

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
2-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA SALOMATLIGI ILMIIY-  
AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«ANTENATAL PARVARISH. HOMILADORLIK XAVFI  
GURUHLARINI BOSHQARISH» BO'YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

«KELISHILGAN»

RIOvaBSIATM direktori

M.S. Nadirxanova



2025 yil

**«ANTENATAL PARVARISH. HOMILADORLIK XAVFI  
GURUHLARINI BOSHQARISH» BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

**«ANTENATAL PARVARISH. HOMILADORLIK XAVFI  
GURUHLARINI BOSHQARISH» BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

## Mundarija

Kirish qismi .....	Ошибка! Закладка не опре	5
KXT-10 va KXT-11 kodlari .....	Ошибка! Закладка не опре	5
Ishchi guruh tarkibi .....	Ошибка! Закладка не опре	5
Qisqartmalar ro'yxati .....	Ошибка! Закладка не опре	8
Protokol tavsiyalariga rioya qilish .....	Ошибка! Закладка не опре	9
Asosiy bo'lim. ....	Ошибка! Закладка не опре	11
Kirish qismi .....	Ошибка! Закладка не опре	11
Ta'riflar. ....	Ошибка! Закладка не опре	11
Epidemiologiya.....	Ошибка! Закладка не опре	12
Antenatal parvarish tamoyillari. ....	Ошибка! Закладка не опре	12
Tug'ruq oldi parvarishi, antenatal mashg'ulotlar bosqichida homilador ayollarga ma'lumot va maslahat berish. ....	Ошибка! Закладка не опре	12
Antenatal tashriflar chastotasi.....	Ошибка! Закладка не опре	13
Anamnez to'plami. ....	Ошибка! Закладка не опре	14
Shikoyat va umumiy holatni baholash.....	Ошибка! Закладка не опре	15
Jismoniy tekshiruv. ....	Ошибка! Закладка не опре	16
Laboratoriya diagnostika tadqiqotlari.....	Ошибка! Закладка не опре	19
Asbobli diagnostik tadqiqotlar.....	Ошибка! Закладка не опре	22
Boshqa diagnostik tadqiqotlar. ....	Ошибка! Закладка не опре	23
Keng tarqalgan fiziologik alomatlarda yordam. ....	Ошибка! Закладка не опре	24
Profilaktika tadbirlari.....	Ошибка! Закладка не опре	26
Homiladorlik asoratlarini dori-darmonsiz profilaktikasi. ....	Ошибка! Закладка не опре	26
Homiladorlik asoratlarini dori vositalar yordamida oldini olish .....	Ошибка! Закладка не опре	27
Homiladorlik paytida ogohlantirish belgilari.....	Ошибка! Закладка не опре	30
Xavf guruhlaridagi aralashuvlar. ....	Ошибка! Закладка не опре	30
Homiladorlik qandli diabet.....	Ошибка! Закладка не опре	30
Preeklampsiya.....	Ошибка! Закладка не опре	33
Venoz tromboembolik asoratlar. ....	Ошибка! Закладка не опре	37
Tug'ruqdan keyingi qon ketishlar .....	Ошибка! Закладка не опре	38
Homiladorlik davri uchun kichik homila.....	Ошибка! Закладка не опре	39
Homiladorlik davrida emlash. ....	Ошибка! Закладка не опре	41
Tibbiy yordamni tashkil etish. ....	Ошибка! Закладка не опре	42
Tibbiy yordam sifati mezonlari. ....	Ошибка! Закладка не опре	42
Adabiyotlar ro'yxati _ .....	Ошибка! Закладка не опре	45
Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.....	Ошибка! Закладка не опре	47
Antenatal davrni olib borish bo'yicha qisqacha jadval.....	Ошибка! Закладка не опре	50
Homilador ayollarning oiladagi zo'ravonligini aniqlash bo'yicha savollar.....		52
Homiladorlik paytida qandli diabet tashxisining umumiy algoritmi .....	Ошибка! Закладка не опре	53
Preeklampsiya skriningi algoritmi. ....	Ошибка! Закладка не опре	54
MGVP (HDKH) ning homiladorlik davrida skriningi algoritmi.....	Ошибка! Закладка не опре	55
Rh-salbiy qon bilan homilador ayollarni kuzatib borish algoritmi.....	Ошибка! Закладка не опре	56
Tug'ruq oldi va tug'ruqdan keyingi depressiyaning skriningi .....	Ошибка! Закладка не опре	57
Bemor uchun ma'lumotnoma.....	Ошибка! Закладка не опре	59
Tibbiy aralashuvga ma'lumot olingan ixtiyoriy rozilik .....		61

# 1. KIRISH QISMI

## KXT-10 kodlari:

Z32	Homiladorlikni aniqlash uchun tekshiruvlar va testlar
Z33	Homiladorlik uchun xos bo'lgan holat
Z34	Oddiy homiladorlik jarayonini kuzatish
Z35	Yuqori xavfga moyil homiladorlik jarayonini kuzatish
Z36	Homila patologiyasini aniqlash uchun prenatal tekshiruv [antenatal skrining]
Havola: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a>	

## KXT-11 kodlari:

QA20	Homiladorlik bilan bog'liq muammolar haqida tibbiy tashkilotlarga murojaat qilish
QA41	Homiladorlik holati
QA42	Oddiy homiladorlik jarayonini kuzatish
QA43	Yuqori xavfga moyil homiladorlik jarayonini kuzatish
QA44	Bulajak ota-onaning tug'ruqqacha tashrifi
QA45	Antenatal skrining
Havola: <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2025-01</a>	

**Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030 yil yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi. Protokol 2021 yilgi "Normal homiladorlik" milliy klinik protokolining yangilangan versiyasidir (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 30,11,2021-yil №273- sonli buyrug'i).

**Klinik protokolni yangilash tartibi:** protokolning klinik tavsiyalarini yangilash mexanizmi ularni muntazam ravishda yangilashni nazarda tutadi-kamida 5 yilda bir marta – shuningdek diagnostika, davolash bo'yicha dalillarga asoslangan tibbiyot pozitsiyasidan yangi ma'lumotlar., muayyan kasalliklarning oldini olish va reabilitatsiya qilish, ularning mavjudligi. oldindan tasdiqlangan protokollarga oqilona qo'shimchalar / sharhlar, lekin har 6 oyda 1 tadan ko'p bo'lmagan.

**Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa** "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" Davlat muassasasi hisoblanadi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

**Ishchi guruh tarkibi.****Ishchi guruh rahbarlari:**

<b>F.I.Sh.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
Nadirxanova N.S.	Direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM DM
Najmutdinova D.K.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Abdullayeva L.M.	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining Bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TTA
Gafurova F.A.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRM, akusherlik- ginekologiya va perinatal meditsina kafedrası,
Karimova F.D.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRM, №2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası

**Mas'ul ijrochilar:**

<b>F.I.Sh.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
Yusupov U.Yu.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM DM
Irgasheva S.U.	akusher-ginekolog, t.f.d..	RIOvaBSIATM DM
Aliyeva D.A.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM DM
Nishanova F.P.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Mikirtichev K.D.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Ilyasov A.B.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Najmetdinova D.F.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Shamsiyeva Z.I.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Mansurova X.A.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM DM
Abduraimov T.F.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM DM
Kamilova I.A.	akusher-ginekolog, t.f.d., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Ataxodjayeva F.A.	akusher-ginekolog, t.f.n., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Djurayeva G.T.	akusher-ginekolog, t.f.n., doktorant	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Sidixodjayeva M.A.	akusher-ginekolog, t.f.n., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Shodiyeva X.T.	akusher-ginekolog, t.f.n.,	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Kurbanov B.B.	katta o‘qituvchi	ToshPTI, akusherlik va ginekologiya kafedrası
Babajanova Sh.D.	kafedra mudiri, t.f.d.	RPM
Matyakubova S.A.	akusher-ginekolog, t.f.d..	RIOvaBSIATM DM Xorazm filiali
Nasretdinova D.B.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM DM Andijon filiali
Suyarkulova M.E.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM Farg‘ona filiali
Shodmonov N.M.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM Jizzax filiali

Djumayev B.A.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM Toshkent viloyati filiali
Daminova R.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM DM Namangan filiali
Dustmurodov B.M.	direktor	RIOvaBSIATM DM №2 Surhondaryo filiali
Ashirbekova G.U.	direktor	RIOvaBSIATM DM Koraqalpog‘iston Respublikasi filiali
Хамройева L.K.	direktor	RIOvaBSIATM DM Samarqand filiali
Садыкова X.Z.	direktor	RIOvaBSIATM DM Sirdaryo filiali
Eshonkulov A.G.	direktor	RIOvaBSIATM DM Navoiy filiali
Ziyoyev A.M.	direktor	RIOvaBSIATM DM Surhondaryo filiali
Jurayev N.B.	direktor	RIOvaBSIATM DM Buxoro filiali
Achilova S.I.	direktor	RIOvaBSIATM DM Qashqadaryo filiali

#### **Retsenzentlar:**

<b>F.I.Sh.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
Yusupbayev R.B.	t.f.d., katta ilmiy xodim, homila tibbiyoti bo‘limi mudiri	RIOvaBSIATM DM
Magzumova N.M.	Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrasi t.f.d., professor	TTA

#### **Tashqi ekspert bahosi:**

<b>F.I.O.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
Stelian Xodorodja	JSST eksperti, akusher-ginekolog, t.f.d., dotsent	Davlat tibbiyot va Farmatsiya universiteti (Kishinyov, Moldova)

*RIOvaBSIATM – Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi*

*TTA – Toshkent tibbiyot Akademiyasi*

*TXKMOM – tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi*

**Protokolning tarjimasini qo‘llab-quvvatlash:** Birlashgan Millatlar Tashkilotining Aholishunoslik jamg‘armasi (YuNFPA/UNFPA) O‘zbekistonda.

*Klinik protokol oliy ta‘lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM DM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari), akusherlik yordam tizimining xududiy muassasalari shifokorlari ishtirokida ishchi guruhning yakuniy yig‘ilishida norasmiy konsensusga erishish orqali muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi), 2025 yil "\_\_\_\_\_" aprel kuni onlayn formatida o‘tkazilgan yig‘ilishning № 1-son Bayonnomasi. Ishchi guruh rahbari, t.f.d. N.S. Nadirxanova., "RIOvaBSIATM" Davlat muassasasi direktori*

*Klinik Protokol Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi ilmiy Kengashi tomonidan ko‘rib chiqildi va tasdiqlandi"\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_2025 yil, № \_\_\_\_\_ - sonli Protokol, Ilmiy Kengash raisi – t.f.d., professor M. M. Asatova.*

### Qisqartmalar ro'yxati:

<b>AB</b>	Arterial bosim
<b>AG</b>	Arterial gipertenziya
<b>AS</b>	Amniotik suyuqlik
<b>BA</b>	Bosh aylanasi
<b>BPO'</b>	Bipariyetal o'lcham
<b>BTB</b>	Bachadon tubining balandligi
<b>DNK</b>	Dezoksiribonuklein kislotasi
<b>ET</b>	Erta tug'ruq
<b>HbA1c</b>	Glikatlangan gemoglobin
<b>HCV</b>	Gepatit C virusi
<b>HDKH</b>	Homiladorlik davri uchun kichik homila
<b>HO'K</b>	Homila o'sishining kechikishi
<b>HQD</b>	Homiladorlik qandli diabeti
<b>IBBE</b>	Istmik-bachadon bo'yni yetishmovchiligi
<b>IO</b>	Ishonch oralig'i
<b>IPV</b>	Inson papillomavirusi
<b>KPO'</b>	Koksikulyar-pariyetal o'lcham
<b>KTG</b>	Kardiotokografiya
<b>MAT</b>	Markaziy asab tizimi
<b>NIPS</b>	Noninvaziv prenatal skrining
<b>NJPEA</b>	Normal joylashgan platsentaning erta ajralishi
<b>OGBT</b>	Og'iz orqali glyukoza bardoshlik testi
<b>OGV</b>	Oddiy herpes virusi
<b>OITS</b>	Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
<b>OIV</b>	Odam immunitet tanqisligi virus
<b>PE</b>	Preeklampsiya
<b>PI</b>	Pulsatsiya indeksi
<b>PMOG</b>	Past molekulyar og'irlikdagi geparinlar
<b>PO'O</b>	Platsentar o'sish omili
<b>QA</b>	Qorin aylanasi
<b>QD</b>	Qandli Diabet
<b>RARR-A</b>	Homiladorlik bilan bog'liq A plazma oqsili
<b>SAG</b>	Surunkali arterial gipertenziya
<b>SMV</b>	Sitomegalovirus
<b>SU</b>	Son uzunligi
<b>TEA</b>	Tromboembolik asoratlar
<b>TMI</b>	Tana massasi indeksi
<b>TN</b>	Tug'ma nuqsonlar
<b>TTG</b>	Tireotrop gormoni
<b>UTT</b>	Ultratovush tekshiruvi
<b>XG</b>	Xorionik gonadotropin
<b>YoBQ</b>	Yoqa bo'shlig'ining qalinligi
<b>YoRT</b>	Yordamchi reproduktiv texnologiyalar
<b>YuUT</b>	Yurak urish tezligi

### Protokol tavsiyalariga rioya qilish:

Protokol nashr paytida mavjud bo'lgan dalillarga asoslangan umumiy tavsiyalar beradi.

Agar amalda ushbu protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilingan bo'lsa, shifokorlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirishlari kerak:

- bu qarorni kim qabul qilgan;
- bayonnomadan chetga chiqish to'g'risidagi qarorni batafsil asoslash;
- bemorni boshqarish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingan

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, lekin klinitsist-shifokorlar bemorning ehtiyojlarini hisobga olgan holda, hurmatli, maxfiy muloqot tamoyiliga rioya qilgan holda bemorlar bilan individual boshqaruvni muhokama qilishlari kerakligini anglatadi.

Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarur holatlarda tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- Bemor bilan maslahatlashish va ma'lum bir manipulyatsiya yoki ma'muriyat taktikasi uchun xabardorlik roziligini olish;
- Qonuniy talablar va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya qilish doirasida yordam ko'rsatish;
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

#### **Protokolning maqsadi:**

Tibbiyot xodimlarini zamonaviy ilmiy asoslangan ma'lumotlar va dalillarga asoslangan tavsiyalar bilan ta'minlash, antenatal (prenatal) parvarishlash, xavf guruhidagi homilador ayollarni aniqlash va ularni boshqarish bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy qilish.

**Bemorlarning toifalari:** normal (fiziologik, asoratlanmagan) homiladorlik davri bo'lgan homilador ayollar, akusherlik va perinatal asoratlar uchun xavf omillari bo'lgan homilador ayollar.

**Klinik protokoldan foydalanuvchilar:** oilaviy shifokorlar, akusher-ginekologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, klinik farmakologlar, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari, homilador ayollar, ularning yaqin oila a'zolari va g'amxo'rlari.

**Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, terapevtik rehabilitatsiya tadbirlari) bo'yicha tavsiyalarning ishonarli darajasini baholash ko'lam:**

<b>TID</b>	<b>Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi</b>
<b>A</b>	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
<b>B</b>	Shartli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo'yicha ularning xulosalari izchil emas)
<b>C</b>	Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

## 2. Asosiy qism

### Kirish.

**Prenatal parvarish, shuningdek, tug‘ruqdan oldingi parvarish** deb ham ataladi, bu malakali tibbiyot mutaxassislari tomonidan homilador ayollar va o‘smirlarga ko‘rsatiladigan tibbiy yordam bo‘lib, homiladorlik paytida ona va bolaning eng yaxshi salomatlik holatini kafolatlaydi.

### **Prenatal parvarishning maqsadlari:**

homila, yangi tug‘ilgan chaqaloq va/yoki onaning sog‘lig‘iga tahdid solishi mumkin bo‘lgan holatlarning oldini olish va o‘z vaqtida aniqlash uchun ayolga homiladorlik va tug‘ilishga ijobiy munosabatni shakllantirishga yordam berish.

### **Prenatal parvarish vazifalari:**

- perinatal xavf omillarini erta aniqlash;
- profilaktik texnologiyalari universal va xavf guruhlarida;
- homiladorlik natijalarini yaxshilash bo‘yicha tadbirlarni amalga oshirish;
- barcha homilador ayollar va ularga g‘amxo‘rlik ko‘rsatadiganlarni o‘quv va bilim bilan boyitish;
- homiladorlik va tug‘ilishni ijobiy hayotiy voqeaga aylantirishda yordam berish.

Kuzatuv tadqiqotlari shuni ko‘rsatdiki, tug‘ruqdan oldin parvarish qilish ona va bolada sog‘liq muammolarini oldini oladi. Nisbatan yaqin vaqtgacha tug‘ruqdan oldin parvarish qilishning qaysi elementlari, ayniqsa qimmatli ekanligi haqida juda kam narsa ma‘lum edi. Ko‘pgina prenatal xizmatlar yoki aralashuvlar kerak emas yoki ularning foydalari hali ham isbotlanmagan. Haddan tashqari keraksiz va tekshirilmagan muolajalar ko‘pincha homiladorligi normal bo‘lgan ayollarga buyuriladi. Prenatal parvarishning yangi elementlari va ayollar maslahatxonalariga yoki ginekolog shifokoriga tashrif buyurishning yangi shakllari oldindan ilmiy baholanmasdan amaliyotga joriy etilmoqda.

JSST ta'kidlashicha, antenatal parvarish modeli kam xavfli guruh ayollariga qaratilgan bo‘lishi kerak va ushbu guruh ayollari uchun antenatal parvarish hajmi va intensivligini sog‘liq uchun hech qanday salbiy oqibatlarisiz kamaytirish mumkin.

JSST ning 2016 yildagi Prenatal parvarishlash modelining maqsadi - homilador ayollarga har bir tashrifda hurmatli, individual, izchil yordam ko‘rsatish, samarali klinik amaliyotlarni (aralashuvlar va tekshiruvlar) joriy etish hamda yaxshi klinik va shaxslararo ko‘nikmalarga ega tibbiyot xodimlari tomonidan dolzarb va o‘z vaqtida ma‘lumotli, psixoijtimoiy va hissiy yordam berishdir.

### **Ta'riflar.**

**Oddiy homiladorlik** - bu irsiy patologiyasi yoki nuqsonlari bo‘lmagan, og‘ir akusherlik tarixi bo‘lmagan (kesar kesish, o‘lik tug‘ilish, neonatal o‘lim, abortlar, intrauterin o‘lim, erta tug‘ilish <32 hafta, izoimmunizatsiya, homiladorlik qandli diabet) bilan birga keladigan (yurak-qon tomir kasalliklari, gipertoniya, qandli diabet, epilepsiya, bronxial astma, giyohvand moddalarni iste'mol qilish, jiddiy ruhiy kasalliklar, TMI >35 yoki <17) patologiyasi bo‘lmagan yagona homiladorlik. Bunday homiladorlik akusherlik va perinatal asoratlarsiz 37-41<sup>6</sup> hafta davom etadi.

**Yuqori xavfli homiladorlik** – hozirda yoki kelgusida mutaxassislarning aralashishini talab qilgan homiladorlik.

Past xavfli mezonlarga javob bermaydigan barcha homiladorlik yuqori xavfli deb hisoblanishi kerak va yuqori xavfli deb tasniflanmagan barcha homiladorlik past xavfli yoki oddiy, asoratlanmagan homiladorlik deb tasniflanishi kerak.

### **Epidemiologiya.**

Turli manbalarga ko'ra, normal (fiziologik, asoratlanmagan) homilador bo'lgan ayollarning qismi o'rtacha 80-85% ni tashkil qiladi.

### **Antenatal parvarish tamoyillari.**

- Barcha homilador ayollar antenatal parvarishdan foydalanish huquqiga ega bo'lishi, tibbiy muassasani va tibbiy xodimni tanlash huquqiga ega bo'lishi kerak.
- Barcha homilador ayollar har qanday skrining tekshiruvlarining maqsadlari va mumkin bo'lgan natijalari, har qanday davolash turlari va homiladorlik davrida, shu jumladan profilaktika maqsadida buyurilgan dori vositalari haqida o'zlari tushunadigan tilda to'liq ma'lumot olishlari kerak.
- Barcha omilador ayollar har qanday tadqiqotdan umuman voz kechish yoki uni biroz vaqtga kechiktirish huquqiga ega. Ulardan foydalanish bo'yicha ko'rsatmalar bemorlarga mutlaqo tushunarli bo'lishi kerak.
- Homiladorlik davrida ayol sherigi tomonidan qo'llab-quvvatlanishi mumkin, shuning uchun tibbiyot xodimlari, agar ayol xohlasa, antenatal nazoratga sheriklarni jalb qilishlari kerak.
- Homiladorlikni boshqarishning umumiy amaliyot shifokori, akusher-ginekolog yoki prenatal parvarish bo'yicha o'qitilgan doya amalga oshirishi mumkin.

### **Homilador ayollar uchun prenatal parvarish bosqichida ma'lumot va maslahat, antenatal mashg'ulotlar.**

- Homilador ayolga maslahat berishda:
  - uni diqqat bilan tinglang va uning ehtiyoj va istaklariga sezgir bo'ling;
  - har qanday aralashuv va muolajalarning afzalliklari, xavflari va oqibatlarini muhokama qiling, bunda ayol ulardan voz kechish huquqiga ega;
  - tibbiyot xodimining fikriga zid bo'lsa ham, ayollarning qarorini hurmat qiling;
  - ayol (va uning sherigi)ga taqdim etilgan ma'lumotni tushunarli va tegishli ekanligini ta'minlash;
  - savollar berish imkoniyatini ta'minlash va har qanday muammolarni muhokama qilish uchun yetarli vaqt ajratish.

### **Birinchi va keyingi antenatal uchrashuvlarda (agar kerak bo'lsa) homilador ayolga/er-xotonga quyidagi masalalarni muhokama qiling ular bo'yicha ma'lumot bering [2, 19]:**

- ✓ Prenatal parvarish nimani o'z ichiga oladi va nima uchun bu muhim
- ✓ Prenatal tashriflarning rejalashtirilgan soni
- ✓ Prenatal uchrashuvlar qayerda o'tkaziladi
- ✓ Prenatal parvarish bilan qaysi tibbiyot mutaxassislari jalb qilinadi
- ✓ Shoshilinch bo'lmagan maslahat va shoshilinch muammolar (og'riq va qon ketish) uchun tibbiy mutaxassislarga qanday murojaat qilish kerak
- ✓ Skrining dasturlari: qaysi qon tahlillari va ultratovush tekshiruvi taklif etiladi va nima uchun.
- ✓ Homiladorlik paytida bola qanday rivojlanadi
- ✓ Homiladorlik paytida jismoniy va hissiy o'zgarishlar
- ✓ Homiladorlik paytida ruhiy salomatlik
- ✓ Qanday qilib ayol va uning sherigi bir-birini qo'llab-quvvatlashi mumkin
- ✓ Homiladorlik davrida gripp va boshqa infeksiyalarga qarshi emlash
- ✓ Homiladorlik paytida yoki tug'ruq paytida bolaga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan

infektsiyalar

- ✓ Qo‘l yuvishni rag‘batlantirish kabi infektsiyalar xavfini kamaytirish
- ✓ Homiladorlik paytida dori-darmonlar va ozuqaviy qo‘shimchalardan xavfsiz foydalanish
- ✓ Homiladorlik davrida ovqatlanish, diyeta, jismoniy faoliyat xususiyatlari
- ✓ Chekish va spirtli ichimliklarni iste‘mol qilishni tashlashning ahamiyati
- ✓ Har bir homilador ayolga o‘z tibbiy yozuvlarini olib borish va saqlash tavsiya etiladi, chunki bu tug‘ruqdan oldin parvarish qilishning uzluksizligini ta‘minlash va sifatini yaxshilashga, shuningdek homiladorlikning ijobiy tajribasini shakllantirishga yordam beradi
- ✓ 28 haftagacha ayol bilan uning tug‘ish afzalliklari, oqibatlari, foydalari va tug‘ruqning turli xil variantlari va xavfi haqida muhokama qilishni boshlang
- ✓ Homiladorlikning 28-haftaligidan so‘ng quyidagilar muhokama qilinadi:
  - tug‘ishga tayyorgarlik va tug‘ish rejasini tuzish
  - aktiv tug‘ish faoliyatini farqlash
  - tug‘ruqdan keyingi davrning xususiyatlari, shu jumladan:
    - yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish
    - yangi tug‘ilgan chaqaloqni ovqatlantirish, emizish
    - K vitamini bilan profilaktika
    - yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni skriningi
    - tug‘ruqdan keyingi o‘z-o‘zini parvarish qilish, shu jumladan tos pastki bo‘shlig‘i mashqlari
    - tug‘ishdan keyingi kayfiyat o‘zgarishi va ruhiy salomatlik xususiyatlari
- ✓ 38 haftadan boshlab homiladorlikning muddatidan o‘tib ketishi va bo‘ljak tug‘ruq harakatlari rejasini muhokama qiling

**Homilador ayollarga, ayniqsa tug‘maganlarga va ularning sheriklariga quyidagi mavzularni o‘z ichiga olgan prenatal mashg‘ulotlarni taklif eting [2]:**

- ✓ tug‘ruqga tayyorgarlik
- ✓ homiladorlik paytida, tug‘ruq paytida va tug‘ruqdan keyin sherikni qo‘llab-quvvatlash
- ✓ tug‘ish jarayonining xususiyatlari
- ✓ yangi tug‘ilgan chaqaloqni parvarish qilish
- ✓ emizish
- ✓ oilani rejalashtirish

**Antenatal tashriflar chastotasi.**

- Onalar va perinatal kasallanishi va o‘limini kamaytirish va ayollarda ijobiy homiladorlik tajribasini shakllantirish uchun 8 ta antenatal tashrif tavsiya etiladi: birinchisi homiladorlikning birinchi trimestrida (12-haftagacha), ikkita tashrif – 2 trimestrda (18-20 va 24-haftalar) va uchinchi trimestrda beshta tashrif (30, 34, 36, 38 va 40 haftalar) [19].
- Shifokorga birinchi tashrif uchun optimal vaqt homiladorlikning 1 trimestri (12 haftagacha).
- Uchinchi trimestrdagi tashriflar davomida antenatal yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot xodimlarining maqsadlari ona va homilaning tizimli monitoringini o‘tkazish, shuningdek, tug‘ruqdan keyingi xavflar bo‘yicha maslahatlar berish va tug‘ruqni induksiya qilish orqali oldini olish mumkin bo‘lgan onalar kasalliklari va o‘limini kamaytirishdan iborat.

Tashriflar chastotasi	Homiladorlikning davomiyligi haftalarda
<b>Birinchi trimestr</b>	
1-tashrif	12 - haftagacha

<b>Ikkinchi trimestr</b>	
2-tashrif	18-20 hafta
3-tashrif	26 hafta
<b>Uchinchi trimestr</b>	
4- tashrif	30- hafta
5- tashrif	34- hafta
6- tashrif	36- hafta
7- tashrif	38- hafta
8- tashrif	40- hafta
<b>Tug‘ruqdan keyingi davr</b>	
9- tashrif	Tug‘ruqdan so‘ng

- Yuqori xavf guruhidagi homilador ayollar uchun antenatal parvarishlash bo‘yicha standart chora-tadbirlar majmuasidan tashqari, quyidagilar tavsiya etiladi:
  - maxsus profilaktika choralari
  - antenatal tashriflarning qo‘shimcha soni
  - qo‘shimcha tekshiruvlar
  - multidistsiplinar boshqaruv (tegishli mutaxassislarni jalb qilgan holda)
  - kuzatish va/yoki yuqoriroq darajada/yordamda tug‘ruqqa yetkazib berish (2 yoki 3-chi).
- Yuqori xavf guruhiga oldingi homiladorlikdan kelib chiqqan asoratlari (og‘ir akusherlik anamnezi), birga keladigan somatik patologiyasi va ushbu homiladorlikning rivojlanishi uchun xavf omillari bo‘lgan homilador ayollar kiradi:
  - Preeklampsiya
  - Homiladorlik qandli diabeti
  - Homila rivojlanishining kechikishi
  - Erta tug‘ilish
  - Venoz tromboyembolik asoratlari
  - Tug‘ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi

"Xavf guruhlaridagi aralashuvlar"ga qarang.

### **Anamnez yig‘ish.**

U birinchi tashrifda bir marta amalga oshiriladi va bemorning quyidagi ma'lumotlarini o‘z ichiga oladi:

- yoshi;
- yashash sharoitlari va ovqatlanish, kasbiy xavf-xatarlarning mavjudligi, allergik reaksiyalar;
- yomon odatlarning mavjudligi (chekish, spirtli ichimliklar, giyohvand moddalarini iste'mol qilishi);
- oilaviy anamnez (1-darajali qarindoshlarda qandli diabet, TEA, gipertoniya, akusherlik va perinatal asoratlari kabi kasalliklar mavjudligini ko‘rsatish);
- oiladagi zo‘ravonlikni skrining qilish: ayoldan antenatal birinchi uchrashuvda yoki yolg‘iz qolganida birinchi imkoniyatda uydagi zo‘ravonlik haqida nozik tarzda so‘rang, bunda alohida muhokama qilish imkoniyati mavjudligiga ishonch hosil qiling;
- ruhiy salomatlik bilan bog‘liq mumkin bo‘lgan muammolarni aniqlash uchun depressiya, tashvish, og‘ir ruhiy kasallik, travma yoki psixiatrik davolanish kabi oldingi yoki hozirgi ruhiy salomatlik muammolari;
- hayz ko‘rishning tabiati (hayz ko‘rish yoshi, hayz davrining davomiyligi va muntazamligi, hayzlik qon ketishining davomiyligi, og‘riqlar);
- akusherlik anamnezi (anamnezdagi homiladorlik va tug‘ilishlar soni va ularning natijalari, homiladorlik, tug‘ish va/yoki abort bilan bog‘liq asoratlarning mavjudligi,

tugʻilgan bolalarning vazni va boʻyi koʻrsatkichlari va sogʻligʻining holati, homiladorlikka erishish usuli - spontan homiladorlik yoki YoRT natijasida homiladorlik);

- oʻtmishdagi va mavjud boʻlgan ginekologik kasalliklar, tos aʼzolariga jarrohlik aralashuvlar, oʻtmishdagi va mavjud somatik kasalliklar (xususan, bolalar infeksiyalari, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, endokrin kasalliklar, allergik kasalliklar, TEA va boshqalar);
- jarohatlar, jarrohlik aralashuvlar va qon quyish tarixi;
- qabul qilingan dori-darmonlar;
- urning/sherikning yoshi va sogʻligʻining holati, uning qon guruhi va Rh omili, kasbiy xavf va yomon odatlarning mavjudligi.

### **Shikoyatlarni va umumiy holatni baholash.**

Har bir tashrifda oʻtkaziladi.

### **Normal homiladorlikka xos shikoyatlar:**

- Har 3-homiladorlikda koʻngil aynishi va qayt qilish kuzatiladi. 90% hollarda homilador ayollarning koʻngil aynishi va qayt qilishlari homiladorlikning fiziologik belgisi, 10% da – homiladorlikning asoratlaridir. Oddiy homiladorlikda qayt qilish kuniga 2-3 martadan koʻp boʻlmagan, koʻpincha och qoriga sodir boʻladi va bemorning umumiy holatini buzmaydi. Koʻpgina hollarda koʻngil aynishi va qayt qilish homiladorlikning 16-20 xaftaligida mustaqil ravishda toʻxtaydi va homiladorlikning kechish holatiga salbiy taʼsir koʻrsatmaydi.
- **Mastalgiya** homiladorlik davridagi oddiy belgi boʻlib, koʻpchilik ayollarda homiladorlikning 1 trimestrida kuzatiladi va gormonal oʻzgarishlar tufayli sut bezlarining shishishi va qattiqlanishi bilan bogʻliq.
- **Homiladorlik paytida qorinning pastki qismida** quyidagi ogʻriqlarning mavjudligi normal hodisa boʻlishi mumkin, masalan: bachadonning ligamentli apparati uning oʻsishi paytida choʻzilganda (ingragan ogʻriqlar yoki qorinning pastki qismida toʻsatdan oʻtkir ogʻriqlarning paydo boʻlishi) yoki Brekston-Xiggs mashqlari paytida, homiladorlikning 20-haftasidan keyin qisqarish (qorinning pastki qismida tortilgan ogʻriqlar, bachadon tonusi bilan birga, bir daqiqagacha davom etadi, muntazam xarakterga ega emas).
- **Homiladorlik davrida jigʻildon qaynashi** (gastroezofagial refluyus kasalligi) 20-80% hollarda kuzatiladi. Homiladorlikning 3 trimestrida tez-tez rivojlanadi. Jigʻildon qaynashi pastki qiziloʻngach sfinkterining boʻshashishi, intraezofagial bosimning pasayishi va bir vaqtning oʻzida qorin boʻshligʻi va intragastrik bosimning oshishi tufayli yuzaga keladi, bu esa oshqozon va/yoki oʻn ikki barmoqli ichak tarkibini qiziloʻngachga takroriy qaytib tushishga olib keladi.
- **Qabziyat- homiladorlik davrida eng keng tarqalgan ichak patologiyasi** boʻlib, 30-40% kuzatuvlarda uchraydi. Kabizlik yoʻgʻon ichakda oʻtish jarayonining buzilishi bilan bogʻliq va haftada 3 martadan kam boʻlgan axlat chastotasi bilan tavsiflanadi. Homiladorlik davrida ich qotishi rivojlanishining sabablari progesteron konsentratsiyasining oshishi, motilin konsentratsiyasining pasayishi va qon taʼminoti va ichak faoliyatining neyrogumoral regulyatsiyasining oʻzgarishi.
- **Har bir homiladorlik paytida ayollarning** taxminan 8-10 foizida gemorroiy rivojlanadi. Homiladorlik davrida gemorroyning sabablari quyidagilar boʻlishi mumkin: bachadondan ichak devorlariga bosim, portal tomir tizimidagi turgʻunlik, qorin boʻshligʻi bosimining oshishi, biriktiruvchi toʻqimalarning tugʻma yoki orttirilgan zaifligi, toʻgʻri ichakning innervatsiyasidagi oʻzgarishlar.
- **Homilador ayollarning 20-40 foizida varikoz** kasalligi rivojlanib bormoqda. Homiladorlik davrida varikoz kasalligining rivojlanishiga quyi oyoqlarida venoz

bosimning ortishi va progesteron, relaksin va boshqa biologik faol moddalarning tomir devoriga ta'sir ko'rsatishi sabab bo'ladi.

- **qichishish, og'riq**, yoqimsiz hid yoki dizurik hodisalarsiz vaginal oqindi homiladorlik paytida normal alomat bo'lib, ko'pchilik ayollarda kuzatiladi.
- Homiladorlik paytida **bel og'rig'i** 36 dan 61% gacha chastotada uchraydi. Orqa og'rig'i bo'lgan ayollar orasida 47-60% homiladorlikning 5-7 oylarida birinchi marta og'riqlarga ega. Homiladorlik paytida bel og'rig'ining eng keng tarqalgan sababi qorin bo'shlig'ining kattalashishi va og'irlik markazining siljishi tufayli orqa tarafdagi yukning oshishi va relaksin ta'sirida mushak tonusining pasayishi hisoblanadi.
- Homiladorlik davrida **pubik og'riqning** tarqalishi 0,03-3% ni tashkil qiladi va odatda homiladorlikning kech davrida sodir bo'ladi.
- Homiladorlik paytida **bilak kanali sindromi** (karpal tunnel sindromi) 21-62% da bilak kanalida o'rta nervning siljishi natijasida vujudga keladi va qichishish hissi, yonish og'rig'i, qo'lning uyquchanligi, shuningdek qo'lning sezgirliigi va motor funksiyasining pasayishi bilan tavsiflanadi.

### Jismoniy tekshiruv.

**A** Homiladorlik va tug'ish davrini homilador bemorning 1-tashrifida tos a'zolari va homilaning oxirgi hayz ko'rish sanasi va ultratovush ma'lumotlari bo'yicha aniqlash tavsiya etiladi [12]

Tug'ilish muddatini oxirgi hayz ko'rish sanasi bo'yicha hisoblashda oxirgi hayz ko'rishning birinchi kuniga (28 kunlik hayz davrida) 280 kun (40 hafta) qo'shish kerak.

YoRT natijasida homiladorlik sodir bo'lganda, tug'ilish vaqtini hisoblash embrionning yoshini (embrionni yetishtirish muddati) va embrionlarni bachadon bo'shlig'iga o'tkazish sanasini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.

Birinchi trimestrdagi ultratovush tekshiruvi (homiladorlikning 13<sup>6/7</sup> xaftaligigacha) homiladorlik muddatini aniqlash va/yoki tasdiqlashning eng aniq usuli hisoblanadi: koksikulyar-pariyetal o'lchamdagi (KPO') ma'lumotlarga ko'ra aniqlik  $\pm 5-7$  kun. Bunday holda, KPO' o'lchovlari birinchi trimestrda ultratovush tekshiruvi qanchalik tez amalga oshirilsa, aniqroq bo'ladi.

- 5 kundan ortiq vaqt davomida 8<sup>6/7</sup> haftagacha o'tkazilgan oxirgi hayz va ultratovush tekshiruvi o'rtasidagi vaqt oralig'ida juda ko'p bo'lsa, homiladorlik va tug'ish davri ultratovush ma'lumotlariga ko'ra belgilanishi kerak.
- 7 kundan ortiq 9<sup>0/7</sup> haftadan 13<sup>6/7</sup> haftagacha bo'lgan oxirgi hayz va ultratovush tekshiruvi o'rtasidagi vaqt oralig'i 7 kundan ortiq bo'lsa, homiladorlik va tug'ish davri ultratovush ma'lumotlariga ko'ra belgilanishi kerak

Homiladorlikning 1-trimestrida ultratovush tekshiruvi bo'lmasa va oxirgi hayz ko'rish sanasi haqida ma'lumot bo'lmasa, homiladorlik va tug'ish davri boshqa ultratovush ma'lumotlariga ko'ra belgilanishi mumkin, ammo homiladorlik muddatining aniqligi kamayadi. Shunday qilib, ikkinchi trimestrning birinchi yarmida ultratovush ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik muddatini baholash (homiladorlikning 14<sup>0/7</sup> haftasidan 21<sup>6/7</sup> xaftaligigacha) 7-10 kunlik aniqlikka ega.

### Ultratovush yordamida homiladorlik davrini aniqlash [12].

Oxirgi hayz sanasi bo'yicha homiladorlik davri	Ultratovush paytida o'lchangan parametrlar	Ultratovush va oxirgi hayz sanasi o'rtasidagi tafovut
$\leq 13^{6/7}$ hafta <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\leq 8^{6/7}</math> hafta</li> </ul>	KTR	5 kundan ortiq

• 9 <sup>0/7</sup> haftadan 13 <sup>6/7</sup> haftagacha		
14 <sup>0/7</sup> haftadan 15 <sup>6/7</sup> haftagacha	BPO‘, QA, BA, SU	7 kundan ortiq
16 <sup>0/7</sup> haftadan 21 <sup>6/7</sup> haftagacha	BPO‘, QA, BA, SU	7 kundan ortiq
22 <sup>0/7</sup> haftadan 27 <sup>6/7</sup> haftagacha	BPO‘, QA, BA, SU	10 kundan ortiq
28 <sup>0/7</sup> haftadan va u yog‘iga	BPO‘, QA, BA, SU	14 kundan ortiq

**C** Tana vaznini, bo‘yini o‘lchash va TMI ni hisoblash tavsiya etiladi (tana vazni kg / balandligi m<sup>2</sup>) 1-tashrifda [2, 19]

**TMI ko‘rsatkichlarini sharhlang:**

- past TMI - <18,5
- normal - 18,5-24,9
- ortiqcha – 25,0-29,9
- semizlik - ≥ 30,0

Homiladorlik davrida ortiqcha va kam vaznlilik akusherlik va perinatal asoratlar bilan bog‘liq. Semirib ketgan homilador bemorlar (TMI≥30 kg/m<sup>2</sup>) perinatal asoratlar xavfi yuqori bo‘lgan guruhni tashkil qiladi: abort, HQD, gipertenziv kasalliklar, PX (perinatal xavf), jarrohlik tug‘ish, homilaning antenatal va intranatal o‘limi, venoz TEA. TMI≤18,5 kg/m<sup>2</sup> bo‘lgan homilador ayollar PX (perinatal xavf) va HO‘K (homila o‘shining kechikishi) uchun yuqori xavf guruhini tashkil qiladi.

**C** Homilador ayolning har bir tashrifida qon bosimi (QB) va pulsni o‘lchash tavsiya etiladi [2, 19]

Homiladorlikning gipertonik asoratlarini erta tashxislash maqsadida qon bosimini muntazam ravishda o‘lchash amalga oshiriladi.

**C** Homilador ayolning 1-tashrifida sut bezlarini palpatsiya qilish tavsiya etiladi. Agar sut bezlarining tugunli shakllanishi aniqlansa, bemorni onkolog shifokori maslahatiga yuborish tavsiya etiladi [2, 19]

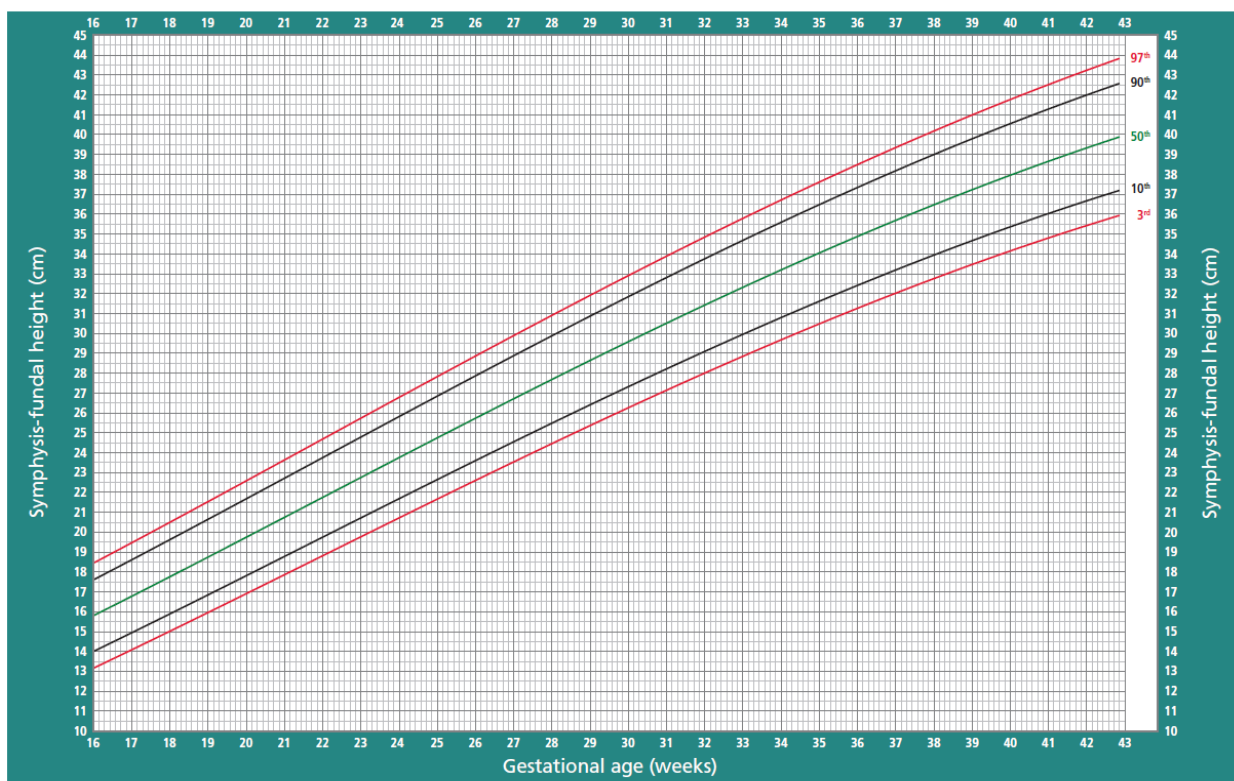
Ko‘krak palpatsiyasi ko‘krak bezi saratoni uchun skrining maqsadida amalga oshiriladi.

**C** Homilador ayolning 1-tashrifida ginekologik tekshiruvdan o‘tish tavsiya etiladi

Homiladorlik davrida ginekologik tekshiruv tashqi jinsiy a'zolari vizual tekshirishni, ko‘zgularda qin va bachadon bo‘yni tekshirishni o‘z ichiga oladi.

**B** Homiladorlikning 20 haftasidan keyin homilador ayolning har bir tashrifi paytida, lekin har 2 haftadan ortiq emasligida bachadon tubining balandligi (BTB)ni o‘lchash va gravidogramma ma‘lumotlarni kiritish tavsiya qilinadi [9, 10]

**Gravidogramma.**



Agar gravidogramma bo'yicha bachadon tubining balandligi 10 foizdan past yoki bachadon tubining balandligi taqsimotining 90 foizidan yuqori bo'lsa, homila hajmini, amniotik suyuqlik miqdorini baholash uchun ultratovush tekshiruvini va homilaning holatini baholash uchun uteroplasental-homilalik qon oqimining dopplerometriyasi zarur. Tibbiyot xodimi bachadon tubining balandligidagi o'sish dinamikasi sekin bo'lsa ham, gravidogramma 10 foizdan yuqori bo'lsa ham, homila rivojlanishi kechiktirilishi mumkinligini yodda tutishi kerak.

**B** Homiladorlikning 34-36 xaftaligidan keyin homilador ayolning har bir tashrifida homilaning holati va ko'rinishini tashqi usullar bilan aniqlash tavsiya etiladi [2, 19]

Xomilaning holatini va yon joylashuvini aniqlash tug'ruq taktikasini tanlash maqsadida o'tkaziladi.

**C** Akusherlik stetoskopi yordamida homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin homilador bemorning har bir tashrifida homilaning yurak urish tezligini aniqlash tavsiya etiladi [2, 19]

Xomilaning yurak urish tezligi (taxikardiya, bradikardiya, aritmiya) bo'lmasa yoki buzilsa, homilador ayolni ultratovushga yuborish tavsiya etiladi.

**C** Homila harakatlarini sezish boshlanganidan keyin har bir tashrifda homilador ayolga homila harakatining tabiati (kamayishi yoki ortishi) haqida so'rov o'tkazish tavsiya etiladi [2, 19]

Homilador ayolga homila harakatining faolligi va / yoki chastotasi bo‘lmasa yoki sub'ektiv pasaysa, ayniqsa homiladorlikning uchinchi trimestrida qo‘shimcha tekshiruv uchun zudlik bilan ixtisoslashgan shifoxona yoki ayollar maslahatxonasiga murojaat qilish kerakligi haqida tavsiyalar berilishi kerak.

### Tavsiya etilmaydi:

C	Homiladorlik paytida sut bezlarini muntazam ravishda paypaslash
C	Homilador ayolning ginekologik tekshiruvlarini ko‘rsatmalarsiz takrorlash
C	Homiladorlik paytida akusherlik ko‘rsatmalari bo‘lmagan taqdirda bimanual vaginal tekshiruvni o‘tkazish
C	Perinatal natijalarni yaxshilash uchun homila harakatlarini kunlik hisoblashni, masalan, "o‘ngacha hisoblash" kabi usullar bilan amalga oshirish

### Laborator diagnostik tekshiruvlar.

B	Homilador ayolni ABO tizimi va rezus tizimining D antigeni (Rezus-faktor omili) bo‘yicha asosiy guruhlarini aniqlash uchun birinchi tashrifda bir marta yuborish tavsiya etiladi [2, 19]
---	--

B	Rh-salbiy homilador ayolni 1-tashrifda antirezus antikorlarini aniqlash uchun yuborish tavsiya etiladi, so‘ngra antikorlar bo‘lmasa, homiladorlikning 26-28 xaftaligida Rho[D] immunoglobulin antirezusini yuborishdan oldin [2, 19]
---	--

Agar rezusga qarshi antikorlar aniqlansa, homilador ayol keyingi kuzatuv uchun 3-darajali tibbiy muassasaga maslahat uchun yuborilishi kerak. Rh-salbiy ayollarda erning / sherigining Rh- omilini aniqlash kerak. Agar erning / sherikning qoni Rh- salbiy bo‘lsa, anti-Rh antikorlari aniqlanmaydi. Agar erning / sherigining qoni noma'lum yoki Rh-musbat bo‘lsa, homilador ayolga onaning qonida aylanib yuradigan homila DNKsining hujayradan tashqari bo‘laklari yordamida homilaning Rh- omilini invaziv bo‘lmagan holda aniqlash taklif qilinishi mumkin. Xomilaning qoni Rh-salbiy yoki yo‘qligini aniqlashda onaning qonida anti- antikorlarini aniqlash amalga oshirilmaydi.

A	Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida qonda OIVga M, G (IgM, IgG) sinflarining antikorlari darajasini o‘rganish uchun yuborish tavsiya etiladi [2, 19]
---	--

Infektsiyani erta tekshirish va aniqlash o‘z vaqtida davolanishga yordam beradi va homila infeksiyasi xavfini kamaytiradi. 3- trimestrida takroriy tekshiruv homiladorlikning 36 xaftaligidan oldin amalga oshiriladi. Agar infeksiya aniqlansa, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayolni OITSning oldini olish va qarshi kurash markaziga yuborish kerak.

B	Homilador ayolni qondagi gepatit B (Hepatitis B virus) virusining sirt antigeniga (HBsAg) antikorlarini aniqlash uchun homiladorlikning birinchi tashrifi va 30 xaftaligida yuborish tavsiya etiladi [2, 19]
---	--

C	Homilador ayolni homiladorlikning birinchi va 30-haftasida M va G (anti-HCV IgG i anti-HCV IgM) sinflarining umumiy antikorlarini aniqlash uchun qondagi gepatit C (Hepatitis C virus) virusiga yuborish tavsiya etiladi [2, 19]
---	--

Agar gepatit B yoki C aniqlansa, quyidagilar ko‘rsatiladi:

- tashxisni tasdiqlash/istisno qilish, jigar shikastlanish darajasini baholash, tug‘ilgandan keyin davolanish zarurati uchun homilador ayolni tegishli mutaxassislar (infeksionist, gepatolog, terapevt) tomonidan keyingi tekshirish;
- intrauterin yuqish xavfini oshiradigan muolaja va vaziyatlardan chetlash (epiziotomiya, homilaning oldingi qismidan qon olish, xomilaning uzoq muddat suvsiz kolishi);
- bolani intrauterin infeksiya uchun tekshirish.

**B** Homilador ayolni qondagi *Treponema pallidum* (*Treponema pallidum*) antikorlarni aniqlash uchun 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida yuborish tavsiya etiladi [2, 19]

Sifilisni tekshirish va o‘z vaqtida davolash homiladorlikning yaxshi natijalariga yordam beradi. Agar infeksiya aniqlansa, tashxisni tasdiqlash/istisno qilish uchun homilador ayol dermatovenerolog shifokoriga maslahat uchun yuborilishi kerak.

**A** Birinchi tashrifda asemptomatik bakteriuriyani aniqlash uchun homilador ayolni bakterial patogenlar uchun siydikning o‘rtacha qismini mikrobiologik (madaniy) tekshiruvga bir marta yuborish tavsiya etiladi [2, 19]

Asemptomatik bakteriuriya – klinik belgilar bo‘lmaganda siydikning o‘rtacha 1 ml qismida  $\geq 10^5$  bakteriya koloniyalarining mavjudligi. Bakteriuriyani erta aniqlash va davolash piyelonefrit, erta tug‘ilish (PR) va homila o‘shishining kechikishi (ZRP) rivojlanish xavfini kamaytiradi.

Siydik madaniyati mavjud bo‘lmagan sharoitlarda asemptomatik bakteriuriyani tashxislash uchun Grama bo‘yicha siydikning o‘rta qismidagi preparatni joyida bo‘yash tavsiya etiladi. Agar Gram bo‘yicha rang ijobiy bo‘lsa, unda asemptomatik bakteriuriya tashxisi qo‘yiladi va terapiya tavsiya etiladi. Gram bo‘yicha rang berishning kamchiliklari past sezuvchanlikdir – testi ekish orqali aniqlanadigan ba’zi bakteriuriyalarni o‘tkazib yuboradi. Ammo Gram bo‘yicha rang ijobiy bo‘lsa, homilador ayolda asemptomatik bakteriuriya ehtimoli 100% ga yaqinlashadi.

**B** Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy qon tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi [1, 2]

Homiladorlik davrida kamqonlikni aniqlashning tavsiya etilgan usuli umumiy qon testidir. Anemiyani erta tekshirish va aniqlash o‘z vaqtida davolanishga yordam beradi va salbiy perinatal natijalar xavfini kamaytiradi. 1-trimestrda normal gemoglobin darajasi  $\geq 110$  g/l, 3 – trimestrda -  $\geq 105$  g/l.

**B** Barcha homilador ayollarni 1-tashrifda och qoringa venoz plazma glyukozasini aniqlash uchun yuborish tavsiya etiladi [2, 3, 15]

Uglevod almashinuvining buzilishini aniqlash ochlikdagi venoz qondagi glyukoza yoki glyukozalangan gemoglobin (HbA1c) darajasini aniqlashni o‘z ichiga oladi. Homilador ayol uchun ochlikdagi glyukozaning normal qiymati  $< 5,6$  mmol/l, (HbA1c) darajasi – 6,5% ni tashkil qiladi. Glyukoza qiymatlari  $\geq 5,6$  mmol/l yoki (HbA1c)  $\geq 6,5\%$  bo‘lsa, homilador ayol HSD (homiladorlik qandli diabet) ni istisno qilish uchun endokrinolog bilan maslahatlashish uchun yuborilishi kerak.

**B** HQD uchun xavf omillari bo‘lgan homilador ayolni 1-tashrifda og‘iz orqali glyukoza bardoshlik testiga (OGBT) yuborish tavsiya etiladi. Agar birinchi ko‘rinishda xavf omillari bo‘lgan ayollarda diabet aniqlanmasa, OGBT homiladorlikning 26-28 xaftaligida

takrorlanadi [2, 3, 15]

**B** Homiladorlikning 26-28 xaftaligida 75 g glyukoza bilan barcha homilador ayollarni PGTTga yuborish tavsiya etiladi, hatto och qoringa venoz qon giperglikemiyasi bo'lmasa ham [2, 3, 15]

HQD ning muntazam skriningi barcha homilador ayollar uchun 26-28 xaftada va qo'shimcha ravishda birinchi trimestrda xavf omillari bo'lgan homilador ayollar uchun birinchi tashrifda PGTTNI o'z ichiga oladi.

HQD rivojlanishining yuqori xavf guruhiga quyidagilar kiradi:

- og'ir yoki semiz (TMI 30 kg/m<sup>2</sup> yuqori)
- anamnezda HQD
- 40 yosh va undan katta
- qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy tarixi
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda xomilalik makrosomiya (4500g)
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda poligidramnioz
- o'lik tug'ilish anamnezi
- tug'ma nuqsonlar anamnezi bo'lgan bolalarning tug'ilishi
- anamnezda chaqaloqning tushunarsiz o'limi.

**C** Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy siydik tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi [1, 2]

**A** Homiladorlik paytida 1-tashrifda homilador ayolni bachadon bo'yni mikro preparatini (bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanali yuzasidan surtma) bir marotabalik sitologik tekshiruvga yuborish tavsiya etiladi [2, 19]

Ushbu tekshiruv bachadon bo'yni saratoni uchun skrining maqsadida amalga oshiriladi. Agar oxirgi tekshiruvdan 3 yildan ortiq vaqt o'tgan bo'lsa, bachadon bo'yni yuzasidan va bachadon bo'yni kanaldan surtmani sitologik tekshirish tavsiya etilishi kerak.

#### **Tavsiya etilmaydi:**

**C** Homiladorlik davrida bemorni qondagi toksoplazmaga (*Toxoplasma gondii*) G (IgG) va M (IgM) sinfidagi antikorlarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish [2, 19]

Ushbu tadqiqot past spetsifik xoslikka ega, noto'g'ri ijobiy natijalarning katta qismi va natijada toksoplazmozning asossiz terapiyasiga olib keladi. Salbiy perinatal natijalarni kamaytirish nuqtai nazaridan antenatal toksoplazmoz terapiyasining samaradorligi to'g'risida dalillar bazasi yo'q. Homilador ayolga toksoplazmozning oldini olish usullari haqida ma'lumot berish kerak: ovqatlanishdan oldin qo'l gigiyenasi, yangi meva va sabzavotlarni yuvish, go'shtga issiqlik bilan ishlov berish, yerda ishlaganda qo'lqopdan foydalanish va ishdan keyin qo'llarni yuvish, Mushuklar bilan aloqa qilishni istisno qilish.

**C** Homilador ayolni homiladorlik paytida qondagi sitomegalovirusga (*Cytomegalovirus*) M, G (IgM, IgG) sinfidagi antikorlarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish [2, 19]

Ushbu tadqiqot past spetsifik xoslikka ega, noto'g'ri ijobiy natijalarning katta qismi va natijada SMV infeksiyasining asossiz terapiyasiga olib keladi. Etiotropik terapiya va SMV infeksiyasining intrauterin yuqishining oldini olish mavjud emas.

**C** Homiladorlik davrida, takroriy HSV infeksiyasi belgilari mavjudligi yoki yo‘qligidan qat’i nazar, homilador ayolni qondagi herpes simplex virusiga antikorlarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish tavsiya etilmaydi [2, 19]

Ushbu tadqiqot past o‘ziga xoslikka ega, noto‘g‘ri ijobiy natijalarning katta qismi va natijada HSV infeksiyasini asossiz davolashga olib keladi.

**B** Homilador ayolni vaginal surtmalarni mikroskopik tekshirish, shu jumladan gonokokk (*Neisseria gonorrhoeae*), trixomonada (*Trichomonas vaginalis*), xamirturush zamburug‘lariga ayol jinsiy a‘zolarini mikroskopik tekshirish uchun alomatlarsiz yuborish [2, 19]

Ushbu tadqiqot vaginal noqulaylik, genital oqindi tabiatining o‘zgarishi, qichishish, yonish yoki yoqimsiz hidli oqindi haqida shikoyatlar paydo bo‘lganda tavsiya etilishi mumkin.

**C** Homilador ayolni I (O) qon guruhiga antikorlarni aniqlashga yuborish [2, 19]

ABO tizimi bo‘yicha homilaning gemolitik kasalligining oldini olish uchun hech qanday dalil bazasi yo‘q.

**C** Homiladorlik davrida biokimyoviy qon testi va koagulogrammaning muntazam o‘tkazilishi [2, 19]

Ushbu tadqiqot zarurligi to‘g‘risida ishonchli dalillar bazasi yo‘q, tahlil klinik ahamiyatga ega emas va qo‘shimcha asossiz dori-darmonlarning asosi bo‘lib, agar ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, amalga oshirilishi kerak.

### **Instrumental diagnostik tekshiruvlar.**

**A** Homilador ayolni homila ultratovush tekshiruviga 11-13<sup>6</sup> haftalik homiladorlik davrida yuborish tavsiya etiladi:

- homiladorlik davrini aniqlash,
- trimestr skriningi,
- ko‘p homilalik diagnostikasi,
- kechiktirilgan homiladorlik paytida tug‘ruq induksiyasi chastotasini kamaytirish

[2, 19]

Homiladorlikning 1- trimestridagi ultratovush tekshiruvi, shuningdek, ektopik homiladorlikni istisno qilish uchun 1-tashrifning boshida va hayz ko‘rishning kechikishida  $\geq 7$  kun davomida belgilanishi mumkin. 1- trimestrning ultratovush tekshiruvi paytida, iloji bo‘lsa, erta preeklampsiyani prognozlashtirish uchun bachadon arteriyalarida pulsatsiya indeksini o‘lchash tavsiya etiladi.

**A** Homilador ayolni homiladorlikning 18-20<sup>6</sup> xaftaligida homilaning o‘shini baholash, HRKning dastlabki shakllarini tashxislash, tug‘ma rivojlanish anomaliyalarini bartaraf etish, embriondan tashqari tuzilmalarni baholash uchun homila ultratovush tekshiruvini (2-trimestrning ultratovush tekshiruvi) o‘tkazishga va lokalizatsiya, qalinlik, platsenta tuzilishi, amniotik suyuqlik miqdori) va bachadon bo‘yni uzunligi (UT-tservikometriya) prenatal diagnostikani amalga oshiradigan tibbiy tashkilotga yuborish tavsiya etiladi. [2, 19]

Bachadon bo‘yni uzunligi skriningi o‘tkaziladi:

- anamnezda erta tug‘ish bo‘lmagan ayollarda: 18 dan 21 haftagacha, bir marta 2 trimestrning ultratovush tekshiruv doirasida;
- homiladorlikning 14-16 dan 24 xaftasiga qadar anamnezda erta tug‘ish bo‘lgan ayollarda, har ikki haftada bachadon bo‘yni uzunligi 30 mm va undan ko‘p bo‘lsa yoki har hafta bachadon bo‘yni uzunligi 25-29 mm bo‘lsa.

**C** Agar homilaning noto‘g‘ri joylashuvi va/yoki ko‘rinishi, ZRP, katta homilaga shubxa bulsa, homilador ayolni homiladorlikning 3- trimestrida homila ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi [2, 19]

Homiladorlikning 3- trimestrida (36 xafta) qo‘shimcha ultratovush tekshiruv homilaning noto‘g‘ri joylashuvi yoki oldjoylashuviga shubha qilingan taqdirda, homilaning yurak urish tezligi (taxikardiya, bradikardiya, aritmiya) yo‘qligi yoki buzilishida, homilaning yurak urish tezligi auskultatsiyasi paytida, agar bachadonning kattaligi va homiladorlikning davomiyligi mos kelmaganda, tushuntirish uchun buyurilishi mumkin.

#### Tavsiya etilmaydi:

<b>C</b>	Homilador ayol uchun tos suyagi hajmini o‘lchash [2, 19]
<b>A</b>	Akusherlik va perinatal asoratlar xavfi past guruhida bo‘lgan homilador ayolni uteroplatsental qon oqimining ultratovushli dopplerografiyasiga yuborish [2, 19]
<b>A</b>	Xavfi past guruhida bo‘lgan homilador ayolni kardiotokeografiya (KTG) ga yuborish [2, 19]

Ushbu tadqiqotlar onalik yoki perinatal natijalarning yaxshilanishi bilan birga kelmaydi.

#### Boshqa diagnostik testlar.

**C** 1-tashrifda homilador ayolni umumiy amaliyot shifokori va stomatolog bilan maslahatlashish uchun yuborish tavsiya etiladi [2]

Agar homilador ayollarning shaxsiy yoki oilaviy tarixiga asoslangan somatik kasalliklardan qo‘rquv bo‘lsa, ularni aniqlash uchun maqsadli klinik tekshiruv ko‘rsatiladi. Boshqa mutaxassislar bilan maslahatlashuvlar ko‘rsatmalarga muvofiq o‘tkaziladi (umumiy amaliyot shifokori tomonidan belgilanadi).

**C** Agar ayol va/yoki uning eri/sherigida xromosoma yoki genetik patologiyasi bo‘lgan bola tug‘ilishi uchun xavf omillari bo‘lsa, homilador ayolni tibbiy va genetik maslahat uchun yuborish tavsiya etiladi [2]

Xromosoma yoki genetik patologiyasi bo‘lgan bolaning tug‘ilishi uchun xavf omillari:

- xromosoma yoki genetik kasalliklarning turmush o‘rtoqlaridan/sheriklaridan kamida bittasining mavjudligi;
- xromosoma yoki genetik kasalliklari, tug‘ma nuqsonlari, aqliy zaifligi bo‘lgan bolalarning kamida bitta turmush o‘rtog‘i/sheriklarining mavjudligi;
- qarindoshlar nikohi.

**A** Homilador ayolni homiladorlikning 11-13<sup>6</sup> xaftaligida 1 trimestrni skrining qilish uchun yuborish tavsiya etiladi, bu yoqa bo‘shlig‘ining qalinligi ultratovush tekshiruv (TVP), qondagi xorionik gonadotropin darajasini o‘rganish (XG) va homiladorlik bilan bog‘liq protein darajasini o‘rganish. Qonda A (PAPP-A) xromosoma patologiyasi bilan tug‘ilishning individual xavfini dastur bilan hisoblash [2]

Xomilalik aneuploidiyani istisno qilish uchun homilador ayolga homiladorlikning 10 haftaligidan keyin qo‘shimcha ravishda NIPS taklif qilinishi mumkin.

**A** 1-trimestr yoki NIPS skrining ma'lumotlariga ko‘ra homila aneuploidiyasi xavfi yuqori bo‘lgan va/yoki 1-trimestr ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko‘ra homila malformatsiyasi aniqlangan va/yoki xromosoma yoki gen patologiyasining yuqori xavfi yoki aniqlangan homila nuqsonlarida homilador ayolni tekshiruvga yuborish tavsiya etiladi. 2-trimestr ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko‘ra, tibbiy genetik maslahat uchun, bunda genetik mutaxassis sitogenetik yoki molekulyar kariotiplash usullaridan foydalangan holda olingan materialni tekshirish bilan invaziv prenatal diagnostikani (xorion villus biopsiyasi, amniotsentez) tavsiya qiladi yoki tavsiya etmaydi [2]

Xorion villus biopsiyasi homiladorlikning 10-14 haftaligida amalga oshiriladi. Amniotsentez >15 haftalik homiladorlik davrida amalga oshiriladi. 1 trimestrdagi skrining ma'lumotlariga ko‘ra homilada xromosoma patologiyasining individual yuqori xavfi  $\geq 1/100$ . Invaziv prenatal tashxisga qarshi ko‘rsatmalar: har qanday lokalizatsiyaning yuqumli va yallig‘lanish kasalliklari, homila tushish xavfi va yoki erta tugish. Rh(D) sensibilizatsiyasi holatlarida invaziv tashxisning potentsial foydasi/xavfini o‘lchash kerak.

#### **Тавсия этилмайди:**

**C** Homilador ayolni qondagi XG darajasini o‘rganish, qon zardobidagi alfa-fetoprotein darajasini o‘rganish, konyugatsiyalanmagan estradiol darajasini o‘rganish (uch marta skrining) va qonda A ingibin darajasini o‘rganishni o‘z ichiga olgan 2-trimestrning muntazam biokimyoviy skriningiga yuborish (to‘rtinchi skrining) [2]

2 trimestrdagi biokimyoviy skrining 1 trimestrdagi skrining natijalari bo‘lmagan taqdirda belgilanishi mumkin.

### **Umumiy fiziologik alomatlarda yordam berish.**

**B** Homiladorlikning boshida ko‘ngil aynishi va qayt qilishni kamaytirish uchun parhez, zanjabil, romashka, B6 vitamini preparatlari va/yoki akupunktur tavsiya etiladi [2, 19]

Ayollarga ko‘ngil aynishi va qayt qilish odatda homiladorlikning ikkinchi yarmida to‘xtashi haqida ma'lumot berish kerak. Ratsionga kichik portsiyalarda tez-tez ovkatlanish, o‘ta yog‘li va qovurilgan ovkalarni, shokolad, achchiq taomlar, gazlangan ichimliklar, qahva, kuchli choyni diyetadan chiqarib tashlash kiradi. Agar qusish davolanishga javob bermasa, kasalxonaga yotqizish ko‘rsatiladi.

**C** Homiladorlik paytida jig‘ildon kaynashini oldini olish va kamaytirish uchun ovqatlanish va turmush tarzi bo‘yicha maslahat berish tavsiya etiladi. Agar turmush tarzi o‘zgarganiga qaramay, aniq alomatlar saqlanib qolsa, antatsidlar buyurilishi mumkin [2, 19]

Jig‘ildon kaynashini oldini olish va kamaytirish uchun turmush tarzini o‘zgartirish bo‘yicha tavsiyalarga katta miqdordagi oziq-ovqat, yog‘li ovqatlar, alkogolli ichimliklar, chekish va to‘shakning boshini ko‘tarib uxlashdan voz kechish kiradi. Magniy karbonat va alyuminiy gidroksidi kabi antatsidlarni tavsiya etilgan dozalarda qo‘llash hech qanday salbiy ta'sir ko‘rsatmaydi. Antatsidlar boshqa dorilarning so‘rilishini buzishi mumkin, shuning uchun temir va foliy kislotasi preparatlarini qabul qilishdan oldin va keyin ikki soat davomida qabul qilinmasligi kerak.

**A** Homiladorlik paytida ich qotishi va gemorroy shikoyati bo'lgan homilador ayollarga jismoniy faollikni oshirish va diyetasini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Qabziyat uchun parhez suv va xun tolasini yetarli miqdorda iste'mol qilishni o'z ichiga olishi kerak (sabzavot, yong'oq, meva va to'liq don tarkibida mavjud). Qattiq ich qotishi bo'lgan, parhez va xun tolasini qo'shimcha iste'mol qilish bartaraf etilmaydigan ayollar uchun vaqti-vaqti bilan yomon so'rilgan laksatiflarni qabul qilish mumkin.

**B** Gemorroy shikoyati bo'lgan homilador ayollar, ich qotishining oldini olish rejimiga rioya qilishda ta'siri bo'lmasa, homiladorlik paytida foydalanish uchun tasdiqlangan rektal shamlar yoki kremlar shaklida antigemoroid preparatlarni buyurish, shuningdek bioflavonoidlarni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi. (diosmin) [2, 19]

Bioflavonoidlarni (diosmin) o'z ichiga olgan preparatlarni qo'llash homiladorlik davrida gemorroyning klinik belgilarini 7 barobar yaxshilaydi. Diosminning tavsiya etilgan dozasi kuniga 600 mg.

**B** Homiladorlik paytida varikoz tomirlari va shish paydo bo'lishi uchun dorivor bo'lmagan mahsulotlardan foydalanish mumkin, masalan, kompression trikotaj kiyish, oyoq holatini ko'tarish va oyoq hammomlari [2, 19]

Kompression trikotajidan tashqari, homilador bemorga to'g'ri ish va dam olish rejimi bilan birgalikda fizioterapiya seanslari va kontrastli dush buyurilishi mumkin. Pastki ekstremitalarning tomirlarining aniq kengayishi bilan qon tomir jarrohga murojaat qilish tavsiya etiladi. Ayollarga varikoz tomirlarining namoyon bo'lishi homiladorlikning kuchayishi bilan yomonlashishi mumkinligi haqida xabar berish kerak, ammo ko'pchilik ayollar tug'ruqdan keyin bir necha oy ichida biroz yaxshilanishni boshdan kechirishadi.

**A** Homiladorlik paytida bel og'rig'i va tos suyagi og'rig'ining oldini olish uchun jismoniy mashqlar yerda yoki suvda bajarilishi mumkin [2, 19]

Bel og'rig'i/tos suyagi og'rig'idan shikoyat qilayotgan homilador ayollarga simptomlar odatda tug'ilgandan bir necha oy o'tgach kamayishi haqida ogohlantirish kerak.

**C** Simfizit rivojlanishi tufayli pubik og'riqlar shikoyati bo'lgan homilador ayollarga bandaj kiyish va harakatlanayotganda tirsak tayoqchalarini ishlatish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Shu bilan birga, jismoniy mashqlar pubik simfizitning disfunktsiyasidan kelib chiqadigan og'riqni kuchaytirishi mumkin va bu holat uchun tavsiya etilmaydi.

**C** Vaginal oqindi bo'lgan homilador ayollarga bu homiladorlik paytida tez-tez uchraydigan hodisa ekanligi haqida ma'lumot beriladi, ammo agar u qichishish, og'riq, yoqimsiz hid yoki siyish paytida og'riq kabi alomatlar bilan birga bo'lsa, bu tekshirilishi va davolanishi kerak bo'lgan infeksiya bo'lishi mumkin [2, 19]

Semptomatik vaginal oqindi bo'lgan homilador ayollarga vaginal tampon qilishni o'ylab ko'ring. Agar siz jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyadan shubhalansangiz, tegishli tadqiqotlar o'tkazishni o'ylab ko'ring. Homilador ayollarda vaginal kandidozni davolash uchun vaginal imidazolni (masalan, Klotrimazol yoki mikonazol) taklif qiling.

## Profilaktika choralari.

### Homiladorlik asoratlarining dori-darmonsiz profilaktikasi.

**A** Homilador ayollarga dastlabki TMIGA qarab vazn ortishi bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Ko'pincha kilogramm ortishi odatda homiladorlikning 20-haftasidan keyin sodir bo'ladi va homiladorlikdan oldin TMINI hisobga olish kerak. Homiladorlikning boshida vazn yetarli bo'lmasa (TMI <18,5 kg/m<sup>2</sup>), ayol 12,5-18 kg, normal vaznda (TMI 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) – 11,5-16 kg, ortiqcha vaznda (TMI 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) – 7-11,5 kg va semirishda (TMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) – 5-9 kg.

**C** Noto'g'ri ovqatlanish bilan og'rigan homilador ayollarga o'lik tug'ilish va homiladorlik yoshidagi kichik bolalar tug'ilishi xavfini kamaytirish uchun muvozanatli protein-energiya qo'shimchalarini qo'shimcha ravishda olish tavsiya etiladi [2, 19]

Oziqlanishning yetishmasligi odatda past TMI (ya'ni kam vazn) mavjudligida aniqlanadi.

**B** Homilador ayolga vegetarianizmdan voz kechish va kofein iste'molini kamaytirish kabi to'g'ri ovqatlanish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Homiladorlik davrida vegetarianizm ZRP xavfini oshiradi. Ko'p miqdorda kofein (kuniga 300 mg dan ortiq) homiladorlikni to'xtatish va kam vaznli bolalar tug'ilishi xavfini oshiradi.

**B** Uzoq muddatli havo qatnovini amalga oshiradigan homilador ayollarga TEAning oldini olish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak, masalan, samolyot salonida yurish, ko'p suyuklik ichish, spirtli ichimliklar va kofeindan voz kechish va parvoz paytida siqilgan trikotaj kiyish [2, 19]

Havo sayohati homiladorlikning mavjudligidan qat'i nazar, 1/400 – 1/10000 holatlar bo'lgan TEA xavfini oshiradi. Aseptomatik TEA tez-tez sodir bo'lganligi sababli, bu xavf yanada yuqori bo'lishi mumkin (taxminan 10 martagacha).

**B** Homilador ayollarga chekishni tashlash bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Homiladorlik paytida chekish ZRP, PR, platsenta old joylashuvi, odatda joylashgan platsentaning erta ajralishi (PONRP), onada gipotireoz, amniotik suyuqlikningeerta chiqishi, kam vazn, perinatal o'lim va ektopik homiladorlik kabi asoratlar bilan bog'liq. Tug'ilishning taxminan 5-8%, kam vaznli bolaga muddatli tug'ilishning 13-19%, to'satdan chaqaloq o'limi holatlarining 23-34% va patologik kurs bilan bog'liq sabablarga ko'ra bolalikdagi o'limning 5-7%. prenatal davr homiladorlik paytida ona tomonidan chekish bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Chekuvchi onalardan tug'ilgan bolalarda bronxial astma, ichak kolikasi va semirish xavfi ortadi.

**C** Homilador ayollarga homiladorlik paytida, ayniqsa 1 trimestrda spirtli ichimliklardan voz kechish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak [2, 19]

Spirtli ichimliklarning past dozalarini akusherlik va perinatal asoratlarga salbiy ta'siri to'g'risida yuqori dalillarga asoslangan ma'lumotlar yo'qligiga qaramay, spirtli ichimliklar dozasidan qat'i nazar, alkogolning homiladorlik davriga salbiy ta'siri to'g'risida yetarli

miqdordagi kuzatuvlar to'plangan va qabul qilingan, masalan, xomilalik alkohol sindromi va kechiktirilgan psixomotor rivojlanish.

**C** Homiladorlikning normal kechishi bo'lgan homilador ayolga o'rtacha jismoniy faollik tavsiya etilishi kerak (kuniga 20-30 daqiqa) [2, 4, 13, 19]

O'rtacha jismoniy mashqlar onalik natijalarini yaxshilash va preeklampsiya, HQD va tug'ruqdan keyingi depressiya xavfini kamaytirish uchun samarali strategiyadir. Haddan tashqari jismoniy zo'riqish yoki ayolning shikastlanishi bilan bog'liq bo'lmagan jismoniy mashqlar homiladorlik va bolalarning rivojlanishining buzilishi xavfini oshirmaydi.

**C** Homiladorlikning 28-haftasidan keyin ayollarga chalqancha uxlamaslikni maslahat bering va masalan, yostiqlardan foydalanishni o'ylab ko'ring [2]

Ayolga orqa tomonida uxlash homiladorlikning kech davrida (28 haftadan keyin) o'lik tug'ilish xavfi bilan bog'liq bo'lishi mumkinligini tushuntiring.

**C** Homilador ayollarga qorin bo'shlig'i shikastlanishi, yiqilish, stressga olib kelishi mumkin bo'lgan jismoniy mashqlardan qochish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak (masalan, kurash, raketka va to'pli sport turlari va suvga sho'ng'ish) [2, 19]

### **Homiladorlik asoratlarini dori vositalari yordamida oldini olish.**

**A** Homilador ayollarga foliy kislotasini rejalashtirilgan homiladorlikdan 12 hafta oldin va homiladorlikning dastlabki 12 haftasida kuniga 400 mkg dozada qabul qilish tavsiya etiladi [2, 6, 19]

Homiladorlikdan 12 hafta oldin va homiladorlikning 12 xaftaligida foliy kislotasini perikontseptual tarzda qo'llash asab naychalari nuqsoni bo'lgan (masalan, anensefaliya yoki o'murtqa parchalanish) chaqaloq tug'ilish xavfini kamaytiradi.

QD va epilepsiyada foliy kislotasining profilaktik dozasi 5 mg ni tashkil qiladi, agar tug'ilish tarixi markaziy asab tizimining (MAT) rivojlanishning tug'ma nuqsonlari (RTN)ga ega bo'lgan bolalar bo'lsa – 4 mg.

**C** Homiladorlik davrida yod preparatlarini (kaliy yodid) kuniga 200 mkg dozada og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi [2]

**B** Anemiya, tug'ruqdan keyingi sepsis, kichik bolalar tug'ilishi va erta tug'ilishning oldini olish uchun homilador ayollarga kuniga 30-60 mg dozada temir va foliy kislotasi bo'yicha 400 mkg (0,4 mg) dozada temir preparatlarini qabul qilish tavsiya etiladi [19]

Anemiya, tug'ruqdan keyingi sepsis, kichik bolalar tug'ilishi va erta tug'ilishning oldini olish uchun homilador ayollarga kuniga 30-60 mg dozada temir va foliy kislotasi bo'yicha 400 mkg (0,4 mg) dozada temir preparatlarini qabul qilish tavsiya etiladi. [19]

*"Temir tanqisligi kamqonligi bo'lgan homilador ayollarni boshqarish" milliy klinik protokolliga qarang.*

**A** 26-28 xaftada antiresus antikorlari aniqlanmagan Rh-salbiy homilador ayolda homiladorlikning 28-30 xaftaligida inson immunoglobulin Antirepus Rh0[D] preparatini ko'rsatmalarga muvofiq dozada mushak ichiga buyurish tavsiya etiladi [2]

Prenatal profilaktika paytida 1250-1500 ME (250-300 mkg) inson immunoglobulin Antirezus Rho[D] bir marta qo'llaniladi. Agar profilaktika 28-haftada o'tkazilmagan bo'lsa, homiladorlikning 28-haftasidan 34-haftagacha, agar anti-Rh antikorlari bo'lmasa, ko'rsatiladi. Inson immunoglobulin Antirezus Rho[D]ning ertaroq qo'llanilishi samaraliroqdir.

Er / sherikga tegishli Rh-salbiy qon bo'lsa, 28-34 xaftada antirezus immunoglobulin Rho[D] amalga oshirilmaydi.

Antirezus antikorlari aniqlanganda antirezus immunoglobulin yuborilmaydi. Antirezus antikorlari titri bo'lgan homilador bemorga ultratovush, dopplerometriyani o'rta miya arteriyasida maksimal sistolik qon oqimi tezligini o'lchash va 2 yoki 3-darajali statsionar yoki ambulatoriya muassasasi mutaxassisi bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

"Ona va homila qonining izoserologik nomuvofiqligini tashxislash va davolash" milliy klinik protokoliga qarang.

**A** Agar homilador ayolga homiladorlikning birinchi trimestrida asemptomatik bakteriuriya tashxisi qo'yilgan bo'lsa, antibakterial terapiyaning og'iz kursini buyurish tavsiya etiladi [2, 19]

Asemptomatik bakteriuriya- bu klinik belgilar bo'lmasa, siydikning o'rtacha bir qismida 105 ml ichida 1 bakterial koloniyalarning mavjudligi. Antibakterial terapiya siydik yo'llarining simptomatik infeksiyalari sonini, erta tug'ilish chastotasini va tana vazni past bo'lgan bolalar tug'ilishini sezilarli darajada kamaytiradi. Homiladorlik davrida asemptomatik bakteriuriyani davolash uchun antibakterial terapiyaning qisqa kursi tavsiya etiladi. Terapiya oxirida siydik ekish majburiy emas.

**Homiladorda ayollarda asemptomatik bakteriuriya antibakterial terapiyasi (dorilar og'iz orqali qabul qilinadi).**

Preparat	Kundalik doza	Terapiya davomiyligi	Izohlar
Fosfomitsina trometamol	3 g bir marta	1 kun	
Nitrofurantoin	50 mg har 6 soat yoki 100 mg har 12 soat	3-5 kun	III trimestrda qabul qilinmaydi
Ko-amoksiklav	500/125 har 12 soat	3-5 kun	Yaqinda tug'ilish hollari bundan mustasno
Amoksisillin		3-5 kun	Chidamli shtammlarning tarqalishi ortib bormoqda
Sefalekssin	500 mg har 8 soat	3-5 kun	
Sefuroksim	500 mg har 12 soat	3-5 kun	
Pivmetsillinam (mavjud bo'lganda)	500 mg har 12 soat	3-5 kun	

**A** Servikometriya bo'yicha bachadon bo'yni asemptomatik qisqarishi bo'lgan homilador ayollarga (bo'yin uzunligi 25 mm dan kam) 200 mg vaginal progesteron preparatlarini homiladorlikning 22 dan 34 haftagacha bitta va ko'p homiladorlikda buyurish tavsiya etiladi [2]

Progesteronni vaginal yuborish faqat qisqa bachadon bo'yni (25 mm dan kam) bo'lgan ayollarda samarali bo'ladi, homiladorlikning 14-16 va 24 xaftalari orasida ultratovush orqali aniqlanadi, anamnezda erta tug'ilish mavjudligi yoki yo'qligidan qat'i nazar).

### Tavsiya etilmaydi:

<b>B</b>	D vitamini qo'shimchalarini muntazam ravishda buyurish [2, 19]
<b>C</b>	Muntazam ravishda multivitaminlarni buyurish [2, 19]
<b>B</b>	Muntazam ravishda Omega-3 ko'p to'yinmagan yog'li kislotalarni qabul qilish [2, 19]
<b>A</b>	E vitaminini muntazam ravishda buyurish [2, 19]
<b>C</b>	A vitaminini muntazam ravishda buyurish [2, 19]
<b>A</b>	Askorbin kislotani muntazam ravishda buyurish [2, 19]

Mavjud tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, ushbu vitaminlar va qo'shimchalarni qabul qilish PE (preeklampsiya), PR (erta tug'ruq), ZRP (homila rivojlanishining kechikishi), HQD (homiladorlik qandli diabeti), antenatal homila o'limi va neonatal o'lim xavfini sezilarli darajada kamaytiradi, akusherlik va perinatal natijalarni yaxshilaydi.

### Homiladorlik paytida ogohlantirish belgilari.

Homilador ayollarga shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan tashvishli belgilar haqida ma'lumot bering.

#### Agar sanab o'tilgan ogohlantirish belgilaridan kamida bittasi paydo bo'lsa, darhol tibbiy yordamga murojaat qilishingiz kerak:

- ✓ Haddan tashqari qayt qilish (5 martadan ortiq)
- ✓ Jinsiy traktdan qonli oqindi
- ✓ Vaginadan ko'p miqdorda suyuqlik chiqishi
- ✓ Doimiy bosh og'rig'i, ko'zlarda dog'lar yoki chaqnashlar paydo bo'lishi bilan ko'rishning buzilishi
- ✓ Qo'llarning yoki yuzning to'satdan va tez o'sib borayotgan shishishi
- ✓ Haroratning 38°C ga yoki undan yuqoriga ko'tarilishi
- ✓ Vaginada qattiq qichishish va yonish yoki vaginal oqindi ko'payishi
- ✓ Siyish paytida yonish va og'riq
- ✓ Qorinda doimiy qattiq og'riq, hatto dam olayotganda ham
- ✓ Soatiga 4-5 dan ortiq qisqarish
- ✓ Yiqilish, avtohalokat yoki kimnidir urish paytida qorinning lat yeyishi
- ✓ Homiladorlikning 24 xaftaligidan keyin homilaning haddan tashqari yoki zaif harakati
- ✓ Amniotik suyuqlikning namlanishi yoki oqishi

### Xavf guruhlaridagi aralashuvlar.

#### Homiladorlik qandli diabeti.

Turli mamlakatlarning umumiy aholisida HQD chastotasi 1% dan 20% gacha o'zgarib turadi, o'rtacha 7%. Ko'pgina homilador ayollarda kasallik aniq giperglikemiya va aniq klinik belgilarisiz davom etishi sababli, HQD xususiyatlaridan biri uni tashxislash va kech aniqlashning qiyinligi hisoblanadi.

Birinchi prenatal tashrifda har bir homilador ayolda HQD xavfini xavf omillari yordamida baholang [2, 3, 15]:

- ortiq vazn yoki semizlik (TMI 30 kg/m<sup>2</sup> dan ortiq)
- anamnezda XQDning mavjudligi
- qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy anamnezi
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda xomilalik makrosomiyasi (4500 g)
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda polihidramnioz
- anamnezda o'lik tug'ilish
- anamnezda tug'ma nuqsonlar bo'lgan bolalarning tug'ilishi
- anamnezda chaqaloqning tushinarsiz o'limi.

Birinchi tashrifda va homiladorlikning 26-28 xaftaligida xavf omillari bo'lgan ayollarda HQDni aniqlash uchun 75 gramm 2 soatlik og'iz orqali glyukoza bardoshlik testidan (OGBT)dan foydalaning [2, 3, 15]

HQD uchun xavf omillari bo'lmasa, homilador ayollarga 1-tashrifda ochlikdagi venoz plazma glyukozasini aniqlash va homiladorlikning 26-28 xaftasida OGBTni o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3, 15]

JSST mezonlariga ko'ra, homiladorlik davrida birinchi marta aniqlangan giperglikemiya homiladorlik qandli diabeti (HQD) yoki homiladorlik davrida diabetes mellitus sifatida tasniflanishi kerak

#### Homiladorlik davrida HQD va QD diagnostikasi mezonlari [3, 15].

	HQD	Manifest turi 1 yoki 2-toifa diabet (homiladorlik paytida yoki undan oldin sodir bo'lgan).
Och qoringa venoz glikemiya	5,1-6,9 mmol/l	≥7,0 mmo/l
75 g glyukoza bilan OGBT dan 1 soat o'tgach venoz glikemiya	≥10,0 mmol/l	
75 g glyukoza bilan OGBT dan 2 soat o'tgach venoz glikemiya	8,5-11,0 mmol/l	≥11,1 mmol/l (yoki plazmadagi tasodifiy aniqlash bilan)

#### Har qanday turdagi diabetga chalingan homilador ayollarni ambulatoriya sharoitida boshqarishning asosiy tamoyillari.

- QDning har qanday shakli bo'lgan homilador ayollarga aniqlangandan keyin birinchi hafta davomida diyetolog va endokrinolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi
- 12 haftalik homiladorlikdan oldin QD bilan og'rigan homilador ayollar uchun 5 mg foliy kislotasini qabul qilish ko'rsatiladi
- Glikemik holatni yaxshilash uchun diyetaning jismoniy mashqlar bilan kombinatsiyasi ko'rsatilgan
- 30 daqiqadan so'ng yurish kabi o'rtacha jismoniy mashqlar va mashqlar dasturi tavsiya etiladi
- Agar 1-2 hafta davomida parhez va jismoniy faoliyatni o'zgartirish orqali qondagi glyukoza darajasining maqsadlariga erishilmasa, gipoglikemik dorilar ko'rsatiladi
- Homiladorlik davrida har qanday QD shakli uchun plazma glyukozasining maqsadli ko'rsatkichlari:

Och qoringa	Ovqatdan 1 soat o'tgach	Ovqatdan 2 soat o'tgach
<5,3 mmol/l	<7,8 mmol/l	<6,4 mmol/l

**Har qanday shakldagi diabetga chalingan ayollar uchun antenatal tashriflar jadvali [2].**

Homiladorlik muddati	Homiladorlik paytida diabetning har qanday shakli bo'lgan ayollarga g'amxo'rlik qilish (oilaviy shifokor, akusher-ginekolog, diyetolog, endokrinolog)
<b>Ideal holda, 12 haftagacha</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayollarga QD ning homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrga ta'siri haqida ma'lumot bering (makrosomiya, neonatal gipoglikemiya, sezaren xavfining oshishi, elkama-distoni, preeklampsiya, erta tug'ilish, giperbilirubinuriya, neonatal intensiv terapiya bo'limiga o'tish, onalar kasallanishi va o'limining yuqori ko'rsatkichlari);</li> <li>• Ovqatlanishdan oldin va keyin kapillyar glikemiyaning diyetasi va maqsadlari bo'yicha tavsiyalar bering;</li> <li>• Ayolni asoratlari (neyropatiya, qon tomir asoratlari) mavjudligi uchun tekshirish;</li> <li>• Gipoglikemik dorilarga bo'lgan ehtiyojni ko'rib chiqing, ular va ularning asoratlari haqida ayolga ayting;</li> <li>• Ilgari mavjud bo'lgan QD bo'lgan ayollar, agar so'nggi 3 oy ichida baholanmagan bo'lsa, retinaning holatini (oftalmolog bilan maslahatlashish) va buyraklar faoliyatini baholashlari kerak;</li> <li>• QD bilan og'rikan barcha ayollar homiladorlik davrida har 1-2 haftada prenatal klinika va endokrinolog bilan aloqada bo'lishlari kerak;</li> <li>• Homiladorlik paytida xavf darajasini aniqlash uchun ilgari diabetga chalingan ayollar uchun HbA1c darajasini o'lchang;</li> <li>• 1-trimestrda antenatal klinikaga murojaat qilgan HQD xavf omillari bo'lgan ayollarga imkon qadar tezroq qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilish va 75 g 2 soatlik OGTT taklif qilinishi kerak;</li> <li>• 7-9 xaftada homilaning hayotiyiligini va homiladorlik muddatini tasdiqlang.</li> </ul>
<b>16 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16-20 xaftada birinchi tashrifida diabetik retinopatiya tashxisi qo'yilgan ilgari mavjud bo'lgan QD bo'lgan ayollar retinaning holatini qayta baholashlari kerak;</li> <li>• 2-trimestrda antenatal klinikaga murojaat qilgan HQD uchun xavf omillari bo'lgan ayollarga imkon qadar tezroq qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilish yoki 75 g 2 soatlik GTT taklif qilinishi kerak.</li> </ul>
<b>20 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Xomilaning strukturaviy anormalliklarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing, shu jumladan xomila yuragini tekshiring.</li> </ul>
<b>28 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniotik suyuqlik hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing;</li> <li>• Oldindan mavjud bo'lgan diabetga chalingan barcha ayollar uchun retinaning holatini baholang;</li> <li>• Agar HQD ayollarda 26-28 xaftada aniqlansa-endokrinolog va ovqatlanish mutaxassisi bilan birgalikda kuzatuv va boshqaruvni olib boring.</li> </ul>

<b>32 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniotik suyuqlik hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing;</li> <li>• Oddiy prenatal parvarishda tavsiya etilgan tahlillarni tekshiring.</li> </ul>
<b>34 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hech qanday qo'shimchalarsiz an'anaviy prenatal parvarish paytida bo'lgani kabi.</li> </ul>
<b>36 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amniotik suvlar hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing;</li> <li>• Tug'ruq usuli va vaqti, tug'ruq paytida og'riqni yo'qotish usullari, tug'ruq paytida va undan keyin glyukemik indekslarga qarab terapiyaning o'zgarishi, emizish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish, tug'ruqdan keyingi kontratsepsiya usullari haqida maslahatlashing.</li> </ul>
<b>37<sup>o</sup> hafta- 38<sup>o</sup> hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 yoki 2-toifa diabetga chalingan barcha ayollar uchun tug'ruk induksiyasi yoki kesar kesish jarroxlilik muolajasini taklif kiling (agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa).</li> <li>• HQD bilan homiladorlikni tug'ruqning o'z-o'zidan boshlanishiga uzaytiring.</li> </ul>
<b>38 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homila holatini baholash.</li> </ul>
<b>39 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Homila holatini baholash.</li> <li>• Homiladorlikning 40<sup>o</sup> xaftaligidan oldin asoratlanmagan HQD bilan homilador ayollarni tug'dirish.</li> </ul>

*"Homiladorlik paytida kandli diabet" milliy klinik protokoliga qarang.*

## **Preeklampsiya.**

Birinchi prenatal uchrashuvda har bir ayolning preeklampsiya xavfini baholang [2, 7, 8]

Homiladorlikning dastlabki bosqichidagi barcha homilador ayollarga birinchi trimestrda kombinatsiyalangan test yordamida PE skriningidan o'tish tavsiya etiladi, shu jumladan onaning xavf omillari, o'rtacha qon bosimi, bachadon arteriyasi pulsatsiya indeksi va platsenta o'sish omili [2, 8]

PE uchun skrining, jumladan, ona uchun xavf omillari, o'rtacha arterial bosim (SrAD), ona yo'ldoshining o'sish omili (PFR/PLGF) va bachadon arteriyasi pulsatsiya indeksi (PI/UTPI) PE xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarni eng aniq aniqlashi mumkin.

Platsenta o'sish omili (PFR) trofoblastik hujayralar tomonidan chiqariladigan glikosillangan dimer glikoprotein bo'lib, u qon tomir endotelial o'sish omillari oilasiga kiradi.

Pulsatsiya indeksi (PI) transabdominal ultratovush bilan 11 dan 136 haftagacha o'lchanadi.

Agar homiladorlikning birinchi trimestrida PFR (PLGF) va / yoki PI (UTP) ni o'lchash imkoni bo'lmasa, ona uchun xavf omillarini aniqlash va O'rtacha ABni o'lchashni o'z ichiga olgan PE uchun birlashtirilgan skrining o'tkazish tavsiya etiladi [2, 8]

O'rtacha qon bosimi quyidagi formula yordamida hisoblanadi:  $O'rtacha\ qon\ bosimi = (Sist.\ AB - Diast.\ AB)/3 + Diast.\ AB$ .

PE xavfi kalkulyatori (onalar xavf omillari + O'rtacha AB  $\pm$  PFR  $\pm$  PI) quyidagi havolada mavjud: <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>

Birlashgan PE skriningi imkoniyati bo'lmagan taqdirda, anamnez va klinik -demografik omillar (onaning xavf omillari) asosida PE xavfini baholashni o'tkazish tavsiya etiladi [2, 8]

### Preeklampsiya uchun xavf omillari [7].

Yuqori xavf	Ўртача хавф
Oldingi homiladorlik paytida gipertenziya	Birinchi tug‘ish
SAG	Yoshi $\geq 40$ yosh
Surunkali buyrak kasalligi	TMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup>
QD	Oilaviy anamnezda PE
Autoimmun kasalligi	Homiladorlik orasidagi interval $>10$ yil
	Ko‘p homiladorlik
<b>PE ning yuqori xavfi-bu bitta yuqori xavf omili yoki ikki yoki undan ortiq o‘rtacha xavf omillarining mavjudligi</b>	

PE xavfi yuqori bo‘lgan homilador bemorga homiladorlikning 11-14<sup>6</sup> dan 36 haftasiga qadar kechki payt 150 mg / kun og‘iz orqali aspirin buyurish tavsiya etiladi [2, 7, 8, 19]

PE xavfi yuqori bo‘lgan homilador bemorga homiladorlik davrida qon bosimini har kuni o‘z-o‘zini nazorat qilish tavsiya etiladi

PE xavfi yuqori bo‘lgan barcha homilador ayollarga har bir prenatal tashrifda proteinuriya aniqlanishi tavsiya etiladi. Homilador ayollarda proteinuriya miqdorini aniqlash uchun birinchi ertalabki siydik tahlilidan foydalanilmaydi

#### Gipertenziya bilan og‘rigan homilador ayollarni ambulatoriya sharoitida boshqarishning asosiy tamoyillari.

- Yangi tashxis qo‘yilgan arterial gipertenziya bilan og‘rigan barcha ayollarga ona va homila holatini, davolanishning xatarlari va foydalarini, gipertenziya sabablarini har tomonlama baholash uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi
- Arterial gipertenziya - sistolik qon bosimining oshishi qayd etilgan holat  $\geq 140$  mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi  $\geq 90$  mm simob ust., kamida 2 ta o‘lchov natijasida bir qo‘lda 4 soatlik interval bilan o‘tkazilgan o‘rtacha deb belgilangan
- Gipertenziya bilan og‘rigan barcha ayollarga quyidagilarni aniqlash tavsiya etiladi:

##### A) Gipertenziv kasallik turi:

- Surunkali arterial gipertenziya
- Homiladorlik gipertenziviyasi
- Preyeklampsiya (o‘rtacha va og‘ir)
- SAG tufayli yuzaga kelgan preyeklampsiya

##### B) arterial gipertenziya darajasi:

- Yengil (sistolik qon bosimi 140-159 mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi 90-109 mm simob ust.)
- Og‘ir (sistolik qon bosimi  $\geq 160$  mm simob ustuni va/yoki diastolik qon bosimi  $\geq 110$  mm simob ust.)
- Gipertenziv sindromning har qanday turiga chalingan barcha homilador ayollarga, agar ular barqaror sistolik qon bosimi 140 mm simob ustuni yoki undan yuqori bo‘lsa yoki **barqaror diastolik qon bosimi 90 mm simob ustuni yoki undan yuqori bo‘lsa, antigipertenziv davolanishni boshlash tavsiya etiladi;**
- Homiladorlik paytida antigipertenziv dorilarni qo‘llash tavsiya etiladi: metildopa, labetalol, nifedipin.

- Yengil gipertenziya uchun tanlangan dorilar metildopa va labetalol, og‘ir gipertenziya uchun – nifedipin.
- Maqsadli qon bosimini ushlab turish uchun 3 ta antigipertenziv dorilarning kombinatsiyasiga ruxsat beriladi.

### Homiladorlik davrida antigipertenziv dorilar [8].

Preparat	Metildopa	Labetalol	Nifedipin
<b>Doza</b>	250-750 mg har 8 soatda og‘iz orqali	100-400 mg har 8 soatda og‘iz orqali	10 mg kuniga 2-3-4 marta (qisqa ta'sirli), har 12 soatda 20-60 mg (sekin chiqarish bilan)
<b>Maksimal sutkalik doza</b>	3000 mg	1200 mg	120 mg
<b>Harakat mexanizmi</b>	Markaziy: alfa2-adrenergik retseptorlarni stimullashtiradi	Yumshoq alfa va vazodilatatorli beta bloker	Kaltsiy kanali blokatori
<b>Qo‘llash mumkin bo‘lmagan holatlar</b>	Depressiya	Bronxial astma, surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi, yurak yetishmovchiligi	Aorta stenoz
<b>Amaliy daqiqalar</b>	24 soat ichida harakatning sekin boshlanishi, quruq og‘iz, sedativ ta'sir, depressiyaning kuchayishi, loyqa ko‘rish, takroriy gipertenziya	Bradikardiya, bronxospazm, bosh og‘rig‘i, ko‘ngil aynishi, bosh terisi chayqalishi, odatda 24 soat ichida o‘tib ketadi	Birinchi 24 soat ichida kuchli bosh og‘rig‘i, terining qizarishi, taxikardiya, periferik shish, ich qotishi

- Homiladorlik paytida gipertenziyaning har qanday turini davolash uchun dori-darmonlarni qo‘llashda maqsadli qon bosimini 135/85 mm simob ust. Nazorat kilib boring.
- Agar bemorning qon bosimi 130/80 mm simob ust. dan pastga tushsa, dozani kamaytirish yoki antigipertenziv davolanishni to‘xtatish haqida o‘ylab ko‘ring.
- Har qanday turdagi AG bilan og‘rigan ayolga va uning chaqalog‘iga shaxsiy ehtiyojlariga qarab qo‘shimcha prenatal tashriflar ko‘rsatiladi:
  - gipertenziya yomon nazorat qilinsa, haftada kamida 2 marta
  - gipertenziya yaxshi nazorat qilinsa, haftada 1 marta
- Xomilaning o‘sishi va amniotik suyuqlik hajmini ultratovush tekshiruvi, shuningdek har 2-4 haftada kindik arteriyalarining dopplerometriyasi har qanday gipertenziya bilan og‘rigan barcha homilador ayollar uchun **tavsiya etiladi**
- Gipertenziyaning har qanday shakli bo‘lgan bemorni ambulatoriya sharoitida boshqarish mumkinligini unutmang:
  - sistolik qon bosimi <150 va/yoki diastolik qon bosimi <100 mm simob ust.da;
  - trombotsitlar soni 150,000 dan ortiqlikda;
  - jigar fermentlarining normal darajasida;
  - buyrak funksiyasining normal ko‘rsatkichlarida;
  - xomilaning qoniqarli holatida;
  - sub'ektiv belgilarning yo‘qligida;

- yuqori darajadagi onglilik va intizomda;
- Gipertoniya bilan og‘rigan homilador ayollarga tug‘ruq uchun rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish zarurligi to‘g‘risida ma‘lumot bering:
  - 38-39 hafta – SAG bilan og‘rigan homilador ayollarda
  - gipertenziya dori-darmonsiz nazorat qilinganda;
  - 37 hafta-SAG bilan og‘rigan homilador ayollarda
  - gipertenziya dori-darmon va homiladorlik gipertenziviyasi bilan;
  - 36-37 hafta-o‘rtacha preyeklampsiya bilan;
  - har qanday vaqtda-og‘ir gipertenziya – og‘ir preeklampsiya, eklampsiya bilan;
- Quyidagi holatlarda shoshilinch kasalxonaga yotqizish talab etiladi:
  - Og‘ir gipertenziya (sistolik qon bosimi 160 mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi 110 mm simob ust. 15 daqiqalik qisqa vaqt oralig‘ida);
  - PE ning yangi belgilari va og‘ir belgilarining paydo bo‘lishi;
  - Ambulator davolanishning qoniqarsiz natijasi;
  - Xomilani tekshirishda domkratsion og‘ishlar.

### **PEning og‘ir belgilari [2, 7, 8].**

<b>Og‘ir gipertenziya</b>	Uch sinf antigipertenziv vositalar bilan davolanishga qaramay, og‘ir gipertenziyaning takroriy epizodlari (sistolik qon bosimi 160 mm simob ust, va/yoki diastolik qon bosimi 110 mm simob ust.).
<b>Gemostaz disfunktsiyasi</b>	150,000/ml dan kam bo‘lgan trombositlar Gemoliz: shistotsitlar yoki qon surtmasidagi eritrotsitlar bo‘laklari 600 ME/l dan yuqori bo‘lgan laktat dehidrogenaza darajasining ko‘tarilishi Tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya
<b>Jigar disfunktsiyasi</b>	Jigar fermentlarining ko‘payishi (>40 ME/l) yoki jigar funksiyasining tobora yomonlashishi Qorinning yuqori o‘ng kvadrantida yoki epigastriumda dori terapiyasiga javob bermaydigan kuchli doimiy og‘riq Ko‘ngil aynishi, qayt qilish
<b>Buyrak disfunktsiyasi</b>	90 mmol/l dan ortiq zardob kreatinin Oliguriya (4 soat ichida 80 ml dan kam)
<b>Markaziy asab tizimining disfunktsiyasi</b>	Bosh ogriqi (Ko‘pincha kuchayib, oddiy analgetiklar tomonidan bosilmaydi) Ko‘rish buzilishi (chivinlarning miltillashi, skotoma epizodi)
<b>Nafas olish disfunktsiyasi</b>	O‘pka shishi

**Og‘ir preeklampsiya** – bu proteinuriya (0,3 g/l) yoki doimiy yoki takroriy kuchli bosh og‘rig‘i, skotomalar, ko‘ngil aynishi yoki qayt qilish, epigastral og‘riq, oliguriya bilan birgalikda davolanishga javob bermaydigan og‘ir gipertenziviyadir. Laboratoriya qon testlarining progressiv yomonlashishi, masalan, kreatinin ortishi bilan yoki jigar transaminazalari, trombositlar sonining kamayishi bilan namoyon buladi

**Kasalxonaga yotqizish bosqichida og‘ir gipertenziya, og‘ir preeklampsiya bo‘lgan barcha homilador ayollar o‘tkazilishi kerak:**

- **Antigipertenziv terapiya:** qisqa ta'sir qiluvchi nifedipin 10 mg og'iz orqali (chaynash va yutish), agar kerak bo'lsa, har 30 daqiqada takrorlanadi. Maximal bitta doza 50 mg. Sublingual qabul qilish tavsiya etilmaydi.
- **Antikonvulsant terapiya:** 4-5 g magniy sulfat tomir ichiga (16-20 ml 25% magniy sulfat eritmasi) asta-sekin 10-15 daqiqa davomida, so'ngra soatiga 1 g tomir ichiga (100 ml 25% magniy sulfat eritmasi + 400 ml natriy xlorid fiziologik eritmasi daqiqada 7 tomchi tezlikda).

*"Homiladorlik paytida Arterial gipertenziya" milliy klinik protokoliga qarang.*

## Venoz tromboembolik asoratlar.

- Venoz TEA oldini olishning asosiy yo'nalishi:
- Venoz TEA xavfi ostida homilador ayollarni izolyatsiya qilish
- Venoz TEA xavfi darajasini aniqlash

Birinchi prenatal tashrifda xavf omillari yordamida har bir homilador ayolda venoz TEA xavfini baholang [2, 14, 18]

HOMILADORLIK PAYTIDA VENOZ TEA UCHUN XAVF OMILLARI	BALLAR
<b>Anamnestik ma'lumotlar</b>	
Oldingi davriy TEA;	3
Oldingi TEA, sababsiz yoki estrogenlardan foydalanish bilan bog'liq;	3
Oldingi qo'zg'atilgan TEA;	2
Oilaviy trombotik anamnez;	1
Trombofiliya (V Leiden omilining gomozigot mutatsiyasi, protrombin G20210A, AT III, S va C oqsillarining yetishmasligi, antifosfolipid sindromi),	3
<b>Somatik omillar</b>	
Yoshi > 35 yosh	1
Chekish	1
Semizlik TMI > 30	1
Oyoqlarning varikoz kengayishi	1
Somatik kasalliklar (arterial gipertenziya, nefrotik sindrom, yomon sifatli kasalliklar, I turdagi qandli diabet, faol fazadagi yuqumli va yallig'lanish kasalliklari, SKV, o'pka va yurak kasalliklari, o'roqsimon hujayrali anemiya)	2
<b>Akusher- ginekologik omillar</b>	
Anamnezda tug'ruq $\geq 3$	1
Ko'p homiladorlik;	1
O'rtacha preeklampsiya;	1
Erta yoki og'ir preeklampsiya;	2
Ushbu homiladorlik paytida homilaning intrauterin o'limi;	2
Ҳомиладорлик пайтида жарроҳлик аралашувлар	2
<b>Boshqa faktorlar</b>	
Degidratatsiya	1
Uzoq muddatli immobilizatsiya (> 4 kun)	1
<b>Jami:</b>	

Har bir qo'shimcha xavf omili tromboz rivojlanishining umumiy xavfini oshirishini esda tuting!

An'anaviy koagulogramma parametrlari (trombotsitlar, fibrinogen, MNO, APTV, parakoagulyatsiya mahsulotlari) tromboz rivojlanishini bashorat qilishda axborot ahamiyatiga ega emas va ulardan foydalanishning keragi yo'q

Agar homilador ayolda homiladorlikning asoratlari (masalan, preeklampsiya) yoki TEA xavfini oshiradigan boshqa xavf omillari (infektsiyalar, uzoq muddatli immobilizatsiya va boshqalar) rivojlansa, har bir keyingi prenatal tashrifda venoz TEA xavfi oshib boraveradi) [2, 14, 18]

Har bir tashrifda venoz TEA xavfini baholash natijalarini shkala bo'yicha aniqlang:

- o'rtacha xavf (1-2 ball)
- yuqori xavf ( $\geq 3$  ball).

O'rtacha xavfda homiladorlik paytida kompression trikotaj kiyishni tavsiya eting [2, 14, 18]

Yuqori xavfda, kompression trikotaj kiyimlari va past molekulyar geparinlar bilan farmakologik tromboprofilaktika ko'rsatiladi. Past molekulyar og'irlikdagi geparinlarni buyurish va **farmakologik tromboprofilaktikaning davomiyligi** masalasini hal qilish uchun homilador ayolni gematolog maslahatiga yuboring [2, 14, 18]

Bemorning vazniga moslashtirilgan past molekulyar og'irlikdagi geparinlarning standart profilaktik dozalari yuqori xavf guruhidagi venoz TEA oldini olish uchun ishlatiladi:

- Vazn <50 kg: kuniga 20 mg t/o;
- Vazni 50-90 kg: kuniga 40 mg t/o;
- Vazni 90-130 kg: kuniga 60 mg t/o;
- Vazni 130-170 kg: kuniga 80 mg t/o;
- Vazni >170 kg: kuniga 0,6 mg/kg t/o.

\* **Kundalik dozani ikkiga bo'lish mumkin**

Homilador ayollarning ambulatoriya jadvalida venoz TEA (o'rtacha va yuqori) va tegishli profilaktika choralari xavfini qayd etishni unutmang

## **Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi.**

Birinchi va har bir keyingi prenatal tashrifda har bir homilador ayolda tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketish xavfini xavf omillaridan foydalangan holda baholang [2]

**Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishining xavf guruhiga quyidagi xavf omillaridan biri yoki bir nechtasi bo'lgan har qanday homilador ayol kiradi [2]:**

- Ko'p homiladorlik
- Anamnezda 4 tug'ilish
- Gemoglobin 90 g/l dan kam bo'lgan anemiya
- Anamnezda tug'ruqdan keyingi qon ketishi
- Preeklampsiya
- Katta homila
- Platsenta previa va o'sish
- Anamnezda platsentaning ajralishi
- Og'ir akusherlik va ginekologik anamnez (abortlar, homila tushishi)
- Bachadondagi chandiqlik (kesar kesish, mioektomiyadan keyingi chandiqlar)
- Homiladorlik paytida antikoagulyantlar bilan davolash
- Birgalikdagi koagulopatiya
- Og'ir yurak-qon tomir va gematologik kasalliklar

### **Tug‘ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi uchun xavf guruhida quyidagilar ko‘rsatilgan:**

- Antenatal tashxis o‘tkazish va anemiyani davolash
- 2 va/yoki 3-darajali muassasalarda ko‘p tarmoqli guruh ishtirokida homilador ayollarning tug‘rug‘ini rejalashtirish
- Homiladorlik asoratlarini o‘z vaqtida tuzatish
- 3-darajadagi muassasalarga qon ketmaydigan platsenta bilan homiladorlarni rejalashtirish (to‘liq olib borilganda – 34 hafta, to‘liq bo‘lmaganda – 36-37 hafta)

### **Jinsiy traktdan qon ketishi bilan:**

- Ayolning homilador yoki yo‘qligini, homiladorlik davrini aniqlang
- Bachadonni palpatsiya qiling (iloji bo‘lsa)
- Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi
- Homiladorlikning birinchi yarmida ko‘p qon ketganda, ambulatoriya sharoitida davolanishga ruxsat beriladi
- Homiladorlikning ikkinchi yarmida dog‘lanish va istalgan vaqtda mo‘l-ko‘l qonli dog‘lar shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatma hisoblanadi.
- Kasalxonagacha bo‘lgan tadbirlar:
  - bemorni isitish
  - 2 juft tomirni kateterizatsiya qilish
  - iliq kristalloidlarning infuzioni (1 litr 15-20 daqiqa davomida)
  - traneksamik kislota 1,0 g t/i
  - tug‘ruq yoki abortdan keyin qon ketganda-oksitotsin 10 ED t/i bolus

"Tug‘ruqdan keyingi akusherlik qon ketishining oldini olish va boshqarish" Milliy klinik protokoliga qarang.

### **Homiladorlik davri uchun kichik homila.**

Homila yoshi uchun kichik (SGA) homilalar- homilalarning geterogen guruhi bo‘lib, ularning o‘lchamlari tegishli homiladorlik yoshi uchun oldindan belgilangan chegaradan past va ko‘pincha <10 foizdan past bo‘ladi.

Homila o‘shining kechikishi (ZRP) - bu o‘sh potentsialiga erishmagan va perinatal asoratlar xavfi yuqori bo‘lgan patologik kichik homilani tavsiflovchi atama (ultratovushli Dopplerografiya bo‘yicha patologik qon oqimi bilan birgalikda homilaning taxminiy vazni va/yoki qorin aylanasi <10-foiz o‘shining sekinlashishi mavjud).

Homila o‘shining kechikishi (HO‘K-ZRP) homilaning kichik homiladorlik yoshi bilan sinonim emas. 50-70% MG homila konstitutsiyaviy jihatdan kichik, ya'ni vazni va bo‘yi kichik, ammo ultratovushli Dopplerografiya bo‘yicha normal qon oqimi va perinatal asoratlarning past xavfi mavjudligi bilan.

Homilador bemorning 1 va 2-prenatal tashriflarida HO‘K(ZRP) xavf omillarini baholash tavsiya etiladi [5, 11, 16]

### **HO‘K uchun xavf omillari [16].**

<b>Yuqori xavf omillari</b>	<b>Kichik xavf omillari</b>
Onaning yoshi >40 yosh	Onaning yoshi >35 yosh
Chekish > kuniga 11 ta sigaret	Kuniga 1-10 dona sigaret chekish
Anamnezda homiladorlik davri uchun kichik homila (HDKH)	Tug‘magan

Kundalik intensiv jismoniy faoliyat yuklamasi	TMI <20 yoki 25-35
Ona yoki otadan HDKH	Homiladorlik davrigacha mevalarning kam iste'moli
Anamnezda o'lik tug'ilish	Anamnezda Preeklampsiya
SAG	Intergravidar interval <6 oylar yoki >60 oy davomida
Qandli diabet va qon tomir kasalliklari	
Buyrak yetishmovchiligi	
Antifosfolipid sindromi	
Og'ir qon ketish, intensivligi bo'yicha hayz ko'rishga o'xshash	
<b>Omillardan biri = HO'Kning yuqori xavfiga teng</b>	<b>3 yoki undan ko'p omillar = HO'Kning yuqori xavfi teng</b>

Yuqori xavfli guruhlarda homila ultratovush tekshiruvi va kindik - bachadon arteriyalarining dopplerografiyasidan foydalanish perinatal kasallik va o'limni kamaytiradi. Dopplerometriya HO'K xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarda homilani kuzatishning asosiy vositasidir [16]

HO'K uchun 1 va undan yuqori xavf omiliga ega bo'lgan homilador ayollarni ketma-ket ultratovush fetometriyasi va uteroplatsental-xomilalik qon oqimining dopplerometriyasi (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) homiladorlikning 26 -28 xaftaligidan boshlab har 3 haftada yuborish kerak [16]

HO'Kning yuqori xavfli guruhlarida homiladorlikning 20-24 xaftaligida bachadon arteriyasi dopplerografiyasi HO'Kni bashorat qilish uchun o'rtacha prognostik qiymatga ega va tavsiya etilmaydi.

HO'Kning 3 yoki undan ortiq kichik xavf omillari bo'lgan homilador ayollar homiladorlikning 20-24 xaftaligida uteroplatsental-xomilalik qon oqimining (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) fetometriyasi va dopplerometriyasiga yuborilishi kerak [16]:

- agar dopplerometrik parametrlar normal bo'lsa, uchinchi trimestrda (30-34 hafta) keyingi ultratovush va Dopplerometriyani taklif qilish kerak
- normal dopplerometriya bilan ketma-ket ultratovushli fetometriya va uteroplatsental-xomilalik qon oqimining (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) dopplerometriyasi homiladorlikning 26-28 xaftaligida, so'ngra har 3 haftada ko'rsatiladi

20-24 xaftada ultratovushli fetometriya bo'yicha xomilalik ichakning exogenligi aniqlangan taqdirda, homilador ayolni ketma-ket ultratovushli fetometriya va uteroplatsental-xomilalik qon oqimining dopplerometriyasiga yuborish kerak (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) homiladorlikning 26-28 xaftaligida, so'ngra har 3 haftada [16]

Xomilalik ichakning exogenligi HO'K uchun mustaqil xavf omilidir.

Dopplerometriya bo'yicha HO'Kni tasdiqlashda homilador ayol homila holatini, shu jumladan KTG ni har tomonlama baholash, tug'ilishning optimal muddati va usulini tanlash uchun 3-darajali statsionar yoki ambulatoriyaga yuborilishi kerak

## Homiladorlik paytida emlash.

**C** Tropik mamlakatlarga sayohat qilishda, shuningdek, epidemiyalarda homilador ayollarga inaktiv va gen- injenerlik vaktsinalari, toksoidlar, poliomiyelitga qarshi og'iz orqali

## emlash tavsiya etiladi

Tirik vaktsinalarni tayinlash homilador ayollar uchun qarshi ko'rsatilgan. Homilador ayol emlash uchun ongli ravishda ixtiyoriy rozilikni imzolaydi.

**C** Uch valentli inaktivatsiyalangan vaktsinalar homiladorligi gripp mavsumiga to'g'ri keladigan ayollar uchun tavsiya etiladi

Ma'lumotlar homilador ayollarda grippning tarqalishi, og'irligi va ta'sirini sezilarli darajada kamaytirishga asoslangan bo'lib, ularning chaqaloqlari uchun potentsial foyda keltiradi.

### Homiladorlik paytida emlash.

Vaktsina	Homiladorlik paytida foydalanish	Izoh
BTSJ*	Yo'q	
Xolera	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Gepatit A	Ha, agar kerak bo'lsa	Xavfsizlik isbotlanmagan
Gepatit B	Ha, agar kerak bo'lsa	
Gripp	Ha, agar kerak bo'lsa (gripp mavsumida)	
Yaponskiy entsefalit	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Kor*	Yo'q	
Meningokokkovaya infeksiya	Ha, agar kerak bo'lsa	Faqat infeksiya xavfi yuqori bo'lgan taqdirda
Epidemicheskiy parotit*	Yo'q	
Og'iz orqali poliomyelitga qarshi emlash	Ha, agar kerak bo'lsa	
Poliomyelitga qarshi emlash	Ha, agar kerak bo'lsa	Odatda tayinlanmaydi
Quturish	Ha, agar kerak bo'lsa	
Qizilcha*	Yo'q	
Tetanoz/difteriya / ko'k yo'tal	Ha, agar kerak bo'lsa	
Tif Tu21a*	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Chechak	Yo'q	
Suvchechak*	Yo'q	
Sariq isitma*	Faqat infeksiya xavfi yuqori bo'lgan taqdirda	
COVID-19	Ha, agar kerak bo'lsa	

\*Homilador ayollarga tirik vaktsinalar tayinlanishiga qarshi ko'rsatma mavjud.

### Tibbiy yordamni tashkil etish.

#### Tug'ruqxonalarga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Tug'ruq faoliyatini rivojlantirish.
2. Amniotik suyuqlikning oqishi yoki namlanishi.
3. Jinsiy traktidan homila tushish xavfini bildiruvchi qonli ajralmalarning kelishi.
4. Erta tug'ruq (PR)da xavfli vaziyatlarning belgilari.
5. Homiladorlikning 2-yarmida qonli ajralmalar (PONRP, platsenta previa).

6. Istmik-bachadon bo'yni yetishmovchiligi (IBBE), belgilari.
7. Homilador ayollarning qusishi > kuniga 5 marta va tana vaznini yo'qotish > 3 kg 1-1, 5 hafta ichida (terapiya samarasi bo'lmaganda).
8. Birinchi marta yengil arterial gipertenziya aniqlandi.
9. Og'ir arterial gipertenziya, og'ir preeklampsiya.
10. O'rtacha preeklampsiya.
11. Poliorgan yetishmovchiligi belgilari (bosh og'rig'i, ko'rish buzilishi, epigastral og'riq, qusish, jigar shikastlanishi belgilari, oligoanuriya, ongning buzilishi, soqchilik, giperrefleksiya).
12. Xorioamnionit belgilari.
13. HO'K.
14. Xomilalik azoblanish belgilari: bachadon tubining balandligi 10-foizdan past, bachadon tubi balandligining o'sish dinamikasining pasayishi, homila motor faolligining buzilishi.
15. Intrauterin xomilalik o'lim.
16. O'tkir qorin.
17. Tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining klinik belgilari bo'lgan o'tkir yuqumli va yallig'lanish kasalliklari.

### **Tibbiy yordam sifati mezonlari.**

<b>№</b>	<b>Sifat mezonlari</b>	<b>Baholash</b>
1.	Homiladorlik va tug'ish muddati homilador ayolning 1-tashrifida aniqlandi	Ha / Yo'q
2.	Homilador ayolning har bir tashrifida qon bosimi o'lchandi	Ha / Yo'q
3.	Bachadon tubining balandligi homilador ayolning har bir tashrifida o'lchandi va homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin gravidogramma o'tkazildi	Ha / Yo'q
4.	Xomilaning yurak urishi homiladorlikning 20 xaftaligidan keyin akusherlik stetoskopi yordamida yoki homilador ayolning har bir tashrifida homiladorlikning 12 xaftaligidan keyin xomilalik doppler yordamida aniqlandi	Ha / Yo'q
5.	PE, akusherlik qon ketishi, venoz TEA, HQD, HO'K xavfini baholash amalga oshirildi	Ha / Yo'q
6.	Homilador ayol 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida M, G (IgM, IgG) sinflari antikorlari darajasini qon tekshiruvi uchun inson immunitet tanqisligi virusiga-1/2 (bundan keyin OIV deb ataladi) va antigen r24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) uchun yuborilgan.	Ha / Yo'q
7.	Homilador ayol qondagi gepatit V (Hepatitis V virus) virusining sirt antigeniga (HBsAg) antikorlarni aniqlash yoki homiladorlikning birinchi tashrifida va homiladorlikning 30 xaftaligida gepatit V (Hepatitis V virus) virusi antigenini (HBsAg) aniqlash uchun yuborilgan.	Ha / Yo'q
8.	Homilador ayol 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida qondagi Treponema pallidumga antikorlarni aniqlash uchun yuborilgan	Ha / Yo'q
9.	Homilador ayol 1-tashrifda asemptomatik bakteriuriyani aniqlash uchun bakterial patogenlar uchun siydikning o'rtacha qismini mikrobiologik (madaniy) tekshirishga yuborildi	Ha / Yo'q
10.	Homilador ayolga AB0 tizimi va 1-tashrifda bir marta rezus tizimining D antigeni (Rezus faktori) bo'yicha asosiy guruhlarni aniqlash uchun yuborilgan	Ha / Yo'q
11.	Rh-manfiy homilador ayol antiresus antikorlarini aniqlash uchun 1-	Ha / Yo'q

<b>№</b>	<b>Sifat mezonlari</b>	<b>Baholash</b>
	tashrifda, so'ngra homiladorlikning 26-28 xaftaligida antikorlar yo'qligida yuborilgan	
12.	Homilador ayol 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy (klinik) qon tekshiruviga yuborildi	Ha / Yo'q
13.	Homilador ayol 1-tashrifda (venoz glikemiya) va homiladorlikning 26-28 xaftaligida 75 g glyukoza bilan og'iz orqali glyukoza bardoshlik testini (PGTT) aniqlash uchun yuborilgan	Ha / Yo'q
14.	Homilador ayol 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy (klinik) siydik tekshiruviga yuborildi	Ha / Yo'q
15.	Homilador ayol 11-136 haftalik homiladorlik davrida homilaning ultratovush tekshiruvi va biokimyoviy skriningga yuborildi	Ha / Yo'q
16.	Foliy kislotasini og'iz orqali yuborish	Ha / Yo'q
17.	homilador ayolga kislota 12 hafta oldin va homiladorlikning dastlabki 12 haftasida kuniga 400 mkg dozada o'tkazildi.	Ha / Yo'q
18.	Inson immunoglobulin antiresus Rho[D] dozasini preparat bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq, Rh-salbiy homilador ayolning homiladorlikning 28-30 xaftaligida antiresus antikorlari bo'lmagan taqdirda mushak ichiga yuborish amalga oshirildi	Ha / Yo'q

### 3. Adabiyotlar ro'yxati:

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/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](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](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](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](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-hospitalacquired-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. ILOVALAR**

### **4.1. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.**

Milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2025 yil 23 fevraldagi "mahalliy va milliy klinik protokollar va standartlar metodologiyasini ishlab chiqish, tasdiqlash va joriy tibbiy amaliyotga joriy etish to'g'risida" gi №52-sonli buyrug'i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

**Protokolni ishlab chiqishda** "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi va uning hududiy filiallari, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika Perinatal markazi, Toshkent tibbiyot Akademiyasining akusher-ginekolog mutaxassislari ishtirok etdi.

Ushbu protokolni yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotning yondashuvlardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

**Manfaatlar to'qnashuvi:** ushbu protokolni yaratish bo'yicha ishlarni boshlashdan oldin, ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomani to'ldirdilar. Mualliflar jamoasi a'zolarining hech biri ushbu protokol mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmatsevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

**Manfaatdor tomonlarni jalb qilish:** Protokol ko'rsatmalari va tavsiyalarini ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oilalari), shu jumladan tibbiy (sog'liq uchun foyda, nojo'ya ta'sirlar va aralashuv xavfi), axloqiy, madaniy, diniy jihatlarini o'rganildi va hisobga olindi. Fikrlar so'rovi RIOvaBSIATM davlat muassasasining tegishli bo'linmalarida ayollarning norasmiy suhbatlari orqali amalga oshirildi.

**Dalillarni to'plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.**

**Dalillarni to'plash uchun ishlatiladigan usullar:** elektron ma'lumotlar bazalari, kutubxona resurslarini qidiring. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2014-2025 yillarga mo'ljallangan ingliz va rus tillarida turli mamlakatlardagi tibbiyot jamoalari va ixtisoslashtirilgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari ishlatilgan, protokolni ishlab chiqishda so'nggi 5 yildagi ma'lumotlar ustuvor bo'lgan (2019 yildan). Protokolni ishlab chiqish jarayonida darslik va monografiyalardan dalil sifati past yoki yo'q manbalar sifatida foydalanilmagan.

Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga oladi:

- 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](mailto:Guidelines@health.qld.gov.au)
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

Tavsiyalarni olish va moslashtirish uchun manba hujjati sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik ko'rsatmalari ishlatilgan. Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalarda kerakli tavsiyalar yetishmayotgan yoki ular yetarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitda qo'llanilmagan yoki yeskirgan

hollarda. Ma'lumotlar bazalarida randomizatsiyalangan boshqariladigan sinovlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar va kohort tadqiqotlari uchun qo'shimcha qidiruv o'tkazildi: <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> va boshqalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligi, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, dalillarning ishonchliligi va ishonuvchanlik/kuchlilik darajalariga ko'ra tavsiyalar reytingi, tibbiy yordamning mahalliy sharoitlariga mos kelishini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

**Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi.** Protokolning yakuniy tavsiyalari tavsiyalarning bir qismini bir nechta klinik ko'rsatmalardan asl nusxada o'zgarishsiz olish, klinik ko'rsatmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitga moslashtirish, qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali shakllantirildi. Dalillarning past sifati va mahalliy sharoitda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar xorijiy klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o'lchovlaridan foydalangan bo'lsa, ular (iloji bo'lsa) GRADE tizimiga o'tkazildi. Xuddi shu tavsiyalar turli xil klinik ko'rsatmalarda topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh protokolga yanada ishonchli ilmiy ma'lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi. Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqrizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Protokolning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBIATM DM xududiy filiallari va ularning o'rinbosarlari), viloyat akusherlik tizimi muassasalari shifokorlari, keng doiradagi mutaxassislari muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi bilan RIOvaBIATM davlat muassasasining rasmiy veb-sayti (<https://www.onabolamarkazi>) va telegram kanalida tanishish mumkin. Fikr-mulohaza elektron pochta orqali standart fikr-mulohaza varaqasini to'ldirish bilan qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish ishchi guruh, sharhlovchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o'tkazildi.

Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun JSSTning O'zbekistondagi vakolatxonasi va BMTning Aholishunoslik jamg'armasining O'zbekistondagi vakolatxonasi (YuNFPA/UNFPA) tomonidan moliyaviy yordam ko'rsatildi. Tashqi moliyalashtirish hujjatni ishlab chiqishning barcha bosqichlarida JSST ekspertlari tomonidan tashqi baholash shaklida uslubiy qo'llab-quvvatlash va protokolni o'zbek tiliga tarjima qilish va uni takrorlash shaklida texnik qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga olgan. Moliyalashtirish organlarining fikrlari va manfaatlari protokolning yakuniy tavsiyalariga ta'sir qilmadi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarning ishonchlilik darajasiga (TID) qarab tartiblangan.

**Profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolovchi, reabilitatsion aralashuvlar) bo'yicha tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasini baholash shkalasi (TID):**

<b>TID</b>	<b>Dekodlash</b>
<b>A</b>	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
<b>B</b>	Shartli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari bo'yicha ularning xulosalari izchil emas)
<b>C</b>	Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha ko'rib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

#### 4.2. Antenatal davrni boshqarish bo'yicha xulosa jadvali [1, 2, 19].

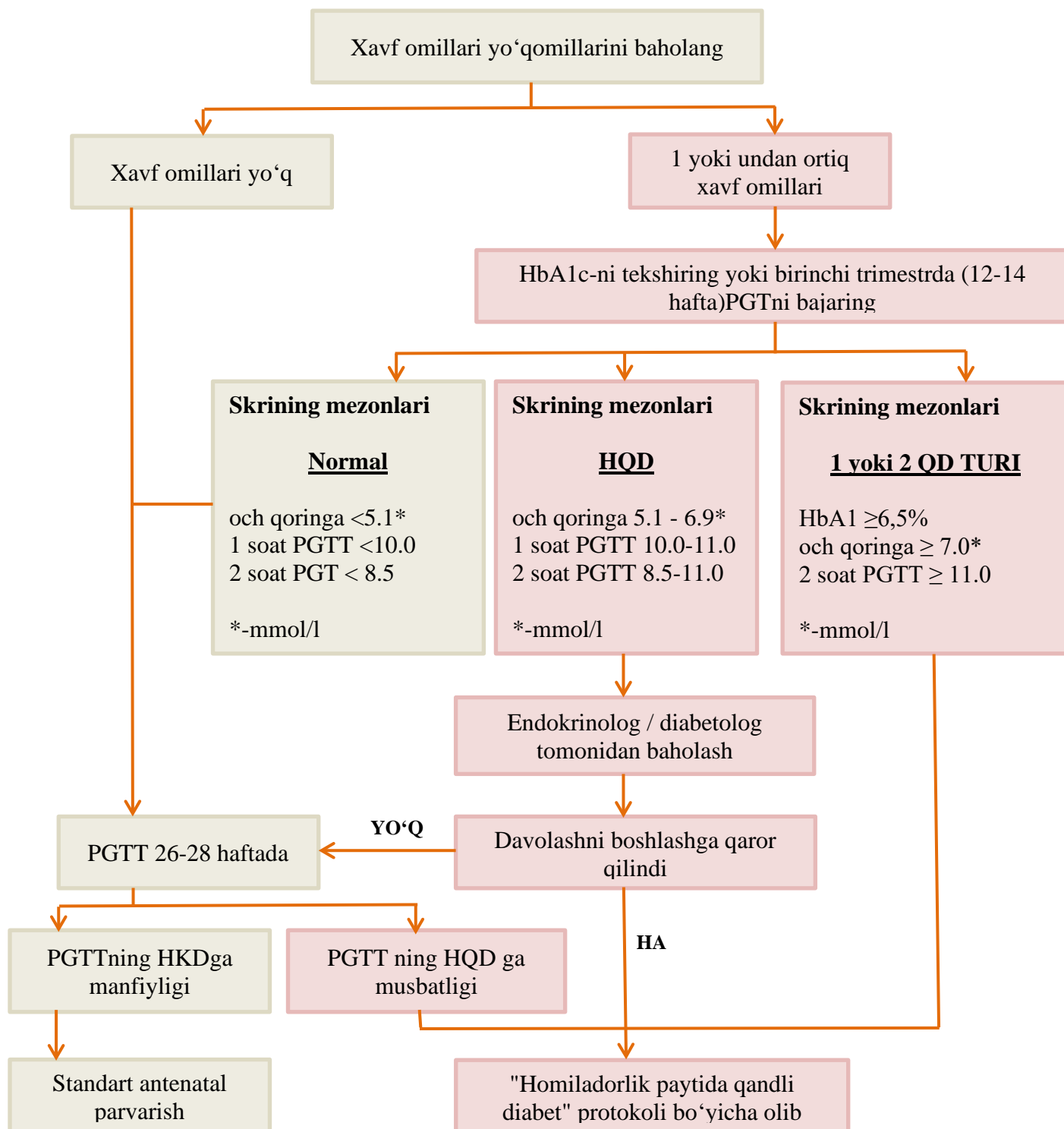
Aralashuv	12 haftagacha	18-20 hafta	26 hafta	30 hafta	34 hafta	36 hafta	38 hafta	40 hafta
<b>Jismoniy tekshiruv</b>								
Shikoyatlarni baholash va umumiy holat	+	+	+	+	+	+	+	+
Anamnez to'plami	+							
Xomilalik harakatlarning tabiatini baholash		+	+	+	+	+	+	+
Homiladorlik va tug'ish davrini aniqlash	+							
TMI o'lchovi	+	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TMI < 18.5 bo'lgan ayollarda
Qon bosimini o'lchash	+	+	+	+	+	+	+	+
Ko'krak ekspertiza	+							
Ginekologik tekshiruv (tashqi, ko'zgularda)	+							
VDM (bachadon tubi balandligi) o'lchash va gravidogramga kiritish		+ 20 haftadan	+	+	+	+	+	+
Xomilaning holati va old qismini aniqlash					+	+	+	+
Xomilaning yurak urish tezligini aniqlash			+	+	+	+	+	+
Terapevt, stomatolog bilan maslahatlashish	+							
<b>Laboratoriya tekshiruvlari</b>								
Qon guruhi va rezus-faktor omilini aniqlash	+							
Umumiy qon testi, Hb	+		+					
Umumiy siydik tahlili	+		+					
Sifilis uchun qon tahlili	+			+				
OIV uchun qon tahlili	+			+				
Gepatit V va C uchun qon tahlili	+			+				
Rh manfiy Antikor titrini aniqlash			26-28 haftada					

Qonda glyukoza	Venoz qonning glikemiyasi, PGTning HQD xavfi guruhi ostida		26-28 haftada PGTT						
Bakteriuriya uchun siydikni ekish	12-16 haftada								
Servikal surtmaning sitologik tekshiruvi	+								
<b>Instrumental tekshiruvlar</b>									
UTT	11-13 <sup>6</sup> haftada	Bachadon bo'yni uzunligini aniqlash bilan homiladorlikning 18-21 xaftasi				Homilaning noto'g'ri joylashuvi yoki old joylashuviga, katta homila, HO'Klarga shubha bo'lsa			
<b>1- trimestr skriningi</b>									
UTT + XG va RARR-A larning qondagi darajasi	11-13 <sup>6</sup> haftada								
<b>Xavf omillarini baholash</b>									
Homiladorlikda Qandli Diabet	+								
Preeklampsiya	+								
Venoz TEA	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Homila o'sishining kechikishi	+	+							
<b>Standart profilaktika choralari</b>									
Foliy kislotasi 400 mkg/ kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Temir preparatlari 30-60 mg/kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Kaliya yodida 200 mkg/ kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Aspirin 150 mg/ kuniga PE xavf guruhida	+	+	+	+	+	+	+	+	+

### 4.3. Homilador ayollarning oiladagi zo‘ravonligini aniqlash bo‘yicha savollar.

<b>Jismoniy zo‘ravonlik</b>	<b>Psixologik zo‘ravonlik</b>
1. Hech yuzingizga tarsaki tushirishganmi?	1. Eringiz/sherigingiz sizni haqoratli so‘zlar bilan hafa qilganmi?
2. Oldingi va oxirgi homiladorlik paytida kaltaklanganmisiz?	2. Eringiz/sherigingiz Sizga befarqligini ochiq namoyon etadimi?
3. Homiladorlik paytida qorningizga musht tushirishganmi yoki tepishganmi?	3. Eringiz / sherigingiz Sizni xiyonatda gumon qilganmi yoki ayblaganmi?
4. Og‘riq keltiradigan boshqa narsa bilan kaltaklanganmisiz?	
5. Sizga qasddan bo‘g‘ib o‘ldirishga yoki yoqib yuborishga tajovuzlik qilinganmi?	
6. Sizga pichoq yoki boshqa qurol bilan tahdid qilinganmi?	
6 punktdan kamida 1 ta ijobiy javob- jismoniy zo‘ravonlikni bildiradi.	So‘nggi 12 oy ichida 1 ta "ha" javobi- mumkin bo‘lgan psixologik zo‘ravonlikni anglatadi
<b>Jismoniy/ruhiy zo‘ravonlik holatlari haqida Mahalla qo‘mitasi mutaxassislariga yoki kaltaklanish belgilari bo‘lsa, huquqni muhofaza qilish organlariga xabar berish kerak.</b>	

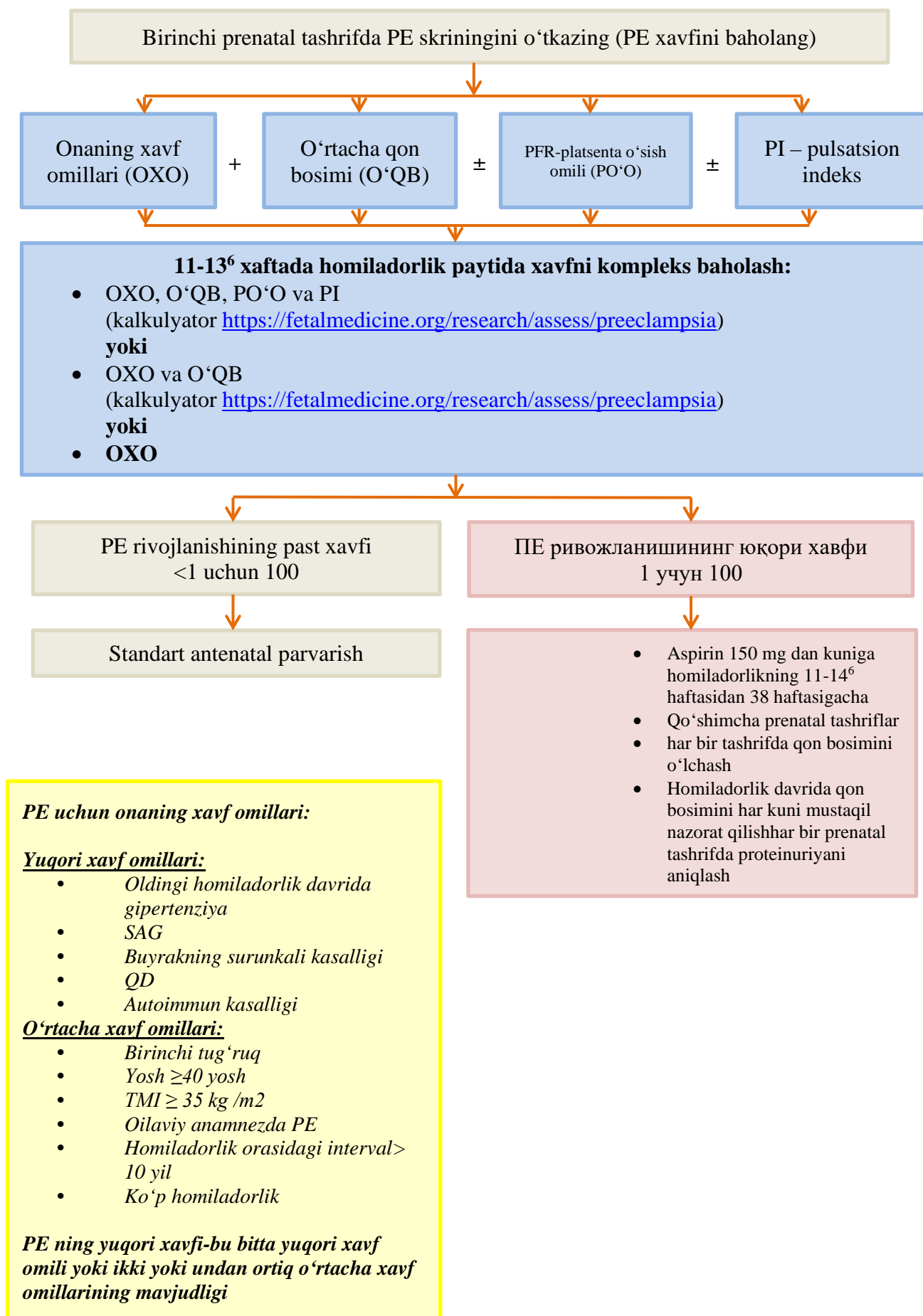
#### 4.4. Homiladorlik davrida Qandli diabet diagnostikasi uchun umumiy algoritm [3].



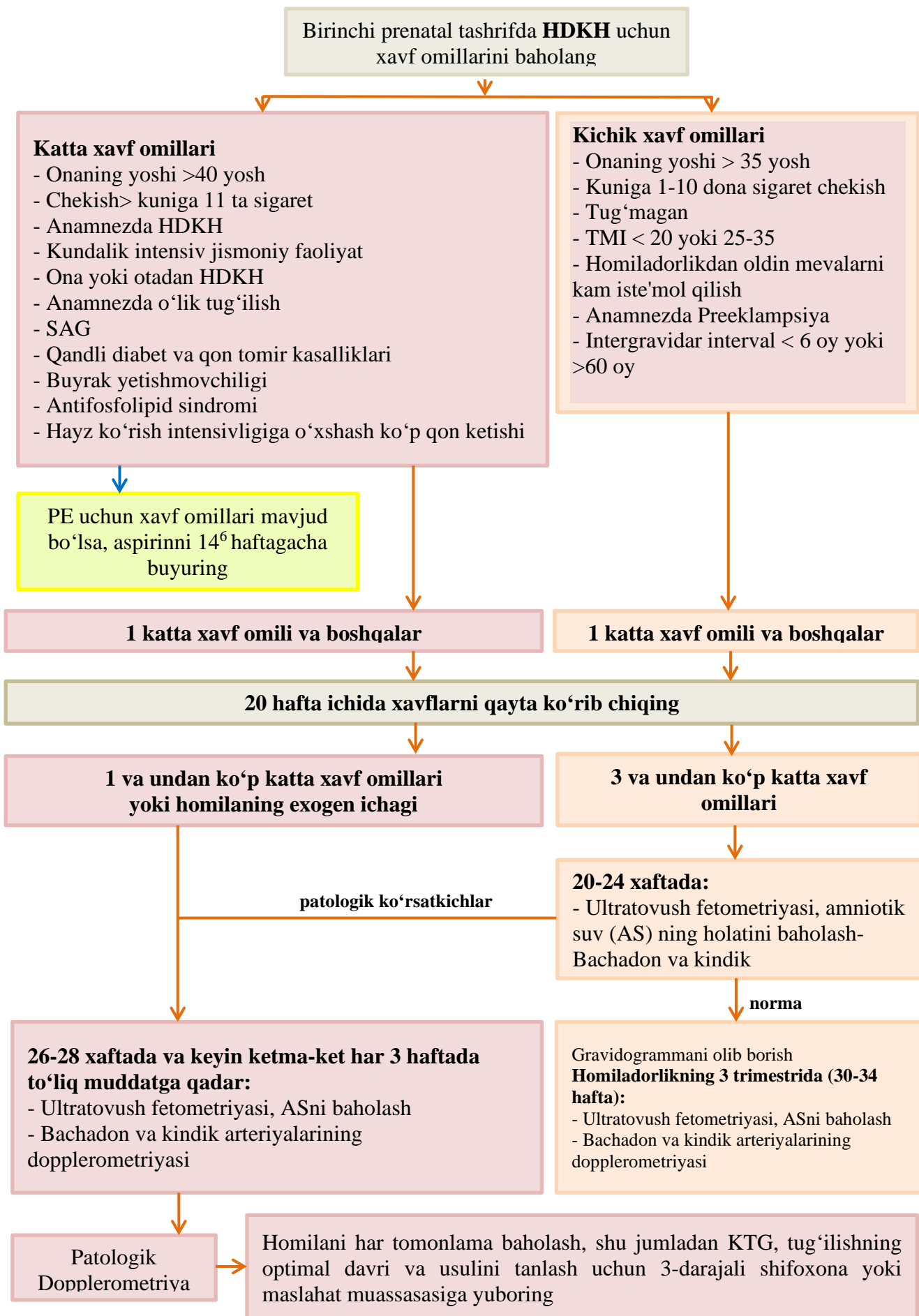
##### Qandli diabet uchun xavf omillari:

- Ortiq vazn yoki semizlik (TMI 30 kg/m<sup>2</sup> dan yuqori)
- Anamnezda HQD
- 40 yosh va undan katta
- qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy anamnezi
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda xomilalik makrosomiyasi (4500 g)
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda poligidramnioz
- Anamnezda o'lik tug'ilish
- anamnezda RTN (Rivojlanishning tug'ma nuqsonlari) bilan bolalarning tug'ilishi yoki yangi tug'ilgan chaqaloqning tushunarsiz o'limi

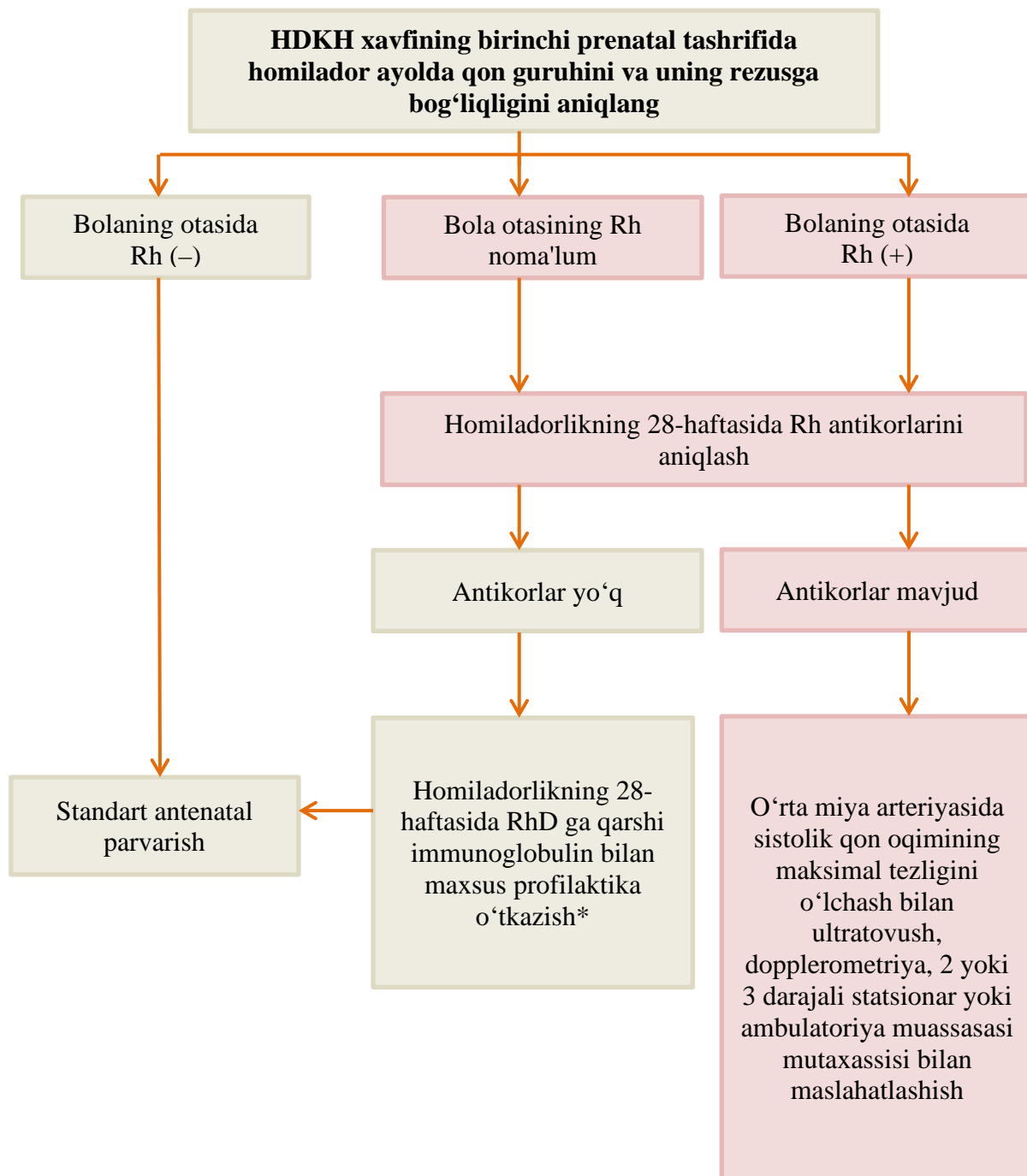
#### 4.5. Preeklampsiyaning skrining algoritmi [7, 8].



#### 4.6. Homiladorlik davrida MGVP (HDKH-homiladorlik davri uchun kichik homila) skriningi [16].



#### 4.7. Rh-salbiy qonga ega homilador ayollarni boshqarish algoritmi [2].



- Prenatal profilaktikani o'tkazishda odamning rezusga qarshi immunoglobulini preparat uchun ko'rsatmalarga muvofiq dozada mushak ichiga bir marta yuboriladi.
- Agar 28-haftada profilaktika o'tkazilmagan bo'lsa, anti-Rh antikorlari mavjud bo'lmasa, keyinroq, 34 haftagacha berilishi mumkin.
- Anti-rezus immunoglobulinni avvalroq yuborish samaraliroq.
- 12 hafta davomida anti-Rh immunoglobulinni antenatal profilaktika qilishdan so'ng, anti-Rh antikor titrining iz darajalari aniqlanishi mumkin.
- Tug'ilgandan so'ng darhol yangi tug'ilgan chaqaloqning Rh holatini aniqlash kerak. Agar bolada Rh musbat bo'lsa, onaning Rh izoimmunizatsiyasining maxsus postnatal profilaktikasi tavsiya etiladi: mushak ichiga rezusga qarshi immunoglobulin 1500 ME (300 mg) tug'ilgandan keyin 72 soatdan kechiktirmay (yaxshisi birinchi ikki soat ichida)

#### 4.8. Tug‘ruqdan oldin va tug‘ruqdan keyingi depressiya skrining [17].

**Edinburg Postnatal depressiya shkalasi (Edinburg Postnatal depressiya shkalasi)**—bu o‘z-o‘zini tekshirish uchun so‘rovnoma shaklida taqdim etilgan klinik skrining texnikasi. Tug‘ruqdan keyingi depressiya shkalasi tug‘ruqdan oldin va tug‘ruqdan keyingi davrlarda, shu jumladan epidemiologik miqyosda depressiv kasalliklarni aniqlash uchun mo‘ljallangan.

**Qo‘rsatma:** "Siz ayni vaqtda homiladorsiz yoki yaqinda tug‘dingiz, shuning uchun o‘zingizni qanday his qilayotganingizni bilmoqchimiz. *Iltimos, har bir bandda nafaqat bugungi, balki o‘tgan haftadagi holatingizga eng mos keladigan tavsifni belgilang.*"

<b>1</b>	<b>Men kulishga va sodir bo‘layotgan voqealarning yorqin tomonlarini ko‘rishga tayyor edim</b>	
	○ har doimgidek.....	0
	○ endi har doimgidan biroz kamroq.....	1
	○ albatta, kamroq.....	2
	○ men buni umuman ko‘rmayapman.....	3
<b>2</b>	<b>Men biror narsadan xursand bo‘lishim mumkin edi.</b>	
	○ har doimgidek.....	0
	○ odatdagidan kamroq.....	1
	○ albatta, odatdagidan kamroq.....	2
	○ javob berish qiyin .....	3
<b>3</b>	<b>Agar biror narsa noto‘g‘ri bo‘lsa, men o‘zimni asossiz aybdor his qilardim.</b>	
	○ ha, aksariyat hollarda .....	3
	○ ha, ba'zan .....	2
	○ yo‘q, tez-tez emas.....	1
	○ yo‘q, hech qachon.....	0
<b>4</b>	<b>Men hech qanday sababsiz tashvishlanib, bezovtalanardim</b>	
	○ yo‘q, umuman .....	0
	○ deyarli hech qachon .....	1
	○ ha, ba'zan .....	2
	○ ha, juda tez - tez .....	3
<b>5</b>	<b>Hech qanday sababsiz qo‘rquv yoki vahima his qilardim.</b>	
	○ ha, deyarli ko‘p .....	3
	○ ha, ba'zan .....	2
	○ yo‘q, ko‘p emas .....	1
	○ umuman yo‘q, .....	0
<b>6</b>	<b>Vaziyat mendan kuchliroq edi</b>	
	○ ha, ko‘pincha men ularni uddalashga umuman tayyor emas edim.....	3
	○ ha, ba'zida men odatdagidek yaxshi uddalay olmasdim.....	2
	○ yo‘q, ko‘pincha men juda yaxshi uddalardim.....	1
	○ yo‘q, men buni har doimgidek uddalardim.....	0
<b>7</b>	<b>Men o‘zimni shunchalik baxtsiz his qildimki, xatto uxlay olmasdim.</b>	
	○ ha, ko‘pincha .....	3
	○ ha, ba'zida .....	2
	○ yo‘q, tez-tez emas .....	1
	○ yo‘q, umuman .....	0

<b>8</b>	<b>Men xafa bo‘lardim yoki tushkunlikka tushardim</b>	
	○ ha, ko‘pincha .....	3
	○ ha, juda tez-tez.....	2
	○ yo‘q, tez-tez emas .....	1
	○ yo‘q, umuman .....	0
<b>9</b>	<b>Men shunchalik baxtsiz edimki, hatto yig‘lardim.</b>	
	○ ha, deyarli xamma vaqt.....	3
	○ ha, deyarli tez-tez.....	2
	○ yo‘q, faqat tasodifan .....	1
	○ yo‘q, umuman .....	0
<b>10</b>	<b>O‘zimga zarar yetkazish fikri xayolimga kelardi...</b>	
	○ ha, juda tez-tez .....	3
	○ ba'zan .....	2
	○ kamdan kam .....	1
	○ hech qachon.....	0

**10 ta savolning har biri uchun umumiy ballarni hisoblang.**

**Tadqiqot ma'lumotlarining talqini:**

0-4 ball – tug‘ruqdan keyingi depressiya ehtimoli past.

5-11 ball – tug‘ruqdan keyingi depressiyaning o‘rtacha ehtimoli.

12 yoki undan ortiq ball – tug‘ruqdan keyingi depressiya ehtimoli yuqori.

Sinov natijalari tahminiy bo‘lib, o‘z-o‘zini tashxislash uchun ishlatilmaydi.

*Agar siz 10 yoki undan ortiq ball to‘plagan bo‘lsangiz, qo‘shimcha tushuntirish va baholash uchun statsionar yoki ambulatoriya tug‘ruqxonasining mutaxassisi bilan bog‘laning.*

#### 4.9. Bemor uchun ma'lumot

**Homiladorlik** – - bu ayolning tanasida sodir bo'ladigan va bolaning tug'ilishi bilan tugaydigan fiziologik jarayon.

Homiladorlikning boshida birinchi va eng muhim nuqta akusher-ginekolog bilan maslahatlashish bo'lib, uning davomida homiladorlik fakti tasdiqlanadi va uning davomiyligi aniqlanadi, umumiy va ginekologik tekshiruv o'tkaziladi, keyingi tekshiruvlar va tekshiruvlar rejasi tuziladi. shuningdek, turmush tarzi, ovqatlanish bo'yicha tavsiyalar beriladi, zarur vitaminlar va dori-darmonlar buyuriladi (agar kerak bo'lsa).

Oddiy homiladorlik bilan homilador ayolning akusher-ginekologga tashrif buyurish chastotasi 8 marta. Shifokorga birinchi tashrif uchun optimal vaqt homiladorlikning 1 trimestri (12 haftagacha). Quyida 18-20, 26, 30, 34, 36, 38 va 40 haftalardagi tashriflar ko'rsatilgan.

- muvaffaqiyatli homiladorlik va tug'ish imkoniyatini maksimal darajada oshirish uchun shifokorning barcha tavsiyalariga amal qilish, o'z vaqtida rejalashtirilgan tekshiruvdan o'tish, homiladorlik paytida to'g'ri turmush tarzi bo'yicha tavsiyalarga amal qilish juda muhimdir, xususan:
- uzoq vaqt turish yoki ortiqcha jismoniy zo'riqish, tungi ish va charchoqni keltirib chiqaradigan ish bilan bog'liq ishlardan saqlaning,
- qorin bo'shlig'i shikastlanishi, yiqilish, stressga olib kelishi mumkin bo'lgan jismoniy mashqlardan saqlaning: kontaktli sport turlari, kurashning har xil turlari, raketka va to'pli sport turlari, suv tagiga sho'ng'ish,
- yetarlicha jismoniy faol bo'lish, yurish, homilador ayollar uchun kuniga 20-30 daqiqa davomida jismoniy mashqlar qilish (shikoyat va karshi kursatmalar bo'lmasa),
- samolyotda, ayniqsa uzoq masofalarga sayohat qilganda, butun parvoz davomida kompression trikotaj kiying, salonda yurib turing, ko'p suyuqlik iching, spirtli ichimliklar va kofeindan saqlaning;
- avtomobilda sayohat qilishda maxsus uch nuqtali xavfsizlik kamaridan foydalaning;
- o'z vaqtida emlash uchun tropik mamlakatlarga rejalashtirilgan sayohatingiz haqida shifokoringizga xabar bering;
- to'g'ri va muntazam ovqatlaning: ratsionga sabzavot, go'sht, baliq, dukkaklilar, yong'oqlar, mevalar va to'liq donli mahsulotlarni majburiy kiritgan holda protein, vitaminlar va minerallarning maqbul tarkibiga ega, yetarli kaloriyali ovqat iste'mol qiling;
- plastik butilkalar va idishlardan foydalanishdan saqlaning, ayniqsa ulardagi oziq-ovqat va suyuqliklarni issiqlik bilan qayta ishlashda, ular tarkibida bisfenol A toksik moddasi borligi sababli,
- metil simobga boy baliq iste'molini cheklash (masalan, orkinos, akula, qilich-balik, skumbriya),
- A vitaminiga boy ovqatlar iste'molini kamaytiring (mol go'shti, tovuq o'rdak jigari va undan tayyorlangan mahsulotlar),
- kofein iste'molini kuniga 300 mg dan kam miqdorda cheklang (1,5 stakan espresso 200 ml yoki 2 stakan kapuchino/latte/ Americano 250 ml yoki 3 stakan eriydigan qahva 250 ml),
- pasterizatsiya qilinmagan sut, pishgan yumshoq pishloqlar, pate, yomon issiqlik bilan ishlov berilgan ovqatlarni iste'mol qilishdan saqlaning,
- Agar cheksangiz, chekishni tashlashga yoki kuniga chekiladigan sigaretalar sonini kamaytirishga harakat qiling,
- Homiladorlik paytida, ayniqsa dastlabki 3 oyda spirtli ichimliklar ichishdan saqlaning.

Homilador ayol uchun muhim narsa uning hissiy fonidir. Homiladorlik davrida siz stressli vaziyatlardan va hissiy sikilishlardan saklanishingiz kerak.

Ayol o'zini yaxshi his qilgan holda homiladorlik davrida jinsiy aloqada bo'lishni davom ettirishi mutlaqo xavfsizdir. O'tkazilgan tadqiqotlar natijalariga ko'ra, homiladorlik paytida jinsiy faoliyat erta tug'ilish va homiladorlikning boshqa asoratlari xavfi ortishi bilan bog'liq emasligi aniqlandi. Jinsiy aloqa paytida og'riq, noqulaylik, qonli oqindi, shuningdek qichishish, qinda va oq okmalar kelsa, jinsiy aloqani to'xtatish va shifokor bilan maslahatlashish zarur.

Agar sizda quyidagi shikoyatlar bo'lsa, shifokor bilan maslahatlashing:

- \* haddan tashqari qayt qilish (5 martadan ortiq)
- \* jinsiy traktdan qonli oqindi
- \* vaginadan ko'p miqdorda suyuqlik chiqishi
- \* doimiy bosh og'rig'i, ko'zlarda dog'lar yoki chaqnashlar paydo bo'lishi bilan ko'rish buzilishi
- \* qo'llarning yoki yuzning to'satdan va tez o'sib borayotgan shishishi
- \* haroratning 38C va undan yuqoriga ko'tarilishi
- \* vaginada qattiq qichishish va yonish yoki vaginal oqindi ko'payishi
- \* siyish paytida yonish va og'riq
- \* qattiq doimiy qorin og'rig'i, hatto dam olishda ham
- \* soatiga 4-5 dan ortiq qisqarish
- \* yiqilish, avtohalokat yoki kimnidir urish paytida qorinning lat yeyishi
- \* homiladorlikning 24-haftasidan keyin homilaning o'ta faol yoki zaif harakati
- \* amniotik suyuqlikning oqishi yoki namlanishi.

Agar sizda Rh-salbiy qon bo'lsa, unda eringiz Rh-omilini aniqlash uchun testdan o'tishi tavsiya etiladi. Agar eringizning qoni Rh-salbiy bo'lsa, antirezus antikorlarini aniqlash va antirezus immunoglobulinini yuborish bo'yicha keyingi tadqiqotlar talab qilinmaydi.

Homiladorlikning ikkinchi yarmidan boshlab homilador ota-onalar uchun kurslarga borish tavsiya etiladi. Bu yerda sizga homiladorlik paytida yuzaga keladigan savollarga javob beriladi.

#### 4.10. Tibbiy aralashuvga ma'lumot olingan ixtiyoriy rozilik

**Tibbiy aralashuv** – tibbiy mutaxassis tomonidan bemorga nisbatan amalga oshiriladigan, insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta'sir qiladigan va profilaktika, tadqiqot, diagnostika, terapevtik, reabilitatsiya yo'nalishiga ega bo'lgan tibbiy ko'riklar va (yoki) tibbiy manipulyatsiya turlari.

1. Men, \_\_\_\_\_ (bemorning F.I.O.) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ yilda tug'ilgan, \_\_\_\_\_ manzil bo'yicha ro'yxatga olingan \_\_\_\_\_ (bemorning yashash joyi (turar joyi) yoki uning qonuniy vakilining manzili), bo'lajak tibbiy aralashuvga rozilik beraman \_\_\_\_\_

(tibbiyot muassasasining nomi)

2. Men uchun qulay bo'lgan shaklda menga bo'lajak tibbiy aralashuvlarning mumkin bo'lgan usullari va variantlari, ularning oqibatlari, bo'lajak tekshiruvning zarurati, maqsadi va kutilayotgan natijalari, diagnostika va/ yoki davolash, shu jumladan asoratlar yehtimoli, shuningdek, tibbiy aralashuvni rad etish oqibatlari tushuntirildi.

3. Men tibbiy aralashuvning natijasi va yakuni haqida aniq bashorat qilish mumkin emasligi haqida ma'lumot oldim. Men har qanday davolanish yoki jarrohlik hayot uchun xavf tug'dirishini va vaqtinchalik yoki doimiy, qisman yoki to'liq nogironlikka olib kelishi mumkinligini tushunaman. Tibbiy aralashuv natijalari bo'yicha hech qanday kafolatlar berilmaydi.

4. Men diagnostika, terapevtik va tibbiy aralashuvlarning boshqa variantlari jarayonida kutilmagan favqulodda vaziyatlar va asoratlar paydo bo'lishi mumkinligini tushunaman, bunda men zarur favqulodda harakatlar (takroriy operatsiya yoki muolajalar) ga rozi bo'lolmayman. Bunday vaziyatlarda tibbiy aralashuv jarayoni shifokorlar tomonidan ular xohishiga ko'ra o'zgartirilishi mumkin.

5. Bilamanki, bo'lajak tibbiy aralashuvning samaradorligini oshirish uchun men shifokorga sog'ligim, irsiyatim bilan bog'liq barcha muammolar, shu jumladan allergik ko'rinishlar, giyohvand moddalar va oziq-ovqat mahsulotlariga individual intolerans, shuningdek, tamaki chekish, alkogol, giyohvandlik yoki toksik dorilar iste'mol qilish haqida xabar berishga majburman.

6. Operatsiya paytida qon yo'qotilishi va donor qoni yoki uning tarkibiy qismlarini quyish zarurati paydo bo'lishi mumkinligini tushunaman, men bunga ixtiyoriy ravishda roziman. Men davolovchi shifokordan qon quyishning maqsadi yoki uning tarkibiy qismlari, quyish zarurati, protseduraning tabiati va xususiyatlari, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan oqibatlar haqida tushuntirishlar oldim, bu holda barcha zarur tibbiy choralarni ko'rishga roziman. Agar men qon va uning tarkibiy qismlarini quyishdan bosh tortsam, kasallikning ehtimoliy yo'nalishi haqida ma'lumot oldim.

7. Men diagnostika va davolash jarayonini istalgan axborot tashuvchida, har qanday texnik vositalardan foydalangan holda yozib olishga, shuningdek, diagnostika va davolash maqsadlarida mendan biologik materiallar, jumladan hujayralar, to'qimalar va biologik suyuqliklar namunalari olishga roziman.

8. Menga tibbiy yordam ko'rsatishda profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiyaning bir yoki bir nechta usullaridan voz kechish yoki uni to'xtatishni talab qilish huquqiga ega ekanligim tushuntirildi va bunday rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlari ham tushuntirildi.

9. Mening kasalligim, prognozim va davolanishim haqidagi ma'lumotlarni faqat quyidagilarga taqdim etishga ruxsat beraman: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ishonchli shaxslar)

10. Men ushbu hujjatning barcha nuqtalarini o'qib chiqdim, ular menga tushunarli bo'lganini quyidagi imzom bilan tasdiqlayman.

Imzo Sana «\_\_\_» \_\_\_\_\_ y.