

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова 2

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОНА ВА БОЛА САЛОМАТЛИГИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ. ҲОМИЛАДОРЛИК
ХАВФИ ГУРУҲЛАРИНИ БОШҚАРИШ»
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШИЛГАН»
РИОваБСИАТМ директори
Н.С. Надирханова



2025 йил

**«АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ. ҲОМИЛАДОРЛИК
ХАВФИ ГУРУҲЛАРИНИ БОШҚАРИШ»
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

**«АНТЕНАТАЛ ПАРВАРИШ. ҲОМИЛАДОРЛИК
ХАВФИ ГУРУҲЛАРИНИ БОШҚАРИШ»
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш қисми	Ошибка! Закладка не определ	5
КХТ-10 ва КХТ-11 кодлари	Ошибка! Закладка не определ	5
Ишчи гуруҳ таркиби	Ошибка! Закладка не определ	5
Қисқартмалар рўйхати	Ошибка! Закладка не определ	8
Протокол тавсияларига риоя қилиш	Ошибка! Закладка не определ	9
Асосий бўлим	Ошибка! Закладка не определ	11
Кириш қисми	Ошибка! Закладка не определ	11
Таърифлар	Ошибка! Закладка не определ	11
Эпидемиология	Ошибка! Закладка не определ	12
Антенатал парвариш тамойиллари	Ошибка! Закладка не определ	12
Туғруқ олди парвариши, антенатал машғулотлар босқичида ҳомиладор аёлларга маълумот ва маслаҳат бериш	Ошибка! Закладка не определ	12
Антенатал ташрифлар частотаси	Ошибка! Закладка не определ	13
Анамнез тўплами	Ошибка! Закладка не определ	14
Шикоят ва умумий ҳолатни баҳолаш	Ошибка! Закладка не определ	15
Жисмоний текширув	Ошибка! Закладка не определ	16
Лаборатория диагностика тадқиқотлари	Ошибка! Закладка не определ	19
Асбобли диагностик тадқиқотлар	Ошибка! Закладка не определ	22
Бошқа диагностик тадқиқотлар	Ошибка! Закладка не определ	23
Кенг тарқалган физиологик аломатларда ёрдам	Ошибка! Закладка не определ	24
Профилактика тадбирлари	Ошибка! Закладка не определ	26
Ҳомиладорлик асоратларини дори-дармонсиз профилактикаси	Ошибка! Закладка не определ	26
Ҳомиладорлик асоратларини дори воситалар ёрдамида олдини олиш	Ошибка! Закладка не определ	27
Ҳомиладорлик пайтида огоҳлантириш белгилари	Ошибка! Закладка не определ	30
Хавф гуруҳларидаги аралашувлар	Ошибка! Закладка не определ	30
Гестацион қандли диабет	Ошибка! Закладка не определ	30
Преэклампсия	Ошибка! Закладка не определ	33
Веноз тромбоз эмболик асоратлар	Ошибка! Закладка не определ	37
Туғруқдан кейинги қон кетишлар	Ошибка! Закладка не определ	38
Гестация ёши учун кичик ҳомила	Ошибка! Закладка не определ	39
Ҳомиладорлик даврида эмлаш	Ошибка! Закладка не определ	41
Тиббий ёрдамни ташкил этиш	Ошибка! Закладка не определ	42
Тиббий ёрдам сифати мезонлари	Ошибка! Закладка не определ	42
Адабиётлар рўйхати	Ошибка! Закладка не определ	45
Протоколни ишлаб чиқиш методологияси	Ошибка! Закладка не определ	47
Антенатал даврни олиб бориш бўйича қисқача жадвал	Ошибка! Закладка не определ	50
Ҳомиладор аёлларнинг оиладаги зўравонлигини аниқлаш бўйича саволлар		52
Ҳомиладорлик пайтида қандли диабет ташхисининг умумий алгоритми	Ошибка! Закладка не определ	53
Преэклампсия скрининги алгоритми	Ошибка! Закладка не определ	54
МГВП (ХДКХ) нинг ҳомиладорлик даврида скрининги алгоритми		55
Rh-салбий қон билан ҳомиладор аёлларни кузатиб бориш алгоритми		56
Туғруқ олди ва туғруқдан кейинги депрессиянинг скрининги		57
Бемор учун маълумотнома		59
Тиббий аралашувга маълумот олинган ихтиёрий розилик		61

1. Кириш қисми

КХТ-10 кодлари:

Z32	Ҳомиладорликни аниқлаш учун текширувлар ва тестлар
Z33	Ҳомиладорлик учун хос бўлган ҳолат
Z34	Оддий ҳомиладорлик жараёнини кузатиш
Z35	Юқори хавфга мойил ҳомиладорлик жараёнини кузатиш
Z36	Ҳомила патологиясини аниқлаш учун пренатал текширув [антенатал скрининг]
Ҳавола: https://mkb-10.com/index.php?pid=14494	

КХТ-11 кодлари:

QA20	Ҳомиладорлик билан боғлиқ муаммолар ҳақида тиббий ташкилотларга муурожаат қилиш
QA41	Ҳомиладорлик ҳолати
QA42	Оддий ҳомиладорлик жараёнини кузатиш
QA43	Юқори хавфга мойил ҳомиладорлик жараёнини кузатиш
QA44	Булажак ота-онанинг туғруккача ташрифи
QA45	Антенатал скрининг
Ҳавола: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2030 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади. Протокол 2021 йилги "Нормал ҳомиладорлик" миллий клиник протоколининг янгиланган версиясидир (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 30.11.2021-йил №273- сонли буйруғи).

Клиник протоколни янгилаш тартиби: протоколнинг клиник тавсияларини янгилаш механизми уларни мунтазам равишда янгилашни назарда тутати-камида 5 йилда бир марта – шунингдек диагностика, даволаш бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар., муайян касалликларнинг олдини олиш ва реабилитация қилиш, уларнинг мавжудлиги. олдиндан тасдиқланган протоколларга оқилона қўшимчалар / шарҳлар, лекин ҳар 6 ойда 1 тадан кўп бўлмаган

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" Давлат муассасаси ҳисобланади.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Ишчи гуруҳ таркиби.**Ишчи гуруҳ раҳбарлари:**

Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
Надирханова Н.С.	Директор, т.ф.д.д.	РИОваБСИАТМ ДМ
Нажмутдинова Д.К.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Абдуллаева Л.М.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бош акушер-гинекологи, т.ф.д., профессор	ТТА
Гафурова Ф.А.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, акушерлик-гинекология ва перинатал медицина кафедраси,
Каримова Ф.Д.	Кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, №2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Масъул ижрочилар:

Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ ДМ
Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ ДМ
Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ ДМ
Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ
Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ
Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ
Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ
Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ
Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ ДМ
Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ ДМ
Камилова И.А.	акушер-гинеколог, т.ф.д., доцент	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Атаходжаева Ф.А.	акушер-гинеколог, т.ф.н., доцент	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Джураева Г.Т.	акушер-гинеколог, т.ф.н., докторант	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Сидикходжаева М.А.	акушер-гинеколог, т.ф.н., доцент	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Шодиева Х.Т.	акушер-гинеколог, т.ф.н., катта ўқитувчи	Тошкент тиббиёт Академияси, оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси
Курбанов Б.Б.	кафедра мудири, т.ф.д.	ТошПТИ, акушерлик ва гинекология кафедраси
Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РПЦ
Матякубова С.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ ДМ

		Хоразм филиали
Насретдинова Д.Б.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ Андижон филиали
Суяркулова М.Э.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ Фарғона филиали
Шодмонов Н.М.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ ДМ Жиззах филиали
Джумаев Б.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ ДМ Тошкент вилояти филиали
Даминова Р.А.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Наманган филиали
Дустмуродов Б.М.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ №2 Сурхондарё филиали
Аширбекова Г.У.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Корақалпоғистон Республикаси филиали
Хамроева Л.К.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Самарқанд филиали
Садыкова Х.З.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Сирдарё филиали
Эшонкулов А.Г.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Навоий филиали
Зиёев А.М.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Сурхондарё филиали
Жураев Н.Б.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Бухоро филиали
Ачилова С.И.	директор	РИОваБСИАТМ ДМ Қашқадарё филиали

Рецензентлар:

Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
Юсупбаев Р.Б.	т.ф.д., катта илмий ходим, хомила тиббиёти бўлими муdiri	РИОваБСИАТМ ДМ
Магзумова Н.М.	Оилавий тиббиётда акушерлик ва гинекология кафедраси т.ф.д., профессор	ТТА

Ташқи эксперт баҳоси:

Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
Стелиан Ходороджа	ЖССТ эксперти, акушер- гинеколог, т.ф.д., доцент	Давлат тиббиёт ва Фармация университети (Кишинёв, Молдова)

РИОваБСИАТМ - Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази

ТТА - Тошкент тиббиёт Академияси

ТХКМОМ - тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Протоколнинг таржимасини қўллаб-қувватлаш: Бирлашган Миллатлар Ташкилотининг Аҳолишунослик жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA) Ўзбекистонда.

Клиник протокол олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш таъкилотчилари (РИОваБСИАТМ ДМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), акушерлик ёрдам тизимининг ҳудудий муассасалари шифокорлари иштирокида ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди), 2025 йил " _____ " апрел куни онлайн форматида ўтказилган йиғилишнинг № 1-сон Баённомаси. Ишчи гуруҳ раҳбари, т.ф.д. Н.С. Надирханова., "РИОваБСИАТМ" Давлат муассасаси директори.

Клиник Протокол Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди" _____ " _____ 2025 йил, № ____ - сонли Баённома, Илмий Кенгаши раиси – т.ф.д., профессор М.М. Асатова.

Қисқартмалар рўйхати

НбА1с	Гликатланган гемоглобин
НСV	Гепатит С вируси
АБ	Артериал босим
АГ	Артериал гипертензия
АС	Амниотик суюқлик
БА	Бош айланаси
БПЎ	Бипариетал ўлчам
БТБ	Бачадон тубининг баландлиги
ДНК	Дезоксирибонуклеин кислотаси
ЁБҚ	Ёқа бўшлиғининг қалинлиги
ЁРТ	Ёрдамчи репродуктив технологиялар
ИББЕ	Истмик-бачадон бўйни етишмовчилиги
ИО	Ишонч оралиғи
ИПВ	Инсон папилломавируси
КПЎ	Коксикюляр-париетал ўлчам
КТГ	Кардиотокография
ҚА	Қорин айланаси
ҚД	Қандли Диабет
МАТ	Марказий асаб тизими
НЖПЭА	Нормал жойлашган плацентанинг эрта ажралиши
НИПС	Нонинвазив пренатал скрининг
ОГБТ	Оғиз орқали глюкоза бардошлик тести
ОГВ	Оддий герпес вируси
ОИВ	Одам иммунитет танқислиги вирус
ОИТС	Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
ПИ	Пулсация индекси
ПМОГ	Паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар
ПЎО	Плацентар ўсиш омили
ПЭ	Презклампсия
РАРР-А	Ҳомиладорлик билан боғлиқ А плазма оқсили
САГ	Сурункали артериал гипертензия
СУ	Сон узунлиги

ТМИ	Тана массаси индекси
ТН	Туғма нуқсонлар
ТТГ	Тиреотроп гормони
ТЭА	Тромбоэмболик асоратлар
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ХДКХ	Ҳомиладорлик даври учун кичик ҳомила
ХҚД	Ҳомиладорлик қандли диабети
ХЎК	Ҳомила ўсишининг кечикиши
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЭТ	Эрта туғруқ
ЮУТ	Юрак уриш тезлиги

Протокол тавсияларига риоя қилиш:

Протокол нашр пайтида мавжуд бўлган далилларга асосланган умумий тавсиялар беради.

Агар амалда ушбу протоколнинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинган бўлса, шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак:

- бу қарорни ким қабул қилган;
- баённомадан четга чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморни бошқариш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинган

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, лекин клиницист-шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини ҳисобга олган ҳолда, ҳурматли, махфий мулоқот тамойилига риоя қилган ҳолда беморлар билан индивидуал бошқарувни муҳокама қилишлари кераклигини англайди.

Бунга қуйидагилар қиради:

- Зарур ҳолатларда таржимон хизматларидан фойдаланиш;
- Бемор билан маслаҳатлашиш ва маълум бир манипуляция ёки маъмурият тактикаси учун хабардорлик розилигини олиш;
- Қонуний талаблар ва касбий хулқ-атвор стандартларига риоя қилиш доирасида ёрдам кўрсатиш;
- Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай бошқарув ва парвариш тактикасини ҳужжатлаштириш.

Протоколнинг мақсади:

Тиббиёт ходимларини замонавий илмий асосланган маълумотлар ва далилларга асосланган тавсиялар билан таъминлаш, антенатал (пренатал) парваришlash, хавф гуруҳидаги ҳомиладор аёлларни аниқлаш ва уларни бошқариш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва жорий қилиш.

Беморлар тоифаси: нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладорлик даври бўлган ҳомиладор аёллар, акушерлик ва перинатал асоратлар учун хавф омиллари бўлган ҳомиладор аёллар.

Клиник протоколдан фойдаланувчи гуруҳлар: оилавий шифокорлар, акушер-гинекологлар, умумий амалиёт шифокорлари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, клиник

фармакологлар, талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари, ҳомиладор аёллар, уларнинг яқин оила аъзолари ва ғамхўрлари.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи:

ТИД	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. Асосий қисм

Кириш.

Пренатал парвариш, шунингдек, **туғруқдан олдинги парвариш** деб ҳам аталади, бу малакали тиббиёт мутахассислари томонидан ҳомиладор аёллар ва ўсмирларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам бўлиб, ҳомиладорлик пайтида она ва боланинг энг яхши саломатлик ҳолатини кафолатлайди.

Пренатал парваришнинг мақсадлари:

ҳомила, янги туғилган чақалоқ ва/ёки онанинг соғлиғига таҳдид солиши мумкин бўлган ҳолатларнинг олдини олиш ва ўз вақтида аниқлаш учун аёлга ҳомиладорлик ва туғилишга ижобий муносабатни шакллантиришга ёрдам бериш.

Пренатал парвариш вазифалари:

- перинатал хавф омилларини эрта аниқлаш;
- профилактик технологиялари универсал ва хавф гуруҳларида;
- ҳомиладорлик натижаларини яхшилаш бўйича тадбирларни амалга ошириш;
- барча ҳомиладор аёллар ва уларга ғамхўрлик кўрсатадиганларни ўқув ва билим билан бойитиш;
- ҳомиладорлик ва туғилишни ижобий ҳаётий воқеага айлантиришда ёрдам бериш.

Кузатув тадқиқотлари шуни кўрсатдики, туғруқдан олдин парвариш қилиш она ва болада соғлиқ муаммоларини олдини олади. Нисбатан яқин вақтгача туғруқдан олдин парвариш қилишнинг қайси элементлари, айниқса қимматли эканлиги ҳақида жуда кам нарса маълум эди. Кўпгина пренатал хизматлар ёки аралашувлар керак эмас ёки уларнинг фойдалари ҳали ҳам исботланмаган. Ҳаддан ташқари кераксиз ва текширилмаган муолажалар кўпинча ҳомиладорлиги нормал бўлган аёлларга буюрилади. Пренатал парваришнинг янги элементлари ва аёллар маслаҳатхоналарига ёки гинеколог шифокорига ташриф буюришнинг янги шакллари олдиндан илмий баҳоланмасдан амалиётга жорий этилмоқда.

ЖССТ таъкидлашича, антенатал парвариш модели кам хавфли гуруҳ аёлларига қаратилган бўлиши керак ва ушбу гуруҳ аёллари учун антенатал парвариш хажми ва интенсивлигини соғлиқ учун ҳеч қандай салбий оқибатларсиз камайтириш мумкин.

ЖССТ нинг 2016 йилдаги Пренатал парваришлаш моделининг мақсади - ҳомиладор аёлларга ҳар бир ташрифда ҳурматли, индивидуал, изчил ёрдам кўрсатиш, самарали клиник амалиётларни (аралашувлар ва текширувлар) жорий этиш ҳамда яхши клиник ва шахслараро кўникмаларга эга тиббиёт ходимлари томонидан долзарб ва ўз вақтида маълумотли, психоижтимоий ва ҳиссий ёрдам беришдир.

Таърифлар.

Оддий ҳомиладорлик - бу ирсий патологияси ёки нуқсонлари бўлмаган, оғир акушерлик тарихи бўлмаган (кесар кесиш, ўлик туғилиш, неонатал ўлим, абортлар, интраутерин ўлим, эрта туғилиш <32 ҳафта, изоиммунизация, ҳомиладорлик қандли диабет) билан бирга келадиган (юрак-қон томир касалликлари, гипертония, қандли диабет, эпилепсия, бронхиал астма, гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш, жиддий рухий касалликлар, ТМИ >35 ёки <17) патологияси бўлмаган ягона ҳомиладорлик. Бундай ҳомиладорлик акушерлик ва перинатал асоратларсиз 37-41⁶ ҳафта давом этади.

Юқори хавфли ҳомиладорлик – ҳозирда ёки келгусида мутахассисларнинг аралашини талаб қилган ҳомиладорлик.

Паст хавфли мезонларга жавоб бермайдиган барча ҳомиладорлик юқори хавфли деб ҳисобланиши керак ва юқори хавфли деб таснифланмаган барча ҳомиладорлик **паст хавфли ёки оддий, асоратланмаган ҳомиладорлик деб таснифланиши керак.**

Эпидемиология.

Турли манбаларга кўра, нормал (физиологик, асоратланмаган) ҳомиладор бўлган аёлларнинг қисми ўртача 80-85% ни ташкил қилади.

Аntenатал парвариш тамойиллари.

- Барча ҳомиладор аёллар антенатал парваришдан фойдаланиш ҳуқуқига эга бўлиши, тиббий муассасани ва тиббий ходимни танлаш ҳуқуқига эга бўлиши керак.
- Барча ҳомиладор аёллар ҳар қандай скрининг текширувларининг мақсадлари ва мумкин бўлган натижалари, ҳар қандай даволаш турлари ва ҳомиладорлик даврида, шу жумладан профилактика мақсадида буюрилган дори воситалари ҳақида ўзлари тушунадиган тилда тўлиқ маълумот олишлари керак.
- Барча ҳомиладор аёллар ҳар қандай тадқиқотдан умуман воз кечиш ёки уни биров вақтга кечиктириш ҳуқуқига эга. Улардан фойдаланиш бўйича кўрсатмалар беморларга мутлақо тушунарли бўлиши керак.
- Ҳомиладорлик даврида аёл шериги томонидан қўллаб-қувватланиши мумкин, шунинг учун тиббиёт ходимлари, агар аёл хоҳласа, антенатал назоратга шерикларни жалб қилишлари керак.
- Ҳомиладорликни бошқаришнинг умумий амалиёт шифокори, акушер-гинеколог ёки пренатал парвариш бўйича ўқитилган доя амалга ошириши мумкин.

Ҳомиладор аёллар учун пренатал парвариш босқичида маълумот ва маслаҳат, антенатал машғулотлар.

• Ҳомиладор аёлга маслаҳат беришда:

- уни диққат билан тингланг ва унинг эҳтиёж ва истакларига сезгир бўлинг;
- ҳар қандай аралашув ва муолажаларнинг афзалликлари, хавфлари ва оқибатларини муҳокама қилинг, бунда аёл улардан воз кечиш ҳуқуқига эга;
- тиббиёт ходимининг фикрига зид бўлса ҳам, аёлларнинг қарорини ҳурмат қилинг;
- аёл (ва унинг шериги)га тақдим этилган маълумотни тушунарли ва тегишли эканлигини таъминлаш;
- саволлар бериш имкониятини таъминлаш ва ҳар қандай муаммоларни муҳокама қилиш учун етарли вақт ажратиш.

Биринчи ва кейинги антенатал учрашувларда (агар керак бўлса) ҳомиладор аёлга/эр-хотинга қуйидаги масалаларни муҳокама қилинг улар бўйича маълумот беринг [2, 19]:

- ✓ Пренатал парвариш нимани ўз ичига олади ва нима учун бу муҳим
- ✓ Пренатал ташрифларнинг режалаштирилган сони
- ✓ Пренатал учрашувлар қаерда ўтказилади
- ✓ Пренатал парвариш билан қайси тиббиёт мутахассислари жалб қилинади
- ✓ Шошилишч бўлмаган маслаҳат ва шошилишч муаммолар (оғриқ ва қон кетиш) учун тиббий мутахассисларга қандай мурожаат қилиш керак
- ✓ Скрининг дастурлари: қайси қон таҳлиллари ва ултратовуш текшируви таклиф этилади ва нима учун.
- ✓ Ҳомиладорлик пайтида бола қандай ривожланади
- ✓ Ҳомиладорлик пайтида жисмоний ва ҳиссий ўзгаришлар
- ✓ Ҳомиладорлик пайтида руҳий саломатлик
- ✓ Қандай қилиб аёл ва унинг шериги бир-бирини қўллаб-қувватлаши мумкин

- ✓ Ҳомиладорлик даврида грип ва бошқа инфекцияларга қарши эмлаш
- ✓ Ҳомиладорлик пайтида ёки туғруқ пайтида болага таъсир қилиши мумкин бўлган инфекциялар
- ✓ Қўл ювишни рағбатлантириш каби инфекциялар хавфини камайтириш
- ✓ Ҳомиладорлик пайтида дори-дармонлар ва озуқавий қўшимчалардан хавфсиз фойдаланиш
- ✓ Ҳомиладорлик даврида овқатланиш, диета, жисмоний фаолият хусусиятлари
- ✓ Чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишни ташлашнинг аҳамияти
- ✓ Ҳар бир ҳомиладор аёлга ўз тиббий ёзувларини олиб бориш ва сақлаш тавсия этилади, чунки бу туғруқдан олдин парвариш қилишнинг узлуксизлигини таъминлаш ва сифатини яхшилашга, шунингдек ҳомиладорликнинг ижобий тажрибасини шакллантиришга ёрдам беради
- ✓ 28 ҳафтагача аёл билан унинг туғиш афзалликлари, оқибатлари, фойдалари ва туғруқнинг турли хил вариантлари ва хавфи ҳақида муҳокама қилишни бошланг
- ✓ Ҳомиладорликнинг 28-ҳафталигидан сўнг қуйидагилар муҳокама қилинади:
 - туғишга тайёргарлик ва туғиш режасини тузиш
 - актив туғиш фаолиятини фарқлаш
 - туғруқдан кейинги даврнинг хусусиятлари, шу жумладан:
 - янги туғилган чақалоқларни парвариш қилиш
 - янги туғилган чақалоқни овқатлантириш, эмизиш
 - К витамини билан профилактика
 - янги туғилган чақалоқларни скрининги
 - туғруқдан кейинги ўз-ўзини парвариш қилиш, шу жумладан тос пастки бўшлиғи машқлари
 - туғишдан кейинги кайфият ўзгариши ва руҳий саломатлик хусусиятлари
- ✓ 38 ҳафтадан бошлаб ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиб кетиши ва бўлажак туғруқ ҳаракатлари режасини муҳокама қилинг

Ҳомиладор аёлларга, айниқса туғмаганларга ва уларнинг шерикларига қуйидаги мавзуларни ўз ичига олган пренатал машгулотларни таклиф этинг [2]:

- ✓ туғруқга тайёргарлик
- ✓ ҳомиладорлик пайтида, туғруқ пайтида ва туғруқдан кейин шерикни қўллаб-қувватлаш
- ✓ туғиш жараёнининг хусусиятлари
- ✓ янги туғилган чақалоқни парвариш қилиш
- ✓ эмизиш
- ✓ оилани режалаштириш

Аntenатал ташрифлар частотаси.

- Оналар ва перинатал касалланиши ва ўлимини камайтириш ва аёлларда ижобий ҳомиладорлик тажрибасини шакллантириш учун 8 та антенатал ташриф тавсия этилади: биринчиси ҳомиладорликнинг биринчи триместрида (12-ҳафтагача), иккита ташриф – 2 триместрда (18-20 ва 24-ҳафталар) ва учинчи триместрда бешта ташриф (30, 34, 36, 38 ва 40 ҳафталар) [19].
- Шифокорга биринчи ташриф учун оптимал вақт ҳомиладорликнинг 1 триместри (12 ҳафтагача).
- Учинчи триместрдаги ташрифлар давомида антенатал ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ходимларининг мақсадлари она ва ҳомиланинг тизимли мониторингини ўтказиш, шунингдек, туғруқдан кейинги хавфлар бўйича маслаҳатлар бериш ва туғруқни

индукция қилиш орқали олдини олиш мумкин бўлган оналар касалликлари ва ўлимини камайтиришдан иборат.

Ташрифлар частотаси	Ҳомиладорликнинг давомийлиги ҳафталарда
Биринчи триместр	
1-ташриф	12 - ҳафтагача
Иккинчи триместр	
2-ташриф	18-20 ҳафта
3- ташриф	26 ҳафта
Учинчи триместр	
4-ташриф	30- ҳафта
5-ташриф	34- ҳафта
6-ташриф	36- ҳафта
7-ташриф	38- ҳафта
8-ташриф	40- ҳафта
Туғруқдан кейинги давр	
9-ташриф	Туғруқдан сўнг

- Юқори хавф гуруҳидаги ҳомиладор аёллар учун антенатал парваришlash бўйича стандарт чора-тадбирлар мажмуасидан ташқари, қуйидагилар тавсия этилади:
 - махсус профилактика чоралари
 - антенатал ташрифларнинг қўшимча сони
 - қўшимча текширувлар
 - мултидисциплинар бошқарув (тегишли мутахассисларни жалб қилган ҳолда)
 - -кузатиш ва/ёки юқорироқ даражада/ёрдамда туғруққа етказиб бериш (2 ёки 3-чи).
- Юқори хавф гуруҳига олдинги ҳомиладорликдан келиб чиққан асоратлари (оғир акушерлик анамнези), бирга келадиган соматик патологияси ва ушбу ҳомиладорликнинг ривожланиши учун хавф омиллари бўлган ҳомиладор аёллар киради:
 - Презклампсия
 - Ҳомиладорлик қандли диабет
 - Ҳомила ривожланишининг кечикиши
 - Эрта туғилиш
 - Веноз тромбоемболик асоратлар
 - Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетиши

"Хавф гуруҳларидаги аралашувлар"га қаранг.

Анамнез йиғиш.

У биринчи ташрифда бир марта амалга оширилади ва беморнинг қуйидаги маълумотларини ўз ичига олади:

- ёши;
- яшаш шароитлари ва овқатланиш, касбий хавф-хатарларнинг мавжудлиги, аллергия реакциялар;
- ёмон одатларнинг мавжудлиги (чекиш, спиртли ичимликлар, гиёҳванд моддаларини истеъмол қилиши);
- оилавий анамнез (1-даражали қариндошларда қандли диабет, ТЭА, гипертония, акушерлик ва перинатал асоратлар каби касалликлар мавжудлигини кўрсатиш);

- оиладаги зўравонликни скрининг қилиш: аёлдан антенатал биринчи учрашувда ёки ёлғиз қолганида биринчи имкониятда уйдаги зўравонлик ҳақида нозик тарзда сўранг, бунда алоҳида муҳокама қилиш имконияти мавжудлигига ишонч ҳосил қилинг;
- руҳий саломатлик билан боғлиқ мумкин бўлган муаммоларни аниқлаш учун депрессия, ташвиш, оғир руҳий касаллик, травма ёки психиатрик даволаниш каби олдинги ёки ҳозирги руҳий саломатлик муаммолари;
- ҳайз кўришнинг табиати (ҳайз кўриш ёши, ҳайз даврининг давомийлиги ва мунтазамлиги, ҳайзлик қон кетишининг давомийлиги, оғриқлар);
- акушерлик анамнези (анамнездаги ҳомиладорлик ва туғилишлар сони ва уларнинг натижалари, ҳомиладорлик, туғиш ва/ёки аборт билан боғлиқ асоратларнинг мавжудлиги, туғилган болаларнинг вазни ва бўйи кўрсаткичлари ва соғлиғининг ҳолати, ҳомиладорликка эришиш усули - спонтан ҳомиладорлик ёки ЁРТ натижасида ҳомиладорлик);
- ўтмишдаги ва мавжуд бўлган гинекологик касалликлар, тос аъзоларига жарроҳлик аралашувлар, ўтмишдаги ва мавжуд соматик касалликлар (хусусан, болалар инфекциялари, юрак-қон томир тизими касалликлари, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар, аллергия касалликлар, ТЭА ва бошқалар);
- жароҳатлар, жарроҳлик аралашувлар ва қон қуйиш тарихи;
- қабул қилинган дори-дармонлар;
- эрнинг/шерикнинг ёши ва соғлиғининг ҳолати, унинг қон гуруҳи ва Rh омили, касбий хавф ва ёмон одатларнинг мавжудлиги.

Шикоятларни ва умумий ҳолатни баҳолаш.

Ҳар бир ташрифда ўтказилади.

Нормал ҳомиладорликка хос шикоятлар:

- **Ҳар 3-ҳомиладорликда кўнгил айнаши ва қайт қилиш кузатилади.** 90% ҳолларда ҳомиладор аёлларнинг кўнгил айнаши ва қайт қилишлари ҳомиладорликнинг физиологик белгиси, 10% да – ҳомиладорликнинг асоратларидир. Оддий ҳомиладорликда қайт қилиш кунига 2-3 мартадан кўп бўлмаган, кўпинча оч қоринга содир бўлади ва беморнинг умумий ҳолатини бузмайди. Кўпгина ҳолларда кўнгил айнаши ва қайт қилиш ҳомиладорликнинг 16-20 хафталигида мустақил равишда тўхтади ва ҳомиладорликнинг кечик ҳолатига салбий таъсир кўрсатмайди.
- **Масталгия** ҳомиладорлик давридаги оддий белги бўлиб, кўпчилик аёлларда ҳомиладорликнинг 1 триместрида кузатилади ва гормонал ўзгаришлар туфайли сут безларининг шишиши ва қаттиқланиши билан боғлиқ.
- **Ҳомиладорлик пайтида қориннинг пастки қисмида қуйидаги оғриқларнинг мавжудлиги нормал ҳодиса бўлиши мумкин**, масалан: бачадоннинг лигаментли аппарати унинг ўсиши пайтида чўзилганда (инграган оғриқлар ёки қориннинг пастки қисмида тўсатдан ўткир оғриқларнинг пайдо бўлиши) ёки Брекстон-Хиггс машқлари пайтида, ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин қисқариш (қориннинг пастки қисмида тортилган оғриқлар, бачадон тонуси билан бирга, бир дақиқагача давом этади, мунтазам характерга эга эмас).
- **Ҳомиладорлик даврида жиғилдон қайнаши** (гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги) 20-80% ҳолларда кузатилади. Ҳомиладорликнинг 3 триместрида тез-тез ривожланади. Жиғилдон қайнаши пастки қизилўнгач сфинктерининг бўшашиши, интраэзофагеал босимнинг пасайиши ва бир вақтнинг ўзида қорин бўшлиғи ва интрагастрик босимнинг ошиши туфайли юзага келади, бу эса ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак таркибини қизилўнгачга такрорий қайтиб тушишга олиб келади.
- **Қабзият**- ҳомиладорлик даврида энг кенг тарқалган ичак патологияси бўлиб, 30-40% кузатувларда учрайди. Кабизлик йўғон ичакда ўтиш жараёнининг бузилиши билан

боғлиқ ва ҳафтада 3 мартадан кам бўлган ахлат частотаси билан тавсифланади. Ҳомиладорлик даврида ич қотиши ривожланишининг сабаблари прогестерон концентрациясининг ошиши, мотилин концентрациясининг пасайиши ва қон таъминоти ва ичак фаолиятининг нейрогуморал регуляциясининг ўзгариши.

- Ҳар бир ҳомиладорлик пайтида аёлларнинг тахминан 8-10 фоизда **геморрой** ривожланади. Ҳомиладорлик даврида геморройнинг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: бачадондан ичак деворларига босим, портал томир тизимидаги турғунлик, қорин бўшлиғи босимининг ошиши, бириктирувчи тўқималарнинг туғма ёки орттирилган заифлиги, тўғри ичакнинг иннервациясидаги ўзгаришлар.
- Ҳомиладор аёлларнинг 20-40 фоизда **варикоз** касаллиги ривожланиб бормокда. Ҳомиладорлик даврида варикоз касаллигининг ривожланишига қуйи оёқларида веноз босимнинг ортиши ва прогестерон, релаксин ва бошқа биологик фаол моддаларнинг томир деворига таъсир кўрсатиши сабаб бўлади.
- қичишиш, оғриқ, ёқимсиз хид ёки дизурик ҳодисаларсиз **вагинал оқинди** ҳомиладорлик пайтида нормал аломат бўлиб, қўпчилик аёлларда кузатилади.
- Ҳомиладорлик пайтида **бел оғриғи** 36 дан 61% гача частотада учрайди. Орқа оғриғи бўлган аёллар орасида 47-60% ҳомиладорликнинг 5-7 ойларида биринчи марта оғриқларга эга. Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғининг энг кенг тарқалган сабаби қорин бўшлиғининг катталаниши ва оғирлик марказининг силжиши туфайли орқа тарафдаги юкнинг ошиши ва релаксин таъсирида мушак тонусининг пасайиши ҳисобланади.
- Ҳомиладорлик даврида **пубик оғриқнинг** тарқалиши 0,03-3% ни ташкил қилади ва одатда ҳомиладорликнинг кеч даврида содир бўлади.
- Ҳомиладорлик пайтида **билак канали синдроми** (карпал туннел синдроми) 21-62% да билак каналида ўрта нервнинг силжиши натижасида вужудга келади ва қичишиш ҳисси, ёниш оғриғи, қўлнинг уйқучанлиги, шунингдек қўлнинг сезгирлиги ва мотор функциясининг пасайиши билан тавсифланади.

Жисмоний текширув.

А Ҳомиладорлик ва туғиш даврини ҳомиладор беморнинг 1-ташрифида тос аъзолари ва ҳомиланинг охирги ҳайз кўриш санаси ва ултратовуш маълумотлари бўйича аниқлаш тавсия этилади [12]

Туғилиш муддатини охирги ҳайз кўриш санаси бўйича ҳисоблашда охирги ҳайз кўришнинг биринчи кунига (28 кунлик ҳайз даврида) 280 кун (40 ҳафта) қўшиш керак. ЁРТ натижасида ҳомиладорлик содир бўлганда, туғилиш вақтини ҳисоблаш эмбрионнинг ёшини (эмбрионни етиштириш муддати) ва эмбрионларни бачадон бўшлиғига ўтказиш санасини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак.

Биринчи триместрдаги ултратовуш текшируви (ҳомиладорликнинг 13^{6/7} ҳафталигигача) ҳомиладорлик муддатини аниқлаш ва/ёки тасдиқлашнинг энг аниқ усули ҳисобланади: коксикуляр-париетал ўлчамдаги (КПЎ) маълумотларга кўра аниқлик $\pm 5-7$ кун. Бундай ҳолда, КПЎ ўлчовлари биринчи триместрда ултратовуш текшируви қанчалик тез амалга оширилса, аниқроқ бўлади.

- 5 кундан ортиқ вақт давомида 8^{6/7} ҳафтагача ўтказилган охирги ҳайз ва ултратовуш текшируви ўртасидаги вақт оралиғида жуда кўп бўлса, ҳомиладорлик ва туғиш даври ултратовуш маълумотларига кўра белгиланиши керак.
- 7 кундан ортиқ 9^{0/7} ҳафтадан 13^{6/7} ҳафтагача бўлган охирги ҳайз ва ултратовуш текшируви ўртасидаги вақт оралиғи 7 кундан ортиқ бўлса, ҳомиладорлик ва туғиш даври ултратовуш маълумотларига кўра белгиланиши керак

Ҳомиладорликнинг 1-триместрида ултратовуш текшируви бўлмаса ва охирги ҳайз кўриш санаси ҳақида маълумот бўлмаса, ҳомиладорлик ва туғиш даври бошқа

ултратовуш маълумотларига кўра белгиланиши мумкин, аммо ҳомиладорлик муддатининг аниқлиги камаяди. Шундай қилиб, иккинчи триместрнинг биринчи ярмида ультратовуш маълумотларига кўра ҳомиладорлик муддатини баҳолаш (ҳомиладорликнинг 14^{0/7} ҳафтасидан 21^{6/7} ҳафталигигача) 7-10 кунлик аниқликка эга.

Ултратовуш ёрдамида ҳомиладорлик даврини аниқлаш [12].

Охири ҳайз санаси бўйича ҳомиладорлик даври	Ултратовуш пайтида ўлчанган параметрлар	Ултратовуш ва охири ҳайз санаси ўртасидаги тафовут
≤13 ^{6/7} ҳафта <ul style="list-style-type: none"> • ≤8^{6/7} ҳафта • 9^{0/7} ҳафтадан 13^{6/7} ҳафтагача 	КТР	5 кундан ортиқ
14 ^{0/7} ҳафтадан до 15 ^{6/7} ҳафтагача	БПЎ, ҚА, БА, СУ	7 кундан ортиқ
16 ^{0/7} ҳафтадан до 21 ^{6/7} ҳафтагача	БПЎ, ҚА, БА, СУ	7 кундан ортиқ
22 ^{0/7} ҳафтадан 27 ^{6/7} ҳафтагача	БПЎ, ҚА, БА, СУ	10 кундан ортиқ
28 ^{0/7} ҳафтадан ва у ёғига	БПЎ, ҚА, БА, СУ	14 кундан ортиқ

С Тана вазнини, бўйини ўлчаш ва ТМИ ни ҳисоблаш тавсия этилади (тана вазни кг / баландлиги м²) 1-ташрифда [2, 19]

ТМИ кўрсаткичларини шарҳланг:

- паст ТМИ - <18,5
- нормал-18,5-24,9
- ортиқча-25,0-29,9
- семизлик - ≥ 30,0

Ҳомиладорлик даврида ортиқча ва кам вазнлилик акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ. Семириб кетган ҳомиладор беморлар (ТМИ≥30 кг/м²) перинатал асоратлар хавфи юқори бўлган гуруҳни ташкил қилади: аборт, ХҚД, гипертензив касалликлар, ПХ (перинатал хавф), жарроҳлик туғиш, ҳомиланинг антенатал ва интранатал ўлими, веноз ТЭА. ТМИ≤18,5 кг/м² бўлган ҳомиладор аёллар ПХ (перинатал хавф) ва ХЎК (ҳомила ўсишининг кечикиши) учун юқори хавф гуруҳини ташкил қилади.

С Ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифида қон босими (ҚБ) ва пулсни ўлчаш тавсия этилади [2, 19]

Ҳомиладорликнинг гипертоник асоратларини эрта ташхислаш мақсадида қон босимини мунтазам равишда ўлчаш амалга оширилади.

С Ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида сут безларини палпация қилиш тавсия этилади. Агар сут безларининг тугунли шаклланиши аниқланса, беморни онколог шифокори маслаҳатига юбориш тавсия этилади [2, 19]

Кўкрак палпацияси кўкрак беши саратони учун скрининг мақсадида амалга оширилади.

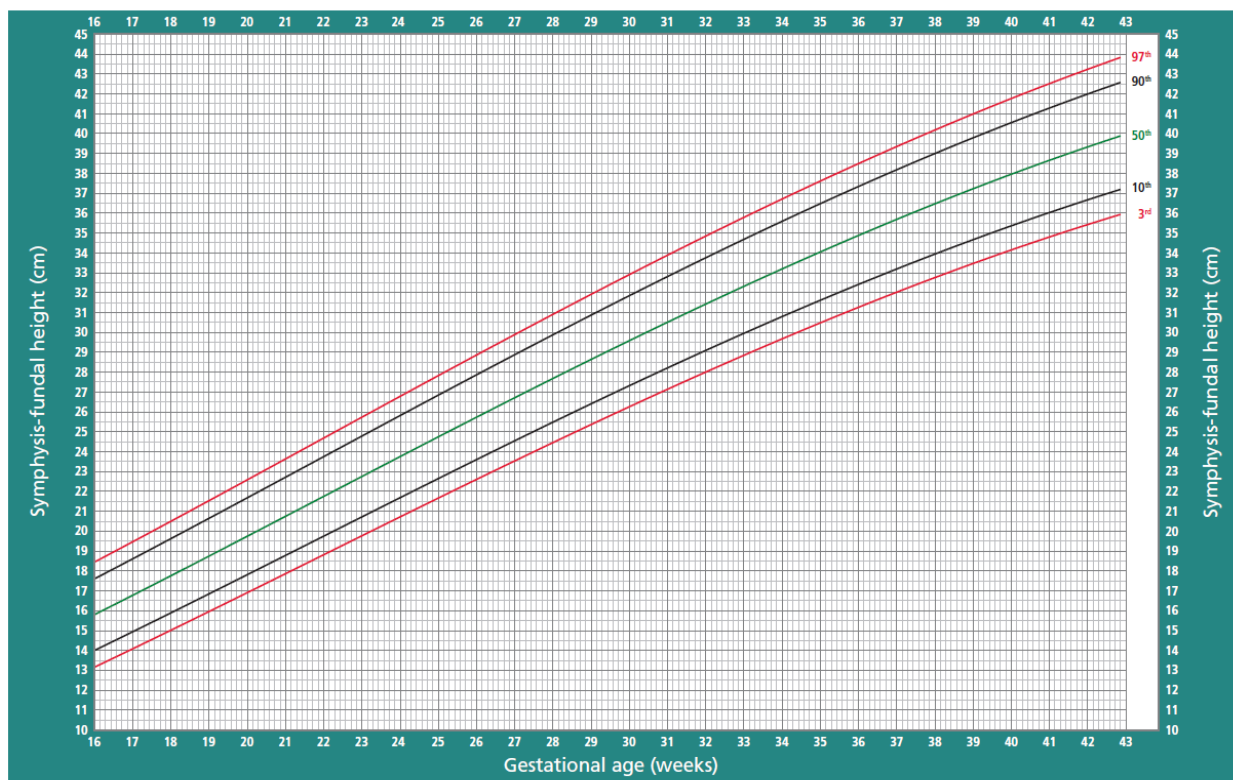
С Ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида гинекологик текширувдан ўтиш тавсия этилади

Ҳомиладорлик даврида гинекологик текширув ташқи жинсий аъзоларни визуал текширишни, кўзгуларда қин ва бачадон бўйини текширишни ўз ичига олади.

В

Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифи пайтида, лекин ҳар 2 ҳафтадан ортиқ эмаслигида бачадон тубининг баландлиги (БТБ)ни ўлчаш ва гравидограммага маълумотларни киритиш тавсия қилинади [9, 10]

Гравидограмма.



Агар гравидограмма бўйича бачадон тубининг баландлиги 10 фоиздан паст ёки бачадон тубининг баландлиги тақсимотининг 90 фоизидан юқори бўлса, ҳомила ҳажмини, амниотик суюқлик миқдорини баҳолаш учун ултратовуш текшируви ва ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш учун утероасентал-ҳомилалик қон оқимининг доплерометрияси зарур. Тиббиёт ходими бачадон тубининг баландлигидаги ўсиш динамикаси секин бўлса ҳам, гравидограмма 10 фоиздан юқори бўлса ҳам, ҳомила ривожланиши кечиктирилиши мумкинлигини ёдда тутиши керак.

В

Ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталигидан кейин ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифида ҳомиланинг ҳолати ва кўринишини ташқи усуллар билан аниқлаш тавсия этилади [2, 19]

Ҳомиланинг ҳолатини ва ён жойлашувини аниқлаш туғруқ тактикасини танлаш мақсадида ўтказилади.

С

Акушерлик стетоскопи ёрдамида ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин ҳомиладор беморнинг ҳар бир ташрифида ҳомиланинг юрак уриш тезлигини аниқлаш тавсия этилади [2, 19]

Ҳомиланинг юрак уриш тезлиги (тахикардия, брадикардия, аритмия) бўлмаса ёки бузилса, ҳомиладор аёлни ултратовушга юбориш тавсия этилади.

С	Ҳомила ҳаракатларини сезиш бошланганидан кейин ҳар бир ташрифда ҳомиладор аёлга ҳомила ҳаракатининг табиати (камайиши ёки ортиши) ҳақида сўров ўтказиш тавсия этилади [2, 19]
----------	---

Ҳомиладор аёлга ҳомила ҳаракатининг фаоллиги ва / ёки частотаси бўлмаса ёки субъектив пасайса, айниқса ҳомиладорликнинг учинчи триместрида қўшимча текширув учун зудлик билан ихтисослашган шифохона ёки аёллар маслаҳатхонасига мурожаат қилиш кераклиги ҳақида тавсиялар берилиши керак.

Тавсия этилмайди:

С	Ҳомиладорлик пайтида сут безларини мунтазам равишда пайпаслаш
С	Ҳомиладор аёлнинг гинекологик текширувларини кўрсатмаларсиз такрорлаш
С	Ҳомиладорлик пайтида акушерлик кўрсатмалари бўлмаган тақдирда бимануал вагинал текширувни ўтказиш
С	Перинатал натижаларни яхшилаш учун ҳомила ҳаракатларини кунлик ҳисоблашни, масалан, "ўнгача ҳисоблаш" каби усуллар билан амалга ошириш

Лаборатор диагностик текширувлар.

В	Ҳомиладор аёлни АВО тизими ва резус тизимининг D антигени (Резус-фактор омили) бўйича асосий гуруҳларни аниқлаш учун биринчи ташрифда бир марта юбориш тавсия этилади [2, 19]
----------	---

В	Rh-салбий ҳомиладор аёлни 1-ташрифда антирезус антикорларни аниқлаш учун юбориш тавсия этилади, сўнгра антикорлар бўлмаса, ҳомиладорликнинг 26-28 хафталигида Rho[D] иммуноглобулин антирезусини юборишдан олдин [2, 19]
----------	--

Агар резусга қарши антикорлар аниқланса, ҳомиладор аёл кейинги кузатув учун 3-даражали тиббий муассасага маслаҳат учун юборилиши керак. Rh-салбий аёлларда эрнинг / шеригининг Rh- омилини аниқлаш керак. Агар эрнинг / шерикнинг қони Rh-салбий бўлса, анти-Rh антикорлари аниқланмайди. Агар эрнинг / шеригининг қони номаълум ёки Rh-мусбат бўлса, ҳомиладор аёлга онанинг қонида айланиб юрадиган ҳомила ДНКсининг хужайрадан ташқари бўлаклари ёрдамида ҳомиланинг Rh- омилини инвазив бўлмаган ҳолда аниқлаш таклиф қилиниши мумкин. Хомиланинг қони Rh-салбий ёки йўқлигини аниқлашда онанинг қонида анти- антикорларини аниқлаш амалга оширилмайди.

А	Ҳомиладор аёлни 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 30-ҳафтасида қонда ОИВга М, G (IgM, IgG) синфларининг антикорлари даражасини ўрганиш учун юбориш тавсия этилади [2, 19]
----------	--

Инфекцияни эрта текшириш ва аниқлаш ўз вақтида даволанишга ёрдам беради ва ҳомила инфекцияси хавфини камайтиради. 3- триместрда такрорий текширув ҳомиладорликнинг 36 хафталигидан олдин амалга оширилади. Агар инфекция аниқланса, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёлни ОИТСнинг олдини олиш ва қарши кураш марказига юбориш керак.

В	Ҳомиладор аёлни қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вирусининг сирт антигенига (HBsAg) антикорларини аниқлаш учун ҳомиладорликнинг биринчи ташрифи ва 30 хафталигида юбориш тавсия этилади [2, 19]
----------	--

С Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг биринчи ва 30-ҳафтасида М ва G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) синфларининг умумий антикорларини аниқлаш учун қондаги гепатит С (Hepatitis C virus) вирусига юбориш тавсия этилади [2, 19]

Агар гепатит В ёки С аниқланса, қуйидагилар қўрсатилади:

- ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш, жигар шикастланиш даражасини баҳолаш, туғилгандан кейин даволаниш зарурати учун ҳомиладор аёлни тегишли мутахассислар (инфекционист, гепатолог, терапевт) томонидан кейинги текшириш;
- интраутерин юқиш хавфини оширадиган муолажа ва вазиятлардан четлаш (эпизиотомия, ҳомиланинг олдинги қисмидан қон олиш, ҳомиланинг узоқ муддат сувсиз қолиши);
- болани интраутерин инфекция учун текшириш.

В Ҳомиладор аёлни қондаги Трепонема паллидумга (*Treponema pallidum*) антикорларни аниқлаш учун 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 30-ҳафтасида юбориш тавсия этилади [2, 19]

Сифилисни текшириш ва ўз вақтида даволаш ҳомиладорликнинг яхши натижаларига ёрдам беради. Агар инфекция аниқланса, ташхисни тасдиқлаш/истисно қилиш учун ҳомиладор аёл дерматовенеролог шифокорига маслаҳат учун юборилиши керак.

А Биринчи ташрифда асимптоматик бактериурияни аниқлаш учун ҳомиладор аёлни бактериал патогенлар учун сийдикнинг ўртача қисмини микробиологик (маданий) текширувга бир марта юбориш тавсия этилади [2, 19]

Асимптоматик бактериурия – клиник белгилар бўлмаганда сийдикнинг ўртача 1 мл қисмида $\geq 10^5$ бактерия колонияларининг мавжудлиги. Бактериурияни эрта аниқлаш ва даволаш пиелонефрит, эрта туғилиш (ПР) ва ҳомила ўсишининг кечикиши (ЗРП) ривожланиш хавфини камайтиради.

Сийдик маданияти мавжуд бўлмаган шароитларда асимптоматик бактериурияни ташхислаш учун Грама бўйича сийдикнинг ўрта қисмидаги препаратни жойида бўйлаш тавсия этилади. Агар Грам бўйича ранг ижобий бўлса, унда асимптоматик бактериурия ташхиси қўйилади ва терапия тавсия этилади. Грам бўйича ранг беришнинг камчиликлари паст сезувчанликдир – тести экиш орқали аниқланадиган баъзи бактериурияларни ўтказиб юборади. Аммо Грам бўйича ранг ижобий бўлса, ҳомиладор аёлда асимптоматик бактериурия эҳтимоли 100% га яқинлашади.

В Ҳомиладор аёлни 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 26-ҳафтасида умумий қон текширувига юбориш тавсия этилади [1, 2]

Ҳомиладорлик даврида камқонликни аниқлашнинг тавсия этилган усули умумий қон тести дур. Анемияни эрта текшириш ва аниқлаш ўз вақтида даволанишга ёрдам беради ва салбий перинатал натижалар хавфини камайтиради. 1-триместрда нормал гемоглобин даражаси ≥ 110 г/л, 3 – триместрда - ≥ 105 г/л.

В Барча ҳомиладор аёлларни 1-ташрифда оч қоринга веноз плазма глюкозасини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади [2, 3, 15]

Углевод алмашинувининг бузилишини аниқлаш очликдаги веноз қондаги глюкоза ёки глюкозаланган гемоглобин (HbA1c) даражасини аниқлашни ўз ичига олади. Ҳомиладор аёл учун очликдаги глюкозанинг нормал қиймати $<5,6$ ммол/л, (HbA1c) даражаси – 6,5%

ни ташкил қилади. Глюкоза қийматлари $\geq 5,6$ ммол/л ёки (HbA1c) $\geq 6,5\%$ бўлса, ҳомиладор аёл ГСД (ҳомиладорлик қандли диабет) ни истисно қилиш учун эндокринолог билан маслаҳатлашиш учун юборилиши керак.

В ХҚД учун хавф омиллари бўлган ҳомиладор аёлни 1-ташрифда оғиз орқали глюкоза бардошлик тестига (ПГТТ) юбориш тавсия этилади. Агар биринчи кўринишда хавф омиллари бўлган аёлларда диабет аниқланмаса, ПГТТ ҳомиладорликнинг 26-28 хафталигида такрорланади [2, 3, 15]

В Ҳомиладорликнинг 26-28 хафталигида 75 г глюкоза билан барча ҳомиладор аёлларни ПГТТга юбориш тавсия этилади, ҳатто оч қоринга веноз қон гипергликемияси бўлмаса ҳам [2, 3, 15]

ХҚД нинг мунтазам скрининги барча ҳомиладор аёллар учун 26-28 хафтада ва кўшимча равишда биринчи триместрда хавф омиллари бўлган ҳомиладор аёллар учун биринчи ташрифда ПГТТНИ ўз ичига олади.

ХҚД ривожланишининг юқори хавф гуруҳига қуйидагилар киради:

- оғир ёки семиз (ТМИ 30 кг/м^2 юқори)
- анамнезда ХҚД
- 40 ёш ва ундан катта
- қариндошликнинг 1 ва 2-даражали қариндошларида ҳар қандай турдаги диабетнинг оилавий тарихи
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда хомилалик макросомия (4500 г)
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда полигидрамниоз
- ўлик туғилиш анамнези
- туғма нуқсонлар анамнези бўлган болаларнинг туғилиши
- анамнезда чақалоқнинг тушунарсиз ўлими.

С Ҳомиладор аёлни 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 26-ҳафтасида умумий сийдик текширувига юбориш тавсия этилади [1, 2]

А Ҳомиладорлик пайтида 1-ташрифда ҳомиладор аёлни бачадон бўйни микро препаратини (бачадон бўйни ва бачадон бўйни канали юзасидан суртма) бир маротабалик цитологик текширувга юбориш тавсия этилади [2, 19]

Ушбу текширув бачадон бўйни саратони учун скрининг мақсадида амалга оширилади. Агар охириги текширувдан 3 йилдан ортиқ вақт ўтган бўлса, бачадон бўйни юзасидан ва бачадон бўйни каналидан суртмани цитологик текшириш тавсия этилиши керак.

Тавсия этилмайди:

С Ҳомиладорлик даврида беморни қондаги токсоплазмага (*Toxoplasma gondii*) G (IgG) ва M (IgM) синфидаги антикорларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш [2, 19]

Ушбу тадқиқот паст специфик хосликка эга, нотўғри ижобий натижаларнинг катта қисми ва натижада токсоплазмознинг асоссиз терапиясига олиб келади. Салбий перинатал натижаларни камайтириш нуқтаи назаридан антенатал токсоплазмоз терапиясининг самарадорлиги тўғрисида далиллар базаси йўқ. Ҳомиладор аёлга токсоплазмознинг олдини олиш усуллари ҳақида маълумот бериш керак: овқатланишдан олдин қўл гигиенаси, янги мева ва сабзавотларни ювиш, гўштга иссиқлик билан ишлов

бериш, ерда ишлаганда қўлқопдан фойдаланиш ва ишдан кейин қўлларни ювиш, Мушуклар билан алоқа қилишни истисно қилиш.

С Ҳомиладор аёлни ҳомиладорлик пайтида қондаги цитомегаловирусга (Cytomegalovirus) М, G (IgM, IgG синфидаги антикорларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш [2, 19]

Ушбу тадқиқот паст специфик хосликка эга, нотўғри ижобий натижаларнинг катта қисми ва натижада ЦМВ инфекциясининг асоссиз терапиясига олиб келади. Этиотропик терапия ва ЦМВ инфекциясининг интраутерин юқишининг олдини олиш мавжуд эмас.

С Ҳомиладорлик даврида, такрорий HSV инфекцияси белгилари мавжудлиги ёки йўқлигидан қатъи назар, ҳомиладор аёлни қондаги herpes simplex virusга антикорларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш тавсия этилмайди [2, 19]

Ушбу тадқиқот паст ўзига хосликка эга, нотўғри ижобий натижаларнинг катта қисми ва натижада HSV инфекциясини асоссиз даволашга олиб келади.

В Ҳомиладор аёлни вагинал суртмаларни микроскопик текшириш, шу жумладан гонококк (*Neisseria gonorrhoeae*), трихомонада (*Trichomonas vaginalis*), хамиртуруш замбуруғларига аёл жинсий аъзоларини микроскопик текшириш учун аломатларсиз юбориш [2, 19]

Ушбу тадқиқот вагинал ноқулайлик, генитал оқинди табиатининг ўзгариши, қичишиш, ёниш ёки ёқимсиз ҳидли оқинди ҳақида шикоятлар пайдо бўлганда тавсия этилиши мумкин.

С Ҳомиладор аёлни I (O) қон гуруҳига антикорларни аниқлашга юбориш [2, 19]

ABO тизими бўйича ҳомиланинг гемолитик касаллигининг олдини олиш учун ҳеч қандай далил базаси йўқ.

С Ҳомиладорлик даврида биокимёвий қон тести ва коагулограмманинг мунтазам ўтказилиши [2, 19]

Ушбу тадқиқот зарурлиги тўғрисида ишончли далиллар базаси йўқ, таҳлил клиник аҳамиятга эга эмас ва қўшимча асоссиз дори-дармонларнинг асоси бўлиб, агар кўрсатмалар мавжуд бўлса, амалга оширилиши керак.

Инструментал диагностик текширувлар.

А Ҳомиладор аёлни ҳомила ултратовуш текширувига 11-13⁶ ҳафталик ҳомиладорлик даврида юбориш тавсия этилади:

- ҳомиладорлик даврини аниқлаш,
- триместр скрининги,
- кўп ҳомилалик диагностикаси,
- кечиктирилган ҳомиладорлик пайтида туғруқ индукцияси частотасини камайтириш [2, 19]

Ҳомиладорликнинг 1- триместридаги ултратовуш текшируви, шунингдек, эктопик ҳомиладорликни истисно қилиш учун 1-ташрифнинг бошида ва ҳайз кўришнинг кечикишида ≥ 7 кун давомида белгиланиши мумкин. 1- триместрнинг ултратовуш

текшируви пайтида, иложи бўлса, эрта преэклампсияни прогнозлаштириш учун бачадон артерияларида пулсация индексини ўлчаш тавсия этилади.

А Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 18-20⁶ ҳафталигида ҳомиланинг ўсишини баҳолаш, ХРКнинг дастлабки шакллари ташхислаш, туғма ривожланиш аномалияларини бартараф этиш, эмбриондан ташқари тузилмаларни баҳолаш учун ҳомила ултратовуш текширувини (2-триместрнинг ултратовуш текшируви) ўтказишга ва локализация, қалинлик, плацента тузилиши, амниотик суюқлик микдори) ва бачадон бўйни узунлиги (УТ-цервикометрия) пренатал диагностикани амалга оширадиган тиббий ташкилотга юбориш тавсия этилади [2, 19]

Бачадон бўйни узунлиги скрининги ўтказилади:

- анамнезда эрта туғиш бўлмаган аёлларда: 18 дан 21 ҳафтагача, бир марта 2 триместрнинг ултратовуш текшируви доирасида;
- ҳомиладорликнинг 14-16 дан 24 ҳафтасига қадар анамнезда эрта туғиш бўлган аёлларда, ҳар икки ҳафтада бачадон бўйни узунлиги 30 мм ва ундан кўп бўлса ёки ҳар ҳафта бачадон бўйни узунлиги 25-29 мм бўлса.

С Агар ҳомиланинг нотўғри жойлашуви ва/ёки кўриниши, ЗРП, катта ҳомилага шубҳа булса, ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 3- триместрида ҳомила ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади [2, 19]

Ҳомиладорликнинг 3- триместрида (36 ҳафта) қўшимча ултратовуш текшируви ҳомиланинг нотўғри жойлашуви ёки олдjoyлашувига шубҳа қилинган тақдирда, ҳомиланинг юрак уриш тезлиги (тахикардия, брадикардия, аритмия) йўқлиги ёки бузилишида, ҳомиланинг юрак уриш тезлиги аускултацияси пайтида, агар бачадоннинг катталиги ва ҳомиладорликнинг давомийлиги мос келмаганда, тушунтириш учун буюрилиши мумкин.

Тавсия этилмайди:

С	Ҳомиладор аёл учун тос суяги ҳажмини ўлчаш [2, 19]
А	Акушерлик ва перинатал асоратлар хавфи паст гуруҳида бўлган ҳомиладор аёлни утероплацентал кон оқимининг ултратовушли доплерографиясига юбориш [2, 19]
А	хавфи паст гуруҳида бўлган ҳомиладор аёлни кардиотокография (КТГ) га юбориш [2, 19]

Ушбу тадқиқотлар оналик ёки перинатал натижаларнинг яхшиланиши билан бирга келмайди.

Бошқа диагностик тестлар.

С 1-ташрифда ҳомиладор аёлни умумий амалиёт шифокори ва стоматолог билан маслаҳатлашиш учун юбориш тавсия этилади [2]

Агар ҳомиладор аёлларнинг шахсий ёки оилавий тарихига асосланган соматик касалликлардан кўркув бўлса, уларни аниқлаш учун мақсадли клиник текширув кўрсатилади. Бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашувлар кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилади (умумий амалиёт шифокори томонидан белгиланади).

С Агар аёл ва/ёки унинг эри/шеригида хромосома ёки генетик патологияси бўлган бола туғилиши учун хавф омиллари бўлса, ҳомиладор аёлни тиббий ва генетик

маслаҳат учун юбориш тавсия этилади [2]

Хромосома ёки генетик патологияси бўлган боланинг туғилиши учун хавф омиллари:

- хромосома ёки генетик касалликларнинг турмуш ўртокларидан/шерикларидан камида биттасининг мавжудлиги;
- хромосома ёки генетик касалликлари, туғма нуқсонлари, ақлий заифлиги бўлган болаларнинг камида битта турмуш ўртоғи/шерикларининг мавжудлиги;
- қариндошлар никоҳи.

А Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликнинг 11-13⁶ хафталигида 1 триместрни скрининг қилиш учун юбориш тавсия этилади, бу ёқа бўшлиғининг қалинлиги ултратовуш текшируви (ТВП), қондаги хорионик gonadotropin даражасини ўрганиш (ХГ) ва ҳомиладорлик билан боғлиқ protein даражасини ўрганиш. Қонда А (РАРР-А) хромосома патологияси билан туғилишнинг individual хавфини дастур билан ҳисоблаш [2]

Ҳомилалик анеуплоидияни истисно қилиш учун ҳомиладор аёлга ҳомиладорликнинг 10 хафталигидан кейин кўшимча равишда НИПС таклиф қилиниши мумкин.

А 1-триместр ёки НИПС скрининг маълумотларига кўра ҳомила анеуплоидияси хавфи юқори бўлган ва/ёки 1-триместр ултратовуш текшируви маълумотларига кўра ҳомила малформацияси аниқланган ва/ёки хромосома ёки ген патологиясининг юқори хавфи ёки аниқланган ҳомила нуқсонларида ҳомиладор аёлни текширувга юбориш тавсия этилади. 2-триместр ултратовуш текшируви маълумотларига кўра, тиббий генетик маслаҳат учун, бунда генетик мутахассис цитогенетик ёки молекуляр кариотиплаш усулларида фойдаланган ҳолда олинган материални текшириш билан инвазив пренатал диагностикани (хорион виллус биопсияси, амниоцентез) тавсия қилади ёки тавсия этмайди [2]

Хорион виллус биопсияси ҳомиладорликнинг 10-14 хафталигида амалга оширилади. Амниоцентез >15 хафталик ҳомиладорлик даврида амалга оширилади. 1 триместрдаги скрининг маълумотларига кўра ҳомилада хромосома патологиясининг индивидуал юқори хавфи $\geq 1/100$. Инвазив пренатал ташхисга қарши кўрсатмалар: ҳар қандай локализациянинг юқумли ва яллиғланиш касалликлари, ҳомила тушиш хавфи ва ёки эрта туғиш. Rh(D) сенсбилизацияси ҳолатларида инвазив ташхиснинг потенциал фойдаси/хавфини ўлчаш керак.

Тавсия этилмайди:

С Ҳомиладор аёлни қондаги ХГ даражасини ўрганиш, қон зардобидаги алфа-фетопротеин даражасини ўрганиш, конюгацияланмаган эстрадиол даражасини ўрганиш (уч марта скрининг) ва қонда А ингибин даражасини ўрганишни ўз ичига олган 2-триместрнинг мунтазам биокимёвий скринингига юбориш (тўртинчи скрининг) [2]

2 триместрдаги биокимёвий скрининг 1 триместрдаги скрининг натижалари бўлмаган тақдирда белгиланиши мумкин.

Умумий физиологик аломатларда ёрдам бериш.

В Ҳомиладорликнинг бошида кўнгил айнаши ва қайт қилишни камайтириш учун

парҳез, занжабил, ромашка, Б6 витамини препаратлари ва ёки акупунктур тавсия этилади [2, 19]

Аёлларга кўнгили айниши ва қайт қилиш одатда ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида тўхташи ҳақида маълумот бериш керак. Рационга кичик порцияларда тез-тез овқатланиш, ўта ёғли ва қовурилган овқатларни, шоколад, аччиқ таомлар, газланган ичимликлар, қаҳва, кучли чойни диетадан чиқариб ташлаш керак. Агар қусиш даволанишга жавоб бермаса, касалхонага ётқизиш кўрсатилади.

С Ҳомиладорлик пайтида жиғилдон кайнашини олдини олиш ва камайтириш учун овқатланиш ва турмуш тарзи бўйича маслаҳат бериш тавсия этилади. Агар турмуш тарзи ўзгарганига қарамай, аниқ аломатлар сақланиб қолса, антацидлар буюрилиши мумкин [2, 19]

Жиғилдон кайнашини олдини олиш ва камайтириш учун турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тавсияларга катта миқдордаги озиқ-овқат, ёғли овқатлар, алкоғолли ичимликлар, чекиш ва тўшакнинг бошини кўтариб ухлашдан воз кечиш керак. Магний карбонат ва алюминий гидроксиди каби антацидларни тавсия этилган дозаларда қўллаш ҳеч қандай салбий таъсир кўрсатмайди. Антацидлар бошқа дори-дармоннинг сўрилишини бузиши мумкин, шунинг учун темир ва фолий кислотаси препаратларини қабул қилишдан олдин ва кейин икки соат давомида қабул қилинмаслиги керак.

А Ҳомиладорлик пайтида ич қотиши ва геморрой шикоятлари бўлган ҳомиладор аёлларга жисмоний фаолликни ошириш ва диетасини ўзгартириш бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Қабзият учун парҳез сув ва хун толасини етарли миқдорда истеъмол қилишни ўз ичига олиши керак (сабзавот, ёнғоқ, мева ва тўлиқ дон таркибида мавжуд). Қаттиқ ич қотиши бўлган, парҳез ва хун толасини қўшимча истеъмол қилиш баргараф этилмайдиган аёллар учун вақти-вақти билан ёмон сўрилган лаксативларни қабул қилиш мумкин.

В Геморрой шикоятлари бўлган ҳомиладор аёллар, ич қотишининг олдини олиш режимида риоқ қилишда таъсири бўлмаса, ҳомиладорлик пайтида фойдаланиш учун тасдиқланган ректал шамлар ёки кремлар шаклида антигеморрой препаратларни буюриш, шунингдек биофлавоноидларни ўз ичига олган дори-дармонларни оғиз орқали юбориш тавсия этилади (диосмин) [2, 19]

Биофлавоноидларни (диосмин) ўз ичига олган препаратларни қўллаш ҳомиладорлик даврида геморройнинг клиник белгиларини 7 баробар яхшилаётди. Диосминнинг тавсия этилган дозаси кунига 600 мг.

В Ҳомиладорлик пайтида варикоз томирлари ва шиш пайдо бўлиши учун доривор бўлмаган маҳсулотлардан фойдаланиш мумкин, масалан, компрессион трикотаж кийиш, оёқ ҳолатини кўтариш ва оёқ ҳаммомлари [2, 19]

Компрессион трикотажидан ташқари, ҳомиладор беморга тўғри иш ва дам олиш режими билан биргаликда физиотерапия сеанслари ва контрастли душ буюрилиши мумкин. Пастки экстремиталарнинг томирларининг аниқ кенгайиши билан қон томир жарроҳга мурожаат қилиш тавсия этилади. Аёлларга варикоз томирларининг намоён бўлиши ҳомиладорликнинг кучайиши билан ёмонлашиши мумкинлиги ҳақида хабар бериш керак, аммо кўпчилик аёллар туғруқдан кейин бир неча ой ичида бироз яхшиланишни бошдан кечиришади.

А Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғи ва тос суяги оғриғининг олдини олиш учун жисмоний машқлар ерда ёки сувда бажарилиши мумкин [2, 19]

Бел оғриғи/тос суяги оғриғидан шикоят қилаётган ҳомиладор аёлларга симптомлар одатда туғилгандан бир неча ой ўтгач камайиши ҳақида огоҳлантириш керак.

С Симфизит ривожланиши туфайли пубик оғриқлар шикояти бўлган ҳомиладор аёлларга бандаж кийиш ва ҳаракатланаётганда тирсак таёқчаларини ишлатиш бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Шу билан бирга, жисмоний машқлар пубик симфизнинг дисфункциясидан келиб чиқадиган оғриқни кучайтириши мумкин ва бу ҳолат учун тавсия этилмайди.

С Vaginal оқинди бўлган ҳомиладор аёлларга бу ҳомиладорлик пайтида тез-тез учрайдиган ҳодиса эканлиги ҳақида маълумот берилади, аммо агар у қичишиш, оғриқ, ёқимсиз ҳид ёки сийиш пайтида оғриқ каби аломатлар билан бирга бўлса, бу текширилиши ва даволаниши керак бўлган инфекция бўлиши мумкин [2, 19]

Семптоматик vaginal оқинди бўлган ҳомиладор аёлларга vaginal тампон қилишни ўйлаб кўринг. Агар сиз жинсий йўл билан юқадиган инфекциядан шубҳалансангиз, тегишли тадқиқотлар ўтказишни ўйлаб кўринг. Ҳомиладор аёлларда vaginal кандидозни даволаш учун vaginal имидазолни (масалан, Клотримазол ёки миконазол) таклиф қилинг.

Профилактика чоралари.

Ҳомиладорлик асоратларининг дори-дармонсиз профилактикаси.

А Ҳомиладор аёлларга дастлабки ТМИга қараб вазн ортиши бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Кўпинча килограмм ортиши одатда ҳомиладорликнинг 20-ҳафтасидан кейин содир бўлади ва ҳомиладорликдан олдин ТМИни ҳисобга олиш керак. Ҳомиладорликнинг бошида вазн етарли бўлмаса (ТМИ <18,5 кг/м²), аёл 12,5-18 кг, нормал вазнда (ТМИ 18,5-24,9 кг/м²) – 11,5-16 кг, ортиқча вазнда (ТМИ 25-29,9 кг/м²) – 7-11,5 кг ва семиришда (ТМИ > 30 кг/м²) – 5-9 кг.

С Потўғри овқатланиш билан оғриган ҳомиладор аёлларга ўлик туғилиш ва ҳомиладорлик ёшидаги кичик болалар туғилиши хавфини камайтириш учун мувозанатли протеин-энергия кўшимчаларини кўшимча равишда олиш тавсия этилади [2, 19]

Озиқланишнинг етишмаслиги одатда паст ТМИ (яъни кам вазн) мавжудлигида аниқланади.

В Ҳомиладор аёлга вегетарианизмдан воз кечиш ва кофеин истеъмолини камайтириш каби тўғри овқатланиш бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Ҳомиладорлик даврида вегетарианизм ЗРП хавфини оширади. Кўп миқдорда кофеин (кунига 300 мг дан ортиқ) ҳомиладорликни тўхтатиш ва кам вазнли болалар туғилиши хавфини оширади.

В Узоқ муддатли ҳаво қатновини амалга оширадиган ҳомиладор аёлларга ТЭАнинг

олдини олиш бўйича тавсиялар берилиши керак, масалан, самолёт салоида юриш, кўп суюклик ичиш, спиртли ичимликлар ва кофеиндан воз кечиш ва парвоз пайтида сиқилган трикотаж кийиш [2, 19]

Ҳаво саёхати ҳомиладорликнинг мавжудлигидан қатъи назар, 1/400 – 1/10000 ҳолатлар бўлган ТЭА хавфини оширади. Асемптоматик ТЭА тез-тез содир бўлганлиги сабабли, бу хавф янада юқори бўлиши мумкин (тахминан 10 мартагача).

В Ҳомиладор аёлларга чекишни ташлаш бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Ҳомиладорлик пайтида чекиш ЗРП, ПР, плацента олд жойлашуви, одатда жойлашган плацентанинг эрта ажралиши (ПОНРП), онада гипотиреоз, амниотик суюкликнинг эрта чиқиши, кам вазн, perinatal ўлим ва эктопик ҳомиладорлик каби асоратлар билан боғлиқ. Туғилишнинг тахминан 5-8%, кам вазнли болага муддатли туғилишнинг 13-19%, тўсатдан чақалоқ ўлими ҳолатларининг 23-34% ва патологик курс билан боғлиқ сабабларга кўра болаликдаги ўлимнинг 5-7%. пренатал давр ҳомиладорлик пайтида она томонидан чекиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Чекувчи оналардан туғилган болаларда бронхиал астма, ичак коликаси ва семириш хавфи ортади.

С Ҳомиладор аёлларга ҳомиладорлик пайтида, айниқса 1 триместрда спиртли ичимликлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак [2, 19]

Спиртли ичимликларнинг паст дозаларини акушерлик ва перинатал асоратларга салбий таъсири тўғрисида юқори далилларга асосланган маълумотлар йўқлигига қарамай, спиртли ичимликлар дозасидан қатъи назар, алкогольнинг ҳомиладорлик даврига салбий таъсири тўғрисида етарли миқдордаги кузатувлар тўпланган ва қабул қилинган, масалан, ҳомилалик алкоголь синдроми ва кечиктирилган психомотор ривожланиш.

С Ҳомиладорликнинг нормал кечиши бўлган ҳомиладор аёлга ўртача жисмоний фаоллик тавсия этилиши керак (кунига 20-30 дақиқа) [2, 4, 13, 19]

Ўртача жисмоний машқлар оналик натижаларини яхшилаш ва преэклампсия, ҲҚД ва туғруқдан кейинги депрессия хавфини камайтириш учун самарали стратегиядир. Ҳаддан ташқари жисмоний зўриқиш ёки аёлнинг шикастланиши билан боғлиқ бўлмаган жисмоний машқлар ҳомиладорлик ва болаларнинг ривожланишининг бузилиши хавфини оширмайди.

С Ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасидан кейин аёлларга чалқанча ухламасликни маслаҳат беринг ва масалан, ёстиқлардан фойдаланишни ўйлаб кўринг [2]

Аёлга орқа томонида ухлаш ҳомиладорликнинг кеч даврида (28 ҳафтадан кейин) ўлик туғилиш хавфи билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини тушунтиринг.

С Ҳомиладор аёлларга қорин бўшлиғи шикастланиши, йиқилиш, стрессга олиб келиши мумкин бўлган жисмоний машқлардан қочиш бўйича тавсиялар берилиши керак (масалан, кураш, ракетка ва тўпли спорт турлари ва сувга шўнғиш) [2, 19]

Ҳомиладорлик асоратларини дори воситалари ёрдамида олдини олиш.

А Ҳомиладор аёлларга фойлий кислотасини режалаштирилган ҳомиладорликдан 12 ҳафта олдин ва ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида кунига 400 мкг дозада қабул қилиш тавсия этилади [2, 6, 19]

Ҳомиладорликдан 12 ҳафта олдин ва ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигида фолий кислотасини периконцептуал тарзда қўллаш асаб найчалари нуқсони бўлган (масалан, аненсефалия ёки ўмуртқа парчаланиш) чақалоқ туғилиш хавфини камайтиради.

ҚД ва эпилепсияда фолий кислотасининг профилактик дозаси 5 мг ни ташкил қилади, агар туғилиш тарихи марказий асаб тизимининг (МАТ) ривожланишнинг туғма нуқсонлари (РТН)га эга бўлган болалар бўлса – 4 мг.

С Ҳомиладорлик даврида йод препаратларини (калий йодид) кунига 200 мкг дозада оғиз орқали юбориш тавсия этилади [2]

В Анемия, туғруқдан кейинги sepsis, кичик болалар туғилиши ва эрта туғилишнинг олдини олиш учун ҳомиладор аёлларга кунига 30-60 мг дозада темир ва фолий кислотаси бўйича 400 мкг (0,4 мг) дозада темир препаратларини қабул қилиш тавсия этилади [19]

Ҳомиладорликнинг биринчи ва учинчи триместрларида анемия ташхиси қўйилади, агар Hb даражаси < 110 г/л бўлса, иккинчи триместрда-Агар Hb даражаси < 105 г /л бўлса. агар ҳомиладор аёлга анемия ташхиси қўйилган бўлса, темир қўшимчаларининг суткалик дозасини 120 мг гача ошириш керак Hb даражаси normal ҳолга келгунча темир жиҳатидан (Hb 110 г/л ёки ундан юқори). Кейин анемиянинг қайталанишини олдини олиш учун ҳомиладор аёллар учун темир қўшимчасини standart дозада тиклаш мумкин. Темир препаратлари капсулалар ёки таблетка шаклида буюрилиши мумкин (шу жумладан эрувчан таблеткалар ва модификацияланган эрувчан таблеткалар шаклида).

"Темир танқислиги камқонлиги бўлган ҳомиладор аёлларни бошқариш" миллий клиник протоколига қаранг.

А 26-28 ҳафтада антиресус антикорлари аниқланмаган Rh-салбий ҳомиладор аёлда ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталигида инсон immunoglobulin Антиресус Rh0[D] препаратини кўрсатмаларга мувофиқ дозада мушак ичига буюриш тавсия этилади. [2]

Пренатал профилактика пайтида 1250-1500 МЕ (250-300 мкг) инсон immunoglobulin Антирезус Rho[D] бир марта қўлланилади. Агар профилактика 28-ҳафтада ўтказилмаган бўлса, ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасидан 34-ҳафтагача, агар анти-Rh антикорлари бўлмаса, кўрсатилади. Инсон immunoglobulin Антирезус Rho[D]нинг эртарок қўлланилиши самаралироқдир.

Эр / шерикга тегишли Rh-салбий қон бўлса, 28-34 ҳафтада антиресус immunoglobulin Rho[D] амалга оширилмайди.

Антирезус антикорлари аниқланганда антирезус immunoglobulin юборилмайди. Антирезус антикорлари титри бўлган ҳомиладор беморга ултратовуш, доплерометрияни ўрта мия артериясида максимал систолик қон оқими тезлигини ўлчаш ва 2 ёки 3-даражали стационар ёки амбулатория муассасаси мутахассиси билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.

"Она ва ҳомила қонининг изосерологик номувофиқлигини ташхислаш ва даволаш" миллий клиник протоколига қаранг.

А Агар ҳомиладор аёлга ҳомиладорликнинг биринчи триместрида асимптоматик бактериурия ташхиси қўйилган бўлса, антибактериал терапиянинг оғиз курсини буюриш тавсия этилади [2, 19]

Асемптоматик бактериурия- бу клиник белгилар бўлмаса, сийдикнинг ўртача бир қисмида 10⁵ мл ичида 1 бактериал колонияларнинг мавжудлиги. Антибактериал терапия сийдик йўлларида симптоматик инфекциялари сонини, эрта туғилиш частотасини ва тана вази паст бўлган болалар туғилишини сезиларли даражада камайтиради. Ҳомиладорлик даврида асемптоматик бактериурияни даволаш учун антибактериал терапиянинг қисқа курси тавсия этилади. Терапия охирида сийдик экиш мажбурий эмас.

Ҳомиладорда аёлларда асемптоматик бактериурия антибактериал терапияси (дорилар оғиз орқали қабул қилинади).

Препарат	Кундалик доза	Терапия давомийлиги	Изоҳлар
Фосфомицина трометамол	3 г бир марта	1 кун	
Нитрофурантоин	50 мг ҳар 6 соат ёки 100 мг ҳар 12 соат	3-5 кун	III триместрда қабул қилинмайди
Ко-амоксиклав	500/125 ҳар 12 соат	3-5 кун	Яқинда туғилиш ҳоллари бундан мустасно
Амоксициллин	500 мг ҳар 8 соат	3-5 кун	Чидамли штаммларнинг тарқалиши ортиб бормокда
Цефалексин	500 мг ҳар 12 соат	3-5 кун	
Цефуроксим	500 мг ҳар 12 соат	3-5 кун	
Пивмециллинам (мавжуд бўлганда)	200 мг Кунига 3 марта	3–5 дней	

А Цервикометрия бўйича бачадон бўйни асемптоматик қисқариши бўлган ҳомиладор аёлларга (бўйин узунлиги 25 мм дан кам) 200 мг vaginal прогестерон препаратларини ҳомиладорликнинг 22 дан 34 ҳафтагача битта ва кўп ҳомиладорликда буюриш тавсия этилади [2]

Прогестеронни Vaginal юбориш фақат қисқа бачадон бўйни (25 мм дан кам) бўлган аёлларда самарали бўлади, ҳомиладорликнинг 14-16 ва 24 ҳафталари орасида ултратовуш орқали аниқланади, анамнезда эрта туғилиш мавжудлиги ёки йўқлигидан қатъи назар).

Тавсия этилмайди:

В	D витамини қўшимчаларини мунтазам равишда буюриш [2, 19]
С	Мунтазам равишда мултивитаминларни буюриш [2, 19]
В	Мунтазам равишда Омега-3 кўп тўйинмаган ёғли кислоталарни қабул қилиш [2, 19]
А	Е витаминини мунтазам равишда буюриш [2, 19]
С	А витаминини мунтазам равишда буюриш [2, 19]
А	Аскорбин кислотани мунтазам равишда буюриш [2, 19]

Мавжуд тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ушбу витаминлар ва қўшимчаларни қабул қилиш ПЭ (преэклампсия), ПР (эрта туғруқ), ЗРП (ҳои́ла ривожланишининг кечикиши),

ГСД (ҳомиладорлик қандли диабети), антенатал ҳомила ўлими ва неонатал ўлим хавфини сезиларли даражада камайтиради, акушерлик ва перинатал натижаларни яхшилайти.

Ҳомиладорлик пайтида огоҳлантириш белгилари.

Ҳомиладор аёлларга шошилиш тиббий ёрдамни талаб қиладиган ташвишли белгилар ҳақида маълумот беринг.

Агар санаб ўтилган огоҳлантириш белгиларидан камида биттаси пайдо бўлса, дарҳол тиббий ёрдамга мурожаат қилишингиз керак:

- ✓ Ҳаддан ташқари қайт қилиш (5 мартадан ортиқ)
- ✓ Жинсий трактдан қонли оқинди
- ✓ Вагинадан кўп миқдорда суюқлик чиқиши
- ✓ Доимий бош оғриғи, кўзларда доғлар ёки чакнашлар пайдо бўлиши билан кўришнинг бузилиши
- ✓ Кўлларнинг ёки юзнинг тўсатдан ва тез ўсиб бораётган шишиши
- ✓ Ҳароратнинг 38°C га ёки ундан юқорига кўтарилиши
- ✓ Вагинада қаттиқ қичишиш ва ёниш ёки vaginal оқинди кўпайиши
- ✓ Сийиш пайтида ёниш ва оғриқ
- ✓ Қоринда доимий қаттиқ оғриқ, ҳатто дам олаётганда ҳам
- ✓ Соатига 4-5 дан ортиқ қисқариш
- ✓ Ёйқилиш, автоҳалокат ёки кимнидир уриш пайтида қориннинг лат ейиши
- ✓ Ҳомиладорликнинг 24 ҳафталигидан кейин ҳомиланинг ҳаддан ташқари ёки заиф ҳаракати
- ✓ Амниотик суюқликнинг намланиши ёки оқиши

Хавф гуруҳларидаги аралашувлар.

Ҳомиладорлик қандли диабети.

Турли мамлакатларнинг умумий аҳолисида ХҚД частотаси 1% дан 20% гача ўзгариб туради, ўртача 7%. Кўпгина ҳомиладор аёлларда касаллик аниқ гипергликемия ва аниқ клиник белгиларсиз давом этиши сабабли, ХҚД хусусиятларидан бири уни ташхислаш ва кеч аниқлашнинг қийинлиги ҳисобланади.

Биринчи пренатал ташрифда ҳар бир ҳомиладор аёлда **ХҚД** хавфини хавф омиллари ёрдамида баҳоланг [2, 3, 15]:

- ортиқ вазн ёки семизлик (ТМИ 30 кг/м² дан ортиқ)
- анамнезда ХҚДнинг мавжудлиги
- қариндошликнинг 1 ва 2-даражали қариндошларида ҳар қандай турдаги диабетнинг оилавий анамнези
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда хомилалик макросомияси (4500 г)
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда полиҳидрамниоз
- анамнезда ўлик туғилиш
- анамнезда туғма нуқсонлар бўлган болаларнинг туғилиши
- анамнезда чақалоқнинг тушунарсиз ўлими.

Биринчи ташрифда ва ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафталигида хавф омиллари бўлган аёлларда ХҚДни аниқлаш учун 75 грамм 2 соатлик оғиз орқали глюкоза бардошлик тестидан (ОГБТ)дан фойдаланинг [2, 3, 15]

ХҚД учун хавф омиллари бўлмаса, ҳомиладор аёлларга 1-ташрифда очликдаги веноз плазма глюкозасини аниқлаш ва ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафтасида ОГБТни ўтказиш тавсия этилади [2, 3, 15]

ЖССТ мезонларига кўра, ҳомиладорлик даврида биринчи марта аниқланган гипергликемия ҳомиладорлик қандли диабет (ХҚД) ёки ҳомиладорлик даврида diabetes mellitus сифатида таснифланиши керак

Ҳомиладорлик даврида ХҚД ва ҚД диагностикаси мезонлари [3, 15].

	ХҚД	Манифест тури 1 ёки 2-тоифа диабет (ҳомиладорлик пайтида ёки ундан олдин содир бўлган).
Оч қоринга веноз гликемия	5,1-6,9 ммоль/л	≥7,0 ммоль/л
75 г глюкоза билан ОГБТдан 1 соат ўтгач веноз гликемия	≥10,0 ммоль/л	
75 г глюкоза билан ОГБТдан 2 соат ўтгач веноз гликемия	8,5-11,0 ммоль/л	≥11,1 ммоль/л (ёки плазмадаги тасодифий аниқлаш билан)

Ҳар қандай турдаги диабетга чалинган ҳомиладор аёлларни амбулатория шароитида бошқаришнинг асосий тамойиллари.

- ҚДнинг ҳар қандай шакли бўлган ҳомиладор аёлларга аниқлангандан кейин биринчи ҳафта давомида диетолог ва эндокринолог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади
- 12 ҳафталик ҳомиладорликдан олдин ҚД билан оғриган ҳомиладор аёллар учун 5 мг фоллий кислотасини қабул қилиш кўрсатилади
- Гликемик ҳолатни яхшилаш учун диетанинг жисмоний машқлар билан комбинацияси кўрсатилган
- 30 дақиқадан сўнг юриш каби ўртача жисмоний машқлар ва машқлар дастури тавсия этилади
- Агар 1-2 ҳафта давомида парҳез ва жисмоний фаолиятни ўзгартириш орқали қондаги глюкоза даражасининг мақсадларига эришилмаса, гипогликемик дорилар кўрсатилади
- Ҳомиладорлик даврида ҳар қандай ҚД шакли учун плазма глюкозасининг мақсадли кўрсаткичлари:

Оч қоринга	Овқатдан 1 соат ўтгач	Овқатдан 2 соат ўтгач
<5,3 ммоль/л	<7,8 ммоль/л	<6,4 ммоль/л

Ҳар қандай шаклдаги диабетга чалинган аёллар учун антенатал ташрифлар жадвали [2].

Ҳомиладорлик муддати	Ҳомиладорлик пайтида диабетнинг ҳар қандай шакли бўлган аёлларга ғамхўрлик қилиш (оилавий шифокор, акушер-гинеколог, диетолог, эндокринолог)
Идеал ҳолда, 12 ҳафтагача	<ul style="list-style-type: none"> • Аёлларга ҚД нинг ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврга таъсири ҳақида маълумот беринг (макросомия, неонатал гипогликемия, сезарен хавфининг ошиши, элкама-дистони, преэклампсия, эрта туғилиш, гипербилирубинурия, неонатал интенсив терапия бўлимига ўтиш, оналар касалланиши ва

	<p>ўлимнинг юкори кўрсаткичлари);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Овқатланишдан олдин ва кейин капилляр гликемиянинг диетаси ва мақсадлари бўйича тавсиялар беринг; • Аёлни асоратлар (нейропатия, қон томир асоратлари) мавжудлиги учун текшириш); • Гипогликемик дориларга бўлган эҳтиёжни кўриб чиқинг, улар ва уларнинг асоратлари ҳақида аёлга айтинг; • Илгари мавжуд бўлган ҚД бўлган аёллар, агар сўнгги 3 ой ичида баҳоланмаган бўлса, ретинанинг ҳолатини (офтальмолог билан маслаҳатлашиш) ва буйраклар фаолиятини баҳолашлари керак; • ҚД билан оғриган барча аёллар ҳомиладорлик даврида ҳар 1-2 ҳафтада пренатал клиника ва эндокринолог билан алоқада бўлишлари керак; • Ҳомиладорлик пайтида хавф даражасини аниқлаш учун илгари диабетга чалинган аёллар учун HbA1c даражасини ўлчанг; • 1-триместрда антенатал клиникага мурожаат қилган ХҚД хавф омиллари бўлган аёлларга имкон қадар тезроқ қон глюкозасини ўз-ўзини назорат қилиш ва 75 г 2 соатлик ГТТ таклиф қилиниши керак; • 7-9 ҳафтада ҳомиланинг ҳаётлийлигини ва ҳомиладорлик муддатини тасдиқланг.
16 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • 16-20 ҳафтада биринчи ташрифида диабетик ретинопатия ташхиси қўйилган илгари мавжуд бўлган ҚД бўлган аёллар ретинанинг ҳолатини қайта баҳолашлари керак; • 2-триместрда антенатал клиникага мурожаат қилган ХҚД учун хавф омиллари бўлган аёлларга имкон қадар тезроқ қон глюкозасини ўз-ўзини назорат қилиш ёки 75 г 2 соатлик ГТТ таклиф қилиниши керак.
20 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳомиланинг структуравий анормалликларини аниқлаш учун ултратовуш текширувини ўтказинг, шу жумладан ҳомила юрагини текширинг.
28 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Амниотик суюқлик ҳажмини аниқлаш ва ҳомила ўсишини кузатиш учун ултратовуш текширувини ўтказинг; • Олдиндан мавжуд бўлган диабетга чалинган барча аёллар учун ретинанинг ҳолатини баҳоланг; • Агар ХҚД аёлларда 26-28 ҳафтада аниқланса-эндокринолог ва овқатланиш мутахассиси билан биргаликда кузатув ва бошқарувни олиб боринг.
32 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Амниотик суюқлик ҳажмини аниқлаш ва ҳомила ўсишини кузатиш учун ултратовуш текширувини ўтказинг; • оддий пренатал парваришда тавсия этилган таҳлилларни текширинг.
34 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳеч қандай қўшимчаларсиз анъанавий пренатал парвариш пайтида бўлгани каби.
36 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Амниотик сувлар ҳажмини аниқлаш ва ҳомила ўсишини кузатиш учун ултратовуш текширувини ўтказинг; • Туғруқ усули ва вақти, туғруқ пайтида оғриқни йўқотиш усуллари, туғруқ пайтида ва ундан кейин глюкомик индексларга қараб терапиянинг ўзгариши, эмизиш, янги туғилган

	чақалоқларни парвариш қилиш, туғруқдан кейинги контрацепция усуллари ҳақида маслаҳатлашинг.
37⁰ ҳафта- 38⁶ ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ёки 2-тоифа диабетга чалинган барча аёллар учун туғруқ индукцияси ёки кесар кесиш жаррохлик муолажасини таклиф қилинг (агар кўрсатмалар мавжуд бўлса). • ХҚД билан ҳомиладорликни туғруқнинг ўз-ўзидан бошланишига узайтиринг.
38 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳомила ҳолатини баҳолаш.
39 ҳафта	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳомила ҳолатини баҳолаш. • Ҳомиладорликнинг 40⁶ ҳафталигидан олдин асоратланмаган ХҚД билан ҳомиладор аёлларни туғдириш.

"Ҳомиладорлик пайтида кандли диабет" миллий клиник протоколига қаранг.

Преэклампсия.

Биринчи пренатал учрашувда ҳар бир аёлнинг преэклампсия хавфини баҳоланг [2, 7, 8]

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичидаги барча ҳомиладор аёлларга биринчи триместрда комбинацияланган тест ёрдамида ПЭ скринингидан ўтиш тавсия этилади, шу жумладан онанинг хавф омиллари, ўртача қон босими, бачадон артерияси пулсация индекси ва плацента ўсиш омили [2, 8]

ПЭ учун скрининг, жумладан, она учун хавф омиллари, ўртача артериал босим (СрАД), она йўлдошининг ўсиш омили (ПФР/PLGF) ва бачадон артерияси пулсация индекси (ПИ/УТPI) ПЭ хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларни энг аниқ аниқлаши мумкин. Плацента ўсиш омили (ПФР) трофобластик хужайралар томонидан чиқариладиган гликосилланган dimer гликопротеин бўлиб, у қон томир эндотелиал ўсиш омиллари оиласига киради. Пулсация индекси (ПИ) трансабдоминал ултратовуш билан 11 дан 13⁶ ҳафтагача ўлчанади.

Агар ҳомиладорликнинг биринчи триместрида ПФР (PLGF) ва / ёки ПИ (УТР) ни ўлчаш имкони бўлмаса, она учун хавф омилларини аниқлаш ва Ўртача АБни ўлчашни ўз ичига олган ПЭ учун бирлаштирилган скрининг ўтказиш тавсия этилади [2, 8]

Ўртача қон босими қуйидаги формула ёрдамида ҳисобланади: Среднее АД = (Сист. АД – Диаст. АД)/3 + Диаст АД.

ПЭ хавфи калкулятори (оналар хавф омиллари + Ўртача АБ ± ПФР ± ПИ) қуйидаги ҳаволада мавжуд: <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>

Бирлашган ПЭ скрининги имконияти бўлмаган тақдирда, анамнез ва клиник - демографик омиллар (онанинг хавф омиллари) асосида ПЭ хавфини баҳолашни ўтказиш тавсия этилади [2, 8]

Преэклампсия учун хавф омиллари [7].

Юқори хавф	Ўртача хавф
Олдинги ҳомиладорлик пайтида гипертензия	Биринчи туғиш

САГ	Ёши ≥ 40 ёш
Сурункали буйрак касаллиги	ТВИ ≥ 35 кг/м ²
КД	Оилавий анамнезда ПЭ
Аутоиммун касаллиги	Ҳомиладорлик орасидаги интервал > 10 йил
	Кўп ҳомиладорлик
ПЭ нинг юқори хавфи-бу битта юқори хавф омили ёки икки ёки ундан ортиқ ўртача хавф омилларининг мавжудлиги	

ПЭ хавфи юқори бўлган ҳомиладор беморга ҳомиладорликнинг 11-14^б дан 36 ҳафтасига қадар кечки пайт 150 мг / кун оғиз орқали аспирин буюриш тавсия этилади [2, 7, 8, 19]

ПЭ хавфи юқори бўлган ҳомиладор беморга ҳомиладорлик даврида қон босимини ҳар куни ўз-ўзини назорат қилиш тавсия этилади

ПЭ хавфи юқори бўлган барча ҳомиладор аёлларга ҳар бир пренатал ташрифда протеинурия аниқланиши тавсия этилади. Ҳомиладор аёлларда протеинурия миқдорини аниқлаш учун биринчи эрталабки сийдик таҳлилидан фойдаланилмайди

Гипертензия билан оғриган ҳомиладор аёлларни амбулатория шароитида бошқаришнинг асосий тамойиллари.

- Янги ташхис қўйилган артериал гипертензия билан оғриган барча аёлларга она ва ҳомила ҳолатини, даволанишнинг хатарлари ва фойдаларини, гипертензия сабабларини ҳар томонлама баҳолаш учун касалхонага ётқизиш тавсия этилади
- артериал гипертензия - систолик қон босимининг ошиши қайд этилган ҳолат ≥ 140 мм симоб уст. ва/ёки диастолик қон босими ≥ 90 мм симоб уст., камида 2 та ўлчов натижасида бир қўлда 4 соатлик интервал билан ўтказилган ўртача деб белгиланган
- Гипертензия билан оғриган барча аёлларга қуйидагиларни аниқлаш тавсия этилади:

А) Гипертензив касаллик тури:

- Сурункали артериал гипертензия
- Ҳомиладорлик гипертензияси
- Прееклампсия (ўртача ва оғир)
- САГ туфайли юзага келган прееклампсия

Б) артериал гипертензия даражаси:

- Енгил (систолик қон босими 140-159 мм симоб уст. ва/ёки диастолик қон босими 90- 109 мм симоб уст.)
- Оғир (систолик қон босими ≥ 160 мм симоб устуни ва/ёки диастолик қон босими ≥ 110 мм симоб уст.)
- Гипертензив синдромнинг ҳар қандай турига чалинган барча ҳомиладор аёлларга, агар улар **барқарор систолик қон босими 140 мм симоб устуни ёки ундан юқори бўлса ёки барқарор диастолик қон босими 90 мм симоб устуни ёки ундан юқори бўлса**, антигипертензив даволанишни бошлаш тавсия этилади
- Ҳомиладорлик пайтида антигипертензив дориларни қўллаш тавсия этилади: метилдопа, labetalol, нифедипин.
- Енгил гипертензия учун танланган дорилар метилдопа ва labetalol, оғир гипертензия учун – нифедипин.

- Мақсадли қон босимини ушлаб туриш учун 3 та антигипертензив дориларнинг комбинациясига рухсат берилади.

Ҳомиладорлик даврида антигипертензив дорилар [8].

Препарат	Метилдопа	Лабеталол	Нифедипин
Доза	250-750 мг ҳар 8 соатда оғиз орқали	100-400 мг ҳар 8 соатда оғиз орқали	10 мг кунига 2-3-4 марта (қисқа таъсирли), ҳар 12 соатда 20-60 мг (секин чиқариш билан)
Максимал суткалик доза	3000 мг	1200 мг	120 мг
Ҳаракат механизми	Марказий: алфа2-адренергик рецепторларни стимуллаштиради	Юмшоқ алфа ва вазодилататорли бета блокер эффе́кт	Калций канали блокатори
Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар	Депрессия	Бронхиал астма, сурункали обструктив ўпка касаллиги, юрак етишмовчилиги	Аорта стенози
Амалий дақиқалар	24 соат ичида ҳаракатнинг секин бошланиши, курук оғиз, седатив таъсир, депрессиянинг кучайиши, лойқа кўриш, такрорий гипертензия	Брадикардия, бронхоспазм, бош оғриғи, кўнгил айниши, бош териси чайқалиши, одатда 24 соат ичида ўтиб кетади	Биринчи 24 соат ичида кучли бош оғриғи, терининг қизариши, тахикардия, периферик шиш, ич қотиши

- Ҳомиладорлик пайтида гипертензиянинг ҳар қандай турини даволаш учун доридармонларни қўллашда мақсадли қон босимини 135/85 мм симоб уст. Назорат қилиб боринг.
- Агар беморнинг қон босими 130/80 мм симоб уст. дан пастга тушса, дозани камайтириш ёки антигипертензив даволанишни тўхтатиш ҳақида ўйлаб кўринг.
- Ҳар қандай турдаги АГ билан оғриган аёлга ва унинг чақалоғига шахсий эҳтиёжларига қараб қўшимча пренатал ташрифлар кўрсатилади:
 - гипертензия ёмон назорат қилинса, ҳафтада камида 2 марта
 - гипертензия яхши назорат қилинса, ҳафтада 1 марта
- Хомиланинг ўсиши ва амниотик суюқлик ҳажмини ултратовуш текшируви, шунингдек ҳар 2-4 ҳафтада киндик артерияларининг доплерометрияси ҳар қандай гипертензия билан оғриган барча ҳомиладор аёллар учун тавсия этилади
- Гипертензиянинг ҳар қандай шакли бўлган беморни амбулатория шароитида бошқариш мумкинлигини унутманг:
 - систолик қон босими <150 ва/ёки диастолик қон босими <100 мм симоб уст.да;
 - тромбоцитлар сони 150,000 дан ортиқликда;
 - жигар ферментларининг нормал даражасида;
 - буйрак функциясининг нормал кўрсаткичларида;

- хомиланинг қониқарли ҳолатида;
- субъектив белгиларнинг йўқлигида;
- юқори даражадаги онглилик ва интизомда.
- Гипертония билан оғриган ҳомиладор аёлларга туғруқ учун режалаштирилган касалхонага ётқизиш зарурлиги тўғрисида маълумот беринг:
 - 38-39 ҳафта – САГ билан оғриган ҳомиладор аёлларда
 - гипертензия дори-дармонсиз назорат қилинганда;
 - 37 ҳафта-САГ билан оғриган ҳомиладор аёлларда
 - гипертензия дори-дармон ва ҳомиладорлик гипертензияси билан;
 - 36-37 ҳафта-ўртача прееклампсия билан;
 - ҳар қандай вақтда-оғир гипертензия – оғир прееклампсия, эклампсия билан;
- Қуйидаги ҳолатларда шошилиш касалхонага ётқизиш талаб этилади:
 - оғир гипертензия (систолик қон босими 160 мм симоб уст. ва/ёки диастолик қон босими 110 мм симоб уст. 15 дақиқалик қисқа вақт оралиғида);
 - ПЭ нинг янги белгилари ва оғир белгиларининг пайдо бўлиши;
 - амбулатор даволанишнинг қониқарсиз натижаси;
 - хомилани текширишда домкратион оғишлар.

ПЭнинг оғир белгилари [2, 7, 8].

Оғир гипертензия	<ul style="list-style-type: none"> – Уч синф антигипертензив воситалар билан даволанишга қарамай, оғир гипертензиянинг такрорий эпизодлари (систолик қон босими 160 мм симоб уст, ва/ёки диастолик қон босими 110 мм симоб уст,).
Гемостаз дисфункцияси	<ul style="list-style-type: none"> – 150,000/мл дан кам бўлган тромбоцитлар – Гемолиз: шистоцитлар ёки қон суртмасидаги эритроцитлар бўлаклари – 600 МЕ/л дан юқори бўлган лактат дегидрогеназа даражасининг кўтарилиши – Тарқалган томир ичидаги коагуляция
Жигар дисфункцияси	<ul style="list-style-type: none"> – Жигар ферментларининг кўпайиши (>40 МЕ/л) ёки жигар функциясининг тобора ёмонлашиши – Қориннинг юқори ўнг квадрантида ёки эпигастриумда дори терапиясига жавоб бермайдиган кучли доимий оғрик – Кўнгил айниши, қайт қилиш
Буйрак дисфункцияси	<ul style="list-style-type: none"> – 90 ммол/л дан ортиқ зардоб креатинин – Олигурия (4 соат ичида 80 мл дан кам)
Марказий асаб тизимининг дисфункцияси	<ul style="list-style-type: none"> – Бош оғриги (Кўпинча кучайиб, оддий аналгетиклар томонидан босилмайди) – Кўриш бузилиши (чивинларнинг милтиллаши, скотома эпизоди)
Нафас олиш дисфункцияси	<ul style="list-style-type: none"> – Ўпка шиши

Оғир прееклампсия – бу протеинурия (0,3 г/л) ёки доимий ёки такрорий кучли бош оғриғи, скотомалар, кўнгил айниши ёки қайт қилиш, эпигастрал оғрик, олигурия билан биргаликда даволанишга жавоб бермайдиган оғир гипертензиядир. Лаборатория қон тестларининг прогрессив ёмонлашиши, масалан, креатинин ортиши билан ёки жигар

трансаминазалари, тромбоцитлар сонининг камайиши билан намоён булади.

Касалхонага ётқизиш босқичида оғир гипертензия, оғир преэклампсия бўлган барча ҳомиладор аёллар ўтказилиши керак:

- **Антигипертензив терапия:** қисқа таъсир қилувчи нифедипин 10 мг оғиз орқали (чайнаш ва ютиш), агар керак бўлса, ҳар 30 дақиқада такрорланади. Максимал битта доза 50 мг. Сублингвал қабул қилиш тавсия этилмайди.
- **Антиконвулсант терапия:** 4-5 г магний сульфат томир ичига (16-20 мл 25% магний сульфат эритмаси) аста-секин 10-15 дақиқа давомида, сўнгра соатига 1 г томир ичига (100 мл 25% магний сульфат эритмаси + 400 мл натрий хлорид физиологик эритмаси дақиқада 7 томчи тезликда).

"Ҳомиладорлик пайтида Артериал гипертензия" миллий клиник протоколига қаранг.

Веноз тромбозмболик асоратлар.

- Веноз ТЭА олдини олишнинг асосий йўналиши:
- Веноз ТЭА хавфи остида ҳомиладор аёлларни изоляция қилиш
- Веноз ТЭА хавфи даражасини аниқлаш

Биринчи пренатал ташрифда хавф омиллари ёрдамида ҳар бир ҳомиладор аёлда веноз ТЭА хавфини баҳоланг [2, 14, 18]

ҲОМИЛАДОРЛИК ПАЙТИДА ВЕНОЗ ТЭА УЧУН ХАВФ ОМИЛЛАРИ	Баллар
Анамнестик маълумотлар	
Олдинги даврий ТЭА;	3
Олдинги ТЭА, сабабсиз ёки эстрогенлардан фойдаланиш билан боғлиқ;	3
Олдинги кўзгатирилган ТЭА;	2
Оилавий тромботик анамнез;	1
Тромбофилия (V Leiden омилининг гомозигот мутацияси, протромбин G20210A, АТ III, S ва C оксилларининг етишмаслиги, антифосфолипид синдроми),	3
Соматик омиллар	
Ёши > 35 ёш	1
Чекиш	1
Семизлик ТВИ > 30	1
Оёқларнинг варикоз кенгайиши	1
Соматик касалликлар (артериал гипертензия, нефротик синдром, ёмон сифатли касалликлар, I турдаги қандли диабет, фаол фазадаги юқумли ва яллиғланиш касалликлари, СКВ, ўпка ва юрак касалликлари, ўроқсимон хужайрали анемия)	2
Акушер- гинекологик омиллар	
Анамнезда туғруқ ≥ 3	1
Кўп ҳомиладорлик;	1
Ўртача преэклампсия;	1
Эрта ёки оғир преэклампсия;	2
Ушбу ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг интраутерин ўлими;	2
Ҳомиладорлик пайтида жарроҳлик аралашувлар	2
Бошқа факторлар	
Дегидратация	1

Узоқ муддатли иммобилизация (> 4 кун)	1
Жами:	

Ҳар бир қўшимча хавф омили тромбоз ривожланишининг умумий хавфини оширишини эсда тутиш

Анъанавий коагулограмма параметрлари (тромбоцитлар, фибриноген, МНО, АПТВ, паракоагуляция маҳсулотлари) тромбоз ривожланишини башорат қилишда ахборот аҳамиятига эга эмас ва улардан фойдаланишнинг кераги йўқ

Агар ҳомиладор аёлда ҳомиладорликнинг асоратлари (масалан, преэклампсия) ёки ТЭА хавфини оширадиган бошқа хавф омиллари (инфекциялар, узоқ муддатли иммобилизация ва бошқалар) ривожланса, ҳар бир кейинги пренатал ташрифда веноз ТЭА хавфи ошиб бораверади [2, 14, 18]

Ҳар бир ташрифда веноз ТЭА хавфини баҳолаш натижаларини шкала бўйича аниқланг:

- ўртача хавф (1-2 балл)
- юқори хавф (≥ 3 балл).

Ўртача хавфда ҳомиладорлик пайтида компрессион трикотаж кийишни тавсия этиш [2, 14, 18]

Юқори хавфда, компрессион трикотаж кийимлари ва паст молекуляр гепаринлар билан фармакологик тромбопрофилактика кўрсатилади. Паст молекуляр оғирликдаги гепаринларни буюриш ва **фармакологик тромбопрофилактиканинг давомийлиги** масаласини ҳал қилиш учун ҳомиладор аёлни гематолог маслаҳатига юборинг [2, 14, 18]

Беморнинг вазнига мослаштирилган паст молекуляр оғирликдаги гепаринларнинг стандарт профилактик дозалари юқори хавф гуруҳидаги веноз ТЭА олдини олиш учун ишлатилади:

- Вазн <50 кг: кунига 20 мг т/о;
- Вазни 50-90 кг: кунига 40 мг т/о;
- Вазни 90-130 кг: кунига 60 мг т/о;
- Вазни 130-170 кг: кунига 80 мг т/о;
- Вазни >170 кг: кунига 0,6 мг/кг т/о.

* *Кундалик дозани иккига бўлиш мумкин*

Ҳомиладор аёлларнинг амбулатория жадвалида веноз ТЭА (ўртача ва юқори) ва тегишли профилактика чоралари хавфини қайд этишни унутманг

Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетиши.

Биринчи ва ҳар бир кейинги пренатал ташрифда ҳар бир ҳомиладор аёлда туғруқдан кейинги акушерлик қон кетиш хавфини хавф омилларидан фойдаланган ҳолда баҳоланг [2]

Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетишининг хавф гуруҳига қуйидаги хавф омилларидан бири ёки бир нечтаси бўлган ҳар қандай ҳомиладор аёл киради [2]:

- Кўп ҳомиладорлик
- Анамнезда 4 туғилиш
- Гемоглобин 90 г/л дан кам бўлган анемия
- Анамнезда туғруқдан кейинги қон кетиши
- Преэклампсия
- Катта ҳомила
- Плацента превиа ва ўсиш
- Анамнезда плацентанинг ажралиши
- Оғир акушерлик ва гинекологик анамнез (абортлар, ҳомила тушиши)
- Бачадондаги чандиқ (кесар кесиш, миоэктомиядан кейинги чандиқлар)
- Ҳомиладорлик пайтида антикоагулянтлар билан даволаш
- Биргаликдаги коагулопатия
- Оғир юрак-қон томир ва гематологик касалликлар

Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетиши учун хавф гуруҳида қуйидагилар кўрсатилган:

- Антенатал ташхис ўтказиш ва анемияни даволаш
- 2 ва/ёки 3-даражали муассасаларда кўп тармоқли гуруҳ иштирокида ҳомиладор аёлларнинг туғруғини режалаштириш
- Ҳомиладорлик асоратларини ўз вақтида тузатиш
- 3-даражадаги муассасаларга қон кетмайдиган плацента билан ҳомиладорларни режалаштириш (тўлиқ олиб борилганда – 34 ҳафта, тўлиқ бўлмаганда – 36-37 ҳафта)

Жинсий трактдан қон кетиши билан:

- Аёлнинг ҳомиладор ёки йўқлигини, ҳомиладорлик даврини аниқланг
- Бачадонни палпация қилинг (иложи бўлса)
- Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви
- Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида кўп қон кетганда, амбулатория шароитида даволанишга рухсат берилади
- Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида доғланиш ва исталган вақтда мўл-кўл қонли доғлар шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.
- Касалхонагача бўлган тадбирлар:
 - беморни иситиш
 - 2 жуфт томирни катетеризация қилиш
 - илиқ кристаллоидларнинг инфузиони (1 литр 15-20 дақиқа давомида)
 - транексамик кислота 1,0 г т/и
 - туғруқ ёки абортдан кейин қон кетганда - окситоцин 10 ЕД т/и болжус

"Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетишининг олдини олиш ва бошқариш" Миллий клиник протоколига қаранг.

Ҳомиладорлик даври учун кичик ҳомила.

Ҳомила ёши учун кичик (SGA) ҳомилалар- ҳомилаларнинг гетероген гуруҳи бўлиб, уларнинг ўлчамлари тегишли ҳомиладорлик ёши учун олдиндан белгиланган чегарадан паст ва кўпинча <10 фоиздан паст бўлади.

Ҳомила ўсишининг кечикиши (ЗРП) - бу ўсиш потенциалига эришмаган ва перинатал асоратлар хавфи юқори бўлган патологик кичик ҳомилани тавсифловчи атама (ултратовушли Допплерография бўйича патологик қон оқими билан биргаликда ҳомиланинг тахминий вазни ва/ёки қорин айланаси <10-фоиз ўсишининг секинлашиши мавжуд).

Ҳомила ўсишининг кечикиши (ХЎК-ЗРП) ҳомиланинг кичик ҳомиладорлик ёши билан синоним эмас. 50-70% МГ ҳомила конституциявий жиҳатдан кичик, яъни вазни ва бўйи кичик, аммо ультратовушли Допплерография бўйича нормал қон оқими ва перинатал асоратларнинг паст хавфи мавжудлиги билан.

Ҳомиладор беморнинг 1 ва 2-пренатал ташрифларида ХЎК(ЗРП) хавф омилларини баҳолаш тавсия этилади [5, 11, 16]

ХЎК учун хавф омиллари [16].

Катта хавф омиллари	Кичик хавф омиллари
Онанинг ёши > 40 ёш	Онанинг ёши > 35 ёш
Чекиш > кунига 11 та сигарет	Кунига 1-10 дона сигарет чекиш
Анамнезда ҳомиладорлик даври учун кичик ҳомила (ХДКХ)	Туғмаган
Кундалик интенсив жисмоний фаолият юкламаси	ТВИ <20 ёки 25-35
Она ёки отадан ХДКХ	Ҳомиладорлик давригача меваларнинг кам истеъмоли
Анамнезда ўлик туғилиш	Анамнезда Презклампсия
САГ	Интергравидар интервал <6 ойлар ёки >60 ой давомида
Қандли диабет ва қон томир касалликлари	
Бўйрак етишмовчилиги	
Антифосфолипид синдроми	
Оғир қон кетиш, интенсивлиги бўйича ҳайз кўришга ўхшаш	
Омиллардан бири = ХЎКнинг юқори хавфига тенг	3 ёки undan кўп омиллар = ХЎКнинг юқори хавфи тенг

Юқори хавфли гуруҳларда ҳомила ультратовуш текшируви ва киндик - бачадон артерияларининг доплерографиясидан фойдаланиш перинатал касаллик ва ўлимни камайтиради. Допплерометрия ХЎК хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларда ҳомилани кузатишнинг асосий воситасидир [16]

ХЎК учун 1 ва undan юқори хавф омилга эга бўлган ҳомиладор аёлларни кетма-кет ультратовуш фетометрияси ва утеро-пласентал-хомилалик қон оқимининг доплерометрияси (бачадон артериялари ва киндик артерияси) ҳомиладорликнинг 26 -28 ҳафталигидан бошлаб ҳар 3 ҳафтада юбориш керак [16]

ХЎКнинг юқори хавфли гуруҳларида ҳомиладорликнинг 20-24 ҳафталигида бачадон артерияси доплерографияси ХЎКни башорат қилиш учун ўртача прогностик қийматга эга ва тавсия этилмайди.

ХЎКнинг 3 ёки undan ортиқ кичик хавф омиллари бўлган ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг 20-24 ҳафталигида утеро-пласентал-хомилалик қон оқимининг

(бачадон артериялари ва киндик артерияси) фетометрияси ва доплерометриясига юборилиши керак [16]:

- агар доплерометрик параметрлар нормал бўлса, учинчи триместрда (30-34 ҳафта) кейинги ултратовуш ва Допплерометрияни таклиф қилиш керак
- нормал доплерометрия билан кетма-кет ултратовушли фетометрия ва утероцентал-хомилалик қон оқимининг (бачадон артериялари ва киндик артерияси) доплерометрияси ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафталигида, сўнгра ҳар 3 ҳафтада кўрсатилади

20-24 ҳафтада ултратовушли фетометрия бўйича хомилалик ичакнинг эхогенлиги аниқланган тақдирда, ҳомиладор аёлни кетма-кет ултратовушли фетометрия ва утероцентал-хомилалик қон оқимининг доплерометриясига юбориш керак (бачадон артериялари ва киндик артерияси) ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафталигида, сўнгра ҳар 3 ҳафтада [16]

Хомилалик ичакнинг эхогенлиги ХЎК учун мустақил хавф омилдир.

Допплерометрия бўйича ХЎКни тасдиқлашда ҳомиладор аёл ҳомила ҳолатини, шу жумладан КТГ ни ҳар томонлама баҳолаш, туғилишнинг оптимал муддати ва усулини танлаш учун 3-даражали стационар ёки амбулаторияга юборилиши керак

Ҳомиладорлик пайтида эмлаш.

С Тропик мамлакатларга саёҳат қилишда, шунингдек, эпидемияларда ҳомиладор аёлларга инактив ва ген-инженерлик вакциналари, токсоидлар, полиомиелитга қарши оғиз орқали эмлаш тавсия этилади

Тирик вакциналарни тайинлаш ҳомиладор аёллар учун қарши кўрсатилган. Ҳомиладор аёл эмлаш учун онгли равишда ихтиёрий розиликни имзолайди.

С Уч валентли инактивацияланган вакциналар ҳомиладорлиги грипп мавсумига тўғри келадиган аёллар учун тавсия этилади

Маълумотлар ҳомиладор аёлларда гриппнинг тарқалиши, оғирлиги ва таъсирини сезиларли даражада камайтиришга асосланган бўлиб, уларнинг чақалоқлари учун потенциал фойда келтиради.

Ҳомиладорлик пайтида эмлаш.

Вакцина	Ҳомиладорлик пайтида фойдаланиш	Изоҳ
БЦЖ*	Йўқ	
Холера	Йўқ	Хавфсизлик исботланмаган
Гепатит А	Ҳа, агар керак бўлса	Хавфсизлик исботланмаган
Гепатит В	Ҳа, агар керак бўлса	
Грипп	Ҳа, агар керак бўлса (грипп мавсумида)	
Японский энцефалит	Йўқ	Хавфсизлик исботланмаган

Корь*	Йўқ	
Менингококковая инфекция	Ҳа, агар керак бўлса	Фақат инфекция хавфи юқори бўлган тақдирда
Эпидемический паротит*	Йўқ	
Оғиз орқали полиомиелитга қарши эмлаш	Ҳа, агар керак бўлса	
Полиомиелитга қарши эмлаш	Ҳа, агар керак бўлса	Одатда тайинланмайди
Қутуриш	Ҳа, агар керак бўлса	
Қизилча*	Йўқ	
Тетаноз/дифтерия / кўк йўтал	Ҳа, агар керак бўлса	
Тиф Ty21a*	Йўқ	Хавфсизлик исботланмаган
Чечак	Йўқ	
Сувчечак*	Йўқ	
Сариқ иситма*	Фақат инфекция хавфи юқори бўлган тақдирда	
COVID-19	Ҳа, агар керак бўлса	

*Ҳомиладор аёлларга тирик вакциналар тайинланишига қарши кўрсатма мавжуд.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш.

Туғруқхоналарга ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Туғруқ фаолиятини ривожлантириш.
2. Амниотик суюқликнинг оқиши ёки намланиши.
3. Жинсий трактдан ҳомила тушиш хавфини билдирувчи қонли ажралмаларнинг келиши.
4. Эрта туғруқ (ПР)да хавфли вазиятларнинг белгилари.
5. Ҳомиладорликнинг 2-ярмида қонли ажралмалар (ПОНРП, плацента превиа).
6. Истмик-бачадон бўйни етишмовчилиги (ИББЕ), белгилари.
7. Ҳомиладор аёлларнинг қусиши > кунига 5 марта ва тана вазнини йўқотиш > 3 кг 1-1, 5 ҳафта ичида (терапия самараси бўлмаганда).
8. Биринчи марта енгил артериал гипертензия аниқланди.
9. Оғир артериал гипертензия, оғир преэклампсия.
10. Ўртача преэклампсия.
11. Полиорган етишмовчилиги белгилари (бош оғриғи, кўриш бузилиши, эпигастрал оғрик, қусиш, жигар шикастланиши белгилари, олигоанурия, онгнинг бузилиши, соқчилик, гиперрефлексия).
12. Хориоамнионит белгилари.
13. ҲЎК.
14. Ҳомилалик азобланиш белгилари: бачадон тубининг баландлиги 10-фоиздан паст, бачадон туби баландлигининг ўсиш динамикасининг пасайиши, ҳомила мотор фаоллигининг бузилиши.
15. Интраутерин хомилалик ўлим.
16. Ўткир қорин.
17. Тизимли яллиғланиш реакцияси синдромининг клиник белгилари бўлган ўткир юқумли ва яллиғланиш касалликлари.

Тиббий ёрдам сифати мезонлари.

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
---	-----------------	---------

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
1.	Ҳомиладорлик ва туғиш муддати ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида аниқланди	Ҳа / Йўқ
2.	Ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифида қон босими ўлчанди	Ҳа / Йўқ
3.	Бачадон тубининг баландлиги ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифида ўлчанди ва ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин гравидограмма ўтказилди	Ҳа / Йўқ
4.	Ҳомиланинг юрак уриши ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладор аёлнинг ҳар бир ташрифида ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан кейин хомилалик doppler ёрдамида аниқланди	Ҳа / Йўқ
5.	ПЭ, акушерлик қон кетиши, веноз ТЭА, ХҚД, ХЎК хавфини баҳолаш амалга оширилди	Ҳа / Йўқ
6.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 30-ҳафтасида М, G (IgM, IgG) синфлари антикорлари даражасини қон текшируви учун инсон иммунитет танқислиги вирусига-1/2 (бундан кейин ОИВ деб аталади) ва antigen p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) учун юборилган.	Ҳа / Йўқ
7.	Ҳомиладор аёл қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вирусининг сирт антигенига (HBsAg) антикорларни аниқлаш ёки ҳомиладорликнинг биринчи ташрифида ва ҳомиладорликнинг 30 ҳафталигида гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигенини (HBsAg) аниқлаш учун юборилган.	Ҳа / Йўқ
8.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 30-ҳафтасида қондаги Трепонема паллидумга антикорларни аниқлаш учун юборилган	Ҳа / Йўқ
9.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда асимптоматик бактериурияни аниқлаш учун бактериал патогенлар учун сийдикнинг ўртача қисмини микробиологик (маданий) текширишга юборилди	Ҳа / Йўқ
10.	Ҳомиладор аёлга АБО тизими ва 1-ташрифда бир марта резус тизимининг D антигени (Резус фактори) бўйича асосий гуруҳларни аниқлаш учун юборилган	Ҳа / Йўқ
11.	Rh-манфий ҳомиладор аёл антирезус антикорларини аниқлаш учун 1-ташрифда, сўнгра ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафталигида антикорлар йўқлигида юборилган	Ҳа / Йўқ
12.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 26-ҳафтасида умумий (клиник) қон текширувига юборилди	Ҳа / Йўқ
13.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда (веноз гликемия) ва ҳомиладорликнинг 26-28 ҳафталигида 75 г глюкоза билан оғиз орқали глюкоза бардошлик тестини (ПГТТ) аниқлаш учун юборилган	Ҳа / Йўқ
14.	Ҳомиладор аёл 1-ташрифда ва ҳомиладорликнинг 26-ҳафтасида умумий (клиник) сийдик текширувига юборилди	Ҳа / Йўқ
15.	Ҳомиладор аёл 11-13 ⁶ ҳафталик ҳомиладорлик даврида ҳомиланинг ултратовуш текшируви ва биокимёвий скринингга юборилди	Ҳа / Йўқ
16.	Фолий кислотасини оғиз орқали юбориш	Ҳа / Йўқ
17.	ҳомиладор аёлга кислота 12 ҳафта олдин ва ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида кунига 400 мкг дозада ўтказилди.	Ҳа / Йўқ
18.	Инсон immunoglobulin антирезус Rho[D] дозасини препарат бўйича кўрсатмаларга мувофиқ, Rh-салбий ҳомиладор аёлнинг	Ҳа / Йўқ

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
	ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталигида антиресус антикорлари бўлмаган тақдирда мушак ичига юбориш амалга оширилди	

3. Адабиётлар рўйхати:

1. Antenatal care policy in high-income countries with a universal health system: A scoping review. *Sexual & Reproductive Healthcare*. Volume 32, June 2022, 100717. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575622000234?via%3Dihub>
2. Antenatal care. NICE guideline. Published: 19 August 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
3. Diabetes Mellitus and Gestational Diabetes. South Australian Perinatal Practice Guideline, 2019. [Diabetes+Mellitus+and+GDM +PPG v5_0.pdf \(sahealth.sa.gov.au\)](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/home/Diabetes+Mellitus+and+GDM+PPG+v5_0.pdf)
4. Exercise during pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders: An umbrella review of randomised controlled trials and an updated meta-analysis. 2023 Feb;130(3):264-275. doi: 10.1111/1471-0528.17304. Epub 2022 Oct 17. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36156844/>
5. FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) initiative on fetal growth: Best practice advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *Int J Gynecol Obstet*. 2021;152(Suppl. 1):3–57. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8252743/pdf/IJGO-152-3.pdf>
6. Folic Acid Supplementation to Prevent Neural Tube Defects: Preventive Medication. August 01, 2023. Recommendations made by the USPSTF are independent of the U.S. government. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/folic-acid-for-the-prevention-of-neural-tube-defects-preventive-medication>
7. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline [NG133] Published: 25 June 2019, Last updated: 17 April 2023 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
8. Hypertensive Disorders in Pregnancy. South Australian Perinatal Practice Guideline, 2020. <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/home>
9. International standards for symphysis-fundal height based on serial measurements from the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project: prospective cohort study in eight countries *BMJ* 2016; 355 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i5662> (Published 07 November 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;355:i5662 <https://www.bmj.com/content/355/bmj.i5662>
10. International Symphysis-Fundal Height Standards, 2019. https://media.tghn.org/medialibrary/2019/08/GROW_SFH_ext_ct_en_-_New.pdf
11. ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2020; 56: 298–312. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/uog.22134. <https://www.isuog.org/static/b2aa3fb4-031e-4d84-b7246d613a466884/ISUOG-Practice-Guidelines-diagnosis-and-management-of-small-for-gestational-age-fetus-and-fetal-growth-restriction.pdf>
12. Methods for Estimating the Due Date. Committee opinion American College of Obstetricians and Gynecologists Number 700, May 2017. <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2017/05/methods-for-estimating-the-due-date.pdf>
13. Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018 Nov; 52(21):1367-1375. doi: 10.1136/bjsports-2018-099355. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337463/>

14. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium RCOG Green-top Guideline No. 37a, April 2015. https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwi/gtg-no37a-2015_amended-2023.pdf
15. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. M. Hod et al. / International Journal of Gynecology and Obstetrics 131 S3 (2015) S173–S211. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/S0020-7292%2815%2930033-3>
16. The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus. RCOG Green-top Guideline No. 31, 2014. https://www.rcog.org.uk/media/t3lmjhn/gtg_31.pdf
17. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry. The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox, JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). 150, 782-786. https://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS_text_added.pdf
18. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism NICE guideline [NG89] Published: 21 March 2018 Last updated: 13 August 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng89/resources/venous-thromboembolism-in-over-16s-reducing-the-risk-of-hospital-acquired-deep-vein-thrombosis-or-pulmonary-embolism-pdf-1837703092165>
19. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

4. ИЛОВАЛАР

4.1. Протоколни ишлаб чиқиш методологияси.

Миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2025 йил 23 февралдаги "маҳаллий ва миллий клиник протоколлар ва стандартлар методологиясини ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ва жорий тиббий амалиётга жорий этиш тўғрисида" ги №52-сонли буйруғи талабларига мувофиқ ишлаб чиқилган.

Протоколни ишлаб чиқишда "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" давлат муассасаси ва унинг худудий филиаллари, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Республика Перинатал маркази, Тошкент тиббиёт Академиясининг акушер-гинеколог мутахассислари иштирок этди.

Ушбу протоколни яратиш муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётнинг ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини исботловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: ушбу протоколни яратиш бўйича ишларни бошлашдан олдин, ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномани тўлдирдилар. Муаллифлар жамоаси аъзоларининг ҳеч бири ушбу протокол мавзусида клиник амалиётда фойдаланиш учун маҳсулот ишлаб чиқарадиган фармацевтика компаниялари ёки бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларни жалб қилиш: Протокол кўрсатмалари ва тавсияларини ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашув хавфи), ахлоқий, маданий, диний жиҳатлари ўрганилди ва ҳисобга олинди. Фикрлар сўрови РИОваБСИАТМ давлат муассасасининг тегишли бўлинмаларида аёлларнинг норасмий суҳбатлари орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш.

Далилларни тўплаш учун ишлатиладиган усуллар: электрон маълумотлар базалари, кутубхона ресурсларини қидиринг. Асосий маълумот манбалари сифатида 2014-2025 йилларга мўлжалланган инглиз ва рус тилларида турли мамлакатлардаги тиббиёт жамоалари ва ихтисослаштирилган ташкилотларининг клиник кўрсатмалари ишлатилган, протоколни ишлаб чиқишда сўнгги 5 йилдаги маълумотлар устувор бўлган (2019 йилдан). Протоколни ишлаб чиқиш жараёнида дарслик ва монографиялардан далил сифати паст ёки йўқ манбалар сифатида фойдаланилмаган.

Асосий маълумотлар манбаларини тизимли қидириш қуйидаги маълумотлар базаларини ўз ичига олади:

World Health Organization - <https://www.who.int/ru>

- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - Guidelines@health.qld.gov.au

- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Тавсияларни олиш ва мослаштириш учун манба ҳужжати сифатида турли мамлакатларнинг бир нечта клиник кўрсатмалари ишлатилган. Топилган ва баҳоланган клиник кўрсатмаларда керакли тавсиялар етишмаётган ёки улар етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитда қўлланилмаган ёки ескирган ҳолларда. Маълумотлар базаларида рандомизацияланган бошқариладиган синовлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар ва коҳорт тадқиқотлари учун қўшимча кидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқалар.

Топилган манбалар сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлиги, уларни ишлаб чиқиш методологияси, далилларнинг ишончлилиги ва ишонувчанлик/кучлилиги даражаларига кўра тавсиялар рейтинг, тиббий ёрдамнинг маҳаллий шароитларига мос келишини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи. Протоколнинг якуний тавсиялари тавсияларнинг бир қисмини бир нечта клиник кўрсатмалардан асл нусхада ўзгаришсиз олиш, клиник кўрсатмалар тавсияларининг бир қисмини маҳаллий шароитга мослаштириш, қўшимча адабиётларни кидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш орқали шакллантирилди. Далилларнинг паст сифати ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник кўрсатмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Агар хорижий клиник кўрсатмалар муаллифлари далиллар даражасининг бошқа ўлчовларидан фойдаланган бўлса, улар (иложи бўлса) GRADE тизимига ўтказилди. Худди шу тавсиялар турли хил клиник кўрсатмаларда топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ протоколга янада ишончли илмий маълумотлар асосида тузилган тавсияларни киритди.

Протокол ички ва ташқи экспертлар томонидан ҳужжатлаштирилган. Агар тавсияларнинг далиллар базаси тақризчи/эксперт фикридан кучлироқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини сақлаб қолишади.

Протоколнинг якуний таҳририни шакллантиришда баённома лойиҳаси олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБИАТМ ДМ худудий филиаллари ва уларнинг ўринбосарлари), вилоят акушерлик тизими муассасалари шифокорлари, кенг доирадаги мутахассислари муҳокамасига тақдим этилди. Муҳокама учун баённома лойиҳаси билан РИОваБИАТМ давлат муассасасининг расмий веб-сайти (<https://www.onabolamarkazi>) ва телеграм каналида танишиш мумкин. Фикр-мулоҳаза электрон почта орқали стандарт фикр-мулоҳаза варақасини тўлдириш билан қабул қилинди. Баённома лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун ЖССТнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси ва БМТнинг Аҳолишунослик жамғармасининг Ўзбекистондаги ваколатхонаси (ЮНФПА/UNFPA) томонидан молиявий ёрдам кўрсатилди. Ташқи молиялаштириш ҳужжатни ишлаб чиқишнинг барча босқичларида ЖССТ экспертлари томонидан ташқи баҳолаш шаклида услубий қўллаб-қувватлаш ва протоколни ўзбек тилига таржима

қилиш ва уни такрорлаш шаклида техник қўллаб-қувватлашни ўз ичига олган. Молиялаштириш органларининг фикрлари ва манфаатлари протоколнинг якуний тавсияларига таъсир қилмади.

Ушбу клиник протоколнинг тавсияларида барча маълумотлар ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб тавсияларнинг ишончлилик даражасига (ТИД) қараб тартибланган.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактика, диагностика, даволовчи, реабилитацион аралашувлар) бўйича тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини баҳолаш шкаласи (ТИД):

ТИД	Декодлаш
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва / ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

4.2. Антенатал даврни бошқариш бўйича хулоса жадвали [1, 2, 19].

Аралашув	12 ҳафтагача	18-20 ҳафта	26 ҳафта	30 ҳафта	34 ҳафта	36 ҳафта	38 ҳафта	40 ҳафта
Жисмоний текширув								
Шикоятларни баҳолаш ва умумий ҳолат	+	+	+	+	+	+	+	+
Анамнез тўплами	+							
Хомилалик ҳаракатларнинг табиатини баҳолаш		+	+	+	+	+	+	+
Ҳомиладорлик ва туғиш даврини аниқлаш	+							
ТМИ ўлчови	+	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда	ТМИ < 18.5 бўлган аёлларда
Қон босимини ўлчаш	+	+	+	+	+	+	+	+
Кўкрак экспертиза	+							
Гинекологик текширув (ташқи, кўзгуларда)	+							
ВДМ (бачадон туби баландлиги) ўлчаш ва гравидограмга киритиш		+	+	+	+	+	+	+
Хомиланинг ҳолати ва олд қисмини аниқлаш		+				+	+	+
Хомиланинг юрак уриш тезлигини аниқлаш			+	+	+	+	+	+
Терапевт, стоматолог билан маслаҳатлашиш	+							
Лаборатория текширувлари								
Қон гуруҳи ва резус-фактор омилини аниқлаш	+							
Умумий қон тести, Нб	+		+					
Умумий сийдик таҳлили	+		+					
Сифилис учун қон таҳлили	+				+			

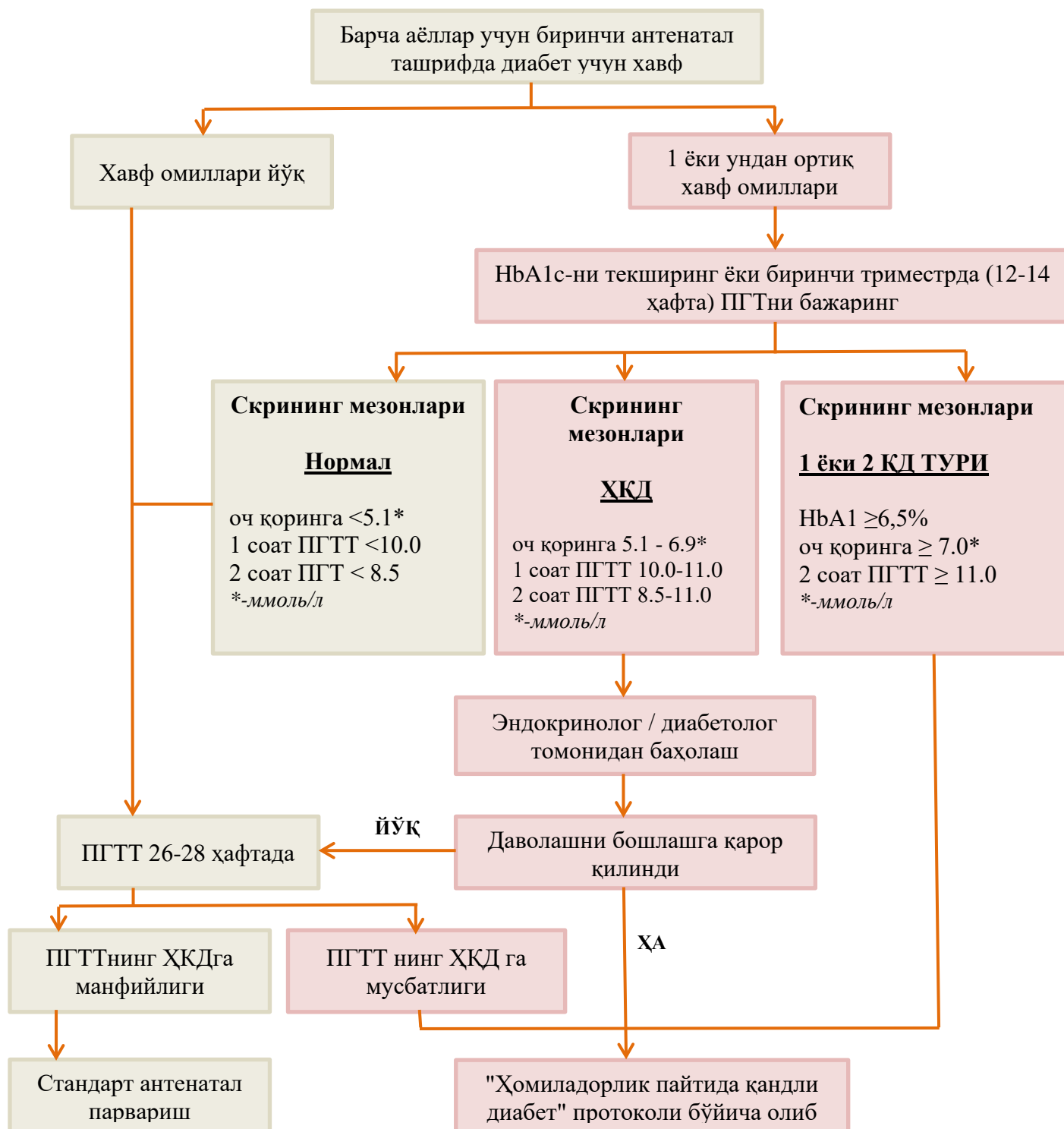
ОИВ учун қон таҳлили	+			+				
Гепатит В ва С учун қон таҳлили	+			+				
Rh манфий Анतिकор титрини аниқлаш			26-28 ҳафтада					
Қонда глюкоза	Веноз қоннинг гликемияси, ПГТнинг ХҚД хавфи гуруҳи остида		26-28 ҳафтада ПГТТ					
Бактериурия учун сийдикни экиш	12-16 ҳафтада							
Цервикал суртманинг цитологик текшируви	+							
Инструментал текширувлар								
УТТ	11-13 ⁶ ҳафтада	Бачадон бўйни узунлигини аниқлаш билан ҳомилдорликнинг 18- 21 ҳафтаси				Ҳомиланинг нотўғри жойлашуви ёки олд жойлашувига, катта ҳомила, ХЎКларга шубҳа бўлса		
1- триместр скрининги								
УТТ + ХГ ва РАРР-А ларнинг қондаги даражаси	11-13 ⁶ ҳафтада							
Хавф омилларини баҳолаш								
Ҳомилдорликда Қандли Диабет	+							
Презклампсия	+							
Веноз ТЭА	+	+	+	+	+	+	+	+
Туғруқдан кейинги акушерлик қон кетиши	+	+	+	+	+	+	+	+
Ҳомила ўсишининг кечикиши	+	+						
Стандарт профилактика чоралари								
Фолий кислотаси 400 мкг/ кунига	+	+	+	+	+	+	+	+

Темир препаратлари 30-60 мг/кунига	+	+	+	+	+	+	+	+
Калия йодида 200 мкг/ кунига	+	+	+	+	+	+	+	+
Аспирин 150 мг/ кунига ПЭ хавф гуруҳида	+	+	+	+	+	+	+	+

4.3. Ҳомиладор аёлларнинг оиладаги зўравонлигини аниқлаш бўйича саволлар.

Жисмоний зўравонлик	Психологик зўравонлик
1. Ҳеч юзингизга тарсаки туширишганми?	1. Эрингиз/шеригингиз сизни ҳақоратли сўзлар билан ҳафа қилганми?
2. Олдинги ва охириги ҳомиладорлик пайтида калтакланганмисиз?	2. Эрингиз/шеригингиз Сизга бефарқлигини очик намоён этадими?
3. Ҳомиладорлик пайтида қорнингизга мушт туширишганми ёки тепишганми?	3. Эрингиз / шеригингиз Сизни хиёнатда гумон қилганми ёки айблаганми?
4. Оғриқ келтирадиган бошқа нарса билан калтакланганмисиз?	
5. Сизга қасдан бўғиб ўлдиришга ёки ёқиб юборишга тажовузлик қилинганми?	
6. Сизга пичоқ ёки бошқа қурол билан таҳдид қилинганми?	
6 пунктдан камида 1 та ижобий жавоб-жисмоний зўравонликни билдиради.	Сўнги 12 ой ичида 1 та "ҳа" жавоби-мумкин бўлган психологик зўравонликни англатади
Жисмоний/руҳий зўравонлик ҳолатлари ҳақида Маҳалла қўмитаси мутахассисларига ёки калтакланиш белгилари бўлса, ҳуқуқни муҳофаза қилиш органларига хабар бериш керак.	

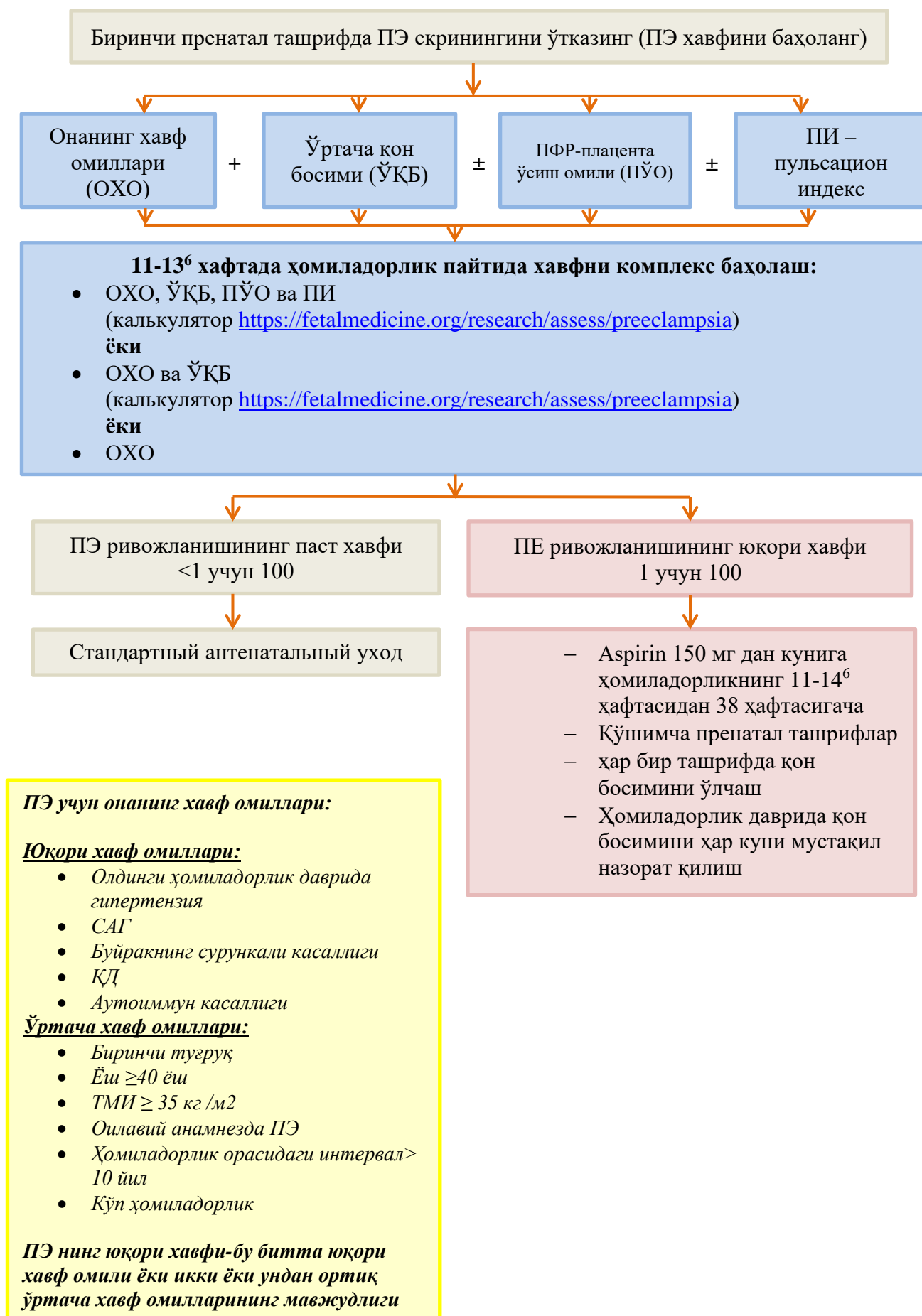
4.4. Ҳомиладорлик даврида Қандли диабет диагностикаси учун умумий алгоритм [3].



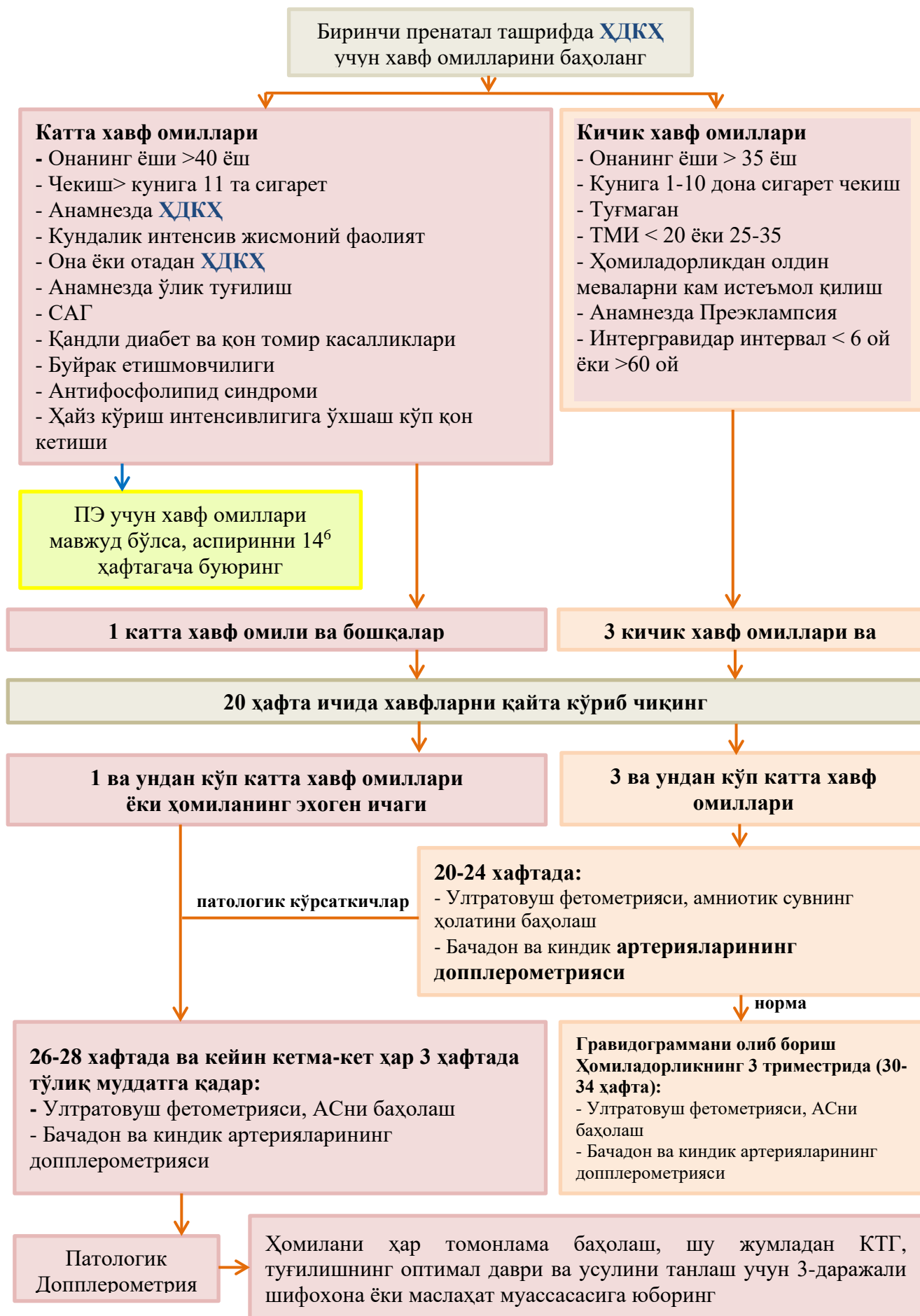
Қандли диабет учун хавф омиллари:

- Ортиқ вазн ёки семизлик (ТМИ 30 кг/м² дан юқори)
- Анамнезда ХҚД
- 40 ёш ва undan катта
- қариндошликнинг 1 ва 2-даражали қариндошларида ҳар қандай турдаги диабетнинг оилавий анамнези
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда ҳомилалик макросомияси (4500 г)
- ҳозирги ҳомиладорлик пайтида ёки анамнезда полигидрамниоз
- Анамнезда ўлик туғилиши
- анамнезда РТН (Ривожланишининг туғма нуқсонлари) билан болаларнинг туғилиши ёки янги туғилган чақалоқнинг тушунарсиз ўлими

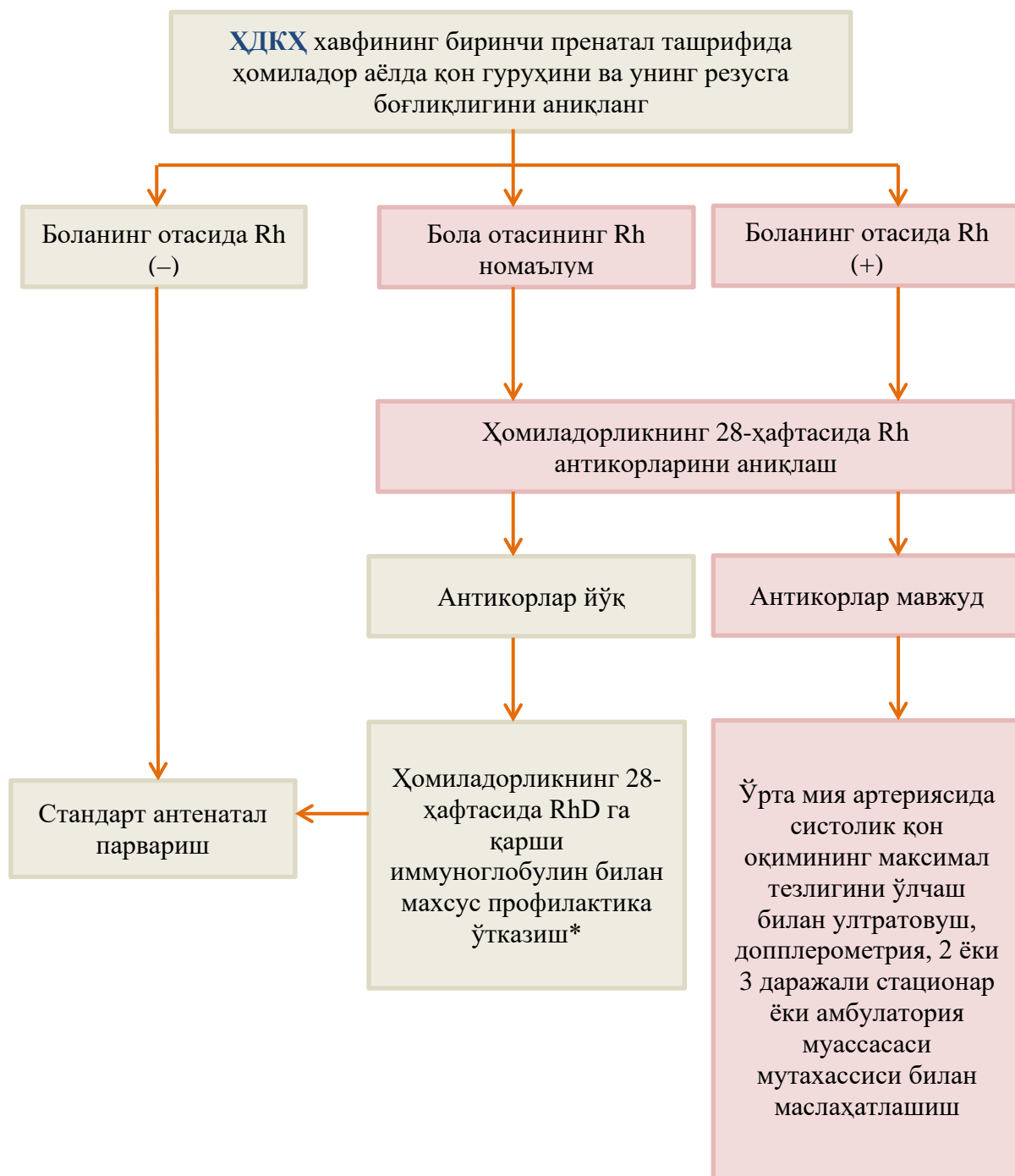
4.5. Преэклампсиянинг скрининг алгоритми [7, 8].



4.6. Ҳомиладорлик даврида МГВП (ХДКХ-ҳомиладорлик даври учун кичик ҳомила) скрининги [16].



4.7. Rh-салбий қонга эга ҳомиладор аёлларни бошқариш алгоритми [2].



- Пренатал профилактикани ўтказишда одамнинг резусга қарши иммуноглобулинни препарат учун кўрсатмаларга мувофиқ дозада мушак ичига бир марта юборилади.
- Агар 28-ҳафтада профилактика ўтказилмаган бўлса, anti-Rh антикорлари мавжуд бўлмаса, кейинроқ, 34 ҳафтагача берилиши мумкин.
- Анти-резус иммуноглобулинни аввалроқ юбориши самаралироқ.
- 12 ҳафта давомида anti-Rh иммуноглобулинни антенатал профилактика қилишдан сўнг, anti-Rh антикор титрининг из даражалари аниқланиши мумкин.
- Туғилгандан сўнг дарҳол янги туғилган чақалоқнинг Rh ҳолатини аниқлаш керак. Агар болада Rh мусбат бўлса, онанинг Rh изоиммунизациясининг махсус постнатал профилактикаси тавсия этилади: мушак ичига резусга қарши иммуноглобулин 1500 МЕ (300 мкг) туғилгандан кейин 72 соатдан кечиктирмай (яхшиси биринчи икки соат ичида)

4.8. Туғруқдан олдин ва туғруқдан кейинги депрессия скрининг [17].

Edinburg Postnatal депрессия шкаласи (Edinburg Postnatal депрессия шкаласи) – бу ўз-ўзини текшириш учун сўровнома шаклида тақдим этилган клиник скрининг техникаси. Туғруқдан кейинги депрессия шкаласи туғруқдан олдин ва туғруқдан кейинги даврларда, шу жумладан эпидемиологик миқёсда депрессив касалликларни аниқлаш учун мўлжалланган.

Қўрсатма: "Сиз айна вақтда ҳомиладорсиз ёки яқинда туғдингиз, шунинг учун ўзингизни қандай ҳис қилаётганингизни билмоқчимиз. *Илтимос, ҳар бир бандда нафақат бугунги, балки ўтган ҳафтадаги ҳолатингизга энг мос келадиган тавсифни белгиланг.*"

1	Мен кулишга ва содир бўлаётган воқеаларнинг ёрқин томонларини кўришга тайёр эдим	
	<input type="radio"/> ҳар доимгидек.....	0
	<input type="radio"/> энди ҳар доимгидан бироз камроқ.....	1
	<input type="radio"/> албатта, камроқ.....	2
	<input type="radio"/> мен буни умуман кўрмайман.....	3
2	Мен бирор нарсадан хурсанд бўлишим мумкин эди.	
	<input type="radio"/> ҳар доимгидек.....	0
	<input type="radio"/> одатдагидан камроқ.....	1
	<input type="radio"/> албатта, одатдагидан камроқ.....	2
	<input type="radio"/> жавоб бериш қийин.....	3
3	Агар бирор нарса нотўғри бўлса, мен ўзимни асоссиз айбдор ҳис қилардим.	
	<input type="radio"/> ҳа, аксарият ҳолларда	3
	<input type="radio"/> ҳа, баъзан	2
	<input type="radio"/> йўқ, тез-тез эмас.....	1
	<input type="radio"/> йўқ, ҳеч қачон	0
4	Мен ҳеч қандай сабабсиз ташвишланиб, безовталанардим	
	<input type="radio"/> йўқ, умуман	0
	<input type="radio"/> деярли ҳеч қачон	1
	<input type="radio"/> ҳа, баъзан	2
	<input type="radio"/> ҳа, жуда тез - тез.....	3
5	Ҳеч қандай сабабсиз кўрқув ёки ваҳима ҳис қилардим.	
	<input type="radio"/> ҳа, деярли кўп	3
	<input type="radio"/> ҳа, баъзан	2
	<input type="radio"/> йўқ, кўп эмас	1
	<input type="radio"/> умуман йўқ,	0
6	Вазият мenden кучлироқ эди	
	<input type="radio"/> ҳа, кўпинча мен уларни ууддалашга умуман тайёр эмас эдим.....	3
	<input type="radio"/> ҳа, баъзида мен одатдагидек яхши ууддалай олмасдим.....	2
	<input type="radio"/> йўқ, кўпинча мен жуда яхши ууддалардим.....	1
	<input type="radio"/> йўқ, мен буни ҳар доимгидек ууддалардим.....	0
7	Мен ўзимни шунчалик бахтсиз ҳис қилдимки, хатто ухлай олмасдим.	
	<input type="radio"/> ҳа, кўпинча	3
	<input type="radio"/> ҳа, баъзида	2
	<input type="radio"/> йўқ, тез-тез эмас	1

	○ йўқ, умуман	0
8	Мен хафа бўлардим ёки тушқунликка тушардим	
	○ ҳа, кўпинча	3
	○ ҳа, жуда тез-тез.....	2
	○ йўқ, тез-тез эмас	1
	○ йўқ, умуман	0
9	Мен шунчалик бахтсиз эдимки, ҳатто йиғлардим.	
	○ ҳа, деярли ҳамма вақт.....	3
	○ ҳа, деярли тез-тез.....	2
	○ йўқ, фақат тасодифан	1
	○ йўқ, умуман	0
10	Ўзимга зарар етказиш фикри хаёлимга келарди...	
	○ ҳа, жуда тез-тез	3
	○ баъзан.....	2
	○ камдан кам.....	1
	○ ҳеч қачон	0

10 та саволнинг ҳар бири учун умумий балларни ҳисобланг.

Тадқиқот маълумотларининг талқини:

0-4 балл – туғруқдан кейинги депрессия эҳтимоли паст.

5-11 балл – туғруқдан

кейинги депрессиянинг ўртача эҳтимоли.

12 ёки ундан ортиқ балл – туғруқдан кейинги депрессия эҳтимоли юқори.

Синов натижалари тахминий бўлиб, ўз-ўзини ташхислаш учун ишлатилмайди.

Агар сиз 10 ёки ундан ортиқ балл тўплаган бўлсангиз, қўшимча тушунтириш ва баҳолаш учун стационар ёки амбулатория тугруқхонасининг мутахассиси билан боғланг.

4.9. Бемор учун маълумот

Ҳомиладорлик – бу аёлнинг танасида содир бўладиган ва боланинг туғилиши билан тугайдиган физиологик жараён.

Ҳомиладорликнинг бошида биринчи ва энг муҳим нукта акушер-гинеколог билан маслаҳатлашиш бўлиб, унинг давомида ҳомиладорлик факти тасдиқланади ва унинг давомийлиги аниқланади, умумий ва гинекологик текширув ўтказилади, кейинги текширувлар ва текширувлар режаси тузилади. шунингдек, турмуш тарзи, овқатланиш бўйича тавсиялар берилади, зарур витаминлар ва дори-дармонлар буюрилади (агар керак бўлса).

Оддий ҳомиладорлик билан ҳомиладор аёлнинг акушер-гинекологга ташриф буюриш частотаси 8 марта. Шифокорга биринчи ташриф учун оптимал вақт ҳомиладорликнинг 1 триместри (12 ҳафтагача). Қуйида 18-20, 26, 30, 34, 36, 38 ва 40 ҳафталардаги ташрифлар кўрсатилган.

- муваффақиятли ҳомиладорлик ва туғиш имкониятини максимал даражада ошириш учун шифокорнинг барча тавсияларига амал қилиш, ўз вақтида режалаштирилган текширувдан ўтиш, ҳомиладорлик пайтида тўғри турмуш тарзи бўйича тавсияларга амал қилиш жуда муҳимдир, хусусан:
- узоқ вақт туриш ёки ортиқча жисмоний зўриқиш, тунги иш ва чарчоқни келтириб чиқарадиган иш билан боғлиқ ишлардан сақланинг,
- қорин бўшлиғи шикастланиши, йиқилиш, стрессга олиб келиши мумкин бўлган жисмоний машқлардан сақланинг: контактли спорт турлари, курашнинг ҳар хил турлари, ракетка ва тўпли спорт турлари, сув тагига шўнғиш,
- етарлича жисмоний фаол бўлиш, юриш, ҳомиладор аёллар учун кунига 20-30 дақиқа давомида жисмоний машқлар қилиш (шикоят ва карши курсатмалар бўлмаса),
- самолётда, айниқса узоқ масофаларга саёҳат қилганда, бутун парвоз давомида компрессион трикотаж кийинг, салонда юриб турунг, кўп суюқлик ичинг, спиртли ичимликлар ва кофеиндан сақланинг;
- автомобилда саёҳат қилишда махсус уч нуктали хавфсизлик камаридан фойдаланинг;
- ўз вақтида эмлаш учун тропик мамлакатларга режалаштирилган саёҳатингиз ҳақида шифокорингизга хабар беринг;
- тўғри ва мунтазам овқатланинг: рационга сабзавот, гўшт, балиқ, дуккаклилар, ёнғоқлар, мевалар ва тўлиқ донли маҳсулотларни мажбурий киритган ҳолда протеин, витаминлар ва минералларнинг мақбул таркибига эга, етарли калорияли овқат истеъмол қилинг;
- пластик бутилкалар ва идишлардан фойдаланишдан сақланинг, айниқса улардаги озиқ-овқат ва суюқликларни иссиқлик билан қайта ишлашда, улар таркибида бисфенол А токсик моддаси борлиги сабабли,
- метил симобга бой балиқ истеъмолини чеклаш (масалан, оркинос, акула, қилич-балиқ, скумбрия),
- А витаминига бой овқатлар истеъмолини камайтиринг (мол гўшти, товуқ ўрдак жигари ва ундан тайёрланган маҳсулотлар),
- кофеин истеъмолини кунига 300 мг дан кам миқдорда чекланг (1,5 стакан espresso 200 мл ёки 2 стакан капучино/latte/ Americano 250 мл ёки 3 стакан эрийдиган қаҳва 250 мл),
- пастеризация қилинмаган сут, пишган юмшоқ пишлоқлар, пате, ёмон иссиқлик билан ишлов берилган овқатларни истеъмол қилишдан сақланинг,

- Агар чексангиз, чекишни ташлашга ёки кунига чекиладиган сигареталар сонини камайтиришга ҳаракат қилинг,
- Ҳомиладорлик пайтида, айниқса дастлабки 3 ойда спиртли ичимликлар ичишдан сақланинг.

Ҳомиладор аёл учун муҳим нарса унинг ҳиссий фонидир. Ҳомиладорлик даврида сиз стрессли вазиятлардан ва ҳиссий сиқилишлардан сақланишингиз керак.

Аёл ўзини яхши ҳис қилган ҳолда ҳомиладорлик даврида жинсий алоқада бўлишни давом эттириши мутлақо хавфсиздир. Ўтказилган тадқиқотлар натижаларига кўра, ҳомиладорлик пайтида жинсий фаолият эрта туғилиш ва ҳомиладорликнинг бошқа асоратлари хавфи ортиши билан боғлиқ эмаслиги аниқланди. Жинсий алоқа пайтида оғриқ, нокулайлик, қонли оқинди, шунингдек қичишиш, қинда ва оқ окмалар келса, жинсий алоқани тўхтатиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

Агар сизда қуйидаги шикоятлар бўлса, шифокор билан маслаҳатлашинг:

- * ҳаддан ташқари қайт қилиш (5 мартадан ортиқ)
- * жинсий трактдан қонли оқинди
- * вагинадан кўп миқдорда суюқлик чиқиши
- * доимий бош оғриғи, кўзларда доғлар ёки чакнашлар пайдо бўлиши билан кўриш бузилиши
- * қўлларнинг ёки юзнинг тўсатдан ва тез ўсиб бораётган шишиши
- * ҳароратнинг 38С ва ундан юқорига кўтарилиши
- * вагинада қаттиқ қичишиш ва ёниш ёки vaginal оқинди кўпайиши
- * сийиш пайтида ёниш ва оғриқ
- * қаттиқ доимий қорин оғриғи, ҳатто дам олишда ҳам
- * соатига 4-5 дан ортиқ қисқариш
- * йиқилиш, автоҳалокат ёки кимнидир уриш пайтида қориннинг лат ейиши
- * ҳомиладорликнинг 24-ҳафтасидан кейин ҳомиланинг ўта фаол ёки заиф ҳаракати
- * амниотик суюқликнинг оқиши ёки намланиши.

Агар сизда Rh-салбий қон бўлса, унда эрингиз Rh-омилини аниқлаш учун тестдан ўтиши тавсия этилади. Агар эрингизнинг қони Rh-салбий бўлса, антирезус антикорларини аниқлаш ва антирезус иммуноглобулинини юбориш бўйича кейинги тадқиқотлар талаб қилинмайди.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб ҳомиладор ота-оналар учун курсларга бориш тавсия этилади. Бу ерда сизга ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган саволларга жавоб берилади.

4.10. Тиббий аралашувга маълумот олинган ихтиёрий розилик

Тиббий аралашув – тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган, инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитация йўналишига эга бўлган тиббий кўриклар ва (ёки) тиббий манипуляция турлари.

1. Мен, _____ (беморнинг
Ф.И.О.) «_____» _____ йилда
туғилган, _____
манзил бўйича рўйхатга олинган _____
(беморнинг яшаш жойи (турар жойи) ёки унинг қонуний вакилининг манзили), бўлажак тиббий аралашувга
розилик _____ бераман _____

(тиббиёт муассасасининг номи)

2. Мен учун қулай бўлган шаклда менга бўлажак тиббий аралашувларнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, бўлажак текширувнинг зарурати, мақсади ва кутилаётган натижалари, диагностика ва/ ёки даволаш, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Мен тиббий аралашувнинг натижаси ва яқуни ҳақида аниқ башорат қилиш мумкин эмаслиги ҳақида маълумот олдим. Мен ҳар қандай даволаниш ёки жарроҳлик ҳаёт учун хавф туғдиришини ва вақтинчалик ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолатлар берилмайди.

4. Мен диагностика, терапевтик ва тиббий аралашувларнинг бошқа вариантлари жараёнида қутилмаган фавқулудда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунда мен зарур фавқулудда ҳаракатлар (такрорий операция ёки муолажалар) га рози бўлолмайман. Бундай вазиятларда тиббий аралашув жараёни шифокорлар томонидан улар хоҳишига кўра ўзгартирилиши мумкин.

5. Биламанки, бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлигини ошириш учун мен шифокорга соғлигим, ирсиятим билан боғлиқ барча муаммолар, шу жумладан аллергия кўринишлар, гиёҳванд моддалар ва озиқ-овқат маҳсулотларига индивидуал интолеранс, шунингдек, тамаки чекиш, алкоголь, гиёҳвандлик ёки токсик дорилар истеъмол қилиш ҳақида хабар беришга мажбурман.

6. Операция пайтида қон йўқотилиши ва донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш зарурати пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, мен бунга ихтиёрий равишда розиман. Мен даволовчи шифокордан қон қуйишнинг мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш зарурати, процедуранинг табиати ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлар ҳақида тушунтиришлар олдим, бу ҳолда барча зарур тиббий чораларни кўришга розиман. Агар мен қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий йўналиши ҳақида маълумот олдим.

7. Мен диагностика ва даволаш жараёнини исталган ахборот ташувчида, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда ёзиб олишга, шунингдек, диагностика ва даволаш мақсадларида мендан биологик материаллар, жумладан хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар намуналарини олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидадан воз кечиш ёки уни тўхтатишни талаб қилиш ҳуқуқига эга эканлигим тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менинг касаллигим, прогнозим ва даволанишим ҳақидаги маълумотларни фақат куйидагиларга _____ тақдим _____ этишга _____ рухсат бераман: _____

(ишончли шахслар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча нуқталарини ўқиб чиқдим, улар менга тушунарли бўлганини куйидаги имзом билан тасдиқлайман.

Имзо

Сана «___» _____ й.