

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

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

**«ОДАТИЙ ҲОМИЛА ТУШИШИ»
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

«КЕЛИШМАК»
«РИОваБСИАТМ» ДАА директори
Н.С. Саидрахимова



«ОДАТИЙ ҲОМИЛА ТУШИШИ» МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш	5
Асосий қисм	8
Фойдаланилган адабиётлар	23
Иловалар	24

1. Кириш қисми

1.1. ХКТ-10 бўйича кодланиши:

N96	Одатий ҳомила тушиши
O26.2	Одатий ҳомила кўтара олмайдиган аёлга тиббий ёрдам
Илова: https://classinform.ru/mkb-10/n96.html	

1.2. ХКТ-11 бўйича кодланиши:

JA65.4	Одатий ҳомила кўтара олмайдиган аёлга тиббий ёрдам
GA33	Ҳомила кўтара олмаслик
Илова: https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#753990808	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2030-йил ёки янги далилий асослар мавжуд бўлганда. Такдим этилган тавсияларга қиритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Клиник протоколни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: Республика Ихтисослаштирилган Она ва Бола Саломатлиги Илмий - Амалий Тиббиёт Маркази

Ишчи гуруҳ бошлиқлари:

№	Ф.И.Ш	Лавозими	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	Директор, тиббиёт фанлари доктори	РИОваБСИАТМ ДМ
2	Абдуллаева Л.М.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош акушер-гинекологи, тиббиёт фанлари доктори, профессор	ТТА
3	Гафурова Ф.А.	Кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	ТХКМРМ, акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси
4	Каримова Ф.Д.	Кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	ТХКМРМ, 2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси №2

Тўзувчилар рўйхати:

№	Ф.И.Ш	Лавозими	Иш жойи
1	Азизова Г.Д.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари доктори	РИОваБСИАТМ ДМ
2	Иргашева С.У.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИОваБСИАТМ ДМ
3	Алиева Д.А.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари доктори, профессор	РИОваБСИАТМ ДМ
4	Нишанова Ф.П.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари номзоди	РИОваБСИАТМ ДМ
5	Микиртичев К.Д.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари номзоди	РИОваБСИАТМ ДМ

6	Бабаханова А.М.	Акушер-гинеколог, PhD тиббиёт фанлари номзоди	РИОваБСИАТМ ДМ
7	Даулетова М.Ж.	Акушер-гинеколог, PhD тиббиёт фанлари номзоди	РИОваБСИАТМ ДМ
8	Шерматова С.Э.	Акушер-гинеколог, PhD тиббиёт фанлари номзоди	РИОваБСИАТМ ДМ
9	Исанбаева Л.М.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари доктори	ТХКМРМ, Акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси
10	Иноятова Н.М.	Акушер-гинеколог, тиббиёт фанлари номзоди	ТХКМРМ, кафедра акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси
11	Нурова А.А.	Акушер-гинеколог, т.ф.н	РИОваБСИАТМ ДМ
12	Давронова Ю.А.	Акушер-гинеколог, т.ф.н	РИОваБСИАТМ ДМ
13	Шукурова М.Р.	Акушер-гинеколог, т.ф.н	РИОваБСИАТМ ДМ

Такризчилар:

№	Ф.И.Ш	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупбаев Р.Б.	Тиббиёт фанлар доктори, профессор, фетал тиббиёт бўлими мудири	РИОваБСИАТМ ДМ
2	Каттаходжаева М.Х.	Кафедра мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор	Тошкент давлат стоматология институти Акушерлик ва гинекология кафедраси

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

ТТА – Тошкент Тиббиёт Академияси

ТХКММ – Тиббиёт ҳодимларининг касбий малакасини ошириш маркази

Клиник протокол олий ўқув юртларининг профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ маркази филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари), минтақавий туғруқ муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳининг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш йўли билан муҳокама қилинди ва онлайн форматда «7» феврал 2025 й., 1-сонли баённомаси билан тасдиқлашга тавсия этилди.

Ишчи гуруҳи раҳбари – т.ф.д. Надирханова Н.С., «РИОваБСИАТМ» ДМ директори.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий Кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва «11» февраль 2025 й., 2-сонли баённомаси билан тасдиқланди.

Илмий Кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Ташқи мутахассис баҳоси:

№	Ф.И.Ш	Лавозими	Иш жойи
1	Ҳамидуллина З. Г.	PhD, акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, Остона шаҳридаги акушер-гинекологлар Федерацияси раиси	"Астана тиббиёт университети" НАО (Остона, Қозоғистон)

Қисқартирмалар рўйхати:

АФС	антифосфолипид синдром
ЖССТ	жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ИЦЕ	истмико-цервикал етишмовчилиги
ЖЙБЮИ	жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар
НИПТ	ноинвазив пренатал тест
ЛФЕ	лютеин фазаси етишмовчилиги
ПМГ	паст молекулар гепарин
ОҲТ	одатланган ҳомила тушиш
МОТ	муддатдан олдинги туғруқ
ПЗР	полимераз занжир реакцияси
ТПО	тиреопероксидаза
ТТГ	тиреотроп гормон
ТЭА	тромбоэмболик асорат
ҲТХ	ҳомила тушиш хавфи
УТТ	ультратовуш текшируви
ХА	хромосома анеуплоидияси
ББК	бачадон бўйни канали
ББ	бачадон бўйни

Протоколнинг мақсади: тиббиёт ходимларига одатланган ҳомила тушишини даволаш ва репродуктив функцияни тиклаш бўйича илмий асосланган маълумотлар ҳамда тавсияларни тақдим этиш.

Беморлар тоифалари: 22 ҳафтагача бўлган муддатда 2 ёки ундан ортиқ клиник ҳомила йўқотиш ҳолати мавжуд бўлган аёллар.

Клиник протокол фойдаланувчилар: Акушер-гинекологлар, эндокринологлар, оилавий шифокорлар, терапевтлар, лаборантлар, клиник фармакологлар, неонатологлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, акушерлар, тиббиёт олийгоҳлари талабалари, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, туғган аёллар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш билан шуғулланувчи шахслар.

Протоколга амал қилиш:

Протоколда эълон қилинган тавсиялар умумий тарзда ишлаб чиқилган бўлиб, улар нашр қилинган вақтда мавжуд бўлган далилларга асосланади.

Агар амалий фаолиятда ушбу протокол тавсияларидан четланишга қарор қилинса, шифокорлар беморнинг тиббий тарихида қуйидаги маълумотларни кўрсатиши шарт:

- Қарорни ким қабул қилган;
- Протоколдан четланиш учун асосланган тўлиқ тушунтириш;
- Беморни бошқариш бўйича қабул қилинган тавсиялар.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча жиҳатларини қамраб олмайди, шунинг учун шифокорлар беморлар билан индивидуал бошқариш тактикасида беморнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, конфиденциал мулоқотни сақлаган ҳолда эътибор қаратиши керак.

Бу қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Зарурат бўлса, таржимон хизматларидан фойдаланиш;
- Беморга маслаҳат бериш ва қўлланиладиган манипуляция ёки бошқариш тактикасига розилик олиш;

- Қонунчиликка мувофиқ ёрдам кўрсатиш ва профессионал муомала стандартларига амал қилиш;
- Ҳар қандай бошқариш ва ёрдам тактикасига оид ҳужжатлаштириш умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ бўлиши керак.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактик, диагностик, даволаш, реабилитация аралашувлари) учун тавсияларнинг ишонч даражасини баҳолаш шкаласи (ТИД):

	Изоҳ
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ҳисобланади, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, қизиқтирувчи натижалар бўйича уларнинг хулосалари ўзаро мос келади).
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки қизиқтирувчи натижалар бўйича уларнинг хулосалари ўзаро мос келмайди).
С	Кучсиз тавсия (муносиб сифатдаги далиллар мавжуд эмас (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва қизиқтирувчи натижалар бўйича уларнинг хулосалари ўзаро мос келмайди).

2. Асосий қисм

2.1. Таърифлар

Бола тушиши (ўз-ўзидан рўй берган аборт) – ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхташи (эмбрион/ҳомиланинг бачадондан ҳайдалиши ёки экстракция қилиниши) 22 ҳафталик муддатгача.

Одатланган ҳомила тушиши (ОҲТ) – аёлда 22 ҳафталик муддатгача 2 ёки ундан ортиқ клиник ҳомила йўқотиш ҳолатининг мавжудлиги.

Ҳомила тушиш хафи (ТХ) – 22 ҳафталик муддатгача бўлган ривожланаётган ҳомиладорлик ҳолати бўлиб, жинсий йўллардан қонли ажраламалар ёки ультратовуш текшируви (УТТ) бўйича хорион/ёки йўлдошнинг ажралиши белгилари кузатилади.

Тушиш ва ОҲТ ҳисобига бачадондан ташқари ҳомиладорлик, трофобласт касаллиги ҳолатлари, шунингдек, сунъий уруғлантириш (ЭКО) протоколларида имплантация муваффақиятсизлиги киритилмайди. ОҲТ таърифида “қатор” сўзи йўқлигини инобатга олиш лозим, яъни икки тугруқ орасида ўз вақтида тугруқ содир бўлган тақдирда ҳам бу ҳолат ОҲТ деб ҳисобланади ва бемор тўлиқ текширувдан ўтиши керак.

2.2. Этиология ва патогенез

Одатланган ҳомила тушиши (ОҲТ) сабаблари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Генетик омиллар (3-6%);
- Бачадоннинг анатомик нуқсонлари (10-16%);
- Бачадон бўйни патологиялари;
- Инфекцион-яллиғланиш касалликлари (10-15%);
- Эндокрин касалликлар (12-15%);
- Аутоиммун касалликлар (15% гача);
- Тромбофилик ҳолатлар (10%);
- Идиопатик ОҲТ (15-50%);

- Аллоиммун ОХТ (5-10%).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22183209/>

Одатланган ҳомила тушиши (ОХТ) полиэтиологик табиатга эга: бир жуфтликда бир нечта сабаблар учраши мумкин, шунинг учун битта сабаб аниқланган ҳолатда ҳам тўлик текширувдан воз кечишга асос йўқ.

Хромосом анеуплоидияси (ХА) эмбрион/ҳомилада ҳомиладорликнинг 1-триместрида ҳомила тушишининг энг кенг тарқалган сабабидир. Ҳомиладорлик қанчалик эрта тўхтаса, эмбрион/ҳомилада ХА мавжуд бўлиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Она ёши ошган сари эмбрион/ҳомилада ХА натижасида трисомия пайдо бўлиш хавфи ортиб боради.

Энг кенг тарқалган трисомия ҳолатлари: 16-хромосома трисомияси – ҳомила тушишининг энг асосий сабаби; 22-хромосома трисомияси – иккинчи ўринда.

Қўшимча хромосом аномалиялари: Триплоидия – цитогенетик таҳлил маълумотларига кўра, аномалияси бор ҳомилаларнинг тахминан 15%ида учрайди. Х-хромосома моносомияси – 1-триместрда содир бўлган ҳомила тушишининг тахминан 20%ини ташкил қилади. Она ёши ва Х-хромосома моносомияси, полиплоидия ёки хромосомаларнинг тузилмавий аномалиялари ўртасида аниқ боғлиқлик аниқланмаган.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12871891/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22763612/>

Одатланган ҳомила тушиши (ОХТ) сабаблари ва хавф омиллига қуйидагилар кирди:

- Она ёши >35 ёш, отаси ёши >40 ёш;
- Семизлик ёки тана вазни етишмаслиги (>30 кг/м² ёки <18,5 кг/м²);
- Ортиқча кофеин истеъмол қилиш(>5 чашқа кофе кунига ёки >100 г кофеин/кун); алкоголь ва наркотиклар истеъмоли;
- Чекиш (>10 сигарет кунига);
- Ноқулай меҳнат шароитлари (симоб, қўрғошин, бензол буғи, циклогексан, нитро бўёқлар, смола, чанглар, пестицидлар, шовқин, вибрация); шунингдек, касбга алоқаси бўлмаган кимёвий ва/ёки физик таъсирлар;
- Сурункали касалликлар: антифосфолипид синдроми (АФС), тромбофилиялар тромбоемболия асоратлари юқори хавфи, тухумдон поликистози синдроми, қалқонсимон без касалликлари, декомпенсирланган қандли диабет, целиакия, ревматик касалликлар, дифференциялашмаган бириктирувчи туқима дисплазияси, темир танқислиги анемияси;
- Ўткир ва сурункали инфекциялар: листериоз, захм, хламидиоз, токсоплазмоз, нафас йўллари ўткир вирусли касалликлари, иммун танқислиги вируси келтириб чиқарган инфекцияси, сил;
- Бачадон касалликлари: бачадон ривожланишининг аномалиялари, миома, бачадон бўйни операциялари, бачадон ичи синехеялари;
- Анамнезида сунъий абортлар ва бола тушиш; бачадон найларига боғлиқ бепуштлик;
- Репродуктив технологиялар асосида ҳомиладорлик;
- Оилавий анамнезда ўлик туғилиш, ноаниқ этиологияли перинатал ўлим, ОХТ, муддатидан олдинги туғруқлар;
- Бактериал вагиноз ва жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар (ЖЙБЮИ); сийдик йўллари касалликлари;
- Сурункали эндометрит;
- Гиперпролактинемия, гипотиреоз, лютеин фазаси етишмаслиги (ЛФЕ), гиперандрогения ҳолатлари сабабли менструал цикл бузилиши.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26185187/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25928123/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/101313364>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24177713/>

2.3. Эпидемиология

Одатланган ҳомила тушиши (ОХТ) тарқалишининг аҳолидаги даражаси 1-5%ни ташкил этади. ОХТ тахминан 80%и ҳомиладорликнинг 12 ҳафтагача содир бўлади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22835448/>.

Биринчи ҳомила тушишидан кейинги такрорий тушиш хавфи 13-17%ни ташкил этади, бу аҳоли орасидаги ҳомила тушишлар сонининг умумий даражасига тўғри келади. Иккинчи ҳомила тушишидан кейин эса, такрорий тушиш хавфи икки баробардан ортиб, 36-38%га етади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39910684/>

2.4. Таснифи:

Замонавий акушерликда ҳомила йўқотишни босқичларга бўлиш ҳомиладорлик мудатига кўра куйидагича (ЖССТ таснифига асосан):

- Эрта ҳомила тушиши – 12 тўлиқ ҳафталиккача.
- Кечиккан ҳомила тушиши – 13 ҳафталикдан 21 тўлиқ ҳафталиккача

Ташхисни шакллантириш принципи.

Одатий ҳомила тушиш ташхисини шакллантириш ХКТ-10/11 каби халқаро таснифларга асосланади ва унинг асосий хусусиятларини акс эттириши керак:

1. Асосий касаллик: одатий тушиш.
2. Ҳомила тушиш шакли:
 - Эрта йўқотишлар (12 ҳафтагача).
 - Кечиктирилган йўқотишлар (12 ҳафтадан кейин).
3. Сабаби (агар аниқланган бўлса): генетик аномалиялар, эндокрин касалликлар (лютеин фаза етишмовчилиги, гиперпролактинемия, қандли диабет), иммунологик омиллар (антифосфолипид синдроми), бачадон аномалиялари (тўсик, икки шохли бачадон, интраутерин синехия), юқумли сабаблар ва бошқалар.
4. Биргаликда касалликлар (агар мавжуд бўлса).

Ташхисни шакллантириш намунаси: "Одатий ҳомиланинг тушиши.

6-9 ҳафта муддатда 3 та ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши. Сурункали эндометрит. Антифосфолипид синдроми "

2.5. Клиник тасвир.

Асосий шикоят – фарзандли бўлиш имкониятининг йўқлиги. Ҳомиладор бўлмаган ҳолатларда, ОХТ билан боғлиқ беморлар ҳеч қандай шикоят қилмаслиги мумкин.

Бироқ, ОХТни келтириб чиқарувчи патологияга хос қуйидаги шикоятлар кузатилиши мумкин:

- Ҳайз циклининг бузилиши: кам миқдордаги ҳайз ёки нерегуляр ҳайз кўриш (гормонал бузилишлар ва анатомик сабаблар туфайли);
- Қорин пастки қисми ёки бел соҳасида спастик оғриқлар;
- Дизурик ҳолатлар;
- Диспареуния (жинсий алоқа пайтида оғриқ);
- Жинсий аъзолардаги ажралмалар хусусиятининг ўзгариши;
- Ташқи жинсий аъзоларда қичишиш (ЖЙБЮИ ва кичик тос аъзолари органларнинг яллиғланишига хос белгилар);
- Қўшни органлар фаолиятининг бузилиши (катта ўлчамли бачадон миомасида);

- ОҲТ дан кейин ҳомиладорлик юз бермаслиги, бу иккиламчи бепуштлиқ белгиси бўлиши мумкин.

2.6. Диагностика

Ташхис 2 ва ундан ортиқ клиник асосга кўра ташхисланган ҳомиладорлик йўқотишлари ҳақидаги анамнестик маълумотларга асосланади.

Шикоят ва анамнез

С ОҲТ ни бартараф этиш учун хавф омилларини баҳолаш тавсия этилади

ESHRE экспертлари прогнозни аёлнинг ёши ва унинг акушерлик анамнезига асосланиб ҳисоблашни тавсия қиладилар, жумладан, олдинги ҳомила йўқотишлар сони, тирик туғилишлар ва уларнинг кетма-кетлиги.

Ҳомила тушиш хавфи 20–35 ёш оралиғида минимал бўлиб, 40 ёшдан кейин сезиларли даражада ошиб боради. Аёлнинг 40 ёшдан катта бўлиши бепуштлиқ, ҳомила аномалияси, ўлик туғилиш ва акушерлик асоратларига олиб келувчи умум қабул қилинган хавф омилларидан бири ҳисобланади. ОҲТ бўлган аёлларда тирик туғилишлар эҳтимоллиги ёш ошган сари камайиб боради. 35 ёшдан кейин, агар ОҲТ кузатиш бўлса, яна бир ҳомилани йўқотиш хавфи 35 ёшгача бўлган даврга нисбатан 2 баробар юқори бўлади.

2020 йилда ўтказилган мета-таҳлил шуни кўрсатдики, отанинг ёши ҳам муҳим аҳамиятга эга: унинг ёши ортгани сайин ҳомилани йўқотиш хавфи ошиб боради. 30-34 ёш, 35-39 ёш, 40-44 ёш ва 45 ёшдан катта гуруҳлар учун нисбий хавф кўрсаткичлари мос равишда 1,04, 1,15, 1,23 ва 1,43 ни ташкил қилган.

https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe_nevynashivanie_Aktualynoe_segodnya_Protokol_ESHRE_2023_g_Nacionalynye_klinicheskie_rekomendacii_Privychnyy_vykidysh_2021_g_materialy_Vsemirno_go_kongressa_ESHRE_2023_g/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com

Физикал текширув

Ҳомиладорлик давомида текширув Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 14 июндаги 195-сонли буйруғи билан тасдиқланган «Антенатал парвариш, хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларни юритиш» миллий клиник протоколи тавсияларига мувофиқ ўтказилиши лозим.

Лаборатория текширувлари

С Прегравидар босқичда ёки ҳомиладорлик давридаги биринчи ташрифда ОҲТ бўлган беморга қон таркибида кардиолипинга қарши антителолар, бета-2-гликопротеинга қарши антителолар ҳамда қонда люпус антикоагулянтни аниқлаш бўйича текширув ўтказиш тавсия этилади. Бу текширувлар антифосфолипид синдромини (АФС) аниқлаш мақсадида ўтказилади

Текширув 12 ҳафталик оралиқ билан икки марта ўтказилиши керак. АФС ташхисини қўйиш учун лаборатория мезони АФС маркерларидан бирининг қайтадан ижобий натижаси ҳисобланади.

В Прегравидар босқичда ОҲТ бўлган беморга гипотиреоз ёки гипертиреоз, шунингдек, аутоиммун тиреоидитини аниқлаш мақсадида тиреотроп гормони ва қонда тиреопероксидазага қарши антителолар миқдорини текшириш тавсия этилади

Якқол намоён бўлган гипертиреоз ва гипотиреоз ОХТ нинг юқори частотаси билан боғлиқ. Тиреотроп гормонининг $>2,5$ МЕ/л даражаси меъёрдан ортиқ деб ҳисобланиши бўйича консенсусга эришилган.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15304465/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21558126/>

С Прегравидар босқичда ОХТ ва гиперпролактинемия белгилари (олиго/аменорея, галакторея) мавжуд бўлган беморга гиперпролактинемияни аниқлаш мақсадида қондаги пролактин миқдорини текшириш тавсия этилади

ОХТ бўлган беморларда қондаги пролактин миқдорини рутин текшириш тавсия этилмайди.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24491986/>

В Прегравидар босқичда ОХТ бўлган беморга қандли диабетни диагностика қилиш мақсадида қон таркибида глюкоза миқдорини аниқлаш тавсия этилади

Декомпенсациялашган қандли диабет ОХТ сабабларидан бири ҳисобланади. Агар қандли диабет аниқланса, беморнинг кейинги олиб борилиши ва кузатуви эндокринолог билан ҳамкорликда амалга оширилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475518/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27475518/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23302725/>

С ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида беморга қондаги андроген миқдорини рутин тарзда текшириш тавсия этилмайди

Андрогенларга текширув (қонда умумий тестостерон, жинсий гормонларни боғловчи глобулин, эркин андрогенлар индекси ва 17-гидроксипрогестерон миқдорини аниқлаш) фақат тухумдон поликистоз синдроми белгилари ёки гиперандрогения клиник кўринишлари (алопеция, акне, гирсутизм, олигоменорея, аменорея) мавжуд бўлган ҳолларда ўтказилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11821095/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10686206/>

С ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида беморга менструал циклни иккинчи фазасида қондаги прогестерон миқдорини рутин тарзда текшириш тавсия этилмайди

Менструал циклни иккинчи фазасида прогестерон миқдори ўзгарувчан бўлиб, унинг секрецияси циклик характерга эга ва 7 соат оралиғида 7 мартагача ўзгариши мумкин. Прогестерон даражаси ≥ 10 нг/мл овуляция содир бўлганини тасдиқлаши мумкин, лекин лютеин фазаси етишмовчилиги (ЛФЕ) мавжуд эмаслигини аниқ кўрсатмайди, бу эса натижаларни талқин қилишда қийинчилик туғдиради. ОХТ бўлган беморларга гестагенлар тавсия этилиши муносабати билан, ҳомиладорликдан ташқари даврда прогестерон миқдорини аниқлаш ЛФЕ ташхиси учун зарур эмас.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36873081/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23776852/>

С Прегравидар босқичда ОХТ бўлган беморга анемия ва темир танқислиги ҳолатини аниқлаш мақсадида умумий (клиник) қон таҳлили ва қондаги ферритин миқдорини текшириш тавсия этилади

Анемияни эрта аниқлаш ва даволаш ўз вақтида терапияни бошлашга ҳамда эрта ҳомила йўқотишлар ва нохуш перинатал натижалар хавфини камайтиришга ёрдам беради. Тадқиқотлар қондаги ферритин даражаси ва эрта ҳомиладорлик йўқотишлари сони ўртасида тесқари боғлиқлик мавжудлигини кўрсатган.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39736823/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/78888>

В Прегравидар босқичда ОХТ бўлган беморга инфекциян-яллиғланиш ва дисбиотик ҳолатларни аниқлаш мақсадида қин суртмаси микроскопик таҳлили тавсия этилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29469992/>

С Прегравидар босқичда ёки ҳомиладорлик давридаги биринчи ташрифда ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида аёл жинсий аъзолари шиллиқ қавати ажралмаларини ПЦР усули орқали молекуляр-биологик таҳлил қилиш тавсия этилади. Текширув ЖЙБЮИ (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) қўзғатувчиларини аниқлашга қаратилган

ЖЙБЮИ қўзғатувчилари мавжудлиги ҳомиладорлик рўй берган тақдирда ҳомила тушиш хавфини оширади.

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2011.553694>.

В ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида беморга иммунологик ва иммуногенетик тестларни рутин тарзда ўтказиш тавсия этилмайди

Аллоиммун факторларини (Th1-/Th2- лимфоцитлар ёки T4-/T8- лимфоцитлар нисбати, периферик қондаги ва децидуал туқимадаги NK хужайралар миқдори ва цитотоксиклиги, лимфоцитларнинг функционал фаоллиги, ноклассик HLA кластерлари ва KIR рецепторлари бўйича молекуляр-генетик таҳлил, шинингдек HLA типлаштириш, антиспермал, антинуклеар ва анти-HLA антителолар аниқлаш, цитокинлар ва уларнинг полиморфизми таҳлили) ўрганиш аутоиммун касаллик белгилари бўлмаган ОХТ беморлари учун ҳозирги кунда исботланган клиник аҳамиятга эга эмас.

Аллоиммун ва кам учрайдиган аутоиммун факторлар бўйича текширув идиопатик ОХТ бўлган, жуфтликлар билан ишлаш тажрибасига эга ихтисослашган марказларда ўтказилиши мумкин.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aji.12125>,

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0198885910005525?via%3Dihub>

С Агар имконият мавжуд бўлса, прегравидар босқичда ОХТ бўлган бемор ва унинг жуфтини цитогенетик таҳлил (кариотиплаш)га юбориш тавсия этилади. Бу мувозанатлашган хромосом қайта тузилишларини истисно этиш мақсадида амалга оширилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22796359/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15985440/>

С Агар тўқималарни олиш имконияти мавжуд бўлса, ҳомиладорлик йўқотилган ҳолларда абортив материални цитогенетик таҳлил (кариотиплаш) қилиш тавсия этилади. Бу эмбрион/ҳомиладаги хромосом аномалияларини (ХА) аниқлаш мақсадида амалга оширилади

Текширувни молекуляр кариотиплаш усулида ўтказиш тавсия этилади. Бу усул аборт материали сифатининг пастлигида ҳам натижаларни олиш самарадорлигини оширади, кечиктирилган генетик таҳлилларни ўтказиш учун биоматериални музлатилган ҳолда сақлаш имконини беради. Агар аномалиялар аниқланса, она-отанинг кариотипини текшириш масаласини ҳал қилиш учун генетик мутахассис билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.

В Прегравидар босқичда ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида беморнинг жуфтини спермограмма текширувига юбориш тавсия этилади

ОХТ бўйича жуфтликни текшириш аёл ва эркакда бир вақтда бошланиши керак. Эркакларнинг текширувини Ўзбекистон урологлар жамияти томонидан ишлаб чиқилган клиник тавсиялар асосида шифокор-уролог олиб боради.

<https://www.urovest.ru/jour/article/view/4>

<http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=372919>

Агар имконият мавжуд бўлса, прегравидар босқичда ёки ҳомиладорликнинг биринчи ташрифи вақтида ОХТ бўлган беморни молекуляр-генетик таҳлилга юбориш тавсия этилади. Ушбу текширув:

- А** G1691A ген мутациясини (V қон ивиш фактори – Лейден мутацияси), G20210A протромбин ген полиморфизмини (II қон ивиш фактори генида), қондаги Протеин S фаоллигини аниқлашни ўз ичига олади.
Бу таҳлиллар ирсий тромбофилия ташхисини қўйиш мақсадида ўтказилади

Маълумки, бир нечта генетик мутациялар тромбоз ва тромбоэмболия хавфини оширади. Уларга V қон ивиш фактор мутацияси (Лейден мутацияси), Протромбин мутацияси, Протеин S дефицити, Протеин S ва Антитромбин III дефицити киради.

Ҳатто веноз тромбоэмболия ҳолатида ҳам ирсий тромбофилияга анализ ўтказиш аҳамияти баҳсли бўлиб қолмоқда. Шунга қарамасдан ҳамма ушбу текширув ўтказишни ва кейинги антикоагулянт терапияни тавсия этади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33848656/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32566253/>

Инструментал текширувлар

- С** Прегравидар босқичда ОХТ бўлган беморни ички жинсий аъзолар патологиялари, эндометрий қалинлигини аниқлаш мақсадида бачадон ва ортиқларининг УТТ сига эрта фолликуляр ва секретор фазада юбориш тавсия этилади

Бачадон ҳолатини баҳолаш учун энг мақбул диагностика усули бачадон ва ортиқларининг УТТси, имконият мавжуд бўлса—3D УТТ, кўрсатмаларга кўра, гистероскопия ҳам тавсия этилиши мумкин.

https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_4423/Akusherstvo_Natsionalnoe_rukovodstvo_2-e_izdanie-Saveleva_GM_Suhih_GT_Serov_VN-2018-pdf.

- С** Прегравидар босқичда номаълум генезли ОХТ бўлган беморни гистеросальпингография (ГСГ) га юбориш тавсия этилади. Бу текширув бачадон ривожланиш аномалиялари, бачадон бўшлиғи ҳосилалари (субмукоз миома, полиплар, бачадон ичи синехиялари) ни баҳолаш мақсадида ўтказилади

Бачадон ривожланиш аномалиялари ва бачадон бўшлиғи ҳосилаларини баҳолаш мақсадида контрастли эхогистеросальпингоскопия ўтказилиши мумкин. Генитал туберкулёз диагностикаси фақат ГСГ (гистеросальпингография) орқали аниқланиши мумкин.

Кичик тос аъзоларининг МРТ (магнит-резонанс томография) кўрсатмаларга биноан қуйидаги ҳолатларда тавсия этилади:

- Ички жинсий аъзолар ривожланиш нуқсонлари,
- Янги ҳосилалар,
- Тарқалган эндометриоз шакллари,
- Бачадондаги чандиқ ҳолатини баҳолаш.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36873081/>

Ҳомиладорлик давомида ОҲТ бўлган беморларга бачадон бўйни УТТси (УТ-цервикометрия) 14-16 ҳафтадан 24 ҳафтагача ўтказиш тавсия этилади.

А Агар бачадон бўйни узунлиги 30 мм ёки ундан кўп бўлса, текширув ҳар икки ҳафтада бир марта ўтказилади. Агар бачадон бўйни узунлиги 25-29 мм бўлса, ҳар ҳафтада бир марта текшириш тавсия этилади

Ҳомиладорликнинг 34 ҳафтасигача бачадон бўйни узунлигининг ≤ 25 мм бўлиши муддатидан аввалги туғруқ учун прогностик омил ҳисобланади. 20 ҳафталикда бачадон бўйни узунлигининг ≤ 25 мм бўлиши муддатидан аввалги туғруқ хавфини 6 баравар оширади. 34 ҳафтагача ягона ҳомила билан ҳомиладорликда ≤ 25 мм бачадон бўйни узунлиги муддатидан олдинги туғруқни прогноз қилишда 76% сезгирликка ва 68% специфичликка эга.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30587651/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728925/>.

С ОҲТ мумкин бўлган сабаби сифатида сурункали эндометритни аниқлаш мақсадида беморни эндометрий биопсиясини ўтказишга рутин равишда йўналтириш тавсия этилмайди

Сурункали эндометрит умум қабул қилинган ташхис стандартига эга эмас ва бир қатор патоген микроорганизмлар билан боғлиқ эндометрийнинг плазмохужайрали инфилтрацияси билан характерланади. Айрим тадқиқотларга кўра, сурункали эндометритнинг учраш ҳолати ОҲТ бўлган аёллар орасида 7% дан 58% гача бўлиши мумкин.

С Идиопатик ОҲТ бўлган беморлар, эмбрион кўчиришдан сўнг такрорий имплантация муваффақиятсизлиги ва/ёки УТ белгилар асосида сурункали эндометрит ташхиси қўйилган беморларга, агар имконият бўлса, прегравидар даврда эндометрий биопсияси орқали CD138 плазматик ҳужайралари юза антигени экспрессиясини аниқлаш учун иммуногистохимёвий текширув ўтказиш тавсия этилади. Бу тадқиқот ОҲТ сабабларини аниқлаш мақсадида амалга оширилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684333/>

Бошқа ташхислаш усуллари

С Прегравидар босқичда кариотипда ўзгаришлар аниқланган ОҲТга эга бемор ва унинг жуфтани кейинги муолажа тактикаси бўйича қарор қабул қилиш мақсадида генетик шифокор маслаҳатига йўналтириш тавсия этилади

https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_4423/Akusherstvo_Natsionalnoe_rukovodstvo_2-e_izdanie-Saveleva_GM_Suhih_GT_Serov_VN-2018-pdf.

А Имконият мавжуд бўлса, ҳомиладорлик давомида ОҲТ ва скрининг натижаларига кўра юқори ХА хавфи бўлган беморни генетик шифокор маслаҳатига йўналтириш тавсия этилади. Бу инвазив пренатал диагностикага кўрсатмаларни аниқлаш ва олинган материални цитогенетик ёки молекуляр кариотиплаш усуллари билан ўрганиш мақсадида амалга оширилади

Агар ОҲТ бўлган беморларда УТТ натижалари меъёрий бўлса, аммо биокимёвий маркерлар нормадан четга чиққан бўлса, 10 ҳафталик ҳомиладорлик муддатидан сўнг ноинвазив пренатал тест (НИПТ) ўтказиш имкониятини кўриб чиқиш лозим (она қони орқали ҳомиланинг ҳужайрадан ташқари ДНКсини аниқлаш). Ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлик скрининг текширувида ОҲТ бўлган аёлларда биокимёвий маркерларнинг меъёрий кўрсаткичлардан четга чиқиши ҳомила тушиш хавфи(ХТХ) ва дори воситаларини қабул қилиш шароитида плацентация хусусиятларининг ўзига хослиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. ОҲТ бўлган беморларда НИПТ ўтказиш ҳомиладорликни олиб бориш тактикасига

оптимал ёндашишга ёрдам беради. ХТХ шароитида асоссиз инвазив аралашувларнинг олдини олиш ва, аксинча, НИПТ мусбат натижа берган тақдирда, ўз вақтида инвазив аралашув ўтказиш имконини беради.

https://www.rmj.ru/articles/akusherstvo_i_ginekologiya/Neinvazivnyi_prenatalnyi_DNK_skrining_an_euplodii_ploda_po_krovi_materi_metodom_vysokoproizvoditelnogo_sekvenirovaniya/

С Прегравидар босқичида ОХТ ва эндокрин касалликлари бўлган беморларни мавжуд бўлган бузилишларни тўғрилаш мақсадида эндокринолог шифокорга маслаҳат учун йўналтириш тавсия этилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36873081/>

С Прегравидар босқичида ОХТ сабабини аниқлаш мақсадида беморнинг жуфтини шифокор-уролог маслаҳати учун йўналтириш тавсия этилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12606891/>

2.7. Даволаш.

ОХТ сабаби аниқланган ҳолларда даволаш тегишли касалликлар ва ҳолатлар бўйича клиник тавсияларга мувофиқ амалга оширилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Номедикаментоз даволаш усуллари

А Прегравидар босқичида ва ҳомиладорлик давомида ортиқча вазн, семириш ёки тана вазни етишмовчилиги бўлган беморларга уни меъёрлаштириш бўйича тавсиялар бериш тавсия этилади

Аёл учун оптимал ТВИ 19-25 кг/м² ни ташкил қилади. Ортиқча вазн, ҳамда вазн етишмовчилиги клиник ҳомиладорлик юз бериш эҳтимолининг пасайиши, ҳомила тушиш хавфининг ошиши, ОХТ, шунингдек, акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337452/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33893381/>

В Прегравидар босқичида ва ҳомиладорлик давомида беморга чекишдан воз кечиш тавсия этилиши шарт

Чекиш турли акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ бўлиб, улар қаторига ўлик туғилиш, йўлдош олдинда келиши, муддатидан олдинги туғруқ, чақалоқнинг паст тана вазни билан туғилиши ва ҳомиланинг туғма нуқсонлари киради.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20423235/>,

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20537648/>.

С Прегравидар босқичида ва ҳомиладорлик давомида беморга спиртли ичимликлар ичмаслиги тавсия этилиши шарт

Алкоголнинг ҳомиладорлик жараёнига салбий таъсири тўғрисида кўплаб кузатувлар тўпланган. Қабул қилинган алкоголь миқдорида қарамасдан, у ҳомиланинг алкоголь синдроми, психомотор ривожланишнинг ортда қолиши ва бошқа жиддий асоратларга сабаб бўлиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29318691/>

А Прегравидар босқичида ва ҳомиладорлик давомида беморга тўғри овқатланиш тавсия этилади: қатъий вегетарианликдан, рафинацияланган озиқ-овқатлар, тез тайёр бўладиган овқатлар, енгил ўзлаштириладиган углеводлар миқдори юқори бўлган маҳсулотларни истеъмол қилишдан воз кечиш ва кофеин истеъмолини камайтириш

Ҳомиладорлик давомида вегетарианлик ҳомиланинг ўсишдан ортда қолиш хавфини оширади. Кофеиннинг юқори миқдори (кунлик 300 мгдан зиёд) ҳомила тушиши ва чақалоқнинг паст вазн билан туғилиши хавфини оширади. Ҳомиладорликда соғлом овқатланиш етарли калорияга эга, оқсил, витаминлар ва минерал моддаларни ўз ичига олган рациондаги ҳар хил маҳсулотлар – яшил ва оранж сабзавотлар, гўшт, балиқ, дуккакли маҳсулотлар, ёнғоқлар, мевалар ва бутун донли маҳсулотлар киритилиши билан характерланади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337452/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33893381/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26153463/>

Медикаментоз даволаш усуллари

А АФСда ҳомиладорлик тасдиқланган пайтдан бошлаб 36 ҳафтагача 100 мг/суткада ацетилсалицил кислотани оғиз орқали қабул қилиш тавсия этилади

Ацетилсалицил кислотасини ҳомиладорликнинг 2-триместридан кечиктириб тайинлаш даволаш самарадорлигини сезиларли даражада пасайтириши мумкин. Тасдиқланган АФСда ацетилсалицил кислотасини қабул қилиш ҳомиладорликдан олдин тайинланиши мумкин.

А Тасдиқланган АФСда гематолог билан келишган ҳолда стандарт профилактик дозаларда, бачадон ҳомиладорлиги фактини аниқлашдан бошлаб, туғруқдан кейинги даврнинг 6 ҳафтасигача паст молекулали гепаринлар гуруҳи препаратларини тайинлаш тавсия этилади

А ТЭА учун хавф омиллари бўлмаган, келиб чиқиши номаълум бўлган одатий ҳомила тушиши билан оғриган беморга ҳомиладорликнинг олдини олиш учун гепарин гуруҳидаги дориларни мунтазам равишда буюриш тавсия этилмайди.

https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe_nevynashivanie_Aktualynoe_segodnya_Protokol_ESHRE_2023_g_Nacionalnyye_klinicheskie_rekomendacii_Privychnyy_vykidysh_2021_g_materialy_Vsemirno_go_kongressa_ESHRE_2023_g/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com

В Гипотиреоз билан оғриган беморларда левотироксин терапияси тирик туғилиш эҳтимолини оширади

Гипотиреоз билан оғриган беморлар учун (қон зардобидида ТТГ қийматининг ошиши) левотироксин терапияси мажбурийдир. Кўпгина ҳомиладор аёллар учун биринчи триместрда нормал ТТГ қийматларининг юқори чегараси 4 мМЕ/л деб ҳисобланиши керак. II ва III триместрларда ТТГ нормасининг юқори чегараси ҳомиладор бўлмаганлар билан бир хил.

В Агар ТТГ даражаси нормал бўлса, лекин ТПО га антикорларнинг концентрацияси юқори бўлса, левотироксинни юбориш тавсия этилмайди

Ҳомила одатий тушишининг аниқ сабаби бўлмаса, гестагенлардан фойдаланиш тавсия этилади.

С Одатдаги ҳомила тушишда микролаштирилган прогестерон ва дидрогестерон терапияси плацебога нисбатан ҳомиладорликни йўқотиш хавфини камайтиради ва хавфсиз кўринади

Бачадон бўйни қисқариши (ултратовушли сервикометрия 14-16 ҳафтадан бошлаб тавсия этилади) кеч тушиш хавфи билан, ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигидан кейин эса эрта туғилиш хавфи билан боғлиқлиги исботланган. Шунга ўхшаш клиник вазиятда, кўпгина тавсияларга кўра, вагинал прогестерондан фойдаланиш афзалдир. Микронизацияланган прогестерон кунига 200-400 мг, агар керак бўлса, ҳомиладорликнинг 34 ҳафталигига қадар тавсия этилади.

Синтетик гестагенлар (дидрогестерон) ҳомиладорликнинг такрорий йўқолишини ҳам камайтириши мумкин. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида одатдаги тушиш терапиясида гестагенлардан фойдаланиш бўйича 2023 йилги FIGO амалий тавсияларига кўра, оғиз орқали қабул қилиш учун синтетик гестаген ҳомиланинг одатдаги тушишида рол ўйнаши мумкин.

С Прегравидар босқичда гистологик текширувда тасдиқланган сурункали эндометрит билан оғриган беморга комплекс антибиотик терапияси тавсия этилади

С Ҳомиланинг одатий тушиши (ҲОТ) билан оғриган беморларга D витамини этишмовчилиги исботланган тақдирда тавсия этилади

Дастлабки босқичда қондаги 25 (ОН) D даражасини аниқлаш, сўнгра унинг дефицити / этишмовчилигини тузатиш афзалроқдир.

Жаррохлик йўли билан даволаш

В Прегравидар босқичда ОҲТ ва бачадон ичи патологияси бўлган беморга гистероскопия тавсия этилади

Гистероскопия – эндометрий полипи, бачадон ичи синехиялари, эндометрий гиперплазияси, бачадон ривожланиш аномалиялари (бачадон ичи тўсиғи), субмукоз миома каби бачадон ичи патологияларини даволашда асосий усул ҳисобланади. Айрим ҳолларда бачадон ичи патологиясини даволаш учун гистероскопия ва лапароскопияни биргаликда қўллаш зарур бўлади. Гинекологик касалликлар мавжуд бўлганда, прегравидар босқичда текширув ва даволаш мазкур касалликлар бўйича клиник тавсияларга мувофиқ бўлиши керак.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25376455/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18384974/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10624926/>

А Прегравидар босқичда ОҲТ ва хирургик даволашни талаб қилувчи гинекологик касалликлари бўлган беморни лапароскопия ўтказиш учун юбориш тавсия этилади

Лапароскопия – кичик тос аъзолари патологиясини комплекс баҳолаш ва хирургик даволашнинг яқунловчи усули ҳисобланади. Гинекологик касалликлар мавжуд бўлганда, прегравидар босқичда текширув ва даволаш мазкур касалликлар бўйича клиник протоколларга мувофиқ бўлиши керак.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1981987>.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22261062/>

А Бир ҳомилали ҳомиладорлик, кечиккан ҳомила тушиши ёки анамнезда ОҲТ бўлган беморга ҳомила тушиши ёки ОҲТ хавфини камайтириш ва перинатал натижаларни яхшилаш мақсадида акушерлик песарийси қўйиш тавсия этилади

ИЦЕ ни даволашнинг асосий усуллари – акушерлик песарийси ёки серкляжни прогестерон препаратларига қарши кўрсатма бўлмаган ҳолларда микронлаштирилган прогестерон препаратлари билан (вагинал ёки ректал тарзда) комбинацияда қўллашдан иборат. Акушерлик песарийси 12 ҳафталикдан 37 ҳафталиккача қўйилади ва 24 ҳафталикдан кейин афзал усул ҳисобланади.

А Бир ҳомилали ҳомиладор бемор анамнезида бутунлиги сақланган ҳомила пардасига эга кечиккан ҳомила тушиши ёки МОТ бўлган бўлса, ҳомила тушиши ёки ОҲТ хавфини камайтириш ва перинатал натижаларни яхшилаш мақсадида бачадон бўйнига чок қўйиш (серкляж) тавсия этилади

Бачадон бўйнига чок қўйиш (серкляж) 12-26 ҳафталик ҳомиладорлик даврида амалга оширилади. Шунингдек, агар беморда бачадон бўйнининг ≤ 15 мм га қисқариши (кўпинча ҳомила пардаси пролабирланиши билан бирга кузатилади) серкляж қўйиш шошилиш ҳолатларда ҳам ўтказилиши мумкин. Бу муолажани ўтказишдан олдин ҳомиладорлик муддати (муддат ошган сари хавф ортади), бачадон бўйни очилиши даражаси, акушер-гинеколог квалификацияси ва шифохона имкониятларини ҳисобга олган ҳолда фойда ва хавфлар синчиклаб баҳоланиши керак. ИЦЕ ва анамнезида ≥ 2 кечиккан ҳомила тушиши ёки МОТ бўлган ҳомиладор аёлларда серкляж устунроқ усул ҳисобланади.

В Прегравидар босқичда ОХТ ва ИЦЕ га эга бўлган, бачадон бўйни тўқимаси етишмовлиги (конизация, трахелэктомия) сабабли ҳомиладорлик давомида бачадон бўйнига чок қўйиш (серкляж) имкони бўлмаган беморни абдоминал усулда серкляж қўйиш учун (афзалроғи лапароскопик усулда) юбориш тавсия этилади

Абдоминал серкляж ҳам, агар олдинги ҳомиладорликда трансвагинал серкляж самарасиз бўлган бўлса, ИЦЕ ни даволашда муқобил усул сифатида кўриб чиқилиши мумкин. Трансабдоминал серкляж техник жиҳатдан трансвагинал серкляжга қараганда мураккаброқ бўлиб, кўпроқ асоратлар (яра инфекцияси, қон кетиш) билан кечади. Шу сабабли, у фақат куйидаги ҳолатларда тавсия этилади:

- камида 2 марта муваффақиятсиз амалга оширилган трансвагинал серкляж қўйиш ҳолатида;
- бачадон бўйни анатомик жиҳатдан вагинал чок қўйиш имконини бермаганда (масалан, LLETZ(ўзгарган зонани илгакли электр орқали кесиш) ёки конус-биопсиядан кейин);
- трахелэктомиядан сўнг.

Серкляж юқори малакага эга бўлган, лапароскопик жарроҳлик амалиёти техникасини пухта эгаллаган акушер-гинеколог томонидан бажарилиши керак. Серкляж учун эримайдиган лента ёки конуссимон игна Майо №4 га ўралган эгилувчан, ингичка зонд қўлланилади (бу эластикликни оширади). Чок материалининг тортилиш даражаси бачадон бўйнидан Гегар №5 кенгайтиргичлари ўтиш имконини берадиган даражада бўлиши керак.

Трансабдоминал серкляж кўп ҳолатларда атрофдаги тўқималар билан бирикиб кетиши сабабли олиб ташлаш имконсиз. Шу боис кесарча кесиш орқали туғруқ ўтказиш тавсия этилади. Бу ҳатто 2-триместрда, шу билан бир қаторда кўнгилсиз перинатал натижа ҳолатида ҳам амалга оширилиши мумкин. Абдоминал серкляж кейинги ҳомиладорликларда ҳам жойида сақланиши мумкин.

С Бачадон бўйнига чок қўйиш(серкляж) инфекция, қиндан қон кетиш, ҳомила тушиши ёки МОТ хавфи белгилари мавжуд бўлганда тавсия этилмайди

<file:///C:/Users/user/Downloads/Истимико-цервикальная%20недостаточность.pdf>

С ОХТ ва икки шохли бачадон ёки бошқа туғма аномалиялар мавжуд бўлганда метропластика тавсия этилмайди

https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe_nevynashivanie_Aktualnoe_segodnya_Protokol_ESHRE_2023_g_Nacionalnyye_klinicheskie_rekomendacii_Privychnyy_vykidysh_2021_g_materialy_Vsemirno_go_kongressa_ESHRE_2023_g/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com

С Ҳомила йўқотилганда ҳомила материалини генетик тадқиқотга мунтазам юбориш тавсия этилмайди – бу ҳомила тушиши сабабини аниқлаш учун мумкин, лекин прогнозни яхшилаш эҳтимоли кам

Агар бундай тадқиқот ўтказиладиган бўлса, қиёсий геном гибридизацияси усулини қўллаш мақсадга мувофиқдир. Аномалиялар аниқланганда, ота-она кариотипини таҳлил қилиш масаласини ҳал қилиш учун генетик маслаҳати тавсия этилади.

2.8. Профилактика.

Профилактика Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 14 июндаги 195-сонли буйруғи билан тасдиқланган «Антенатал парвариш, хавф гуруҳига мансуб ҳомиладорларни олиб бориш» бўйича миллий клиник протокол тавсияларига мувофиқ олиб борилади.

С ОХТ ва реактив депрессия белгилари мавжуд бўлган беморга терапия зарурлигини аниқлаш мақсадида психотерапевт шифокор билан маслаҳатлашиш тавсия этилади

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1981987>

Бирламчи профилактика усулларига қуйидагилар киради: 35 ёшгача ҳомиладорликни режалаштириш, сунъий абортларнинг олдини олиш, ҳомила тухуми элементларини инструментал олиб ташлашдан қочиш, ЖЙБЮИ, эндометрит ва кичик тос аъзоларининг бошқа яллиғланиш касалликларини даволаш. Иккиламчи профилактика эса ОХТ бўлган беморларни ўз вақтида текшириш, такрорий гестацион йўқотишларга олиб келувчи сабабларни аниқлаш ва бартараф этиш орқали келажақда репродуктив бузилишларнинг олдини олишдан иборат.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29684333/>.

2.9. Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

ОХТ билан ҳомиладор аёлларни шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Ҳомила тушиш хавфи
- ИЦЕ ни жарроҳлик йўли билан тўғрилаш зарурати
- Муддатидан олдинги туғруқ хавфи
- Ҳомила пардалари барвақт ёрилиши

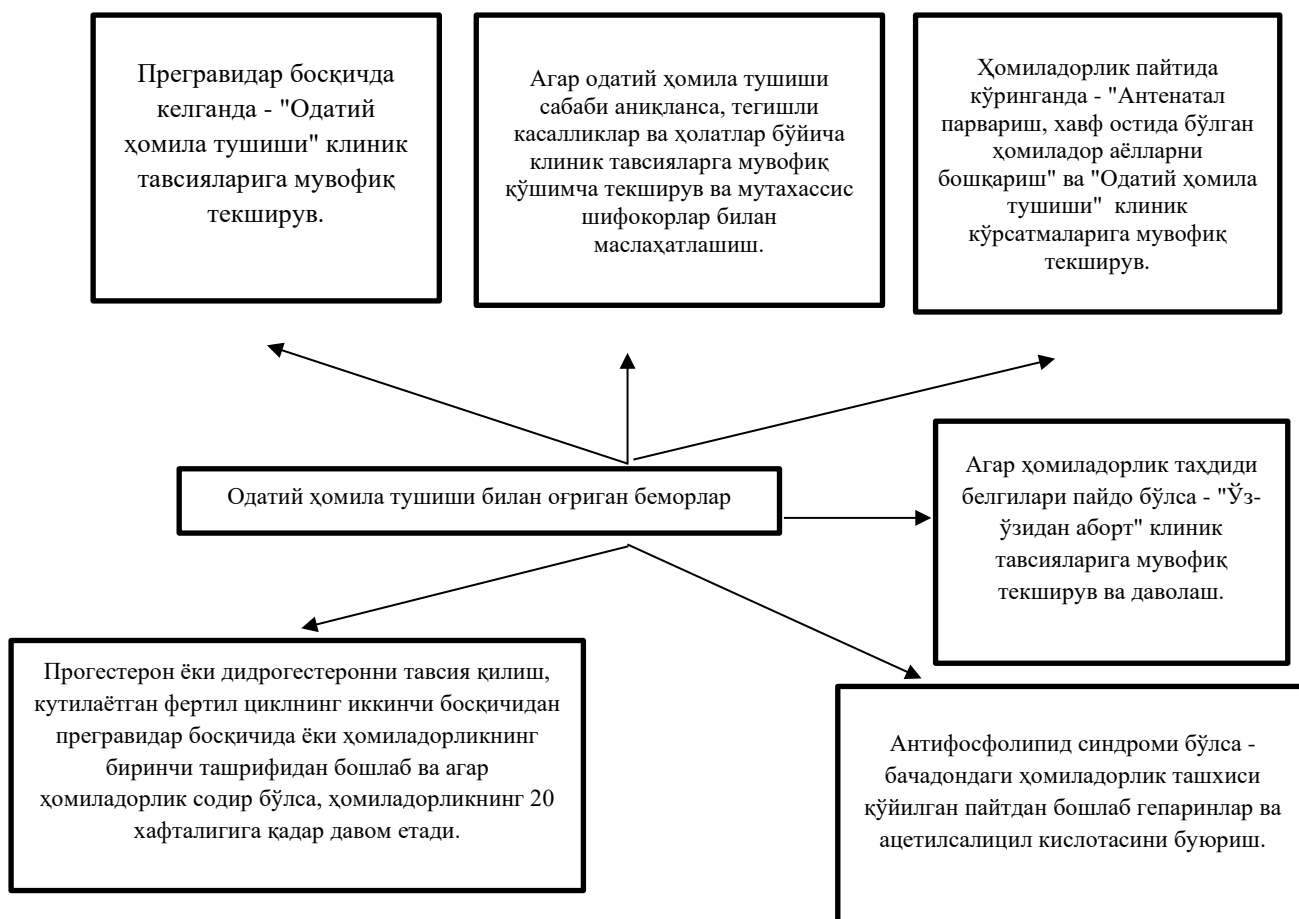
ОХТ билан боғлиқ беморларни шифохонадан чиқариш учун кўрсатмалар: ҳомила тушиш хавфи, МОТ хавфини бартараф этиш, ИЦЕ фонида ҳомиладорликнинг муваффақиятли давом этиши.

2.10. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Баҳолаш
1	Прегравидар босқичда бемор ва унинг жуфтии цитогенетик тадқиқотга юборилди	Ҳа / Йўқ
2	Прегравидар босқичида ёки ҳомиладорликнинг биринчи ташрифидида бемор қонидаги кардиолопинга антитаналар, бета 2-гликопротеинга антитаналар, люпус антикоагулянт даражасини аниқлаш учун юборилди.	Ҳа / Йўқ
3	Прегравидар босқичда беморга тиреотроп гормон даражасини таҳлил қилиш ва қонда тиреопероксидазага қарши антитаналар миқдорини аниқлаш бўйича текширувга йўналтирилди.	Ҳа / Йўқ
4	Прегравидар босқичида бемор қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш учун йўналтирилди.	Ҳа / Йўқ
5	Прегравидар босқичида бемор умумий (клиник) қон таҳлили ва қон зардобидидаги ферритин миқдорини аниқлаш учун йўналтирилди.	Ҳа / Йўқ
6	Прегравидар босқичида ёки ҳомиладорлик давомида биринчи ташриф чоғида бемор аёл жинсий аъзолари шиллик пардасидан ажралмаларни молекуляр-биологик таҳлил қилиш учун (<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> каби ЖЙБЮИ кўзгатувчиларини аниқлаш мақсадида) йўналтирилди.	Ҳа / Йўқ

7	Прегравидар босқичда бемор бачадон ва ортиқлари УТТсига йўналтирилди.	Ҳа / Йўк
8	Ҳомиладорлик давомида беморга бачадон бўйнини ультратовуш текшируви (УТ-цервикометрия) учун йўлланма берилади. Бу текширув 14-16 ҳафталикдан 24 ҳафталиккача қуйидаги тартибда ўтказилади: агар бачадон бўйнининг узунлиги 30 мм ёки ундан кўп бўлса – ҳар икки ҳафтада бир марта, агар 25-29 мм бўлса – ҳар ҳафта.	Ҳа / Йўк
9	Ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасигача микронлаштирилган прогестерон препаратлари тайинланган.	Ҳа / Йўк
10	Антифосфолипид синдромида гепаринлар профилактик дозада бачадондаги ҳомиладорлик аниқланган пайтдан бошлаб бутун ҳомиладорлик давомида ва туғруқдан кейинги 6 ҳафта мобайнида тайинланди.	Ҳа / Йўк

2.11. Шифокорнинг ҳаракатлар алгоритми



3. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Доброхотова Ю.Э., Кузнецов П.А., Джохадзе Л.С. Оригинальная статья опубликована на сайте РМЖ. Привычное невынашивание. Актуальное сегодня (Протокол ESHRE 2023 г., Национальные клинические рекомендации «Привычный выкидыш» 2021 г., материалы Всемирного конгресса ESHRE 2023 г.)
2. Здоровое питание. Информационный бюллетень. Женева: Всемирная организация здравоохранения. 31 августа 2018 г.

3. Arab H., Alharbi A. jaber, Oraif A., Sagr E., Al Madani H., Abduljabbar H., et al. The Role Of Progesterone In Threatened And Idiopathic Recurrent Miscarriage. *Int J Womens Health*. 2019; Volume 11:589–96.
4. Bender Atik R., Christiansen O.B., Elson J., Kolte A.M., Lewis S., Middeldorp S., et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open*. 2018; 2018(2).
5. Broekmans F., Humaidan P., Lainas G., Töyli M., Le Clef N., Vermeulen N. Reply: Questionable recommendation for LPS for IVF/ICSI in ESHRE guideline 2019: ovarian stimulation for IVF/ICSI. *Hum Reprod open*. 2021; 2021(1): hoab006.
6. Cavalcante M.B., Sarno M., Peixoto A.B., Araujo Júnior E., Barini R. Obesity and recurrent miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2019; 45(1):30–8.
7. Chan D.M.K., Cheung K.W., Ko J.K.Y., Yung S.S.F., Lai S.F., Lam M.T., et al. Use of oral progesterone in women with threatened miscarriage in the first trimester: a randomized double-blind controlled trial. *Hum Reprod*. 2021; 36(3):587–95.
8. Coomarasamy A., Devall A.J., Brosens J.J., Quenby S., Stephenson M.D., Sierra S., et al. Micronized vaginal progesterone to prevent miscarriage: a critical evaluation of randomized evidence. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(2):167–76.
9. Coomarasamy A., Devall A.J., Cheed V., Harb H., Middleton L.J., Gallos I.D., et al. A Randomized Trial of Progesterone in Women with Bleeding in Early Pregnancy. *N Engl J Med*. 2019; 380(19):1815–24.
10. Coomarasamy A., Dhillon-Smith R.K., Papadopoulou A., Al-Memar M., Brewin J., Abrahams V.M., et al. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. *Lancet*. 2021; 397(10285):1675–82.
11. Devall A.J., Papadopoulou A., Podsek M., Haas D.M., Price M.J., Coomarasamy A., et al. Progesterone for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane database Syst Rev*. 2021; 4:CD013792.
12. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guideline www.nice.org.uk/guidance/ng126. 2019
13. Edugbe A.E., James B., Akunaeziri U.A., Egbodo C.O., Imoh C.L., Ajen A.S., et al. Beta-cell dysfunction and abnormal glucose metabolism among non-diabetic women with recurrent miscarriages. *Arch Gynecol Obstet*. 2020; 301(2):559–64.
14. Georgsen M., Krog M.C., Korsholm A.-S., Hvidman H.W., Kolte A.M., Rigas A.S., et al. Serum ferritin level is inversely related to number of previous pregnancy losses in women with recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril*. 2021; 115(2):389–96.
15. Griesinger G., Blockeel C., Kahler E., Pexman-Fieth C., Olofsson J.I., Driessen S., et al. Dydrogesterone as an oral alternative to vaginal progesterone for IVF luteal phase support: A systematic review and individual participant data meta-analysis. *PLoS One*. 2020; 15(11): e0241044.
16. Haahr T., Zacho J., Bräuner M., Shathmigha K., Skov Jensen J., Humaidan P. Reproductive outcome of patients undergoing in vitro fertilisation treatment and diagnosed with bacterial vaginosis or abnormal vaginal microbiota: a systematic PRISMA review and meta-analysis. *BJOG*. 2019; 126(2):200–7.
17. Haas D.M., Hathaway T.J., Ramsey P.S. Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane database Syst Rev*. 2019; 2019(11).
18. Hamed B., Feulefack J., Khan A., Sergi C. Association between factor V Leiden mutation and recurrent pregnancy loss in the middle east countries: a Newcastle–Ottawa meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2020; 302(2):345–54.
19. Hamulyák E.N., Scheres L.J., Marijnen M.C., Goddijn M., Middeldorp S. Aspirin or heparin or both for improving pregnancy outcomes in women with persistent antiphospholipid antibodies and recurrent pregnancy loss. *Cochrane database Syst Rev*. 2020; 5:CD012852.

20. Liu X., Chen Y., Ye C., Xing D., Wu R., Li F., et al. Hereditary thrombophilia and recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod.* 2021; 36(5):1213–29.
21. Ng K.Y.B., Cherian G., Kermack A.J., Bailey S., Macklon N., Sunkara S.K., et al. Systematic review and meta-analysis of female lifestyle factors and risk of recurrent pregnancy loss. *Sci Rep.* 2021; 11(1):7081.
22. Quenby S., Gallos I.D., Dhillon-Smith R.K., Podsek M., Stephenson M.D., Fisher J., et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet.* 2021; 397(10285):1658–67.
23. Shennan A., Chandiramani M., Bennett P., David A.L., Girling J., Ridout A., et al. MAVRIC: a multicenter randomized controlled trial of transabdominal vs transvaginal cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol.* 2020; 222(3): 261.e1-261.e9.

4. Иловалар

4.1. Протоколни ишлаб чиқиш методологияси

Протоколни ишлаб чиқиш методологияси

Миллий клиник протокол Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги №5590-сонли «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2024 йил 23 февралдаги №52-сонли «Миллий/маҳаллий клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш, тасдиқлаш ва тиббий амалиётга жорий этиш методологиясини тасдиқлаш тўғрисида»ги буйруғи талабларига мувофиқ ишлаб чиқилган.

Протоколни ишлаб чиқишда иштирок этган мутахассислар:

- Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббий маркази акушер гинекологлари
- Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ошириш маркази мутахассислари
- Тошкент тиббиёт академияси мутахассислари

Протоколни яратиш сабаблари:

- Мавзунинг тиббий аҳамияти
- Тиббий амалиётдаги ёндашувлар хилма-хиллиги
- Замонавий далиллар базасининг кенг қамровлиги ва самарадорликни тасдиқловчи маълумотларнинг мавжудлиги

Манфаатлар тўқнашуви:

Протоколни ишлаб чиқишдан олдин ишчи гуруҳ аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма маълумотномаларни тўлдиришган. Ҳеч бир аъзо дори ишлаб чиқариш компаниялари ёки клиник амалиётда қўлланиладиган маҳсулотларни ишлаб чиқарувчи ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа низоларга эга эмас.

Қизиқиш билдирган томонларни жалб этиш:

Протокол бўйича устувор қоидалар ва тавсияларни ишлаб чиқишда аҳолининг мақсадли гуруҳи (беморлар ва уларнинг оила аъзолари) фикрлари инобатга олинган. Бу жараёнда тиббий жиҳатлар (соғлиққа фойдаси, ножўя таъсирлар ва хавфлар), этик, маданий ва диний омиллар ҳисобга олинган. Фикрларни йиғиш ихтисослаштирилган бўлимлардаги аёллар билан ноформал суҳбатлар орқали амалга оширилган.

Далилларни йиғиш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш:

Далилларни йиғиш усуллари: электрон маълумотлар базасида кидирув, кутубхона ресурслари. Асосий маълумот манбалари сифатида инглиз ва рус тилидаги тиббий жамоалар ва ихтисослашган ташкилотларнинг клиник қўлланмалари (турли давлатлар), 2013-2023 йиллар давомидаги илмий адабиётлар (афзаллик 2018 йилдан кейинги далилларга берилган).

Протоколни ишлаб чиқишда дарсликлар ва монографиялар (чунки улар далиллар сифатининг пастлиги ёки умуман мавжуд эмаслиги билан тавсифланади) ишлатилмаган.

Тизимли қидирув қамраб олган маълумот базалари:

- 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
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.igo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

Қайд этилган ва баҳоланган клиник қўлланмаларда керакли тавсиялар мавжуд бўлмаган ёки улар етарлича / тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан қўллаб-қувватланмаган, бир-бирига зид келган, маҳаллий шароитларда қўллаб бўлмайдиган ёки эскирган ҳолларда қўшимча равишда рандомизацияланган назорат қилинган тадқиқотлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар ва когорт тадқиқотларини қидириш амалга оширилди.

Қидирув амалга оширилган маълумотлар базалари:

- <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>

Топилган манбаларнинг сифати танқидий баҳоланди, бунинг учун клиник қўлланмаларнинг замонавийлиги, уларни ишлаб чиқиш методологияси, тавсиялар ва далилларнинг ишончлилик даражаси ва кучлиги бўйича баҳоланиши, ҳамда уларнинг маҳаллий тиббий хизмат кўрсатиш шароитларига мослиги инобатга олинди.

Тавсияларни шакллантириш усулларининг тавсифи.

Протоколнинг якуний тавсиялари қуйидаги усуллар орқали шакллантирилди:

- Клиник қўлланмалардан айрим тавсияларни ўзгартиришсиз қабул қилиш,
- Айрим тавсияларни маҳаллий шароитларга мослаштириб адаптация қилиш,
- Қўшимча адабиёт қидируви асосида янги тавсияларни ишлаб чиқиш.

Ишончсиз далилларга асосланган ва маҳаллий шароитларга мос келмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник қўлланмалардан олинган тавсиялар уларнинг аслида чоп этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Агар чет эл клиник қўлланмаларда турли далиллар шкаласи ишлатилган бўлса, улар (имконияти бўлса) GRADE тизимига таржима қилинди. Бир нечта қўлланмада бир хил тавсиялар турли далиллар даражаси билан берилган бўлса, ишчи гуруҳ эътиборлироқ илмий далилларга асосланган тавсияни танлади.

Протокол ички ва ташқи экспертлар томонидан расмий рецензия қилинди. Агар тавсияларнинг далил базаси рецензент ёки эксперт фикридан устунроқ бўлса ёки махсус тиббий тармоқ учун мосроқ бўлса, ишчи гуруҳ рецензент таклифини рад этиш ҳуқуқига эга бўлди.

Протоколнинг якуний таҳрири: Олий таълим муассасаларининг профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, тиббиёт ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ ДМ худудий филиаллари раҳбарлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда

минтақавий тиббиёт муассасалари шифокорлари иштирокида муҳокама қилинди. Муҳокама учун протокол лойиҳаси РИОваБСИАТМ ДМ расмий веб-сайтида (<https://akusherstvo.uz>) жойлаштирилди. Фикр-мулоҳазалар стандарт шаклдаги жавоблар варағи орқали электрон почта орқали қабул қилинди. Якуний муҳокама онлайн форматда ишчи гуруҳ, рецензентлар, ташқи эксперт ва бошқа мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали ўтказилди. Ушбу клиник протокол тавсияларида барча маълумотлар тадқиқотлар сони ва сифатига қараб, тавсиялар ишончлилик даражаси (ТИД) бўйича сараланган.

4.2 Одатий ҳомила тушишни бошқариш учун амалий кўникмалар компетенциялари (task shifting)

	Ҳамшира / доя	КТОП оилавий шифокори (бакалавр даражаси)	Акушер- гинеколог/ бошқа турдош мутахассислар
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоят йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+	+	+
Бемор анамнезини тўплашда одатдаги ҳомила тушиши белгилари тўғрисидаги билимларни қўллаш	+	+	+
Одатдаги ҳомила тушиши билан оғриган беморларнинг тўлиқ тиббий тарихини шакллантириш.		+	+
Хавф омилларини баҳолаш	+	+	+
Физикал кўрик			
Антропометрик маълумотларни ўлчашда ўз малакасини кўрсатиш	+	+	+
Ҳаётий муҳим кўрсаткичларни (пулс, АД, онг, нафас олиш, ҳарорат) ўлчаш қобилиятини намойиш этиш	+	+	+
Протокол тавсияларига мувофиқ беморни комплекс физик текширувдан ўтказишда ўз малакасини намойиш этиш		+	+
Анамнезида одатдаги ҳомила тушиши билан касалланган беморларни текширишда ўз малакасини кўрсатиш		+	+
Ташхис қўйиш			
ХКТ 10/11 асосида одатдаги ҳомила тушиши ташхисини қўйиш	+	+	+
Лаборатор диагностикаси			
Базавий лаборатор таҳлилларини тайинлаш:	+	+	+
Базавий лаборатор таҳлиллари натижаларини талқин қилиш		+	+
Қўшимча лаборатор таҳлилларини тайинлаш:		+	+
Қўшимча лаборатор таҳлиллари натижаларини талқин қилиш		+	+
Инструментал диагностика			

Базавий инструментал тадқиқотларни тайинлаш	+	+	+
Базавий инструментал тадқиқотлар натижаларини талқин қилиш		+	+
Қўшимча инструментал тадқиқотлар тайинлаш		+	+
Қўшимча инструментал тадқиқотлар натижаларини талқин қилиш		+	+
Даволаш			
Дори-дармонсиз даволаш ҳажмини аниқлаш	+	+	+
Протокол тавсияларига мувофиқ дори-дармон билан даволанишни тайинлаш		+	+
Жарроҳлик аралашувлари ҳажмини аниқлаш			+
Протоколга мувофиқ жарроҳлик аралашувларини ўтказишдаги компетенциялар			+
Профилактика			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Дори-дармонларни даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

4.3 Одатий ҳомила тушишни бошқаришда билим компетенциялари (task shifting)

	Ҳамшира / доя	КТОП оилавий шифокори (бакалавр даражаси)	Акушер-гинеколог/ бошқа турдош мутахассислар
Одатдаги ҳомила тушишни аниқлаш	+	+	+
Одатдаги ҳомила тушишда шикоятлар, хавф омиллари, аломатларни тавсифлаш	+	+	+
Одатдаги ҳомила тушишни билан боғлиқ терминологияни тасвирлаш		+	+
Одатдаги ҳомила тушишни КХТ 10/11 га мувофиқ таснифлаш	+	+	+
Одатдаги ҳомила тушишнинг патофизиологик механизмларини тавсифлаш		+	+
Одатдаги ҳомила тушишнинг ривожланиш хавфи омилларини тавсифлаш		+	+
Одатдаги ҳомила тушишда анамнез йиғиш схемасини тасвирлаш	+	+	+
Одатий ҳомила тушиш ҳолатида физикал текширувга ёндашувларни тасвирлаш	+	+	+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар асосида одатий ҳомила тушиш ташхисига ёндашувни яратиш	+	+	+

Асосий таҳлиллар ва инструментал тадқиқотлар талқини		+	+
Терапияга ёндашувни яратиш		+	+
Дори -дармонсиз бўлган терапияни тасвирлаш	+	+	+
Дори терапиясини тавсифлаш		+	+
Одатдаги ҳомила тушишда ишлатиладиган турли хил дориларнинг таъсир механизми, кўрсаткичлари ва ён таъсирини муҳокама қилиш		+	+
Одатий ҳомила тушиш ҳолатида патофизиологик ўзгаришларни муҳокама қилиш		+	+
Одатий ҳомила тушишнинг олдини олиш чораларини билиш	+	+	+