



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (54) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (54)

2023

апрель

УДК 618.4-036.73

**ҲОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДАГИ ЯШИРИН ҚАНДЛИ ДИАБЕТ: НОХУШ
ПЕРИНАТАЛ ОҚИБАТЛАРНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИ** (Адабиётлар шарҳи)

Насирова З.А. <https://orcid.org/0000-0001-7032-2628>

Сафарова Д.Ф. <https://orcid.org/0000-0001-7032-2628>

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Адрес: 140100, Ўзбекистон, Самарқанд ш, Амир
Темур кўчаси, 18 уй. Тел./факс: (+99866) 233-30-34.

✓ **Резюме**

Ҳар йили дунё бўйлаб 40 миллионга яқин ортиқча вазнли аёлларда ҳомиладорлик содир бўлади, баъзи давлатларда ушбу асорат 60% дан кўпроқ учрайди. Ўзбекистонда аёлларнинг 25,2 %и (15-49 ёш) ортиқча вазнга эга, ҳомиладор аёлларнинг 15,5 %и семизликдан азият чекади.

Ушбу шарҳда ортиқча вазннинг ҳомиладорликни асоратлари ва оқибатларига таъсири муҳокама этилади. Ортиқча вазн - бенуштлиқ, ҳомилани кўтаролмаслик, ҳомиладорликнинг асоратлари, тузғуқдаги асоратлар, ҳомила ва оналар ўлимнинг катта хавф омилдир. Мазкур хавфларнинг барчаси ҳомиладорлик пайтида ҳаддан ташқари вазн ортиши билан ҳам боғлиқ.

Калит сўзлар: Ҳомиладорлик пайтидаги яширин қандли диабет, нохуш перинатал оқибатларнинг хавф омиллари, бенуштлиқ, ҳомилани кўтаролмаслик, ҳомиладорликнинг асоратлари, тузғуқдаги асоратлар, ҳомила ва оналар ўлими.

**ЛАТЕНТНЫЙ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ФАКТОРЫ
РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ** (Обзор литературы)

Насирова З.А., Сафарова Д.Ф.

Самаркандский государственный медицинский университет

✓ **Резюме**

Ежегодно во всем мире происходит около 40 миллионов беременностей с избыточной массой тела, в некоторых странах это осложнение встречается более 60%. В Узбекистане 25,2% женщин (15-49) имеют избыточный вес, 15,5% беременных женщин страдают ожирением.

В этом обзоре обсуждается влияние избыточного веса на осложнения и исходы беременности. Избыточный вес является значительным фактором риска бесплодия, невынашивания беременности, осложнений беременности, осложнений в родах, а также внутриутробной и материнской смертности. Все эти риски также связаны с чрезмерным увеличением веса во время беременности. Поскольку женщинам часто трудно сбросить вес, набранный во время беременности, чрезмерное увеличение веса во время беременности также может подвергнуть будущие беременности риску неблагоприятных исходов. Большая прибавка веса между беременностями также является фактором, определяющим повышенный риск будущих беременностей.

Ключевые слова: скрытый сахарный диабет при беременности, факторы риска неблагоприятных перинатальных исходов, бесплодие, бесплодие, осложнения беременности, акушерские осложнения, внутриутробная и материнская смертность.

**LATENT DIABETES MELLITUS IN PREGNANCY: RISK FACTORS FOR ADVERSE
PERINATAL OUTCOMES** (Literature review)

Nasirova Z.A., Safarova D.F.

Samarqand State Medical University

✓ Resume

Every year around 40 million overweight pregnancies occur worldwide, in some countries this complication occurs in more than 60%. In Uzbekistan, 25.2% of women (15-49) are overweight, 15.5% of pregnant women are obese. This review discusses the impact of being overweight on pregnancy complications and outcomes. Being overweight is a significant risk factor for infertility, miscarriage, pregnancy complications, complications in childbirth, and fetal and maternal mortality. All of these risks are also associated with excessive weight gain during pregnancy. Since it is often difficult for women to shed the weight gained during pregnancy, excessive weight gain during pregnancy can also put future pregnancies at risk for adverse outcomes. Large weight gain between pregnancies is also a factor in the increased risk of future pregnancies.

Key words: Occult diabetes during pregnancy, risk factors for adverse perinatal outcomes, infertility, pregnancy complications, obstetric complications, fetal and maternal mortality.

Долзарблиги

Бугунги кунда туғиш ёшидаги аёллар ўртасида ортикча вазн ва қандли диабет пандемияси кучайиб, жиддий муаммо бўлиб ҳисобланмоқда. Тана вазн индекси 25 кг/м^2 дан юқори бўлган аёллар кўпинча ҳомиладор бўлиш, ҳомиладорлик билан боғлиқ муаммоларга эга бўлиб, улар ТВИ 24 кг/м^2 ва ундан кам бўлган аёлларга қараганда ҳомила тушиши ва ҳомиланинг ўлик туғилиши хавфига кўпроқ дучор бўлишади. Ҳомиладорлик даврида ортикча вазн ҳомилани кўтаролмаслик, гестацион қандли диабет, гипертензив ҳолатлар ҳамда она ва бола учун туғиш пайтидаги асоратлар хавфининг ривожланишида асосий механизм ҳисобланади. Ҳомиладорлик даврида аёллар ўз соғлиғига жуда эҳтиёт бўлишади, бироқ овқатланиш, жисмоний фаоллик бўйича тавсияларнинг етарли даражада эмаслиги, тиббиёт ходимлари томонидан қўйиладиган стигмалар, мазкур масалалар бўйича маслаҳат беришни истамаслик аёллар ва уларнинг янги туғилган чақалоқларининг соғлиғини хавф остига қўяди. Ҳомиладорлик пайтида ортикча вазнга эга бўлиш ва туғруқдан кейин ушбу вазни сақлаб қолиш истикболдаги ҳомиладорликлар хавфини оширади [2,14].

Ҳар йили дунё бўйлаб 40 миллионга яқин ортикча вазнли аёлларда ҳомиладорлик содир бўлади, баъзи давлатларда ушбу асорат 60% дан кўпроқ учрайди. Ўзбекистонда аёлларнинг 25,2 %и (15-49 ёш) ортикча вазнга эга, ҳомиладор аёлларнинг 15,5 %и семизликдан азият чекади.

Ушбу шарҳда ортикча вазннинг ҳомиладорликни асоратлари ва оқибатларига таъсири муҳокама этилади. Ортикча вазн - бепуштлиқ, ҳомилани кўтаролмаслик, ҳомиладорликнинг асоратлари, туғруқдаги асоратлар, ҳомила ва оналар ўлимининг катта хавф омилidir. Мазкур хавфларнинг барчаси ҳомиладорлик пайтида ҳаддан ташқари вазн ортиши билан ҳам боғлиқ.

Аёллар учун кўпинча ҳомиладорлик пайтида ортирилган вазндан халос бўлиш қийин бўлганлиги сабабли, ҳомиладорлик даврида вазннинг ҳаддан ташқари ортиши ҳам истикболдаги ҳомиладорликни салбий оқибатлар хавфига дучор этиши мумкин. Ҳомиладорликлар орасида катта вазн ортиши ҳам бўлғуси ҳомиладорликларнинг юқори хавфини белгиловчи омил бўлиб ҳисобланади [9].

1-жадвал.

Ҳомиладорлик даврида вазн ортиши бўйича тавсиялар

Ҳомиладорликдан олдин тана вазн индекси	Ҳомиладорликда вазннинг оптимал ортиши
Вазн етишмаслиги $<18,5$	13–18
Меъёрдаги вазн $18,5–24,9$	11–16
Ортикча вазн $25–29,9$	7–11
Семизлик > 30	5–9

Гестацион вазн ортиши (GWG) ҳомила ва онанинг таркибий қисмларини ўз ичига олади. Плацента, амниотик суюқлик ва ҳомила тўқималарининг ривожланиши учун ҳомила томонидан масса тўпланади. Вазн ортишининг тегишли диапазонлари аёлнинг ҳомиладорликдан олдинги ТВИга боғлиқ. Ҳомиладорликдан олдин вазн етишмаслиги кузатилган аёллар вазннинг

номувофиқ ортиши билан боғлиқ асоратларни олдини олиш учун кўпроқ вазн орттиришлари керак, семизлик қайд этилган аёллар эса вазннинг ҳаддан ташқари ортишига йўл қўймаслик учун вазн ортишини назорат қилишлари лозим.

Ҳомиладорликнинг асоратлари

Ортиқча вазнли ёки семизлик қайд этилган аёлларда ҳомиладорлик пайтида асоратлар хавфи юқорироқ бўлади. Асосий асоратлар гестацион қандли диабет бўлиб, бунда ҳам она ва бола учун хавф келтириб чикаради [12,15].

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишлар

Агар ҳомиладорликдан олдин гипертензия мавжуд бўлмаган ва ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан олдинроқ юзага келмаган, шунингдек ҳомиладорликнинг охириги триместрида қон босими гипертензиянинг одатдаги бўсага қийматларидан (систолик 140 мм симоб устун/диастолик 90 мм симоб устун) ошиб кетган бўлса, у гестацион гипертензия (ГГТ) деб аталади. Аксарият ҳолларда вазн ортиши жиддий муаммо эмас, аммо асоратларнинг ривожланишини аниқлаш учун ҳолатни диққат билан кузатиб бориш зарур (протеинурия учун мунтазам текширув ва қўшимча пренатал ташрифлар). Агар қон босими 160/110 мм симоб устунидан ошса, ушбу ҳолат онанинг ҳам, боланинг ҳам ҳаётига хавф туғдирадиган шошилишч акушерлик ёрдами сифатида баҳоланади. Шунингдек, ортиқча вазнли аёлларда туғруқдан кейин юзага келиши мумкин бўлган барча асоратлар, жумладан, қон кетишнинг хавфи юқори бўлади. Антигипертензив дори воситаларига қўшимча равишда, ортиқча вазн турмуш тарзини ўзгартириш, жумладан, вазнни назорат қилиш ва овқат рационидида натрий таркибини камайтириш орқали бошқарилади. Асосан ортиқча вазнли ва семизлик қайд этилган аёллар популяциясида DASH парhezига кўпроқ риоя қилиш диастолик қон босимининг пастлиги ва ўртача қон босими билан боғлиқ бўлган. Гестацион гипертензия одатда туғруқдан кейинги 3 ой ичида йўқолади, аммо сурункали гипертензия ривожланса, кейинги кузатув тавсия этилади [4,16].

Ортиқча вазн ва семизлик гестацион гипертензия учун белгиланган хавф омиллари ҳисобланади. Relph et al. ўзининг катта когортасида таъкидлашича, ушбу касаллик фақат 2,6% нормал вазнли аёлларда ривожланган, касалликнинг тарқалиши ортиқча вазнли аёлларда 4,7%ни, семизлик қайд этилган аёлларда 7,8%ни ва оғир даражали семизлик кузатилган аёлларда 10%дан ортиқни ташкил этган [13]. ГГТ учун хавф омиллари моделлаштирилган тадқиқот ТВИ>25кг м⁻² ГГТ ривожланишининг энг катта предиктори бўлишини кўрсатди [13,17].

Гестацион қандли диабет

Ҳомиладорлик – инсулинга резистентлик ҳолатидир. Инсулинга резистентлик (кейинги сатрларда ИР) - хужайраларнинг инсулин таъсирига сезгирлигини пасайиши бўлиб, ушбу ҳолат қонда инсулин ва глюкоза концентрациясининг ошишига ва кейинчалик қандли диабет 2-типининг ривожланишига олиб келади [3,11].

Физиологик ва патологик инсулинга резистентлик мавжуд. Ҳомиладорлик пайтидаги инсулинга резистентлик – тез ўсиб боровчи ҳомила учун углеводларнинг мувофиқ тушишини таъминлаш мақсадида онанинг физиологик мослашувидир. Глюкоза плацента энергиянинг асосий субстрати ҳисобланади [1,5,13].

ИР нинг кучайиб бориши ҳомиладорликнинг ривожланиши билан содир бўлади (зардобдаги инсулин даражаси 3-триместрда 2-триместрга қараганда ва 2-триместрда 1-триместрга қараганда сезиларли даражада юқори бўлади). Ҳомиладорликнинг тўғри кечишида у ҳомиланинг нормал ўсишига ёрдам беради. Туғруқдан кейин инсулин концентрацияси тезда пасаяди ва параллел равишда инсулинга сезгирлик тикланади [2,13,16].

Ортиқча вазнли аёлларда ҳомиладорлик кўпинча асоратлар билан кечади, улар презклампсия ва гестацион диабет ривожланишига мойилроқ бўлишади. Туғруқдан кейин инсулинга сезгирлик нафақат тикланмайди, балки қандли диабет, дислипидемия ва гипертония ривожланишининг хавфи ҳам ортади [1,13].

Агар аёл семизлик ва/ёки қандли диабет билан касалланган ҳолда ҳомиладор бўлса, ушбу ҳолат нафақат онанинг саломатлиги, балки ҳомила учун ҳам салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Онанинг гипергликемияси ҳомиланинг гипергликемияси ва гиперинсулинемиясига олиб келади,

кайсиким кенг тарқалган ва жиддий асоратлардан бири бўлган ҳомила макросомиясини келтириб чиқаради [5,10].

Ушбу метаболик фонда баъзи аёлларда ГҚД ривожланади, мазкур ҳолат эса ҳомилада ҳам, кейинроқ гўдаклар учун ҳам бир қатор салбий оқибатларга олиб келади. Макросомия энг кўп учрайдиган ҳолатдир. Макросомияли гўдаклар туғилганида 4,5 кг дан ортиқ вазнда бўлишади, ушбу ҳолат эса кесарча кесишлар сонининг ошишига олиб келади, чунки нормал туғруқ пайтида туғруқ йўллари орқали ҳомиланинг ўтиши елкачалар дистоцияси, суяклар синиши ва субконъюнктивал қон қуйилишлар хавфини оширади. ГҚД юрак туғма нуқсони хавфини оширади. ГҚДли аёллардан туғилган болаларда болалик давридаги семизлик хавфи юқори бўлади [1,6,13].

Семизлик ва ГҚД ўртасидаги боғлиқлик батафсил қайд этилган. Вазиятни назорат қилиш ва когорт тадқиқотларининг тизимли шарҳлари ва мета-таҳлиллари шуни кўрсатадики, семизлик хавфни уч маротабадан кўпроқ оширади, ортиқча висцерал ва марказий семизлик умумий семизликка қараганда каттароқ хавф омиллари ҳисобланади [13].

Ҳомиладорликдан олдинги ва ҳомиладорликнинг эрта муддатларидаги ТВИ ҳомиланинг ортиқча вазни сингари ГҚДнинг ривожланиш хавфи билан боғлиқ. Relph et al. 700 000 дан ортиқ канадалик аёллар орасида бутун диапазонда ТВИнинг ортиши билан ГҚД хавфининг ҳам ортишини аниқлашди [13].

Туғруқ пайтидаги асоратлар

Семизлик ва ҳаддан ташқари гестацион тана массасининг ошиши туғруқ пайтида ва туғруқдан кейин бевосита ҳамда билвосита асоратлар хавфини оширади. Билвосита, ПЭ ва ГҚД сингари вазн билан боғлиқ ҳолатлар вақтидан олдинги туғруқ ва кесарча кесиш ҳолатлари эҳтимолини оширади. Бевосита эса туғруқ бачадон атонияси билан асоратланади. Натижада, ушбу аёлларга туғруқнинг индукцияси кўпроқ талаб этилади [7,10]. Бироқ, индукциянинг муваффақиятли бўлиш эҳтимоли камроқ бўлиб, семизлик қайд этилган аёллар вазни меъёрга бўлган аёлларга қараганда уч баробар кўпроқ индукциядан кейин шошилиш кесарча кесишга муҳтож бўлишади [6].

Туғруқ пайтидаги аралашувлар эҳтимоли семизлик қайд этилган аёлларда кўпроқ учрайди, уларда вазни меъёрга бўлган аёлларга қараганда спонтан вагинал туғруқлар эҳтимоли камроқ бўлади [8]. Энг кўп бажарилиши мумкин бўлган аралашув кесарча кесиш ҳисобланади (ҳам режавий, ҳам шошилиш), [13] қайсиким маълум даражада, тиббиёт ходимларининг бола ва она учун хавфни минималлаштириш истаги билан боғлиқдир. Кесарча кесишда соғайиш секинроқ кечади, жарроҳлик асоратлари эса семизликда кўпроқ кузатилади [3].

Туғруқдан кейинги қон кетиш аёлларнинг 5 фоизида учрайди ва туғруқ пайтида (вагинал туғруқдан кейин 500 мл дан ортиқ ёки кесарча кесишдан сўнг 1 литр) ёки кейинги кунларда (плацента қолиб кетиши натижасида) (атония ёки бачадон ёрилиши) кўп қон йўқотиш билан тавсифланади. Семизлик туғруқдан кейинги қон кетишининг асосий хавф омилларидан биридир. Туғруқдан кейин 2 соат ичида 1 литрдан ортиқ қон йўқотиш хавфи ТВИ > 25 кг/м² бўлган аёлларда кузатилган [12]. Худди шундай, Dalbye et al. семизлик қайд этилган аёлларда туғруқдан кейинги қон кетиш хавфи икки баравардан кўпроқ ошишини аниқлаган [13]. Қисман, ушбу хавф семизлик қайд этилган аёлларнинг болаларида туғилиш пайтида вазнининг ва бош айланасининг катталиги билан боғлиқ бўлиб, мазкур ҳолат кўз ёшига сабаб бўлади.

Ҳомиладорлик, афтидан, аёлларнинг соғлиғи ҳақидаги хабарларни энг кўп қабул қиладиган ва турмуш тарзини ўзгартиришга энг тайёр бўлган ҳаёт босқичидир ва у "ўрганиш лаҳзаси" сифатида тасвирланган [4]. Ўзгариш учун мотивация пайдо бўлади, чунки аёллар муайян ҳатти-ҳаракатлари билан ўзларига ва энг муҳими, боланинг соғлиғига хавф туғдириши мумкинлигини англаб етишади.

Ҳомиладорлик аёлни ўзининг оиладаги ва жамиятдаги ролини қайта кўриб чиқишга мажбур этади [5,13]. Ҳомиладорлик, шунингдек, аёлларни соғлиқни сақлаш соҳасидаги мутахассислар ҳамда саломатлик ва турмуш тарзига оид адабиётлар билан кўпроқ алоқада бўлишига олиб келади ҳамда шу тариқа ўрганиш чоғидан наф олиш мумкин бўлган йўллари очади.

Афсуски, маслаҳат ва маълумот олиш истаги аёлларни ишончсиз манбаларга мурожаат этишига олиб келиши мумкин. Интернет манбалари нафақат кечаю кундузнинг исталган вақтида фойдаланиш мумкин бўлган афзалликларга эга, балки уларда хатоликлар ва атайлаб нотўғри маълумотлар ҳам мавжуд. Интернет манбалари ҳомиладор аёлларнинг қарорига катта таъсир кўрсатади, ушбу аёллар кўпинча тиббий ходимлардан олган маълумотлардан норози бўлишади ва мазкур ходимлар кўпинча аёлларда саволлар туғилганида узоқда бўлишади [13].

Ҳомиладорликнинг физиологик реакцияси ўз-ўзидан ҳомиладор бўлган пайтдан бошлаб парҳезли ҳатти-ҳаракатга таъсир этиши ва ушбу ҳолат вазн ортишини назорат қилувчи ўзгаришларни киритишга ёрдам бермаслиги мумкин. Кўнгил айланиши ва қусиш одатий ҳол

хисобланади, баъзида улар ҳомиладорликнинг биринчи белгиси бўлиб, ҳомиладорликнинг 2- ва 6-ҳафталари орасида юзага келади [3, 13]. 60% дан 80% гача аёллар ҳис қилган қўнғил айнаши озиқ-овқат танловига таъсир этиши мумкин ва аксарият аёллар муайян озиқ-овқат маҳсулотлари ва ичимликларга нисбатан афзалликларни ўзгартириши ҳақида хабар беришади. Одатда таркибида кофеин мавжуд бўлган ичимликлар, тухум, балиқ, гўшт ва ёғли овқатлардан воз кечилади, углеводларга бой овқатлар истеъмоли эса биринчи триместрда қўпайтирилишига мойиллик бўлади. Ширинликлар, печенье, шоколад ва пирожнийлар, шунингдек мева ва мева шарбатлари кенг тарқалган [4]. Психологик омиллар ҳам муҳимдир ва баъзи аёллар ҳомиладорлиги ва бошқа салбий ҳолатлар туфайли юзага келган безовталиқ билан курашишда овқатдан фойдаланишади [17].

Гарчи кўпчилик аёллар ҳомиладор бўлишдан олдин ўз турмуш тарзини ҳомиладорликка жавобан у ёки бу даражада ўзгартиришса-да, ўрганиш учун вақтнинг ва буни амалга ошира оладиган тиббиёт ходимининг мавжудлиги аёлларнинг тўғри танлов қилишига кафолат бермайди. Ҳомиладорлик пайтида вазни бошқариш ва ҳаддан ташқари вазн тўплашдан қочиш ҳақида гап кетганда, аёллар билан аниқ мулоқот қилиш имкониятини қўлдан бой бериш мумкин.

NICE тавсияларида айтилишича, аёлларнинг розилигисиз ва етарли даражада тушунтиришсиз ёки қайтар алоқасиз вазннинг мунтазам мониторингини ўтказиб бўлмайди. Бундан ташқари, ортиқча вазнли ёки семизлик қайд этилган аёллар ҳомиладорлик пайтида мунтазам равишда вазни ўлчаганлиги учун ўзларини стигмаланган, безовта ёки айбдор ҳис этишларини кўрсатадиган тадқиқотлар мавжуд. Johnson et al. [13] томонидан ўтказилган тизимли шарҳлар вазнга диққат билан эътибор қаратиш ҳомиладор аёлларда парҳез ва жисмоний фаолликни мақбуллаштириш учун тўсик бўлиши мумкин деган хулосага келган. Бироқ, ҳомиладорликнинг биринчи триместридаги деярли 200 нафар аёлни ўрганишда Swift et al. [13] кўпчилик аёллар ўз вазни бўйича тиббиёт ходимларидан маслаҳат ва тавсиялар олишдан хурсанд бўлишларини аниқлаган, гарчи аёлларнинг 31 % и ҳомиладорликнинг бошида ортиқча вазнли ёки семизликдан азият чеккан бўлса-да, уларнинг атиги 15 %и доя томонидан ўлчанганидан кейин вазни бўйича ҳар хил фикр-мулоҳазаларини олишган. Ҳомиладорлик даврида вазн ортиши борасида ўзини ўзи назорат қилиш аёлларнинг ушбу гуруҳида одатий ҳол бўлган, мазкур ҳолат эса бутун ҳомиладорлик даврида улар ўз вазнига кизиқишини ва вазнини кузатиб боришини кўрсатган.

ҲОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДА ВАЗНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ СТРАТЕГИЯСИ

ТВИнинг барча синфларида ҳомиладорликнинг дастлабки 20 ҳафтасида вазн ортиши ўртача (тахминан 2,5 кг) бўлиб, кейинчалик эрта муддатларга қараганда тахминан 3-4 барабар тезроқ содир бўлади [3]. Тана вазни билан боғлиқ бўлган асоратларга йўл ҳомиладорликнинг бошида ва ўрталарида белгиланади, чунки гестацион қандли диабет 20 ҳафтадан ва гестацион артериал гипертензия эса 24 ҳафтадан бошлаб намоён бўлиши мумкин. Аксарият аёллар ҳомиладорликнинг 11-12 ҳафталигигача туғруқдан олдинги хизматларда рўйхатдан ўтмаганлиги ва тиббий ходимлар билан доимий алоқада бўлмаганлиги сабабли ҳаддан ташқари GWG ни олдини олиш учун стратегияларни жорий этиш мумкин бўлган бир неча ҳафталик давр мавжуд.

Вазни қандай бошқариш кераклиги нуқтаи назаридан, мақсади вазн йўқотишга эришиш эмас, балки соғлом чегараларда вазн орттиришга имкон беришдан иборат бўлган ҳомиладорликдан ташқари ҳолларда ҳомиладор бўлган ва ҳомиладор бўлмаган кишилар ўртасида унчалик катта фарқ бўлмаслиги керак. Жисмоний фаоллик муҳим аҳамиятга эга, илгари кам ҳаракатли ҳаёт тарзини кечирган аёлларга камроқ ўтириш, юришни кун тартибига киритиш ва узлуксиз равишда ҳафтасига уч марта ва кунига 15 дақиқача жисмоний машқлар билан шуғулланиш (масалан тез юриш ёки сузиш) тавсия этилади [7]. Акс ҳолда, ҳафтасига 150 дақиқа ўртача интенсивликдаги машқлар тавсия этилади [16]. Ҳомиладорликнинг ўзига хос хусусияти – мувофиқ тайёргарликдан ўтгач аёлларга вазн масалалари бўйича маслаҳат бера оладиган соғлиқни сақлаш мутахассисларининг мавжудлигидир (доялар, акушерлар, умумий амалиёт шифокорлари). Баъзи ҳолларда аёлларга диетолог - мутахассисларнинг ёрдами фойдали бўлиши мумкин. Кўпгина ҳомиладор аёллар вазн ҳолатига мослаштирилган электрон соғлиқни сақлаш ресурсларига, масалан, смартфонлар учун иловаларга киришлари мумкин [6]. Ушбу иловалар ҳомиладорлик даврида ўргатувчи вақтдан фойдаланишнинг алоҳида инновацион мисоли бўлиб, аёлларга касбий танбехлар ёки стигмага дучор бўлмасдан, ўз соғлиғи ва жисмоний тайёргарлигини назорат қилиш имконини беришга қаратилган. Мазкур иловалар тўғри маълумотларни тақдим этиши ва у фойдаланувчининг вазн ҳолатига ҳам мос келиши муҳимдир.

Ортиқча вазнли ва семизлик қайд этилган аёлларда GWG ни чеклашга қаратилган аралашувларнинг самарадорлигини кўриб чиқадиган кенг қамровли адабиётлар мавжуд бўлиб, ушбу аралашувлар турли хил, баъзан қарама-қарши натижаларга олиб келган.

Хулоса

Ортикча вазн ва семизликнинг глобал тарқалиши йилдан-йилга ортиб бораётганлиги сабабли, хомиладор аёллар ва уларнинг болалари саломатлигига ҳамда бардамлигига бўлган хавф, шунингдек хомиладорликнинг нохуш оқибатларини даволашга оид харажатлар тобора муҳим аҳамият касб этмоқда.

Нохуш оқибатлар хавфини камайтириш учун қўлланилиши мумкин бўлган ёндашувлар мавжудлиги аниқ, гарчи улар бирламчи тиббий-санитар ёрдамда муваффақиятли бўлиши учун тиббиёт ходимларини ўқитишга ҳам, эҳтиёжларга мос келадиган тадбирларни амалга оширишга ҳам инвестициялар керак бўлади.

Энг катта самарага эришиш учун вазни назорат қилиш ҳақидаги суҳбатлар биринчи триместрда амалга оширилиши лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Балашова Е.А. и др. Влияние коррекции железодефицитных состояний у беременных на течение перинатального периода и формирование здоровья детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020;65(1):51-58.
2. Епишкина-Минина А.А. и др. Гестационный сахарный диабет: современное состояние проблемы // Акушерство и гинекология: Новости. Мнения. Обучения. 2018;3(21):23-29.
3. Капустин Р.В. и др. Анализ факторов риска и структуры перинатальных потерь у беременных с сахарным диабетом // Доктор. Ру. 2021;20(6):46-52.
4. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. Modern views on effectiveness and acceptability of various methods of contraception after cesarean section // Вестник науки и образования. 2020;12-3:103-109.
5. Низамова Н.А., Атаджанова М.М. Развитие беременности при гестационном сахарном диабете // Интернаука. 2018;2:16-17.
6. Рожкова О.В. и др. Гестационный сахарный диабет и ожирение: влияние на потомство // Акушерство, гинекология и репродукция. 2021;15(3):258-269.
7. Стрюк Р.И. и др. Сердечно-сосудистые заболевания и ассоциированные с ними коморбидные состояния как факторы, определяющие неблагоприятные перинатальные исходы при беременности-анализ результатов регистра беременных "БЕРЕГ" // Терапевтический архив. 2018;90(1):9-16.
8. Свиридова М.И. и др. Сахарный диабет как причина неблагоприятных перинатальных исходов и осложнений новорожденного // Терапия. 2020;6(1):44-51.
9. Ушанова Ф.О., Лобанова К.Г., Переходов С.Н. Гестационный сахарный диабет: особенности течения и исходы беременности в реальной клинической практике // Медицинский совет. 2021;7:184-191.
10. Авезов А. и др. Study of the development level of risk factors in Dangerous tumors causing lonely arterial Thromboembolia // in Library. 2020;20(4):1751-1760.
11. Farpour-Lambert N.J. et al. Obesity and weight gain in pregnancy and postpartum: an evidence reviews of lifestyle interventions to inform maternal and child health policies // Frontiers in endocrinology. 2018;9:546.
12. Lipworth H. et al. Gestational weight gain in twin gestations and pregnancy outcomes: A systematic review and meta- analysis // BJOG: An International Journal of Obstetrics Gynaecology. 2022;129(6):868-879.
13. Relph S. et al. Adverse pregnancy outcomes in women with diabetes-related microvascular disease and risks of disease progression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis // PLoS Medicine. 2021;18(11):e1003856.
14. Tam Ch.T. et al. The impact of maternal gestational weight gain on cardiometabolic risk factors in children // Diabetologia. 2018;61:2539-2548.
15. Tanvig M. Offspring body size and metabolic profile - effects of lifestyle intervention in obese pregnant women. // Dan Med J. 2014 Jul;61(7):B4893. PMID: 25123127.
16. Vitner D. et al. Obesity in pregnancy: a comparison of four national guidelines // The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine. 2019;32(15):2580-2590.
17. Yang Z. et al. Contribution of maternal overweight and obesity to the occurrence of adverse pregnancy outcomes // Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2019;59(3):367-374.

Қабул қилинган сана 20.03.2023

