

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда
ҳомиладорликни ва туғруқни олиб бориш бўйича
миллий клиник баённома

ТОШКЕНТ 2021 й.

«КЕЛИШИЛГАН»

Ўзбекистон Республикаси

Инновацион Соғлиқни сақлаш вазири

Миллий палата раиси

 **Ш.Р. Изамов**

«20»  2021 й.

—сонли баённома



**Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда
хомиладорликни ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий
клиник баённома**

Кириш қисми

Клиник муаммо	Ҳомиладор аёлларда учрайдиган зотилжам.
Ҳужжат номи	Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома.
Тиббий хизмат кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси акушерлик ёрдам тизимдаги муассасалар (бирламчи тиббий-санитария ёрдами, касалхоналар).
Баённома ёзилган санаси	1.03.2021 й.
Режалаштирилган янгиланиш санаси	Янги асосий исботланган далиллар пайдо бўлишига қадар. Тақдим қилинган қўлланмадаги барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда чоп этилади
Мурожатлар учун манзил	Тошкент ш., Мирзо-Улугбек т., Мирзо-Улугбек кўч., 132 а. Тел.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Ишчи гуруҳ таркиби.....	5
Кириш	7
Қисқартмалар рўйхати.....	8
Атамалар ва таснифлар.....	10
Муаммонинг долзарблиги, таърифи, МКБ-10 кодлар.....	10
Зотилжам таснифи.....	11
Зотилжам этиологияси.....	12
Зотилжамнинг клиник белгилари	13
Зотилжам ташҳиси.....	14
Таққосий ташҳислаш.....	20
Зотилжам билан хомиладорларни олиб бориш тактикаси.....	21
Зотилжамда акушерлик тактикаси.....	35
Ҳомиладор аёлларда зотилжамни олдини олиш.....	36
Тиббий реабилитация.....	37
Тиббий ёрдамни ташкил этиш.....	37
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари.....	37
Адабиётлар рўйхати.....	38
Илова 1. Баённома яратилиш услуги.....	40
Илова 2. Зотилжам билан касалланган хомиладор аёлларни олиб бориш алгоритми	41
Илова 3. Зотилжамда микробиологик текширув учун клиник материал олиш.....	42
Илова 4. Тиббий аралашувга ахборот асосида розилик бериш маълумотномаси.....	43
Илова 5. Беморлар учун маълумот.....	45

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор
Надирханова Н.С., т.ф.н.
Любчич А.С., т.ф.н.

ССВни Бош акушер-гинеколог
РИАГИАТМ, акушерлик блоки илмий раҳбари
РИАГИАТМ, директор
РПМ, директор

Маъсул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор
Парпиева Н.Н., т.ф.д., профессор
Ливерко И.В., т.ф.д., профессор
Юсупбаев Р.Б., т.ф.д.
Иргашева С.У., т.ф.д.
Уринбаева Н.А., т.ф.д.
Матякубова С.А., т.ф.д.
Нишанова Ф.П., т.ф.н.
Микиртичев К.Д., т.ф.н.
Ашурова В.И., т.ф.н.
Сапаров А.Б., т.ф.н.
Абидов А.К., т.ф.н.
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.
Тараян С.К., т.ф.н.
Умарова Н.М., т.ф.н.
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.
Арифханова З.А.
Абдураимов Т.Ф.
Каюмова Г.Т.
Хамроев А.К.
Расулов О.А.
Суяркулова М.Э., т.ф.н.
Шодмонов Н.М., т.ф.н.
Норкулова М.А., т.ф.н.
Бабажанов М.А.
Хамроева Л.К.
Садикова Х.З.
Бахранова Н.Р.
Жумаев Б.А., т.ф.н.
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.
Дустмуродов Б.М.

РПМ
РПМ
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Тошкент ШПМ
ФПРИИАТМ, директор
ФПРИИАТМ, директор ўринбосари
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ
РПМ
РИАГИАТМ, Хоразм филиали, директор
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
РПМ
РПМ, анестезиолог-реаниматолог
РПМ
РПМ
РПМ
РИАГИАТМ
РИАГИАТМ, Андижон филиали, директор
РИАГИАТМ, Навоий филиали, директор
РИАГИАТМ, Сурхандарё филиали, директор
РИАГИАТМ, Фарғона филиали, директор
РИАГИАТМ, Жиззах филиали, директор
РИАГИАТМ, Қашқадарё филиали, директор
РИАГИАТМ КР филиали, директор
РИАГИАТМ, Самарқанд филиали, директор
РИАГИАТМ, Сирдарё филиали, директор
РИАГИАТМ, Бухоро филиали, директор
РИАГИАТМ, Тошкент филиали, директор
РИАГИАТМ, Наманган филиали, директор
РИАГИАТМ, 2-чи Сурхандарё филиали,
директор
РИАГИАТМ, клиник ординатор

Муминова Ш.С.

Услубий таъминот

Ядгарова К.Т., т.ф.н.,
тиббий стандартлар ва клиник
баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни
сақлаш миллий палатаси.

бошлиғи
Усманов С.К., етакчи мутахассис

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни
сақлаш миллий палатаси.

РИАГИАТМ – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази

ФПРИИАТМ – фтизиатрия ва пульмонология бўйича республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази

РПМ – Республика перинатал маркази

ҚР – Қорақалпоғистон Республикаси

ШПВ – Шаҳар перинатал маркази

ТХКМОМ – Тиббиёт ходимларнинг касбий малакасини ошириш маркази

Такризчилар:

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим,
Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМОМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва
гинекология №2 кафедра мудири

Клиник баённома Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилган ва тасдиқланган «_25_» феврал 2021 й. баённома №_2_.

Илмий кенгаш Раиси – т.ф.д., профессор М.М. Асатова

Кириш.

Баённома тавсияларига риоя қилиш:

Баённомада нашр пайтида мавжуд бўлган далилларга асосланган умумий тавсиялар берилган.

Агар амалда ушбу протокол тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлса, у ҳолда клиницист-шифокорлар томонидан беморнинг касаллик тарихидаги қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштириши керак:

- бу қарорни ким қабул қилди;
- баённомадан четга чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморларни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинди;

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, яъни клиницист-шифокорлар, беморлар эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда, ҳурмат билан яширин алоқа тамойилига риоя қилган ҳолда беморлар билан индивидуал бошқарув тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Агар керак бўлса, таржимон хизматидан фойдаланиш;
- Беморга маслаҳат бериш ва муайян манипуляция ёки маъмурият тактикаси учун розиликни олиш;
- Қонун талаблари доирасида ёрдам кўрсатиш ва касбий юриш-туриш стандартларига риоя қилиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ олиб бориш ва парвариш қилишнинг ҳар қандай тактикасини ҳужжатлаштириш.

Баённома мақсади:

- Соғлиқни сақлаш соҳаси мутахассисларини далилларга асосланган маълумотлар ва тавсиялар билан таъминлаш, ҳомиладор, туғувчи ва туғруқдан кейинги даврда зотилжам билан касалланган аёлларни олиб боришда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий этиш

Бемор тоифалари: зотилжам билан касалланган ҳомиладор ва туғруқдаги аёллар ҳамда туғруқдан кейинги давридаги аёллар.

Баённоманинг мақсадли гуруҳи:

1. Акушер-гинекологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Терапевтлар;
4. Пульмонологлар;
5. Реаниматологлар;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий ўқув юртлири ўқитувчилари, талабалари, ординаторлари ва магистрлари.

Қисқартмалар рўйхати:

EtCO₂	Охирги экспиратор концентрацияси: нафас чиқаришнинг охирида чиқарилган газдаги карбонат ангидрид концентрацияси
FDA	Food and Drug Administration (Озиқ овқатлар ва дори-дармонлар сифатини назорат қилиш администрацияси)
FiO₂	Нафас оладиган газдаги кислород концентрацияси
IgE	Иммуноглобулин E
pH	Водород ионларининг ҳар қандай моддадаги фаоллигини, унинг кислоталилигини миқдорий жиҳатдан ифода этадиган ўлчов бирлиги
SpO₂	Периферик қоннинг кислород билан тўйинганлиги
O₂	Кислород
P	Нафас йўлларидаги босим
PaO₂	Артериал қондаги кислороднинг парциал босими
PaO₂ / FiO₂	Нафас олиш кўрсаткичи ёки оксигенация кўрсаткичи (Артериал қондаги кислород парциал босимининг нафас оладиган газдаги кислород концентрациясига нисбати)
PaCO₂	Артериал қондаги карбонат ангидриднинг парциал босими
АБТ	Антибактериал терапия
АҚБ	Артериал қон босими
АҚХ	Айланма қон ҳажми
АЛТ	Аланин-аминотрансфераза
АМП	Антимикроб препаратлар
АСТ	Аспартат-аминотрансфераза
АХБ	Асоратли ҳомиладорликлар бўлими
БАЛ	Бронхо-альвеоляр лаваж
ДВ	Дори воситаси
ДНК	Дезоксирибонуклеин кислота
КТ	Компьютер томографияси
КТП	Касалхонадан ташқари зотилжам
КХБ	Колония ҳосил қилувчи бирлик
ҚФТВ	Қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти
ЛДГ	Лактатдегидрогеназа
МВБ	Марказий веноз босим
НЕ	Нафас етишмовчилиги
НОТ	Нафас олиш тезлиги
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
ОИВ	Орттирилган иммун танқислиги вируси
ОИТ	Меъда ичак тракти
ОИТС	Орттирилган иммун танқислиги синдроми
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
РИТВ	Реанимация ва интенсив терапия бўлими

CPAP (СИПАП, от англ. Constant Positive Airway Pressure)	Ноинвазив ўпка вентиляцияси, махсус аппарат компрессор ёрдамида ҳаво нафас олиш йўлларига маълум босим остида етказиб берилади.
СРО	С – реактив оқсил
СЎВ	Сунъий ўпка вентиляцияси
ТА	Трахеал аспират
ЎРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
ХКТ-10	Халқаро касалликлар таснифи 10-қайта кўриб чиқиш
ХМН (МНО)	Халқаро меъёрлаштирилган нисбат
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЮУТ	Юрак уриш тезлиги

Атамалар ва таърифлар.

Муаммонинг долзарблиги:

- Ҳомиладорлик даврида учрайдиган зотилжам бутун дунёда соғлиқни сақлаш тизими учун жиддий муаммо бўлиб келмоқда [1, 3, 21, 22].
- Зотилжам ҳомиладорлик даврини мураккаблаштиради ва барча туғруқдан олдин, акушерлик сабаблари билан боғлиқ бўлмаган касалхонага ётқизилганларнинг тахминан 4,2% ни ташкил қилади [13, 21, 22].
- Сўнгги 50 йил ичида антимикроб дорилар билан интенсив терапия қилинган ҳомиладор аёллар ўртасида зотилжамдан ўлим даражаси 20% дан 4% гача камайди [20, 21, 22].
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг аксарияти тўлиқ текшириш ва даволаниш учун ихтисослаштирилган марказларга ётқизилиши керак [16, 21, 22].
- Зотилжамда асоратлар эҳтимолини оширадиган омилларга бронхиал астма, чекиш, сифатсиз овқатланиш, жигар касаллиги, ўпканинг сурункали обструктив касаллиги, ҳомиладорлик киради [14, 21, 22].

Таъриф:

- Зотилжам - бу ўпка нафас олиш қисмларининг ўчоқли зарарланиши ва интраальвеоляр экссудация билан кечадиган, асосан бактериал этиологияли ўткир ю кумликасалликдир [1, 2, 12, 18, 22].

ХКТ-10 Код:

Сарлавҳа	Нозологик шакл
J10-J11	Зотилжам ва бошқа респиратор белгилар билан кечувчи грипп
J12	Бошқа сохада таснифланмаган вирусли зотилжам
J13	<i>Streptococcus pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J14	<i>Haemophilus influenzae</i> чақирувчи зотилжам
J15	Бошқа сохада таснифланмаган бактериал зотилжам (<i>Chlamydia</i> spp. чақирувчи зотилжам – J16.0 ва «легионерлар касаллиги» – A48.1 бундан мустасно)
J15.0	<i>Klebsiella pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J15.1	<i>Pseudomonas</i> spp. чақирувчи зотилжам
J15.2	<i>Staphylococcus</i> spp. чақирувчи зотилжам
J15.3	В группа стрептококклар чақирувчи зотилжам
J15.4	Бошқа стрептококклар чақирувчи зотилжам
J15.5	<i>Escherichia coli</i> чақирувчи зотилжам
J15.6	Бошқа аэроб грам манфий бактериялар чақирувчи зотилжам
J15.7	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> чақирувчи зотилжам
J15.8	Бошқа бактериал зотилжамлар
J15.9	Ноаниқ этиологияли бактериал зотилжам
J16	Бошқа сохада таснифланмаган, қўзғатувчилар чақирувчи зотилжам (орнитоз – A70, пневмоцист зотилжам – B59 бундан мустасно)
J16.0	<i>Chlamydia</i> spp. чақирувчи зотилжам
J16.8	Бошқа аниқланган қўзғатувчилар чақирувчи зотилжам
J17*	Бошқа сохада таснифланган касалликлардаги зотилжам
J17.0*	Бошқа сохада таснифланган, бактериал табиатли касалликларда учрайдиган

	зотилжам (актиномикоз – А42.0, сибир яраси – А22.1, гонорея – А54.8, нокардиоз – А43.0, сальмонеллез – А022.2, туляремия – А721.2, қорин тифи – А031, қоқшол – А37 касалликларида учрайдиган зотилжам)
J17.1*	Бошқа соҳада таснифланган, вирусли касалликларда учрайдиган зотилжам (цитомегаловирус касаллигида – В25.0, қизамиқ – В05.2, қизилча – В06.8, сувчечак – В01.2 касалликларида учрайдиган зотилжам)
J17.2*	Микозларда учрайдиган зотилжам
J17.3*	Паразитозларда учрайдиган зотилжам
J17.8*	Бошқа соҳада таснифланган зотилжам (орнитоз – А70, Ку-иситмаси – А78, ўткир ревматик иситма – 100, спирохитоз – А69.8 да учрайдиган зотилжам)
J18	Қўзғатувчиси ноаниқ бўлган зотилжам

* Бошқа соҳада таснифланган касалликларда учрайдиган зотилжамлар кўрсатилган.

Зотилжам таснифи.

1. Вужудга келишининг эпидемиологик шароитларига кўра (R.G. Wunderink, G.M. Mutlu, 2006) [3, 19, 21, 22]:

Касалхонадан ташқари зотилжам	Нозокомиал зотилжам	Тиббий ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ бўлган зотилжам
<p>I. Типик (иммунитет бузилиш бўлмаган беморларда):</p> <p>а. бактериал;</p> <p>б. вирусли;</p> <p>в. замбуруғли;</p> <p>г. микобактериал;</p> <p>д. паразитар.</p> <p>II. Иммунитет бузилиш бўлган беморларда:</p> <p>а. орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС);</p> <p>б. бошқа касалликлар/патологик ҳолатлар</p> <p>III. Аспирацион зотилжам/ўпка абсцесси</p>	<p>I. Нозокомиал зотилжам</p> <p>II. Вентилятор-ассоцирланган зотилжам</p> <p>III. Иммунитет бузилиш бўлган беморларда учрайдиган нозокомиал зотилжам:</p> <p>а. донор аъзолар реципиентлари;</p> <p>б. цитостатиклар қабул қилувчи беморлар</p>	<p>I. Беморларнинг бошқа тоифалари</p> <p>а. олдинги 3 ойда антибактериал терапия ўтказган;</p> <p>б. олдинги 90 кун ичида 2 кундан ортиқ госпитализацияда бўлганлар (турли сабабларга кўра);</p> <p>в. узоқ муддатли парвариш учун бошқа муассасаларда бўлиш;</p> <p>г. 30 кундан ошган сурункали диализ;</p> <p>д. уй шароитида жароҳат юзаларини тозалаш;</p> <p>е. иммун танқис ҳолатлар/касалликлар.</p>

2. Ўлим хавф даражаси бўйича (CURB65 шкаласи) [2, 7, 8, 12, 18, 22]:

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
------------------------------	-----------------------	---------------------------------

CURB65 шкаласи [2, 7, 8, 12, 18, 22]:

Confusion	Хуши саросимали	1 балл
Urea	Қонда мочевино 7 ммоль/л дан кўп	1 балл
Respiratory rate	Нафас олиш тезлиги дақиқасига 30 дан кўп	1 балл
Blood pressure	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	1 балл

CURB65 шкаласи 2009 йилда таклиф қилинган ва 2015 йилда Британия Торакал жамияти томонидан қайта кўриб чиқилган. Шкала номланиши, зотилжамдан ўлим эҳтимоллиги келиб чиқиши бўйича 5та белгисини аббревиатураси ҳисобланади. Шкала ҳомиладор аёллар орасида эмас, балки катта аҳоли ўртасида ўлим хавфини баҳолаш учун мўлжалланган.

Ушбу шкала бўйича:

- Ўлим хавфи паст бўлган зотилжамга чалинган беморлар монотерапия режимида перорал антибактериал дорилар билан даволанишлари мумкин;
- Ўлим хавфи ўртача бўлган зотилжамга чалинган беморлар касалхонага госпитализация қилиниши ва перорал ва парентерал антибактериал терапияни комбинацияланган ҳолда қабул қилишлари зарур;
- Юқори хавфли зотилжам билан касалланган беморлар шошоланч равишда интенсив терапия бўлимига ётқизирилиши ва ва комбинацияланган парентерал антибактериал терапия қабул қилиши керак.

GPP	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 ётқизирилиши ва ўлим хавфини баҳолаш учун фойдаланиш мумкин.
------------	--

Зотилжам этиологияси.

Ҳомиладор аёлларда касалхонадан ташқари зотилжам ҳолатларининг 40-61% да қўзғатувчисини аниқлаш имконияти йўқ [1, 2, 14, 19, 21, 22]. Катталар орасида касалхонадан ташқари зотилжамнинг 60-80% ни бактериялар, 10-20% атипик микроорганизмлар ва 10-15% ни вируслар келтириб чиқаради. Зотилжамнинг энг кенг тарқалган қўзғатувчиси пневмококк (*Streptococcus pneumonia*) бўлиб, зотилжамлар ҳолатларининг 30-50% га сабаб бўлади, ундан кейин гемофил таёкчаси, грипп вируси ва микоплазмалар туради [1, 2, 21, 22].

Беморларнинг турига қараб зотилжамнинг энг кенг тарқалган қўзғатувчилари қуйидагилар [1, 2, 21, 22]:

Бемор тури	Қўзғатувчилар
-------------------	----------------------

Амбулатория муассасаларидаги беморлар	<ul style="list-style-type: none"> • Streptococcus pneumoniae • Mycoplasma pneumoniae • Haemophilus influenzae • Chlamydophila pneumoniae • Респиратор вируслар (А ва В гипплари, аденовируслар, респиратор синцитиал вирус ва парагрипп вируслари)
Стационар беморлар (реанимация ва интенсив терапия бўлимларидан ташқари)	<ul style="list-style-type: none"> • Streptococcus pneumoniae • Mycoplasma pneumoniae • Chlamydophila pneumoniae • Haemophilus influenzae • Legionella species • Аспирация • Респиратор вируслар (А ва В гипплари, аденовируслар, респиратор синцитиал вирус ва парагрипп вируслари)
Реанимация ва интенсив терапия бўлимларидаги беморлар	<ul style="list-style-type: none"> • Streptococcus pneumoniae • Staphylococcus aureus • Грам-манфий бактериялар • Legionella species • Haemophilus influenzae

Зотилжамнинг клиник белгилари.

Ҳомиладорлик пайтида бактериал, вирусли ва замбуруғли зотилжам белгилари ҳомиладор бўлмаган беморларда учрагани каби бўлади [1, 7, 15, 21, 22]:

Нафас билан боғлиқ симптомлар	Нафас олиш билан боғлиқ бўлмаган симптомлар
Йўтал - 90% дан ортиқ ҳолларда	Иситма 38°C ва ундан юқори ёки 36°C дан паст бўлган гипотермия
Балғамнинг яхши ажралиши – 66%	Бош оғриши
Хансираш – 66%	Чарчаш
Плеврал оғриқ – 50%	Миалгия
	Терлаш
	Кўнгил айнаши

Физикал текширув маълумотлари (зотилжам диагностикаси учун жуда кам сезгирлик ва спецификликка эга, аммо шикоятлар, анамнез, кўкрак қафаси рентгенограммаси ва лаборатория кўрсаткичлари билан биргаликда ташхис қўйишда жуда муҳимдир):

- тахипное,
- цианоз,
- бурун қанотларининг шиши,
- нафас олишда ёрдамчи нафас олиш мушакларининг иштирок этиш, қовурғаларо бўшлиқларнинг тортилиши,
- ўпкада перкуссия товушининг тўмтоқлашиши,
- ўпкада аускультатив ўзгаришлар: бронхиал нафас, турли ҳириллашлар.

Вирусли ёки микоплазма этиологияли зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларда кўпинча физикал текширувларда патологик ўзгаришлар бўлмайди.

Зотилжам ташҳиси.

Зотилжам бўйича диагностик тадқиқотлар ташҳисни ва қўзғатувчисини аниқлаш, касаллик кечишининг оғирлигини ва олдиндан башорат қилиш, ҳамда асоратларни аниқлашга қаратилган.

3В

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

Жисмоний текширув пайтида олинган маълумотлар кўплаб омилларга, шу жумлада н зотилжам инфильтрациясининг тарқалиши ва жойлашиши, зотилжамнинг оғирлиги, беморнинг ёши ва ёндош касалликларнинг мавжудлигига боғлиқ. Зотилжамнинг классик объектив белгилари бўлиб нафас олиш пайтида кўкрак қафаси зарарланган томонининг орқада қолиши, товуш дириллашининг кучайиши, ўпка зарарланган соҳаси устида перкуссия товушини қисқариши (тўмтоқлашиши), бронхиал нафас пайдо бўлиши, майда пуфакчали хириллашлар ёки крепитациянинг пайдо бўлиши, бронхофониянинг кучайиши ҳисобланади. Шунинг ёнда тутиш керакки, айрим беморларда объектив белгилар одатдагидан фарқ қилиши ёки умуман йўқ бўлиши мумкин, бу эса зотилжам ташҳисини истисно этмайди. Кўкрак қафасида объектив белгиларни аниқлаш учун терапевт, пульмонолог маслаҳатлари ўтказилади.

Лаборатория диагностикаси:

3В

Зотилжамга чалинган барча беморлар умумий кенгайтирилган қон таҳлилида эритроцитлар сони, гематокрит, лейкоцитлар, тромбоцитлар, лейкоцитар формула билан текшириш тавсия қилинади.

Умумий қон таҳлили текшируви ўзига хосликка эга эмас, зотилжамнинг потенциал қўзғатувчиси ҳақида маълумот бермайди. Аммо лейкоцитоз > 10-12 минг / мл, нейтрофиллар даражасининг ошиши ва / ёки таёқча ядроларнинг > 10% силжиши, нейтрофил-лимфоцитлар нисбатининг > 20 бўлиши бактериал инфекция эҳтимоли юқори эканлигини кўрсатади; лейкопения < 4 минг / мл, тромбоцитопения < 100 минг / мл ва гематокрит < 30% бўлиши зотилжамнинг салбий прогностик белгиларидир.

3В

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

Қон биокимёвий таҳлили зотилжамни аниқлашда аниқ маълумот бермайди, лекин аниқланган ўзгаришлар аъзолар дисфункциясининг мавжудлигини, ёндош касалликлар декомпенсацияси ва асоратларнинг ривожланганлигини кўрсатиши мумкин, дори воситаларини ва уларни дозалаш режимини танлашда маълум прогностик аҳамиятга эга.

2В

Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморлар учун қон зардобиди С-реактив оқсил (СРО) миқдорини аниқлаш тавсия этилади.

СРО даражаси зотилжамнинг кечиш оғирлиги, яллиғланиш инфльтрациясининг тарқалиши ва прогнози билан ўзаро боғлиқ. Зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморларда АБТ фониди СРО даражасида сезиларли пасайишнинг йўқлиги ўлимнинг юқори кўрсаткичини билдиради. Зотилжам ташхиси аниқ бўлмаган беморларда СРОни аниқлаш амалий нуқтаи назардан аҳамиятга эга (характерли анамнези, шикоятлари, ўпка консолидациясини тасдиқловчи ўчоқли симптомлар бўлган беморларда яллиғланиш инфльтрациясининг йўқлиги); концентрацияси >100 мг/л бўлса, унинг ташхисни тасдиқлашдаги ўзига хос хусусияти 90% дан ошади. Аксинча, концентрацияси <20 мг/л бўлса, зотилжам ташхисини қўйилиши эҳтимолдан камроқ. Бошқа яллиғланиш биомаркери прокальцитонин микдорий текшируви зотилжам касаллигида СРОга нисбатан ҳеч қандай сезиларли устунлигини намоён қилмаган.

3В Парапневмотик плеврит билан асоратланган зотилжам билан касалхонага ётқизилган беморларда плевра суюқлигини биокимёвий (рН, ЛДГ фаоллигини, оксил микдорини аниқлаш) ва цитологик текшириш тавсия этилади.

Текширув плевра суюқлиги аниқланганда ва плевра пункциясини хавфсиз ўтказиш учун шароитлар мавжуд бўлганда ўтказилади (латерограммада қатлам қалинлиги > 1,0 см бўлган эркин силжийдиган суюқлик бўлиши).

3В Пульсоксиметрия маълумотларига кўра SpO₂<90% бўлган ўткир нафас етишмовчилиги НЕ мавжуд бўлганда барча юқори хавфли зотилжам ҳолатларида артериал қонда РаО₂, РаСО₂, рН, лактат бикарбонатларни текшириш тавсия қилинади.

3С Зотилжамда протромбин вақти, МНО, АФТВни аниқлаган ҳолда коагулограммани текшириш тавсия этилади.

3В Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга бактериоскопия қилиш ва балғам намунаси ёки ТАни экма қилиш (СЎВ ўтказилаётган беморларда) тавсия этилади.

Балғам намунаси балғамли йўтал бўлган барча беморлардан касалхонага ётқизилганидан ва АБТ бошланишидан олдин, иложи борича эртароқ муддатларда олиниши керак. Балғамсиз йўталда чақирилган балғамни олишга уриниш мумкин. Интубация ҳолатларида ва СЎВ бошланганда экма учун балғам ўрнига ТА олинади. Тадқиқотнинг биринчи босқичи намунасининг сифатини ва кейинги тадқиқотлар учун яроқлилигини баҳолаш учун Грамм усулида бўялган суртма бактериоскопиясини ўз ичига олади.

3В Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга плевра суюқлик мавжудлиги ва плеврал пункцияга кўрсатма бўлганда плеврал суюқлик намунаси микробиологик текширилади.

Плевра суюқлигини ўрганиш Грамм ёки бошқа усуллар билан бўялган суртмани бактериоскопия қилишга, сўнгра экиб текшириш орқали аэроб ва анаэроб патогенларни ажратишга қаратилган. Микроорганизмларни топиш ва аниқлаш тамойиллари бошқа респиратор намуналарни текшириш билан ўхшашдир. Плевра суюқлиги одатда стерил бўлгани учун, намунани қабул қилиш, сақлаш ва транспортировка қилиш қоидаларига риоя қилинганда 100% ўзига хосликка эга.

Инструментал диагностика:

Зотилжамнинг инструментал диагностикасида нурланишли текширув усуллари (рентгенография, кўкрак қафаси аъзолари компьютер томографияси) пульсоксиметрия, ЭКГ, кўрсатмага асосан фибробронхоскопия қўлланилади.

2В Зотилжамга шубҳа қилинган барча беморларга кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси олдинги тўғри кесимда тавсия қилинади.

2А Зотилжамга шубҳа қилинган барча беморларга пулсоксиметрия SpO₂ нафас етишмовчилигини ва гипоксемия даражасини аниқлаш мақсадида ўтказилади.

Пульсоксиметрия респиратор ёрдамга мухтож гипоксемияли беморни аниқлаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш учун оддий ва ишончли скрининг усули ҳисобланади.

4С Зотилжам билан касалхонага ётқизилган барча беморларга ЭКГ тавсия қилинади.

Ушбу тадқиқот зотилжамда аниқ бир маълумотга эга эмас, аммо ҳозирги вақтда маълумки, зотилжам сурункали қўшма касалликларнинг декомпенсациясидан ташқари, ритм бузилиши ва ўткир коронар синдром ривожланиш хавфини оширади, бу ўз ўрнида касаллик башоратига таъсир қилувчи юқоридаги белгиларни ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Бундан ташқари, ЭКГ даги баъзи ўзгаришлар (масалан, QT интервалининг узайиши) бир қатор АМП ларнинг кардиотоксиклигини оширади.

3В Зотилжам билан касалхонага ётқизилган ва парапневматик экссудатив плеврит мавжуд бўлган барча беморларга кўкрак қафасини трансторакал ультратовуш текшируви ўтказиш тавсия қилинади.

Зотилжам кечишини плеврал экссудат (чегараланган тусда кечганда) 10-25% ҳолларда оғирлаштиради. Ультратовуш текшируви юқори сезгирлик ва спецификлиги билан плеврал экссудатни борлигини, уни таснифини баҳолашда (трансудат ёки экссудат эҳтимоллиги), ҳамда плевра эмпиемаси борлиги гумон қилинган беморларни аниқлашга йуналтирилган.

Кўкрак қафасини УТТ плеврал экссудат мавжуд бўлмаган зотилжамни ташхислаш учун ҳам тавсия этилади. Ўпкада зотилжам кузатилмаса, улар аниқламайди. Зотилжам ташхислашда УТТ радиографик текшируви афзалроқ. УТТни спецификлиги КТ каби 98% ни ташкил қилади.

4С Кўкрак қафаси аъзолари КТ зотилжамда талаб қилинмайди ва фақат баъзи кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Баъзи зотилжам билан касалланган беморларда рентген тасвири одатий бўлмаслиги ёки зотилжамга ўхшаш клиник кўринишлар билан кечувчи бошқа патологик жараён билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда ташхислашнинг бошқа усуллари, биринчи навбатда кўкрак қафаси КТ кўпроқ диагностик ахамиятга эга.

КТ учун кўрсатмалар:

1. зотилжам ташхиси қўйилган беморда рентген нурида ўпкада ўзгаришларнинг йўқлиги.
2. Рентгенограммада зотилжамга хос бўлмаган атипик ўзгаришлар.
3. Ўпка тўқималарида инфильтрацион ўзгаришлар давомийлиги 1 ойдан ошадиган такрорий зотилжам ёки чўзилган зотилжам (хар иккала ҳолатда ҳам қайта

кўзиш сабаби ёки ўзгаришларнинг узоқ муддат давомида сақланиши ўпка тўқимасида ёмон сифатли ўсма касалликлари натижасидаги йирик бронхлар стенози бўлиши мумкин) ҳисобланади.

4С

Рентгеноскопия зотилжам учун мажбурий ва одатий тадқиқот усули эмас, фақат маълум кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Рентгеноскопия мажбурий эмас, шунингдек зотилжам билан оғриган беморларни рентгенологик текширишнинг асосий усули. Рентгеноскопиядан фойдаланиш ўпка тўқималарининг ўзгариши ва плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиши ўртасида фарқлаш зарур бўлган клиник ҳолатлар билан чекланади. Рентгеноскопия пайтида тананинг ҳолатини ўзгартириш плеврал бўшлиғининг силжишини аниқлашга ва плевра пункциясини ўтказиш жойини белгилаш имконини беради. Аммо, ҳозирги вақтда бу муаммо кўпинча бошқа тадқиқот усуллари ёрдамида ҳал қилинмоқда. Шунинг учун рентгеноскопиядан фойдаланиш сони сезиларли даражада камайди.

2С

Фибробронхоскопия кўпчилик ҳолатда зотилжамни бошқа касалликлардан таққосий ташхислаш учун ишлатилади ва текширувнинг мажбурий усули ҳисобланмайди, фақат маълум кўрсатмалар мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Фибробронхоскопия кўпчилик ҳолатда зотилжамни бошқа касалликлардан таққосий ташхислаш учун ишлатилади ва текширувнинг муҳим усули ҳисобланмайди. Бу текширув усулини инвазив-респиратор намуналар (Бронхо-альвеоляр лаваж, «химояланган» браш-биопсия ёрдамида олинган намуна) ни бактериологик текширувига кўрсатма бўлган ҳолда ташхислаш мақсадида ўтказиш мумкин.

- ✓ Клиник кўринишнинг ҳар хиллигини, шунингдек, зотилжамни этиология ва патогенези жиҳатдан турли хил бўлган касалликлар билан таққосий ташхислаш лозимлигини, ёндош сурункали касалликлар декомпенсация даражасини аниқлаш ва баҳолаш, лаборатор ва инструментал текширувларни аниқ ҳажмини аниқлаш ҳар бир бемор учун индивидуал ҳисобланади.
- ✓ Ўпкадаги инфильтрация ўчоғини рентгенологик тасдиқлашнинг имконини йўқлиги зотилжам ташхисини ноаник/мавҳум қилиб қўяди. Бундай ҳолатда касаллик эпидемиолик анамнез, шикоятлар ва мос келувчи маҳаллий белгилар билан асосланади.

Беморда рентгенологик тасдиқланган ўпка тўқимасининг ўчоқли инфильтрацияси (унинг пайдо бўлиши ёки мавжуд ўчоқнинг авж олиши) ва қуйидаги 2тадан кам бўлмаган клиник белгиларнинг мавжудлигида **зотилжам ташхиси аниқ ҳисобланади:**

1. Касалликни тана ҳароратини 38°C дан ошиши билан ўткир бошланиши;
2. Балғамли йўтал;
3. Физикал белгилар (бўғиқлашган ёки бўғиқ перкутор товуш, сусайган ёки дағал бронхиал нафас, жарангдор майда пуфакчали хириллашлар фокуси ва/ёки крепитация);
4. Лейкоцитоз ва/ёки лейкоцитар формуланинг чапга силжиши.

Ўпкадаги инфильтрация ўчоғини рентгенологик тасдиқлашнинг имконини йўқлиги зотилжам ташхисини ноаник/мавҳум қилиб қўяди. Бу ҳолларда ташхис эпидемиологик анамнезга, шикоятга ва мавжуд бўлган локал белгиларга асосланади.

Стационар шароитда зотилжам билан ҳомиладорларни олиб бориш алгоритми.

Муҳим текширувлар	Қўшимча текширувлар
• Қон гуруҳи ва резус омил	• Силга гумон бўлганда балғам суртмасини Циль-Нильсон бўйича бўялган микроскопияси.
• Умумий қон таҳлили лейкоцитар формула билан	• Қон, сийдик, плеврал суюқликни микробиологик текшириш - зотилжамни ўрта ва юқори хавфида, узоқ давом этувчи иситмада, сил касллиги, сепсис, ОИТСга шубҳа бўлганда.
• Қон биокимёвий таҳлили: АЛТ, АСТ, билирубин фракциялари билан, мочевина, креатинин ²	• Легионелла, микоплазма, хламидияга серологик текширув ³ – ўтказилаётган даво муолажалари фонида клиник белгилар персистенцияси, атипик қўзғатувчига ёки вирусга шубҳа бўлганда.
• Балғам микроскопияси ва балғамнинг бактериологик текшируви антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан ³	• Грипп эпидемияси мавсумида А ва В грипп вирусини аниқлаш учун серологик текшириш усуллари.
• Кўкрак қафаси рентгенографияси ⁴	• зотилжамни ўрта ва юқори хавфида, сепсисга шубҳа бўлганда қонда канд миқдорини аниқлаш. ²
• С-реактив оқсил ⁵	
• Периферик қон сатурацияси – периферик қонда гемоглобинни кислород билан тўйинганлик даражаси (пульсоксиметрия)	
• ЭКГ	
• Терапевт, пульмонолог кўриги	

¹-қоннинг клиник таҳлили касалхонадан ташқари зотилжамни потенциал қўзғатувчиси ҳақида аниқлик бера олмайди. Лекин, лейкоцитозни $10-12 \times 10^9/л$ дан ошиши бактериал инфекцияни юқори эҳтимоллигини кўрсатади. Лейкопения $3 \times 10^9/л$ дан паст ёки лейкоцитоз $25 \times 10^9/л$ дан юқорилиги ноҳуш прогностик белгилар ҳисобланади.

²- қон биокимёвий таҳлили (жигар ва буйрак функционал тестлари, гликемия ва бошқалар) бир неча аъзо/тизимнинг зарарланишини кўрсатиши мумкин, бу эса прогностик аҳамиятга эга бўлиб, дори воситаларини ва /ёки уларни қўллаш тартибини танлашга ўз таъсирини кўрсатади.

³- микробиологик ташхисот таҳлиллари материал йиғиш коидалари ва вақтига кўп жиҳатдан боғлиқ. Одатда текширилувчи материал йўталганда ажралган балғам ҳисобланади. Балғамни стерил контейнерга йиғиб, микробиологик лабораторияга йиғилгандан 2 соатдан кўп вақт ўтмасдан етказилиши лозим. Агар бу коидаларга риоя қилинмаса аниқ қўзғатувчини ажратиб олиш эҳтимоллиги камайиб, контаминация флорасини аниқлаш кучаяди. Контаминацияга учрамаган материал олиш учун бронх шиллик қаватидан “химояланган” бранш-биопсия билан фибробронхоскопия, шунингдек бронхоальвеоляр лаваж (БАЛ) ишлатилади. БАЛ усулида суюқликни микробиологик текширувида микроб таналаринг титри $> 10^4$ КОЕ/мл бўлиши, “химояланган” бранш-биопсия усулида олинган материалда эса $> 10^3$ КОЕ/мл бўлиши диагностик аҳамиятга эга.

Микробиологик текширувнинг стандарт усуллари: чуқур йўталишдан олинган балғамни Грам усулида бўялган бактериоскопияси ва балғам экмаси. Микробиологик текширувдан олдин суртмани Грам бўйича бўяш лозим. Суртмада лейкоцитларни 25тадан кам ва/ёки эпителиал хужайраларни 10 тадан кўп бўлиши (кичик катталаштиришда 8-10 кўриш майдонини кўрганда) кейинги текшириш мақсадга мувофиқ эмас, бу ҳолатда ўрганилаётган материал оғиз бўшлиғи таркибидан иборат эканидан далолат беради.

Суртмада кўп миқдорда грам мусбат ёки грам манфий ўзига хос морфологияга эга микроорганизмлар (ланцетсимон граммусбат диплококклар-*S. pneumoniae*; суғ бўялувчи грамманфий коккобацилла- *H. influenzae*) нинг аниқланиши антибактериал терапияни танлашда мўлжал бўлиб хизмат қилиши мумкин.

Балғамни текшириш натижасида потенциал кўзгатувчини концентрацияси $\geq 10^6$ КОЕ/мл.дан кўп бўлганда диагностик аҳамияти юқори деб баҳоланади. Бактериоскопия ва балғам экмаси натижалари изохлаш клиник белгиларни инобатга олган ҳолда ўтказилади.

Зотилжам ўрта ва юқори ҳавфида, узоқ давом қилувчи иситмада, сил касаллиги, сепсис, ОИТСга шубҳа бўлганда антибактериал терапия бошлашдан олдин веноз қонни экмасини текшириш керак (лекин, қон экмасини, антибактериал терапияни кечиктирмаслиги керак): қоннинг 2 та намунаси 2 та турли веналардан 30-40 минут оралиқ билан олиниши, ҳар бир намунага катта ёшли беморларда 20 мл дан кам булмаган қон олиниши керак. *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydoiphila pneumoniae* и *Legionella* spp.га серологик текширув ўтказилиши шарт таҳлил ҳисобланмайди.

Плеврада суюқлик ва плеврал пункцияни бехатар ўтказиш учун шароит бўлганда (латерограммада эркин сурилувчи суюқлик визуализацияси қавати қалинлиги $> 1,0$ см. бўлиши билан) плеврал суюқлик текшируви ўз ичига лейкоцитар формулани аниқлаш билан лейкоцитлар миқдорини аниқлаш, рН, ЛДГ фаоллигини, оксил миқдорини, суртмани бактериоскопияси, Грам усулида бўялиши ва микобактерияларни аниқлашнинг бошқа усуллари, аэроб ва анаэроб флорани экмасини текширишни ўз ичига олиши керак.

⁴-ҳомиладорлик стандарт радиографик текшириш усуллари кўлланишини чегараламайди [*Guidelines for Diagnostic Imaging during Pregnancy, 2005*]. Зотилжам диагностикасида ўпка рентгенограммсидаги ўзгариш “олтин стандарт” ҳисобланади. Зотилжамга шубҳа қилинаётган ҳар бир ҳомиладор ўпкаларни рентгенологик текширувидан ўтказилиши керак. Олд-орка проекцияда ўтказилган рентгенограммада она организми олган нурланиш дозаси 5-30 миллиРад билан баробар баҳоланган. Бачадон ва ҳомила учун абсорбланган дозаси 100 марта кам бўлиб, 300микроРад билан тенглаштирилади. Ёнбош проекцияда ўтказилган кўкрак қафаси рентгенографияси она организми учун катта нурланиш хавфини солади (тахминан 15-250 миллиРад) ва одатда уни ўтказиш заруриятини туғдирмайди. Шуни қайд қилиш лозимки, кўкрак қафаси рентгенограммаси касалликнинг 3-5 кунни ўтказилиши ҳомиладор аёл ва ҳомила учун ташхисланмаган зотилжамни нохуш хавфларини оширади. Кўкрак қафасини тақрор рентгенографиясига кўрсатма:

-3 кундан сўнг, ўтказилаётган даво муолажаларидан самара кузатилмаса ва ҳомиладорни ахволида яхшиланиш кузатилмаса;

-6 ҳафтадан сўнг, бу давр ичида зотилжамга хос симптомлар ва физикал белгилар сақланса.

⁵- сўнги йилларда госпитализация қилинган беморларда касалхонадан ташқари зотилжамни бошқа қуйи нафас йўллари инфекциясидан таққосий ташхислашда ва ҳолатни оғирлигини баҳолашда зардобда С-реактив оксил ва прокальцитонин текширилади. СРО миқдори ҳолатни оғирлиги билан, яллиғланиш инфильтрациясининг тарқалиши ва КТЗ прогнози билан корреляция қилинади. СРО миқдори >100 мг/л бўлиши ташхисни асослашни 90%дан оширади. Аксинча, СРО миқдори < 20 мг/л булиши зотилжам ташхисини кам ишонарлилиги белгисидир. Госпитализация қилинган беморларда ўтказилаётган АБТ фониди СРО миқдорининг аҳамиятли пасаймаслиги юқори

леталлик предиктори хисобланади. СРОнинг юқори миқдори оғир пневмококкли ёки легионеллэз зотилжамда кузатилади. СРО миқдори ўтказилаётган даво муолажаларидан самара кузатилмаганда 3 кундан сўнг ва стационардан чиқарилаётганда қайта текширилади. Зотилжам касаллигида бошқа яллиғланиш биомаркери –прокальцитонинни миқдорий текшириш СРО билан солиштирилганда ахамиятли устунлика эгаллиги аниқланмаган; Ўзбекистон Республикасида мазкур тестнинг оммабоп эмаслиги ва нархини инобатга олиб уни ҳаммага қўлланилиши тавсия қилинмайди.

Таққосий ташхислаш.

Ўпка сили	Циль-Нильсен усулида микроскопияда суртмалардан хатто 1 тасида кислотага чидамли бациллаларни аниқланиши ташхисни шакллантириш имконини беради.
Ўсма касалликлари	Ўпканинг бирламчи саратони; Эндобронхиал метастазлар; Бронх аденомаси. Ўсма касалликларига шубха бўлганда онколог маслаҳати.
Ўпка артерияси тромбоземболияси ва ўпка инфаркти	Веноз тромбоземболия белгилари.
Вегенер гранулематози	Ўпкаларнинг қўшма зарарланиши (кўпинча сегментар ёки бўлакли инфильтратив ўзгаришлар), юқори нафас йўллари ва буйракларнинг, МНС ёки периферик нерв системаси, тери ва бўғимларнинг патологик жараёнга қўшилиши. Зарарланган аъзолар биоптатининг гистологик текширувида гранулематоз яллиғланиш белгиларининг бўлиши.
“Бўричали” пневмонит	Касалликни хусусан аёллар орасида таркалиши. Ривожланувчи характерда кечиши. Полиорган шикастланиш (тери, бўғим, буйрак, неврологик ва бошқа синдромлар). Қон зардобида ДНК га антителалар аниқланиши.
Аллергик бронх-ўпка аспергиллези	Бронхоспастик синдром. Транзитор ўпка инфильтратлари. Марказий (проксимал) бронхоэктазлар. Периферик қонда эозинофилия. Зардобдаги умумий IgE миқдорининг сезиларли кўтарилиши. Қон зардобида <i>Aspergillus fumigatus</i> антигенига антитаналар. <i>Aspergillus</i> антигенига секин намоён бўлувчи тери юқори сезувчанлиги.
Облитерацияловчи бронхиолит зотилжам ривожланиши билан.	60-70 ёшдаги инсонларда ривожланади. Тизимли кортикостероидлар билан даволашдан юқори самарали натижа. Гистологик текширишда Массон таначалари (дистал

	бронхлар бўшлиғида гранулематоз «тиқинлар»ни альвеоляр йўллар ва альвеолоаларга тарқалиши).
Эозинофилли зотилжам	Беморларнинг анамнезида бронхиал астма симптомокомплекси ёки атопия белгилари. Периферик қонда эозинофилия. Зардобдаги IgE миқдорининг кўтарилиши. Рентгенологик текширувда хусусан ўпканинг базал қисмида билатерал альвеоляр инфилтратсия.
Саркоидоз	20-40 ёшдаги инсонларда ривожланади. Полиорган зарарланиш (патологик жараёнга буйраклар, эндокрин тизими, тери ва бошқаларнинг тортилиши). Билатерал илдизолди ва/ёки медиастинал аденопатия. Гистологик текширувда гранулематоз яллиғланиш белгилари.
Дорили (токсик) пневмопатия	Дори воситасини инкор қилинганда ва систем кортикостероидлар тавсия қилинганда ўпкадаги инфилтратив ўзгаришларнинг орқага қайтиши.

Зотилжам билан хомиладорларни олиб бориш тактикаси.

Зотилжамга шубха қилинган барча хомиладорларни касалликни оғир кечиши ва нохуш натижага ўтиб кетиш эҳтимоли юқорилиги сабабли 2-3 даражали стационарга госпитализация қилиниши керак. [2, 7, 8, 12, 14, 18, 22]:

GPP	CURB65 шкаласи хомиладорликда ўлим хавфини баҳолаш ва қайси бўлимга госпитализация қилинишини аниқлаш учун ишлатилади
------------	---

ХПБ (интенсив палата/изолятор)га:	Реанимация ва интенсив терапия бўлимига:
Зотилжам паст хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 0 балл	Зотилжам паст хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 1 балл
	Зотилжам ўрта хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 2 балл
	Зотилжам юқори хавфи CURB65 шкаласи бўйича - 3 балл

2A	Зотилжам билан госпитализация қилинган барча беморларга касалликни оғирлик даражасини баҳолаш ва Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш кўрсатмаларини аниқлаш учун IDSA/ATS мезонларини ишлатиш тавсия қилинади.
-----------	---

IDSA/ATS мезонлари (Америка Торакал ҳамжамияти ва Америка юқумли касалликлар ҳамжамияти) 2 та “катта” ва 2 та “кичик” мезонларни қўллашга асосланган. “Катта” мезонлардан 1 тасини ёки 3 та “кичик” мезоннинг мавжудлиги беморни Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилишга кўрсатма ҳисобланади.

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

«Катта» мезонлар:

- Кучли нафас етишмовчилиги, СЎВга эҳтиёж билан;
- Септик шок (вазопрессорларни қўллашга зарурият).

«Кичик» мезонлар:

- Нафас частотаси > 30/мин.;
- $PaO_2/FiO_2 \leq 250$;
- Мультилобар инфильтрация;
- Эс-хушнинг бузилиши;
- Уремия: мочевиная қолдиқ азоти ≥ 20 мг/дл (мочевиная қолдиқ азоти = мочевиная, ммоль/л / 2,14);
- Лейкопения (лейкоцитлар < 4 минг/мкл);
- Тромбоцитопения (тромбоцитлар < 100 минг/мкл);
- Гипотермия (36°C дан паст);
- Интенсив инфузион терапияни талаб қилувчи артериал гипотензия.

Даволашнинг таркибий қисмлари:

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

Антибактериал терапия.

- Антибактериал терапия зотилжам касаллигини даволашнинг ягона илмий асосланган йўналиши ҳисобланади. Ҳомиладорларда антимиқроб дори воситасини танлашда асосий муаммо унинг тератоген таъсир хавфининг мавжудлигидадир. Антибактериал препаратлар токсик самарасининг ҳомиладорликни турли муддатларида намоён бўлиши куйидаги жадвалда кўрсатилган.

Ҳомиладорлик муддати	Ҳомилага шикастловчи таъсирга эга препаратлар
Эрта муддатлар (аборт, тератоген таъсир)	Стрептомицин, сульфаниламидлар (катаракта), тетрациклинлар, рифампицин
Эмбриогенезга таъсири	Тетрациклин (суяк ва тишлар деформацияси), стрептомицин (ототоксик), аминогликозидлар (нефротоксик), левомецетин (анемия)
Ҳомиладорликнинг кечки муддатлари	Сульфаниламидлар (ядровий сариклик, гемолиз), левомецетин (анемия), тетрациклин (суяк ва тишлар деформацияси) аминогликозидлар (ототоксик)

Нохуш таъсирнинг намоён бўлиш даражасига кўра барча препаратларни шартли равишда 4 гуруҳга бўлиш мумкин.

А гуруҳга ҳомиладорликнинг кечиси ва ҳомиланинг 1 триместрда ривожланишига салбий таъсири йук, шунингдек ҳомиладорликнинг кечки муддатларида юқори хавф тўғрисида маълумотлар бўлмаган препаратлар киритилиши мумкин. Ҳозирги даврга қадар ҳомиладорларда препаратнинг салбий таъсирини ўрганиш учун бошқарилувчи текширув

Ўтказиш имконининг йўқлиги сабабли бу гуруҳга антибиотиклардан бирон бир препарат киритилмаган.

В гуруҳ ҳомилага нисбатан хавфсиз пенициллин катори антибиотиклари (бензилпенициллин, амоксициллин, амоксициллин/клавуланат); цефалоспоринлар (цефуроксим, цефтриаксон, цефаклор, цефотаксим); макролидлар (азитромицин, джозамицин); монобактамлар (азтреонам); карбапенемлар (меропенем); нитроимидазоллар (метронидазол); фосфомицин, полимиксиндан иборат. Бу препаратларни ҳомиладорларга касалхонадан ташқари зотилжамда ҳам тавсия қилса бўлади.

С гуруҳга тавсия қилганда ҳомилага ножўя таъсирини инкор қилинмайдиган препаратлар: карбапенемлар (имипенем), макролидлар (klarитромицин), аминогликозидлар (гентамицин), гликопептидлар (ванкомицин), сульфаниламидлар (ко-тримоксазол), фторхинолонлар киритилади. Алохида ҳолатларда, агар кутилаётган фойда хавфдан юқори бўлса ҳомиладорларда бу препаратларни ишлатиш ўзини оқлаши мумкин.

Д гуруҳ ҳомиладорликнинг кечиши ва ҳомилани ривожланишига салбий таъсири асосланган антибактериал препаратларни ўз ичига олади.

Ҳомиладорликда кўпчилик инфекцияларда хавф мезони (FDA) га асосан танлов антибиотиклари пенициллин ва цефалоспоринлар ҳисобланади.

Категория В	Категория С	Категория Д
Пенициллинлар	Фторхинолонлар	Тетрациклинлар
Цефалоспоринлар	Аминогликозидлар (гентамицин)	Аминогликозидлар (амикацин)
Макролидлар/Азолидлар	Сульфаниламидлар	
Нитрофуранлар	Антимикотиклар ва вирусга қарши воситалар	

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.

Зотилжамда АБТ ни 4 соатга кечиктирилиши прогнозни ёмонлаштиради. Сепсис ёки септик шок ривожланган ҳолда АБТни 1 соат ичида бошлаш мақсадга мувофиқ.

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.

Ҳомиладорликнинг 1-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган АМП:

- **Пенициллинлар гуруҳи:**
 - Пенициллин, Амоксициллин;
 - ҳимояланган аминопенициллинлар (амоксициллин+клавулановая кислота, ампициллин + сульбактам).
- **Макролидлар гуруҳи:**
 - Спирамицин, джозамицин

Ҳомиладорликнинг 2 ва 3-триместрида зотилжамни даволашда ишлатиладиган АМП:

- Пенициллинлар гурухи;
- Цефалоспоринлар 2-3-4 авлод;
- Макролидлар гурухи (спирамицин, азитромицин).

Эслатма: ҳомиладорликда ренал клиренсни кўтарилиши сабабли антибиотикларни дозасини кўтаришни талаб қилади.

Ҳомиладорларда эмперик антибактериал терапияни тавсия қилишда олдинги кўлланмалар билан солиширганда сезиларли ўзгаришлар рўй бермади.

3В	Антибактериал терапияни самаралилиги даволаш бошлангандан 48 соатдан 72 соат давомида клиник симптомларга асосан ва лаборатор кўрсаткичларни таҳлилига асосан баҳоланади.
-----------	---

Тана ҳароратининг пасайиши, интоксикацион синдромнинг яққоллигини сусайиши ва касалхонадан ташқари зотилжамнинг клиник симптомлари, хусусан, хансирашнинг камайиши АБТ самарадорлигининг асосий мезонлари ҳисобланади. Агар беморда иситма ва интоксикацион синдром сақланса ёки зотилжам симптомлари ва белгилари кучайса АБТ ни самарасиз деб баҳоланади. Бундай ҳолатда АБТ схемасини қайта кўриб чиқиш керак бўлади.

1В	Антибиотикларни киритиш усули - томир ичига.
-----------	--

3В	Зотилжам ташхиси мавжуд, госпитализация бўлган барча беморларда АБП парентерал қўлланилишидан пероралга, клиник белгиларни барқарорлашгандан сўнг ўтказишга тавсия қилинади.
-----------	--

Беморларда клиник ҳолатни яхшиланса, гемодинамик кўрсаткичлар барқарорлашса, дори воситаларни ичишга қабул қила олиш имкони бўлса, дориларни сурилишига тўсқинлик қилувчи меъда ичак тизимида касалликлар мавжуд бўлмаса антибактериал препаратларни перорал қабул қилишга ўтказиш мумкин.

- 8 соат интервали билан икки мартаба ўлчаганда тана ҳарорати субфебрил кўрсаткичларгача пасайиши;
- онг бузилиш белгиларни йўқлиги;
- нафас частотаси ≤ 24 /мин;
- юрак қисқаришлар частотаси ≤ 100 /мин;
- систолик ҚБ ≥ 90 мм рт ст;
- SpO₂ $\geq 90\%$ ёки РаО₂ ≥ 60 мм.сим.ус. (артериал қон);
- меъда-ичак йўлларида сўрилиши бузилиши йуклиги.

АБТда икки босқичли АБП қўлланилишини кетма-кетлигини инобатга олади, бунда ДВ томир ичига юборилишидан бошлаб кейинчалик шу дори воситасини ёки АБПни фаоллиги ва таъсир механизм спектри ўхшаши билан алмаштириб перорал қўлланилишига ўтказилади. Бундай даволаш усулини қўллаш мақсади, беморларни стационарда ётиши мудаттини ва асоратлар ҳавфини қисқартириш, ҳамда клиник самарадорлигини юқориликгача сақлаб даволаш қийматини камайтиришдан иборатдир.

- Антибактериал терапия давомийлиги ўртача 7-14 кун.
- Антибактериал терапия тўхтатишга кўрсатма:
 - 48 соатдан кам бўлмаган турғун афебрил давр;
 - интоксикацион синдромнинг йўқлиги; нафас частотаси < 20 минутига (сурункали нафас етишмовчили мавжуд бўлмаган беморларда);

- йирингли балғамнинг йўқлиги (доимий балғам ишлаб чиқарувчи беморлар бундан мустасно);
- қонда лейкоцитлар миқдорининг $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофиллар $<80\%$, етилмаган шакллар $<6\%$.

Ҳомиладорларда зотилжам касаллигида антибактериал препаратларни танлаш:

Гуруҳ	Препаратлар	Режим
Ҳимояланган аминопенициллинлар	Амоксициллин/клавулан кислота	Монотерапия ёки макролидамлар билан, респиратор фторхинолонлар ёки доксициклин билан
Цефалоспоринлар: - 2 авлод - 3 авлод - 4 авлод кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжамда	Цефуроксим Цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим Цефепим – кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжам	Монотерапия ёки макролидамлар билан, респиратор фторхинолонлар ёки доксициклин билан
Макролидлар	Кларитромицин, азитромицин	Монотерапия ёки химояланган аминопенициллинлар билан ёки 2-3 авлод цефалоспоринлар (4 авлод кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжамда)
Респиратор фторхинолонлар (альтернатив препаратлар)	Левофлоксацин, гатифлоксацин	Монотерапия ёки химояланган аминопенициллинлар билан ёки 2-3 авлод цефалоспоринлар (4 авлод кўк-йиринг таёқчаси қўзғатган зотилжамда)
<p>Бошқа антибактериал препаратлар кам учровчи қўзғатувчилар қўзғатган зотилжамда юқоридаги антибиотикларга муқобил сифатида қўлланилади. Бундай антибиотикларга қуйидаги препаратлар кирази:</p> <ul style="list-style-type: none"> - доксициклин (тетрациклин гуруҳи); - гентамицин (аминогликозид гуруҳи); - рифампицин (рифампицин гуруҳи); - клиндамицин (линкозамид гуруҳи); - имипенем/циластатин, меропенем (карбапенем гуруҳи); - линезолид; - ванкомицин. 		

Хавф даражасига кўра ҳомиладорликда зотилжамда эмпирик антибактериал терапия:

Танлов препарати	Альтернатив препаратлар
<p>Макролид Ёки Химояланган аминопенициллин Ёки Химояланган аминопенициллин + макролид</p>	<p>Цефалоспорин 2-3 авлод Ёки Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид ёки доксициклин Ёки Респиратор фторхинолон</p>
<p>Химояланган аминопенициллин Ёки Химояланган аминопенициллин + макролид Ёки Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид</p>	<p>Цефалоспорин 2-3 авлод ёки химояланган аминопенициллин + доксициклин Ёки Респиратор фторхинолон</p>
<p>Химояланган аминопенициллин + макролид Ёки Цефалоспорин 2-3 авлод + макролид</p>	<p>Химояланган аминопенициллин + респиратор фторхинолон Ёки Цефалоспорин 2-3 поколения + респиратор фторхинолон</p>

Ҳомиладорларда кўзгатувчиси аниқланган зотилжамда антибактериал препаратлар танлови:

Кўзгатувчи	Танлов препарати	Альтернатив препарат
Streptococcus pneumoniae Пенициллин/ сезгир	Амоксициллин ёки Цефотаксим ёки Цефтриаксон ± Спирамицин ёки Джозамицин	Амоксициллин/клавулан кислота ёки Пиперациллин/сульбактам ёки Цефепим ёки Меропенем ёки Эртапенем
	Пенициллин/ резистент	Амоксициллин/клавулан кислота ёки Цефтаролин
Mycoplasma pneumoniae, Chlamydophila pneumoniae	Азитромицин ёки Джозамицин	Респиратор фторхинолонлар (Левовфлаксацин) ёки Кларитромицин
Legionella spp.	Азитромицин ёки Джозамицин	Респиратор фторхинолон (Левовфлаксацин)
Haemophilus influenzae	Ампициллин/сульбактам ёки Амоксициллин/клавулан	Респиратор фторхинолонлар (Левовфлаксацин) ёки

		кислота ёки Цефуроксим ёки Цефотаксим ёки Цефтриаксон ёки Цефепим	Ципрофлоксацин
Staphylococcus aureus	Метициллин-сезгир штаммлар	Амоксициллин/клавулан кислота ёки Пиперациллин/сульбактам ёки Оксациллин ёки Цефоперазон/сульбактам ёки Цефепим ± Азитромицин ёки Джозамицин	Линезолид ёки Клиндамицин
	Метициллин-чидамли штаммлар	Цефтаролин ёки Ванкомицин ёки Линезолид	
Enterobacteriaceae (E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter)		Пиперациллин/сульбактам ёки Цефоперазон/сульбактам ёки Цефтазидим ёки Цефтриаксон	Эртапенем ёки Меропенем ёки Имипенем ёки Левофлоксацин ёки Ципрофлоксацин ёки Гентамицин
Pseudomonas aeruginosa		Пиперациллин/сульбактам ёки Цефтазидим ёки Цефепим ёки Меропенем	Ципрофлоксацин ёки Гентамицин
Аспирацион зотилжам		Амоксициллин/клавулан кислота	Балғам экмаси натижасига асосан
Ўпка паренхимасининг некрози билан кечувчи зотилжам (ўта оғир ҳолат, беморнинг критик ҳолати)		Линезолид + клиндамицин + рифампицин	

Ҳомиладорларда зотилжамда антибактериал препаратларнинг дозаси:

Препарат (FDA буйича категория)	Режим дозирования
Амоксициллин (В)	<i>Ичишга:</i> 0,5 г хар 8 соатда ёки 1 г кунига 2 марта
Амоксициллин/клавулановая кислота (В)	<i>Ичишга (овқат пайтида):</i> 0,625 г хар 8 соатда ёки 1 г кунига 2 марта <i>Парентерал:</i> т/и 1,2 г хар 6-8 соатда
Ампицилин/сульбактам	<i>Ичишга:</i> 0,375-0,75 г хар 12 соатда <i>Парентерал:</i> 1,5-12 г/суткасига 3-4 маҳал

Оксациллин (В)	<i>Ичишига:</i> 0,5-1,0 г хар 6 соатда овқатдан 1 соат олдин <i>Парентерал:</i> 4-12 г/сутка 4-6 марта
Пиперациллин (В)	<i>Парентерал:</i> т/и 0,2- 0,3 г/кг/сутка 4-6 марта
Пиперациллин/тазабактам (В)	<i>Парентерал:</i> т/и 2,25-4,5 г хар 6-8 соатда
Цефуроксим аксетил (В) Цефуроксим (В)	<i>Ичишига:</i> 0,25-0,5 г т/и хар 12 соатда овқат пайтида <i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 2,25-4,5 г/сутка хар 8 соатда
Цефотаксим (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 3,0-8,0 г/сутка хар 6-8 соатда
Цефтриаксон (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 1,0- 2,0 г/сутка 1 махал
Цефтазидим (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 3,0-6,0 г/сутка т/и хар 8 соатда
Цефоперазон (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 4-12 г/сутка хар 12 соатда (кўк йиринг таёқчасида - хар 6 соатда)
Цефоперазон/сульбактам (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 4,0-8,0 г хар 12 соатдан 2 махал
Цефепим (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ва м/о 2,0-4,0 г хар 12 соатдан 2 махал
Импипенем/циластатин (С)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,5-1,0 г хар 6 соатда (суткасига 4,0 г дан ортиқ эмас), м/о 0,5 г хар 8 -12 соатда
Меропенем (В)	<i>Парентерал:</i> м/о 0,5-0,75 г хар 12 часов, т/и 1 г хар 8 соатда ёки 0,5 г хар 6 соатда
Эртапенем (В)	<i>Парентерал:</i> т/и ёки м/о 1,0 г хар 24соатда
Азитромицин (В)	<i>Ичишига (овқатдан 1 соат олдин):</i> 500 мг т/и 1 марта/сутка 3 кун давомида ёки 1-кун 0,5 г, 2-5-куни - 0,25 г 1 махал <i>Парентерал:</i> т/и 0,5 г хар 24 соатда
Эритромицин (В)	<i>Ичишига (овқатдан 1 соат олдин):</i> 0,25-0,5 г хар 6 соатда <i>Парентерал:</i> 0,5-1,0 хар 6 соатда. Бир марталик доза минимум в 250 мл 0,9% натрий хлорид эритмасида 45-60 минут давомида
Спирамицин (С)	<i>Ичишига (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 1,5-3 млн МЕ/сутка хар 8-12 соатда <i>Парентерал:</i> 1,5-3 млн МЕ/сутка хар 8 соатда. Бир марталик дозаси 4мл инъекция учун сувда эритилади кейин 100 мл 5% глюкоза эритмасида 45-60 минут давомида т/и юборилади.
Джозамицин (В)	<i>Ичишига:</i> 0,5 г хар 8 соатда ёки 1,0 г хар 12 соатда
Кларитромицин (С)**	<i>Ичишига (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,25-0,5 г хар 12 соатда <i>Парентерал:</i> 0,5 г хар 12 соатда. Бир марталик доза минимум в 250 мл 0,9% натрий хлорид

	эритмасида 45-60 минут давомида
Амикацин (D)*	<i>Парентерал:</i> 15-20 мг/кг/сутка 1-2 марта кунига
Доксициклин (D)*	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,2 г/сутка 1-2 маҳал <i>Парентерал:</i> 0,2 г/сутка 1-2 марта
Гентамицин (C)**	<i>Парентерал:</i> 3-5 мг/кг/сутка 1-2 марта
Левифлоксацин(C)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,5 мг хар 12-24 соатда 1 соат мобайнида секин инфузия қилинади.
Ципрофлоксацин (C)**	<i>Парентерал:</i> т/и 0,4-0,8 г хар 12 соатда
Ванкомицин (C) **	<i>Парентерал:</i> т/и 1,0 г хар 12 соатда ёки 30 мг/кг/сутка 2 маҳал
Линезолид (C)**	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,6 г хар 12 соатда <i>Парентерал:</i> т/и 0,6 г хар 12 соатда
Клиндамицин (C)**	<i>Ичишга (овқат қабул қилиши билан боғлиқ эмас):</i> 0,15-0,6 г хар 6 соатда <i>Парентерал:</i> м/о 0,3-0,6 хар 6 соатда ёки 0,9 хар 8 соатда
<p>* D синф FDA бўйича (ҳомиладорликда) **C синф FDA бўйича (ҳомиладорликда) FDA бўйича C ва D синфига оид препаратлар ҳомиладорликда фақат она учун кутилаётган фойда ҳомила учун хавфдан юқори бўлган ҳолатда ишлатилади. - бирламчи танлов препаратларига турғунлик кузатилса муқобил препарат сифатида; - баъриал флорани кўрсатилган препаратга нисбатан сезувчанлиги бўлганда ва бошқа антибактериал препаратларга сезгирлик бўлмаганда; - FDA бўйича C ва D синфига оид препаратлар тавсия қилиш мутахассислар консилиуми асосида ҳал қилинади.</p>	

Вирусга қарши терапия.

4C	Грипп эпидемияси даврида имкон қадар зотилжамга гумондор барча ҳомиладорларда, бошқа пайтда кўзғатувчини серологик индентификация қилинганда ўтказилади
----	---

Грипп В вируси билан зарарланиш зотилжамда кўпроқ клиник аҳамиятга эга. Грипп вируси билан зарарланиш тахмин қилинаётган, клиник белгилар мажуд беморларга нейроминидаза ингибиторлари – осельтамивир ва занамивир терапияга кўшимча тавсия қилинади. Нейраминидаза ингибиторлари ҳудудда касалликнинг мавсумий кўпайишидаги критик ҳолатда зотилжамли беморларга эмперик терапия сифатида тавсия қилинади. Респиратор намуналарда грипп вирусларига ПЗР усули билан манфий натижани олганда эмперик терапияни тўхтатиш мақсадга мувофиқ.

- Даволашни имкон қадар эрта, грипп белгилари бошланганидан биринчи 48 соат ичида бошланиши, катта эҳтимоллик билан соғайишга олиб келади. Вирусга қарши воситаларни касалликнинг бироз кечроқ муддатларида бошласа ҳам бўлади.

- Даволашда гриппни лаборатор тасдиғини кутиш мақсадга мувофиқ эмас, бу даво муолажаларини бошланишини кечиктиради, шунингдек, гриппга манфий экспресс тест грипп ташхисини инкор қилмайди.
- Даво муолажаси бошланишида беморнинг даволанишига ёзма, маълумотга эга холдаги розилиги олиниши керак.

Препарат (FDA категорияси бўйича)	Дозаси
Осельтамивир (С)	75 мг (1 капсула) 2 марта/сутка 5 кун давомида, гриппнинг оғир/асоратланган шаклларида дозани 150 мг гача кунига 2 марта 10 кунгача муддатга бериш мумкин.
Занамивир (В)	Ингаляция қўллаш учун кукун кўринишида дискхалер ёрдамида 2 ингаляциядан 5 мг (10 мг)дан кунига 2 марта 5 кун давомида тавсия қилинади.

Антипиретик терапия.

- Тана харорати 38°C ва ундан юқори бўлганда, шунингдек, плеврал оғриқларда ацетомифен (парацетамол) т/и, ичишга (имкон қадар) ёки шамчалар (сақланган гипертермия) ва
 - таблетка 0,5 г ичишга. Максимал 1 марталик доза 1.0 г. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0 г.
 - ректал шамча 0,5 г. Максимал 1 марталик доза 1.0 г. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0г.
 - т/и томчилаб 1 флакон - 100 мл (1 г) 15 минут давомида. Қабул қилиш кунига 4 мартагача. Максимал кунлик доза - 4.0 г.
- Парацетамолни қўллаш 3 кундан ортиқ қўллаш тавсия қилинмайди.

4С	Агар ҳомиладорлик даврида анальгетикка эҳтиёж туғилса, НЯҚВ (парацетамол) препаратлари тавсия этилади.
----	--

НЯҚВ фақат ҳарорат туширувчи ва анальгетик мақсадида қўлланилиши тавсия этилади. Узоқ муддат қўллаш тавсия этилмайди. Агар ҳомиладорлик пайтида анальгетик қўлланишга эҳтиёж туғилса, парацетамол дори воситаси ўринли. Ҳомиладорликда ацетилсалицил кислота ва бошқа НЯҚП ларни қўллаш, хусусан кечки муддатларда қўлланилишидан сақланиш керак. Ацетилсалицил кислота ҳомиладорда тромбоцитлар функциясига таъсир кўрсатиб, туғруққача ва туғруқдан кейин қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Бошқа НЯҚП лар ҳам коагуляция тизимига таъсир кўрсатиши мумкин. Шу қаторда НЯҚП ҳомилада артериал йўлни барвақт ёпилиб қолишига, бачадон қисқаришини сусайтириб туғруқ фаолиятини секинлаштиришга сабаб бўлади. Наркотик анальгетиклар чақалокда мия фаолиятини ва нафас функциясини сусайишига олиб келиши мумкин.

Йўталга қарши ва муколитик терапия.

4С	Зотилжамни барча ҳолатларида мукоактив препаратлар мутназам қўлланилиши тавсия этилмайди.
----	---

Йўталга қарши препаратлар, муколитиклар ҳомиладорликда қабул қилиш таъқиқланади ёки ҳавф ва фойда баҳолангач, врач назоратида тавсия қилинади. Шубҳасиз, йўталга қарши ва муколитиклар ҳавф ва фойдаси чуқур таҳлил қилишни талаб қилади.

Зотилжамда мукоактив дори воситани қўлланиши ва бирон бирининг устуворлиги тўғрисида рандомизацияланган клиник текширувлар тўғрисида маълумот йук.

Терапия ўз ичига олади[GPP]:

1. Амброксол – ичишга 30 мг 2-3 марта/кунига; *парентерал*- м/о, т/о и т/и 15-30 мг 2-3 марта/суткасига. Нафас етишмовчилигида: т/и ёки м/о 30 мг/кг/сутка 3-4 махал;
2. Ацетилцистеин 200 мг ичишга 2-3 марта кунига ёки 600 мг 1 марта/суткасига, ёки 300 мг (3 мл) м/о ёки т/и 1-2 марта/суткасига (парентерал усул – ичишга имкон булмаганда). Суткалик доза – 600 мг;
3. Карбоцистеин 750 мг 3 марта/суткасига биринчи 2 кун, кейин 1,5 г/суткасига;
4. Мукалтин 1-2 таб. 50 мг 3-4 марта кунига.

Ҳомиладорликда небулайзер терапийи [GPP]:

- ✓ I триместр – муколитиклар (лазолван 2-3 мл физиологик эритма билан 1:1 нисбатда кунига 2-3 махал); бронходилататорлар (беродуал 20 томчидан 2-4 мл физ.эритмада кунига 2 махал).
- ✓ II-III триместр – муколитиклар (лазолван 2-3 мл физиологик эритма билан 1:1 нисбатда кунига 2-3 махал); бронходилататорлар (сальбутамол 2,5-5 мг 5 мл физ.эритмада кунига 2махал).

Респиратор қўллаб-қувватлаш.

Зотилжам билан хасталанган беморларда ЎНЕ энг асосий ўлим сабаби бўлиб ҳисобланади, шунинг учун қуйидаги гуруҳдаги беморларда қулай респиратор қўллаб - қуватланиши АБТ билан биргаликда даво чораларини асосий компоненти ҳисобланади. Проспектив текширувга асосан СЎВ муолажасига муҳтож зотилжам ташхиси бўлган беморларда ўлим кўрсаткичи 46% ни ташкил этади.

Периферик қонда кислород сатурациясини (SpO₂) зотилжам ташхиси исботланган барча хомидорларда пульсоксиметрия усулида аниқланиши зарур. Респиратор қўллаб-қувватлашнинг асосий мақсади организмни нормал оксигенациясини таъминлашдан иборат, кучли гипоксия юқори ўлим кўрсаткичига олиб келади. SpO₂ 94-98% ёки PaO₂ –60-70 мм рт.ст. атрофида ушлаб туриш оптимал ҳолат ҳисобланади.

Респиратор қўллаб-қувватлаш уч хил усул билан таъминланиши мумкин:

1. Тиббий намланган кислород билан - бурун канюласи, юз маскаси орқали;
2. СРАР режимида ноинвазив ўпканинг сунъий вентилияцияси;
3. Инвазив ўпканинг сунъий вентилияцияси (СЎВ).

2А

PaO₂ < 60 мм. рт.ст. (ҳаво билан нафас олганда) ёки SpO₂ < 94% бўлганда зотилжам билан барча беморларга респиратор қўллаб-қувватлаш кўрсатма ҳисобланади.

SpO₂ 90-95%лар атрофида ёки PaO₂ – 60-70 мм. сим. уст. атрофидаги кўрсаткичлар респиратор қўллаб-қувватлаш учун қулай ҳисобланади. Зотилжамда энгил-ўртача гипоксемия ҳолатини ингаляцион кислород (ниқоб ва канюла орқали) билан коррекцияланади, кўрсатма асосида бошқа усуллар – бурун орқали юқори оқимли кислород терапия, ноинвазив ўпка вентилияцияси (НИЎВ), баъзи ҳолларда- экстракорпорал мембран оксигенация (ЭКМО) қўлланилади.

Ўтказилаётган респиратор қўллаб-қувватлаш усулини самарасизлиги ундан бошқа бир турдаги усулига ўтказиш учун асос бўлади.

СРАР режимида ўпканинг ноинвазив вентилияцияси намланган кислородни юз ниқоби ва назал конъюла орқали берилганида самара бўлмаганда кўрсатма ҳисобланади.

CPAP режимида ўпканинг ноинвазив вентилияциясига ўтказиш масаласини ижобий натижа кузатилмаганда 4-6 соатдан кечиктирмасдан хал қилиниши керак.

2B	Зотилжам билан касалланган барча беморларни ўртача оғирликдаги (SpO ₂ 80-89%) гипоксемияни коррекциялаш респиратор уринишлар учун етарлича шароитлар ва онг сақланган ҳолатида ўтказилади.
-----------	---

Кислород терапия оддий бурун ниқоби ёрдамида (FiO₂ 45-50%) ёки халтачали ниқоблар ёрдамида ўтказилади. Қонда оксигенация даражасини керакли меъёрга етказиш учун, оксигенотерапия оқимини ўртача тезлиги (5 л/мин) билан бошланади, зарурият туғилса 10-12 л/мингача оширилади. Юқори оқимли кислород терапия бурун канюласи орқали бемор инспиратор оқимини чўққисидан баланд бўлган газ аралашмасининг оқим тезлиги (40-60 л/мин атрофида) доимий FiO₂ кўрсаткичга эга бўлган ва оптимал намланган нафас йўлларида кислородли ҳаво аралашмасини етказилади.

2B	Агар HE билан асоратланган зотилжамда, оксигенация фонида кўрсаткичлар кераклигича яхшиланиши кузатилмаса ёки респиратор ацидоз кучайиши кузатилса, СЎВ кўрсатмаси асос бўлади.
-----------	---

2C	Зотилжам билан касалланган барча беморларда нафас тўхтаса, онг бузилиши, психомотор кўзғалиши ёки ностабил гемодинамика кузатилса СЎВга ўтказиш тавсия қилинади.
-----------	--

CPAP режимида ўпканинг ноинвазив вентилияциясидан СЎВга ўтказиш масаласини ижобий натижа кузатилмаса 6-12 соатдан кечиктирмасдан хал қилиниши керак.

СЎВ куйидаги ҳолатларда кўрсатма бўлади:

- CPAP усулида ўпканинг ноинвазив вентилияцияси самарасизлиги;
- артериал қон босими <90/60 мм.с.м.уст.;
- нафас сиқиш ҳолати давом этса – дақиқасига 40 мартадан кўп нафас олиш, тана харорати пасайишига қарамасдан;
- FiO₂ кўпайишига қарамасдан, PaO₂ тушиши давом этса;
- PaCO₂ тушишда давом этиши;
- кислород ингаляцияси фонида SpO₂ пасайиши < 80%;
- PaO₂/FiO₂ < 200 мм.рт.ст.;
- сийдик <20 мл/соат (гиповолемия бўлмаганда);
- вазопрессор препаратларга эҳтиёж борлиги;
- клиник-рентгенологик натижаларга асосланиб ОРДС иккинчи босқичи, асосийси энди бошланаётган эс-хуш ва психиканинг бузилишлари (уйқучанлик, эйфория, кўзғалувчанлик, галюцинациялар) муҳим аҳамиятга эга.

СЎВ ўтказишнинг ўзига хос жиҳатлари:

1. Бемор бош қисми 30° кўтарилган ҳолатда бўлиши;
2. Нафас олиш фазасининг давомийлиги кўрсатма бўлади (1:1-1:1.5);
3. Инспиратор танаффусни (“плато”) нафас олиш вақтининг 15% дан кам бўлмаган вақт давомида кўллаш;
4. P чўққиси ≤ 35 см сув уст.;
5. P плато ≤ 30 см сув уст.;

6. Нафас чиқариш охирида мусбат босим қўллаш кўрсатма қилинган, унинг даражаси SpO₂ миқдорига – (етарлича кам миқдори – 93%) ва гемодинамик кўрсаткичларга қараб бошқарилади. Алгоритми - 5-8-10 см сув уст.;
7. Ўпканининг даврий шишириш усулини ҳам қўллаш мумкин (Sigh);
8. Агарда, қилинган барча муолажаларга қарамасдан SpO₂ – 93% дан кам бўладиган бўлса, FiO₂ миқдорини 0.6 гача кўтарилган ҳолда қўллаш керак.

Сатурация кўрсаткичлардан ташқари куйдаги кўрсаткичларга ҳам эътибор бериш зарур:

- PaO₂ – 60-100 мм сим. уст.;
 - PaCO₂ – 35-45 мм сим. уст.;
 - EtCO₂ – 3,7-4,7%.
9. Агар гипоксияни анъанавий ва замонавий ЎСВ ёрдамида бартараф этишни иложи бўлмаса, прональ (пронопозиция) ҳолат қўллаш мақсадга мувофиқ (суткада 12 соатгача).
 10. Минимал нафас ҳажмини аниқлаш, гипоксия кузатилмаганда (6 мл/кг идеал тана вазни), бунда керак бўладиган 1 дақиқалик вентиляция нафас олиш сонининг ортиши билан таъминланади.

Инфузион терапия.

ЦҚХ ва қондаги электролитларни диққат билан кузатиш талаб этилади.

Ўпканининг оғир зарарланишида ўпканининг ҳаддан ташқари гидратациясини олдини олиш учун инфузион терапияни тақиқловчи тактикасини қўллаш керак, сув мувозанатини қатъий назорат қилиш керак (физ. эритма 0.9% ли ёки мувозанатлаштирилган полиионли кристаллоидларни суткалик диурез, тана ҳарорати, ичилган суюқлик ва гиповолемия даражаси назорати остида).

Инттоксикацияни ва вирусли юкламани камайтириш учун орал гидратация самарали усул ҳисобланади: кўп миқдорда суюқлик ичиш ва диурез назорати остида гемоделиция. Суюқлик ичиш: камида 2 стакан сув/соат, уйқу вақти истисно қилинган ҳолда.

Септик шокда гемодинамикани қўллаб-қувватлаш стратегияси:

1. Септик шок кузатилган беморларда гемодинамикани қўллаб-қувватлаш инфузион терапия (ва зарур ҳолларда трансфузион) вазоактив ва инотроп препаратларни куйдаги гемодинамик кўрсаткичларга эришилгунга қадар бирга қўлланилади: МВБ 8-12 мм.сим.уст. (ЎСВ пайтида – 12-15 мм.сим.уст.), ўртача АБ ≥ 65 мм.сим.уст., диурез – 0,5 мл/кг/с, гематокрит – 30%.
2. Дори воситаларини қўллаш сепсис/септик шок терапияси бўйича тавсияларга мувофиқ босқичма-босқич амалга оширилади.
3. Инфузион терапия самарасиз бўлса норадреналин қўшилади 2-20 мкг/дақ ёки допамин 5-20 мкг/кг/дақ, адреналин 1-10 мкг/дақ, мезатон 4-300 мкг/дақ, миокардил дисфункция кузатилганда – добутамин 20 мкг/кг/дақ.
4. Вазопрессорлар самара бермаганда, 300 мг дан кўп бўлмаган гидрокортизон ёки 20-40 мг метилпреднизалон қўлланилади [10, 24].

3С

Зотилжам кузатилган беморларда гидрокортизон 200-300 мг/суткасига дозада, септик шок билан асоратланганда <1 сут., рефрактер септик шокда ёки зарурият туғилса 0,5 мкг/кг/мин дозасини оширадиган норадреналин кўрсатилган.

2А	Септик шок кузатилмаган зотилжам билан ҳасталанган беморларда ГКС рутин қўлланилади.
-----------	--

Қон таркибий қисмлари.

Ўпка шикастланишини кучайтириши хавфи юқори бўлганлиги сабабли қон таркибий қисмларини қуйиш тўғрисидаги қарор “хавфли/фойдали” мезонидан келиб чиққан ҳолда қабул қилиниши керак.

1. СЗП дан фойдаланиш фақат клиник ва/ёки лаборатор аниқланган коагулопатияда кўрсатилган.
2. Эритроцитлар трансфузияси гемоглобин миқдори 70 г/л дан кам бўлганда кўрсатма бўлади.
3. Тромбоцитларни қуйиш геморрагик синдром кузатилганда кўрсатма бўлади ва 50 000/мкл дан кўп бўлмаган миқдорда.

Тромбопрофилактика.

2А	Зотилжам билан касалланган барча беморларга парентерал антикоагулянтлар, тизимли тробоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида тавсия қилинади.
-----------	--

Зотилжам касаллигида тизимли тромбоемболик асоратлар хавфи ортади. Зотилжам ёки септик шок билан оғриган беморлар профилактик анти тромботик терапия қабул қилишлари зарур, агарда бунга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаса.

Тромбопрофилактика бемор тана вазнига мувофиқ пастмолекуляр гепариннинг профилактик дозаларида берилади.

Бемор тана вазнига мувофиқлаштирилган эноксипариннинг стандарт профилактик дозалари	- Тана вазни <50 кг: 20 мг т/о кунига - Тана вазни 50-90 кг: 40 мг т/о кунига - Тана вазни 90-130 кг: 60 мг т/о кунига* - Тана вазни 130-170 кг: 80 мг т/о кунига* - Тана вазни >170 кг: 0,6 мг/кг т/о кунига *Суткалик дозани иккига бўлиш мумкин
Фракцияланмаган гепариннинг стандарт профилактик дозаси	Ҳар 12 соатда тери остига 5000 бирлик

Терапиянинг бошқа таркибий қисмлари.

Стресси меъда яраси пайдо бўлиши ва меъда ярасидан қон кетишини олдини олиш учун беморларга H2-блокаторлари ёки протон помпаси ингибиторлари тайинланиши кўрсатилган. Меъда-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетишинг энг самарали профилактикаси – кислород транспортини яхшилаш ва энтерал овқатланиш.

3В	Зотилжам кузатилган барча беморларга стресс яраларни олдини олиш мақсадида антисекретор препаратлар тавсия қилинади (протон помпа ингибитори, H2-блокаторлар).
-----------	--

Глюкокортикоидлар фақат нафас йўлларининг оғир обструкциясида, ўпка шишида, аутоиммун зарарланган аъзоларнинг оғир инфекцион касалликлари (вирусли перикардит ва миокардит) да кўрсатилган.

Озиқлантиришни қўллаб-қувватлаш – суюқлик ва озиқ-овқатларни энтерал йўл билан эрта бошлаш ва унга алоҳида аҳамият бериш керак.

Плеврал бўшлиқда керагидан ортиқ экссудат йиғилганда торакацентезга кўрсатма бўлади. Торакацентездан кейинги дренажлашга плевра эмпиемаси ёки оч рангли (йирингсиз) рН кўрсаткичи 7,2 дан кам бўлган экссудат кўрсатма бўлади.

Ҳозирги вақтда турли хил биоген стимуляторларни, антигистамин, иммуностимуляторлар, шунингдек ностероид яллиғланишга қарши воситалар, замбуруғларга қарши препаратларни тайинлаш мақсадга мувофиқлиги тўғрисидаги далиллар мавжуд эмас.

Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг аҳолини назорат қилиш.

1. Тана ҳарорати
2. Пульс
3. Нафас олиш сони
4. Периферик қоннинг кислород билан тўйинганлиги
5. Кундалик диурез
6. Лаборатор текширувлар: қоннинг умумий таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин ва унинг фракциялари, мочевино, креатинин), С-реактив оксил
7. Кўрсатмага асосан кўкрак қафаси рентгенографияси динамикада

Касалхонадан чиқариш мезонлари.

- Умумий аҳоли кониқарли;
- Охирги 2-3 кун ичида тана ҳарорати меъёрга тушиши;
- Гемодинамика турғунлашуви;
- Лаборатория натижалари ва ўпка аускультацияси меъёрланиши.

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 етишмовчиликда ҳомиладорлик 32 ҳафта ва ундан юқори бўлган муддатда, шунингдек туғишга мутлоқ акушерлик кўрсатма, эрта туғруқ учун кўрсатма ҳисобланади.
- Муддатидан олдин ёки муддатида туғиши аёлнинг хабардорлиги ва розилиги билан кенгаш томонидан белгиланади.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорлар туғиши табиий туғруқ йўллари орқали олиб борилгани мақсадга мувофиқ.
- Кесарча кесиш мутлақ акушерлик кўрсатмалар бўлганида, шунингдек ҳаёти хавф остида бўлган, ҳомиладорлик 20 ҳафтадан ошган аёлларда ўтказилади (реанимация тадбирларини самарадорлигини ошириш мақсадида).
- 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 ЎСВ га ўтказилганда туғруққа руҳсат бериш қарори шифокорлар кенгаши томонидан қабул қилиниши керак.
- Зотилжамда хомиланинг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар ҳомиладорликни тезда тўхтатиш учун кўрсатма эмас.
- Зотилжамда, кўп хомилали хомладорлик ва хомилалардан бирининг антенатал нобуд бўлиши ҳомиладорликни дарҳол тўхтатиш учун кўрсатма эмас.

- Нафас етишмовчилигида, бачадон чандиғи борлиги тезда кесарча кесиш амалиёти билан туғишига кўрсатма эмас.
- Зотилжам билан касалланган ҳомиладорларда туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса, бу амалиётни беморнинг умумий аҳволи яхшилангунича ва симптомлар бартараф этилгунича бошламаслик мақсадга мувофиқ, чунки касалликнинг авж палласида туғишга рухсат бериш ёки ҳомиладорликни тўхтатиш куйидаги оғир асоратларга олиб келиши мумкин:
 - Асосий касалликнинг оғирлашиши, нафас етишмовчилиги ривожланиши ва авж олиши,
 - Акушерлик қон кетишлар, хомиланинг интранатал ўлими, туғруқдан кейинги йирингли-септик асоратлар пайдо бўлиши.
- Туғруқнинг тезда ривожланишида она ва бола аҳволи назорат қилинган ҳолда туғишни табиий туғруқ йўллари орқали амалга ошириш афзал.
- Туғруқнинг 1- ва 2-босқичларида оғриқсизлантириш ўтказиш керак (эпидурал, спинал анестезия).
- Агар туғруқнинг 2-босқичини тезда тугатиш зарур бўлса вакуум экстракцияси ёки акушерлик қисқичларини кўллаш керак.

Ҳомиладор аёлларда зотилжамни олдини олиш.

- Кўпинча зотилжам ҳомиладорларда грипп эпидемияси даврида ривожланишини ҳисобга олиб, куйидаги чора-тадбирларни ўтказиш тавсия этилади:

Носпецифик	Специфик
<p>ЎРВИ ва грипп билан касалланган шахслар билан яқин мулоқотда бўлган ҳомиладор аёлларда 10 кун давомида вирусга қарши кимёвий профилактика (занамивир, осельтамивир) ўтказиш керак.</p>	<p>Эпидемия даврида барча ҳомиладор аёлларни (1-триместрдан ташқари) гриппга қарши эмлаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ҳар йиллик гриппга қарши эмлашда ҳомиладор аёлларга қарши кўрсатмалар йўқ. • Ҳимоя таъсири одатда эмлашдан 8-12 кундан сўнг юзага чиқади ва 12 ойгача сақланиб туради. • Инактивацияланган уч валентли грипп вакцинасидан пайдо бўлган она иммунизацияси она, ҳомила ва чақалоқнинг грипп инфекцияси билан касалланишини ва ўлимини сезиларли даражада камайтиради. • Эмлаш фақатгина аёлнинг розилиги ва муолажа ҳақида хабардорлиги расмийлаштирилгандан кейингина ўтказилади.

2А	Грипп асоратли кечиши юқори ҳавфи билан барча беморларга грипп вакцинасини кўллаш кўрсатилган.
----	--

Ҳомиладорлар грипп асоратли кечиши юқори ҳавфи бор гуруҳга киради. Грипп вакцинацияси ҳар йил ўтказилади, оптимал вақти-грипп эпидемия мавсумида.

Тиббий реабилитация: йўқ.

Тиббий ёрдамни ташкил қилиш: зотилжам билан оғриган ҳомиладор аёлларга стационар шароитида шошилиш тиббий ёрдам бериш кўрсатилган.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари.

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Бемор ҳолатини оғирлик даражаси CURB65 шкаласи ва/ёки IDSA/ATS мезонлари бўйича баҳоланди	Ҳа / Йўқ
2	Бемор аҳволи оғирлигига қараб ихтисослашган бўлимга (ХПБ ёки ОРИТ) ётқизилди	Ҳа / Йўқ
3	Терапевт ва/ёки пулмонолог томонидан текширув ўтказилди	Ҳа / Йўқ
4	Ўрта ва юқори хавфли зотилжамда анестезиолог-реаниматор маслаҳати ўтказилди	Ҳа / Йўқ
5	Пульсоксиметрия ўтказилди	Ҳа / Йўқ
6	Ўпка рентгенографияси ўтказилди	Ҳа / Йўқ
7	Умумий (клиник)/кенгайтирилган кон таҳлили ўтказилди	Ҳа / Йўқ
8	Қоннинг биохимик текшируви (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин) ўтказилди	Ҳа / Йўқ
9	Қондаги С-реактив оқсил миқдори текшируви ўтказилди	Ҳа / Йўқ
10	Кўзгатувчининг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадида балғамни (агар мавжуд бўлса) ёки трахеал аспиратни бактериологик текшируви ўтказилди	Ҳа / Йўқ
11	Антибактериал препарат ёки препаратларни биринчи дозасини вена ичига юбориш 4 соатдан кечиктирмасдан амалга оширилди	Ҳа / Йўқ
12	Рационал антибиотикотерапия буюрилди	Ҳа / Йўқ
13	Ингаляцион йўл билан кислород юборилди (сатурация 90% дан кам бўлса)	Ҳа / Йўқ
14	Орал гидратация ўтказилди	Ҳа / Йўқ
15	Инфузион терапиянинг чекловчи режими қўлланилди	Ҳа / Йўқ
16	Туғруқ қабул қилиш зарур бўлган ҳолларда (ўз вақтида ёки муддатидан олдин) туғруқ индукцияси ёки кесарча кесиш амалиёти бемор ҳолатини барқарорлаштириш ва нафас етишмовчилиги белгиларини даволашдан сўнг амалга оширилди	Ҳа / Йўқ
17	Стационардан чиқарилган вақтда барқарор афебрил даврга (48 соатдан ортиқ) эришилди	Ҳа / Йўқ
18	Стационардан чиқарилган вақтда С-реактив оқсил даражасининг бошланғич қийматидан 25% дан ортиқ пасайишига эришилди	Ҳа / Йўқ
19	ВТЭА хавфи баҳоланди ва тромбопрофилактика	Ҳа / Йўқ

	Ўтказилди	
20	Самарадорлиги исботланмаган дори воситалари ва амалиёт усуллари ишлатилмади	Ҳа / Йўқ
21	Полипрагмазия қўлланилмади	Ҳа / Йўқ

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

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. Corticosteroids for pneumonia (Protocol) 1. Copyright © 2009 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
11. Daniel P., Rodrigo C., Mckeever T.M., et al. Time to first antibiotic and mortality in adults hospitalised with community-acquired pneumonia: a matched-propensity analysis. *Thorax* 2016;71(6):568-70.
12. 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.
13. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. *Obstet Gynecol* 2002;100:94-100.
14. Goodnight WH, Soper DE. Pneumonia in pregnancy. *Crit Care Med* 2005;33:S390-397.
15. Halm EA, Teirstein AS. Clinical Practice. Management of community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 2002;347:2039-2045
- laboratory parameters in community-acquired pneumonia. *BMC Infect Dis.* 2007;7:10.
16. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2007;44(suppl):S27-72
17. Мӱller B., Harbarth S., Stolz D., et al. Diagnostic and prognostic accuracy of clinical and
18. Pneumonia (community-acquired): antimicrobial prescribing. NICE guideline [NG138]. September, 2019.
19. Ramirez J.A., Wiemken T.L., Peyrani P., et al. Adults Hospitalized With Pneumonia in the United States: Incidence, Epidemiology, and Mortality. *Clin Infect Dis* 2017;65(11):1806-1812.

20. Shankar PK, Devi V, Bairy KL, Nair S. Antibiotics for Staphylococcus aureus pneumonia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD006337. DOI: 10.1002/14651858.CD006337.
21. Shariatzadeh MR, Marrie TJ. Pneumonia during pregnancy. Am J Med 2006;119:872-876.
22. WHEC Practice Bulletin and Clinical Management Guidelines for healthcare providers. Educational grant provided by Women's Health and Education Center (WHEC).
23. Wiersinga W.J., BontenM.J., Boersma W.G., et al. Management of community-acquired pneumonia in adults: 2016 guideline update from the Dutch Working Party on Antibiotic Policy (SWAB) and Dutch Association of Chest Physicians (NVALT). The Netherlands Journal of Medicine 2018; 76(1): 1 -13.
24. Yuanjing C, Pu H, Wu T. Corticosteroids for pneumonia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD007720. DOI: 10.1002/14651858.CD007720.

Баённома яратилиш услуби.

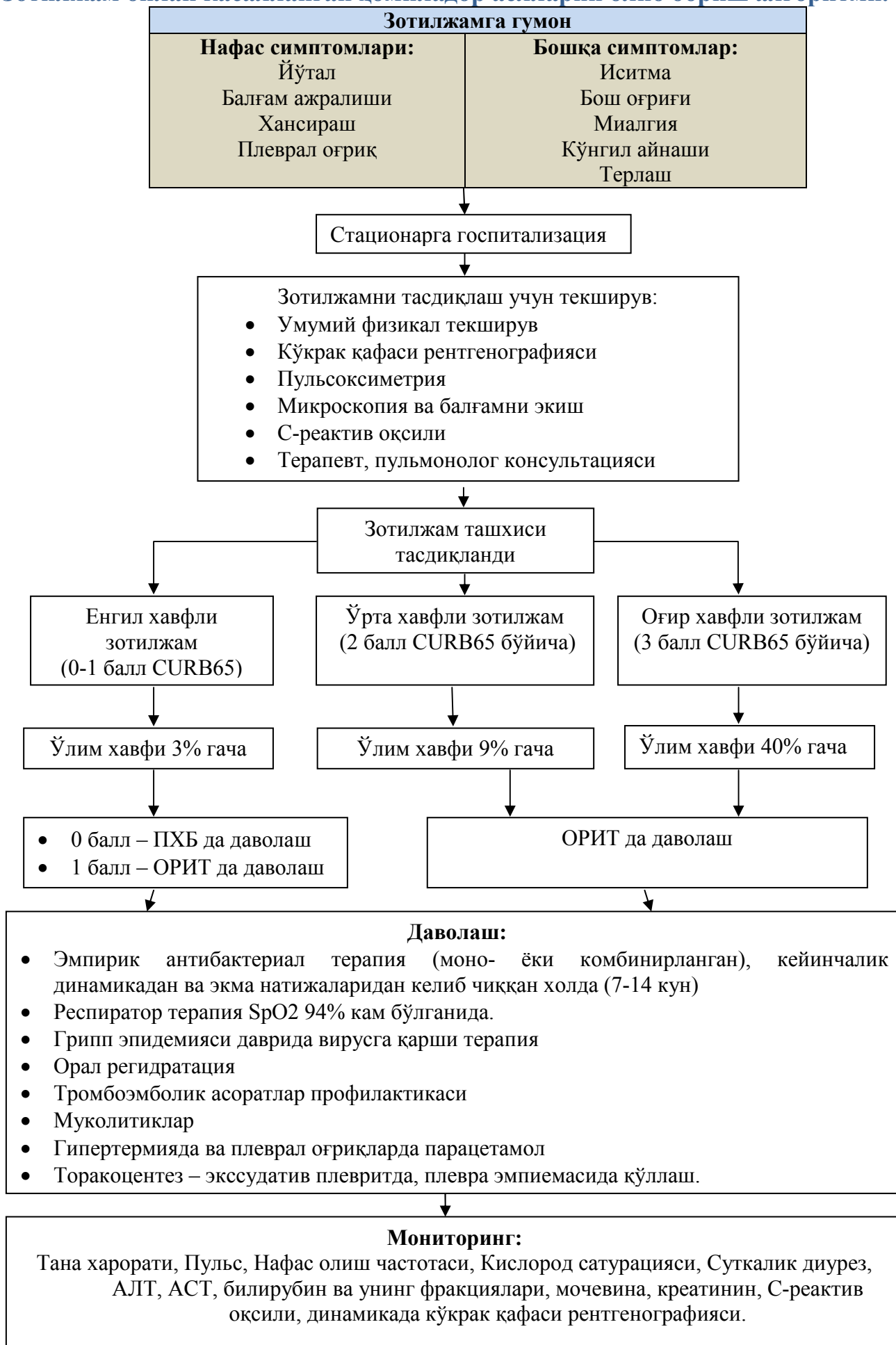
Қуйидаги тавсияномада ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар, сони ва сифатидан келиб чиққан ҳолда маълумотлар яққоллик даражасига (далилларга асосланиб) кўра тартибланган.

Тавсияноманинг далиллари ишончилиги ва аниқлиги даражалари:

Тавсияноманинг ишончилиги даражаси	
I	Диагностик амалиёт ёки даволаш тури самарали ва фойдали эканлиги тўғрисида далил ва/ёки аниқ фикр.
II	Даво чораларининг самара/фойдаси ҳақидаги қарама қарши фикрлар ва маълумотлар.
II а	Фикрлар/ маълумотлар ва даволанишдан самара/фойда нисбати.
II б	Фикрлар/ маълумотлар ва даволанишдан самара/фойда нисбати унчалик аниқ эмас.
III	Диагностик амалиёт/даволаш тури самарасиз ва айрим ҳолларда хавфли эканлиги тўғрисида далил ва аниқ фикрлар.

Тавсияноманинг аниқлик даражаси	
A	Маълумотлар рандомланган клиник тадқиқотлар ва мета-анализлар натижаларидан олинган.
B	Маълумотлар рандомланган 1-та клиник тадқиқотдан ёки аниқ натижаларсиз масштабли тадқиқотлардан олинган.
C	Яхши бажарилган ноэкспериментал тадқиқот: таққослама, корреляцион ёки «тасодифий текширув».
D	Мутахассис консенсус фикри ёки тан олинган авторитет клиник тажрибаси, регистрлар.
GPP	Good Practice Points - Тавсиянома ижобий клиник тадқиқотга асосланган.

Зотилжам билан касалланган ҳомиладор аёлларни олиб бориш алгоритми.



Зотилжамда микробиологик тадқиқот учун клиник материални олиш қондаси.

Културал текшириш учун эркин ажралувчи балғамни олиш қондаси:

1. Балғам йиғиш учун стерил герметик ёпиладиган пластик контейнерлар зарур.
2. Балғам йиғишдан олдин бемордан оғиз бўшлиғини қайнаган сув билан чайиши лозим. Агар балғам эрталаб олинса – оч қоринга қилингани макул.
3. Бемор яхшилаб йўталиши ва пастки нафас йўлларидаги балғамни (сўлакни эмас!) йиғиб стерил контейнерга жойлаши лозим.
4. Балғамни сақлаш давомийлиги хона ҳароратида 2 соатдан ошмаслиги керак. Агарда намунани вақтида етказишнинг иложи бўлмаса, уни музлатгичда +4-8°C ҳароратда 24 соатгача сақлаш мумкин.

Индукцияланган балғамни олиш учун қуйидаги услублардан фойдаланиш мумкин:

1. Дренаж ҳолатлари (постурал дренаж).
2. Нафас гинастика машқлари.
3. Кўкрак қафаси вибрацион массажи.

Културал текшириш учун трахеал аспиратни олиш қондаси:

1. Трахеобронхиал соха таркибидаги трахеал аспиратни олиш учун эндотрахеал найчали тизимдан фойдаланилади.
2. Шу мақсадда вакуум аспиратор стерил катетери - клапанли ёпғичли вакуум контролерга уланади, тизимнинг бошқа учи эндотрахеал найчага уланади.
3. Вакуум-аспиратор ишга туширилиб тизим пробиркасига трахеобронхиал соха таркиби 1 мл кам бўлмаган миқдорда олинади. Трахеал аспират олиш вақти 5-10 сониядан ошмаслиги зарур.
4. Аспиратор ажратилади, эндотрахеал найча тизимдан, уланган катетерлар қопқоғи олиниб пробиркани кўшимча қопқоқ билан беркитилади.
5. Балғамни сақлаш давомийлиги хона ҳароратида 2 соатдан ошмаслиги керак. Агарда намунани вақтида етказишнинг иложи бўлмаса уни музлатгичда +4-8°C ҳароратда 24 соатгача сақлаш мумкин.

Тиббий аралашувга ахборот асосида розилик бериш маълумотномаси

Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик ва реабилитация йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий манипуляция турларидир.

1. Мен, _____
(бемор ёки ишончли вакил Ф.И.О.)

« _____ » _____ Йили туғилганман , куйидаги манзилда рўйхатга олинганман _____

_____ (бемор ёки ишончли вакил яшаш манзили)

Режалаштирилган тиббий аралашувга розилик бераман _____

_____ (Тиббий муассаса номи)

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширув, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилиш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун бир хавфли бўлиб , вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман . Тиббий аралашувлар натижалари бўйича қафолатлар мавжуд эмас.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа вариантларида кутилмаган фавқулодда ҳолатлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур фавқулодда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки процедураларга) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув курси ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашув самарадорлигини юқори бўлиши учун, менда дори-дармон ва озиқ-овқат маҳсулотларига индивидуал муросасизлик ва аллергик ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки заҳарли дори воситаларига муносабатим , шу жумладан, менинг саломатлигим, ирсият билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак , деб биламан.

6. Мен жарроҳлик пайтида қон йўқотилиши мумкинлигини тушунаман ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкин, бунга ихтиёрий розилигимни бераман . Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари , муолажанинг ўтқазилиш тартиби ва қоидалари , мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим . Мен барча зарур тиббий чора-тадбирларни амалга оширишга розиман. Мен қон қуйиш ва уларнинг компонентларини қабул қилишдан бош тортсам , касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий ва диагностика жараёнини ҳар қандай ахборот воситаларига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностика ва терапевтик мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен фақат касаллигим , унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйидагиларга беришингизга рухсат бераман .

(ишончли шахслар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча тавсилотлари билан танишман, мен уларга тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман

Имзо

Сана «__»_____ й.

Беморлар учун маълумотлар.

- Зотилжам - ўпкада турли хил микроорганизмлар: бактерия, вируслар, содда хайвонлар кўзгатадиган ўткир ялиғланиш касаллигидир.
- Кўпгина ҳолатларда зотилжам эпидемия даврида грипп кўринишида кечади.
- Зотилжам ўпканинг альвеолалари - ўпкада газ алмашинуви таминловчи халтачаларнинг микроорганизмлар билан зарарланиши билан хавфлидир. Альвеолалар зарарланганда, улар шишиб кетади, қалинлашади, ялиғланиш моддалари тўпланиб қолади, бу эса газ алмашинувининг бузулишига ва қонда, органларда, тўқималарда кислород етишмовчилигининг пайдо бўлишига олиб келади.
- Ҳомиладорлик ҳар қандай шамоллаш фонида зотилжамнинг тез ривожланишига мойилликни оширувчи омил ҳисобланади. Бунинг сабаби шундаки, ҳомиладор аёлларда одатда иммунитет пасаяди ва ўсаётган бачадон диафрагмани кўтариб, нафас олиш пайтида ўпканинг нормал кенгайишини чеклаб қўяди.
- Куйидаги белгилар кузатилганда, сиз зотилжамга гумон қилишингиз мумкин :
 - тана хароратининг кўтарилиши, титроқ;
 - нам ёки қуруқ йўтал;
 - нафас қисиши ёки нафас олишда кийналиш;
 - нафас олганда кўкрак қафасида оғриқ;
 - тумов;
 - бўғимларда оғриқ;
 - заифлик;
 - иштаҳа йўқолиши;
 - юрак тез уриши ҳисси.
- Кўпинча ҳомиладорлик пайтида зотилжам аниқ клиник белгиларсиз ривожланади ва енгил шамоллаш белгилари билан яширин кечади. Зотилжам - бу фақат касалхона шароитида даволанадиган касалликдир.
- Шу сабабдан агарда сизда шамоллашнинг аломатлари бўлса шифокорга мурожаат қилишингиз зарур. Фақатгина қон, балғам, рентген текширувларини ўз ичига олган кенг қўламли кўрик зотилжамни оддий шамоллашдан ажратишга ёрдам беради.
- Шамоллаш аломатлари мавжуд бўлганда уйда мустақил даволаниш мумкин эмас, чунки бу текширув вақтини узайтиради ва самарали даво чораларини кечиктиради.
- Агар сиз ўз вақтида шифокорга мурожаат қилмасангиз ва зотилжамни эрта даволашни бошламасангиз бу куйидаги оқибатларга олиб келиши мумкин:
 - муддатидан олдин туғруқ,
 - ҳомиланинг кислород етишмовчилигидан қийналиши ва ҳалок бўлиши,
 - ҳомиланинг ривожланишдан ортда қолиши,
 - онанинг бошқа аъзоларига (буйрак, жигар, юрак, асаб тизими) зарар етиши. Оғир ҳолатларда танада қайтарилмас жараёнлар юз бериши ва ўлимга олиб келиши.
- Агар ҳомиладорлик пайтида зотилжамнинг олдини олишни истасангиз, грипп эпидемияси мавсумида шифокорингизга мурожаат қилишингиз зарур, у гриппга қарши эмлашни тавсия қилиши мумкин.