

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**

**«ODATIY HOMILA TUSHISHI»  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

«KELISHILGAN»  
“RIOvaBSIATM” DM direktori  
N. S. Nadiyanova

*Hay*



## «ODATIY HOMILA TUSHISHI» MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT 2025

## **Mundarija**

Kirish .....	5
Asosiy qism .....	8
Foydalanilgan adabiyotlar .....	22
Ilovalar.....	24

## 1. Kirish qismi

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

<b>N96</b>	Odatiy homila tushishi
<b>O26.2</b>	Odatiy homila ko'tara olmaydigan ayolga tibbiy yordam
Ilova: <a href="https://classinform.ru/mkb-10/n96.html">https://classinform.ru/mkb-10/n96.html</a>	

### 1.2. XKT-11 bo'yicha kodlanishi:

<b>JA65.4</b>	Odatiy homila ko'tara olmaydigan ayolga tibbiy yordam
<b>GA33</b>	Homila ko'tara olmaslik
Ilova: <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#753990808">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#753990808</a>	

**Protokolni ishlab chiqish va kayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025-yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030-yil yoki yangi daliliy asoslar mavjud bo'lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

**Klinik protokolni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:** Respublika Ixtisoslashtirilgan Ona va Bola Salomatligi Ilmiy - Amaliy Tibbiyot Markazi

### Ishchi guruh boshliqlari:

<b>№</b>	<b>F.I.SH.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
1	Nadirxanova N.S.	Direktor, tibbiyot fanlari doktori	RIOvaBSIATM DM
2	Abdullayeva L.M.	O'zbekiston Respublikasi Sogliqni saqlash vazirligi bosh akusher-ginekologi, tibbiyot fanlari doktori, professor	TTA
3	G'afurova F.A	Kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	TXKMRM, akusherlik, ginekologiya va perinatal tibbiyot kafedrası
4	Karimova F.D.	Kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	TXKMRM, 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası №2

### Tuzuvchilar ro'yxati:

<b>№</b>	<b>F.I.SH.</b>	<b>Lavozimi</b>	<b>Ish joyi</b>
1	Azizova G.D.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari doktori	RIOvaBSIATM DM
2	Irgasheva S.U.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIOvaBSIATM DM
3	Aliyeva D.A.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari doktori, professor	RIOvaBSIATM DM
4	Nishanova F.P.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari nomzodi	RIOvaBSIATM DM
5	Mikirtichev K.D.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari nomzodi	RIOvaBSIATM DM
6	Babaxanova A.M.	Akusher-ginekolog, PhD tibbiyot fanlari nomzodi	RIOvaBSIATM DM
7	Dauletova M.J.	Akusher-ginekolog, PhD tibbiyot fanlari nomzodi	RIOvaBSIATM DM
8	Shermatova S.E.	Akusher-ginekolog, PhD tibbiyot fanlari nomzodi	RIOvaBSIATM DM

9	Isanbayeva L.M.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari doktori	TXKMRRM, akusherlik, ginekologiya va perinatal tibbiyot kafedrası
10	Inoyatova N.M.	Akusher-ginekolog, tibbiyot fanlari nomzodi	TXKMRRM, kafedra akusherlik, ginekologiya va perinatal tibbiyot kafedrası
11	Nurova A.A.	Akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM DM
12	Davronova Y.A.	Akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM DM
13	Shukurova M.R.	Akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM DM

#### Taqrizchilar:

№	F.I.SH.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupbayev R.B.	Tibbiyot fanlar doktori, professor, fetal tibbiyot bo'limi mudiri	RIOvaBSIATM DM
2	Kattaxo'jayeva M.X.	Kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor	Toshkent davlat stomatologiya instituti Akusherlik va ginekologiya kafedrası

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

*TTA – Toshkent Tibbiyot Akademiyasi*

*TXKMOM – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi*

Klinik protokol oliy o'quv yurtlarining professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM markazi filiallari direktorlari va ularning o'rinbosarlari), mintaqaviy tug'ruq muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhining yakuniy yig'ilishida norasmiy konsensusga erishish yo'li bilan muhokama qilindi va onlayn formatda «7» fevral 2025-y., 1-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlashga tavsiya etildi.

Ishchi guruhi rahbari – t.f.d. Nadirxanova N.S., «RIOvaBSIATM » DM direktori.

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va «11» fevral 2025-y., 2-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Ilmiy Kengash raisi – t.f.d., professor Asatova M.M.

#### Tashqi mutaxassis bahosi:

№	F.I.SH.	Lavozimi	Ish joyi
1	Hamidullina Z. G.	PhD, akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, Ostona shahridagi akusher-ginekologlar Federatsiyasi raisi	"Astana tibbiyot universiteti" NAO (Ostona, Qozog'iston)

#### Qisqartmalar ro'yxati:

<b>AFS</b>	antifosfolipid sindrom
<b>JSST</b>	jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
<b>ISY</b>	istmiko-servikal yetishmovchiligi
<b>JYBYuI</b>	jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar
<b>NIPT</b>	noinvaziv prenatal test
<b>LFY</b>	lyutein fazasi yetishmovchiligi
<b>PMG</b>	past molekular geparin
<b>OHT</b>	odatlangan homila tushish

<b>MOT</b>	muddatdan oldingi tug‘ruq
<b>PZR</b>	polimeraza zanjir reaksiyasi
<b>TPO</b>	tireoperoksidaza
<b>TTG</b>	tireotrop gormon
<b>TEA</b>	tromboembolik asorat
<b>HTX</b>	homila tushish xavfi
<b>UTT</b>	ultratovush tekshiruvi
<b>XA</b>	xromosoma aneuploidiyasi
<b>BBK</b>	bachadon bo‘yni kanali
<b>BB</b>	bachadon bo‘yni

**Protokolning maqsadi:** tibbiyot xodimlariga odatlangan homila tushishini davolash va reproduktiv funksiyani tiklash bo‘yicha ilmiy asoslangan ma'lumotlar hamda tavsiyalarni taqdim etish.

**Bemorlar toifalari:** 22 xaftagacha bo‘lgan muddatda 2 yoki undan ortiq klinik homila yo‘qotish holati mavjud bo‘lgan ayollar.

**Klinik protokol foydalanuvchilar:** Akusher-ginekologlar, endokrinologlar, oilaviy shifokorlar, terapevtlar, laborantlar, klinik farmakologlar, neonatologlar, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari, akusherlar, tibbiyot oliygohlari talabalari, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot OTM o‘qituvchilari, tug‘gan ayollar, ularning oila a‘zolari va parvarish bilan shug‘ullanuvchi shaxslar.

**Protokolga amal qilish:**

Protokolda e‘lon qilingan tavsiyalar umumiy tarzda ishlab chiqilgan bo‘lib, ular nashr qilingan vaqtda mavjud bo‘lgan dalillarga asoslanadi.

Agar amaliy faoliyatda ushbu protokol tavsiyalaridan chetlanishga qaror qilinsa, shifokorlar bemorning tibbiy tarixida quyidagi ma'lumotlarni ko‘rsatishi shart:

- Qarorni kim qabul qilgan;
- Protokoldan chetlanish uchun asoslangan to‘liq tushuntirish;
- Bemorni boshqarish bo‘yicha qabul qilingan tavsiyalar.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha jihatlarini qamrab olmaydi, shuning uchun shifokorlar bemorlar bilan individual boshqarish taktikasida bemorning ehtiyojlarini inobatga olib, konfidensial muloqotni saqlagan holda e‘tibor qaratishi kerak.

Bu quyidagilarni o‘z ichiga oladi:

- Zarurat bo‘lsa, tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- Bemorga maslahat berish va qo‘llaniladigan manipulyatsiya yoki boshqarish taktikasiga rozilik olish;
- Qonunchilikka muvofiq yordam ko‘rsatish va professional muomala standartlariga amal qilish;
- Har qanday boshqarish va yordam taktikasiga oid hujjatlashtirish umumiy va mahalliy talablarga muvofiq bo‘lishi kerak.

**Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktik, diagnostik, davolash, rehabilitatsiya aralashuvlari) uchun tavsiyalarning ishonch darajasini baholash shkalasi (TID):**

Izoh	
<b>A</b>	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim hisoblanadi, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, qiziqtiruvchi natijalar bo‘yicha ularning xulosalari o‘zaro mos keladi).

<b>B</b>	Shartli tavsiya (barcha ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas va/yoki qiziqtiruvchi natijalar bo'yicha ularning xulosalari o'zaro mos kelmaydi).
<b>C</b>	Kuchsiz tavsiya (munosib sifatdagi dalillar mavjud emas (barcha ko'rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va qiziqtiruvchi natijalar bo'yicha ularning xulosalari o'zaro mos kelmaydi).

## 2. Asosiy qism

### 2.1. Ta'riflar

**Bola tushishi (o'z-o'zidan ro'y bergan abort)** – homiladorlikning o'z-o'zidan to'xtashi (embrion/homilaning bachadondan haydalishi yoki ekstraksiya qilinishi) 22 xaftalik muddatgacha.

**Odatlangan homila tushishi (OHT)** – ayolda 22 xaftalik muddatgacha 2 yoki undan ortiq klinik homila yo'qotish holatining mavjudligi.

**Homila tushish xafi (TX)** – 22 xaftalik muddatgacha bo'lgan rivojlanayotgan homiladorlik holati bo'lib, jinsiy yo'llardan qonli ajralamalar yoki ultratovush tekshiruvi (UTT) bo'yicha xorion/yoki yo'ldoshning ajralishi belgilari kuzatiladi.

*Tushish va OHT hisobiga bachadondan tashqari homiladorlik, trofoblast kasalligi holatlari, shuningdek, sun'iy urug'lantirish (EKU) protokollarida implantatsiya muvaffaqiyatsizligi kiritilmaydi. OHT ta'rifida "qator" so'zi yo'qligini inobatga olish lozim, ya'ni ikki tug'ruq orasida o'z vaqtida tug'ruq sodir bo'lgan taqdirda ham bu holat OHT deb hisoblanadi va bemor to'liq tekshiruvdan o'tishi kerak.*

### 2.2. Etiologiya va patogenez

Odatlangan homila tushishi (OHT) sabablari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

- Genetik omillar (3-6%);
- Bachadonning anatomik nuqsonlari (10-16%);
- Bachadon bo'yni patologiyalari;
- Infekcion-yallig'lanish kasalliklari (10-15%);
- Endokrin kasalliklar (12-15%);
- Autoimmun kasalliklar (15% гача);
- Trombofilik holatlar (10%);
- Idiopatik OHT (15-50%);
- Alloimmun OHT (5-10%).

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

**Odatlangan homila tushishi (OHT) polietiologik tabiatga ega:** bir juftlikda bir nechta sabablar uchrashi mumkin, shuning uchun bitta sabab aniqlangan holatda ham to'liq tekshiruvdan voz kechishga asos yo'q.

Xromosom aneuploidiyasi (XA) embrion/homilada homiladorlikning 1-trimestrida homila tushishining eng keng tarqalgan sababidir. Homiladorlik qanchalik erta to'xtasa, embrion/homilada XA mavjud bo'lish ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi. Ona yoshi oshgan sari embrion/homilada XA natijasida trisomiya paydo bo'lish xavfi ortib boradi.

**Eng keng tarqalgan trisomiya holatlari:** 16-xromosoma trisomiyasi – homila tushishining eng asosiy sababi; 22-xromosoma trisomiyasi – ikkinchi o'rinda.

**Qo'shimcha xromosom anomaliyalari:** Triploidiya – sitogenetik tahlil ma'lumotlariga ko'ra, anomaliyasi bor homilalarning taxminan 15%ida uchraydi. X-xromosoma monosomiyasi – 1-trimestrda sodir bo'lgan homila tushishining taxminan 20%ini tashkil qiladi. Ona yoshi va X-xromosoma monosomiyasi, poliploidiya yoki xromosomalarning tuzilmaviy anomaliyalari o'rtasida aniq bog'liqlik aniqlanmagan.

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

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

### **Odatlangan homila tushishi (OHT) sabablari va xavf omiliga quyidagilar kiradi:**

- Ona yoshi >35 yosh, otasi yoshi >40 yosh;
- Semizlik yoki tana vazni yetishmasligi (>30 kg/m<sup>2</sup> yoki <18,5 kg/m<sup>2</sup>);
- Ortiqcha kofein iste'mol qilish (>5 chashka kofe kuniga yoki >100 g kofein/kun); alkogol va narkotiklar iste'moli;
- Chekish (>10 sigaret kuniga);
- Noqulay mehnat sharoitlari (simob, qo'rg'oshin, benzol bug'i, siklogeksan, nitro bo'yoqlar, smola, changlar, pestitsidlar, shovqin, vibratsiya); shuningdek, kasbga aloqasi bo'lmagan kimyoviy va/yoki fizik ta'sirlar;
- Surunkali kasalliklar: antifosfolipid sindromi (AFS), trombofiliyalar tromboemboliya asoratlari yuqori xavfi, tuxumdondan polikistozi sindromi, qalqonsimon bez kasalliklari, dekompensirlangan qandli diabet, seliakiya, revmatik kasalliklar, differentsiyalashmagan biriktiruvchi to'qima displaziyasi, temir tanqisligi anemiyasi;
- O'tkir va surunkali infeksiyalar: listerioz, zahm, xlamidioz, toksoplazmoz, nafas yo'llari o'tkir virusli kasalliklari, immun tanqisligi virusi keltirib chiqargan infeksiyasi, sil;
- Bachadon kasalliklari: bachadon rivojlanishining anomaliyalari, mioma, bachadon bo'yni operatsiyalari, bachadon ichi sinexiyalari;
- Anamnezida sun'iy abortlar va bola tushish; bachadon naylariga bog'liq bepushtlik;
- Reproduktiv texnologiyalar asosida homiladorlik;
- Oilaviy anamnezda o'lik tug'ilish, noaniq etiologiyali perinatal o'lim, OHT, muddatidan oldingi tug'ruqlar;
- Bakterial vaginoz va jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar (JYBYuI); siydik yo'llari kasalliklari;
- Surunkali endometrit;
- Giperprolaktinemiya, gipotireoz, lyutein fazasi yetishmasligi (LFY), giperandrojeniya holatlari sababli menstrual sikl buzilishi.

<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. Epidemiologiya**

Odatlangan homila tushishi (OHT) tarqalishining aholidagi darajasi 1-5%ni tashkil etadi. OHT taxminan 80%i homiladorlikning 12 xaftagacha sodir bo'ladi.

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

Birinci homila tushishidan keyingi takroriy tushish xavfi 13-17%ni tashkil etadi, bu aholi orasidagi homila tushishlar sonining umumiy darajasiga to'g'ri keladi. Ikkinchi homila tushishidan keyin esa, takroriy tushish xavfi ikki barobardan ortib, 36-38%ga yetadi.

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

## 2.4. Tasnifi:

Zamonaviy akusherlikda homila yo‘qotishni bosqichlarga bo‘lish homiladorlik mudattiga ko‘ra quyidagicha(JSST tasnifiga asosan):

- Erta homila tushishi – 12 to‘liq xaftalikkacha.
- Kechikkan xomila tushishi– 13 xaftalikdan 21 to‘liq xaftalikkacha

## Tashxisni shakllantirish prinsipi.

Odatiy homila tushish tashxisini shakllantirish XKT-10/11 kabi xalqaro tasniflarga asoslanadi va uning asosiy xususiyatlarini aks ettirishi kerak:

1. Asosiy kasallik: odatiy tushish.
2. Homila tushish shakli:
  - Erta yo‘qotishlar (12 haftagacha).
  - Kechiktirilgan yo‘qotishlar (12 haftadan keyin).
3. Sababi (agar aniqlangan bo‘lsa): genetik anomaliyalar, endokrin kasalliklar (lyutein faza etishmovchiligi, giperprolaktinemiya, qandli diabet), immunologik omillar (antifosfolipid sindromi), bachadon anomaliyalari (to‘siq, ikki shoxli bachadon, intrauterin sinexiya), yuqumli sabablar va boshqalar.
4. Birgalikda kasalliklar (agar mavjud bo‘lsa).

### Tashxisni shakllantirish namunasi:

"Odatiy homilaning tushishi. 6-9 hafta muddatda 3 ta o‘z-o‘zidan homilaning tushishi. Surunkali endometrit. Antifosfolipid sindromi"

## 2.5. Klinik tasvir:

Asosiy shikoyat – farzandli bo‘lish imkoniyatining yo‘qligi. Homilador bo‘lmagan holatlarda, OHT bilan bog‘liq bemorlar hech qanday shikoyat qilmasligi mumkin.

Biroq, OHTni keltirib chiqaruvchi patologiyaga xos quyidagi shikoyatlar kuzatilishi mumkin:

- Hayz siklining buzilishi: kam miqdordagi hayz yoki noregulyar hayz ko‘rish (gormonal buzilishlar va anatomik sabablar tufayli);
- Qorin pastki qismi yoki bel sohasida spastik og‘riqlar;
- Dizurik holatlar;
- Dispareuniya (jinsiy aloqa paytida og‘riq);
- Jinsiy a‘zoldagi ajralmalar xususiyatining o‘zgarishi;
- Tashqi jinsiy a‘zoldagi qichishish (JYBYuI va kichik tos a‘zolari organlarning yallig‘lanishiga xos belgilar);
- Qo‘shni organlar faoliyatining buzilishi (katta o‘lchamli bachadon miomasida);
- OHT dan keyin homiladorlik yuz bermasligi, bu ikkilamchi bepushtlik belgisi bo‘lishi mumkin.

## 2.6. Diagnostika

Tashxis 2 va undan ortiq klinik asosga ko‘ra tashxislangan homiladorlik yo‘qotishlari haqidagi anamnestik ma‘lumotlarga asoslanadi.

### Shikoyat va anamnez

**C** OHT ni bartaraf etish uchun xavf omillarini baholash tavsiya etiladi

**ESHRE** ekspertlari prognozni ayolning yoshi va uning akusherlik anamneziga asoslanib hisoblashni tavsiya qiladilar, jumladan, oldingi homila yo‘qotishlar soni, tirik tug‘ilishlar va ularning ketma-ketligi.

Homila tushish xavfi 20–35 yosh oralig'ida minimal bo'lib, 40 yoshdan keyin sezilarli darajada oshib boradi. Ayolning 40 yoshdan katta bo'lishi bepustlik, homila anomaliyasi, o'lik tug'ilish va akusherlik asoratlariga olib keluvchi umum qabul qilingan xavf omillaridan biri hisoblanadi. OHT bo'lgan ayollarda tirik tug'ilishlar ehtimolligi yosh oshgan sari kamayib boradi. 35 yoshdan keyin, agar OHT kuzatilgan bo'lsa, yana bir homilani yo'qotish xavfi 35 yoshgacha bo'lgan davrga nisbatan 2 barobar yuqori bo'ladi.

2020 yilda o'tkazilgan meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, otaning yoshi ham muhim ahamiyatga ega: uning yoshi ortgani sayin homilani yo'qotish xavfi oshib boradi. 30-34 yosh, 35-39 yosh, 40-44 yosh va 45 yoshdan katta guruhlar uchun nisbiy xavf ko'rsatkichlari mos ravishda 1,04, 1,15, 1,23 va 1,43 ni tashkil qilgan.

[https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe\\_nevynashivanie\\_Aktualynoe\\_segodnya\\_Protokol\\_ESHRE\\_2023\\_g\\_Nacionalnyne\\_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](https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe_nevynashivanie_Aktualynoe_segodnya_Protokol_ESHRE_2023_g_Nacionalnyne_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)

### Fizikal tekshiruv

Homiladorlik davomida tekshiruv O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 14-iyundagi 195-sonli buyrug'i bilan tasdiqlangan «Antenatal parvarish, xavf guruhiga kiruvchi homilador ayollarni yuritish» milliy klinik protokoli tavsiyalariga muvofiq o'tkazilishi lozim.

### Laboratoriya tekshiruvlari

**C** Pregravidar bosqichda yoki homiladorlik davridagi birinchi tashrifda OHT bo'lgan bemorga qon tarkibida kardiolipinga qarshi antitelolar, beta-2-glikoproteinga qarshi antitelolar hamda qonda lyupus antikoagulyantni aniqlash bo'yicha tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi. Bu tekshiruvlar antifosfolipid sindromini (AFS) aniqlash maqsadida o'tkaziladi

Tekshiruv 12 xaftalik oraliq bilan ikki marta o'tkazilishi kerak. AFS tashxisini qo'yish uchun laboratoriya mezoni AFS markerlaridan birining qaytadan ijobiy natijasi hisoblanadi.

**B** Pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemorga gipotireoz yoki gipertireoz, shuningdek, autoimmun tireoiditini aniqlash maqsadida tireotrop gormoni va qonda tireoperoksidazaga qarshi antitelolar miqdorini tekshirish tavsiya etiladi

Yaqqol namoyon bo'lgan gipertireoz va gipotireoz OHT ning yuqori chastotasi bilan bog'liq. Tireotrop gormonining >2,5 ME/l darajasi me'yordan ortiq deb hisoblanishi bo'yicha konsensusga erishilgan.

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

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

**C** Pregravidar bosqichda OHT va giperprolaktinemiya belgilari (oligo/amenoreya, galaktoreya) mavjud bo'lgan bemorga giperprolaktinemiyaning aniqlash maqsadida qondagi prolaktin miqdorini tekshirish tavsiya etiladi

OHT bo'lgan bemorlarda qondagi prolaktin miqdorini qat'iy tekshirish tavsiya etilmaydi.

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

**B** Pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemorga qandli diabetni diagnostika qilish maqsadida qon tarkibida glukoza miqdorini aniqlash tavsiya etiladi

Dekompensatsiyalashgan qandli diabet OHT sabablaridan biri hisoblanadi. Agar qandli diabet aniqlansa, bemorning keyingi olib borilishi va kuzatuv endokrinolog bilan hamkorlikda amalga oshiriladi.

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

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

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

**C** OHT sababini aniqlash maqsadida bemorga qondagi androgen miqdorini qat'iy tarzda tekshirish tavsiya etilmaydi

Androgenlarga tekshiruv (qonda umumiy testosteron, jinsiy gormonlarni bog'lovchi globulin, erkin androgenlar indeksi va 17-gidroksiprogesteron miqdorini aniqlash) faqat tuxumdon polikistoz sindromi belgilari yoki giperandrogeniya klinik ko'rinishlari (alopetsiya, akne, girsutizm, oligomenoreya, amenoreya) mavjud bo'lgan hollarda o'tkaziladi.

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

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

**C** OHT sababini aniqlash maqsadida bemorga menstrual siklning ikkinchi fazasida qondagi progesteron miqdorini qat'iy tarzda tekshirish tavsiya etilmaydi

Menstrual siklning ikkinchi fazasida progesteron miqdori o'zgaruvchan bo'lib, uning sekretsiyasi siklik xarakterga ega va 7 soat oralig'ida 7 martagacha o'zgarishi mumkin. Progesteron darajasi  $\geq 10$  ng/ml ovulyatsiya sodir bo'lganini tasdiqlashi mumkin, lekin lyutein fazasi yetishmovchiligi (LFY) mavjud emasligini aniq ko'rsatmaydi, bu esa natijalarni talqin qilishda qiyinchilik tug'diradi. OHT bo'lgan bemorlarga gestagenlar tavsiya etilishi munosabati bilan, homiladorlikdan tashqari davrda progesteron miqdorini aniqlash LFY tashxisi uchun zarur emas.

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

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

**C** Pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemorga anemiya va temir tanqisligi holatini aniqlash maqsadida umumiy (klinik) qon tahlili va qondagi ferritin miqdorini tekshirish tavsiya etiladi

Anemiyani erta aniqlash va davolash o'z vaqtida terapiyani boshlashga hamda erta homila yo'qotishlar va noxush perinatal natijalar xavfini kamaytirishga yordam beradi. Tadqiqotlar qondagi ferritin darajasi va erta homiladorlik yo'qotishlari soni o'rtasida teskari bog'liqlik mavjudligini ko'rsatgan.

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

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

**B** Pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemorga infeksiyon-yallig'lanish va disbiotik holatlarni aniqlash maqsadida qin surtmasi mikroskopik tahlili tavsiya etiladi

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

**C** Pregravidar bosqichda yoki homiladorlik davridagi birinchi tashrifda OHT sababini aniqlash maqsadida ayol jinsiy a'zolari shilliq qavati ajralmalarini PZR usuli orqali molekulyar-biologik tahlil qilish tavsiya etiladi. Tekshiruv JYBYuI (Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium) qo'zg'atuvchilarini aniqlashga qaratilgan

JYBYuI qo'zg'atuvchilari mavjudligi homiladorlik ro'y bergan taqdirda homila tushish xavfini oshiradi.

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

**B** OHT sababini aniqlash maqsadida bemorga immunologik va immunogenetik testlarni qat'iy tarzda o'tkazish tavsiya etilmaydi

Alloimmun faktorlarini (Th1-/Th2- limfotsitlar yoki T4-/T8- limfotsitlar nisbati, periferik qondagi va detsidual tuqimadagi NK hujayralar miqdori va sitotoksikligi, limfotsitlarning funksional faolligi, noklassik HLA klasterlari va KIR retseptorlari bo'yicha molekulyar-genetik tahlil, shuningdek HLA tiplashtirish, antispermal, antinuklear va anti-HLA antitelolar aniqlash, sitokinlar

va ularning polimorfizmi tahlili) o'rganish autoimmun kasallik belgilari bo'lgan OHT bemorlari uchun hozirgi kunda isbotlangan klinik ahamiyatga ega emas.

Alloimmun va kam uchraydigan autoimmun faktorlar bo'yicha tekshiruv idiopatik OHT bo'lgan, juftliklar bilan ishlash tajribasiga ega ixtisoslashgan markazlarda o'tkazilishi mumkin.

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

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

**C** Agar imkoniyat mavjud bo'lsa, pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemor va uning juftini sitogenetik tahlil (kariotiplash)ga yuborish tavsiya etiladi. Bu muvozanatlashgan xromosom qayta tuzilishlarini istisno etish maqsadida amalga oshiriladi

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

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

**C** Agar to'qimalarni olish imkoniyati mavjud bo'lsa, homiladorlik yo'qotilgan hollarda abortiv materialni sitogenetik tahlil (kariotiplash) qilish tavsiya etiladi. Bu embrion/homiladagi xromosom anomaliyalarini (XA) aniqlash maqsadida amalga oshiriladi

Tekshiruvni molekulyar kariotiplash usulida o'tkazish tavsiya etiladi. Bu usul abort materiali sifatining pastligida ham natijalarni olish samaradorligini oshiradi, kechiktirilgan genetik tahlillarni o'tkazish uchun biomaterialni muzlatilgan holda saqlash imkonini beradi. Agar anomaliyalar aniqlansa, ona-otaning kariotipini tekshirish masalasini hal qilish uchun genetik mutaxassis bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

**B** Pregravidar bosqichda OHT sababini aniqlash maqsadida bemorning juftini spermogramma tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi

OHT bo'yicha juftlikni tekshirish ayol va erkakda bir vaqtda boshlanishi kerak. Eraklarning tekshiruvini O'zbekiston urologlar jamiyati tomonidan ishlab chiqilgan klinik tavsiyalar asosida shifokor-urolog olib boradi.

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

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

Agar imkoniyat mavjud bo'lsa, pregravidar bosqichda yoki homiladorlikning birinchi tashrifi vaqtida OHT bo'lgan bemorni molekulyar-genetik tahlilga yuborish tavsiya etiladi. Ushbu tekshiruv:

**A** G1691A gen mutatsiyasini (V qon ivish faktori – Leyden mutatsiyasi), G20210A protrombin gen polimorfizmini (II qon ivish faktori genida), qondagi Protein S faolligini aniqlashni o'z ichiga oladi.

Bu tahlillar irsiy trombofiliya tashxisini qo'yish maqsadida o'tkaziladi

Ma'lumki, bir nechta genetik mutatsiyalar tromboz va tromboemboliya xavfini oshiradi. Ularga V qon ivish faktor mutatsiyasi (Leyden mutatsiyasi), Protrombin mutatsiyasi, Protein S defitsiti, Protein S va Antitrombin III defitsiti kiradi.

Hatto venoz tromboemboliya holatida ham irsiy trombofiliyaga analiz o'tkazish ahamiyati bahsli bo'lib qolmoqda. Shunga qaramasdan hamma ushbu tekshiruv o'tkazishni va keyingi antikoagulyant terapiyani tavsiya etadi.

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

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

### **Instrumental tekshiruvlar**

**C** Pregravidar bosqichda OHT bo'lgan bemorni ichki jinsiy a'zolar patologiyalari, endometriy qalinligini aniqlash maqsadida bachadon va uning ortiqlarining UTT siga erta follukulyar va sekretor fazada yuborish tavsiya etiladi

Bachadon holatini baholash uchun eng maqbul diagnostika usuli bachadon va ortiqlarining UTTsi, imkoniyat mavjud bo'lsa–3D UTT, ko'rsatmalarga ko'ra, gisteroskopiya ham tavsiya etilishi mumkin.

[https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo\\_i\\_ginekologiya/book\\_4423/Akusherstvo\\_Natsionalnoe\\_rukovodstvo\\_2-e\\_izdanie-Saveleva\\_GM\\_Suhih\\_GT\\_Serov\\_VN-2018-pdf](https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_4423/Akusherstvo_Natsionalnoe_rukovodstvo_2-e_izdanie-Saveleva_GM_Suhih_GT_Serov_VN-2018-pdf).

**C** Pregravidar bosqichda noma'lum genozli OHT bo'lgan bemorni gisterosalpingografiya (GSG) ga yuborish tavsiya etiladi. Bu tekshiruv bachadon rivojlanish anomaliyalari, bachadon bo'shlig'i hosilalari (submukoz mioma, poliplar, bachadon ichi sinexiyalari) ni baholash maqsadida o'tkaziladi

Bachadon rivojlanish anomaliyalari va bachadon bo'shlig'i hosilalarini baholash maqsadida kontrastli exogisterosalpingoskopiya o'tkazilishi mumkin. Genital tuberkulyoz diagnostikasi faqat GSG (gisterosalpingografiya) orqali aniqlanishi mumkin.

Kichik tos a'zolarining MRT (magnit-rezonans tomografiya) ko'rsatmalarga binoan quyidagi holatlarda tavsiya etiladi:

- Ichki jinsiy a'zolar rivojlanish nuqsonlari,
- Yangi hosilalar,
- Tarqalgan endometrioz shakllari,
- Bachadondagi chandiq holatini baholash.

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

**A** Homiladorlik davomida OHT bo'lgan bemorlarga bachadon bo'yni UTTsi (UT-servikometriya) 14-16 xaftadan 24 xaftagacha o'tkazish tavsiya etiladi.

Agar bachadon bo'yni uzunligi 30 mm yoki undan ko'p bo'lsa, tekshiruv har ikki xaftada bir marta o'tkaziladi. Agar bachadon bo'yni uzunligi 25-29 mm bo'lsa, har xaftada bir marta tekshirish tavsiya etiladi

Homiladorlikning 34 xaftasigacha bachadon bo'yni uzunligining  $\leq 25$  mm bo'lishi muddatidan avvalgi tug'ruq uchun prognostik omil hisoblanadi. 20 xaftalikda bachadon bo'yni uzunligining  $\leq 25$  mm bo'lishi muddatidan avvalgi tug'ruq xavfini 6 baravar oshiradi.

34 xaftagacha yagona homila bilan homiladorlikda  $\leq 25$  mm bachadon bo'yni uzunligi muddatidan oldingi tug'ruqni prognoz qilishda 76% sezgirlikka va 68% spetsifichlikka ega.

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

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

**C** OHT mumkin bo'lgan sababi sifatida surunkali endometritni aniqlash maqsadida bemorni endometriy biopsiyasini o'tkazishga qat'iy ravishda yo'naltirish tavsiya etilmaydi

Surunkali endometrit umum qabul qilingan tashxis standartiga ega emas va bir qator patogen mikroorganizmlar bilan bog'liq endometriyning plazmohujayrali infiltratsiyasi bilan xarakterlanadi. Ayrim tadqiqotlarga ko'ra, surunkali endometritning uchrash holati OHT bo'lgan ayollar orasida 7% dan 58% gacha bo'lishi mumkin.

**C** Idiopatik OHT bo'lgan bemorlar, embrion ko'chirishdan so'ng takroriy implantatsiya muvaffaqiyatsizligi va/yoki UT belgilar asosida surunkali endometrit tashxisi qo'yilgan bemorlarga, agar imkoniyat bo'lsa, pregravidar davrda endometriy biopsiyasi orqali CD138 plazmatik hujayralari yuza antigeni ekspressiyasini aniqlash uchun immunogistokimyoviy tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi. Bu tadqiqot OHT sabablarini aniqlash maqsadida amalga oshiriladi

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

## Boshqa tashxislash usullari

**C** Pregravidar bosqichda kariotipda o'zgarishlar aniqlangan OHTga ega bemor va uning juftini keyingi muolaja taktikasi bo'yicha qaror qabul qilish maqsadida genetik shifokor maslahatiga yo'naltirish tavsiya etiladi

[https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo\\_i\\_ginekologiya/book\\_4423/Akusherstvo\\_Natsionalnoe\\_rukovodstvo\\_2-e\\_izdanie-Saveleva\\_GM\\_Suhih\\_GT\\_Serov\\_VN-2018-pdf](https://kingmed.info/knigi/Akusherstvo_i_ginekologiya/book_4423/Akusherstvo_Natsionalnoe_rukovodstvo_2-e_izdanie-Saveleva_GM_Suhih_GT_Serov_VN-2018-pdf).

**A** Imkoniyat mavjud bo'lsa, homiladorlik davomida OHT va skrining natijalariga ko'ra yuqori XA xavfi bo'lgan bemorni genetik shifokor maslahatiga yo'naltirish tavsiya etiladi. Bu invaziv prenatal diagnostikaga ko'rsatmalarni aniqlash va olingan materialni sitogenetik yoki molekulyar kariotiplash usullari bilan o'rganish maqsadida amalga oshiriladi

Agar OHT bo'lgan bemorlarda UTT natijalari me'yoriy bo'lsa, ammo biokimyoviy markerlar normadan chetga chiqqan bo'lsa, 10 xaftalik homiladorlik muddatidan so'ng noinvaziv prenatal test (NIPT) o'tkazish imkoniyatini ko'rib chiqish lozim (ona qoni orqali homilaning hujayradan tashqari DNKsini aniqlash). Homiladorlikning birinchi uch oylik skrining tekshiruvida OHT bo'lgan ayollarda biokimyoviy markerlarning me'yoriy ko'rsatkichlardan chetga chiqishi homila tushish xavfi (HTX) va dori vositalarini qabul qilish sharoitida platsentatsiya xususiyatlarining o'ziga xosligi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. OHT bo'lgan bemorlarda NIPT o'tkazish homiladorlikni olib borish taktikasiga optimal yondashishga yordam beradi. HTX sharoitida asossiz invaziv aralashuvlarning oldini olish va, aksincha, NIPT musbat natija bergan taqdirda, o'z vaqtida invaziv aralashuv o'tkazish imkonini beradi.

[https://www.rmj.ru/articles/akusherstvo\\_i\\_ginekologiya/Neinvazivnyi\\_prenatalnyi\\_DNK\\_skrining\\_aneuploidii\\_ploda\\_po\\_krovi\\_materi\\_metodom\\_vysokoproizvoditelnogo\\_sekvenirovaniya/](https://www.rmj.ru/articles/akusherstvo_i_ginekologiya/Neinvazivnyi_prenatalnyi_DNK_skrining_aneuploidii_ploda_po_krovi_materi_metodom_vysokoproizvoditelnogo_sekvenirovaniya/)

**C** Pregravidar bosqichida OHT va endokrin kasalliklari bo'lgan bemorlarni mavjud bo'lgan buzilishlarni to'g'rilash maqsadida endokrinolog shifokorga maslahat uchun yo'naltirish tavsiya etiladi

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

**C** Pregravidar bosqichida OHT sababini aniqlash maqsadida bemorning juftini shifokor-urolog maslahati uchun yo'naltirish tavsiya etiladi

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

## 2.7. Davolash.

OHT sababi aniqlangan hollarda davolash tegishli kasalliklar va holatlar bo'yicha klinik tavsiyalarga muvofiq amalga oshiriladi.

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

## Nomedikamentoz davolash usullari

**A** Pregravidar bosqichida va homiladorlik davomida ortiqcha vazn, semirish yoki tana vazni yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga uni me'yorlashtirish bo'yicha tavsiyalar berish tavsiya etiladi

Ayol uchun optimal TVI 19-25 kg/m<sup>2</sup> ni tashkil qiladi. Ortiqcha vazn, hamda vazn yetishmovchiligi klinik homiladorlik yuz berish ehtimolining pasayishi, homila tushish xavfining oshishi, OHT, shuningdek, akusherlik va perinatal asoratlar bilan bog'liq.

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

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

**B** Pregravidar bosqichida va homiladorlik davomida bemorga chekishdan voz kechish tavsiya etilishi shart

Chekish turli akusherlik va perinatal asoratlari bilan bog'liq bo'lib, ular qatoriga o'lik tug'ilish, yo'ldosh oldinda kelishi, muddatidan oldingi tug'ruq, chaqaloqning past tana vazni bilan tug'ilishi va homilaning tug'ma nuqsonlari kiradi.

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

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

**C** Pregravidar bosqichda va xomiladorlik davomida bemorga spirtli ichimliklar ichmasligi tavsiya etilishi shart

Alkogolning homiladorlik jarayoniga salbiy ta'siri to'g'risida ko'plab kuzatuvlar to'plangan. Qabul qilingan alkogol miqdoriga qaramasdan, u homilaning alkogol sindromi, psixomotor rivojlanishning ortda qolishi va boshqa jiddiy asoratlarga sabab bo'lishi mumkin.

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

**A** Pregravidar bosqichda va homiladorlik davomida bemorga to'g'ri ovqatlanish tavsiya etiladi: qat'iy vegetarianlikdan, rafinatsiyalangan oziq-ovqatlar, tez tayyor bo'ladigan ovqatlar, yengil o'zlashtiriladigan uglevodlar miqdori yuqori bo'lgan mahsulotlarni iste'mol qilishdan voz kechish va kofein iste'molini kamaytirish

Homiladorlik davomida vegetarianlik homilaning o'sishdan ortda qolish xavfini oshiradi. Kofeyning yuqori miqdori (kunlik 300 mgdan ziyod) homila tushishi va chaqaloqning past vazni bilan tug'ilishi xavfini oshiradi. Homiladorlikda sog'lom ovqatlanish yetarli kaloriyaga ega, oqsil, vitaminlar va mineral moddalarni o'z ichiga olgan ratsiondagi har xil mahsulotlar – yashil va orange sabzavotlar, go'sht, baliq, dukkakli mahsulotlar, yong'oqlar, mevalar va butun donli mahsulotlar kiritilishi bilan xarakterlanadi.

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

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

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

### Medikamentoz davolash usullari

**A** AFSda homiladorlik tasdiqlangan paytdan boshlab 36 haftagacha 100 mg/sutkada asetilsalisil kislotani og'iz orqali qabul qilish tavsiya etiladi

Asetilsalisil kislotasini homiladorlikning 2-trimestridan kechiktirib tayinlash davolash samaradorligini sezilarli darajada pasaytirishi mumkin. Tasdiqlangan AFSda asetilsalisil kislotasini qabul qilish homiladorlikdan oldin tayinlanishi mumkin.

**A** Tasdiqlangan AFSda gematolog bilan kelishgan holda standart profilaktik dozalarda, bachadon homiladorligi faktini aniqlashdan boshlab, tug'ruqdan keyingi davrning 6 haftasigacha past molekulyar geparinlar guruhi preparatlarini tayinlash tavsiya etiladi

**A** TEA uchun xavf omillari bo'lmagan, kelib chiqishi noma'lum bo'lgan odatiy homila tushishi bilan og'rikan bemorga homiladorlikning oldini olish uchun geparin guruhidagi dorilarni muntazam ravishda buyurish tavsiya etilmaydi

[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](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)

**B** Gipotireoz bilan og'rikan bemorlarda levotiroksin terapiyasi tirik tug'ilish ehtimolini oshiradi. Gipotireoz bilan og'rikan bemorlar uchun (qon zardobida TTG qiymatining oshishi) levotiroksin terapiyasi majburiydir. Ko'pgina homilador ayollar uchun birinchi trimestrdan normal TTG qiymatlarining yuqori chegarasi 4 mME/l deb hisoblanishi kerak. II va III trimestrlarda TTG normasining yuqori chegarasi homilador bo'lmaganlar bilan bir xil.

**B** Agar TTG darajasi normal bo'lsa, lekin TPO ga antikorlarning konsentratsiyasi yuqori bo'lsa, levotiroksinni yuborish tavsiya etilmaydi

Homila odatiy tushishining aniq sababi bo'lmasa, gestagenlardan foydalanish tavsiya etiladi.

**C** Odatdagi homila tushishda mikronlashtirilgan progesteron va didrogesteron terapiyasi plaseboga nisbatan homiladorlikni yo'qotish xavfini kamaytiradi va xavfsiz ko'rinadi

Bachadon bo'yni qisqarishi (ultratovushli servikometriya 14-16 xaftadan boshlab tavsiya etiladi) kech tushish xavfi bilan, homiladorlikning 22 xaftaligidan keyin esa erta tug'ilish xavfi bilan bog'liqligi isbotlangan. Shunga o'xshash klinik vaziyatda, ko'pgina tavsiyalarga ko'ra, vaginal progesterondan foydalanish afzaldir. Mikronizatsiyalangan progesteron kuniga 200-400 mg, agar kerak bo'lsa, homiladorlikning 34 xaftaligiga qadar tavsiya etiladi.

Sintetik gestagenlar (didrogesteron) homiladorlikning takroriy yo'qolishini ham kamaytirishi mumkin. Homiladorlikning birinchi trimestrida odatdagi tushish terapiyasida gestagenlardan foydalanish bo'yicha 2023 yilgi FIGO amaliy tavsiyalariga ko'ra, og'iz orqali qabul qilish uchun sintetik gestagen homilaning odatdagi tushishida rol o'ynashi mumkin.

**C** Pregravidar bosqichda gistologik tekshiruvda tasdiqlangan surunkali endometrit bilan og'rikan bemorga kompleks antibiotik terapiyasi tavsiya etiladi

**C** Homilaning odatiy tushishi (HOT) bilan og'rikan bemorlarga D vitamini etishmovchiligi isbotlangan taqdirda tavsiya etiladi

Dastlabki bosqichda qondagi 25 (ON) D darajasini aniqlash, so'ngra uning defisiti / etishmovchiligini tuzatish afzalroqdir.

### Jarroxlik yo'li bilan davolash

**B** Pregravidar bosqichda OHT va bachadon ichi patologiyasi bo'lgan bemorga gisteroskopiya tavsiya etiladi

Gisteroskopiya – endometriy polipi, bachadon ichi sinexiyalari, endometriy giperplaziyasi, bachadon rivojlanish anomaliyalari (bachadon ichi to'sig'i), submukoz mioma kabi bachadon ichi patologiyalarini davolashda asosiy usul hisoblanadi. Ayrim hollarda bachadon ichi patologiyasini davolash uchun gisteroskopiya va laparoskopiyani birgalikda qo'llash zarur bo'ladi. Ginekologik kasalliklar mavjud bo'lganda, pregravidar bosqichda tekshiruv va davolash mazkur kasalliklar bo'yicha klinik tavsiyalarga muvofiq bo'lishi kerak.

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

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

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

**A** Pregravidar bosqichda OHT va xirurgik davolashni talab qiluvchi ginekologik kasalliklari bo'lgan bemorni laparoskopiya o'tkazish uchun yuborish tavsiya etiladi

Laparoskopiya – kichik tos a'zolari patologiyasini kompleks baholash va xirurgik davolashning yakunlovchi usuli hisoblanadi. Ginekologik kasalliklar mavjud bo'lganda, pregravidar bosqichda tekshiruv va davolash mazkur kasalliklar bo'yicha klinik protokollarga muvofiq bo'lishi kerak.

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

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

**A** Bir homilali homiladorlik, kechikkan homila tushishi yoki anamnezda OHT bo'lgan bemorga homila tushishi yoki OHT xavfini kamaytirish va perinatal natijalarni yaxshilash maqsadida akusherlik pessariysi qo'yish tavsiya etiladi

ISY ni davolashning asosiy usullari – akusherlik pessariysi yoki serklyajni progesteron preparatlariga qarshi ko'rsatma bo'lmagan hollarda mikronlashtirilgan progesteron preparatlari

bilan (vaginal yoki rektal tarzda) kombinatsiyada qo'llashdan iborat. Akusherlik pessariysi 12 xaftalikdan 37 xaftalikkacha qo'yiladi va 24 xaftalikdan keyin afzal usul hisoblanadi.

**A** Bir homilali homilador bemor anamnezida butunligi saqlangan homila pardasiga ega kechikkan homila tushishi yoki MOT bo'lgan bo'lsa, homila tushishi yoki OHT xavfini kamaytirish va perinatal natijalarni yaxshilash maqsadida bachadon bo'yniga chok qo'yish (serklyaj) tavsiya etiladi

Bachadon bo'yniga chok qo'yish (serklyaj) 12-26 xaftalik homiladorlik davrida amalga oshiriladi. Shuningdek, agar bemorda bachadon bo'ynining  $\leq 15$  mm ga qisqarishi (ko'pincha homila pardasi prolabiliranishi bilan birga kuzatiladi) serklyaj qo'yish shoshilinch holatlarda ham o'tkazilishi mumkin. Bu muolajani o'tkazishdan oldin homiladorlik muddati (muddat oshgan sari xavf ortadi), bachadon bo'yni ochilishi darajasi, akusher-ginekolog kvalifikatsiyasi va shifoxona imkoniyatlarini hisobga olgan holda foyda va xavflar sinchiklab baholanishi kerak. ISY va anamnezida  $\geq 2$  kechikkan homila tushishi yoki MOT bo'lgan homilador ayollarda serklyaj ustunroq usul hisoblanadi.

**B** Pregravidar bosqichda OHT va ISY ga ega bo'lgan, bachadon bo'yni to'qimasi yetishmovligi (konizatsiya, traxeletomiya) sababli homiladorlik davomida bachadon bo'yniga chok qo'yish (serklyaj) imkoni bo'lmagan bemorni abdominal usulda serklyaj qo'yish uchun (afzalrog'i laparoskopik usulda) yuborish tavsiya etiladi

Abdominal serklyaj ham, agar oldingi homiladorlikda transvaginal serklyaj samarasiz bo'lgan bo'lsa, ISY ni davolashda muqobil usul sifatida ko'rib chiqilishi mumkin,. Transabdominal serklyaj texnik jihatdan transvaginal serklyajga qaraganda murakkabroq bo'lib, ko'proq asoratlar (yara infeksiyasi, qon ketish) bilan kechadi. Shu sababli, u faqat quyidagi holatlarda tavsiya etiladi:

- kamida 2 marta muvaffaqiyatsiz amalga oshirilgan transvaginal serklyaj qo'yish holatida;
- bachadon bo'yni anatomik jihatdan vaginal chok qo'yish imkonini bermaganda (masalan, LLETZ(o'zgargan zonani ilgakli elektr orqali kesish) yoki konus-biopsiyadan keyin);
- traxeletomiyadan so'ng.

Serklyaj yuqori malakaga ega bo'lgan, laparoskopik jarrohlik amaliyoti texnikasini puxta egallagan akusher-ginekolog tomonidan bajarilishi kerak. Serklyaj uchun erimaydigan lenta yoki konussimon igna Mayo №4 ga o'ralgan egiluvchan, ingichka zond qo'llaniladi (bu elastiklikni oshiradi). Chok materialining tortilish darajasi bachadon bo'ynidan Gegar №5 kengaytirgichlari o'tish imkonini beradigan darajada bo'lishi kerak.

Transabdominal serklyaj ko'p holatlarda atrofdagi to'qimalar bilan birikib ketishi sababli olib tashlash imkonsiz. Shu bois kesarcha kesish orqali tug'ruq o'tkazish tavsiya etiladi. Bu hatto 2-trimestrda, shu bilan bir qatorda ko'ngilsiz perinatal natija holatida ham amalga oshirilishi mumkin. Abdominal serklyaj keyingi homiladorliklarda ham joyida saqlanishi mumkin.

**C** Bachadon bo'yniga chok qo'yish(serklyaj) infeksiya, qindan qon ketish, homila tushishi yoki MOT xavfi belgilari mavjud bo'lganda tavsiya etilmaydi

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

**C** OHT va ikki shoxli bachadon yoki boshqa tug'ma anomaliyalar mavjud bo'lganda metroplastika tavsiya etilmaydi

[https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe\\_nevynashivanie\\_Aktualynoe\\_segodnya\\_Protokol\\_ESHRE\\_2023\\_g\\_Nacionalnyne\\_klinicheskie\\_rekomendacii\\_Privychnyy\\_vykidysh\\_2021\\_g\\_materialy\\_Vsemirnogo\\_kongressa\\_ESHRE\\_2023\\_g/?utm\\_source=google.com&utm\\_medium=organic&utm\\_campaign=google.com&utm\\_referrer=google.com](https://www.rmj.ru/articles/ginekologiya/Privychnoe_nevynashivanie_Aktualynoe_segodnya_Protokol_ESHRE_2023_g_Nacionalnyne_klinicheskie_rekomendacii_Privychnyy_vykidysh_2021_g_materialy_Vsemirnogo_kongressa_ESHRE_2023_g/?utm_source=google.com&utm_medium=organic&utm_campaign=google.com&utm_referrer=google.com)

**C** Homila yo‘qotilganda homila materialini genetik tadqiqotga muntazam yuborish tavsiya etilmaydi – bu homila tushishi sababini aniqlash uchun mumkin, lekin prognozni yaxshilash ehtimoli kam

Agar bunday tadqiqot o‘tkaziladigan bo‘lsa, qiyosiy genom gibridizatsiyasi usulini qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Anomaliyalar aniqlanganda, ota-ona kariotipini tahlil qilish masalasini hal qilish uchun genetik maslahati tavsiya etiladi.

## 2.8. Profilaktika.

Profilaktika O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash Vazirligining 2024-yil 14-iyundagi 195-sonli buyrug‘i bilan tasdiqlangan «Antenatal parvarish, xavf guruhiga mansub homiladorlarni olib borish» bo‘yicha milliy klinik protokol tavsiyalariga muvofiq olib boriladi.

**C** OHT va reaktiv depressiya belgilari mavjud bo‘lgan bemorga terapiya zarurligini aniqlash maqsadida psixoterapevt shifokor bilan maslahatlashish tavsiya etiladi

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

Birlamchi profilaktika usullariga quyidagilar kiradi: 35 yoshgacha homiladorlikni rejalashtirish, sun‘iy abortlarning oldini olish, homila tuxumi elementlarini instrumental olib tashlashdan qochish, JYBYuI, endometrit va kichik tos a‘zolarining boshqa yallig‘lanish kasalliklarini davolash. Ikkilamchi profilaktika esa OHT bo‘lgan bemorlarni o‘z vaqtida tekshirish, takroriy gestatsion yo‘qotishlarga olib keluvchi sabablarni aniqlash va bartaraf etish orqali kelajakda reproduktiv buzilishlarning oldini olishdan iborat.

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

## 2.9. Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish

OHT bilan homilador ayollarni shifoxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- Homila tushish xavfi
- ISY ni jarrohlik yo‘li bilan to‘g‘rilash zarurati
- Muddatidan oldingi tug‘ruq xavfi
- Homila pardalari barvaqt yorilishi

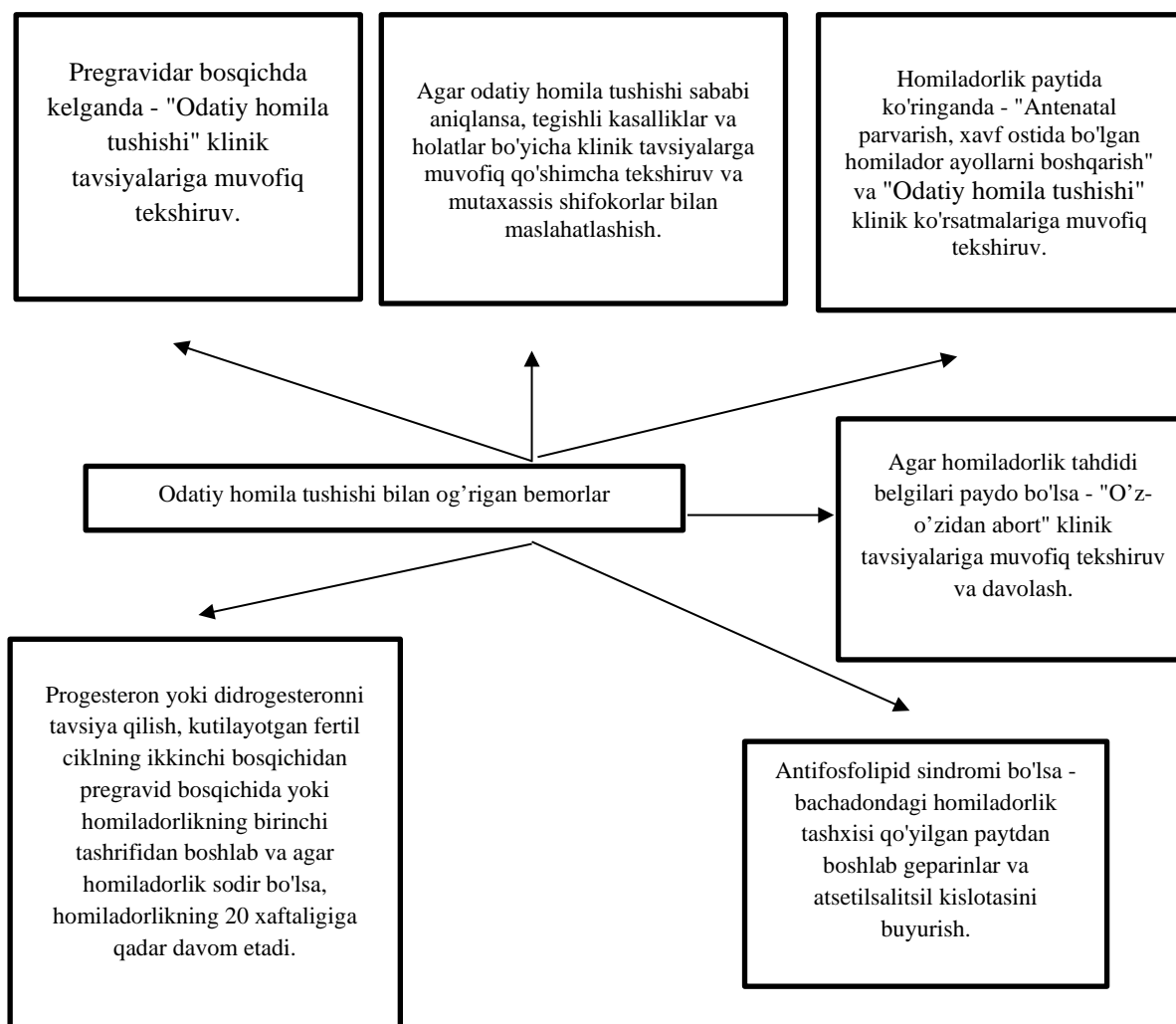
OHT bilan bog‘liq bemorlarni shifoxonadan chiqarish uchun ko‘rsatmalar: homila tushish xavfi, MOT xavfini bartaraf etish, ISY fonida homiladorlikning muvaffaqiyatli davom etishi.

## 2.10. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari:

№	Sifat mezonlari	Baholash
1	Pregravidar bosqichda bemor va uning jufti sitogenetik tadqiqotga yuborildi	Ha / Yo‘q
2	Pregravidar bosqichida yoki homiladorlikning birinchi tashrifida bemor qonidagi kardiolopinga antitanalar, beta 2-glikoproteinga antitanalar, lyupus antikoagulyant darajasini aniqlash uchun yuborildi.	Ha / Yo‘q
3	Pregravidar bosqichda bemorga tireotrop gormon darajasini tahlil qilish va qonda tireoperoksidazaga qarshi antitanalar miqdorini aniqlash bo‘yicha tekshiruvga yo‘naltirildi.	Ha / Yo‘q
4	Pregravidar bosqichida bemor qondagi glyukoza miqdorini aniqlash uchun yo‘naltirildi.	Ha / Yo‘q
5	Pregravidar bosqichida bemor umumiy (klinik) qon tahlili va qon zardobidagi ferritin miqdorini aniqlash uchun yo‘naltirildi.	Ha / Yo‘q
6	Pregravidar bosqichida yoki homiladorlik davomida birinchi tashrif chog‘ida bemor ayol jinsiy a‘zolari shilliq pardasidan ajralmalarni molekulyar-biologik tahlil qilish uchun (Neisseria gonorrhoeae,	Ha / Yo‘q

	Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium kabi JYBYuI qo'zg'atuvchilarini aniqlash maqsadida) yo'naltirildi.	
7	Pregravidar bosqichda bemor bachadon va ortiqlari UTTsiga yo'naltirildi.	Ha / Yo'q
8	Homiladorlik davomida bemorga bachadon bo'ynini ultratovush tekshiruv (UT-servikometriya) uchun yo'llanma beriladi. Bu tekshiruv 14-16 xaftalikdan 24 xaftalikkacha quyidagi tartibda o'tkaziladi: agar bachadon bo'ynining uzunligi 30 mm yoki undan ko'p bo'lsa – har ikki xaftada bir marta, agar 25-29 mm bo'lsa – har xafta.	Ha / Yo'q
9	Homiladorlikning 20 xaftasigacha mikronlashtirilgan progesteron preparatlari tayinlangan.	Ha / Yo'q
10	Antifosfolipid sindromida geparinlar profilaktik dozada bachadondagi homiladorlik aniqlangan paytdan boshlab butun homiladorlik davomida va tug'ruqdan keyingi 6 xafta mobaynida tayinlandi	Ha / Yo'q

## 2.11. Shifokorning harakatlar algoritmi



### 3. Foydalanilgan adabiyotlar ro‘yxati:

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](http://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. Ilovalar

### 4.1. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi

#### Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi

Milliy klinik protokol O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2018-yil 7-dekabrda №5590-sonli «O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo‘yicha kompleks chora-tadbirlar to‘g‘risida»gi Farmoni va O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash Vazirligining 2024-yil 23-fevraldagi №52-sonli «Milliy/mahalliy klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish, tasdiqlash va tibbiy amaliyotga joriy etish metodologiyasini tasdiqlash to‘g‘risida»gi buyrug‘i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Protokolni ishlab chiqishda ishtirok etgan mutaxassislar:

- Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiy markazi akusher-ginekologlari
- Tibbiy xodimlarning kasbiy malakasini oshirish markazi mutaxassislari
- Toshkent tibbiyot akademiyasi mutaxassislari

#### Protokolni yaratish sabablari:

- Mavzuning tibbiy ahamiyati
- Tibbiy amaliyotdagi yondashuvlar xilma-xilligi
- Zamonaviy dalillar bazasining keng qamrovliligi va samaradorlikni tasdiqlovchi ma'lumotlarning mavjudligi

#### Manfaatlar to‘qnashuvi:

Protokolni ishlab chiqishdan oldin ishchi guruh a'zolari manfaatlar to‘qnashuvi to‘g‘risida yozma ma'lumotnomalarni to‘ldirishgan. Hech bir a'zo dori ishlab chiqarish kompaniyalari yoki klinik amaliyotda qo‘llaniladigan mahsulotlarni ishlab chiqaruvchi tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa nizolarga ega emas.

#### Qiziqish bildirgan tomonlarni jalb etish:

Protokol bo‘yicha ustuvor qoidalar va tavsiyalarni ishlab chiqishda aholining maqsadli guruhi (bemorlar va ularning oila a'zolari) fikrlari inobatga olingan. Bu jarayonda tibbiy jihatlar (sog‘liqqa foydasi, nojo‘ya ta'sirlar va xavflar), etik, madaniy va diniy omillar hisobga olingan. Fikrlarni yig‘ish ixtisoslashtirilgan bo‘limlardagi ayollar bilan noformal suhbatlar orqali amalga oshirilgan.

#### Dalillarni yig‘ish, umumlashtirish va tanqidiy baholash:

Dalillarni yig‘ish usullari: elektron ma'lumotlar bazasida qidiruv, kutubxona resurslari. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida ingliz va rus tilidagi tibbiy jamoalar va ixtisoslashgan tashkilotlarning klinik qo‘llanmalari (turli davlatlar), 2013-2023-yillar davomidagi ilmiy adabiyotlar (afzallik 2018-

yildan keyingi dalillarga berilgan). Protokolni ishlab chiqishda darsliklar va monografiyalar (chunki ular dalillar sifatining pastligi yoki umuman mavjud emasligi bilan tavsiflanadi) ishlatilmagan.

Tizimli qidiruv qamrab olgan ma'lumot bazalari:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS) - <http://sogc.medical.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) - <http://www.nice.org.uk>
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC) - <http://www.health.gov.au>
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) - <http://www.nzgg.org.nz>
- Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services - [Guidelines@health.qld.gov.au](mailto:Guidelines@health.qld.gov.au)
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - [https://roag-portal.ru/clinical\\_recommendations](https://roag-portal.ru/clinical_recommendations)

Qayd etilgan va baholangan klinik qo'llanmalarda kerakli tavsiyalar mavjud bo'lmagan yoki ular yetarlicha / to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan qo'llab-quvvatlanmagan, bir-biriga zid kelgan, mahalliy sharoitlarda qo'llab bo'lmaydigan yoki eskirgan hollarda qo'shimcha ravishda randomizatsiyalangan nazorat qilingan tadqiqotlar, tizimli sharhlar, meta-tahlillar va kogort tadqiqotlarini qidirish amalga oshirildi.

Qidiruv amalga oshirilgan ma'lumotlar bazalari:

- <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>

Topilgan manbalarning sifati tanqidiy baholandi, buning uchun klinik qo'llanmalarning zamonaviyligi, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, tavsiyalar va dalillarning ishonchlilik darajasi va kuchliligi bo'yicha baholanishi, hamda ularning mahalliy tibbiy xizmat ko'rsatish sharoitlariga mosligi inobatga olindi.

#### **Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi.**

Protokolning yakuniy tavsiyalari quyidagi usullar orqali shakllantirildi:

- Klinik qo'llanmalardan ayrim tavsiyalarni o'zgartirishsiz qabul qilish,
- Ayrim tavsiyalarni mahalliy sharoitlarga moslashtirib adaptatsiya qilish,
- Qo'shimcha adabiyot qidiruvi asosida yangi tavsiyalarni ishlab chiqish.

Ishonchsiz dalillarga asoslangan va mahalliy sharoitlarga mos kelmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik qo'llanmalardan olingan tavsiyalar ularning aslida chop etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar chet el klinik qo'llanmalarda turli dalillar shkalasi ishlatilgan bo'lsa, ular (imkoniyati bo'lsa) GRADE tizimiga tarjima qilindi. Bir nechta qo'llanmada bir xil tavsiyalar turli dalillar darajasi bilan berilgan bo'lsa, ishchi guruh e'tiborliroq ilmiy dalillarga asoslangan tavsiyani tanladi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan rasmiy retsenziya qilindi. Agar tavsiyalarning dalil bazasi retsenzent yoki ekspert fikridan ustunroq bo'lsa yoki maxsus tibbiy tarmoq uchun mosroq bo'lsa, ishchi guruh retsenzent taklifini rad etish huquqiga ega bo'ldi.

#### **Protokolning yakuniy tahriri:**

Oliy ta'lim muassasalarining professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, tibbiyot tashkilotchilari (RIOvaBSIATM DM hududiy filiallari rahbarlari va

ularning o‘rinbosarlari) hamda mintaqaviy tibbiyot muassasalari shifokorlari ishtirokida muhokama qilindi. Muhokama uchun protokol loyihasi RIOvaBSIATM DM rasmiy veb-saytida (<https://akusherstvo.uz>) joylashtirildi. Fikr-mulohazalar standart shakldagi javoblar varag‘i orqali elektron pochta orqali qabul qilindi. Yakuniy muhokama onlayn formatda ishchi guruh, retsenzentlar, tashqi ekspert va boshqa mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali o‘tkazildi.

Ushbu klinik protokol tavsiyalarida barcha ma‘lumotlar tadqiqotlar soni va sifatiga qarab, tavsiyalar ishonchlilik darajasi (TID) bo‘yicha saralangan.

#### 4.2. Odatiy homila tushishni boshqarish uchun amaliy ko‘nikmalar kompetensiyalari (task shifting)

	Hamshira / doya	KTOP oilaviy shifokori (Bakalavr darajasi)	Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar
<b>Shikoyatlar va anamnez</b>			
Bemordan shikoyat yig‘ish qobiliyatini ko‘rsatish	+	+	+
Bemor anamnezini to‘plashda odatdagi homila tushishi belgilari to‘g‘risidagi bilimlarni qo‘llash	+	+	+
Odatdagi homila tushishi bilan og‘rigan bemorlarning to‘liq tibbiy tarixini shakllantirish.		+	+
Xavf omillarini baholash	+	+	+
<b>Fizikal ko‘rik</b>			
Antropometrik ma‘lumotlarni o‘lchashda o‘z malakasini ko‘rsatish	+	+	+
Hayotiy muhim ko‘rsatkichlarni (puls, AD, ong, nafas olish, harorat) o‘lchash qobiliyatini namoyish etish	+	+	+
Protokol tavsiyalariga muvofiq bemorni kompleks fizikal tekshiruvdan o‘tkazishda o‘z malakasini namoyish etish		+	+
Anamnezida odatdagi homila tushishi bilan kasallangan bemorlarni tekshirishda o‘z malakasini ko‘rsatish		+	+
<b>Tashxis qo‘yish</b>			
XKT 10/11 asosida odatdagi homila tushishi tashxisini qo‘yish	+	+	+
<b>Laborator diagnostikasi</b>			
Bazaviy laborator tahlillarini tayinlash:	+	+	+
Bazaviy laborator tahlillari natijalarini talqin qilish		+	+
Qo‘shimcha laborator tahlillarini tayinlash:		+	+
Qo‘shimcha laborator tahlillari natijalarini talqin qilish		+	+
<b>Instrumental diagnostika</b>			
Bazaviy instrumental tadqiqotlarni tayinlash	+	+	+
Bazaviy instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin		+	+

qilish			
Qo‘shimcha instrumental tadqiqotlar tayinlash		+	+
Qo‘shimcha instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish		+	+
<b>Davolash</b>			
Dori-darmonsiz davolash hajmini aniqlash	+	+	+
Protokol tavsiyalariga muvofiq dori-darmon bilan davolanishni tayinlash		+	+
Jarrohlik aralashuvlari hajmini aniqlash			+
Protokolga muvofiq jarrohlik aralashuvlarini o‘tkazishdagi kompetensiyalar			+
<b>Profilaktika</b>			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+
Dori-darmonlarni davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+

#### 4.3. Odatiy homila tushishni boshqarishda bilim kompetensiyalari (task shifting)

	Hamshira / doya	KTOP oilaviy shifokori (Bakalavr darajasi)	Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar
Odatdagi homila tushishni aniqlash	+	+	+
Odatdagi homila tushishda shikoyatlar, xavf omillari, alomatlarini tavsiflash	+	+	+
Odatdagi homila tushishni bilan bog‘liq terminologiyani tasvirlash		+	+
Odatdagi homila tushishni KXT 10/11 ga muvofiq tasniflash	+	+	+
Odatdagi homila tushishning patofiziologik mexanizmlarini tavsiflash		+	+
Odatdagi homila tushishning rivojlanish xavfi omillarini tavsiflash		+	+
Odatdagi homila tushishda anamnez yig‘ish sxemasini tasvirlash	+	+	+
Odatiy homila tushish holatida fizikal tekshiruvga yondashuvlarni tasvirlash	+	+	+
Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar asosida odatiy homila tushish tashxisiga yondashuvni yaratish	+	+	+
Asosiy tahlillar va instrumental tadqiqotlar talqini		+	+
Terapiyaga yondashuvni yaratish		+	+
Dori -darmonsiz bo‘lgan terapiyani tasvirlash	+	+	+
Dori terapiyasini tavsiflash		+	+
Odatdagi homila tushishda ishlatiladigan turli xil dorilarning ta'sir mexanizmi, ko'rsatkichlari va yon ta'sirini muhokama		+	+

qilish			
Odatiy homila tushish holatida patofiziologik o'zgarishlarni muhokama qilish		+	+
Odatiy homila tushishning oldini olish choralarini bilish	+	+	+