

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

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

**«ҚОҒАНОҚ ПАРДАЛАРИ БАРВАҚТ ЁРИЛИШИ.
ХОРИОАМНИОНИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИО ва БСИАТМ директори
Н.С. Надирханова



2025_ йил

**«ҚОҒАНОҚ ПАРДАЛАРИ БАРВАҚТ ЁРИЛИШИ.
ХОРИОАМНИОНИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш	5
Диагностика ва мониторинг	12
Даволаш	13
Хориоамнионит	25
Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш	28
Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	29
Иловалар	31
Фойдаланилган адабиётлар	42

1. Кириш қисми:

1.1. ХКТ-10 бўйича кодланиши:

O42	Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши
O42.0	Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши, кейинги 24 соат ичида туғруқ бошланиши
O42.2	Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши, олиб борилаётган даволашга боғлиқ равишда туғруқ кечикиши
O42.9	Қоғаноқ пардалари аниқланмаган барвақт ёрилиши
O41.1	Амниотик суюқлик ва қоғаноқ пардалари инфекцияси
O75.6	Қоғаноқ пардалари ўз-ўзидан ёки аниқланмаган ёрилишидан кейин туғруқ кечикиши
Ҳаволалар: https://mkb-10.com/index.php?pid=14392 https://mkb-10.com/index.php?pid=14418 https://mkb-10.com/index.php?pid=14277	

ХКТ-11 Кодлари:

JA89.Z	Қоғаноқ парданинг туғруқдан олдинги ёрилиши билан боғлиқ бўлган она учун тиббий ёрдам
JA89.3	Муддатдан олдинги туғруқдаги қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши билан боғлиқ бўлган она учун тиббий ёрдам
JA89.Y	Қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши билан боғлиқ бўлган она учун бошқа аниқланган тиббий ёрдам
JA89.2	Қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши билан боғлиқ бўлган дорилар ёрдамида туғруқ фаолиятини тўхтатишдан кейинги она учун тиббий ёрдам
JA89.1	Қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши ва туғруқ фаолиятининг 24 соат ўтгач бошланиши билан боғлиқ бўлган она учун тиббий ёрдам
JA89.0	Қоғаноқ парданинг туғруқдан олдин ёрилиши ва туғруқ фаолиятининг 24 соат ичида бошланиши билан боғлиқ бўлган она учун тиббий ёрдам
JA88.1	Амниотик бўшлиқ ёки парда инфекцияси, хориоамнионит билан асоратланган ҳомиладорлик
Ҳавола: https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01	

Клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, 2030 йилда қайта кўриб чиқилади ёки далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади.

Мазкур клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази.

Клиник протоколни ишлаб чиқишда ҳисса қўшган мутахассислар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Абдуллаева Л.М.	ЎзР ССВ бош акушер-гинекологи, т.ф.д., профессор	ТТА
3	Гафурова Ф.А.	кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, Акушерлик ва

			гинекология, перинатал тиббиёт кафедраси
4	Каримова Ф.Д.	кафедра мудирини, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, 2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Муаллифлар рўйхати:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупов У.Ю.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
3	Алиева Д.А.	акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	РИОваБСИАТМ
4	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
5	Микиртичев К.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
6	Ильясов А.Б.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
7	Нажметдинова Д.Ф.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
8	Шамсиева З.И.	акушер-гинеколог, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
9	Мансурова Х.А.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
10	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РИОваБСИАТМ
11	Ядгарова К.Т.	илмий маслаҳатчи, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ
12	Усмонов С.К.	илмий маслаҳатчи	РИОваБСИАТМ
13	Курбанов Б.Б.	кафедра мудирини, т.ф.д.	ТошПТИ Акушерлик ва гинекология кафедраси
14	Бабажанова Ш.Д.	акушер-гинеколог, т.ф.д.	РПМ
15	Матякубова С.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Хоразм вилояти филиали
16	Насретдинова Д.Б.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Андижон вилояти филиали
17	Суяркулова М.Э.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Фарғона вилояти филиали
18	Шодмонов Н.М.	директор, т.ф.н.	РИОваБСИАТМ Жиззах вилояти филиали
19	Джумаев Б.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Тошкент шаҳар филиали
20	Даминова Р.А.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Наманган вилояти филиали
21	Дустмуродов Б.М.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Сурхондарё вилояти №2-сонли филиали
22	Аширбекова Г.У.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ Қорақалпоғистон Республикаси филиали
23	Хамроева Л.К.	директор	РИОваБСИАТМ Самарқанд вилояти филиали
24	Садыкова Х.З.	директор	РИОваБСИАТМ Сирдарё вилояти филиали
25	Эшонкулов А.Г.	директор	РИОваБСИАТМ Навоий вилояти филиали
26	Зиёев А.М.	директор	РИОваБСИАТМ Сурхондарё вилояти филиали
27	Жураев Н.Б.	директор	РИОваБСИАТМ Бухоро

			вилояти филиали
28	Ачилова С.И.	директор	РИОваБСИАТМ Қашқадарё вилояти филиали

Тақризчилар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупбаев Р.Б.	катта илмий ходим, бўлим бошлиғи, т.ф.д.	РИОВАБСИАТМ, Фетал тиббиёт бўлими
2	Каримова Ф.Д.	кафедра мудири, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, 2- Акушерлик ва гинекология кафедраси

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

РПМ – Республика перинатал маркази

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Клиник баённома ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят туғруққа кўмаклашиш муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2023 йил 7 апрел №1-сонли баённомаси билан тасдиқланди. Клиник баённома РИОваБСИАТМ Илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2023 йил 30 март №5-сонли баённомаси билан тасдиқланди. Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Ташқи эксперт баҳо:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Тинатин Гагуа	акушер-гинеколог, ЖССТ эксперти, т.ф.д.	Д.Твилдиани номидаги тиббиёт университети (Грузия)

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ўзбек тилига таржима қилинди

Қисқартмалар рўйхати:

GCP	–	Good Clinical Practice – сифатли клиник амалиёт
АҚБ	–	артериал қон босими
ВГС	–	В гуруҳи стрептококки
ГКС	–	глюкокортикостероидлар
ДИД	–	далилларнинг ишончлилиқ даражаси
ЖССТ	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ҚПБЁ	–	қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши
МЕХ ҚПБЁ	–	муддатига етмаган хомиладорликда қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши
РДС	–	респиратор дистресс-синдром
РКТ	–	рандомизация назорати остида ўтказилган клиник тадқиқотлар
СРО	–	С-реактив оқсил
ТОҚПЁ	–	туғруқдан олдин қоғаноқ пардалари ёрилиши

УТТ	–	ультратовуш текшируви
ХА	–	хориоамнионит
ЮУТ	–	юрак уриши тезлиги

Клиник баённомани ишлаб чиқишдан мақсад: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши ва хориоамнионит ҳолатларида ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, оилавий шифокорлар, терапевтлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

Беморлар тоифаси: қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши ва хориоамнионит ҳолатлари мавжуд муддатига етган ва муддатига етмаган ҳомиладор аёллар.

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

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

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

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

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, бу, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, ҳурмат билан махфий мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини беморлар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни

	эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2. Асосий қисм

2.1 Кириш

Туғруқдан олдин қоғаноқ пардалари ёрилиши ҳомиладор аёлларнинг тахминан 8% да учрайди ва одатда туғруқ фаолияти тез бошланиши ва туғруқ содир бўлиши билан намоён бўлади. Ўтказилган бир катта РКТда кутиш тактикаси билан олиб борилган ТОҚПЁ мавжуд аёлларнинг ярмида қоғаноқ пардалари ёрилишидан туғруққача бўлган вақт 33 соатлик интервални ташкил этган ва окситоцин инфузияси ёки простагландин қўлланилган (кутиш тактикаси вақтида индукцияни (туғруқни чақириш) ўтказиш учун кўрсатма ёки кутиш тактикаси билан олиб борилганда 4-кунлик вақт ўтгандан сўнг)) ҳамда қоғаноқ пардалари ёрилган 95% аёлларда 94-107 соат ичида туғруқ содир бўлган. Сувсизлик даври давомийлиги ортиши билан интраамниотик ва ҳомила ичи инфекцияси каби ТОҚПЁнинг она учун аҳамиятли асоратлар ривожланиши хавфи ортади.

Муддатига етмаган ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши – бу муддатидан олдинги туғруқ билан боғлиқ бўлган энг кенг тарқалган аниқланадиган омил ҳисобланади. МЕҲ ҚПБЁ ҳомиладорликларнинг тахминан 2-3% ни оғирлаштиради ва муддатидан олдинги туғруқларнинг 1/3 қисмини ташкил қилади. Акушерлик тактика ёки клиник кўринишидан қатъи назар, МЕҲ ҚПБЁнинг камида 50% ҳолатларда 1 ҳафта ичида туғруқ содир бўлади. Камдан кам ҳолатларда, МЕҲ ҚПБЁда ижобий перинатал натижалар билан туғруқ якунланиши ва қоғаноқ сувлари ҳажми нормаллашиши билан биргаликда қоғаноқ сувларининг кетиши тўхтаб қолиши мумкин. МЕҲ ҚПБЁда клиник кўриниши яққол бўлган интраамниотик инфекция тахминан 15-25% ва туғруқдан кейинги инфекция эса 15-25% ҳолатларда юзага келади. Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида инфекцияланиш частотаси юқорироқ туради. МЕҲ ҚПБЁнинг 2-5% ҳолатлари йўлдошнинг барвақт кўчиши билан якунланади. МЕҲ ҚПБЁда респиратор дистресс-синдром, неонатал сепсис, мия қоринчаси ичи қон куйилиши, некрозга олиб келувчи энтероколит, нерв тизими бузилишлари каби чала туғилиш билан боғлиқ бўлган асоратлар ҳомила учун аҳамиятли ҳисобланади.

Перивитал (ҳаётийлик даражасига етмаган муддатда) қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши. Ҳомиланинг ҳаётийлик даражасига етмаган муддатда қоғаноқ пардалари ёрилиши ҳомиладорликларнинг 1% дан кам ҳолатларда учрайди. Перивитал ҚПБЁда перинатал ўлим одатда ўлик туғилиш ва неонатал ўлим ўртасида тенг тақсимланган бўлади. Интраамниотик инфекция, эндометрит, йўлдошнинг барвақт кўчиши ва йўлдош ажралишининг кечикиши онада оғир асоратларга олиб келиши мумкин. 1-5% ҳолатларда перивитал ҚПБЁ кутиш тактикаси билан олиб борилиши онанинг ҳаёти учун хавфли бўлган инфекция – сепсис билан асоратланиши мумкин. Перивитал ҚПБЁ ҳолатларининг тахминан 70-80% да қоғаноқ пардалари ёрилишидан сўнг 2-5 ҳафта ичида ўз-ўзидан туғруқ содир бўлади. Янги туғилган чақалоқлар ўпка гипоплазияси 2-20% ҳолатларда учрайди. Ҳомиладорликнинг кичик муддати ва қолдиқ қоғаноқ сувларининг кичик ҳажми ўпка гипоплазияси билан касалланиш даражасини аниқловчи асосий омил ҳисобланади.

2.2 Атамалар

- **Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши** – ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар туғруқ фаолияти бошлангунга қадар қоғаноқ пардалари ёрилиши ва қоғаноқ сувлари кетиши.
- **Туғруқдан олдин қоғаноқ пардалари ёрилиши** – муддатига етган (37⁺⁰ ҳафта ва унда катта) ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари ёрилиши.

- **Муддатига етмаган ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши** – муддатига етмаган (36^{+6} ҳафталик муддатига қадар) ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари ёрилиши.
- **Қоғаноқ пардалари ўз вақтида ёрилиши** – туғруқ пайтида бачадон бўйни очилиши камида 5-6 см ни ташкил қилганда қоғаноқ пардалари ёрилиши.
- **Латент давр** – тўлғоқ бошланиши ва қоғаноқ пардалари ёрилиши орасидаги вақт. Ҳомиладорлик даврида ҚПБЁ қанчалик эрта содир бўлса, латент даври шунчалик узок давом этади.
- **Сувсизлик даври** – ҳомила туғилиши ва қоғаноқ пардалари ёрилиши орасидаги вақт.
- **Хориоамнионит ёки интраамниотик инфекция** – полимикроб ассоциациялар туфайли келиб чиққан қоғаноқ пардалари, қоғаноқ сувлари, децидуал тўқима ва ҳомиланинг инфекцияли яллиғланиши.

2.3 Этиологияси

Қоғаноқ пардалари ёрилиши турли сабабларга кўра содир бўлиши мумкин. Туғруқдан олдин қоғаноқ пардалари ёрилиши бачадон тонуси ва унинг қисқаришлари натижасида ҳосил бўладиган сурилиш кучлари билан биргаликда қоғаноқ пардаларининг физиологик заифлашиши натижасида юзага келади.

МЕҲ ҚПБЁ мустақил ёки биргаликда кузатилиши мумкин бўлган қуйидаги кенг спектрли патологик механизмлар натижасида юзага келиши мумкин:

- интраамниотик инфекция;
- анамнезда ҚПБЁ;
- қисқарган бачадон бўйни (≤ 25 мм);
- ҳомиладорликнинг иккинчи ёки учинчи триместрларида қон кетиши;
- паст тана вазни индекси (< 19 кг/м²);
- паст ижтимоий-иқтисодий ҳолат;
- тамаки маҳсулотларини чекиш;
- гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш;
- анамнезда субхориал гематома/қон кетиши.

Маълум хавф омиллар мавжудлигига қарамасдан, ҚПБЁ кўпинча аниқ бўлган сабабларсиз ҳам содир бўлиши мумкин.

2.4 Таснифи

Ҳомиладорлик муддатига қараб, ҚПБЁнинг қуйидаги турлари ажратилади:

Туғруқдан олдин қоғаноқ пардалари ёрилиши	муддати етган ($\geq 37^0$ ҳафтада) ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари ёрилиши
Муддатига етмаган ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши	муддатига етмаган ($\leq 37^0$ ҳафтада) ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши: <ul style="list-style-type: none"> ▪ МЕҲ ҚПБЁ кечки муддатига етмаган ҳомиладорликда (34^{+0}-36^{+6} ҳафтада) ▪ МЕҲ ҚПБЁ муддатига етмаган ҳомиладорликда (24^{+0}-33^{+6} ҳафтада)
Перивитал (хаётийлик даражасига етмаган муддатда) қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши	ҳомиланинг хаётийлик даражасига етмаган муддатда қоғаноқ пардалари ёрилиши (< 24 ҳафтада)

2.5 Диагностика ва мониторинг

ҚПБЁ ташхиси анамнез ва физикал текширув маълумотлари асосида қўйилиши мумкин. Текширувлар инфекция тушиш хавфини минималлаштирган ҳолда ўтказилиши керак.

ҚПБЁ мавжуд барча аёлларда ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг жойлашиши (келган қисми) ва унинг ҳолати аниқланиши керак.

А	Кейинги олиб бориш тактикасини белгилаш мақсадида охириги ҳайз даври ва УТТ (мақбул равишда ҳомиладорликнинг 1-триместрида ўтказилган УТТ) маълумотларига кўра ҳомиладорлик даври ва туғруқ муддатини аниқлаш тавсия этилади.
----------	---

А	ҚПБЁ ташхиси қуйидаги клиник текширувлар асосида қўйилади: <ul style="list-style-type: none">▪ кўзгулар ёрдамида кўздан кечирганда қоғаноқ сувлари бачадон бўйни каналида ажралади ёки қинда аниқланади;▪ қин (вагинал) секретри рН-метриясини ўтказиш (ишқорий реакция);▪ нурли микроскопияда қуритилган қин секретри арборизацияси/кристаллизацияси қирққулоқ (“папоротник”) симптоми.
----------	---

Кўзгулар ёрдамида кўздан кечирини ҚПБЁни аниқлаш, цервицит мавжудлигини баҳолаш, киндик тизимчаси ёки ҳомиланинг қисмлари тушиб қолиши, бачадон бўйни очилиши ва, кўрсатмалар бўлганда, қин суртмасини олиш имконини беради.

Бачадон бўйнини қўл орқали (вагинал) текширувини ўтказиш тавсия этилмайди, чунки ушбу текширув кўзгулар ёрдамида кўздан кечирганда олинган натижаларга қўшимча маълумот бера олмайди ва инфекция тушиш хавфини оширади.

Қуйидаги ҳолатларда қўл орқали (вагинал) текшируви ўтказилади:

- бачадон қисқаришлари фаоллашганда (эҳтимол, аёлда туғруқ фаолияти бошланганда);
- фаол тактика билан олиб бориш доирасида зудлик билан туғруқ индукциясини бошлаш зарурати келиб чиққанда.

Қин (вагинал) секретри рН-метриясини ўтказиш. Вагинал секретининг рН нормада 3,8-4,5 ни

ва қоғаноқ сувлари рН одатда 7,1-7,3 ни ташкил қилади. Қинда сперма ёки қон, ишқорий антисептиклар, баъзи лубрикантлар, трихомонадалар ёки бактериял вагиноз мавжуд бўлганда нотўғри мусбат натижалар олиниши мумкин. Узоқ сувсизлик даврида ва қоғаноқ пардаларининг миқдори кам бўлганда нотўғри манфий натижалар олиниши мумкин.

Ультратовуш текшируви. Амниотик суюқлик ҳажмини УТТда аниқлаш ҚПБЁ диагностикасида қўшимча равишда фойдали бўлиши мумкин. ҚПБЁ мавжуд аксарият ҳомиладор аёлларда олигогидрамнион (кам сувлик) ҳолати кузатилади, яъни ҳомиладорлик муддатига қараганда амниотик суюқликнинг ҳажми камроқ бўлади. УТТ бўйича мутахассислар орасида олигогидрамнион мезонлари бир оз фарқ қилади, бироқ, амниотик суюқликнинг максимал вертикал чўнтаги <2 см чуқурликда ёки амниотик суюқлик индекси ≤5 см ни ташкил қилиши мумкин. УТТда амниотик суюқлик ҳамжи камайган ҚПБЁ мавжуд аксарият ҳомиладор аёлларда катта эҳтимол билан қоғаноқ пардалари ёрилишидан сўнг 7 кун ичида туғруқ содир бўлади.

Фетал фибронектин сезувчан, бироқ, ҚПБЁнинг диагностикасида носпецифик текширув ҳисобланади: мусбат текширув натижаси (концентрацияси 50 нг/мл ёки ундан юқори) ҚПБЁнинг диагностик белгиси ҳисобланмайди, шунга мос равишда манфий текширув натижаси (концентрацияси 50 нг/мл ёки ундан пастроқ) қоғаноқ пардалари интактлигидан (ёрилмаганлиги) далолат беради.

ҚПБЁда интраамниотик инфекция белгиларини мунтазам равишда баҳолаш тавсия этилади.

А	ХАни эрта ташхислаш учун умумий термометрияни ўтказиш, онанинг ЮУС, бачадон қисқаришлари, қин ажралмалари хусусияти ва стетоскоп ёрдамида ҳомиланинг ЮУС баҳолаш тавсия этилади.
---	--

Интраамниотик инфекция белгиларини ҳар 4 соатда баҳолаш тавсия этилади.

Периферик қонда **лейкоцитлар миқдори** туғруқ содир бўлгунга қадар ҳар куни баҳоланади. Кортикостероидлар юборилгандан кейин 24 соат ўтгач, лейкоцитлар миқдори ортиши ва ГКСнинг охириги дозаси юборилгандан кейин 3 кун ўтгач, дастлабки кўрсаткичларга қайтишини унутманг. Лейкоцитоз интраамниотик инфекциянинг носпецифик индикатори ҳисобланади. $>15 \times 10^9/\text{л}$ даражали лейкоцитоз ХАнинг белгиси ҳисобланади.

Инфекциянинг клиник белгилари кузатилмаганда **умумий қон таҳлили** 3 кунда 1 маротаба олинади.

ҚПБЁда ва интраамниотик инфекция белгилари мавжуд бўлмаганда ёки унга гумон қилинганда **СРО ва қин суртмаларини** мунтазам равишда текшириш тавсия этилмайди. Лейкоцитларга қараганда С-реактив оксигенининг ахборот бериш даражаси юқорида туради (гистологик хориоамнионит диагностикасида СРОнинг сезгирлиги 68,7% ни, спецификлиги 77,1% ни ташкил қилади). СРОнинг >5 мг/л даражаси ХАнинг белгиси ҳисобланади.

А	ҚПБЁда ректо-вагинал ажралмаларни ВГС ташувчилик бўйича микробиологик (культурал) текширувини ўтказиш тавсия этилади.
---	---

Ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш: **УТТ ва доплерометрия орқали фетоплацентар тизимда қон оқими** 7 кунда 1 маротаба баҳоланади.

2.6 Даволаш

ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёллар қуйидаги ҳолатларга кўра регионализациялаш тамойилларига мувофиқ госпитализация қилинади:

- 1-даражали муассаса – муддатига етган ҳомиладорлик;
- 2-даражали муассаса – ҳомиладорликнинг 32-37 ҳафталик муддатларида;
- 3-даражали муассаса – ҳомиладорликнинг муддати 32 ҳафтадан кичик бўлганда.

ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларни олиб бориш тактикаси ҳали ҳам мунозарали бўлиб қолмоқда.

Кутиш тактикаси билан олиб бориш хавфларига (инфекция, йўлдош кўчиши ва киндик тизимчаси тушиб қолиши) қараганда ҳомиладорлик муддати ва зудлик билан туғдириб олишнинг нисбий хавфларини баҳолашга боғлиқ.

Шунга кўра, ҚПБЁда қуйидагилар зарур:

- ҳомиладорлик муддатини аниқ белгилаш;
- она, ҳомила ва янги туғилган чақалоқ учун хавфларни баҳолаш.

2.7 Номедикаментоз даво: қўлланилмайди.

2.8 Медикаментоз даво

Кортикостероидларни антенатал тайинлаш

Кортикостероидларни антенатал тайинлаш оналар учун нисбатан хавфсиз ҳисобланади ва янги туғилган чақалоқларда қуйидаги асоратлар ривожланишини камайтириши билан боғлиқ:

- неонатал ўлим;

- РДС;
- цереброваскуляр қон қуйилишлар;
- некрозга олиб келувчи энтероколит;
- ёрдамчи ЎСВга бўлган эҳтиёж;
- интенсив терапия бўлимига ўтказиш;
- ҳаётнинг дастлабки 48 соат ичида тизимли инфекциялар ривожланиши.

А	Бир ҳомилалик ёки кўп ҳомилалик туғруқ содир бўлиши кутилаётганлигидан қатъи назар, муддатидан олдинги туғруқ содир бўлгунга қадар 7 кун ўтмасдан кортикостероидларни антенатал тайинлаш респиратор дистресс-синдроми частотаси, перинатал ва неонатал ўлим ҳолатлари сонини сезиларли даражада камайтиради.
----------	--

А	<p>Ҳомиладорликнинг 24⁺⁰-34⁺⁶ ҳафталик муддатларида муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ҳомиладор аёлларга ва қуйидаги шартларга риоя қилган ҳолда, антенатал кортикостероид терапияни тайинлаш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ҳомиладорлик муддати аниқ белгиланиши; ▪ терапия бошлангандан сўнг 7 кун ичида муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлиши; ▪ онада инфекциянинг клиник белгилари бўлмаслиги; ▪ муддатидан олдинги туғруқ содир бўлганда она ва янги туғилган чақалоққа адекват ёрдам бериш имкони (шу жумладан реанимация тадбирлари, гипотермияни олдини олиш, респиратор қўллаб-қувватлаш, инфекцияни даволаш, озиклантиришни қўллаб-қувватлаш) мавжуд бўлиши.
----------	--

Тўғри келмайдиган аёллар тоифасида (муддатига етган ҳомиладорликда) кортикостероидлар ноўрин тайинланишига йўл қўйилмаслиги учун ҳомиладорлик муддатини тўғри аниқлаш зарур. Ушбу ҳолатларда биринчи триместрдаги ўтказилган дастлабки УТТ маълумотларига кўра ҳомиладорлик муддатини аниқлаш тавсия этилади.

7 кун ичида муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ҳолатларга қуйидагилар киради:

- ҚБПЁ;
- қоғаноқ пардалари ёрилмаган ҳолатида муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш хавфи (бачадон бўйни <25 мм гача қисқарганда ва бачадон қисқаришлари кузатилганда);
- қоғаноқ пардалари ёрилмаган ҳолатида спонтан ривожланган муддатидан олдинги туғруқ (муддатидан олдинги туғруқ мезонларига соатига камида 6 та мунтазам бачадон қисқаришлари ва бачадон бўйни ≥ 3 см очилиши ёки $\geq 75\%$ га юпқалашиши киради);
- туғруқ индукцияси ўтказилиши ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали режалаштирилган муддатидан олдин туғдириб олиш.

Ҳомила яшаб кетиш эҳтимоли паст бўлганлиги туфайли ҳомиладорликнинг <24⁺⁰ ҳафталик муддатларида кортикостероидларни тайинлаш ўзини оқламаган.

Янги туғилган чақалоқлар учун потенциал хавф туғилиши туфайли муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли паст бўлган ҳомиладор аёлларга антенатал кортикостероидларни “ҳар эҳтимолга қарши” тайинлаш тавсия этилмайди

С	Кечки муддатига етмаган ҳомиладорликда кортикостероидларни қўллашнинг фойдаси ва хавфсизлиги бўйича етарли даражада тадқиқотлар ва исботланган далиллар мавжуд эмас, шунинг учун 35 ⁺⁰ -36 ⁺⁶ ҳафталик муддатларда кортикостероидларни мунтазам равишда тайинлаш тавсия этилмайди.
----------	--

Кечки муддатидан олдинги туғруқларда стероидлар янги туғилган чақалоқнинг респиратор тизимига қисқа муддатли ижобий таъсир кўрсатади, бироқ, неонатал гипогликемия, шунингдек,

етилган муддатда туғилган болаларда ривожланиш кечикиши, рухий ва хулқ-атвор бузилишлари ривожланиш эҳтимолини оширади.

GCP	Оналари стероидларни қабул қилган кечки муддатига етмаган ёки муддатига етган ҳомиладорликдан туғилган янги туғилган чақалоқларда гликемик статусни баҳолаш ва қабул қилинган стандартларга мувофиқ олиб бориш тавсия этилади.
------------	--

C	Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олинishi режалаштирилган аёлларда ҳомиладорликнинг 37^{+0} - 38^{+6} ҳафталик муддатларида кортикостероидларни қўллаш тавсия этилмайди.
----------	--

Табий туғруқ йўллари орқали туғилган болаларга қараганда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олинган болаларда РДС, транзитор тахипноэ ривожланиши ва янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказиш хавфи юқорироқ туради. Муддатига етган янги туғилган чақалоқларда респиратор касалликлар ривожланиш хавфи паст (~5%) бўлади ва ҳомиладорлик муддати ортиши билан камаяди.

Муддатига етган ҳомиладорликда антенатал кортикостероидлар РДС, транзитор тахипноэ ривожланиши ва янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказиш хавфини камайтириши бўйича далиллар етарли эмас. Ҳомиладорликнинг 35^{+0} ҳафталик муддатларида кортикостероидлар қўлланилиши неонатал гипогликемия, болаларда ривожланиш кечикиши, рухий ва хулқ-атвор бузилишлари ривожланиш эҳтимолини оширади.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олинishi режалаштирилган муддатига етган ҳомиладорликда кортикостероидлар ноўрин тайинланишига йўл қўйилмаслиги учун ҳомиладорликнинг 39^{+0} ҳафталик муддатига қадар кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказмаслик тавсия этилади.

C	Мукамал ҳолда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ҳомиладорликнинг 39^{+0} ҳафталик ва ундан катта муддатларда ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

C	Кўп ҳомилалик (икки, уч) ҳомиладорликда антенатал кортикостероидлар бир ҳомилалик ҳомиладорликдаги муддатларда қўлланилгани каби қўлланилади.
----------	---

Кўп ҳомилалик ҳомиладорликлар антенатал кортикостероидларни қўллаш бўйича кўплаб тадқиқотларга киритилмаганлиги туфайли икки ва уч ҳомилалик ҳомиладорликларда стероидларнинг самарадорлиги бўйича жуда кам далиллар мавжуд. Бир ёки кўп ҳомилалик ҳомиладорликларда кортикостероидлар қўлланилганда таъсири ҳам турличалиги бўйича тўғридан-тўғри далиллар кам.

C	Муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ва қондаги глюкоза даражасини оптималлаштиришга йўналтирилган муолажалар ўтказилиши керак бўлган прегестацион ва гестацион диабет мавжуд ҳомиладор аёлларда антенатал кортикостероид терапияни қўллаш тавсия этилади.
----------	---

Қандли диабет ҳомила ўпкаси етилиши учун антенатал кортикостероид терапияни ўтказишга қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Кортикостероидларни юборгандан кейин онанинг қондаги глюкоза даражаси бироз ўтгач кўтарилади ва 5 кун давомида юқори даражада сақланиб туриши мумкин. Кортикостероидларни қабул қилаётган диабет мавжуд ҳомиладор аёлларга келишилган протоколга мувофиқ қўшимча миқдорда инсулинни юбориш ва диққат билан кузатув олиб бориш керак бўлади.

C	Муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ва гипертензив бузилишлари мавжуд ҳомиладор аёлларда антенатал кортикостероид терапияни қўллаш тавсия этилади.
----------	--

C	Ҳомиланинг вазни нормал бўлган ёки ХҲС бўлмаган ҳомиладор аёлларда
----------	--

кўлланилгани каби ҳомиладорлик муддатига нисбатан ҳомиласи кичик бўлган ёки ХҲЧС мавжуд ҳомиладор аёллар ҳам антенатал кортикостероид терапияни қабул қилишлари зарур.

С Хориоамнионити ёки бошқа гумон қилинаётган ёки клиник жиҳатдан намоён бўлаётган тасдиқланган бактериал, шу жумладан тизимли инфекцияси, масалан сепсис ёки сил касаллиги (туберкулез) мавжуд ҳомиладор аёлларда антенатал кортикостероид терапияни ўтказиш тавсия этилмайди.

Кортикостероидлар иммун тизимини бостиради, шунинг учун уларни қўллашда латент инфекциялар фаоллашиши ёки замбуруғ инфекция оғирлашиши хавфи мавжуд. Ўз ўрнида, бу тизимли инфекцияси мавжуд ҳомиладор аёлларда инфекцияга қарши иммун жавобни назарий жиҳатдан бостириши мумкин. Тизимли инфекция мавжуд бўлганда, антенатал кортикостероидларнинг бола учун потенциал ижобий таъсирлари ҳам болада, ҳам онада оғир тизимли инфекция оғирлашишининг таъсири билан тенг.

С Агарда туғдириб олишга кўрсатмалар аёл ёки унинг ҳомиласига таъсир кўрсатаётган бўлса, туғруқ олди кортикостероидларни юбориш учун туғдириб олишни кечиктирмаслик зарур.

Антенатал кортикостероидларнинг икки тури: **дексаметазон** ва **бетаметазон** кенг миқёсда синовдан ўтган ва клиник амалиётда фойдаланиш учун тавсия этилади. Булар синтетик фторланган кортикостероидлар ҳисобланади.

А ГКСнинг тавсия этилган тайинлаш тартиблари:

- **дексаметазон:** 12 соатлик интервал билан 6 мг дан 4 та доза м/о (умумий 24 мг);
- **бетаметазон:** 24 соатлик интервал билан 12 мг дан 2 та доза м/о (умумий 24 мг).

Дексаметазон ва бетаметазон қўлланилгандан кейин 2 йил ўтгач РДС, перинатал ўлим, нейросенсор ногиронлик частотасида фарқ аниқланмаганлиги бир қатор тадқиқотларнинг таҳлилида кўрсатилган. Дексаметазон қўлланилиши мия қоринчаси ичи қон қуйилиши хавфи камайишига кўпроқ олиб келган. Гарчи аёлларнинг аксарияти бетаметазон юборилганда инъекция қилинган жойда ноқулайлик сезган бўлишса ҳам, икки дори-воситанинг ножўя таъсирлари бир-бирига ўхшаш.

С **Кортикостероидларнинг самарадорлик муддатлари:**

- агарда туғруқ бошлангунга қадар 48 соат ичида дастлабки доза юборилган бўлса, антенатал кортикостероидлар қўлланилиши неонатал ўлимни самарали камайтиради;
- туғруқ бошлангунга қадар 24 соат ичида дастлабки доза юборилганда самарали бўлади, шунинг учун агарда 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши эҳтимоли юқори бўлса ҳам, кортикостероидларни юбориш керак;
- янги туғилган чақалоқлар учун антенатал кортикостероидларнинг фойдаси дастлабки доза юборилгандан кейин 7 кун мобайнида сақланиб туради.

С Кортикостероидларнинг тўлиқ даволаш курси тугатилиши кутилмаётган бўлса ҳам, антенатал кортикостероидлар терапияси тайинланиши керак.

В Йўлдош орқали ўтиши мумкин бўлган (гидрокортизон), перорал дори-воситалар ёки ҳомилага тўғридан-тўғри юбориладиган бошқа (дексаметазон ёки бетаметазондан ташқари) антенатал кортикостероидларни қўллаш тавсия этилмайди.

С Муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган ва аввалги терапиядан кейин 7 кун ўтган бўлса ҳам, антенатал кортикостероидларнинг шошилиш такрорий терапияси ўтказилиши мумкин.

Аntenатал кортикостероидларнинг кўшимча терапиясини тавсия этиш бўйича маълумотлар сони чекланган. Антенатал кортикостероидларнинг бир марталик такрорий курси неонатал касалланиш (РДС, бронх-ўпка дисплазияси, мия қоринчаси ичи қон қуйилиши, некрозга олиб келувчи энтероколит, перивентрикуляр лейкомаляция), сурфактантга ва респиратор кўллаб-қувватлашга бўлган эҳтиёжни камайтириши мумкин деб ҳисобланади. Антенатал кортикостероидларнинг бир марталик такрорий курси кўлланилиши ҳомиладорлик муддатига нисбатан ҳомила кичик бўй ва вазн билан туғилиш хавфи ортиши ҳақида аёлларни хабардор қилиш керак.

Токолиз

ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларда токолизнинг самараси ёки мумкин бўлган зарари бўйича маълумотлар сони чекланган. Токолитиклар перинатал натижаларни яхшилашини таъкидлаш мунозарали бўлиб қолмоқда.

Токолитик терапия фақатгина қуйидаги ҳолатларда ўтказилади:

- антенатал кортикостероидларнинг бир курсини ўтказиш, *ва/ёки*
- туғруқдан кейин чала туғилган чақалоқ адекват парваришни (шу жумладан реанимация, кенгуру усули ёрдамида онани парвариш қилиш, термал парвариш, озиқлантиришни кўллаб-қувватлаш, инфекцияни даволаш ва респиратор кўллаб-қувватлаш, шу жумладан нафас йўлларида мусбат босим) олиши мумкин бўлган тиббиёт муассасага онани ўтказиш учун.

ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларда интраамниотик инфекция белгилари мавжуд бўлмаганда токолитиклар кўлланилиши мумкин.

С	<p>Муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли юқори бўлган шошилиш ва кўллаб-қувватловчи токолитик терапия сифатида қуйидаги ҳолатларда нифедипин кўлланилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ спонтан муддатидан олдинги туғруққа гумон қилинганда ёки ташхис қўйилганда (бачадон қисқаришлари кузатилганда); ▪ ҳомиладорликнинг 24⁺⁰-34⁺⁶ ҳафталик муддатларида.
----------	---

Нифедипин танлов дори-воситаси ҳисобланади

Нифедипинни кўллаш усуллари ва дозировкаси:

Шошилиш токолиз – 48 соатдан ошмаган вақт давомида перинатал марказга ўтказиш ва/ёки кортикостероидлар курсини якунлаш учун кўлланилади.

- 20 мг per os, кейин, агарда бачадон қисқаришлари тўхтамаса, 30 дақиқадан сўнг 20 мг такроран, кейинчалик кўрсатмаларга мувофиқ ҳар 6-8 соатда 48 соат давомида 20 мг дан *ёки*
- 10 мг per os, кейин, заруратга кўра, ҳар 30 дақиқада 10 мг дан (дастлабки 1 соат ичида максимал дозировкаси 10 мг ни ташкил қилади), кейинчалик кўрсатмаларга мувофиқ ҳар 4-8 соатда 48 соат давомида 10 мг дан.

Нифедипиннинг максимал суткалик дозаси 160 мг ни ташкил қилади.

Кўллаб-қувватловчи токолиз: кўллаб-қувватловчи терапиянинг афзалликлари етарлича ўрганилмаган ва кўшимча тадқиқотлар ўтказилишини талаб қилади. ЖССТнинг (2022 й.) тавсияларига кўра аёлни юқорида даражали муассасага ўтказишни режалаштириш босқичида клиник амалиётда кўллаб-қувватловчи токолизни кўллаш мақбул ҳисобланади:

- 10 мг дан per os ҳар 6 соатда 2-7 кун давомида РДСни олдини олиш курси тугатилгунга ёки 2-чи, 3-чи даражали муассасага ўтказилгунга қадар.

Ножўя таъсирлари:

- гипотензия (АҚБ нормал бўлган аёлларда камдан-кам кузатилади);
- тахикардия;
- бош оғриғи, бош айланиши, кўнгил айнаши.

Тавсия этилган мониторинг:

- бачадон қисқаришлари кузатилганда ҳомила ЮУСни давомий кузатиш;
- дастлабки биринчи соат ичида ЮУС, АҚБни ҳар 30 дақиқада, кейин
- дастлабки 24 соат ичида ҳар 1 соатда, кейин ҳар 4 соатда.

Окситоцин рецептори антагонистлари ва азот оксиди донаторлари ҳомиладорлик муддатини узайтириши мумкин, бироқ, аксарият ҳолатларда мавжуд бўлмайди ва катта миқдорда маблағ талаб қилади. Ҳозирги кунда амалиётда мунтазам равишда уларни қўллаш имкони мавжуд эмас.

Циклооксигеназа ингибиторлари – индометацин. Токолитик таъсирга эга (туғруқни 48 соатгача кечиктириш) ва ҳомиладорликнинг 28 ҳафталик муддатигача қўлланилиши кўриб чиқилиши мумкин. Артериал найи ёпилиши ва ҳомилада кам сувликка олиб келувчи потенциал буйрак дисфункция ривожланиши юқори хавфи туфайли учинчи триместрда қўлланилиши тақиқланган.

Ножўя таъсирлари:

- она томонидан: кўнгил айнаши, рефлюкс, гастрит;
- ҳомила томонидан: артериал найи барвақт ёпилиши, олигоурия ва кам сувлик гипотензия (узоқ вақт давомида ҳамда ҳомиладорликнинг 28 ҳафта ва ундан катта муддатларда қўлланилганда).

Тавсия этилган мониторинг:

- қон ивиши тизими бузилиши;
- қон кетиши;
- жигар функциялари бузилиши;
- яра касаллиги;
- аспиринга ўта юқори сезувчанлик.

Гарчи **бетамиметиклар** муддатидан олдинги туғруқни камида 48 соатга кечиктиришда ҳақиқатан ҳам самарали бўлсада, баъзида онанинг ҳаётига хавф солувчи ножўя таъсирларнинг юқори хавфи туфайли уларни токолитик дори-восита сифатида қўллаш тавсия этилмайди.

Магний сульфати. Яққол токолитик таъсири мавжуд эмас ва токолитик дори-восита сифатида қўллаш тавсия этилмайди. Ҳомила нейропротекцияси учун қўлланилади.

С	Токолитик терапияни ўтказиш учун фақатгина бир дори-воситани қўллаш тавсия этилади, чунки комбинацияланган токолитик терапиянинг афзалликлари мавжуд эмас.
----------	--

В	Ҳомиладорликнинг 35 ⁺⁰ -36 ⁺⁶ ҳафталик муддатларида содир бўлган МЕХ ҚПБЁда токолитик терапияни қўллаш тавсия этилмайди.
----------	--

Антибиотикопрофилактика

ҚПБЁ В гуруҳи стрептококклари (*Streptococcus agalactiae*) массив колонизациясининг салбий натижаларидан бири ҳисобланади. ВГС ҳомиладор аёлларнинг 10-30% да жинсий йўлларда аниқланади. ВГС колонизацияси янги туғилган чақалоқлар пневмонияси ва

менингити, эрта неонатал сепсис, хориоамнионит, кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейинги эндометрит ва жароҳат инфекциялари билан боғлиқ.

ҚПБЁ мавжуд барча ҳомиладор аёлларда ВГС ташувчиликка культурал текширувни ўтказиш тавсия этилади. Ректал ёки вагинал суртмалар микробиологик текширув учун материал сифатида олинади. ВГСни аниқлаш учун тижорат тўпламларидан фойдаланган ҳолда

ПЗР-диагностикани ўтказиш мумкин, бироқ, фақатгина инкубация орқали бульонда материални бирламчи “бойитиш” ва текширувнинг валидациясини тасдиқловчи тегишли хужжатлар, шунингдек, текширув сифатли ва тўғри ўтказилишини назорат қилиш имкони мавжуд бўлиш шарти билан ўтказилади.

Экмада ВГС аниқланганда антибиотикопрофилактика ўтказилади. Агарда текширув ўтказиш имкони йўқлиги сабабли ВГС мавжудлиги ноаниқ бўлса, антибиотикларни тайинлаш масаласи хавф омилларини стандарт баҳолаш билан асосланади, яъни, ҚПБЁ мавжуд барча ҳомиладор аёлларда антибиотикопрофилактика ўтказилади.

А	ВГС келтириб чиқарадиган неонатал инфекциялар ва ҳомиладорларда септик ҳолатларни камайтириш ҳамда ҳомиладорлик муддатини узайтириш мақсадида ҚПБЁ мавжуд барча ҳомиладор аёлларда антибиотикопрофилактика ўтказилади.
---	--

МЕҲ ҚПБЁда:

Кенг спектрли антибиотиклар тайинланиши қуйидаги асоратларни камайтиради:

- хориоамнионит частотаси;
- кейинги 48 соат ва 7 кун мобайнида муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиш эҳтимоли;
- неонатал инфекцион асоратлар частотаси;
- янги туғилган чақалоқларда сурфактант ва оксигенотерапияни қўллаш;
- туғруққа кўмаклашиш муассасадан чиқарилгунга қадар нейросонографияда патологик ўзгаришлар частотаси.

Антибиотикопрофилактика перинатал ўлим кўрсаткичларига таъсир қилмайди.

А	<p>Ҳомиладорлик муддати 37⁺⁰ ҳафтадан кичик бўлган МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларни кутиш тактикаси билан олиб борилаётганда антибиотикопрофилактика ўтказилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ташхис қўйилгандан кейин дарҳол; ▪ 7-10 кун давомида ёки аёлда туғруқ фаолияти бошлангунга қадар ўтказилади; ▪ туғруқ яқунлангандан кейин антибиотикопрофилактика тўхтатилади.
---	--

Антибиотикопрофилактиканинг оптимал тартиби ишлаб чиқилмаган.

Қуйидаги схемалар қўлланилиши мумкин:

А	<p>Эритромицин 250 мг дан ҳар 6 соатда ёки 500 мг дан ҳар 8 соатда. Эритромициннинг максимал бир марталик дозаси 0.5 гр, кунлик дозаси 4.0 гр ни ташкил қилади (<i>кўтара олмаслик ҳолатлари ёки қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда – амоксициллин ёки ҳар қандай перорал пенициллин 0.5 гр дан ҳар 6 соатда</i>)</p> <p>ЁКИ</p> <p>Ампициллин 2 гр дан ҳар 6 соатда в/и</p> <p>ЁКИ</p> <p>Ампициллин 2 гр дан ҳар 6 соатда в/и + эритромицин 250 мг дан ҳар 6 соатда 48 соат мобайнида ва кейин перорал амоксициллин 250 мг дан ҳар 8 соатда ± эритромицин 250 мг дан ҳар 8 соатда 5 кун мобайнида (эритромицин мавжуд бўлмаганда ёки (<i>кўтара олмаслик ҳолатларида азитромицинга ўзгартирилиши мумкин (перорал бир марталик 1</i></p>
---	---

	<p>гр дозада) ва 5 кунни такроран берилиши мумкин) ЎКИ Амоксициллин/сульбактам 1.5 гр дан в/и ёки м/о ҳар 8 соатда ЎКИ Цефалексин кунига 500 мг дан оғиз орқали.</p>
--	--

А	<p>Ко-амоксиклав (амоксициллин+клавуланат кислотаси) қўлланилиши некротик энтероколит частотасини ошириши билан боғлиқлиги туфайли, ко-амоксиклав қўлланилмайди.</p>
----------	---

С	<p>МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ва ҳомиласи тирик бўлган ҳомиладор аёлларни амбулатор шароитда олиб бориш хавфсизлиги ҳозирги кунда етарлича ўрганилмаган, шунинг учун мунтазам равишда тавсия этилмайди. Стационар шароитда текширувдан ўтказилгандан ва кузатилгандан кейин, истисно тариқасида, камдан-кам ҳолатларда МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларни амбулатор шароитда олиб бориш мумкин.</p>
----------	--

ТОҚПЁда

А	<p>ТОҚПЁда сувсизлик даври 18 соат ва ундан ошганда ҳамда туғруқ яқунланишига қадар антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилади.</p>
----------	---

Ҳозирги кунда қин суртмаларида ВГС аниқланмаган ҳамда ТОҚПЁ мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳам оналар, ҳам янги туғилган чақалоқлар учун мунтазам равишда антибиотикопрофилактика ўтказилишининг фойдаси бўйича ишончли далиллар мавжуд эмас.

Қуйидаги схемалар қўлланилиши мумкин:

- **ампициллин** 2 гр дан в/и, кейин 1 гр дан ҳар 6 соатда туғруқ яқунлангунга қадар;
- **цефазолин** 2 гр дан в/и, кейин 1 гр дан ҳар 8 соатда туғруқ яқунлангунга қадар.

Қин суртмаларида ВГС аниқланганда туғруқ индукцияси ўтказилиши ёки кутиш тактикаси билан олиб борилишидан қатъи назар, ВГС келтириб чиқарадиган эрта неонатал касалланиш хавфини камайтириш учун зудлик билан антибиотикопрофилактика бошланиши керак. Қин суртмаларида ВГС аниқланганда туғруқ бошланишидан камида 4 соат аввал антибиотикопрофилактика бошланса, самараси юқорироқ бўлади. Туғруқ бошланиш вақтини олдиндан аниқлаш имкони бўлмаганлиги туфайли, аёл туғруқ фаолияти бошланиши ёки ҚПБЁ туфайли туғруқ бўлимига қабул қилиниши биланоқ антибиотикопрофилактика бошланади ва туғруқ яқунлангунга қадар ҳар 4 соатда давом эттирилади (пенициллин ёки ампициллин юборилганда):

- **ампициллин** 2 гр дан в/и, кейин 1 гр дан ҳар 4 соатда туғруқ яқунлангунга қадар.

Магний сульфати билан ҳомила нейропротекциясини ўтказиш

А	<p>МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ва ҳомиладорлик муддати 26⁺⁰-31⁺⁶ ҳафта бўлган, туғруқ фаолияти бошланган ёки кейинги 24 соат ичида табиий туғруқ йўллари, шу жумладан кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш режалаштирилаётган ҳомиладор аёлларга магний сульфатини в/и юборишни таклиф қилиш керак.</p>
----------	--

Муддатидан олдинги туғруқ бошланган ёки кейинги 24 соат ичида туғдириб олиш режалаштирилаётган аёлларга магний сульфати юборилиши чала туғилган чақалоқларда церебрал паралич, мотор ва когнитив бузилишлар частотасини камайтиради.

В	<p>Магний сульфати в/и болжус кўринишда 4 гр дан 15-30 дақ давомида юборилади ва туғруқ бошлангунга қадар ёки 24 соат давомида в/и соатига 1 гр дан кейинги юбориш билан давом эттирилади.</p>
----------	--

Магний сульфати инфузияси, имкон қадар, бола туғилишидан камида 4 соат олдин бошланиши керак.

Бир вақтнинг ўзида нифедипин ва магний сульфатини қўллашга қарши кўрсатма мавжуд эмас, бироқ, артериал гипотензия юқори хавфи туфайли магний сульфати инфузияси тезлигини 0.5 гр/соатига тезликка тушириш мумкин.

Магний сульфатини юбориш учун туғдириб олишни кечиктириш тавсия этилмайди.

Қуйидаги ҳолатларда магний сульфати инфузиясини юборишни тўхтатинг:

- туғруқ фаолияти тўхтаб қолганда ва кейинги 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши кутилмаётганда;
- магний сульфати инфузиясининг умумий давомийлиги 24 соатни ташкил қилганда;
- туғруқ яқунланганда;
- ножўя таъсирлари ёки магнезиал терапиянинг асоратлари юзага келганда.

Магний сульфати инфузиясини олаётган аёлларда магний токсиклигининг клиник белгиларини камида ҳар 4 соатда: ЮУС, АҚБ ва чуқур пай (масалан, тизза) рефлексларни назорат қилинг. Аёлда олигоурия мавжуд ёки ривожланаётган бўлса ёки буйрак етишмовчилигининг бошқа клиник белгилари кузатилаётган бўлса, магний сульфати дозасини камайтириш ёки бекор қилиш керак. Туғруқ фаолияти қайта бошланганда магний сульфати инфузиясини аввалги инфузиядан камида 6 соат ўтгандан кейин қайта бошласа бўлади.

Амниоинфузия

В	ҚПБЁда мунтазам клиник амалиёт сифатида амниоинфузияни ўтказиш тавсия этилмайди.
----------	--

Амниоинфузия киндик тизимчаси компрессияси, постурал деформациялар, ўпка гипоплазияси ва ҳомила ичи инфекциясини олдини олган ҳолда, ҚПБЁда неонатал натижаларни яхшилаши мумкин. Шунга қарамасдан, ҚПБЁда амниоинфузияни клиник амалиётда мунтазам қўллаш учун тавсия этиш мақсадида қўшимча далиллар чоп этилиши зарур.

ҚПБЁда акушерлик тактикаси

ҚПБЁда акушерлик тактикаси ташхисни тасдиқлаш вақтида ҳомиладорлик муддатига боғлиқ бўлади.

ҚПБЁ икки тактика орқали олиб борилиши мумкин:

- фаол тактика – туғруқ индукциясини ўтказиш ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш (кўрсатмаларга мувофиқ).
- кутиш тактикаси – ҳомиладорлик муддатини узайтириш.

Ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар ҚПБЁни фаол тактика билан олиб боришга кўрсатмалар:

- ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (дистресси);
- интраамниотик инфекция (хориоамнионит) белгилари;
- зудлик билан туғдириб олишни талаб қиладиган ҳомиладорлик асоратлари:
 - оғир гипертензия, оғир преэклампсия, эклампсия
 - йўлдош кўчиши
 - йўлдош олдинда келишида қон кетиши
- қоғаноқ сувларининг мекониал кўриниши;
- 3 кун давомида ифодаланган кам сувлик (амниотик индекс 3 см дан кам);
- туғруқ фаолияти бошланиши;
- онада декомпенсация босқичидаги соматик касалликлар.

А	ҚПБЁда туғдириб олиш муддатлари ҳар бир аёл билан индивидуал равишда муҳокама
----------	---

қилиниши керак, бунда аёлнинг хоҳиш-истаклари ва доимий равишда клиник баҳолаш билан кўриб чиқилиши керак.

Тиббиёт ходимлари ҚПБЁни кутиш ёки фаол тактика билан олиб бориш бўйича қарорни қабул қилишда мумкин бўлган барча хавф ва афзалликларни ҳисобга олишлари керак, шундан сўнг аёлга тўлиқ ҳажмда маслаҳат берилиши лозим.

Перивитал ҚПБЁ

Икки тактика орқали олиб борилиши мумкин:

- фаол тактика – зудлик билан туғдириб олиш (туғруқ индукциясини ўтказиш ёки дилатация ва эвакуация), ёки
- кутиш тактикаси.

Аёлларга зудлик билан туғдириб олишга нисбатан кутиш тактикасининг хавф ва афзалликлари юзасидан маслаҳат берилиши керак. Маслаҳат доирасида неонатал натижаларни реалистик баҳолаш зарур. Кутиш тактикаси билан олиб борилганда интраамниотик инфекцияни ўз вақтида аниқлаш учун ҳомиладор аёл ва ҳомилада стандарт кузатув тадбирлари ўтказилиши керак. Кутиш тактикаси билан олиб борилганда ва ҳомила ҳаётийлик муддатига етиши эҳтимоли мавжуд бўлганда, антенатал кортикостероидлар қўлланилиши ва антибиотикопрофилактика ўтказилиши керак.

МЕҲ ҚПБЁ (ҳомиладорликнинг 24⁺⁰-33⁺⁶ ҳафталик муддатларида)

МЕҲ ҚПБЁ ҳар қандай аёл учун қўшимча аралашувлар ўтказилмаганда биринчи ҳафта ичида туғруқ содир бўлиши эҳтимоли юқори бўлган натижа ҳисобланади.

А МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ва ҳомиладорлик муддати 34⁺⁰ ҳафтагача бўлган аёлларни кутиш тактикаси билан олиб бориш керак, она ёки ҳомиланинг ҳолатлари бўйича ҳомиладорлик муддатини узайтиришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолатлар бундан мустасно. Туғдириб олиш муддатлари ҳар бир аёл билан индивидуал равишда муҳокама қилиниши керак, бунда аёлнинг хоҳиш-истаклари ва доимий равишда клиник баҳолаш билан кўриб чиқилиши керак.

Ҳомиладорлик муддати 34⁺⁰ ҳафтагача бўлган МЕҲ ҚПБЁда она томонидан қарши кўрсатмалар (соматик патология, ҳомиладорлик асоратлари) ва қўшимча акушерлик кўрсатмалар (масалан, интраамниотик инфекция ёки ҳомиланинг ноаниқ ҳолати) мавжуд бўлмаганда туғруқ индукциясини ўтказишга зарурат туғилмайди. “Назорат қил ва кут” деб аталадиган кутиш тактикаси билан олиб боришни, яъни туғруқ индукциясининг ҳар қандай усули ва кесар кесиш жароҳлик амалиётини ўтказишга (кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда) розилик бермасликни таклиф қилинг. Ҳомиладорлик муддати 37⁺⁰ ҳафталик муддатига қадар узайтирилиши керак.

МЕҲ ҚПБЁ (ҳомиладорликнинг кечки 34⁺⁰-36⁺⁶ ҳафталик муддатларида)

В МЕҲ ҚПБЁ мавжуд ва ҳомиладорлик муддати 34⁺⁰-36⁺⁶ ҳафтада бўлган аёлларни ҳам фаол, ҳам кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин.

Индивидуал равишда қарор қабул қилиниши ва ҳомиладорлик муддати 37⁺⁰ ҳафталик муддатига қадар узайтирилиши керак.

Олиб бориш тактикасини танлашда қуйидагилар ҳисобга олиниши керак:

- аёл учун хавфлар (масалан, сепсис, бачадон чандиғида кесар кесиш жароҳлик амалиётини ўтказиш зарурати);
- бола учун хавфлар (масалан, сепсис, муддатидан олдинги туғруқ билан боғлиқ муаммолар);

- янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимлари маҳаллий мавжудлиги;
- аёлнинг хоҳиш-истаклари.

Кутиш тактикаси билан олиб борилган МЕХ ҚПБЁ мавжуд ҳомиладорлик муддати 34⁺⁰-36⁺⁶ ҳафтада бўлган аёлларга нисбатан шошилиш туғруқлар (ташхис қўйилиши билан дархол ёки 24 соат ичида) баҳоланган 1839 нафар аёлни ўз ичига олган яқинда ўтказилган катта РКТда кутиш тактикасининг афзалликлари кўрсатилган. Неонатал сепсис ва иккиламчи неонатал касалланиш частоталарида сезиларли фарқ аниқланмаган. Шошилиш равишда туғдириб олинган янги туғилган чақалоқларда респиратор дистресс частотаси, ўпка механик вентилизациясига эҳтиёжи юқори бўлган ва интенсив терапия бўлимида бўлиш вақти кўпроқ бўлган (2 кунга нисбатан 4 кун). Бироқ, кутиш тактикаси билан олиб борилганда она учун қон кетиши ва инфекция каби салбий натижалар деярли 2 маротаба кўпроқ кузатилган. Олинган натижалар **агарда кутиш тактикаси билан олиб бориш танланган бўлса, бу хориоамнионит ҳамда туғруқ олди қон кетиши симптомлари ва белгиларини диққат билан назорат қилишни ўз ичига олиш кераклигидан** далолат беради.

Қуйидаги ҳолатлар фаол тактика билан олиб боришга кўрсатма ҳисобланади:

- хориоамнионит;
- аёл ва/ёки ҳомиланинг ҳаётига хавф туғдирувчи акушерлик асоратлар;
- соматик касалликлар;
- ҳомиладор аёл ва унинг қариндошларининг қатъи талабига биноан.

ТОҚПЁ

Ҳомиладорлик муддати 37⁺⁰ ҳафта ва ундан катта бўлган ТОҚПЁда аёлга қуйидаги тактика билан олиб боришни танлашни таклиф қилинг:

- 12-24 соатгача кутиш тактикаси, ёки
- фаол тактика – туғруқ индукциясини ўтказиш (имкон қадар вақтликроқ).

Дастлабки текширув ўтказилгандан кейин ва диққат билан кузатув олиб бориш имкони мавжуд бўлганда кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин бўлади.

ТОҚПЁда кутиш тактикаси билан олиб бориш масаласи қуйидаги ҳолатларда кўриб чиқилиши мумкин:

- кичик чанокқа ҳомиланинг боши тақалганда;
- инфекция белгилари кузатилмаганда (онада тахикардия, юқори тана ҳарорати, бачадонни пайпаслаганда оғриқлар);
- кардиотокограммада нормал кўрсаткичлар;
- бачадон бўйни қўл орқали (вагинал) текширилмаганда ва/ёки анамнезда бачадон бўйнига чок қўйилмаганда;
- ресурслар ва ходимлар билан етарли даражада таъминланган ҳолда стационар шароитда кузатувни таъминлаш учун: ҳар 4 соатда онанинг тана ҳароратини ўлчаш, ҳомиланинг ЮУС аускультацияси, бачадон қисқаришлари оғриқлилигини ҳамда қин ажралмалари хусусияти, сифати ва миқдорини баҳолаш.

В	ТОҚПЁни кутиш тактикаси билан қисқа вақт – 12-24 соат давомида олиб бориш тавсия этилади.
----------	---

Кутиш тактикаси танланган ҳолатларда деярли 80% ва 95% аёлларда мос равишда 12 ва 24 соат ичида туғруқ ўз-ўзидан (спонтан) бошланишини ҳисобга олган ҳолда, 12-24 соат кутиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

С	ТОҚПЁ ва режали кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлганда, режалаштирилган равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади (кейинги 4-6 соат ичида – III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси).
----------	--

В	ТОҚПЁ мавжуд ва ҳомиладорлик муддати 37 ⁺⁰ ҳафтадан катта бўлган аёлларда қабул қилиш вақтида туғруқ фаолияти кузатилмаганда, шунингдек, туғруқ индукциясини ўтказишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, фаол тактика билан олиб бориш – туғруқ индукциясини ўтказишни таклиф қилиш мумкин.
----------	---

8615 нафар аёлни ўз ичига олган 23 та рандомизация назорати остида ўтказилган клиник тадқиқотларнинг мета-таҳлили зудлик билан ўтказилган туғруқ индукцияси кесар кесиш ёки вагинал оператив туғруқлар частотасини оширмаган ҳолда, ҳомила туғилиши ва қоғанок пардалари ёрилиши орасидаги вақтни қисқартириши, хориоамнионит ҳамда эндометрит частотасини камайтириши, янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказилиши ҳолатлари камайишини кўрсатди. Шулардан, энг катта РКТда аёллар кутиш тактикаси билан олиб боришга нисбатан туғруқ индукцияси ўтказилишига ижобий муносабат билдиришгани кўрсатилган. Шундай қилиб, мета-таҳлилнинг маълумотлари ТОҚПЁ мавжуд ҳомиладор аёлларни зудлик билан туғруқ индукциясини ўтказиш орқали фаол тактика билан олиб бориш кутиш тактикаси билан олиб боришга нисбатан катта фойда келтиришини кўрсатди.

ТОҚПЁ мавжуд ҳомиладор аёлларни фаол тактика билан олиб борилиши:

- хориоамнионит/эндометрит частотасини камайтиради;
- оналарда туғруқ жараёнидан қоникқанлик даражасини оширади;
- кесар кесиш ёки вагинал оператив туғруқлар частотасини оширмайди;
- интенсив терапия бўлимига ўтказиш эҳтиёжини камайтиради;
- постнатал антибиотикотерапияни ўтказиш эҳтиёжини камайтиради.

TERMPROM РКТ маълумотларига кўра ТОҚПЁнинг кечиктирилган натижалари		
ТОҚПЁнинг кечиктирилган хавфлари	Окситоцин билан туғруқ индукциясини ўтказиш	Окситоцин билан туғруқ индукциясини кейинги ўтказиш билан кутиш тактикаси
Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти	10,1% (127/1258)	9,7% (123/1263)
Неонатал инфекция	2% (25/1258)	2,8% (36/1263)
Клиник жиҳатдан намоён бўлган хориоамнионит*	4% (50/1258)	8,6% (109/1263)
Туғруқ вақтида иситма синдроми*	3,7% (46/1258)	7,4% (93/1263)
Туғруқдан кейинги даврда иситма синдроми*	1,9% (24/1258)	3,6% (46/1263)
Туғруқдан олдин/вақтида антибиотикларни қўллаш*	7,5% (94/1258)	11,9% (150/1263)
Янги туғилган чақалоқларда антибиотикларни қўллаш*	7,5% (94/1258)	13,7% (172/1263)
Янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказиш*	6,6% (83/1258)	11,6% (146/1263)
Туғруқнинг фаол фазаси ўртача давомийлиги	5 соат	17,3 соат

*Кўрсаткичлар статистик аҳамиятга эга бўлган даражага етган.

Вагинал простагландинлар ёрдамида туғруқ индукциясини ўтказиш окситоцин каби самарали эканлиги, бироқ, хориоамнионит ва бачадон гиперстимуляциясининг юқори

частотаси билан боғлиқ бўлганлиги кўрсатилган. ТОҚПЁда юқорига кўтарилиувчи инфекция ривожланиш хавфи туфайли индукциянинг механик усуллари (Фoley катетерини) қўллаш тавсия этилмайди.

ТОҚПЁнинг аксарият ҳолатларида окситоцин билан туғруқ индукциясини ўтказиш танлов усули ҳисобланади, етилмаган (номақул) бачадон бўйни (модификацияланган Бишоп шкаласи бўйича ≤ 7 балл) ҳолатлари бундан мустасно

2.9 Хориоамнионит

Таърифи, хавф омиллари, оналик ва перинатал натижалар

Хориоамнионит (интраамниотик инфекция) – полимикроб ассоциациялар туфайли келиб чиққан қоғаноқ пардалари, қоғаноқ сувлари, децидуал тўқима ва ҳомиланинг инфекцияли яллиғланиши.

Хориоамнионит кўпроқ ҚПБЁда кузатилади, бироқ, интакт (ёрилмаган) қоғаноқ пардаларида кузатилиши ҳам мумкин. В гуруҳи стрептококклари, пептострептококклар, стафилококклар, ичак таёқчалари, микоплазмалар, уреоплазмалар, энтерококклар, хламидиялар, трихомонадалар, гонококклар, гарднереллалар, кандидалар, бактероидлар, оддий герпес вируси, цитомегаловирус ва бошқ. хориоамнионитнинг тўғридан-тўғри қўзғатувчилари бўлиши мумкин. Амниотик бўшлиқнинг полимикробли инвазияси деярли 50% ҳолатларда учрайди.

Хориоамнионит барча ҳомилдорликларнинг 1-6% да, муддатига етган ўз-ўзидан содир бўлган туғруқларнинг 1-13% да, ҚПБЁ муддатидан олдин содир бўлган туғруқларнинг 40-70% да ривожланади.

Хориоамнионитнинг хавф омиллари	
Хавф омили	Нисбий хавф
Узоқ сувсизлик даври (шу жумладан ҚПБЁ):	
▪ ≥ 12 соат	5,8
▪ ≥ 18 соат	6,9
Туғруқ давомийлиги:	
▪ иккинчи давр > 2 соат	3,7
▪ фаол фазаси > 12 соат	4,0
Қоғаноқ пардалари ёрилганда туғруқ пайтида ≥ 3 вагинал текширувлар	2 дан 5 гача
В гуруҳи стрептококки колонизацияси	1,7 дан 7,2 гача
Бактериал вагиноз	1,7
Алкоголь маҳсулотларини истеъмол қилиш ва чекиш	7,9
Мекониал амниотик суюқлик	1,4-2,3
Ҳомиланинг бачадон ичи кузатуви	2,0
Цервикал етишмовчилик	
Анамнезда интраамниотик инфекция	
Бачадон бўйни етилиши/туғруқ индукциясини ўтказиш учун интрацервикал баллонли катетер	
Жинсий йўлларда қўзғатувчилар мавжуд бўлиши (масалан, жинсий алоқа йўли билан юқадиган инфекциялар, ВГС, бактериал вагиноз)	

Она ва янги туғилган чақалоққа хориоамнионитнинг кўрсатадиган таъсири	
Хориоамнионит қуйидаги асоратлар хавфини оширади	
Онада:	Ҳомилада:
Туғруқ дисфункционал равишда кечиши	Неонатал сепсис

Кесар кесиш	Бронх-ўпка дисплазияси
Бачадон атонияси туфайли туғруқдан кейинги қон кетиши	Перивентрикуляр лейкомаляция
Бачадон йиртилиши	Пневмония (зотилжам)
Эндометрит	Менингит
Перитонит	Церебрал паралич
Сепсис	Неонатал ўлим
Ўлим (камдан-кам)	

ҚПБЁда инфекцияни аниқлаш

Энг сифатли тиббий ёрдамни кўрсатиш учун ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларда инфекцияни аниқлаш зарур. Хориоамнионитнинг эрта диагностикаси терапевтик стратегияларни (шу жумладан антибиотиклар ва/ёки туғруқ индукциясини бошлашни) кўриб чиқиш имконини беради.

С	Хориоамнионитни ташхислаш учун қуйидагиларнинг комбинациясидан фойдаланинг:
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ клиник симптомлар – пульс (>100/дақ.), онанинг тана ҳарорати ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$), бачадон қисқаришлари оғриқлилиги, қин ажралмалари хусусияти (бадбўй ҳидли, йирингли); ▪ С-реактив оқсили даражаси (>5 мг/л); ▪ қондаги лейкоцитлар миқдори ($>15 \times 10^9$/л). ▪ кардиотокографияда ҳомила юрак уриши сони ўзгариши (≥ 160/дақ., акцелерациясиз). <p>Ушбу параметрлар алоҳида баҳоланмаслиги зарур.</p>

Ҳар қандай инфекциядагидек хориоамнионитнинг диагностикасида, имкони мавжуд бўлганда, интерлейкин-6 (IL-6), юқори сезувчан С-реактив оқсил (hs-CRP), прокальцитонин ва лактат қўлланилиши мумкин. IL-6, прокальцитонин, юқори сезувчан С-реактив оқсилни (hs-CRP) Fineware™ FIA MeterPlus/FS 113 (Wonfo) иммунофлюоресцент анализаторида, лактатни “BGA -103” Wondfo (Rain Sen Da) газоанализаторида текширилади.

Хориоамнионитнинг клиник белгилари	
Клиник белги	Учраш частотаси
Юқори тана ҳарорати ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) – ХАнинг мажбурий симптоми + қуйидаги белгиларнинг ҳар бири:	100%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ кортикостероидлар қабул қилинмаганда онанинг қондаги лейкоцитлар миқдори ($>15 \times 10^9$/л) 	70-90%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ онада тахикардия пульс (>100/дақ.) 	50-80%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ ҳомилада тахикардия (10 дақ. ва ундан кўпроқ вақт давомида ≥ 160/дақ.) 	40-70%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ бачадон қисқаришлари оғриқлилиги 	4-25%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ цервикал каналдан йирингли ажралмалар келиши 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ С-реактив оқсили даражаси (>5 мг/л) 	

Юқорида келтириб ўтилган симптомларнинг ҳеч қайси бири ХАнинг специфик ёки патогномик симптоми ҳисобланмайди. Фебрил иситма ва камида битта қўшимча симптом кузатилганда ХА ташхиси қўйилади. Юқори иситма ХАнинг мажбурий белгиси

хисобланади. Агарда фақатгина бир кўрсаткич ўзгарса, аёлнинг ҳолатини кузатишда давом этинг ва динамикада текширувларни такрорлаш имконини кўриб чиқинг.

Онада алоҳида юқори иситмани олиб бориш ва интерпретация қилиш юзасидан маълумотлар сони чекланган. Клиник амалиётда юқори иситма акушер-гинекологлар дуч келадиган ҚПБЁнинг кенг тарқалган симптоми ҳисобланади. Онада алоҳида юқори иситма, инфекция туфайли келиб чиққанми ёки йўқми, қисқа ва узоқ муддатли салбий неонатал натижалар билан боғлиқ ҳамда антибактериал терапия ўтказилишини ва динамикада аёлнинг ҳолатини диққат билан кузатишни талаб қилади.

Хориоамнионитнинг лаборатор белгилари:

- амниотик суюқлик Грам бўйича бўяшда бактерияларга текширилганда мусбат натижа;
- амниотик суюқликда глюкозанинг паст даражаси (≤ 14 мг/дл);
- амниотик суюқликда кон қуйилишисиз лейкоцитларнинг юқори миқдори (>30 хужайра/мм³);
- амниотик суюқлик экмасида мусбат натижа;
- йўлдош, қоғаноқ пардалари ёки киндик тизимчаси томирларида инфекция ёки яллиғланиш, ёки ҳар иккаласининг гистопатологик белгилари.

Даволаш ва акушерлик тактика

Хориоамнионитнинг белгилари кузатилганда антибиотикопрофилактикани бекор қилиб, антибиотикотерапияни бошлаш керак.

А	Хориоамнионитда неонатал касалланиш ва онада йирингли-септик асоратларни камайтириш мақсадида антибактериал терапияни ўтказиш тавсия этилади.
----------	---

Турли тадқиқотларнинг мета-таҳлилида туғруқдан кейинги даврда антибиотиклар ва плацебо қўлланилган гуруҳлар орасида акушерлик асоратлари частотасида сезиларли фарқ аниқланмаган.

С	Антибактериал терапияни тайинлаш масаласини ҳал қилиш учун прокальцитониннинг даражасини эмас, балки клиник баҳолашни қўллаш тавсия этилади.
----------	--

А	Туғруқдан кейинги даврда 24 соат давомида эндометритнинг клиник ва лаборатор белгилари кузатилмаганда антибактериал терапияни бекор қилиш тавсия этилади.
----------	---

С	Терапиянинг оптимал давомийлиги аниқ бўлмаганда, микробларга қарши препаратларни бекор қилиш масаласини ҳал қилиш учун фақатгина клиник баҳолашни эмас, балки прокальцитониннинг даражаси ва клиник баҳолашни қўллаш таклиф этилади.
----------	--

Агарда прокальцитониннинг даражаси 0,1 нг/мл дан паст бўлса, антибактериал терапияни бекор қилса бўлади. Умуман олганда, микробларга қарши препаратларни имкон қадар қисқа вақт давомида қўллаш тавсия этилади.

Хориоамнионитда антибактериал терапиянинг тартиблари	
Танлов дори-воситалари	
Тавсия этилган препаратлар	Дозировкаси
Ампициллин	2 гр дан в/и ҳар 6 соатда
ёки	
Цефазолин	2 гр дан в/и ҳар 8 соатда
+	
Гентамицин	1,5 мг/кг дан в/и ҳар 8 соатда ёки

	3-5 мг/кг дан ҳар 24 соатда
Пенициллинларга аллергия мавжуд бўлганда	
Клиндамицин ёки Ванкомицин* + Гентамицин	900 мг дан в/и ҳар 8 соатда 1 гр дан в/и ҳар 12 соатда 1,5 мг/кг дан в/и ҳар 8 соатда ёки 3-5 мг/кг дан ҳар 24 соатда
Муқобил тартиблар (монотерапия кўринишида)	
Ампициллин-сульбактам	3 гр в/и ҳар 6 соатда
Пиперациллин-тазобактам	3,375 гр дан в/и ҳар 6 соатда ёки 4,5 гр дан в/и ҳар 8 соатда
Цефотетан	2 гр дан в/и ҳар 12 соатда
Цефтриаксон	1-2 гр дан в/и ҳар 24 соатда, оғир ҳолатларда кунлик дозани 4 гр гача ошириш мумкин
Цефокситин	2 гр дан в/и ҳар 8 соатда
Эртапенем	1 гр дан в/и ҳар 24 соатда
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан сўнг: клиндамицин 900 мг дан в/и ҳар 8 соатда ёки метронидазол 500 мг дан оғиз орқали ёки в/и ҳар 8 соатда қўшинг, чунки кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейинги ривожланадиган эндометрит билан боғлиқ асоратлар келиб чиқишида анаэроблар асосий ўринни эгаллайди. Табиий туғруқ йўллари орқали тўғдириб олингандан сўнг: клиндамицин ва метронидазол қўлланилмайди. *Антибиотикларга сезгирликни текшириш имкони мавжуд бўлмаганда ёки клиндамицин, эритромицин ва бошқа антибиотикларга чидамли бўлган В гуруҳи стрептококки колонизацияси аниқланганда ванкомицин қўлланилиши керак.	

В Фебрил иситмага қарши парацетамолни тайинлаш тавсия этилади.

Парацетамол ҳомиладорлик даврида қўллаш учун тавсия этилган энг хавфсиз иситмага қарши восита ҳисобланади. Парацетамолнинг бир марталик перорал дозаси ҳар 4-6 соатда 500 мг ни ташкил қилади. Парацетамолни оғиз орқали қабул қилиш, ректал ёки в/и юбориш мумкин. Умумий кунлик дозаси 4 гр дан ошмаслиги лозим. Парацетамол в/и юборилгандан унинг қондаги максимал концентрацияси 15 дақиқада эришилади, бу эса барча тўқималарда қисқа муддатда унинг биокираолишлигини оширади.

Хориоамнионит – бу фаол тактика билан олиб бориш, яъни туғдириб олишга абсолют кўрсатма ҳисобланади.

В Хориоамнионитда акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтириш мақсадида ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар туғдириб олиш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади.

Бачадон бўйнини қўл орқали (вагинал) текширувини ўтказинг ва индукция усулини танлаш масаласини ҳал қилиш учун бачадон бўйни ҳолатини баҳоланг («Туғруқ индукцияси» клиник баённомасига қаранг).

Туғруқ индукциясини бошлаш ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиётини (кўрсатмалар мавжуд бўлганда) ўтказиш орқали туғдириб олиш усули 24 соат ичида танлаб олиниши керак.

А Септик акушерлик асоратлар хавфини камайтириш мақсадида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олишга кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш тавсия этилади.

Хориоамнионит оператив туғдириб олишга ҳам кўрсатма, ҳам қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Оператив туғдириб олиш сувсизлик даври давомийлигидан қатъи назар традицион усул бўйича акушерлик кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилади.

А	Хориоамнионит ташхисини тасдиқлаш мақсадида йўлдошни патологик-анатомик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
---	---

Қоғаноқ пардалари ва йўлдошда яллиғланиш ўчоқлари аниқланиши хориоамнионитнинг белгиси ҳисобланади.

Хориоамнионитни олдини олиш

А	Фаол туғруқ фаолияти кузатилмаган ва фаол тактика билан олиб боришга кўрсатмалар мавжуд бўлмаган ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёл қабул қилинганда қўл орқали (вагинал) текширувини ўтказмаслик мақсадга мувофиқ бўлади ва ташхисни стерил кўзгулар ёрдамида кўздан кечирганда тасдиқлаш тавсия этилади.
---	---

А	Ҳомиладор аёлнинг дастлабки ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш мақсадида сийдикнинг ўрта порциясини бактериал патогенларга микробиологик (культурал) текширувга бир мартаба юбориш тавсия этилади.
---	--

Симптомсиз бактериурия – бу клиник симптомлар кузатилмаганда сийдик ўрта порциясининг 1 мл да $\geq 10^5$ даражада бактериялар колонияси аниқланиши. Бактериурияни эрта аниқлаш ва уни даволаш пиелонефрит, муддатидан олдинги туғруқ, ҳомила ўсиши чекланиши, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда инфекцион асоратлар ривожланиш хавфини камайтиради («Нормал ҳомиладорлик», «Ҳомиладорлик даврида сийдик чиқариш йўлларида инфекциялари» клиник баённомасига қаранг).

А	ВГС келтириб чиқарадиган неонатал инфекциялар ва ҳомиладорларда септик ҳолатларни камайтириш ҳамда ҳомиладорлик муддатини узайтириш мақсадида ҚПБЁ мавжуд барча ҳомиладор аёлларда антибиотикопрофилактикани ўтказиш тавсия этилади.
---	--

2.10 Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

ҚПБЁ ва ХА мавжуд ҳомиладор аёллар ҳомиладорлик муддатига қараб 1-чи, 2-чи ёки 3-чи даражали туғруққа кўмаклашиш муассасага ётқизилиши керак.

2.10 Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Охири ҳайз даври ва ҳомила УТТ маълумотларига кўра ҳомиладорлик даври ва туғруқ муддати аниқланган	Ҳа/Йўқ
2.	Кўзгулар ёрдамида текширув ўтказилган	Ҳа/Йўқ
3.	Тана ҳарорати ҳар 4 соатда ўлчанган	Ҳа/Йўқ
4.	Онанинг пульси ва ҳомиланинг ЮУС ҳар 4 соатда баҳоланган	Ҳа/Йўқ
5.	Ҳар куни лейкоцитозга таҳлил олинган	Ҳа/Йўқ
6.	Ректо-вагинал ажралмалар ВГС ташувчилик бўйича микробиологик (культурал) текшируви ўтказилган	Ҳа/Йўқ
7.	Ҳомиладорликнинг 24 ⁺⁰ -34 ⁺⁶ ҳафталик муддатларида ҳомила респиратор дистресс-синдроми антенатал профилактикаси тайинланган	Ҳа/Йўқ
8.	ҚБПЁда ҳомиладорлик муддатига мувофиқ антибиотикопрофилактика тайинланган	Ҳа/Йўқ
9.	Токолитик терапия ҳомиладорликнинг 34 ⁺⁶ ҳафталик муддатигача ва кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилган	Ҳа/Йўқ
10.	ҚПБЁ мавжуд туғруқ фаолияти бошланган ёки кейинги 24 соат ичида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш режалаштирилаётган ҳомиладор аёлларга магний сульфати билан ҳомила нейропротекцияси ўтказилган	Ҳа/Йўқ
11.	ҚПБЁ мавжуд ҳомиладор аёлларга зудлик билан туғдириб олишга кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, ҳомиладорликнинг 37 ⁺⁰ муддатига қадар кутиш тактикаси билан олиб бориш таклиф этилган	Ҳа/Йўқ
12.	ТОҚПЁда кутиш тактикасининг давомийлиги 24 соатдан ошмаган	Ҳа/Йўқ
13.	ХАга гумон қилинганда СРО даражаси аниқланган	Ҳа/Йўқ
14.	ХАнинг антибактериал терапияси тавсия этилган схемаларга мувофиқ ўтказилган	Ҳа/Йўқ
15.	ХАда фаро тактика билан олиб бориш тавсия этилган	Ҳа/Йўқ
16.	ХАда йўлдошнинг гистологик текшируви ўтказилган	Ҳа/Йўқ

3. Иловалар

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Миллий клиник баённома Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2022 йил 2 декабрдаги “Касалликларни профилактика қилиш, ташхис қўйиш ва даволаш жараёнларига замонавий услубиётларни жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисидаги” 317-сонли буйруғи 2-илувасининг клиник протоколлар ва даволаш стандартларини қайта кўриб чиқиш ва тасдиқлаш режа-графикига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Клиник баённомани ишлаб чиқишда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг мутахассислари: акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар ва Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатасининг мутахассислари иштирок этди.

Мазкур клиник баённоманинг ишлаб чиқилиши муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини тасдиқловчи қўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: мазкур клиник баённомани ишлаб чиқишни бошлашдан аввал ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномасини тўлдиришди. Ишчи гуруҳ аъзоларининг ҳеч бири фармацевтика компаниялари ёки мазкур протокол мавзуси бўйича клиник фойдаланиш учун маҳсулотлар ишлаб чиқарадиган бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларнинг иштироки: протокол ва тавсиялар бўйича йўриқномаларни ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашув хавфи), ахлоқий, маданий, диний жиҳатлари сўралган ва ҳисобга олинган. Фикрлар сўрови РИОВАБСИАТМнинг ихтисослаштирилган бўлимларида аёллар билан норасмий суҳбатлар орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплашда қўлланилган усуллар: электрон маълумотлар базаларида, кутубхона ресурсларида қидириш. Асосий маълумот манбалари сифатида 2012-2022 йилларга мўлжалланган турли мамлакатлар тиббий жамиятлари ва бошқа ихтисослаштирилган ташкилотларнинг инглиз ва рус тилларида клиник кўрсатмаларидан фойдаланилган, тиббиётни ривожлантиришда устувор аҳамиятга эга сўнгги 5 йилги (2017 йилдан бошлаб) маълумотлардан фойдаланилди. Баённомани ишлаб чиқиш жараёнида дарсликлар ва монографиялардан фойдаланилмаган. Қуйидаги маълумотлар базаларида асосий маълумотларнинг тизимли қидируви ўтказилди:

- 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](http://www.health.qld.gov.au)
- Россия акушер-гинекологларнинг жамияти. https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Тавсияларни танлаб олиш ва мослаштириш учун манба хужжат сифатида турли мамлакатлардан бир нечта клиник қўлланмалардан фойдаланилди.

Топилган ва баҳоланган клиник қўлланмалар керакли тавсияларни ўз ичига олмаган ёки етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган,

маҳаллий шароитга тўғри келмаганда, рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар, когорт тадқиқотлар бўйича қўшимча қидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқ.

Топилган манбаларнинг сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлигини, уларни ишлаб чиқиш методологиясини, далилларнинг ишончилиги ва кучи, маҳаллий шароитларга тўғри келиши бўйича тавсиялар рейтингини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи

Баённоманинг якуний тавсиялари тавсияларнинг бир қисмини ўзгартиришларсиз асл нусхадаги бир нечта клиник қўлланмалардан олиш, клиник қўлланмаларнинг айрим тавсияларини маҳаллий шароитга мослаштириш ва қўшимча адабиётларни қидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш йўли билан тузилган. Паст сифатли далилларга эга ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник қўлланмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Хорижий клиник қўлланмалар муаллифлари бошқа далиллар даражаларидан фойдаланган бўлса, улар (имкон қадар) GRADE тизимига мослаштирилди. Турли хил клиник қўлланмаларда бир хил тавсиялар топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ янада ишончли илмий далиллар асосида тузилган тавсиялар баённомага киритилди.

Эксперт баҳо

Протокол ҳужжатлаштирилган ҳамда ички ва ташқи экспертлар томонидан кўриб чиқилган. Тавсияларнинг далиллар базаси шарҳловчининг фикридан кўра жиддийроқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини ўзида сақлаб қолади.

Жамоатчилик билан маслаҳатлашиш

Протоколнинг якуний версиясини шакллантиришда протоколнинг лойиҳаси олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (ўқув юртлари филиаллари директорлари) кенг доирадаги мутахассислари муҳокамасига (РИОВАБСИАТМ филиалларининг директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) тақдим этилди. Протоколнинг лойиҳаси билан РИОВАБСИАТМнинг расмий сайти (uzaig.uz) ва телеграм каналида танишиш мумкин. Кўриб чиқишлар стандарт кўриб чиқиш варағини тўлдириш билан электрон почта орқали қабул қилинди. Протокол лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун молиявий ёрдам Ўзбекистон Республикасидаги ЖССТнинг ваколатхонаси ва Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA) томонидан амалга оширилди. Ташқи молиялаштиришга ҳужжатни ишлаб чиқишнинг барча босқичларида ЖССТ экспертлари томонидан ташқи баҳолаш кўринишидаги услубий ёрдам ва протоколни ўзбек тилига таржима қилиш ва уни такрорлаш кўринишида техник ёрдам кўрсатилди. Молиявий органларнинг фикрлари ва манфаатлари протоколнинг якуний тавсияларига таъсир қилмади.

Тавсияларнинг ишончилилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончилилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва

	қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

2-илова

Аёл билан муҳокама қилинадиган антенатал кортикостероидларнинг хавф ва афзалликлари

Ҳомиладорликнинг муддати	Афзалликлари	Хавфи
22 ⁺⁰ -34 ⁺⁶ ҳафта	<p>Аҳамиятли даражада камайтиради:</p> <ul style="list-style-type: none"> перинатал ва неонатал ўлим респиратор дистресс-синдроми <p>Эҳтимол камайтиради:</p> <ul style="list-style-type: none"> мия қоринчаси ичи қон қуйилиши ривожланишда ортда қолишни <p><i>Терапия бошланганидан кейин 24-48 соат ўтгач, туғруқ содир бўлса, юқоридаги ҳолатлар камайиши эҳтимоли юқорироқ бўлади.</i></p> <p><i>Терапия бошланганидан кейин 7 кун ичида туғруқ содир бўлса, респиратор касалланиши (ўлим эмас) камайиши эҳтимоли юқорироқ бўлади.</i></p>	<p>Эҳтимол:</p> <ul style="list-style-type: none"> юборилгандан кейин онада 5 кунгача глюкозага толерантлик бузилиши кузатилиши (диабети мавжуд аёлларда хавфи юқорироқ) стероидларни қабул қилгандан кейин камида 7 кун ичида туғруқ содир бўлса, паст вазн билан туғилиш туғруқ муддатда содир бўлса, руҳий ва хулқ-атвор бузилишлар эҳтимоли ортиши
35 ⁺⁰ -36 ⁺⁶ ҳафта	<p>Эҳтимол камайтиради:</p> <ul style="list-style-type: none"> респиратор қўллаб-қувватлашга эҳтиёж 	<p>Эҳтимол:</p> <ul style="list-style-type: none"> неонатал гипогликемия ҳолатлари сони ортиши туғруқ муддатда содир бўлса, руҳий ва хулқ-атвор бузилишлар эҳтимоли ортиши
Режали КК ўтказилишидан аввал 37-39 ҳафта	<p>Эҳтимол камайтиради:</p> <ul style="list-style-type: none"> респиратор касалланиш туфайли неонатал бўлимларга ётқизишлик частотаси 	<p>Эҳтимол:</p> <ul style="list-style-type: none"> мактаб ёшида ўзлаштириш даражаси пасайиши
Стероидларнинг такрорий курси	<p>Эҳтимол камайтиради:</p> <ul style="list-style-type: none"> респиратор қўллаб-қувватлашга эҳтиёж 	<p>Эҳтимол:</p> <ul style="list-style-type: none"> кичик вазн (ўртача 80 гр га камайиши), бўйи ва бош айланаси билан туғилиш, янги туғилган чақалоқда АҚБ пасайиши
*заруратга кўра, аёлнинг оила аъзолари ёки васийлари билан ҳам муҳокама қилинади		

Ҳомила нейропротекцияси алгоритми ва дозировкалаш тартиби

Ҳомиладорликнинг 26⁺⁰-31⁺⁶ ҳафталик муддатларда «муқаррар» муддатида олдинги туғруқ
(кейинги 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши кўтилаётган бўлса):

- Қоғаноқ пардалари интакт бўлишдан қатъи назар спонтан ёки индукцияланган туғруқ фаолияти бошланиши (20 дақиқа ичида 4 та тўлғоқ) ва бачадон бўйни ≥ 4 см га очилиши;
- У ёки бу сабабга кўра кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши режалаштираётган аёллар

↓
ҲА

БОШЛАНГ:

1. Магnezия билан нейропротекцияни:
 - юклама дозаси – 4 гр дан в/и 15-30 дақ. давомида
 - қўллаб-қувватловчи дозаси – 1 гр/соатига
2. Туғруқ фаолияти бошланганда токолизни
3. Кортикостероидлар билан ҳомила РДС-профилактикасини

НАЗОРАТ ҚИЛИНГ:

1. Онда пульсни
 2. Артериал қон босимини
 3. Нафас олиш сонини
 4. Тизза рефлексларни
 5. Пульсоксиметрияни
 6. Соатбай диурез
 7. Ҳомила юрак уришини узлуксиз мониторинги ёки ҳар 15 дақ. ҳомила аускультациясини ўтказинг (ҳомиладорликнинг 26⁺⁰ ҳафтасидан бошлаб)
- } магnezиянинг юклама дозасини юборишда 10 дақиқада, тугагандан кейин, кейинчалик ҳар 4 соатда

Магnezиял терапиянинг ножўя таъсирлари ва асоратлари юзага келмаганда:

- Инфузияни давом эттиринг.
- Инфузияни тўхтатинг:
1. туғруқ содир бўлганда, ЁКИ
 2. инфузия бошлангандан сўн 24 соат ўтгач, ЁКИ
 3. туғруқ фаолияти тўхтаганда ёки кейинги 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши эҳтимоли бўлмаганда.

Ножўя таъсирлари кузатилганда:

1. Тизза рефлекслари сустлашиши ёки кузатилмаганда, ЁКИ
 2. Нафас олиш сони 12 дан кам бўлганда, ЁКИ
 3. Дастлабки кўрсаткичлардан диастолик АҚБ 15 мм.сим.уст. га пасайиши (гипертензив бузилишлардан ташқари).
- Тактика: магnezия инфузиясини тўхтатинг.

Магnezиял терапиянинг асоратлари юзага келганда:

1. Гиповентиляция (нафас сустлашиши ёки тўхташи);
 2. Ифодаланган артериал гипотония;
 3. Аритмия.
- Тактика:
- Магnezия инфузиясини тўхтатинг
 - Намланган кислород 8-12 л/дақ.;
 - Ҳаётий муҳим функцияларни баҳолаш
 - Кальций глюконати в/и секин юбориш (10% - 10 мл);
 - ЭКГ;
 - Қондаги электролитлар, магний ва креатини концентрациясини текшириш.

Магний сульфатини дозировкалаш тартиби	
Стационар шароитда (в/и инфузияси)	
Юклама дозаси	<p>4 гр дан в/и секин:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 мл 25% ли магний сульфати + 14-20 мл физиологик эритма в/и секин 15-30 дақ. давомида; <p style="text-align: center;">ёки</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ инфузومات орқали 16 мл 25% ли магний сульфати в/и секин 32-64 мл/соатига тезликда 15-30 дақ. давомида.
Қўллаб-қувватловчи дозаси	<p>25% ли магний сульфати 1 гр/соатига тезликда:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ в/и система орқали юборилганда 100 мл 25% ли магний сульфати (25 гр) + 400 мл физиологик эритма в/и 7 томчи/дақ. тезликда; ▪ инфузومات орқали юборилганда: 100 мл 25% ли магний сульфати в/и 4 мл/соатига тезликда.

Ҳомиладорлик муддатига кўра ҚПБЁни олиб бориш алгоритми

<p>Муддатига етган ҳомиладорлик (ҳомиладорликнинг 37⁺⁰ ҳафта ва ундан катта)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Микробиологик текширувнинг мусбат натижаси олинганда ва сувсизлик даври 18 соатни ташкил қилганда текширувни ўтказиш учун имконият мавжуд бўлмаганда ВГС туфайли ривожланган инфекцияга қарши антибиотикопрофилактика ўтказилади. Туғруқ яқунланиши билан антибиотикопрофилактика тўхтатилади. ▪ Қуйидаги ҳолатларда туғдириб олишни режалаштиринг: <ul style="list-style-type: none"> – кутиш тактикаси билан олиб борилганда 12-24 соатдан кейин, ёки – зудлик билан индукцияни ўтказиш (фаол тактика), ёки – кўрсатмалар мавжуд бўлганда кечиктириб бўлмайдиган КК. ▪ Агарда мавжуд бўлса, интраамниотик инфекцияни даволаш ва туғдириб олиш.
<p>Кечки муддатига етмаган ҳомиладорлик (ҳомиладорликнинг 34⁺⁰-36⁺⁶ ҳафтаси)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кутиш тактикаси билан олиб бориш ёки туғдириб олиш (туғруқ индукциясини бошлаш ёки кўрсатмаларга мувофиқ КК). ▪ Агарда аввал юборилмаган бўлса, ҳомиладорликнинг 34⁺⁶ ҳафталик муддатигача антенатал глюкокортикоидларнинг бир марталик курсини ўтказиш. ▪ Фақатгина бачадон қисқаришлари кузатилганда ва РДС профилактикаси курсини тугатиш учун ёки ҳомиладорликнинг 34⁺⁶ ҳафталик муддатигача 3-7 кун ичида 2-чи, 3-чи даражали муассасага ўтказиш учун токолитикларни тайинлаш. ▪ Микробиологик текширувнинг мусбат натижаси олинганда ва ташхис қўйилиши билан дарҳол текширувни ўтказиш учун имконият мавжуд бўлмаганда ВГС туфайли ривожланган инфекцияга қарши 7-10 кун давомида ёки туғруқ бошлангунга қадар антибиотикопрофилактика ўтказилади. Туғруқ яқунланиши билан антибиотикопрофилактика тўхтатилади. ▪ Агарда мавжуд бўлса, интраамниотик инфекцияни даволаш ва туғдириб олиш.
<p>Муддатига етмаган ҳомиладорлик (ҳомиладорликнинг 24⁺⁰-33⁺⁶ ҳафтаси)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Кутиш тактикаси билан олиб бориш. Фақатгина кўрсатмалар мавжуд бўлганда фаол тактика билан олиб борилади. ▪ Микробиологик текширувнинг мусбат натижаси олинганда ва ташхис қўйилиши билан дарҳол текширувни ўтказиш учун имконият мавжуд бўлмаганда ВГС туфайли ривожланган инфекцияга қарши 7-10 кун давомида ёки туғруқ бошлангунга қадар антибиотикопрофилактика ўтказилади. Туғруқ яқунланиши билан антибиотикопрофилактика тўхтатилади. ▪ Агарда аввал юборилмаган бўлса, антенатал глюкокортикоидларнинг бир марталик курсини ўтказиш. ▪ Фақатгина бачадон қисқаришлари кузатилганда ва РДС профилактикаси курсини тугатиш учун ёки 3-7 кун ичида 2-чи, 3-чи даражали муассасага ўтказиш учун токолитикларни тайинлаш. ▪ Ҳомиладорликнинг 26⁺⁰-31⁺⁶ ҳафталик муддатларда кейинги 24 соат ичида туғруқ бошланганда ёки ККни ўтказиш режалаштирилаётганда ҳомила нейропротекциясини ўтказиш учун магnezия сульфатини в/и юбориш. ▪ Интраамниотик инфекция мавжуд бўлганда уни даволаш ва туғдириб олишни режалаштириш.
<p>Ҳомиладорликнинг перивитал (ҳаётгийлик даражасига етмаган муддатда) муддати (ҳомиладорликнинг 22⁺⁰-24⁺⁰ ҳафтаси)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Аёл билан маслаҳатлашиш.

- Кутиш тактикаси билан олиб бориш ёки туғруқ индукциясини бошлаш.
- Кутиш тактикаси билан олиб бориш режалаштирилатганда, ҳомиладорликнинг 20⁺⁰ ҳафталик муддатидан бошлаб антибиотикларни тайинлаш масаласини кўриб чиқиш зарур.
- Кутиш тактикаси билан олиб бориш режалаштирилатганда, кортикостероидларни тайинлаш тавсия этилмайди, бироқ кўриб чиқилиши мумкин.
- Ҳаётийлик даражасига етмаган муддатда токолитик воситалар қўлланилмайди.
- Ҳаётийлик даражасига етмаган муддатда ҳомила нейропротекциясини ўтказиш учун магnezия сульфати қўлланилмайди.
- Интраамниотик инфекция мавжуд бўлганда уни даволаш ва туғдириб олишни режалаштириш.

Бемор учун маълумот

Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши нима?

- Бу туғруқ фаолияти бошлангунга қадар амниотик (қоғаноқ) сувлари кетиши.

Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилганда қандай хавфлар мавжуд?

- Муддатидан олдинги туғруқ содир бўлиши ва муддатиган етмаган чақалоқ туғилиши энг катта хавф ҳисобланади. Бундай болаларда чала туғилиш билан боғлиқ бўлган асоратлар частотаси, шунингдек, сепсис ва ўпка тўқимаси гипоплазияси хавфи юқори туради.

Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилганда нима қилиш керак?

- Қоғаноқ сувлари кетишига гумон қилиш ваҳимали эмас, балки туғруқ стационарига имкон қадар тезроқ мурожаат қилиш учун сабаблигини эсдан чиқариш керак эмас. Аксарият ҳолатларда ҳомилдорликни керакли муддатгача узайтириш, шунингдек, ҳомиланинг соғлиғи ва ҳаётини сақлаб қолиш мумкин бўлади.

Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилиши даволанадими?

- Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилганда кутиш тактикаси билан олиб бориш таклиф қилинади, яъни, агарда зудлик билан туғдириб олишга кўрсатмалар, масалан, инфекция, қон кетиши ёки ҳомиланинг ҳолати бузилиши пайдо бўлмаса етилган муддатгача кузатув олиб борилади.

Қоғаноқ пардалари барвақт ёрилганда ҳомилага қандай ёрдам бериш мумкин?

- Ўпка етилмаганлиги хавфини камайтириш мақсадида кортикостероидларнинг 2-кунлик курси, инфекцияни олдини олиш учун антибиотикопрофилактика таклиф қилинади. Агарда Сизда туғруқ фаолияти бошланган бўлса, болалар церебрал параличини олдини олиш учун магний сульфати инфузиясини бошлаш зарур.

Хориамнионит бу нима?

- Хориоамнионит бу инфекция натижасида қоғаноқ пардалари, қоғаноқ сувлари, децидуал тўқима ва ҳомиланинг яллиғланиши.

Қайси сабабларга кўра хориоамнионит ривожланади?

- Юқорига кўтарилувчи (қиндан) ёки гематоген йўл орқали (инфекциянинг сурункали ўчоқлари) микроблар тушиши туфайли хориоамнионит ривожланади.

Хориамнионитнинг қандай клиник белгилари мавжуд?

- Юқори иситма, бачадон соҳасида оғриқлар кузатилиши, қиндан йирингли ёки қон аралаш ажралмалар келиши.

Хориамнионитда қандай хавфлар мавжуд?

- Туғруқ фаолияти дисфункцияси, туғруқдан кейинги гипотоник қон кетиши, эндометрит, перитонит, онада ва янги туғилган чақалоқда септик асоратлар кўринишида акушерлик асоратлар ривожланиши мумкин.

Хориамнионит қандай даволанади?

- Антибактериал терапияни ўтказиш ва туғдириб олиш асосий даволаш усули ҳисобланади.

Хориамнионитнинг белгилари аниқланганда нима қилиш керак?

- Зудлик билан шифокорингиз билан боғланинг, агарда Сизда қуйидаги симптомлардан бирортаси кузатилганда: 38°C дан юқори тана ҳарорати, пульс тезлашиши, қиндан келадиган ажралмалар хусусияти ўзгариши, бачадон соҳасида оғриқлар кузатилиши, ҳомиланинг қимирлаш фаолияти бузилиши.

Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси

Тиббий аралашув – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, _____, (беморнинг Ф.И.Ш.)
« ____ » _____ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

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

_____ шуни маълум қиламанки,

_____ (тиббийёт муассасасининг номи)

_____ муассасаси

да режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажалар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда дори воситалар ва озиқ-овқат маҳсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек, чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараённи ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик мақсадлар,

жумладан, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг худудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

(ишончли шахслар)

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

Имзо _____

Сана « ____ » _____ й.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 28 июндаги “Ўзбекистон Республикасида перинатал ёрдамни мақсадли маршрутизациялаш тўғрисидаги” 151-сонли буйруғи.
2. ACOG. Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. Committee on Obstetric Practice Number 712. August 2017.
3. Conde-Agudelo A., Romero R., Jung E.J., Garcia Sánchez Á.J. Management of clinical chorioamnionitis: an evidence-based approach. Vol. 223, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier Inc.; 2020. 848–869 p.
4. Intraamniotic Infection (Chorioamnionitis) By Antonette T. Dulay , MD, Main Line Health System Last review/revision Oct 2022.
5. NICE. Preterm labour and birth overview. Natl Inst Heal Care Excell. 2019; (August):1–12.
6. RCOG. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality. Green-top Guideline No. 74 July 2022.
7. RCOG. Care of Women Presenting with Suspected Preterm Prelabour Rupture of Membranes from 240 Weeks of Gestation. Green-top Guideline No. 73 June 2019.
8. Venkatesh K.K., Jackson W., Hughes B.L., Laughon M.M., Thorp J.M., Stamilio D.M. Association of chorioamnionitis and its duration with neonatal morbidity and mortality. J Perinatol. 2019; 39(5):673–82.
9. WHO recommendation on Tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. © World Health Organization 2022.
10. WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. © World Health Organization 2022.

