияланган касаллик белгилари билан қабул қилинган, бу эса уларнинг тиббий муассасага кеч мурожаат қилганини кўрсатган.

- Соматик патологияларни кеч ташхислаш, мутахассислар билан етарлича маслаҳатлашмаслик, беморнинг аҳволини тўлиқ баҳоламаслик ва баъзи ҳолларда ҳомиладорликни ўз вақтида тўхтатмаслик каби камчиликлар мавжуд бўлган.

- Ҳомиладор аёлларда темир танқислиги анемиясини фон касаллиги сифатида етарли даражада баҳоламаслик, ўрта ва оғир даражали анемияни самарали даволамаслик қон айланиши ва тўқима гипоксиясини кучайтирган. Бу ҳолат айниқса юрак-қон томир касалликлари, пневмония, буйрак

касалликлари, COVID-19 ва бошқа ЭГКларнинг ривожланишига салбий таъсир кўрсатган.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году (методическое письмо). М.; 2013. 37 с.
2. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10). т.2. Сборник инструкций. М.: ВОЗ; 2003: 145-8.
3. Ратушняк С.С., Шувалова М.П. Национальные системы аудита случаев материнской смерти – международные рекомендации и опыт развитых стран. Акушерство и гинекология. 2013; 8: 81-6.
4. Серов В.Н. Профилактика материнской смертности. Акушерство и гинекология. 2011; 7-1: 4-9.
5. Шувалова М.П., Фролова О.Г., Гребенник Т.К., Ратушняк С.С., Гусева Е.В. Экстрагенитальные заболевания как причина материнской смертности// [Акушерство и Гинекология 2015 №1](#) С104-110.
6. Lawson G.W., Keirse M.J. Reflections on the maternal mortality millennium goal. Birth. 2013; 40(2): 96-102.
7. Say L., Chou D., Gemmill A., Tunçalp Ö., Moller A.B., Daniels J. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob. Health. 2014; 2(6): e323-33.
8. World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO Press; 2012.

7.1-боб. COVID-19

КХТ-10 бўйича шифри

2020 йил январь ойида Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) КХТ-10 «Фавкулудда вазиятларда фойдаланиш учун шифрлар» бўлимини янгилади ва унга COVID-19 учун махсус шифр — U07.1 қўшилди (COVID-19 сабабли вафот этган ҳолатларда у ўлим ҳақидаги тиббий маълумотноманинг биринчи қисмидаги Г» қаторида кўрсатилади).

Тавсиялар

COVID-19 инфекцияси тасдиқланган ҳолатлар клиник белгилар ва аломатлардан қатъи назар, ПЦР-тестида SARS-CoV-2 вирусининг РНКси мавжуд бўлган лаборатория натижаси мусбат бўлганида тасдиқланади.

Ҳолати ўрта ёки оғир даражадаги COVID-19 инфекцияси бўлган аёлларга тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича қўшимча жиҳатлар

Ҳомиладор аёлларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамда акушер-гинеколог, инфекционист, анестезиолог ва доя мутахассисларидан иборат малакали мультидисциплинар жамоа жалб этилиши керак. Жамоа томонидан муҳокама қилинган даволаш режаси беморга аниқ тушунтирилиши лозим.

Биринчи навбатда муҳокама қилиниши керак бўлган ҳолатлар:

- Аёлга тиббий ёрдам кўрсатишнинг асосий устуворликлари
- Аёлга қайси бўлимда тиббий ёрдам кўрсатиш кераклиги (жонлантириш бўлими, изоляция хонаси, инфекция бўлим ва ҳ.к.).
- Ҳомиланинг ҳолати.

Беморнинг аҳволини стандарт терапевтик усуллардан фойдаланган ҳолда барқарорлаштириш тиббий ёрдам кўрсатишда устувор вазифа бўлиши керак!

COVID-19 ни ҳомиладорларда ташхис қўйиш учун қуйидаги белгиларга эътибор қаратиш керак:

Шикоятлар ва анамнез

Инкубацион давр – 2-14 кун. Белгилар:

- иситма;
- умумий ҳолсизлик;
- бош оғриқ;
- терлаш;
- иштаҳа йўқолиши;
- психик ҳолат ўзгариши;
- мушаклар, суяклар ва бўғимларда оғриқ;
- йўтал;
- бурун битиш;
- конъюнктивит;
- кўкрак соҳасида оғриқ, ҳаво етишмаслиги;
- аносмия (ҳид билмаслик);
- агевзия (таъм билмаслик);
- қулоқда шовқин;
- кўнгил айниш ва қусиш;
- ҳикичок ;
- абдоминал оғриқ;
- диарея;
- терида тошмалар.

Оғир кечишида кузатиладиган белгилар:

- нафас етишмаслиги;

- нафас олишда қийинчилик;
- юрак тез уриши;
- кўнгил айнаш, қусиш;
- қаттиқ бош оғриғи;
- абдоминал оғрик;
- юрак соҳасида қаттиқ оғрик;
- бош айланиши;
- сийдик чиқаришнинг камайиши;
- периферик коллапс;
- ўткир юрак етишмовчилиги;
- оёқларда қон томирлар тромбозлари.

Ҳомиладорларда COVID-19 ни оғирлаштирувчи омиллар:

- аёлдаги юрак-қон томир тизими касалликлари (гипертензия, сурункали юрак етишмовчилиги ва бошқалар);
- нафас олиш тизимининг сурункали касалликлари (бронхиал астма, ўпканинг обструктив касалликлари ва бошқалар);
- эндокринопатиялар (қандли диабет, метаболик синдром, семизлик ва бошқалар);
- иммунодефицит ҳолатлар (онкологик, гематологик касалликлар);
- бошқа сурункали касалликлар (жигар касалликлари, тизимли касалликлари ва бошқалар);
- асоратланган акушерлик анамнези;
- кўп ҳомилалик.

Жисмоний текширув:

- онг даражасини аниқлаш;
- менингеал симптомларни текшириш;
- тери соҳасини текшириш;
- лимфатик тугунларни текшириш;
- кўринадиган шиллик қаватларни баҳолаш (томоқ, оғиз, конъюктива);
- термометрия;
- қон босими, пульс, нафас олиш сони;
- пульсоксиметрия тинч ва зўриқиш ҳолатларида;
- акушерлик текшируви: ҳомила юрак уришини эшитиш, зарур ҳолларда УЗИ фетометрия, доплерометрия, КТГ ўтказиш.

Ҳомиладор аёлни амбулатор ёки стационарда даволаш масаласини фақат мутахассислар текширувидан кейингина консилиум орқали ҳал қилиш керак. Ҳомиладор аёлларда ва туғруқдан кейинги даврда COVID-19 нинг оғирлашуви даражалари ҳомиладор бўлмаган аёллар ва катталар билан бир хил мезонларга эга.

COVID-19 билан касалланган ҳомиладорларни туғдириш бўйича тавсиялар

1. Туғиш муддати ва туғдириш усули ҳар бир ҳолатда индивидуал равишда ҳал этилиши лозим. Ҳомиладорнинг ҳолатини оғирлик даражасига кўра аниқлаш, уни барқарорлаштириш, ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш, кўшимча текширув усуллари кўллаш ва муддатдан олдин туғдиришга кўрсатмаларни баҳолаш учун турли мутахассислар иштирокида консилиум ўтказилиши керак.
2. COVID-19 энгил ва ўрта даражада бўлганда табиий йўллар орқали туғдириш мақсадга мувофиқдир, лекин бунинг учун полиорган етишмовчилиги бўлмаслиги керак. Туғруқ пайтида аёлнинг ҳолати мунтазам мониторинг қилиниши зарур.
3. COVID-19нинг оғир симптомлари ва полиорган етишмовчилиги белгилари йўқ бўлганда, табиий йўллар орқали туғдиришда доимий равишда КТГ, тана ҳарорати, нафас олиш сони, қон босими ва SpO₂ мониторинги олиб борилиши лозим.
4. Агар пневмония ҳолати мавжуд бўлган ҳомиладор аёлда ўз-ўзидан дард бошланса, табиий йўллар орқали туғдириш мақсадга мувофиқ.
5. Агар беморда COVID-19нинг оғир ҳолати бўлса ва у сунъий нафас олиш аппаратида бўлса, кесарча кесиш операцияси акушерлик кўрсатмаларига асосланган ҳолда амалга оширилиши керак.
6. COVID-19да шошинч кесарча кесишга кўрсатмалар:
 - сунъий нафас олиш аппаратига қарамай гипоксияни йўқотишнинг иложи бўлмаса, нафас етишмовчилиги кучайса ёки ўпка альвеолар шиши кузатилса;
 - рефрактер септик шок бўлса;
 - Кесарча кесишга мутлақ кўрсатмалар бўлса, она ёки ҳомила ҳаётига хавф солувчи ҳолатлар мавжуд бўлса.
7. COVID-19 бўлган аёлларда режали кесарча кесишга кўрсатмалар бўлса, аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш учун операцияни кечиктириш мумкин.
8. Шошинч кесарча кесиш ёки режали кесарча кесишнинг вақтини белгилаш, ҳомиладорликни тўхтатиш ёки туғруқ индукцияси ҳақида қарорлар ҳар бир ҳолатда индивидуал тарзда, ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг яшаш имкониятлари ва аёл аҳволининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда консилиум орқали қабул қилиниши керак.
9. Агар туғруқ индукциясига кўрсатмалар бўлса, COVID-19 билан касалланган ҳар бир аёлда индукциянинг хавфини баҳолаш лозим. Индукция учун медикаментоз усуллардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар йўқ.
10. COVID-19 билан касалланган аёлларда ҳомиладорлик муддати 20 ҳафталиккача бўлганда шошинч кесарча кесиш амалиётини қўлламас

бўлади, чунки бу гестацион муддатда юрак чиқиши (сердечный выброс) га ҳомила таъсири кам. 20-23 ҳафталик ҳомиладорликда шошилиш кесарча кесиш она ҳаётини сақлаш учун амалга оширилиши мумкин (ҳомила ҳаётини сақлаш учун эмас). Гестацион муддат 24 ҳафта ёки ундан катта бўлганда, шошилиш кесарча кесиш она ёки ҳомила ҳаётини сақлаш учун амалга оширилиши мумкин.

11. Туғруқни кучайтириш ёки тезлатиш (туғруқ стимуляцияси, эпизиотомия, қин орқали оператив туғруқ) аёлнинг клиник ҳолатига қараб амалга оширилиши мумкин.

12. Туғруқнинг иккинчи босқичида нафас ва юрак етишмовчилигининг олдини олиш учун кучаникни (потуги) камайитириш ёки қин орқали оператив туғруқни амалга ошириш мумкин.

2. Ҳомиладор аёлларга тиббий ёрдам кўрсатишда қуйидаги чоралар кўрилиши керак:

- Барча ҳаётий муҳим кўрсаткичларни ҳар соатда мониторинг қилиш (гемодинамик мониторинг).
- Қоннинг кислородга тўйиниш даражаси (сатурация) $\geq 94\%$ бўлишини таъминлаш.
- Нафас олиш сонини ҳар соатда мониторинг қилиш ва ушбу кўрсаткичнинг динамикасини назорат қилиш.
- Ёш аёллар маълум вақт давомида респиратор функция бузилишларини компенсация қилиши мумкин, аммо кейинчалик тўсатдан декомпенсация ҳолати пайдо бўлади. Шу муносабат билан, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси (сатурация) пасаймасдан нафас олиш сонининг биров кўпайиши ҳам нафас олиш функциясининг ёмонлашишини кўрсатиши мумкин. Бу белги кислород таъминотини яхшилаш зарурлигини билдириши мумкин.
- Ҳомиладор аёлларга рентгенологик текширувлар, шу жумладан кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ёки компьютер томографиясини (КТ) ўтказиш мумкин.
- Кўкрак қафаси аъзоларини нурли текшириш усуллари, айниқса, КТ, COVID-19 инфекцияси билан касалланган беморнинг аҳволини баҳолашда муҳим аҳамиятга эга. КТ кўрсатмалар пайдо бўлиши биланоқ, ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар, дарҳол амалга оширилиши керак [4, 13, 24]. Ҳомилани ҳимоя қилиш учун аёлнинг қорнига махсус ҳимоя фартуклари жойлаштирилиши мумкин.

3. Дифференциал диагностика учун қўшимча текширувлар ўтказилиши мумкин:

Лаборатория текширувлар:

- Умумий (клиник) қон таҳлили;
- биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, электролитлар, жигар ферментлари, билирубин, глюкоза, альбумин);
- қон зардобидидаги С-реактив оксил даражасини текшириш;

- протромбин вақти, халқаро меъёрлаштирилган нисбат (МНО), фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти билан коагулограмма кўрсаткичларини аниқлаш.

Инструментал текширувлар:

- пульсоксиметрия
- электрокардиография (ЭКГ);
- кўкрак қафаси органларининг рентгенографияси;
- имкон қадар ўпканинг компьютер томографияси (КТ) ўтказилиши.

4. Коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларни жонлантириш ва интенсив терапия бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:

Реанимация ва интенсив терапия бўлимига (РИТБ) ўтказиш учун куйидаги мезонлардан бирининг мавжудлиги етарли:

- нафас олиш тезлиги дақиқада 25 дан ортиқ;
- $SpO_2 \leq 93\%$;
- $PaO_2 / FiO_2 \leq 300$ мм симоб устуни;
- пневмониянинг ривожланиши (24-48 соатдан кейин инфилтратив ўзгаришлар майдонининг 50% дан ортиқ ошиши);
- онг даражасининг пасайиши;
- нафас олишни қўллаб-қувватлаш зарурати (инвазив бўлмаган ёки инвазив вентиляция);
- беқарор гемодинамика (систолик қон босими 90 мм симоб устунидан кам ёки диастолик қон босими 60 мм симоб устунидан кам, вазопрессор препаратларга эҳтиёж, диурез 20 мл/соатдан кам);
- кўп аъзолар етишмовчилиги синдроми;
- $qSOFA > 2$ балл;
- артериал қон лактат 2 даражаси
- ўткир респиратор вирусли инфекция (фақат юқори нафас йўлларига таъсир қилади);
- нафас етишмовчилиги бўлмаган пневмония;
- ўткир етишмовчилиги бўлмаган пневмония;
- ўткир нафас етишмовчилиги синдроми;
- сепсис
- септик (инфекцион-токсик) шок.

Антибактериал терапия пневмония ташхиси қўйилганидан кейин дарҳол бошланиши керак: ташхис қўйилгандан сўнг 4 соатдан кечиктирмасдан, оғир пневмония ҳолатларида эса 1 соат ичида бошлаш зарур.

- Агар ҳомиладор аёлда COVID-19 давомида ижобий динамика кузатилмаса, ҳатто акушерлик кўрсатмалари мавжуд бўлмаса ҳам, ҳомиладорликни тугатиш масаласини кўриб чиқиш керак.
- Даволашни имкон қадар эртароқ бошлаш зарур, бу тезроқ соғайишни таъминлайди. Касаллик оғир ёки прогрессив кечган ҳомиладор аёлларда

вирусга қарши дори воситалари касаллик бошланган кундан кечроқ бўлса ҳам буюрилиши лозим.

COVID-19 га қарши эмлаш

АҚШ Касалликларни назорат қилиш ва олдини олиш маркази (CDC) ва Америка акушер-гинекологлари коллегияси (ACOG) ҳомиладор, туғруқдан кейинги даврдаги, эмизикли аёллар ёки келажакда ҳомиладор бўлишни режалаштираётган барча аёллар учун COVID-19 га қарши вакцинани тавсия этади (CDC: COVID-19 Vaccines While Pregnant or Breastfeeding ва ACOG: COVID-19 Vaccination Considerations for Obstetric–Gynecologic Care). Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатдики, COVID-19 га қарши вакцина ҳомиладор, туғруқдан кейинги даврдаги ва эмизикли аёллар, шунингдек, ҳомиладорликни режалаштираётган аёллар учун самарали ва хавфсиздир. Шу билан бирга, Миллий соғлиқни сақлаш институти (NIH) томонидан ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, агар ҳомиладор аёлда эмлашдан кейин ёки COVID-19 билан касаллангандан сўнг SARS-CoV-2 га антитаначалар пайдо бўлса, бу антитаначалар сут орқали чақалокқа ўтиб, уни ҳимоя қилиши мумкин.

COVID-19 вирусли инфекциясининг тарқалиши 2019 йил декабрь ойида Хитойда бошланган ва 2020 йил баҳорида пандемияга айланган [8,25,37]. Вируслар таксономияси бўйича халқаро қўмита (International Committee on Taxonomy of Viruses, ICTV) янги коронавирусга «оғир ўткир респиратор синдромли коронавирус 2» (SARS-CoV-2) номини берди ва Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) 2020 йил 11 февралда ушбу номни эълон қилди. Бу вирусли касаллик «коронавирус инфекцияси COVID-19» деб аталди [11,12,18]. COVID-19 пандемияси («coronavirus disease 2019») халқаро аҳамиятга молик фавқулодда ҳолат сифатида тарихга кирди [11].

COVID-19 инфекцияси ҳомиладорлик жараёнини оғирлаштириши мумкин [14].

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда оналар ўлимининг 33 та ҳолатини таҳлил қилдик ва бунда оналар ўлимига янги коронавирус инфекцияси (COVID-19) сабаб бўлганини аниқладик.

Вафот этган аёлларнинг хусусиятлари

Вафот этган аёллар фаол репродуктив ёшдаги аёллар бўлиб, 21 ёшдан 35 ёшгача — 27 нафар (81,8%) ва 35 ёшдан катта — 6 нафар (18,2%) эди. Паритет бўйича эса, вафот этганлар орасида 10 нафари (30,3%) биринчи туғадиган, 17 нафари (51,5%) 2–3 марта тукқан ва 6 нафари (18,2%) кўп тукқан аёллар иборат эди.

Кўпчилик ҳомиладор аёллар учинчи триместрда бўлган: 22-27 ҳафта оралиғида — 6 нафар (18,2%), 28-36 ҳафта оралиғида — 18 нафар (54,5%) ва 37 ҳафта ва ундан кўп муддатда — 9 нафар (27,3%).

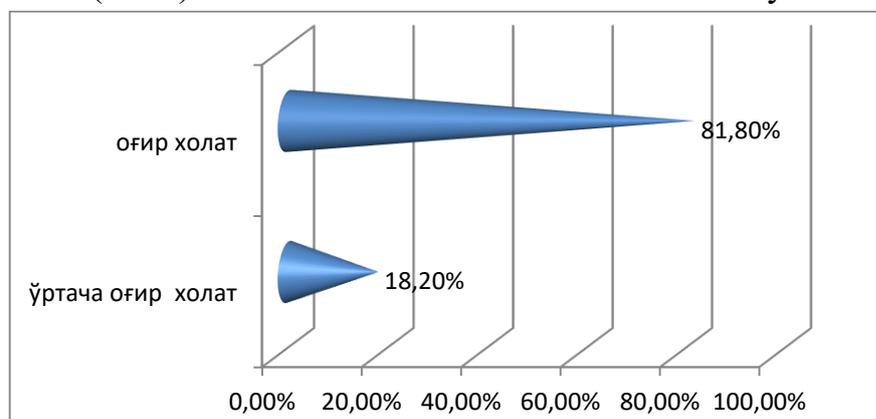
Ҳомиладорлик даврининг ошиши билан инфекциянинг янада оғир ва ўта оғир кечиши кузатилди, бу адабиётдаги маълумотларга мос келади.

Барча ҳомиладор аёллар ҳомиладорларни назорат қилиш муассасаларида (УАШ) рўйхатга олинган ва акушер-гинеколог томонидан кузатилган. Аммо беморларнинг 5-20 кун давомида уй шароитида ўз-ўзини даволаш ҳолатлари (иситма туширувчи воситалар, бурун битишига қарши воситалар, оғиз бўшлиғини чайиш, балғам туширувчи дорилар) бирламчи тиббий ёрдамнинг қониқарсиз ишлаётганидан, шунингдек, ҳомиладор аёллар ва уларнинг оила аъзолари коронавирус инфекциясининг мумкин бўлган жиддий асоратларидан беҳабар эканликларини кўрсатади.

Касалхонага ётқизиш пайтида аёлларнинг ҳолати

COVID-19 билан касалланган аёлларнинг 6 нафари (18,2%) касалхонага ётқизилган пайтидаги ҳолати ўртача оғир деб баҳоланган ва тез ривожланиб, аҳволи оғирлашган. Аксарият аёллар (27 нафари: 81,8%) касалхонага оғир аҳволда, нафас олиш қийинчилиги ва кўп аъзолар етишмовчилиги белгилари билан ётқизилган, бу ҳолат ўлимга олиб келган. Ҳомиладор аёллар кўп ҳолатларда касалхонадан ташқари пневмония билан тиббий муассасага кеч мурожаат қилганлар, бу эса ҳомиладор аёллар ва уларнинг оиласининг ҳаётга таҳдид солувчи белгилар (иситма, нафас қисилиши, йўтал, бош оғриғи, умумий заифлик) ҳақида етарли билимга эга эмасликларини ҳамда антенатал парвариш сифатининг пастлигини кўрсатади.

Соматик ҳолатни ўрганиш шуни кўрсатдики, барча аёлларда турли даражадаги камқонлик мавжуд бўлган: енгил камқонлик — 8 нафар (24,2%), ўртача даражадаги камқонлик — 19 нафар (57,6%) ва оғир камқонлик — 6 нафар (18,2%) аёлда кузатилган. Бу ҳолат пневмония ва ўткир нафас етишмовчилиги (ЎНЕ) сабабли юзага келган гипоксияни кучайтирган.



7.5-расм. Қабул пайтида COVID-19 билан касалланган аёлларнинг ҳолати

Ҳомиладор аёлларда COVID-19 нинг клиник кўриниши

Ҳомиладор аёлларда COVID-19 нинг типик клиник кўриниши куйидагича эди: икки томонлама интерстициал пневмония, ўткир респиратор синдром, тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, гипотензия, сатурациянинг пасайиши ва ўртача оғир даражадаги анемия. Ташхислар асосан куйидаги клиник белгиларга кўра қўйилган: иситма, умумий заифлик, миалгия, куруқ йўтал, ва ҳаво етишмаслиги. 24 нафар (72,7%) беморда тана ҳарорати 38°C гача ошган.

Беморларнинг пулси тахикардия билан тавсифланган: уриш тезлиги 90-92 уриш/минутдан 130-142 уриш/дақиқагача тезлашган, бу касалликнинг ривожланиши, ЎНЮЕнинг (ўткир нафас йўллари етишмовчилиги синдроми) кучайиши ва беморнинг аҳволи ёмонлашганини кўрсатган. Қон босими гипотензия билан тавсифланган: 100/60-90/60 мм симоб устуни, бу ҳолат касалликнинг оғир кечаётганидан далолат берган; фақат бир беморда қон босими нормал (120/80 мм симоб устуни) бўлган.

Нафас олиш частотаси 4 аёлда (12,1%) нафас олиш тезлиги 20/минут, 14 аёлда (42,4%) 26-27/минут ва 15 аёлда (45,5%) 32/минут ёки ундан кўпроқ экани қайд этилган. Яъни, 29 беморда (87,9%) нафас етишмовчилиги аниқланган, бу уларни нафас олишни қўллаб-қувватлаш мақсадида реанимация ва интенсив терапия бўлимига ўтказиш заруратини туғдирган.

Барча беморларда SpO₂ даражаси 90% дан паст бўлган: 14 аёлда (42,4%) сатурация 88-80% даражасида, 10 аёлда (30,4%) 78-68% ва 1 аёлда (3,0%) 30% дан паст сатурация кузатилган. Бу ҳолат барча беморларнинг оғир аҳволда ётқизилганини ва нафас олишни қўллаб-қувватлашга муҳтож эканлигини кўрсатган.

С реактив оксил (СРО) миқдори 24 беморда (72,7%) аниқланган. Улардан 9 беморда (27,3%) 49-60 мг/л, 12 беморда (36,4%) 64-96 мг/л ва 3 беморда (9,1%) 192 мг/л даражасида бўлган. СРОнинг ошиши COVID-19 билан касалланган беморларда бактериал инфекция мавжудлигини кўрсатган ва пневмониянинг вирусли-бактериал этиологияга эга эканлигини ҳамда антибиотик терапияни қўллаш зарурлигини таъкидлаган.

COVID-19 учун ёмон прогностик омиллар:

- лимфоцитларнинг мутлақ миқдори $<0,8 \times 10^6$ /л;
- кислород сатурацияси (SpO₂) $<90\%$;
- С-реактив оксил даражаси >100 мг/л;
- Лактат дегидрогеназа фаоллиги >245 ХУ/л;
- Д-димер таркиби >1000 нг/мл;
- Ферритин концентрацияси >300 мкг/л [ЖССТ].

1-Мисол. 36 ёшли кўп ҳомиладор бўлган аёл. Олдинги ҳомиладорликлар муаммосиз ўтган. Ушбу ҳомиладорлик давомида 12 ҳафтагача антенатал назоратга рўйхатдан ўтган. Бемор умумий амалиёт шифокорига номунтазам ташириф буюрган (бутун ҳомиладорлик давомида 4 марта), патронаж хизмати билан қамраб олинмаган. Ҳомиладорлик оғир камқонлик (Hb 70 г/л) фонида кечган. Амбулатор шароитда оғиз орқали кунига бир марта темир қўшимчаси буюрилган. Касалхонага ётқизилганда, ҳомиладорлик 4., 32 ҳафта ва 2 кун бўлган. Унинг таъхиси: «Стационардан таиқари икки томонлама пневмония, оғир кечиши, кардит, кардиомиопатия, нафас етишмовчилиги 2-3 даража, COVID-19, анемия». Беморнинг аҳволи ўртача оғир деб баҳоланган. Бемор умумий заифлик, йўтал, бош айланиши, иштаҳанинг йўқлиги, кўкрак қафасидаги оғриқлар, нафас қисилиши, иситма ва қориннинг пастки қисмида оғриқлардан шикоят қилган. Унинг сўзларига кўра, 5-6 кун давомида касал бўлган, томоқ оғриги пайдо бўлган ва тана ҳарорати 38-39°C га кўтарилган, йўтал бошланган. Қабул қилинган пайтида тана ҳарорати 38°, нафас олиш частотаси 28/дақ, SPO2 63%, пулс 104 зарба/мин, қон босими 100/60, 90/60 мм сим уст., Hb 69 г/л. Ht 29. ЭЧТ 17мм/сек, СРО 96, АСЛО 1200. Таъхис: Икки томонлама умумий интерстициал пневмония, кардиомиопатия. COVID-19 таъхиси ПЦР орқали тасдиқланган. Бемор қабул қилинганидан кейин, 4-кун вафот этган. Асосий таъхис: Коронавирус инфекцияси COVID-19. Икки томонлама стационардан таиқари келиб чиққан пневмония ва унинг оғир кечиши. Ўткир нафас етишмовчилигининг (ЎЮҚЕ) 3-4 босқичи, кўп орган етишмовчилиги. Тўқималар гипоксияси. Мия шиши. Тўртинчи ҳомиладорлик, 33 ҳафта. Туғруқ 4. Оғир даражали анемия.

Вафот этган беморларнинг 28 нафариди (84,9%) туғруқ амалга оширилган, 5 нафари (15,1%) эса ҳомиладорлигида вафот этган (1-жадвал). 15 нафар аёл (45,5%) табиий туғиш йўллари орқали туққан, шулардан 1 нафарга (3,0%) вакуум-экстрактор қўлланган.

COVID-19 билан касалланган 18 нафар аёл (54,5%) кесарча кесиш йўли билан туғдирилган. Жарроҳлик амалиёти учун кўрсатмалар қуйидагилар эди:

- она аҳволининг ёмонлашиши — 14 нафар (42,4%);
- икки марта кесарча кесиш амалиётидан сўнг бачадон чандиғининг етишмовчилиги — 3 нафар (9,1%);
- ҳомиланинг оёқлари билан олдинда ётиши — 1 нафар (3,0%);
- ҳомиланинг ноаниқ ҳолати — 1 нафар (3,0%).

1 нафар беморда (3,0%) операция давомида 3 жуфт қон томирни боғлаш амалиёти амалга оширилган.

7.1- жадвал.

COVID -19 билан ҳомиладорлик ва туғуруқнинг асоратлари ва натижалари

Тури	Сони n=33	
	Абс.	%
Ҳомила антенал ўлими	5	15,1
ТОПЙ (туғруқ олди пневмония ёки инфекция)	3	9,1
Ҳомила оёқлари олдин ётиши	1	3,0
Бачадонда иккита чандик	3	9,1
Ҳомиланинг ноаниқ ҳолати	1	3,0
Вақтидаги туғруқ	14	42,4
Муддатдан олдин туғруқ	15	45,5
Кесарча кесиш амалиёти	18	54,5
Вакуум экстракцияси	1	3,0
Туғдирилмаган	5	15,1

Ҳомиладорликда кесарча кесишга кўрсатма

Ҳомиладорлик давомида кесарча кесиш амалиёти миллий кўлланмаларга мувофиқ, «Кесарча кесиш» ва «Туғруқ индукцияси» асосида амалга оширилади.

Кесарча кесишда лапаротомия тури сифатида паст медиан лапаротомияни ўтказган маъқул ҳисобланади.

Қарши кўрсатмалар бўлмаса, регионар анестезия афзал кўрилади.

Икки томонлама интерстициал пневмония (54,6%), нафас етишмовчилиги (ЎНЕ) 2-3 даражаси (84,8%), ўткир респиратор дистресс синдроми (ЎРДС) (36,4%) ва ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги (ЎЮКЕ) (36,4%) ҳолатлари қайд этилган. Ўпканинг артерия тромбоемболияси (ЎАТЭ) 30,3% беморларда содир бўлган (2-жадвал).

7.2- жадвал. COVID -19 асоратлари: ҳомиладор аёлларда

Тури	Сони n=33	
	Абс.	%
Икки томонлама интерстициал пневмония	18	54,6
Ўткир нафас етишмовчилиги		
2 даража	4	12,1
3 даража	24	72,7
Ўткир респиратор дистресс синдроми (ЎРДС)	12	36,4
Миоокард дистрофияси	2	6,1
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги (ЎЮКЕ)	12	36,4
Ўпка артерияси тромбоемболияси (ЎАТЭ)	10	30,3
Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ)	6	18,2
Инфекцион-токсик дистресс синдроми (ИТДС)	2	6,1
Миянинг шиши	6	18,2
Кома	3	9,1
Ўткир юрак-гепаторенал синдром, жигар комаси	1	3,0
Кўп ички аъзолар етишмовчилиги	21	63,6

Асоратлар ва даволаш муаммолари

Ўткир буйрак етишмовчилиги ва мия шиши каби асоратлар 18,2% беморларда кузатилган, кома эса 3 (9,1%) беморда қайд этилган. ИТДС (инфекцион-токсик дистресс синдроми) 2 (6,1%) беморда рўй берган. COVID-19 билан касалланган 1 (3,0%) ҳомиладор аёлда жигар етишмовчилиги ривожланиб, ўткир респиратор синдром ва гепаторенал синдромга, кейинчалик жигар комасига олиб келган. Бу ҳолат ўлимга сабаб бўлган.

Ўпка, юрак, жигар, буйраклар ва миянинг дисфункцияси 63,3% беморларда кўп аъзолар етишмовчилигига олиб келган.

Туғруқдан олдин ва кейинги даврда беморларнинг мониторинги тўлиқ амалга оширилмаган: кўп ҳолларда умумий қон таҳлили (хусусан, гемоглобин ва ЭҚТ даражаси), коагулограмма, қон ивиши вақти, С-реактив оқсил (СРО) баҳоланмаган. Бу ҳолат даволаш самарадорлигининг паст бўлишига, антибиотик терапиянинг етарли эмаслигига, антиагрегантлар дозасининг тўғри танланмаганига, анемия ривожланишига, вирусли-бактериал инфекция, гипоксемия ва тромб шаклланишига олиб келган гиперкоагуляцияга сабаб бўлган.

Ҳомиладор, туғруқдаги ва туққан аёлларда этиотроп даволашда кўрсатмаларга мувофиқ вирусга қарши препаратлар қўлланилади.

Туғдириш муддатини танлашда қуйидаги тамойилларга асосланиш керак:

Зарур ҳолларда, туғдиришдан олдин аёлнинг умумий аҳволини барқарорлаштиришга эришиш лозим. Бу ҳолат бошқа акушерлик ҳолатларида, масалан, оғир преэклампсияда бўлгани каби, устувор вазифа ҳисобланади.

Муддатидан олдин туғдириш, аёлнинг интенсив даволанишини енгиллаштиришга қаратилган тадбир сифатида ёки ҳомиланинг тиббий кўрсатмаларига асосланган ҳолда амалга оширилиши керак. Бу жараён мултидисциплинар жамоа иштирокида ва ҳар бир ҳолатга индивидуал тарзда кўриб чиқилиши лозим. Масалан, аёлнинг умумий аҳволи, ҳомиланинг ҳолати, туғдиришдан сўнг аёлнинг умумий аҳволини яхшилаш имкониятлари ва ҳомиладорлик муддати эътиборга олинishi керак.

Устуворлик доимо аёлнинг умумий аҳволига қаратилган бўлиши керак:

- Агар ҳомиладор аёлни муддатидан олдин туғдиришга кўрсатмалар мавжуд бўлса, масалан, йўлдошнинг олдинда жойлашиши, преэклампсия ёки ҳомиланинг нотўғри жойлашиши кузатилса, туғдириш муддати акушерлик кўрсатмаларига асосан танланиши керак.
- Агар COVID-19 инфекцияси мавжуд бўлган ҳомиладор аёлнинг аҳволи оғир ёки ўта оғир деб баҳоланадиган бўлса, ҳаётий кўрсатмаларга кўра, ҳомиладорлик муддатига қарамасдан туғдиришни амалга ошириш лозим.

- Операция ва операциядан кейинги асоратларни камайтириш учун кесарча кесиш амалиётини тажрибали жарроҳ ўтказиши керак. Бунда ишончли гемостазга эришишга алоҳида эътибор қаратилиши зарур.

COVID -19 билан касалланган ҳомиладор аёллар ўлим сабаблари

асосан қуйидагилар эди:

- Нафас олиш етишмовчилиги;
- Ўткир респиратор дистресс синдроми (РДС);
- Юрак етишмовчилиги;
- Мия шишиши;
- Ўпка артерияси тромбоемболияси (ЎАТЭ/ТЕЛА);
- Кўп ички аъзоларнинг етишмовчилиги

COVID -19 билан касалланган ҳомиладор аёлларни даволашда

камчиликлар:

- Аёлларни коронавирус инфекциясидан кейин реабилитация қилиш амалга оширилмаган (ҳомиладорликдан 3 ой олдин COVID-19 билан касалланган, 26 ва 35 ҳафталарда), ўпка тромбоемболиясининг олдини олиш чоралари кўрилмаган.
- Ҳомиладор аёлларни касалхонага кеч ётқизилиши (касалликнинг 7 ва 20-кунида). Антенатал ҳомила ўлими ҳолатида ҳам аёл касалхонага ётқизилмаган.
- Икки томонлама пневмония ва ЎРДСга эга беморларда COVID-19 кеч ташхис қилинган (касалхонага ётқизилгандан кейин 6-кунида).
- Антибиотик терапиясининг етарли эмаслиги: оғир икки томонлама пневмония учун ўртача дозада битта антибиотик буюрилган, касалликнинг кучайиши билан баъзан 3-4-кунидан бошлаб кунига 2 марта оғиз орқали қабул қилинган, 7 кундан кейин эса кунига бир марта 3-антибиотик (зирамин 0,5г ёки цефирим 1,5г) қўшилган.
- Беморнинг оғир аҳволи етарлича баҳоланмаган: СРАРга ва сунъий ўпка вентиляциясига (СЎВ) кеч ўтилган (оғир пневмониянинг 3-4-куни), НЕНинг 3-даражасида СЎВ самарасиз бўлган (сатурация 78% дан 63% гача пасайган, қон босими 80/60 мм симоб устунига тушган, ўпка шикастланиши 60-80% дан 100% гача етиб борган).
- Анемиянинг оғирлиги нотўғри баҳоланган, кундалик ёзувларда гемоглобин миқдори кўрсатилмаган, унинг даражаси доимий равишда пасайган (78 дан 68-60 г/л гача). 2-даражали анемияда парентерал ферропрепаратларга қўшимча равишда рекомбинант эритропоэтин билан даволанмаган.
- Қабул қилинган пайтдан бошлаб ва туғруқдан кейинги даврда беморларда гиперкоагуляция белгилари кузатилган (қон ивиши вақти

2,07-2,50 дақиқа ва 1,19-1,38 дақиқа оралиғида бўлган). Антикоагулянтлар профилактик дозада (Клексан 0,4 мг, кунига бир марта) буюрилган, аммо беморнинг тана вазни ҳисобга олинмаган ва терапевтик дозада юборилмаган. Натижада, беморларда ўпка артерияси тромбоемболияси (ЎАТЭ) ривожланган.

- Гипокоагуляция ташхисини кеч аниқлаш сабабли қон компонентлари вақтида қўлланилмаган.
- Ҳеч бир ҳолатда ўлим сабабини аниқлаш учун патологоанатомик текширув ўтказилмаган.

COVID-19 билан касалланган ҳомиладор аёлларга кўрсатиладиган ёрдамни яхшилаш ва ўлимнинг олдини олиш бўйича таклифлар:

- Ҳомиладорликни режалаштираётган ва сурункали соматик касалликлари (гипертензия, қандли диабет, семизлик, бўйрак ва жигар касалликлари, нафас олиш тизими ва юрак-қон томир касалликлари) бор аёллар коронавирусга қарши эмланишлари лозим.
- Эпидемия даврида ҳомиладор ва туққан аёллар коронавирусга қарши эмланишлари керак.
- Агар ҳомиладор аёлда коронавирус симптомлари кузатилса, ПЦР ёки антиген тестлари орқали текширув ўтказилиши лозим.
- COVID-19 билан хасталанган ҳомиладор аёлларни даволаш акушер-гинеколог, терапевт, пульмонолог, реаниматолог ва бошқа мутахассислар назорати остида ўтказилиши керак.
- Ҳар бир ҳолатда ҳомиладорликни тўхтатиш, шошилиш кесарча кесиш, режали кесарча кесиш вақтини узайтириш ёки туғруқ индукцияси тўғрисидаги қарор индивидуал ёндашув асосида қабул қилиниши лозим. Бу қарор консилиум томонидан ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг яшаб қолиш имконияти ва аёлнинг аҳволининг оғирлигига кўра аниқланиши керак.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Авдеев С.Н, Адамян Л В. Алексеева Е И. Багненко СФ. И др. Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 10 (08.02.2021) 261с.
2. Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., Филиппов О.С., Марочко К.В. Особенности течения беременности, акушерская и терапевтическая тактика при новой коронавирусной инфекции COVID -19 у беременных.//Акушерство и гинекология 2020, №12.С.4-13. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.12.6-13>
3. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Зазерская И.Е. и др. Краткие клинические рекомендации. Тактика ведения беременных, рожениц и родильниц с новой

- коронавирусной инфекцией (COVID-19). МКБ-10: U07.2, U07.1 (версия 2.0 от 11.01.2021)
4. Временное клиническое руководство по ведению беременных с COVID-19. Ташкент 2020.
 5. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-2019)». Версия 7 (утвержденная Министерством здравоохранения РФ 03 июня 2020). 165с.
 6. Временные методические рекомендации профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 9 (26 октября 2020г) МЗ РФ 236с.
 7. Временный национальный стандарт РУз по ведению больных с COVID-19. Восьмая версия. 21.09.2020. Ташкент.
 8. Львов Д.К., Альховский С.В., Колобухина Л.В., Бурцева Е.И. Этиология эпидемической вспышки COVID-19 в г. Ухань (провинция Хубэй, Китайская Народная Республика), ассоциированной с вирусом 2019-CoV (Nidovirales, Coronaviridae, Coronavirinae, Betacoronavirus, подрод Sarbecovirus): уроки эпидемии SARS-CoV-2. // Вопросы вирусологии. 2020; 65(1): 6-15. DOI: <https://doi.org/10.36233/0507-4088-2020-65-1-6-15>
 9. Макацария А.Д., Бицадзе В.О., Хизроева Д.Х., Солопова А.Г., Воробьев А.В., Стулева Н.С., Акиншина С.В., Макацария Н.А., Третьякова М.В., Элалами И., Гри Ж.-К., Риццо Д., Немировский В.Б., Капанадзе Д.Л., Митрюк Д.В., Блинов Д.В. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и группы риска в акушерстве и гинекологии. Акушерство, Гинекология и Репродукция. 2020;14(2):159–162. <https://doi.org/10.17749/2313-7347.133>
 10. Национальное руководство по COVID-19 МЗ РУз, 2020 <http://www.minzdrav.uz/documentation/detail.php?ID=58045>
 11. Никифоров В.В., Колобухина Л.В., Сметанина С.В., Мазанкова Л.Н., Плавунов Н.Ф., Щелканов М.Ю., Суранова Т.Г., Шахмарданов М.З., Бургасова О.А., Кардонова Е.В., Базарова М.В., Антипят Н.А., Серова М.А., Орлова Н.В., Забозлаев Ф.Г., Кружкова И.С., Кадышев В.А. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика. Учебно-методическое пособие / Москва, 2020.- 48 с.
 12. Пашенков М.В., Хаитов М.Р. Иммунный ответ против эпидемических коронавирусов. Иммунология. 2020, 41 (1): 5–18. DOI: 10.33029/0206-4952-2020-41-1-5-18.
 13. Петров Ю.А., Шаталов А.Е., Купина А.Д. Новая коронавирусная инфекция и беременность. Вестник СурГУ. Медицина. 2020; № 2 (44), 8-12. <https://doi.org/10.34822/2304-9448-2020-2-8-12>.
 14. Припутневич Т.В., Гордеев А.Б., Любасовская Л.А., Шабанова Н.Е. Новый коронавирус SARS-COV-2 и беременность: обзор литературы. // Акушерство и гинекология. 2020, №5, 6-12. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.5.6-12>.
 15. Пун Л.С., Янг Н., Капур А., Меламед Н., Дао Б., Дивакар Х., Макинтайр Х.Д., Кихара А.Б., Айрес-де-Кампос Д., Феррацци Э.М., Ди Ренцо Дж.К., Ход М. Международное временное руководство по коронавирусной инфекции 2019 Г. (COVID-19) при беременности, в родах и в послеродовом периоде, разработанное международной

- федерацией акушеров-гинекологов (FIGO) с партнерами: информация для работников здравоохранения 2020 International Federation of Gynecology and Obstetrics 1–14// Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение 2020. Том 8, № 2, С.8-24 DOI: 10.1002/ijgo.13156 www.wileyonlinelibrary.com/journal/ijgo
16. Синчихин С.П., Степанян Л.В., Мамиев О.Б. Новая коронавирусная инфекция и другие респираторные вирусные заболевания у беременных: клиническая лекция Гинекология 2020 | ТОМ 22 | №2: с. 6-16. <https://doi.org/10.26442/20795696.2020.2.200129>
 17. Antoun L., Taweel N.E., Ahmed I., et al. Maternal COVID-19 infection, clinical characteristics, pregnancy, and neonatal outcome: A prospective cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020:S0301-2115(20)30448-6. Doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.07.008.]:
 18. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): data as received by WHO from national authorities by 10:00. CEST. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200419-sitrep-90-covid-19.pdf?sfvrsn=551d47fd_2
 19. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: London, 2020. 61 p. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>. [Accessed: 30.04.2020]
 20. Di Mascio D., Khalil A., Saccone G., et al. Outcome of Coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2020;2(2):100107. Doi: 10.1016/j.ajogmf.2020.100107.
 21. Gao YJ, Ye L, Zhang JS, Yin YX, Liu M, Yu HB, Zhou R. [Clinical features and outcomes of pregnant women with COVID-19: a systematic review and meta-analysis](#). BMC Infect Dis. 2020 Aug 3; 20(1):564. <https://dx.doi.org/10.1186/s12879-020-05274-2>
 22. Guidance for management of pregnant women in COVID-19 pandemic. ICMR–National Institute for Research in Reproductive Health, 2020.17p. Available at: <http://www.nirrh.res.in/wp-content/uploads/2020/04/Guidance-for-Management-of-Pregnant-Women-in-COVID-19-Pandemic.pdf>. [Accessed: 30.04.2020]
 23. Guo T., Fan Y., Chen M. et al. Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). JAMA Cardiol. 2020. Mar 27. DOI: 10.1001/jamacardio.2020.1017.
 24. Healthcare workers Optimizing Personal Protective Equipment (PPE) Supplies. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testingoverview.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhcp%2Fclinical-criteria.htm].
 25. Karimi-Zarchi M, Neamatzadeh H, Dastgheib SA, Abbasi H, Mirjalili SR, Behforouz A, Ferdosian F, Bahrami R [Vertical Transmission of Coronavirus Disease 19 \(COVID-19\) from Infected Pregnant Mothers to Neonates: A Review.](#) Fetal Pediatr Pathol. 2020 Jun;39(3):246-250.
 26. Kayem G, Lecarpentier E, Deruelle P, Bretelle F, Azria E, Blanc J, Bohec C, Bornes M, Ceccaldi PF, Chalet Y, Chauleur C, Cordier AG, Desbrière R, Doret M, Dreyfus M, Driessen M, Fermat M, Gallot D, Garabédian C, Huissoud C, Luton D, Morel O, Perrotin F, Picone

- O, Rozenberg P, Sentilhes L, Sroussi J, Vayssière C, Verspyck E, Vivanti AJ, Winer N, Alessandrini V, Schmitz T. [A snapshot of the Covid-19 pandemic among pregnant women in France](#). *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020 Sep; 49(7):101826.
27. Lippi G., Plebani M., Henry B.M. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: A meta-analysis. *Clini Chim Acta*. 2020;506:145–8. DOI: 10.1016/j.cca.2020.03.022
28. Lou J., Tian S.-J., Niu S.-M. et al. Coronavirus disease 2019: a bibliometric analysis and review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2020; 24 (6): 3411–21. DOI: 10.26355/eurrev_202003_20712
29. NCT04315870. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in pregnancy: The Italian registry on coronavirus in pregnancy. (I-COVID). <https://clinicaltrials.gov/ct2>.
30. [Panahi L, Amiri M, Pouy S. Risks of Novel Coronavirus Disease \(COVID-19\) in Pregnancy; a Narrative Review](#). *Arch Acad Emerg Med*. 2020 Mar 23; 8(1):e34.
31. Pierce-Williams R.A.M., Burd J., Felder L., Khoury R., Bernstein P.S., Avila K. et al. Clinical course of severe and critical coronavirus disease 2019 in hospitalized pregnancies: a United States cohort study. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM*. 2020; 2(3): 100134. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100134>.
32. Poon, LC, Yang H, Lee JC, et al. ISUOG Interim Guidance on 20C9 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020.doi: 10.1002/uog.22013.
33. Poon L. C., Yang H., Kapur A., Melamed N., Dao B., Divakar H., David McIntyre H., Kihara A. B., Ayres-de-Campos D., Ferrazzi E. M., Carlo Di Renzo G., Hod M. Global interim guidance on coronavirus disease 2019 (COVID-19) during pregnancy and puerperium from FIGO and allied partners: Information for healthcare professionals // *Int J Gynaecol Obstet*. --2020. -- Apr 4
34. Queensland Clinical Guidelines Perinatal care of suspected or confirmed COVID-19 pregnant women. Guideline No. MN20.63-V1-R25. QueenslandHealth. 2020. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/qcg>
35. Report of the WHO-China joint mission on Coronavirus disease-2019 (COVID-19). World Health Organization. 16-24 February 2020. 40 p. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. [Accessed: 30.04.2020]
36. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: London, 2020. 61 p. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>. [Accessed: 30.04.2020]].
37. Yu N, Li W, Kang Q, Xiong Z, Wang S, Lin X, Liu Y, Xiao J, Liu H, Deng D, Chen S, Zeng W, Feng L, Wu J. [Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective, single-centre, descriptive study](#). *Lancet Infect Dis*. 2020 May;20(5):559-564.
38. Zheng F., Tang W., Li H. et al. Clinical characteristics of 161 cases of corona virus disease 2019 (COVID-19) in Changsha. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*.2020;24(6):3404–10. DOI: 10.26355/eurrev_202003_20711.

7.2-боб. ЮРАК-ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИ (ЮҚК)

Ҳомиладор аёлларда юрак касалликларини аниқлаш даражаси 0,4% дан 10% гача ташкил қилади. Ҳомиладорлик даврида энг кўп учрайдиган юрак-қон томир касалликларига туғма юрак касаллиги киради, бу ҳомиладорлик давридаги барча юрак касалликларининг 75-82% ни ташкил этади. Шунингдек, ревматик юрак касаллиги ҳам кенг тарқалган бўлиб, 56-89% ҳолларда учрайди. Кардиомиопатиялар нисбатан кам учрайди, аммо юрак-қон томир тизимига боғлиқ энг оғир асоратлар айнан кардиомиопатиялар туфайли келиб чиқади.

ЮҚК билан оғриган аёлларда акушерлик асоратлари, жумладан, эрта туғилиш, преэклампсия ва туғруқдан кейинги қон кетиш хавфи ортади.

Сўнгги йилларда ҳомиладор ва туғруқдан кейинги даврда юрак-қон томир касалликлари билан оғриган аёллар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. Бу бир қатор сабаблар билан боғлиқ:

- юрак касалликларини эрта ташхислаш;
- ҳомиладорликни сақлаб қолиш учун кўрсатмалар кенгайиши;
- операция қилинган аёллар сонининг ортиши;
- аёллар ўзлари ёки шифокорлар рухсати билан оғир касал бўлишига қарамай, ҳомиладорликни давом эттиришга қарор қилишлари;
- тиббиёт соҳасидаги муваффақиятларга бўлган ишонч.

Ҳомиладорлик даврида юрак-қон томир касалликлари хавфи бутун дунёда ошиб бормоқда. Кеч репродуктив ёшдаги ҳомиладорлик кўпинча қандли диабет, гипертония ва семизлик билан бирга кечади, бу аёлларда юрак касалликлари пайдо бўлиши мумкин. Бундан ташқари, туғма юрак нуқсонлари бўлган аёллар сони ҳам ортиб бормоқда. Фарб мамлакатларида ҳомиладор аёлларда юрак-қон томир касалликлари оналар ўлимининг асосий сабабларидан биридир.

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 10 та оналар ўлими ҳолатини таҳлил қилдик. Таҳлил натижаларига кўра, оналар ўлими сабаблари юрак-қон томир касалликлари билан боғлиқ бўлган.

7.2.1- жадвал. Оналар ўлимига сабаб бўлган юрак-қон томир касалликлари

Тури	Беморлар сони
Туғма юрак нуқсонлари:	
Вентрикуляро септал дефект	1
Бўлмачалараро тўсиқ нуқсони +Трикуспидал қопқоқ етишмовчилиги	1
Юрак қоринчалараро ва бўлмачалараро тўсиқ нуқсони	1
Миртал қопқоқ етишмовчилиги	1
Субаортал мембрана	1

Аорта коартацияси	1
Марфан синдроми	1
Ўпка артерияни стенози	1
Кенгайган кардиомиопатия	1
Юрак ишемик касаллиги	1
Ўткир юрак ритмининг идиопатик суправентрикуляр пароксизмал тахикардияси.	1

Вафот этган аёлларнинг хусусиятлари

Аёллар фаол репродуктив ёшда эди: 20-24 ёш – 3 нафар, 25-29 ёш – 4 нафар, 30-34 ёш – 2 нафар ва 40 ёш – 1 нафар. Паритет бўйича беморлар орасида биринчи туғруқ – 5, иккинчи – 2, учинчи – 2 ва бешинчи туғруқ – 1 та.

Аёллар ҳомиладор бўлган даврда: 15 ҳафтада – 1, 22-27 ҳафтада – 1, 28-34 ҳафтада – 2, 35-37 ҳафтада – 4 ва 38 ҳафтада – 2 нафар ҳомиладор бўлган. Аёлларда ҳомиладорлик бор эди: 15 ҳафта-1, 22-27 ҳафта-1, 28-34 ҳафта - 2, 35-37 ҳафта - 4 ва 38 ҳафта - 2.

Барча ҳомиладор аёллар умумий шифокор рўйхатида турган ва акушер-гинеколог ҳамда кардиолог томонидан кузатилган. Барча беморларда ҳомиладорлик тақиқланган бўлишига қарамай, ҳомиладорлик давом эттирилган, 2 аёлда эса такрорий (учинчи ва бешинчи) туғруқ амалга оширилган. Бу ҳолатлар бирламчи тиббий ёрдамнинг қониқарсиз эканлигини, шунингдек, ҳомиладор аёллар ва уларнинг оила аъзоларининг юрак-қон томир касалликларининг жиддий асоратлари ҳақида етарли маълумотга эга эмасликларини ва контрацепцияни етишмаслигини кўрсатади.

Касалхонага ётқизиш пайтида аёлларнинг ҳолати

Барча юрак-қон томир касалликлари билан касалланган аёлларнинг касалхонага ётқизилгандаги аҳволи нафас олиш ва юрак етишмовчилиги белгилари билан ўта оғир деб баҳоланган. Ушбу аёлларнинг 8 нафарида ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатма берилган бўлиб, уларнинг аҳволи ёмонлашган ва бу ўлимга олиб келган. Ҳомиладор аёллар тиббий муассасага кеч мурожаат қилганлари сабабли уларнинг ҳолати оғирлашган.

Соматик ҳолатлар таҳлили шуни кўрсатдики, барча аёлларда оғир анемия (Hb 68 ва 60 г/л) юрак етишмовчилиги ва ўз-ўзидан юзага келган гипоксия ҳолатини кучайтирган. Бу ҳолатлар антенатал парваришнинг паст сифатда эканлигини ва ҳомиладор аёллардаги темир танқислигининг самарали тузатилмаганлигини кўрсатади.

Шуни ҳам таъкидлаш жоизки, барча ҳолатларда оғир камқонлик фонида (Hb < 70 г/л) операцияга тайёргарлик кўрилмасдан, операциядан олдин ва

операция вақтида эритмаси қуйилмаган. Интраоператив қон йўқотиш 700 мл гача бўлиб, натижада Нв даражаси 60 г/л гача пасайган.

Бу туғруқдан кейин беморнинг аҳволининг ёмонлашишига, юрак ва нафас етишмовчилиги кучайишига, айланма қон ҳажмининг камайиши туфайли ўткир буйрак етишмовчилигига ва кислород ташувчи (эритроцитлар) хужайраларининг камайиши натижасида барча аъзоларнинг гипоксиясига, шу орқали кўп орган етишмовчилигига олиб келган.

Бу эса туғруқдан кейин беморнинг аҳволи ёмонлашиши, ЮЕ ва НЕ кўпайиши, айланма қон ҳажмининг камайиши натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги, кислород ташувчилар (эритроцитлар) камайиши сабаби билан барча органлар циркулятор ва тўқималарнинг гипоксиясининг ривожланиши бўлиб кўп орган етишмовчилигига олиб келган.

Сурункали пиелонефрит – 2 нафар аёлда, варикоз касаллиги – 1 нафарда ва сурункали гипертония – 1 нафарда аниқланган.

Диагностика

Ташхис клиник кўринишлар ва кардиологнинг хулосаси асосида қўйилган. Акушерлик бўлимига қуйидаги юрак-қон томир касалликлари билан ҳомиладор аёллар ётқизилган:

1-бемор: Туғма юрак нуқсони. Қоринчалараро септумнинг катта нуқсони. Операциядан кейинги ҳолат: ўпка артериясининг сунъий стенози (9 йил олдин тузатилган). Иккиламчи ўпка гипертензияси 3-босқич. Пароксизмал тахикардия. Юрак етишмовчилиги 3-даража. Анамнез: бемор икки марта касалхонага ётқизилган, ҳомиладорликни тўхтатиши таклиф қилинган, лекин аёл қатъиян рад этган.

2-бемор. Марфан синдроми (3 йил олдин аниқланган). Терапевт ва ортопед назоратида бўлган. Анамнезида икки туғруқ бўлган, болалар тирик. Ривожланмаган ҳомиладорликлар (4, 3 ва 4 ойлик). Бемор контрацепция усуллари қўлламаган, натижада ҳомиладор бўлган. Ўлим сабаби: туғруқдан кейинги 2-кунда аорта аневризмаси ёрилиши ва диссекция.

3-бемор. Кенгайган кардиомиопатия. Юрак етишмовчилиги 3-даража. Анамнезда: 12 ёшдан бошлаб болалар кардиологи назоратида турган. 26 ҳафтада ҳомиладорликни тўхтатиши таклиф қилинган, лекин аёл ва унинг қариндошлари буни рад этган. Бир ҳафта ўтгач, аёл жуда оғир аҳволда туғуруқхонага ётқизилган ва шошилишч кесарча кесиши амалиёти ўтказилган. Туғруқдан кейин юрак етишмовчилигидан вафот этган.

4-бемор. Биринчи ҳомиладорлик, биринчи туғруқ. Кесарча кесиши амалиётидан кейинги чилла даврининг 3-куни. Туғма юрак нуқсони, субаортал мембрана ва артериал йўлларнинг очиқлиги операциясидан кейинги ҳолат (4 йил олдин). Юрак ритмининг бузилиши, тахисистолик бўлмача фибрилляцияси. Миокард ностабиллиги, кардиоген аритмик шок. Бош миёда антиград перфузиянинг бузилиши, чап ярим шарнинг тепа соҳасида ишемия, мия ишиши ва мия комаси. Декортикация ҳолати, ўткир буйрак етишмовчилиги, анурия босқичи ва

уремик интоксикация. Ҳомиладор бўлишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганига ва аввал даволаниб, кейин ҳомиладор бўлиш тавсия қилинганга қарамай, аёл ҳомиладорликни танлаган.

5-бемор. 40 ёшдаги бемор: Ҳомиладорлик 6, 26-27 ҳафта. Туғруқ 5. Аортал қопқоқ этишмовчилиги, аортал стеноз, юракнинг тугма нуқсони, бўлмачалараро тўсиқ нуқсони. Трикуспидал қопқоқ этишмовчилиги 3-даража, ўпка гипертензияси 3-даража. Қон айланишининг 2-а даражали бузилиши. Кардиология марказига ётқизилган ва учинчи туғруқдан кейинги 3-кунда вафот этган.

Ушбу оналар ўлими ҳолатида аёлга контрацепция усуллари қўлланмаганлигини кўрсатади.

Ҳомиладорлик ва туғишнинг асоратлари:

- Ҳомиланинг антенатал ўлими
- Бачадонда кесарча кесишдан кейин чандиқ .
- Эгизаклар

ЮҚК асоратлари :

- ЎЮҚЕ 3-даража
- ЎЮНЕ 3-даража.
- Ўпка гипертензияси
- ЎАТЭ
- Бош мия шиши
- Гипоксик кома. Декортикация.
- Аортанинг ёрилиши
- Инфаркт
- Аритмоген ареактив кардиоген шок, асистолия

Бу асоратлар ўлимга олиб келган. Беморлар касалхонада 1-7 кун давомида вафот этганлар.

Юрак касалликлари бўлган ҳомиладор аёлларни даволашда камчиликлар:

- юрак касалликлари мавжуд аёлларда мутахассислар консилиуми ўтказилмаган, ҳомиладорликда хавфлар етарли баҳоланмаган;
- ҳомиладорликка қатъий қарши кўрсатмалари бўлган аёлларда ўз вақтида контрацепция қўлланилмаган;
- юрак касалликлари мавжуд аёллар етарли даражада чуқур ихтисослаштирилган текширувлардан ўтмаган;
- декомпенсация ривожланган пайтда ҳомиладорликни тўхтатишга қарши бўлган беморлар акушерлик шифохоналаридан уйга чиқарилган;
- марфан синдроми бўлган аёлларда хавф етарли баҳоланмаган, ўз вақтида ҳомиладорлик тўхтатилмаган;
- марфан синдроми бўлган аёлларда хавф етарли баҳоланмаган, ўз вақтида ҳомиладорлик тўхтатилмаган;

- юрак касалликлари мавжуд аёллар стационарга оғир аҳволда кеч ётқизилган;

Тавсиялар

Юрак-қон томир касалликлари мавжуд аёллар ҳомиладорликни режалаштиришдан олдин ўз вақтида маслаҳат олишлари зарур. Оналик ҳақида онгли қарор қабул қилиш жуда муҳимдир. Беморлар нафақат соғлиғини, балки ҳиссий ва маданий контекстни, психологик ва ахлоқий хусусиятларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал ёндашув талаб қилади.

Юқори хавф ёки қарши кўрсатмаларга эга бўлган беморларда ҳомиладорлик хавфини аниқлаш ва режалаштириш ёшлик давридан муҳокама қилиниши керак. Шунингдек, узоқ муддатли прогноз, касалликка хос туғилиш ва аборт кўрсаткичлари, туғма касалликларнинг қайталаниш хавфи, дори терапияси ва оналик хавфлари кўриб чиқилиши лозим.

Мультидисциплинар мутахассислар билан бирга ҳомиладорликни бошқариш режаси ишлаб чиқилиши ва бемор билан муҳокама қилиниши шарт. Ҳар бир ҳолат ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган хавф классификациясига асосан индивидуал баҳоланиши лозим.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) оналар ҳаётига хавфни баҳолаш учун махсус классификацияни ишлаб чиқди. У ҳомиладорлик пайтида юрак-қон томир касалликлари бўлган аёлларда хавфни баҳолашга ёрдам беради ва шу асосда аёлга кўрсатма беради. Қуйида ушбу хавф даражалари таснифи келтирилган.

ЖССТ оналик хавф даражалари

I даража — Асоратланмаган ёки ўрта даража:

- ўпка артерияси стенози;
- очик артериал проток;
- Самарали операция қилинган юрак нуқсонлари: ДМПП (бўлмачалараро тўсиқ нуқсони), ДМЖП (қоринчалараро тўсиқ нуқсони), аномал юрак томирлари.

II даража — Ўрта даражадаги хавф (бошқа асоратлар бўлмаганида):

- операция қилинмаган юрак нуқсони ДМПП, ДМЖП;
- Тетрада Фалло самарали коррекциядан кейинги ҳолат;
- аритмиялар.

III даража — Ҳомиладорлик хавфи юқори бўлган ҳолатлар (индивидуал ёндашув талаб қилинади):

- чап қоринчанинг ўртача шикастланиши;
- гипертрофик кардиомиопатия;
- клапанлар касалликлари (ЖССТ I ёки IV гуруҳга кирмайдиганлар);
- марфан синдроми (аорта дилатацияси бўлмаган ҳолда);
- аорта диаметри 45 мм дан кам бўлса;

- аортанинг бикуспидал қопқоқлари билан аорта коарктациясидан кейинги ҳолат;
Механик юрак қопқоқлари;
- системали ўнг қоринча;
- фонтен операциясидан кейинги ҳолат;
- операция қилинмаган цианозли юрак нуқсонлари;
- бошқа мураккаб юрак нуқсонлари;
- марфан синдромида аорта дилатацияси 40-45 мм;
- аорта диаметри 40-45 мм бикуспидал қопқоқлари билан бирга.

IV даража — Ҳомиладорликка қатъий қарши кўрсатмалар (ҳомиладорлик ман қилинади):

- ўпка гипертензияси ҳолатлари;
- қоринчанинг жиддий дисфункцияси (Фракцияси <30%, Функционал класс СН III-IV);
- перипартал кардиомиопатиядан кейинги ҳолат ва чап қоринчанинг резидуал шикастланиши;
- жиддий митрал стеноз, аорта стенози субъектив симптомлар билан;
- фонтен операцияси;
- марфан синдромида аорта дилатацияси 45 мм дан кўп бўлса;
- аорта диаметри 50 мм дан кўп бўлса, бикуспидал қопқоқлари билан бирга;
- аортанинг жиддий коарктацияси.

Аёл ҳомиладорликнинг 10-12 ҳафтасигача назоратга олиниб, керакли барча текширувлардан (амбулатор ёки стационар шароитда) ўтиши керак. Шунингдек, врач-кардиолог, врач-кардиохирург, врач-акушер-гинеколог ва терапевт билан биргаликда консилиум ўтказиш лозим.

Консилиумда қуйидагилар муҳокама қилинади:

- Аёлнинг соғлиғи ва аҳволи ҳақида хабардор қилинади.
- Текширув натижалари, диагноз, прогноз, хавф омиллари, даволаш усуллари, ҳомиладорликдаги хавфлар ва даволаш натижалари муҳокама қилинади.
- Ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатиш ҳақида қарор қабул қилинади.
- Агар ҳомиладорликни тўхтатиш керак бўлса, аёл ихтисослаштирилган муассасага юборилади.
- Агар аёл ҳомиладорликни тўхтатишдан бош тортса, шифокорлар консилиуми ҳомиладорликни бошқаришнинг кейинги тактикасини ҳал қилиши керак.
- Протез тромбози, жиддий стеноз, клапан етишмовчилиги ёки аритмия бўлса, аёл юрак-қон томир жарроҳлиги касалхонасига юборилади.
- Ҳомиладорликнинг 18-22 ҳафталигида аёллар амбулатор ёки стационар шароитда текширилади:
- юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини баҳолаш.

- дори терапиясини танлаш ёки тузатиш;
 - ҳомиланинг конгенитал аномалияларини истисно қилиш учун пренатал диагностика;
 - фетопласентал комплекснинг ҳолатини баҳолаш учун УЗИ ва Допплер ўлчовлари ўтказиш.
- 27-32 ҳафталик ҳомиладорлик даврида:
- кардиология ёки юрак-қон томир жарроҳлиги шифохонасига ётқизиш лозим;
 - юрак-қон томир тизимининг функционал ҳолатини ва фетопласентал комплексни УЗИ ва Допплер ёрдамида баҳолаш керак;
 - дори терапиясини танлаш ёки тузатиш;
 - фетопласентал комплекснинг ҳолатини баҳолаш;
 - туғруқ муддатини аниқлаш.
- Ҳомиладорлик 35-37 ҳафтасида аёллар туғилиш муддатини ва усулини аниқлаш учун юқори даражали касалхонага юборилади.
- Шифокорлар консилиуми (кардиолог ёки юрак-қон томир жарроҳи, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог) томонидан қуйидаги вазифалар амалга оширилади:)
- **Юрак етишмовчилиги учун функционал синфни аниқлаш:** Аёлда юрак етишмовчилигининг функционал синфи баҳоланади.
 - **СВД белгиларини динамик баҳолаш:** Мавжуд юрак-қон томир касалликлари (СВД) белгилари динамикада мунтазам назорат қилинади.
 - **Ҳомиладорликнинг бориши ва фетопласентал комплекс ҳолатини баҳолаш:** Ҳомиланинг ривожланиши, фетопласентал комплекснинг ҳолати ва унинг туғруққа тайёрлиги давомий равишда мониторинг қилинади.
 - **Юрак етишмовчилигининг функционал классификацияси:** Туғруқдан олдин юрак етишмовчилиги классификацияси яна қайта кўриб чиқилади, ҳамда ҳомиладорликни бошқариш режасига зарур тузатишлар киритилади.
 - **Туғруқ муддати ва усуллари:** Шифокорлар консилиуми туғруқ муддатини ва усулини аниқлашда қўмақлашади, бунда аёлнинг умумий ҳолати, юрак етишмовчилиги даражаси ва ҳомиланинг ҳолати ҳисобга олинади.

Тавсиялар

- Юрак касалликлари мавжуд аёлларда ҳомиладорликни режалаштиришда хавфни баҳолаш: Ҳомиладорликни режалаштиришда юрак касалликлари мавжуд аёлларда ЖССТ томонидан ишлаб чиқилган оналик хавфи классификацияси орқали хавфни баҳолаш зарур.
- Контрацепция билан қамраб олиш: Юрак касалликлари бўлган аёлларга контрацепция усуллари бўйича тушунтириш ишларини амалга ошириш ва уларни ўз вақтида контрацепция билан қамраб олиш лозим.
- Мультидисциплинар ёндашув орқали ҳомиладорликни бошқариш:

- Ҳомиладорликни бошқариш режаси мултидисциплинар мутахассислар томонидан ишлаб чиқилиши ва бемор билан муҳокама қилиниши керак. Бунда қуйидаги жиҳатлар муҳокама қилинади:
 - узок муддатли прогнозлар;
 - касалликка хос туғилиш ва аборт кўрсаткичлари;
 - туғма касалликларнинг қайталаниш хавфи;
 - дори терапияси ва оналик хавфи;
 - ҳомиладорлик ва туғилишни бошқариш режаси;
- Ҳомиладорликнинг эрта босқичида назоратга олиш: Ҳомиладорлик муддати 10-12 ҳафтагача аёл назоратга олиниши керак. Барча зарур текширувлар амбулатор ёки стационар шароитда ўтказилиши лозим. Врач-кардиолог, кардиолог-хирург, акушер-гинеколог ва терапевт билан бирга консилиум ўтказилиши зарур, бунда:
 - аёлнинг соғлиғи ва аҳволи ҳақида хабардор қилинади;
 - текширув натижалари, диагноз, прогноз, хавф омиллари ва даволаш методлари муҳокама қилинади;
 - ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатиш ҳақида қарор қабул қилинади;
- Ҳомиладорликни тўхтатиш қарори: Агар ҳомиладорликни тўхтатиш ҳақида қарор қабул қилинса, аёлни ихтисослаштирилган муассасага юбориш лозим.
- Юқори даражали касалхонага юбориш: Юрак касалликлари мавжуд ҳомиладор аёллар туғруқ учун юқори даражали касалхонага юборилиши лозим.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Национальный клинический протокол «Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности». Ташкент, 2023, 109 с.
2. 2018 ЕОК Рекомендации по диагностике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности. Ассоциации ESC, Советы, Рабочие группы ESC, Комитет по Практическим рекомендациям (КПР), ЕОК, Национальные кардиологические сообщества ЕОК

7.3-боб. ЗОТИЛЖАМ

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 4 та оналар ўлими (ОЎ) ҳолатини таҳлил қилдик, бунда ОЎ нинг сабаби зотилжам касалликлари бўлган.

Зотилжам — бу ўпканинг нафас олиш қисмларининг ўчоқли зарарланиши ва интраальвеоляр экссудация билан кечадиган, асосан бактериал этиологияли ўткир юқумли касалликдир.

Вафот этган аёлларнинг хусусиятлари

Аёллар фаол репродуктив ёшдаги эди: 32 ёшдан 39 ёшгача. Паритетга кўра, беморлар орасида биринчи туғруқ — 1 ва учинчи туғруқ — 3 та.

Аёлларда ҳомиладорликнинг 28 ҳафталик — 1, 38 ҳафталик — 3 та ҳолатлари мавжуд эди.

Касалхонага ётқизиш пайтида аёлларнинг ҳолати

Зотилжам билан касалланган 3 аёл касалхонага ётқизилган пайтида нафас олиш етишмовчилиги белгилари бор эди ва аҳволи оғир деб баҳоланди. Соматик ҳолатни ўрганиш шуни кўрсатдики, барча аёлларда ўрта даражали камқонлик (Гемоглобин 88 ва 70 г/л), артериал гипертония — 1 та, миокардиодистрофия — 2 та, оёқ веналарининг варикози — 1 та, руҳий касаллик (олигофрения) — 1 та ҳолат мавжуд эди. Ушбу маълумотлар антенатал парваришнинг паст сифатлигини кўрсатади.

Ҳомиладорлик зотилжам жараёнини сезиларли даражада оғирлаштирадиган омил эканлигини ҳисобга олиб, зотилжам билан касалланган барча ҳомиладор аёлларни (хавф даражасидан қатъий назарот) касалхонага ётқизиш ва фақат антибактериал дориларни (моно ёки комбинацияланган режимда) парентерал қўллаш тавсия этилади. Ҳомиладорлик давридаги ушбу ўлчов ёрдамида бемор қайси бўлимга ётқизилиши ва ўлим ҳавфини баҳолаш учун фойдаланиш мумкин.

Зотилжамнинг асоратлари

- ЎНЕ 3-даража
- Гидроторакс
- Ўпка шиши
- ЎРДС
- Гипоксик энцефалопатия
- Бош мия шиши
- ЎҚТЕ 3-даража
- Полиорган етишмовчилиги
- ЎАТЭ

Ҳомиладорлик ва туғишнинг асоратлари

- Ҳомиланинг антенатал ўлими
- Оғир преэклампсия
- Бачадонда кесарча кесишдан кейинги чандик
- Туғруқдан олдин сув кетиши

Ҳомиладорлик ва туғишнинг асоратлари:

- Ҳомиланинг антенатал ўлими
- Оғир преэклампсия
- Бачадонда кесарча кесишдан кейин чандиқ
- Туғруқдан олдин сув кетиши

Ўлим сабаблари асосан қуйидагилар эди:

- Ўткир юрак етишмовчилиги ва нафас етишмовчилиги (НЕ)
- Ўпка артериясининг тромбоэмболияси (ЎАТЭ)

1-мисол. Аёл 32 ёшда, 2-гуруҳ ногирони (олигофрения ва артериал гипертония сабабли). Бемор шаҳар туғруқхонасига тез ёрдам машинасида ўта оғир ҳолатда олиб келинган. Таъхис: Ҳомиладорлик 1, 36 ҳафта. Ҳомила антенатал ўлими. Шифохонадан таиқари икки томонлама зотилжамнинг ўта оғир кечиши. Оғир преэклампсия. Ўпка шиши, ЎНЕ 3-даража. Гипоксик энцефалопатия. Бош мия шиши. ЎҚТЕ 3-даража. Полиорган етишмовчилиги. Реанимацион чора-тадбирлар кўрсатилган бўлса-да, беморнинг аҳволи яхшиланмаган ва 40 дақиқадан кейин ўлим содир бўлган.

2-мисол. Аёл 39 ёшда ТТБга оғир аҳволда келган. Шиқоятлар: қуруқ йўтал, холсизлик, томоқда оғриқ, бош оғриғи. Таъхис: Ҳомиладорлик 4. 28 ҳафта. Туғруқ 4. Ҳомиланинг думба билан келиши. Гриппдан кейиндаги бронхит. Нафас етишмовчилиги 2-3 даража. Камқонликнинг ўрта даражаси. Оёқ веналарнинг варикози. Анамнезида 3 нормал туғруқ бўлган. Аёл 20-25 кун давомида касаллик билан уйда даволанган. Бош оғриғи ва йўталнинг кучайиши туфайли шифохонага мурожаат қилган. Бир суткадан кейин икки томонлама зотилжамнинг оғир кечиши аниқланган. SPO₂ 78-83% кўрсаткичлар билан бемор SPAP орқали кислородга уланган. Кейинги таҳлилларда чап томондаги гидроторакс ва оғир даражадаги камқонлик аниқланган. 2 кундан кейин оғир аҳвол туфайли кесарча кесиш операцияси ўтказилган. Нв 68 г/л, Нт 28% бўлган, эрмасса ва янги массали плазма (ЯМП) қуйилган. Нв 68г/л, Нт 28%. Эрмасса ва ЯМП куйилган. Операциядан 3 кун ўтиб эноксипарин дозаси ҳар 8 соатга кўпайтирилган (қон ивиши 1.30-3.40). 7 кундан кейин иккинчи антибиотик терапия қўшилган: цефтриаксон (1г х 2 марта), амикацин (500мг х 2 марта) ва левофлоксацин (100,0 х 2 марта, в/и). Тахипное 45, SPO₂ 30% бўлгани учун бемор ИВЛга олинган, аммо ўлим содир бўлган. Таъхис: Ўткир икки томонлама зотилжамнинг оғир кечиши. Ўпка шиши. НЕ 4-даража. ЎРДС. ЮТЕ.

3-мисол. Ҳомиладор аёл уйда қозоноқ суви кетганига, йўтал ва холсизликка шиқоят билан туғруқхонага келган. Таъхис: Ҳомиладорлик 2. 38 ҳафта. Туғруқ 2. Бачадонда кесарча кесишдан кейин чандиқ. ЎРИ ҳолати қониқарли деб баҳоланган. Оператив туғруқ ўтказилган. 2 маҳал антибактериал препаратлар олган. 4 суткадан кейин бронхит, ўнг томонлама бронхопневмония, юрак шиемик касаллиги, мерца алритмия. НЕ 3-даража. Ўпка шиши. Энцефалопатия. 5-суткада ўлим содир бўлган.

Ҳомиладор аёлларни даволашда камчиликлар

1. Ташхиснинг кеч қўйилиши: ҳомиладор аёллар томонидан 8-25 кун давомида уй шароитида ўткир респиратор инфекцияни (ЎРИ) ўз-ўзидан даволаш натижасида ҳолат оғирлашиб кетган. Бу ўз навбатида касаллик ривожланиб, оғир асоратларга олиб келган.
2. Беморларнинг туғуруқхонага кеч келиши: кўп ҳолларда беморлар касалликнинг ривожланиб, асоратлар бошланганидан кейин туғуруқхонага мурожаат қилган, бу даволаш жараёнини мураккаблаштирган.
3. Стационарда беморларнинг аҳолини етарли даражада баҳоламаслик. керакли текширувлар ўз вақтида ўтказилмаган, бу эса зотилжам (пневмония) ташхисини кеч қўйилишига сабаб бўлган.

Барча зотилжам билан касалланган беморларни умумий текширувдан ўтказиш, ҳаётий кўрсаткичларни (НОТ, ЮУТ, АҚБ, тана ҳарорати) ўлчаш ва кўкрак қафасини батафсил текширувдан ўтказиш тавсия этилади.

Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморлар учун биокимёвий қон текшируви (мочевина, креатинин, жигар ферментлари, билирубин, глюкоза) тавсия этилади.

Тавсиялар

Ўлим хавф даражаси бўйича Зотилжам таснифи (CURB65) шкаласи:

Паст хавфли зотилжам	Ўлим хавфи – 3% гача	CURB65 шкаласи бўйича 0-1 балл
Ўрта хавфли зотилжам	Ўлим хавфи – 9% гача	CURB65 шкаласи бўйича 2 балл
Юқори хавфли зотилжам	Ўлим хавфи – 40% гача	CURB65 шкаласи бўйича 3 балл

- Ўлим хавфи паст бўлган зотилжам билан касалланган беморлар монотерапия асосида перорал антибактериал воситалар билан даволанишлари мумкин.
- Ўлим хавфи ўрта даражада бўлган зотилжамга чалинган беморлар касалхонага ётқизилиши ва перорал ҳамда парентерал антибактериал терапияни комбинация қилиб қабул қилишлари зарур.

- Юқори хавфли зотилжам билан касалланган беморлар шошилиничи равишда интенсив терапия бўлимига ётқизилиши ва комбинация қилинган парентерал антибактериал терапия қабул қилиши керак.

CURB65 шкаласи:

Чалкашлик	Хуши саросимали	1 балл
Мочевина	Қонда мочевино 7 ммоль/л дан кўп	1 балл
Нафас олиш тезлиги	Нафас олиш тезлиги дақиқасига 30 дан кўп	1 балл
Қон босими	Артериал қон босими систолик босим 90 мм.сим.уст.дан кам ёки диастолик босим 60 мм.сим.уст. ва ундан кам	1 балл
65	Бемор ёши 65 ва ундан юқори	балл

CURB65 шкаласи 2009 йилда таклиф қилинган ва 2015 йилда Британия

Торакал жамияти томонидан қайта кўриб чиқилган шкала зотилжамдан ўлим эҳтимоллигини баҳолаш учун ишлаб чиқилган бўлиб, бешта асосий белгининг аббревиатурасига асосланади. Ушбу шкала ҳомиладор аёллар учун эмас, балки катта аҳоли ўртасида ўлим хавфини баҳолаш учун мўлжалланган.

Текшириш тавсия қилинади

Зотилжамга чалинган барча беморлар қуйидаги текширувлардан ўтказилиши керак: умумий кенгайтирилган қон таҳлили (эритроцитлар сони, гематокрит, лейкоцитлар, тромбоцитлар ва лейкоцитар формула билан); қон гуруҳи ва резус омил; биокимёвий қон таҳлили (мочевина, креатинин, жигар ферментлари, билирубин, глюкоза), қон зардобиди С-реактив оксил (СРО) миқдори; протромбин вақти, МНО, АФТВни аниқлаш орқали коагулограмма текшируви.

Пульсоксиметрия кўрсаткичларига кўра, SpO₂ 90%дан паст бўлса ва ўткир нафас етишмовчилиги (НЕ) мавжуд бўлса, барча юқори хавфли зотилжам ҳолатларида артериал қон таҳлили орқали PaO₂, PaCO₂, pH, лактат ва бикарбонатларни текшириш тавсия этилади. Бундан ташқари, бактериоскопия ўтказиш, балғам намунаси ёки трахеоаспирация (ТА) ни экма қилиш ҳам тавсия этилади, айниқса сунъий ўпка вентилляцияси (СЎВ) ўтказилаётган беморларда.

Инструментал диагностика:

- кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси олдинги тўғри кесимда;
- пулсоксиметрия – SpO₂ кўрсаткичлари, нафас етишмовчилиги ва гипоксемия даражасини аниқлаш мақсадида;

- ЭКГ;
 - кўкрак қафасини трансторакал ультратовуш текшируви (УТТ) ўтказиш.
- Терапевт ва пульмонолог кўриги**

Беморда рентгенологик тасдиқланган ўпка тўқимасидаги ўчоқли инфильтрация (яъни, унинг пайдо бўлиши ёки мавжуд ўчоқнинг авж олиши) ва қуйидаги камида 2 та клиник белгининг мавжудлигида **зотилжам ташхиси аниқ ҳисобланади:**

1. Касалликнинг тана ҳарорати 38 °Сдан ошиши билан ўткир бошланиши;
2. Балғамли йўтал;
3. Физикал белгилар (бўғилган ёки бўғиқ товуш, сусайган ёки дағал бронхиал нафас, жарангдор майда пуфакчали хириллашлар ва/ёки крепитация ўчоғи);
4. Лейкоцитоз ва/ёки лейкоцитар формуланинг чапга силжиши.

Ўпкадаги инфильтрация ўчоғини рентгенологик тасдиқлашнинг имкони йўқ бўлганда, зотилжам ташхиси ноаниқ бўлиб қолади. Бу ҳолларда ташхис эпидемиологик анамнезга, бемор шикоятларига ва мавжуд маҳаллий белгиларга асосланиб қўйилади.

Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш кўрсатмасини аниқловчи IDSA/ATS мезонлари.

«Катга» мезонлар:
<ul style="list-style-type: none"> • Кучли нафас етишмовчилиги, сунъий ўпка вентилизациясига (СЎВ) эҳтиёж билан; • Септик шок (вазопрессорларни қўллаш зарурати).
«Кичик» мезонлар:
<ul style="list-style-type: none"> • Нафас частотаси > 30/мин.; • $PaO_2/FiO_2 \leq 250$; • Мультилобар инфильтрация; • Эс-хушнинг бузилиши; • Уремия: мочевино қолдиқ азоти ≥ 20 мг/дл (мочевино қолдиқ азоти = мочевино, ммоль/л / 2,14); • Лейкопения (лейкоцитлар < 4 минг/мкл);

- Тромбоцитопения (тромбоцитлар < 100 минг/мкл);
- Гипотермия (36°Сдан паст);
- Интенсив инфузион терапияни талаб қилувчи артериал гипотензия.

2В	«Зотилжам» ташхиси қўйилганда антибактериал терапия имкон қадар эрта бошланиши керак, энг мақбули яқин 4 соат ичида, зотилжам юқори хавфида ёки сепсисга шубҳа бўлганда эса 1 соат мобайнида.
-----------	---

1С	Зотилжамни даволашни эмперик схемалардан бошлаш керак, кейинчалик балғам экмаси натижалари ва динамикада клиник симптомларга қараб антибактериал терапия доираси кенгайтирилиши, қисқартирилиши ёки умуман ўзгартирилиши мумкин.
-----------	--

Таъриф:

Ҳомиладорлик даврида учрайдиган зотилжам бутун дунёда соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда.

Зотилжамда асоратлар эҳтимолини оширадиган омилларга бронхиал астма, чекиш, сифатсиз овқатланиш, жигар касаллиги, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва ҳомиладорлик киради.

Зотилжамнинг клиник белгилари.

Нафас билан боғлиқ симптомлар	Нафас олиш билан боғлиқ бўлмаган симптомлар
Йўтал - 90% дан ортиқ ҳолларда	Иситма 38°С ва ундан юқори ёки 36°С дан паст бўлган гипотермия
Балғамнинг яхши ажралиши – 66%	Бош оғриғи
Ҳансираш – 66%	Чарчоқ
Плеврал оғриқ – 50%	Миалгия
	Терлаш
	Кўнгил айланиши

Даволашнинг таркибий қисмлари:

1. Антибактериал терапия;
2. Вирусга қарши терапия;
3. Респиратор қўллаб-қувватлаш;
4. Гемодинамик параметрлар коррекцияси;
5. Симптоматик терапия.

Антибактериал терапия;

Ҳомиладорликнинг 1-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган антимикроб препаратлар:

- **Пенициллинлар гуруҳи:** Пенициллин, Амоксициллин; (Ҳимояланган аминопенициллинлар (амоксициллин + клавулан кислотаси, ампициллин + сульбактам).

- **Макролидлар гуруҳи:** Спирамицин, Джозамицин.

Ҳомиладорликнинг 2 ва 3-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган антибиотиклар:

- Пенициллинлар гуруҳи;
- Цефалоспоринлар 2-3-4 авлод;
- Макролидлар гуруҳи (Спирамицин, Азитромицин).

Эслатма: ҳомиладорликда ренал клиренсни ошиши сабабли антибиотиклар дозасини кўтаришни талаб қилинади.

1B	Антибиотикларни киритиш усули – томир ичига.
-----------	--

2A	Зотилжам билан касалланган барча беморларга тизимли тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида парентерал антикоагулянтлар тавсия қилинади.
-----------	---

Сунъий ўпка вентиляциясига (СЎВ) қуйидаги ҳолатларда кўрсатма бўлади:

- СРАР усулида ўпканинг ноинвазив вентиляцияси самарасиз бўлганда;
- Артериал қон босими <90/60 мм сим.уст.;
- Нафас сиқиш ҳолати давом этганда — дақиқасига 40 мартадан кўп нафас олиш, тана ҳарорати пасайишига қарамасдан;
- FiO₂ ошишига қарамасдан, PaO₂ тушиш давом этса;
- PaCO₂ тушиш давом этса;
- Кислород ингаляцияси фонида SpO₂ < 80% бўлганда;
- PaO₂/FiO₂ < 200 мм.рт.ст.;
- Сийдик чиқариш < 20 мл/соат (гиповолемия бўлмаганда);
- Вазопрессор препаратларга эҳтиёж бўлганда;
- Клиник-рентгенологик натижаларга асосланиб, ОРДСнинг иккинчи босқичи ва энг муҳими, эс-хуш ва психиканинг бузилиши (уйқучанлик, эйфория, кўзгалувчанлик, галлюцинациялар) аҳамиятли бўлади.

Қон таркибий қисмлари.

Эритроцитлар трансфузияси гемоглобин миқдори 70 г/л дан кам бўлганда кўрсатма бўлади.

Зотилжамда акушерлик тактикаси [GPP].

- Зотилжам ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма ҳисобланмайди. Шунинг эса тутиш керакки, зотилжам ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма эмас ва тўғри танланган антибактериал терапия келажакда болага зарарни камайтиради.

- Авж олувчи полиорган етишмовчилигида, ҳомиладорлик 32 ҳафта ва ундан юқори муддатда бўлган ҳолларда, шунингдек, туғишга мутлак акушерлик кўрсатма бўлганда, эрта туғруқ учун кўрсатма ҳисобланади.
- Муддатидан олдин ёки муддатли туғиш аёлнинг хабардорлиги ва розилиги билан кенгаш томонидан белгиланади.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорларда туғиш табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилгани мақсадга мувофиқ.
- Авж олувчи полиорган етишмовчилигида, ҳомиладорлик 32 ҳафта ва ундан юқори бўлган муддатда ҳамда туғишга мутлак акушерлик кўрсатма бўлганда, эрта туғруқ учун кўрсатма ҳисобланади.
- Муддатидан олдин ёки муддатида туғиш аёлнинг хабардорлиги ва розилиги билан шифокорлар кенгаши томонидан белгиланади.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорларда туғиш табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилгани мақсадга мувофиқ.
- Кесарча кесиш фақат мутлак акушерлик кўрсатмалар бўлганида, шунингдек ҳаёти хавф остида бўлган ва ҳомиладорлик 20 ҳафтадан ошган аёлларда реанимация тадбирларининг самарадорлигини ошириш мақсадида ўтказилади.
- Полиорган етишмовчилик белгилари бўлмаган ҳолда туғишга оператив кўрсатмалар бўлса, анестезиологик чора-тадбирлар учун регионар анестезия (эпидурал, спинал) усуллари афзал.
- Авж олувчи нафас етишмовчилигида ва бемор СЎВ га ўтказилганда, туғруққа рухсат бериш қарори шифокорлар кенгаши томонидан қабул қилиниши керак.
- Зотилжамда ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар, ҳомиладорликни тезда тўхтатиш учун кўрсатма эмас.
- Зотилжамда кўп ҳомилали ҳомиладорлик ва ҳомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорликни дарҳол тўхтатиш учун кўрсатма эмас.
- Нафас етишмовчилигида бачадон чандиғи борлиги тезда кесарча кесиш амалиёти билан туғишга кўрсатма эмас.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорларда туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, бу амалиётни беморнинг умумий аҳволи яхшилангунигача ва симптомлар бартараф этилгунигача бошламаслик мақсадга мувофиқ. Чунки касалликнинг авж палласида туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш қуйидаги оғир асоратларга олиб келиши мумкин:
 - Асосий касалликнинг оғирлашиши, нафас етишмовчилиги ривожланиши ва авж олиши;
 - Акушерлик қон кетишлари, ҳомиланинг интранатал ўлими, туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратлар.

- Туғруқнинг тезда ривожланишида она ва бола аҳволи назорат қилинган ҳолда, туғишни табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошириш афзал.
- Туғруқнинг 1- ва 2-босқичларида оғриқсизлантириш (эпидурал, спинал анестезия) ўтказиш керак.
- Агар туғруқнинг 2-босқичини тезда тугатиш зарур бўлса, вакуум экстракцияси ёки акушерлик қисқичларини қўллаш керак.

Тавсиялар:

1. Ҳомиладорлик даврида грипп асоратли кечиши мумкинлигини ҳисобга олиб, ҳомиладорликни режалаштирган ёки ҳомиладор барча аёлларга грипп вакцинасини қўллаш тавсия этилади.
2. Ҳомиладорлик зотилжам жараёнини сезиларли даражада оғирлаштирадиган омил эканлигини ҳисобга олиб, зотилжам билан касалланган барча ҳомиладор аёлларни (хавф даражасидан қатъи назар) касалхонага ётқизиш ва антибактериал дориларни (моно ёки комбинацияланган режимда) парентерал қўллаш тавсия этилади.
3. Барча зотилжам билан касалланган беморларни умумий текширувдан ўтказиш, ҳаётий кўрсаткичларни (НОТ, ЮУТ, АҚБ, тана ҳарорати) ўлчаш ва кўкрак қафасини батафсил текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
4. Зотилжамга шубҳа қилинган барча беморларга кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси тавсия қилинади. Шунингдек, пулсоксиметрия SpO₂ нафас етишмовчилиги ва гипоксемия даражасини аниқлаш мақсадида ўтказилиши тавсия этилади.
5. «Зотилжам» ташхиси қўйилганда антибактериал терапия имкон қадар эрта бошланиши керак, энг мақбули яқин 4 соат ичида, зотилжам юқори хавфида ёки сепсисга шубҳа бўлганда эса 1 соат мобайнида бошланиши керак.
6. Зотилжам ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатма ҳисобланмайди; тўғри танланган антибактериал терапия келажакда болага зарарни камайтиради.
 - Авж олувчи полиорган етишмовчилик кузатилган зотилжамда, ҳомиладорлик 32 ҳафта ва ундан юқори бўлган муддатда, шунингдек туғишга мутлақ акушерлик кўрсатмалар бўлганида, мутахассислар консилиуми орқали муддатидан олдин туғдириш белгиланади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Внебольничная пневмония. Клинические рекомендации. Российское респираторное общество. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. Москва, 2018.

2. 2015 - Annotated British Thoracic Society Guideline for the management of Community Acquired Pneumonia in Adults (2009). Summary recommendations.
3. Anand N, Kollef MH. The alphabet soup of pneumonia: CAP, HAP, HCAP, NHAP and VAP. *Semin Respir Crit Care Med* 2009;30:3-9
4. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients (Review) 3 Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
5. Antibiotics for Staphylococcus aureus pneumonia in adults (Protocol) 1 Copyright © 2008 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd
6. Bjerre LM, Verheij TJM, Kochen MM. Antibiotics for community acquired pneumonia in adult outpatients. *Cochrane. Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD002109. DOI: 10.1002/14651858.CD002109.pub3.
7. British Thoracic Society. Guidelines for the management of Community Acquired Pneumonia in Adults. 2009.
8. Community acquired pneumonia: antimicrobial prescribing. Hospital-acquired pneumonia: antimicrobial prescribing. A summary of prescribing recommendations from NICE guidance. September 2019: No.121.
9. Correia JB, Bezerra PGM, Duarte MMB, Britto MCA, Mello MJG. Fluid therapy for pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD007243. DOI: 10.1002/14651858.CD007243.
10. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. May – august, 2019.
11. Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома. Тошкент 2021,96 бет.

7.4-боб. ЖИГАР ЦИРРОЗИ ВА ФИБРОЗИ

10 КХК (Касалликларнинг Халқаро Классификацияси):

- 70.3 - Жигарнинг алкоғолли циррози
- К71.7 - Фиброз ва жигар циррози билан заҳарли жигар шикастланиши
- К74 - Фиброз ва жигар циррози:
- К74.0 - Жигар фибрози
- К74.1 - Жигар склерози
- К74.2 - Жигар склерози билан биргаликда жигар фиброзиси
- К74.3 - Бирламчи билиар цирроз
- К74.4 - Иккиламчи билиар цирроз
- К74.5 - Билиар цирроз, аниқланмаган
- К74.6 - Бошқа ва аниқланмаган жигар циррози
- К76.6 - Портал гипертензия (ПГ)
- К72 - Жигар етишмовчилиги, бошқа жойда таснифланмаган (жумладан, жигар энцефалопатияси/кома)
- К76.7 - Гепаторенал синдром

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 6 та оналар ўлими (ОЎ) ҳолатини таҳлил қилдик, бунда ОЎ сабаби жигар циррози (ЖЦ) касаллиги бўлган.

Барча ҳомиладор аёлларда декомпенсация босқичида жигар циррози билан асоратланган сурункали гепатит, портал гипертензия, жигар етишмовчилиги, асцит, гепатоспленомегалия ва гепаторенал синдром ташхиси қўйилган. Шунингдек, асоратлардан жигар энцефалопатияси ва кома (1 ҳолат), перикардит (1 ҳолат), портал венаси ва коллатераллар вена деворларининг фибрози (1 ҳолат) кузатилган.

Вафот этган аёлларнинг хусусиятлари

Аёллар фаол репродуктив ёшда бўлган: 20 ёшдан 38 ёшгача. 25-29 ёшда — 3 та, 30-34 ёшда — 1 та ва 35 ёшдан юқори — 2 та. Паритетга кўра, беморлар орасида биринчи туғруқ — 1 та, иккинчи туғруқ — 2 та, учинчи-тўртинчи туғруқ — 3 та.

Ҳомиладорлик муддатлари: 20 ҳафтагача — 1 та, 22-28 ҳафта — 3 та, 28-34 ҳафта — 1 та, 38 ҳафта — 1 нафар аёлда аниқланган.

1-мисол. 25 ёшли ҳомиладор аёл, 3-даражали туғуруқхонага йўланма билан ётқизилган. Ташхис: Ҳомиладорлик I, 19 ҳафта. Сурункали В гепатит, жигар циррози, спленомегалия, перикардит. Анамнез: 5 йил олдин гепатит В билан касалланган, 12 йил олдин аппендэктомия қилинган, жигар циррози 1 йил олдин аниқланган. Ҳомиладорлик даврида 8 ҳафтада ҳомила тушиши хавфи туфайли стационарда даволанган, консерватив терапия олган. 12 ҳафтада камқонлик туфайли шифохонада даволанган. 15 ҳафтада шифохонада текширувдан ўтказилиб, сурункали гепатит, жигар циррози, спленомегалия ташхиси қўйилган ва 3-даражали шифохонага юборилган. Уйда 4 кун давомида иситма ($T 39^{\circ}C$) кузатилган ва уй шароитида даволанган. Қабул қилинганда аҳволи оғир эди. Текширувда вирус этиологияли пневмония (оғир

кечиши), НЕ 3-даража, полиорган етишмовчилик аниқланган. Қабул қилинганидан 8 соат ўтгач, ўлим содир бўлди. Таъхис: Шифохонадан ташқари вирусли пневмония, НЕ 3-даража, бронхиал астма, камқонлик (2-даража), сурункали гепатит, жигар циррози, полиорган етишмовчилик.

2-мисол. Бемор 39 ёшда. Ҳомиладорлик 4, 39 ҳафта. Туғруқ 4. Туғруқнинг 1-босқичида. Анамнездан: 5 ёшида вирусли гепатит билан касалланган. Уйда 3 нафар қиз бор. Туғруқлар асоратсиз ўтган. Ҳомиладорлик даврида икки томонлама пиелонефрит ва ўртача оғир даражада камқонлик аниқланган. 2 марта касалхонада даволанган: 28 ҳафтада ётқизилган сабаблар — ҳомила вентрикулопатияси, ФПЕ, ҳомиланинг инфекцияси ва онада камқонлик. 30 ҳафтада — эрта туғруқ хавфи ва 2-даражали анемия (жигар ҳолати антенатал аниқланмаган). Қабул қилинганидан сўнг 5 соат ўтиб, аёл тўлиқ муддатли тирик ўғил туғди. Туғруқдан сўнг гипотоник қон кетиши бошланган, бу консерватив чоралар билан тўхтатилган. Умумий қон йўқотиши 800 мл деб баҳоланган. Нв миқдори 104 г/л дан 70 г/л гача тушган. ЯМП 900 мл ва 500 мл эритроцитар масса қуйилган. Нв 82 г/л гача кўтарилган. Туғруқдан кейинги текширувларда сурункали гепатит, портал гипертензия, спленомегалия ва асцит аниқланган. Бемор даволаниши учун РШТЎИМга ўтказилган. Кўрилган чораларга қарамасдан, беморнинг аҳволи оғирлашиб, 20-кун вафот этган. Таъхис: Жигар циррози декомпенсация босқичи, портал гипертензия, асцит, гепатоспленомегалия, эндоген буйрак етишмовчилиги (оғир даража), анурия, уремия, жигар энцефалопатияси, ўткир юрак-қон томир ва нафас етишмовчилиги, полиорган етишмовчилиги.

Барча ҳомиладор аёллар умумий шифокор рўйхатида бўлиб, акушер-гинеколог томонидан кузатилган. Барча ҳомиладор аёлларнинг анамнезида вирусли гепатит қайд этилган. Ҳомилани кўтариш ва туғиш ушбу беморларда мумкин эмас эди. 2 нафар бемор ҳомила тушиш хавфи туфайли икки марта касалхонага ётқизилган, лекин тўлиқ текширилмаган ва анамнезда жигар патологияси қайд этилмаган. Жигар касаллиги билан касалланган беморларда ҳомиладорликни узайтириш ва такрорий туғиш (3-4 маротаба) ҳомиладор аёллар ва уларнинг оила аъзолари сурункали гепатитнинг жиддий асоратлари ҳақида етарли маълумотга эга эмаслигини кўрсатади. Контрацепция масалалари ҳал этилмаганлиги бирламчи тиббий ёрдамнинг қониқарсиз ишлашига далолат беради.

Касалхонага ётқизиш пайтида аёлларнинг ҳолати

Касалхонага ётқизилган пайтда барча аёлларнинг аҳволи оғир ёки ўта оғир деб баҳоланган. Барча аёлларда жигар етишмовчилиги белгилари мавжуд эди. Бир нафар беморда биринчи кун ҳомила ўз-ўзидан тушиб қолган, яна бир нафар бемор 2 соатдан кейин туғди, бошқа бир бемор ҳомиладор аёл қабул

килинганидан 8 соат ўтгач вафот этган. 3 нафар беморни туғдиришга қарор қилинган, бу эса ҳолатнинг ёмонлашишига ва ўлимга олиб келган. Қабул қилингандан кейинги оғир ҳолат цирроз билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг тиббий муассасага кеч мурожаат қилишини кўрсатади.

Соматик ва акушердик ҳолатларни ўрганиш шуни кўрсатдики, барча аёлларда оғир даражадаги анемия — 4 ҳолат ва ўртача оғир даражадаги анемия — 2 ҳолат, оғир пневмония — 1 ҳолат, оғир преэклампсия — 1 ҳолат ва антенатал ҳомиланинг ўлими — 1 ҳолат аниқланган. Ушбу маълумотлар антенатал парваришнинг паст сифатли эканлигини кўрсатади.

Жигар циррозининг асоратлари:

- Портал гипертензия.
- Жигар етишмовчилиги
- Гепатоспленомегалия.
- Асцит
- ТТИК синдроми, қон кетиши
- Гепаторенал синдроми, анурия, уремия.
- Жигар энсефалопатияси.
- Кома
- ЎЖБЕ
- Кўп орган етишмовчилиги

Ҳомиладорлик ва туғишнинг асоратлари

- Антенатал ҳомиланинг ўлими
- Оғир преэклампсия
- Спонтан аборт
- Туғруқдан кейин қон кетиш

Ўлим сабаблари асосан қуйидагилар еди:

- Жигар энсефалопатияси ва кома
- Уремия.
- Ўпкадан қон кетиши
- Кўп аъзолар етишмовчилиги

Жигар циррозли ҳомиладор аёлларни даволашда камчиликлар

• Антенатал парваришнинг етарли эмаслиги, жигар циррози касаллиги ўз вақтида аниқланмаган, мутахассислар томонидан консилиум ўтказилмаган ва ҳомиладорликни тўхтатиш ёки давом эттириш ҳақида қарор қабул қилинмаган.

• Жигар циррози бўлган аёллар ўз вақтида контрацепция билан таъминланмаган.

• Жигар патологиясига чалинган ҳомиладор аёллар ва уларнинг оила аъзолари сурункали гепатитнинг жиддий асоратлари келиб чиқиши мумкинлиги ҳақида етарли маълумотга эга эмаслиги сабабли, улар тиббий муассасага кеч мурожаат қилишади.

Тавсиялар

- Агар жигар патологияси аниқланса, гепатолог томонидан текширувдан ўтиши ва ҳомиладорликнинг узайтирилиши ёки тўхтатилиши мумкинлиги ҳақида хулоса олиниши керак.
- Декомпенсацияланган жигар циррози билан хасталанган аёлларга ҳомиладорлик тавсия қилинмайди. Агар ҳомиладорлик аниқланса, гестацион даврига қарамасдан уни тўхтатиш керак.
- Компенсацияланган жигар циррозида ҳомиладорликни олиб бориш мумкин, лекин ҳомиладорликнинг бутун давомида интенсив кузатув зарур.
- Жигар циррозини ўз вақтида аниқлаш учун жигар етишмовчилиги белгиларини кузатиш зарур: шиш (гипоалбуминемия), юз, кўкрак ва орқа терисида ўргимчак томирлари, эритема, гинекомастия (жигарда эстроген алмашинувининг бузилиши), терининг ва склеранинг сарғайиши (билирубиннинг глюкурон кислотаси билан боғланиши ва сафрога чиқарилишининг бузилиши). Портал гипертензиянинг белгилари: асцит, талоқнинг катталаниши, қорин олд деворидаги веноз коллатераллар («медуза боши»).
- Ҳар бир шифокор жигар циррозининг асоратларини билиши керак: рефрактер асцитлар, спонтан бактериал перитонит (СБП), жигар энцефалопатияси ва кома, қизилўнғач варикозларидан қон кетиши, гепаторенал синдром (ГРС), гепатопулмонар синдром, гиперспленизм синдроми, портал ва талоқ веналарининг тромбози, гепатоселлюляр карсинома (ГСК), юқумли асоратлар (пневмония, сепсис), ўт йўлларида тош шаклланиши (бирламчи билиар циррозда).
- Юқумли асоратлар циррознинг кечишини оғирлаштиради, сурункали жигар етишмовчилиги фонида ўткир жигар етишмовчилиги хавфини оширади ва юқори ўлим ҳолатлари билан боғлиқ.

Касаллик таърифи

Жигар циррози (ЖЦ) (юнонча «cirrhosis» — тўқ сариқ, сарғиш ранг) диффуз жараён бўлиб, жигар паренхимасининг некротик ва яллиғланиш ўзгаришлари фонида нодуляр қайта шаклланиши ва фиброз комбинацияси билан тавсифланади. Бу жигар бўлакчаси архитектоникасининг бузилиши, жигар хужайраларининг етишмовчилиги (ЖХЕ), портал гипертензия (ПГ), ҳамда бутун организмдаги метаболик касалликларнинг ривожланишига олиб келади. ЖЦ кўплаб сурункали диффуз жигар касалликларининг якуний босқичини ифодалайди.

Цирроз аввалига асимптоматик босқич (компенсацияланган цирроз) билан тавсифланади, бу босқичда портал тизимида босим ошиши ва жигар функциясининг ёмонлашиши билан асоратлар клиник кўринишларда намоён бўлади (декомпенсация босқичи). Компенсация босқичида беморлар одатда яхши ҳаёт сифатига эга бўлиб, касаллик бир неча йил яширин бўлиши мумкин.

Декомпенсация босқичи аниқ клиник белгиларнинг ривожланиши билан намоён бўлади. Энг муҳимлари қуйидагилар:

- Асцит (асцит суюқлиги инфекция билан ёки инфекциясиз)
- Қизилўнғач ва ошқозон варикоз томирларидан (ҚОВТ) қон кетиш
- Жигар энцефалопатияси (ЖЕ)
- Дисфункция / ўткир буйрак шикастланиши (ЎБЕ) ва гепаторенал синдром (ГРС)
- Ўпка билан боғлиқ асоратлар (жигар гидроторакси, гепатопулмонар синдром (ГПС), портопулмонар гипертензия (ППГ))
- Циррозли кардиомиопатия ва иккиламчи буйрак усти беши етишмовчилиги
- Юқумли асоратлар (спонтан бактериал перитонит (СБП), сийдик чиқариш инфекция, пневмония, юмшоқ тўқималар инфекциялари ва бактериемия) [1].

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, Европа мамлакатларида цирроздан ўлим ҳолатлари 1,8% ни ташкил қилади, бу йилига 170 000 кишини ташкил этади.

Цирроз ривожланишининг сабаблари:

Вирусли гепатитлар (В, С, Д), алкоголь истеъмоли, метаболик касалликлар (алкоголсиз стеатогепатит, ирсий гемохроматоз, Уилсон касаллиги, α 1-антитрипсин етишмовчилиги, муковисцидоз, галактоземия, гликогенозлар, ирсий тирозинемия, ирсий фруктоза интолеранслиги, ирсий геморрагик телеангиоэктазия, α -бета-липопротеинемия, порфирия), ўт йўллари касалликлари ва бошқалар киради.

Клиник тасвир

Компенсацияланган цирроз 30-40% ҳолларда асимптоматик ёки баъзи носпецифик шикоятлар билан кечади, бунга умумий заифлик, иштаҳанинг пасайиши ёки йўқолиши, тана вазни ва мушак массасининг камайиши, қориннинг юқори қисмида оғирлик ҳисси киради. Декомпенсацияланган цирроз бир ёки бир нечта клиник белгилар билан намоён бўлади: сариклик, қориннинг катталаниши/асцит, оёқларнинг шишиши, ошқозон-ичакдан қон кетиши, тўғри ичакдан ёки геморрагик синдром билан боғлиқ қон кетиши (тиш ювишда ёки бурундан қон кетиши, петехия ва экхимозларнинг пайдо бўлиши). Уйқу инверсияси (кечаси уйқусизлик ва кундузи уйқучанлик) ҳам кузатилиши мумкин. Кучли асцитлар ва/ёки гидроторакс билан, жисмоний машқлар пайтида нафас қисилиши ва ётганда йўтал пайдо бўлиши мумкин. Туғиш ёшидаги аёлларда жигар циррозининг биринчи клиник

кўринишларидан бири ҳайз даврининг бузилиши, шу жумладан аменорея, эркакларда эса эректил дисфункция ва либидонинг пасайиши бўлиши мумкин.

Касалликнинг диагностикаси

Шикоятлар ва анамнезни ўрганиш, жисмоний текширув. Цирроз билан оғриган беморларда мушак массаси камайиши, куруқ тери ва геморрагик кўринишлар туфайли овқатланиш етишмовчилиги кузатилади. Декомпенсацияланган циррозли беморларда гипердинамик қон айланишининг намоён бўлиши, дам олиш пайтида тахикардия ва гипотензия кўп учрайди. Ичакда бактерияларнинг ҳаддан ташқари кўпайиши ва бактериал транслокациянинг асосий синдроми циррознинг кўплаб асоратларига сабаб бўлади. Бу клиник жиҳатдан паст даражадаги иситма, шишираш, ичак моторикасининг заифлашиши ва беқарор нажас билан намоён бўлади. Гидроторакс ва портал энцефалопатияси (ПЕ) ривожланиши мумкин. Минимал портал энцефалопатиянинг клиник кўринишлари:

- Кўришнинг бузилиши
- Дикқат ва хотиранинг пасайиши
- Фикрлаш жараёнини секинлаштириш
- Эътиборнинг пасайиши
- Самарадорликнинг пасайиши
- Реакция тезлигининг пасайиши
- Асабийлашиш

Циррозли беморларда спонтан бактериал перитонит, оғир гипотензия, тахикардия ва олигурия билан септик шок белгилари намоён бўлади.

Гепатопулмонар синдром (ГПС) нафас қисилиши, марказий цианоз, бармоқ фалангаларидаги ўзгаришлар ва тирноқ тўшагидаги телангиектазия билан намоён бўлади.

ГПС билан оғриган беморларда нафас қисилиши тик ҳолатда пайдо бўлади ва бу ҳолат платипноа деб аталади. Бундан ташқари, вертикал ҳолатда кислород тўйинишининг пасайиши, яъни ортодеоксия ҳам кузатилади.

Лаборатория диагностикаси

Циррозли беморлар учун гемоглобин, тромбоцитлар ва лейкоцитлар даражасини баҳолаш мақсадида умумий (клиник) қон таҳлилини ўтказиш тавсия этилади. Кўпинча бу беморларда тромбоцитопения кузатилади, лейкоцитопения эса гиперспленизм синдромининг белгиси ҳисобланади. Беморларда анемия турлари (постгеморрагик ёки сурункали касалликлар анемияси) ҳам кузатилиши мумкин.

Жигар циррози билан оғриган беморларда биокимёвий қон таҳлилини ўтказиш тавсия этилади. Умумий протеин, албумин, умумий билирубин, тўғридан-тўғри билирубин, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспартат

аминотрансфераза, гидроксидифосфатаза, гаммаглутаминтранспептидаза, глюкоза каби кўрсаткичлар жигар ва буйрак функциясини, колестаз ҳолатини, некроз ва яллиғланиш фаолиятини баҳолаш учун муҳимдир. [1, 3, 13, 14, 15, 16-19].

Коагулограмма, яъни гемостатик тизимни ўрганиш доирасида ХНР, протромбин индекси (%), фибриноген, протромбин (тромбопластин) вақти, Д-димер ва антитромбин III даражалари циррозли беморларда қоннинг коагуляция ҳолатини ва жигар фаолиятини баҳолаш учун тавсия этилади. [1, 3,4, 12, 14, 15,17, 20-22].

Циррозли беморларда сийдик инфекциясини истисно қилиш мақсадида умумий (клиник) сийдик таҳлилинини ўтказиш тавсия этилади. Агар беморларда креатинин даражаси юқори бўлса, протеинурия ва цилиндрурия мустақил буйрак касаллиги аломатлари сифатида баҳоланиши лозим. [1,3,4, 11, 13, 14,23].

Қонда вирусли гепатит маркерларини аниқлаш, хусусан, гепатит В вирусининг антигени (HbsAg), гепатит С вирусига М ва G синфларининг антитаначаларини (anti-HCV IgG ва anti-HCV IgM), шунингдек, қондаги гепатит Д вирусига антитаначаларни аниқлаш тавсия этилади. [1, 3,4, 13,14].

Бактериал инфекцияларни ривожланиш эҳтимолини баҳолаш учун С-реактив оқсил ва прокалситонин даражаларини текшириш тавсия этилади. Прокалситонин даражаси 0,5 нг/мл дан юқори бўлса, инфекция хавфи юқори ҳисобланади. [7, 9,24].

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ивашкин В.Т., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Федосьина Е.А., Бессонова Е.Н., Пирогова И.Ю., Гарбузенко Д.В.
2. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016;26(4):71-102
3. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis //J hepatol. – 2018. – Т. 69. – №. 2. – С. 406-460.
4. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol.- 2010;53:397–417
5. Bernardi M, Moreau R, Angeli P, Schnabl B, Arroyo V. Mechanisms of decompensation and organ failure in cirrhosis: From peripheral arterial vasodilation to systemic inflammation hypothesis. JHepatol 2015;63:1272–84
6. Jalan R, Fernandez J, Wiest R, Schnabl B, Moreau R, Angeli P, et al. Bacterial infections in cirrhosis: a position statement based on the EASL Special Conference. J Hepatol 2013;60:1310–1324

7. Масленников Р.В., Татаркина М.А., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Жаркова М.С., Ивашкин В.Т. Влияние синдрома избыточного бактериального роста и системного воспаления на абдоминальную гемодинамику у больных циррозом печени. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2017;27(4):52-61
8. Жаркова М.С. Бактериальная транслокация в патогенезе инфекционных осложнений у больных циррозом печени: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, 2012 г.
9. Масленников Р.В., Дрига А.А., Ивашкин К.В., Жаркова М.С., Маевская М.В., Павлов Ч.С., Арсланян М.Г., Мусина Н.Б., Березина Е.Н., Ивашкин В.Т. Роль синдрома избыточного бактериального роста и системного воспаления в патогенезе гемодинамических изменений у больных циррозом печени. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2017;27(3):45-56
10. Machicao VI, Balakrishnan M, Fallon MB. Pulmonary complications in chronic liver disease. *Hepatology* 2014;59:1627–1637.;
11. Khwaja A. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. *NephronClinPract* 2012;120:c179–c184.
12. Bloom S., Kemp W., Lubel J. Portal hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. *Intern Med J.* 2015 Jan;45(1):16-26
13. Болезни печени и желчевыводящих путей, под ред. В. Т. Ивашкина- 2-е изд., Москва, ООО «Издательский дом «М-Вести», 2005 – 536 с.
14. Федосьина Е.А., Маевская М.В., Галимова С.Ф.; под ред. Ивашкина В.Т. Лечение осложнений цирроза печени: методические рекомендации для врачей. Российская гастроэнтеролог. Ассоц., РОПИП. – М.: 4ТЕ Арт, 2009.- 60с
15. Moreau R. et al. Acute-on-chronic liver failure is a distinct syndrome that develops in patients with acute decompensation of cirrhosis // *Gastroenterology.* – 2013. – Т. 144. – №. 7. – С. 1426-1437.
16. Lammers W. J. et al. Levels of alkaline phosphatase and bilirubin are surrogate end points of outcomes of patients with primary biliary cirrhosis: an international follow-up study // *Gastroenterology.* – 2014. – Т. 147. – №. 6. – С. 1338-1349. e5.
17. Lee H. A. et al. Direct bilirubin is more valuable than total bilirubin for predicting prognosis in patients with liver cirrhosis // *Gut and Liver.* – 2021. – Т. 15. – №. 4. – С. 599.
18. Poynard T. et al. Prognostic value of total serum bilirubin/ γ -glutamyl transpeptidase ratio in cirrhotic patients // *Hepatology.* – 1984. – Т. 4. – №. 2. – С. 324-327.
19. Agustanti N. et al. Correlation between Serum Albumin and Fasting Blood Glucose Level in Patients with Liver Cirrhosis // *The Indonesian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Digestive Endoscopy.* – 2014. – Т. 15. – №. 3. – С. 143-146.
20. Mammen E. F. Coagulation abnormalities in liver disease // *Hematology/oncology clinics of North America.* – 1992. – Т. 6. – №. 6. – С. 1247-1257.
21. Castera L., Pauwels A., Levy V. G. Prognostic indicators in patients with liver cirrhosis admitted to an intensive care unit // *Gastroenterologie clinique et biologique.* – 1996. – Т. 20. – №. 3. – С. 263-268.
22. Violi F. et al. Association between low-grade disseminated intravascular coagulation and endotoxemia in patients with liver cirrhosis // *Gastroenterology.* 1995. – Т. 109. – №. 2. –

С. 531-

23. Ariza X. et al. Analysis of a urinary biomarker panel for clinical outcomes assessment in cirrhosis//PloS one. – 2015. – Т. 10. – №. 6. – С. e0128145.
24. Lin K. H. et al. Serum procalcitonin and C-reactive protein levels as markers of bacterial infection in patients with liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis //Diagnostic microbiology and infectious disease. – 2014. – Т. 80. – №. 1. – С. 72-78.

7.5-боб. БУЙРАК КАСАЛЛИКЛАР

Тавсиялар

- Агар беморда инфекция ёки буйрак санчиғи мавжуд бўлса, айрим ҳолларда буйрак дренажини ўтказиш кўрсатилади. Бу зарарланган томонда стент ўрнатиш ёки ультратовуш текшируви остида пункцион нефростомия ёрдамида амалга оширилади. Бундай усул ҳужумни тўхтатиш ва буйракдан сийдик оқимини тиклаш имконини беради. Ультратовуш назоратида амалга ошириладиган пункцион перкутан нефростомия ҳам қўлланилади.
- Сийдик чиқариш йўлларида жарроҳлик аралашувлари қуйидаги ҳолатларда кўрсатилади
 - сийдик йўлларида тош билан тикилиб қолиши натижасида келиб чиққан ва даволаш мумкин бўлмаган анурия;
 - пиелонефритнинг йирингли апостематоз шакллари пайдо бўлиши;
 - агар тошларнинг ўз-ўзидан чиқиш тенденцияси кузатилмаса ёки буйрак санчиғи ҳужумлари тез-тез такрорланса.
- Ҳомиладорлик даврида уролитиаз одатда туғруқ жараёнида қийинчилик туғдирмайди ва табиий туғруқ йўли орқали амалга оширилади. Лекин, ҳомиладорликнинг кеч даврида чидаб бўлмайдиган буйрак санчиғи бўлган ҳолатларда туғруқни тезлаштириш кўрсатма бўлиши мумкин. Агар туғруқ канали тайёр бўлмаса, кесарча кесиш амалиёти тавсия қилинади.
- Обструктив ва септик асоратлар учун буйракларга жарроҳлик аралашувлари кўрсатилади, бундай аралашувларнинг ҳажми ҳар бир ҳолатга қараб индивидуал тартибда белгиланади.
- Ўткир ҳужумлар бўлса, баъзида эрта туғруқни амалга ошириш зарур бўлиши мумкин.

Таъриф

Уролитиаз касаллиги — бу этиология ва патогенезда гетероген бўлган синдромлар ва касалликларнинг катта гуруҳини бирлаштирган тушунча бўлиб, уларнинг клиник ва морфологик кўринишларидан бири сийдик тизими органларида тошларнинг шаклланиши ҳисобланади.

Клиник кўринишдаги уролитиёзнинг асосий белгилари оғриқ, гематурия, пиурия, камдан-кам ҳолларда анурия (обструктив).

Кучли оғриқлар беморларни доимий равишда позициясини ўзгартиришга мажбур қилади. Оғриқ кўнгил айниши, қусиш, дизурия, ичак парезлари, метеоризм ва қорин олд деворидаги кучланиш билан бирга бўлиши мумкин.

Касалликнинг клиник кўринишлари характерлидир, унинг кечиши ҳомиладорликка боғлиқ эмас. Ренал колик уролитиозда энг кенг тарқалган аломатлардан бири ҳисобланади. Оғриқ ломберт минтақада локализация қилиниб, чидаб бўлмас даражада бўлиши мумкин. Шунингдек, касаллик ахлат, сийиш, кўнгил айниши ва қайт қилиш билан боғлиқ муаммоларни келтириб чиқариши мумкин. Ҳомиладорлик даврида инфекция кўпинча кузатилади, бу эса касалликнинг пиелонефрит билан асоратланишига олиб келади.

СТК билан ҳомиладорликнинг асоратлари орасида:

1. Сийдик-тош касаллигининг кучайиши (30-40%) [13, 17, 19, 20].
2. Иккиламчи сурункали калкулёз пиелонефритнинг кучайиши (80%) [8].
3. Аборт қилиш, эрта туғруқ хавфи (15-19%) [11-14].

Сурункали интраутерин гипоксия, ҳомила гипотрофияси, ҳомила ўсишини чеклаш синдроми, интраутерин инфекция (18-22%), ҳомила-плацента етишмовчилиги (20-33%) иккиламчи касалликнинг кучайиши натижасида ривожланади, бу сурункали пиелонефрит ёки преэклампсиянинг қўшилиши билан боғлиқ [9]. Энг кўп учрайдиган ҳомиладорлик таҳдиди (25%), преэклампсиянинг оғир шакллари (10,7%) ва анемия (62%) [9].

Уролитиазнинг асоратлари

- Пиелонефрит
- Гипертония
- Буйрак санчиғи
- Гидронефроз
- Пионефроз
- Анурия
- Ўткир буйрак етишмовчилиги
- Сурункали буйрак етишмовчилиги
- Сийдик йўллариининг обструкцияси
- Сепсис
- Юрак-қон томир тизимидан асоратлар: аритмия

Ягона буйраги бўлган ҳомиладор аёллар

Тавсиялар

Ҳомиладорлик жараёнининг нормал кечишида ёлғиз буйракли ҳомиладор аёллар режалаштирилган тарзда икки марта касалхонага ётқизилиши керак:

- **Биринчи триместрда** ёлғиз буйракнинг функционал ҳолатини текшириш ва ҳомиладорликни узайтириш имкониятини аниқлаш.

- **Учинчи триместрда** буйрак функциясини назорат қилиш ва аёлни туғиш учун тайёрлаш (хомила ҳолатини кузатиш, туғдириш усулини танлаш).

Тариф:

Битта буйрак туғма нуқсон туфайли бўлиши мумкин ёки турли касалликлар (пиелонефрит, гидронефроз, уролитиаз, ўсмалар, травма ва бошқалар) сабабли иккинчи буйракни олиб ташланганидан кейин қолиши мумкин.

Ягона ишлайдиган буйракда юқумли жараённинг мавжудлиги ҳомиладорликнинг кечиши ва натижаларини сезиларли даражада мураккаблаштиради. Аммо эҳтиёткорлик билан кузатиш, ўз вақтида даволаш ва пиелонефритнинг кучайишини олдини олиш орқали она ва ҳомила учун ижобий натижаларга эришиш мумкин.

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда оналар ўлими таҳлили натижасида аниқлаганимизда, 3 аёлнинг вафот этишида асосий сабаб буйрак касалликлари экани маълум бўлди.

Вафот этган аёлларнинг хусусиятлари

Аёллар фаол репродуктив ёшда бўлган: 29 ёшдан 35 ёшгача. Паритетга кўра, беморлар орасида биринчи туғруқ — 1, иккинчи туғруқ — 1 ва учинчи ҳомиладорлик (9 ҳафта) — 1 та бўлган. Ҳомиладорлик муддатлари: 9 ҳафта — 1 та, 21 ҳафта — 1 та, 41 ҳафта — 1 та.

Касалхонага ётқизиш пайтида аёлларнинг ҳолати: оғир аҳволида - 2 нафар бемор ва ўрта оғир аҳволда 1 нафар бемор келди.

Аниқланган буйрак касалликлари:

- Сийдик йўллари инфекцияси, пиелонефрит
- Чап сийдик найи пастки қисмида жойлашган тош.
- Ўнг буйрак жоида жойлашган тош.
- Буришган чап буйрак.
- Ягона буйрак. Нефроэктомия амалиётидан кейинги ҳолат (15 ёшида олдин).

Буйрак томондан асоратлар:

- Чап томонлама уретрогидронефроз.
- Сийдик йўли инфекцияси.
- Чап томонлама ўткир йирингли пиелонефрити.
- Сурункали буйрак етишмовчилиги
- Сепсис. Септик шок.
- ТҚИ синдром
- Гипертоник касаллик 3-даража.
- Гипертрофик кардиомиопатия.
- Мерцател аритмия.
- Ўткир юрак қон-томир ва нафас етишмовчилиги 3-даража.
- Ўткир респиратор дистресс синдром.

- Идиовентрикуляр ритм. Асистолия.
- Полиорган етишмовчилик.
- Клиник ўлим, ўтказилган реанимациядан кейинги ҳолат.
Постреанимацион касаллик
- Кома 2-3-даража

Ушбу маълумотлар антенатал парвариш паст сифатлигини кўрсатади.

Акушерлик асоратлар:

- Эрта токсикоз: оғир даражадаги ҳомиладорлар қусиши
- Ривожланмаган ҳомила
- Бошланган ҳомиланинг тушиши
- Бачадон чандиғи
- Қин орқа девори йиртилиши
- Оралиқни 1-даражада йиртилиши
- Ўткир гипотоник қон кетиши
- Постгеморрагик камқонлик ўта оғир даража.

Асоратланган ва асоратланмаган сийдик йўллари инфекцияси (СЙИ) концепцияси.

Асоратланмаган СЧЙИ	Ҳомиладор бўлмаган аёлларда сийдик чиқариш йўлларининг анатомик ва функционал бузилишлари ёки ёндош касалликлар аниқланмаган ҳолатларида пастки (асоратланмаган цистит) ва/ёки юқори (асоратланмаган пиелонефрит) сийдик йўлларининг ўткир, спорадик ёки қайталанувчи инфекциялари
Асоратланган СЧЙИ	Асоратланмаган СЙИ мезонларига тўғри келмайдиган барча СЙ инфекциялари. Тор маънода, қуйидаги беморларда учрайди: ● СЙ анатомик ёки функционал бузилишлари мавжуд бўлган* ● узоқ муддатга ўрнатилган катетер (уретрал, сийдик йўли, буйрак) ● буйрак касалликлари мавжуд бўлган ● ёндош иммунодефицит касалликлари мавжуд бўлган ● қандли диабет касаллиги мавжуд бўлган ● ҳомиладорлик даврида**
Қайталанувчи СЧЙИ	Эпизодлар частотаси йилига камида уч маротаба ёки 6 ой мобайнида икки маротаба бўлган асоратланмаган ва/ёки асоратланган СЙИ қайталаниши

Катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЙИ	Катетер ўрнатилган ёки сўнгги 48 соат ичида катетеризация муолажаси ўтказилган беморларда ривожланади
Уросепсис	Сийдик чиқариш йўллари инфекциясига жавобининг регуляцияси бузилиши туфайли келиб чиққан ҳаёт учун хавфли аъзолар дисфункцияси

СЧЙ анатомик бузилишлари – пиелозктазия, гидронефроз, апостематоз, карбункул, абсцесс, қовжираган буйрак; СЧЙ функционал бузилишлари – ЎБЕ, СБЕ, СЧЙ рефлюкслари.

*** Ҳомиладорлик давридаги барча СЧЙИ асоратланган ҳисобланади.*

Икки беморга 9 ҳафталик ҳомила тушиб қолганда бачадон бўшлиғини тозалаш ва ҳомиланинг вакуум экстракцияси усулида туғдирилиши каби акушерлик ёрдам кўрсатилди.

1-мисол. 29 ёшли аёл, ҳомиладорлик 3, 21 ҳафта. Ривожланмаган ҳомила. Тузруқ 2. Асоратланган акушерлик анамнези. Бачадон чандиги. Сийдик-тош касаллиги. Чап сийдик найи пастки қисмида жойлашган тош. Ўнг буйрак жомидида жойлашган тош. Чап томонлама уретрогидронефроз. Сийдик йўли инфекцияси. Чап томонлама асоратланган ҳомиладорликка ўтқир йирингли пиелонефрит қўшилган. Сепсис. Септик шок. Полиорган етишмовчилиги. ТҚИ синдроми. Урологик марказда вафот этган.

2-мисол. 35 ёшли аёл, ҳомиладорлик 1, 41 ҳафта. Тузруқ 1. Тузруқдан кейинги 7-сутка. Вакуум аспирацияси, қин орқа девори йиртилиши, оралиқнинг 1-даражада йиртилиши. Эпизитомия амалиётидан кейинги ҳолат. Ягона буйрак. Нефроэктомия (15 ёшидаги амалиёт) ҳолати. Тузруқдан кейин ўтқир қон кетиши. Клиник ўлим ва реанимациядан кейинги ҳолат. Постреанимацион касаллик. Полиорган етишмовчилиги. Ўта оғир даражадаги постгеморрагик камқонлик. Кома 2-3-даража. Ўтқир юрак қон-томир ва нафас етишмовчилиги (3-даража). Ўтқир респиратор дистресс синдроми. Идиовентрикуляр ритм. Асистолия. 5/7 суткада РШТЁИМ филиалида вафот этган.

Ҳомиладор аёлларни даволашда камчиликлар

- Ҳомиладорлик ва туғиш барча беморлар учун контрендикедир. Бу ҳолатлар репродуктив ёшдаги касал аёлларнинг бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш тизимида рўйхатга олинмаганлигини кўрсатади.
- Оғир аҳволдаги беморларни (2 бемор) ва тўлиқ муддатли ҳомиладорликдаги беморни (1 бемор) кеч ётқизилиши ЭГК билан ҳомиладор аёллар учун антенатал парваришнинг паст даражасини кўрсатади.

Тавсиялар

- Бирламчи тиббий ёрдам тизимида репродуктив ёшдаги аёлларда буйрак патологиясининг диагностикасини такомиллаштириш.

- Бемор аёллар ва уларнинг оилаларига ҳомиладорлик уларнинг ҳаётига таҳдид туғдириши мумкинлиги ҳақида тушунтириш ишларини кучайтириш.
- Агар ҳомиладорлик содир бўлса, бундай беморларни биринчи триместрда урология бўлимларида буйраклар ҳолатини текшириш учун касалхонага ётқизиш ва ҳомиладорликни узайтириш имконияти ҳақида қарор қабул қилиш.

СЙИ ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник амалиётда СЙИ ташхисини қўйишда қуйидаги асосий мезонларни ҳисобга олиш керак:

1. Клиник кўринишлари ва симптомлари:

- Маҳаллий симптомлар: дизурия, оғриқ, қов усти соҳасида оғриқ;
- Умумий симптомлар: юқори иситма, тананиг бел-ён томонларда оғриқ, кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- Тизимли жавоб (ТЯЖС): юқори иситма, қалтираш, гемодинамик бузилишлар;
- Аъзолар дисфункцияси/етишмовчилиги белгилари.

2. Лаборатор текширувлар:

- тўлиқ лейкоцитар формулани қоннинг умумий таҳлили;
- сийдикнинг умумий таҳлили (кўриш майдонида 4 дан кўп лейкоцитлар);
- Нечипоренко бўйича сийдик таҳлили (сийдик ўрта қисмининг 1 мл да лейкоцитлар сони 2000 ва ундан кўп);
- Зимницкий бўйича сийдик таҳлили ва Реберг синамаси – буйрак етишмовчилигига шубҳа қилинганда;
- қоннинг биокимёвий таҳлили (мочевина, зардоб креатинини) – қайталанувчи ва/ёки асоратланган СЙИ, нозокомиал СЙИ ва сийдик чиқариш йўлларидаги обструкцияси ҳолатларида.

3. Бактериологик экманинг натижаси бўйича микроорганизмлар мавжудлиги.

4. Инструментал диагностика:

- буйрак УТТ;

- буйрак/қорин бўшлиғи МРТ.

Симптомлари кузатилмаган беморларда мунтазам равишда сийдикнинг умумий таҳлили ёки бактериологик экмасини ўтказиш кўрсатилмаган!

Клиник симптомларсиз кузатиладиган лейкоцитурия ва бактериологик экманинг мусбат натижаси СЙИ тасдиқламайди ва антибактериал даवони бошлаш учун кўрсатма ҳисобланмайди.

Лейкоцитурия сабаблари:

1. Чин лейкоцитурия:

- Бактериал (нейтрофилурия, лимфоцитурия) – пиелонефрит, цистит;

- Абактериал (лимфоцитурия, эозинофилурия) – вирусли нефритлар, люпус-нефрит, ревматоид артрит, интерстициал нефрит, гломерулонефрит, гельминтозлар.

2. Ёлғон лейкоцитурия: (нейтрофилурия) – симуляцион, жинсий аъзоларидан келиб чиққан, нотўғри сийдик йиғишнинг натижаси.

Бактериологик экма

- СЙИ ташхисини қўйишда СЙда аниқланган бактериялар сонини билиш муҳим аҳамиятга эга.

- СЙИ ташхисини қўйиш ва даволаш ёндашувларини бирлаштириш учун ҳомиладор аёлларда бактериуриянинг қуйидаги клиник жиҳатдан муҳим кўрсаткичлари ажратилади:

1. СЙИ симптомлари кузатилмаган ҳомиладор аёлларда аёлнинг ўзи (мустақил) йиғган 2 та кетма-кет сийдик намунасида (24 соат оралиғида) қўзғатувчининг бир тури $\geq 10^5$ КОЕ/мл ёки катетерда олинган битта сийдик намунасида $\geq 10^2$ КОЕ/мл концентрацияда уропатоген аниқланса, бактериурия клиник аҳамиятга эга деб ҳисобланади.

2. СЙИ симптомлари кузатилган ҳомиладор аёлларда аёлнинг ўзи йиғган ёки катетерда олинган сийдик намунасида $\geq 10^3$ КОЕ/мл концентрацияда уропатоген аниқланса, бактериурия клиник аҳамиятга эга деб ҳисобланади.

ЕУА тавсияларига мувофиқ СЙИ ташхисини қўйиш мезонлари (2020 й.)

Нозология	Клиник симптомлар	Бактериологик экмада
Ўткир цистит	Дизурия, тез-тез оғриқли сийиш, қов усти соҳасида оғриқ, сўнгги 4 ҳафта мобайнида бундай симптомлар кузатилмаганда	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Ўткир асоратланмаган пиелонефрит	Бошқа касалликлар ёки урологик ривожланиш нуқсонлари бўлмаганда, юқори иситма, қорин ёки бел соҳасида оғриқ	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Асоратланган СЙИ	Хавф омиллари билан биргаликда юқорида кўрсатилган симптомларнинг ҳар қандай келиши (СЙ анатомик ёки функционал бузилишлари, узоқ муддатга ўрнатилган катетер, буйрак касалликлари, ёндош иммунодефицит касалликлари, қандли диабет касаллиги, ҳомиладорлик)	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Симптомсиз бактериурия	Клиник симптомлар кузатилмайди	КОЕ $\geq 10^5$ /мл 24 соат интервалда 2 марта

Қайталанувчи СЙИ	Эпизодлар частотаси йилига камида уч маротаба ёки 6 ой мобайнида икки маротаба бўлган асоратланмаган ва/ёки асоратланган СЧЙИ қайталаниши	КОЕ $\geq 10^3$ /мл
Катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЙИ	Катетер ўрнатилган ёки сўнгги 48 соат ичида катетеризация муолажаси ўтказилган беморларда ривожланади	КОЕ $\geq 10^3$ /мл

Ўтқир асоратланмаган пиелонефрит бўйича тавсиялар:

- Ўтқир пиелонефрит билан касалланган барча беморлар, умумий сийдик таҳлилидан ташқари, антибиотикларга сезувчанликни текшириш билан сийдикни бактериологик экмага топширишлари керак.
- СЙИ белгилари ёки симптомлари кузатилмаган бактериурия билан касалланган беморларда пиурия симптоматик бактериурия сифатида баҳолаб бўлмайди ва антибактериал терапияни бошлаш учун кўрсатма ҳисобланмайди.
- Беморда даволаш бошланганидан 72 соат ўтгач ёки асоратларга шубҳа қилинганда (масалан, сепсис), фебрил ҳарорат кузатилиши давом этаверса, қўшимча текширув усулларини ўтказиш тавсия этилади, шу жумладан контраст кучайтиришсиз МРТ.

- Мунтазам ташхис қўйишда сийдикнинг умумий таҳлили, шу жумладан эритроцитлар, лейкоцитлар ва нитритларни баҳолаш билан ўтказиш керак
- Пиелонефрит билан касалланган беморларга антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан бактериологик экмани ўтказиш тавсия этилади.

Асоратланган СЙИ мезонлари

Сийдик чиқариш йўлларининг ҳар қандай қисмида обструкция бўлиши	Ҳомиладорлик
Ўт жисмлар	Қандли диабет
Қовуқнинг охиригача бўшамаслиги	Қовуқ-сийдик найи рефлюкси
Иммуносупрессив ҳолатлар	Яқинда ўтказилган инструментал аралашувлар
Нозокомиал инфекциялар	

Турли хил микроорганизмлар асоратланган СЙИ келтириб чиқариши мумкин. Ушбу спектр асоратланмаган СЙИ қараганда анча кенгроқ ва қўзғатувчилар антибиотикларга резистент бўлиш эҳтимоли юқорироқ туради (айниқса даволаш билан боғлиқ бўлган асоратланган СЙИ). *E. coli*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Serratia spp.* ва *Enterococcus spp.* бактериялари асоратланган СЙИ билан касалланган беморларда энг кўп учрайдиган қўзғатувчилар ҳисобланади.

● Асоратланган СЙИ ҳар доим ҳам клиник симптомлар билан кечмайди (дизурия, императив чақириқлар, тез-тез сийиш, бел соҳасида оғриқлар, қовурға-умуртқа бурчаги соҳасини пайпаслаганда оғриқ сезилиши, қов усти соҳасида оғриқ ва иситма), аммо баъзи клиник ҳолатларда атипик симптомлар кузатилиши мумкин, масалан сийдик қопи дисфункцияси ёки катетерни ўрнатиш билан боғлиқ бўлган СЙИ.

● Асоратланган СЙИ клиник кўриниши уросепсис ривожланиш хавфи бўлган оғир ўткир пиелонефритдан тортиб, катетер олиб ташланганидан сўнг ўз-ўзидан енгиллашиши мумкин бўлган операциядан кейинги КЎБ СЙИ гача намоён бўлиши мумкин.

● Симптомлар, айниқса сийишнинг бузилиши симптомлари нафақат СЙИ, балки бошқа урологик касалликларда ҳам кузатилиши мумкин эканлигини ёдда тутиш керак, масалан, орқа мияси шикастланган беморларда вегетатив дисфункция ҳолатлари ва сийдик қопининг нейроген дисфункцияси.

● Урологик касалликлардан ташқари, асоратланган СЙИ билан касалланган беморларда кўпинча урологик бузилишлар билан боғлиқ қандли диабет, буйрак етишмовчилиги каби ёндош касалликлар бўлиши мумкин.

Диагностикаси

● Асоратланган СЙ инфекцияларига гумон қилинганда, клиник жиҳатдан аҳамиятли бактериурияни аниқлаш ёки истисно қилиш учун антибиотикларга сезувчанликни текшириш билан сийдикни бактериологик экмага топшириш керак.

● Мустақил йиғилган сийдикда $\geq 10^3$ КОЕ/мл ва ундан юқори бўлган бактериурияга асосланиб, асоратланган СЙИ микробиологик ташхиси қўйилиши мумкин.

Даволаш

● Асоратланган СЙИ билан касалланган барча беморлар касалхонада даволанадилар.

● Ёндош урологик касалликлар ёки оғирлаштирувчи омиллар етарли даражада даволанади (урологик бузилишларни бартараф этиш).

● Асоратланган СЙИ антибактериал давоси доимо сийдик бактериологик экмасининг натижаси бўйича ўтказилади (резистент штаммлар пайдо бўлишини олдини олиш учун).

- Эмпирик терапияни ўтказишда танланган антибиотикнинг спектри учрашиш эҳтимоли энг катта бўлган қўзғатувчиларни қамраб олиши керак.
- Ингибитор-ҳимояланган аминопенициллинлар, 2 ва 3 авлод цефалоспоринлар ва аминогликозидлар ҳомиладорлик даврида қўллаш учун тавсия этилган.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларида инфекцияларини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома, Тошкент, 2021.
2. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Современные методы диагностики и лечения. ГЭОТАР-Медиа. 2010.
3. Глыбочко П.В., Аляев Ю.Г., Григорьева Н.А. Урология. От симптомов к диагнозу и лечению. 2014
4. Петрова С.Б., Соколова М.Ю. Беременность и пиелонефрит единственной почки // Гинекология. - 2003. - Т. 5. - №2. - С. 81-82.

7.6. МИЯ ҚОН ТОМИРЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

КХТ-10 бўйича шифри

Мия қон томирлари касалликлари (И60-И69).

Мия ичидаги қон кетиши (И61)

И61.0 - Субкортикал ярим шарда интрасеребрал қон кетиш

И61.1 - Кортикал ярим шарда интрасеребрал қон кетиш

И61.2 - Ярим шарда интрасеребрал қон кетиш, аниқланмаган

И61.3 - Мия сопидаги интрасеребрал қон кетиш

И61.4 - Серебеллумдаги интрасеребрал қон кетиш

И61.5 - Интравентрикуляр интрасеребрал қон кетиш

И61.6 - Қўп локализациянинг интрасеребрал қон кетиши [2].

Тавсиялар

- Ўткир инсултнинг клиник кўриниши бўлган ҳомиладор аёлларга бирламчи ёрдам ёки реанимация тез ёрдам бригадалари шифокорлари томонидан кўрсатилиши керак. Инсултга шубҳа қилинган ҳомиладор беморни шошилинч тиббий ёрдам бригадалари зудлик билан бирламчи ёки минтақавий қон-томир марказининг неврология бўлими ва туғуруқхона ёки гинекология бўлими мавжуд қўп тармоқли шифохонага олиб бориши керак. Агар текширувда шикастланмаган интракраниал қон кетиши аниқланса, бемор неврология ёки интенсив терапия бўлимига ётқизилади. Геморрагик

инсулт гестознинг оғир шакллари билан бирга келганда, бемор реанимация бўлимига ётқизилиши керак ва у ерда акушер-гинекологлар ҳомиладорликни фавқулодда тўхтатиш зарурати ҳақида қарор қабул қилишлари мумкин [2].

Шикоятлар ва анамнез

- Жисмоний фаоллик, ҳиссий стресс ёки қон босимининг кўтарилиши билан кўзгатилиши мумкин бўлган кучли бош оғриғи ҳужумига алоҳида эътибор бериш тавсия этилади.
- Ўткир ривожланган интракраниал қон кетишининг характерли белгиси кучли бош оғриғи ҳужуми бўлиб, у жисмоний фаоллик, ҳиссий стресс ва қон босимининг кўтарилиши билан келиб чиқиши мумкин.

Бош оғриғи ҳужуми кўнгил айланиши, қусиш, баланд товушлар ва ёрқин ёруғликка нисбатан сезгирлик, шунингдек, кўз олмаларини ҳаракатлантирганда ноқулайлик билан бирга кузатилиши мумкин. Баъзи ҳолларда қисқа ёки узоқ муддатли онгни йўқотиш мумкин.

- Консерватив терапияни интенсив терапия ёки интенсив назорат бўлимида ўтказиш тавсия этилади.
- Онги бузилган беморларга трахеяни интубация қилиш ва сунъий нафас олдирувчи аппаратига уланиш тавсия этилади.

Таъриф

Мия аневризмаси (МА) — интима ва адвентиция қатламлари фондида томир деворининг мушак қатламининг юпқалашиши натижасида мия артериясининг патологик маҳаллий кенгайиши. Аневризма деворининг ёрилиши субарахноид ёки интрасеребрал қон кетишига олиб келиши мумкин, бу эса ўлимга сабаб бўлиши эҳтимоли бор. Интрасеребрал гематома — интракраниал қон кетишининг вариантларидан бири бўлиб, у мия паренхимасида қоннинг тўпланиши, тўқималарнинг шишиши ва гипертензион-дислокация синдроми ривожланиши билан бирга келади. Бунда маҳаллий ёки умумий сиқилиш юзага келиши мумкин.

Геморрагик инсультларнинг асосий сабаблари гипертония касаллиги, симптоматик гипертензия ва бош мия қон томирларининг туғма ривожланиш нуқсонлари, асосан, мия қон томирлари аневризмалари ҳисобланади. Шунингдек, геморрагик инсультлар қоннинг ивиш тизими ўзгаришлари, масалан, гемофилия ёки тромболитикларни меъёридан ортиқ истеъмол қилиш натижасида ҳам юзага келиши мумкин.

Бош мия артериялари аневризмалари — артерия деворининг маҳаллий бўртиб чиқиши бўлиб, кўпинча улар қопча шаклида бўлади, шунинг учун улар қопсимон аневризмалар деб аталади. Кўп ҳолларда аневризмаларнинг ўлчами ўртача 1 см ни ташкил этади, аммо айрим ҳолларда улар катта ўлчамга

(диаметри 3-4 см ва ундан катта) етиши мумкин. Диаметри 2,5 см дан катта бўлган аневризмалар гигант аневризмалар деб аталади.

Геморрагик инсульт (ГИ) — ўткир сереброваскуляр бузилишлардан бири бўлиб, полиетиологик нозологик шаклни англатади (гипертензив гематомалар, мия аневризмасидан қон кетишлар). У мия томирларининг бўшлиғидан қон чиқиши ва унинг субдурал, субарахноид бўшлиқларда, мия паренхимасида, ҳамда баъзи ҳолларда мия қоринчаларида патологик тўпланиши билан тавсифланади (қоринчалар компоненти).

Ўткир сереброваскуляр бузилиш (ЎСВБ) — вақтинчалик ишемик хужумлар, ишемик инсульт ёки мия инфаркти, мия қон кетиши ёки геморрагик инсультни ўз ичига олади [2].

Этиологиясига кўра, ҳомиладор аёлларда травматик бўлмаган интракраниал қон кетишлар икки гуруҳга бўлинади: ҳомиладорликнинг асоратлари билан боғлиқ қон кетишлар ва мия қон томирлари касалликлари билан боғлиқ қон кетишлар [4]. Кўпинча интрасеребрал гематомалар эклампсия фонида артериал гипертензия ва коагулопатия натижасида юзага келади [4,5]. Ҳомиладор аёлларда САК нинг асосий сабаби МА ёрилиши ҳисобланади.

Ҳомиладор аёлларда ГИ нинг частотаси 100,000 кишига 2 дан 5 тагача бўлиб, ўлим ҳолати 30-40% ни ташкил этади, оналар ўлими таркибида эса 5-12% га етади [3,6]. Акушерлик амалиётида ГИ частотаси туғруқлар умумий сонининг 0,04 фоизини ёки 100,000 ҳомиладор аёлга 42,9 ни ташкил қилади [1,6].

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 6 та оналар ўлими (ОЎ) ҳолатини таҳлил қилдик. Ушбу ҳолатларда ОЎ нинг асосий сабаби бош мия қон томирлари касалликлари бўлган.

Оналар ўлимига сабаб бўлган бош мия қон томирлари касалликлари

Тури	Сони
Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, ишемик тури.	1
Бош мия қон айланиши ўткир бузилиши геморрагик тури.	4
Бош мияга қон қуйилиши	5
Бош мия аневризмасининг ёрилиши.	2
Мия дислокацион синдроми	2

Касаллик тарихида бош мия касалликларининг сабаблари кўрсатилмаган.

Ўлими қайд этилган аёлларнинг хусусиятлари

Аёллар фаол репродуктив ёшда бўлган. 20-24 ёшда 4 нафар, 35-40 ёшда 2 нафар аёл таҳлил қилинган. Паритетга кўра, беморлар орасида биринчи туғруқ – 4 нафар, учинчи туғруқ – 2 нафар. Ҳомиладорлик давридаги ҳолатларга келсак, 20 ҳафтада 1 нафар, 28-34 ҳафтада 2 нафар, 35-37 ҳафтада 1 нафар ва 38 ҳафтада 2 нафар аёл бўлган.

Беморларда қўшимча бошқа соматик касалликлар аниқланган: Сурункали камқонлик — 6 нафар; шифохонадан ташқари ривожланган икки томонлама вирусли-бактериал пневмония (оғир кечиши) — 2 нафар; Суправентрикуляр пароксизмал тахикардия — 1 нафар; гипертермик синдром — 1 нафар.

Бош мия касалликлари ҳомиладорлик пайтида — 1 нафар, туғруқдан кейинги 9-суткада — 1 нафар, ва Кесарчача кесиш операциясидан кейинги даврда — 4 нафар аёлларда содир бўлган.

Бош мия касалликларининг асоратлари:

- Бош мия шиши
- Қоринчалар гемотампонадаси
- Энса катта тешигига мияча қисилиши
- Окклюзион гидроцефалия
- Бош мия шиши ва дислокацияси
- Мия ўзаги эзилиши
- Мия комаси 3-даража
- Иккиламчи энцефалит талваса синдроми
- Нафас ва юрак қон-томир етишмовчилиги
- Полиорган етишмовчилик

***1-мисол:** Аёл 23 ёшда, ҳомиладорлик 1, 30 ҳафта. Туғруқ 1, Кесарчача кесиш амалиётидан кейинги 39-сутка. Унда бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши (ишемик тури) ва иккиламчи энцефалит талваса синдроми, шунингдек, икки томонлама вирусли-бактериал пневмония оғир кечиши аниқланган. Кома 2-3 даражада, бош мия шиши, нафас етишмовчилиги 3-даражада, ва ўткир нафас ва юрак, қон-томир етишмовчилиги мавжуд.*

***2-мисол:** Аёл 40 ёшда, ҳомиладорлик 5, 36 ҳафта. Туғруқ 3, Кесарчача кесиш амалиётидан кейинги 4-сутка. Унда бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши, геморрагик инсульт дислокацион синдром билан аниқланган. Кома 3 даражада, мия шиши ва полиорган етишмовчилик мавжуд.*

***3-мисол:** Аёл 23 ёшда, ҳомиладорлик 1, 39 ҳафта. Туғруқ 1, Кесарчача кесиш амалиётидан кейинги 13-сутка. Унда бош мия қон айланишининг вертебро-базилляр бассейнда бош мия чап қоринчасига қон қуйилиши билан геморрагик типдаги ўткир бузилиши, бош мия аневризмасининг ёрилиши, мия шиши, кома 3 даражада ва полиорган етишмовчилик аниқланган.*

Аёлларнинг ҳаётини сақлаб қолишнинг иложи бўлмаган.

Ҳомиладор аёлларни даволашда камчиликлар

Туғдиришдан кейин беморларнинг ҳолати етарли даражада назорат қилинмаган деб тахмин қилиш мумкин, масалан, қон босими ва коагулограмма баҳоланмаган. Ҳомиладорликдан олдин ва ҳомиладорлик пайтида мия аневризмаси аниқланмаган.

Тавсиялар

Ўсмир қизларни, турмушга чиқишдан олдин ва ҳомиладорлик даврида аёлларни самарали тиббий кўриқдан ўтказиш, соматик касалликларни аниқлаш ва чораларни кўриш.

Туғруқдан кейинги эрта ва кеч даврда аёлларнинг ҳолатини (Нв, қон босими, қон ивиш вақти) клиник мониторингини сифатини яхшилаш.

Жарроҳликдан сўнг ўпка эмболиясининг олдини олиш учун антикоагулянтларни амбулатория шароитида шифокор назорати остида давом эттириш тавсия этилади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Баялиева А.Ж., Шпанер Р.Я., Богданова Э.И., Ганиева И.Р. Особенности анестезии у беременных при субарахноидальных кровоизлияниях.- Казанский медицинский журнал. – 2013. - том 94, №1.- с.89-95.
2. Бутунов О. В., Дашьян В. Г., Колотвинов В.С., Крылов В.В. и др.Геморрагический инсульт у беременных. Клинические рекомендации. 2015. ID: КР343
3. Lynch JC, Andrade R, Pereira C // Intracranial hemorrhage during pregnancy and puerperium: experience with fifteen cases // Arq Neuropsiquiatr. – 2002 Jun. – V. 60(2-A). – P. 264-268.
4. 34 Nelson LA // Ruptured cerebral aneurysm in the pregnant patient. // Int Anesthesiol Clin. – 2005. – V. 43(4). – P.81-97
5. 37 Tiel Groenestege AT, Rinkel GJ, van der Bom JG, Algra A, Klijn CJ // The risk of aneurysmal subarachnoid hemorrhage during pregnancy, delivery, and the puerperium in the Utrecht population: case-crossover study and standardized incidence ratio estimation. // Stroke. – 2009. – V. 40(4). – P.1148-1151.
6. Vega-Basulto SD, Lafontaine-Terry E, Gutie Rrez-Mu?oz FG, Roura-Carrasco J, Pardo-Camacho G // Intracranial hemorrhage due to aneurysms and arteriovenous malformations during pregnancy and puerperium. // Neurocirugia (Astur). – 2008. – V.19(1). – P.25-34.

7.7-боб. ХАВФЛИ ЎСМАЛАР ВА ҲОМИЛАДОРЛИК

Ҳомиладорликнинг тўхтатилиши ўсимтанинг кейинги ўсишига таъсир қилмайди. Агар саратоннинг 1-2 босқичи аниқланса, ҳомиладорликни тўхтатмасдан, жарроҳлик аралашуви амалга оширилади ва кимётерапия 2-3 триместрга қолдирилади. Бу ҳолда, дориларнинг таъсири ҳомила ривожланишига камроқ таъсир кўрсатади. Радиация терапияси туғруқдан кейинги даврга ўтказилади.

Агар ўсманинг 3-4 босқичи ташхиси қўйилган бўлса, ҳомиладорлик даврида жарроҳлик, кимётерапия ва радиация терапиясини талаб қилиш мумкин. Бироқ, бу ҳолда ҳамма нарса ҳомиладорликнинг гестацион муддатига боғлиқ.

Ҳомиладорликнинг кичик гестацион муддати (биринчи триместр)да беморнинг ҳаёти учун хавф туғилиши сабабли, тўлиқ даволаниш учун ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия етилади. Агар муддат катта бўлса (32 ҳафтадан ортиқ) ва шифокорнинг ижобий қарори бўлса, туғдиришни кечиктириш мумкин. Ўсимтани олиб ташлаш учун зарур бўлган операция ҳомиладорлик даврида амалга оширилади ва туғруқдан кейин радиация терапияси дарҳол бошланади. Аммо жараённинг 3-4 босқичларида мумкин бўлган метастазларни қидириш ва олиб ташлаш ҳам зарурдир.

Кечиктирилган ташхис, ҳомиладорликнинг тугашидан олдин она ўлими эҳтимоли ва ҳомиладорликнинг юқори кўрсаткичлари она ва ҳомила учун прогнозни ёмонлаштиради.

Касаллик таърифи

Ҳомиладорликнинг ўзи ҳам хавфсиз, ҳам хавфли неоплазмаларнинг ўсишини фаоллаштириши мумкин. Шунинг учун катта хавфсиз ўсмалар ёки ҳар қандай ҳажмдаги хавфли ўсмаларнинг мавжудлиги режалаштирилган ҳомиладорлик учун қарши кўрсатмалар ҳисобланади.

Ҳомиладорлик билан биргаликда энг кенг тарқалган онкологик касалликлар қуйидагиларни ўз ичига олади: бачадон бўйни саратони, кўкрак саратони, меланома, лимфома, лейкомия, тухумдон ва йўғон ичак карциномалари.

Биз 2021 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда 4 та оналар ўлими (ОЎ) ҳолатини таҳлил қилдик, бунда ОЎ хавфли ўсмалар сабабли бўлган.

1-мисол. Аёл, 23 ёшда. Ҳомиладорлик 3, 39-40 ҳафта. Туғруқ 3. Кесарча кесиш амалиётидан кейинги 27-сутка. Бош мия тепа чакка бўлаги хавфли ўсмаси. Операциядан кейинги ҳолат-бош мия ва ўпка шиши.

2-мисол. Аёл, 31 ёшда. Ҳомиладорлик 4. Кесарча кесиш амалиётидан кейинги 9-сутка. Ўнг бронх соҳасида хавфли ўсма, ўпкадан қон кетиши. Нафас етишимовчилиги 2-3-даража. Пневмомедиастинум. Икки томонлама пневмоторакс, чап ўпканинг қисман коллапси. Кўкрак қафаси олд девори, ўмров ости ва бўйин соҳаси юмишқ тўқималари эмфиземаси. Ўткир юрак қон-томир ва нафас етишимовчилиги.

Икки ҳомиладор аёл қон хавфли касалликдан вафот этди.

Тавсиялар

- Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ўткир лейкоз ташхиси қўйилганда, аёлга тиббий сабабларга кўра ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия етилади.

- Иккинчи ва учинчи триместрнинг бошида ташхис қўйилганда, кимётерапия (КТ) вариантларга мувофиқ амалга оширилади.
- Ўткир лейкоз имкон қадар тезроқ ремиссияга етишишга қаратилган бўлиши керак.
- Ҳомиладорликнинг кейинги босқичларида (34-35 ҳафтадан ортиқ) биринчи навбатда туғиш амалга оширилади, сўнгра ўткир лейкоз учун цитостатик терапия тўлиқ ўтказилади.
- Ўткир лейкоземияда ҳаётга хавф туғдирувчи асоратлар ривожланиши кўпинча ҳомиладор аёлларда шошилиш туғдириш учун кўрсатма бўлади.

Таъриф

Ҳомиладорлик даврида ўткир лейкоз ташхиси жуда кам учрайдиган ҳодиса ҳисобланади. Касалликнинг частотаси 75,000 ҳомиладорликда 1 та ҳолатни ташкил этади. Туғруқдан кейин гематологик ўсимталардан ўлим даражаси 31% ни ташкил қилади.

Ўткир лейкознинг ҳомиладорликдаги асоратлари:

- Юқумли асоратлар (пневмония, сепсис)
- Ўткир нафас етишмовчилиги
- Прееклампсия
- Амниотик суюқликнинг муддатидан олдин ёрилиши
- Геморрагик синдром
- Тарақланилган интраваскуляр коагуляция синдроми (ДВК синдроми)

3-мисол. Аёл, 30 ёшда. Ҳомиладорлик 2, 26 ҳафта. Туғруқ 2. Муддатидан олдинги кесарча кесиш амалиётидан кейинги 5-сутка. Таъхис: ўткир лейкоз, полиорган етишмовчилик, ДВС синдроми. **Камчиликлар:** аёлда хавфли касаллик кеч аниқланган ва оғир аҳволда келтирилган.

4-мисол. Аёл, 36 ёшда, вилоят тиббиёт марказига ётқизилган. Таъхис: Ҳомиладорлик 2, 28 ҳафта. Туғруқ 2. Оғир камқонлик, оғир прееклампсия. Қабул қилинганда: қон босими 100/60 мм сим. уст. Пульс 84 зарба/дақ. $T - 36,6^{\circ}$. $Hb 40$ г/л. Эр. 2,4. Л – 5,4. Тромбоцитлар – 150,000 /мл. 8 ва 10 октябрда эр. массасини қуйиш амалга оширилди. 11 октябрда кесарча кесиш операцияси ўтказилган, гепатомегалия аниқланган. 11 октябр эр. масса – 2 доза, плазма – 4 доза. 12 октябрда эр. масса + плазма – 1 доза. Кескин ортди: Ферритин – 708 нг/мл, Д-димер – 10,0 мг/мл, С-реактив оқсил – 14,8 мг/л, РСТ – 13,37 нм/мл. Ўткир лейкоземия. 13 октябрда Гематолог: Кўп миеломни истисно қилиш. 15 октябрда стернум пункцияси амалга оширилди. Плазма қуйилди, 17 октябрда эр. масса. $Hb 34$ г/л, эритроцитлар – 1,5, тромбоцитлар – 50,000 /мл, лейкоцитлар – кўп миқдорда. Креатинин – 717. Гематолог: Гемобластоз.

ЎБЕ. 15 октябрда мийелограмма – плазматик ҳужайраларнинг 41% гача кўтарилиши аниқланди. Қизил қон ҳужайраларининг ёпишиши. Таъхис: диффуз шаклдаги кўп миеломли касаллик, 3-босқичи, оғир кечиши. Туғруқдан кейинги давр. Кесарча кесиш операциясидан кейинги 5 кун. Миелом нефропатияси, анемия, интоксикация синдроми, гепаторенал синдроми. 13-октябрдан 15-октябргача операциядан кейин септик ҳолатда таъхис қўйилмайди. Т – 37,2-37,7°, тахикардия, қон босимининг кўтарилиши, ЭЧТ 88 мм/соатгача, лейкоцитлар 69,8 гача, Нв 16 г/л гача, тромбоцитлар 50,000 /мл гача тушади. 16-октябрда эр. масса № 2, ЯМП. БЖЕ ва ЎЮҚЕ ортади. Биологик ўлим. **Асосий таъхис:** кўп миеломли касаллик, 3-босқичи, оғир кечиши. Кўп орган етишмовчилиги. Сепсис. Ётиш кун: 5/5.

Касаллик таърифи

Кўп миеломли касаллиги кўп тугунли, диффуз тугунли ва диффуз шаклда бўлиши мумкин. Кўп миелом касаллиги кўпинча асимптоматикдир (10 та ҳолатдан 1-2 таси).

Қон таҳлилида:

- ЭЧТнинг кўпайиши
- Қизил қон таначаларининг характерли ёпишиши
- Айрим ҳолларда лейкоцитлар ва тромбоцитлар етишмовчилиги билан биргаликда анемия белгилари мавжуд

Суяк илиги биопсияси: кўп миеломли касаллигини аниқлайди.

Камчиликлар:

- Антенатал даврда қон касалликлари аниқланмаган, бу антенатал парваришнинг сифатсизлигини кўрсатади. Даволанмаган анемия.
- Қабул қилинганидан сўнг, гипопластик анемия ва тарқалган интраваскуляр коагуляция белгилари бор эди, аммо бу таъхисда акс этмаган.
- Қон қуйиш ва гематолог билан маслаҳатлашув кечикиб амалга оширилган.
- Кесарча кесиш операциясидан кейинги септик ҳолат аниқланмаган.

Тавсиялар

- Антенатал парвариш сифатини ошириш.
- Соматик касалликларни аниқлаш самарадорлигини ошириш.

1. Серов В.Н., Шмаков Р.Г., Полушкина Е.С., Волочаева М.В. Рак и беременность.// Рус. мед. журн. 2015; 20: 1195-7.
2. Силькина М.О., Бахтияров К.Р. Рак и беременность.// Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2018; 5(4): 182-186. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/2313-8726-2018-5-4-182-186>
3. Паукер В. А, Шмаков Р. Г. Основные принципы диагностики и лечения онкологических заболеваний во время беременности.// Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение №2 2014с.19-24.
4. Aviles A., Neri N., Nambo M. J. Hematological malignancies and pregnancy: Treat or no treat during first trimester // Int. J. Cancer. – 2012. – Vol. 131, N 11. – P. 2678–2683.
5. Backes C. H. et al. Cancer in pregnancy: fetal and neonatal outcomes // Clin. Obstet. Gynecol. – 2011. – Vol. 54, N 4. – P. 574–590.
6. Basta P., Bak A., Roszkowski K. Cancer treatment in pregnant women . Contemp.// Oncol. (Pozn). 2015; 19(5): 354-60. doi: 10.5114/wo.2014.46236
7. Bolling C., Schuster S., Pfeiffer J. Hematological and non-gynecological malignancies in pregnancy. Treatment options, problems and challenges // Gynäkologe. – 2012. – Vol. 45, N 12. – P. 951–958.
8. Dimitrakakis C., Marinopoulos S., et al. Cancer in pregnancy: disentangling treatment modalities.// ESMO.Open.2016;1:e000016. doi: 10.1136/esmoopen-2015-000016BMJ
9. Tesařová P. Pregnancy-associated breast cancer. Klin. Onkol. 2016; 29 Suppl 3: S16-22. doi: 10.14735/amko20163S16
10. Voulgaris E., Pentheroudakis G., Pavlidis N. Cancer and pregnancy: A comprehensive review // Surg. Oncol. – 2011. – Vol. 20, N 4. – P. 175–185
11. Галстян Г.М.1, Троицкая В.В.1, Паровичникова Е.Н.1, Баженов А.В. Интенсивная терапия угрожающих жизни осложнений у беременных с острыми лейкозами. // Анестезиология и реаниматология. 2017; 62(4): 268-274. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2017-62-4-268-27>
12. Троицкая В. В., Паровичникова Е. Н., Соколов А. Н., Кохно А. В. И др. Лечение острых лимфобластных лейкозов у беременных по протоколу ОЛЛ-2009.// Гематология и трансфузиология. 2018; 63(3):209—230 doi: 10.25837/HAT.2019.92.27.001
13. Ali R, Ozkalemkas F, Kimya Y, Koksal N, Ozkan H, Ozkocaman V et al. Acute leukemia and pregnancy. Leuk Res. 2009;e26—8
14. Troitskaya V, Parovichnikova E, Sokolov A, Kokhno A, Fidarova ZT, Sidorova A et al. Prognostic impact of pregnancy on long-term outcome in acute leukemias patients. Blood. 59th ASH Annu Meet Expo. Dec 2017. № 4665

Ихтиярова Г.А.

Оналар ўлимини конфиденциал таҳлилда тромбоземболик асоратлар сабабли 46 нафар аёлнинг вафот этиши ўрганилди. Таҳлил натижаларига кўра, тромбоземболик асоратлар (ТЭА) кўпинча туғруқдан кейинги даврда содир бўлгани аниқланди — 33 ҳолат (72%). Ушбу асоратларнинг пайдо бўлишида кесарча кесиш (КК) улуши катта бўлиб, 79 %ни ташкил этган (туғруқдан кейинги 33 ҳолатдан 26 таси). Шунинг таъкидлаш керакки, 4 нафар аёл стационардан чиққандан кейин вафот этган: 1-куни 1 нафар аёл, 4-куни 3 нафар аёл. Ҳомиладорлик даврида 4 нафар аёл ТЭАдан вафот этган. Бу кўрсаткичнинг энг юқори улуши ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида (22 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин) 3 ҳолат билан кузатилган, бу эса хавф даражасининг юқори эканлигини тасдиқлайди. Туғруқ пайтида 9 нафар аёл (19,5%) ТЭАдан азият чеккан.

8.1-жадвал ТЭА дан оналар ўлими

Оналар ўлими содир бўлган муддат	Абс.кўрсаткич =46
Ҳомиладорлик давомида	4
<22 ҳафтагача	1
>22 ҳафтадан кейин	3
Туғруқ жараёнида	9
Туғруқдан кейин	33
Кесарча кесиш амалиётидан кейин	26
Шошилинич	23
Режали	3

Касбига кўра, 32 нафар ҳомиладор аёл уй бекаси, 10 нафар ҳомиладор аёл таълим соҳасида ишлаган. Аёлларнинг аксарияти қишлоқ аҳолиси бўлиб, 34 нафар (74%) қишлоқда, 12 нафар (26%) шаҳарда яшаган. 39 нафар аёл мунтазам антентал кузатувида бўлган, 2 нафар аёл рўйхатга олинмаган, 5 нафар аёлда антентал кузатуви ҳақида маълумотлар йўқ.

Ҳомиладорлик даврини баҳолаш натижалари кўрсатадики, тромбоземболик асоратларнинг деярли ярми, яъни 26-57% тўлиқ ҳомиладорлик даврида, 12-26% эса 28 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин кузатилган.

Текширувида ўлган аёлларнинг аксарияти қайта туғувчи бўлиб, 35 нафар (76%)ни ташкил этган. Уларнинг орасида кўп туғувчи аёллар (4 ёки ундан ортиқ туғилиш) 13 нафар (28%)ни ташкил қилган (умумий 37% қайта туғувчилар орасида).

Таҳлил давомида қуйидаги «фойдаланилмаган имкониятлар» аниқланди.

ТЭАда хавф омилларини баҳоловчи шкаланинг йўқлиги

Аntenатал даврнинг биринчи босқич даражасида ҳам, касалхонада ҳам ҳомиладорлик пайтида Тромбоэмболик асоратлар учун хавф омиллари баҳоланмаганлигини таъкидлаш жоиз. Бу ҳолат мамлакатда ТЭА профилактикаси бўйича протокол ишлаб чиқилмаганлигини кўрсатади, натижада хавф гуруҳлари антенатал даврда баҳоланмаган. Шунингдек, 40 нафар (87%) аёл ҳомиладорлик, туғруқ ва туғрудон кейинги даврда хавф омиллари остида бўлган. Улардан 80% дан ортиғи бир неча хавф омилларининг комбинациясига эга бўлган.

Анкеталар ва тиббий ҳужжатлар бўйича баҳоланган хавф омиллари ТЭА натижасида ўлган аёлларнинг ёш бўйича тақсимооти.

Ўлган аёлларнинг ёши 19 ёшдан 42 ёш орасида бўлган (2-жадвалга қаранг).

Тромбоэмболик асоратлар билан касалланган аёллар орасида энг кўп сони 30 ёшдан ошган (28 нафар, яъни 62%) аёллардир.

8.2-жадвал Ўлган аёлларнинг ёши

Аёл ёши	Абс.кўрсаткич	%
20 ёшгача	1	1%
20-24 ёш	7	15%
25-29 ёш	10	22%
30-34 ёш	15	33%
35-39 ёш	9	20%
40 ёшдан ошган	4	9%

Оилавий тромбофилия / эмболияга мойиллик анамнези

Тиббий ҳужжатларда ва сўров варақаларида тромбоэмболия ёки тромбофилия ҳолатлари бўйича оилавий тарихни баҳолашга эътибор берилмаган. Шунингдек, ҳеч қандай тиббий ҳужжатларда вафот этган аёлда ТЭАнинг олдинги ҳолатлари ҳақида анамнез тўплашга эътибор берилмаган. Тадқиқотларга кўра, оилавий тромбофилия ТЭАнинг хавф омилларидан бири ҳисобланади. Шунингдек, аёлда тромбознинг олдинги ҳолатлари бўлганми ёки йўқми, бу ҳам муҳимдир. Бу ҳолат ТЭАнинг хавф омилларини асослашда ушбу маълумотлар ҳисобга олинмаганини кўрсатади.

Иммобилизация

12 нафар бемор узоқ вақт ётоқ режими ҳолатида бўлган. 2 нафар беморда плацентанинг марказий бирикиши ҳолати мавжуд бўлиб, улар кўп маротаба касалхонага ётқизилган (7-33 кун давомида 3-5 маротаба) ва туғруқдан олдин қон кетиши сабабли узоқ вақт ётоқ режимида бўлган. 1 нафар бемор фарзандининг аҳволи туфайли 29 кун давомида касалхонада ётқизилган. 1

нафар беморда суяк-мушак тизимида нуқсон бўлган. Бундан ташқари, 1 нафар бемор 5 йил давомида бирламчи бепуштлик туфайли мунтазам равишда уйда ҳам, касалхонада ҳам ётоқ режимида бўлган (бола тушиш хавфи таъхиси билан 3 мартаба касалхонага ётқизилган). 7 нафар аёл кўчирилишидан олдин 4-7 кун аввал касалхонага ётқизилган.

Мисол. Такрорий ҳомиладорлик 31 ёшда, анамнезида 3 та ривожланмаган ҳомиладорлик ва 1 та муддатдан олдинги туғруқ бўлган (24 ҳафта). Кейинги ҳомиладорликда йўлдошининг олдинда жойлашиши таъхиси қўйилган ва туғруқдан олдин қон кетиши сабабли 25 ҳафтадан бошлаб бир неча мартаба касалхонага ётқизилган. Бемор боласини йўқотишдан қўрқиб, камроқ ҳаракат қилган, чунки у қон кетиш жисмоний фаолият билан боғлиқ деб ҳисоблаган. Касалхонага ётқиши пайтида у транексам кислота, контрикал (апротинин), аскорутини, темир препаратларини қабул қилган ва ётқиши режими тайинланган. 36 ҳафтада туғруқдан олдин қон кетиши сабабли фавқулодда вазиятда келган. Жарроҳлик пайтида бачадон гипотонияси қайд этилди, қон йўқотиш 2400 мл деб баҳоланди, бачадон ампутацияси амалга оширилди. Кристаллоидлар, эритроцитар масса, коллоидлар ва ЯМҚ қўйиши ҳисобига УАҚ миқдори тикланди. Операциядан кейинги даврда антикоагулянтлар қабул қилинмади. Операциядан 11 кун ўтгач, бемор бош айланиши, заифлик, ҳаво етишмаслигидан шикоят қилди. Терапевт томонидан текширилди, «ўрта даражали анемия» таъхиси қўйилди ва темир препаратлари буюрилди. 2 кундан сўнг, туғруқдан кейинги 14-кун, туғруқдан кейинги бўлимда бемор ҳушини йўқотди. Кун давомидаги реанимация чораларига қарамасдан бемор вафот этди. Аутопсияда ўпка эмболиаси аниқланди.

Семизлик

Ҳеч бир касаллик тарихида тана массаси индекси-ТМИ ҳисобланмаган. Вафот этганларнинг тана вазни 3-жадвалда келтирилган.

8.3-жадвал. Ўлган аёлларнинг тана вазни

Тана вазни	Учраш сони	%
45-60 кг	4	8%
61-70 кг	7	15%
71-80 кг	9	20%
81-90 кг	10	22%
91-100 кг	10	22%
100 кг дан оғир	6	13%

38 та вафот этган аёлларнинг тана масса индекси (ТМИ) (мавжуд касаллик тарихидаги маълумотлар асосида) ҳисоблаб чиқилди. 27% аёлларда

ТМИ 25-30 кг/м² бўлган. Аёлларнинг 23% ТМИ 30 кг/м² дан ошган, 14% ТМИ 35 кг/м² дан ошган ва 10% ТМИ 40 кг/м² дан ошган.

Мисол. Қайта туғувчи, тўртинчи туғруқ, 28 ёш. Бўйи 165 см, вазни 112 кг. Туғруқнинг 1-бўлимига нафас қисилиши, юрак уришининг тезлашиши ва амниотик суюқликнинг кетиши шикоятлари билан тўлиқ муддатда келди. Қон босими 160/100 мм с.у., юрак уриши 98-100 минутада қабул қилинди. Оғир преэклампсияни ҳисобга олган ҳолда магnezий сульфат терапияси бошланди. Туғруқ вақтида аёл ҳаво этишмаслиги ва нафас қисилиши шикоятини билдиради. Наркотик анальгетиклар билан оғриқсизлантириш ўтказилди. Тана вазни кам бўлган тирик бола туғилди, туғруқнинг 3-даври асоратсиз ўтди, қон кетмади. Туғруқдан 40 дақиқа ўтгач, тўсатдан беморнинг аҳволи ёмонлашди. Бемор тўш орқасидаги оғриқ, нафас қисилишдан шикоят қилди, қон босимининг пасайиши қайд қилинди. Сунъий нафас вентиляцияси ва интенсив терапия ўтказилишига қарамай бемор 4 соатдан кейин вафот этди.

Преэклампсия

Ҳар учинчи аёл — 15 нафар (33%) аёл преэклампсия билан касалланган. Преэклампсия билан ҳомиладор аёллар учун туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда ТЭА профилактикаси ўтказилмаган.

Мисол. Оғир преэклампсия, буйрак этишмовчилиги билан асоратланган туғувчи аёл касалхонага келди. Туғруқ жарроҳлик йўли билан олиб борилди. Туғруқдан кейинги даврда буйрак этишмовчилиги туфайли бир неча марта гемодиализ амалга оширилди. Беморнинг аҳволи яхшиланди, ЎБЕ ҳал қилинди, бемор касалхонадан чиқаришига тайёрланаётган эди. Туғруқнинг 12-куни, тўсатдан, нонуштадан сўнг беморнинг аҳволи кескин ёмонлашди, юрак-ўпка этишмовчилиги ўсиши бошлади. Текширувдан сўнг ЎАТЭ таъхиси қўйилди. Интенсив терапия ўтказилди. 2 кундан кейин бемор вафот этди.

Кесарча кесиш

ТЭАни асослаш учун муҳим хавф омили - тезкор ўтказилган кесарча кесиш (КК) амалиётидир. ТЭАдан оналар ўлими билан боғлиқ барча ҳолатларининг 26 нафари (79%) КК амалиётдан кейин ривожланган. Шуни таъкидлаш керакки, шошилишч КК амалиёти ТЭА хавфини режалаштирилган ККдан кўра кўп амалга оширади. ТЭАдан вафот этган аёлларда 23 нафари (88%) шошилишч КК, 3 нафари (12%) режалаштирилган КК ўтказилган, бу шошилишч ККда ТЭАлар режали ККга қараганда 4 баробар кўп бўлганини кўрсатади. Жарроҳлик учун кўрсатмалар эса бачадон чандиғи, бош-чанок номутаносиблиги, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, ўткир дистресс синдроми, оғир преэклампсия, йўлдошнинг олдинда жойлашиши ва нормал жойлашган йўлдошнинг муддатдан олдин кўчиши бўлган.

Мисол. 33 ёшли ҳомиладор аёл олтинчи ҳомиладорликда бўлиб, 4- туғруқ. Унинг бачадон чандиғи бўлган. 24 ҳафтада ҳомиланинг антенатал ўлими содир бўлди. Эртаси куни бачадон чандиғи ва ҳомиланинг антенатал ўлимини

ҳисобга олиб, кесарча кесиш амалиёти ўтказилди. Операция муваффақиятли, асоратларсиз ўтди. Операциядан кейин ТЭАнинг олдини олиш чоралари амалга оширилмаган. 3-кун бемор қониқарли ҳолатда уйига юборилди. Туғруқдан кейинги 7-кун аёлнинг аҳволи тўсатдан ёмонлашди, бемор агонил ҳолатда тиббий муассасага олиб келинди. Текиширувдан сўнг ЎАТЭ таъхиси қўйилди. Интенсив реанимацияга қарамай, бемор 2 кундан кейин вафот этди.

Мисол. 25 ёшли аёл биринчи ҳомиладорликда бўлиб, 4 йиллик бепуштлиқ тарихига эга. Унда 1-даражали семизлик, ҳомиланинг кўндаланг ҳолати ва елкаларининг суқилиб кириши бўйича режалаштирилган КК амалиёти режалаштирилган. Бемор операциядан олдин 14 соат давомида овқат ва суюқлик истеъмол қилмаган. Белгиланган кунда операция кечиктирилди ва эртаси кунига белгиланди. Бемор яна овқат ва суюқликни чеклади. Эртаси кун бемор соат 16 да операция қилинди. 16 соат давомида бемор овқат ва суюқлик истеъмол қилмади. Операция СМА остида бўлиб, 1600 мл натрий хлорид 0,9% эритмаси қўйилди, қон йўқотиши 350 млн ташиқил этди. Операциядан сўнг 600 мл натрий хлорид 0,9% эритмаси қўйилди. Бемор ҳеч нарсадан шикоят қилмади, яхши кайфиятда эди. Операциядан 11 соат ўтгач, туққан аёлни фаоллаштириши учун кўтаришди, бемор ўрнидан турди ва тўсатдан ҳушидан кетди, юрак тўхташи аниқланди. Реанимация чоралари самара бермади. Аутопсияда ЎАТЭ топилди.

Сувсизланиш ЎАТЭси учун хавф омили бўлиб, биринчи ҳомиладорлик аёлларда 11 ҳафтада қусиш билан хавфлидир, чунки бу гиповолемияга сабаб бўлади.

Қандли диабет, юрак касаллиги, тизимли қизил волчанка, тери ости томирлари варикоз касаллиги.

2 нафар ҳомиладор аёлда қандли диабет, 2 нафарида юрак нуқсони, 1 нафарида тизимли қизил югурик мавжуд эди. Варикоз касаллиги 9 нафар аёлда аниқланди. Ушбу касалликлар ҳам ЎАТЭси учун хавф омили ҳисобланади.

Бошқа хавф омиллари

6 нафар аёлда кўп ҳомилалилик, 7 нафар аёлда гистерэктомия билан туғруқдан кейинги массив қон кетиш, 7 нафар аёлда туғруқдан олдин қон кетиш, 3 нафарида эса пневмония, 1 нафар беморда туғруқдан кейинги сепсис кузатилган.

Мисол. Туғруқхонада 36 ёшли аёлда КК сўнг 8-кун акушерлик перитонити ривожланди. Шу сабабли релапаротомия ва гистерэктомия амалга оширилди. Сепсисни интенсив даволаш амалга оширилди, аммо ЎАТЭнинг олдини олиш чоралари амалга оширилмади. Беморнинг аҳволи динамикада яхшиланди ва у уйига юборилди. Бемор уйига рухсат берилганидан 5 кун ўтгач, яна нафас етишмовчилиги ва йўтал билан қайтди. Консилиумдан сўнг пневмония таъхиси қўйилди ва интенсив терапия бошланди. 2 кундан кейин бемор вафот этди, аутопсияда ЎАТЭси исботланди.

ЎАТЭни ташхислаш ва даволашнинг кечиктирилиши.

ЎАТЭни тез ва тўғри ташхислаш ушбу патологиянинг асосидир. Агар ЎАТЭ шубҳали бўлса, ташхисни тасдиқлаш учун текширув ўтказилиши керак. Кардиолог, реаниматолог, терапевт ва қон томир жаррохидан иборат кенгаш ташкил қилиниши лозим. Клиник белгилар ҳамда стандарт текшириш усуллари (анъанавий лаборатория текширувлари, ЭКГ, кўкрак қафаси рентгенографияси) ЎАТЭни ташхислаш ёки истисно қилишга имкон бермайди. Ушбу патологияни ташхислашнинг сезгир ва ўзига хос усуллари Д-димер миқдорини аниқлаш, эхо-кардиография, КТ, магнит-резонанс томографияси, ангиография, шунингдек, чуқур томир тромбозини ташхислаш усуллари (ултрасонография, КТ-венография) ўз ичига олади. Ушбу тадқиқотларнинг барчасини акушерлик комплекси шароитида ташкил этиш кийн, шунинг учун ҳар бир муассасада маҳаллий имкониятларни ҳисобга олган ҳолда ЎАТЭ диагностикаси ва даволаш протоколи бўлиши керак. ЎАТЭга шубҳа қилишда асосий нарса унинг ривожланиши учун хавф омилларни билишдир. ЎАТЭнинг клиник белгилар жуда катта полиморфизмга эга бўлиб, унинг намоён бўлиши кўп қиррали ва турли органлар ва тизимларнинг патологиясини кўрсатиши мумкин. Беморларга «пневмония», «вегетатив-қон томир дистонияси», гипогликемия ва бошқа ташхислар қўйилиши мумкин, ва шунга қарамай, 90% ҳолларда ЎАТЭ тахминий клиник белгиларга асосланади. ЎАТЭси клиникасида бир қатор асосий синдромларни ажратиш мумкин – юрак, ўпка-плевра, қорин, бош мия.

Мисол. Биринчи ҳомиладорликдаги 26 ёшли аёл тизимли қизил югурик билан касалланган, ҳомиладорлик муддати 12 ҳафта. У юрак соҳасидаги шикоятлар билан келди. Уйда 2 марта ҳушидан кетган. Қабул қилингандан сўнг, аҳволи ўртача оғирликда, ҳуши аниқ, қон босими 90/60 мм с.и., пулс дақиқада 105-110 та, НОС дақиқада 24 та деб баҳоланди. Ҳушидан кетиш ҳомиладорлик пайтидаги қон томир дистонияси сифатида баҳоланди. Тахикардияни ҳисобга олган ҳолда юрак гликозидлари ва мултивитаминлар буюрилди. Қабул қилинган пайдан бошлаб 6 соат ўтгач, юрак гликозидлари киритилишидан қарамай, нафас қисилиши тезлашди, НОС дақиқада 26-28 та, тахикардия, ЮУС 124 та. Бемор реанимация бўлимига ўтказилди, панангинни вена орқали киритиш ва намланган кислород билан таъминлаш бошланди. Эрталаб соат 6 да беморда ўпка шиши ва кардиопулмонар шок пайдо бўлди. Реанимация чоралари самарасиз бўлиб, бемор вафот этди.

Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги / операциядан кейинги даврда ЎАТЭни олдини олиш оқилона тарзда амалга оширилмаслиги

ЎАТЭ — бу даволашдан кўра олдини олиш афзал бўлган касаллик. Хавф омиллини баҳоланмаганлиги сабабли, беморлар ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда ЎАТЭни олдини олиш чоралари кўрилмагани учун вафот этган. Бунинг сабаби аллақачон аниқланган, яъни ҳомиладорлик, туғруқ ва

туғруқдан кейинги даврда тромбоэмболик асоратларни камайтириш бўйича миллий протокол йўқлиги сабабли ҳомиладор аёллар ва оналарда ЎАТЭнинг олдини олиш учун фойдаланилмаган имкониятлар мавжуд. Бундай вазиятга мисоллар тасвирланган ҳолатларда келтирилган. Бугунги кунда кўпчилик беморлар учун ЎАТЭнинг олдини олиш мақсадида оёқларнинг эластик бойламлари, гидратация таклиф этилмоқда. Афзал антикогулянт сифатида паст молекуляр гепаринлар гуруҳи (ПМГ) ва фракцияланмаган гепарин тавсия этилмоқда. ЎАТЭни профилактикаси учун ўлим даражаси ПМГга паст ва геморрагик асоратлари кам бўлган фракцияланмаган гепаринга қараганда самаралироқ эканлиги ҳақида далиллар мавжуд. ПМГ фракцияланмаган гепарин каби ЎАТЭни даволашда ҳам самаралидир.

Тавсиялар:

1. ТЭАни камайтириш бўйича миллий протоколни ишлаб чиқиш.
Протоколда қуйидаги саволларни ёритиб бериш зарур:
 - ТЭА учун хавф омилларини баҳолаш.
 - Ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда ТЭА профилактикаси.
 - ЎА ТЭА диагностикаси, реанимацияси ва интенсив терапия чоралари.
 - ТЭА учун жарроҳлик даволаш усуллари.
2. Ҳар бир муассаса маҳаллий протоколни қабул қилиши керак. Унда маҳаллий шароитларнинг имкониятларидан келиб чиқиб, ЎА ТЭА диагностикаси усуллари, мутахассислар консилиуми, ЎА ТЭА учун шошинч ёрдам, даволаш усуллари аниқланади. Шунингдек, хавф омилларини баҳолаш ва ТЭАни олдини олиш чораларига катта эътибор берилиши керак.
3. Барча ҳомиладор аёллар орасида ортиқча тана вазнини аниқлаш учун тана массаси индексини (ТМИ) ҳисоблаш зарур. Ортиқча тана вазни ТЭА учун хавф омилларидан бири бўлиб, унинг олдини олиш учун профилактика чораларини қўллашни талаб қилади.
4. ТЭАнинг хавф омиллари қуйидагилардан иборат: Презклампсия, узок муддатли имобилизация, акушерлик қон кетиши, сепсис, кўп туғувчи, 30 ёшдан ошган аёллар, юрак касалликлари, тизимли бириктирувчи тўқима касалликлари, антифосфолипид синдроми ва кўп ҳомиладорлик. Ушбу аёллар гуруҳи ТЭА профилактикасини ўтказиши лозим.
5. Кесарча кесиш, айниқса шошинч кесарча кесиш, ТЭАнинг энг муҳим хавф омилларидан биридир. Кесарча кесишдан кейин барча аёллар ТЭА профилактикасидан ўтишлари керак.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer, 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007 [www.cemach.org.uk/Publications/CEMACH_Publications/Maternal-and-Perinatal-Health.aspx].
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Thromboembolic Disease in Pregnancy and the Puerperium: Acute Management. Green-top Guideline No. 28. London: RCOG; 2007 [www.rcog.org.uk/womens-health/clinicalguidance/thromboembolic-disease-pregnancy-andpuerperium-acute-management-gre].
3. James AH. Pregnancy and thrombotic risk. Crit Care Med. 2010 Feb;38(2 Suppl):S57-63.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Thromboembolism in Pregnancy Practice Bulletin Number 123, September 2011
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium Green-top. Guideline № 37a, 2009.

Қискартиришлар

АГ	Артериал гипертензия
АҚБ	Артериал қон босими
ВПМ	Вилоят перинатал маркази
ГЭК	Гидроксэтил крахмал
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
КТГ	Кардиотакография
ҚАЕ	Қон айланиш етишмовчилиги
ҚВП	Қишлоқ врачлар пункти
ҚСЭ	Қоғонок сувлари эмболияси
МВҚБ	Марказий вена қон босими
МРТ	Магнит-резонанс томография
НЕ	Нафас етишмовчилиги
НМГ	Низкомолекуляр гепарин
НОЧ	Нафас олиш частотаси
ОМА	Орқа мия анестезияси
ОП	Оилавий поликлиника
ОЎ	Оналар ўлими
ОЎК	Оналар ўлими коэффициенти
ОЎХКЎ	Оналар ўлими ҳолатларини конфиденциал ўрганиш
ПМ	Перинатал марказ
ПОЕ	Полиорган етишмовчилик
РИБСИАТМ	Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий амалий тиббиёт маркази
РПМ	Республика перинатал маркази
РШТЁМ	Республика шошилишч тиббий ёрдам маркази
САГ	Сурункали артериал гипертензия
ССВ	Соғлиқни сақлаш вазирлиги
ТАПМ	Туманлараро перинатал марказ
ТИТҚИ	Томир ичи тарқалган қон ивиши
ТошПТИ	Тошкент педиатрия тиббиёт институти
ТТА	Тошкент тиббиёт академияси
ТТБ	Туман тиббиёт бирлашмаси
ТХКМРМ	Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази
ТЭА	Тромбоэмболик асоратлар
УАҚХ	Умумий айланма қон ҳажми
ЎАТЭ	Ўпка артерияси тромбоэмболияси
УАШ	Умумий амалиёт шифокори
ЎЖБЕ	Ўткир жигар буйрак етишмовчилиги
ЎСВ	Ўпка сунъий вентиляцияси
УТТ	Ультратовуш текширув
ЎЎЕ	Ўткир ўпка етишмовчилиги
ЎЮЎЕ	Ўткир юрак-ўпка етишмовчилиги

ҲЎЁГ	Ҳомиладорлик ўткир ёғли гепатози
ШТБ	Шаҳартиббийёт бирлашмаси
ЭКГ	Электрокардиография
ЭТН	Эндотрахеал наркоз
ЭХОКГ	Эхокардиография
ЮНИСЕФ	БМТ болалар жамғармаси
ЮНФПА	БМТ аҳолишунослик жамғармаси
ЯМП	Янги музлатилган плазма

МУНДАРИЖА

Муқаддима.....	.....
Кириш сўзи .....	.....
1-боб. Оналар ўлими- дунё миқёсидаги муаммо. Бабажанова Ш.Д .....	.....
2-боб. Оналар ўлимини конфиденциал таҳлили методологияси Уринбаева Н.А.....	.....
3-боб. Оналар ўлими сабаблари, ҳомиладорлик ва туғруқ хусусиятлари Бабажанова Ш.Д., Суяркулова М.Э. ....	.....
4-боб. Қон кетиш сабабли оналар ўлимини олдини олиш йўллари Бабажанова Ш.Д, Суяркулова М.Э.....	.....
5-боб. Генитал сепсисда акушерлик ёрдамни такомиллаштириш Надирханова Н.С., Абдураимов Т.Ф.....	.....
6-боб. Презклампсия - Бабажанова Ш.Д Курбанов Б.Б.....	.....
7-боб. Ҳомиладорлик пайтида соматик касалликлар таъсири оқибатлари Джаббарова Ю.К.....	.....
8-боб. Оналарда ўпка артерияси тромбозмолияси хавф омиллари Ихтиярова Г.А. .....	.....
Қисқартиришлар.....	.....
Мундарижа.....	.....

