

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



**Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни
олиб бориш бўйича миллий клиник баённома**

ТОШКЕНТ 2021

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензия
Ҳужжатнинг номи	«Ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома»
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқилган сана	22.03.2021 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган
Мурожаат учун	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 ^А . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Кириш	10
КХТ-10 бўйича кодланиши	10
Таърифлар	10
Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг таснифи.....	11
Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг клиник таърифлари	12
Махсус клиник вазиятларда артериал гипертензия	14
Презклампсиянинг этиологияси ва патогенези	14
Эпидемиологияси	15
Гипертензив бузилишларнинг клиник кўриниши	15
САГ, ГАГ клиник кўриниши	15
Презклампсиянинг клиник кўриниши	15
Эклампсиянинг клиник кўриниши	16
HELLP-синдромининг клиник кўриниши.....	17
Гипертензив бузилишларни ташхислаш	19
Шикоятлар ва анамнез.....	19
Физикал кўрик.....	19
Лаборатор ва диагностик текширувлар.....	20
Инструментал ва диагностик текширувлар.....	22
Гипертензив бузилишларни даволаш	23
Номедикаментоз даволаш усуллари	23
Антигипертензив терапия	24
Талвасага қарши даво	27
Презклампсия билан касалланган аёлга биринчи ёрдам кўрсатиш	28
Презклампсия билан касалланган аёлга қабул бўлимида ёрдам кўрсатиш.....	29
Оғир презклампсия билан касалланган аёлни интенсив даволаш бўлимида олиб бориш	29
Эклампсияда биринчи ёрдам кўрсатиш	33
Туғдириб олиш	34
Туғдириб олиш усуллари.....	38
Туғруқни оғриқсизлантириш	38
Туғруқдан кейинги даврни олиб бориш	39
Тромбопрофилактика.....	40
Гипертензив бузилишларни олдини олиш	40
Тиббий реабилитация	43
Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш	43
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	44

Иловалар	45
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i>	45
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси</i>	46
<i>Бемор учун маълумот</i>	48
<i>ПЭ ривожланиши бўйича хавф гуруҳларини аниқлаш билан пренатал скрининг текшируви</i>	49
<i>Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг дифференциал диагностикаси</i>	50
<i>Оғирлик даражасига кўра ПЭ олиб бориш</i>	51
<i>Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда АГ даволаш учун қўлланиладиган асосий дори воситаларилар</i>	52
<i>Магний сульфатини юбориш тартиби ва назорат қилиш</i>	53
<i>Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни амбулатор шароитда назорат қилиш</i>	53
<i>Магний сульфатини юборишда клиник ва лаборатор назорат</i>	54
<i>Массив томир ичи гемолизини даволаш</i>	55
Фойдаланилган адабиётлар	56

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинекологи
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надирханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Уринбаева Н.А., т.ф.н.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббаров Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
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
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Тараян С.К., т.ф.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суюркулова 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 Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садиқова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А., т.ф.н.	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
Муминова Ш.С.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Усмонов С.К., бош мутахассис	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Тақризчилар

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Каримова Ф.Д.	ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва гинекология №2 кафедраси мудири

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «25» мартда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 3-сонли баённома.

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

КИРИШ

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан ушбу қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қабул қилинадиган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди. Шунинг учун, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини улар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарур бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий мувофиқ ташхислаш ва даволаш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Клиник баённомани тайёрлашдан мақсад: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, ҳомиладорлик даврида артериал гипертензияларни ташхислаш, олдини олиш, даволаш ва акушерлик тактикасини танлаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: артериал гипертензия билан касалланган ҳомиладор, туғувчи ва туққан аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гурӯҳлар: акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар, умумий амалиёт (оила) шифокорлари, терапевтлар, кардиологлар, лаборантлар, анестезистка-ҳамширалар, доялар, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

Қысқартмалар рўйхати:

АҚБ	–	артериал қон босими
АГ	–	артериал гипертензия
АлТ	–	аланинаминотрансфераза
АсТ	–	аспартатаминотрансфераза
аГУС	–	атипик гемолитик-уремик синдром
ГАГ	–	гестацион артериал гипертензия
ГК	–	гипертония касаллиги
ДАҚБ	–	диастолик артериал қон босими
ХҰОҚ	–	ҳомила ўсиши ортда қолиши
ЎСВ	–	ўпка сунъий вентиляцияси
КАФС	–	катастрофик антифосфолипид синдром
КК	–	кесар кесиш
КТГ	–	кардиотокография
КТ	–	компьютер томография
ҚД	–	қандли диабет
ЛДГ	–	лактатдегидрогеназа
ХНН (МНО)	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат
МРТ	–	магнит-резонанс томографияси
ЎРДС	–	ўткир респиратор дистресс синдроми
ИДХ	–	интенсив даволаш хонаси (палатаси)
ПА	–	плазма алмашинуви
ТТП	–	тромботик тромбоцитопеник пурпура
НЖЙБК	–	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
МОД	–	муддатидан олдинги туғруқ
ПЭ	–	преэклампсия
РДС	–	респиратор дистресс синдроми
БРТ	–	бошқариладиган рандомизацияланган тадқиқот
САҚБ	–	систолик артериал қон босими
ТМА	–	тромботик микроангиопатиялар
УТТ	–	ультратовуш текшируви
САГ	–	сурункали артериал гипертензия
МВБ	–	марказий веноз босим
ЮУС	–	юрак уриши сони
МНТ	–	марказий нерв тизими
ASFA	–	аферез бўйича Америка жамияти
РАРР-А	–	ҳомиладорлик билан боғлиқ плазма оқсили-А
PIGF	–	плацентар ўсиш омили
PI	–	пульсацион индекс
PRES (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome)	–	қайтадиган орқа энцефалопатия синдроми
sFlt-1	–	fms га ўхшаш эрувчан тирокиназа-1

Кириш

КХТ-10 бўйича кодланиши

XV синфи	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврлар (O00-O99)
O10-O16	Шишлар, протеинурия ва ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларда гипертензив бўзилишлар
O10	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган гипертензия
O10.0	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган эссенциал гипертензия
O10.1	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган кардиоваскуляр гипертензия
O10.2	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган буйрак гипертензияси
O10.3	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган кардиоваскуляр ва буйрак гипертензияси
O10.4	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган аввал кузатилган артериал гипертензия
O10.9	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган, аниқланмаган, аввал кузатилган артериал гипертензия
O11	Протеинурия қўшилиши билан аввал кузатилган артериал гипертензия
O13	Ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан гипертензия, сезиларли протеинуриясиз
O14	Ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан гипертензия, сезиларли протеинурия билан
O14.0	Ўртача преэклампсия
O14.1	Оғир преэклампсия
O14.9	Аниқланмаган преэклампсия
O15	Эклампсия
O15.0	Ҳомиладорлик даврида эклампсия
O15.1	Туғруқ пайтида эклампсия
O15.2	Туғруқдан кейинги даврда эклампсия
O15.9	Муддат бўйича аниқланмаган эклампсия
O16	Онада аниқланмаган гипертензия

Таърифлар

- * **Артериал гипертензия** –ўртача 15 дақиқа оралиғида бир қўлда камида икки марта ўлчанганда систолик артериал қон босими (сАҚБ) ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки диастолик АҚБнинг (дАҚБ) ≥ 90 мм сим. уст. кўтарилиши.
- * **Сурункали артериал гипертензия** – ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки туғруқдан кейин 42 кундан кўпроқ сақланиб турадиган ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафталик муддатларида камида 4 соатлик оралиқ билан икки марта қон босимининг кўтарилиши.
- * **Гестацион (ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан) артериал гипертензия (ГАГ)** – ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин биринчи марта қайд этилган ва сезиларли протеинурия ($< 0,3$ г/л) билан кечмайдиган, камида 4 соатлик оралиқ билан икки марта қон босимининг (сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст.) кўтарилиши.

- * **Презклампсия** – протеинурия ёки полиорган етишмовчилиги қўшилишини кўрсатувчи камида битта бошқа параметр билан бирга кечадиган анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.
- * **Протеинурия** – бу:
 - * $> 0,3$ г/кун ёки 4-6 соатлик оралиқ билан олинган сийдикнинг иккита порциясида $> 0,3$ г/л миқдорда оқсилни йўқотиш;
ЁКИ
 - * протеин/креатинин нисбати ≥ 30 мг/ммоль ёки ундан ортиқ бўлиши;
ЁКИ
 - * таҳлил-тасмада 2+ натижаси (фақат бошқа миқдорий усуллардан фойдалана олиш имкони бўлмаганда ишлатилади).

Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг таснифи

Клиник таснифи:

- * Презклампсия ва эклампсия.
- * Сурункали артериал гипертензия фонида презклампсия ва эклампсия.
- * Гестацион (ҳомиладорлик туфайли келиб чиққан) артериал гипертензия.
- * Сурункали артериал гипертензия (ҳомиладорликдан аввал кузатилган):
 - * гипертония касаллиги;
 - * иккиламчи (симптоматик) артериал гипертензия.

Клиник нуқтаи назаридан, ҳомиладорлик якунланиши ва аёлнинг кейинги ҳаёти сифатига таъсир кўрсатиши бўйича ПЭни эрта ва кечки турларга ажратиш мақсадга мувофиқ бўлади:

- эрта ривожланган ПЭ (ҳомиладорликнинг 34⁺⁰ ҳафталик муддатига қадар ривожланиши);
- кеч ривожланган ПЭ (ҳомиладорликнинг $> 34^{+0}$ ҳафталик муддатидан кейин ривожланиши).

Оғирлик даражаси бўйича ПЭнинг таснифи:

- ўртача презклампсия;
- оғир ПЭ.

Ҳомиладор аёлларда АҚБ кўтарилиш дажарасининг таснифи:

Терминологияси	сАҚБ мм. сим. уст.	ва	дАҚБ мм. сим. уст.
Нормал АҚБ	< 140	ва	< 90
Ўрта АГ	140-159	ва/ёки	90-109
Оғир АГ	≥ 160	ва/ёки	≥ 110

Артериал гипертензиянинг ҳар қандай кўринишида (сурункали, гестацион АГ, ПЭ) унинг даражасини тавсифлаш учун ҳомиладор аёлларда АҚБ кўтарилиш дажарасининг таснифи қўлланилиши мумкин.

Ҳомиладорлик даврида АГни ўрта ва оғир даражаларга ажратиш прогнозни баҳолаш, олиб бориш, даволаш ва туғдириб олиш тактикаларини танлашда муҳим аҳамиятга эга.

Оғир АГда сАҚБ ≥ 160 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 110 мм сим. уст. кўтарилиши инсулт ривожланишининг юқори хавфи билан боғлиқ.

Ўз вақтида антигипертензив терапияни бошлаш учун оғир даражали гипертензия қисқа вақт ичида (15 дақиқада) тасдиқланиши мумкин.

Пайдо бўлиш вақтига кўра эклампсиянинг таснифи:

- ҳомиладорлик даврида ва туғруқ пайтида
- туғруқдан кейинги даврда:
 - * эрта туғруқдан кейинги (дастлабки 48 соатда)
 - * кечки туғруқдан кейинги (туғруқдан кейинги 28 кун ичида)

Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларнинг клиник таърифлари

- **Сурункали артериал гипертензия** – ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки одатда туғруқдан кейин 42 кундан кўпроқ сақланиб турадиган ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафталик муддатида АҚБнинг $\geq 140/90$ мм сим. уст. кўтарилиши.
- **Гестацион (ҳомиладорлик тўфайли келиб чиққан) артериал гипертензия (ГАГ)** – ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин биринчи марта қайд этилган ва сезиларли протеинурия ($< 0,3$ г/л) билан кечмайдиган АҚБнинг кўтарилиши. 25% ҳолатларда ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатигача ривожланган ГАГ преэклампсия (ПЭ) билан бирга кечади.
- **Гипертония касаллиги** – АҚБнинг кўтарилиши билан тавсифланадиган бошқа касалликлар ёки патологик жараёнлар мавжудлиги билан боғлиқ бўлмаган, кечишининг асосий ва мажбурий синдроми АГ бўлган сурункали кечувчи касаллик.
- **Преэклампсия (ПЭ)** – ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин бир ёки бир нечта аъзоларнинг дисфункцияси ва/ёки сезиларли протеинурия билан бирга кечадиган артериал гипертензия билан тавсифланадиган, ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларни оғирлаштирадиган кўп тизимли патологик ҳолат. Шишлар ПЭнинг мажбурий диагностик мезонларига кирмайди.

2B

Физиологик кечувчи ҳомиладорликда 50-80% аёлларда енгил шишлар кузатилади ва ПЭнинг диагностик мезони сифатида фақат шишларни инобатга олиш тавсия этилмайди.

Генерализацияланган шишларсиз ўтаётган ПЭ, шишлар билан кечаётган ПЭдан кўра она ва ҳомила учун хавфлироқлиги тан олинган. Массив, тез ўсиб бораётган шишлар (учинчи триместрда ≥ 1 кг/ҳафтасига вазн ортиши), юздаги шишлар оғир преэклампсиянинг нохуш прогностик мезонларидан бири ҳисобланади.

- **Ўртача преэклампсия (ПЭ)** – $\geq 0,3$ г/кун ёки 4-6 соатлик оралиқ билан олинган сийдикнинг иккита порциясида $\geq 0,3$ г/л протеинурия билан бирга кечадиган, анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ $140-159$ мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ $90-109$ мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.
- **Оғир преэклампсия (ПЭ)** – :
 - * $\geq 0,3$ г/кун ёки 4-6 соатлик оралиқ билан олинган сийдикнинг иккита порциясида $\geq 0,3$ г/л протеинурия билан бирга кечадиган, анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ ≥ 160 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 110 мм сим. уст.

ЁКИ

- * сезиларли протеинурия билан/протеинуриясиз бир аъзо/полиорган етишмовчилигининг белгилари билан бирга кечадиган анамнезда АҚБнинг даражасидан қатъий назар ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст. кўтарилиши билан тавсифланадиган ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврларининг асорати.

Оғир преэклампсия ташхиси енгил ПЭ ёки ГАГ ҳолатларида бир аъзо/полиорган етишмовчилигини тасдиқловчи қуйидаги бир ёки бир нечта оғир белгилар кузатилганда қўйилади:

- * ўткир бўйрак етишмовчилиги (олигурия < 500 мл/кун, креатинин даражаси ≥ 90 мкмоль/л);
 - * жигар шикастланиши (трансаминазалар даражаси ортиши*: АлТ ёки АсТ ≥ 40 ХБ/л), қориннинг ўнг юқори квадрантида** ёки эпигастрал соҳада оғриқ, кўнгил айнаши, қайт қилиш билан бирга кечиши мумкин;
 - * неврологик асоратлар (масалан, руҳий ҳолат ўзгариши, кўрлик, инсульт, клонус, парацетамолни қабул қилгандан кейин тўхтамайдиган кучли бош оғриқлар***, персистент скотома, кўриш нерви диски шиши);
 - * гематологик асоратлар (тромбоцитопения < 100 000/мкл, тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми, гемолиз);
 - * ўпка шиши;
 - * HELLP-синдроми.
- * АсТ ферменти перипортал некроз билан боғлиқ бўлган ва преэклампсия туфайли жигар дисфункциясида периферик қонга ажралиб чиқадиган устун трансаминаза ҳисобланади. АсТнинг даражаси АлТга нисбатан анча юқори бўлиши, ҳеч бўлмаганда дастлаб босқичларда одатда АсТга нисбатан АлТнинг даражаси юқори бўладиган жигар паренхиматоз касалликларининг бошқа эҳтимол тутилган сабабларидан преэклампсияни ажратиш олишга ёрдам беради. Ифодаланган гемолиз фонида билирубиннинг даражаси ортиши фақат касалликнинг кеч босқичларида ривожланиши мумкин.
- ** Ўнг қовурға ости ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар перипортал ва ўчоқли паренхиматоз некроз, жигар ҳужайраларининг шиши, Глиссон капсуласининг кенгайиши ёки уларнинг умумлашмаси туфайли юзага келади деб ҳисобланади.
- *** Бош оғриқлари юқори церебрал перфузион босим, бош мия шиши ва гипертоник энцефалопатия билан боғлиқ. Бош оғриқларини оғир преэклампсиянинг диагностик мезони сифатида ишлатиш ишончсиз ва носпецифик ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кичик бўлган муддатда преэклампсияга ўхшаш клиник белгилар кузатилганда, бошқа касалликлар, шу жумладан, ТТП, ГУС, ёлбўғоз, бўйрак етишмовчилиги ёки аутоиммун касалликлари кўриб чиқилиши лозим.

- **Эклампсия** – бошқа турдаги бузилишларга алоқаси бўлмаган, одатда оғир преэклампсия фонида пайдо бўладиган дастлаб тоник, кейин клоник бир ёки ундан кўп талвасалар билан кечадиган она ва боланинг ҳаётига хавф солувчи ҳолат.
- **Тромботик микроангиопатия (ТМА)** – тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик анемия, охирги (чегараловчи) артериолалар ва капиллярларнинг микроваскуляар тромбози ва аъзоларнинг бир нечта дисфункцияси билан кечадиган турли хил касалликларга хос бўлган синдром. Ушбу касалликлар гуруҳига ҳам ҳомиладорлик билан боғлиқ (HELLP-синдроми, атипик гемолитик-уремик синдроми (аГУС)), ҳам ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлмаган (ТТП, типик гемолитик-уремик синдроми (ГУС)) касалликлар киради.

1В

Акушерлик амалиётида ТМAnинг барча турларида ўхшаш клиник ва морфологик белгиларни инobatга олиш тавсия этилади.

Клиник жиҳатдан ТМAnинг барча турлари бир кўринишда: кенг тарқалган тромб ҳосил бўлиш жараёнларида тромбоцитларнинг етишмовчилиги натижасида ривожланган тромбоцитопения, микроангиопатик гемолитик Кумбс-манфий анемия (механик гемолиз) ва турли аъзолар, асосан бўйрак, жигар, ўпка ва МНТнинг шикастланиши билан кечади. Ҳомиладорлик даврида ўткир

ТМанинг клиник симптомлари пайдо бўлганда, нозологик ташхисга боғлиқ бўлган кейинги олиб бориш тактикасини аниқлаш керак.

1А аГУС касаллигини истисно ташхиси деб ҳисоблаш тавсия этилади.

аГУС ташхиси туғдириб олингандан кейин ТМанинг персистланувчи симптомлари мавжудлигига асосланган ҳолда қўйилади ва бошқа ТМАлар, биринчи навбатда ТТП ва иккиламчи септик ТМАларни истисно этадиган лаборатор текширувлар билан тасдиқланиши керак.

- **HELLP-синдроми** – қуйидаги белгиларга асосланган ҳолда аниқланади: қон зардоби ва сийдикда эркин гемоглобин аниқланиши (Hemolysis), АсТ, АлТ даражаси ортиши (Elevated Liver Enzymes) ва тромбоцитопения (Low Platelets). HELLP-синдроми ПЭнинг ўлимга олиб келиши мумкин бўлган асорати ҳисобланади (оғир коагулопатия, жигар некрози ва ёрилиши, мия ичи гематомаси). Ҳозирги вақтда HELLP-синдроми ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган ТМанинг алоҳида ҳолатларидан бири ҳисобланади.

Махсус клиник вазиятларда артериал гипертензия

- **Резистент артериал гипертензия** – тавсия этилган даволаш тактикасини қўллаган ҳолда, сАҚБ < 140 мм сим. уст. ёки дАҚБ < 90 мм сим. уст. гача пасайтиришга эришиш мумкин бўлмаган ҳолатда АГ резистент ҳисобланади.
- **«Оқ халат» артериал гипертензияси** – юқори қон босими қийматлари (сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст.) фақат шифокор қабулида намоён бўладиган (шифохона, амбулатор), бироқ уй шароитида сАҚБ < 135 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ < 85 мм сим. уст. қийматларда бўладиган ҳолат.
- **Яширин артериал гипертензия** – шифокор қабулида (шифохона, амбулатор) нормал ва уй шароитида юқори қон босими қийматлари қайд этиладиган, антигипертензив давони олмайдиган беморда аниқланади. Яширин АГ касаллик ривожланиб бориши билан юқори қон босими, ҚДнинг 2-тури ва нишон-аъзоларининг шикастланиши билан кечадиган турғун АГга ўтиши билан боғлиқ.
- **Транзитор артериал гипертензия** – ҳомиладор аёл дам олганидан кейин ёки кейинги ташрифларда ўлчанганда қайд этилмаган сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ва/ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст. кўтарилиши.

Прееклампсиянинг этиологияси ва патогенези

ПЭнинг патогенези ҳалигача охиригача тўлиқ ўрганилмаган, ҳомиладорлик даврида ПЭ ривожланишининг охириги назарияси ушбу патологик жараён икки босқичда кечишини назарда тутди: 1-босқичда трофобластнинг юзаки инвазияси содир бўлади, бу эса спиралсимон артерияларнинг номувофиқ ремоделлашига олиб келади (морфологик тузилишини сақлаб қолади; мушак қаватининг трансформацияси содир бўлмайди). Бу онада эндотелиал дисфункциясига жавоб реакцияси ва касалликнинг клиник белгилари намоён бўлишига олиб келадиган ангиоген ва антиангиоген омилларнинг дисбалансини ўз ичига олган 2-босқичнинг сабаби деб тахмин қилинади. Касаллик ҳомиладорликнинг 34⁺⁰ ҳафталик муддатидан кейин (кеч) ривожланганда, одатда, плацентация жараёни нормал кечади, бироқ, фетоплацентар тизимининг эҳтиёжлари қон билан таъминланишининг имкониятларидан юқори бўлади. ПЭ ривожланишида йўлдошга асосий рол ажратилишига қарамасдан, ушбу асорат ҳомиладорликнинг 34 ҳафталик муддатидан кейин йўлдош

функциясига таъсир этувчи юрак қон-томир тизими ва онанинг гемодинамик хусусиятлари иштирокида ривожланиши юзасидан тобора кўпроқ далиллар пайдо бўлмоқда.

Эпидемиологияси

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар 6-8% ҳолатларда учрайди, дунёдаги оналар ўлимнинг асосий сабабларидан бири ва 20-25% ҳолатларда перинатал ўлимнинг сабаби ҳисобланади. Уларнинг орасида преэклампсия алоҳида ўринни эгаллайди, унинг частотаси 2-8% ни ташкил қилади. Дунёдаги оналар ўлимнинг 10-15% ҳолатлари преэклампсия ёки эклампсия билан боғлиқ ва бу йилига камида 70 минг ўлимни ташкил қилади. Лотин Америкаси ва Кариб денгизида гипертоник бузилишлар оналар ўлимнинг қарийб 26% ни, Африка ва Осиёда эса 9% ни ташкил қилади.

Преэклампсиянинг эрта бошланиши оналар ва перинатал ўлимга олиб келувчи асосий омил ҳисобланади.

Бундан ташқари, ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар оналар ва уларнинг болалари учун оғир касалланиш, ногиронликнинг сабаби ҳисобланади. Шу билан бирга, лозим дисциплинарро бошқарув билан кўп ҳолатларда нохуш натижалар юзага келишини олдини олиш мумкин. Оғир гипертензив бузилишларнинг оқибатлари аёлнинг кейинги ҳаётининг сифатини оғирлаштириши (атеросклероз, қандли диабет, юрак қон-томир касалликлари тез-тез учрайди) ва муддатдан аввал туғилган болаларда жисмоний ва психосоматик ривожланиши бузилишларининг частотаси юқори бўлганидек, келгусида уларда соматик касалликларининг ривожланиши хавфи ҳам юқори бўлганлиги туфайли, ушбу муаммо ижтимоий ва тиббий нуқтаи назардан аҳамиятли ҳисобланади.

Гипертензив бузилишларнинг клиник кўриниши

САГ, ГАГ клиник кўриниши

Ҳомиладорлик бўлишдан аввал ёки ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатидан кейин илк қайд этилган, сезиларли протеинуриясиз ва аъзолар дисфункциясини кўрсатувчи белгиларсиз кечадиган АҚБнинг кўтарилиши.

Преэклампсиянинг клиник кўриниши

- **Марказий нерв тизими томонидан:** бош оғриғи, фотопсиялар, парестезиялар, фибрилляциялар, талвасалар.
- **Юрак қон-томир тизими томонидан:** артериал гипертензия, юрак етишмовчилиги, гиповолемия.
- **Сийдик ажратиш тизими томонидан:** олигурия, анурия, протеинурия.
- **Ошқозон-ичак тракти томонидан:** эпигастрал соҳада оғриқлар, жиғилдон қайнаши, қайт қилиш, кўнгил айниши.
- **Қон тизими томонидан:** тромбоцитопения, гемостаз бузилишлари, гемолитик анемия.
- **Ҳомила томонидан:** ҳомила ўсиши ортда қолиши, ҳомила ички гипоксияси, антенатал ўлими. Преэклампсия билан касалланган аёлларда ўз-ўзидан (спонтан) туғруқ содир бўлиши ёки кўрсатмага кўра муддатдан аввал туғдириб олиш хавфи юқори туради. ҲЎОҚ ва унинг даражаси оғир ПЭнинг ташхислаш мезонларидан чиқариб ташланган.

ACOG ва ISSHP томонидан энгил ПЭ оғир даражали ПЭга тез ўтишига асосланиб, ПЭни энгил ва оғир даражаларга бўлиш тавсия қилинмайди. Шу билан бирга, клиник жиҳатдан энгил (O13) ва

полиорган етишмовчилигини кўрсатувчи оғир клиник ва лаборатор кўринишдаги ПЭни (О14) ажратиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Полиорган етишмовчилиги ривожланганлигини кўрсатувчи оғир ПЭнинг клиник мезонлари:

- МНТ функцияси бузилиши (кўришнинг бузилиши, бош оғриғи, талвасалар);
- буйрак функцияси бузилиши (олигурия < 500 мл/кун, креатинин даражаси ортиши);
- ўпка шиши;
- кўриш нерви диски шиши;
- жигар функцияси бузилиши (трансаминазалар даражаси ортиши: АлТ, АсТ ≥ 40 ХБ/л);
- қориннинг ўнг юқори квадранти/эпигастрал соҳада оғриқлар (қон таъминланишининг бузилиши туфайли Глиссон капсуласининг кенгайиши);
- кўнгил айнаши, қайт қилиш;
- тромбоцитопения (< 100 000/мкл);
- HELLP-синдроми;
- ± ≥ 0,3 г/кун ёки 4-6 соатлик оралиқ билан олинган сийдикнинг иккита порциясида ≥ 0,3 г/л протеинурия.

Ўртача ва оғир ПЭнинг дифференциал диагностикаси

Кўрсаткич	Ўртача ПЭ	Оғир ПЭ
АҚБ (4-6 соат оралиқ билан икки марта ўлчанганда)	≥ 140/90 мм сим. уст., бироқ, ≤ 160/110 мм сим. уст.	сАҚБ ≥ 160 мм сим. уст. дАҚБ ≥ 110 мм сим. уст.
Протеинурия	≥ 0,3	≥ 0,3 ёки қузатилмаслиги мумкин
Неврологик (церебрал) симптомлар: бош оғриғи, кўришнинг бузилиши, кўриш нерви диски шиши ва бошқ.	-	+/-
Диспептик бузилишлар: кўнгил айнаши, қайт қилиш	-	+/-
Қориннинг ўнг юқори квадранти ёки эпигастрал соҳада оғриқлар	-	+/-
Олигурия < 500 мл/кун (< 30 мл/соат)	-	+/-
Ўпка шиши, цианоз	-	+/-
АлТ, АсТ даражаси ≥ 40 ХБ/л ортиши	-	+/-
Тромбоцитопения < 100 000/мкл	-	+/-
Периферик қонда гемолиз	-	+/-
Креатинин даражаси ≥ 90 мкмоль/л ортиши	-	+/-
HELLP-синдроми	-	+/-

Эклампсиянинг клиник кўриниши

Бошқа сабаблар билан тушунтириб бўлмайдиган (эпилепсия, инсульт, ўсма ва бошқ.) преэклампсия билан касалланган ҳомиладор аёлда бир ёки ундан кўп талвасалар юзага келганда эклампсия ташхиси қўйилади.

Талвасалар ҳомиладорлик, туғруқ пайтида ва туғруқдан кейинги даврларда юзага келиши мумкин. Эклампсия ҳолатларининг деярли ярми ҳомиладорлик даврида, 1/5 дан кўпроғи ҳомиладорликнинг 31 ҳафталик муддатидан аввал содир бўлади. Эклампсия муддатига етук ҳомиладорликда 75%

ҳолатларда туғруқда ёки туғруқдан кейин 6 соат ичида содир бўлади. 16% ҳолатларда эклампсия туғруқдан кейинги 48 соатдан 4 ҳафтагача бўлган оралиқ вақтда содир бўлади. Эклампсия ҳолатларининг 44% гача туғруқдан кейинги даврда, айниқса, муддатига етук ҳомиладорликда содир бўлади. Шу муносабат билан, ПЭ билан касалланган аёллар алоҳида назорат остида бўлишлиги керак.

59 та мақолаларнинг (21,149 эклампсия ҳолати) тизимли шарҳининг натижаларига кўра антенатал, интранатал ва туғруқдан кейинги эклампсиянинг улуши мос равишда 59%, 20% ва 21% ни ташкил қилган, 25% аёлларда қон босими меъёрида бўлган, 20% ўрта, 32% оғир ва 21% таснифланмаган гипертензия билан касалланган бўлган.

4C	<p>Ҳомиладорлик даврида талвасалар ҳуружи ривожланганда қуйидаги касалликлар билан дифференциал диагностикани ўтказиш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ МНТнинг қон-томир касалликлари; ▪ ишемик/геморрагик инсульт; ▪ мия ичига қон қуйилиши/аневризмалар; ▪ бош мия қон-томирлари веналарининг тромбози; ▪ бош мия ўсмалари; ▪ бош мия абсцесси; ▪ артерио-веноз мальформациялар; ▪ юқумли касалликлар (энцефалит, менингит); ▪ эпилепсия; ▪ дори-воситаларнинг таъсири (амфетамин, кокаин, теофиллин, хлозапин); ▪ гипонатриемия, гипокалиемия; ▪ гипергликемия; ▪ тромботик тромбоцитопеник пурпура; ▪ постпункцион синдром; ▪ PRES-синдром* ▪ қайтадиган церебрал қон-томирлари торайиши синдроми**
-----------	---

* Қайтадиган орқа энцефалопатия синдроми (PRES) – кўришнинг бузилиши ёки йўқолиши, талвасалар, бош оғриғи ва сезгирлик ўзгариши ёки онг чалкаши каби бир қатор клиник неврологик белгилар ва симптомларнинг мажмуи. Магнит-резонанс томограммада вазоген шиш ва бош миянинг орқа қисмларида гиперинтенсивлик аниқланганда PRES ташхиси қўйилади. Айниқса бош оғриғи, онг ўзгариши ёки кўришнинг бузилиши билан кечадиган эклампсия ва презеклампсия билан касалланган аёлларда PRES ривожланиши хавфи юқори туради.

** Қайтадиган церебрал қон-томирлари торайиши синдроми одатда бош оғриғи ва камдан-кам мия шиши, инсульт ёки талвасалар билан боғлиқ бўлган ўчоқли неврологик бузилишлар билан кечадиган бош мия артерияларининг қайтадиган мультифокал торайиши билан тавсифланади. PRES ва қайтадиган церебрал вазоконстрикция синдроми билан касалланган аёлларни даволашда қон босимини назорат қилиш, талвасага қарши дори воситаларларни қабул қилиш ва узоқ вақт давомида неврологик кузатувни олиб бориш керак.

HELLP-синдромининг клиник кўриниши

Намоён бўлаётган белгиларга кўра тўлиқ HELLP-синдроми ва гемолитик анемиясиз кечадиган ELLP-синдромлари ажратилади.

Қон зардобиди ва сийдикнинг ўзига хос қўнғир рангидан визуал аниқланадиган массив томир ичи гемолизи аёлларнинг атиги 10% да кузатилади. Томир ичи гемолизи ташхисини аниқлаштириш учун қўшимча равишда лаборатор текширувларни ўтказиш керак:

- парчаланган эритроцитлар (шизоцитлар) мавжудлиги (нормада 0-0,27%);
- лактатдегидрогеназининг (ЛДГ) даражаси > 600 ХБ/л;
- боғланмаган билирубиннинг даражаси > 12 г/л;
- гаптоглобиннинг даражаси пасайиши < 0,3 г/л.

Тромбоцитопения HELLP-синдромининг мажбурий шартидир.

HELLP-синдроми кўпинча ҳомиладорликнинг учинчи триместрида юзага келса ҳам, 30% ҳолатларда у илк марта намоён бўлади ёки туғруқдан кейинги даврда ривожланиб боради. Бундан ташқари, HELLP-синдроми яширин ва атипик бошланиши мумкин, беморларнинг 15% гача гипертензия ёки протеинурия кузатилмаслиги ҳам мумкин. 90% ҳолатларда қориннинг ўнг юқори квадрантида оғриқ ва умумий ҳолсизлик, шунингдек, 50% ҳолатларда кўнгил айниши ва қайт қилиш HELLP-синдромининг асосий белгилари ҳисобланади.

Ташхисни тезда аниқлашга имкон берадиган ҳеч бир клиник ёки морфологик мезон ишлаб чиқилмаган. Кўп кузатиладиган ПЭ/HELLP-синдроми ва ТМАнинг бошқа камдан-кам учрайдиган турларининг ўртасида дифференциал диагностикани ўтказиш бирламчи вазифа ҳисобланади.

Туғдириб олингандан кейин 48-72 соат ичида ПЭ/HELLP-синдромининг клиник кўринишида яхшиланиш кузатилмаса, ТМАнинг бошқа турларини ташхислаш керак.

«Соф акушерлик» ТМАни, яъни ҳомиладорликнинг ўзи ТМА (ПЭ/HELLP-синдроми) бошланишининг сабаби бўлган турини ТМАнинг бошқа турларидан (ТТП, аГУС) фақат туғдириб олингандан кейин ажратиш олиш мумкин бўлади. Бу ҳомиладорлик даврида ТМА белгилари мавжуд аёлнинг ҳолати оғир ПЭнинг мезонларига тўғри келиши ва у туғдириб олиниши, шунингдек, йўлдошдан ажралиб чиқадиган fms га ўхшаш эрувчан тирокиназа-1 (sFlt-1) антиангиоген омилнинг элиминацияси ПЭнинг симптомларини тўхтатиши билан боғлиқ.

Оғирлик даражаси бўйича HELLP-синдромининг диагностик мезонлари

Оғирлик даражаси (синфи)	Тасниф (Tennessee тадқиқоти)	Тасниф (Mississippi trial)
I	* Тромбоцитлар $100 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л	* Тромбоцитлар $50 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки АлТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л
II		* Тромбоцитлар $100-50 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки АлТ даражаси 70 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л
III «транзитор» ёки «парциал» (FIGO, 2012)		* Тромбоцитлар $150-100 \times 10^9 / \text{л}$ * АсТ ёки даражаси АлТ 40 ХБ/л * ЛДГ даражаси 600 ХБ/л

* HELLP-синдромининг патогенетик ва клиник кўринишларининг хилма-хиллиги туфайли унинг оғирлик даражасини баҳолаш амалий аҳамиятга эга эмас – преэклампсия фонида HELLP (ELLP) синдромининг минимал белгилари аниқланиши биланоқ фаол тактика олиб борилади: туғдириб олинади ва интенсив даволаш ўтказилади. Ўткир бўйрак етишмовчилиги массив томир ичи гемолизисиз ҳам ривожланиши мумкин.

HELLP-синдромининг дифференциал диагностикаси:

- гестацион тромбоцитопения;
- жигарнинг ўткир ёғли дистрофияси (ЖЎЁД);

- вирусли гепатит;
- холангит;
- холецистит;
- сийдик чиқариш йўлларининг инфекциялари;
- гастрит;
- ошқозон яраси;
- ўткир панкреатит;
- иммун тромбоцитопения (ИТП);
- фолий кислотаси етишмовчилиги;
- тизимли қизил бўрича (ТҚБ);
- антифосфолипид синдром (АФС);
- Бадд-Киари синдроми;
- тромботик тромбоцитопеник пурпура (ТТП);
- гемолитик-уремик синдром (ГУС);
- сепсис ва септик ТМА.

Гипертензив бузилишларни ташхислаш

Шикоятлар ва анамнез

Нормал кечаётган ҳомиладорликда анамнезни йиғиш каби гипертензив бузилишларда ҳам анамнез бир хил йиғилади.

Физикал кўрик

Умумий кўрик ўтказилади: аёлнинг ҳар бир ташрифида тери қопламлари ва шиллиқ қаватларининг ҳолати, шишлар мавжудлиги, НОС, АҚБ, ЮУС текширилади.

5C Аёлнинг ҳар бир ташрифида АҚБ ва пульсни ўлчаш тавсия этилади.

2B	<p>АҚБни ўлчаш қоидалари:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Симоб сфигмоманометри кўрсаткичларни аниқроқ кўрсатади, ишлатиладиган барча қурилмалар шунга қараб созланиши керак. ▪ Қулай ҳолатда ўтирган ҳолда, беморнинг қўли столда, юрак сатҳи билан баробар туради. Стандарт манжетанинг пастки чеккаси (эни 12-13 см, узунлиги 35 см) тирсак букилишидан 2 см баланд туриши керак. Манжетанинг ўлчами қўлнинг ўлчамига мос келиши керак. ▪ Биринчи товушларнинг пайдо бўлиш вақти Коротков тонининг I-фазасига тўғри келади ва сАҚБни кўрсатади; дАҚБни Коротков тонларининг V-фазасида (туғаш) қайд этиш тавсия этилади. ▪ АҚБ тинч ҳолатда (5 дақиқалик дам олгандан кейин) камида 1 дақиқалик оралиқ билан икки марта ўлчанади; 5 мм сим. уст. га тенг ёки ундан катта фарқ бўлганда қўшимча равишда яна бир марта ўлчанади, бунда охириги икки қийматлар иккига бўлинади. ▪ АҚБ икки қўлда ўлчанади, фарқи бўлса, юқори қийматлари қайд этилади. ▪ Қандли диабет билан касалланган аёлларда ўтирган ва ётган ҳолатда АҚБ ўлчанади. ▪ Кўрсаткичлар 2 мм сим. уст. гача аниқлик билан қайд этилиши керак.
-----------	--

1A Артериал қон босимини ўлчашда диастолик босимни Коротков тонларининг V (K5 =

товуш йўқолиши) ёки IV (пасайиш) фазасида қайд этиш тавсия этилади.

Биринчи товушларнинг пайдо бўлиш вақти Коротков тонининг I-фазасига тўғри келади ва сАҚБни кўрсатади; дАҚБ К5 да қайд этилади.

3А Назорат қилинадиган медикаментоз давони қабул қиладиган АГ билан касалланган барча аёлларга ҳар ҳафта тиббий муассасага ташриф буюриш тавсия этилади (шифохолагача босқичда).

Назорат қилинадиган медикаментоз даво остида АҚБ барқарор бўлишида, тромбоцитлар миқдори, креатинин ва жигар трансаминазаларнинг даражалари меъёрида бўлишида, шунингдек, УТ доплер текширувининг натижаларига кўра ХҶОҚ ва қон айланиши бузилишларининг белгилари аниқланмаганда АГ билан касалланган ҳомиладор аёлларнинг кузатувини амбулатор шароитда (мунтазам равишда соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини муассасаларига ташриф буюриш ва ҳомиладор аёл ва ҳомиланинг ҳолатини назорат қилиш шарти билан) олиб бориш мумкин бўлади.

4С Ҳомиладор аёлга бутун ҳомиладорлик даври давомида ҳар куни АҚБни назорат қилишни тайинлаш тавсия этилади.

Аёлнинг ўзи кундаликка қайд этиш билан АҚБни ҳар куни кунига 3 марта ўлчаши мумкин.

3С Ҳомиладор аёл антигипертензив дори воситалариларни қабул қилганда ҳомиланинг қимирлашларини ҳар куни назорат қилиши керак.

Антигипертензив дори воситаларилари плацентар қон айланишининг ҳолатига ва шунга мос равишда ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилиши мумкин, шунинг учун ҳомиланинг қимирлашларини мустақил равишда назорат қилиш жуда муҳим, ҳомиланинг қимирлашлари ўзгарса, аёллар дарҳол акушерлик стационарига мурожаат қилишлари керак.

Лаборатор ва диагностик текширувлар

2В АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда протеинурияни аниқлаш керак. Оқсилни аниқлашнинг янада сезгир усулларида фойдаланиш тавсия этилади (кунлик сийдикда ёки протеин/креатинин нисбати).

Таҳлил-тасма ёрдамида сийдик текширилганда кўпинча ёлғон-мусбат ва ёлғон-манфий натижалар олинади. 71% ҳолатларда таҳлил-тасмада 1+ протеинурия аниқланиши ёлғон-мусбат натижани кўрсатади. Таҳлил-тасмада $\geq 1+$ натижаси олинганда, оқсил миқдорини аниқлаш зарур. Оқсил даражаси ≥ 300 мг/кун ёки таҳлил-тасмада 2+ натижаси сезиларли протеинурия кечаётганидан далолат беради.

1В Онанинг буйрак функциясини баҳолашда преэклампсиянинг кўп омилли скрининг моделларида тавсия этилган стратификацияланган хавф маркерларидан бирига микроальбуминурия, Цистаин-С ва NGAL кирази.

Микроальбуминурия (МАУ) буйрак коптокчаси шикастланишининг ягона кузатиладиган натижаси ва АГ билан касалланган беморларда нефропатиянинг эрта ривожланиш белгиси бўлади. МАУ ривожланаётган нефропатияни эрта аниқлаш усули, яъни буйрак тўқималари патологиясининг текшируви ҳисобланади. Сийдикда NGAL даражасини ўлчаш найча (тубуляр) дисфункциясини кўрсатади ва креатининнинг нормал даражасида NGAL

даражасининг ортиши клиник босқичга тез ўтиш хавфи юқори бўлган субклиник ўткир буйрак шикастланишини (ЎБШ) кўрсатади. NGAL ёрдамида креатининнинг даражаси ортишига қадар субклиник ЎБШни аниқлаш мумкин. Цистатин-С ҳозирги кунда жаҳон тиббиёт ҳамжамияти томонидан гломеруляр филтрация тезлигининг (ГФТ) энг аниқ эндоген маркери ва преэклампсиянинг эрта маркери сифатида тан олинган.

Нормал қийматлар: микроальбумин, нормаси: 0-20 мг/л; цистатин-С, нормаси: 0,5-1,1 мг/л; NGAL, нормаси: 0-131,7 нг/мл. Текшириш усули: иммунофлуоресценция.

Микроальбуминурия, цистатин-С ва NGAL текширувлари 3-даражали муассасаларда Fineware FIA Meter Plus анализаторида ўтказилади.

2B	<p>Протеинуриянинг миқдорини аниқлашнинг қуйидаги мумкин бўлган усулларидадан фойдаланиш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> * оқсил/креатинин нисбати (одатий сийдикда). ≥ 30 мг/ммоль қийматлари сезиларли протеинурияни кўрсатади ва ≥ 300 мг/кун оқсил йўқотилишига тўғри келади. Сийдикни катетер орқали олиш шарт эмас; * кунлик сийдикда ≥ 300 мг/кун оқсил аниқланиши.
-----------	---

Ҳомиладорликнинг 20⁺⁰ ҳафтасигача протеинурия кузатилиши илгари ўтказилган буйрак касаллигининг белгиси ҳисобланади. Критик ҳолатнинг симптомлари кузатилганда (оғир гипертония, тромбоцитопения, мия, буйрак, жигар дисфункцияси, ўпка шиши) «Оғир преэклампсия» ташхисини қўйиш учун сезиларли протеинурия бўлиши шарт эмас.

ACOG ва ISSHP таснифига кўра протеинурия ПЭнинг муҳим диагностик мезонларига кирмайди. Протеинурия ва протеинуриясиз кечадиган ПЭда акушерлик ва перинатал патологияларнинг частотаси ҳомиладорлик натижалари билан бир хил.

- * Преэклампсия билан касалланган ҳомиладор аёлларда сезиларли протеинурия аниқлангандан кейин уни динамик равишда баҳолаш тавсия этилмайди.
- * Протеинурия она ва ҳомиланинг ҳолатига таъсир қилмайди, бир марта аниқланган протеинурия қайта текширилмайди.
- * Протеинурия одатда гипертензиядан кейин касаллик ривожланиб бориши билан пайдо бўлади, бироқ, баъзи аёлларда у гипертензиядан олдин ҳам пайдо бўлиши мумкин.
- * Протеинуриянинг даражаси оғир преэклампсиянинг ташхислаш мезонларидан чиқариб ташланган.

2B	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда гемоглобин ва гематокритни аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

Гемоконцентрация туфайли кўрсаткичларнинг қиймати ортиши вазоконстрикция ва томир ичи ҳажмининг пасайишини кўрсатади. Гематокрит даражаси пасайиши гемолизнинг эҳтимол тутилган кўрсаткичи ҳисобланади.

2A	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда тромбоцитлар миқдорини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	--

Тромбоцитларнинг миқдори камайиши (100×10^9 /л дан кам) оғир ПЭ ривожланганлигини кўрсатади. Тромбоцитларнинг миқдори аста-секин, ҳатто нормал қийматларда ҳам камайиши

бир неча соат оралиғида кузатилиши мумкин. Тромбоцитлар миқдорини туғруқдан аввал текшириш тавсия этилади.

3B	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда гемостазнинг қуйидаги параметрларини аниқлаш тавсия этилади: фибриноген концентрацияси, протромбин вақти, фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти, халқаро нормаллаштирилган нисбат/протромбин индекс.
-----------	---

Гемостазиограммадаги ўзгаришлар специфик ҳисобланади ва ПЭнинг оғирлик даражасини акс эттирмайди. Протромбин вақти, қисман тромбопластин вақти ва фибриногеннинг концентрацияси ўзгариши одатда ривожланиб бўлган преэклампсияда кузатилади. Тромбоцитларнинг миқдори 150 000/мкл дан кам бўлганда, жигарда сезиларли дисфункция мавжуд бўлганда ёки йўлдошнинг кўчишига тахмин қилинганда ушбу қон ивиш параметрларини баҳолаш фойдали бўлади. Шундай қилиб, ушбу текширув натижалари бошқа клиник ва лаборатор маълумотлар билан биргаликда талқин қилиниши керак.

1A	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда периферик қоннинг суртмасини текшириш тавсия этилади.
-----------	---

Эритроцитларнинг фрагментлари мавжудлиги (шизоцитоз, сфероцитоз) ПЭда гемолиз ривожланишини кўрсатади.

2A	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда қоннинг биокимёвий текширувини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Альбуминнинг концентрацияси пасайиши ПЭга хос бўлган томирларнинг эндотелийи ўтказувчанлиги ошганини кўрсатади.

Қон зардоби креатининининг даражаси 90 мкмоль/л дан ортиши, айниқса олигоурия (500 мл/кун дан кам) билан бирга келиши, оғир ПЭ мавжудлигини кўрсатади. Оғир преэклампсияда гломеруляр фильтрация тезлиги тахминан 25% га камайиши билан бўйрак ички қон томирларида ривожланган спазм туфайли олигоурия юзага келади. Бундай беморларда транзитор олигоурия (4 соат ичида 100 мл дан кам) туғруқ пайтида ёки туғруқдан кейинги даврининг биринчи 24 соатида оддий ҳолат ҳисобланади.

Қон зардобида билирубиннинг концентрацияси ортиши гемолиз ёки жигар шикастланишини кўрсатади.

Сийдик кислотаси концентрациясининг пасайиши, креатинин клиренси ошиши, жигар трансаминазаларининг (АлТ, АсТ) даражаси ортиши оғир ПЭни кўрсатади.

1B	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларда камида битта аъзонинг шикастланиш белгилари билан бирга микроангиопатик гемолиз ва тромбоцитопения мавжуд бўлганда, ТМАни ташхислаш тавсия этилади.
-----------	---

Инструментал ва диагностик текширувлар

5C	ПЭга тахмин қилинганда фетометрияни ўтказиш, йўлдош ва қоғаноқ сувларининг ҳолатини баҳолаш мақсадида УТТни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

2C	Ўртача ПЭда ҳомиланинг ўсишини назорат қилиш учун ҳар 3-4 ҳафтада ҳомиланинг УТТни ўтказишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

3C	Антигипертензив дори воситаларилар қабул қилинганда ҳар 7-10 кунда ҳомиланинг УТТ ва бачадон-йўлдош қон оқимининг УТ доплерографиясини ўтказишни тайинлаш тавсия
-----------	--

	этилади.
1B	Ҳомиладорликнинг 26 ҳафтасидан бошлаб енгил ПЭда ҳар ҳафта, оғир ПЭда ҳар кун ҳомиланинг кардиотокографиясини (КТГ) ўтказиш тавсия этилади.
3C	Антигипертензив дори воситаларилар қабул қилинганда ҳар 7-10 кунда ҳомиланинг КТГни ўтказиш тавсия этилади.
3C	Магнезиал терапияни ўтказиш пайтида ҳомиланинг динамик КТГ назоратини олиб бориш тавсия этилади.

3C	Компьютер томографиянинг нормал натижаларида, бироқ, сақланиб турувчи неврологик симптоматика ва кўришнинг бузилиши кузатилганда, қуйидаги ҳолатларда бош миянинг КТ ёки магнит-резонанс томографиясини ўтказиш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> * ҳомиладорликнинг 20 ҳафталик муддатигача ёки туғруқдан кейинги биринчи икки кун ичида қайд этилган талвасалар ҳуружида; * магнезиал терапия билан бартараф этилмайдиган эклампсияда ва оғир ўчоқли неврологик симптоматикада; * гемипарезда; * 24 соат мобайнида седатив терапия бекор қилингандан кейин сақланиб турувчи кома ҳолатида.
-----------	--

Онг пасайиши ёки ўчоқли неврологик симптоматика билан кечадиган эклампсия билан касалланган аёлларда бош мия КТ текшируви мия ичига қон қуйилишини истисно қилиш учун ўтказилади.

2B	ПЭда марказий веноз босимни мунтазам равишда ўлчаш тавсия этилмайди.
-----------	--

Марказий венанинг катетеризацияси фақат кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилиши керак, яъни: яхши ривожланмаган периферик веноз тизими, II ва ундан оғир даражали шок ҳолати, адекват инфузион-трансфузион терапияни таъминлаш мақсадида вена ичига қўшимча тушиш сифатида.

Гипертензив бузилишларни даволаш

Номедикаментоз даволаш усуллари

2C	АГ билан касалланган барча ҳомиладор аёлларга аччиқ ва шўр овқатларни истеъмол қилишни камайтириш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида биринчи аниқланган ҳар қандай гипертензив бузилиши шифохонага госпитализация қилиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Фақат оғир бўлмаган гестацион гипертензия ёки енгил преэклампсия билан касалланган аёлларни кейинчалик амбулатор шароитда уйда олиб бориш мумкин.

Амбулатор шароитда олиб бориш она ва ҳомиланинг ҳолатини диққат билан назорат қилишни талаб қилади.

Қуйидаги ҳолатларда аёлни амбулатор шароитда олиб бориш мумкин:

- сАҚБ < 150 ва/ёки дАҚБ < 100 мм сим. уст. бўлганда;
- тромбоцитлар миқдори 100 000/мкл дан ортиқ бўлганда;

- жигар ферментлари ва буйрак функциясининг кўраткичлари меъёрида бўлганда;
- ҳомиланинг қониқарли ҳолатида;
- субъектив симптомлар кузатилмаганда;
- юқори даражали онг ва интизомлиликда.

3А	Ҳомиладор аёлда сАҚБ > 160 мм сим. уст. ёки дАҚБ > 110 мм сим. уст. га кўтарилиши кузатилганда ИДПга госпитализация қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Антигипертензив терапия

1А	Антигипертензив терапияни ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

1С	Нишон-аъзоларининг субклиник шикастланиши ёки ҚД кўринишида коморбидлик (ёндош касаллик) билан кечадиган гестацион, сурункали АГ билан касалланган аёлларда сАҚБ ≥ 140 мм сим. уст. ёки дАҚБ ≥ 90 мм сим. уст. га кўтарилишида антигипертензив терапияни бошлаш тавсия этилади.
-----------	---

1С	Бошқа ҳолатларда сАҚБ ≥ 150 мм сим. уст. ёки дАҚБ ≥ 100 мм сим. уст. га кўтарилишида антигипертензив терапияни бошлаш тавсия этилади.
-----------	---

Антигипертензив терапияни бошлаш мезонлари

АГнинг клиник вариантлари	АҚБ (мм сим. уст.)	АҚБнинг мақсадий кўрсаткичлари
Нишон-аъзоларининг шикастланиши ва коморбид ҳолатларсиз (ҚД) кечадиган АГ	сАҚБ 150 ва/ёки дАҚБ 100	сАҚБ 130-135 дАҚБ 80-85
Нишон-аъзоларининг шикастланиши ёки ҚД кўринишида коморбидлик билан кечадиган АГ	сАҚБ 140 ва/ёки дАҚБ 90	сАҚБ 130 ва ундан паст дАҚБ 80 ва ундан паст

Нишон-аъзоларининг шикастланиши:

- чап қоринча дисфункцияси;
- ретинопатия;
- дислипидемия;
- микроваскуляр асоратлар;
- аёлнинг ёши 40 дан катта бўлса.

АҚБ аввалдан паст бўлган ҳомиладор аёлларда антигипертензив терапияни АҚБ $\geq 130/85$ мм сим. уст. да бошлаш мумкин.

Антигипертензив терапия юрак қон-томир етишмовчилиги, миокардиал ишемия, ҳам ишемик, ҳам геморрагик инсульт ривожланишини олдини олади.

4С	Антигипертензив терапияни ўтказишда сАҚБ 130-135 мм сим. уст. ва дАҚБ 80-85 мм сим. уст. қийматларини мақсадли (она ва ҳомила учун хавфсиз) деб ҳисоблаш тавсия этилади.
-----------	--

3С	Прегестацион қандли диабет билан касалланган аёлларда АҚБни 130/80 мм сим. уст. дан паст даражада ушлаб туриш учун антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

4С	Нишон-аъзоларининг шикастланиши ва/ёки коморбид касалликлар (ҚД) билан
-----------	--

	касаланган аёлларда АҚБни 140/90 мм сим. уст. дан паст даражада ушлаб туриш учун антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
--	--

3B	Ҳомиладорлик даврида антигипертензив дори воситаларилар сифатида қуйидаги дори-воситаларни қўллаш тавсия этилмайди: АПФ-ингибиторлари, ангиотензин II рецепторлари блокаторлари, спиронолактон, кальций антагонистлари: дилтиазем ва фелодипин.
-----------	---

1A	Ҳомиладорлик даврида узоқ вақт давомида АГни даволаш учун энг яхши танлов воситаси сифатида метилдопани қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

1A	Оғир гипертензияда (сАҚБ ≥ 160 ва/ёки дАҚБ ≥ 110 мм сим. уст.) метилдопа (оғиз орқали) ёки қисқа таъсир этувчи нифедипин (оғиз орқали) ёки лабеталол (в/и ёки оғиз орқали) тавсия этилган.
-----------	---

Оғир гипертензияда лабеталолнинг дозировакиси: 10-20 мг в/и юборилади (1-2 мл 1% ли эритма). Зарур ҳолларда 300 мг максимал тўйинтириш дозасига эришилгунга қадар ҳар 10-30 дақ. 20-80 мг дан в/и инъекциялари қайта юборилади. Лабеталолни узоқ вақт давомида инфузия кўринишида 1-2 мг/дақ. тезликда натрий хлорид физиологик эритмасида юбориш афзалроқ. Лабеталолни в/и юборганда таъсир қилиш вақти 5 дақ. ташкил қилади, максимал таъсирга 30 дақ. эришилади. Лабеталол стационар шароитда беморнинг ётган ҳолатида в/и юборилади (АҚБни тез тушириши туфайли). Қўллаб-қувватловчи терапияни ўтказиш учун (оғир бўлмаган гипертензияда) 100 мг дозировакда (1-таблетка) кунига 2-4 маҳал оғиз орқали қабул қилинади. Максимал кунлик дозаси 1200 мг ни ташкил қилади. Бронхиал астма ва юрак етишмовчилигида лабеталолни қўллаш таъқиқланади.

1A	Оғир гипертензияда (сАҚБ ≥ 160 ва/ёки дАҚБ ≥ 110 мм сим. уст.) икки-уч компонентли антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Резистент АГда қўшимча равишда таъсири узайтирилган нифедипин, метопролол ёки клонидинни қўллаш мумкин. Нифедипин АҚБни тез тушириши, плацентар қон оқими секинлашиши ва, мос равишда, ҳомилада критик ҳолатни чақиритиши мумкин. Шунинг учун, нифедипин билан даволашда ҳомиладор аёлда гипотензияни олдини олиш учун кунига 3 марта АҚБни назорат қилиш керак, шу билан бирга, дори воситаларини тил остига қабул қилиш таъқиқланади.

3C	Антигипертензив терапияни ҳомиланинг ҳолати мониторинги остида (ҳомиланинг қимирлашларини мустақил равишда назорат қилиш, текширувларни тез-тез ўтказиш учун қарши кўрсатмалар бўлмаганда, ҳар 7-10 кунда УТТ, КТГ, УТ доплерометрияси) ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

1B	Резистент АГда тузни истеъмол қилишни чегаралаш ва дастлабки терапияга антигипертензив дори воситалариларни кетма-кетлик билан қўшиш тавсия этилади.
-----------	--

2A	Резистент АГда альфа-1 адреноблокатор – урапидил ни қўллаш тавсия этилади. Урапидил ҳомиладорлик даврида эҳтиёткорлик билан қўлланилиши мумкин, бироқ, туғруқдан кейинги даврда кўкрак сути билан озиклантириш фонидида уни қабул қилиш таъқиқланади.
-----------	--

Урапидил в/и тез оқимда ёки узоқ вақт давомида инфузия кўринишида юборилади (бемор ётган ҳолатда бўлиши керак).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ АҚБни назорат остида (бошқарган ҳолда) тушириш учун 25 мг дозировкада урапидил в/и юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. АҚБ тушса, 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи доза юборилади, кейин дозаси камайтиради. ▪ Урапидилнинг биринчи юборилган дозасидан кейин АҚБ тушмаса, 2 дақ. кейин 25 мг дозировкада такроран юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. АҚБ тушса, 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи доза юборилади, кейин дозаси камайтиради. ▪ Урапидилнинг иккинчи юборилган дозасидан кейин АҚБ тушмаса, 2 дақ. кейин 50 мг дозировкада в/и секин оқимда юборилади. Тавсия этилган максимал бошланғич юбориш тезлиги 2 мг/дақ. ташкил қилади. Юборилгандан кейин 2 дақ. давомида АҚБ тушишини кутилади. Кейин 9 мг/соатига тезликда ушлаб турувчи дозаси тайинланади, кейин дозаси камайтиради. ▪ Урапидилнинг ушлаб турувчи дозаси в/и томчилаб ёки узлуксиз инфузия кўринишида перфузион насос ёрдамида юборилади. ▪ Урапидилнинг ушлаб турувчи дозаси: ўртача 9 мг/соатига, яъни 250 мг урапидил (5 мл ли 10 ампула ёки 10 мл ли 5 ампула) 500 мл инфузиялар учун эритмага қўшилади (1 мг = 44 томчи = 2,2 мл). Қўллаш учун рухсат этилган максимал нисбат – 4 мг урапидил 1 мл инфузиялар учун эритмага қўшилади. Юбориш тезлиги беморнинг АҚБнинг қийматларига боғлиқ. ▪ АҚБ кескин тушиб кетишини олдини олишга алоҳида эътибор қаратиш лозим, бу эса она ёки ҳомилада перфузиянинг критик чегаралардан пастга тушиши натижасида асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Юқори АҚБни ҳар 10-20 дақ. 10-20 мм сим. уст. тезликда, сақБ 130-140 мм сим. уст., дақБ 80-90 мм сим. уст. қийматларига қадар тушириш тавсия этилади.
1А	Презклампися ва ўпканинг ўткир шиши билан касалланган аёлларда АГни даволаш учун энг яхши танлов воситаси глицерилтринитрат (нитроглицерин) ҳисобланади. 5 мкг/дақ. ⁻¹ тезликда инфузия кўринишида, ҳар 3-5 дақ. 100 мкг/дақ. ⁻¹ максимал дозасигача оширган ҳолда юборилади.
1В	Нифедипин ва магний сульфатини биргаликда қўллаш тавсия этилади.
	Антигипертензив восита сифатида магний сульфатини қўллаш тавсия этилмайди.
1С	«Оқ халат» АГ билан касалланган аёлларда вақти-вақти билан АҚБни уй шароитида кузатиб бориш тавсия этилади.
2С	«Оқ халат» АГда нишон-аъзоларининг шикастланиш белгилари мавжуд бўлса, антигипертензив терапияни бошлаш мақсадга мувофиқ бўлиши мумкин.
3С	«Оқ халат» АГда мунтазам равишда антигипертензив терапияни қўллаш тавсия этилмайди.
1С	Яширин ва транзитор АГ билан касалланган аёлларда вақти-вақти билан АҚБни уй шароитида кузатиб бориш тавсия этилади.
2С	Фақатгина шифокор қабулида намоён бўладиган АҚБ юқори қийматларининг прогностик аҳамиятини ҳисобга олган ҳолда, яширин АГда антигипертензив терапияни бошлаш

мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаш керак.

3С Транзитор АГда мунтазам равишда антигипертензив терапияни қўллаш тавсия этилмайди.

Протеинурия билан ёки протеинуриясиз кечадиган гестацион гипертензияда L-аргинин қўлланилиши мумкин, чунки бир қатор рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, тизимли шарҳлар ва мета-таҳлилларда ҳам сАҚБ, ҳам дАҚБни туширишда L-аргинин ўзининг самарадорлигини кўрсатган.

Талвасага қарши даво

1А Оғир ПЭ ва эклампсияда талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида **магний сульфатини** в/и юбориш тавсия этилади.

Магний сульфати эклампсияни олдини олишда бензодиазепинлар, фенитоин ва нимодипиндан устун туради, унинг қўлланилиши кесар кесиш операциялар, қон кетиши, янги туғилган чақалоқларда юқумли касалликлар ва депрессиянинг частотасини оширмайди.

- Магний сульфати 10-15 дақ. давомида 4 г бошланғич дозада (16 мл 25% ли эритма), кейин 1 г/соатига (4 мл/соатига 25% ли эритма) в/и юборилади. Юқорида кўрсатилган магний сульфатининг дозалари она учун камроқ токсикликка эга ва айти пайтда илгари тавсия этилган дозаларга (5-6 г болюс кўринишда ва 2 г/соат) нисбатан бир хил клиник таъсир кўрсатади.
- Вена ичига тушиш имкони бўлмаса, магний сульфатини мушак орасига (м/о) дастлаб 10 г зарба дозада (ҳар бир думбага 5 г дан), кейин 5 г дан ҳар 4 соатда юбориш мумкин. Мушак орасига юборилиши оғриқли бўлгани туфайли, дори воситаларини 1 мл 2% ли лидокаин эритмаси билан бирга юбориш керак. Ножўя таъсирлар кўпроқ мушак орасига юборилганда кузатилади.
- Магний сульфатини фақат АҚБнинг тушиши асосида бекор қилиш тавсия этилмайди, чунки у гипотензив таъсирга эмас, балки талвасаларга қарши таъсирга эга.

Магнезиал терапия ўтказилмаган оғир ПЭда эклампсия ҳужжатларининг частотаси оғир бўлмаган беморларга нисбатан тўрт баробар юқори туради (200 тадан 1 та 200 тадан 4 тага қарши).

2А Магнезиал терапиянинг тавсия этилган бекор қилиш мезонлари:

- 24 соат ичида талвасалар кузатилмаганда;
- МНТнинг юқори қўзғалувчанлик белгилари (гиперрефлексия, гипертонус) кузатилмаганда;
- АҚБ нормаллашиши (дАҚБ \leq 90 мм сим. уст.);
- диурез нормаллашиши (\geq 50 мл/соатига).

3В Магний сульфати ҳомила/янги туғилган чақалоқда остеопатия ривожланиши хавфи туфайли ҳомиладорлик даврида уни узоқ вақт давомида қўллаш тавсия этилмайди.

3А Енгил ПЭда магний сульфатини қўллаш тавсия этилмайди.

Ҳомиладорлик даврида энгил ПЭда режали терапия сифатида магний сульфати юборилиши ПЭнинг ривожланиб боришини олдини олмайди.

3А	Талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун бензодиазепинлар ва фенитоинни қўллаш тавсия этилмайди, магний сульфатини қўллашга қарши кўрсатмалар ва/ёки унинг самарасизлик ҳоллари бундан мустасно.
-----------	--

Диазепамни болжус дозаларда юбориш ҳомилага салбий таъсир кўрсатади. Тиопентал натрий (бир марталик энг катта ва кунлик дозалари в/и 1 г ни ташкил қилади) қўлланилиши фақат седация ва магний сульфати самарасиз бўлганда талвасага қарши терапия сифатида, шунингдек, ўпка сунъий вентиляцияси (ЎСВ) ва умумий оғриқсизлантириш учун индукция сифатида кўриб чиқилиши керак.

Прееклампсия билан касалланган аёлга биринчи ёрдам кўрсатиш

1А	<p>Шифохонагача бўлган босқичда қўйидаги ҳажмда тиббий ёрдам кўрсатиш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ПЭнинг оғирлик даражасини баҳолаш: АҚБ, эс-хуши, бош оғриқлари, талвасалар, нафас қисилиши, қорин соҳасида оғриқлар, туғруқ йўлларида қон кетиши, ҳомиланинг юрак уриши; • оғир ПЭда: вена ичига тушишни таъминланг – периферик венага 16 мл 25% ли в/и секин оқимда (10 дақ. ичида) ва инфузомат ёки система орқали 1 г/соатига (4 мл/соатига) тезликда 100 мл магний сульфатининг эритмасини юборинг; • сАҚБ 150 ва/ёки дАҚБ 100 мм сим. уст. ва ундан юқорига кўтарилганда – метилдопа, нифедипин билан биргаликда гипотензив терапияни бошланг; • талвасаларда: нафас йўлларидаги ўтказувчанлигини таъминланг, талвасалар тўхтаганда магнезиал ва гипотензив терапияни бошланг, эс-хушини йўқотиш/нафас тўхташи ҳолатида Амбу халтачаси орқали ЎСВни ўтказишни бошланг; • тез тиббий ёрдам шифокорлари ПЭ/эклампсия билан касалланган аёлни олиб келаётганда туғруқхона ходимларини хабардор қилишлари керак.
-----------	---

1А	<p>Шифохонада клиник баҳолаш билан биргаликда қўйидаги текширувларни ўтказиш керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> • АҚБни назорат қилиш; • сийдикни протеинурияга текшириш; • ҳафтасига камида икки марта (зарур ҳолларда ундан ҳам кўпроқ) қон таҳлиллари (гемоглобин, тромбоцитлар, АлТ, АсТ, ЛДГ); • буйрак функцияларини текшириш (протеинуриянинг миқдорини баҳолаш учун эрталабки биринчи сийдик порцияси текширилмайди), соатбай диурез миқдорини ўлчаш.
-----------	--

АГ билан касалланган ҳомиладор аёлларда гиперурикемия (сийдик кислотасининг даражаси ортиши) намоён бўлиши она ва ҳомила томонидан нохуш натижалар ривожланиши хавфи юқорилигини кўрсатади.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида буйрак касалликларини аниқлаш ва ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида ПЭни истисно қилиш учун барча ҳомиладор аёлларга протеинурияни текширишни тавсия қилиш керак.

Ҳомиладор аёлларга ва тиббиёт ходимларига тинч, режалаштирилган вазиятда индивидуал хавфни аниқлаш ва кейинги кузатув алгоритмининг танлаш учун етарли вақт ажратиш ўз вақтида муружаат қилишнинг мақсади ҳисобланади.

Презклампися билан касалланган аёлга қабул бўлимида ёрдам кўрсатиш

Қабул бўлимида қуйидаги кўрсаткичларга кўра ПЭнинг оғирлик даражаси баҳоланади: АҚБ, эс-хуши, бош оғриқлари, талвасалар, нафас қисилиши, қорин соҳасида оғриқлар, туғруқ йўлларида қон кетиши, ҳомиланинг юрак уриши.

Қуйидаги ҳолатларда акушер-гинеколог анестезиолог-реаниматологни қабул бўлимига чақиради ва ёрдам кўрсатишни бошлайди:

- талвасалар (шу жумладан, анамнезда ўтказган бўлса);
- эс-хушини йўқотиш ҳолатида;
- оғир АГ: АҚБ 160/110 мм сим. уст. ва ундан юқори;
- нафас бузилиши;
- қайт қилиш;
- туғруқ йўлларида қон кетиши, геморрагик шок.

Оғир презклампися билан касалланган аёлни интенсив даволаш бўлимида олиб бориш

Оғир ПЭ билан касалланган аёл интенсив даволаш палатасида, у бўлмаган тақдирда – интенсив даволаш ва реанимация бўлимида олиб борилади.

Рефрактер гипертензия ёки оғир белгилар билан кечадиган оғир ПЭ билан касалланган аёл интенсив даволаш ва реанимация бўлимида олиб борилади.

ПЭ/эклампсия билан касалланган аёлни анестезист-реаниматолог ва акушер-гинеколог шифокорлари ва, заруриятга қараб бошқа тегишли мутахассислар жалб қилинган ҳолда, биргаликда олиб боришлари керак.

Ташхис, туғдириб олишга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар акушер-гинеколог шифокори томонидан белгиланади.

Интенсив даволаш, туғдириб олишнинг анестезиологик қўлланманинг усули, бошқа тегишли мутахассисларни жалб қилиш зарурлиги анестезиолог-реаниматолог шифокори томонидан белгиланади.

Оғир ПЭнинг асосий терапияси қуйидагиларни ўз ичига олади:

- магний сульфат билан талвасага қарши терапия;
- антигипертензив терапия;
- туғдириб олиш
-

Олиб бориш тамойиллари:

1. аёлнинг ҳолатини баҳолаш;
2. кузатув/назорат олиб бориш;
3. текширувларни ўтказиш;
4. АҚБни назорат қилиш: антигипертензив воситалар;
5. талвасаларни олдини олиш: магний сульфати;
6. муддатига етмаган ҳомиладорликда, ҳомила РДСни олдини олиш: кортикостероидлар;
7. сув балансини назорат қилиш;
8. туғдириб олиш муддатлари бўйича қарор қабул қилиш;
9. туғруқдан кейинги даврда аёл ҳолатини мунтазам мониторингини олиб бориш;
10. узоқ муддатли асоратларни олдини олиш.

Онанинг ҳолатини баҳолаш:

1. Барқарорликка эришилгунга қадар ҳар 15 дақ., кейин ҳар 30 дақ. АҚБни ўлчаш. Баъзи ҳолатларда аёлнинг ҳолати ҳар томонлама баҳолангандан кейин, АҚБни камроқ ўлчаш мумкин.
2. Шишлар мавжудлиги, тарқалганлиги.
3. Қўз туби ҳолатини.
4. Рефлекслар +/- талвасалар.
5. Диурезни назорат қилиш (соатбай диурез).
6. Қоннинг умумий таҳлили.
7. Электролитлар.
8. Мочевина, креатинин.
9. Жигар ферментлари (АлТ, АсТ).
10. Гемостазиограмма.

Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш:

1. КТГ (узоқ вақт давомида, АҚБ барқарорлашгунга қадар; туғруқ фаолияти бошланган бўлса узлуксиз ўтказилади) ҳомиланинг ҳолати ҳақида маълумот беради, бироқ, прогноз ҳақида маълумот бера олмайди.
2. УТТ (фетометрия, амниотик индекс, плацентометрия) ва доплерометрия (киндик артериялари, ўрта бош мия артерияси).

1А	АГнинг оғирлик даражасидан қатъий назар антигипертензив терапияни бошлаш (давом эттириш) тавсия этилади.
-----------	--

ПЭ/эклампсия билан касалланган аёллар орасида энг кўп учрайдиган ўлим сабаби мия ичига қон қуйилиши ҳисобланади. Инсульт, оғир ҳаётга таҳдид соладиган гипертензия, айниқса юқори сАҚБни олдини олиш учун зудлик билан самарали антигипертензив терапияни бошлаш зарур.

3С	Плацентар перфузиянинг бузилиши хавфи туфайли АҚБни 110/80 мм сим. уст. дан пастга тушириш тавсия этилмайди.
-----------	--

2В	ПЭда ўпка шишини олдини олиш учун чегараланган миқдорда суюқликни в/и ва перорал юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Прееклампсия ва эклампсияни даволашда инфузион терапия асосий ҳисобланмайди. Олигоурияни (6 соат ичида < 15 мл/соатига) даволаш учун мунтазам равишда суюқлик юборилмайди.

Инфузион терапия физиологик ва патологик (йўқотилган қон ҳажми, қайт қилиш, ич кетиши (диарея)) йўқотишларни ҳисобга олган ҳолда ва дори воситаларилар учун ташувчи восита сифатида ўтказилади.

Туғруқдан аввал инфузион терапияни ўтказишда в/и юбориладиган суюқлик ҳажмини 40-45 мл/соатигача (максимал 80 мл/соатига) чегаралаш ва полиэлектролитли тўла қийматли кристаллоидларга устунлик бериш керак.

Патологик йўқотишлар кузатилмаганда туғруқдан аввал ва кейин суюқликни энтерал қабул қилиш билан чекланиш мумкин.

Кесар кесиш операциясида оғриқсизлантиришни ўтказишда (нейроаксиал, умумий) 10 мл/кг ҳажмда кристаллоидлар инфузияси юборилади. Синтетик (ГЭК ва модификацияланган желатин эритмалари) ва табиий (альбумин) коллоидлар фақат мутлақ кўрсатмаларга мувофиқ қўлланилади (гиповолемия, шок ҳолати, қон кетиши).

Инфузион терапиянинг чегараланган тартиби туғдириб олингандан кейин ҳам қўлланилади (HELLP-синдроми бундан мустасно).

Преэклампсия/эклампсияда критик ҳолат ривожланишининг ҳар қандай вариантыда иложи борича эртароқ энтерал озиқлантиришга ўтиш зарур.

3B Олигоурияни даволашда допамин ва фуросемидни қўллаш тавсия этилмайди.

5C ПЭ ва ўпканинг ўткир шишида 5 мкг/дақ. инфузия кўринишида ҳар 3-5 дақ. 100 мкг/дақ. максимал дозасигача ошириш билан глицерилтринитратни (нитроглицерин) қўллаш тавсия этилади.

4C Оғир ПЭ ва эклампсияда қуйидаги ҳолатларда ўпканинг узайтирилган сунъий вентиляцияси ўтказилади:

- ҳар қандай этиологияли онг бузилиши (дори-воситалар, бош мия шиши, қон айланиши бузилиши, ўсимта, гипоксия);
- мия ичига қон қўйилиши;
- коагулопатик қон кетиши;
- шок ҳолати;
- ўпканинг ўткир жароҳатланиши ёки ўткир респиратор дистресс синдроми, ўпканинг альвеоляр шиши;
- беқарор (вазопрессорларни юборишни талаб қиладиган) гемодинамика;
- ривожланиб борувчи полиорган етишмовчилиги (церебрал, ўРДС, ТТИҚИ-синдроми, буйрак, жигар етишмовчилиги).

Ўпканинг узайтирилган сунъий вентиляциясида нормовентиляция режимини таъминлаш ва туғдириб олингандан кейин дастлабки соатлар ичида неврологик бузилишларнинг даражасини аниқлаш зарур. Бунинг учун биринчи бўлиб миорелаксантлар бекор қилинади ва гиперрефлексия ва гипертонус мавжудлиги баҳоланади. Иложи бўлса, буни ЭЭГ ёрдамида амалга ошириш яхшироқ. Иложи бўлмаганда, кейинги босқичда, ушбу шароитда талвасага қарши таъсирни таъминловчи магний сульфатидан ташқари барча седатив дори воситаларилар бекор қилинади. Седатив дори воситалариларнинг таъсири тарқалгандан кейин онг даражаси баҳоланади: эклампсиянинг асоратланмаган кечишида 24 соат ичида эс-хуши тикланиши керак. Онг даражасини доимий баҳолаш имконияти мавжуд бўлган бошқариладиган седацияни ўтказиш учун **дексметодомидин** қўлланилади. Седатив дори воситалариларни тўлиқ бекор қилгандан кейин 24 соат ичида эс-хуши тикланмаса, бош миянинг компьютер ва магнит-резонанс томографиясини ўтказиш керак. Бундай ҳолатларда ташхис аниқланмагунга қадар ЎСВ давом эттирилади. Дексметодомидин – седация ҳолатидаги ва аллақачон интубация қилинган аёлларда бошқариладиган седацияни ўтказиш учун асосий дори воситалари ҳисобланади.

5C HELLP-синдромига тахмин қилинганда ўткир жарроҳлик патологиясини истисно қилиш учун жарроҳнинг маслаҳатини олиш тавсия этилади.

HELLP-синдромида шошилишч оператив давони талаб қиладиган жигарнинг капсула ости ёрилиши ва қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа патологияси ривожланишининг хавфи юқори.

5C Иккиламчи ТМАнинг (HELLP-синдроми) аломатлари билан кечадиган ПЭда

ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатида плазмаферез ва плазмани қўйиш тавсия этилмайди, чунки бу даволашнинг асосий усули ўтказилишини – туғдириб олишни – кечиктиради.

5C Ҳомиладорлик даврида ТМАда плазма алмашинувини (ПА) ўтказиш тавсия этилмайди.

Касалликнинг дастлабки кунларида турли ТМАларнинг дифференциал диагностикасини ўтказиш ўта қийин. Н омилга антитаначалар билан аГУС ва ТТП билан касалланган беморларда биринчи навбатда қўлланиладиган даво сифатида ПАни ўтказиш тавсия этилади, бунда аГУСнинг деярли барча бошқа сабаблари II синфга киради (иккинчи навбатда қўлланиладиган даво). ПА этишмаётган ёки дефект комплемент регуляторларини «донор» молекулалар билан алмаштирган ҳолда, аутоантитаначалар ва айланиб юрвчи комплемент активаторларини чиқариб ташлайди. Туғдириб олишдан аввал, яъни, комплементни фаоллаштирадиган энг асосий триггерни – йўлдошни олиб ташлашдан аввал, ПА самара кўрсатмайди.

1A Туғруқдан кейинги даврда ТМА ва ТТП тасдиқланган ташхисида (ADAMTS 13 < 10%) плазмаферез ва плазмани қўйиш тавсия этилади.

1A Гематологик кўрсаткичлар нормаллашганда (ЛДГ, кейинги 3 кун давомида тромбоцитларнинг миқдори > 150 минг) ПАни бекор қилиш тавсия этилади.

Ҳар қандай ТМАларда терапевтик ПАни ўтказиш қоидалари:

- ҳар куни ўтказилади;
- тўлдириш ҳажми: айланаётган плазманинг 1-1,5 ҳажми;
- тўлдириш воситаси: янги музлатилган плазма (ЯМП).

1A Туғруқдан кейинги даврда аГУСда (ADAMTS даражаси 13 > 10%, катастрофик антифосфолипид синдроми истисно этилган) экулизумабни қўллаш тавсия этилади.

Экулизумабни тайинлаш тўғрисидаги қарор нефролог шифокори билан маслаҳатлашилгандан кейин қабул қилинади.

5C Туғруқдан кейинги даврда аГУСда (ADAMTS даражаси 13 > 10%, катастрофик антифосфолипид синдроми истисно этилган) экулизумабни қўллаш имкони бўлмаганда, ПА тавсия этилади.

5C Туғруқдан кейинги даврда ТМАнинг сақланиб турувчи клиник ва лаборатор аломатларида HELLP-синдроми, ТТП ва аГУС ўртасида дифференциал диагностикани ўтказиш ва техник имкониятлар мавжуд бўлганда ТМАнинг кўчкисимон ривожланиб боришини олдини олиш учун ПАни ўтказиш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги даврда ТМАнинг симптомлари ривожланиб бориши ёки узоқ давом этишида техник имкониятлар мавжуд бўлганда (дисциплинараро консилиум, шошилиш ҳолатларда навбатчи шифокорларнинг қарорига мувофиқ) эрта ПАни (24 соат ичида) ўтказиш мумкин. Билвосита комплемент ҳолатларида ПА қўлланилиши этишмаётган ёки дефект комплемент регуляторларини алмаштирган ҳолда, аутоантитаначалар ёки комплемент тизимининг мутацияга учраган регуляторларини самарали чиқариб ташлаши мумкинлигига асосланади. Уни қўллаш зарурати аГУСни тасдиқлаш ва ТТПни тезда истисно қилиш имкони мавжуд бўлмаганда туғувчи ва туққан аёлларда ТМАнинг ривожланиш тезлиги билан боғлиқ. Кейинчалик аГУС касаллиги тасдиқланган болаларда «тез» ПА биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида ўзини кўрсатди. Бироқ, экулизумаб билан солиштирилганда ПАнинг самарадорлигини исботлайдиган тизимли шарҳ, мета-таҳлил ёки БРТ мавжуд эмас. Бир қатор

қўлланмаларда ташхис аниқланмагунга ва ТТП истисно этилмагунга қадар ва/ёки экулизумабдан фойдаланиш имконияти бўлмаганда плазмаферезни аГУСда бошланғич даво сифатида қўллаш тавсия этилади.

2B	Юз бериши мумкин бўлган тромбоемболиянинг (ВТЭ) мавжудлигини текшириш учун D-димернинг даражасини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

D-димернинг мусбат натижаси ҳар доим ҳам ВТЭ мавжудлигини кўрсатмайди ва қўшимча текширувлар ўтказилишини талаб қилади. Бироқ, D-димернинг манфий натижаси ВТЭни истисно қилишга ёрдам беради. D-димернинг текширувлари 3-даражали муассасаларда Fineware FIA Meter Plus анализаторида ўтказилади.

2B	Қон кетиши белгиларисиз кечаётган ТМАда тромбоконцентрат тавсия этилмайди.
-----------	--

3C	Туғруқдан кейинги даврда ТМАда тромбоцитлар миқдори > 50 000/мкл бўлганда гепарин профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

1A	ТМА ва гемолиз туфайли оғир анемияда (гемоглобин < 70 г/л) ўрнини тўлдириш мақсадида эритроцит сақловчи донорлик қон таркибий қисмларини (эритроцитар масса, ювилган эритроцитлар) қўйиш тавсия этилади.
-----------	--

Қон таркибий қисмларини қўйиш сони лаборатор ва клиник кўрсаткичларга (гемоглобин, эритроцитларнинг миқдори, гемолиз мавжудлиги, пульс, АҚБ кўрсаткичлари) мувофиқ белгиланади.

3B	Гемолиз, жигар ферментларининг ошган даражалари ва тромбоцитопенияни даволаш учун кортикостероидларни қўллаш тавсия этилмайди, чунки бу оналарнинг касалликка чалинишини камайтириши ҳозирча ҳали исботланмаган.
-----------	--

Экламписияда биринчи ёрдам кўрсатиш

- Талваса ҳуружида даволаш муолажаларини жойида ўтказишни бошланг.
- Қабул бўлимида ИДПни ташкил қилинг ёки зудлик билан ҳомиладор аёлни интенсив даволаш ва реанимация бўлимига ўтказинг.
- Қон ва ошқозон массаларининг аспирацияси хавфини камайтириш учун чап ёнбошга қараган ҳолатда текис қаттиқ юзага аёлни ётқизинг, оғизни очиб ва пастки жағни олдинга чиқариб, нафас йўллари тезда бўшатинг; бир вақтнинг ўзида оғиз бўшлиғини ёт нарсалардан тозаланг; аёлни жароҳатланишдан ҳимоя қилинг, бироқ, уни фаол равишда ушлаб турманг.
- Сақланган спонтан нафасда оғиз-ҳалқум ҳаво ўтказгичини киритинг ва кислородли аралашмани намлантириш тизимида бурун-юз ниқоби орқали кислород ингаляциясини ўтказинг.
- Апноэ ривожланганда нафас чиқишида мусбат босим режимида бурун-юз ниқоби орқали 100% кислород билан мажбурлов вентилляцияни ўтказишни бошланг. Талвасалар кузатилиши давом этса ёки кома ҳолати сақланиб турса, миорелаксантларни юборинг ва аёлни нормовентилляция режимида ўСВга ўтказинг.
- Адекват газ алмашинувини тиклаш бўйича ўтказилаётган чора-тадбирлар билан параллель равишда периферик венага катетерни ўрнатинг ва талвасага қарши дори воситаларини юборишни бошланг (магний сульфати: 10-15 дақ. ичида 4 г болюс кўринишда в/и, кейин АҚБ ва ЮУСни диққат билан назорат қилиш билан 1 г/соатига ушлаб турувчи дозада юборинг). Талвасалар кузатилиши ҳали ҳам давом этса, 3-5 дақ. ичида қўшимча 2 г магний сульфатини (8 мл 25% ли эритмасини) юборинг.

▪ Магнезиал терапиядан самара бўлмаганда диазепам (в/и секин оқимда 10 мг) ёки тиопентал натрий (450-500 мг) қўлланилиши мумкин.
▪ Талваса ҳуружи 30 дақ. кўп давом этса, бу ҳолат экламптик статус деб баҳоланади.
▪ Антигипертензив терапияни ўтказинг.
▪ Сийдик қопига катетерни ўрнатинг (узоқ вақтга катетерни қолдиринг, сийдик ажралишини соатбай ёзиб боринг ва протеинурияни текширинг).
▪ Экламптик статус, кома ҳолатида барча муолажаларни (вена, сийдик қопини катетеризациялаш, акушерлик муолажалар ва бошқ.) тиопентал натрий билан умумий оғриқсизлантириш остида ўтказинг. Кетамин қўлланилмасин!
▪ Ҳомиланинг узлуксиз КТГ-назоратини ўтказинг.
▪ Аёлнинг ҳолати барқарорлашгандан кейин туғдириб олинг.

Туғдириб олиш

Қабул бўлимига бемор аёл мурожаат қилганда тиббиёт ходимлари (доя, шифокор) қуйидагиларни бажаришлари зарур:

- масъул навбатчи акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог шифокорларини чақириш;
- интенсив кузатув картасини ёзиб бориш;
- периферик венани катетеризациялаш;
- АҚБни назорат қилиш:
 - ўрта гипертензияда соатига камида 1 марта;
 - оғир гипертензияда узлуксиз мониторинг.
- бошланғич дозировада антигипертензив ва талвасага қарши терапияни давом эттириш; кейинчалик клиник вазиятга қараб шифокор тактикасини коррекциялаш;
- туғруқ адекват оғриқсизлантирилишини таъминлаш (кўрсатмаларга кўра – медикаментоз).

1А	Оғир ПЭ билан касалланган ҳомиладорликнинг 24-33 ⁺⁶ ҳафталик муддатлардаги аёлларда ҳомиланинг РДС профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

РДС профилактикасининг схемалари:

- 24 соатлик оралиқ билан 12 мг дан м/о бетаметазоннинг 2 дозаси; ёки
- 12 соатлик оралиқ билан 6 мг дан м/о дексаметазоннинг 4 дозаси; ёки
- 8 соатлик оралиқ билан 8 мг дан м/о дексаметазоннинг 3 дозаси.

5С	ПЭ билан касалланган ҳомиладор аёлларда туғруқ йўлларида қон кетиши, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчишига (НЖЙБК) тахмин қилинганда, ҳомиланинг ўткир гипоксиясида шошилиш тартибда (бир неча дақ. ичида) туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

5С	ПЭ билан касалланган аёлнинг ҳолати барқарорлашгандан кейин қуйидаги ҳолатларда кечиктириб бўлмайдиган тартибда (бир неча соат ичида) туғдириб олиш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"> ▪ тўхтамайдиган бош оғриғи ва кўришнинг бузилиши; ▪ тўхтамайдиган эпигастрал соҳадаги оғриқ, кўнгил айнаши ёки қайт қилиш; ▪ жигар ва/ёки буйрак функцияларининг ўзгаришлари ривожланиб бориши; ▪ эклампсияда; ▪ дори-воситалар ёрдамида коррекция қилинмайдиган артериал гипертензияда; ▪ тромбоцитларнинг миқдори < 100 000/мкл;
-----------	--

- КТГнинг маълумотларига кўра ҳомиланинг ҳолати бузилиши;
- киндик артериясида қон айланиши бузилиши;
- вена найида қон айланиши бузилиши;
- < 5 перцентильга ХҶОҚ ва бир вақтнинг ўзида фетал ёки фетоплацентар перфузиянинг патологиясида (бачадон артериясида қон айланиши бузилиши);
- ҳомиладорликнинг 30 ҳафтадан каттароқ муддатида 24 соат оралиқ билан 2 текширувда аниқланган ифодаланган кам сувлилик (< 5 см).

КТГ бузилишларига спонтан ёки такрорланувчи кечки ёки ифодаланган вариабел децелерациялар; 60 дақ. ичида 5 уриш/дақ. дан паст вариабеллик, 60 дақ. ичида Доуз-Редман мезонлари аниқланмаслиги, Фишер бўйича КТГнинг 6 баллдан паст баҳоси киради.

3В Ҳомиладорликнинг 24-33⁺⁶ ҳафталик муддатларида ПЭни биринчи навбатда кутиш тактикаси билан олиб бориш тавсия этилади.

Ҳомиладорликнинг 37⁺⁰ ҳафталик муддатига етгунга қадар она ва ҳомиланинг ҳолатларини қатъий динамик назорат қилиш билан ГАГ ёки ПЭни кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин. Она учун жиддий оқибатларга олиб келиш эҳтимоли паст бўлганда ва ҳомила учун ижобий натижаларга эришиш кутилаётганда кутиш тактикаси билан олиб борилади.

Она ёки ҳомиланинг ҳолатида салбий тенденция кузатилганда кечиктирмасдан туғдириб олинади.

Она томонидан кутиш тактикаси билан олиб боришга имкон бермайдиган клиник вазиятлар:

- бошқарилмайдиган, терапияга чидамли АҚБ ($\geq 160/110$ мм сим. уст.);
- тўхтамайдиган бош оғриқлар;
- оғриқ қолдирувчи воситаларни қайта қабул қилгандан кейин эпигастрал соҳада ва қориннинг ўнг юқори квадрантида оғриқ қолмаганда;
- кўриш, моторика ёки сезгирликнинг бузилиши;
- цереброваскуляр бузилишлар (инсульт);
- чап қоринча етишмовчилиги;
- миокард инфаркти;
- PRES-синдром;
- илк кузатилган ёки ривожланиб борувчи буйрак дисфункцияси (зардоб креатининининг даражаси бошланғич даражадан икки баробар юқори бўлиши);
- ўпка шиши;
- эклампсия;
- йўлдошнинг барвақт кўчишига тахмин қилинганда ёки йўлдошнинг олдинда келиши бўлмаганда қиндан қон кетишида;
- лаборатор текширувларининг аномал натижалари (жигар трансминазаларининг даражаси ≥ 500 ХБ/л дан ортиши);
- ривожланиб борувчи тромбоцитопения $< 100 \times 10^9$ /л;
- муқобил сабаблар бўлмаганда коагулопатия (ХНН > 2);
- муддатдан аввал қоғаноқ пардалари ёрилиши;
- HELLP-синдроми.

Ҳомила томонидан кутиш тактикаси билан олиб боришга имкон бермайдиган клиник вазиятлар:

- ҳомиланинг ноаниқ (дистресс) ҳолати;
- ҳомиланинг антенатал ўлими;
- яшаб кетишга имкон бермайдиган туғма ривожланиш нуқсонлари;
- чуқур чалалик даражаси;

- киндик артериясида доим кузатилмайдиган ёки тескари якуний диастолик қон оқими;
- киндик артериясида доимий тескари диастолик қон оқими.

2B	Ҳомиладорликнинг < 33 ⁺⁶ ҳафталик муддатида оғир ПЭ ва < 5 перцентильга ҲҶОҚда ҳомиладор аёлнинг ҳолатида салбий ўзгаришлар кузатилмаганда ва ҳомиланинг барқарор ҳолатида туғдириб олиш тавсия этилмайди.
-----------	---

TRUFFLE тадқиқотининг маълумотларига кўра ҳомиладорликнинг > 32⁺⁰ ҳафталик муддатида туғдириб олишнинг оптимал муддатини аниқлаш учун УТ доплерографияси билан компьютерлаштирилган КТГ ёрдамида вена найини назорат қилиш тавсия этилади. Ушбу ёндашув неврологик бузилишлар билан туғилган болаларда (келгусида ўтказилган 2-йиллик кузатувнинг маълумотларига кўра) яхши клиник натижалар кўрсатган.

Преэклампсияда ҳомиладорлик якунланишига алоҳида таъсир кўрсатмайдиган қоғаноқ сувларининг миқдори ҲҶОҚдан фарқли ўлароқ иккинчи даражали аҳамиятга эга.

1A	ГАГ ва ўртача ПЭда ҳомиладорликнинг 37 ⁺⁰ ҳафталик муддатида афзал қилинган даволаш тактикаси сифатида туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

1A	ГАГ ва ўртача ПЭда ҳомиладорликнинг 36 ҳафталик муддатидан кейин преиндукция ёки туғруқ индукцияси ўтказилиши керак (бошқа қарши кўрсатмалар бўлмаганда).
-----------	---

3B	Бошқариладиган асоратланмаган САГда ҳомиладорликнинг 38-39 ҳафталик муддатларида режалаштирилган тартибда туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

3B	Етарли даражада бошқарилмайдиган САГда ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталик муддатларида режалаштирилган тартибда туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	--

3B	<p>Оғир ПЭда ҳомиладорликнинг муддатига мувофиқ ҳомиладорликни қуйидаги тактикалар билан олиб бориш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 22-24 ҳафта – ҳаётга таҳдид солувчи ҳомиладорликни тўхтатиш, ҳаётга таҳдид солувчи вазият бўлмаганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш; ▪ 25-33 ҳафта – ҳомиладорликни давом эттириш (бошқарилмайдиган АГ, онада аъзолар дисфункцияси ривожланиб бориши, ҳомилада ноаниқ ҳолат кузатилмаганда) ҳомиланинг РДС профилактикасини ўтказиш, акушерлик кўрсатмаларга кўра КК операциясини ўтказиш; ▪ ≥ 34 ҳафтадан – ҳомиладор аёлнинг ҳолатини барқарорлаштириш, туғдириб олиш (акушерлик кўрсатмаларга кўра КК операциясини ўтказиш).
-----------	---

Муддатдан аввал туғдириб олиш билан боғлиқ бўлган барча клиник вазиятларда дисциплинарро консилиумнинг ҳулосаси талаб қилинади.

Оғир ПЭда дисциплинарро консилиумнинг ҳулосасидан кейин 3-даражали туғруққа кўмаклашиш муассасаларда ҳомиладорликни давом эттириш мумкин.

Узлуксиз назорат олиб борилганда, она учун жиддий оқибатларга олиб келиш эҳтимоли паст бўлганда ва ҳомила учун ижобий натижаларга эришиш кутилаётганда оғир ПЭда кутиш тактикаси билан олиб бориш кўриб чиқилади.

Бола яшаб қолиши кутилмаётган бўлса, кутиш тактикаси оналик хавфи ҳисобига неонатал йўқотишлардан сақланиш учун мўлжалланганлиги туфайли, кутиш тактикаси билан олиб бориш тавсия этилмайди. Кутиш тактикаси билан олиб борилганда, она ёки ҳомиланинг ҳолати ёмонлашиши биланоқ, ҳар қандай муддатда туғдириб олиш тавсия этилади.

Ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишларда туғдириб олиш муддатлари

Ҳолат	Муддатлар	Таклиф этилаётган аниқ муддатлар
Сурункали гипертензия: асоратланмаган, дори-воситаларни қабул қилишни талаб қилмайдиган, бошқариладиган	эрта муддатдаги/ тўлиқ муддатдаги	38 ^{+0/7} – 39 ^{+6/7} ҳафта*
Сурункали гипертензия: асоратланмаган, дори-воситаларни қабул қилиш билан бошқариладиган	эрта муддатдаги/ тўлиқ муддатдаги	37 ^{+0/7} – 39 ^{+6/7} ҳафта*
Сурункали гипертензия: бошқарилмайдиган, резистент	муддатдан аввал кечки /эрта муддатдаги	36 ^{+0/7} – 37 ^{+6/7} ҳафта
Гестацион гипертензия (енгил)	эрта муддатдаги	37 ^{+0/7} ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Гестацион гипертензия (оғир)	муддатдан аввал кечки	34 ^{+0/7} ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Ўртача преэклампсия	эрта муддатдаги	37 ^{+0/7} ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Оғир преэклампсия: она ва ҳомиланинг барқарор ҳолатида	муддатдан аввал кечки	34 ^{+0/7} ҳафта ёки ташхис қўйилган пайтдан бошлаб кечроқ
Оғир преэклампсия: она ва ҳомиланинг беқарор ҳолатида	ҳомила яшаб кетишидан қатъий назар онанинг ҳолати барқарорлашгандан кейин дарҳол	ҳомила яшаб кетишидан қатъий назар онанинг ҳолати барқарорлашгандан кейин дарҳол

* 39^{+0/7} ҳафтадан кейин ҳомиладорликни давом эттиришга фақат хавф ва фойдани синчковлик билан кўриб чиққандан кейин ва она ва ҳомиланинг ҳолатини тўғри назорат қилиш учун тегишли шароитлар мавжуд бўлганда йўл қўйилади.

1А Оғир ПЭни кутиш тактикаси билан олиб борилганда она ва ҳомиланинг ҳолатидаги барча ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда, кутиш тактикаси билан олиб боришнинг хавфлари ва мумкин бўлган афзалликларини мунтазам равишда баҳолаш тавсия этилади.

2В ПЭнинг барча ҳолатларида (шу жумладан, оғир ПЭда ҳам) туғруқ йўллари (айниқса қайта туғувчи аёлларда) тайёр бўлганда, КК операциясини ўтказишга мутлақ кўрсатмалар бўлмаганда ва ҳомиланинг ҳолати қониқарли бўлганда, табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

Оғир ПЭ ва ҳомиладорликнинг муддати 32 ҳафтадан кичик бўлганда КК операцияси орқали ва 32 ҳафтадан катта муддатда ҳомила боши билан келганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш афзалроқ.

3В Оғир ПЭда туғдириб олишдан аввал ҳолатни барқарорлаштириш ва эклампсияни олдини

олиш тавсия этилади.

Тўғдириб олиш усуллари

Тўғруқни лозим даражада олиб бориш ва тўғри тўғдириб олишдан ташқари, тўғдириб олиш пайтида гипертензив бузилишлар билан касалланган аёлларни олиб боришнинг иккита асосий мақсадлари қуйидагича:

1. талвасаларни олдини олиш;
2. гипертонияни назорат қилиш.

1А Табиий тўғруқ йўллари орқали муваффақиятли тўғдириб олиш имкониятларини ошириш мақсадида «етилмаган» бачадон бўйнида вагинал простагландинларини қўллаш тавсия этилади.

3С Киндик томирларида юқори резистентлик, шунингдек, секинлашган ёки тескари қон оқими (УТ доплерометрик текширувнинг маълумотларига кўра) кузатилганда КК операцияси орқали тўғдириб олиш тавсия этилади, чунки бу табиий тўғруқ йўллари орқали муваффақиятли тўғдириб олиш имкониятларини деярли икки бараварга камайтиради.

Тўғдириб олиш усулининг якуний танлови клиник вазиятни таҳлил қилиш, она ва ҳомиланинг ҳолати, муассасанинг имкониятлари мавжудлиги, шифокорларнинг тажрибаси ва малакаси, аёл тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик беришига асосланиши керак.

2В сАҚБ 130-135 мм сим. уст. ва дАҚБ 80-85 мм сим. уст. мақсадли қийматларига эришиш билан бутун тўғдириб олиш пайти давомида талвасага қарши ва антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.

Тўғруқнинг учинчи даврида қон кетишини олдини олиш учун 10 Б м/о ёки 5 Б в/и томчилаб окситоцин юборилади. Ушбу дори воситалари АҚБ нормаллашгандан кейин юборилиши керак.

2С Тўғруқнинг учинчи ва эрта тўғруқдан кейинги даврларда қон кетишини олдини олиш учун метилэргометрин қўлланилмайди (АГда таъқиқланган).

1А Тўғдириб олиш пайтида ва унинг якунида эрта тўғруқдан кейинги эклампсияни олдини олиш учун камида 24 соат давомида 1 г/соатига дозировада (соатбай диурезнинг кўрсаткичларига кўра) инфузия кўринишида магний сульфатини юбориш тавсия этилади.

Тўғруқдан олдин 8 соат давомида ва тўғдириб олингандан кейин бекор қилинган магний сульфатининг инфузиясини қабул қилган аёлларда эклампсия ривожланиш эҳтимоли тўғруқдан олдин 8 соат давомида ва тўғдириб олингандан кейин 24 соат давомида магний сульфатининг инфузиясини олган аёлларникидай бир хил.

Тўғруқни оғриқсизлантириш

1А КК операциясида қарши кўрсатмалар бўлмаганда эпидурал, спинал, спинал-эпидурал ва умумий оғриқсизлантириш усулларидадан фойдаланиш тавсия этилади.

Нейроаксиал оғриқсизлантиришни ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлганда, ЎСВ билан умумий оғриқсизлантириш ўтказилиши керак; нафас йўлларида ўтказувчанлигини таъминлашда қийинчиликларга тайёр туриш зарур. Ларингоскопиядан кейинги гипертензияни бартараф этиш мақсадида адекват дозировакаларда опиоидларни қўллаш мажбурий.

1С ПЭда қарши кўрсатмалар бўлмаганда КК операцияси ва тўғруқнинг анестезиологик таъминотини яратиш учун регионар оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш тавсия

	этилади.
3B	Экламптик талвасалари бартараф этилган беморларда қарши кўрсатмалар бўлмаганда КК операциясининг анестезиологик таъминотини яратиш учун регионар оғриқсизлантириш усулидан фойдаланиш тавсия этилади.
5C	Шошилинч туғдириб олишда эклампсия ривожланганда эҳтимол тутилган асоратларни (неврологик симптоматика ривожланиб бориши, қон кетиши хавфи) олдини олиш мақсадида танлов усули сифатида умумий оғриқсизлантиришни ўтказиш тавсия этилади.
1A	Табиий туғруқ йўллари орқали туғруқни олиб боришда туғруқни оғриқсизлантириш мақсадида қарши кўрсатмалар бўлмаганда эпидурал оғриқсизлантиришни ўтказиш тавсия этилади.
3C	Тромбоцитлар миқдори барқарор бўлган, бошқа туғма ёки орттирилган коагулопатия мавжуд бўлмаган, тромбоцитлар функцияси меъёрида бўлган ва бемор антиагрегант ва антикоагулянт дори воситалариларни қабул қилмайдиган ҳолларда тромбоцитлар миқдори 70 000/мкл ёки ундан ортиқ бўлган беморларда эпидурал гематома ривожланиш хавфи жуда паст.
1A	Эпидурал катетерни эрта ўрнатиш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги даврни олиб бориш

5C	Туққан аёлнинг ҳолати барқарорлашгунга қадар ИДПда (камида 24 соат давомида) назорат қилиш тавсия этилади.
2A	Туғруқдан кейинги даврда лактация давридаги қарши кўрсатмаларни инобатга олган ҳолда оғир АГ ривожланишини олдини олиш учун антигипертензив терапияни давом эттириш тавсия этилади.

Туғруқдан кейинги дастлабки 5-7 кун ичида айланаётган қон ҳажмининг физиологик кўпайиши фониди АҚБ кўтарилиши мумкин, шунинг учун туғруқдан кейин камида 7 кун давомида АҚБни назорат қилиш зарур. Аксарият аёлларда АҚБ туғруқдан кейинги биринчи кунларда нормаллашади (биринчи уч кун ичида 29-57%, биринчи ҳафта ичида 50-85%), шу билан бирга АҚБнинг нормаллашиши ҳолатнинг оғирлик даражасига боғлиқ. Туғруқдан кейинги гипертензия кўпинча туғруқдан кейинги биринчи ҳафтада кузатилади. Кўкрак сути билан озиклантириш эмизувчи аёлда АҚБ кўтарилишидан сақлайди.

1A	Туғруқдан кейинги даврда оғир АГда сАҚБ < 160 мм сим. уст. ва дАҚБ < 110 мм сим. уст. мақсадли қийматларига эришилгунга қадар антигипертензив терапияни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

15 дақ. ортиқ давом этадиган оғир АГда ёки нишон-аъзоларининг шикастланиши билан алоҳида дАҚБ > 120 мм сим. уст. кўтарилишида тез таъсир қилувчи дори воситаларилар (нифедипин, нитроглицерин) билан антигипертензив терапияни бошлаш керак.

1B	Лактация даврида антигипертензив дори воситаларилар сифатида нифедипин, эналаприл ёки метилдопани қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

Қабул қилинадиган барча антигипертензив воситалар кўкрак сути билан ажралади, бироқ, кўкрак сутидаги концентрацияси қондаги концентрация билан бир хил бўладиган нифедипиндан ташқари, антигипертензив дори воситалариларнинг аксарияти кўкрак сутида жуда паст концентрацияларда сақланиб туради. Эналаприлни қабул қилганда буйрак функцияси

ва калийнинг даражасини назорат қилиш керак. Шунинг назарда тутиш лозимки, туғруқдан кейинги даврда метилдопани тайинлаш депрессив ҳолатларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин (туғруқдан кейинги давр депрессия жиҳатидан заифлик билан тавсифланади).

1B	Лактация даврида АГни даволашда монотерапия самарасиз бўлганда, нифедипин ва эналаприлни биргалиқда қўллашни кўриб чиқиш тавсия этилади.
-----------	--

Юқорида кўрсатилган схема самарасиз бўлганда метопролол ёки атенололни қўшиш ёки қабул қилинаётган дори воситаларилардан бирини ушбу дориларга алмаштириш тавсия этилади.

1A	Диуретиклар (фуросемид, гидрохлоротиазид ва спиронолактон) сут ажралиб чиқишини камайтириши мумкинлиги сабабли, лактация даврида уларни қўллаш тавсия этилмайди.
-----------	--

3B	Оғир АГ ва оғир ПЭ билан касалланган аёлларни камида 7 кун ўтгач уйга чиқариш тавсия этилади.
-----------	---

Қоида тариқасида, туғруқдан кейинги 7 кун давомида касаллик қайта ривожланиш хавфи сақланиб туради ва бу ҳомиладорлик даврида гипертензив бузилишлар билан касалланган барча аёлларга тегишли. Туғруқдан кейинги HELLP-синдромининг частотаси 7-30% ни ташкил қилади ва туғруқдан кейинги эклампсиянинг частотаси 28% га боради.

Тромбопрофилактика

Веноз тромбоемболик асоратларни олдини олиш паст молекуляр гепаринлар ёрдамида замонавий протоколларга мувофиқ амалга оширилади. Барча аёлларда ВТЭАнинг ривожланиш хавф омиллари баҳоланади ва оёқларнинг эластик компрессияси ўтказилади. ВТЭА профилактикаси кесар кесиш операцияси орқали туғдириб олиш режалаштирилганда ва ВТЭА хавфи ўрта бўлганда 7-10 кун давомида ўтказилади, хавф юқори бўлганда эса туғруқдан кейин 6 ҳафта давомида. Ўз-ўзидан туғруқ содир бўлганда камида 4-6 соат ўтгандан кейин ва кесар кесиш операциясидан кейин 8-12 соат ўтгач паст молекуляр гепариннинг профилактик дозалари юборилади.

1A	Бевосита операциягача ва операциядан кейин веноз тромбоемболик асоратларнинг хавф омилларини туғруқ тарихида қайд этиш тавсия этилади.
-----------	--

Операциядан кейинги тромбопрофилактика учун танлов воситаси сифатида паст молекуляр гепаринларни қўллаш тавсия этилади ва кўкрак сути билан озиклантириш фониди улар хавфсиз ҳисобланади.

1A	Периоперацион даврда қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда веноз тромбоемболик асоратларнинг хавфини камайтириш учун оёқларнинг эластик компрессиясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Гипертензив бузилишларни олдини олиш

4C	Предгравидар тайёргарлик (ҳомиладор бўлиш олди) босқичида ёки ҳомиладор аёлнинг биринчи ташрифида ПЭнинг хавф гуруҳини ажратиб олиш тавсия этилади.
-----------	---

Турли хил хавф омиллар презеклампсия ривожланишининг юқори эҳтимоли билан боғлиқ. Шунга қарамасдан, шунинг назарда тутиш лозимки, презеклампсиянинг аксарият ҳолатлари яққол хавф омиллари бўлмаган, соғлом туғмаган аёлларда ривожланади. Презеклампсия ривожланиш тенденцияси баъзи генетик компонентга эга бўлиши мумкин.

ПЭ ривожланишининг хавф омиллари:

- муддатидан олдинги туғруқ;

- кўп ҳомилалик ҳомиладорлик;
- аввалги ҳомиладорликда преэклампсия;
- сурункали гипертензия;
- прегестацион диабет;
- гестацион қандли диабет;
- тромбофилия;
- тизимли қизил бўрича;
- ҳомиладор бўлишдан олдин ТВИ > 30 кг/м²;
- антифосфолипид синдром;
- аёлнинг ёши 35 ва ундан катта;
- буйрак касалликлари;
- ёрдамчи репродуктив технологиялар;
- уйқудаги обструктив апноэ синдроми.

ПЭни олдини олиш (FIGO, 2019 й.)

Юқори хавф	Ўрта хавф
аввалги ҳомиладорликда АГ	биринчи ҳомиладорлик
САГ	аёлнинг ёши ≥ 40 дан катта
сурункали буйрак касаллиги	ТВИ ≥ 35 кг/м ²
ҚД	оилавий анамнезда ПЭ
аутоиммун касаллик	туғруқлараро оралиқ > 10 йилдан

ПЭ ривожланишининг хавфи юқори:

- 1 юқори хавф омили
ЁКИ
- 2 мўътадил (ўрта) хавф омили

4C ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлга бутун ҳомиладорлик даври давомида ҳар куни АҚБни назорат қилишни тайинлаш тавсия этилади.

1A ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 11-13⁺⁶ ҳафталик муддатларида ҳомиладорлик муддатини аниқлаш, 1-триместр скрининг текширувини ўтказиш, кўп ҳомилалик ҳомиладорликни аниқлаш учун пренатал диагностиканинг эксперт даражасини таъминловчи тиббиёт муассасасида ҳомиланинг УТТга юбориш тавсия этилади.

1-триместр УТТни ўтказиш пайтида эрта ПЭни аниқлаш учун бачадон артерияларида пульсацион индексни (PI) ўлчаш тавсия этилади. ПЭнинг оптимал скрининг текшируви хавф омилларини баҳолаш, ўртача АҚБни ўлчаш, бачадон артерияларида PI ўлчаш ва плацентар ўсиш омилини (PIGF) текшириш асосида хавфни аниқлашни ўз ичига олади (масалан, The Fetal Medicine Foundation томонидан яратилган ПЭ ривожланиши хавфи калькулятори).

PIGFни текшириш имкони бўлмаганда, ПЭнинг скрининг текшируви хавф омилларини баҳолаш, ўртача АҚБни ўлчаш, бачадон артерияларида PIни аниқлаш асосида хавфни аниқлашни ўз ичига олади. PIGF энг яхши, бироқ, ҳали ҳам фойдалана олиш имкони кам бўлган биокимёвий маркер ҳисобланади. ПЭ ривожланиши хавфи юқори бўлганда, ушбу маркернинг паст қийматлари кўпинча ХҶОҚ билан биргаликда келиши, эрта ПЭ ривожланиши хавфи юқорилигидан далолат беради (ёлғон-мусбат натижаларнинг частотаси 9% ни ташкил қилади).

2A ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафталик муддатларида ҳомиланинг УТТга юбориш тавсия этилади.

1B	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 18-20 ⁺⁶ ҳафталик муддатларида ва 3-триместрда 30-34 ҳафталик муддатларида бачадон-йўлдош қон оқимининг УТ доплерографиясига юбориш тавсия этилади.
-----------	--

ПЭ ташхисини тасдиқлаш учун sFLT/PIGF ангиоген омилларнинг нисбатини аниқлаш ҳам мумкин, бу ишончли, бироқ, ҳали ҳам фойдалана олиш имкони кам бўлган текширув усули ҳисобланади. sFlt/PIGF нисбати < 38 бўлиши 7 кун ичида ПЭ ривожланишини истисно қилади. Ҳомиладорликнинг < 34 ҳафталик муддатида sFlt/PIGF нисбати > 85 ва ҳомиладорликнинг > 34 ҳафталик муддатида sFlt/PIGF нисбати > 110 бўлиши ПЭ ривожланиши хавфи юқорилигидан далолат беради.

2B	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга узоқ вақт туриш ёки ортиқча жисмоний фаоллик билан боғлиқ, тунда ишлаш ва чарчоқни чақирадиган ишлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак.
-----------	--

1A	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга камроқ вазн орттириш ва АГ ривожланиш хавфи камайиши билан боғлиқ бўлган 45-90 дақ. давомида ҳафтасига 3-4 марта аэробик машқларни бажариш тавсия этилади.
-----------	--

3B	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш учун ётоқ тартибини тайинлаш тавсия этилмайди.
-----------	---

1B	Кальцийни кам истеъмол қилувчи (600 мг/кун дан кам), ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга бутун ҳомиладорлик даври давомида 1 г/кун дозировкада кальций дори воситалариларини оғиз орқали қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	---

ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга бутун ҳомиладорлик даври давомида кальций дори воситалариларини тайинлаш ПЭ ривожланиш хавфини камайтиради.

1B	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан бошлаб 36 ҳафтасигача 150 мг/кун дозировкада ацетилсалицил кислотасини оғиз орқали қабул қилишни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

Ассоциацияланган плацентар бузилишлар асосида патологик плацентация ётувчи ва ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларда ацетилсалицил кислотасини қабул қилиш самара кўрсатганлиги бўйича ишончли далиллар мавжуд. Ҳомиладорликнинг кенг комбинацияланган 1-триместр скрининг текширивининг натижалари асосида аниқланган эрта ва оғир ПЭ ривожланиши хавфини камайтириш мақсадида ҳомиладорликнинг 16 ҳафтасидан аввал бошланган ва 36 ҳафтасига қадар давом эттирилган аспирииннинг паст дозаларини (150 мг) кечасига (ухлашдан аввал) қабул қилиш афзалроқ эканлиги ишончли нашрларнинг таҳлилида кўрсатилган.

1B	Юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларда ПЭни олдини олиш мақсадида L-аргинин қўлланилиши мумкин.
-----------	---

3C	ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш мақсадида қуйидаги дори воситалариларни қабул қилиш тавсия этилмайди : <ul style="list-style-type: none"> ▪ прогестерон дори воситаларилари; ▪ магний сульфати; ▪ фолий кислотаси.
-----------	---

1А	<p>ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга ПЭни олдини олиш мақсадида қуйидаги дори воситалариларни қабул қилиш тавсия этилмайди:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ диуретиклар; ▪ гепаринлар; ▪ Е ва С витаминлари; ▪ балиқ мойи; ▪ таблетка кўринишида саримсоқ; ▪ тузни истеъмол қилишни чегаралаш.
-----------	--

Тузни кунига истеъмол қилишнинг оптимал дозаси 4 г ни ташкил қилади.

Тиббий реабилитация

- АГ билан касалланган ҳомиладор бўлишни режалаштираётган аёллар комплекс клиник ва лаборатор текширувларидан ўтишлари шарт:
 - нишон-аъзоларининг функционал ҳолатини баҳолаш (ЭКГ, Эхо-КГ, кўз тубининг қон томирларини текшириш, буйрак УТТ, зарур ҳолларда Холтер бўйича ЭКГ-мониторинг, зўриқиш синамалари);
 - АГнинг оғирлик даражаси ва ГКнинг босқичини аниқлаш;
 - антигипертензив терапия қўлланилганда уни коррекциялаш;
 - она учун прогнозни баҳолаш.
- Ҳомиладор бўлмаган пайтда ва ҳомиладор бўлишни режалаштираётганда 18 ёшдан катта шахслар, шу жумладан, ҳомиладор бўлмаган аёлларда қўлланиладиган тамойилларга мувофиқ сурункали АГни таснифлаш зарур.
- Туғруқдан кейин 12 ҳафтанинг охирига қадар АҚБнинг юқори қийматлари сақланиб турса, гестацион АГ ташхиси сурункали АГ ташхисига ўзгартирилади ва умум қабул қилинган АГ таснифига мувофиқ қўшимча текширувдан кейин аниқлаштирилади (ГК ёки иккиламчи (симптоматик) АГ).
- Туғруқдан кейин 6 ҳафта ўтгач ПЭни ўтказган аёллар нишон-аъзоларининг шикастланиш даражасини аниқлаштириш/истисно қилиш ва зарур бўлганда медикаментоз терапияни тайинлаш учун терапевт, невролог, нефролог, офтальмолог шифокорларининг кўригидан ўтишлари керак.
- Анамнезда ГАГ ёки САГ/ПЭни ўтказган аёлларда узоқ муддатли жиддий кардиоваскуляр хавфлар мавжуд. Биринчи навбатда 12 ҳафта ичида асл вазнга қайтиш ва соғлом турмуш тарзини олиб бориш ёрдамида туғруқлараро вазн орттиришни камайтириш.
- Умрбод ҳар йили тиббий кўриқдан ўтиш ва соғлом турмуш тарзини олиб бориш тавсия этилади, чунки ПЭнинг оқибатлари ҳомиладорлик даври билан чегараланмайди.

Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

3А	<p>сАҚБ ≥ 160 мм сим. уст. ёки дАҚБ ≥ 100 мм сим. уст. кўтарилганда, оғир ПЭ/эклампсияда 2-даражали (34 ҳафталик муддатидан катта) ёки 3-даражали (34 ҳафталик муддатидан кичик) акушерлик-гинекологик тиббиёт муассасанинг интенсив даволаш палатасига шошилиш равишда госпитализация қилиш тавсия этилади.</p>
-----------	--

- Аёлни транспортировка қилишнинг мақбуллик масаласи индивидуал равишда ҳал қилинади, ҳар қандай оғирликдаги қон кетиши транспортировка учун мутлақ қарши кўрсатма ҳисобланади. Аёлни бошқа шифохонага транспортировка қилиш тўғрисида

қарор қабул қилинганда, ПЭнинг ўлимга олиб келадиган асоратларидан бири сифатида УТТда йўлдош кўчишини истисно қилиш тавсия этилади.

- Туғдириб олиш учун кечиктириб бўлмайдиган ва шошилиш кўрсатмалар юзага келганда, она ва янги туғилган чақалоққа ёрдам кўрсатиш учун зарур тиббий асбоб-ускуналар ва тиббиёт ходимлари мавжудлиги шарти билан даволанаётган акушерлик стационарида аёл туғдириб олинади.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Ҳомиладор аёлнинг ҳар ташрифида диастолик босимни Коротков тонларининг V (K5 = товуш йўқолиши) ёки IV (пасайиш) фазасида аниқлаш ёрдамида артериал қон босими ўлчанди. K5ни ўлчаш имкони бўлмаганда, АҚБ икки қўлда ўлчанди	Ҳа/Йўқ
2.	Преэклампсияга тахмин қилинганда кунлик сийдикда оқсилнинг миқдори аниқланди	Ҳа/Йўқ
3.	Преэклампсияга тахмин қилинганда қонда тромбоцитларнинг миқдори аниқланди	Ҳа/Йўқ
4.	Ҳомиладорликнинг 26 ҳафтасидан бошлаб энгил ПЭда ҳар ҳафта, оғир ПЭда ҳар кун ҳомиланинг кардиотокографияси (КТГ) ўтказилди	Ҳа/Йўқ
5.	АҚБ $\geq 140/90$ мм сим. уст. илк марта аниқланганда антигипертензив терапия тайинланди	Ҳа/Йўқ
6.	АҚБ $\geq 160/110$ мм сим. уст. кўтарилишида монотерапия самарасиз бўлганда, икки-уч компонентли антигипертензив терапия тайинланди	Ҳа/Йўқ
7.	АҚБ $\geq 160/110$ мм сим. уст. кўтарилишида ҳомиладор аёл госпитализация қилинди	Ҳа/Йўқ
8.	Оғир ПЭ ва эклампсияда талвасаларни олдини олиш ва даволаш учун биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари сифатида магний сульфати в/и юборилди	Ҳа/Йўқ
9.	Туғдириб олишдан аввал ҳомиладорликнинг 24-33 ⁺⁶ ҳафталик муддатларида ҳомиланинг РДС профилактикаси ўтказилди (шошилиш равишда туғдириб олиш ҳолатлари бундан мустасно)	Ҳа/Йўқ
10.	Энгил преэклампсия ва гестацион АГда биринчи навбатда кутиш тактикаси бўйича олиб бориш билан туғдириб олишнинг оптимал муддатлари белгиланди	Ҳа/Йўқ
11.	Туғдириб олиш пайтида ва унинг якунида эрта туғруқдан кейинги эклампсияни олдини олиш учун камида 24 соат давомида инфузия кўрилишида магний сульфати юборилди	Ҳа/Йўқ
12.	Туғдириб олишдан аввал ҳомиладор аёлнинг ҳолати барқарорлаштирилди	Ҳа/Йўқ
13.	Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни олиб боришда полипрагмазия қўлланилмаган	Ҳа/Йўқ
14.	Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларнинг диагностикаси баённомага мувофиқ ўтказилган, оғирлик даражаси тўғри аниқланган	Ҳа/Йўқ

Иловалар

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси

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, қўйдаги манзилда рўйхатга олинганман,

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

_____ шуни маълум қиламанки,

_____ (тиббиёт муассасасининг номи)

_____ муассасаси

да 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 хавфли 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 дори воситалар ва озиқ-овқат махсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик дори воситалариларни 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 қўйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қўйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қўйиш 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 қўйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни 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 бераман:

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва бундан қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

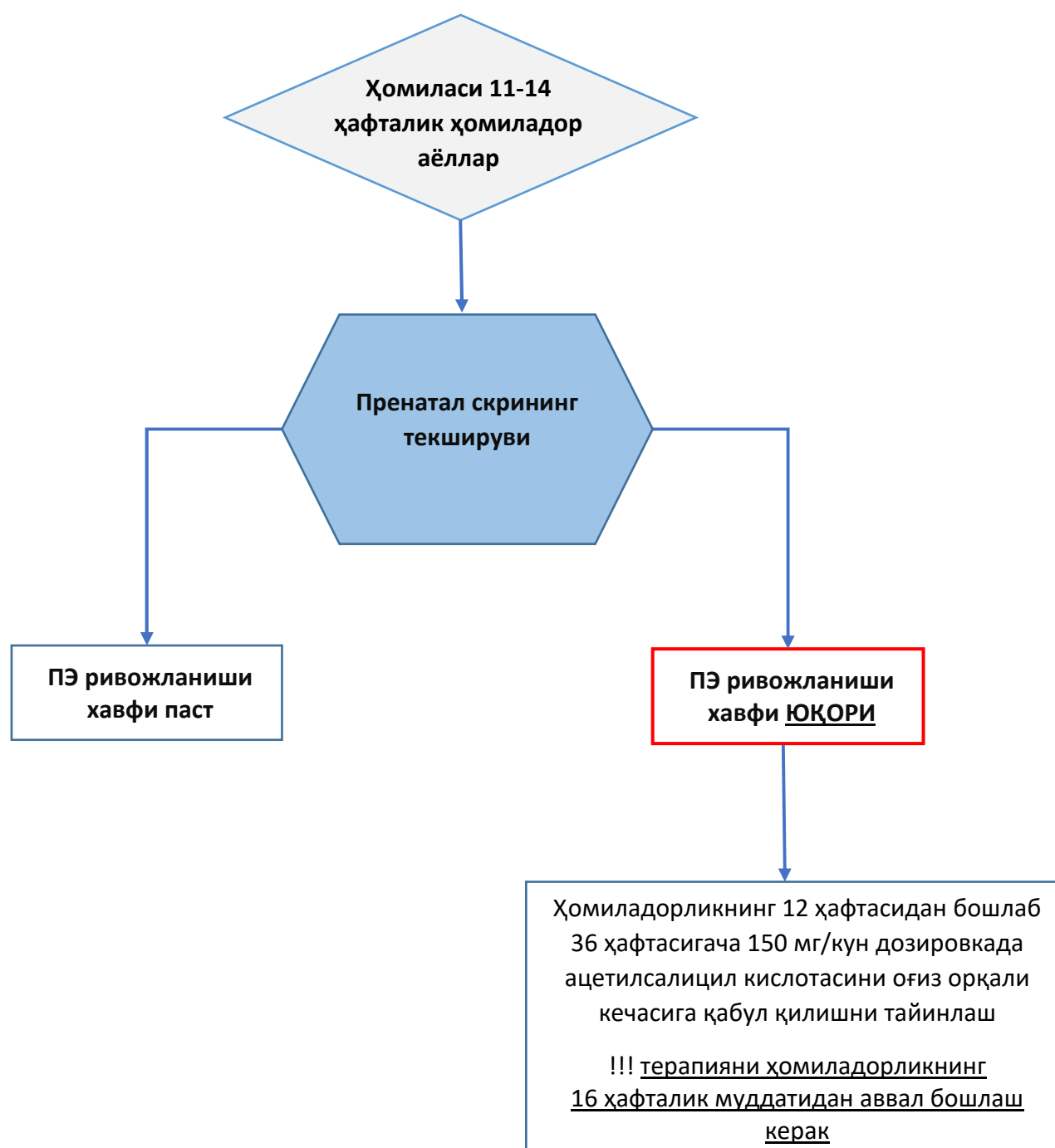
Сана « ____ » _____ й.

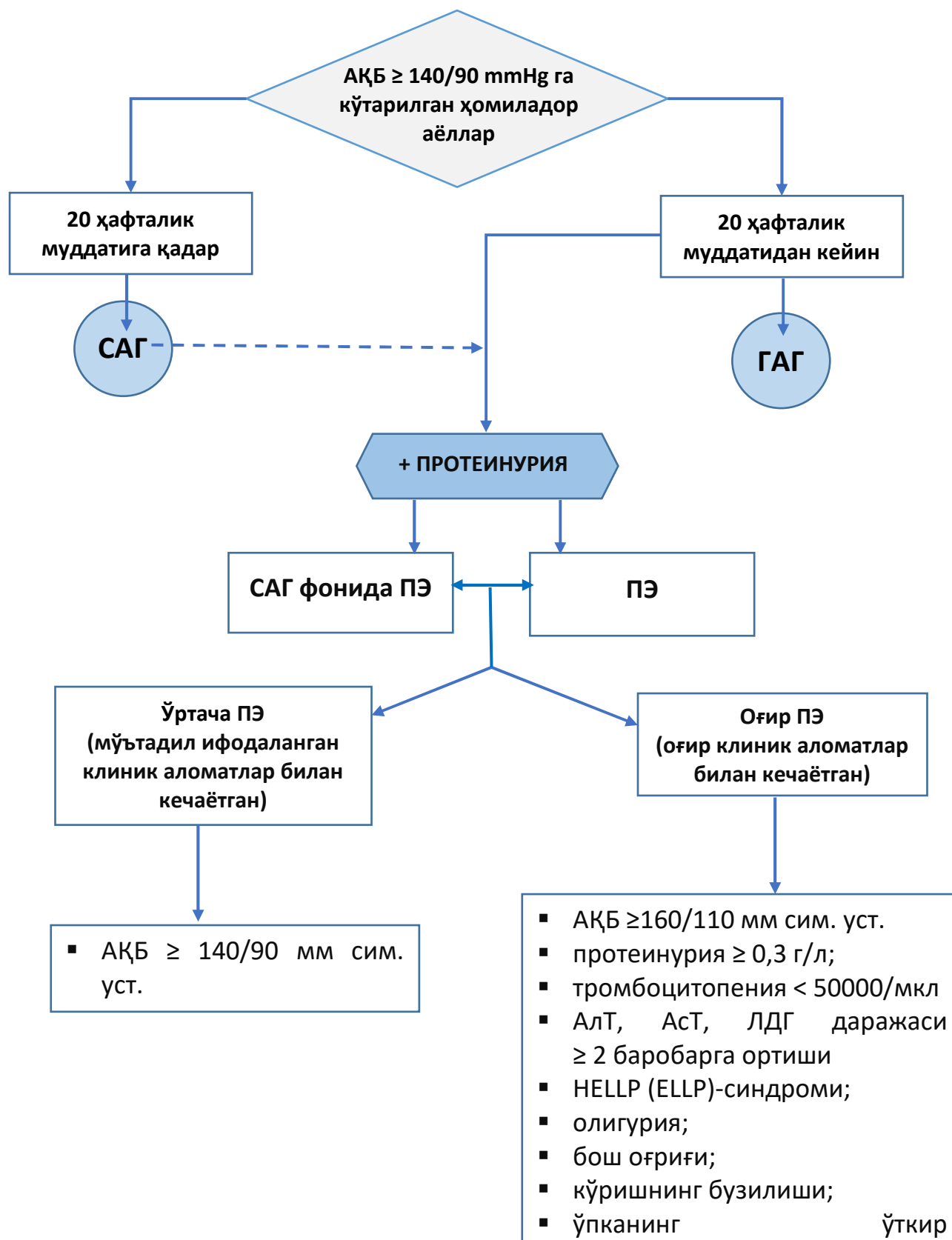
Бемор учун маълумот

- ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар орасида преэклампсия (ПЭ) 2-5% ҳомиладорликларда кузатилади ва ҳомиладорлик даврида драматик асоратларга, шунингдек, аёл ва унинг боласи кейинги ҳаётининг сифатига қисқа ва узоқ муддатли салбий таъсир кўрсатишда сезиларли даражада ҳисса қўшади. Шундай қилиб, бүгунги кунгача ПЭ бутун дунёда оналар, перинатал ва чақалоқлар ўлими ва касалланишининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда.
- Ҳомиладорлик даврида ПЭнинг ривожланиш хавфини камайтириш учун бўлажак она умумий амалиёт шифокори, зарур ҳолларда кардиолог ва нефролог кўригидан ўтиши керак. Юқори қон босими аниқланганда, антигипертензив дори воситалариларни тайинлаш ва ҳомиладор бўлишдан аввал ҳомиладорлик даврида рухсат этилган дори воситалариларни қабул қилишни бошлаш керак. Аёл ҳомиладор бўлиши биланоқ кунига бир ёки икки марта қон босимини мунтазам равишда кузатиб бориши ва унинг қийматларини кундалиқда ёзиб бориши керак.
- ПЭ ривожланиши юқори хавф гуруҳида бўлсангиз (ПЭ ўтказган бўлсангиз) ёки сизда 1-триместр скрининг текширувининг натижаларида ПЭнинг юқори хавфи аниқланса ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан бошлаб 36 ҳафтасигача 150 мг/кун дозировада ацетилсалицил кислотасини (аспирин) оғиз орқали кечасига қабул қилишингиз керак.
- Мутахассисларнинг назорати остида, ўз ҳолатингизга ва боланинг ҳолатига ижобий мунособатда бўлишингиз кўп асоратларни олдини олиш ва ҳомиладорликни етук муддатга муваффақиятли етказиш имконини беради. Шунга қарамасдан, юқори қон босими билан боғлиқ ҳомиладорликнинг ҳар қандай асорати юзага келса, айниқса муддатдан аввал ҳомиладорликни тўхтатиш зарур бўлса, туғруқдан кейин тиббий кўрик ва ҳаёт сифатини яхшилашга қаратилган реабилитациядан ўтиш учун терапевт шифокорига мурожаат қилишингиз керак бўлади.

4-илова

ПЭ ривожланиши бўйича хавф гуруҳларини аниқлаш билан пренатал скрининг текшируви





Оғирлик даражасига кўра ПЭ олиб бориш

Чора-тадбирлар	Ҳолат		
	Ўртача ПЭ	Оғир ПЭ	Эклампсия
Тактикаси	Текшириш, диққат билан назорат қилиш (амбулатор шароитда олиб бориш мумкин)	Фаол	
Госпитализация	Текшириш учун (ҳомилдорлар патологияси бўлими, 2-3 даражали муассасалар)	Мажбурий госпитализация қилиш (РИДБ, 2-3 даражали муассасалар)	
Специфик терапия	—	1. Талвасаларни олдини олиш ва даволаш 2. Антигипертензив терапия	
Туғдириб олиш	—	<p>Шошинч равишда: симптомлар оғирлашиб боришида/ҳомиланинг ҳолати ёмонлашиб боришида</p> <p>РДС профилактикасини ўтказиб бўлиб: ҳомилдорликнинг 34 ҳафтасига қадар она ва ҳомиланинг ҳолатлари барқарор бўлганда (она ва ҳомиланинг ҳолатларини қатъий назорати остида кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин)</p> <p>6-24 соат ичида: ҳомилдорликнинг 34 ҳафта ва ундан катта бўлган муддатда она ва ҳомиланинг ҳолатлари барқарор бўлганда</p>	Ҳолат барқарорлашиши фонида 12 соат ичида

7-илова

Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда АГ даволаш учун қўлланиладиган асосий дори воситалари

Дори воситалари	Ишлаб чиқариш шакли, дозалари, қўллаш усули	Изоҳ
Метилдопа	250 мг дан таблеткалар. 500 мг дан кунига 2-4 маҳал оғиз орқали овқатланишдан олдин ёки овқатлангандан сўнг қабул қилинади, ўрта кунлик дозаси – 1000 мг, максимал кунлик дозаси – 3000 мг.	Марказий таъсирга эга антигипертензив восита. Биринчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари. Ҳомиладорлик даврида АГни даволаш учун ҳар томонлама ўрганиб чиқилган дори-восита ҳисобланади.
Нифедипин	<u>10 мг қисқа вақт таъсир қилувчи таблеткалар (оғир АГда)</u> Хавфли бўлмаган қийматларга АҚБ тушгунга қадар, чайнамасдан, ҳар 30 дақ. 10 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал тўйинтириш дозаси 50 мг. <u>20 мг ўзоқ вақт таъсир қилувчи таблеткалар (оғир бўлмаган АГни режали тартибда даволаш учун)</u> Кунига 2 маҳал 20-40 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 80 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори. Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврда биринчи ёки иккинчи навбатда қўлланиладиган дори воситалари. Режали тартибда даволаш учун қисқа вақт таъсир қилувчи шакли қўлланилмайди (10 мг).
Амлодипин	5/10 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 5-10 мг дан оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 10 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори.
Верапамил	40/80 мг дан таблеткалар. Кунига 3-4 маҳал 5-10 мг дан овқатланишдан олдин ёки овқатлангандан сўнг оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 480 мг.	Кальций каналларининг «секин» блокатори.
Клонидин	0,15 мг дан таблеткалар. Кунига 2-3 маҳал 0,075-0,15 мг дан овқатланиш пайтида ёки овқатлангандан сўнг оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 2,4 мг.	АҚБни тез тушириш учун мўлжалланган марказий таъсирга эга гипотензив восита.
Метопролол	25/50/100 мг дан таблеткалар. Кунига 1-2 маҳал 50-100 мг дан овқатланишдан қатъий назар оғиз орқали қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 200 мг.	β-адренорецепторларнинг кардиоселектив блокатори.
Атенолол (ҳомиладорлик давридан ташқари)	25/50/100 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 50-100 мг дан овқатланишдан олдин оғиз орқали, чайнамасдан қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 100 мг.	Селектив β1-адреноблокатори.
Эналаприл (ҳомиладорлик давридан ташқари)	5/10/20 мг дан таблеткалар. Кунига 1 маҳал 5-20 мг дан овқатланишдан қатъий назар қабул қилинади, максимал кунлик дозаси 40 мг.	АПФ-ингибитори.

8-илова

Магний сульфатини юбориш тартиби ва назорат қилиш

Тўйинтириш (бошланғич) дозаси	4 г в/и:
	(25% ли 16 мл магний сульфати эритмаси) 10-15 дақ. ичида шприц орқали секин оқимда юборилади
Ушлаб турувчи дозаси (инфузомат орқали)	1 г/соатига в/и:
	Мақсад: талвасаларни олдини олиш учун етарли даражада магний ионларининг қондаги концентрациясини ушлаб туриш.
	Туғруқдан ёки талвасаларнинг охириги ҳуружидан кейин, қайси бири кечроқ кузатилганга қараб, 4 мл/соатига 25% ли магний сульфати эритмаси инфузион помпа (инфузомат) орқали 24 соат давомида юборилади.
	25% ли 100 мл 25% магний сульфати эритмаси + 400 мл натрий хлорид физиологик эритмаси 7 томчи/дақ. тезликда система орқали юборилади.

9-илова

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларни амбулатор шароитда назорат қилиш

САГ, ГАГни амбулатор шароитда назорат қилиш

Кўрсаткич	Текширувлар сони
АҚБ	Ҳафтасига камида 2 марта, АҚБ хавfli қийматларга кўтарилганда ҳафтасига 4 марта
Кунлик протеинурияга сийдик таҳлили	Ҳафтасига 2 марта
УҚТ (тромбоцитлар миқдори билан)	Ҳар ҳафта
Бўйрак ва жигар функциялари	Ҳар ҳафта
УТТ (ИАЖ, ҳомила ўсиши)	Ҳар ҳафта
КТГ	Ҳафтасига 1-2 марта

Ўртача ПЭни амбулатор шароитда назорат қилиш

Кўрсаткич	Текширувлар сони	
	АҚБ 140/90 - 149/99	АД 150/100 - 159/109
АҚБ	Кунига камида 4 марта	
Кунлик протеинурияга сийдик таҳлили	Протеинуриянинг миқдорини қайта текширишсиз	
УҚТ (тромбоцитлар миқдори билан)	Ҳафтасига 2 марта	Ҳафтасига 3 марта
Бўйрак ва жигар функциялари	Ҳафтасига 2 марта	Ҳафтасига 3 марта
УТТ (ИАЖ, ҳомила ўсиши)	Ҳафтасига 1-2 марта	

КТГ	Ҳафтасига 1-2 марта
-----	---------------------

10-илова

Магний сульфатини юборишда клиник ва лаборатор назорат

Мониторинг	<ul style="list-style-type: none"> • соатбай диурез миқдори • дастлабки 2 соат давомида ҳар 10 дақ, кейин ҳар 30 дақ. НОС, кислород сатурацияси ва тизза рефлекси 	
Қуйдаги ҳолатларда магний миқдорини аниқлаш тавсия этилади	<ul style="list-style-type: none"> • НОС < 16/дақ. (NB! Пастроқ қийматлар опиятларни қўллаш туфайли юзага келиши мумкин) • 4 соат мобайнида < 35 мл/соатига диурез • тизза рефлекси пасайиши • талвасалар такрорланиши 	
Магний даражаси	Терапевтик даража	2,0-4,0 ммоль/л
	Магний даражаси ошганда қуйдаги симптомлар пайдо бўлиши мумкин: иссиқликни сезиш, кўришнинг иккиланиши	
	Ноаниқ тутқи	3,8-5,0 ммоль/л
	Пай рефлекслари чақирилмаслиги	> 5,0 ммоль /л
	Нафас олишнинг сусайиши	> 6,0 ммоль/л
	Нафас олишнинг тўхтаб қолиши	6,3-7,1 ммоль/л
	Юрак уришининг тўхтаб қолиши	> 12,0 ммоль/л
Магнийнинг токсиклиги	<p>4 соат мобайнида < 100 мл диурез: магний токсиклигининг клиник симптомлари кузатилмаса, миқдори 0,5 г/соатига камайишига қаралади.</p> <ul style="list-style-type: none"> • магнийнинг суммар юборилган миқдорини кўриб чиқиш, суюқлик баланси ва йўқотилган қон ҳажмига эътибор бериш <p>Пай рефлекслари чақирилмаслиги:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пай рефлекслари тиклангунга қадар магний сульфатини юборишни тўхтатиш <p>Нафас олишнинг сусайиши:</p> <ul style="list-style-type: none"> • магний сульфатини юборишни тўхтатиш • кислород ниқоб орқали кислород бериш, онг бузилиши туфайли беморни хавфсиз ҳолатга ётқизиш • диққат билан назорат қилиш <p>Нафас олишнинг тўхтаб қолиши:</p> <ul style="list-style-type: none"> • магний сульфатини юборишни тўхтатиш • в/и 10% ли 10 мл кальций глюконатини юбориш • зудлик билан интубация қилиш ва ўпкани вентиляция қилиш <p>Юрак уришининг тўхтаб қолиши:</p> <ul style="list-style-type: none"> • юрак-ўпка реанимациясини бошлаш • магний сульфатини юборишни тўхтатиш • в/и кальций глюконатини юбориш • зудлик билан интубация қилиш ва ўпкани вентиляция қилиш • зудлик билан туғдириб олиш 	
Антидоти	в/и 10 дақ. ичида 10% ли 10 мл кальций глюконатини юбориш	

Массив томир ичи гемолизини даволаш

Массив томир ичи гемолизи ташхиси қўйилганда (қон ва сийдикда эркин гемоглобин аниқланиши) ва шошинч равишда гемодиализни ўтказишга имконият бўлмаганда, касалликни консерватив тактикаси билан олиб бориш буйрак функциялари сақланиб қолишини таъминлаши мумкин. Клиник кўринишга кўра бир нечта вариантлар билан консерватив тактикада олиб бориш мумкин.

Сақланган диурезда (> 0,5 мл/кг/соатига):

- Ифодаланган метаболик ацидозда (рН < 7,2) буйрак найчаларида гематин ҳосил бўлишини олдини олиш учун 100-200 мл 4% ли натрий гидрокарбонати юборилади.
- 1000 мл/соатигача тезликда 60-80 мл/кг ҳисобидан тўла қийматли кристаллоид эритмалари в/и юборилади.
- Параллель равишда салуретиклар билан диурез стимуляция қилинади – диурез темпини ушлаб туриш учун 150-200 мл/соатигача тезликда 20-40 мг дан фуросемид юборилади.
- Қон ва сийдикда эркин гемоглобиннинг даражаси пасайиши ўтказилаётган даволаш чора-тадбирлари самара бераётганлигидан далолат беради.

Олиго- ёки анурияда:

- Магний сульфати бекор қилинади ва юбориладиган суюқлик ҳажми (фақат кўринадиган йўқотишларни коррекциялаш учун) тўлиқ бекор қилинмагунга қадар чекланади ва буйрак етишмовчилиги тасдиқланганда буйрак ўрнини босувчи терапия (гемофилтрация, гемодиализ) ўтказилади:
 - АҚБ барқарорлашгандан ва 100 мг фуросемид ёрдамида диурез стимуляция қилингандан, шунингдек, инфузион терапия бошлангандан кейин 6 соат мобайнида < 0,5 мл/кг/соатига диурезнинг темпида;
 - 1,5 баробарга зардоб креатининининг секин ортиши ёки > 25% га гломеруляр филтрация тезлигининг пасайиши ёки буйрак дисфункцияси ривожланиши ва RIFLE таснифи бўйича «I» ёки «F» босқичдаги ёки AKIN ёки KDIGO таснифи бўйича 2-3 босқичдаги буйрак етишмовчилиги.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. 2008; <http://www.gipertonik.ru/files/any/recommendations>.
2. Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), Москва, 2020.
3. Brown M.A., Magee L.A., Kenny L.C., Karumanchi S.A., McCarthy F.P., Saito S., et al. The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* 2018; 13:291–310.
4. Poon L.C., Shennan A., Hyett J.A., Kapur A., Hadar E., Divakar H., et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynecol Obstet.* 2019; 145(S1):1–33.
5. Jim B., Karumanchi S.A. Preeclampsia: Pathogenesis, Prevention, and Long-Term Complications. *Semin Nephrol.* 2017; 37(4):386–97.
6. Thilaganathan B. Pre-eclampsia and the cardiovascular-placental axis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2018; 51(6):714–7.
7. NICE guideline. Hypertension in Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am J Obs Gynecol.* 2019; 77(1):S1-s22.
8. Bollig K.J., Jackson D.L. Seizures in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018; 45(2):349–67.
9. Birkhoelzer S., Belcher A., Peet H. Diagnostic dilemma: Severe thrombotic microangiopathy in pregnancy. *J Intensive Care Soc.* 2017; 18(4):348–51.
10. APPEL G.B. Thrombotic microangiopathies: Similar presentations, different therapies. *Cleve Clin J Med.* 2017; 84(2):114–30.
11. Elayoubi J., Donthireddy K., Nemaakayala D.R. Microangiopathies in pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2018; :bcr-2017-221648.
12. Huerta A., Arjona E., Portoles J., Lopez-Sanchez P., Rabasco C., Espinosa M., et al. A retrospective study of pregnancy-associated atypical hemolytic uremic syndrome. *Kidney Int.* 2018; 93(2):450–9.
13. Козловская Н.Л., Прокопенко Е.И., Эмирова Х.М., Серикова С.Ю. Клинические рекомендации по диагностике и лечению атипичного гемолитико-уремического синдрома. Научное общество нефрологов России. *Нефрология и диализ.* 2014; 17:242–64.
14. Nissaisorakarn P., Sharif S., Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016; 18(12):131.
15. Metoki H., Iwama N., Ishikuro M., Satoh M., Murakami T., Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017; 40(2):107–9.
16. Côté A.-M., Brown M.A., Lam E., von Dadelszen P., Firoz T., Liston R.M., et al. Diagnostic accuracy of urinary spot protein:creatinine ratio for proteinuria in hypertensive pregnant women: systematic review. *BMJ.* 2008; 336(7651):1003–6.
17. Morris R.K., Riley R.D., Doug M., Deeks J.J., Kilby M.D. Diagnostic accuracy of spot urinary protein and albumin to creatinine ratios for detection of significant proteinuria or adverse

- pregnancy outcome in patients with suspected pre-eclampsia: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012; 345:e4342.
18. Mol B.W.J., Roberts C.T., Thangaratinam S., Magee L.A., de Groot C.J.M., Hofmeyr G.J. Pre-eclampsia. *Lancet (London, England)*. 2016; 387(10022):999–1011.
 19. Moroz L.A., Simpson L.L., Rochelson B. Management of severe hypertension in pregnancy. *Semin Perinatol*. 2016; 40(2):112–8.
 20. Sobhy S., Dharmarajah K., Arroyo-Manzano D., Navanatnarajah R., Noblet J., Zamora J., et al. Type of obstetric anesthesia administered and complications in women with preeclampsia in low- and middle-income countries: A systematic review. *Hypertens pregnancy*. 2017; 36(4):326–36.
 21. Regitz-Zagrosek V., Roos-Hesselink J.W., Bauersachs J., Blomström-Lundqvist C., Cífková R., De Bonis M., et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018; 39(34):3165–241.
 22. Williams B., Mancia G., Spiering W., Agabiti Rosei E., Azizi M., Burnier M., et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018; 39(33):3021–104.
 23. Nielsen L.H., Sundtoft I., Vestgaard M.J., Persson L., Storgaard L., Salvig J.D., et al. Hypertension og præeklamsi Indholdsfortegnelse. 2018.
 24. Webster K., Fishburn S., Maresh M., Findlay S.C., Chappell L.C., Guideline Committee. Diagnosis and management of hypertension in pregnancy: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2019; 366:l5119.
 25. Pratt J.J., Niede P.S., Vogel J.P., Oladapo O.T., Bohren M., Tunçalp Ö., et al. Alternative regimens of magnesium sulfate for treatment of preeclampsia and eclampsia: a systematic review of non-randomized studies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95(2):144–56.
 26. Okusanya B.O., Oladapo O.T., Long Q., Lumbiganon P., Carroli G., Qureshi Z., et al. Clinical pharmacokinetic properties of magnesium sulphate in women with pre-eclampsia and eclampsia. *BJOG*. 2016; 123(3):356–66.
 27. Alavifard S., Chase R., Janoudi G., Chaumont A., Lanes A., Walker M., et al. First-line antihypertensive treatment for severe hypertension in pregnancy: A systematic review and network meta-analysis. *Pregnancy Hypertens*. 2019; 18:179–87.
 28. Ogura S., Suzuki J., Suzuki H. Antihypertensive drug therapy for women with non-severe hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Hypertens Res*. 2019; 42(5):699–707.
 29. Abalos E., Duley L., Steyn D.W., Gialdini C. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 10:CD002252.
 30. Sridharan K., Sequeira R.P. Drugs for treating severe hypertension in pregnancy: a network meta-analysis and trial sequential analysis of randomized clinical trials. *Br J Clin Pharmacol*. 2018; 84(9):1906–16.
 31. Webster L.M., Conti-Ramsden F., Seed P.T., Webb A.J., Nelson-Piercy C., Chappell L.C. Impact of Antihypertensive Treatment on Maternal and Perinatal Outcomes in Pregnancy Complicated by Chronic Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2017; 6(5).
 32. Braunthal S., Brateanu A. Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE open Med*. 2019; 7:2050312119843700.

33. Joly B.S., Coppo P., Veyradier A. An update on pathogenesis and diagnosis of thrombotic thrombocytopenic purpura. *Expert Rev Hematol.* 2019; 12(6):383–95.
34. Padmanabhan A., Connelly-Smith L., Aqui N., Balogun R.A., Klingel R., Meyer E., et al. Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice – Evidence-Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Eighth Special Issue. *J Clin Apher.* 2019; 34(3):171–354.
35. Matsumoto M., Fujimura Y., Wada H., Kokame K., Miyakawa Y., Ueda Y., et al. Diagnostic and treatment guidelines for thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP) 2017 in Japan. *Int J Hematol.* 2017; 106(1):3–15.
36. Shatzel J.J., Taylor J.A. Syndromes of Thrombotic Microangiopathy. *Med Clin North Am.* 2017; 101(2):395–415.
37. Romero S., Sempere A., Gómez-Seguí I., Román E., Moret A., Jannone R., et al. Practice guidelines for the emergency treatment of thrombotic microangiopathy. *Med Clin (Barc).* 2018; 151(3):123.e1-123.e9.
38. Fox L.C., Cohn S.J., Kausman J.Y., Shortt J., Hughes P.D., Wood E.M., et al. Consensus opinion on diagnosis and management of thrombotic microangiopathy in Australia and New Zealand. *Nephrology (Carlton).* 2018; 23(6):507–17.
39. Stefanovic V. The Extended Use of Eculizumab in Pregnancy and Complement Activation–Associated Diseases Affecting Maternal, Fetal and Neonatal Kidneys-The Future Is Now? *J Clin Med.* 2019; 8(3):407.
40. Yıldız S., Demirkan F. What is the evidence for the role of therapeutic apheresis in the management of complement-associated thrombotic microangiopathies? *Transfus Apher Sci.* 2018; 57(1):31–4.
41. Ipe T.S., Pham H.P., Williams L.A. Critical updates in the 7 th edition of the American Society for Apheresis guidelines. *J Clin Apher.* 2018; 33(1):78–94.
42. Winters J.L. Plasma exchange in thrombotic microangiopathies (TMAs) other than thrombotic thrombocytopenic purpura (TTP). *Hematol Am Soc Hematol Educ Progr.* 2017; 2017(1):632–8.
43. Sridharan M., Go R.S., Willrich M.A. V. Atypical hemolytic uremic syndrome: Review of clinical presentation, diagnosis and management. *J Immunol Methods.* 2018; 461:15–22.
44. Cheong H. Il, Jo S.K., Yoon S.-S., Cho H., Kim J.S., Kim Y.O., et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Atypical Hemolytic Uremic Syndrome in Korea. *J Korean Med Sci.* 2016; 31(10):1516.
45. Almoshary M.A., Alswyeh R., Edrees B.M.B. Successful Treatment of Atypical Hemolytic Uremic Syndrome With Therapeutic Plasma Exchange in a 3.8-kg Neonate. *Ther Apher Dial.* 2017; 21(2):207–8.
46. Lees C., Marlow N., Arabin B., Bilardo C.M., Brezinka C., Derks J.B., et al. Perinatal morbidity and mortality in early-onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 42(4):400–8.
47. Bilardo C.M., Hecher K., Visser G.H.A., Papageorghiou A.T., Marlow N., Thilaganathan B., et al. Severe fetal growth restriction at 26-32 weeks: key messages from the TRUFFLE study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017; 50(3):285–90.
48. Norwitz E.R., Funai E.F. Expectant management of preterm preeclampsia with severe features. *UpToDate.* 2019.

49. WHO. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care*. 3rd editio. Geneva: World Health Organization.; 2015.
50. Vigil-DeGracia P., Ludmir J., Ng J., Reyes-Tejada O., Nova C., Beltré A., et al. Is there benefit to continue magnesium sulphate postpartum in women receiving magnesium sulphate before delivery? A randomised controlled study. *BJOG*. 2018; 125(10):1304–11.
51. Hossain M.A., Karmoker R.K., Rahman M.S., Rashid H.O., Khan S.H., Rahman M.A. Comparison of Outcome of Eclamptic Patient Following Vaginal Delivery versus Caeserian Delivery by Spinal Anaesthesia. *Mymensingh Med J*. 2018; 27(2):275–9.
52. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*. 2016; 124(2):270–300.
53. Amro F.H., Moussa H.N., Ashimi O.A., Sibai B.M. Treatment options for hypertension in pregnancy and puerperium. *Expert Opin Drug Saf*. 2016; 15(12):1635–42.
54. Cífková R., Johnson M.R., Kahan T., Brguljan J., Williams B., Coca A., et al. Peripartum management of hypertension. A position paper of the ESC Council on Hypertension and the European Society of Hypertension. *Eur Hear journal Cardiovasc Pharmacother*. 2019.
55. O’Gorman N., Wright D., Syngelaki A., Akolekar R., Wright A., Poon L.C., et al. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214(1):103.e1-103.e12.
56. O’Gorman N., Wright D., Poon L.C., Rolnik D.L., Syngelaki A., Wright A., et al. Accuracy of competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks’ gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017; 49(6):751–5.
57. Zhong Y., Zhu F., Ding Y. Serum screening in first trimester to predict pre-eclampsia, small for gestational age and preterm delivery: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015; 15:191.
58. Maruotti G.M., Saccone G., Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017; 30(8):972–6.
59. Poon L.C., Galindo A., Surbek D., Chantraine F., Stepan H., Hyett J., et al. From first-trimester screening to risk stratification of evolving pre-eclampsia in the second and third trimesters of pregnancy: a comprehensive approach. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2019.
60. Zeisler H., Llurba E., Chantraine F., Vatish M., Staff A.C., Sennström M., et al. Predictive Value of the sFlt-1:PIGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2016; 374(1):13–22.
61. Perales A., Delgado J.L., de la Calle M., García-Hernández J.A., Escudero A.I., Campillos J.M., et al. sFlt-1/PIGF for prediction of early-onset pre-eclampsia: STEPS (Study of Early Pre-eclampsia in Spain). *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017; 50(3):373–82.
62. Di Mascio D., Magro-Malosso E.R., Saccone G., Marhefka G.D., Berghella V. Exercise during pregnancy in normal-weight women and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 215(5):561–71.
63. Hofmeyr G.J., Lawrie T.A., Atallah Á.N., Torloni M.R. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane database Syst Rev*. 2018; 10:CD001059.
64. Рекомендации по лечению больных с артериальной гипертензией. Европейское общество кардиологов. 2018 г.



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING
BUYRUG‘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 мувофиқ;

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

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

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

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

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

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

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

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

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.Тажиев) 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