

HOMILADORLIKDA ARTERIAL GIPERTENZIYA: SABABLARI, KLINIK BELGILARI VA DAVOLASH USULLARI

Abdukarimova Sevara Rustam qizi

Toshkent Davlat Tibbiyot

Universtitetining 4-bosqich talabasi

Annotatsiya: Ushbu maqolada homiladorlikda kechadigan qon bosimi, uning rivojlanayotgan homilaga tasiri, ona va bola uchun xavf omillari va ularni davolash va profilaktikasi yoritilgan. Maqolada homiladorlik davrida rivojlanadigan gestatsion gipertenziya, preeklampsiya hamda og‘ir asorat sifatida yuzaga keladigan eklampsiya holatlarining sabablari klinik belgilari, diagnostikasi va davolash usullari ko‘rib chiqilgan.

Kalit so‘zlar: arterial gipertenziya, gestatsion gipertenziya, preeklampsiya, eklampsiya, qon bosimi, protenuriya, shish.

Homiladorlik davrida ayol organizmida turli fiziologik o‘zgarishlar sodir bo‘ladi. Ba’zi holatlarda ushbu o‘zgarishlar fonida arterial qon bosimining oshishi kuzatilishi mumkin. Homiladorlikda uchraydigan gipertenziya akusherlik amaliyotida muhim muammolardan biri hisoblanadi, chunki u ona va homila salomatligiga jiddiy ta’sir ko‘rsatishi mumkin. Ayniqsa, gestatsion gipertenziya, preeklampsiya va og‘ir holatlarda eklampsiya rivojlanishi homiladorlik jarayonining asoratlanishiga olib keladi. Shu sababli homiladorlik davrida qon bosimini nazorat qilish, kasallikni erta aniqlash va o‘z vaqtida davolash muhim ahamiyat kasb etadi.

Homiladorlikning istalgan davrida yuqori qon bosimi yoki gipertenziya bo‘lishi mumkin. Homiladorlikda qon bosimi oshishi ayolga ko‘proq ta’sir etadi. Agar u davolanmasa, kasallik o‘zining va bo‘lajak farzandining sog‘ligi bilan bog‘liq jiddiy muammolarni keltirib chiqarishi mumkin.

Homiladorlikda gipertenziya -qon bosimi 140/90 mmHg ustunidan yuqori yoki shunga teng bo‘lsa, qon bosimi yuqoriligini bildiradi. Homilador ayollar yuqori qon bosimini 3 turidan birini boshdan kechirishlari mumkin, bular: surunkali gipertenziya, homiladorlik gipertenziviyasi va preeklampsiya. Surunkali gipertenziya bilan og‘rigan ayollar homilador bo‘lishdan oldin yuqori qon bosimi bo‘lgan yoki homiladorlikning birinchi yarmida yoki 20-haftasida ularda yuqori bosim paydo bo‘lgan bo‘lishi mumkin. Ayoldagi surunkali gipertenziya deb nomlangan bu kasallik preeklampsiya bilan birgalikda kelishi mumkin. Surunkali gipertenziviyaga ega bo‘lgan ayollarda siydikda normal miqdorda bo‘lmagan protein bo‘lishi ya’ni protenuriya bo‘lishi mumkin.

Proteinuriya - normal kechayotgan homiladorlikda buyraklar orqali oqsil ajratilishi ortadi, lekin proteinuriya patologik hisoblanmaydi, agar u 24 soat ichida 300 mg/l ga teng yoki oshgan bo‘lmasa. Proteinuriyaning paydo bo‘lishi homiladorlik davridagi gipertenziv holatining kechki simptomi hisoblanadi. Arterial qon bosimining oshishi proteinuriya bilan

birgalikda kechishi prekampsiya rivojlanishi to‘g‘risida ma’lumot beradi. Gipertoniyaning proteinuriya boshlanishi bilan bog‘liqligi noaniq. Proteinuriyaning aniq topilishi uchun 24 soat mobaynida to‘plangan siydikni ishonchli miqdoriy tekshiruv o‘tkazish zarur.

Shishlar-organizmda suyuqlikning me’yoridan ortiqcha to‘planishi natijasida shishlar yuzaga keladi. Homiladorlik davrida suyuqliklar (qon va boshqa suyuqliklar) hajmi 50% va undan ortiq ko‘payadi, bu esa bo‘lajak chaqaloqning o‘shini rag‘batlantirish uchun zarur. Ammo bu jarayon to‘qimalarda, ayniqsa oyoq sohasida suyuqlikni ushlab qolishga olib kelishi mumkin. Homilador ayollarda shishlar ko‘p uchraydi va bu juda keng tarqalgan hodisa hisoblanadi. Ular fiziologik va patologik bo‘lishi mumkin. Muhimi, ularni bir-biridan ajrata olishdir.

Fiziologik shishlar- bunday shishlar homilador ayol organizmiga tushayotgan ortiqcha yuk sababli paydo bo‘ladi. Homiladorlik davrida organizmdagi suyuqlik hajmi 1,5 litrga ortadi. Fiziologik shishlarning asosiy belgilari:

- oyoq, qo‘l va yuzning simmetrik shishi;
- jismoniy yuk kamaygach shishlarning yo‘qolishi.

Ular boshqa noxush belgilar bilan birga kuzatilmaydi. Odatda, bunday shishlar norma hisoblanadi va davolash talab etilmaydi.

Patologik shishlar esa jiddiy buzilishlarning belgisi bo‘lishi mumkin, masalan: buyrak kasalliklari yoki yurak-qon tomir tizimi patologiyalari. Patologik shishlarning asosiy belgilari:

- dam olgandan keyin ham oyoqlardagi shishlar yo‘qolmasligi;
- yuqori darajada yuz, qo‘l va qorin sohalarining shishi;
- yuqori qon bosimi, bosh og‘rig‘i va siydikda oqsil bilan birga kuzatilishi.

Agar homiladorda ushbu simptomlar kuzatilsa, darhol shifokorga murojaat qilishi zarur.

Preeklampsiya homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin, shu paytgacha normal qon bosimiga ega bo‘lgan ayollarda rivojlanadigan ko‘p tizimli kasallik hisoblanadi. Bu dunyodagi barcha homiladorliklarning 5-8 foizida uchraydi va bu butun dunyo bo‘ylab onalar va perinatal kasalliklar va o‘limning asosiy sababidir. Masalan, tug‘ruqdan oldin uzluksiz tekshiruvlar juda cheklangan bo‘lgan. Agar preeklampsiya davolanmasa insult, organ etishmovchiligi, erta tug‘ilish va yoki homila o‘shini cheklash kabi o‘ta jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin.

Preeklampsiya ozi nima? Preeklampsiya homiladorlikning o‘rtalarida (20-haftadan keyin) yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan jiddiy kasallikdir. Preeklampsiya bilan og‘rigan odamlarda yuqori qon bosimi, siydikdagi oqsil, shishish, bosh og‘rig‘i va ko‘rishning xiralashishi kuzatiladi. Preeklampsiya homiladorlik yoki tug‘ruqdan keyingi davrda yuzaga keladigan onaning endotelial disfunktsiyasi bilan tavsiflanadi. Bu platsentaning rivojlanishi va faoliyati bilan bog‘liq asoratlar tufayli yuzaga keladi. Preeklampsiya qon tomirlarining siqilishiga olib keladi, bu esa yo‘ldoshga qon oqimining yetarli bolmasligiga olib keladi. Yetarli darajada ta’minlanmagan platsenta yallig‘lanishni boshlaydi, natijada qon tomirlarining endotelial qoplamasi shikastlanadi. Ushbu zanjirli reaktsiya qon tomirlarining

tizimli siqilishiga, tomirlarning o'tkazuvchanligini oshirishga, qon ivishining buzilishiga va natijada organlarning shikastlanishiga olib keladi. Preeklampsiya buyraklar, jigar, miya va o'pkalarni o'z ichiga olgan bir nechta organ tizimlarining ishiga ta'sir qilishi mumkin. Preeklampsiyani homiladorlik gipertenzijasidan ajratish muhimdir, gipertenziyada siydikda proteinsiz yoki boshqa organlarga shikast etkazmasdan homiladorlikda yuqori qon bosimi. Ba'zi hollarda homiladorlik gipertenziyasi preeklampsiga o'tishi mumkin, ammo ular alohida hodisalardir.

Gestatsion gipertenziya - qon bosimi sistolik ≥ 140 mmHg yoki diastolik ≥ 90 mmHg bo'lib, homiladorlikning 20-xaftasidan keyin siydikda oqsil bo'lmagan yoki so'nggi a'zolar disfunktsiyasi bo'lmagan, ilgari qon bosimi normal bo'lgan shaxsda rivojlanadi. Ba'zilar o'tib ketadi, boshqalari esa preeklampsiyaga aylanadi.

Yengil preeklampsiya - proteinuriya yoki organlar disfunktsiyasining yengil shakllari, ya'ni buyraklar, jigar funktsiyasining buzilishi homiladorlikning 20-haftasidan keyin rivojlanadigan gipertenziya. Qon bosimi esa sistolik ≥ 120 mmHg yoki diastolik ≥ 90 mmHg, yengil darajadagi bosh og'rig'i, ko'rishning buzilishlar, past trombotsitar ko'rsatgich kuzatilishi mumkin.

Og'ir xususiyatlarga ega preeklampsiyada :kamida to'rt soatlik oraliqda ikki ko'rsatkichda sezilarli darajada ko'tarilgan qon bosimi sistolik ≥ 160 mmHg yoki diastolik ≥ 110 mmHg yoki organlar disfunktsiyasi ,ya'ni og'ir proteinuriya, jigar funktsiyasining sezilarli darajada buzilishi, qattiq bosh og'rig'i, ko'rish buzilishi, o'pka shishi bilan, past trombotsitar ko'rsatgich

Eklampsiya - ona va bola hayotiga xavf soluvchi holat bo'lib, preeklampsiyalı bemorlarda bir yoki undan ko'p talvasalar paydo bo'lishi boshqa turdagi miya buzilishlariga aloqasi yo'qligi (epilepsiya yoki miyaga qon quyilishi). Talvasalar tug'ruqdan oldin, perinatal va chilla davrida paydo bo'lishi mumkin va gipertenziya og'irlik darajasiga bog'lanmagan holda yuz beradi. Eklampsiyada shoshilinch tibbiy yordam zarur bo'lib, koma, miya shikastlanishi va ona yoki homila o'limiga olib kelishi mumkin.

Davolash – homiladorlik davridagi gipertenziya holatini davolashda, turli medikamentoz vositalar “patogenetik” deb ishlatiladigan bo'lsa-da, u mazmunga to'g'ri kelmaydi. Hozirgi kunda homiladorlik davridagi gipertenziya holatini patogenetik davolash birgina usuli homiladorlikni to'xtatish hisoblanadi, qolgan barchasi asosan simptomatik effektga ega. Davo muddati - yengil preeklampsiyada - 1 hafta, og'ir preeklampsiyada - 24 soat, eklampsiyada - 6 soat.

Talvasaga qarshi asosiy terapiya bo'lib talvasaga qarshi preparatlarni adekvat ishlatilishi hisoblanadi. Hozirgi kunda talvasaga qarshi vosita sifatida magniy sulfat ishlatilmoqda, u yengil narkotik xususiyatiga ega va miya ichi bosimini pasaytiradi. Magniy sulfatining gipotenziv ta'sirini qon tomirlarning pressor moddalarga reaksiyasini pasaytirish imkoniyati bilan bog'lashadi (angiotensin II, noradrenalin). Mg ionlari Ca ionlariga antagonisti ta'sir ko'rsatishini bunga qo'shimcha qilib ko'rsatish mumkin.

Magniy sulfati - og‘ir preeklampsiya va eklampsiyada talvasalarni davolashda boshqa talvasalarga qarshi moddalar(diazepam va fenitoin) qatorida tanlash vositasi hisoblanadi. Eklapsiyani o‘rganishdagi sinovlar shuni ko‘rsatadiki , magniy sulfat bilan davolangan ayollarda diazepam va fenitoin bilan davolangandan ko‘ra, qaytalovchi xurujlar kamroq kuzatiladi, va onalar o‘limi ko‘rsatgichi bir qancha pasaygan.

Magniy sulfatni og‘ir preeklampsiya va eklampsiyada qo‘llash sxemasi:

• Yuklama doza:

- 25% - 15 ml magniy sulfatni vena ichiga 5 daqiqa ichida yuboriladi;

- so‘ng har bir dumbaga mushak orasiga magniy sulfatni 10 ml dan novokain bilan birga yuboriladi

- agar talvasa qaytarilsa, 15 daqiqadan keyin 10 ml magniy sulfati vena ichiga 5 daqiqa ichida yuboriladi

• Quvvatlab turuvchi doza

- 10 ml dan mushak orasiga har 4 soatda

- tug‘ruqdan keyin yoki oxirgi talvasadan keyin 24 soat ichida magniy sulfatni davom ettirish

- magniy sulfatini har bir qayta yubotishdan oldin quyidagilarga ishonch hosil qilish zarur:

1) nafas olish soni 16tadan kam bo‘lmasligi kerak

2) tizza reflekslari mavjudligi

3) oxirgi 4 soat ichida diurezning 30 ml/soatdan kam bo‘lmasligi.

Magniy sulfat kiritishni kechiktirish yoki yubormaslik zarur agar:

1) Nafas olish soni 16dan kam bo‘lsa

2)Tizza reflekslari kuzatilmasa

3) So‘nggi 4 soat ichida diurez 30 ml/soatdan kam bo‘lsa, antidot qo‘llash

- Kalsiy glyukonat vena ichiga 10% sekinlik bilan nafasi tiklanguncha yuborish zarur.

Profilaktikasi - homiladorlik paytidagi gipertenziv holatlarning oldini olish hozirgi zamonda murakkab vazifalardan hisoblanadi, lekin shunga qaramay tug‘ish yoshidagi ayollarda sog‘lomlashtirish ishlarni olib borish maqsadga muvofiqdir. Ayniqsa’ ekstragenital kasalliklari bor ayollarga katta e‘tibor berish zarur. Shu tariqa ayollarni homiladorlikdan tashqari vaqtda sinchiklab tekshirish, rejalashtirilgan tarzda homiladorlikka tayyorlash kerak. Homiladorlik davridagi gipertenziv holatlar ko‘pincha buyrak xastaligiga, endokrin patologiyasi, yurak qon tomir va jigar kasalliklari bor ayollarda homiladorlik davridagi gipertenziya holati ko‘proq rivojlanishini e‘tiborga olib, ushbu ayollarda homiladorlik davridagi gipertenziya holatining ilk belgilarini aniqlash muhim ahamiyatga ega. Bundan tashqari, homilador ayol 18 yoshdan kichik va 35 yoshdan katta bo‘lsa ham homiladorlikni muntazam kuzatish zarur. Yuqorida ko‘rsatib o‘tgan homiladorlik davridagi gipertenziya holatiga moyilligi aniqlangan ayollarga homiladorlik paytidagi gipertenziya holatini og‘irlashtiruvchi belgilar haqida ma’lumot berish kerak, chunki bu belgilar namoyon bo‘lishi

bilan homilador tug‘ruqxonaga murojaat qilishi og‘ir preeklampsiya va eklampsiya, homiladorlik davridagi gipertenziya holatlari asoratlarning oldini olishga yordam beradi.

Foydalanilgan adabiyotlar:

Akusherlik – Y.Q. Jabborova, F.M. Ayupova

<https://www.yashodahospitals.com/uz/blog/preeclampsia-pregnancy-symptoms-causes-treatment/>

<https://lalu.uz/homiladorlikda-shishlar/>

<https://ivf.uz/uz/diseases/oteki-vo-vremya-beremennosti/>