

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**

**«ХОМИЛА ТУШИШИ (ЎЗ-ЎЗИДАН АБОРТЛАР)»
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

Кириш қисми	4
Асосий қисм.....	9
Иловалар	31
Фойдаланилган адабиётлар.....	35

1. Кириш қисми.

1.1. ХКТ-10 бўйича кодланиши:

Код	Сарлавҳа
О 03	Ўз-ўзидан ҳомила тушиши
О 03.4	Асоратларсиз тўлиқ бўлмаган ҳомила тушиши
О 03.5	Жинсий йул ва тос аъзоларининг инфекцияси билан мураккаблашган тўлиқ ёки белгиланмаган ҳомила тушиши
О 03.9	Асоратларсиз тўлиқ ёки аниқланмаган ҳомила тушиши
О 05	Ҳомила тушишини бошқа куринишлари
О 02.1	Муваффақиятсиз ҳомила тушиши
О 20	Ҳомиладорликнинг эрта муддатида қон кетиши
О 20.0	Ҳомила тушиш хавфи
О 20.8	Ҳомиладорликнинг эрта муддатида бошқа қон кетишлар
О 20.9	Ҳомиладорликнинг эрта муддатида аниқланмаган қон кетишлар
https://mkb-10.com/index.php?pid=14392	
https://mkb-10.com/index.php?pid=14418	
https://mkb-10.com/index.php?pid=14277	

ХКТ-11 Кодлари:

Код	Номланиши
JA00.0	Табиий ҳомила тушиши
JA00.01	Кеч ёки ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган, тўлиқ ёки аниқланмаган табиий ҳомила тушиши
JA00.02	Эмболия билан асоратланган, тўлиқ бўлмаган табиий ҳомила тушиши
JA00.03	Бошқа ёки аниқланмаган асоратлар билан, тўлиқ бўлмаган табиий ҳомила тушиши
JA00.04	Асоратларсиз тўлиқ бўлмаган табиий ҳомила тушиши
JA00.06	Кечиктирилган ёки ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган, тўлиқ ёки аниқланмаган табиий ҳомила тушиши
JA00.09	Асоратларсиз тўлиқ ёки аниқланмаган табиий ҳомила тушиши + табиий аборт
JA00.29	Аниқланмаган аборт, тўлиқ ёки аниқланмаган, асоратларсиз
JA40.0	Ҳомила тушишига хавф туғдирувчи ҳолат
JA40.Z	Ҳомиладорликнинг эрта давридаги аниқланмаган қон кетиши
https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01	

Дунёдаги етакчи акушер-гинекологлар жамиятлари (PCOG, 2006; АСОГ, 2011, 2015; NICE, 2012, 2015) позициясига кўра, "уз-узидан ҳомила тушиши" тиббий атамаси "уз-узидан тушиши" атамаси билан алмаштирилиши керак. Абортларнинг ҳар хил турларини тавсифлаш учун тегишли терминологиядан фойдаланиш керак.

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

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

Клиник протоколни ишлаб чиқишда ҳисса қўшган мутахассислар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Надирханова Н.С.	директор, т.ф.д.	РИОваБСИАТМ
2	Абдуллаева Л.М.	ЎзР ССВ бош акушер-гинеколог, т.ф.д., профессор	ТТА
3	Гафурова Ф.А.	кафедра мудир, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, Акушерлик ва гинекология, перинатал тиббиёт кафедраси
4	Каримова Ф.Д.	кафедра мудир, т.ф.д., профессор	ТХКМРМ, 2-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси

Муаллифлар рўйхати:

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

21	Жураев Н.Б.	директор	РИОваБСИАТМ Бухоро вилояти филиали
22	Ачилова С.И.	директор	РИОваБСИАТМ Қашқадарё вилояти филиали

Такризчилар:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Юсупбаев Р.Б.	катта илмий ходим, бўлим бошлиғи, т.ф.д.	РИОВАБСИАТМ, Фетал тиббиёт бўлими
2	Саиджалилова Д.Д.	т.ф.д., профессор,	ТТА, акушерлик ва гинекология кафедраси

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

РПМ – Республика перинатал маркази

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

ТТА – Тошкент тиббиёт академияси

Клиник протокол ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИОваБСИАТМ филиаллари директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят туғруққа кўмаклашиш муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2023 йил 18 декабр 2-сонли баённомаси билан тасдиқланди. Ишчи гуруҳ раҳбарлари Надирханова Н.С., Абдуллаева Л.М., Гафурова Ф.А., Каримова Ф.Д.

Клиник протокол РИОваБСИАТМ Илмий кенгашида кўриб чиқилди ва 2023 йил 21 декабрдаги 19-сонли баённомаси билан тасдиқланди. Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

Ташқи эксперт баҳо:

№	Ф.И.Ш.	Лавозими	Иш жойи
1	Мухаммадиева С.М.	Т.ф.д., профессор, 1-сонли акушерлик ва гинекология кафедраси мудири	"Соғлиқни сақлаш соҳасида дипломдан кейинги таълим институти", Тожикистон Республикаси

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

Қисқартмалар рўйхати:

ЖССТ	Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти
ЁРТ	Ёрдамчи репродуктив технологиялар
ИХТ	Инфекцияланган хомила тушиши
ЖЙБЮИ	Жинсий йўл орқали юқадиган инфекциялар
РХ	Ривожланмаган ҳомиладорлик
ПАМГ-1	Плацентар альфа-микрोगлобулин-1
ОББИЎЎО-1	Оқсил-1 билан боғланган инсулинга ўхшаш ўсиш омилининг фосфорилланган шакли
ЮУ	Юрак уриши

ТАС	Трансабдоминал сканерлаш
ТВС	Трансвагинал сканерлаш
ХТХ	Хомила тушиш хавфи
УТТ	Ултратовуш текшируви
ТИД	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси
ОХГ	Одам хорионик гонадотропини
ЮУ	Юрак уриши
ББ	Бачадон буйни

Баённоманинг мақсади:

Ушбу ҳужжатнинг мақсади-мавжуд бўлган енг яхши далилларни кўриб чиқиш, хомиладорликнинг бошида (13 ҳафтагача) хомиладор беморларни бошқариш учун тизимини ташкил етиш ва тадбиқ етиш.

Клиник протоколдан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, умумий амалиёт шифокорлари, лаборантлар, согликни сақлаш вазирлиги, клиник фармакологлар, ОТМ укувчилари, клиник ординаторлари, магистрлари, аспирантлари, тиббиёт университетлари ўқитувчилари.

Беморлар тоифалари: репродуктив ёшдаги хомиладорликнинг биринчи триместрида ўз-ўзидан тушган беморлар.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

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

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

Протокол тавсияларига риоя қилиш:

Протокол нашр этилган пайтда мавжуд бўлган далиллар асосида ишлаб чиқилган умумий тавсиялар мавжуд.

Агар амалда ушбу баённома тавсияларидан воз кечиш тўғрисида қарор қабул қилинса, клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак:

- бу қарорни ким қабул қилди;
- баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисидаги қарорни батафсил асослаш;
- беморларни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилинди.

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча элементларини қамраб олмайди, яъни шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, ҳурмат билан мулоқот тамойилига риоя қилган ҳолда, беморлар билан индивидуал бошқарув тактикасини муҳокама қилишлари керак.

Бунга қуйидагилар қиради:

Зарур булганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш;

* Беморга маслаҳат бериш ва маълум бир манипуляция ёки инъекция тактикаси учун розилик олиш;

* Ҳуқуқий талаблар ва касбий хулқ-атвор стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам курсатиш;

* Умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳар қандай бошқарув ва ёрдам курсатиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Терминлар:

Ўз-ўзидан тушиш - бу 22 ҳафтагача ҳомиланинг вазни 500 г дан кам бўлган ҳомиладорликнинг йўқотилиши.

Ҳомила тушиш хавфи - ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигигача бачадон бўйни ёпик ҳолатида бачадондан қонли ажралма келиши.

Давом этаётган ҳомила тушиши - уруғланган тухум хужайра элементлари бачадон бўйни каналида жойлашганда, қон кетиш ва оғриқ билан давом этиши.

Тугалланмаган ҳомила тушиши – уруғланган ҳосилаининг бир қисми бачадон бўшлиғида қолиши.

Тўлиқ тушиш - тушиш бутунлай содир бўлди, тиббий ёки жарроҳлик аралашувга эҳтиёж йўқ.

Ривожланишдан тухтаган ҳомиладорлик - ҳомилани ривожланишдан тухтаганлигини ултратовуш текширувида тасдиқланиши, қон кетиши кузатилмайди.

Ҳомиланинг ноаниқ (номаълум) локализацияси - бачадон ва бачадондан ташқари булган ҳомиладорликнинг ултратовуш белгиларининг йўқлиги, ОХГ ижобий сакланган ҳолда.

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик - ҳомила тухуми бачадон бўшлиғидан ташқарида жойлашганлиги (масалан, бачадон найчалари, бачадон бўйни, тухумдонлар, қорин бўшлиғида).

Анембриония - уруғланган тухумни бачадон деворига имплантация содир бўлгани, аммо ҳомила ривожланиши бошланмаганлиги. Бачадон бўшлиғида сариғ таъна бўлган ёки бўлмаган

хомила тухуми, хомила тухумнинг ўртача диаметри 25 мм дан ортиқ бўлган эмбрионнинг йўқлиги.

Биокимёвий ҳомиладорлик - бу фақат қонда ёки сийдикда одам хорионик гонадотропини (ОХГ) аниқлаш орқали ташхис қўйилган ҳомиладорлик.

Клиник ҳомиладорлик - бу бир ёки бир нечта хомила тухуми/ҳомиланинг ултратовуш текшируви ёки ҳомиладорликнинг ишончли клиник белгилари мавжудлиги билан аниқланган ҳомиладорлик. Бу атама бачадон ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик учун ҳам қўлланилади <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Таърифлар.

Ўз-ўзидан хомила тушиши (хомила тушиши) - бу хомила ҳаётини хомиладорлик ёшига етгунча хомиладорликнинг ўз-ўзидан тугаши.

ЖССТ таърифига кўра, хомила тушиши - бу 500 г гача бўлган эмбрионни (ҳомилани) ўз-ўзидан чиқариб юбориш ёки экстракция қилиш, бу хомиладорликнинг 22 ҳафтасидан кам бўлган хомиладорлик ёшига тўғри келади.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Этиология ва патогенези

Спорадик ерта хомила тушишини тахминан 50% хромосома нуқсонлари билан боғлиқ, 8-11 ҳафтада – 41-50%, 16-19 ҳафтада у 10-20% гача камаяди. Эрта спонтан паст хромосома патологияси энг кенг тарқалган турлари аутосом трисомия бор – 52%, моносомия X – 19%, полиплоидия – 22%, бошқа шакллари 7% учун ҳосил. Абортларнинг 80 фоизда биринчи навбатда ўлим, кейин еса ҳомилалик тухумнинг кенгайиши содир бўлади. Вақти-вақти билан ерта тушишнинг бошқа сабаблари орасида анатомик, юқумли, эндокрин, токсик, иммунологик ва бошқа омиллар ажралиб туради. Ҳомиладорликни тўхтатиш сабабларини аниқлашга интилиш керак, чунки бу омиллар такрорий (одатий) тушишларга олиб келиши мумкин; кетма-кет иккита хомиладорликнинг йўқотилиши тегишли текширув учун кўрсатма ҳисобланади. Эҳтиёткорлик билан текширилгандан сўнг, одатдаги спонтан хомила тушишини сабабини аниқлашнинг иложи бўлмаган жуфтликлар орасида, 65% ҳолларда, кейинги хомиладорлик тугайди.

Ҳомиладорликнинг эрта йўқолиши билан боғлиқ омиллар:

- Онанинг кеч ёши (20 ёшдан 30 ёшгача ўз – ўзидан тушиш хавфи 9-17%, 35 ёшда – 20%, 40 ёшда – 40%, 45 ёшда-80%)
- Спиртли ичимликларни истеъмол қилиш (ўртача)
- Кофеиндан фойдаланиш (дозага боғлиқ таъсир: 4-5 стакан кофе ёки 100 мг дан ортиқ кофеин)
- Чекиш (қунига 10 дан ортиқ сигарет)
- Онанинг сурункали касалликлари: антифосфолипид синдроми, тромбофилия, тухумдонлар поликистоз синдроми, қалқонсимон без касалликлари, тузатилмаган қандли диабет, эҳтимол чияк касаллиги (ингичка ичак шикастланиши билан боғлиқ энтеропатия)
- Онадаги инфекциялар: листериоз, Сифилис, хламидия, токсоплазмоз; қин микоплазмаси ёки уреоплазмаси (қарама-қарши маълумотлар)
- Дорилар: Итраконазол (антифунгал агент), метотрексат (ситостатик), баъзи стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (ибупрофен, диклофенак), ретиноидлар (тератоген таъсирга ега), пароксетин ва Венлафаксин (кучли Анксиете таъсирига ега антидепрессантлар)

- Олдинги ерта ҳомиладорликнинг йўқолиши (ўз – ўзидан тушиш тарихи бўлган аёлларда кейинги ҳомиладорликнинг йўқолиши хавфи 18-20% ни ташкил қилади, иккита ҳомила тушишидан кейин у 30% га етади, учта ҳомила тушишидан кейин-43%. Таққослаш учун, олдинги ҳомиладорлиги муваффақиятли тугаган аёлларда тушиш хавфи 5%)
- Жинсий органларнинг аномалиялари ва органик касалликлари: бачадоннинг ривожланиш аномалиялари, бачадон миомаси, бачадон бўйни жарроҳлиги, бачадон ичи синехиялари.
- Токсинлар ва касбий хавфлар: ионлаштирувчи нурланиш, пестицидлар, анестетик газларни ингалациялаш.

С

Кейинги ҳомиладорликни уз-узидан тушиши билан режалаштириш учун ҳомила тушиши хавфи омилларини уларни олиб ташлаш ҳолатларида уларни бартараф етиш мақсадида баҳолаш тавсия етилади

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Эпидемиологияси.

Ўз-ўзидан тушиш ҳомиладорликнинг энг кенг тарқалган асоратидир. Унинг частотаси барча клиник ташхис қўйилган ҳомиладорликнинг 10 дан 15% гача, абортларнинг тахминан 80% ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан олдин содир бўлади. Спорадик ерта абортлар тузилишида ҳомиладорликнинг учдан бир қисми анембриония тури (эмбрионнинг йўқлиги) билан 8 ҳафтадан олдин тўхтатилади.

Такрорий ҳомила тушиши камроқ учрайди. Одатий тушиш аёлларнинг тахминан 1-2% га таъсир қилади, агар охири ҳайздан кейин 22 ҳафтагача ҳомиладорликнинг кетма-кет учта тушиши деб белгиланса.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Таснифи:

Ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши:

А) Ҳомиладорлик шартларига кўра:

- ҳомиладорликнинг тўлиқ ерта – ўз-ўзидан тугаши 13 ҳафталикгача.
- (1 триместрда);
- кечки -ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тугаши 13 дан 22 ҳафтагача .

Б) Ривожланиш босқичлари бўйича:

- ҳомила тушиш хавфи;
- давом этаётган ҳомила тушиши
- тўлиқ ҳомила тушиши;
- ҳомила тушиши муваффақиятсиз тугади (эмбрион/ҳомила ривожланишининг тугаши) – ривожланмаган ҳомиладорлик.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Диагностикаси.

Беморнинг аҳволи ва ташхисини баҳолаш шикоятларни таҳлил қилиш, анамнез, физикал текширув ва қўшимча клиник тадқиқотлар асосида амалга оширилади. Агар керак бўлса, фавқулудда вазият сифатида ултратовуш текширувини имкон қадар тезроқ бажариш керак. Барча ҳолатларда гемодинамик параметрларни дастлабки баҳолаш керак.

Ҳомила тушишини турли босқичларида қуйидаги клиник кўринишлар характерлидир:

Ҳомила тушиши хавфи – қориннинг пастки қисмида ва бел соҳасида оғрик, жинсий аъзодан қонли ажралма келиши. Бачадон тонуси ошади, бачадон танаси ҳомиладорлик даврига тўғри келади, бачадон бўйни (ББ) қисқармайди, ёпиқ бўлади. Ультратовуш текшируви пайтида ҳомиланинг ЮУ (ҳомиладорликнинг 5-6 хафталигидан ёки КТ билан 7 мм) / ҳомила қайд этилади. Қуйидаги акушерлик асоратларини истисно қилиш керак: хорионнинг (плацента) тақдироти ёки паст жойлашиши, бачадоннинг иккинчи шохидан унинг ривожланишидаги нуқсонлар билан қон кетиши, кўп ҳомиладорлик пайтида битта хомилалик тухумнинг ўлими.

Давом этаётган ҳомила тушиши – бачадон танаси, қоида тариқасида, қутилган ҳомиладорлик даврдан камроқ, миометрийнинг мунтазам қисқариши аниқланади, ҳомила суви келиши мумкин. Ички ва ташқи кириш қисми очиқ, бачадон бўйни канали бўйлаб кенгайди, уруғланган тухум хужайра элементлари бачадон бўйни каналида ёки қисман қинда жойлашган бўлади.

Тугалланмаган ҳомила тушиши – ҳомиладорлик тўхтатилди, аммо уруғланган тухум хужайра элементлари бачадон бўшлиғида аниқланади. Бачадоннинг тўлиқ қисқариши ва унинг бўшлиғининг ёпилиши қон кетишининг давом этишига олиб келади.

Инфекцияланган ҳомила тушиши – ҳомиладорликнинг тугаши, иситма, титроқ, безовталиқ, қорин оғриғи, қон, баъзида жинсий аъзодан йирингли ажралма билан бирга келади. Физикал текширув пайтида тахикардия, тахипноэ, қорин олд девори мушакларининг таранглашиши; бимануал текширув пайтида оғриқли, юмшоқ бачадон, бачадон бўйни канали кенгайди. Даволанмаса, инфекцияни умумлаштириш мумкин.

Ривожланмаган ҳомиладорлик – бачадон бўшлиғини кенгайиши бўлмаса, ҳомиладорликнинг 22 хафталигигача бўлган даврда эмбрион ёки ҳомиланинг ўлими кузатилади. Ташхис ультратовуш маълумотларига кўра белгиланади.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Анамнез

Анамнезида қуйидаги саволлар бўлиши керак:

- Ҳайз давомийлиги ва охириги ҳайз санаси.
- Олдинги ҳомиладорлик, уларнинг натижалари, айниқса ҳомила тушишининг мавжудлиги.
- Гинекологик касалликлар ва операциялар.
- Ёрдамчи репродуктив воситалар ишлатилган бўлса, турини ва санасини кўрсатинг.
- Ультратовуш текшируви (агар амалга оширилса).
- Эрта ҳомиладорлик белгилари.
- Тегишли аломатлар мавжудлиги:
 - қиндан қонли ажралма кетиш (вақти, оғирлик даражаси);
 - оғриқ (қорин пасткида / дард келгандек / бел оғриғи);
 - тана ҳолатини ўзгартирганда хушдан кетиш ҳолатлар;
 - қусиш;
 - бел соҳасида оғриқ;
 - бачадон бўшлиғидан ажралма келиши (ҳомилалик тухум элементлари).

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Физикал текширув:

Физикал текширув вақтида асосий текширувлар ўтказилиши керак: умумий ҳолатни баҳолаш, термометрия, юрак уриш сонини ўлчаш, нафас олиш сонини, қон босимини ўлчаш. Қорин олд девори мушакларининг оғриғи, таранглашиши (бўйсунмаслиги), қорин парданинг зарарланиш

белгилари, шиш ва қорин бўшлиғида эркин суяқлик мавжудлигини аниқлаш учун қорин деворини палпация ва перкуссия қилиш керак.

С

ББ нинг қин қисмининг ҳолатини, қон кетишининг интенсивлигини ва вагинада хомилалик тухум қисмларининг мавжудлигини баҳолаш учун ББни кўзгуларда текшириш тавсия этилади

ББНИ текширишда қон кетишининг манбаи ва ҳажми, бачадон бўйни каналида уруғланган тухум хужайра мавжудлиги (иложи бўлса, уларни олиб ташлаш ва гистологик текширувга юбориш керак), ҳомила сийдик пуфагининг пролапси, шунингдек ББ анатомияси, ташқи кириш қисми ва бачадон бўйни каналининг ҳолати баҳоланади.

Ултратовуш билан тасдиқланган бачадон ҳомиладорлиги ва ҳомила тушиш хавфи юқори (гематома мавжудлиги, жинсий аъзодан ўртача ва кўп миқдорда қон оқиши, бачадон тонусини ошиши) билан ўзингизни ББни кўзгуларда текшириш билан чеклашингиз мумкин.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Лаборатор текширув усуллари:

В

Қон зардобидаги ОХГ даражасини (эркин) текшириш ёки ҳомиладорликни аниқлаш учун қон тестини ўтказишнинг иложи бўлмаса, ОХГ учун сифатли сийдик тестини ўтказиш тавсия этилади

Ушбу тадқиқот охирига ҳайз кўриш бошланишидан қатъи назар, беморнинг контрацепция, стерилизация ёки жинсий фаолиятнинг етишмаслигидан далолат беради. Усул тахмин қилувчи восита сифатида ҳам ишлатилиши мумкин.

В

Эктопик ҳомиладорликни истисно қилиш ва ҳомиладорликнинг ривожланишини аниқлаш учун ҳомиладорликнинг (ноаниқ) пайтида 48 соатдан кейин қон зардобидаги ОХГ (эркин) даражасини қайта текшириш тавсия этилади

Такрорий намунадаги ОХГ даражасининг (ОХГ 2) биринчи намунадаги ОХГ га (ОХГ1) нисбатини ҳисоблаш учун такрорий тадқиқот ўтказилади. Ушбу ҳисоблаш диагностика ва бошқарув тактикасини аниқлаш имконини беради:

* $\text{ОХГ}2/\text{ОХГ}1 > 0,8$ нисбати билан, агар ОХГ даражаси 1000 ИУ/мл бўлса, ҳомила тухумининг локализациясини аниқлаш учун бачадон ва ортиқларининг ултратовуш текшируви тавсия этилади.

* $\text{ОХГ}2/\text{ОХГ}1 = 2$ нисбати билан ҳомиладорлик прогнози қулайдир.

* Агар $\text{ОХГ}2/\text{ОХГ}1$ нисбати $< 0,5$ бўлса, мониторинг тўхтатилиши керак.

* $\text{ОХГ}2/\text{ОХГ}1 = 0,5-0,7$ нисбати билан ултратовуш назоратини тўхтатиш керак, аммо ОХГ даражаси дастлабки ОХГ даражасига қараб кўпайтма билан $= 100$ ХБ/мл даражасига қўшимча равишда текширилиши керак. Агар $\text{ОХГ}2/\text{ОХГ}1$ нисбати пасаймаса ва қон кетиш ва оғрик шикоятлари давом этса, ташхис қўйиш учун диагностик лапароскопия қилиш мумкин.

А

ИХТ ташхисини қўйиш учун иситма, титроқ, жинсий аъзодан йирингли ажралма шикоятлари мавжуд бўлганда қон зардобидаги С-реактив оксил даражасини текшириш тавсия этилади

A	Резус-манфий беморларга, шунингдек, резус-мусбат ёки номаълум резус қонига мансуб шерикдан ҳомиладор аёлларга ҳақиқий ҳомиладорлик пайтида резус антигенларига антителаларни аниқлаш тавсия этилади.
----------	--

Ушбу тадқиқот ҳомиладорликни ушлаб турганда ҳомиланинг гемолитик касаллигининг олдини олиш учун тўғри текшириш алгоритмини танлаш учун ва унинг тугаши билан - резус изоиммунизациясининг олдини олиш учун ўтказилади.

Юқумли ва яллиғланиш жараёнларини ташхислаш ва даволаш учун ҳомиладорлик сақланиб қолганда қин суртмаларни микроскопик текшириш тавсия этилади.

C	Жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар (ЖИБЮИ) учун аёл жинсий аъзоларининг ажратилган шиллиқ пардаларини молекуляр биологик текшириш тавсия этилади: Неиссерия гоноррҳоеае, Трихомонас вагиналис, Хлмидия трахоматис, Микоклазма гениталиум.
----------	--

A	Агар ҳомиладорликнинг 2 триместрида мембраналарнинг эрта ёрилишига шубҳа қилинган бўлса, кўзгуларда бачадон бўйни текшируви пайтида амниотик суюқлик оқиши учун тест ўтказилиши керак.
----------	--

Амниотик суюқлик оқиши учун тавсия этилган тестлар: бачадон бўйни шиллиқ қаватидаги амниотик суюқликдаги водород индексини (ВИ) текшириш, оқсил-1 билан боғланган инсулинга ўхшаш ўсиш омиланинг фосфорилланган шаклини аниқлаш (бачадон бўйни шиллиқ қаватида ОББИУУО-1, бачадон бўйни шиллиқ қаватида плацента алфамикроглобулин-1 (ПАМГ-1) ни аниқлаш.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Инструментал текширув усуллари:

A	Бачадон ва қўшимчаларнинг ултратовуш текшируви (ҳомиладорликнинг 9 хафталигигача) ёки ҳомиланинг ултратовуш текшируви (ҳомиладорликнинг 10 хафталигидан) ҳомиладорликни ташхислаш, унинг локализацияси, хомилалик тухум / эмбрион/ ҳомиланинг ҳомиладорлик даврига мувофиқлигини аниқлаш, эмбрион/ҳои́ла мавжудлигини аниқлаш учун тавсия этилади. ЮУ, хомилалик тухум/ ҳомиланинг бачадон бўшлиғидан кенгайиш белгилари.
----------	---

Тажрибали мутахассис томонидан амалга ошириладиган Трансвагинал сканерлаш (ТВС) "олтин стандарти"дир. Агар ТВС мавжуд бўлмаса, трансабдоминал сканерлаш (ТАС) дан фойдаланиш мумкин, аммо бу усул эрта ҳомиладорликнинг асоратларини аниқлаш учун ФА га қараганда камроқ диагностик ишончликка эга. Беморга ултратовуш текшируви тартиби ва кўрсаткичлари тушунтирилиши керак.

Бачадонда ривожланаётган ҳомиладорлик: хомилалик тухум одатда жойлашган, эмбрион визуализация қилинади ва юрак фаолияти аниқ белгиланади.

Бачадонда ноаниқ ривожланаётган ҳомиладорлик:

1 вариант - хои́ла тухум одатдагидек жойлашган, хои́ла тухумнинг ўртача ички диаметри 20 мм, эмбрион кўринмайди;

2 вариант - хомилалик тухуми нормал жойлашган, эмбрион 7 мм, ҳомиланинг юрак уриши аниқланмайди.

С	Ривожланаётган ҳомиладорлик ёки РХ ташхисини тасдиқлаш учун РХ шубҳа қилинган бўлса, бачадон ва ортиқларини такрорий ултратовуш текшируви 7-10 кундан кейин тавсия этилади .
----------	--

Танлаш ултратовуш усули трансвагинал ултратовуш ҳисобланади. РХ ташхиси, иложи бўлса, иккита ултратовуш шифокори томонидан тасдиқланади. Ҳомиладорликнинг 8 хафталигидан олдин РХ ташхисини қўйишда, айниқса клиник белгилари бўлмаган аёлларда алоҳида эътибор бериш керак

С	Ҳомиладорлик фактини тасдиқлаш ва/ёки трофобластик касалликни истисно қилиш учун бачадон бўшлиғи таркибидаги вакуум аспирацияси пайтида ёки тушиш натижасида хорион/плацента тўқималари шикастланганда плацента (хорион) материални патологик анатомик текширувдан ўтказиш тавсия этилади.
----------	--

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Дифференциал диагностикаси:

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Клиник текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Бачадондан ташқари хомиладорлик	Симптомлар: ҳайз кўришнинг кечикиши, қорин пастки соҳасидаги оғриқлар ва жинсий аъзолардан қонли ажралмалар. Ижобий ОҲГ тести	Бимануал вагинал текширув: бачадон хомиладорликнинг ушбу даври учун қабул қилинган меъёрдан кичик, бачадон ортиқлари соҳасида юмшоқ консистенцияга эга бўлган ҳосила аниқланади.	Ултратовуш: бачадон бўшлиғида хомила тухум йўқ, хомила тухумини, эмбрионни бачадон бўшлиғидан ташқарида визуализация қилиш мумкин, қорин бўшлиғида эркин суюқликни аниқлаш мумкин.
Ҳайз циклини бузилиши	Симптомлари: ҳайз кўришнинг кечикиши, қорин пастки соҳасидаги оғриқлар ва жинсий аъзолардан қонли ажралмалар.	Кўзгуда ва бимануал текширувда: бачадон нормал ўлчамда, бачадон бўйни ёпиқ.	ОҲГ тести салбий. Ултратовуш: хомила тухуми аниқланмайди.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Даволаш

Номедикаментоз даволаш усуллари

Беморга ноқулайлик тугдирмаслик учун ётоқда дам олишни ўз ичига олган терапевтик ва ҳимоя режимини клиник амалиётда қўллаш тавсия этилмайди. Ҳозирда ётоқда дам олиш хомиладорликнинг йўқолишига тўсқинлик қиладиган ишончли далиллар йўқ. Шу билан

бирга, ХТ шароитида жисмоний зўриқиш ва жинсий фаолиятни рад этиш ривожланаётган ҳомиладорликни узайтириш учун зарур шарт-шароитларни яратишга имкон беради.

Кутиш тактикаси ҳомиладорликнинг биринчи триместрида, клиник жиҳатдан аҳамиятли (ўртача, кўп) бачадон қон кетиши, инфекция белгилари, ортиқча оғриқ синдроми, гемодинамик бузилишлар мавжуд бўлмаганда, таҳдидли ва бошланган абортлар билан мумкин.

Медикаментоз даволаш усуллари

Медикаментоз даволаш мақсадга қараб икки хил вариантда мавжуд:

1. Ҳомиладорликнинг узайиши (таҳдидли ёки бошланган abort).
2. Ҳомиладорликнинг тиббий тугаши (ривожланмайдиган ҳомиладорлик).

С

Ҳомиладорликни тушиш хавфи бўлса, прогестоген терапияси плацебо билан солиштирганда тушиш хавфини камайтиради ва хавфсиз кўринади.

Ҳомиладорликнинг бошида тавсия этилган дозаларда микронланган прогестерон ва дидрогестероннинг хавфсизлик профили қулайдир: терапия/плацебо йўқлиги билан солиштирганда ҳомиладор аёл ва ҳомила томонидан нохуш ҳодисалар кўпайиши ёки бу дорилар тўғридан-тўғри таққосланганда ҳеч қандай далил йўқ.

NICE (2021) тавсияларига кўра, прогестерон ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида 1 ёки ундан ортиқ ҳомила тушиши бўлган ва ХТ билан оғриган беморларга тавсия этилади.

Силлиқ мушакларнинг спазмларини камайтириш учун оғриқни йўқотиш учун ХТ билан оғриган беморга препаратнинг кўрсатмаларига мувофиқ антиспазмолик дориларни (дротаверин) буюриш тавсия этилиши мумкин.

Бошланғич ҳомила тушиши гинекологик бўлимга касалхонага ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.

С

Киндан кўп миқдорда қон кетиши бўлса, ҳомиладор бўлган беморга қон кетишини тўхтатиш учун препарат кўрсатмаларига мувофиқ схема бўйича транексам кислотани буюриш тавсия этилади

Киндан қон кетиши бўлган беморларга прогестогенларни юбориш бачадонда ривожланаётган ҳомиладорликнинг ултратовуш текшируви билан тасдиқлангандан кейин кўриб чиқилиши мумкин.

А

Касалхонада инфекцияланган ҳомила тушиши хавфи булган беморга юқумли ва яллиғланиш жараёнини даволаш учун кенг спектрли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади

А

Агар < 14 ҳафта давомида тўлиқ бўлмаган ҳомила тушиш хавфи бўлса, тиббий олиб бориш сифатида мизопростол тайинлаш тавсия этилиши мумкин.

14 ҳафталик даврда тўлиқ бўлмаган хомила тушиши тиббий олиб бориш учун мизопростолни 600 мкг дозада оғиз орқали ёки мизопростолни 400 мкг дозада сублингвал равишда юбориш тавсия этилади.

С	Бузилманган хомила мембраналари ва ёпиқ ББ билан < 14 ҳафта давомида ривожланмаган ҳомиладорлик бўлса, бачадон бўшлиғини бўшатиш учун мифепристон ва кейин мисопростолни тайинлаш афзалдир.
----------	---

В	Оғрикни йўқотиш ва яллиғланишга қарши таъсирга эришиш учун ривожланмаган ҳомиладорликнинг тиббий узилиши бўлган беморларга ностероид яллиғланишга қарши дориларни буюриш тавсия этилади
----------	---

В	Юқумли ва яллиғланиш касалликлари асоратларни олдини олиш учун жарроҳлик муолажадан ўтаётган тўлиқ бўлмаган ҳомиладор ёки ривожланмаган ҳомиладор беморларга антибиотик профилактикаси тавсия этилади
----------	---

Нитроимидазоллар, тетрациклинлар ёки пенициллинларни бир марта юбориш жарроҳлик муолажаларда профилактик антибиотиклар сифатида қўлланилганда самарали эканлиги исботланган.

В	Қон йўқотиш ҳажмини камайтириш учун уругланган тухум хужайрани жарроҳлик йўли билан олиб ташлангандан сўнг томир ичига ёки мушак ичига 5 ХБ окситоцинни буюриш тавсия этилади
----------	---

Жарроҳлик йули билан даволаш усуллари

Жарроҳлик даволаш-бу тўлиқ бўлмаган хомила тушиши ва у билан боғлиқ қон кетиш, шунингдек инфекцияланган хомила тушиши учун танлов усули. Бу сизга хориал ёки плацента тўқималарининг қолдиқларини олиб ташлаш, қон кетишини тўхтатиш ва инфекцияланган хомила тушиши ҳолатида яллиғланиш жараёнидан таъсирланган тўқималарни эвакуация қилиш имконини беради. Жарроҳлик аралашуви, шунингдек, бирга келадиган касалликлар (оғир анемия, доимий қон кетиши, гемодинамик касалликлар ва бошқалар) мавжуд бўлган ҳолатларда ҳам афзалроқ бўлиши мумкин.

А	< 14 ҳафталик даврда тўлиқ бўлмаган хомила тушиши бўлса, жарроҳлик даволаш усули сифатида вакуум аспирацияси тавсия этилади.
----------	--

Вакуум аспирацияси бачадон бўшлиғининг кюретажи билан солиштирганда афзалроқдир, чунки у камроқ травма, камроқ қон йўқотиш, камроқ оғрик интенсивлиги ва процедуранинг қисқароқ давомийлиги билан тавсифланади. Бачадон бўшлиғининг кюретажи фақат вакуум аспирацияси имконсиз бўлса амалга оширилади.

А	Яллиғланиш жараёнидан таъсирланган тўқималарни олиб ташлаш учун инфекцияланган ҳомиладор бўлган беморларга бачадон бўшлиғи таркибининг вакуум аспирацияси ёки бачадон бўшлиғининг кюретажи тавсия этилади
----------	---

Вакуум аспирациясидан кейин металл кюретдан мунтазам фойдаланиш талаб қилинмайди. Кюретаж пайтида окситоциндан фойдаланиш ҳам камроқ қон йўқотиш билан боғлиқ.

С	Ривожланмаган ҳомиладорлик, тўлиқ бўлмаган ҳомиладорлик ва инфекцияланган хомила тушишини жарроҳлик даволашда етарли даражада огриксизлантириш
----------	--

килиш учун умумий огриксизлантириш усулларидан фойдаланиш (асосан вена ичига огриксизлантириш) тавсия этилади

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Профилактикаси

Уз-узидан хомила тушишини олдини олиш учун махсус усуллар мавжуд эмас. Беморларга хомиладорлик пайтида қориннинг пастки қисмида оғриқ ва жинсий аъзолардан қон кетса, ўз вақтида шифокор билан маслаҳатлашиш зарурлиги тўғрисида хабар бериш керак.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Тиббий ёрдамни ташкил этиш

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- * Хомила тушиш хавфи;
- * Қон кетиш билан бирга олиб борилаётган хомила тушиши;
- * Қон кетиш билан бирга тўлиқ бўлмаган хомила тушиши;
- * Инфекцияланган хомила тушиши;
- * Жинсий аъзолардан қон кетиши, ностабил гемодинамика билан бирга келади.

Жарроҳлик даволашни амалга оширишдан олдин (вакуум аспирацияси, бачадон бўшлиғини кюретаж қилиш) режалаштирилган операция миқдори учун беморнинг розилигини олиш керак.

Операциядан олдин бемор билан қуйидаги масалаларни муҳокама қилиш керак:

Келгуси операцияга нималар киради ;

Жарроҳлик аралашувининг мақсади:

Усулнинг афзалликлари ва потенциал хавфлар.

<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Recurrent-pregnancy-loss.aspx>

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Амалга оширишни баҳолаш
1.	Тос аъзоларининг ултратовуш текшируви ўтказилди	Ха/Йук
2.	ОҲГ қон зардобиди аниқланди(эркин β-суббирлик).	Ха/Йук
3.	Агар огрик мавжуд бўлса медикаментоз даво буюрилган	Ха/Йук
4.	Хомила тушиш хавфи тулик булганда дори-дармонлар буюрилган	Ха/Йук
5.	Хомиладорликнинг тиббий тўхтатилиши амалга оширилди (тўлиқ бўлмаган хомиладорлик, ривожланмаган хомиладорлик)	Ха/Йук
6.	Тўлиқ бўлмаган ёки инфекцияланган хомила тушишида жарроҳлик даволаш амалга оширилди	Ха/Йук
7.	Операциядан кейин юқумли ва яллиғланиш касалликлар асоратларини олдини олиш мақсадида антибиотик профилактикаси ўтказилди	Ха/Йук

Адабиётлар рўйхати.

1. Abortion care guideline: executive summary. WHO, 2022
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018; 132(5):e197–207.
3. Chinese Association of Reproductive Medicine. Standards and Specifications Clinical practice guidelines for progesterone in pregnancy maintenance and luteal phase support. *Chin J Reprod Contracep* 2021;41(2):95–105
4. ESHRE Recurrent Pregnancy Loss Guideline (update 2022).
5. Kim C., Barnard S., Neilson J.P., Hickey M., Vazquez J.C., Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane database Syst Rev.* 2017; 1:CD007223.
6. Management of early pregnancy miscarriage. Clinical practice guideline. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Programmes, Health Service Executive. April 2012, Guidel. 2014; :22p.
7. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. NICE Guidel www.nice.org.uk/guidance/ng126. 2019.
8. Queensland Clinical Guideline: Early Pregnancy Loss. 2017. 39p p.
9. Wahabi HA, Fayed AA, Esmail SA, Bahkali KH Progesterone for treating threatened miscarriage (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943.pub5.
10. Выкидыш. Клинические рекомендации РОАГ. ID670 https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/670_1

Баённомани ишлаб чиқиш методологияси.

Миллий клиник баённома Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Ўзбекистон Республикаси инновацион Соғлиқни сақлаш Миллий палатасининг 59 сонли 23 декабр 2019-йилдаги, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 317 сонли 2 декабр 2022 йилдаги буйруғига мувофиқ ишлаб чиқилган, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг №03-34/25816 сонли 3-ноябр 2023-йилдаги йўриқномаси.

Баённомани ишлаб чиқишда "Республика ихтисослаштирилган она ва бола саломатлиги илмий-амалий тиббиёт маркази" давлат муассасаси ва унинг ҳудудий филиаллари, тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази, Республика Перинатал маркази акушер-гинекологлари мутахассислари иштирок этди.

Ушбу баённомани яратиш муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини исботловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

Манфаатлар тўқнашуви: ушбу баённомани яратиш бўйича иш бошлашдан олдин ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарнома тўлдирдилар. Муаллифлар жамоаси аъзоларининг ҳеч бири ушбу баённома мавзусида клиник амалиётда фойдаланиш учун маҳсулот ишлаб чиқарадиган фармацевтика компаниялари ёки бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

Манфаатдор томонларни жалб қилиш: баённомани ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оила аъзолари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойдалар, ножўя таъсирлар ва аралашувларнинг хатарлари), ахлоқий, маданий ва диний жиҳатлар изланади ва ҳисобга олинади. Фикрлар сўрови РИОваБСИАТМ давлат таълим муассасасининг ихтисослаштирилган бўлимларида аёлларнинг норасмий интервьюлари орқали амалга оширилди.

Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш.

Далилларни тўплашда ишлатиладиган усуллар: электрон маълумотлар базаларида, кутубхона ресурсларида қидириш. 2013-2023 йиллар учун инглиз ва рус тилларида турли мамлакатларнинг тиббий жамоалари ва бошқа ихтисослашган ташкилотларининг клиник кўрсатмалари асосий маълумот манбалари сифатида ишлатилган, сўнгги 5 йил маълумотлари (2018 йилдан бери) баённомани ишлаб чиқишда устувор аҳамиятга эга эди. Баённомани ишлаб чиқиш жараёнида дарсликлар ва монографиялар далилларнинг сифати паст ёки уларнинг етишмаслиги билан манба сифатида ишлатилмади. Асосий маълумотлар манбаларини тизимли қидириш қуйидаги маълумотлар базаларини ўз ичига олган:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGS)
- 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
- Россия акушер- гинекологлар жамияти - <https://roag-portal.ru>

Бирлаштириш ва тавсияларни мослаштириш учун манба ҳужжати сифатида турли мамлакатларнинг бир нечта клиник кўрсатмалари ишлатилган.

Топилган ва баҳоланган клиник кўрсатмаларда керакли тавсиялар етишмаётган ёки улар етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитда қўлланилмаган ёки эскирган ҳолларда рандомизацияланган назорат остида синовлар учун қўшимча кидирув ўтказилди., тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар, коҳорт тадқиқотлари маълумотлар базаларида: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқалар.

Топилган манбалар сифатини танқидий баҳолаш замонавий клиник кўрсатмалар, уларни ишлаб чиқиш методологияси, далилларнинг ишончлилиги ва ишонувчанлик/кучилилик даражаларига кўра тавсиялар рейтинги, тиббий ёрдамнинг маҳаллий шароитларига мос келишини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

Тавсияларни шакллантириш усуллари ва тавсифи. Баённоманинг якуний тавсияларнинг бир қисмини бир нечта клиник кўрсатмалардан асл нусхада ўзгаришсиз олиш, клиник кўрсатмалар тавсияларининг бир қисмини маҳаллий шароитга мослаштириш, қўшимча адабиётларни кидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш орқали шакллантирилди. Далилларнинг паст сифати ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник кўрсатмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Агар дастлабки клиник кўрсатмалар муаллифлари далиллар даражасининг бошқа ўлчовларидан фойдаланган бўлса, улар (иложи бўлса) GRADE тизимига ўтказилди. Худди шу тавсиялар турли хил клиник кўрсатмаларда топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ баённомага янада ишончли илмий маълумотлар асосида тузилган тавсияларни киритди.

Баённома хужжатлаштирилди ва ички ва ташқи экспертлар томонидан кўриб чиқилди. Агар тавсияларнинг далиллар базаси шарҳловчи/экспертнинг фикрига қараганда оғирроқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш бўлими шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини сақлаб қолишди.

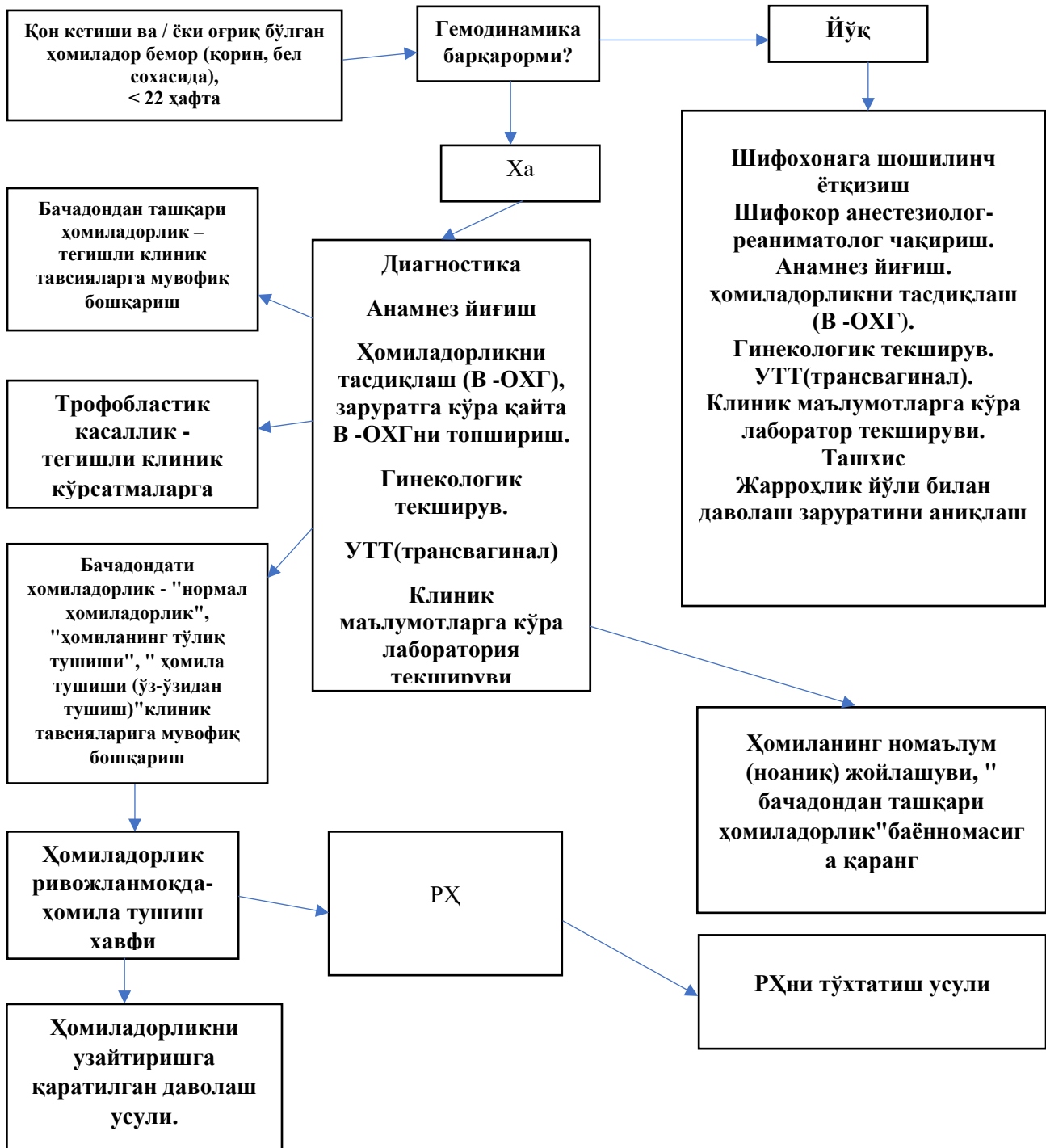
Баённоманинг якуний қайта кўриб чиқилишини шакллантириш жараёнида баённома лойиҳаси олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (Ўзбекистон Давлат тиббиёт университети ҳудудий филиаллари директорлари) орасидан кенг доирадаги мутахассисларга муҳокама учун такдим этилди ва уларнинг ўринбосарлари), туғруқхона тизимининг минтақавий муассасалари шифокорлари. Муҳокама учун баённома лойиҳаси Ўзбекистон Давлати РИОваБСИАТМ расмий веб-сайтида (<https://www.akusherstvo.uz/>) ва телерам канали. Шарҳлар стандарт алоқа варағини тўлдириш билан электрон почта орқали қабул қилинди. Баённома лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш норасмий консенсусга эришиш орқали ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кўплаб манфаатдор мутахассислар иштирокида онлайн форматда ўтказилди.

Ушбу баённомани ишлаб чиқиш учун ЖССТнинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси ва БМТнинг Аҳолишунослик жамғармасининг Ўзбекистондаги ваколатхонаси (UNFPA/UNFPA) томонидан молиявий ёрдам кўрсатилди. Ташқи молиялаштириш хужжатни ишлаб чиқишнинг барча босқичларида ЖССТ экспертлари томонидан ташқи баҳолаш шаклида услубий қўллаб-қувватлаш ва баённомани ўзбек тилига таржима қилиш ва уни такрорлаш шаклида техник қўллаб-қувватлашни ўз ичига олган. Молиялаштириш органларининг фикрлари ва манфаатлари баённоманинг якуний тавсияларига таъсир қилмади.

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида барча маълумотлар ушбу муаммо бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб тавсияларнинг ишонувчанлик даражасига (ТИД) қараб тартибланган.

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация усуллари (профилактика, диагностика, даволовчи, реабилитацион аралашувлар) бўйича тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини баҳолаш шкаласи (ТИД):

Ҳомиладорликнинг эрта йўқолишига шубҳа қилинган тақдирда шифокор ҳаракатларининг алгоритми



Ҳомиладорлик хавфи туғилганда гестагенларни буюриш схемалари:

Дидрогестерон: аломатлар йўқолгунча бир мартада 4 таблетка (40 мг), кейин ҳар 1 соатда 10 таблеткадан (8 мг) симптомлар йўқолгунча. Даволанишни 1 ҳафта давом эттириш керак; кейин дозани камайтириш керак.

Микронизацияланган прогестерон: 100-200 мг кунига 2 марта ҳомиладорликнинг 12-ҳафтасигача. Қин йўли афзалдир, аммо ХТ билан оғриган беморларда оғиз орқали юбориш ҳам мумкин.

РХнинг тиббий узилиш усули (ЖССТ ,2022)

Агар < 14 ҳафталик даврда ривожланмаган ҳомиладорлик бўлса, медикаментоз моддаларни олиб боришни афзал кўрганлар учун:

Тавсия: мизопростолни узини эмас,балки мифепристон билан биргаликда қўллаш тавсия этилади

Тавсия этилган режим: мифепристон оғиз орқали 200 мг дозада, сўнгра мизопростол ҳар қандай қабул қилиш йўли билан 800 мкг дозада (трансбуккал, вагинал ёки сублингвал).

Муқобил режим: мизопростол ҳар қандай қабул қилиш йўли билан 800 мкг дозада (трансбуккал, вагинал ёки сублингвал).Агар биринчи дозага жавоб бўлмаса, бошқа такрорий дозани киритиш мумкин, лекин биринчи дозадан кейин 3 соатдан кечиктирмасдан ва 7 кундан кечиктирмасдан (оптимал-48 соатдан кейин)

Мизопростол қабул қилинганидан кейин 24 соат ичида иситмани келтириб чиқариши мумкин, бу

инфекция белгиси сифатида талқин қилинмаслиги керак.

Оғир қисқариш ва қон кетиш одатда мизопростол юборилгандан кейин икки-олти соат ичида содир бўлади

Изоҳлар:

- Ривожланмаган ҳомиладорликни бошқариш усули (ҳомиладор, тиббий ёки жарроҳлик) тўғрисидаги қарор аёлнинг клиник ҳолатига ва унинг даволаниш афзалликларига асосланиши керак.

- Беморга эмбрион тўқималарининг кенгайишининг узокроқ жараёни ва бачадоннинг тўлиқ бўшатишмаслиги хавфи ортиши ҳақида маълумот берилса, кутиш ва кўришни бошқариш вариантини таклиф қилиш мумкин.

- Эмбрион тўқималарни бошқа биологик материаллар сингари даволаш керак, агар аёл уларни бошқа йўл билан йўқ қилиш истагини билдирмаса.

* Мифепристон ва мисопростолни қабул қилиш ўртасидаги тавсия этилган минимал интервал 24 соат бўлиши керак.

Тиббий аралашувга хабардор қилинган ихтиёрий розилик

Тиббий аралашув – тиббий мутахассис томонидан беморнинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир кўрсатадиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитация йўналиши, тиббий кўриклар турлари ва (ёки) тиббий манипуляцияларга эга бўлган беморга нисбатан амалга оширилади.

1. Мен, _____ (беморнинг Ф.И.Ш.)
« _____ » _____ й. туғилган сана, рўйхатдан ўтган жойи

_____, Мен
бераман

(беморнинг ёки унинг қонуний вакилининг яшаш жойи (турар жойи) манзили)

келгуси тиббий аралашув учун хабардор қилинган розилик _____

(тиббий муассасанинг номи)

2. Мен учун қулай бўлган шаклда, яқинлашиб келаётган тиббий аралашувларнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, бўлажак текширувнинг зарурати, мақсади ва кутилаётган натижалари, диагностика ва/ёки даволаш, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари менга тушунтирилади.

3. Менга тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилиш мумкин эмаслиги ҳақида хабардорман. Мен ҳар қандай даволаниш ёки жарроҳлик ҳаёт учун хавф туғдиришини ва вақтинчалик ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолатлар берилмайди.

4. Мен диагностика, терапевтик ва тиббий аралашувларнинг бошқа вариантлари жараёнида қутилмаган фавқулудда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунда мен зарур фавқулудда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки процедуралар) рози бўлолмайман. Бундай вазиятларда тиббий аралашув курси шифокорлар томонидан ўз хоҳишига кўра ўзгартирилиши мумкин.

5. Биламан, яқинлашиб келаётган тиббий аралашувнинг самарадорлигини ошириш учун мен соғлигим, ирсиятим билан боғлиқ барча муаммолар, шу жумладан аллергия намойишлар, дори-дармонлар ва озик-овқатларга индивидуал қабул қилолмаслик, шунингдек тамаки чекиш, алкоголь ҳақида шифокорга хабар беришга мажбурман., гиёҳвандлик ёки токсик дорилар.

6. Мен операция пайтида қон йўқотиш мумкинлигини тушунаман ва мен ихтиёрий розилик берадиган донорлик қонини ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкин. Мен даволовчи шифокордан қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қон қуйиш зарурати, процедуранинг табиати ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлар ҳақида тушунтиришлар олдим, агар мен барча зарур терапевтик тадбирларни ўтказишга рози бўлсам, менга қон қуйиш ва унинг таркибий қисмлари рад этилган тақдирда касалликнинг эҳтимолий якуни ҳақида хабар берилди.

7. Мен терапевтик ва диагностика жараёнимни ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олишга, шунингдек диагностика ва терапевтик мақсадларда, шу жумладан хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун мендан биологик материаллардан намуналар олишга розилик билдираман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидан воз кечиш ёки уни (уларни) тугатишни талаб қилиш ҳуқуқига эга эканлигим тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам менга тушунтирилди.

9. Мен сизга фақат менинг касаллигим, прогнозим ва даволанишим ҳақида маълумот беришга рухсат бераман:

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча пунктлари танишиб чиқдим, улар менга тушунарли қуйидаги имзо билан тасдиқланган.

Имзо

Сана “ “