

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**

**"XOMILA TUSHISHI (O'Z-O'ZIDAN ABORTLAR)"
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025



«KELISHILGAN »
RIOvaBSIATM direktori
N.S. Nadirxanova

" _____ 2025 yil

"XOMILA TUSHISHI (O'Z-O'ZIDAN ABORTLAR)" MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Mundarija

Kirish qismi.....	4
Asosiy qism.....	9
Ilovalar	31
Foydalanilgan adabiyotlar.....	35

Kirish qismi

1. Kirish qismi.

1.1. XKT-10 bo'yicha kodlanishi:

Kod	Sarlavha
O 03	O'z-o'zidan homila tushishi
O 03.4	Asoratlarsiz to'liq bo'lmagan homila tushishi
O 03.5	Jinsiy yul va tos a'zolarining infeksiyasi bilan murakkablashgan to'liq yoki belgilanmagan xomila tushishi
O 03.9	Asoratlarsiz to'liq yoki aniklanmagan homila tushishi
O 05	Xomila tushishini boshka kurinishlari
O 02.1	Muvavfaqiyatsiz homila tushishi
O 20	Homiladorlikning erta muddatida qon ketishi
O 20.0	Homila tushish xavfi
O 20.8	Homiladorlikning erta muddatida boshqa qon ketishlar
O 20.9	Homiladorlikning erta muddatida aniklanmagan qon ketishlar
https://mkb-10.com/index.php?pid=14392	
https://mkb-10.com/index.php?pid=14418	
https://mkb-10.com/index.php?pid=14277	

XKT-11 Kodlari:

Kod	Nomlanishi
JA00.0	Tabiiy homila tushishi
JA00.01	Kech yoki haddan tashqari ko'p qon ketishi bilan asoratlangan, to'liq yoki aniqlanmagan tabiiy homila tushishi
JA00.02	Emboliya bilan asoratlangan, to'liq bo'lmagan tabiiy homila tushishi
JA00.03	Boshqa yoki aniqlanmagan asoratlardan bilan, to'liq bo'lmagan tabiiy homila tushishi
JA00.04	Asoratlarsiz to'liq bo'lmagan tabiiy homila tushishi
JA00.06	Kechiktirilgan yoki haddan tashqari ko'p qon ketishi bilan asoratlangan, to'liq yoki aniqlanmagan tabiiy homila tushishi
JA00.09	Asoratlarsiz to'liq yoki aniqlanmagan tabiiy homila tushishi + tabiiy abort
JA00.29	Aniqlanmagan abort, to'liq yoki aniqlanmagan, asoratlarsiz
JA40.0	Homila tushishiga xavf tug'diruvchi holat
JA40.Z	Homiladorlikning erta davridagi aniqlanmagan qon ketish
https://icd.who.int/ct/icd11_mms/ru/2024-01	

Dunyodagi etakchi akusher-ginekologlar jamiyatlari (RCOG, 2006; ACOG, 2011, 2015; NICE, 2012, 2015) pozitsiyasiga ko'ra, "uz-uzidan xomila tushishi" tibbiy atamasi "uz-uzidan tushishi" atamasi bilan almashtirilishi kerak. Abortlarning har xil turlarini tavsiflash uchun tegishli terminologiyadan foydalanish kerak.

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

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

Klinik protokolni ishlab chiqishda hissa qo'shgan mutaxassislar:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Nadirxanova N.S.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM
2	Abdullaeva L.M.	O‘zR SSV bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TTA
3	Gafurova F.A.	kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRM, Akusherlik va ginekologiya, perinatal tibbiyot kafedrası
4	Karimova F.D.	kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRM, 2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası

Mualliflar ro‘yxati:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Irgasheva S.U.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RIOvaBSIATM
2	Yusupov U.Yu.	akusher-ginekolog, t.f.d.	RIOvaBSIATM
3	Alieva D.A.	akusher-ginekolog, t.f.d., professor	RIOvaBSIATM
4	Nishanova F.P.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
5	Abduraimov T.F.	akusher-ginekolog	RIOvaBSIATM
6	Shermatova S.E.	akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM
7	Usmonov S.K.	ilmiy maslahatchi	RIOvaBSIATM
8	Kurbanov B.B.	kafedra mudiri, t.f.d.	ToshPTI Akusherlik va ginekologiya kafedrası
9	Matyakubova S.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Xorazm viloyati filiali
10	Nasretdinova D.B.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Andijon viloyati filiali
11	Suyarkulova M.E.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Farg‘ona viloyati filiali
12	Shodmonov N.M.	direktor, t.f.n.	RIOvaBSIATM Jizzax viloyati filiali
13	Djumaev B.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Toshkent shahar filiali
14	Daminova R.A.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Namangan viloyati filiali
15	Dustmurodov B.M.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati 2-sonli filiali
16	Ashirbekova G.U.	direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM Qoraqalpog‘iston Respublikasi filiali
17	Xamroeva L.K.	direktor	RIOvaBSIATM Samarqand viloyati filiali
18	Sadikova X.Z.	direktor	RIOvaBSIATM Sirdaryo viloyati filiali
19	Eshonkulov A.G.	direktor	RIOvaBSIATM Navoiy viloyati filiali
20	Ziyoev A.M.	direktor	RIOvaBSIATM Surxondaryo viloyati filiali
21	Juraev N.B.	direktor	RIOvaBSIATM Buxoro viloyati filiali

22	Achilova S.I.	direktor	RIOvaBSIATM Qashqadaryo viloyati filiali
----	---------------	----------	---

Taqrizchilar:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Yusupbaev R.B.	katta ilmiy xodim, bo‘lim boshlig‘i, t.f.d.	RIOVABSATM, Fetal tibbiyot bo‘limi
2	Saidjalilova D.D.	t.f.d., professor,	TTA, akusherlik va ginekologiya kafedrası

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

RPM – Respublika perinatal markazi

TXKMRM – Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi

TTA – Toshkent tibbiyot akademiyasi

Klinik protokol OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assosiasiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2023 yil 18 dekabr 2-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi. Ishchi guruh rahbarlari Nadirxanova N.S., Abdullaeva L.M., Gafurova F.A., Karimova F.D.

Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va 2023 yil 21 dekabrda 19-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi. Ilmiy kengash raisi t.f.d., professor Asatova M.M.

Tashqi ekspert baho:

№	F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
1	Mukhamadiev S.M.	T.f.d., professor, 1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri	Davlat ta'lim muassasasi "Sog'liqni saqlash sohasida diplomdan keyingi ta'lim instituti", Tojikiston Respublikasi

Mazkur klinik bayonnomasi O‘zbekiston Respublikasidagi BMT Aholishunoslik Jang‘armasining (YuNFPA/UNFPA) texnikaviy ko‘magida o‘zbek tiliga tarjima qilindi.

Qisqartmalar ro'yxati:

JSST	Jahon Sog'liqni Saqlash Tashkiloti
YoRT	Yordamchi reproduktiv texnologiyalar
IXT	Infektsiyalangan xomila tushishi
JYBYuI	Jinsiy yo'l orkali yuqadigan infektsiyalar
RX	Rivojlanmagan homiladorlik
Pamg-1	Plasental alfa-mikroglobulin-1
OBBIO'O'O-1	Oqsil-1 bilan bog'langan insulinga o'xshash o'sish omilining fosforillangan shakli
YuU	Yurak urishi
TAS	Transabdominal skanerlash
TVS	Transvaginal skanerlash
XTX	Xomila tushish xavfi
UTT	Ultratovush tekshiruvi
TID	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
OXG	Odam xorionik gonadotropini
BB	Bachadon buyni

Protokolning maqsadi:

Ushbu hujjatning maqsadi-mavjud bo'lgan eng yaxshi dalillarni ko'rib chiqish, homiladorlikning boshida (13 haftagacha) homilador bemorlarni boshqarish uchun tizimini tashkil etish va tadbik etish.

Klinik protokoldan foydalanuvchi guruhlar: akusher-ginekologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, laborantlar, soglikni saklash vazirligi, klinik farmakologlar, OTM ukuvchilari, klinik ordinatorlari, magistrarlari, aspirantlari, tibbiyot universitetlari o'qituvchilari.

Bemorlar toifalari: reproduktiv yoshdagi homiladorlikning birinchi trimestrida o'z-o'zidan tushgan bemorlar.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

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

2. Asosiy qism

2.1. Kirish

Protocol tavsiyalariga rioya qilish:

Protocol nashr etilgan paytda mavjud bo'lgan dalillar asosida ishlab chiqilgan umumiy tavsiyalar mavjud.

Agar amalda ushbu bayonnoma tavsiyalaridan voz kechish to'g'risida qaror qabul qilinsa, klinisistlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirishlari kerak:

- bu qarorni kim qabul qildi;
- bayonnomaning tavsiyalaridan tashkari chiqish to'g'risidagi qarorni batafsil asoslash;
- bemorlarni olib borish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilindi.

Tavsiyalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, ya'ni shifokorlar bemorning ehtiyojlarini inobatga olgan holda, hurmat bilan muloqot tamoyiliga rioya qilgan holda, bemorlar bilan individual boshqaruv taktikasini muhokama qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

Zarur bulganda, tarjimon xizmatlaridan foydalanish;

- * Bemorga maslahat berish va ma'lum bir manipulyasiya yoki in'eksiya taktikasi uchun rozilik olish;
- * Huquqiy talablar va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya qilgan xolda yordam kursatish;
- * Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va yordam kursatish taktikalarini hujjatlashtirish.

Terminlar:

O'z-o'zidan tushish – bu 22 haftagacha homilaning vazni 500 g dan kam bo'lgan homiladorlikning yo'qotilishi.

Xomila tushish xavfi – xomiladorlikning 22 xaftaligigacha bachadon bo'yni yopik xolatida bachadondan qonli ajralma kelishi.

Davom etayotgan xomila tushishi – uruglangan tuxum xujayra elementlari bachadon bo'yni kanalida joylashganda, qon ketish va og'riq bilan davom etishi.

Tugallanmagan homila tushishi – uruglangan xosilaining bir qismi bachadon bo'shlig'ida qolishi.

To'liq tushish- tushish butunlay sodir bo'ldi, tibbiy yoki jarrohlik aralashuvga ehtiyoj yo'q.

Rivojlanishdan tuxtagan homiladorlik – xomilani rivojlanishdan tuxtaganligini ultratovush tekshiruvida tasdiqlanishi, qon ketishi kuzatilmaydi.

Xomilaning noaniq (noma'lum) lokalizatsiyasi – bachadon va bachadondan tashkari bulgan homiladorlikning ultratovush belgilarining yo'qligi, OXG ijobiy saklangan xolda.

Bachadondan tashkari homiladorlik – xomila tuxumi bachadon bo'shlig'idan tashqarida joylashganligi (masalan, bachadon naychalari, bachadon bo'yni, tuxumdonlar, qorin bo'shlig'ida).

Anembrioniya - urug'langan tuxumni bachadon devoriga implantasiya sodir bo'lgani, ammo homila rivojlanishi boshlanmaganligi. Bachadon bo'shlig'ida sarig' ta'na bo'lgan yoki bo'lmagan xomila tuxumi, xomila tuxumning o'rtacha diametri 25 mm dan ortiq bo'lgan embrionning yo'qligi.

Biokimyoviy homiladorlik – bu faqat qonda yoki siydikda odam xorionik gonadotropini (OXG) aniqlash orqali tashxis qo'yilgan homiladorlik.

Klinik homiladorlik – bu bir yoki bir nechta xomila tuxumi/homilaning ultratovush tekshiruvi yoki homiladorlikning ishonchli klinik belgilari mavjudligi bilan aniqlangan homiladorlik. Bu atama bachadon va bachadondan tashkari homiladorlik uchun ham qo'llaniladi

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

Ta'riflar.

O'z-o'zidan homila tushishi (xomila tushishi) - bu homila hayotiy homiladorlik yoshiga etguncha homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi.

JSST ta'rifiga ko'ra, homila tushishi - bu 500 g gacha bo'lgan embrionni (homilani) o'z-o'zidan chiqarib yuborish yoki ekstraksiya qilish, bu homiladorlikning 22 haftasidan kam bo'lgan homiladorlik yoshiga to'g'ri keladi.

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

Etiologiya va patogenezi

Sporadik erta homila tushishini taxminan 50% xromosoma nuqsonlari bilan bog'liq, 8-11 xaftada – 41-50%, 16-19 xaftada u 10-20% gacha kamayadi. Erta spontan past xromosoma patologiyasi eng keng tarqalgan turlari autosom trisomiya bor – 52%, monosomiya X – 19%, poliploidiya – 22%, boshqa shakllari 7% uchun hosdir. Abortlarning 80 foizida birinchi navbatda o'lim, keyin esa homilalik tuxumning kengayishi sodir bo'ladi. Vaqti-vaqti bilan erta tushishning boshqa sabablari orasida anatomik, yuqumli, endokrin, toksik, immunologik va boshqa omillar ajralib turadi. Homiladorlikni to'xtatish sabablarini aniqlashga intilish kerak, chunki bu omillar takroriy (odatiy) tushishlarga olib kelishi mumkin; ketma-ket ikkita homiladorlikning yo'qotilishi tegishli tekshiruv uchun ko'rsatma hisoblanadi. Ehtiyotkorlik bilan tekshirilgandan so'ng, odatdagi spontan homila tushishini sababini aniqlashning iloji bo'lmagan juftliklar orasida, 65% hollarda, keyingi homiladorlik tugaydi.

Homiladorlikning erta yo'qolishi bilan bog'liq omillar:

- Onaning kech yoshi (20 yoshdan 30 yoshgacha o'z – o'zidan tushish xavfi 9-17%, 35 yoshda – 20%, 40 yoshda – 40%, 45 yoshda-80%)
- Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish (o'rtacha)
- Kofeindan foydalanish (dozaga bog'liq ta'sir: 4-5 stakan kofe yoki 100 mg dan ortiq kofein)
- Chekish (kuniga 10 dan ortiq sigaret)
- Onaning surunkali kasalliklari: antifosfolipid sindromi, trombofiliya, tuxumdonlar polikistozi sindromi, qalqonsimon bez kasalliklari, tuzatilmagan qandli diabet, ehtimol chiyak kasalligi (ingichka ichak shikastlanishi bilan bog'liq enteropatiya)
- Onadagi infeksiyalar: listerioz, Sifilis, xlamidiya, toksoplazmoz; qin mikoplazmasi yoki ureaplazmasi (qarama-qarshi ma'lumotlar)
- Dorilar: Itrakonazol (antifkngal agent), metotreksat (sitostatik), ba'zi steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar (ibuprofen, diklofenak), retinoidlar (teratogen ta'siriga ega), paroksetin va Venlafaksin (kuchli Anksiete ta'siriga ega antidepressantlar)
- Oldingi erta homiladorlikning yo'qolishi (o'z – o'zidan tushish tarixi bo'lgan ayollarda keyingi homiladorlikning yo'qolishi xavfi 18-20% ni tashkil qiladi, ikkita homila tushishidan keyin u 30% ga etadi, uchta homila tushishidan keyin-43%. Taqqoslash uchun, oldingi homiladorligi muvaffaqiyatli tugagan ayollarda tushish xavfi 5%)
- Jinsiy organlarning anomaliyalari va organik kasalliklari: bachadonning rivojlanish anomaliyalari, bachadon miomasi, bachadon bo'yni jarrohligi, bachadon ichi sinexiyalari.
- Toksinlar va kasbiy xavflar: ionlashtiruvchi nurlanish, pestisidlar, anestetik gazlarni ingalasiyalash.

C

Keyingi homiladorlikni uz-uzidan tushishi bilan rejalashtirish uchun homila tushishi xavfi omillarini ularni olib tashlash holatlarida ularni bartaraf etish maqsadida baholash tavsiya etiladi

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

Epidemiologiyasi.

O'z-o'zidan tushish homiladorlikning eng keng tarqalgan asoratidir. Uning chastotasi barcha klinik tashxis qo'yilgan homiladorlikning 10 dan 15% gacha, abortlarning taxminan 80% homiladorlikning 12 xaftaligidan oldin sodir bo'ladi. Sporadik erta abortlar tuzilishida homiladorlikning uchdan bir qismi anembrioniya turi (embrionning yo'qligi) bilan 8 haftadan oldin to'xtatiladi.

Takroriy homila tushishi kamroq uchraydi. Odatiy tushish ayollarning taxminan 1-2% ga ta'sir qiladi, agar oxirgi hayzdan keyin 22 haftagacha homiladorlikning ketma-ket uchta tushishi deb belgilansa.

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

Tasnifi:

Homilaning o'z-o'zidan tushishi:

A) Homiladorlik shartlariga ko'ra:

- homiladorlikning to'liq erta – o'z-o'zidan tugashi 13 haftaligacha.
- (1 trimestrda);
- kechki -homiladorlikning o'z-o'zidan tugashi 13 dan 22 haftagacha .

B) Rivojlanish bosqichlari bo'yicha:

- homila tushish xavfi;
- davom etayotgan homila tushishi
- to'liq homila tushishi;
- homila tushishi muvaffaqiyasiz tugadi (embrion/homila rivojlanishining tugashi) – rivojlanmagan homiladorlik.

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

Diagnostikasi.

Bemorning ahvoli va tashxisini baholash shikoyatlarni tahlil qilish, anamnez, fizikal tekshiruv va qo'shimcha klinik tadqiqotlar asosida amalga oshiriladi. Agar kerak bo'lsa, favqulodda vaziyat sifatida ultratovush tekshiruvini imkon qadar tezroq bajarish kerak. Barcha holatlarda gemodinamik parametrlarni dastlabki baholash kerak.

Homila tushishini turli bosqichlarida quyidagi klinik ko'rinishlar xarakterlidir:

Homila tushishi xavfi – qorinning pastki qismida va bel soxasida og'riq, jinsiyi a'zodan qonli ajralma kelishi. Bachadon tonusi oshadi, bachadon tanasi homiladorlik davriga to'g'ri keladi, bachadon bo'yni (BB) qisqarmaydi, yopiq bo'ladi. Ultratovush tekshiruvi paytida homilaning Yuu (homiladorlikning 5-6 xaftaligidan yoki KT bilan 7 mm) / homila qayd etiladi. Quyidagi akusherlik asoratlarini istisno qilish kerak: xorionning (plasenta) taqdimoti yoki past joylashishi, bachadonning ikkinchi shoxidan uning rivojlanishidagi nuqsonlar bilan qon ketishi, ko'p homiladorlik paytida bitta xomilalik tuxumning o'limi.

Davom etayotgan homila tushishi – bachadon tanasi, qoida tariqasida, kutilgan homiladorlik davridan kamroq, miometriyning muntazam qisqarishi aniqlanadi, homila SuVI kelishi mumkin. Ichki va tashqi kirish qismi ochiq, bachadon bo'yni kanali bo'ylab kengayadi, urug'langan tuxum xujayra elementlari bachadon bo'yni kanalida yoki qisman qinda joylashgan bo'ladi.

Tugallanmagan xomila tushishi – homiladorlik to'xtatildi, ammo urug'langan tuxum xujayra elementlari bachadon bo'shlig'ida aniqlanadi. Bachadonning to'liq qisqarishi va uning bo'shlig'ining yopilishi qon ketishining davom etishiga olib keladi.

Infektsiyalangan homila tushishi – homiladorlikning tugashi, isitma, titroq, bezovtalik, qorin og'rig'i, qon, ba'zida jinsiy a'zodan yiringli ajralma bilan birga keladi. Fizikal tekshiruv paytida taxikardiya, taxipnoe, qorin old devori mushaklarining taranglashishi; bimanual tekshiruv paytida og'riqli, yumshoq bachadon, bachadon bo'yni kanali kengayadi. Davolanmasa, infektsiyani umumlashtirish mumkin.

Rivojlanmagan homiladorlik - bachadon bo'shlig'ini kengayishi bo'lmasa, homiladorlikning 22 xaftaligigacha bo'lgan davrda embrion yoki homilaning o'limi kuzatiladi. Tashxis ultratovush ma'lumotlariga ko'ra belgilanadi.

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

Anamnez

Anamnezida quyidagi savollar bo'lishi kerak:

- Hayz davomiyligi va oxirgi hayz sanasi.
- Oldingi homiladorlik, ularning natijalari, ayniqsa homila tushishining mavjudligi.
- Ginekologik kasalliklar va operatsiyalar.
- Yordamchi reproduktiv vositalar ishlatilgan bo'lsa, turini va sanasini ko'rsating.
- Ultratovush tekshiruvi (agar amalga oshirilsa).
- Erta homiladorlik belgilari.
- Tegishli alomatlar mavjudligi:
 - qindan qonli ajralma ketish (vaqti, og'irlik darajasi);
 - og'riq (qorin pastida / dard kelgandek / bel og'rig'i);
 - tana holatini o'zgartirganda xushdan ketish holatlar;
 - qusish;
 - bel soxasida og'riq;
 - bachadon bo'shlig'idan ajralma kelishi (homilalik tuxum elementlari).

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

Fizikal tekshiruv:

Fizikal tekshiruv vaqtida asosiy tekshiruvlar o'tkazilishi kerak: umumiy holatni baholash, termometriya, yurak urish sonini o'lchash, nafas olish sonini, qon bosimini o'lchash. Qorin old devori mushaklarining og'rig'i, taranglashishi (bo'ysunmasligi), qorin pardaning zararlanish belgilari, shish va qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik mavjudligini aniqlash uchun qorin devorini palpasiya va perkussiya qilish kerak.

C

BB ning qin qismining holatini, qon ketishining intensivligini va vaginada xomilalik tuxum qismlarining mavjudligini baholash uchun Bbni ko'zgularda tekshirish tavsiya etiladi

BBni tekshirishda qon ketishining manbai va hajmi, bachadon bo'yni kanalida urug'langan tuxum xujayra mavjudligi (iloji bo'lsa, ularni olib tashlash va gistologik tekshiruvga yuborish kerak), homila siydik pufagining prolapsi, shuningdek Bb anatomiyasi, tashqi kirish qismi va bachadon bo'yni kanalining holati baholanadi.

Ultratovush bilan tasdiqlangan bachadon homiladorligi va xomila tushish xavfi yuqori (gematoma mavjudligi, jinsiy a'zodan o'rtacha va ko'p miqdorda qon oqishi, bachadon tonusini oshishi) bilan o'zingizni Bbni ko'zgularda tekshirish bilan cheklashingiz mumkin.

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

Laborator tekshiruv usullari:

B

Qon zardobidagi OHG darajasini (erkin) tekshirish yoki homiladorlikni aniqlash uchun qon testini o'tkazishning iloji bo'lmasa, OHG uchun sifatli siydik testini o'tkazish tavsiya etiladi

Ushbu tadqiqot oxirgi hayz ko'rish boshlanishidan qat'i nazar, bemorning kontratsepsiya, sterilizasiya yoki jinsiy faoliyatning etishmasligidan dalolat beradi. Usul taxmin qiluvchi vosita sifatida ham ishlatilishi mumkin.

B	Ektopik homiladorlikni istisno qilish va homiladorlikning rivojlanishini aniqlash uchun homiladorlikning (noaniq) paytida 48 soatdan keyin qon zardobidagi OXG (erkin) darajasini qayta tekshirish tavsiya etiladi
----------	--

Takroriy namunadagi OHG darajasining (Ohg 2) birinchi namunadagi Ohg ga (Ohg1) nisbatini hisoblash uchun takroriy tadqiqot o'tkaziladi. Ushbu hisoblash diagnostika va boshqaruv taktikasini aniqlash imkonini beradi:

* $\text{OHG2/OHG1} > 0,8$ nisbati bilan, agar OHG darajasi 1000 IU/ml bo'lsa, homila tuxumining lokalizatsiyasini aniqlash uchun bachadon va ortiqlarining ultratovush tekshiruvini tavsiya etiladi.

* $\text{OHG 2 / Ohg 1} = 2$ nisbati bilan homiladorlik prognozi qulaydir.

* Agar OHG 2/OHG 1 nisbati $< 0,5$ bo'lsa, monitoring to'xtatilishi kerak.

* $\text{OHG 2/OHG 1} = 0,5-0,7$ nisbati bilan ultratovush nazoratini to'xtatish kerak, ammo OHG darajasi dastlabki OHG darajasiga qarab ko'paytma bilan = 100 XB/ml darajasiga qo'shimcha ravishda tekshirilishi kerak. Agar OHG 2 / OHG 1 nisbati pasaymasa va qon ketish va og'riq shikoyatlari davom etsa, tashxis qo'yish uchun diagnostik laparoskopiya qilish mumkin.

A	IHT tashxisini qo'yish uchun isitma, titroq, jinsiy a'zodan yiringli ajralma shikoyatlari mavjud bo'lganda qon zardobidagi C-reaktiv oqsil darajasini tekshirish tavsiya etiladi
----------	--

A	Rezus-manfiy bemorlarga, shuningdek, rezus-musbat yoki noma'lum rezus qoniga mansub sherikdan homilador ayollarga haqiqiy homiladorlik paytida rezus antigenlariga antitelalarni aniqlash tavsiya etiladi.
----------	--

Ushbu tadqiqot homiladorlikni ushlab turganda homilaning gemolitik kasalligining oldini olish uchun to'g'ri tekshirish algoritmini tanlash uchun va uning tugashi bilan - rezus izoimmunizatsiyasining oldini olish uchun o'tkaziladi.

Yuqumli va yallig'lanish jarayonlarini tashxislash va davolash uchun homiladorlik saqlanib qolganda qin surtmalarni mikroskopik tekshirish tavsiya etiladi.

C	Jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar (JYBYuI) uchun ayol jinsiy a'zolarining ajratilgan shilliq pardalarini molekulyar biologik tekshirish tavsiya etiladi: Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis, Xlmidia trachomatis, Mikoplazma genitalium.
----------	---

A	Agar homiladorlikning 2 trimestrida membranalarning erta yorilishiga shubha qilingan bo'lsa, ko'zgularda bachadon bo'yni tekshiruvini paytida amniotik suyuqlik oqishi uchun test o'tkazilishi kerak.
----------	---

Amniotik suyuqlik oqishi uchun tavsiya etilgan testlar: bachadon bo'yni shilliq qavatidagi amniotik suyuqlikdagi vodorod indeksini (VI) tekshirish, oqsil-1 bilan bog'langan insulinga o'xshash o'sish omilining fosforillangan shaklini aniqlash (bachadon bo'yni shilliq qavatida OBBIUO-1, bachadon bo'yni shilliq qavatida plasenta alfa-mikroglobulin-1 (Pamg-1) ni aniqlash.

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

Instrumental tekshiruv usullari:

A	Bachadon va qo'shimchalarning ultratovush tekshiruvi (homiladorlikning 9 xaftaligigacha) yoki homilaning ultratovush tekshiruvi (homiladorlikning 10 xaftaligidan) homiladorlikni tashxislash, uning lokalizatsiyasi, xomilalik tuxum / embrion/ homilaning homiladorlik davriga muvofiqligini aniqlash, embrion/homila mavjudligini aniqlash uchun tavsiya etiladi. Yuu, xomilalik tuxum/ homilaning bachadon bo'shlig'idan kengayish belgilari.
---	---

Tajribali mutaxassis tomonidan amalga oshiriladigan Transvaginal skanerlash (TVS) "oltin standarti"dir. Agar TVC mavjud bo'lmasa, transabdominal skanerlash (TAS) dan foydalanish mumkin, ammo bu usul erta homiladorlikning asoratlarini aniqlash uchun FA ga qaraganda kamroq diagnostik ishonchlilikka ega. Bemorga ultratovush tekshiruvi tartibi va ko'rsatkichlari tushuntirilishi kerak.

Bachadonda rivojlanayotgan homiladorlik: xomilalik tuxum odatda joylashgan, embrion vizualizatsiya qilinadi va yurak faoliyati aniq belgilanadi.

Bachadonda noaniq rivojlanayotgan homiladorlik:

1 variant -xomila tuxum odatdagidek joylashgan, xomila tuxumning o'rtacha ichki diametri 20 mm, embrion ko'rinmaydi;

2 variant-xomilalik tuxumi normal joylashgan, embrion 7 mm, homilaning yurak urishi aniqlanmaydi.

C	Rivojlanayotgan homiladorlik yoki RH tashxisini tasdiqlash uchun RH shubha qilingan bo'lsa, bachadon va ortiqlarini takroriy ultratovush tekshiruvi 7-10 kundan keyin tavsiya etiladi .
---	---

Tanlash ultratovush usuli transvaginal ultratovush hisoblanadi. RH tashxisi, iloji bo'lsa, ikkita ultratovush shifokori tomonidan tasdiqlanadi. Homiladorlikning 8 xaftaligidan oldin RH tashxisini qo'yishda, ayniqsa klinik belgilari bo'lmagan ayollarda alohida e'tibor berish kerak

C	Homiladorlik faktini tasdiqlash va/yoki trofoblastik kasallikni istisno qilish uchun bachadon bo'shlig'i tarkibidagi vakuum aspiratsiyasi paytida yoki tushish natijasida xOrion/plasenta to'qimalari shikastlanganda plasenta (xOrion) materialini patologik anatomik tekshiruvdan o'tkazish tavsiya etiladi.
---	--

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

Differensial diagnostikasi:

Tashxis	Differensial diagnostika uchun asos	Klinik tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Bachadondan tashkari xomiladorlik	Simptomlar: hayz ko'rishning kechikishi, qorin pastki soxasidagi og'riqlar va jinsiy a'zolaridan qonli ajralmalar. Ijobiy OHG testi	Bimanual vaginal tekshiruv: bachadon homiladorlikning ushbu davri uchun qabul qilingan me'yordan kichik, bachadon ortiqlari sohasida yumshoq konsistentsiyaga ega bo'lgan Hosila aniqlanadi.	Ultratovush: bachadon bo'shlig'ida xomila tuxum yo'q, xomila tuxumini, embrionni bachadon bo'shlig'idan tashqarida vizualizatsiya qilish mumkin, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikni aniqlash mumkin.

Hayz tsiklini buzilishi	Simptomlari: hayz ko'rishning kechikishi, qorin pastki soxasidagi og'riqlar va jinsiy a'zolardan qonli ajralmalar.	Ko'zguda va bimanual tekshiruvda: bachadon normal o'lchamda, bachadon bo'yni yopiq.	OHG testi salbiy. Ultratovush: xomila tuxumi aniqlanmaydi.
--------------------------------	--	---	--

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

Davolash

Nomedikamentoz davolash usullari

Bemorga noqulaylik tugdirmaslik uchun yotoqda dam olishni o'z ichiga olgan terapevtik va himoya rejimini klinik amaliyotda qo'llash tavsiya etilmaydi. Hozirda yotoqda dam olish homiladorlikning yo'qolishiga to'sqinlik qiladigan ishonchli dalillar yo'q. Shu bilan birga, HT sharoitida jismoniy zo'riqish va jinsiy faoliyatni rad etish rivojlanayotgan homiladorlikni uzaytirish uchun zarur shart-sharoitlarni yaratishga imkon beradi.

Kutish taktikasi homiladorlikning birinchi trimestrida, klinik jihatdan ahamiyatli (o'rtacha, ko'p) bachadon qon ketishi, infeksiya belgilari, ortiqcha og'riq sindromi, gemodinamik buzilishlar mavjud bo'lmaganda, tahdidli va boshlangan abortlar bilan mumkin.

Medikamentoz davolash usullari

Medikamentoz davolash maqsadga qarab ikki xil variantda mavjud:

1. Homiladorlikning uzayishi (tahdidli yoki boshlangan abort).
2. Homiladorlikning tibbiy tugashi (rivojlanmaydigan homiladorlik).

C	Homiladorlikni tushish xavfi bo'lsa, progesteron terapiyasi plasebo bilan solishtirganda tushish xavfini kamaytiradi va xavfsiz ko'rinadi.
----------	--

Homiladorlikning boshida tavsiya etilgan dozalarda mikronlangan progesteron va didrogesteronning xavfsizlik profili qulaydir: terapiya/plasebo yo'qligi bilan solishtirganda homilador ayol va homila tomonidan noxush hodisalar ko'payishi yoki bu dorilar to'g'ridan-to'g'ri taqqoslanganda hech qanday dalil yo'q.

NICE (2021) tavsiyalariga ko'ra, progesteron homiladorlikning dastlabki bosqichlarida 1 yoki undan ortiq xomila tushishi bo'lgan va HT bilan og'rikan bemorlarga tavsiya etiladi.

Silliq mushaklarning spazmlarini kamaytirish uchun og'riqni yo'qotish uchun HT bilan og'rikan bemorga preparatning ko'rsatmalariga muvofiq antispazmolik dorilarni (drotaverin) buyurish tavsiya etilishi mumkin.

Boshlang'ich xomila tushishi ginekologik bo'limga kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma hisoblanadi.

C	Kindan ko'p miqdorda qon ketishi bo'lsa, homilador bo'lgan bemorga qon ketishini to'xtatish uchun preparat ko'rsatmalariga muvofiq sxema bo'yicha traneksam kislotani buyurish tavsiya etiladi
----------	--

Kindan qon ketishi bo'lgan bemorlarga progesteronlarni yuborish bachadonda rivojlanayotgan homiladorlikning ultratovush tekshiruvi bilan tasdiqlangandan keyin ko'rib chiqilishi mumkin.

A	Kasalxonada infeksiyalangan xomila tushishi xavfi bulgan bemorga yuqumli va yallig'lanish jarayonini davolash uchun keng spektrli antibakterial terapiyani buyurish tavsiya etiladi
----------	---

A	Agar < 14 hafta davomida to'liq bo'lmagan xomila tushish xavfi bo'lsa, tibbiy olib borish sifatida mizoprostol tayinlash tavsiya etilishi mumkin.
----------	---

14 haftalik davrda to'liq bo'lmagan xomila tushishi tibbiy olib borish uchun mizoprostolni 600 mkg dozada og'iz orqali yoki mizoprostolni 400 mkg dozada sublingval ravishda yuborish tavsiya etiladi.

C	Buzilmagan xomila membranalari va yopiq Bb bilan < 14 hafta davomida rivojlanmagan homiladorlik bo'lsa, bachadon bo'shlig'ini bo'shatish uchun mifepriston va keyin misoprostolni tayinlash afzaldir.
----------	---

B	Og'riqni yo'qotish va yallig'lanishga qarshi ta'sirga erishish uchun rivojlanmagan homiladorlikning tibbiy uzilishi bo'lgan bemorlarga nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilarni buyurish tavsiya etiladi
----------	--

B	Yuqumli va yallig'lanish kasalliklari asoratlarni oldini olish uchun jarrohlik muolajadan o'tayotgan to'liq bo'lmagan homilador yoki rivojlanmagan homilador bemorlarga antibiotik profilaktikasi tavsiya etiladi
----------	---

Nitroimidazollar, tetrasiklinlar yoki penisillinlarni bir marta yuborish jarrohlik muolajalarda profilaktik antibiotiklar sifatida qo'llanilganda samarali ekanligi isbotlangan.

B	Qon yo'qotish hajmini kamaytirish uchun urug'langan tuxum xujayrani jarrohlik yo'li bilan olib tashlangandan so'ng tomir ichiga yoki mushak ichiga 5 XB oksitosinni buyurish tavsiya etiladi
----------	--

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

Jarroxlik yuli bilan davolash usullari

Jarrohlik davolash-bu to'liq bo'lmagan xomila tushishi va u bilan bog'liq qon ketish, shuningdek infeksiyalangan xomila tushishi uchun tanlov usuli. Bu sizga xorial yoki plasenta to'qimalarining qoldiqlarini olib tashlash, qon ketishini to'xtatish va infeksiyalangan xomila tushishi holatida yallig'lanish jarayonidan ta'sirlangan to'qimalarni evakuasiya qilish imkonini beradi. Jarrohlik aralashuvi, shuningdek, birga keladigan kasalliklar (og'ir anemiya, doimiy qon ketishi, gemodinamik kasalliklar va boshqalar) mavjud bo'lgan holatlarda ham afzalroq bo'lishi mumkin.

A	< 14 haftalik davrda to'liq bo'lmagan xomila tushishi bo'lsa, jarrohlik davolash usuli sifatida vakuum aspirasiyasi tavsiya etiladi.
----------	--

Vakuu aspirasiyasi bachadon bo'shlig'ining kuretaji bilan solishtirganda afzalroqdir, chunki u kamroq travma, kamroq qon yo'qotish, kamroq og'riq intensivligi va proseduraning qisqaroq davomiyliqi bilan tavsiflanadi. Bachadon bo'shlig'ining kyuretaji faqat vakuum aspirasiyasi imkonsiz bo'lsa amalga oshiriladi.

A	Yallig'lanish jarayonidan ta'sirlangan to'qimalarni olib tashlash uchun infeksiyalangan homilador bo'lgan bemorlarga bachadon bo'shlig'i tarkibining vakuum aspirasiyasi yoki bachadon bo'shlig'ining kyuretaji tavsiya etiladi
----------	---

Vakuum aspirasiyasidan keyin metall kyuretdan muntazam foydalanish talab qilinmaydi. Kyuretaj paytida oksitosindan foydalanish ham kamroq qon yo'qotish bilan bog'liq.

C	Rivojlanmagan homiladorlik, to'liq bo'lmagan homiladorlik va infektsiyalangan xomila tushishini jarrohlik davolashda etarli darajada ogriksizlantirish qilish uchun umumiy ogriksizlantirish usullaridan foydalanish (asosan vena ichiga ogriksizlantirish) tavsiya etiladi
----------	---

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

Profilaktikasi

Uz-uzidan xomila tushishini oldini olish uchun maxsus usullar mavjud emas. Bemorlarga homiladorlik paytida qorinning pastki qismida og'riq va jinsiy a'zolardan qon ketsa, o'z vaqtida shifokor bilan maslahatlashish zarurligi to'g'risida xabar berish kerak.

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

Tibbiy yordamni tashkil etish

Shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- * Xomila tushish xavfi;
- * Qon ketish bilan birga olib borilayotgan xomila tushishi;
- * Qon ketish bilan birga to'liq bo'lmagan xomila tushishi;
- * Infektsiyalangan xomila tushishi;
- * Jinsiy a'zolardan qon ketishi, nostabil gemodinamika bilan birga keladi.

Jarrohlik davolashni amalga oshirishdan oldin (vakuum aspirasiyasi, bachadon bo'shlig'ini kyuretaj qilish) rejalashtirilgan operatsiya miqdori uchun bemorning roziligini olish kerak.

Operatsiyadan oldin bemor bilan quyidagi masalalarni muhokama qilish kerak:

Kelgusi operatsiyaga nimalar kiradi ;

Jarrohlik aralashuvining maqsadi:

Usulning afzalliklari va potentsial xavflar.

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

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari:

№	Sifat mezonlari	Amalga oshirishni baholash
1.	Tos a'zolarining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi	Xa/Yo'q
2.	OHG qon zardobida aniqlandi(erkin β -subbirlik).	Xa/Yo'q
3.	Agar ogrik mavjud bo'lsa medikamentoz davo buyurilgan	Xa/Yo'q
4.	Xomila tushish xavfi tulik bulganda dori-darmonlar buyurilgan	Xa/Yo'q
5.	Homiladorlikning tibbiy to'xtatilishi amalga oshirildi (to'liq bo'lmagan homiladorlik, rivojlanmagan homiladorlik)	Xa/Yo'q
6.	To'liq bo'lmagan yoki infektsiyalangan xomila tushishida jarrohlik davolash amalga oshirildi	Xa/Yo'q
7.	Operatsiyadan keyin yuqumli va yallig'lanish kasalliklar asoratlarini oldini olish maqsadida antibiotik profilaktikasi o'tkazildi	Xa/Yo'q

Adabiyotlar ro'yxati.

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

Bayonnomani ishlab chiqish metodologiyasi.

Milliy klinik bayonnoma O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi va O'zbekiston Respublikasi innovasion Sog'liqni saqlash Milliy palatasining 59 sonli 23 dekabr 2019-yildagi, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 317 sonli 2 dekabr 2022 yildagi buyrug'iga muvofiq ishlab chiqilgan, O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining №03-34/25816 sonli 3-noyabr 2023-yildagi yo'riqnomasi.

Bayonnomani ishlab chiqishda "Respublika ixtisoslashtirilgan ona va bola salomatligi ilmiy-amaliy tibbiyot markazi" davlat muassasasi va uning hududiy filiallari, tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini oshirish markazi, Respublika Perinatal markazi akusher-ginekologlari mutaxassisleri ishtirok etdi.

Ushbu bayonnomani yaratish muammoning tibbiy ahamiyati, tibbiy amaliyotdagi yondashuvlardagi farqlar va aralashuvlar samaradorligini isbotlovchi ko'plab zamonaviy manbalarning mavjudligi bilan bog'liq.

Manfaatlar to'qnashuvi: ushbu bayonnomani yaratish bo'yicha ish boshlashdan oldin ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnoma to'ldirdilar. Mualliflar jamoasi a'zolarining hech biri ushbu bayonnoma mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmasevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas eDi.

Manfaatdor tomonlarni jalb qilish: bayonnomani ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oila a'zolari), shu jumladan tibbiy (sog'liq uchun foydalar, nojo'ya ta'sirlar va aralashuvlarning xatarlari), axloqiy, madaniy va diniy jihatlar izlanadi va hisobga olinadi. Fikrlar so'rovi RIOvaBSIATM davlat ta'lim muassasasining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida ayollarning norasmiy intervyulari orqali amalga oshirildi.

Dalillarni to'plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.

Dalillarni to'plashda ishlatiladigan usullar: elektron ma'lumotlar bazalarida, kutubxona resurslarida qidirish. 2013-2023 yillar uchun ingliz va rus tillarida turli mamlakatlarning tibbiy jamoalari va boshqa ixtisoslashgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari asosiy ma'lumot manbalari sifatida ishlatilgan, so'nggi 5 yil ma'lumotlari (2018 yildan beri) bayonnomani ishlab chiqishda ustuvor ahamiyatga ega eDi. Bayonnomani ishlab chiqish jarayonida darsliklar va monografiyalar dalillarning sifati past yoki ularning etishmasligi bilan manba sifatida ishlatilmadi. Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga olgan:

- 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
- Rossiya akusher- ginekologlar jamiyati - <https://roag-portal.ru/>

Birlashtirish va tavsiyalarni moslashtirish uchun manba hujjati sifatida turli mamlakatlarning bir nechta klinik ko'rsatmalari ishlatilgan.

Topilgan va baholangan klinik ko'rsatmalarda kerakli tavsiyalar etishmayotgan yoki ular etarli darajada/to'liq tavsiflanmagan, dalillar bilan tasdiqlanmagan, bir-biriga zid bo'lgan, mahalliy sharoitda qo'llanilmagan yoki eskirgan hollarda randomizatsiyalangan nazorat ostida sinovlar uchun

qo'shimcha qidiruv o'tkazildi., tizimli sharhlar, meta-tahlillar, kohort tadqiqotlari ma'lumotlar bazalarida: <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> va boshkalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash zamonaviy klinik ko'rsatmalar, ularni ishlab chiqish metodologiyasi, dalillarning ishonchliligi va ishonuvchanlik/kuchlilik darajalariga ko'ra tavsiyalar reytingi, tibbiy yordamning mahalliy sharoitlariga mos kelishini hisobga olgan holda amalga oshirildi.

Tavsiyalarni shakllantirish usullarining tavsifi. Bayonnomaning yakuniy tavsiyalarning bir qismini bir nechta klinik ko'rsatmalardan asl nusxada o'zgarishsiz olish, klinik ko'rsatmalar tavsiyalarining bir qismini mahalliy sharoitga moslashtirish, qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish orqali shakllantirildi. Dalillarning past sifati va mahalliy sharoitda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi. Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi. Agar dastlabki klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o'lchovlaridan foydalangan bo'lsa, ular (iloji bo'lsa) GRADE tizimiga o'tkazildi. Xuddi shu tavsiyalar turli xil klinik ko'rsatmalarda topilgan, ammo turli darajadagi dalillarga ega bo'lgan hollarda, ishchi guruh bayonnomaga yanada ishonchli ilmiy ma'lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi.

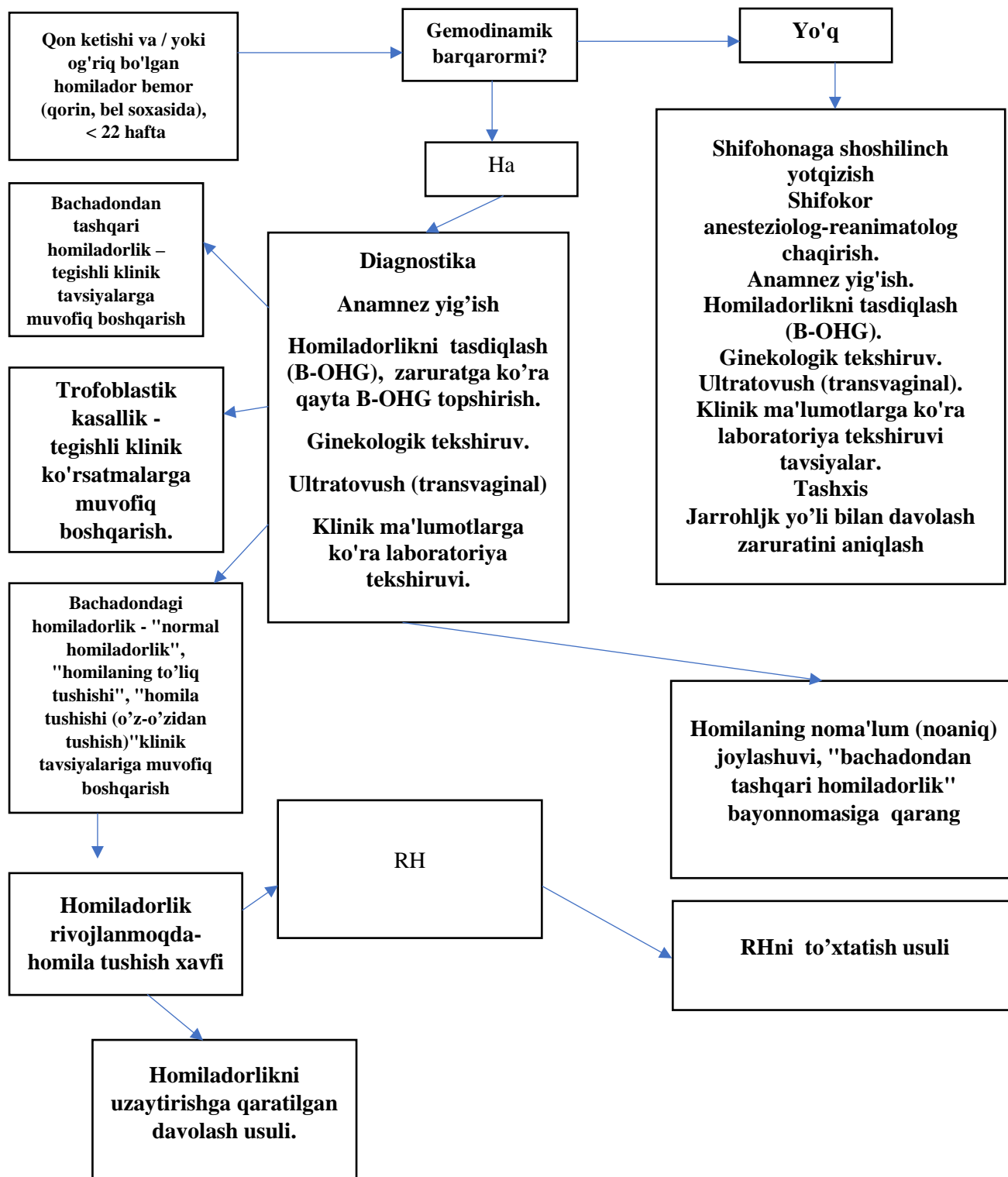
Bayonnoma hujjatlashtirildi va ichki va tashqi ekspertlar tomonidan ko'rib chiqildi. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi sharhlovchi/ekspertning fikriga qaraganda og'irroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash bo'limi sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishdi.

Bayonnomaning yakuniy qayta ko'rib chiqilishini shakllantirish jarayonida bayonnoma loyihasi oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assosiasiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (O'zbekiston Davlat tibbiyot universiteti hududiy filiallari direktorlari) orasidan keng doiradagi mutaxassislariga muhokama uchun taqdim etildi va ularning o'rinbosarlari), tug'ruqxona tizimining mintaqaviy muassasalari shifokorlari. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi Uzbekiston Davlati RIOvaBSIATM rasmiy veb-saytida (<https://www.akusherstvo.uz/>) va teleram kanali. Sharhlar standart aloqa varag'ini to'ldirish bilan elektron pochta orqali qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish norasmiy konsensusga erishish orqali ishchi guruh, sharhlovchilar, JSST eksperti va ko'plab manfaatdor mutaxassislar ishtirokida onlayn formatda o'tkazildi.

Ushbu bayonnomaning ishlab chiqish uchun JSSTning O'zbekistondagi vakolatxonasi va BMTning Aholishunoslik jamg'armasining O'zbekistondagi vakolatxonasi (UNFPA/UNFPA) tomonidan moliyaviy yordam ko'rsatildi. Tashqi moliyalashtirish hujjatni ishlab chiqishning barcha bosqichlarida JSST ekspertlari tomonidan tashqi baholash shaklida uslubiy qo'llab-quvvatlash va bayonnomaning o'zbek tiliga tarjima qilish va uni takrorlash shaklida texnik qo'llab-quvvatlashni o'z ichiga olgan. Moliyalashtirish organlarining fikrlari va manfaatlari bayonnomaning yakuniy tavsiyalariga ta'sir qilmadi.

Ushbu klinik bayonnomaning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasiga (Tid)qarab tartiblangan.

Homiladorlikning erta yo'qolishiga shubha qilingan taqdirda shifokor harakatlarining algoritmi



Homiladorlik xavfi tug'ilganda gestagenlarni buyurish sxemalari:

Didrogesteron: alomatlar yo'qolguncha bir martada 4 tabletka (40 mg), keyin har 1 soatda 10 tabletkadan (8 mg) simptomlar yo'qolguncha. Davolanishni 1 hafta davom ettirish kerak; keyin dozani kamaytirish kerak.

Mikronizasiyalangan progesteron: 100-200 mg kuniga 2 marta homiladorlikning 12-haftasigacha. Qin yo'li afzaldir, ammo XT bilan og'rigan bemorlarda og'iz orqali yuborish ham mumkin.

RXning tibbiy uzilish usuli (JSST, 2022)

Agar < 14 haftalik davrda rivojlanmagan homiladorlik bo'lsa, medikamentoz moddalarni olib borishni afzal ko'rganlar uchun:

Tavsiya: mizoprostolni uzini emas, balki mifepriston bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi

Tavsiya etilgan rejim: mifepriston og'iz orqali 200 mg dozada, so'ngra mizoprostol har qanday qabul qilish yo'li bilan 800 mkg dozada (transbukkal, vaginal yoki sublingval).

Muqobil rejim: mizoprostol har qanday qabul qilish yo'li bilan 800 mkg dozada (transbukkal, vaginal yoki sublingval). Agar birinchi dozaga javob bo'lmasa, boshqa takroriy dozani kiritish mumkin, lekin birinchi dozadan keyin 3 soatdan kechiktirmasdan va 7 kundan kechiktirmasdan (optimal-48 soatdan keyin)

Mizoprostol qabul qilinganidan keyin 24 soat ichida isitmani keltirib chiqarishi mumkin, bu infeksiya belgisi sifatida talqin qilinmasligi kerak.

Og'ir qisqarish va qon ketish odatda mizoprostol yuborilgandan keyin ikki-olti soat ichida sodir bo'ladi

Izohlar:

- Rivojlanmagan homiladorlikni boshqarish usuli (homilador, tibbiy yoki jarrohlik) to'g'risidagi qaror ayolning klinik holatiga va uning davolanish afzalliklariga asoslanishi kerak.
- Bemorga embrion to'qimalarining kengayishining uzoqroq jarayoni va bachadonning to'liq bo'shatilmasligi xavfi ortishi haqida ma'lumot berilsa, kutish va ko'rishni boshqarish variantini taklif qilish mumkin.
- Embrion to'qimalarni boshqa biologik materiallar singari davolash kerak, agar ayol ularni boshqa yo'l bilan yo'q qilish istagini bildirmasa.

** Mifepriston va misoprostolni qabul qilish o'rtasidagi tavsiya etilgan minimal interval 24 soat bo'lishi kerak.*

Tibbiy aralashuvga xabardor qilingan ixtiyoriy rozilik

Tibbiy aralashuv – tibbiy mutaxassis tomonidan bemorning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta'sir ko'rsatadigan va profilaktika, tadqiqot, diagnostika, terapevtik, reabilitasiya yo'nalishi, tibbiy ko'riklar turlari va (yoki) tibbiy manipulyasiyalarga ega bo'lgan bemorga nisbatan amalga oshiriladi.

1. Men, _____ (bnmorning F.I.Sh.)
 " ____ " _____ y. tug'ilgan sana, ro'yxatdan o'tgan joyi

_____, Men
 beraman

(bemorning yoki uning qonuniy vakilining yashash joyi (turar joyi) manzili)

kelgusi tibbiy aralashuv uchun xabardor qilingan rozilik _____

(tibbiy muassasaning nomi)

2. Men uchun qulay bo'lgan shaklda, yaqinlashib kelayotgan tibbiy aralashuvlarning mumkin bo'lgan usullari va variantlari, ularning oqibatlari, bo'lajak tekshiruvning zarurati, maqsadi va kutilayotgan natijalari, diagnostika va/yoki davolash, shu jumladan asoratlar ehtimoli, shuningdek tibbiy aralashuvni rad etish oqibatlari menga tushuntiriladi.

3. Menga tibbiy aralashuvning natijasi va natijasini aniq bashorat qilish mumkin emasligi haqida xabarDorman. Men har qanday davolanish yoki jarrohlik hayot uchun xavf tug'dirishini va vaqtinchalik yoki doimiy, qisman yoki to'liq nogironlikka olib kelishi mumkinligini tushunaman. Tibbiy aralashuv natijalari bo'yicha hech qanday kafolatlar berilmaydi.

4. Men diagnostika, terapevtik va tibbiy aralashuvlarning boshqa variantlari jarayonida kutilmagan favqulodda vaziyatlar va asoratlar paydo bo'lishi mumkinligini tushunaman, bunda men zarur favqulodda harakatlarga (takroriy operatsiyalar yoki proseduralar) rozi bo'lolmayman. Bunday vaziyatlarda tibbiy aralashuv kursi shifokorlar tomonidan o'z xohishiga ko'ra o'zgartirilishi mumkin.

5. Bilaman, yaqinlashib kelayotgan tibbiy aralashuvning samaradorligini oshirish uchun men sog'ligim, irsiyatim bilan bog'liq barcha muammolar, shu jumladan allergik namoyishlar, dori-darmonlar va oziq-ovqatlarga individual kabul kilolmaslik, shuningdek tamaki chekish, alkohol haqida shifokorga xabar berishga majburman., giyohvandlik yoki toksik dorilar.

6. Men operatsiya paytida qon yo'qotish mumkinligini tushunaman va men ixtiyoriy rozilik beradigan donorlik qonini yoki uning tarkibiy qismlarini quyish kerak bo'lishi mumkin. Men davolovchi shifokordan qon quyish maqsadi yoki uning tarkibiy qismlari, qon quyish zarurati, proseduraning tabiati va xususiyatlari, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan oqibatlar haqida tushuntirishlar oldim, agar men barcha zarur terapevtik tadbirlarni o'tkazishga rozi bo'lsam, menga qon quyish va uning tarkibiy qismlari rad etilgan taqdirda kasallikning ehtimoliy yakuni haqida xabar berildi.

7. Men terapevtik va diagnostika jarayonimni har qanday texnik vositalardan foydalangan holda har qanday axborot vositalariga yozib olishga, shuningdek diagnostika va terapevtik maqsadlarda, shu jumladan hujayralar, to'qimalar va biologik suyuqliklar uchun mendan biologik materiallardan namunalar olishga rozilik bildiraman.

8. Menga tibbiy yordam ko'rsatishda profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitasiyaning bir yoki bir nechta usullaridan voz kechish yoki uni (ularni) tugatishni talab qilish huquqiga ega ekanligim tushuntirildi va bunday rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlari ham menga tushuntirildi.

9. Men sizga faqat mening kasalligim, prognozim va davolanishim haqida ma'lumot berishga ruxsat beraman:

(ishonchli shaxslar)

11. Men ushbu hujjatning barcha punktlari tanishib chiqdim, ular menga tushunarli quyidagi imzo bilan tasdiqlangan.

Imzo

Sana