

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



**Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш
синдромини олиб бориш бўйича миллий клиник
баённома**

ТОШКЕНТ 2021

Кириш қисми

Клиник муаммо	Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми
Ҳужжат номи	“Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш синдроми” миллий клиник баённомаси
Ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг барча муассасалари (бирламчи тиббий ёрдам кўрсатувчи муассасалар, шифохоналар).
Яратилган сана	01.03.2021 йил
Режалаштирилган янгиланиш санаси	2024 йилда ёки янги муҳим далиллар пайдо бўлганда.
Мурожаат учун манзил:	Тошкент шаҳар, Мирзо Улуғбек тумани, Мирзо Улуғбек кўчаси, 132 а. Tel.: 71 263 78 30, 71 263 84 83 Elektron pochta: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Ишчи гуруҳ таркиби.....	5
Кириш.....	7
Қисқартмалар рўйхати.....	8
Таърифлар.....	9
ХКТ-10 кодлари.....	9
Эпидемиологияси.....	9
ҲКАҚ этиологияси ва хавф омиллари	9
ҲКАҚ таснифи.....	10
ҲКАҚ бирламчи ташхислаш.....	10
ҲКАҚ текширувлар.....	13
ҲКАҚни дифференциал ташхислаш ва қўшимча синовларнинг асослари.....	14
ҲКАҚни даволаш.....	17
ҲКАҚ профилактикаси.....	22
Тиббий реабилитация.....	22
Тиббий ёрдамни ташкил этиш.....	22
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари.....	22
Адабиётлар руйхати.....	23
Илова 1. Баённома ишлаб чиқиш услуби.....	26
Илова 2. Бемор учун маълумот.....	28
Илова 3. ҲКАҚ ни даволаш учун асосий дори-дармонлар рўйхати.....	31
Илова 4. ҲКАҚ да беморларни олиб бориш алгоритми.....	32
Илова 5.ҲКАҚ ни терапевтик даволаш алгоритми.....	33
Илова 6. Тиббий аралашув ўтказилиши учун, ахборот асосида ихтиёрий розилик бериш	35

Ишчи гуруҳ таркиби :

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любич А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Е.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртчиев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Даулетова М.Ж., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., к.м.н.	РПМ
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Бабаханова А.М.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Расулов О.А.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарьё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

Методик ёрдам

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

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Усманов С.К., етакчи мутахассис

Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Техник ёрдам

Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Ўзбекистондаги аҳолишунослик жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA)

Такризчилар

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

Юсупбаев Р.Б.

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

- РИАГИАТМ* – Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази
- РПМ* – Республика перинатал маркази
- ҚР* – Қорақалпоғистон Республикаси
- ШПМ* – Шаҳар перинатал маркази
- ТХКМРМ* – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириши маркази

Клиник баённома 2021 йил «25» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, баённома №2.

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

Кириш.

Баённома тавсияларига риоя қилиш:

Баённомада умумий характердаги тавсиялар тақдим этилган ва улар баённома нашр қилинаётган даврда мавжуд бўлган далилларга асосланган.

Амалий фаолиятда ушбу Баённома тавсияларидан четга чиқиш ҳақида қарор қабул қилишга тўғри келса, клиницист шифокорлар беморнинг касаллик тарихида мавжуд бўлган кўйидаги маълумотларни ҳужжатлаштириши шарт:

- ким томонидан бундай қарор қабул қилинган;
- баённомадан четга чиқиш ҳақидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморларни бошқариш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган. Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар индивидуал ёндошган ҳолда тактика белгилаб, ҳар бир бемор билан, конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, кўйидагиларни муҳокама қилиши керак.

- Бемор билан маслаҳатлашиш ва олиб бориладиган тактика ва муолажага розилигини ёзма равишда олиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ олиб бориш ва парвариш қилишнинг ҳар қандай тактикасини ҳужжатлаштириш.

Баённома мақсади:

- Ҳомиладорликда кўнгили айланиши ва қайт қилиш ҳолатларини олиб бориш, ташхислаш, олдини олишда ягона ёндашув тизимини ташкиллаштириш бўйича илмий асосланган маълумотлар ва тавсиялар билан тиббиёт ходимларини таништириш.

Беморлар тоифалари: Кўнгили айланиши ва қайт қилиш синдроми билан касалланган ҳомиладор аёллар.

Баённоманинг мақсадли гуруҳи:

1. Акушер-гинекологлар;
2. Реаниматологлар;
3. Лаборантлар;
4. Умумий амалиёт шифокорлари;
5. Терапевтлар;
6. Доялар;
7. Клиник фармакологлар;
8. Олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлар, магистрантлар ва ўқитувчилар

Қисқартмалар рўйхати:

Anti-HAVIgM	Гепатит “А” вирусига қарши IgM антитаначалар синфи
Anti-HCV	Гепатит “С” вирусининг антигенига қарши антитаначалар
Anti-HEV IgM	Гепатит “Е” вирусига қарши IgM антитаначалар синфи
FDA	Озиқ-овқат ва дори-дармон сифатини санитария назорати бошқаруви
HbA1C	Гликерланган гемоглобин
HBsAg	Гепатит “Б” вирусининг юзаки антигени
HBV DNA	Гепатит “Б” вирусининг дизоксирибонуклеин кислотаси
HCV RNA	Гепатит “С” вирусининг рибонуклеин кислотаси
АБ (ҚБ)	Артериал босим (қон босими)
АИХ	Асосий ишқор ҳолат
АЛТ	Аланин-аминотрансфераза
Анти-ТГ	Тиреглобулинга бўлган антитаначалар
Анти-ТТГ	Тиреотроп гормон рецепторига бўлган антитаначалар
АСТ	Аспартат-аминотрансфераза
ВГ	Вирусли гепатит
ВТЭА	Веноз тромбозэмболик асоратлар
ИАД	Исботлар аниқлиги даражаси
КАҚҚ	Ҳомиладорлар кўнгила айнаш ва қайт қилиш синдроми
ҚБТ	Қон биохимик таҳлили
ҚД	Қандли диабет
ЛДГ	Лактатдегидрогеназа
МНТ	Марказий нерв тизими
МРТ	Магнит-резонанс томография
НС	Нафас сони
ОИТ	Ошқозон ичак тракти
ОЯК	Ошқозон яра касаллиги
ПВ	Протромбин вақти
ПЗР	Полимераз занжирли реакция
СРО	С-реактив оксил
Т3	Уч-йодтиронин
Т4	Тироксин
ТВИ	Тана вазни индекси
ТТГ	Тиреотроп гармон
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УТД	Ультратовушли доплерография
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ЭГДС	Эзофагогастроуденоскопия
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭЭГ	Электроэнцефалография
ҲҚ	Ҳомиладорлар кўсиши

Таърифлар:

- **Ҳомиладорлар кўнгил айланиши ва қайт қилиш (КАҚҚ) синдроми** – бу ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган патология бўлиб, биринчи триместрда ривожланади ва кўнгил айланиш ҳамда қайт қилиш билан намоён бўлади.
- **Оғир/тўхтамайдиган ҳомиладорлар КАҚҚ синдроми (hyperemesis gravidarum)** – ҳомиладорлик билан боғлиқ патология ҳисобланиб, биринчи уч ойликда ривожланади, кўнгил айланиши ва қайт қилишнинг оғир даражаси, озиқланиш етишмовчилиги, вазн камайиши, дегидратация, электролитлар мувозанати бузилиши, кетоацидоз ва кўп ҳолатларда трансaminaза фаоллиги ошиши билан кечади. Оғир/тўхтамайдиган ҳомиладорлар КАҚҚ синдроми ҳар 1000 нафар ҳомиладор аёлларга 1-20 ҳолатга тўғри келади (0,3-2%).

КХТ-10 бўйича кодлар:

O21	Ҳомиладорлар ҳаддан ташқари кўп қайт қилиши
• O21.0	Ҳомиладорлар энгил ва ўрта қайт қилиш синдроми: ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасигача давом этадиган энгил ёки ноаниқ қусиш ҳолати.
• O21.1	Углеводлар захираси камайиши, дегидратация, туз-сув мувозанати бузилиши ҳолатлари билан кечадиган ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасигача давом этадиган оғир ва ҳаддан ташқари КАҚҚ
• O21.2	Кеч ривожланган ҳомиладорлар КАҚҚ (ҳомиладорликнинг тўлиқ 22 ҳафтасидан кейин тўхтовсиз қусишнинг бошланиши).
• O21.8	Асоратланган ҳомиладорликка олиб келувчи қусишнинг бошқа шакллари (бошқа чоп этилмаларда таснифланган, касалликлар билан асосланган, асоратланган ҳомиладорликдаги қусиш)
• O21.9	Ҳомиладорликда сабаби аниқланмаган қусиш.

Эпидемиологияси

. Объектив маълумотларга кўра, КАҚҚ синдроми ҳомиладор аёлларнинг 80%да учрайди. Ҳомиладор аёлларда ҳаддан ташқари қусиш эса 0,3-3,6%да учрайди.

Этиологияси ва хавф омиллари

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида максимал даражага етадиган одам хорионик гонадотропин миқдори ва КАҚҚ синдромининг оғирлиги орасида тўғридан-тўғри ўзаро боғлиқлик мавжуд.

КАҚҚ синдроми кўпинча трофобластик ўсмаларда ва кўп ҳомилали ҳомиладорликда, яъни одам хорионик гонадотропинининг аномал юқори даражасида учрайди. Оғир ҳомиладорлар қайт қилишининг этиологиясида генетик, гормонал, психологик ва бу ёки бошқа маданият омилларига мансуб омилларнинг ўрни исботланмаган.

КАҚҚ синдроми хавф омилларига қуйидагилар киради:

- Анамнезида КАҚҚ синдромини ўтказгани;
- Гипертериоз;

- Руҳий бузилишлар;
- Қандли диабет;
- Юқори ёки паст тана-вазн индекси;
- Аёл жинсли ҳомила;
- Helicobacter Pylori инфекцияси.

КАҚҚ синдроми таснифи

Оғирлик даражаси бўйича:

- Енгил;
- Ўрта оғир;
- Оғир ёки ўта оғир.

КАҚҚ синдроми бирламчи ташхислаш:

1. Кўнгил айнаши ва қайт қилиш шикоятлари билан келган ҳомиладор аёлнинг биринчи ташрифида қуйидагиларни аниқлаш зарур:

- Кўпинча қусиш ҳомиладорликнинг 4-7 ҳафтасидан бошланиб, 20 ҳафтасида тугайди.
- Одатда кўнгил айнаши ва қайт қилиш эрталаб кузатилади – “эрталабки қайт қилиш”
- Агар қайт қилиш ҳомиладорликнинг 10 ҳафта, 6 кундан кейин пайдо бўлса ёки, адекват терапияга қарамасдан КАҚҚ синдромининг симптомлари сақланиб қолса, ушбу ҳолат чуқур текширувларни талаб этади. Чунки, бундай ҳолатларда қусиш бошқа сабаблар билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- кўнгил айнаши ва қайт қилишни турли дори-воситаларни қабул қилиш ҳам қўзғатиши мумкин, улардан кўпроқ гестагенлар ва темир препаратларини қабул қилишни таъкидлаш мумкин.

ХКАҚ сабабларини қиёсий ташхислаш.

Тизим	Ташхис
Овқат ҳазм қилиш тизими	<ul style="list-style-type: none"> • Гастроэнтерит • Гепатит • Ошқозон яра касаллиги • Панкреатит • Аппендицит • Helicobacter pylori • Ўт пуфаги касалликлари
Сийдик – жинсий	<ul style="list-style-type: none"> • Пиелонефрит • Тухумдон буралиши • Сийдик-тош касаллиги
Метоболик бузилишлар	<ul style="list-style-type: none"> • Диабетик кетоацидоз • Гипертиреоз
Неврологик бузилишлар	<ul style="list-style-type: none"> • Идиопатик интракраниал гипертензия • Вестибуляр бузилишлар • Мигрен • МНТ ўсмалари • Вентрикулоперитонеал шунт дисфункцияси

Психологик сабаблар	<ul style="list-style-type: none"> • Дори препаратларини токсик таъсири ва кўтара олмаслик • Депрессия
Ҳомиладорлик билан боғлиқ сабаблар	<ul style="list-style-type: none"> • Преэклампсия • Ўткир ёғли гепатоз

2. Оғир/тўхтамайдиغان ёки ҳаддан ташқари қусиш белгилари:

- Агар қайт қилиш тана вазнининг 5% га йўқотилиши, сувсизланиш ва электролитлар мувозанати бузилиши билан кечса, у ҳолда ҳомиладорнинг ҳаддан ташқари қусишига гумон қилиш зарур.

3. PUQE шкаласи бўйича қусиш оғирлигини баҳолаш

- Модификацияланган PUQE шкаласи ҳомиладорлик вақтида қўлланилиб, КАҚҚ синдромининг оғирлик даражасига баҳо бериш учун ишлаб чиқилган. Айнан PUQE шкаласи бўйича баҳолаш қўйидаги параметрлар - кўнгил айнаши ва қайд қилишни ҳисобга олиб, келгусида ёрдам кўрсатишга асосланган. Бу шкала даво муолажалари ўтказилаётган вақтда беморнинг динамикада аҳволини баҳолаш учун ишлатилиши ҳам мумкин.

Модификацияланган PUQE индекси (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis/Nausea)				
1 савол: Охириги 24 соат ичида сиз қанча муддат кўнгил айнашини, ошқозон соҳасида безовталиқ ёки оғрикни ҳис қилдингиз?				
Бўлмади	1соат ва ундан кам	2-3 соат	4-6 соат	6 соатдан кўпроқ
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
2 савол: Охириги 24 соат ичида сизда қайт қилиш кузатилдими? ва неча маротаба?				
Бўлмади	1-2 марта	3-4 марта	5-6 марта	7 марта ва ундан кўпроқ
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл
3 савол: Сизда неча маротаба қайт қилишга олиб келмаган ундовлар кузатилди?				
Бўлмади	1-2 марта	3-4 марта	5-6 марта	7 марта ва ундан кўпроқ
1 балл	2 балл	3 балл	4 балл	5 балл

PUQE индексини шарҳлаш:

Даража	Балл
Енгил кўнгил айнаши/қайт қилиш	≤ 6 балл
Ўрта	7-12 балл
Кўп	≥13 балл

Шунингдек оғирлик даражасини қуйидаги жадвалда келтирилган клиник лаборатор белгиларига қараб аниқлаш мумкин:

Белгилар	Енгил КАҚҚ	Ўрта КАҚҚ	Оғир КАҚҚ
Иштаҳа	Бироз камайган	Сезиларли камайган	Йўқ
Кўнгил айнаши	Бироз	Сезиларли	Доимий, азобли
Сўлак оқиши	Бир оз	Сезиларли	Қуюқ ёпишқоқ
Қайт қилишлар сони	3-5 марта	6-10 марта	11-15 марта ва тўхтовсиз
Бир дақиқада пульс тезлиги	80-90	90-100	100 дан юқори
Систолик Қ/Б	120-110 мм сим.уст. тенг	110-100 мм сим.уст. тенг	100 мм сим. уст.дан паст
Овқат ушлаб туриш	Асосан ушлаб туради	Қисман ушлаб туради	Ушлаб тураолмайди
Вазни камайиши	1-3 кг (тана вазнидан 5% гача)	3-5 кг (хафтада 1 кг, тана вазнидан 6-10%)	5 кгдан юқори (хафтада 2-3 кг, тана вазнидан 10% дан юқори)
Бош айланиши	Кам ҳолатларда	бироз сезилади	кучли сезилади
Субфебрилитет	Йўқ	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда
Тери ва шиллик қаватларининг сарғайиши	Аниқланмайди	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда
Гипербилирубинемия	Аниқланмайди	21-40 мкмоль/л	40 мкмоль/лдан юқори
Тери қаватларининг қуриши	-/+	++	+ + +
Ич келиши	Меърида	2-3 кунда бир марта	Қабзият
Диурез	900-800 мл	800-700 мл	700 мл дан кам
Ацетонурия	Аниқланмайди	Кам ҳолатларда	Кўп ҳолатларда

КАҚҚ синдромида текширув усуллари:

Объектив текширув усуллари:

- Тана ҳарорати
- Пульс
- Қон босими
- Кислород сатурацияси
- Нафас сони
- Қоринни кўздан кечириш
- Бўйи, вазни
- Сувсизланиш белгилари
- Мушаклар атрофияси белгилари

<ul style="list-style-type: none"> • Касаллик тарихида режалаштирилган бошқа текширувлар
<p>Лаборатор текширув усуллари:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Умумий қон таҳлили тромбоцитлар сони билан • Кетон таначаларига сийдик таҳлили • Қоннинг биокимёвий таҳлили (АЛТ, АСТ, билирубин, мочевино, креатинин, қанд миқдори, умумий оқсил)
<p>Инструментал текширув усуллари :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ультратовушли сканерлаш: бачадондаги ҳомиланинг тириклигига ишонч ҳосил қилиш, кўп ҳомилаликни ва трофобластик касалликни инкор этиш; • Қорин бўшлиғи аъзоларини ультратовушли текшируви.
<p>Тўхтовсиз/оғир ХКАҚ га кўрсатилган:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ошқозон яра касаллигини инкор этиш мақсадида жарроҳ маслаҳати • Гипертиреоз, диабетик кетоацидозни инкор этиш мақсадида эндокринолог маслаҳати; • Инфекцион гастроэнтерит, ВГ ни инкор этиш мақсадида инфекционист маслаҳати; • Мигренни инкор этиш мақсадида невропатолог ва офтальмолог маслаҳати; • Оғир бўлмаган ХҚда йўлдош соматик патологияси шунингдек, ОИТ патологиясини инкор этиш мақсадида, терапевт ва гастроэнтеролог маслаҳати.
<p>Қўшимча текширув усуллари: (Кўрсатмага қараб ва дифференциал ташхислаш мақсадида бажарилади)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оғир/ чўзилган ҳолатларда ёки ХҚ билан кечган ҳомиладорнинг қайта госпитализация ҳолатида қалқонсимон безнинг функционал тестларини текшириш: гипотиреоз/гипертиреоз (эркин Т3 ва эркин Т4) • Қон электролитлари: натрий, калий магний ва хлоридлар; • НьА1С • Панкреатик амилаза (панкреатитни инкор этиш мақсадида); • Коагулограмма (ПВ, фибриноген); • ВГ маркерлари : Anti-HAV IgM, Anti-HEV IgM, Anti-HCV, HbsAg • Сийдик диастазаси ; • Копрограмма; • Нажас эластазаси; • Нажасда яширин қон; • Нажасни бактериологик текширув; • эзофогогастроуденоскопия клиник зарурият туғилганда ишлатилади. Масалан: Қонли қусиқ ёки эпигастрий соҳасида кучли оғриқ; • ЭКГ- • УТТ – қалқонсимон без • УТТ – бош ва бўйин қон томирлари • ЭЭГ • МРТ – қорин бўшлиғи аъзолари • МРТ – бош мия ва умуртқа поғонасининг бўйин бўлими

- Ҳомиладорнинг қусиш фонида қуйидаги ҳолатлар ривожланиши мумкин:
 - ✓ гипонатремия,

- ✓ гипокалиемия,
 - ✓ мочевинонанинг паст даражаси,
 - ✓ гематокритнинг ошиши,
 - ✓ метаболик гипохлоремик алкалоз,
 - ✓ кетонурия,
 - ✓ оғир метаболик ацидемия.
- Тинимсиз қайт қилиш билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг 2/3 қисмида қалқонсимон безининг таҳлилларида ўзгаришлар кузатилади. Бу тиреотроп гормонининг даражаси пасайиши ёки ортиши билан бирга эркин тироксиннинг даражаси ортиши ва биокимёвий тиреотоксикоз билан кечади.

А	Транзитор тиреотоксикоз ва / ёки хаддан ташқари қусиш билан кечадиган қалқонсимон без бузилишлари аниқланганда, антитиреоид дори воситалари тавсия этилмайди; Ёрдамчи даво муолажалари тавсия этилади.
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Ҳаддан ташқари қусиш билан кечадиган ҳомиладор аёлларда жигар фаолиятининг биохимик бузилиши кўрсаткичлари аниқланади. Бундай ўзгариш трансаминазанинг кўтарилиши билан боғлиқ. Билирубин миқдори бир оз амилаза миқдори каби кўтарилган бўлиши мумкин, гарчи сариқлик кузатилмасда. Ушбу бузилишлар хаддан ташқари қусиш ҳолатида учраши мумкин бўлган ҳолат деб баҳоланади.
- КАҚҚ синдромида истисно қилиш керак бўлган бошқа патологик ҳолатлар:
 - ✓ КАҚҚ синдромида бошқа патологик сабаблар қуйидагиларни ўз ичига олади: ошқозон пептик яраси, холецистит, гастрозэнтерит, гепатит, панкреатит, сийдик чиқариш йўллари инфекцияси ёки пиелонефрит, метаболик бузилишлар, неврологик касалликлар, дори воситаларни қабул қилиш;

КАҚҚ синдромининг дифференциал ташхислаши ва қўшимча текширув усулларини асослаш.

Дифференциал ташхис	Дифференциал ташхислаш учун асос	Текширув усуллари	Ташхис мезонлари
Асоратланмаган КАҚҚ синдроми	Қусишнинг умумий симптом сифатида мавжудлиги	- УҚТ + тромбоцитлар - БҚТ, АЛТ, АСТ, калий, натрий, хлор, магний, альбумин - сийдик кетонлари	- суткада 5 маротабадан кам - электролит метаболик бўзилишлар мавжуд эмаслиги; - пешобда кетонлар мавжуд эмаслиги - дегидратация, вазн йўқотиш мавжуд эмаслиги.
Сурункали гастрит яра касаллиги		- УҚТ + тромбоцитлар - Нажасда яширин қон - ЭГДС - Жарроҳ маслаҳати	- ошқозон ва 12 бармоқли ичакнинг шиллик қаватининг эндоскопик ва морфологик

			ўзгариши
Вирусли гепатитлар		<ul style="list-style-type: none"> - УҚТ + тромбоцитлар - ВГ маркерлари - Anti-HAV IgM, - Anti-HEV IgM, - Anti-HCV, - HbsAg - ПЗР HCV RNA (сифатли) - ПЗР HBV DNA (сифатли) - УТТ қорин бўшлиғи аъзолари 	<ul style="list-style-type: none"> - маркерлар мавжудлиги ва гепатит вируси репликациясининг исботи
Инфекцион гастроэнтерит		<ul style="list-style-type: none"> - УҚТ + тромбоцитлар - ўткир фазали кўрсаткичлар (СРБ) - копрограмма - нажаснинг бактериологик текшируви - инфекционист маслаҳати 	<ul style="list-style-type: none"> - ўткир бошланиши; - интоксикация белгилари; - диарея синдроми; - нажасда патоген микроорганизмларнинг топилиши.
Гипертиреоз		<ul style="list-style-type: none"> - тиреоидик статус - ТТГ Т4 эркин, Анти-ТГ, Анти-ТТГ - қалқонсимон без УТТси - эндокринолог маслаҳати 	<ul style="list-style-type: none"> - ТТГ; - ↑ТТГга антитаначалар - ↑Т4 эркин - УТТда: қалқонсимон без ҳажми баландлиги ва гиперваскуляризация ва қалқонсимон без ҳажми кўтарилишининг мавжудлиги
Диабетик кетоацидоз		<ul style="list-style-type: none"> - Қон ва пешобда глюкоза миқдори; - HdA1C - кислота-ишқор холати; - кетон таначаларини аниқлаш мақсадида пешоб тахлили - эндокринолог маслаҳати 	<ul style="list-style-type: none"> - анамнезда СД мавжудлиги - гипергликемия; - HdA1C - глюкозурия - кетонурия.

Мигрень		- ЭЭГ - МРТ- бош мия ва умуртқа поғонаси бўйин бўлими. - УЗДГ бош ва бўйин қон томирлари -офтальмолог ва невропатолог маслаҳати	- органик патология мавжуд бўлмаган холда характерли клиник манзара кўриниши (гемикрания)
Панкреатит		- УҚТ + тромбацитлар - БҚТ: панкреатик амилаза, электролитлар - пешоб диастазаси - нажас эластазаси - копрограмма - УТТ қорин бўшлиғи аъзолари - МРТ - қорин бўшлиғи аъзолари	- оғриқли синдром; - стеаторея, креаторея; - УТТ/МРТ қорин бўшлиғи: ошқозон ости бези катталашishi, киста мавжудлиги, кальцинат мавжудлиги , асосий панкреатик канал 2 см кўпроқ, ошқозон ости бези паренхимаси гетерогенлиги, каналлар деворлари эхогенлигининг ошиши, контурлар нотекислиги .

КАҚҚ синдромини даволаш.

- КАҚҚ синдромининг енгил ва ўрта даражаси мавжуд аёллар амбулатор назоратида туриб, қусишга қарши орал дори воситаларини қабул қилишлари керак.

Агар ушбу омиллардан ҳеч бўлмаса биттаси учраса, ҳомиладор аёлни стационар шароитида даволаш лозим.

1. Орал дори воситалари қабул қилиб туришига қарамасдан, давом этадиган кўнгил айниш ва қусиш;
2. Орал дори воситасини қабул қилиб туришига қарамасдан, кетонурияга ёки вазн йўқотилиши (умумий тана вазнидан 5% ортиқ)
3. Гемодинамика ва қон таҳлилларидаги динамикадаги ўзгаришлар

С	КАҚҚ синдромини эрта даволаш – унинг hyperemesis gravidarumгача кучайиб боришини олдини олиши мумкин
---	------------------------------------------------------------------------------------------------------

КАҚҚ синдромининг енгил даражасини (индекс PUQE 6 баллдан паст)

- Кўнгил айниш ва қусиш янада кучайса, темир моддасини ўз ичига олган витамин дори воситаларини қабул қилишни тўхтатиш.

- Фолат кислотасини қабул қилишни давом эттириш.
- Пархез: қуруқ маҳсулотларга урғу берилган кам-кам ва тез тез бўлган тамадди. Аччиқ, шўр, нордон, ёғли таомларни чегаралаш ва орал гидратация.

А	Ёғли овқатларни чегаралаб истеъмол қилиш
А	КАҚҚ синдромининг оғир формасида ошқозон ичак тизимида дам бериш
А	КАҚҚ синдромида кўзгатувчи омиллардан сақланиш тавсия этилади (атирлар, тутун, нефт маҳсулотлари, хушбўй хидлар, пардоз анжомлари, чекиш, овқат тайёрлаш, маълум бир аччиқ, шўр, ёғли овқатлар)
А	Номедикаментоз терапиядан ижобий таъсир бўлмаганда биринчи навбатда қуйидаги дори воситаларининг ишлатилиши тавсия этилади: Пиридоксин (витамин В6) ҳар 8 соатда 10-25 мг ичишга + Доксиламин суткада 3-4 мартаба 12,5 мл дан ичишга ёки мустақил равишда фақат пиридоксин

Ифодаланмаган ва ўрта даражали КАҚҚ синдромини даволаш. (PUQE индекс - 7-12 балл):

- Прометазин, ёки прохлорперазин, ёки метоклопрамид;
- Дегидратация кузатилганда- инфузион даво муолажалари.

Оғир даражали КАҚҚ синдроми ёки ҳомиладорларнинг тўхтовсиз қайт қилишини даволаш (PUQE индекс - 13 ва юқори балл):

- Қайт қилишга қарши қуйидаги дори воситаларнинг гуруҳлари ишлатилиши мумкин.

1 навбатда	- ичишга суткада 3-4 мартаба 10-25 мг пиридоксин ва 3-4 мартаба 12,5 мг доксиламин билан биргаликда (В) .
2 навбатда	- прометазин ичишга мушак ичига, вена ичига ёки тўғри ичакка ҳар 4-6 соатда 12,5-25 мг (В) ; - дифенгидрамин ичишга ёки орқа ичакка ҳар 4-6 соатда 25-50-100 мг ёки вена ичига ҳар 4-6 соатда 10-50 мг) (В) ; - прохлорперазин ичишга ҳар 6-8 соатда 5-10 мг ёки вена ичига ёки мушак орасига ҳар 8 соатда 12,5 мг ёки тўғри ичакка кунига 1 мартаба 25 мг; - хлорпромазин ичишга, вена ичига, мушак орасига ҳар 4-6 соатда 10-25 мг ёки тўғри ичакка ҳар 6-8 соатда 50-100 мг
3 навбатда	- метолопрамид – 5-10 мг ҳар 8 соатда ичишга, мушак орасига ёки вена ичига (А) ; - прометазин 12,5-25 мг ҳар 4 соатда ичишга, мушак орасига, вена орасига ёки тўғри ичакка (В) ёки триметобензамид 200 мг (руйхатдан ўтгандан сўнг) тўғри ичакка ҳар 6-8 соатда (В) ; - дегидратация кузатилганда: вена ичи инфузиялар, метоклопрамид 5-10 мг ҳар 8 соатда (А) ёки прометазин (пипольфен) 12,5-25 мг вена ичига ҳар 4 соатда (В) .
4 навбатда	+ : - метилпреднизолон (эҳтиёткорлик билан) 16 мг ҳар 8 соатда вена ичига 3 кун ва 2 хафта ичида дозасини камайтирган ҳолда, ёки

	<p>- гидрокортизон 100 мг кунига 2 мартаба вена ичига ва клиник натижага эришилгандан сўнг 40-50 мг преднизолонга ўтиш, ҳар куни, ичишга секин -аста клиник заруриятга асосланган ҳолда, миқдорини камайтириб бориш, ёки</p> <p>- ондансетрон 4-8 мг ҳар 6-8 соатда ичишга ёки 8 мл ҳар 12 соатда вена ичига (А).</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Метоклопрамид** хатарсиз ва самарали ҳисобланади, аммо экстрапирамид таъсирлар хавфи сабабли иккинчи ёки учинчи навбатдаги терапия сифатида ишлатилиш лозим. Метоклопрамидни фақатгина қисқа муддатга тайинлаш лозим (максимал миқдори 30 мг ҳар 24 соатда ёки тана вазнини 0,5 мг/кг 24 соат мобайнида (энг паст миқдоридан келиб чиққан ҳолда) ва максимал давомийлиги 5 кун) ушбу хавфни минималлаштириш мақсадида, вена ичига жуда секин юборилиши шарт,(3 дақиқадан кам эмас).
- **Ҳар хил гуруҳдаги дори воситалар комбинациясини қўллаш:** турли гуруҳдаги дори воситалари ҳар хил таъсир механизмга эга бўлганлиги сабабли, синергетик таъсирдан келиб чиққан ҳолда, битта дори воситаси билан натижа олмаётган аёлларга турли гуруҳдаги дори воситалар комбинацияси ишлатилиши шарт. Бундан ташқари, доимий қусиш перорал дори воситаларини сўрилмаслигига олиб келиши мумкин, демак, вена ичига, тўғри ичакка, тери остига ёки мушак ичига юборилиши самаралироқ ҳисобланади.
- **Кортикостероидлар:** доимий хаддан ташқари қусиши бўлган ҳомиладорлар ҳолатининг кескин ва тез яхшиланишига олиб келади. Гидрокортизон 100 мг кунига 2 марта вена ичига юборилиши тавсия этилади. Клиник натижага эришилгандан сўнг суткасида 40-50 мг Преднизолонга ўтилади ва доза миқдори умумий аҳволини назоратда ушлаб турадиган даражада секин аста, энг паст ушлаб турувчи доза миқдоригача пасайтириб борилади. Кўп ҳолатларда преднизолонга бўлган эҳтиёж ҳомиладорларни қусиш мавжудлиги муддати тугашига қадар ва айрим ҳолатларда туғруққача давом этади.

В	Метилпреднизолон айрим ҳолатларда, брача даво чоралари натижасиз оғир даражали КАҚҚ синдромида қўлланилади; бироқ ушбу дори воситаси хавфларни ҳисобга олган ҳолда, энг охириги чора сифатида кўриб чиқилиши лозим
----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Бошқа дори воситаларининг ишлатилиши:

- **Протон насосининг ингибиторлари** гастрит, эзофагит ёки ошқозон- қизилўнғач рефлюкси мавжуд аёлларда ишлатилиши мумкин. Қайталанувчи, бошқариб бўлмайдиган қусиш гастрит, эзофагит ёки ошқозон- қизилўнғач рефлюксига олиб келиши мумкин. Протон насосининг ингибиторлари билан синовли даволаш ва олдини олишда ишлатилиши мумкин, улар ҳомиладорлик вақтида хавфсиз ҳисобланади.
- **Тиамин** парентерал озиклантириш ёки декстроза юборилишдан олдин барча узок муддат давомида қусган ҳомиладорларга ичиш учун ёки вена ичига ишлатилиши лозим. Витамин В 1 (тиамин) етишмовчилигида классик ҳолатда кўз кўриши хиралашиши, ҳушининг чигаллашиши, дезориентация, апатия, юришнинг чайқалиши, координациянинг бузилиши, хотиранинг бузилиши, уйқучанлик, нистагм, офтальмоплегия, гипорerefлексия ёки арефлексия билан кузатиладиган Вернике энцефалопатияси ривожланиши мумкин. Ҳомиладорнинг қусиш фонида ривожланган энцефалопатия секин ривожланиши ва эпизодик симптоматика билан кузатилиши мумкин. Вернике энцефалопатияси ўлим билан якунланишга хавф солиши мумкин, лекин ўз вақтида кўрсатилган тиббий ёрдам орқали ҳолатни ортга қайтариш мумкин.

Микдори: 100 мл физиологик эритмага 100 мг тиамин вена ичига ҳафтасида 1 мартаба ёки 1,5 мг ичишга суткада 1 мартаба.

С Витамин етишмовчилиги ва кетоз коррекциясини қатъий кўриб чиқилиши тавсия этилади. Узоқ муддатдаги қусишда декстрога ва витаминлар қўшиш керак. Вернике энцефалопатиясини олдини олиш мақсадида, декстрога юборилишидан олдин тиамин қўллашни кўриб чиқиш лозим

- Агар актив қон кетиши каби қарши кўрсатмалар бўлмаса, тўхтовсиз қусган аёлларга **пастмолекуляр гепаринлар** тавсия этилиши лозим. Тромбопрофилактика уйига жавоб беришдан олдин тўхтатилиши мумкин.
- **Инфузион терапия:** кунлик электролитлар мониторинги назорати остида, ҳар бир флаконида калий хлориди мавжуд бўлган физиологик эритма ёки полиион балансланган кристалоидлар вена ичига инфузион терапия учун энг тўғри келадиган деб ҳисобланади, Агар натрийни зардобдаги микдори меъёрида бўлмаса, декстрога /глюкоза инфузияси ишлатилмаслиги керак ва инфузия тиамин юборилиши билан кузатилиши шарт. Инфузия ҳажми: 1000-3000 мл суткада умумий ҳолатидан келиб чиққан ҳолда. Вена ичига суюқликлар юборилиши лозим бўлган ҳолларда плазмада мочевина ва электролитлар микдори ҳар куни текширилиши шарт. Инфузион терапияга талаб бўлган аёлларда гипонатриемия ва гипокалиемияни олдини олиш ва даволашда кунлик электролитлар мониторинги жуда муҳим. Кетозни коррекция (тузатиш) қилиш мақсадида ксилитолга асосланган кўпатомли спиртдан фойдаланиш тавсия этилади.

А Дегидратация, гиповолемия, электролитлар бузилишини коррекция қилиш мақсадида инфузион терапия тавсия этилади

С Сувсизлик белгиларининг ривожланишида ва узоқ муддатдаги перорал регидратацияни кўтара олмаслик ҳолатидагина вена ичи регидратацияси тавсия этилади

С Периферик ўрнатиладиган марказий катетерни hyperemesis gravidarum бор аёлларга энг охири чора сифатида ишлатинг, чунки бундай аралашув юқори асоратларга ва оналарнинг оғир касалликларига олиб келиши мумкин

- КАҚҚ синдроми билан касалланган аёлларга қуйидаги мутахассисларнинг маслаҳати керак бўлиши мумкин: **диетолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, жаррох, психолог, психиатр.**
- **Энтерал ва парентерал давони** бошқа тиббий усуллар ёрдам бермаганда қўллаш лозим. Озиқлантиришнинг энтерал усули назогастрал, назодуоденал ёки назоеюнал зонд орқали ёки эндоскопик ўрнатилган тери орқали гастростома ёки еюностома орқали амалга оширилади. Энтерал озиқланишдан кўра парентерал озиқланиш беморлар учун самаралироқ. Лекин парентерал озиқланишда юқори инфекцион асорат ва томирлар перфорацияси асорати хавфи мавжуд .

С Hyperemesis gravidarum бор аёлларда медикаментоз даволаш самарасиз бўлса, назогастрал ва назодуоденал зонд ўрнатилиш масаласини кўриб чиқиш керак

Интенсив терапия ва жонлаштириш бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- Доимий қусиш ва суюқликларни қабул қила олмаслик;

- Динамикада гемодинамика кўрсаткичларини ўзгариши;
- Вазн йўқотиш;
- Олдинроқ ўтказилган даво чораларининг самарасизлиги.

КАҚҚ синдромида мониторинг ўтказиш

- УҚТ + тромбоцитлар бир haftaда 1 мартадан кам бўлмаган муддатда.
- Қон биохимик таҳлили: АЛТ, АСТ, билрубин, креатинин, мочевина, альбумин, глюкоза, электролитлар (калий, натрий, хлор, магний) бир haftaда 1 мартадан кам бўлмаган муддатда;
- Суткали диурез;
- ҚБ, пульс, нафас сони, тана ҳарорати мониторинги;
- Стационар шароитида / интенсив терапия бўлимида лаборатор кўрсаткичлар мониторинги (УҚТ, БҚТ) - кунлик.

Оғир/тўхтамайдиغان КАҚҚ синдромининг прогнози

КАҚҚ синдроми - кейинги ҳомиладорликларда камдан-кам қайтарилиши мумкин бўлган, жигарнинг тўлиқ зарарланишига олиб келмайдиган, ўтиб кетадиган ҳолат.

Она учун оқибатлар	Ҳомила учун оқибатлар
<ul style="list-style-type: none"> • Умуман олганда, натижалар умумий популяцияда минимал асоратлар билан (кислота-ишқор мувозанати ва электролит балансини бузилиши) • Камдан-кам ҳолларда кузатиладиган оғир асоратлар: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Қизилўнғач ёрилиши; ✓ Кўз тўр пардасига қон қуйилиши; ✓ Пневмоторакс; ✓ Жигар ва буйракнинг ўткир зарарланиши; ✓ Вернике энцефалопатияси (Алкоголизмда кузатилиб, 10-20 % ҳолатларда ўлимга олиб келади) 	<ul style="list-style-type: none"> • Умумий популяцияда қандай натижа бўлса, ўз вақтида ўтказилган даво чораларида ҳам худди шундай натижа: • Оғир ҳолатларда кузатилиши мумкин: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Кичик вазнли чақалоқ туғилиши ✓ Айрим ҳолларда муддатдан олдинги туғруқ ✓ Агар ҳомиладорлик даврида вазн қўшилиши 7 кг дан кам бўлса, чақалоқни тизимли ривожланишини баҳолаш ва Апгар шкаласи бўйича паст баҳо олиши ✓ Камдан-кам ҳолатларда ҚД-2 типиди ва юрак-қон томир касалликлари хавфи

Оғир даражали КАҚҚ синдромида ҳомиладорликни тўхтатишга кўрсатмалар:

- Ҳомиладорликни тўхтатишга қарор қилишдан аввал барча даволаш тадбирлари синаб кўрилиши шарт.
- Ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар:
 - Тўхтамайдиغان қусишлар;
 - Организмнинг ортиб борувчи сувсизланиши;
 - Ортиб борувчи вазн йўқотилиши;
 - 3-4 кун давомида кучайиб борувчи ацетонурия;
 - Даво муолажаларига жавоб бермаётган тахикардия;

- Асаб тизимини бузилишлари (адинамия, апатия, алахсираш, эйфория);
- Билирубинемия (100 мкмоль/лдан кўп)

КАҚҚ синдроми профилактикаси: ҳомиладор бўлишдан аввал витаминларни қабул қилиш.

А	Шифокорлар аёлга пренатал витаминларни ҳомиладор бўлишдан бир ой аввал тавсия этишлари керак, бу ҳомиладорлик вақтида КАҚҚ синдроми кузатилишини ва унинг кечишини оғирлашишини камайтириши мумкин
---	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Тиббий реабилитация: мавжуд эмас

Тиббий ёрдамни ташкил этиш: КАҚҚ синдроми билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг клиник ҳолати оғирлигига қараб, амбулатор ёки стационар шароитида даволаш белгиланади.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Баённома талабларига биноан объектив текширувлар ўтказилган.	Ҳа/йўқ
2	Тромбоцитлар сони билан умумий (клиник) қон тахлили қилинган.	Ҳа/йўқ
3	Қоннинг биохимик текшируви ўтказилган. (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, глюкоза, умумий оксил)	Ҳа/йўқ
4	Сийдикда кетон таначалари аниқланди.	Ҳа/йўқ
5	ХКҚ оғирлик даражасини модифицирланган PUQE шкаласи бўйича баҳоланган	Ҳа/йўқ
6	Беморни аҳолига қараб шифохонага ётқизилган (ХПБ ва интенсив палата)	Ҳа/йўқ
7	Кўрсатмага асосан терапевт ва бошқа тор соҳа мутахассисларининг кўриги ўтказилган	Ҳа/йўқ
8	ХКҚ номедикаментоз даволаш усуллари	Ҳа/йўқ
9	ХКҚ оғирлик даражасига қараб қусишга қарши дори воситаларини танлаш	Ҳа/йўқ
10	Рационал инфузион даво (кўрсатма, суюқликлар сифати ва ҳажмига қараб)	Ҳа/йўқ
11	Кўрсатмага асосан қўшимча даво чораларини қўлланилиши кўрсатмаларда : Протон насос ингибиторлари, тиамин, энтерал ва парентерал озикланиш	Ҳа/йўқ
12	Тромбоэмболик асоратларни келиб чиқиш хавфининг оғирлик даражалари аниқлаган ҳолда, керакли тромбопрофилактика ўтказилган	Ҳа/йўқ
13	Кўрсатмаларга асосан ҳомиладорликни тўхтатиш амалиётини вақтида бажариш (агар бундай бўлган	Ҳа/йўқ

	бўлса)	
14	Самарадорлиги тасдиқланмаган дори воситалари қўлланилмаган	Ҳа/йўқ
15	ҲКАҚ билан даволанган ҳомиладор аёлларнинг уйига кетаётган вақтларида кейинги этапда индивидуал тавсия берилган	Ҳа/йўқ

Адабиётлар рўйхати:

1. Amelia Tan, Therese Foran, Amanda Henry. Managing nausea and vomiting in pregnancy in a primary care setting. The Royal Australian College of General Practitioners, 2016.
2. Ayyavoo A, Derraik JG, Hofman PL, Biggs J, Bloomfield FH, Cormack BE. Severe hyperemesis gravidarum is associated with reduced insulin sensitivity in the offspring in childhood. *J ClinEndocrinolMetab.* 2013 Aug. 98(8):3263-8. [Medline].
3. Bolin M, Akerud H, Cnattingius S, Stephansson O, Wikstrom AK. Hyperemesis gravidarum and risks of placental dysfunction disorders: a population-based cohort study. *BJOG.* 2013 Apr. 120(5):541-7. [Medline].
4. Chiossi G, Neri I, Cavazzuti M, Basso G, Facchinetti F. Hyperemesis gravidarum complicated by Wernicke encephalopathy: background, case report, and review of the literature. *ObstetGynecolSurv* 2006;61:255–68.
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *ObstetGynecol* 2018; 131:e15. Reaffirmed 2020.
6. Debby A, Golan A, Sadan O, Glezerman M, Shirin H. Clinical utility of esophagogastroduodenoscopy in the management of recurrent and intractable vomiting in pregnancy. *J Reprod Med* 2008;53:347–51.
7. Ding M, Leach M, Bradley H. The effectiveness and safety of ginger for pregnancy-induced nausea and vomiting: a systematic review. *Women Birth* 2013;26:e26–30.
8. Elisabeth Birkeland, GuroStokke, Randi J. Tangvik, Erik A. Torkildsen, Jane Boateng, Anne L. Wollen, Susanne Albrechtsen, Hans Flaatten, JoneTrovik. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea). Identifies Patients with Hyperemesis Gravidarum and Poor Nutritional Intake: A Prospective Cohort Validation Study. *PLOS ONE* | DOI:10.1371/journal.pone.0119962. April 1, 2015.
9. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. *Am J ObstetGynecol* 2005;192:1416–1419.
10. Gilboa SM, Ailes EC, RaiRP, Anderson JA, Honein MA. Antihistamines and birth defects: a systematic review of the literature. *Expert Opin Drug Saf* 2014;13:1667–98.
11. Gill SK, Maltepe C, Koren G. The effectiveness of discontinuing iron-containing prenatal multivitamins on reducing the severity of nausea and vomiting of pregnancy. *J ObstetGynaecol* 2009;29:13–6.
12. Gill SK, O'Brien L, Einarson TR, Koren G. The safety of proton pump inhibitors (PPIs) in pregnancy: a metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1541–5.
13. Goodwin TM, Montoro M, Mestman JH. Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum: clinical aspects. *Am J ObstetGynecol* 1992;167:648–52.
14. Holmgren C, Aagaard-Tillery KM, Silver RM, Porter TF, Varner M. Hyperemesis in pregnancy: an evaluation of treatment strategies with maternal and neonatal outcomes. *Am J ObstetGynecol* 2008;198:56.e1–56.e4.
15. Howard Ernest Herrell. Nausea and Vomiting of Pregnancy. *American Family Physician*, Volume 89, Number 12, June 15, 2014.
16. Iris J. Grooten, Margot E. Vinke, Tessa J. Roseboom and Rebecca C. Painter. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Utility of Corticosteroids in the Treatment of Hyperemesis Gravidarum. *NutritionandMetabolicInsights* 2015;8 (S1).

17. Jarvis S, Nelson-Piercy C. Management of nausea and vomiting in pregnancy. *BMJ* 2011;342:d3606.
18. Jewell D, Young G. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003. (4):CD000145. [Medline].
19. Joshi D, James A, Quaglia A, Westbrook RH, Heneghan MA. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010;375:594–605.
20. Jueckstock JK, Kaestner R, Mylonas I. Managing hyperemesis gravidarum: a multimodal challenge. *BMC Med* 2010;8:46.
21. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupuncture for symptom management: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:589–603.
22. Liu S, Rouleau J, Joseph KS, Sauve R, Liston RM, Young D, et al.; Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Epidemiology of pregnancy-associated venous thromboembolism: a population-based study in Canada. *J ObstetGynaecol Can* 2009;31:611–20.
23. Mario Festin. All rights reserved Nausea and vomiting in early pregnancy. *BMJ PublishingGroupLtd* 2014.
24. Matthews A, Haas DM, O’Mathuna DP, Dowswell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9:CD007575.
25. Mazzotta P, Magee LA. A risk-benefit assessment of pharmacological and nonpharmacological treatments for nausea and vomiting of pregnancy. *Drugs* 2000;59:781–800.
26. Nausea and Vomiting in Pregnancy. Medically reviewed by Drugs.com. Last updated on Feb 3, 2020.
27. Portnoi G, Chng LA, Karimi-Tabesh L, Koren G, Tan MP, Einarson A. Prospective comparative study of the safety and effectiveness of ginger for the treatment of nausea and vomiting in pregnancy. *Am J ObstetGynecol* 2003;189: 1374–7.
28. Rachel H. Westbrook, Geoffrey Dusheiko, Catherine Williamson. Ҳомиладорларда жигар касалликлари. *Journal of Hepatology* 2016 vol. 64 | 993–945.
29. Rotman P, Hassin D, Mouallem M, Barkai G, Farfel Z. Wernicke’s encephalopathy in hyperemesis gravidarum: association with abnormal liver function. *Isr J Med Sci* 1994;30:225–8.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism During Pregnancy and the Puerperium. Green-top Guideline No. 37a. London: RCOG; 2009.
31. ShashankShekhar, GauravDiddi. Liver disease in pregnancy. Review Article. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 54 (2015), 475e482.
32. Smith C, Crowther C, Beilby J. Pregnancy outcome following women’s participation in a randomized controlled trial of acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy. *Complement Ther Med* 2002;10:78–83.
33. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015). Practice bulletin summary No. 153: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 126(3): 687–688.
34. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Practice bulletin summary No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet. Gynecol.*
35. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum//Green-top Guideline No. 69, June 2016//Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, NICE accredited.
36. Tiran D. Ginger to reduce nausea and vomiting during pregnancy: evidence of effectiveness is not the same as proof of safety. *Complement TherClinPract* 2012;18:22–5.

37. Tram T. Tran, Joseph Ahn, Nancy S. Reau. ACG Clinical Guideline: Liver Disease and Pregnancy. *Am J Gastroenterol* advance online publication, 2 February 2016; doi: 10.1038/ajg.2015.430.
38. Veenendaal MV, van Abeelen AF, Painter RC, van der Post JA, Roseboom TJ. Consequences of hyperemesis gravidarum for offspring: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2011 Oct. 118(11):1302-13. [Medline].
39. Юқори хавф гурухидаги ҳомиладорлик. Ишботланган тиббиётга асосланган Баённомалар Инглиз тилидан таржима . А.Д. Макацарии нашриёти остида Москва, 2018.
40. Холиладорларда жигар касалликлари. RachelH. Westbrook, GeoffreyDusheiko, CatherineWilliamson. *Journal of Hepatology* 2016 vol. 64 | 993–945.

Баённома ишлаб чиқиш методологияси

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида бу масала бўйича ўтказилган тадқиқотлар сони ва сифатига қараб барча маълумотлар ишончлилиқ даражасига қараб тавсифланади.

Даволовчи ва профилактик тадбирлар учун исботланган аниқлик даражасининг (ИАД) баҳолаш ўлчови

ИАД	Шифрларни очиш
1	Мета-тахлил усули ёрдамида рондомизацияланган клиник синовларни мунтазам равишда кўриб чиқиш
2	Мета- тахлилни қўллаб, рондомизацияланган клиник текширувлардан ташқари, танланган рондомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шархлари
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар.
4	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатни ёки ходисалар қисмлари, текширув “ходиса-назорат “ни тасвирлаб бериш
5	Фақатгина аралашувлар ҳаракати механизмини асослаш мавжуд (клиникадан аввалги тадқиқотлар) ёки экспертлар фикри

Профилактик даволовчи аралашувлар бўйича тавсияларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш ўлчови

ТИД	Шифрларни очиш
А	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсиялар(кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ва қониқарли услубий сифатга эга эмас ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилган эмас)
С	Кучсиз тавсиялар (етарлича сифатли далилларнинг етишмаслиги, кўриб чиқилган самарадорликнинг барча мезонлари муҳим эмас, барча тадқиқотлар услубий жиҳатдан паст ва қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари келишилган эмас)

Далилларнинг ишончлилиқ даражаси (ДИД) ва тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси (ТИД) нинг даволаш ва профилактика чоралари учун мумкин бўлган комбинациялар:

ДИД	ТИД ни аниқлаш мезонлари	ТИД
1 = Энг ишончли далиллар: мета-тахлил ёрдамида РКТ нинг мунтазам кўриб чиқиш	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда	А

	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас	В
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барчатадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас	С
2 = Мета-тахилни қўллаган ҳолда хоҳлаган текширув дизайнини тизимли қўриб чиқиш ва алоҳида РКТ (рандомизацияланган клиник текширув) дан ташқари	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча текширувлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда <*>	А
	Шартларнинг камида биттасини бажариш 1. Барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	В
	Шартларнинг камида биттасини бажариш 1. Барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	С
3 = Рандомизацияланмаган қиёсий текширувлар, шу билан биргаликда когорт текширувлар	Бир вақтнинг ўзида иккита шартни бажарилиши: 1. Барча текширувлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда <*>	А
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	В
	Шартларнинг камида биттасини бажарилиши: 1. Барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга 2. Қизиқтирган натижалар бўйича тадқиқотлар хулосалари келишилган ҳолда эмас <*>	С
4 = қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳодисалар таснифи ёки ҳодисалар серияси таснифи		С
5 = кам ишончли далиллар: фақатгина таъсирнинг механизми асосланган (клиник олди текширувлар) ёки экспертлар фикри		С

<*>Агар битта клиник текширув КТ баҳоланган бўлса, унда бу шарт ҳисобга олинмайди.

Бемор учун ахборот

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш ҳақида мен нималарни билишим керак?

- Кўнгил айнаши ва қусиш сутканинг ҳар қайси вақтида рўй бериши мумкин.
- Ушбу симптомлар ҳомиладорлик даврining 9-ҳафтасигача бошланиб, 14 ҳафтасигача яқунланади. (иккинчи уч ойлик).
- Айрим аёлларда кўнгил айнаши ва қусиш узоқроқ давом этиб, ҳатто бутун ҳомиладорлик даврида ҳам кузатилиши мумкин.
- Кўнгил айнаш ва қусиш сизнинг кунлик фаолиятингизни қийинлаштириши мумкин.

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаш ва қусиш хавфини нима ошириши ёки кучайтириши мумкин?

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш сабаби аниқ эмас. Ҳомиладорлик сизнинг организмгиздаги гормонларда ўзгариш чақиради, улар ўз ўрнида кўнгил айнаши ва қусишни келтириб чиқариши мумкин.

Қуйидагилар сизда кўнгил айнаши ва қусиш хавфини ошириши мумкин:

- Кўп ҳомилали ҳомиладорликда (эгиз, учта ва ундан кўп);
- Аввалги ҳомиладорликда кўнгил айнаши ва қусишни кузатилиши;
- Ҳомиладор аёлнинг онаси ёки опасининг ҳомиладорлик вақтида кўнгил айнаши ва қусиш кузатилганлиги;
- Олдин ёки ҳозирги даврда кузатилаётган мигрень.
- Қиз жинсли ҳомилали ҳомиладорлик.

Ҳомиладорлик даврида кўнгил айнаши ва қусиш қандай даволанади?

Ҳомиладорлик давридаги кўнгил айнаши ва қусиш одатда даволашни талаб этмайди. Сиз симптомларни енгинингиз учун, одатдаги ейдиган махсулотларингизга ва фаолиятингизга ўзгартириш киритишингиз мумкин. Сизга кўпроқ самара берадиган чора тадбирларни аниқлаб олиш учун, бир нечта усулларни бараварига синаб кўришингизга тўғри келади. Агар пастда кўрсатилган чора-тадбирлар самара бермаса, даволовчи шифокорингиз билан суҳбатлашиб курунг. Агар бу барча чора-тадбирлар сизга ёрдам бермаса ёки сизда бўлган симптомлар жиддий тус олса, сизга витамин В6 ва бошқа дори дармонлар керак бўлиши мумкин.

Кўнгил айнаши ва қусишни енгил учун озиқланишимга қандай ўзгартиришлар киритишим мумкин?

1. **Кун давомида уч марта катта ҳажмли овқатланиш ўрнига, кичик порцияли овқатланиш режимига ўтинг.** Кўнгил айнаши ва қусиш сизнинг ошқозонингиз бўш вақтида бўлиши мумкин. Ёғ миқдори паст ва оксил миқдори юқори бўлган овқат махсулотлари билан озиқланинг. Бунга мисол қайнатилган гўшт, дуккакдилар, курка гўшти ва терисиз товуқ гўшти бўлиши мумкин. Уйқудан олдин крекер, қуруқ ёрмалар ва кичикроқ бутербродлар каби озроқ тамадди қилиб олинг.
2. **Эрталаб ўриндан туришдан олдин бир нечта крекер ёки қуритилган нонни истеъмол қилиб олинг.** Ўрнингиздан оҳиста ва секин турунг. Кескин ҳаракатлар сизда бош айланиш ва кўнгил айнашини чақиритиши мумкин.
3. **Кўнглингиз айнаган вақтда юмшоқ озиқ овқатлардан истеъмол қилинг.** Юмшоқ овқатларга мисол: қуритилган нон, қуруқ ёрмалар, оддий пасталар, оқ гуруч ва нон.

Бошқа юмшоқ махсулотларга шўр крекерлар, бананлар, желатин киради. Аччиқ, ковурилган ва ёғли овқатлар ейишдан сақланинг. Кўнгил айнаши чақирадиган ҳар қандай махсулотларни истеъмол қилманг.

4. **Таркибида занжабил сақлаган суюқликлар ичинг.** Янги қирилган занжабил кўшилган чой ичинг. Занжабил капсулалари ёки конфетлари ҳам кўнгил айнаши ва қусишни камайтиришга ёрдам беради.
5. **Овқат истеъмол қабул қилиш орасида кўпроқ суюқлик ичинг.** Овқатдан сўнг 30 дақиқадан кам бўлмаган вақт суюқлик истеъмол қилмай туринг. Сувсизланишни олдини олиш мақсадида, кун давомида тез-тез суюқлик ичиб туринг.

Кўнгил айнаши ва қусишни енгиш учун қандай ўзгартиришлар қилишим мумкин?

1. **Нохуш ҳидлардан йироқ бўлинг.** Ўткир ҳидлар кўнгил айнаши ва қусишни чақириши ва кучайтириши мумкин. Тоза хаво билан нафас олиш учун енгил сайр қилинг, винтелятор қўшинг ёки дераза ойналарини очиб ухланг. Кўнгил айнашини чақирадиган ҳидлардан халос бўлиш учун таом тайёрлаётган вақтингизда дераза ойналарини очиб қўйинг.

2. **Агар кўнглингиз айниётган бўлса, овқатдан кейин дарҳол тишларингизни тозаламанг.**

3. **Керакли вақтда дам олинг.**

Ўзингизни яхши ҳис қила бошлаганингизда, одатдагидек оҳиста ишларингизни бошланг.

4. **Ҳомиладорлик даврида истеъмол қилинадиган витаминлар тўғрисида шифокорингиз билан маслаҳат қилинг.** Пренатал витаминлар айрима ёлларда кўнгил айнашини чақириши мумкин. Ҳомиладорлар витаминларини кечаси ёки таомланиш вақтида қабул қилиб кўринг. Агар бу ўзгартиришлар ёрдам бермаса, шифокорингиз бошқа турдаги витаминларни тавсия қилиши мумкин.

5. **Симптомларни даволаш учун шифокорга мурожаат қилмасдан ҳеч қанақа дори воситалари, витаминлар ёки қўшимчалар истеъмол қилманг.** Кўпчилик дори воситалари хомилага зарар етказиши мумкин.

6. **Ўзингиз учун энг яхши бўлган машқлар режасини шифокорингиздан сўранг.** Енгил машқлар сизнинг симптомларингизни камайтириши мумкин, ҳамда булар кечаси яхши ухлашингизга ёрдам беради.

-

ХКАҚни даволаш учун асосий дори воситаларнинг рўйхати.

Асосий дори воситаларнинг рўйхати	Фармакотерапевтик гуруҳ	FDA буйича ҳомиладорликдаври даги хавфсизлик категорияси
Пиридоксин	Витаминлар. Бошқа витаминлар тоза кўринишда.	А
Тиамин	Витаминлар. Бошқа витаминлар тоза кўринишда.	А
Доксиламин	H1-антигистамин воситалар. Уйқу чиқарувчи препаратлар.	В
Прометазин	Гистаминли H1 рецетор блокаторлари. Аллергияга қарши препарат.	С
Дифенгидрамин	Тизимли қўлланиладиган антигистамин препаратлар. Аминоалкил эфирлари. Дифенгидрамин	В
Метоклопрамид	Допамин рецеторларни блокловчи тизимли таъсирга эга қусишга қарши воситалар	В
Прохлорперазин, хлорпромазин	Фенотиазинлар.	Аниқланмаган. Фетотоксик таъсири тўғрисида хабарлар чоп этилмаган; ХКҚда биринчи навбатдаги алтернатив восита.
Метилпреднизолон	Тизимли таъсирга эга кортикостероид воситалар. Глюкокортикостероидлар.	С
Преднизолон	Тизимли таъсирга эга кортикостероид воситалар. Глюкокортикостероидлар.	В
Ондансетрон	Қусишга қарши воситалар. Серотонинергик воситалар.	В
Нарий хлор эритмаси	Тузли эритмалар, натрий хлорид.	В
Декстрога эритмаси	Углеводли озикланиш воситалари.	С
Калий хлорид эритмаси	Организмда калий етишмовчилигини тўлдирувчи воситалар.	С
Парентерал озикланиш учун аралашмалар	Парентерал озиклантириш учун аминокислоталар + бошқа воситалар [Парентерал озиклантириш учун ёғли эмульсиялар+декстрога+минераллар] (Aminoacids for parenteral nutrition+Other medicines [Fat emulsions + Dextrose + Multimineral]).	Аниқланмаган

ХКҚ да беморларни олиб бориш алгоритми

Ҳомиладорликни биринчи триместрида кўнгил айланиш, қусиш

ХКАҚнинг бирламчи ташхисланиши

- 1. Қусишга олиб келадиган бошқа сабабларни инкор этиш** (керак бўлганда бошқа мутахассисларнинг маслаҳати). Оғир/бошқарилмайдиган ХКҚда: терапевт, гастроэнтеролог, жаррох, эндокринолог, невропатолог, офтальмолог маслаҳатлари .
- 2. Объектив усуллар:** температура, пульс, ҚБ, кислород сатурацияси (метаболик ўзгаришларни инкор этиш) нафас сони, қорин кўриги, вазн, бўй, сувсизланиш белгилари ва мушак атрофияси
- 3. Лаборатория ва инструментал текширувлар:** УҚТ тромботцитлар билан, кетон таначаларига пешоб таҳлили, АЛС, АСТ, билирубин, мочевино, креатинин, глюкоза, умумий оксил, бачадон ва қорин бўшлиғи аъзолари УТТСи

Модифицирланган PUQE шкаласи бўйича қусишнинг даражасини оғирлигини баҳолаш

<6 балл – енгил ХКАҚ

7-12 балл – ўртача ХКАҚ

≥13 балл – оғир/ўта оғир ХКАҚ тошнота/рвота

Немедикаментоз терапия :

1. Ўзида темир модда сақловчи витаминларни тўхтатиш
2. Фолат кислотани давом эттириш
3. Парҳез
4. Акупунктура ва игна санчиш
5. Триггер омилларидан сақланиш
6. Занжабил

Амбулатор юбориш
Пиридоксин + Доксилламин per os

*Бошқа воситаларни қўллаш

- Инфузион терапия 1,0-3,0 л (сувсизланишда)
- Тиамин (узоқ қусишда)
- Протон помпа блокаторлари (эзофагит, гастрит ва рефлюкс)
- ВТЭА профилактикаси (кўрсатма бўлса)
- Энтэрал ва парентерал озикланиш (кўрсатма бўлса)

Ўртача ХКҚ – амбулатор ёки стационар шароитда олиб бориш, дори воситаларини оғиз орқали ёки парентерал қабул қилиш

Оғир ХКҚ – стационар шароитда олиб бориш, дори воситаларини парентерал юбориш

Қусишга қарши воситалар (монотерапия ёки биргаликда)

- Пиридоксин + Доксилламин
- Прометазин (пипольфен)
- Дифенгидрамин (димедрол)
- Прохлорперазин, хлорпромазин (мавжуд бўлса)
- Метоклопрамид
- Ондансетрон
- Метилпреднизолон, гидрокортизон, преднизолон (бошқа воситалар самара бермаса)

Бошқа воситаларни қўллаш*

ХЖАҚ ни терапевтик даволаш алгоритми

Биринчи даражали терапия: нофармакологик вариантлар

Витамин истеъмолини ўзгартиринг
Занжабил капсулалари кунига 4 марта 250 мг
Билакузуклар билан Р6 акупрессурасини кўриб чиқинг

Қатъий аломатлар

Фармакологик вариантлар:

Витамин В6 (пиридоксин) 10-25 мг оғиз орқали (ўзи алоҳида ёки доксиламин 12,5 мг билан биргаликда) кунига 4 марта қабул қилинади. График ва микдорни беморнинг ҳолати оғирлигидан келиб чиққан ҳолда коррекция қилинг.

ЁКИ

Витамин В6 (пиридоксин) 10 мг/доксиламин 10 мг биринчи қабулда 2 таблеткадан оғиз орқали уйқудан олдин, кунига 4та таблеткагача (битта таблетка эрталаб, битта таблетка куннинг иккинчи ярмида ва 2та таблетка уйқудан олдин)

ЁКИ

Витамин В6 (пиридоксин) 20 мг /доксиламин 20 мг комбинирланган дори воситаси бир таблеткадан ичишга уйқудан олдин, кунига иккита талбеткагача (1 та таблетка эрталаб ва 1 та таблетка уйқудан олдин)

Қатъий аломатлар

Қуйдагиларни қўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

Дифенгидрамин 25-50 мг оғиз орқали ичишга ҳар 4-6 соатда

ЁКИ

Прохлорперазин 25 мг ҳар 12 соатда тўғри ичкага

ЁКИ

Прометазин 12,5-25 мг ҳар 4-6 соат оғиз орқали ёки тўғри ичкага

Сувсизланишсиз

Қатъий аломатлар

Қуйдагилардан бирини қўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

Метоклопрамид 5-10 мг ҳар 6-8 соатда оғиз орқали ёки мушак орасига

Ёки

Ондансетрон 4 мг оғиз орқали ҳар 8 соатда

Ёки

Прометазин 12,5 -25 мг ҳар 4-6 соатда оғиз орқали, тўғри ичкага ёки мушак орасига

Сувсизланиш билан

Инфузион терапия.

Қуйдагилардан бирини қўшинг:

(бу ерда алифбо тартибида кўрсатилган)

Метоклопрамид 5-10 мг ҳар 6-8 соатда вена ичига

Ёки

Ондансетрон 8 мг ҳар 12 соатда вена ичига

Ёки

Прометазин 12,5 -25 мг ҳар 4-6 соатда вена ичига

Қатъий аломатлар

Қуйдагилардан бирини қўшинг :

Хлорпромазин 25-50 мг вена ичига ёки мушак орасига ҳар 4-6 соатда ёки 10-25 мг оғиз орқали ҳар 4-6 соатда

Ёки

Метилпреднизолон 16 мг ҳар 8 соатда оғиз орқали ёки вена ичига 3 кун мобайнида. Икки хафта ичида секинлик билан минимал самарали микдорга ўтиб боринг. Агар бу фойдали бўлса, умумий ишлатиш даврини 6 хафтагача қисқартиринг.

Алгоритм бўйича тушунчалар:

Бу алгоритм кўнгил айланиш ва қусишнинг бошқа сабабларини инкор этилишини тахмин қилади. Агар сувсизланиш ёки доимий вазн йўқотиш кузатилса, энтерал озикланишни ҳар қандай босқичда ҳам кўриб чиқинг. Бир вақтнинг ўзида бир нечта қусишга қарши дори воситаларини истеъмол қилишда эҳтиёткор бўлиш лозим. Бир нечта дори воситаларини параллел равишда қабул қилинса, ножўя таъсирларининг хавфи юқори бўлади (Levichek Z, Atanackovic G, Oepkes D, Maltepe C, Einarson A, Magee L ва бошқалар материаллари бўйича. Ҳомиладорликда қусиш ва кўнгил айланиши. Исботланган даволаш алгоритми).

Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

Тиббий аралашув – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, _____, (беморнинг Ф.И.Ш.)
«___» _____ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

(бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

_____ шуни маълум қиламанки,

(тиббиёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

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

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавfli эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда доривоситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараённи ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик 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 ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат берман:

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида кўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

Сана « ____ » _____ й.



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING
B U Y R U G' I**

2021 yil "30" 11

№ 273

Toshkent sh.

**Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар
ҳамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини
тасдиқлаш тўғрисида**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида **буюраман:**

1. Куйидагилар:

Кўз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофик;

Жарроҳлик йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларнинг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофик;

Эндокринологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 3-иловага мувофик;

Кардиологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 4-иловага мувофик;

Урологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 5-иловага мувофик;

Дерматовенерология ва косметология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофик;

Травматология ва ортопедия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофик;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофик;

Терапевтик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 9-иловага мувофик;

Педиатрия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг

ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

Аллергик касалликларнинг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 15-иловага мувофиқ;

Юкумли касалликлар бўйича клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 16-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Клиник баённомалар ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартларини 2023 йил учун тасдиқлаш режа жадвали 17-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

3. Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси ИАТМ (А.Юсупов), Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия ИАТМ (С.Исмаилов), Республика ихтисослаштирилган эндокринология ИАТМ (Ф.Хайдарова), Республика ихтисослаштирилган кардиология ИАТМ (Х.Фазилов), Республика ихтисослаштирилган урология ИАТМ (Ш.Мухтаров), Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология ИАТМ (У.Сабилов), Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия ИАТМ (М.Ирисметов), Республика ихтисослаштирилган онкология ва тиббий радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (М.Тиллашайхов), Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация ИАТМ (Б.Аляви), Республика ихтисослаштирилган педиатрия ИАТМ (Д.Ахмедова), Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия ИАТМ (Г.Кариев), Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси ИАТМ (Б.Даминов), Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ИАТМ (Н.Парпиева) ва Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология ИАТМ (Н.Надирханова), Республика ихтисослаштирилган аллергология ИАТМ (И.Разиқова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиёв) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шаҳар) миқёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқлангандан сўнг тегишлилиги бўйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 ўқув йилидан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиник

ординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўқув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбиқ этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг ҳудудий бўлимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатиш вазифаси юклансин.

7. IT-MED МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сўнг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

8. Мазкур буйруқнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 23 октябрдаги 377-сон, 2015 йил 5 июндаги 235-сон, 2017 йил 16 августдаги 457-сон, 2017 йил 29 июндаги 351-сон, 2018 йил 19 июлдаги 468-сон, 2019 йил 19 июлдаги 266-сонли буйруғининг 1-банди биринчи-саккизинчи, ўнинчи-ўн биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйруғининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйруғининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйруғининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйруқнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи ўринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин.

Вазир



Б. Мусаев