

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  
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**«QOG'ANOQ PARDALARI BARVAQT YORILISHI.  
XORIOAMNIONIT»  
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

«TASDIQLAYMAN»  
RIOvaBSIATM direktori  
N.S. Nadirhanova



» \_\_\_\_\_ 2025\_yil

**«QOG‘ANOQ PARDALARI BARVAQT YORILISHI.  
XORIOAMNIONIT»  
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

**TOSHKENT 2025**

## **Mundarija**

<b>Kirish</b> .....	5
<b>Diagnostika va monitoring</b> .....	10
<b>Davolash</b> .....	12
<b>Xorioamnionit</b> .....	23
<b>Tibbiy yordam ko‘rsatilishini tashkillashtirish</b> .....	27
<b>Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari</b> .....	28
<b>Ilovalar</b> .....	29
<b>Foydalanilgan adabiyotlar</b> .....	39

## 1. Kirish qismi:

### 1.1. XKT-10 bo'yicha kodlanishi:

<b>O42</b>	Qog'anoq pardalari barvaqt yorilishi
<b>O42.0</b>	Qog'anoq pardalari barvaqt yorilishi, keyingi 24 soat ichida tug'ruq boshlanishi
<b>O42.2</b>	Qog'anoq pardalari barvaqt yorilishi, olib borilayotgan davolashga bog'liq ravishda tug'ruq kechikishi
<b>O42.9</b>	Qog'anoq pardalari aniqlanmagan barvaqt yorilishi
<b>O41.1</b>	Amniotik suyuqlik va qog'anoq pardalari infeksiyasi
<b>O75.6</b>	Qog'anoq pardalari o'z-o'zidan yoki aniqlanmagan yorilishidan keyin tug'ruq kechikishi
<b>Havolalar:</b> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14392">https://mkb-10.com/index.php?pid=14392</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14418">https://mkb-10.com/index.php?pid=14418</a> <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14277">https://mkb-10.com/index.php?pid=14277</a>	

### XKT-11 Kodlari:

<b>JA89.Z</b>	Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan bog'liq bo'lgan ona uchun tibbiy yordam
<b>JA89.3</b>	Muddatdan oldin tug'ruqdagi qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan bog'liq bo'lgan ona uchun tibbiy yordam
<b>JA89.Y</b>	Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan bog'liq bo'lgan ona uchun boshqa aniqlangan tibbiy yordam
<b>JA89.2</b>	Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi bilan bog'liq bo'lgan dorilar yordamida tug'ruq faoliyatini to'xtatishdan keyingi ona uchun tibbiy yordam
<b>JA89.1</b>	Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi va tug'ruq faoliyatining 24 soat o'tgach boshlanishi bilan bog'liq bo'lgan ona uchun tibbiy yordam.
<b>JA89.0</b>	Qog'onoq pardaning tug'ruqdan oldin yorilishi va tug'ruq faoliyatining 24 soat ichida boshlanishi bilan bog'liq bo'lgan ona uchun tibbiy yordam.
<b>JA88.1</b>	Amniotik bo'shliq yoki parda infeksiyasi, xoriomniyonit bilan asoratlangan homiladorlik
<b>Havola:</b> <a href="https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01">https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01</a>	

**Klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025-yil, 2030-yilda qayta ko'rib chiqiladi yoki dalillarga asoslangan tibbiyot pozitsiyasidan yangi ma'lumotlar asosli qo'shimchalar/sharhlar paydo bo'lganda kiritiladi.

**Mazkur klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi.

### Klinik protokolni ishlab chiqishda hissa qo'shgan mutaxassislar:

<b>№</b>	<b>F.I.Sh.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
1	Nadirxanova N.S.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM
2	Abdullayeva L.M.	O'zR SSV bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TTA
3	Gafurova F.A.	kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, Akusherlik va ginekologiya, perinatal tibbiyot kafedrası

4	Karimova F.D.	kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRM, 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası
---	---------------	-----------------------------------	--

### Mualliflar ro'yxati:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupov U.Yu.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
2	Irgasheva S.U.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RIOvaBSIATM
3	Aliyeva D.A.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
4	Nishanova F.P.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
5	Mikirtichev K.D.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
6	Ilyasov A.B.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
7	Najmetdinova D.F.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
8	Shamsiyeva Z.I.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
9	Mansurova X.A.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
10	Abduraimov T.F.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
11	Yadgarova K.T.	ilmiy maslahatchi, t.f.n.	RIOvaBSIATM
12	Usmonov S.K.	ilmiy maslahatchi	RIOvaBSIATM
13	Kurbanov B.B.	kafedra mudiri, t.f.d.	ToshPTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası
14	Babajanova Sh.D.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RPM
15	Matyakubova S.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Xorazm viloyati filiali
16	Nasretdinova D.B.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Andijon viloyati filiali
17	Suyarkulova M.E.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Farg'ona viloyati filiali
18	Shodmonov N.M.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Jizzax viloyati filiali
19	Djumayev B.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Toshkent shahar filiali
20	Daminova R.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Namangan viloyati filiali
21	Dustmurodov B.M.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati №2-sonli filiali
22	Ashirbekova G.U.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Qoraqalpog'iston Respublikasi filiali
23	Xamroyeva L.K.	direktor	RIOvaBSIATM Samarqand viloyati filiali
24	Sadykova X.Z.	direktor	RIOvaBSIATM Sirdaryo viloyati filiali
25	Eshonkulov A.G.	direktor	RIOvaBSIATM Navoiy viloyati filiali
26	Ziyoyev A.M.	direktor	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati filiali
27	Jurayev N.B.	direktor	RIOvaBSIATM Buxoro viloyati filiali
28	Achilova S.I.	direktor	RIOvaBSIATM Qashqadaryo viloyati filiali

## Taqrizchilar:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupbayev R.B.	katta ilmiy xodim, bo‘lim boshlig‘i, t.f.d.	RIOVABSIATM, Fetal tibbiyot bo‘limi
2	Karimova F.D.	kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, 2-Akusherlik va ginekologiya kafedrası

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

*RPM* – Respublika perinatal markazi

*TXKMRRM* – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

Klinik bayonnoma OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2023-yil 7-aprel №1-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi. Klinik bayonnoma RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va 2023-yil 30-mart №5-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi. Ilmiy kengash raisi – t.f.d., professor Asatova M.M.

## Tashqi ekspert baho:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Tinatin Gagua	akusher-ginekolog, JSST eksperti, t.f.d.	D.Tvildiani nomidagi tibbiyot universiteti (Gruziya)

**Mazkur klinik bayonnoma O‘zbekiston Respublikasidagi BMT Aholishunoslik Jamg‘armasining (YUNFPA/UNFPA) texnikaviy ko‘magida o‘zbek tiliga tarjima qilindi**

## Qisqartmalar ro‘yxati:

<b>AQB</b>	–	arterial qon bosimi
<b>BGS</b>	–	B guruhi streptokokki
<b>DID</b>	–	dalillarning ishonchlilik darajasi
<b>GCP</b>	–	Good Clinical Practice – sifatli klinik amaliyot
<b>GKS</b>	–	glyukokortikosteroidlar
<b>JSST</b>	–	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
<b>MEH</b>	–	muddatiga yetmagan homiladorlikda qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi
<b>QPBYo</b>	–	qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi
<b>RDS</b>	–	respirator distress-sindrom
<b>RKT</b>	–	randomizatsiya nazorati ostida o‘tkazilgan klinik tadqiqotlar
<b>SRO</b>	–	S-reaktiv oqsil
<b>TOQPYo</b>	–	tug‘ruqdan oldin qog‘anoq pardalari yorilishi
<b>UTT</b>	–	ultratovush tekshiruvi
<b>XA</b>	–	xorioamnionit
<b>YuUT</b>	–	yurak urishi tezligi

**Klinik bayonnomani ishlab chiqishdan maqsad:** dalillarga asoslangan ma‘lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi va xorioamnionit holatlarida yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiiq etish.

**Bayonnomadan foydalanuvchi guruhlar:** akusher-ginekologlar, oilaviy shifokorlar, terapevtlar, laborantlar, sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, klinik farmakologlar, tibbiyot OTM oʻqituvchilari, talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari va aspirantlari.

**Bemorlar toifasi:** qogʻanoq pardalari barvaqt yorilishi va xorioamnionit holatlari mavjud muddatiga yetgan va muddatiga yetmagan homilador ayollar.

**Klinik bayonnomaning tavsiyalariga rioya qilish:**

Klinik bayonnomada ishlab chiqilayotgan paytda amalda boʻlgan dalillarga muvofiq umumiy koʻrinishdagi tavsiyalar taqdim etilgan.

Amaliyotda mazkur bayonnomaning tavsiyalaridan tashqari chiqish toʻgʻrisida qaror qabul qilinayotgan boʻlsa, u holda shifokor-klinitsistlar bemorning kasallik tarixida quyidagi maʼlumotlarni qayd etishlari lozim boʻladi:

- kim tomonidan ushbu qaror qabul qilingani;
- bayonnomaning tavsiyalaridan tashqari chiqish toʻgʻrisidagi qabul qilinayotgan qarorning batafsil asosi;
- bemorni olib borish boʻyicha qanday tavsiyalar qabul qilingani toʻgʻrisida.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha boʻlimlarini qamrab olmaydi, bu, shifokorlar bemorning ehtiyojlarini inobatga olgan holda, hurmat bilan maxfiy muloqot tamoyilini saqlagan holda, individual olib borish taktikasini bemorlar bilan muhokama qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarur boʻlganda, tarjimon xizmatlaridan foydalanish.
- Bemorga maslahat berish va olib borish taktikasi yoki aniq bir muolajani oʻtkazish uchun rozilikni olish.
- Qonun talablari doirasida va professional xulq-atvor standartlariga rioya qilgan holda yordam koʻrsatish.
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday olib borish va yordam koʻrsatish taktikalarini hujjatlashtirish.

**Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi**

<b>Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi</b>	
A	Kuchli tavsiya (barcha koʻrib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim oʻrinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar boʻyicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim koʻrib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim oʻrinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar boʻyicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (koʻrib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim oʻrinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar boʻyicha xulosalari kelishilmagan)

## 2. Asosiy qism

### 2.1 Kirish

**Tug‘ruqdan oldin qog‘anoq pardalari yorilishi** homilador ayollarning taxminan 8% da uchraydi va odatda tug‘ruq faoliyati tez boshlanishi va tug‘ruq sodir bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. O‘tkazilgan bir katta RKTda kutish taktikasi bilan olib borilgan TOQPYo mavjud ayollarning yarmida qog‘anoq pardalari yorilishidan tug‘ruqqacha bo‘lgan vaqt 33 soatlik intervalni tashkil etgan va oksitotsin infuziyasi yoki prostaglandin qo‘llanilgan (kutish taktikasi vaqtida induksiyani (tug‘ruqni chaqirish) o‘tkazish uchun ko‘rsatma yoki kutish taktikasi bilan olib borilganda 4-kunlik vaqt o‘tgandan so‘ng)) hamda qog‘anoq pardalari yorilgan 95% ayollarda 94-107 soat ichida tug‘ruq sodir bo‘lgan. Suvsizlik davri davomiyligi ortishi bilan intraamniotik va homila ichi infeksiyasi kabi TOQPYoning ona uchun ahamiyatli asoratlar rivojlanishi xavfi ortadi.

**Muddatiga yetmagan homiladorlikda qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi** – bu muddatidan oldingi tug‘ruq bilan bog‘liq bo‘lgan eng keng tarqalgan aniqlanadigan omil hisoblanadi. MEH QPBYo homiladorliklarning taxminan 2-3% ni og‘irlashtiradi va muddatidan oldingi tug‘ruqlarning 1/3 qismini tashkil qiladi. Akusherlik taktika yoki klinik ko‘rinishidan qat‘i nazar, MEH QPBYoning kamida 50% holatlarda 1 hafta ichida tug‘ruq sodir bo‘ladi. Kamdan kam holatlarda, MEH QPBYoda ijobiy perinatal natijalar bilan tug‘ruq yakunlanishi va qog‘anoq suvlari hajmi normallasishi bilan birgalidka qog‘anoq suvlarining ketishi to‘xtab qolishi mumkin. MEH QPBYoda klinik ko‘rinishi yaqqol bo‘lgan intraamniotik infeksiya taxminan 15-25% va tug‘ruqdan keyingi infeksiya esa 15-25% holatlarda yuzaga keladi. Homiladorlikning erta muddatlarida infeksiyalanish chastotasi yuqoriroq turadi. MEH QPBYoning 2-5% holatlari yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi bilan yakunlanadi. MEH QPBYoda respirator distress-sindrom, neonatal sepsis, miya qorinchasi ichi qon quyilishi, nekrozga olib keluvchi enterokolit, nerv tizimi buzilishlari kabi chala tug‘ilish bilan bog‘liq bo‘lgan asoratlar homila uchun ahamiyatli hisoblanadi.

**Perivital (hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda) qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi.** Homilaning hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda qog‘anoq pardalari yorilishi homiladorliklarning 1% dan kam holatlarda uchraydi. Perivital QPBYoda perinatal o‘lim odatda o‘lik tug‘ilish va neonatal o‘lim o‘rtasida teng taqsimlangan bo‘ladi. Intraamniotik infeksiya, endometrit, yo‘ldoshning barvaqt ko‘chishi va yo‘ldosh ajralishining kechikishi onada og‘ir asoratlarga olib kelishi mumkin. 1-5% holatlarda perivital QPBYo kutish taktikasi bilan olib borilishi onaning hayoti uchun xavfli bo‘lgan infeksiya – sepsis bilan asoratlanishi mumkin. Perivital QPBYo holatlarining taxminan 70-80% da qog‘anoq pardalari yorilishidan so‘ng 2-5 hafta ichida o‘z-o‘zidan tug‘ruq sodir bo‘ladi. Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar o‘pka gipoplaziyasi 2-20% holatlarda uchraydi. Homiladorlikning kichik muddati va qoldiq qog‘anoq suvlarining kichik hajmi o‘pka gipoplaziyasi bilan kasallanish darajasini aniqlovchi asosiy omil hisoblanadi.

### 2.2 Atamalar

- **Qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi** – homiladorlik muddatidan qat‘i nazar tug‘ruq faoliyati boshlangunga qadar qog‘anoq pardalari yorilishi va qog‘anoq suvlari ketishi.
- **Tug‘ruqdan oldin qog‘anoq pardalari yorilishi** – muddatiga yetgan ( $37^{+0}$  hafta va unda katta) homiladorlikda qog‘anoq pardalari yorilishi.
- **Muddatiga yetmagan homiladorlikda qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi** – muddatiga yetmagan ( $36^{+6}$  haftalik muddatiga qadar) homiladorlikda qog‘anoq pardalari yorilishi.
- **Qog‘anoq pardalari o‘z vaqtida yorilishi** – tug‘ruq paytida bachadon bo‘yni ochilishi kamida 5-6 sm ni tashkil qilganda qog‘anoq pardalari yorilishi.

- **Latent davr** – to‘lg‘oq boshlanishi va qog‘anoq pardalari yorilishi orasidagi vaqt. Homiladorlik davrida QPBYo qanchalik erta sodir bo‘lsa, latent davri shunchalik uzoq davom etadi.
- **Suvsizlik davri** – homila tug‘ilishi va qog‘anoq pardalari yorilishi orasidagi vaqt.
- **Xorioamnionit yoki intraamniotik infeksiya** – polimikrob assotsiatsiyalar tufayli kelib chiqqan qog‘anoq pardalari, qog‘anoq suvlari, detsidual to‘qima va homilaning infeksiyali yallig‘lanishi.

## 2.3 Etiologiyasi

Qog‘anoq pardalari yorilishi turli sabablarga ko‘ra sodir bo‘lishi mumkin. Tug‘ruqdan oldin qog‘anoq pardalari yorilishi bachadon tonusi va uning qisqarishlari natijasida hosil bo‘ladigan surilish kuchlari bilan birgalikda qog‘anoq pardalarining fiziologik zaiflashishi natijasida yuzaga keladi.

MEH QPBYo mustaqil yoki birgalikda kuzatilishi mumkin bo‘lgan quyidagi keng spektrli patologik mexanizmlar natijasida yuzaga kelishi mumkin:

- intraamniotik infeksiya;
- anamnezda QPBYo;
- qisqargan bachadon bo‘yni ( $\leq 25$  mm);
- homiladorlikning ikkinchi yoki uchinchi trimestrilarida qon ketishi;
- past tana vazni indeksi ( $< 19$  kg/m<sup>2</sup>);
- past ijtimoiy-iqtisodiy holat;
- tamaki mahsulotlarini chekish;
- giyohvand moddalarni iste‘mol qilish;
- anamnezda subxorial gematoma/qon ketishi.

Ma‘lum xavf omillar mavjudligiga qaramasdan, QPBYo ko‘pincha aniq bo‘lgan sabablarsiz ham sodir bo‘lishi mumkin.

## 2.4 Tasnifi

Homiladorlik muddatiga qarab, QPBYoning quyidagi turlari ajratiladi:

<b>Tug‘ruqdan oldin qog‘anoq pardalari yorilishi</b>	muddati yetgan ( $\geq 37^0$ haftada) homiladorlikda qog‘anoq pardalari yorilishi
<b>Muddatiga yetmagan homiladorlikda qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi</b>	muddatiga yetmagan ( $\leq 37^0$ haftada) homiladorlikda qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MEH QPBYo kechki muddatiga yetmagan homiladorlikda (<math>34^{+0}</math>-<math>36^{+6}</math> haftada)</li> <li>▪ MEH QPBYo muddatiga yetmagan homiladorlikda (<math>24^{+0}</math>-<math>33^{+6}</math> haftada)</li> </ul>
<b>Perivital (hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda) qog‘anoq pardalari barvaqt yorilishi</b>	homilaning hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda qog‘anoq pardalari yorilishi ( $< 24$ haftada)

## 2.5 Diagnostika va monitoring

QPBYo tashxisi anamnez va fizikal tekshiruv ma‘lumotlari asosida qo‘yilishi mumkin. Tekshiruvlar infeksiya tushish xavfini minimallashtirgan holda o‘tkazilishi kerak.

QPBYo mavjud barcha ayollarda homiladorlik muddati, homilaning joylashishi (kelgan qismi) va uning holati aniqlanishi kerak.

A	Keyingi olib borish taktikasini belgilash maqsadida ohirgi hayz davri va UTT (maqbul ravishda homiladorlikning 1-trimestrida o'tkazilgan UTT) ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik davri va tug'ruq muddatini aniqlash tavsiya etiladi.
---	--

A	<p>QPBYo tashxisi quyidagi klinik tekshiruvlar asosida qo'yiladi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>ko'zgular yordamida ko'zdan kechirganda</b> qog'anoq suvlari bachadon bo'yni kanalida ajraladi yoki qinda aniqlanadi;</li> <li>▪ <b>qin (vaginal) sekreti pH-metriyasini o'tkazish</b> (ishqoriy reaksiya);</li> <li>▪ <b>nurli mikroskopiyada quritilgan qin sekreti arborizatsiyasi/kristallizatsiyasi</b> qirqquloq ("paporotnik") simptomi.</li> </ul>
---	--

**Ko'zgular yordamida ko'zdan kechirish** QPBYouni aniqlash, servitsit mavjudligini baholash, kindik tizimchasi yoki homilaning qismlari tushib qolishi, bachadon bo'yni ochilishi va, ko'rsatmalar bo'lganda, qin surtmasini olish imkonini beradi.

Bachadon bo'ynini qo'l orqali (vaginal) tekshiruvini o'tkazish tavsiya etilmaydi, chunki ushbu tekshiruv ko'zgular yordamida ko'zdan kechirganda olingan natijalarga qo'shimcha ma'lumot bera olmaydi va infeksiya tushish xavfini oshiradi.

Quyidagi holatlarda qo'l orqali (vaginal) tekshiruvi o'tkaziladi:

- bachadon qisqarishlari faollashganda (ehtimol, ayolda tug'ruq faoliyati boshlanganda);
- faol taktika bilan olib borish doirasida zudlik bilan tug'ruq induksiyasini boshlash zarurati kelib chiqqanda.

**Qin (vaginal) sekreti pH-metriyasini o'tkazish.** Vaginal sekretining rN normada 3,8-4,5 ni va qog'anoq suvlari rN odatda 7,1-7,3 ni tashkil qiladi. Qinda sperma yoki qon, ishqoriy antiseptiklar, ba'zi lubrikantlar, trixomonadalar yoki bakterial vaginoz mavjud bo'lganda noto'g'ri musbat natijalar olinishi mumkin. Uzoq suvsizlik davrida va qog'anoq pardalarining miqdori kam bo'lganda noto'g'ri manfiy natijalar olinishi mumkin.

**Ultratovush tekshiruvi.** Amniotik suyuqlik hajmini UTTda aniqlash QPBYou diagnostikasida qo'shimcha ravishda foydali bo'lishi mumkin. QPBYou mavjud aksariyat homilador ayollarda oligogidramnion (kam suvlik) holati kuzatiladi, ya'ni homiladorlik muddatiga qaraganda amniotik suyuqlikning hajmi kamroq bo'ladi. UTT bo'yicha mutaxassislar orasida oligogidramnion mezonlari bir oz farq qiladi, biroq, amniotik suyuqlikning maksimal vertikal cho'ntagi <2 sm chuqurlikda yoki amniotik suyuqlik indeksi ≤5 sm ni tashkil qilishi mumkin. UTTda amniotik suyuqlik hamji kamaygan QPBYou mavjud aksariyat homilador ayollarda katta ehtimol bilan qog'anoq pardalari yorilishidan so'ng 7 kun ichida tug'ruq sodir bo'ladi.

**Fetal fibronektin** sezuvchan, biroq, QPBYouning diagnostikasida nospetsifik tekshiruv hisoblanadi: musbat tekshiruv natijasi (konsentratsiyasi 50 ng/ml yoki undan yuqori) QPBYouning diagnostik belgisi hisoblanmaydi, shunga mos ravishda manfiy tekshiruv natijasi (konsentratsiyasi 50 ng/ml yoki undan pastroq) qog'anoq pardalari intaktligidan (yorilmaganligi) dalolat beradi.

QPBYouda intraamniotik infeksiya belgilarini muntazam ravishda baholash tavsiya etiladi.

A	XAni erta tashxislash uchun umumiy termometriyani o'tkazish, onaning YuUS, bachadon qisqarishlari, qin ajralmalari xususiyati va stetoskop yordamida homilaning YuUS baholash tavsiya etiladi.
---	--

Intraamniotik infeksiya belgilarini har 4 soatda baholash tavsiya etiladi.

Periferik qonda **leykotsitlar miqdori** tug'ruq sodir bo'lgunga qadar har kuni baholanadi. Kortikosteroidlar yuborilgandan keyin 24 soat o'tgach, leykotsitlar miqdori ortishi va GKSning ohirgi dozasi yuborilgandan keyin 3 kun o'tgach, dastlabki ko'rsatkichlarga qaytishini unutmang.

Leykotsitoz intraamniotik infeksiyaning nospetsifik indikatorini hisoblanadi.  $>15 \times 10^9/l$  darajali leykotsitoz XAning belgisi hisoblanadi.

Infeksiyaning klinik belgilari kuzatilmaganda **umumiy qon tahlili** 3 kunda 1 marotaba olinadi.

QPB Yoda va intraamniotik infeksiya belgilari mavjud bo'lmaganda yoki unga gumon qilinganda **SRO va qin surtmalarini** muntazam ravishda tekshirish tavsiya etilmaydi. Leykotsitlarga qaraganda S-reaktiv oqsilining axborot berish darajasi yuqoriroq turadi (gistologik xorioamnionit diagnostikasida SROning sezgirliigi 68,7% ni, spetsifikliigi 77,1% ni tashkil qiladi). SROning  $>5$  mg/l darajasi XAning belgisi hisoblanadi.

<b>A</b>	QPB Yoda rekto-vaginal ajralmalarni BGS tashuvchilik bo'yicha mikrobiologik (kultural) tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi.
----------	--

Homilaning holatini baholash: **UTT va dopplerometriya orqali fetoplatsentar tizimda qon oqimi** 7 kunda 1 marotaba baholanadi.

## 2.6 Davolash

QPB Yo mavjud homilador ayollar quyidagi holatlarga ko'ra regionalizatsiyalash tamoyillariga muvofiq hospitalizatsiya qilinadi:

- 1-darajali muassasa – muddatiga yetgan homiladorlik;
- 2-darajali muassasa – homiladorlikning 32-37 haftalik muddatlarida;
- 3-darajali muassasa – homiladorlikning muddati 32 haftadan kichik bo'lganda.

QPB Yo mavjud homilador ayollarni olib borish taktikasi hali ham munozarali bo'lib qolmoqda.

Kutish taktikasi bilan olib borish xavflariga (infeksiya, yo'ldosh ko'chishi va kindik tizimchasi tushib qolishi) qaraganda homiladorlik muddati va zudlik bilan tug'dirib olishning nisbiy xavflarini baholashga bog'liq.

Shunga ko'ra, QPB Yoda quyidagilar zarur:

- homiladorlik muddatini aniq belgilash;
- ona, homila va yangi tug'ilgan chaqaloq uchun xavflarni baholash.

**2.7 Nomedikamentoz davo:** qo'llanilmaydi.

## 2.8 Medikamentoz davo

### Kortikosteroidlarni antenatal tayinlash

Kortikosteroidlarni antenatal tayinlash onalar uchun nisbatan xavfsiz hisoblanadi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda quyidagi asoratlar rivojlanishini kamaytirishi bilan bog'liq:

- neonatal o'lim;
- RDS;
- serebrovaskulyar qon quyilishlar;
- nekrozga olib keluvchi enterokolit;
- yordamchi O'SVga bo'lgan ehtiyoj;
- intensiv terapiya bo'limiga o'tkazish;
- hayotning dastlabki 48 soat ichida tizimli infeksiyalar rivojlanishi.

<b>A</b>	Bir homilalik yoki ko'p homilalik tug'ruq sodir bo'lishi kutilayotganligidan qat'i nazar, muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lgunga qadar 7 kun o'tmasdan kortikosteroidlarni antenatal tayinlash respirator distress-sindromi chastotasi, perinatal va neonatal o'lim holatlari sonini sezilarli darajada kamaytiradi.
----------	--

<b>A</b>	<p>Homiladorlikning 24<sup>+0</sup>-34<sup>+6</sup> haftalik muddatlarida muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish ehtimoli yuqori bo‘lgan homilador ayollarga va quyidagi shartlarga rioya qilgan holda, antenatal kortikosteroid terapiyani tayinlash tavsiya etiladi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ homiladorlik muddati aniq belgilanishi;</li> <li>▪ terapiya boshlangandan so‘ng 7 kun ichida muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish ehtimoli yuqori bo‘lishi;</li> <li>▪ onada infeksiyaning klinik belgilari bo‘lmasligi;</li> <li>▪ muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lganda ona va yangi tug‘ilgan chaqaloqqa adekvat yordam berish imkoni (shu jumladan reanimatsiya tadbirlari, gipotermiyani oldini olish, respirator qo‘llab-quvvatlash, infeksiyani davolash, oziqlantirishni qo‘llab-quvvatlash) mavjud bo‘lishi.</li> </ul>
----------	---

To‘g‘ri kelmaydigan ayollar toifasida (muddatiga yetgan homiladorlikda) kortikosteroidlar noo‘rin tayinlanishiga yo‘l qo‘yilmasligi uchun homiladorlik muddatini to‘g‘ri aniqlash zarur. Ushbu holatlarda birinchi trimestrdagi o‘tkazilgan dastlabki UTT ma‘lumotlariga ko‘ra homiladorlik muddatini aniqlash tavsiya etiladi.

7 kun ichida muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish ehtimoli yuqori bo‘lgan holatlarga quyidagilar kiradi:

- QBPYO;
- qog‘anoq pardalari yorilmagan holatida muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish xavfi (bachadon bo‘yni <25 mm gacha qisqarganda va bachadon qisqarishlari kuzatilganda);
- qog‘anoq pardalari yorilmagan holatida spontan rivojlangan muddatidan oldingi tug‘ruq (muddatidan oldingi tug‘ruq mezonlariga soatiga kamida 6 ta muntazam bachadon qisqarishlari va bachadon bo‘yni  $\geq 3$  sm ochilishi yoki  $\geq 75\%$  ga yupqalashishi kiradi);
- tug‘ruq induksiyasi o‘tkazilishi yoki kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali rejalashtirilgan muddatidan oldin tug‘dirib olish.

Homila yashab ketish ehtimoli past bo‘lganligi tufayli homiladorlikning <24<sup>+0</sup> haftalik muddatlarida kortikosteroidlarni tayinlash o‘zini oqlamagan.

**Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun potensial xavf tug‘ilishi tufayli muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish ehtimoli past bo‘lgan homilador ayollarga antenatal kortikosteroidlarni “har ehtimolga qarshi” tayinlash tavsiya etilmaydi**

<b>C</b>	<p>Kechki muddatiga yetmagan homiladorlikda kortikosteroidlarni qo‘llashning foydasi va xavfsizligi bo‘yicha yetarli darajada tadqiqotlar va isbotlangan dalillar mavjud emas, shuning uchun 35<sup>+0</sup>-36<sup>+6</sup> haftalik muddatlarda kortikosteroidlarni muntazam ravishda tayinlash tavsiya etilmaydi.</p>
----------	--

Kechki muddatidan oldingi tug‘ruqlarda steroidlar yangi tug‘ilgan chaqaloqning respirator tizimiga qisqa muddatli ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi, biroq, neonatal gipoglikemiya, shuningdek, yetilgan muddatda tug‘ilgan bolalarda rivojlanish kechikishi, ruhiy va xulq-atvor buzilishlari rivojlanish ehtimolini oshiradi.

<b>GCP</b>	<p>Onalari steroidlarni qabul qilgan kechki muddatiga yetmagan yoki muddatiga yetgan homiladorlikdan tug‘ilgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda glikemik statusni baholash va qabul qilingan standartlarga muvofiq olib borish tavsiya etiladi.</p>
------------	--

<b>C</b>	<p>Kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug‘dirib olinishi rejalashtirilgan ayollarda homiladorlikning 37<sup>+0</sup>-38<sup>+6</sup> haftalik muddatlarida kortikosteroidlarni qo‘llash tavsiya etilmaydi.</p>
----------	---

Tabiiy tug‘ruq yo‘llari orqali tug‘ilgan bolalarga qaraganda kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug‘dirib olingan bolalarda RDS, tranzitor taxipnoe rivojlanishi va yangi tug‘ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya bo‘limiga o‘tkazish xavfi yuqoriroq turadi. Muddatiga yetgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda

respirator kasalliklar rivojlanish xavfi past (~5%) bo'radi va homiladorlik muddati ortishi bilan kamayadi.

Muddatiga yetgan homiladorlikda antenatal kortikosteroidlar RDS, tranzitor taxipnoe rivojlanishi va yangi tug'ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya bo'limiga o'tkazish xavfini kamaytirishi bo'yicha dalillar yetarli emas. Homiladorlikning 35<sup>+0</sup> haftalik muddatlarida kortikosteroidlar qo'llanilishi neonatal gipoglikemiya, bolalarda rivojlanish kechikishi, ruhiy va xulq-atvor buzilishlari rivojlanish ehtimolini oshiradi.

Kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug'dirib olinishi rejalashtirilgan muddatiga yetgan homiladorlikda kortikosteroidlar noo'rin tayinlanishiga yo'l qo'yilmasligi uchun homiladorlikning 39<sup>+0</sup> haftalik muddatiga qadar kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazmaslik tavsiya etiladi.

C	Mukammal holda kesar kesish jarrohlik amaliyotini homiladorlikning 39 <sup>+0</sup> haftalik va undan katta muddatlarda o'tkazish tavsiya etiladi.
---	--

C	Ko'p homilalik (ikki, uch) homiladorlikda antenatal kortikosteroidlar bir homilalik homiladorlikdagi muddatlarda qo'llanilgani kabi qo'llaniladi.
---	---

Ko'p homilalik homiladorliklar antenatal kortikosteroidlarni qo'llash bo'yicha ko'plab tadqiqotlarga kiritilmaganligi tufayli ikki va uch homilalik homiladorliklarda steroidlarning samaradorligi bo'yicha juda kam dalillar mavjud. Bir yoki ko'p homilalik homiladorliklarda kortikosteroidlar qo'llanilganda ta'siri ham turlichaligi bo'yicha to'g'ridan-to'g'ri dalillar kam.

C	Muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lish ehtimoli yuqori bo'lgan va qondagi glyukoza darajasini optimallashtirishga yo'naltirilgan muolajalar o'tkazilishi kerak bo'lgan pregestatsion va gestatsion diabeti mavjud homilador ayollarda antenatal kortikosteroid terapiyani qo'llash tavsiya etiladi.
---	---

Qandli diabet homila o'pkasi yetilishi uchun antenatal kortikosteroid terapiyani o'tkazishga qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi. Kortikosteroidlarni yuborgandan keyin onaning qondagi glyukoza darajasi biroz o'tgach ko'tariladi va 5 kun davomida yuqori darajada saqlanib turishi mumkin. Kortikosteroidlarni qabul qilayotgan diabeti mavjud homilador ayollarga kelishilgan protokolga muvofiq qo'shimcha miqdorda insulinni yuborish va diqqat bilan kuzatuv olib borish kerak bo'ladi.

C	Muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lish ehtimoli yuqori bo'lgan va gipertenziv buzilishlari mavjud homilador ayollarda antenatal kortikosteroid terapiyani qo'llash tavsiya etiladi.
---	---

C	Homilaning vazni normal bo'lgan yoki HO'CHS bo'lmagan homilador ayollarda qo'llanilgani kabi homiladorlik muddatiga nisbatan homilasi kichik bo'lgan yoki HO'CHS mavjud homilador ayollar ham antenatal kortikosteroid terapiyani qabul qilishlari zarur.
---	---

C	Xorioamnioniti yoki boshqa gumon qilinayotgan yoki klinik jihatdan namoyon bo'layotgan tasdiqlangan bakterial, shu jumladan tizimli infeksiyasi, masalan sepsis yoki sil kasalligi (tuberkulez) mavjud homilador ayollarda antenatal kortikosteroid terapiyani o'tkazish tavsiya etilmaydi.
---	---

Kortikosteroidlar immun tizimini bostiradi, shuning uchun ularni qo'llashda latent infeksiyalar faollashishi yoki zamburug' infeksiya og'irlashishi xavfi mavjud. O'z o'rnida, bu tizimli infeksiyasi mavjud homilador ayollarda infeksiyaga qarshi immun javobni nazariy jihatdan bostirishi mumkin. Tizimli infeksiya mavjud bo'lganda, antenatal kortikosteroidlarning bola uchun potensial ijobiy ta'sirlari ham bolada, ham onada og'ir tizimli infeksiya og'irlashishining ta'siri bilan teng.

C	Agarda tug'dirib olishga ko'rsatmalar ayol yoki uning homilasiga ta'sir ko'rsatayotgan bo'lsa, tug'ruq oldi kortikosteroidlarni yuborish uchun tug'dirib olishni kechiktirmaslik
---	--

zarur.

Antenatal kortikosteroidlarning ikki turi: **deksametazon** va **betametazon** keng miqyosda sinovdan o'tgan va klinik amaliyotda foydalanish uchun tavsiya etiladi. Bular sintetik ftorlangan kortikosteroidlar hisoblanadi.

- A** GKSning tavsiya etilgan tayinlash tartiblari:
- **deksametazon**: 12 soatlik interval bilan 6 mg dan 4 ta doza m/o (umumiy 24 mg);
  - **betametazon**: 24 soatlik interval bilan 12 mg dan 2 ta doza m/o (umumiy 24 mg).

Deksametazon va betametazon qo'llanilgandan keyin 2 yil o'tgach RDS, perinatal o'lim, neyrosensor nogironlik chastotasida farq aniqlanmaganligi bir qator tadqiqotlarning tahlilida ko'rsatilgan. Deksametazon qo'llanilishi miya qorinchasi ichi qon quyilishi xavfi kamayishiga ko'proq olib kelgan. Garchi ayollarning aksariyati betamezon yuborilganda inyeksiya qilingan joyda noquyaylik sezgan bo'lishsa ham, ikki dori-vositaning nojo'ya ta'sirlari bir-biriga o'xshash.

**Kortikosteroidlarning samaradorlik muddatlari:**

- C**
- agarda tug'ruq boshlangunga qadar 48 soat ichida dastlabki doza yuborilgan bo'lsa, antenatal kortikosteroidlar qo'llanilishi neonatal o'limni samarali kamaytiradi;
  - tug'ruq boshlangunga qadar 24 soat ichida dastlabki doza yuborilganda samarali bo'ladi, shuning uchun agarda 24 soat ichida tug'ruq sodir bo'lishi ehtimoli yuqori bo'lsa ham, kortikosteroidlarni yuborish kerak;
  - yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun antenatal kortikosteroidlarning foydasi dastlabki doza yuborilgandan keyin 7 kun mobaynida saqlanib turadi.

- C** Kortikosteroidlarning to'liq davolash kursi tugatilishi kutilmayotgan bo'lsa ham, antenatal kortikosteroidlar terapiyasi tayinlanishi kerak.

- B** Yo'ldosh orqali o'tishi mumkin bo'lgan (gidrokortizon), peroral dori-vositalar yoki homilaga to'g'ridan-to'g'ri yuboriladigan boshqa (deksametazon yoki betametazondan tashqari) antenatal kortikosteroidlarni qo'llash tavsiya etilmaydi.

- C** Muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lish ehtimoli yuqori bo'lgan va avvalgi terapiyadan keyin 7 kun o'tgan bo'lsa ham, antenatal kortikosteroidlarning shoshilinch takroriy terapiyasi o'tkazilishi mumkin.

Antenatal kortikosteroidlarning qo'shimcha terapiyasini tavsiya etish bo'yicha ma'lumotlar soni cheklangan. Antenatal kortikosteroidlarning bir martalik takroriy kursi neonatal kasallanish (RDS, bronx-o'pka displaziyasi, miya qorinchasi ichi qon quyilishi, nekrozga olib keluvchi enterokolit, periventrikulyar leykomalyatsiya), surfaktantga va respirator qo'llab-quvvatlashga bo'lgan ehtiyojni kamaytirishi mumkin deb hisoblanadi. Antenatal kortikosteroidlarning bir martalik takroriy kursi qo'llanilishi homiladorlik muddatiga nisbatan homila kichik bo'y va vazn bilan tug'ilish xavfi ortishi haqida ayollarni xabardor qilish kerak.

## Tokoliz

QPB Yo mavjud homilador ayollarda tokolizning samarasi yoki mumkin bo'lgan zarari bo'yicha ma'lumotlar soni cheklangan. Tokolitiklar perinatal natijalarni yaxshilashini ta'kidlash munozarali bo'lib qolmoqda.

Tokolitik terapiya faqatgina quyidagi holatlarda o'tkaziladi:

- antenatal kortikosteroidlarning bir kursini o'tkazish, *va/yoki*
- tug'ruqdan keyin chala tug'ilgan chaqaloq adekvat parvarishni (shu jumladan reanimatsiya, kenguru usuli yordamida onani parvarish qilish, termal parvarish, oziqlantirishni qo'llab-

quvvatlash, infeksiyani davolash va respirator qo‘llab-quvvatlash, shu jumladan nafas yo‘llarida musbat bosim) olishi mumkin bo‘lgan tibbiyot muassasaga onani o‘tkazish uchun.

QPBYo mavjud homilador ayollarda intraamniotik infeksiya belgilari mavjud bo‘lmaganda tokolitiklar qo‘llanilishi mumkin.

<b>C</b>	Muddatidan oldingi tug‘ruq sodir bo‘lish ehtimoli yuqori bo‘lgan shoshilinch va qo‘llab-quvvatlovchi tokolitik terapiya sifatida quyidagi holatlarda nifedipin qo‘llaniladi: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ spontan muddatidan oldingi tug‘ruqqa gumon qilinganda yoki tashxis qo‘yilganda (bachadon qisqarishlari kuzatilganda);</li><li>▪ homiladorlikning 24<sup>+0</sup>-34<sup>+6</sup> haftalik muddatlarida.</li></ul>
----------	--

### Nifedipin tanlov dori-vositasi hisoblanadi

#### **Nifedipinni qo‘llash usullari va dozirovkasi:**

Shoshilinch tokoliz – 48 soatdan oshmagan vaqt davomida perinatal markazga o‘tkazish va/yoki kortikosteroidlar kursini yakunlash uchun qo‘llaniladi.

- 20 mg per os, keyin, agarda bachadon qisqarishlari to‘xtamasa, 30 daqiqadan so‘ng 20 mg takroran, keyinchalik ko‘rsatmalarga muvofiq har 6-8 soatda 48 soat davomida 20 mg dan *yoki*
- 10 mg per os, keyin, zaruratga ko‘ra, har 30 daqiqada 10 mg dan (dastlabki 1 soat ichida maksimal dozirovkasi 10 mg ni tashkil qiladi), keyinchalik ko‘rsatmalarga muvofiq har 4-8 soatda 48 soat davomida 10 mg dan.

#### **Nifedipinning maksimal sutkalik dozasi 160 mg ni tashkil qiladi.**

Qo‘llab-quvvatlovchi tokoliz: qo‘llab-quvvatlovchi terapiyaning afzalliklari yetarlicha o‘rganilmagan va qo‘shimcha tadqiqotlar o‘tkazilishini talab qiladi. JSSTning (2022-y.) tavsiyalariga ko‘ra ayolni yuqoriroq darajali muassasaga o‘tkazishni rejalashtirish bosqichida klinik amaliyotda qo‘llab-quvvatlovchi tokolizni qo‘llash maqbul hisoblanadi:

- 10 mg dan per os har 6 soatda 2-7 kun davomida RDSni oldini olish kursi tugatilgunga yoki 2-chi, 3-chi darajali muassasaga o‘tkazilgunga qadar.

#### **Nojo‘ya ta’sirlari:**

- gipotenziya (AQB normal bo‘lgan ayollarda kamdan-kam kuzatiladi);
- taxikardiya;
- bosh og‘rig‘i, bosh aylanishi, ko‘ngil aynishi.

#### **Tavsiya etilgan monitoring:**

- bachadon qisqarishlari kuzatilganda homila YUUSni davomiy kuzatish;
- dastlabki birinchi soat ichida YUUS, AQBni har 30 daqiqada, keyin
- dastlabki 24 soat ichida har 1 soatda, keyin har 4 soatda.

**Oksitotsin retseptori antagonistlari va azot oksidi donatorlari** homiladorlik muddatini uzaytirishi mumkin, biroq, aksariyat holatlarda mavjud bo‘lmaydi va katta miqdorda mablag‘ talab qiladi. Hozirgi kunda amaliyotda muntazam ravishda ularni qo‘llash imkoni mavjud emas.

**Siklooksigenaza ingibitorlari – indometatsin.** Tokolitik ta’sirga ega (tug‘ruqni 48 soatgacha kechiktirish) va homiladorlikning 28 haftalik muddatigacha qo‘llanilishi ko‘rib chiqilishi mumkin. Arterial nayi yopilishi va homilada kam suvlikka olib keluvchi potensial buyrak disfunktsiya rivojlanishi yuqori xavfi tufayli uchinchi trimestrda qo‘llanilishi taqiqlangan.

#### **Nojo‘ya ta’sirlari:**

- ona tomonidan: ko‘ngil aynishi, reflyuks, gastrit;
- homila tomonidan: arterial nayi barvaqt yopilishi, oligouriya va kam suvlik gipotenziya (uzoq vaqt davomida hamda homiladorlikning 28 hafta va undan katta muddatlarda qo‘llanilganda).

**Tavsiya etilgan monitoring:**

- qon ivishi tizimi buzilishi;
- qon ketishi;
- jigar funksiyalari buzilishi;
- yara kasalligi;
- aspinga o'ta yuqori sezuvchanlik.

Garchi **betamimetiklar** muddatidan oldingi tug'ruqni kamida 48 soatga kechiktirishda haqiqatan ham samarali bo'lsada, ba'zida onaning hayotiga xavf soluvchi nojo'ya ta'sirlarning yuqori xavfi tufayli ularni tokolitik dori-vosita sifatida qo'llash tavsiya etilmaydi.

**Magniy sulfati.** Yaqqol tokolitik ta'siri mavjud emas va tokolitik dori-vosita sifatida qo'llash tavsiya etilmaydi. Homila neyroproteksiyasi uchun qo'llaniladi.

<b>C</b>	Tokolitik terapiyani o'tkazish uchun faqatgina bir dori-vositani qo'llash tavsiya etiladi, chunki kombinatsiyalangan tokolitik terapiyaning afzalliklari mavjud emas.
----------	---

<b>B</b>	Homiladorlikning 35 <sup>+0</sup> -36 <sup>+6</sup> haftalik muddatlarida sodir bo'lgan MEH QPBYoda tokolitik terapiyani qo'llash tavsiya etilmaydi.
----------	--

**Antibiotikoprofilaktika**

QPBYo B guruhi streptokokklari (*Streptococcus agalactiae*) massiv kolonizatsiyasining salbiy natijalaridan biri hisoblanadi. BGS homilador ayollarning 10-30% da jinsiy yo'llarda aniqlanadi. BGS kolonizatsiyasi yangi tug'ilgan chaqaloqlar pnevmoniyasi va meningiti, erta neonatal sepsis, xorioamnionit, kesar kesish jarrohlik amaliyotidan keyingi endometrit va jarohat infeksiyalari bilan bog'liq.

QPBYo mavjud barcha homilador ayollarda BGS tashuvchilikka kultural tekshiruvni o'tkazish tavsiya etiladi. Rektal yoki vaginal surtmalar mikrobiologik tekshiruv uchun material sifatida olinadi. BGSni aniqlash uchun tijorat to'plamlaridan foydalangan holda PZR-dagnostikani o'tkazish mumkin, biroq, faqatgina inkubatsiya orqali bulyonda materialni birlamchi "boyitish" va tekshiruvning validatsiyasini tasdiqlovchi tegishli hujjatlar, shuningdek, tekshiruv sifatli va to'g'ri o'tkazilishini nazorat qilish imkoni mavjud bo'lish sharti bilan o'tkaziladi.

Ekmda BGS aniqlanganda antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi. Agarda tekshiruv o'tkazish imkoni yo'qligi sababli BGS mavjudligi noaniq bo'lsa, antibiotiklarni tayinlash masalasi xavf omillarini standart baholash bilan asoslanadi, ya'ni, QPBYo mavjud barcha homilador ayollarda antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi.

<b>A</b>	BGS keltirib chiqaradigan neonatal infeksiyalar va homiladorlarda septik holatlarni kamaytirish hamda homiladorlik muddatini uzaytirish maqsadida QPBYo mavjud barcha homilador ayollarda antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi.
----------	--

**MEH QPBYoda:**

Keng spektrli antibiotiklar tayinlanishi quyidagi asoratlarni kamaytiradi:

- xorioamnionit chastotasi;
- keyingi 48 soat va 7 kun mobaynida muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lish ehtimoli;
- neonatal infeksion asoratlarning chastotasi;
- yangi tug'ilgan chaqaloqlarda surfaktant va oksigenoterapiyani qo'llash;
- tug'ruqqa ko'maklashish muassasadan chiqarilgunga qadar neyrosonografiyada patologik o'zgarishlar chastotasi.

Antibiotikoprofilaktika perinatal o'lim ko'rsatkichlariga ta'sir qilmaydi.

<b>A</b>	<p>Homiladorlik muddati 37<sup>+0</sup> haftadan kichik bo'lgan MEH QPBYo mavjud homilador ayollarni kutish taktikasi bilan olib borilayotganda antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ tashxis qo'yilgandan keyin darhol;</li> <li>▪ 7-10 kun davomida yoki ayolda tug'ruq faoliyati boshlangunga qadar o'tkaziladi;</li> <li>▪ tug'ruq yakunlangandan keyin antibiotikoprofilaktika to'xtatiladi.</li> </ul>
----------	--

Antibiotikoprofilaktikaning optimal tartibi ishlab chiqilmagan.

Quyidagi sxemalar qo'llanilishi mumkin:

<b>A</b>	<p><b>Eritromitsin</b> 250 mg dan har 6 soatda yoki 500 mg dan har 8 soatda. Eritromitsinning maksimal bir martalik dozasi 0.5 gr, kunlik dozasi 4.0 gr ni tashkil qiladi (<i>ko'tara olmaslik holatlari yoki qo'llashga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda – amoksitsillin yoki har qanday peroral penitsillin 0.5 gr dan har 6 soatda</i>)</p> <p style="text-align: center;"><b>YOKI</b></p> <p><b>Ampitsillin</b> 2 gr dan har 6 soatda v/i</p> <p style="text-align: center;"><b>YOKI</b></p> <p><b>Ampitsillin</b> 2 gr dan har 6 soatda v/i + <b>eritromitsin</b> 250 mg dan har 6 soatda 48 soat mobaynida va keyin peroral <b>amoksitsillin</b> 250 mg dan har 8 soatda ± <b>eritromitsin</b> 250 mg dan har 8 soatda 5 kun mobaynida (eritromitsin mavjud bo'lmaganda yoki (<i>ko'tara olmaslik holatlarida azitromitsinga o'zgartirilishi mumkin (peroral bir martalik 1 gr dozada) va 5 kuni takroran berilishi mumkin</i>))</p> <p style="text-align: center;"><b>YOKI</b></p> <p><b>Amoksitsillin/sulbaktam</b> 1.5 gr dan v/i yoki m/o har 8 soatda</p> <p style="text-align: center;"><b>YOKI</b></p> <p><b>Sefalekssin</b> kuniga 500 mg dan og'iz orqali.</p>
----------	---

<b>A</b>	<p><b>Ko-amoksiklav</b> (amoksitsillin+klavulanat kislotasi) qo'llanilishi nekrotik enterokolit chastotasini oshirishi bilan bog'liqligi tufayli, ko-amoksiklav qo'llanilmaydi.</p>
----------	---

<b>C</b>	<p>MEH QPBYo mavjud va homilasi tirik bo'lgan homilador ayollarni ambulator sharoitda olib borish xavfsizligi hozirgi kunda yetarlicha o'rganilmagan, shuning uchun muntazam ravishda tavsiya etilmaydi. Statsionar sharoitda tekshiruvdan o'tkazilgandan va kuzatilgandan keyin, istisno tariqasida, kamdan-kam holatlarda MEH QPBYo mavjud homilador ayollarni ambulator sharoitda olib borish mumkin.</p>
----------	--

### TOQPYoda

<b>A</b>	<p>TOQPYoda suvsizlik davri 18 soat va undan oshganda hamda tug'ruq yakunlanishiga qadar antibiotikoprofilaktikani o'tkazish tavsiya etiladi.</p>
----------	---

Hozirgi kunda qin surtmalarida BGS aniqlanmagan hamda TOQPYo mavjud homilador ayollarda ham onalar, ham yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun muntazam ravishda antibiotikoprofilaktika o'tkazilishining foydasi bo'yicha ishonchli dalillar mavjud emas.

Quyidagi sxemalar qo'llanilishi mumkin:

- **ampitsillin** 2 gr dan v/i, keyin 1 gr dan har 6 soatda tug'ruq yakunlangunga qadar;
- **sefazolin** 2 gr dan v/i, keyin 1 gr dan har 8 soatda tug'ruq yakunlangunga qadar.

Qin surtmalarida BGS aniqlanganda tug'ruq induksiyasi o'tkazilishi yoki kutish taktikasi bilan olib borilishidan qat'i nazar, BGS keltirib chiqaradigan erta neonatal kasallanish xavfini kamaytirish uchun zudlik bilan antibiotikoprofilaktika boshlanishi kerak. Qin surtmalarida BGS aniqlanganda tug'ruq boshlanishidan kamida 4 soat avval antibiotikoprofilaktika boshlansa, samarasi yuqoriroq bo'ladi. Tug'ruq boshlanish vaqtini oldindan aniqlash imkoni bo'lmaganligi tufayli, ayol tug'ruq faoliyati boshlanishi yoki QPBYo tufayli tug'ruq bo'limiga qabul qilinishi bilanoq antibiotikoprofilaktika

boshlanadi va tugʻruq yakunlangunga qadar har 4 soatda davom ettiriladi (penitsillin yoki ampitsillin yuborilganda):

- **ampitsillin** 2 gr dan v/i, keyin 1 gr dan har 4 soatda tugʻruq yakunlangunga qadar.

### Magniy sulfati bilan homila neyroteksiyasini oʻtkazish

<b>A</b>	MEH QPBYo mavjud va homiladorlik muddati 26 <sup>+0</sup> -31 <sup>+6</sup> hafta boʻlgan, tugʻruq faoliyati boshlangan yoki keyingi 24 soat ichida tabiiy tugʻruq yoʻllari, shu jumladan kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tugʻdirib olish rejalashtirilayotgan homilador ayollarga magniy sulfatini v/i yuborishni taklif qilish kerak.
----------	---

Muddatidan oldingi tugʻruq boshlangan yoki keyingi 24 soat ichida tugʻdirib olish rejalashtirilayotgan ayollarga magniy sulfati yuborilishi chala tugʻilgan chaqaloqlarda serebral paralich, motor va kognitiv buzilishlar chastotasini kamaytiradi.

<b>B</b>	Magniy sulfati v/i bolyus koʻrinishda 4 gr dan 15-30 daq davomida yuboriladi va tugʻruq boshlangunga qadar yoki 24 soat davomida v/i soatiga 1 gr dan keyingi yuborish bilan davom ettiriladi.
----------	--

Magniy sulfati infuziyasi, imkon qadar, bola tugʻilishidan kamida 4 soat oldin boshlanishi kerak.

Bir vaqtning oʻzida nifedipin va magniy sulfatini qoʻllashga qarshi koʻrsatma mavjud emas, biroq, arterial gipotenziya yuqori xavfi tufayli magniy sulfati infuziyasi tezligini 0.5 gr/soatiga tezlikka tushirish mumkin.

Magniy sulfatini yuborish uchun tugʻdirib olishni kechiktirish tavsiya etilmaydi.

Quyidagi holatlarda magniy sulfati infuziyasini yuborishni toʻxtating:

- tugʻruq faoliyati toʻxtab qolganda va keyingi 24 soat ichida tugʻruq sodir boʻlishi kutilmayotganda;
- magniy sulfati infuziyasining umumiy davomiyligi 24 soatni tashkil qilganda;
- tugʻruq yakunlanganda;
- nojoʻya taʼsirlari yoki magnezial terapiyaning asoratlari yuzaga kelganda.

Magniy sulfati infuziyasini olayotgan ayollarda magniy toksikligining klinik belgilarini kamida har 4 soatda: YuUS, AQB va chuqur pay (masalan, tizza) reflekslarni nazorat qiling. Ayolda oligouriya mavjud yoki rivojlanayotgan boʻlsa yoki buyrak yetishmovchiligining boshqa klinik belgilari kuzatilayotgan boʻlsa, magniy sulfati dozasi kamaytirish yoki bekor qilish kerak. Tugʻruq faoliyati qayta boshlanganda magniy sulfati infuziyasini avvalgi infuziyadan kamida 6 soat oʻtgandan keyin qayta boshlasa boʻladi.

### Amnioinfuziya

<b>B</b>	QPBYoda muntazam klinik amaliyot sifatida amnioinfuziyani oʻtkazish tavsiya etilmaydi.
----------	--

Amnioinfuziya kindik tizimchasi kompressiyasi, postural deformatsiyalar, oʻpka gipoplaziyasi va homila ichi infeksiyasini oldini olgan holda, QPBYoda neonatal natijalarni yaxshilashi mumkin. Shunga qaramasdan, QPBYoda amnioinfuziyani klinik amaliyotda muntazam qoʻllash uchun tavsiya etish maqsadida qoʻshimcha dalillar chop etilishi zarur.

### QPBYoda akusherlik taktikasi

QPBYoda akusherlik taktikasi tashxisni tasdiqlash vaqtida homiladorlik muddatiga bogʻliq boʻladi.

QPBYo ikki taktika orqali olib borilishi mumkin:

- faol taktika – tugʻruq induksiyasini oʻtkazish yoki kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tugʻdirib olish (koʻrsatmalarga muvofiq).
- kutish taktikasi – homiladorlik muddatini uzaytirish.

Homiladorlik muddatidan qatʼi nazar QPBYoni faol taktika bilan olib borishga koʻrsatmalar:

- homilaning noaniq holati (distress);

- intraamniotik infeksiya (xorioamnionit) belgilari;
- zudlik bilan tug‘dirib olishni talab qiladigan homiladorlik asoratlari:
  - og‘ir gipertenziya, og‘ir preeklamsiya, eklamsiya
  - yo‘ldosh ko‘chishi
  - yo‘ldosh oldinda kelishida qon ketishi
- qog‘anoq suvlarining mekonial ko‘rinishi;
- 3 kun davomida ifodalangan kam suvlik (amniotik indeks 3 sm dan kam);
- tug‘ruq faoliyati boshlanishi;
- onada dekompensatsiya bosqichidagi somatik kasalliklar.

<b>A</b>	QPBYYoda tug‘dirib olish muddatlari har bir ayol bilan individual ravishda muhokama qilinishi kerak, bunda ayolning xohish-istaklari va doimiy ravishda klinik baholash bilan ko‘rib chiqilishi kerak.
----------	--

Tibbiyot xodimlari QPBYYoni kutish yoki faol taktika bilan olib borish bo‘yicha qarorni qabul qilishda mumkin bo‘lgan barcha xavf va afzalliklarni hisobga olishlari kerak, shundan so‘ng ayolga to‘liq hajmda maslahat berilishi lozim.

### Perivital QPBYYo

Ikki taktika orqali olib borilishi mumkin:

- faol taktika – zudlik bilan tug‘dirib olish (tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish yoki dilyatatsiya va evakuatsiya),  
yoki
- kutish taktikasi.

Ayollarga zudlik bilan tug‘dirib olishga nisbatan kutish taktikasining xavf va afzalliklari yuzasidan maslahat berilishi kerak. Maslahat doirasida neonatal natijalarni realistik baholash zarur. Kutish taktikasi bilan olib borilganda intraamniotik infeksiyani o‘z vaqtida aniqlash uchun homilador ayol va homilada standart kuzatuv tadbirlari o‘tkazilishi kerak. Kutish taktikasi bilan olib borilganda va homila hayotiylik muddatiga yetishi ehtimoli mavjud bo‘lganda, antenatal kortikosteroidlar qo‘llanilishi va antibiotikoprofilaktika o‘tkazilishi kerak.

### MEH QPBYYo (homiladorlikning 24<sup>+0</sup>-33<sup>+6</sup> haftalik muddatlarida)

MEH QPBYYo har qanday ayol uchun qo‘shimcha aralashuvlar o‘tkazilmaganda birinchi hafta ichida tug‘ruq sodir bo‘lishi ehtimoli yuqori bo‘lgan natija hisoblanadi.

<b>A</b>	MEH QPBYYo mavjud va homiladorlik muddati 34 <sup>+0</sup> haftagacha bo‘lgan ayollarni kutish taktikasi bilan olib borish kerak, ona yoki homilaning holatlari bo‘yicha homiladorlik muddatini uzaytirishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lgan holatlar bundan mustasno. Tug‘dirib olish muddatlari har bir ayol bilan individual ravishda muhokama qilinishi kerak, bunda ayolning xohish-istaklari va doimiy ravishda klinik baholash bilan ko‘rib chiqilishi kerak.
----------	---

Homiladorlik muddati 34<sup>+0</sup> haftagacha bo‘lgan MEH QPBYYoda ona tomonidan qarshi ko‘rsatmalar (somatik patologiya, homiladorlik asoratlari) va qo‘shimcha akusherlik ko‘rsatmalar (masalan, intraamniotik infeksiya yoki homilaning noaniq holati) mavjud bo‘lmaganda tug‘ruq induksiyasini o‘tkazishga zarurat tug‘ilmaydi. “Nazorat qil va kut” deb ataladigan kutish taktikasi bilan olib borishni, ya’ni tug‘ruq induksiyasining har qanday usuli va kesar kesish jarohlik amaliyotini o‘tkazishga (ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda) rozilik bermaslikni taklif qiling. Homiladorlik muddati 37<sup>+0</sup> haftalik muddatiga qadar uzaytirilishi kerak.

### MEH QPBYYo (homiladorlikning kechki 34<sup>+0</sup>-36<sup>+6</sup> haftalik muddatlarida)

<b>B</b>	MEH QPBYYo mavjud va homiladorlik muddati 34 <sup>+0</sup> -36 <sup>+6</sup> haftada bo‘lgan ayollarni ham faol, ham kutish taktikasi bilan olib borish mumkin.
----------	---

Individual ravishda qaror qabul qilinishi va homiladorlik muddati 37<sup>+0</sup> haftalik muddatiga qadar uzaytirilishi kerak.

Olib borish taktikasini tanlashda quyidagilar hisobga olinishi kerak:

- ayol uchun xavflar (masalan, sepsis, bachadon chandig'ida kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish zarurati);
- bola uchun xavflar (masalan, sepsis, muddatidan oldingi tug'ruq bilan bog'liq muammolar);
- yangi tug'ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya bo'limlari mahalliy mavjudligi;
- ayolning xohish-istaklari.

Kutish taktikasi bilan olib borilgan MEH QPBYo mavjud homiladorlik muddati 34<sup>+0</sup>-36<sup>+6</sup> haftada bo'lgan ayollarga nisbatan shoshilinch tug'ruqlar (tashxis qo'yilishi bilan darhol yoki 24 soat ichida) baholangan 1839 nafar ayolni o'z ichiga olgan yaqinda o'tkazilgan katta RKTda kutish taktikasining afzalliklari ko'rsatilgan. Neonatal sepsis va ikkilamchi neonatal kasallanish chastotalarida sezilarli farq aniqlanmagan. Shoshilinch ravishda tug'dirib olingan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda respirator distress chastotasi, o'pka mexanik ventilyatsiyasiga ehtiyoji yuqori bo'lgan va intensiv terapiya bo'limida bo'lish vaqti ko'proq bo'lgan (2 kunga nisbatan 4 kun). Biroq, kutish taktikasi bilan olib borilganda ona uchun qon ketishi va infeksiya kabi salbiy natijalar deyarli 2 marotaba ko'proq kuzatilgan. Olingan natijalar **agarda kutish taktikasi bilan olib borish tanlangan bo'lsa, bu xorioamnionit hamda tug'ruq oldi qon ketishi simptomlari va belgilarini diqqat bilan nazorat qilishni o'z ichiga olish kerakligidan dalolat beradi.**

Quyidagi holatlar faol taktika bilan olib borishga ko'rsatma hisoblanadi:

- xorioamnionit;
- ayol va/yoki homilaning hayotiga xavf tug'diruvchi akusherlik asoratlar;
- somatik kasalliklar;
- homilador ayol va uning qarindoshlarining qat'i talabiga binoan.

## TOQPYo

Homiladorlik muddati 37<sup>+0</sup> hafta va undan katta bo'lgan TOQPYoda ayolga quyidagi taktika bilan olib borishni tanlashni taklif qiling:

- 12-24 soatgacha kutish taktikasi, yoki
- faol taktika – tug'ruq induksiyasini o'tkazish (imkon qadar vaqtliroq).

Dastlabki tekshiruv o'tkazilgandan keyin va diqqat bilan kuzatuv olib borish imkoni mavjud bo'lganda kutish taktikasi bilan olib borish mumkin bo'ladi.

TOQPYoda kutish taktikasi bilan olib borish masalasi quyidagi holatlarda ko'rib chiqilishi mumkin:

- kichik chanoqqa homilaning boshi taqalganda;
- infeksiya belgilari kuzatilmaganda (onada taxikardiya, yuqori tana harorati, bachadonni paypaslaganda og'riqlar);
- kardiogrammada normal ko'rsatkichlar;
- bachadon bo'yni qo'l orqali (vaginal) tekshirilmaganda va/yoki anamnezda bachadon bo'yniga chok qo'yilmaganda;
- resurslar va xodimlar bilan yetarli darajada ta'minlangan holda statsionar sharoitda kuzatuvni ta'minlash uchun: har 4 soatda onaning tana haroratini o'lchash, homilaning YUUS auskultatsiyasi, bachadon qisqarishlari og'riqliligini hamda qin ajralmalari xususiyati, sifati va miqdorini baholash.

**B** TOQPYoni kutish taktikasi bilan qisqa vaqt – 12-24 soat davomida olib borish tavsiya etiladi.

Kutish taktikasi tanlangan holatlarda deyarli 80% va 95% ayollarda mos ravishda 12 va 24 soat ichida tug'ruq o'z-o'zidan (spontan) boshlanishini hisobga olgan holda, 12-24 soat kutish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

**C** TOQPYo va rejali kesar kesish jarrohlik amaliyotini o'tkazish uchun ko'rsatmalar mavjud bo'lganda, rejalashtirilgan ravishda kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug'drib olish tavsiya

etiladi (keyingi 4-6 soat ichida – III kechiktirib bo‘lmaydigan toifasi).

**B**

TOQPYo mavjud va homiladorlik muddati 37<sup>+0</sup> haftadan katta bo‘lgan ayollarda qabul qilish vaqtida tug‘ruq faoliyati kuzatilmaganda, shuningdek, tug‘ruq induksiyasini o‘tkazishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda, faol taktika bilan olib borish – tug‘ruq induksiyasini o‘tkazishni taklif qilish mumkin.

8615 nafar ayolni o‘z ichiga olgan 23 ta randomizatsiya nazorati ostida o‘tkazilgan klinik tadqiqotlarning meta-tahlili zudlik bilan o‘tkazilgan tug‘ruq induksiyasi kesar kesish yoki vaginal operativ tug‘ruqlar chastotasini oshirmagan holda, homila tug‘ilishi va qog‘anoq pardalari yorilishi orasidagi vaqtni qisqartirishi, xorioamnionit hamda endometrit chastotasini kamaytirishi, yangi tug‘ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya bo‘limiga o‘tkazilishi holatlari kamayishini ko‘rsatdi. Shulardan, eng katta RKTda ayollar kutish taktikasi bilan olib borishga nisbatan tug‘ruq induksiyasi o‘tkazilishiga ijobiy munosabat bildirishgani ko‘rsatilgan. Shunday qilib, meta-tahlilning ma‘lumotlari TOQPYo mavjud homilador ayollarni zudlik bilan tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish orqali faol taktika bilan olib borish kutish taktikasi bilan olib borishga nisbatan katta foyda keltirishini ko‘rsatdi.

**TOQPYo mavjud homilador ayollarni faol taktika bilan olib borilishi:**

- xorioamnionit/endometrit chastotasini kamaytiradi;
- onalarda tug‘ruq jarayonidan qoniqqanlik darajasini oshiradi;
- kesar kesish yoki vaginal operativ tug‘ruqlar chastotasini oshirmaydi;
- intensiv terapiya bo‘limiga o‘tkazish ehtiyojini kamaytiradi;
- postnatal antibiotikoterapiyani o‘tkazish ehtiyojini kamaytiradi.

**TERMPROM RKT ma‘lumotlariga ko‘ra TOQPYoning kechiktirilgan natijalari**

TOQPYoning kechiktirilgan xavflari	Oksitotsin bilan tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish	Oksitotsin bilan tug‘ruq induksiyasini keyingi o‘tkazish bilan kutish taktikasi
Kesar kesish jarrohlik amaliyoti	10,1% (127/1258)	9,7% (123/1263)
Neonatal infeksiya	2% (25/1258)	2,8% (36/1263)
Klinik jihatdan namoyon bo‘lgan xorioamnionit*	4% (50/1258)	8,6% (109/1263)
Tug‘ruq vaqtida isitma sindromi*	3,7% (46/1258)	7,4% (93/1263)
Tug‘ruqdan keyingi davrda isitma sindromi*	1,9% (24/1258)	3,6% (46/1263)
Tug‘ruqdan oldin/vaqtida antibiotiklarni qo‘llash*	7,5% (94/1258)	11,9% (150/1263)
Yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda antibiotiklarni qo‘llash*	7,5% (94/1258)	13,7% (172/1263)
Yangi tug‘ilgan chaqaloqlar intensiv terapiya bo‘limiga o‘tkazish*	6,6% (83/1258)	11,6% (146/1263)
Tug‘ruqning faol fazasi o‘rtacha davomiyligi	5 soat	17,3 soat

\*Ko‘rsatkichlar statistik ahamiyatga ega bo‘lgan darajaga yetgan.

Vaginal prostaglandinlar yordamida tug‘ruq induksiyasini o‘tkazish oksitotsin kabi samarali ekanligi, biroq, xorioamnionit va bachadon giperstimulyatsiyasining yuqori chastotasi bilan bog‘liq

bo'lganligi ko'rsatilgan. TOQPYoda yuqoriga ko'tariluvchi infeksiya rivojlanish xavfi tufayli induksiyaning mexanik usullarini (Foley kateterini) qo'llash tavsiya etilmaydi.

**TOQPYoning aksariyat holatlarida oksitotsin bilan tug'ruq induksiyasini o'tkazish tanlov usuli hisoblanadi, yetilmagan (nomaqul) bachadon bo'yni (modifikatsiyalangan Bishop shkalasi bo'yicha  $\leq 7$  ball) holatlari bundan mustasno**

## 2.9 Xorioamnionit

### Ta'rifi, xavf omillari, onalik va perinatal natijalar

**Xorioamnionit (intraamniotik infeksiya)** – polimikrob assotsiatsiyalar tufayli kelib chiqqan qog'anoq pardalari, qog'anoq suvlari, detsidual to'qima va homilaning infeksiyali yallig'lanishi.

Xorioamnionit ko'proq QPBYoda kuzatiladi, biroq, intakt (yorilmagan) qog'anoq pardalarida kuzatilishi ham mumkin. V guruhi streptokokklari, peptostreptokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, mikoplazmalar, ureaplazmalar, enterokokklar, xlamidiyalar, trixomonadalar, gonokokklar, gardnerellalar, kandidalar, bakteroidlar, oddiy herpes virusi, sitomegalovirus va boshq. xorioamnionitning to'g'ridan-to'g'ri qo'zg'atuvchilari bo'lishi mumkin. Amniotik bo'shliqning polimikroblivaziyasi deyarli 50% holatlarda uchraydi.

Xorioamnionit barcha homiladorliklarning 1-6% da, muddatiga yetgan o'z-o'zidan sodir bo'lgan tug'ruqlarning 1-13% da, QPBYo muddatidan oldin sodir bo'lgan tug'ruqlarning 40-70% da rivojlanadi.

<b>Xorioamnionitning xavf omillari</b>	
<b>Xavf omili</b>	<b>Nisbiy xavf</b>
<b>Uzoq suvsizlik davri (shu jumladan QPBYo):</b>	
▪ $\geq 12$ soat	5,8
▪ $\geq 18$ soat	6,9
<b>Tug'ruq davomiyligi:</b>	
▪ ikkinchi davr $> 2$ soat	3,7
▪ faol fazasi $> 12$ soat	4,0
Qog'anoq pardalari yorilganda tug'ruq paytida $\geq 3$ vaginal tekshiruvlar	2 dan 5 gacha
V guruhi streptokokki kolonizatsiyasi	1,7 dan 7,2 gacha
Bakterial vaginoz	1,7
Alkohol mahsulotlarini iste'mol qilish va chekish	7,9
Mekonial amniotik suyuqlik	1,4-2,3
Homilaning bachadon ichi kuzatuvi	2,0
Servikal yetishmovchilik	
Anamnezda intraamniotik infeksiya	
Bachadon bo'yni yetilishi/tug'ruq induksiyasini o'tkazish uchun intratservikal ballonli kateter	
Jinsiy yo'llarda qo'zg'atuvchilar mavjud bo'lishi (masalan, jinsiy aloqa yo'li bilan yuqadigan infeksiyalar, BGS, bakterial vaginoz)	

<b>Ona va yangi tug'ilgan chaqaloqqa xorioamnionitning ko'rsatadigan ta'siri</b>	
<b>Xorioamnionit quyidagi asoratlar xavfini oshiradi</b>	
<b>Onada:</b>	<b>Homilada:</b>
Tug'ruq disfunktsional ravishda kechishi	Neonatal sepsis
Kesar kesish	Bronx-o'pka displaziyasi
Bachadon atoniyasi tufayli tug'ruqdan keyingi qon ketishi	Periventrikulyar leykomalyatsiya

Bachadon yirtilishi	Pnevmoniya (zotiljam)
Endometrit	Meningit
Peritonit	Serebral paralich
Sepsis	Neonatal o‘lim
O‘lim (kamdan-kam)	

## QPBYo da infeksiyani aniqlash

Eng sifatli tibbiy yordamni ko‘rsatish uchun QPBYo mavjud homilador ayollarda infeksiyani aniqlash zarur. Xorioamnionitning erta diagnostikasi terapevtik strategiyalarni (shu jumladan antibiotiklar va/yoki tug‘ruq induksiyasini boshlashni) ko‘rib chiqish imkonini beradi.

C	Xorioamnionitni tashxislash uchun quyidagilarning kombinatsiyasidan foydalaning:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ klinik simptomlar – puls (<math>&gt;100/\text{daq.}</math>), onaning tana harorati (<math>\geq 38,0^{\circ}\text{S}</math>), bachadon qisqarishlari og‘riqliligi, qin ajralmalari xususiyati (badbo‘y hidli, yiringli);</li> <li>▪ S-reaktiv oqsili darajasi (<math>&gt;5 \text{ mg/l}</math>);</li> <li>▪ qondagi leykotsitlar miqdori (<math>&gt;15 \times 10^9/\text{l}</math>).</li> <li>▪ kardiografiyada homila yurak urishi soni o‘zgarishi (<math>\geq 160/\text{daq.}</math>, akseleratsiyasiz).</li> </ul> <p>Ushbu parametrlar alohida baholanmasligi zarur.</p>

Har qanday infeksiyadagidek xorioamnionitning diagnostikasida, imkoni mavjud bo‘lganda, interleykin-6 (IL-6), yuqori sezuvchan S-reaktiv oqsil (hs-CRP), prokalsitonin va laktat qo‘llanilishi mumkin. IL-6, prokalsitonin, yuqori sezuvchan S-reaktiv oqsilni (hs-CRP) Fineware™ FIA MeterPlus/FS 113 (Wonfo) immunoflyuoressent analizatorida, laktatni “BGA -103” Wonfo (Rain Sen Da) gazoanalizatorida tekshiriladi.

Xorioamnionitning klinik belgilari	
Klinik belgi	Uchrash chastotasi
Yuqori tana harorati ( $\geq 38,0^{\circ}\text{S}$ ) – XAning majburiy simptomi + quyidagi belgilarning har biri:	100%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kortikosteroidlar qabul qilinmaganda onaning qondagi leykotsitlar miqdori (<math>&gt;15 \times 10^9/\text{l}</math>)</li> </ul>	70-90%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ onada taxikardiya puls (<math>&gt;100/\text{daq.}</math>)</li> </ul>	50-80%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ homilada taxikardiya (10 daq. va undan ko‘proq vaqt davomida <math>\geq 160/\text{daq.}</math>)</li> </ul>	40-70%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bachadon qisqarishlari og‘riqliligi</li> </ul>	4-25%
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ servikal kanaldan yiringli ajralmalar kelishi</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S-reaktiv oqsili darajasi (<math>&gt;5 \text{ mg/l}</math>)</li> </ul>	

Yuqorida keltirib o‘tilgan simptomlarning hech qaysi biri XAning spetsifik yoki patognomik simptomi hisoblanmaydi. Febril isitma va kamida bitta qo‘shimcha simptom kuzatilganda XA tashxisi qo‘yiladi. Yuqori isitma XAning majburiy belgisi hisoblanadi. Agarda faqatgina bir ko‘rsatkich o‘zgarsa, ayolning holatini kuzatishda davom eting va dinamikada tekshiruvlarni takrorlash imkonini ko‘rib chiqing.

Onada alohida yuqori isitmani olib borish va interpretatsiya qilish yuzasidan ma’lumotlar soni cheklangan. Klinik amaliyotda yuqori isitma akusher-ginekologlar duch keladigan QPBYoning keng tarqalgan simptomi hisoblanadi. Onada alohida yuqori isitma, infeksiya tufayli kelib chiqqanmi yoki yo‘qmi, qisqa va uzoq muddatli salbiy neonatal natijalar bilan bog‘liq hamda

antibakterial terapiya o'tkazilishini va dinamikada ayolning holatini diqqat bilan kuzatishni talab qiladi.

Xorioamnionitning laborator belgilari:

- amniotik suyuqlik Gram bo'yicha bo'yashda bakteriyalarga tekshirilganda musbat natija;
- amniotik suyuqlikda glyukozaning past darajasi ( $\leq 14$  mg/dl);
- amniotik suyuqlikda qon quyilishsiz leykotsitlarning yuqori miqdori ( $>30$  hujayra/mm<sup>3</sup>);
- amniotik suyuqlik ekmasida musbat natija;
- yo'ldosh, qog'anoq pardalari yoki kindik tizimchasi tomirlarida infeksiya yoki yallig'lanish, yoki har ikkalasining gistopatologik belgilari.

### Davolash va akusherlik taktika

Xorioamnionitning belgilari kuzatilganda antibiotikoprofilaktikani bekor qilib, antibiotikoterapiyani boshlash kerak.

<b>A</b>	Xorioamnionitda neonatal kasallanish va onada yiringli-septik asoratlarni kamaytirish maqsadida antibakterial terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi.
----------	---

Turli tadqiqotlarning meta-tahlilida tug'ruqdan keyingi davrda antibiotiklar va platsebo qo'llanilgan guruhlar orasida akusherlik asoratlari chastotasida sezilarli farq aniqlanmagan.

<b>C</b>	Antibakterial terapiyani tayinlash masalasini hal qilish uchun prokalsitoninning darajasini emas, balki klinik baholashni qo'llash tavsiya etiladi.
----------	---

<b>A</b>	Tug'ruqdan keyingi davrda 24 soat davomida endometritning klinik va laborator belgilari kuzatilmaganda antibakterial terapiyani bekor qilish tavsiya etiladi.
----------	---

<b>C</b>	Terapiyaning optimal davomiyligi aniq bo'lmaganda, mikroblarga qarshi preparatlarni bekor qilish masalasini hal qilish uchun faqatgina klinik baholashni emas, balki prokalsitoninning darajasi va klinik baholashni qo'llash taklif etiladi.
----------	---

Agarda prokalsitoninning darajasi 0,1 ng/ml dan past bo'lsa, antibakterial terapiyani bekor qilsa bo'ladi. Umuman olganda, mikroblarga qarshi preparatlarni imkon qadar qisqa vaqt davomida qo'llash tavsiya etiladi.

Xorioamnionitda antibakterial terapiyaning tartiblari	
Tanlov dori-vositalari	
Tavsiya etilgan preparatlar	Dozirovkasi
Ampitsillin yoki Sefazolin + Gentamitsin	2 gr dan v/i har 6 soatda  2 gr dan v/i har 8 soatda  1,5 mg/kg dan v/i har 8 soatda yoki 3-5 mg/kg dan har 24 soatda
Penitsillinlarga allergiya mavjud bo'lganda	
Klindamitsin yoki Vankomitsin* + Gentamitsin	900 mg dan v/i har 8 soatda  1 gr dan v/i har 12 soatda  1,5 mg/kg dan v/i har 8 soatda yoki 3-5 mg/kg dan har 24 soatda
Muqobil tartiblar (monoterapiya ko'rinishida)	
Ampitsillin-sulbaktam	3 gr v/i har 6 soatda

Piperatsillin-tazobaktam	3,375 gr dan v/i har 6 soatda yoki 4,5 gr dan v/i har 8 soatda
Sefotetan	2 gr dan v/i har 12 soatda
Seftriakson	1-2 gr dan v/i har 24 soatda, og'ir holatlarda kunlik dozani 4 gr gacha oshirish mumkin
Sefoksitin	2 gr dan v/i har 8 soatda
Ertapenem	1 gr dan v/i har 24 soatda
Kesar kesish jarrohlik amaliyotidan so'ng: <b>klindamitsin</b> 900 mg dan v/i har 8 soatda yoki <b>metronidazol</b> 500 mg dan og'iz orqali yoki v/i har 8 soatda qo'shing, chunki kesar kesish jarrohlik amaliyotidan keyingi rivojlanadigan endometrit bilan bog'liq asoratlar kelib chiqishida anaeroblar asosiy o'rinni egallaydi. Tabiiy tug'ruq yo'llari orqali to'g'irib olingandan so'ng: klindamitsin va metronidazol qo'llanilmaydi. *Antibiotiklarga sezgirlikni tekshirish imkoni mavjud bo'lmaganda yoki klindamitsin, eritromitsin va boshqa antibiotiklarga chidamli bo'lgan V guruhi streptokokki kolonizatsiyasi aniqlanganda vankomitsin qo'llanilishi kerak.	

**B** Febril isitmaga qarshi paratsetamolni tayinlash tavsiya etiladi.

Paratsetamol homiladorlik davrida qo'llash uchun tavsiya etilgan eng xavfsiz isitmaga qarshi vosita hisoblanadi. Paratsetamolning bir martalik peroral dozasi har 4-6 soatda 500 mg ni tashkil qiladi. Paratsetamolni og'iz orqali qabul qilish, rektal yoki v/i yuborish mumkin. Umumiy kunlik dozasi 4 gr dan oshmasligi lozim. Paratsetamol v/i yuborilgandan uning qondagi maksimal konsentratsiyasi 15 daqiqada erishiladi, bu esa barcha to'qimalarda qisqa muddatda uning biokiraolishligini oshiradi.

Xorioamnionit – bu faol taktika bilan olib borish, ya'ni tug'dirib olishga absolyut ko'rsatma hisoblanadi.

**B** Xorioamnionitda akusherlik va perinatal asoratlar xavfini kamaytirish maqsadida homiladorlik muddatidan qat'i nazar tug'dirib olish masalasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

Bachadon bo'ynini qo'l orqali (vaginal) tekshiruvini o'tkazing va induksiya usulini tanlash masalasini hal qilish uchun bachadon bo'yni holatini baholang ("Tug'ruq induksiyasi" klinik bayonnomasiga qarang).

Tug'ruq induksiyasini boshlash yoki kesar kesish jarrohlik amaliyotini (ko'rsatmalar mavjud bo'lganda) o'tkazish orqali tug'dirib olish usuli 24 soat ichida tanlab olinishi kerak.

**A** Septik akusherlik asoratlar xavfini kamaytirish maqsadida kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug'dirib olishga ko'rsatmalar mavjud bo'lmaganda tabiiy tug'ruq yo'llari orqali tug'dirib olish tavsiya etiladi.

Xorioamnionit operativ tug'dirib olishga ham ko'rsatma, ham qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi. Operativ tug'dirib olish suvsizlik davri davomiyligidan qat'i nazar traditsion usul bo'yicha akusherlik ko'rsatmalarga muvofiq o'tkaziladi.

**A** Xorioamnionit tashxisini tasdiqlash maqsadida yo'ldoshni patologik-anatomik tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi.

Qog'anoq pardalari va yo'ldoshda yallig'lanish o'choqlari aniqlanishi xorioamnionitning belgisi hisoblanadi.

### Xorioamnionitni oldini olish

**A** Faol tug'ruq faoliyati kuzatilmagan va faol taktika bilan olib borishga ko'rsatmalar mavjud bo'lmagan QPBYo mavjud homilador ayol qabul qilinganda qo'l orqali (vaginal) tekshiruvini o'tkazmaslik maqsadga muvofiq bo'ladi va tashxisni steril ko'zgular yordamida ko'zdan

	kechirganda tasdiqlash tavsiya etiladi.
--	---

A	Homilador ayolning dastlabki tashrifida simptomsiz bakteriuriyani aniqlash maqsadida siydikning o'rtta porsiyasini bakterial patogenlarga mikrobiologik (kultural) tekshiruvga bir marotaba yuborish tavsiya etiladi.
---	---

**Simptomsiz bakteriuriya** – bu klinik simptomlar kuzatilmaganda siydik o'rtta porsiyasining 1 ml da  $\geq 10^5$  darajada bakteriyalar koloniyasi aniqlanishi. Bakteriuriyani erta aniqlash va uni davolash piyelonefrit, muddatidan oldingi tug'ruq, homila o'sishi cheklanishi, tug'ruq va tug'ruqdan keyingi davrda infeksiyon asoratlar rivojlanish xavfini kamaytiradi ("Normal homiladorlik", "Homiladorlik davrida siydik chiqarish yo'llarining infeksiyalari" klinik bayonnomasiga qarang).

A	BGS keltirib chiqaradigan neonatal infeksiyalar va homiladorlarda septik holatlarni kamaytirish hamda homiladorlik muddatini uzaytirish maqsadida QPBYo mavjud barcha homilador ayollarda antibiotikoprofilaktikani o'tkazish tavsiya etiladi.
---	--

### Tibbiy yordam ko'rsatilishini tashkillashtirish

QPBYo va XA mavjud homilador ayollar homiladorlik muddatiga qarab 1-chi, 2-chi yoki 3-chi darajali tug'ruqqa ko'maklashish muassasaga yotqizilishi kerak.

### Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari	Bajarildi
1.	Ohirgi hayz davri va homila UTT ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik davri va tug'ruq muddati aniqlangan	Ha/Yo'q
2.	Ko'zguna yordamida tekshiruv o'tkazilgan	Ha/Yo'q
3.	Tana harorati har 4 soatda o'lchangan	Ha/Yo'q
4.	Onaning pulsi va homilaning YUUS har 4 soatda baholangan	Ha/Yo'q
5.	Har kuni leykotsitozga tahlil olingan	Ha/Yo'q
6.	Rekto-vaginal ajralmalar BGS tashuvchilik bo'yicha mikrobiologik (kultural) tekshiruvi o'tkazilgan	Ha/Yo'q
7.	Homiladorlikning 24 <sup>+0</sup> -34 <sup>+6</sup> haftalik muddatlarida homila respirator distress-sindromi antenatal profilaktikasi tayinlangan	Ha/Yo'q
8.	QBPYoda homiladorlik muddatiga muvofiq antibiotikoprofilaktika tayinlangan	Ha/Yo'q
9.	Tokolitik terapiya homiladorlikning 34 <sup>+6</sup> haftalik muddatigacha va ko'rsatmalarga muvofiq o'tkazilgan	Ha/Yo'q
10.	QPBYo mavjud tug'ruq faoliyati boshlangan yoki keyingi 24 soat ichida kesar kesish jarrohlik amaliyoti orqali tug'dirib olish rejalashtirilayotgan homilador ayollarga magniy sulfati bilan homila neyroproteksiyasi o'tkazilgan	Ha/Yo'q
11.	QPBYo mavjud homilador ayollarga zudlik bilan tug'dirib olishga ko'rsatmalar mavjud bo'lmaganda, homiladorlikning 37 <sup>+0</sup> muddatiga qadar kutish taktikasi bilan olib borish taklif etilgan	Ha/Yo'q
12.	TOQPYoda kutish taktikasining davomiyligi 24 soatdan oshmagan	Ha/Yo'q
13.	XAga gumon qilinganda SRO darajasi aniqlangan	Ha/Yo'q
14.	XAning antibakterial terapiyasi tavsiya etilgan sxemalarga muvofiq o'tkazilgan	Ha/Yo'q
15.	XAda faro taktika bilan olib borish tavsiya etilgan	Ha/Yo'q
16.	XAda yo'ldoshning gistologik tekshiruvi o'tkazilgan	Ha/Yo'q

### 3. Ilovalar

#### 1-ilova

#### *Klinik bayonnomani ishlab chiqish metodologiyasi*

Milliy klinik bayonnomasi O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirining 2022-yil 2-dekabrda "Kasalliklarni profilaktika qilish, tashxis qo'yish va davolash jarayonlariga zamonaviy uslubiyotlarni joriy etish chora-tadbirlari to'g'risidagi" 317-sonli buyrug'i 2-ilovasining klinik protokollar va davolash standartlarini qayta ko'rib chiqish va tasdiqlash reja-grafikiga muvofiq ishlab chiqildi.

Klinik bayonnomani ishlab chiqishda Respublika ixtisoslashtirilgan akusherlik va ginekologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining mutaxassislari: akusher-ginekologlar, anesteziolog-reanimatologlar va Innovatsion sog'liqni saqlash milliy palatasining mutaxassislari ishtirok etdi.

Mazkur klinik bayonnomaning ishlab chiqilishi muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotdagi yondashuvlardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini tasdiqlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

**Manfaatlar to'qnashuvi:** mazkur klinik bayonnomani ishlab chiqishni boshlashdan avval ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomasini to'ldirishdi. Ishchi guruh a'zolarining hech biri farmatsevtika kompaniyalari yoki mazkur protokol mavzusi bo'yicha klinik foydalanish uchun mahsulotlar ishlab chiqaradigan boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

**Manfaatdor tomonlarning ishtiroki:** protokol va tavsiyalar bo'yicha yo'riqnomalarni 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 jihatlari so'ralgan va hisobga olingan. Fikrlar so'rovi RIOVABSIATMning ixtisoslashtirilgan bo'limlarida ayollar bilan norasmiy suhbatlar orqali amalga oshirildi.

**Dalillarni to'plashda qo'llanilgan usullar:** elektron ma'lumotlar bazalarida, kutubxona resurslarida qidirish. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2012-2022-yillarga mo'ljallangan turli mamlakatlar tibbiy jamiyatlari va boshqa ixtisoslashtirilgan tashkilotlarning ingliz va rus tillarida klinik ko'rsatmalaridan foydalanilgan, tibbiyotni rivojlantirishda ustuvor ahamiyatga ega so'nggi 5 yilgi (2017-yildan boshlab) ma'lumotlardan foydalanildi. Bayonnomani ishlab chiqish jarayonida darsliklar va monografiyalardan foydalanilmagan. Quyidagi ma'lumotlar bazalarida asosiy ma'lumotlarning tizimli qidiruvi o'tkazildi:

- 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://Guidelines@health.qld.gov.au)
- Rossiya akusher-ginekologlarning jamiyati. [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

Tavsiyalarni tanlab olish va moslashtirish uchun manba hujjat sifatida turli mamlakatlardan bir nechta klinik qo'llanmalardan foydalanildi.

Topilgan va baholangan klinik qo'llanmalar kerakli tavsiyalarni o'z ichiga olmagan yoki yetarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitga to'g'ri kelmaganda, randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar, kogort tadqiqotlar bo'yicha 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 boshq.

Topilgan manbalarning sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligini, ularni ishlab chiqish metodologiyasini, dalillarning ishonchliligi va kuchi, mahalliy sharoitlarga to'g'ri kelishi bo'yicha tavsiyalar reytingini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

### **Tavsiyalarni shakllantirish usullari tavsifi**

Bayonnomaning yakuniy tavsiyalari tavsiyalarning bir qismini o'zgartirishlarsiz asl nusxadagi bir nechta klinik qo'llanmalardan olish, klinik qo'llanmalarning ayrim tavsiyalarini mahalliy sharoitga moslashtirish va qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish yo'li bilan tuzilgan. Past sifatli dalillarga ega va mahalliy sharoitda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik qo'llanmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Xorijiy klinik qo'llanmalar mualliflari boshqa dalillar darajalaridan foydalangan bo'lsa, ular (imkon qadar) GRADE tizimiga moslashtirildi. Turli xil klinik qo'llanmalarda bir xil tavsiyalar topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh yanada ishonchli ilmiy dalillar asosida tuzilgan tavsiyalar bayonnomaga kiritildi.

### **Ekspert baho**

Protokol hujjatlashtirilgan hamda ichki va tashqi ekspertlar tomonidan ko'rib chiqilgan. Tavsiyalarning dalillar bazasi sharhlovchining fikridan ko'ra jiddiyroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini o'zida saqlab qoladi.

### **Jamoatchilik bilan maslahatlashish**

Protokolning yakuniy versiyasini shakllantirishda protokolning loyihasi oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (o'quv yurtlari filiallari direktorlari) keng doiradagi mutaxassislar muhokamasiga (RIOVABSIATM filiallarining direktorlari va ularning o'rinbosarlari) taqdim etildi. Protokolning loyihasi bilan RIOVABSIATMning rasmiy sayti ([uzaig.uz](http://uzaig.uz)) va telegram kanalida tanishish mumkin. Ko'rib chiqishlar standart ko'rib chiqish varag'ini to'ldirish bilan elektron pochta orqali qabul qilindi. Protokol 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 moliyaviy yordam O'zbekiston Respublikasidagi JSSTning vakolatxonasi va O'zbekiston Respublikasidagi BMT Aholishunoslik Jamg'armasi (YUNFPA/UNFPA) tomonidan amalga oshirildi. Tashqi moliyalashtirishga hujjatni ishlab chiqishning barcha bosqichlarida JSST ekspertlari tomonidan tashqi baholash ko'rinishidagi uslubiy yordam va protokolni o'zbek tiliga tarjima qilish va uni takrorlash ko'rinishida texnik yordam ko'rsatildi. Moliyaviy organlarning fikrlari va manfaatlari protokolning yakuniy tavsiyalariga ta'sir qilmadi.

### Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

<b>Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi</b>	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
V	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

2-ilova

*Ayol bilan muhokama qilinadigan antenatal kortikosteroidlarning xavf va afzalliklari*

Homiladorlikning muddati	Afzalliklari	Xavfi
22 <sup>+0</sup> -34 <sup>+6</sup> hafta	<p><b>Ahamiyatli darajada kamaytiradi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>perinatal va neonatal o‘lim</li> <li>respirator distress-sindromi</li> </ul> <p><b>Ehtimol kamaytiradi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>miya qorinchasi ichi qon quyilishi</li> <li>rivojlanishda ortda qolishni</li> </ul> <p><i>Terapiya boshlanganidan keyin 24-48 soat o‘tgach, tug‘ruq sodir bo‘lsa, yuqoridagi holatlar kamayishi ehtimoli yuqoriroq bo‘ladi.</i></p> <p><i>Terapiya boshlanganidan keyin 7 kun ichida tug‘ruq sodir bo‘lsa, respirator kasallanish (o‘lim emas) kamayishi ehtimoli yuqoriroq bo‘ladi.</i></p>	<p><b>Ehtimol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>yuborilgandan keyin onada 5 kungacha glyukozaga tolerantlik buzilishi kuzatilishi (diabeti mavjud ayollarda xavfi yuqoriroq)</li> <li>steroidlarni qabul qilgandan keyin kamida 7 kun ichida tug‘ruq sodir bo‘lsa, past vazn bilan tug‘ilish</li> <li>tug‘ruq muddatda sodir bo‘lsa, ruhiy va xulq-atvor buzilishlar ehtimoli ortishi</li> </ul>
35 <sup>+0</sup> -36 <sup>+6</sup> hafta	<p><b>Ehtimol kamaytiradi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>respirator qo‘llab-quvvatlashga ehtiyoj</li> </ul>	<p><b>Ehtimol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>neonatal gipoglikemiya holatlari soni ortishi</li> <li>tug‘ruq muddatda sodir bo‘lsa, ruhiy va xulq-atvor buzilishlar ehtimoli ortishi</li> </ul>
Rejali KK o‘tkazilishidan avval 37-39 hafta	<p><b>Ehtimol kamaytiradi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>respirator kasallanish tufayli neonatal bo‘limlarga yotqizilish chastotasi</li> </ul>	<p><b>Ehtimol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>maktab yoshida o‘zlashtirish darajasi pasayishi</li> </ul>
Steroidlarning takroriy kursi	<p><b>Ehtimol kamaytiradi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>respirator qo‘llab-quvvatlashga ehtiyoj</li> </ul>	<p><b>Ehtimol:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>kichik vazn (o‘rtacha 80 gr ga kamayishi), bo‘yi va bosh aylanasi bilan tug‘ilish, yangi tug‘ilgan chaqaloqda AQB pasayishi</li> </ul>
*zaruratga ko‘ra, ayolning oila a‘zolari yoki vasiylari bilan ham muhokama qilinadi		

### Homila neuroproteksiya algoritmi va dozirovkalash tartibi

#### Ҳомиладорликнинг 26<sup>+0</sup>-31<sup>+6</sup> ҳафталик муддатларда «муқаррар» муддатида олдинги туғруқ

(кейинги 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши кутилаётган бўлса):

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

Ha

#### **BOSHLANG:**

2. Magneziya bilan neuroproteksiya
  - yuklama dozasi - 4 gr dan v/i 15-30 daq. davomida
  - qo'llab-quvvatlovchi dozasi - 1 gr/soatiga
2. Tug'ruq faoliyati boshlanganda tokolizni
3. Kortikosteroidlar bilan homila RDS-profilaktikasini

#### **NAZORAT QILING:**

1. Onada pulsni
  2. Arterial qon bosimi
  3. Nafas olish sonini
  4. Tizza refleklarni
  5. Pulsoksimetriyani
  6. Soatbay diurez
  7. Homila yurak urishini uzluksiz monitoringi yoki har 15 daq. homila auskultatsiyasini o'tkazing (homiladorlikning 26<sup>+0</sup> haftasidan boshlab)
- magneziyaning yuklama dozasi  
yuborishda 10 daq., tugagandan  
keyin, keyinchalik har 4 soatda

#### **Магнезиал терапиянинг ноҳўя 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.

#### **Ноҳўя 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: магнезия инфузиясини тўхтатинг.

#### **Магнезиал терапиянинг асоратлари юзага келганда:**

1. Гиповентиляция (нафас сустлашиши ёки тўхташи);
2. Ифодаланган артериал гипотония;
3. Аритмия.

#### Тактика:

- Магнезия 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.

<b>Magniy sulfatini dozirovkalash tartibi</b>	
<b>Statsionar sharoitda (v/i infuziyasi)</b>	
<b>Yuklama dozasi</b>	<p>4 gr dan v/i sekin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16 ml 25% li magniy sulfati + 14-20 ml fiziologik eritma v/i sekin 15-30 daq. davomida;</li> </ul> <p style="text-align: center;">yoki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ infuzomat orqali 16 ml 25% li magniy sulfati v/i sekin 32-64 ml/soatiga tezlikda 15-30 daq. davomida.</li> </ul>
<b>Qo'llab-quvvatlovchi dozasi</b>	<p>25% li magniy sulfati 1 gr/soatiga tezlikda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ v/i sistema orqali yuborilganda 100 ml 25% li magniy sulfati (25 gr) + 400 ml fiziologik eritma v/i 7 tomchi/daq. tezlikda;</li> <li>▪ infuzomat orqali yuborilganda: 100 ml 25% li magniy sulfati v/i 4 ml/soatiga tezlikda.</li> </ul>

*Homiladorlik muddatiga ko'ra QPBYoni olib borish algoritmi*

<b>Muddatiga yetgan homiladorlik (homiladorlikning 37<sup>+0</sup> hafta va undan katta)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mikrobiologik tekshiruvning musbat natijasi olinganda va suvsizlik davri 18 soatni tashkil qilganda tekshiruvni o'tkazish uchun imkoniyat mavjud bo'lganda BGS tufayli rivojlangan infeksiyaga qarshi antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi. Tug'ruq yakunlanishi bilan antibiotikoprofilaktika to'xtatiladi.</li> <li>▪ Quyidagi holatlarda tug'dirib olishni rejalashtiring: <ul style="list-style-type: none"> <li>– kutish taktikasi bilan olib borilganda 12-24 soatdan keyin, yoki</li> <li>– zudlik bilan induksiyaning o'tkazish (faol taktika), yoki</li> <li>– ko'rsatmalar mavjud bo'lganda kechiktirib bo'lmaydigan KK.</li> </ul> </li> <li>▪ Agarda mavjud bo'lsa, intraamniotik infeksiyani davolash va tug'dirib olish.</li> </ul>
<b>Kechki muddatiga yetmagan homiladorlik (homiladorlikning 34<sup>+0</sup>-36<sup>+6</sup> haftasi)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kutish taktikasi bilan olib borish yoki tug'dirib olish (tug'ruq induksiyasini boshlash yoki ko'rsatmalarga muvofiq KK).</li> <li>▪ Agarda avval yuborilmagan bo'lsa, homiladorlikning 34<sup>+6</sup> haftalik muddatigacha antenatal glyukokortikoidlarning bir martalik kursini o'tkazish.</li> <li>▪ Faqatgina bachadon qisqarishlari kuzatilganda va RDS profilaktikasi kursini tugatish uchun yoki homiladorlikning 34<sup>+6</sup> haftalik muddatigacha 3-7 kun ichida 2-chi, 3-chi darajali muassasaga o'tkazish uchun tokolitiklarni tayinlash.</li> <li>▪ Mikrobiologik tekshiruvning musbat natijasi olinganda va tashxis qo'yilishi bilan darhol tekshiruvni o'tkazish uchun imkoniyat mavjud bo'lganda BGS tufayli rivojlangan infeksiyaga qarshi 7-10 kun davomida yoki tug'ruq boshlangunga qadar antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi. Tug'ruq yakunlanishi bilan antibiotikoprofilaktika to'xtatiladi.</li> <li>▪ Agarda mavjud bo'lsa, intraamniotik infeksiyani davolash va tug'dirib olish.</li> </ul>
<b>Muddatiga yetmagan homiladorlik (homiladorlikning 24<sup>+0</sup>-33<sup>+6</sup> haftasi)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kutish taktikasi bilan olib borish. Faqatgina ko'rsatmalar mavjud bo'lganda faol taktika bilan olib boriladi.</li> <li>▪ Mikrobiologik tekshiruvning musbat natijasi olinganda va tashxis qo'yilishi bilan darhol tekshiruvni o'tkazish uchun imkoniyat mavjud bo'lganda BGS tufayli rivojlangan infeksiyaga qarshi 7-10 kun davomida yoki tug'ruq boshlangunga qadar antibiotikoprofilaktika o'tkaziladi. Tug'ruq yakunlanishi bilan antibiotikoprofilaktika to'xtatiladi.</li> <li>▪ Agarda avval yuborilmagan bo'lsa, antenatal glyukokortikoidlarning bir martalik kursini o'tkazish.</li> <li>▪ Faqatgina bachadon qisqarishlari kuzatilganda va RDS profilaktikasi kursini tugatish uchun yoki 3-7 kun ichida 2-chi, 3-chi darajali muassasaga o'tkazish uchun tokolitiklarni tayinlash.</li> <li>▪ Homiladorlikning 26<sup>+0</sup>-31<sup>+6</sup> haftalik muddatlarda keyingi 24 soat ichida tug'ruq boshlanganda yoki KKni o'tkazish rejalashtirilayotganda homila neyroproteksiyasini o'tkazish uchun magnezium sulfatini v/i yuborish.</li> <li>▪ Intraamniotik infeksiya mavjud bo'lganda uni davolash va tug'dirib olishni rejalashtirish.</li> </ul>
<b>Homiladorlikning perivital (hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda) muddati (homiladorlikning 22<sup>+0</sup>-24<sup>+0</sup> haftasi)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayol bilan maslahatlashish.</li> <li>▪ Kutish taktikasi bilan olib borish yoki tug'ruq induksiyasini boshlash.</li> <li>▪ Kutish taktikasi bilan olib borish rejalashtirilayotganda, homiladorlikning 20<sup>+0</sup> haftalik muddatidan boshlab antibiotiklarni tayinlash masalasini ko'rib chiqish zarur.</li> <li>▪ Kutish taktikasi bilan olib borish rejalashtirilayotganda, kortikosteroidlarni tayinlash tavsiya</li> </ul>

etilmaydi, biroq ko‘rib chiqilishi mumkin.

- Hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda tokolitik vositalar qo‘llanilmaydi.
- Hayotiylik darajasiga yetmagan muddatda homila neyroteksiyasini o‘tkazish uchun magneziya sulfati qo‘llanilmaydi.
- Intraamniotik infeksiya mavjud bo‘lganda uni davolash va tug‘dirib olishni rejalashtirish.

## 5-ilova

### *Bemor uchun ma'lumot*

#### **Qog'anoq pardalari barvaqt yorilishi nima?**

- Bu tug'ruq faoliyati boshlangunga qadar amniotik (qog'anoq) suvlari ketishi.

#### **Qog'anoq pardalari barvaqt yorilganda qanday xavflar mavjud?**

- Muddatidan oldingi tug'ruq sodir bo'lishi va muddatigan yetmagan chaqaloq tug'ilishi eng katta xavf hisoblanadi. Bunday bolalarda chala tug'ilish bilan bog'liq bo'lgan asoratlar chastotasi, shuningdek, sepsis va o'pka to'qimasi gipoplaziyasi xavfi yuqori turadi.

#### **Qog'anoq pardalari barvaqt yorilganda nima qilish kerak?**

- Qog'anoq suvlari ketishiga gumon qilish vahimali emas, balki tug'ruq statsionariga imkon qadar tezroq murojaat qilish uchun sababligini esdan chiqarish kerak emas. Aksariyat holatlarda homiladorlikni kerakli muddatgacha uzaytirish, shuningdek, homilaning sog'lig'i va hayotini saqlab qolish mumkin bo'ladi.

#### **Qog'anoq pardalari barvaqt yorilishi davolanadimi?**

- Qog'anoq pardalari barvaqt yorilganda kutish taktikasi bilan olib borish taklif qilinadi, ya'ni, agarda zudlik bilan tug'dirib olishga ko'rsatmalar, masalan, infeksiya, qon ketishi yoki homilaning holati buzilishi paydo bo'lmasa yetilgan muddatgacha kuzatuv olib boriladi.

#### **Qog'anoq pardalari barvaqt yorilganda homilaga qanday yordam berish mumkin?**

- O'pka yetilmaganligi xavfini kamaytirish maqsadida kortikosteroidlarning 2-kunlik kursi, infeksiyani oldini olish uchun antibiotikoprofilaktika taklif qilinadi. Agarda Sizda tug'ruq faoliyati boshlangan bo'lsa, bolalar serebral paralichini oldini olish uchun magniy sulfati infuziyasini boshlash zarur.

#### **Xorioamnionit bu nima?**

- Xorioamnionit bu infeksiya natijasida qog'anoq pardalari, qog'anoq suvlari, detsidual to'qima va homilaning yallig'lanishi.

#### **Qaysi sabablarga ko'ra xorioamnionit rivojlanadi?**

- Yuqoriga ko'tariluvchi (qindan) yoki gematogen yo'l orqali (infeksiyaning surunkali o'choqlari) mikroblar tushishi tufayli xorioamnionit rivojlanadi.

#### **Xorioamnionitning qanday klinik belgilari mavjud?**

- Yuqori isitma, bachadon sohasida og'riqlar kuzatilishi, qindan yiringli yoki qon aralash ajralmalar kelishi.

#### **Xorioamnionitda qanday xavflar mavjud?**

- Tug'ruq faoliyati disfunktsiyasi, tug'ruqdan keyingi gipotonik qon ketishi, endometrit, peritonit, onada va yangi tug'ilgan chaqaloqda septik asoratlar ko'rinishida akusherlik asoratlar rivojlanishi mumkin.

#### **Xorioamnionit qanday davolanadi?**

- Antibakterial terapiyani o'tkazish va tug'dirib olish asosiy davolash usuli hisoblanadi.

#### **Xorioamnionitning belgilari aniqlanganda nima qilish kerak?**

- Zudlik bilan shifokoringiz bilan bog'laning, agarda Sizda quyidagi simptomlardan birortasi kuzatilganda: 38°S dan yuqori tana harorati, puls tezlashishi, qindan keladigan ajralmalar xususiyati o'zgarishi, bachadon sohasida og'riqlar kuzatilishi, homilaning qimirlash faoliyati buzilishi.

## 6-ilova

### *Tibbiy aralashuvga ixtiyoriy rozilik berish arizasi*

**Tibbiy aralashuv** – insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta’sir qiladigan va profilaktik, tekshiruv, diagnostik, terapevtik va rehabilitatsion yo‘nalishlariga ega bo‘lgan bemorga nisbatan tibbiy tekshiruv va (yoki) tibbiy muolajaning turlaridir.

1. Men, \_\_\_\_\_, (bemorning F.I.Sh.)  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ yili tug‘ilganman, quydagi manzilda ruyxatga olinganman,

\_\_\_\_\_ (bemor yoki ishonchli vakilning turar (yashash) joyining manzili)

\_\_\_\_\_ shuni ma’lum qilamanki,

\_\_\_\_\_ (tibbiyot muassasasining nomi)

\_\_\_\_\_ muassasasid

a rejalashtirilgan tibbiy aralashuvga ixtiyoriy ravishda rozilik beraman

2. Menga qulay bo‘lgan shaklda, rejalashtirilgan tibbiy aralashuvlar, ularning oqibatlari, kelgusi tekshiruvlar, tashxis qo‘yish va/yoki davolanishning kutilayotgan natijalari, shu jumladan, asoratlar kelib chiqish ehtimoli, shuningdek, tibbiy aralashuvni rad etish oqibatlari tushuntirildi.

3. Tibbiy aralashuvning natijasi va oqibatlarini oldindan aniq aytib berish mumkin emasligidan xabarim bor. Men har qanday davolanish yoki operatsiya hayot uchun xavfli ekanligi, vaqtinchalik yoki doimiy qisman yoki to‘liq nogironlikka olib kelishini tushunaman. Tibbiy aralashuvlar natijalari bo‘yicha kafolatlar berilmasligidan xabarim bor.

4. Tibbiy aralashuvlarning diagnostik, terapevtik va boshqa turlarida kutilmagan shoshilinch holatlar va asoratlar kelib chiqishi mumkinligini tushunaman, unda men zarur kechiktirib bo‘lmaydigan yordam ko‘rsatilishiga (takroriy operatsiyalar yoki muolajalar) rozilik bera olmayman. Bunday vaziyatlarda, tibbiy aralashuv kechishi o‘z xohishimga ko‘ra shifokorlar tomonidan o‘zgartirilishi mumkin.

5. Men bo‘lajak tibbiy aralashuvning samaradorligi yuqori bo‘lishi uchun, menda dori vositalar va oziq-ovqat maxsulotlarini individual ko‘tara olmaslik, allergik xolatlar shuningdek, chekish, alkogol, narkotik yoki toksik preparatlarni qabul qilish, shu jumladan, mening salomatligim, nasl bilan bog‘liq barcha muammolar haqida shifokorga xabar berishim kerak deb bilaman.

6. Men jarrohlik aralashuv vaqtida qon yo‘qotilishi va menga donor qoni yoki uning tarkibiy qismlarini quyish kerak bo‘lishi mumkinligini tushunaman, bunga ixtiyoriy roziligimni beraman. Men qon quyish maqsadi yoki uning tarkibiy qismlari, quyish uchun sabablari, muolajaning o‘tqazilish tartibi va qoidalari, mumkin bo‘lgan oqibatlari haqida davolovchi shifokordan tushuntirishlar oldim. Men barcha zarur tibbiy chora-tadbirlar o‘tkazilishiga roziman. Men qon va uning komponentlarini quyishdan bosh tortsam, kasallikning ehtimoliy kechishidan xabardorman.

7. Men tibbiy-diagnostik jarayonni har qanday axborot vositalariga yozib olinishiga, har qanday texnik vositalardan foydalanishga, shuningdek, diagnostik va terapevtik maqsadlar, jumladan, hujayralar, to‘qimalar va biologik suyuqliklar uchun biologik materiallardan namunalarni olishga roziman.

8. Menga tibbiy yordam ko'rsatishda bir yoki bir nechta profilaktik, diagnostik, davolash va reabilitatsiya usullarini rad etish yoki uning (ularning) tugatilishini talab qilish huquqim borligi va bunday qarorning mumkin bo'lgan oqibatlari ham tushuntirildi.

9. Menga qulay bo'lgan shaklda yillik dastur doirasida tegishli turdagi bepul tibbiy yordam olish imkoniyati, shu jumladan fuqarolarga bepul tibbiy yordam ko'rsatishning hududiy, davlat kafolatlari tushuntirildi.

10. Men kasalligim, uning prognozi va davolash usullari xakidagi ma'lumotni faqat quydagi shaxslarga taqdim etishingizni ruxsat beraman:

---

---

---

---

(ishonchli shaxslar)

11. Men ushbu hujjatning barcha bandlari bilan tanishdim, tushundim va buni quyida qo'l qo'yish orqali isbotlayman.

Imzo \_\_\_\_\_

Sana "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ y.

## Foydalanilgan adabiyotlar

1. O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligining 2021-yil 28-iyundagi “O‘zbekiston Respublikasida perinatal yordamni maqsadli marshrutizatsiyalash to‘g‘risidagi” 151-sonli buyrug‘i.
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.



