

O‘zbekiston Respublikasi  
Sog‘liqni saqlash vazirligining  
2025 yil “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_dagi  
“\_\_\_\_\_”-sonli buyrug‘iga  
\_\_\_-ILOVA

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH  
VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN ONA VA BOLA  
SALOMATLIGI ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“KO‘P HOMILALIKK HOMILADORLIK”  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

"TASDIQLAYMAN"  
O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vaziri  
A.A. Xudayarov

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2025 yil

**“KO‘P HOMILALIKK HOMILADORLIK”  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

«KELISHILGAN»  
RIOvaBSIATM direktori  
N.S. Nadirxanov

"



**“KO‘P HOMILALIKK HOMILADORLIK”  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT 2025**

## **Mundarija**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Kirish qismi .....              | 5  |
| Asosiy qism .....               | 9  |
| Foydalanilgan adabiyotlar ..... | 30 |
| Ilovalar .....                  | 36 |

## 1. Kirish qismi

### KXT-10 bo'yicha kodlanishi;

|   |   |
|---|---|
| <b>O30</b>  | Ko'p homiladorlik   |
| <b>O30.0</b>  | Ikki egizaklar bilan homiladorlik   |
| <b>O30.1</b>  | Uch egizak bilan homiladorlik   |
| <b>O30.2</b>  | To'rt homila bilan homiladorlik   |
| <b>O30.8</b>  | Ko'p homiladorlikning boshqa shakllari  |
| <b>O30.9</b>  | Ko'p homiladorlik, aniqlanmagan   |
| <b>O31</b>  | Ko'p homiladorlikka xos bo'lgan asoratlar   |
| <b>O31.0</b>  | "Qog'ozli homila"   |
| <b>O31.1</b>  | Bir yoki undan ortiq homila abortidan keyin davom etayotgan homiladorlik  |
| <b>O31.2</b>  | Bir yoki bir nechta homilaning intrauterin o'limidan keyin homiladorlikning davom etishi  |
| <b>O31.8</b>  | Ko'p homiladorlikka xos bo'lgan boshqa asoratlar  |
| <b>O32.5</b>  | Onaga tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladigan bir yoki bir nechta homilaning noto'g'ri taqdimoti bilan ko'p homiladorlik         |
| <b>O33.7</b>  | Onaga tibbiy yordam ko'rsatishni talab qiladigan nomutanosiblikka olib keladigan boshqa homila anomaliyalari (birlashgan egizaklar) |
| <b>O43.0</b>  | Platsentali transfuziya sindromlari   |
| <b>O63.2</b>  | Egizak, uch va shu kabilardan ikkinchi homila tug'ilishining kechikishi   |
| <b>O84</b>  | Ko'p homilalik tug'ruq  |
| <b>O84.0</b>  | Ko'p homilalik, to'liq o'z-o'zidan tug'ruq  |
| <b>O84.1</b>  | Ko'p homilalik tug'ruqlar, to'liq qisqich va vakuum-ekstraktor qo'llanilgan holda   |
| <b>O84.2</b>  | Ko'p homilalik tug'ruq, to'liq kesar kesish yo'li bilan   |
| <b>O84.8</b>  | Ko'p homilalik tug'ruqdagi boshqa tug'dirish usullari bilan   |
| <b>O84.9</b>  | Ko'p homilalik, aniqlanmagan tug'ruqlar   |
| Havola: <a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=14494">https://mkb-10.com/index.php?pid=14494</a> |   |

### KXT-11 bo'yicha kodlanishi:

|               |  |
|---------------|--|
| <b>JA80</b>   | Ko'p homiladorlikda onaga tibbiy yordam  |
| <b>JA80.0</b> | Egizaklar bilan homiladorlik   |
| <b>JA80.1</b> | Uch egizak bilan homiladorlik  |
| <b>JA80.2</b> | To'rt homila bilan homiladorlik  |
| <b>JA80.Y</b> | Boshqa aniqlangan ko'p homiladorlikda onaga tibbiy yordam  |
| <b>JA80.Z</b> | Aniqlanmagan ko'p homiladorlikda onaga tibbiy yordam   |
| <b>JA81</b>   | Ko'p homiladorlikka xos bo'lgan asoratlar bilan bog'liq holda onalarga tibbiy yordam                   |
| <b>JA81.0</b> | Mumiyalangan homila  |
| <b>JA81.1</b> | Bir yoki bir nechta homilaning tushishidan keyin davom etayotgan homiladorlik                          |
| <b>JA81.2</b> | Bir yoki bir nechta homilaning intrauterin o'limidan keyin homiladorlikning davom etishi               |
| <b>JA81.3</b> | Bir yoki bir nechta homilaning tushishi yoki intrauterin o'limidan keyin homiladorlikning tugashi      |
| <b>JA81.Y</b> | Ko'p homiladorlik uchun xos bo'lgan asoratlar bilan bog'liq holda onaga boshqa tibbiy yordam           |
| <b>JA81.Z</b> | Ko'p homiladorlik uchun xos bo'lgan asoratlar bilan bog'liq holda onaning tibbiy yordami, aniqlanmagan |
| <b>JA82.5</b> | Bir yoki bir nechta homilaning noto'g'ri taqdimoti bilan ko'p homilador bo'lgan onalarga tibbiy yordam |
| <b>JA8A.0</b> | Platsental qon quyish sindromlari  |
| <b>KA02.4</b> | Platsenta qon quyish sindromi tufayli homila yoki yangi tug'ilgan chaqaloqning shikastlanishi          |
| <b>JB03.2</b> | Ko'p tug'ilishda ikkinchi homila yoki undan keyingi homilaning kechikishi                              |
| <b>JB24</b>   | Ko'p homilalik tug'ruq   |

|   |   |
|---|---|
| <b>JB24.0</b>   | Ko'p homilador homiladorlikda o'z-o'zidan tug'ish   |
| <b>JB24.1</b>   | Barcha mevalar uchun akusher qisqichqalari yoki vakuum-ekstraksiyadan foydalangan holda Ko'p homilalik tug'ruqlar |
| <b>JB24.2</b>   | Kesar kesish yo'li bilan Ko'p homilalik tug'ruq   |
| <b>JB24.3</b>   | Kesar kesish va boshqa tug'ruq usullarini qo'llagan holda Ko'p homilalik tug'ish                                  |
| <b>JB24.Y</b>   | Boshqa aniqlangan Ko'p homilalik tug'ruq  |
| <b>JB24.Z</b>   | Ko'p homilalik tug'ruq, aniqlanmagan  |
| Havola: <a href="https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru">https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru</a> |   |

**Klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi:** 2025-yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2030-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishiga qarab. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

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

#### Ishchi guruh rahbarlari:

| № | F.I.Sh.          | Lavozimi   | Ish joyi       |
|---|------------------|--|----------------|
| 1 | Nadirxanova N.S. | RIOvaBSIATM DM direktori, t.f.d.   | RIOvaBSIATM DM |
| 2 | Abdullayeva L.M. | O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor. | TTA            |

#### Tuzuvchilar ro'yxati:

| №  | F.I.Sh.           | Lavozimi                             | Ish joyi       |
|----|-------------------|--------------------------------------|----------------|
| 2  | Nishanova F.P.    | akusher-ginekolog, t.f.n.            | RIOvaBSIATM DM |
| 3  | Mikirtichev K.D.  | akusher-ginekolog, t.f.n.            | RIOvaBSIATM DM |
| 4  | Ilyasov A.B.      | akusher-ginekolog, t.f.n.            | RIOvaBSIATM DM |
| 5  | Paxomova J.E.     | akusher-ginekolog, t.f.d., professor | TTA            |
| 6  | Najmutdinova D.K. | akusher-ginekolog, t.f.d., professor | TTA            |
| 7  | Abduraimov T.F.   | akusher-ginekolog                    | RIOvaBSIATM DM |
| 8  | Nurova A.A.       | akusher-ginekolog                    | RIOvaBSIATM DM |
| 9  | Shodiyeva X.T.    | akusher-ginekolog, t.f.n.            | TTA            |
| 10 | Davronova Yu.A.   | akusher-ginekolog                    | RIOvaBSIATM DM |
| 11 | Shermatova S.E.   | akusher-ginekolog, t.f.n.            | RIOvaBSIATM DM |
| 12 | Shukurova M.R.    | akusher-ginekolog                    | RIOvaBSIATM DM |
| 13 | Radjabova Z.A.    | akusher-ginekolog, t.f.n.            | TXKMOM         |

#### Retsenzentlar:

| № | F.I.Sh.           | Lavozimi                                       | Ish joyi                     |
|---|-------------------|--|------------------------------|
| 1 | Yusupov U.Yu.     | Ginekologiya bo'limining ilmiy rahbari, t.f.d. | RIOvaBSIATM DM               |
| 2 | Babadjanova Sh.D. | 1-akusherlik bo'limi mudiri, t.f.d.            | Respublika perinatal markazi |

Klinik protokol OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBSIATM filiallari direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat tug‘ruqqa ko‘maklashish muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va **2025 yil 7 fevral 1-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi**. Ishchi guruh rahbarlari Nadirxanova N.S., RIOvaBSIATM DM direktori.

Klinik protokol RIOvaBSIATM Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va **2025 yil 11 fevraldagi 2-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi**.

Ilmiy kengash raisi - t.f.d., professor Asatova M.M.

#### Tashqi ekspert bahosi:

| № | F.I.Sh.       | Lavozimi   | Ish joyi  |
|---|---------------|--|---|
| 1 | Tinatin Gagua | akusher-ginekolog, JSST eksperti, tibbiyot fanlari doktori | D. Tvildiani tibbiyot universiteti (Tbilisi, Gruzija) |

#### Qisqartmalar ro‘yxati:

|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>ACOG</b>           | American college of obstetrician and Gynecologists          |
| <b>NICE</b>           | National Institute for Health and Care Excellence           |
| <b>PI</b>             | pulsatsiya indeksi  |
| <b>RCOG</b>           | Royal College of Obstetricians and Gynaecologists           |
| <b>AI</b>             | amniotik indeks   |
| <b>YoRT</b>           | yordamchi reproduktivnyye texnologii                        |
| <b>DNK</b>            | dezoksiribonuklein kislotasi                                |
| <b>DXDE</b>           | dixorial diamniotik egizak                                  |
| <b>DXDAUE</b>         | dixorial diamniotik uch egizak                              |
| <b>DXTAUE</b>         | dixorial triamniotik uch egizak                             |
| <b>HO‘K</b>           | homila o‘shining kechikishi                                 |
| <b>O‘SV</b>           | o‘pkaning sun‘iy ventilyatsiyasi                            |
| <b>ODQO</b>           | oxirgi diastolik qon oqimi                                  |
| <b>KTG</b>            | kardiotokografiya   |
| <b>KPO‘</b>           | koksikulyar-pariyetal o‘lcham                               |
| <b>MVCh</b>           | maksimal vertikal cho‘ntak                                  |
| <b>KXT-10</b>         | kasalliklarining xalqaro tasnifi- 10                        |
| <b>KXT-11</b>         | kasalliklarining xalqaro tasnifi- 11                        |
| <b>MChK</b>           | medianadan chetlanish ko‘paytuvchisi                        |
| <b>O‘MA<br/>MSQOT</b> | o‘rta miya arteriyasida maksimal sistolik qon oqimi tezligi |
| <b>MXDAE</b>          | monoxorial diamniotik egizak                                |
| <b>MXDAUE</b>         | monoxorial diamniotik uch egizak                            |
| <b>MXMAE</b>          | monoxorial monoamniotik egizak                              |
| <b>MXMAUE</b>         | monoxorial monoamniotik uch egizak                          |
| <b>MXTAUE</b>         | monoxorial triamniotik uch egizak                           |
| <b>NIPS</b>           | noinvaziv prenatal skrining                                 |
| <b>HTV</b>            | homilaning taxminiy vazni                                   |
| <b>RARR-A</b>         | homiladorlik bilan bog‘liq plazma oqsili A                  |
| <b>RDS</b>            | respirator distress-sindromi                                |
| <b>RAGJ</b>           | Rossiya akusherlik va ginekologlar jamiyati                 |

|               |   |
|---------------|---|
| <b>APS</b>    | anemiya-politsitemiya sindromi                    |
| <b>O'MA</b>   | o'rta miya arteriyasi                             |
| <b>TAPS</b>   | teskari arterial perfuziya sindromi               |
| <b>HO'SKS</b> | homila o'sishining selektiv kechikishi sindromi   |
| <b>YoBQ</b>   | yoqa bo'shlig'ining qalinligi                     |
| <b>TXTAUE</b> | trixorial triamniotik uch egizak                  |
| <b>UTT</b>    | Ultratovush tekshiruvi                            |
| <b>AFLK</b>   | anastomozlarning fetoskopik lazer koagulyatsiyasi |
| <b>FFTS</b>   | feto-fetal transfuziya sindromi                   |
| <b>XG</b>     | xorionik gonadotropin                             |
| <b>RDX</b>    | rangli Dopler xaritasi                            |
| <b>YuUCh</b>  | yurak urishi chastotasi                           |
| <b>EKU</b>    | Ekstrakorporal urug'lantirish                     |

**Protokolning maqsadi:** ko'p homiladorlikning asoratlarini o'z vaqtida aniqlash va tuzatish, optimal davr va tug'ish usulini tanlash orqali perinatal natijalarni yaxshilash uchun tibbiyot xodimlariga Ko'p homilalik homilador ayollarni boshqarish bo'yicha ilmiy asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalar berish, shuningdek, perinatal yo'naltirilgan akusherlik tamoyillariga rioya qilish asosida ushbu guruh ayollarida jarrohlik tug'ilish chastotasini kamaytirish uchun zaxira imkoniyatini ta'minlash.

**Bemor toifalari:** homilador ayollar va egizak yoki uch egizak bilan tug'ruqdagi ayollar.

**Klinik protokol foydalanuvchilari:** akusher-ginekolog shifokorlar, anesteziolog-reanimatologlar, laborantlar, klinik farmakologlar, neonatologlar, sog'liqni saqlash tizimi tashkilotchilari, akusherlar, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari, tug'ruqdagi ayollar, ularning oila a'zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

#### **Protokol tavsiyalariga rioya qilish:**

Klinik protokolda ishlab chiqilayotgan paytda amalda bo'lgan dalillarga muvofiq umumiy tavsiyalar taqdim etilgan.

Amaliy faoliyatda mazkur protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risida qaror qabul qilinayotgan bo'lsa, u holda shifokor-klinitsistlar bemorning kasallik tarixida quyidagi ma'lumotlarni hujjatlashtirishlari kerak bo'ladi:

- kim tomonidan qaror qabul qilingani;
- bayonnomaning tavsiyalaridan chetga chiqish to'g'risidagi qarorning batafsil asosi;
- bemorni olib borish bo'yicha qanday tavsiyalar qabul qilingani to'g'risida.

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha bo'limlarini qamrab olmaydi. Shifokorlar konfidentsial muloqot olib borish tamoyiliga rioya qilgan holda, bemorning ehtiyojlarini inobatga olib, ular bilan individual olib borish taktikasini muhokama qilishlari kerak. Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarurat bo'lganda, tarjimon xizmatlaridan foydalanish.
- Bemorga maslahat berish va olib borish taktikasi yoki aniq bir muolajani o'tkazish uchun rozilikni olish.
- Qonun talablari doirasida va professional Etika standartlariga rioya qilgan holda yordam ko'rsatish.
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarishlash taktikasini hujjatlashtirish.

**Profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolash va rehabilitatsiya tadbirlari) bo'yicha tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi:**

|            |                  |
|------------|------------------|
| <b>TID</b> | <b>Dekodlash</b> |
|------------|------------------|



|          |  |
|----------|--|
| <b>A</b> | 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>B</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)        |
| <b>C</b> | 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. Ta'rif

**Ko‘p homilalik homiladorlik** – bu ayolning tanasida ikki yoki undan ortiq homila rivojlanadigan homiladorlik. Ikki yoki undan ortiq bolaning tug‘ilishi ko‘p tug‘ilish deb ataladi.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Multiple Birth Delivery - StatPearls - NCBI Bookshelf](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### 2.2. Epidemiologiya.

- So‘nggi o‘n yilliklarda ko‘p tug‘ilish chastotasi sezilarli darajada oshdi va dunyo mintaqasiga, aholining ustunlik qiluvchi irqiga, yordamchi reproduktiv texnologiyalar (YoRT) usullarining tarqalishiga va YoRT sikllarida embrionlar miqdorini tartibga solishga qarab har 1000 tug‘ilishda 3 tadan 40 tagacha o‘zgarib turadi.
- Ko‘p homilalik homiladorlik bir homilali homiladorlikning deyarli barcha mumkin bo‘lgan asoratlari bilan bog‘liq, homiladorlik va makrosomiya bundan mustasno. Eng jiddiy xavf erta tug‘ilishdir, bu egizaklardagi perinatal o‘lim, neonatal kasallanish va uzoq muddatli asoratlar ko‘payishining asosiy sababidir. Bachadon ichidagi o‘shni kechiktirish va tug‘ma anomaliyalarning ko‘payishi ham egizaklarning tug‘ilishida noqulay oqibatlariga olib keladi.
- Ko‘p homilalik homiladorlik bilan perinatal xavflar bitta homilali homiladorlikka qaraganda ancha yuqori. Shu munosabat bilan ko‘p homiladorlik va tug‘ish murakkab homiladorlik deb tasniflanadi. Ko‘p homiladorlik davrida onalar o‘limi 2,5 baravar yuqori, perinatal yo‘qotishlar – bir homiladorlik davridagidan 9–11 baravar yuqori.
- Uch egizakli homiladorligi 7000 - 10 000 tug‘ilishda 1 ta, to‘rtta egizakli homiladorlik 700 000 tug‘ilishda 1 tadan paydo bo‘ladi.
- Monoamniotik yegizaklar kam uchraydi - har 10000 homiladorlikka 1 ta. Bo‘linmagan egizaklar (siam egizaklari) faqat MXMA egizaklariga xosdir, uchrashish chastotasi 200 MXMAEga 1 (50000 homiladorlikka 1) ni tashkil qiladi. Dizigot egizaklarining chastotasi barcha Ko‘p homilalik homiladorlikning 70% ga yetadi, uning ehtimolligi irsiyatga, yoshga va paritetga, YoRTdan foydalanishga, YoRT sikllarida o‘tkaziladigan embrionlar soniga bog‘liq. Dizigot egizaklar bitta (75% hollarda) yoki turli jinsdagi bo‘lishi mumkin.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Multiple Birth Delivery - StatPearls - NCBI Bookshelf](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

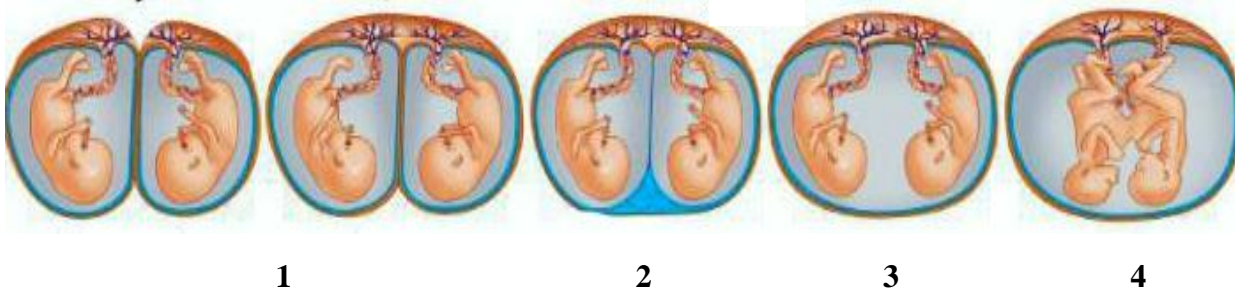
[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### 2.3. Klassifikatsiya

Ko‘p homiladorlikdagi homila soniga qarab egizak, uch egizak, to‘rt egizak va hokazo bo‘lishi mumkin.

Platsenta va amniotik bo‘shliqlar soniga qarab, quyidagi turdagi egizak va uchegizaqlar mavjud:

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| Monoxorik monoamniotik egizaklar     | Homilalar bitta umumiy platsenta va ikkita umumiy amniotik bo'shliqqa ega   |
| Monoxorik diamniotik egizaklar       | Homilalar bitta umumiy platsentaga ega, ammo alohida amniotik bo'shliqlar mavjud  |
| Dixorik diamniotik egizaklar         | Homilalarda alohida platsentalar va alohida amniotik bo'shliqlar mavjud.  |
| Trixorial triamniotik uch egizaklar  | Har bir homilada alohida platsenta va alohida amniotik bo'shliq mavjud.   |
| Dixorik triamniotik uch egizaklar    | Bir homilada alohida platsenta, qolgan ikkitasida umumiy platsenta mavjud. Har bir homilada alohida amniotik bo'shliq mavjud.                       |
| Dixorik diamniotik uch egizaklar     | Bir homila alohida platsenta va alohida amniotik bo'shliqqa ega, qolgan ikkitasida bitta umumiy platsenta va bitta umumiy amniotik bo'shliq mavjud. |
| Monoxorik triamniotik uch egizaklar  | Barcha 3 homilaning bitta umumiy platsentasi, lekin alohida amniotik bo'shliqlari mavjud.   |
| Monoxorik diamniotik uch egizaklar   | Barcha 3 homilada bitta umumiy platsenta, bitta homilada alohida amniotik bo'shliq, ikkita homilada bitta umumiy amniotik bo'shliq mavjud.          |
| Monoxorik monoamniotik uch egizaklar | Barcha 3 homilada bitta umumiy platsenta va bitta umumiy amniotik bo'shliq mavjud.  |



- 1 – dixorial diamniotik egizaklar  
2 – monoxorial diamniotik egizaklar  
3 – monoxorial monoamniotik egizaklar  
4 – monoxorial monoamniotik egizaklar – birlashgan «Siam» egizaklari

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### **Tashxisni shakllantirish printsiplari.**

Ko'p homilalik homiladorlik tashxisini shakllantirish KXT-10/11 kabi xalqaro tasniflarga asoslanadi va uning asosiy xususiyatlarini aks ettirishi kerak:

1. Homiladorlik davri (haftalarda).
2. Homila soni (egizaklar, uch egizak va hokazo.).
3. Ko'p homiladorlik turi: dixorik diamniotik, monoxorik diamniotik, monoxorik monoamniotik va boshqalar, tasnifga ko'ra.
4. Asoratlar (agar mavjud bo'lsa): homila qon quyish sindromi, homilalardan birining o'sishining kechikishi va boshqalar.

**Tashxisga misol:**

"28 haftalik ko'p homiladorlik. Dixorik diamniotik egizaklar. Erta qisqarish bilan murakkablashgan".

## 2.4. Diagnostika

Ko'p homiladorlik tos a'zolari va homilalarni ultratovush tekshiruvi (UTT) paytida bachadon bo'shlig'ida ikki yoki undan ortiq hayotiy embrion/homilalarni (embrion/homilalarning yurak urishi aniqlanadi) ko'rish orqali tashxis qilinadi.

### Anamnez

Shikoyatlarni baholash va anamnezni yig'ish milliy klinik protokolga muvofiq amalga oshiriladi «Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish» (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024 yil 14 iyundagi №195-son buyrug'i).

### Xavf omillari:

- Yordamchi reproduktiv texnologiyalardan foydalanish
- tuxumdonning stimulyatsiyasi uchun dorilarni qo'llash
- Aholining ijtimoiy-demografik xususiyatlari
- 35 yoshdan katta;
- irsiyat;
- Ko'p homilalik homiladorlikning oilaviy tarixi.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### Jismoniy tekshiruv

Jismoniy tekshiruv orqali aniqlanishi mumkin bo'lgan ko'p homiladorlikning o'ziga xos belgilari yo'q.

Tekshiruv "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokoli bo'yicha o'tkaziladi.

**B**

Ko'p homilalik homilador bemorlarga homiladorlik va tug'ish muddatini aniqlash uchun, agar kontsepsiya sanasi noma'lum bo'lsa (masalan, EKU natijasida homilador bo'lgan homiladorlikda embriionni ko'chirishda homiladorlikning 1-trimestridagi homilalarning ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra koksikulyar-pariyetal o'lchami (KPO')dan foydalanish tavsiya etiladi.

Agar egizaklar homiladorlik yoshini baholash uchun ishlatiladigan biometrik o'lchovlarda nomuvofiqlikka ega bo'lsa, kattaroq homilaning o'lchovlari asosida taxminiy tug'ilish sanasini aniqlash odatiy holdir.

Ultratovush ma'lumotlariga ko'ra homiladorlik davrini aniqlash uchun KPO' embrionlarining eng kattasidan foydalanish kerak, bu esa homilalardan birining rivojlanish xususiyatlari tufayli xatolardan qochish imkonini beradi.

**B**

Homiladorlikning keyingi bosqichida (KPO' > 84 mm bilan) homila ultratovush tekshiruvi bo'yicha homiladorlik va tug'ish davomiyligini aniqlash uchun homila bosh atrofi indeksidan foydalanish tavsiya etiladi.

1-trimestrda ultratovush ma'lumotlari bo'lmasa, homiladorlikning davomiyligini aniqlash uchun homiladorlikning 18-21 xaftaligida 2-ultratovushda katta homilaning fetometriya ma'lumotlaridan foydalanish kerak.

**C** YoRT natijasida Ko'p homilalik homilador ayollarda homiladorlikning davomiyligini aniqlash uchun embrionlarni intrauterin yuborish sanasi va yetishtirish muddatini hisobga olish tavsiya etiladi.

YoRT natijasida homiladorlik paydo bo'lganda tug'ish muddatini hisoblash embrionlarni ko'chirish sanasi bo'yicha amalga oshirilishi kerak (ko'chirish sanasi «plyus» 266 kun (38 hafta) «minus» embrionni ko'paytirish muddatiga teng kunlar soni).

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### Laboratoriya diagnostik tadqiqotlari

Laboratoriya tekshiruvi milliy klinik protokolga muvofiq amalga oshiriladi «Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish» (O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 14-iyundagi №195-son buyrug'i).

[КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ](#)

### Instrumental diagnostik tadqiqotlar

2 yoki undan ortiq embrionni vizualizatsiya qilish bilan ultratovush natijalarini olgandan so'ng ko'p homiladorlik tashxisi qo'yiladi. Ko'p homiladorlik holatida ultratovush diagnostikasi shifokori qo'shimcha ravishda xoriallik va amniolik turini (xorionlar va amniotik bo'shliqlar soni) aniqlaydi. Sariq qoplarning soni odatda amniotik bo'shliqlar soniga to'g'ri keladi.

Xorionallik va amnioliklik 7 haftadan keyin birinchi trimestrda (sezuvchanlik  $\geq 98\%$ , o'ziga xoslik) yoki ikkinchi trimestrning boshida (sezuvchanlik  $\geq 90\%$ ) ultratovush yordamida eng aniq aniqlanadi.

Uchinchi trimestrda, ayniqsa oligogidramnion sharoitida xoriallik va amnioliklikni ultratovush bilan baholash murakkabroq va kamroq aniq bo'ladi.

Xorionallik va amnioliklik quyidagi usullar bilan aniqlanadi:

- Ikkita alohida platsentani aniqlash dixorial egizaklarning ishonchli ko'rsatkichidir.
- Monoxorial/monoamniotik egizaklar: o'zaro bog'langan kindiklarni vizuallashtirish (qarama-qarshi kindik ilgaklarida yurak qisqarishining ikki xil chastotasi bo'lgan M-rejim) monoamniotik egizaklarga tashxis qo'yadi.
- Dixorial/diamniotik egizaklar: amniotalararo membrana «ikki pik» yoki «lambda ( $\lambda$ )» belgisi bilan dizigot egizaklarni ko'rsatadi. Bu belgi to'qimaning uch burchakli proyektziyasiga tegishli bo'lib, u amniotalararo membrana qatlamlari orasidan o'sib chiqqan dizigot platsentadan chiqib turadi.
- Monoxorial/diamniotik egizaklar: «T» belgisi bo'lgan amniotalararo membrana monoxorial/diamniotik platsentani ko'rsatadi. Bu nozik amniotik membrananing tashqi ko'rinishiga tegishli bo'lib, u platsentadan  $90^\circ$  burchak ostida chetga chiqqanda ikki amniondan iborat bo'ladi.

**C** Ko'p homilalik homilador ayollarni 11<sup>0</sup>-13<sup>6</sup> haftalik homiladorlik paytida ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi:

- homiladorlik davrining ta'riflari
- homila anatomiyasi va horiallik turini baholash
- xromosoma anomaliyalari, malformatsiyalarni aniqlash
- homila o'sishining kechikishi, erta tug'ilish, preeklampsiya xavfini baholash

**C** Agar 11-14 xaftada ultratovush tekshiruvida platsenta turini aniqlashning iloji bo'lmasa, homilador ayolni monoxorik egizaklar/uch egizaklar va perinatal asoratlar xavfi yuqori bo'lgan deb hisoblang, keyingi ultratovush tekshiruvida buning aksi isbotlanmaguncha

**C** Asoratlarni o‘z vaqtida tashxislash uchun monoxorial ko‘p homiladorlik bilan og‘rigan bemorni homiladorlikning 16-haftasidan boshlab har 2 haftada homila ultratovush tekshiruviga va uteroplatsental, homila-platsenta va homila qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi

Qon oqimining ultratovush dopplerografiyasida kindik arteriyasida, venoz kanalda, homila SMAda qon oqimi baholanadi. Kindik arteriyasida qon oqimini baholash eng axborotli hisoblanadi, buning uchun PI miqdori va oxirgi diastolik oqim egri chizig‘ining mavjudligi, yo‘qligi yoki teskari tomoni qo‘llaniladi.

**C** Asoratlarni o‘z vaqtida tashxis qo‘yish maqsadida di/trixorial ko‘p homilador bemorni homiladorlikning 16 haftasidan boshlab har 4 haftada homilaning ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etildi.

**C** Asoratlarni o‘z vaqtida tashxislash uchun Di/trixorial ko‘p homiladorlik bilan og‘rigan bemorni homiladorlikning 18<sup>0</sup>-20<sup>6</sup> haftaligida va homiladorlikning 3-trimestrida homiladorlikning 30-34 haftaligida homilaning ultratovush tekshiruviga paytida uteroplatsental, homila-platsenta va homila qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi

**C** Ko‘p homilalik homilador ayollarga asoratlarni o‘z vaqtida tashxislash uchun homiladorlikning 20 haftaligidan boshlab taxmin qilingan homila massasining (TQHM) kelishmovchiligini baholash tavsiya etiladi

**C** Agar imkoniyat mavjud bo‘lsa, Ko‘p homilalik bemorni homiladorlikning 28 haftasidan boshlab 2 haftada 1 marta, MXMA Ko‘p homilalik bemorni 3 kunda 1 marta kardiokografiyaga (KTG) yuborish tavsiya etiladi.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

### **Boshqa diagnostik tadqiqotlar**

**C** Monoxorial Ko‘p homilalik homilador ayollar uchun akusherlik asoratlarini o‘z vaqtida tashxislash uchun homiladorlikning 16 xaftaligidan boshlab har 2 haftada bir marta akusher-ginekologni qabul qilish (tekshirish, maslahat) tavsiya etiladi

**C** Di/trixorial ko‘p homiladorlik bilan homilador ayollar uchun akusherlik asoratlarini o‘z vaqtida tashxislash uchun akusher-ginekologni homiladorlikning 16-34 xaftaligida 4 haftada bir marta, so‘ngra 2 haftada bir marta qabul qilish (tekshirish, maslahat) tavsiya etiladi

**A** Uch va undan ortiq embrion homiladorligida embrionlarni 10-12 hafta muddatda reduksiya qilish masalasini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi

**C** Egizak va uch egizak bilan homilador ayollarni (homilaning koksikulyar-pariyetal o‘lchami 45 dan 84 mm gacha bo‘lganda) 11-13<sup>6</sup> hafta muddatida Daun sindromini tekshirish uchun yuboring.

Agar ayol homiladorlikning birinchi trimestrida Daun sindromi uchun skriningdan o‘tmagan bo‘lsa, uni ikkinchi trimestrda o‘tkazing. Agar Daun sindromining yuqori xavfi (1:150 chegarasi) aniqlansa, bemorni uchinchi darajali muassasalarda kuzatuv olib borish masalasini hal qiling.

**C** Ko‘p homilador ayollarni qon zardobidagi xorionik gonadotropin (erkin beta-subbirlik), alfa-Fetoprotein, kon'yugatsiyalanmagan estradiol (uch marta skrining) darajasini o‘rganishni o‘z

ichiga olgan 2-trimestrning muntazam biokimyoviy skriningiga yuborish, shuningdek, qondagi A ingibin darajasini o'rganish (to'rtinchi skrining)tavsiya etilmaydi.

2- trimestrdagi biokimyoviy skrining 1- trimestrdagi skrining natijalari bo'lmagan taqdirda belgilanishi mumkin.

**C** Homiladorlikning 10- haftagacha bo'lgan homilalaridan biri nobud bo'lganda, homilani ultratovush tekshiruvi va homiladorlik bilan bog'liq bo'lgan A (PAPP-A) plazma proteini va xorionik gonadotropin (erkin beta-subbirlik) darajasini tekshirish natijalari kombinatsiyasidan foydalanish tavsiya etiladi.

**C** Homiladorlikning 10- xaftaligidan keyin homiladan biri vafot etgan taqdirda, faqat YoBQ bahosi bilan homilaning ultratovush ma'lumotlaridan foydalanish tavsiya etiladi, chunki XG va PAPP-A -a darajalari tirik homilaning holatini ob'ektiv aks ettirmaydi.

**C** Xromosoma anomaliyalarini tashxislash uchun homila/homilalar aneuploidiyasi xavfi yuqori bo'lgan bemorni 1 va 2 trimestrdagi skrining ma'lumotlariga va/yoki NIPSGa ko'ra, 1 va 2 trimestrdagi ultratovush tekshiruvi bo'yicha homila/homilalar rivojlanishining anormalliklari aniqlangan bemorni tibbiy va genetik maslahat uchun yuborish tavsiya etiladi. Agar homila/homilalar malformatsiyasi xavfi yuqori bo'lsa, bemorga olingan materialni sitogenetik tekshirish (kariotiplash) bilan invaziv prenatal diagnostikadan (xorionik, platsenta biopsiyasi, amniotsentez) o'tish tavsiya etiladi. Invaziv prenatal tashxis qo'yilgan taqdirda, platsentatsiya turidan qat'i nazar, tadqiqotni ikkala homilada ham o'tkazish tavsiya etiladi.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[Klinik tavsiyalar \(Akusherlik\)](#)

## 2.5. Davolash

### Dori-darmonsiz davolash usullari

Ko'p homilador bo'lgan bemorlarda shikoyatlarni tuzatishning dori-darmonsiz usullari "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish"milliy klinik protokoliga muvofiq amalga oshiriladi.

[KLINIK PROTOKOLLAR](#)

### Tibbiy davolash usullari

Ko'p homilador bo'lgan bemorlarda shikoyatlarni tuzatishning dorivor usullari "Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish"milliy klinik protokoliga muvofiq amalga oshiriladi.

[KLINIK PROTOKOLLAR](#)

### Ko'p homilalikk bilan homilador ayollarni antenatal parvarish qilish

"Antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish" milliy klinik protokoliga muvofiq amalga oshiriladi, bunda:

1. Ayolning yashash joyiga imkon qadar yaqinroq parvarish tadbirlarini ta'minlash;
2. Egizak va uch egizaklar bilan homilador ayollarga umumiy amaliyot shifokorlari, akusher-ginekologlar, doyalar, ultratovush diagnostika shifokorlarini o'z ichiga olgan ko'p tarmoqli jamoa bilan g'amxo'rlik qilish (iloji bo'lsa, Ko'p homilalikk homilador ayollarni boshqarish bo'yicha bilim va tajribaga ega);
3. Zarurat bo'lganda, tug'ruqqa parvarishlashga psixologlarni jalb qiling;
4. Ko'p homilalik homilador ayollarni qo'shimcha psixologik qo'llab-quvvatlang va homiladorlikning o'ziga xos xususiyatlari va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar to'g'risida maksimal ma'lumot berib, shu jumladan erta tug'ilish belgilari (chunki yangi tug'ilgan chaqaloqning nafas olish buzilishlari kortikosteroidlari bilan o'z vaqtida profilaktika qilish talab etilishi mumkin), tug'ruq muddatlari va usullari bo'yicha maslahat berib;

5. Egizak va uch egizakli homilador ayollarga ularning xavotirlarini minimallashtirish uchun biron-bir tekshirish usullarining maqsadlari va mumkin bo'lgan natijalarini tushuntiring;
6. Bitta homiladorlik davridagi kabi turmush tarzi va ovqatlanish odatlarini tavsiya eting;
7. Ko'p homiladorlikda SORP prognozi uchun qorin palpatsiyasi va BTBni aniqlashdan foydalanmang.
8. Asoratlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli, Ko'p homilalik homilador ayollar xoriallik turiga qarab ko'proq antenatal tashriflarga muhtoj.

**A** Bemorda preeklampsiya xavfi bo'lgan omillar mavjud bo'lganda kechki vaqtda homiladorlikning 11-14<sup>6</sup> haftasidan 36 haftasiga qadar 150 mg/kunga aspirin og'iz orqali qabul qilish tavsiya etiladi.

**B** Erta tug'ruqning oldini olish maqsadida bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi (ultratovush servikometriyasi):

- erta tug'ilish tarixi bo'lmagan ayollarda: 18 dan 21 haftagacha bir marotaba,
- homiladorlikning 14-16 dan 24 xaftasiga qadar erta tug'ruq tarixi bo'lgan ayollarda, har ikki haftada bachadon bo'yni uzunligi 30 mm va undan ko'p bo'lsa yoki homiladorlikning 16-20 haftasida har hafta - bachadon bo'yni uzunligi 25-29 mm bo'lsa.

**A** Servikometriya bo'yicha asemptomatik bachadon bo'yni qisqarishi bo'lgan homilador ayollarga (bo'yin uzunligi 25 mm dan kam) 200 mg vaginal progesteron preparatlarini homiladorlikning 22-34 xaftaligida ham bitta, ham ko'p homiladorlik uchun buyurish tavsiya etiladi.

**A** Ko'p homilalik homilador bo'lgan bemorlarga bachadon bo'yni profilaktik tikuvi va akusherlik tushirish halqasini (pessariyni) muntazam kiritish tavsiya etilmaydi

**A** Transvaginal ultratovush ma'lumotlariga ko'ra bachadon bo'yni 15 mm dan kam qisqargan va/yoki servikal kanal 10 mm dan ortiq kengaygan taqdirda bachadon bo'yniga akusherlik tushiruvchi qo'llab-quvvatlovchi halqa (pessariyni), tikuv qo'yish imkoniyatini ko'rib chiqish tavsiya etildi.

**A** Agar ilgari amalga oshirilmagan bo'lsa, 34<sup>+6</sup> haftagacha sodir bo'lgan tug'ruqda homila RDS ning antenatal profilaktikasi tavsiya etiladi

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[KLINIK PROTOKOLLAR](#)

## 2.6. Tug'dirib olish

### Tug'ruq muddatlari

Homilador ayol bilan homiladorlikning 3 trimestri boshida tug'ruq muddati va usulini muhokama qilib oling.

Egizak va uch egizakli homilador ayollarga quyidagilar haqida ma'lumot bering:

- tug'ilgandan keyin chaqaloqlarni ixtisoslashtirilgan parvarish bo'limlariga o'tkazish ehtimolining yuqori bo'lishi;
- murakkab bo'lmagan monoxorial egizaklar bilan 36<sup>0</sup> haftadan boshlab va murakkab bo'lmagan bixorial egizaklar bilan 37<sup>0</sup> haftadan boshlab tug'ilish homila uchun jiddiy asoratlar va noqulay oqibatlar xavfini oshirmaydi.

**C** Asoratlanmagan homiladorlikda:

- monoxorial monoamniotik egizaklar bilan - 32-34 haftada

- monoxorial diamniotik egizaklar bilan- 36-37 haftada
- dixorial diamniotik egizaklar bilan- 37-39 haftada,
- uch egizaklar bilan - 35-36 haftada

tugʻruqlar tavsiya etiladi.

Asoratlanmagan egizak homiladorlikning 38<sup>6</sup> hafta davomida uzaytirilishi homilaning intrauterin oʻlimi xavfini oshiradi. Uch egizakli homilador ayollarda homiladorlikning 36 xaftaligidan keyin xavf ortadi.

Belgilangan muddat ichida elektiv tugʻruqdan bosh tortgan bemorlarga xavflar toʻgʻrisida maʼlumot berish, aralashuvni rad etish toʻgʻrisida xabarnomani rasmiylashtirish va UTT hamda homila holatini baholash uchun har hafta shifokorga tashrif buyurish tavsiya etiladi.

### Koʻp homilalik homiladorlikda tugʻdirish muddatlari.

| Xoriellik turi                                   | Tugʻruq muddatlari | Kortikosteroidlar bilan nafas olish kasalliklarining oldini olish |
|--|--------------------|---|
| Asoratlanmagan monoxorial monoamniotik egizaklik | 32-34 hafta        | Tavsiya etiladi   |
| Asoratlanmagan monoxorial diamniotik egizaklik   | 36-37 hafta        | Tavsiya etilmaydi   |
| Asoratlanmagan dixorial diamniotik egizaklik     | 37-39 hafta        | Tavsiya etilmaydi   |
| Asoratlanmagan uch egizaklik                     | 35-36 hafta        | Tavsiya etiladi   |

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

### Tugʻdirib olish usullari

Tugʻdirib olish usulini tanlash uchun quyidagilarni eʼtiborga olish tavsiya etiladi:

- \* homiladorlik muddati,
- \* perinatal xavf darajasi,
- \* homilalar soni,
- \* xoriellik va oʻziga xoslik,
- \* xomilaning joylashuv holati va taqdimoti,
- \* homilalarning taxminiy ogʻirliklari,
- \* akusherlik asoratlari,
- \* onaning ahvoli,
- \* bemorning ongli ixtiyoriy roziligining mavjudligi

Homiladorlikning 32 yoki undan koʻproq haftasida, birinchi homilaning boshi bilan taqdimotida bemorga vaginal tugʻilish ona va yangi tugʻilgan chaqaloqlar uchun asoratlarni oshirish xavfi bilan bogʻliq emasligini maʼlum qilish tavsiya etiladi

Homiladorlikning asoratlanmagan davrida, homiladorlikning 32-38 xaftaligidan birinchi homilaning bosh koʻrinishi bilan egizak vaginal tugʻilish perinatal asoratlarni xavfini oshirmaydi. 32 hafta va undan koʻproq vaqt davomida vaginal tugʻilishni rejalashtirishda ularning tabiiy tugʻilish yoʻllari orqali tugash chastotasi 65-75 foizni tashkil etadi.

Vaginal egizak tugʻilish yuqori xavfli tugʻilishdir va bemor bu haqda xabardor boʻlishi kerak.

### Koʻp homiladorlik paytida kesar kesish uchun koʻrsatmalar:

1. Monoxorial monoamniotik egizak (ikkinchi homila uchun halokatli boʻlishi mumkin boʻlgan oʻtkir intranatal transfuziyaning yuqori xavfini hisobga olgan holda)
- 2.

Asoratlanmagan monoxorial monoamniotik egizak uchun homiladorlikning 32<sup>0</sup>-33<sup>6</sup> xaftalari oraligʻida (ikkinchi homila uchun oʻlimga olib kelishi mumkin boʻlgan oʻtkir intranatal



transfuziyaning yuqori xavfini hisobga olgan holda) selektiv KK tavsiya etiladi. Bu bolalar odatda neonatal bo‘limga yotqizilishi kerak, chunki ularda nafas olish kasalliklari xavfi ortadi.

**C** Kesar kesishni asoratlanmagan MHDA egizaklari bo‘lgan ayollarni tug‘dirish uchun tanlov usuli sifatida ko‘rib chiqish tavsiya etilmaydi.

2. Birinchi homilaning tos suyagi ko‘rinishi (ikkinchi homilaning holati va ko‘rinishidan qat’i nazar). Xususan, birinchi homilaning tos suyagi va ikkinchi homilaning boshi bilan homila okklyuziyasi/yopishishi xavfi yuqori.
3. Katta egizak homilalar
4. Uch va undan ortiq egizak homilalar
5. Ikkinchi homilaning ko‘ndalang holati\* - vaziyatga qarab qaror (katta homila, malakali xodimlar, akusherlik va ginekologik tarix va boshqalar). 1-homilaning bosh taqdimoti va 2-homilaning boshsiz taqdimoti bilan (tos bo‘shlig‘i/ko‘ndalang/qiyshiq) yoki 2-homilaning holatini aniqlash mumkin bo‘lmaganda) va og‘irlashtiruvchi omillar bo‘lmagan taqdirda, vaginal tug‘ilish afzalroqdir, chunki 1-homila tug‘ilgandan keyin o‘z-o‘zini aylantirish mumkin – homila (ko‘ndalang / qiyshiq holatda bo‘lgan homila uzunlamasina holatga o‘tishi mumkin).
6. Ko‘p homiladorlik bilan bog‘liq bo‘lmagan akusherlik va akusherlik bo‘lmagan ko‘rsatkichlar.

Kesar kesishni qo‘llash faqat ikkinchi homila tug‘dirilishida mumkin bo‘lgan xolatlar:

1. Bosh taqdimoti paytida tutqichlarning tushishi;
2. Xomilaning noaniq holati;
3. Ikkinchi homilaning ikki marta taqdimoti;
4. Ikkinchi homilaning ko‘ndalang holati.
- 5.

**C** Perinatal natijalarni yaxshilash va tug‘ruq paytida homila shikastlanishi xavfini kamaytirish maqsadida muddatidan oldingi tug‘ruq va HTM 1500 g dan kam bo‘lgan egizakli bemorlarga Kesar kesish masalasini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi.

**C** Homiladorlikning 28-haftasidan oldin birinchi homila tug‘ilganda ikkinchi homilaning kechiktirilgan tug‘ilishini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi

Bemorlarni sinchiklab tanlashda, ikkinchi homilaning 24 soatdan ko‘proq vaqt davomida tug‘ilishining kechiktirilishi- uning perinatal natijalarini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

### **Tug‘ruqni boshqarish.**

- Tug‘ruqdagi tez-tez uchraydigan asoratlar ularni ko‘p homiladorlik paytida fiziologik va patologik o‘rtasidagi chegara deb hisoblash uchun asos beradi, shuning uchun ko‘p homiladorlik bilan ayolni tug‘dirish ikkinchi yoki uchinchi darajali kasalxonada amalga oshirilishi kerak.

### **Tug‘ruqning 1-davri:**

- Tug‘ruqning boshlanishi bilan guruh va Rh uchun qon olishni amalga oshiring;
- Har ikki homilaning yurak urishi bo‘yicha doimiy elektron monitoring o‘tkazing va bunday imkoniyat bo‘lmasa, har 15 daqiqada yurak urishini tinglang;
- Operatsiya xonasining doimiy tayyorgarligini ta‘minlang (anesteziolog va operatsiya hamshirasiga tug‘ruqning istalgan bosqichida shoshilinch tezkor tug‘ish mumkinligi to‘g‘risida ma‘lumot bering);
- Tug‘ruqni og‘riqsizlantirish uchun epidural anesteziyadan foydalaning;

- Tug‘ilish jarayonini partogrammada aks ettiring;
- Ko‘p homilalik homilador ayollarda tug‘ish jarayoni qoniqarsiz bo‘lsa (tug‘ish faoliyati sust bo‘lsa), «past doza» rejimida tug‘ish stimulatsiyasini boshlang, oksitotsin yuborish tezligini har 30 daqiqada oshiring;
- Ko‘p suvlilikda amniotomiya qiling. Suvni sekin chiqaring. Buning uchun homila pufagini yon tomondan yirtib tashlang, qo‘lingizni darhol qin ichidan chiqarmang, suvning tez oqishini ushlab turing. Suvning tez oqishi kindik, tutqich, plasentaning erta chiqib ketishiga olib kelishi mumkin.

### **Tug‘ruqning 2- davri:**

- Tajribasi eng yuqori akusher-ginekolog olib borishi kerak;
- Tug‘ilishning 2-davrida quyidagilarni ta‘minlang:
  - neonatal jamoa - har bir chaqaloqqa birlamchi reanimatsiyada yaxshi ko‘nikmalarga ega bo‘lgan bir nafar tibbiyot xodimidan;
  - anesteziolog;
- Operatsiya xonasi tayyor ekanligiga ishonch hosil qiling (anesteziolog va operatsiya hamshirasiga 2-tug‘ruq davrining istalgan bosqichida shoshilinch jarrohlik yo‘li bilan tug‘dirish imkoniyati to‘g‘risida xabar bering);
- Tug‘ilishning 2-davrini puxta hujjatlashtiring va ma‘lumotlarni partogrammada aks ettiring;
- Har ikkala homilaning yurak urishi bo‘yicha doimiy elektron monitoring o‘tkazing, agar bunday imkoniyat bo‘lmasa - har bir urinishdan keyin yoki har 5 daqiqada homilalarning yurak urishini tinglang;
- 2-davrda tug‘ilishning tabiiy kechishiga qo‘yib bering va faqat ona va homila farovonligiga tahdid soladigan asoratlar yuzaga kelgan taqdirdagina faol harakat qiling;
- Oksitotsin bilan tug‘ruqstimulyatsiya zaif tug‘ilish sharoitida ko‘rsatiladi: oksitotsin «past dozali rejimda qo‘llaniladi, qo‘llash tezligi har 15-30 daqiqada ortadi;
- Ikkinchi homilaning holatini aniqlash uchun ultratovush apparatini tayyorlang;
- Birinchi homilani bosh taqdimoti bilan qabul qilishni akusher-kaga bering
- Birinchi homila tug‘ilib bo‘lgandan so‘ng:
  - ikkinchi homilaning holatini aniqlash uchun tashqi akusherlik tekshiruvini o‘tkazing va uning yurak urishini tinglang;
  - nafaqat homila, balki onalik kindigining uchini ham yaxshilab bog‘lang. Buning sababi, birinchi homila tug‘ilganidan keyin, uning qaysi egizak ekanini: bir tuxumli yoki turli tuxumli ekanini aniqlab bo‘lmaydi. Bir tuxumli egizaklikda homila qon yo‘qotishdan nobud bo‘lishi mumkin (birinchi homila kindigi bog‘lanmagan bo‘lsa);
  - yordamchidan bachadonning yon tomonlarini bosishni so‘rang, ikkinchi homilaga bo‘ylama holatni berishga harakat qiling;
- Odatda, ikkinchi homila birinchi homila tug‘ilgandan keyin 30 minut ichida tug‘ilishi kerak. Agar bu sodir bo‘lmasa, ikkinchi homilaning xomilalikhomila pufagini oching (suvni asta-sekin chiqaring) va qisqa muddatli tug‘ilish sharti bilan tug‘ilishning tabiiy ravishda oqishiga imkon bering
- Agar ikkinchi homila bosh taqdimoti bilan tug‘ilayotgan bo‘lsa, uni qabul qilishni akusher-ginekolog vrach nazorati ostida akusher-kaga ham taqdim etish mumkin;
- Ikkinchi homila ko‘ndalang holatda bo‘lganda, homilaning oyog‘iga tashqi-ichki burilishni va homilaning tos uchini yetarli darajada anesteziya ostida ekstraksiyalashni amalga oshiring, bunda ikkinchi homilaning tug‘ilishi uchun kesar kesishini o‘tkazish imkoniyatini istisno etmang;
- Ko‘rsatmalarga ko‘ra, tug‘ruqning 2-davrida akusherlik qisqichlari va homilaning vakuum ekstraksiyasi (birinchi va ikkinchi), ikkinchi homilani tos uchi bilan ekstraksiya qilish mumkin.

### Tug‘ruqning 3-davri:

- faol boshqaruv;
- tug‘ruqdan keyingi qon ketish to‘g‘risidagi protokolga muvofiq tug‘ruqdan keyingi davrda bachadonni diqqat bilan kuzatib borish;
- platsentatsiya turini aniqlash uchun yo‘ldosh/larni sinchiklab tekshiring.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[Клиник тавсиялар \(Акушерлик\)](#)

[КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР](#)

### Ko‘p homilalik homiladorlikda tug‘ruq induktsiyasi.

Ko‘p homiladorlik tug‘ruq induktsiyasiga qarshi ko‘rsatma emas va "tug‘ruq induktsiyasi" milliy klinik protokoli tavsiyalariga muvofiq amalga oshiriladi.

**C** Ko‘p homiladorlikda tug‘ruqni qo‘zg‘atish mexanik va dorivor usullar bilan amalga oshirilishi tavsiya etiladi.

«Amniotomiya-oksitotsin» sxemasi bo‘yicha tug‘ruq induktsiyasida kesar kesish xavfi spontan vaginal Ko‘p homilalik tug‘ruq bilan qiyoslanadi.

Prostaglandin yoki servikal kateter bilan tug‘ruq induktsiyasi, tug‘ilishning ko‘p qismi vaginal tarzda yakunlanishiga qaramay, kesar kesish xavfini oshiradi.

Egizak homilador ayollarga 100 ta homiladorlikning 60 ga yaqini 37 haftagacha spontan tug‘ilish bilan tugashini tushuntiring.

Uch egizakli homilador ayollarga uch yegizakning 75 homiladorligidan taxminan 100 tasi 35 haftadan oldin spontan tug‘ilish bilan tugashini tushuntiring.

[Клиник тавсиялар \(Акушерлик\)](#)

[КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР](#)

### 2.7. Ko‘p homiladorlikning asoratlari:

| <b>Homila uchun</b><br>(qisman platsentalar va amniotik bo‘shliqlar soniga bog‘liq):  | <b>Ona uchun</b>  |
|---|---|
| 1. Daun sindromining rivojlanish xavfi  | 1. Anemiya  |
| 2. Xomilalik malformatsiyalar xavfi (4,9% gacha), ayniqsa asab naychasi, yurak va oshqozon-ichak trakti atreziyasi malformatsiyasi, bitta homiladorlik bilan taqqoslaganda uch baravar ko‘payadi  | 2. Arterial gipertenziya (ko‘p homiladorlikda preeklampsiya bilan kasallanish 45% ga yetadi, bu giperplatsentoz va gipervolemiya bilan bog‘liq) |
| 3. Feto-fetal transfuzion sindrom (FFTS) - egizaklar bilan homiladorlikda eng ko‘p uchraydi va faqat bitta platsenta (platsentatsiyaning monoxorial turi) mavjud bo‘lganda mumkin bo‘ladi. Monoxorial monoamniotik egizaklarning chastotasi egizaklar umumiy sonining 1 foizidan oshmaydi, FFTSda bir yoki ikkala homilaning nobud bo‘lish xavfi esa 20 dan 100 foizgacha | 3. Tug‘ruqdan oldin va tug‘ruqdan keyingi qon ketishlar   |
| 4. Homila o‘shishining selektiv kechikishi sindromi (HO‘SKS)- bixorial ikkitadan ko‘ra monoxorial sindromda ko‘proq uchraydi. Ko‘p homilador homiladorlikdagi barcha o‘lik tug‘ilishlarning 66% gacha bo‘lgan qismi homilaning tana vazni 10 pertsentildan past bo‘lishi bilan bog‘liq (bu ko‘rsatkich bir homilador homiladorlikda 39% ni tashkil etadi)                 | 4. Operativ tug‘ish (kesar kesish, ikkinchi homilani oyog‘iga ichki burish, keyinchalik tos uchidan ekstratsiya qilish)                         |

|   |   |
|---|---|
| 5. Bitta platsenta va bitta amniotik bo'shliq bo'lgan Ko'p homilalik homiladorlikda kindik tugunining shakllanishi va o'ralishi 70% hollarda yuzaga keladi va ushbu kichik guruhdagi perinatal o'limning 50% dan ortig'ini keltirib chiqaradi | 5. Onalar o'limining ko'payishi - bir homilali homiladorlikka nisbatan 2,5 barobar ko'p |
| 6. Erta tug'ilish - 60% gacha egizakli homiladorlar 37 haftagacha (ulardan 10% - 32 haftagacha) va 75% gacha uch egizakli homilador ayollar 35 haftasidan oldin tug'adilar.   |   |

**Feto-fetal qon quyish sindromi** – platsentaning muvozanatsiz anastomozlari mavjudligidan kelib chiqqan monoxorik ko'p homiladorlikning asoratlari bo'lib, retsipyent homilada poligidramnion va donor homilada angidramnion rivojlanishiga olib keladi.

#### R. Quintero tomonidan feto-fetal transfuzion sindromining (FFTS) tasnifi:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>I bosqich</b>   | donor homilada suv yetishmasligi (maksimal vertikal cho'ntak (MVCh) 2 sm dan kam) va qabul qiluvchi homilada poligidramnion (MVCh homiladorlikning 20 haftasidan keyin 8 sm dan ortiq va 10 sm dan ortiq) donor - homila siydik pufagining saqlanib qolgan tasviri bilan   |
| <b>II bosqich</b>  | homila-donorning siydik pufagini to'ldirishni vizualizatsiya qilmasdan amniotik suyuqlik miqdorining sezilarli diskordantlik belgilari   |
| <b>III bosqich</b> | aniqlangan ko'p suv/kam suv fonida bitta yoki ikkala homilada qon oqimining buzilishi tashxisi qo'yiladi: kindik arteriyalarida nol yoki teskari diastolik komponent, venoz kanalidagi teskari A-to'lqin yoki kindik venasidagi pul'satsiyalanuvchi spektr aniqlanadi (rangli Doppler kartalash (RDK). Qoida tariqasida, kindik arteriyalarida qon oqimining buzilishi ko'pincha homila-donorda aniqlanadi, retsipyent-homilada esa ko'pincha venoz kanalidagi anormal qon oqimi yoki kindik tomiridagi pul'satsiyalanuvchi spektr aniqlanadi, bu esa yurak yetishmovchiligining rivojlanishini ko'rsatadi |
| <b>IV bosqich</b>  | FFTS bilan homilalarda (qabul qiluvchiga qaraganda tez-tez) astsit, gidroperikard, plevral yeffuziya va bosh va magistral teri osti yog'ining shishishi mavjud   |
| <b>V bosqich</b>   | bir yoki ikkala homilaning nobud bo'lishi  |

#### Feto-fetal sindrom tashxisi

**C** UTTda monoxorial Ko'p homilalik homilador ayollarda FFTS tashxisi qo'yish maqsadida bir homilaning kam suvliligi va boshqa homilaning ko'p suvliligi mavjudligiga asoslanish tavsiya etiladi, bunda homilalarning fetometrik parametrlari tashxis qo'yish ahamiyatiga ega emas.

Suvning kamligi MVChning homila-donordagi amniotik suvlari 2 sm dan kam kamayganda aniqlanadi; ko'p suv - MVCh homiladorlikning 20 haftasigacha 8 sm dan ortiq va retsipyent homilada 20 haftadan keyin 10 sm dan ortiq ko'payganda.

Birinchi trimestrda bitta yoki ikkala homilada 95 sentil bo'lgan yoqa bo'shlig'ining shaffofligi (ultratovush tekshiruvida o'lchanadigan homila bo'ynining orqa yuzasida teri osti suyuqligining to'planishi) va birinchi trimestrda 10 foizdan  $\geq$  parda uzunligining nomuvofiqligi, ehtimol, kelajakdagi FFTSning mumkin bo'lgan bashoratchilari hisoblanadi.

**C** Monoxorial Ko'p homilalik homilador ayollarda, bir homilada normal miqdordagi suv va poligidramnion (MVCh 8-10 sm dan ortiq) yoki suv yetishmasligi (MVCh 2 sm dan kam) tashxisi qo'yilgan taqdirda, FFTSni o'z vaqtida tashxislash uchun, haftalik amniotik suyuqlik miqdorini baholash- xomilaning ultratovush tekshiruvi va homiladorlikning 26 xaftaligiga qadar xomilalik qon oqimining ultratovushli dopplerografiyasi tavsiya etiladi.

Bunday holda FFTS tashxisi qo'yilmaydi. FFTS rivojlanish xavfi 14% ni tashkil qiladi.

#### Feto-fetal transfuzion sindromini davolash

**A** FFTS bilan kasallangan homilador ayollar uchun quyidagi davolash usullari tavsiya etiladi:

- seriyali amnioreduksiya
- platsenta tomir anastomozlarining fetoskopik lazerli koagulyatsiyasi (Sulaymonning selektiv/selektiv bo‘lmagan taktikasi)

Seriyali amnioreduksiya retsiyent homilada transabdominal foydalanish va homiladorlikni uzaytirish orqali homilaga yaqin suv miqdorini qayta kamaytirishdan iborat. Usul 26 haftadan ortiq muddatda tashxis qo‘yilgan FFTSning I bosqichida, shuningdek, platsenta anastomozlarining fetoskopik lazerli koagulyatsiya (FLK) sidan so‘ng sindromning qaytalanishida va anastomozlarning lazerli koagulyatsiyasini bajarishning texnik imkoniyati bo‘lmaganda qo‘llaniladi.

**A** Homiladorlik davrida 16-26 hafta davomida qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmagan taqdirda II-IV bosqichdagi FFNC bilan og‘rigan homilador ayollarga platsentaning qon tomir anastomozlarini lazerli koagulyatsiya qilish tavsiya etiladi.

Perinatal prognozni yaxshilash maqsadida qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda va bemorning roziligi bilan 28 haftagacha gestatsiya o‘tkazish masalasi ko‘rib chiqilishi mumkin.

**C** FFTS bilan og‘rigan homilador ayollarda yo‘ldosh qon tomir anastomozlarining fetoskopik lazer koagulyatsiyasini antibiotiklar profilaktikasi fonida vena ichiga, mahalliy yoki mintaqaviy behushlik ostida transabdominal kirish orqali amalga oshirish tavsiya etiladi. Operatsiya amnioreduksiya bilan amniotik suyuqlikning normal miqdoriga (MVCh 4-6 sm) erishilgach yakunlanadi.

**C** Ko‘p homilalikhomilador ayollarga homilaning selektiv yeliminatsiyasini (fetotsid) (yurak faoliyatini to‘xtashi) homilalarning birida qo‘pol rivojlanish anomalialari mavjud bo‘lganda, FFTS hamda HO‘SKSning 40% dan ortiq (homiladorlikning 22 haftasigacha) diskordantlik holatida, FFTSning IV bosqichida FLKni amalga oshirishning texnik imkoniyati bo‘lmaganda, homilalardan birining kindik tomirlarini fetoskopik yoki punktsion yo‘l bilan lazerli koagulyatsiya qilinadi.

Aralashish masalasi har bir holatda bemor va uning eri/sherigi bilan suhbatlashgandan va ularning xabardor qilingan ixtiyoriy roziligi olingandan keyin konsilium tomonidan hal etiladi.

**C** FFTSni muvaffaqiyatli antenatal davolashda perinatal asoratlar profilaktikasi maqsadida ko‘p homilali homilador bemorlarga 35-36 haftalik homiladorlik muddatida tug‘ruqqa ruxsat berish tavsiya etiladi.

**A** Homilador ayollarga bachadon ichidagi jarrohlik aralashuvidan so‘ng homilalarning ehtimoliy antenatal o‘limini o‘z vaqtida tashxis qilish maqsadida feto-plasentali va homila qon oqimining ultratovush dopplerografiyasini o‘tkazish, donor-homilaning siydik pufagini vizuallashtirishni baholash, homilalarning MVChni o‘lchash tavsiya etiladi.

**C** Davolanishdan keyin homiladan biri nobud bo‘lgan taqdirda, homilador ayollarga homiladorlikni uzaytirish maqsadida kutish va ko‘rishni boshqarish taktikasini davom ettirish tavsiya etiladi.

**Homila o‘shining selektiv kechikish sindromi** – homilalardan birining o‘shisi kechikishi (homilaning mo‘ljallanayotgan og‘irligi 3-persentildan past) yoki quyidagi parametrlardan ikkitasi majmui bilan tavsiflanadigan ko‘p homilali homiladorlikning asorati:

- homilalarning taxminiy vaznidagi farqi  $\geq 25\%$ ,
- homilalardan birining taxminiy vazni 10-persentildan past bo‘lsa,
- qorin doirasi 10-persentildan past (faqat monoxorial ko‘p homilalik uchun)
- kindik arteriyasida qon oqimining o‘zgarishi.

Homila kindigi arteriyasidagi qon oqimining o‘shishi kechikishi bilan baholashga asoslangan homila o‘shishining selektiv kechikishi sindromi tasnifi (Gratacos et al. 2007):

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>I turi</b>   | o‘shishning kechikishi bilan homila kindik arteriyasida qon oqimining ijobiy diastolik komponenti   |
| <b>II turi</b>  | kindik arteriyasida " nol "yoki" teskari " qon oqimi  |
| <b>III turi</b> | kindik arteriyasidagi intermitent qon oqimi (qon oqimi spektri egri chizig‘ining ijobiy diastolik komponenti bilan vaqti-vaqtida almashib turadigan kindik arteriyasidagi «nol» yoki «teskari» qon oqimi) |

### Homila o‘shishining selektiv kechikishi sindromi tashxisi

**C** quyidagi formula bo‘yicha hisoblash tavsiya etiladi: (katta homila massasi – kichik homila massasi )/ Ko‘p homilali homilador ayollarga HO‘SKS diagnostikasi maqsadida HTV diskordantligini katta homila massasi \* 100

HRK tashxisi 2 haftada 1 marta bajarilgan UTT asosida qo‘yilishi mumkin, bunda homilalardan birining taxminiy vazni 3-persentilidan pastga kamayganligi aniqlangan. HO‘SKS bir nechta parametrlarning kombinatsiyasi asosida ham belgilanishi mumkin: homilalardan birining HTVsi 10-persentilidan kam, homilalarning HTVsidagi farq 25% va undan ortiq, qorin aylanasini o‘lchami 10-persentilidan kam (monoxorial homiladorlikda ishlatilishi mumkin)va kindik arteriyasida qon oqimining o‘zgarishi.

**C** Perinatal natijalarni yaxshilash maqsadida HO‘SKS bilan murakkablashgan monoxorial ko‘p homiladorlikdagi homilalarning ultratovush tekshiruvini 2 haftada 1 marta, onauteroplental, fetoplental va homila qon oqimini ultratovush dopplerografiyasini har haftada o‘tkazish tavsiya etiladi.

Kindik arteriyasida, venoz kanalda, homilaning O‘MAda qon oqimi baholanadi. O‘shish kechikishi bilan homilaning kindik arteriyasidagi qon oqimi kindik arteriyasidagi qon oqimi spektriga ta‘sir qiluvchi tomir anastomozlarining turi va diametriga bog‘liq. Bu qon oqimining noyob turi paydo bo‘lishiga yordam beradi, u faqat monoxorial egizak bo‘lib, u uzoq yoki intermitent deb ataladi. Bu katta diametrlar arteriya-arterial anastomoz mavjud bo‘lganda va ikkala homilaning yurak qisilishi sinxronligi buzilganda sodir bo‘ladi. Kindik arteriyasidagi nol yoki teskari qon oqimi ijobiy oxirgi diastolik oqimga nisbatan homila holati uchun noqulay prognostik omil hisoblanadi.

**C** Di/trixorial ko‘p homilador bo‘lganda, keyingi olib borish taktikasini aniqlash maqsadida HRK tashxisini bir yoki ikkala (bir nechta) homilaning mo‘ljallanayotgan massasi 10-persentilidan kam va HTVning 25% va undan ko‘p bo‘lgan diskordantligi aniqlanadigan homilalarning ultratovush tekshiruvini asosida tekshirish tavsiya etiladi.

**C** Olib borishning keyingi taktikasini aniqlash maqsadida d/trixorial ko‘p homilali homilador bemorni uteroplental, fetoplental va homila qon oqimining ultratovush dopplerografiyasiga kindik arteriyasida qon oqimining o‘zgarishi darajasiga bog‘liq davriylikda yuborish tavsiya etiladi: kindik arteriyalaridagi qon oqimi spektri egri chizig‘ining ijobiy diastolik komponenti 1-2 haftada 1 marta, kindik arteriyalaridagi qon oqimi spektri egri chizig‘ining «nol» yoki teskari diastolik komponenti har hafta 26 haftagacha bo‘lganda, so‘ngra venoz kanalda PI majburiy baholangan holda haftasiga 2 marta, shuningdek MST va PI tavsiya etiladi.

Xomilaning yomonlashuvining mezonlari venoz kanaldagi qon oqimining o‘zgarishi, suv etishmasligi va homila qon oqimining markazlashishi hisoblanadi. Ijobiy diastolik komponentli kindik arteriyalarida qon oqimi buzilgan taqdirda va homila o‘shishining ijobiy dinamikasi mavjud bo‘lganda, di/trixorial ko‘p homiladorlikda HO‘K bilan homiladorlik to‘liq muddatga uzaytirilishi mumkin.

### Xomilaning o‘shishining selektiv kechikish sindromini davolash

**C** HO'SKS bilan murakkablashgan monoxorik ko'p homiladorlik bilan homilador ayollarda homilaning o'sishi sustlashishi bilan dekompensasiyasi, homiladorlikning 28 xaftaligidan keyin venoz kanalda salbiy A-to'lqinining vizualizasiyasi kesar kesish bilan muddatdan oldin tug'ruq uchun ko'rsatma sifatida qabul qilinishi tavsiya etiladi

**C** I turdagi HO'SKS homila o'limi xavfi yuqori bo'lganligi sababli, HO'SKS bilan murakkablashgan monoxorik ko'p homilali homilador ayollarga 34-35 xaftada, II va III turlarda – homiladorlikning 30-32 xaftaligida tug'ilish tavsiya etiladi.

**C** Ko'p homiladorlik va kindik arteriyasida qon oqimining ijobiy diastolik komponenti bo'lgan HO'SKS mavjud bo'lganda, tug'ruqni induksiya qilish tavsiya etiladi: dixorik diamniotik egizaklar uchun – homiladorlikning 36-37 xaftaligida, monoxorik diamniotik egizaklar uchun – homiladorlikning 34-35 xaftaligida.

Xomilaning o'sishini izolyasiya qilingan cheklovni oligogidramnioz bilan birlashtirganda, kindik arteriyasida qon oqimining ijobiy diastolik tarkibiy qismi yo'qligi, onaning xavf omillari, qo'shma kasalliklar yoki homiladorlikning asoratlari erta tug'dirish muddati va usuli to'g'risida qaror shifokorlar kengashi tomonidan individual ravishda qabul qilinadi.

**Teskari arterial perfuziya sindromi** – bu monoxorial ko'p homiladorlikning asoratlaridan bo'lib, homilalardan birining ishlaydigan yuragi yo'qligi bilan tavsiflanadi, bu uning rivojlanishida qo'pol anomaliyalarining rivojlanishiga olib keladi.

#### **Teskari arterial perfuziya sindromi diagnostikasi**

**C** Monoxorik ko'p homilador bo'lgan homilador ayollarga homilaning ultratovush tekshiruvi va homiladan birining rivojlanishidagi qo'pol anormalliklarni vizualizasiya qilish orqali arterial perfuziya sindromi tashxisi qo'yish tavsiya etiladi (бош ва тананинг юқори қисми rivojlanmaganligi, yumshoq to'qimalarning shishishi, homila harakatlari mavjud bo'lganda yurak faoliyatining etishmasligi, rudimentar yurak), rivojlanish anormalliklari bo'lgan homilada RDKda kindik arteriyasiga teskari qon oqimi

**B** TAPS bilan kasallangan homilador ayollar, homiladorlikni boshqarishning keyingi taktikasi masalasinini hal qilish uchun xomilalik nasos yuragini exokardiografik tekshirishga (kardio-torakal nisbati, qorincha devorining qalinligi, venoz kanalidagi qon oqimi) va homila-pompa amniotik suyuqligi miqdorini o'lchashga (ko'p suvlilik darajasining o'sishi) yuborish tavsiya etiladi.

#### **Teskari arterial perfuziya sindromini davolash**

**A** Kasallikning progressiv alomatlari mavjud bo'lmaganda (akardiya bilan homilada o'sish va qon oqimining yo'qligi), TAPS bilan murakkablashgan MXDA egizakli homiladorlikni boshqarishda kutish va ko'rish usuli tavsiya etiladi.

**A** Monoxorial ko'p homiladorlik va TAPS rivojlanishi bo'lgan homilador ayollar (akardiya bilan homila massasining ko'payishi; uning hajmining ko'payishi, homila hajmining 50% dan oshishi-nasos; uning tomirlarida qon oqimining mavjudligi; homila nasosining dekompensasiyasi-kardiomiopatiya va polihidramniozning ultratovush belgilari mavjudligi) kindik tomirlarini lazerli koagulyasiya qilish yo'li bilan akardiyali homilaning qon ta'minotini to'xtatishga qaratilgan bachadon ichidagi jarrohlik aralashuvi tavsiya etilgan.

**A** TAPS bilan murakkablashgan monoxorial ko'p homilali homilador ayollarga ultratovush tekshiruvi ostida akardial homila kindik ichakchasidagi tomirlarning interstisial yoki fetoskopik lazer koagulyasiyasi tavsiya etiladi

**A** Monoamniotik egizakli homiladorlikda kindik o‘zaro bog‘lanishining oldini olish maqsadida homila kindigi tomirlarini lazer koagulyasiyasi akardiya fetoskopik kirish bilan, so‘ngra uni kesish tavsiya etiladi

TAPS bilan tug‘ilish tarixi bitta yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun tug‘ilish sifatida rasmiylashtiriladi. Akardial homila konsepsiya mahsuloti sifatida baholanadi (yurak faoliyati yo‘qligi sababli).

**Anemiya-polisitemiya sindromi** – monoxorial ko‘p homiladorlikning asoratlari, plasentada kichik diametrli bir tomonlama anastomozlarning mavjudligi, donor homilada surunkali anemiya va qabul qiluvchining homilasida polisitemiya rivojlanishi, MVCh ko‘rsatkichlarida sezilarli farqlar bo‘lmasa.

#### **Anemiya-polisitemiya sindromining bosqichlari (APS):**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>I bosqich</b>   | donor homilaning o‘rta miya arteriyasida (O‘MA MSQOT ) qon oqimining maksimal sistolik tezligining 1,5 MOM dan oshishi va qabul qiluvchining O‘MA MSQOT ning 1,0 MOM dan kam kamayishi                                     |
| <b>II bosqich</b>  | donor homila O‘MA MSQOT ning 1,7 mm dan oshishi va qabul qiluvchining O‘MA MSQOT ning 0,8 mm dan kam kamayishi   |
| <b>III bosqich</b> | donor homilada yurak yetishmovchiligi belgilari (kindik arteriyasida nol yoki teskari qon oqimi, kindik venasida qon oqimining pulsasiyasi, pulsasiya indeksining oshishi yoki venoz kanalida qon oqimining teskari oqimi) |
| <b>IV bosqich</b>  | donor homilada Vodyanka  |
| <b>V bosqich</b>   | bir yoki ikkala homilaning intrauterin o‘limi  |

#### **Anemiya-polisitemiya sindromining diagnostikasi**

APS amniotik suyuqlik miqdorida farq bo‘lmasa, egizaklarning gemoglobin darajasida sezilarli farq mavjudligi bilan tavsiflanadi.

Diagnostika FFTS ultratovush belgilarining yo‘qligiga asoslanadi. Donor homilada O‘MA MSQOTning ko‘payishi (1,5 MChK dan ortiq) anemiyaning, qabul qiluvchi homilada O‘MA MSQOTning pasayishi (0,8 MChK dan kam) polisitemiyani ko‘rsatadi, shuningdek, O‘MA MSQOT ko‘rsatkichlarining 1 MChK yoki undan ko‘p farqi diagnostik ahamiyatga ega.

Monoxorial ko‘p homiladorlikning bu asoratlari o‘z-o‘zidan yoki FFTS bilan plasenta qon tomir anastomozlari lazer koagulyasiyasining asoratlari sifatida paydo bo‘lishi mumkin.

APSning o‘z – o‘zidan paydo bo‘lishi monoxorial ko‘p homiladorlikning 3-5 foizida, yatrogenik shakl-FFTS bilan anastomozlarning lazer koagulyasiyasi holatlarining 2-13 foizida uchraydi.

**C** Monoxorial ko‘p homiladorlik uchun APSlar homiladorlikning 20-haftasidan boshlab har ikki haftada bir marta o‘tkaziladigan homila qon oqimining Doppler ultratovush tekshiruvini (O‘MA MSQOT homilani baholash) bilan bir homilada anemiya va boshqa homilada polisitemiya aniqlanganda tashxis qo‘yish tavsiya etiladi

Erta neonatal davrda APSni tashxislash egizaklarning gemoglobin va retikulositlar konsentrasiyasini aniqlashdan iborat. Egizaklarning gemoglobin va retikulositlar konsentrasiyasining farqini baholash(me'yoriy ko‘rsatkichlar bilan taqqoslamaydi!):  $\geq 80$  g/l va  $\geq 1,7$  mos ravishda, bu APSni ko‘rsatadi. Asoratlanmagan monoxorial egizaklar bilan tug‘ruq paytida o‘tkir FFTS rivojlanishi yoki birinchi homilani olgandan keyin o‘tkir homila-plasenta transfuziyasi tufayli yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda gemoglobin darajasining konsentrasiyasida farq bo‘lishi mumkin. Tug‘ilishda APS va FFTSning o‘tkir shaklini differensial tashxislashning qo‘shimcha mezonini egizaklar orasidagi retikulositlar sonining nisbati oshishi hisoblanadi: agar u 1,7 dan oshsa, bu APSning patognomonik belgisidir. APSning bosqichma-bosqichligini aniqlash davolash ta'sirini baholashga va APSning asoratlari bo‘lgan homiladorlik natijalarini tahlil qilishga imkon beradi.

#### **Anemiya-polisitemiya sindromini davolash**



**C** APS bilan murakkablashgan Monoxorial ko‘p homiladorli homilador ayollarga, donor homilaning og‘ir anemiyasi belgilari bo‘lmasa (O‘MA MSQOT 1,6 MChK dan kam, vodyanka yo‘q), homiladorlikni konservativ tarzda homilaning muntazam ultratovush tekshiruvi bilan kamida 2 haftada bir marta o‘tkazish tavsiya etiladi

**C** Agar 16 dan 26 haftagacha og‘ir xomilalik anemiya aniqlansa, yo‘ldoshning qon tomir anastomozlarini fetoskopik lazer koagulyasiyasi tavsiya etiladi

**C** Agar 16 dan 32 haftagacha bo‘lgan davrda og‘ir APS bo‘lgan homilador ayollarda Fetoskopiya va plasenta qon tomir anastomozlarining lazer koagulyasiyasi mumkin bo‘lmasa, anemiya bilan homilaga intrauterin qon quyish shaklida jarrohlik davolash tavsiya etiladi

**A** APS bilan murakkablashgan monoxorial ko‘p homiladorlikda tug‘dirib olish homiladorlikning 36 haftaligiga qadar tavsiya etiladi

### **Monoxorial monoamniotik ko‘p homiladorlikning asoratlari diagnostikasi**

**C** Ko‘p homilali homiladorlik MXMAda asoratlarni o‘z vaqtida tashxis qo‘yish maqsadida homiladorlikning 28 haftasidan boshlab har 3 kunda homilaning kardiokografiyasi, fetoplasentar qon oqimining ultratovush dopplerografiyasidan foydalangan holda homilaning holatini dinamik nazorat qilish tavsiya etiladi.

Monoamniotik egizaklar perinatal asoratlarning yuqori xavfi bilan bog‘liq. Aksariyat hollarda homiladorlikning yo‘qolishi o‘z-o‘zidan tushishi, mevalarning nobud bo‘lishi (15-40%), rivojlanish anomaliyalari (38-50%) bilan bog‘liq. Mevalarning bitta amniotik bo‘shliqda erkin harakatlanishi tufayli ularning kindiklari ko‘p hollarda o‘zaro bog‘lanadi.

### **Bir yoki undan ortiq homilaning o‘limi diagnostikasi**

Ko‘p homiladorlik paytida bir yoki bir nechta homilaning o‘limi yakka homiladorlikka qaraganda tez-tez uchraydi (5-7%). Plasentasiyaning dixorial turida homiladorlik bir homila sifatida olib boriladi (ikkinchi homila o‘limi xavfi 3% ni, nevrologik buzilishlar rivojlanishi - 2% ni tashkil etadi). Monoxorial homiladorlikda ikkinchi homilaning shikastlanish xavfi ancha yuqori (plasentaning ishlaydigan anastomozlari hisobiga). Monoxorial egizaklardagi homilalardan birining o‘limi tirik qolgan homilaning o‘limiga (15%) yoki nevrologik kasalliklarga (26%) olib kelishi mumkin.

**B** Ko‘p homilali homilador ayolning bachadon ichidagi bir yoki undan ortiq homilasining o‘limiga shubha tug‘ilganda, homila qon oqimining dopplerografiyasi bilan ultratovush tekshiruvini o‘tkazish tavsiya etiladi

**C** Monoxorial ko‘p homilali homilalardan biri nobud bo‘lganidan so‘ng, mumkin bo‘lgan anemiyani aniqlash uchun UTT, KTG, O‘MA MSQOT bahosi bilan homila qon oqimining ultratovushli dopplerografiyasi yordamida omon qolgan homilaning holatini baholash tavsiya etiladi.

**B** Monoxorial ko‘p homilali homilalardan biri nobud bo‘lganidan so‘ng, miyaning tarkibiy shikastlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun homila neyrosonografiyasini o‘tkazish tavsiya etiladi.

**C** Monoxorial ko‘p homiladorlikda homilalardan biri nobud bo‘lgandan so‘ng, bosh miya tuzilmalarining shikastlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun homiladorlikning 32-34 haftasidan so‘ng, lekin birinchi homila nobud bo‘lganidan keyin kamida 4 haftadan keyin ikkinchi rivojlanayotgan homilaning miya magnit-rezonans tomografiyasi imkoniyatini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi.

### **Bir yoki undan ko‘p homilaning nobud bo‘lishida taktikani yuritish**

**C** Perinatal va neonatal asoratlarning oldini olish maqsadida monoxorial ko'p homiladorlikning bitta homilasi nobud bo'lgan homilador ayollarga boshqa akusherlik ko'rsatkichlari va ikkinchi homila holati buzilganligi to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud bo'lmasa, shoshilinch tug'ruqqa ruxsat berish tavsiya etilmaydi

Monoxorik egizaklardan bitta homila nobud bo'lgan taqdirda, homilador ayolni kasalxonada 7-14 kun davomida klinik va laboratoriya parametrlarini (klinik qon tekshiruvi, C-reaktiv oqsil, koagulogramma parametrlari), homila holatini qattiq nazorat ostida kuzatib borish tavsiya etiladi. Yallig'lanish belgilari bo'lmasa (leykositoz, C-reaktiv oqsil darajasining oshishi) antibakterial terapiya tavsiya etilmaydi. So'ng bemor ambulatoriya sharoitida kuzatiladi, homila ultratovush tekshiruvi har 2 haftada bir marta kuzatiladi.

**C** Monoxorial egizaklardan bitta homila nobud bo'lganda homilador ayolga homila RDS profilaktikasidan keyin 34-36 hafta ichida tug'ish uchun ruxsat berish tavsiya etiladi

**C** Dixorik egizaklardan bitta homila nobud bo'lganda, boshqa akusherlik ko'rsatkichlari va ikkinchi homila holati buzilganligi to'g'risidagi ma'lumotlar mavjud bo'lmagan taqdirda, homiladorlikni ultratovush tekshiruvi ma'lumotlari va homilador ayolni laboratoriya tekshiruvi ko'rsatkichlari bo'yicha homilaning holati qat'iy nazorat ostida kutish tavsiya etiladi.

Homilador ayolni kasalxonada 7-14 kun davomida kuzatish, klinik va laboratoriya parametrlarini kuzatish (umumiy (klinik) qon tekshiruvi, qon zardobidagi C-reaktiv oqsil darajasini o'rganish, koagulogramma (gemostaz tizimini taxminiy o'rganish)), homila holati. So'ng homila ultratovush tekshiruvi har 4 haftada birmarta amalga oshiriladi. Leykositoz bo'lmasa, C-reaktiv oqsil darajasining oshishi, antibakterial terapiya ko'rsatilmaydi. Dixorik egizaklardagi homilalardan birining o'limi, qoida tariqasida, omon qolgan odam uchun xavf tug'dirmaydi, chunki plasentasiyaning dixorik turi bilan homila gemosirkulyasiyasi tizimlari o'rtasida tomir anastomozlari mavjud emas. Dixorik egizaklardan bitta homila nobud bo'lgan taqdirda, homiladorlikni to'liq muddatgacha uzaytirish mumkin.

**C** Ko'p homilali homiladorlikda homilalardan birining antenatal nobud bo'lishi va tirik homilaning qoniqarli holatida tug'ilishni induksiya qilish tavsiya etiladi: dixorial diamniotik egizakda - 37-39 haftalik gestasiyada, monoxorial diamniotik egizakda - 34-36 haftalik gestasiyada

Egizaklardan bitta homila nobud bo'lgan taqdirda, homilador ayolni kasalxonada 7-14 kun davomida klinik va laboratoriya parametrlarini (klinik qon tekshiruvi, C-reaktiv oqsil, qon ivish tizimining parametrlari) qat'iy nazorat ostida kuzatib borish tavsiya etiladi. Keyin bemor ambulatoriya sharoitida kuzatiladi, homilaning ultratovush tekshiruvi 2 haftada 1 marta monoxorial egizakda va 4 haftada 1 marta dixorial egizakda o'tkaziladi.

Yallig'lanish belgilari bo'lmasa (leykositoz, C-reaktiv oqsil darajasining oshishi) antibakterial terapiya tavsiya etilmaydi. Dixorik egizaklardagi homilalardan birining o'limi, qoida tariqasida, omon qolgan odam uchun xavf tug'dirmaydi, chunki plasentasiyaning dixorik turi bilan homila gemosirkulyasiyasi tizimlari o'rtasida tomir anastomozlari mavjud emas. Monoxorik egizaklarning homilalaridan biri homiladorlikning 28 xaftaligidan oldin nobud bo'lganda, ikkinchi homilada intrauterin o'lim va nevrologik kasalliklar xavfi sezilarli darajada oshadi.

Shu bilan birga, bachadondan tashqarida potensial omon qolish bosqichiga etgan egizaklardan biri o'lishi yoki nobud bo'lishi mumkin bo'lgan homiladorlikni optimal boshqarish munozarali bo'lib qolmoqda. Tug'ruq muddati klinik holatga qarab individual bo'lishi kerak.

## 2.8. Tibbiy reabilitasiya

Qoʻllanilmaydi.

## 2.9. Profilaktika va dispanser kuzatuv

Qoʻllanilmaydi.

## 2.10. Tibbiy yordamni tashkil etish

Asoratlanmagan koʻp homilali homilador ayollar 2 yoki 3-darajali akusherlik shifoxonasiga yotqizilishi kerak.

MXMA egizakli homiladorligi boʻlgan homilador ayollar homiladorlikning 30 yoki 32 xaftaligida 2-3 darajali akusherlik shifoxonasiga yotqizilishi kerak.

### Akusherlik-ginekologiya stasionariga yotqizishga koʻrsatmalar:

- Havf soluvchi homila tushishning klinik koʻrinishlari.
- Transvaginal ult ratovushga koʻra bachadon boʻynining 25 mm dan kam qisqarishi.
- Intrauterin aralashuvlarni (FFT, TAPS, APS) talab qiladigan monoxorial koʻp homiladorlikning oʻziga xos asoratlarining rivojlanishi.
- Homila oʻsishining selektiv kechikishi sindromi boʻlgan bemorlar, I turdagi – 33-34 xaftada, II, III turdagi-29-30 xaftada.
- Bir yoki ikkala homilaning antenatal oʻlimi.
- Erta tugʻilishga tahdid soladigan klinik koʻrinishlar.
- Amniotik suyuqlikning chiqishi yoki oqishi.
- Normal joylashgan plasenta erta ajralishining klinik koʻrinishlari.
- Preeklampsianing klinik koʻrinishlari.
- Boshlangan tugʻruqlar.

**Bemorni tibbiyot tashkilotidan chiqarishga koʻrsatmalar:** koʻp homilali homilador bemorlarni akusherlik stasionaridan chiqarish akusherlik koʻrsatmalari boʻyicha amalga oshiriladi.

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

[Twin and triplet pregnancy](#)

[КЛИНИК ТАВСИЯЛАР \(АКУШЕРЛИК\)](#)

## 2.11. Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

| № | Sifat mezonlari  | Ha/Yoʻq |
|---|--|---------|
| 1 | Homiladorlik muddati 1 trimestrda belgilanadi (erta murojaat etilganda)  | Ha/Yoʻq |
| 2 | 1 trimestrda koʻp homilali homiladorlik aniqlandi (erta murojaat etilganda)  | Ha/Yoʻq |
| 3 | Egizaklari boʻlgan bemor 1 trimestrda xromosoma anomaliyalarini skrining qilish uchun yuboriladi (homiladorlikning 136 xaftaligidan oldin murojaat qilganda)                                   | Ha/Yoʻq |
| 4 | Homiladorlikni toʻxtatishning oldini olish uchun bachadon boʻynini 25 mm dan kam qisqartirishda progesteron preparatlari buyurildi   | Ha/Yoʻq |
| 5 | Erta tugʻilish xavfi paydo boʻlganda (bachadon tonusining oshishi, bachadon boʻyni qisqarishi, tashqi farenksning ochilishi) homila respirator distress-sindromining profilaktikasi oʻtkazildi | Ha/Yoʻq |

[Management of Monochorionic Twin Pregnancy](#)

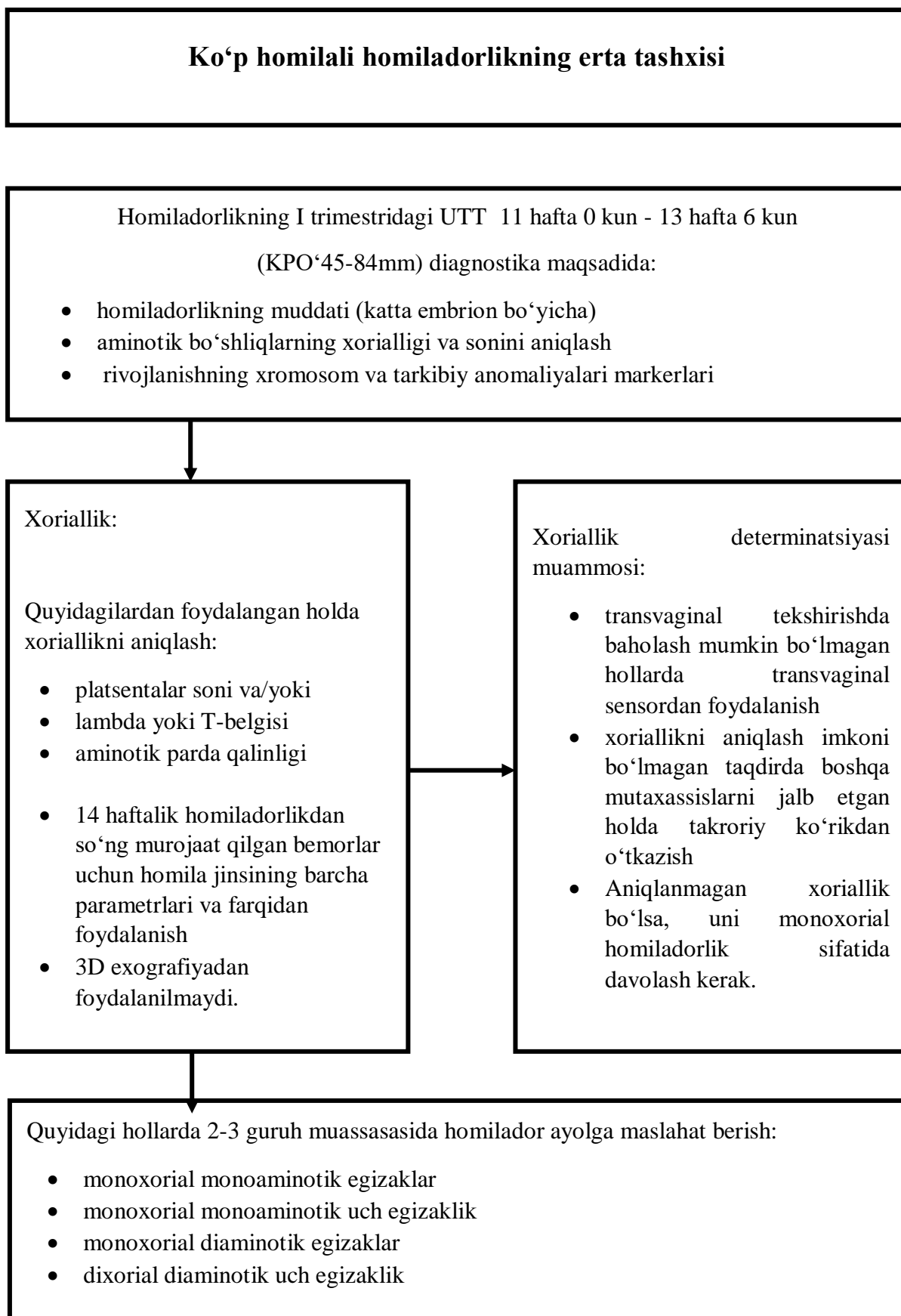
[Twin and triplet pregnancy](#)

[Multiple Pregnancy | ACOG](#)

[КЛИНИК ТАВСИЯЛАР \(АКУШЕРЛИК\)](#)

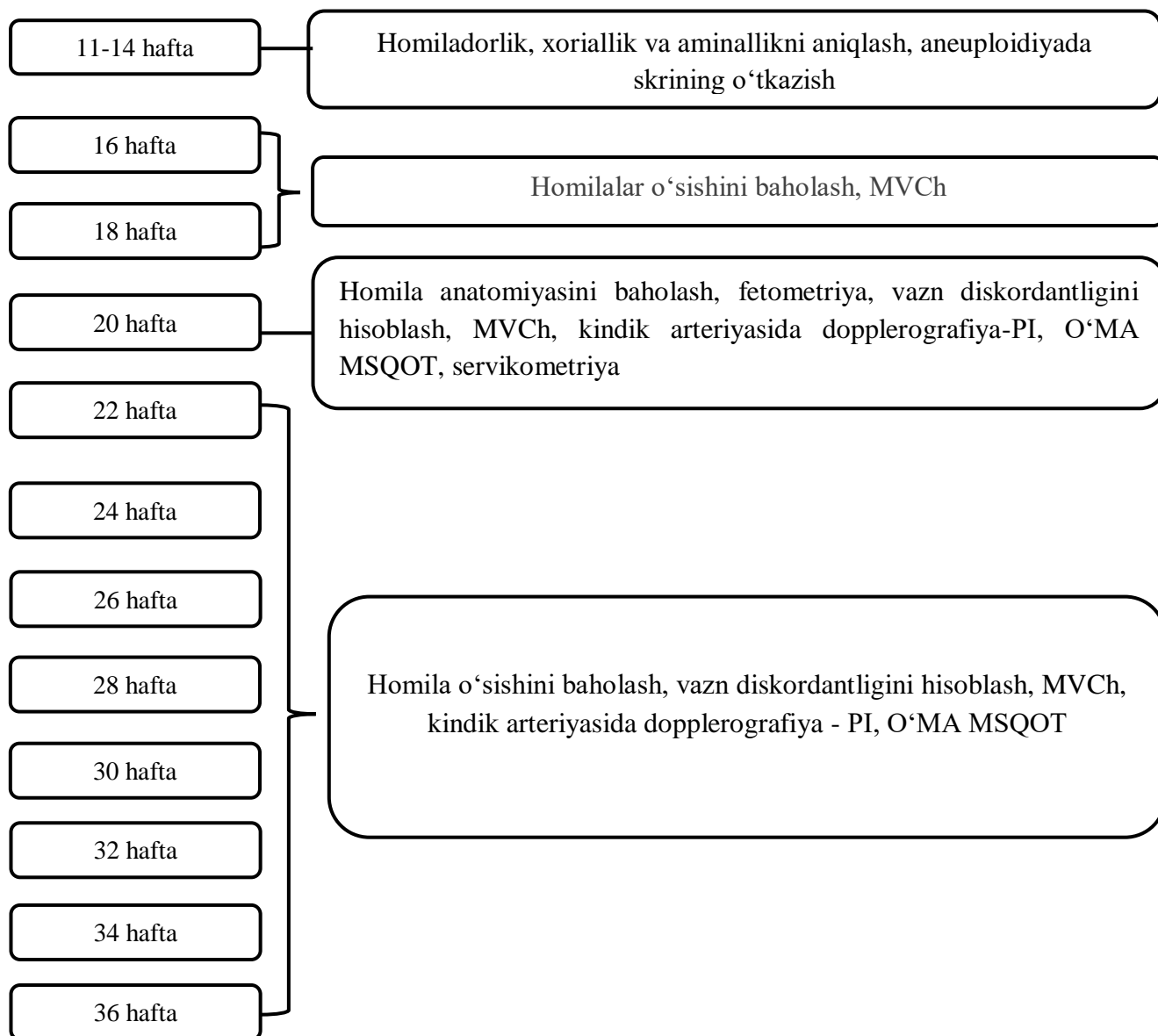
### 3. Ilovalar

#### 3.1. Homiladorlik va xoriallik muddatini belgilash

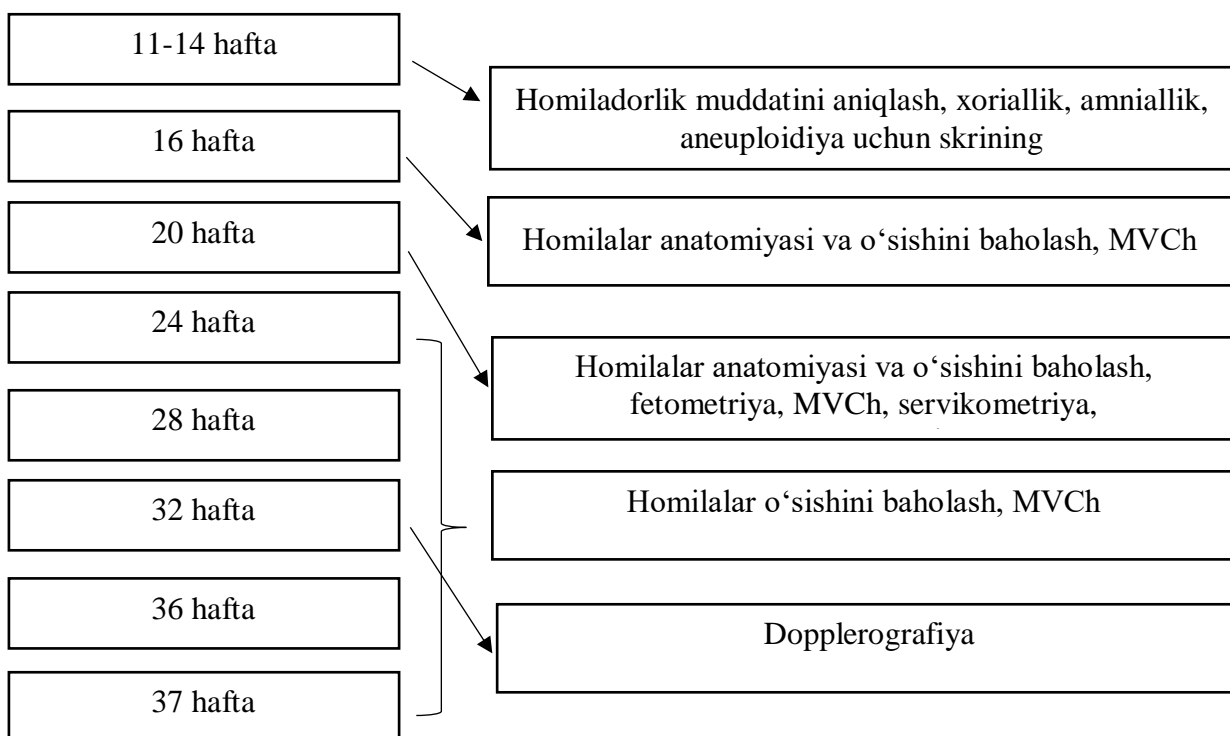


### 3.2. Кўп ҳомилали ҳомиладорликда ултратовуш текшируви алгоритми

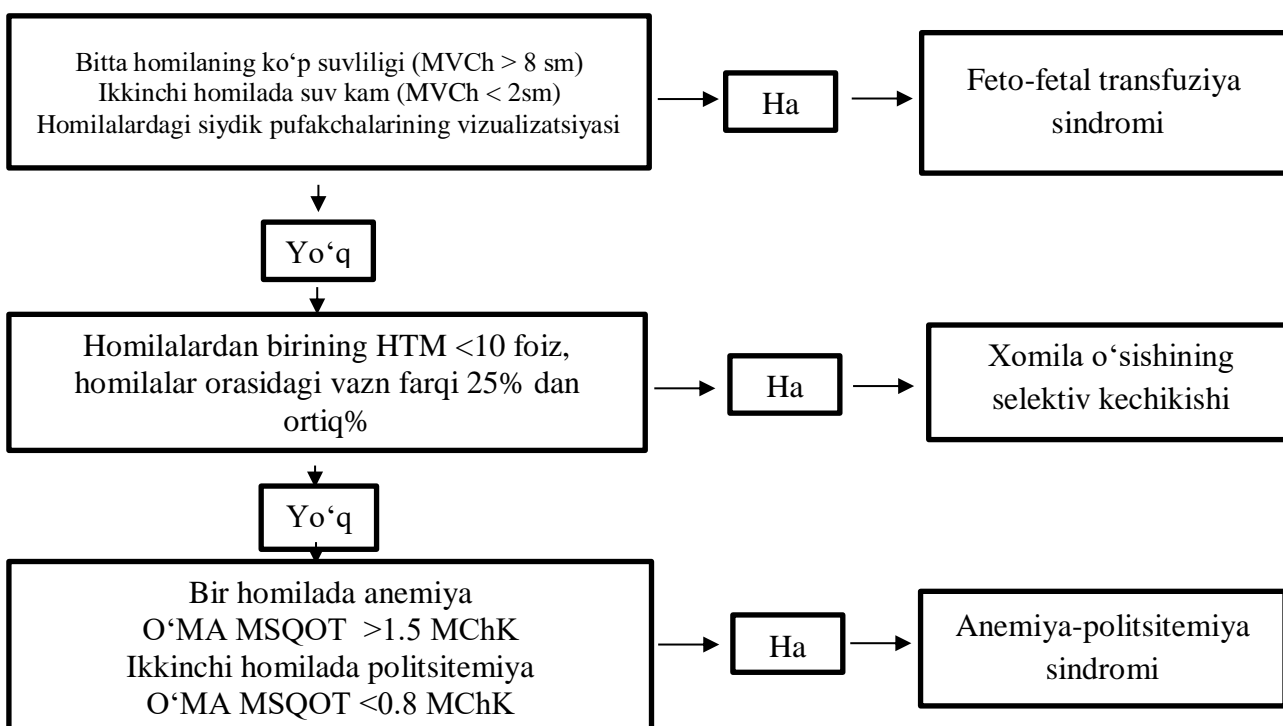
#### Monoxorial egizaklar



## Dixorik egizaklar



### 3.3. Monoxorik homiladorlik asoratlarning differentsial diagnostikasi



### 3.4. Protokolni ishlab chiqish metodologiyasi.

Milliy klinik protokol O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining 2024 yil 23 fevraldagi "mahalliy va milliy klinik protokollar va standartlar metodologiyasini ishlab chiqish, tasdiqlash va joriy tibbiy amaliyotga joriy etish to'g'risida" gi №52-sonli buyrug'i talablariga muvofiq ishlab chiqilgan.

Protokolni 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, Toshkent tibbiyot Akademiyasining akusher-ginekolog mutaxassisleri ishtirok etdi.

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

**Manfaatlar to'qnashuvi:** ushbu protokolni yaratish bo'yicha ishlarni boshlashdan oldin, ishchi guruhning barcha a'zolari manfaatlar to'qnashuvi to'g'risida yozma xabarnomani to'ldirdilar. Mualliflar jamoasi a'zolarining hech biri ushbu protokol mavzusida klinik amaliyotda foydalanish uchun mahsulot ishlab chiqaradigan farmatsevtika kompaniyalari yoki boshqa tashkilotlar bilan tijorat manfaatlari yoki boshqa manfaatlar to'qnashuviga ega emas edi.

**Manfaatdor tomonlarni jalb qilish:** Protokol ko'rsatmalari va tavsiyalarini ishlab chiqishda maqsadli aholining (bemorlar va ularning oilalari), shu jumladan tibbiy (sog'liq uchun foyda, nojo'ya ta'sirlar va aralashuv xavfi), axloqiy, madaniy, diniy jihatlari o'rganildi va hisobga olindi. Fikrlar so'rovi RIOvaBSIATM davlat muassasasining tegishli bo'linmalarida ayollarning norasmiy suhbatlari orqali amalga oshirildi.

**Dalillarni to'plash, umumlashtirish va tanqidiy baholash.**

**Dalillarni to'plash uchun ishlatiladigan usullar:** elektron ma'lumotlar bazalari, kutubxona resurslarini qidiring. Asosiy ma'lumot manbalari sifatida 2014-2024 yillarga mo'ljallangan ingliz va rus tillarida turli mamlakatlardagi tibbiyot jamoalari va ixtisoslashtirilgan tashkilotlarining klinik ko'rsatmalari ishlatilgan, protokolni ishlab chiqishda so'nggi 5 yildagi ma'lumotlar ustuvor bo'lgan (2019 yildan). Protokolni ishlab chiqish jarayonida darslik va monografiyalardan dalil sifati past yoki yo'q manbalar sifatida foydalanilmagan.

**Asosiy ma'lumotlar manbalarini tizimli qidirish quyidagi ma'lumotlar bazalarini o'z ichiga oladi:**

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

Тавсияларни олиш ва 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 ескирган ҳолларда. Маълумотлар базаларида рандомизацияланган бошқариладиган синовлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар ва коҳорт тадқиқотлари учун қўшимча қидирув ўтказилди:

<http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>,  
<http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> va boshqalar.

Topilgan manbalar sifatini tanqidiy baholash klinik ko'rsatmalarning zamonaviyligi, 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.** Protokolning yakuniy tavsiyalari 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 xorijiy klinik ko'rsatmalar mualliflari dalillar darajasining boshqa o'lovlaridan 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 protokolga yanada ishonchli ilmiy ma'lumotlar asosida tuzilgan tavsiyalarni kiritdi.

Protokol ichki va tashqi ekspertlar tomonidan hujjatlashtirilgan. Agar tavsiyalarning dalillar bazasi taqrizchi/ekspert fikridan kuchliroq bo'lsa yoki maqsadli sog'liqni saqlash sharoitida foydalanish uchun maqbulroq bo'lsa, ishchi guruh a'zolari sharhlovchilarning takliflarini rad etish huquqini saqlab qolishadi.

Protokolning yakuniy tahririni shakllantirishda bayonnoma loyihasi oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston akusher-ginekologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari (RIOvaBIATM DM xududiy filiallari va ularning o'rinbosarlari), viloyat akusherlik tizimi muassasalari shifokorlari, keng doiradagi mutaxassislar muhokamasiga taqdim etildi. Muhokama uchun bayonnoma loyihasi bilan RIOvaBIATM davlat muassasasining rasmiy veb-sayti <https://akusherstvo.uz/> va telegram kanalida tanishish mumkin. Fikr-mulohaza elektron pochta orqali standart fikr-mulohaza varaqasini to'ldirish bilan qabul qilindi. Bayonnoma loyihasining yakuniy muhokamasi va uning yakuniy versiyasini shakllantirish ishchi guruh, sharhlovchilar, JSST eksperti va keng doiradagi manfaatdor mutaxassislar ishtirokida norasmiy konsensusga erishish orqali onlayn tarzda o'tkazildi.

Ushbu klinik protokolning tavsiyalarida barcha ma'lumotlar ushbu muammo bo'yicha tadqiqotlar soni va sifatiga qarab tavsiyalarning ishonchlilik darajasi (TID) ga qarab tartiblangan.

### 3.5 Ko'p homiladorlikni boshqarishda amaliy ko'nikmalar kompetentsiyalari (task shifting)

|  |                        |   |                           |
|--|------------------------|---|---------------------------|
|  | <b>Hamshira / doya</b> | <b>KTOP oilaviy shifokori (bakalavr darajasi)</b> | <b>Akusher-ginekolog/</b> |
|--|------------------------|---|---------------------------|



|  |   |   | <b>boshqa turdosh mutaxassislar</b> |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <b>Shikoyatlar va anamnez</b>  |   |   |                                     |
| Bemordan shikoyatlarni to'plash qobiliyatini namoyish etish  | + | + | +                                   |
| Bemorning anamnezini yig'ishda ko'p homiladorlik belgilari haqidagi bilimlarni qo'llash                              | + | + | +                                   |
| Ko'p homiladorlik alomati bo'lgan bemorlarning to'liq tibbiy tarixini shakllantirish.                                |   | + | +                                   |
| Ko'p homiladorlikning asoratlari uchun xavf omillarini baholash  | + | + | +                                   |
| <b>Fizikal ko'rik</b>  |   |   |                                     |
| Antropometrik ma'lumotlarni o'lchashda vakolatni namoyish etish  | + | + | +                                   |
| Hayotiy belgilarni o'lchash qobiliyatini namoyish etish (puls, qon bosimi, ong, nafas olish, harorat)                | + | + | +                                   |
| Protokol tavsiyalariga muvofiq bemorni har tomonlama fizikal tekshiruvdan o'tkazishda kompetentsiyani namoyish etish |   | + | +                                   |
| Ko'p homiladorlik bilan og'rigan bemorlarni tekshirishda kompetentsiyani namoyish etish                              |   | + | +                                   |
| <b>Tashxis qo'yish</b>   |   |   |                                     |
| XKT 10/11 asosida ko'p homiladorlik tashxisini qo'yish   | + | + | +                                   |
| <b>Laborator diagnostikasi</b>   |   |   |                                     |
| Bazaviy laborator tahlillarini tayinlash:  | + | + | +                                   |
| Bazaviy laborator tahlillari natijalarini talqin qilish  |   | + | +                                   |
| Qo'shimcha laborator tahlillarini tayinlash:   |   | + | +                                   |
| Qo'shimcha laborator tahlillari natijalarini talqin qilish   |   | + | +                                   |
| <b>Instrumental diagnostika</b>  |   |   |                                     |
| Bazaviy instrumental tadqiqotlarni tayinlash   | + | + | +                                   |
| Bazaviy instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish  |   | + | +                                   |
| Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar tayinlash  |   | + | +                                   |
| Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar natijalarini talqin qilish   |   | + | +                                   |
| <b>Davolash</b>  |   |   |                                     |
| Dori-darmonsiz davolash hajmini aniqlash   | + | + | +                                   |
| Protokol tavsiyalariga muvofiq dori-darmon bilan davolanishni tayinlash  |   | + | +                                   |
| Jarrohlik aralashuvlari hajmini aniqlash   |   |   | +                                   |
| Protokolga muvofiq jarrohlik aralashuvlarini o'tkazishdagi kompetentsiyalar  |   |   | +                                   |
| <b>Profilaktika</b>  |   |   |                                     |
| Xulq-atvorni yaxshilash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha vakolatlar                                | + | + | +                                   |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Dori-darmonlarni davolashga rioya qilishni yaxshilash bo'yicha kompetentsiyalar | + | + | + |
|---|---|---|---|

### 3.6 Ko'p homiladorlikni boshqarishda bilim kompetentsiyalari (task shifting)

|   | Hamshira / doya | KTOP oilaviy shifokori (Bakalavr darajasi) | Akusher-ginekolog/ boshqa turdosh mutaxassislar |
|---|-----------------|--|---|
| Ko'p homiladorlikni aniqlash  | +               | +  | +   |
| Shikoyatlarni, asoratlar uchun xavf omillarini va ko'p homiladorlik bilan bog'liq alomatlarini tavsiflash                   | +               | +  | +   |
| Ko'p homiladorlik bilan bog'liq terminologiyani tavsiflash  |                 | +  | +   |
| XKT 10/11 ga muvofiq ko'p homiladorlikni tasniflash   | +               | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikning patofiziologik mexanizmlarini tavsiflash  |                 | +  | +   |
| Ko'p homiladorlik uchun xavf omillarini tavsiflash  |                 | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikda kasallik tarixini yig'ish sxemasini tasvirlash  | +               | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikda fizik tekshiruvga yondashuvlarni tasvirlash   | +               | +  | +   |
| Etiologiya, alomatlar va tadqiqotlar asosida ko'p homiladorlik tashxisiga yondashuvni yaratish                              | +               | +  | +   |
| Asosiy tahlillar va instrumental tadqiqotlar talqini  |                 | +  | +   |
| Terapiyaga yondashuvni yaratish   |                 | +  | +   |
| Dori darmonsiz terapiyani tasvirlash  | +               | +  | +   |
| Dori terapiyasini tavsiflash  |                 | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikda ishlatiladigan turli xil dorilarning ta'sir mexanizmi, ko'rsatkichlari va yon ta'sirini muhokama qilish |                 | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikdagi patofiziologik o'zgarishlarni muhokama qilish   |                 | +  | +   |
| Ko'p homiladorlikning asoratlarini oldini olish chora tadbirlarini bilish   | +               | +  | +   |

## 4. Adabiyotlar ro'yxati.

Клинические рекомендации (протокол лечения) "Многоплодная беременность". Москва, 2024 г.

1. Management of Monochorionic Twin Pregnancy. Royal College of Obstetricians and Gynecologists 2016 (2023)
2. Twin and triplet pregnancy. National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2024
3. Multiple Birth Delivery. National Library of Medicine. 2024
4. Bennasar M., Eixarch E., Martinez J.M., Gratacós E. Selective intrauterine growth restriction in monochorionic diamniotic twin pregnancies. Semin Fetal Neonatal Med. 2017; 22(6):376–82. <https://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.05.001>.

5. Committee Opinion No 700: Methods for Estimating the Due Date. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(5):e150–4. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002046>.
6. Khalil A., Rodgers M., Baschat A., Bhide A., Gratacos E., Hecher K., et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; 47(2):247–63. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.15821>.
7. V. Stagnati, C. Zanardini, A. Fichera, G. Pagani, R.A. Quintero R.B. et al. Early prediction of twin-to-twin transfusion syndrome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obs Gynecol* 2017. 49AD; :573–82.
8. Audibert F., Gagnon A. No. 262-Prenatal Screening for and Diagnosis of Aneuploidy in Twin Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017; 39(9):e347–61. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.06.015>.
9. Management of Monochorionic Twin Pregnancy: Green-top Guideline No. 51. *BJOG.* 2017; 124(1):e1–45. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14188>.
10. Edwards L., Hui L. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018; 23(2):102–11. <https://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2017.11.005>.
11. Jahanfar S., Ho J.J., Jaafar S.H., Abraha I., Nisenblat V., Ellis U.M., et al. Ultrasound for diagnosis of birth weight discordance in twin pregnancies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012553>.
12. Algeri P., Frigerio M., Lamanna M., Petrova P.V., Cozzolino S., Incerti M., et al. Selective IUGR in dichorionic twins: what can Doppler assessment and growth discordancy say about neonatal outcomes? *J Perinat Med.* 2018; 46(9):1028–34. <https://dx.doi.org/10.1515/jpm2017-0253>.
13. Glinianaia S. V, Rankin J., Khalil A., Binder J., Waring G., Sturgiss S.N., et al. Prevalence, antenatal management and perinatal outcome of monochorionic monoamniotic twin pregnancy: a collaborative multicenter study in England, 2000-2013. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 53(2):184–92. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.19114>.
14. Mackie F.L., Morris R.K., Kilby M.D. The prediction, diagnosis and management of complications in monochorionic twin pregnancies: The OMMIT (Optimal Management of Monochorionic Twins) study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17(1):1–5. <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1335-3>.
15. Mackie F.L., Rigby A., Morris R.K., Kilby M.D. Prognosis of the co-twin following spontaneous single intrauterine fetal death in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *BJOG.* 2019; 126(5):569–78. <https://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.15530>.
16. Khalil A., Beune I., Hecher K., Wynia K., Ganzevoort W., Reed K., et al. Consensus definition and essential reporting parameters of selective fetal growth restriction in twin pregnancy: a Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 53(1):47–54. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.19013>.
17. Morin L., Lim K. No. 260-Ultrasound in Twin Pregnancies. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017; 39(10):e398–411. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.014>
18. Vitucci A., Fichera A., Fratelli N., Sartori E., Prefumo F. Twin Reversed Arterial Perfusion Sequence: Current Treatment Options. *Int J Womens Health.* 2020; 12:435–43. <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S214254>.
19. Saccone G., Berghella V., Locci M., Ghi T., Frusca T., Lanna M., et al. Inpatient vs outpatient management and timing of delivery of uncomplicated monochorionic monoamniotic twin pregnancy: the MONOMONO study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 53(2):175–83. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.19179>.
20. Kang X., Shelmerdine S.C., Hurtado I., Bevilacqua E., Hutchinson C., Mandalia U., et al. Postmortem examination of human fetuses: comparison of two-dimensional ultrasound with invasive autopsy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2019; 53(2):229–38. <https://dx.doi.org/10.1002/uog.18828>.

21. FIGO Working Group on Good Clinical Practice in Maternal-Fetal Medicine. Good clinical practice advice: Management of twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019; 144(3):330– 7. <https://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12742>.