

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



«Нормал ҳомиладорлик»
миллий клиник баённома

ТОШКЕНТ 2021 й.

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо

Нормал (физиологик,
асоратланмаган) ҳомиладорлик

Ҳужжатнинг номи

Нормал (физиологик,
асоратланмаган) ҳомиладорлик
миллий клиник баённомаси

**Тиббий ёрдам кўрсатиш
босқичлари**

Ўзбекистон Республикаси туғруққа
кўмаклашиш тизимининг
муассасалари (бирламчи тиббий-
санитария ёрдами ва стационарлар)

Ишлаб чиқиш санаси

24.07.2021

**Режалаштирилган янгилаш
санаси**

2024 йилда ёки янги асосий далиллар
пайдо бўлганда.

Мурожаат учун

Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани,
Мирзо-Улуғбек кўч., 132^А.
Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83
E-mail: obs-gyn@mail.ru

Мундарижа

Ишчи гуруҳ таркиби	5
Кириш	7
Қисқартмалар рўйхати	8
Таърифи, этиология, эпидемиологияси	8
КХТ -10 бўйича кодлари	8
Ташхислаш	9
Ташхис қўйиш мезонлари.....	9
Шикоят ва анамнези.....	9
Физикал текширув.....	11
Лаборатор диагностик текширувлар	14
Инструментал диагностик текширувлар	18
Диагностик текширувларнинг бошқа турлари	20
Даволаш	21
Нормал ҳомиладорлик мобайнида пайдо бўлган шикоятларни бартараф қилишнинг номедикаментоз усуллари	21
Нормал ҳомиладорлик мобайнида пайдо бўлган шикоятларни бартараф қилишнинг медикаментоз усуллари	22
Витаминлар ва озукавий қўшимчалар тавсия қилиш	22
Реабилитация	24
Профилактика	24
Ҳомиладорлик асоратларини олдини олиш учун хавф омилларини истисно қилиш бўйича тавсиялар	24
Нормал кечувчи мазкур ҳомиладорликда акушерлик ва перинатал хавфнинг юқори гуруҳига кирувчи ҳомиладорларда асоратлар ривожланишини медикаментоз профилактикаси.	26
Ҳомиладорлик вақтида вакцинация	27
Тиббий ёрдамни ташкиллаштириш	29
Тиббий ёрдам сифатини мезонлари	29
Адабиётлар рўйхати	31
Илова 1. Баённома ишлаб чиқиш услубиёти	36
Илова 2. Нормал ҳомиладорликни олиб бориш бўйича умумлаштирилган жадвал	38
Илова 3. Ҳомиладорлик даврида ТЭА хавфини баҳолаш	44
Илова 4. Ҳомиладор учун маълумот	45
Илова 5. Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш	47

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.

Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор

Надырханова Н.С., т.ф.д.

Уринбаева Н.А., т.ф.д.

ССВни Бош акушер-гинеколог

РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари

РИАГИАТМ, директор

РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор

Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор

Алиева Д.А., т.ф.д., профессор

Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор

Каримов З.Д., т.ф.д., профессор

Иргашева С.У., т.ф.д.

Матякубова С.А., т.ф.д.

Абидов А.К., т.ф.д.

Нишанова Ф.П., к.м.н.

Микиргичев К.Д., к.м.н.

Ашурова В.И., к.м.н.

Сапаров А.Б., к.м.н.

Абидов А.К., к.м.н.

Бабажанова Ш.Д., к.м.н.

Тараян С.К., к.м.н.

Умарова Н.М., к.м.н.

Мухамедова У.Ю., к.м.н.

Джураев Ф.С.

Арифханова З.А.

Абдураимов Т.Ф.

Насретдинова Д.Б., т.ф.н.

Гаффаров Ф.Б.

Курбанов П.Х.

Суяркулова М.Э., т.ф.н.

Шодмонов Н.М., т.ф.н.

Норкулова М.А., т.ф.н.

Бабажанов М.А.

Хамроева Л.К.

Садыкова Х.З.

Бахранова Н.Р.

Джуманов Б.А., т.ф.н.

Мухитдинова И.Н., т.ф.н.

Дустмуродов Б.М.

РПМ

РПМ

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

Тошкент ШПМ, директор

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ Хоразм филиали, директор

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

РПМ

РПМ, анестезиолог-реаниматолог

РПМ

РПМ

РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог

РПМ

РИАГИАТМ

РИАГИАТМ Андижон филиали, директор

РИАГИАТМ Навоий филиали, директор

РИАГИАТМ Сурхандарё филиали, директор

РИАГИАТМ Фарғона филиали, директор

РИАГИАТМ Жиззах филиали, директор

РИАГИАТМ Қашқадарё филиали, директор

РИАГИАТМ ҚР филиали, директор

РИАГИАТМ Самарқанд филиали, директор

РИАГИАТМ Сирдарё филиали, директор

РИАГИАТМ Бухоро филиали, директор

РИАГИАТМ Тошкент филиали, директор

РИАГИАТМ Наманган филиали, директор

РИАГИАТМ Сурхондарё №2 филиали, директор

Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташкиллаштириш бўлими бошлиғи

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

<i>РИАГИАТМ</i>	–	<i>Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази</i>
<i>РПМ</i>	–	<i>Республика перинатал маркази</i>
<i>ШПМ</i>	–	<i>Шаҳар перинатал маркази</i>
<i>ТХКМРМ</i>	–	<i>Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази</i>

Техник ёрдам:

UNFPA нинг Ўзбекистондаги ваколатхонаси.

Рецензентлар:

Юсупбаев Р.Б.

РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим,
Илмий кенгаш котиби

Каримова Ф.Д.

ТХКМРМ, т.ф.д., профессор, Акушерлик ва
гинекология №2 кафедраси мудири

Клиник баённома 2021 йил «29» июлда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 7-сонли баённома.

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

Кириш.

Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:

Клиник баённомада ишлаб чиқиладиган пайтда амалда бўлган далилларга мувофиқ умумий тавсиялар тақдим этилган.

Амалий фаолиятда мазкур баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинадиган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни ҳужжатлаштиришлари керак бўлади:

- ким томонидан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан четга чиқиш тўғрисидаги қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Кўрсатмалар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, демак, шифокорлар ҳурмат билан конфиденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, ҳомиладор аёлларнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Ҳомиладор аёлга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки муолажаларни ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ўрнатилган тартибда ҳомиладорларни олиб бориш тактикаларини ҳужжатлаштириш.
- **Клиник қўлланманинг мақсади:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, нормал ҳомиладорлик(физиологик, асоратланмаган)ни олиб боришда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: ҳомиладорлик даври нормал кечган аёллар (физиологик, асоратланмаган).

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:

1. акушер-гинекологлар;
2. неонатологлар;
3. лаборантлар;
4. умумий амалиёт шифокорлари;
5. акушеркалар (доялар);
6. клиник фармакологлар;
7. ОТМ талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, ўқитувчилари

Қисқартмалар рўйхати:

АҚБ	Артериал қон босими
БТБ	Бачадон туби баландлиги
ГҚД	Гестацион қандли диабет
ДТЎ	Думғаза-тепа ўлчами
ЁРТ	Ёрдамчи репродуктив технологиялар
ИПВ	Инсон папиллома вируси
ИЦЕ	Истмико-цервикал етишмовчик
КТГ	Кардиотокография
ҚА	Қорин айланаси
МОТ	Муддатидан олдинги туғруқ
НЖЙВОК	Нормал жойлашган йўлдошни вақтидан олдин кўчиши
НИПС	Ноинвазив пренатал скрининг
НМГ	Низкомолекуляр гепаринлар
ОГВ	Оддий герпес вирус
ОИВ	Ортирилган иммун танқислик вируси
ПГТТ	Перорал глюкозотолерант тест
ПЭ	Презклампсия
РАРР-А	Плазма протеини А, ҳомиладорлик билан асоциирланган
ТВИ	Тана вазни индекси
ТТГ	Тиреотроп гормон
ТЭА	Тромбоэмболик асоратлар
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ЦМВ	Цитомегаловирус
ЮҚС	Юрак қисқаришлар сони
НСV	Вирусли гепатит С

Таърифи:

- **Нормал ҳомиладорлик** – бир ҳомилали, ривожланиш нуқсони ва генетик патологиясиз, 37-41⁶ хафта давом этувчи, акушерлик ва перинатал асоратларсиз кечувчи ҳомиладорлик.

Этиология.

Нормал ҳомиладорлик ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан (ЁРТ) кейин рўй бериши мумкин.

Эпидемиология.

ЖССТнинг маълумотларга кўра ҳомиладорлиги нормал (физиологик, асоратланмаган) кечган аёллар 80-85% ни ташкил қилади.

Касалликлар халқаро таснифи-10 кодлари:

Z32.1	Тасдиқланган ҳомиладорлик
Z33	Ҳомиладорликка хос бўлган ҳолат

Z34.0	Биринчи нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z34.8	Бошқа нормал ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.0	Анамнезида бепуштлик бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.1	Анамнезида аборт билан яқунланган ҳомила тушиши бўлган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.2	Туғруқ ва акушерлик муаммоларига тегишли бошқа асоратланган анамнези бўлган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.3	Анамнезида туғруқдан олдинги етарли ёрдам олмаган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.4	Кўп туғувчи аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.5	Ёши катта илк туғувчини кузатиш
Z35.6	Жуда ёш илк туғувчини кузатиш
Z35.7	Ижтимоий муаммо натижасида юқори хавф гуруҳи тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z35.8	Бошқа юқори хавф тасдиқланган аёлда ҳомиладорликни кузатиш
Z35.9	Сабаби аниқланмаган юқори хавф тасдиқланган аёлларда ҳомиладорликни кечишини кузатиш
Z36.0	Хромосом аномалияларни аниқлаш учун антенатал скрининг
Z36.3	Ривожланиш нуқсонларини аниқлаш учун ультратовуш ва бошқа физикал усуллар ёрдамида антенатал скрининг

Диагностика.

Ташхис қўйиш мезонлари:

Нормал ҳомиладорлик кичик чаноқ аъзолари ва ҳомилани ультратовуш текширувида бачадон бўшлиғида битта ҳаётга лаёқатли, ривожланиш нуқсонларисиз эмбрион/ҳои́ла (эмбрион/ҳои́ла юрак уриши аниқланганда) ташхисланади.

Шикоятлари ва анамнез.

Анамнез йиғишда ҳомиладорнинг қуйидаги маълумотларини жамлаш керак:

- ёши,
- касбий зарарнинг мавжудлиги,
- зарарли одатларнинг мавжудлиги (чекиш, алкоголь, наркотик препаратлар),
- оилавий анамнези (1-авлод қариндошларида қандли диабет, ТЭА, гипертония касаллиги, руҳий касалликлар, акушерлик ва перинатал асоратлар борлигини кўрсатиш),
- менструация характери (менархе ёши, менструал циклнинг давомийлиги ва даврийлиги, менструал қон кетишининг давомийлиги, оғриқлилиги),
- акушерлик анамнези (анамнезида ҳомиладорлик ва туғруқлар сони ва натижалари, ҳомиладорлик, туғруқ ва/ёки абортлар асоратларининг мавжудлиги, антропометрик кўрсаткичлар, туғилган фарзандларининг саломатлиги, ҳомиладорликка эришиш усули – ўз-ўзидан ёки ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейин),
- ўтказган ва мавжуд гинекологик касалликлари, кичик чаноқ аъзоларидаги жаррохлик амалиётлари, ўтказган ва мавжуд соматик касалликлар (хусусан, болалар инфекциялари, юрак қон томир касалликлари, буйрак касалликлари, эндокрин касалликлар, аллергия касалликлар, ТЭА ва бошқалар),
- анамнезида травма, жаррохлик аралашувлари, қон қуйиш амалиётлари мавжудлиги,

- аллергия реакциялар,
- қабул қилаётган дори воситалари,
- эри/жинсий хамроҳининг ёши ва саломатлигини ҳолати, унинг қон гуруҳи ва резус омили, касб зарарлари ва зарарли одатларинг мавжудлиги.

Нормал ҳомиладорликка хос шикоятлар:

- **Кўнгил айниши ва қайт қилиш** ҳар 3-ҳомиладорларда учрайди. 90% ҳолларда ҳомиладорда кўнгил айниши ва қусиш ҳомиладорликнинг физиологик белгиси ҳисобланса, 10% ҳолларда - ҳомиладорликнинг асорати сифатида бўлади. Нормал ҳомиладорликда қусиш кунига 2-3 мартадан кўп бўлмаган ҳолларда, кўпинча оч қоринга бўлади ва беморнинг умумий аҳволига таъсир қилмайди. Кўпгина ҳолларда кўнгил айниш ва қусиш ҳомиладорликнинг 16-20 хафталигига қадар ўз-ўзидан тўхтайдиган ва натижасини ёмонлаштирмайди.
- **Масталгия** ҳомиладорлик пайтида одатий симптом бўлиб, кўпчилик аёлларда ҳомиладорликнинг 1 триместрида учрайди ва гормонал ўзгаришлар туфайли сут безларининг шиши ва қаттиқлашиб кетиши билан боғлиқ.
- **Ҳомиладорлик пайтида қориннинг пастки қисмида оғриқ** нормал бўлиши мумкин, масалан, бачадоннинг катталашиши натижасида бачадон боғламларининг тортилиши (қорин пастки қисмида симилловчи ёки тўсатдан санчувчи оғриқлар) ёки ҳомиладорликнинг 20-хафтасидан кейин Брекстон-Гиггснинг туғруққа тайёргарлик дардлари (қорин пасткида бачадон тонуси билан кечувчи, бир дақиқагача давом этадиган, нерегуляр тортувчи оғриқлар).
- **Жиғилдон қайнаши** (гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги) ҳомиладорликда 20-80% ҳолларда учрайди. Кўпинча ҳомиладорликнинг 3 триместрида ривожланади. Жиғилдон қайнаши пастки қизилўнгач сфинктерининг бўшашиши, қизилўнгач ички босимининг пасайиши, қорин ва ошқозон ичи босимининг бир вақтнинг ўзида ошиши туфайли пайдо бўлади, бу ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак таркибининг қизилўнгачга қайта ҳайдалишига олиб келади.
- **Қабзият** - ҳомиладорлик пайтида энг кенг тарқалган ичак патологияси, 30-40% ҳолларда учрайди. Қабзият йўғон ичак пассажининг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, ич келиши ҳафтасида 3 мартадан кам кузатилади. Уларга қуйидаги белгиларнинг камида биттаси хамроҳ бўлади: ичакларнинг тўлиқ бўлмаган бўшатилиш ҳисси, нажаснинг оз миқдорда ва зич консистенцияда бўлиши, дефекация вақтида кучаниш. Ҳомиладорлик пайтида қабзият ривожланишининг сабабларига прогестерон миқдорининг ошиши, мотилин концентрациясининг камайиши ва қон айланишининг ўзгариши ва ичакнинг нейрогуморал регуляцияси киради.
- Тахминан 8-10% аёлларда ҳар ҳомиладорлик пайтида **геморрой** ривожланади. Ҳомиладорлик пайтида геморрой ривожланишининг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: бачадон томонидан ичак деворларига босим таъсири, портал вена тизимидаги димланиш, қорин ички босимининг кўтарилиши, бириктирувчи тўқималарнинг туғма ёки орттирилган заифлиги, туғри ичак иннервацияси бузилиши.
- **Варикоз касаллиги** ҳомиладор аёлларнинг 20-40 фоизида ривожланади. Ҳомиладорлик даврида варикоз кенгайиш ривожланишининг сабаби оёқларда веноз босимнинг кўтарилиши ва прогестерон, релаксин ва бошқа биологик фаол моддаларнинг вена томирлар деворига бўшаштирувчи таъсир кўрсатиши.
- **Қин оқмалари** ҳомиладорлик пайтида одатий белги бўлиб, қинда қичишиш, оғриқ, ёмон ҳид ёки дизурия белгиларисиз кечади ва аксарият аёлларда учрайди.
- **Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғи** 36-61% ҳоллада учрайди. Бел оғриғи бўлган аёллар орасида оғриқнинг 47-60% биринчи навбатда ҳомиладорликнинг 5-7-ойларида учрайди. Ҳомиладорлик пайтида бел оғриғининг энг кенг тарқалган

сабаби, бу қорин катталашиши сабабли бел соҳасига оғирлик тушиши ва релаксин таъсирида мушак тонусининг пасайишидир.

- Ҳомиладорлик пайтида қов оғриғи 0,03-3% ни ташкил қилади ва одатда ҳомиладорликнинг кечки муддатларида бошланади.
- **Ҳомиладорлик пайтида биллак канали синдроми (карпал туннел синдроми)** 21-62% ҳолларда биллак каналида ўрта нервнинг босилиши натижасида ривожланади ва туртки ҳисси, ёнувчи оғриқ, қўлда сезувчанликни йўқолиши, шунингдек панжаларда сезги ва мотор функциясининг пасайиши билан кечади.

Физикал текширув.

2А	Ҳомиладорнинг биринчи ташрифидо охирги ҳайз кўриши ва ултратовуш текширувига (УТТ) қараб ҳомиладорлик муддатини, тахминий туғиш вақтини аниқлаш тавсия этилади.
-----------	---

УТТ - бу ҳомиладорлик давомийлигини аниқлашнинг аниқ усули ҳисобланади. Охирги ҳайз кўриш муддатини ҳисоблаганда, охирги ҳайзнинг биринчи кунига 280 кун (40 ҳафта) қўшинг (28 кунлик ҳайз цикли билан). Менструал циклнинг бошқа давомийлиги билан, туғруқ муддатини ҳисоблаш учун узокроқ цикл бўлса, ҳомиладорлик муддатини ошириш ва қисқароқ цикл билан қисқартириш йўналишида ўзгартиришлар киритиш керак. Ҳомиладорлик ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида юзага келганида, туғиш муддатини ҳисоблаш эмбрионнинг кўчирилиш санаси бўйича амалга оширилиши керак (кўчириш санаси "қўшиш" 266 кун (38 ҳафта) "минус" эмбрион етиштириш даврига тенг бўлган кунлар сони).

2В	Ҳомиладорликнинг 1-триместридаги ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомиланинг думғаза-париетал ўлчамининг (ДПЎ) кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг кечки босқичларида ултратовуш маълумотларига кўра, ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш учун ҳомила бошининг айлана ўлчами кўрсаткичларидан фойдаланиш тавсия этилади (ДПЎ>84 мм билан).
-----------	---

Ҳомиладорликнинг 1 -триместрида ултратовуш текширувидан ўтмаган бўлса, охирги ҳайз кўриш санаси ҳақидага маълумотга эга бўлмаса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати бошқа ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши мумкин. Агар 11-14 ҳафтада қилинган ултратовуш текшируви санаси ва охирги ҳайз кўриш бўйича кун фарқи 5 кундан ортиқ бўлса, ҳомиладорлик ва туғруқ муддати ултратовуш текширувига мувофиқ белгиланиши керак.

5С	Биринчи ташрифда ҳомиладорнинг тана вазнини, бўйини ўлчаш ва ТВИ ни ҳисоблаш (тана вазнини кг/м ²), ҳомиладорнинг кейинги барча ташрифларида вазн ортиши динамикасини кузатиш тавсия этилади.
-----------	---

ТВИ ҳомиладорлик пайтида вазн ортиши акушерлик ва перинатал натижаларга катта таъсир кўрсатади. Биринчи триместрда тавсия этилган ҳафталик вазн ортиши ҳафтасига 0,5-2 кг дан ошмайди. Тана вазнининг ошиши, ҳомиладорлик даврига хос бўлган суюқлик (шиш) тўпланиши билан боғлиқ (1 -жадвал).

1-жадвал. ТВИ асосида тавсия қилинадиган ҳафталик ва умумий вазн кўшилиши

Ҳомиладорликгача бўлган ТВИ	Умумий вазн ортиши (кг)	Ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида вазн
-----------------------------	-------------------------	--

		ортишининг тезлиги (кг/хафтасига)
Кам вазнли (<18,5 кг/м ²)	12,5 - 18	0,51
Нормал вазн (18,5 – 24,9 кг/м ²)	11,5 - 16	0,42
Ортиқча вазн (25,0 – 29,9 кг/м ²)	7 - 11,5	0,28
Семизлик (≥30 кг/м ²)	5 - 9	0,22

5C

Ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида қон босими ва пульсни ўлчаш тавсия этилади

Ҳомиладорликда гипертоник асоратларини эрта ташхислаш мақсадида қон босимини мунтазам ўлчаш ўтказилади.

4C

Прееклампсия (ПЭ) хавфи юқори бўлган ҳомиладорга ҳомиладорлик пайтида ҳар куни қон босимини кузатиб бориш тавсия этилади

ПЕ ривожланишнинг юқори хавфи гурухига анамнезида эрта ва/ёки оғир ПЕ билан оғриган беморлар киради.

4C

Ҳомиладорнинг 1- ташрифида сут безларини пальпация қилиш тавсия қилинади. Агар сут безларида тугунлар топилса, беморни онколог билан маслаҳатлашишга юбориш тавсия этилади.

Кўкрак безлари палпацияси кўкрак беzi саратонини аниқлаш учун ўтказилади.

5C

Ҳомиладорлик пайтида сут безларини мунтазам равишда пальпация қилиш тавсия этилмайди

4C

Ҳомиладорнинг биринчи ташрифида гинекологик текширувдан ўтиш тавсия қилинади.

Ҳомиладорлик пайтида гинекологик текширувга ташқи жинсий аъзоларни визуал текшириш, кўзгуда кин ва бачадон бўйни текшируви, бимануал вагинал текширув орқали бачадоннинг катталиги, консистенцияси, ҳаракатчанлиги ва оғриқлиги ва бачадон ортиқларини аниқлаш киради.

4C

Кўрсатмасиз ҳомиладорни такрорий гинекологик текширувдан ўтказиш тавсия этилмайди.

Қайта гинекологик текширувлар кўрсатмаларга мувофиқ – шикоят борлигида, истмик-бачадон бўйни етишмовчилиги (ИББЕ) ва муддатдан олдинги туғруқ белгилари бўлганда, ИББЕни билишда, ҳомила бошининг чаноқ ўлчамларига мослигини аниқлашда ўтказилади.

2B

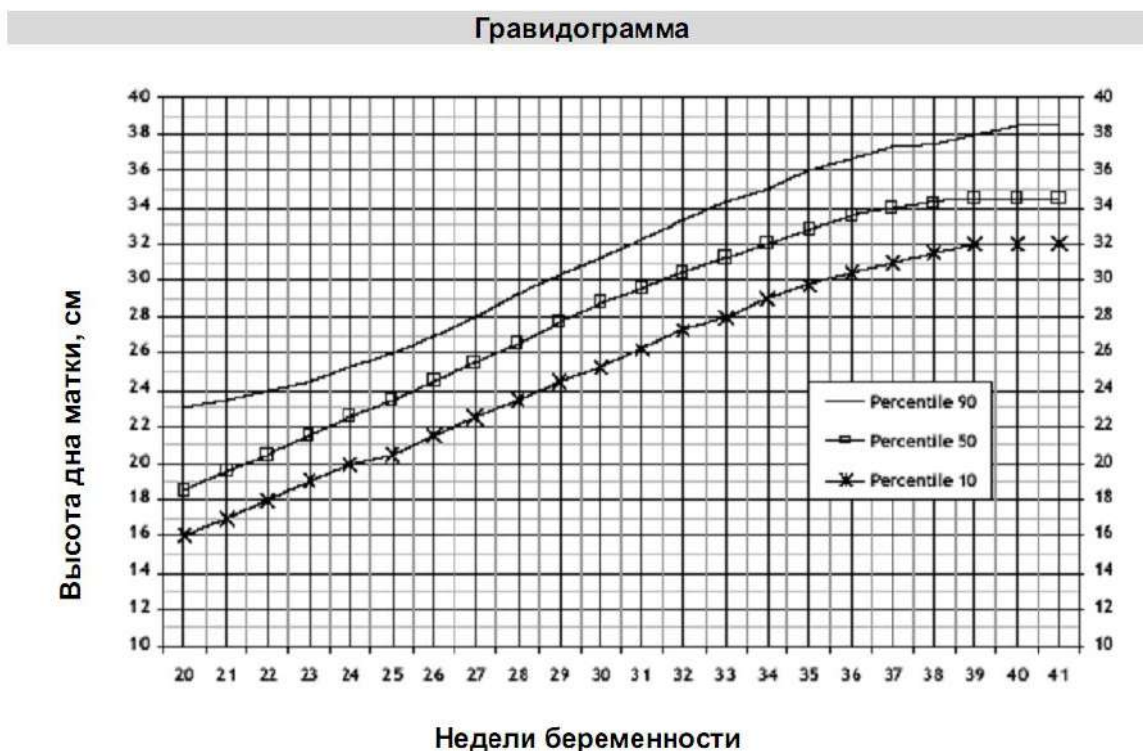
Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида қорин айланаси (ҚА), бачадон тубининг баландлиги (БТБ) ўлчамлари ва гравидограммани олиб бориш тавсия этилади.

2-жадвал. БТБнинг ҳомиладорлик муддатига мос келиши

Ҳомиладорлик муддати	БТБ
20-21 ҳафта	18-24 см
22-23 ҳафта	21-25 см
24-25 ҳафта	23-27 см
26-27 ҳафта	25-28 см
28-29 ҳафта	26-31 см
30-31 ҳафта	29-32 см
32-33 ҳафта	31-33 см
34-35 ҳафта	32-33 см
36-37 ҳафта	32-37 см
38-39 ҳафта	35-38 см
40-42 ҳафта	34-35 см

Агар гравидограмма бўйича БТБ 10 - перцентилдан паст ёки 90 - перцентилдан юқори бўлса, ҳомиланинг ривожланишини баҳолаш ва амниотик суюқлик миқдорини аниқлаш учун ултратовуш текшируви зарур.

1-чизма. Гравидограмма.



2B

Ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталигидан кейин ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ҳомила ҳолатини ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш тавсия этилади

Ҳомиланинг ҳолати ва уни олдинда келувчи қисмини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини аниқлаш мақсадида қўлланилади.

5C	Ҳомиланинг нотўғри жойлашувига гумон қилинса ва/ёки олдинда келувчи қисмини аниқлаш учун, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.
----	---

4C	Ҳомиладорликнинг 20 ҳафталигидан кейин аёлнинг ҳар бир ташрифида акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан кейин ҳомиланинг ҳаётӣ фаоллигини тасдиқлаш учун фетал доплер ёрдамида ҳомиланинг юрак уриш (ҲЮУ) тезлигини аниқлаш тавсия этилади.
----	---

Ҳомиланинг юрак уриш тезлиги (тахикардия, брадикардия, аритмия) бузилса, ҳомиладорни ултратовуш текширувига юбориш тавсия этилади.

5C	Ҳомиладорликнинг 16-20 ҳафталигидан кейин аёлни (ҳомила ҳаракатлари бошланганидан кейин) ҳар бир ташрифида ҳомила ҳаракатининг характери ҳақида сўраш тавсия этилади.
----	---

Ҳомиланинг ҳаракатларини ҳисобга олган ҳолда салбий перинатал натижаларнинг олдини олиш самарадорлиги тўғрисида далиллар йўқ. Агар ҳомиланинг фаоллиги ва/ёки ҳаракат частотасида субъектив пасайиш бўлса, у қўшимча текширув учун дарҳол ихтисослашган шифохонага ёки туғруқхонага мурожаат қилиши лозимлиги ҳақида тавсиялар берилиши керак.

Лаборатор диагностик текширувлар.

1A	Ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синфлари антитаначалари даражасини (бундан буён матнда ОИВ деб аталади) ва р24 антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.
----	--

Эрта текшириш ва инфекцияни аниқлаш ҳомилага инфекцияни ўтишини ўз вақтида даволаш ва олдини олишга ёрдам беради. Учинчи триместрда қайта текширишни ҳомиладорликнинг 36 ҳафталигидан олдин амалга оширилгани маъқул. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун ОИТСни олдини олиш ва унга қарши кураш марказига юборилиши керак.

1B	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртқи антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни аниқлаш тавсия этилади
----	---

Инфекцияни баҳолаш ва аниқлаш янги туғилган чақалокқа туғилишдан кейинги вирус профилактикасини ўтказишни осонлаштиради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

4C	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) қарши М ва G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) антитаначаларни аниқлаш тавсия этилади.
----	--

Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёлда ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун юқумли касалликлар шифокори билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

2B

Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3- триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначаларни (*Treponema pallidum*) аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.

Сифилисни баҳолаш ва ўз вақтида даволаш ҳомиладорликнинг яхши натижаларига ёрдам беради. Агар инфекция аниқланса, ҳомиладор аёл ташхисни тасдиқлаш / инкор қилиш учун дерматовенеролог билан маслаҳатлашишга юборилиши керак.

5C

Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ёки ҳомиладорликнинг 2- триместрида қонда қизилча вирусига G (IgG) ва M (IgM) синф антителаларини бир марта аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.

Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида ўтказилган текширув серонегатив беморларни аниқлаб, уларга инфекция эҳтимоли ҳақида маълумот беради. G синфидаги қизилча иммуноглобулинларининг йўқлиги ёки етарли даражада бўлмаслиги, беморда ҳомиладорлик пайтида қизилча инфекцияси билан касалланиши хавфи бўлиши мумкинлиги тўғрисида маълумот бериш керак.

5C

Ҳомиладорни қонида токсоплазманинг (*Toxoplasma gondii*) G (IgG) ва M (IgM) синф антитаначаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада токсоплазмоз учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. Салбий перинатал натижаларни камайтиришда токсоплазмоз учун антенатал терапия самарадорлигини исботловчи далиллар йўқ. Ҳомиладор аёлга токсоплазмознинг олдини олиш усуллари ҳақида маълумот бериш керак: овқатдан олдин қўлларни ювиш, янги мева ва сабзавотларни ювиш, гўштга иссиқлик билан ишлов бериш, ер билан алоқа қилганда қўлқоп ишлатиш ва ер билан алоқа қилгандан кейин қўл ювиш, мушуклар билан контактни чеклаш.

5C

Ҳомиладорни қонида цитомегаловируснинг (*Cytomegalovirus*) M, G (IgM, IgG) синф антителаларини аниқлашга мунтазам юбориш тавсия қилинмайди.

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада цитомегаловирус инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади. ЦМВ инфекциясининг этиотроп давоси ва ЦМВ инфекциясининг ҳомила ичи юқишининг (онадан болага) профилактикаси мавжуд эмас.

5C

Анамнезида оддий герпес вирусининг қайталаниш аломатлари бор ёки йўқлигидан қатъи назар, ҳомиладорни ҳомиладорлик пайтида қондаги оддий герпес вирусига (*Herpes simplex virus*) антителаларни аниқлаш учун мунтазам равишда юбориш тавсия этилмайди.

Ушбу текширув ўзига хослигининг паст даражада бўлиши, кўпчилик ҳолатларда нотўғри ижобий натижаларга эга бўлиши ва натижада оддий герпес вирусининг инфекцияси учун асосиз терапия ўтказилишига олиб келади.

1B

Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 хафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк (*S. agalactiae*) антигенини аниқлаш учун юбориш тавсия этилади.

Б гуруҳи стрептококкларини ташувчиликни текшириш ва ҳомиладорлик даврида даволаш, туғруқ йўлларининг колонизациясини пасайишига ва бачадон ичи инфекцияси белгиларига эга бўлган болалар туғилишини камайишига олиб келади. В гуруҳ стрептококк антигени аниқланганда, аёлга туғруқ даврида антибиотик профилактикаси буюрилади.

3В	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорларни қин суртмасида микроскопик текшириш ва жинсий аъзолар гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>), трихомонадалар (<i>Trichomonas vaginalis</i>) ва замбуруғларга микроскопик текшириш учун йуланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Барча ҳомиладор аёлларни жинсий йўллар орқали юкувчи инфекциялар кўзгатувчиларини (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*), аниқлаш мақсадида жинсий йўллар шиллик каватидан молекуляр-биологик текшириш учун йуланма бериш мақсадга мувофиқ эмас. Агар аёл куйидагиларга шикоят килса: қинда дискомфорт, қин оқмалари характери ўзгарса, қичима, ачишиш ва қиндан ёқимсиз ҳидли, қин суртмаси микроскопик текширилганда яллиғланишга хос белгилар кузатилса йуланма бериш тавсия қилинади.

1А	Барча ҳомиладор аёлларни қин суртмасида <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Atopobium vaginae</i> , <i>Lactobacillus</i> spp. кўзгатувчиларини ДНКсини аниқлаш ва қин суртмасида бактерияларнинг умумий миклорини ва шартли-патоген генитал микоплазмаларни (<i>Ureaplasma parvum</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Mycoplasma hominis</i>) аниқлашга ПЦР ва молекуляр-биологик текширувлар учун йуланма бериш тавсия қилинмайди.
-----------	--

1А	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш учун сийдик ўрта порциясини бактериал патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йуланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Симптомсиз бактериурия – бу клиник симптомларсиз сийдик ўрта порцияси 1мл микдорда $\geq 10^5$ бактерия колониялари бирлигининг мавжудлиги. Бактерияларни эрта аниқлаш ва даволаш муддатдан олдинги туғруқ хавфини ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдромини, пиелонефрит ривожланиш хавфини камайтиради

1В	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида АВ0 системаси бўйича асосий гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигенини 1 марталик аниқлашга йуланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

1В	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1-ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йуланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса, ҳомиладорликнинг 18-20 ҳафталарида ва 28 ҳафтасида резус антианачаларни аниқлашга йуланма бериш тавсия қилинади.
-----------	---

Агар ҳомиладор аёлда антирезус-антитаначалар аниқланса, аёлга кейинги кузатувлар учун 3-даражали тиббиёт муассасига йуланма бериш зарур. Резус-манфий қонли аёлларни турмуш ўртоғини/хамроҳини резус-омилини аниқлаш лозим. Аёлни турмуш ўртоғи/жинсий хамроҳида резус-фактори манфий қон аниқланса антирезус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас. Агар турмуш

Ўртоғи/жинсий ҳамроҳининг резус-фактори мусбат ёки резус-фактори ноаниқ бўлса онанинг қонидаги ҳомиланинг хужайрадан ташқари ДНК фрагментларини резус-омилини аниқлашни тавсия қилиш лозим. Агар ҳомиланинг қон гуруҳи резус-манфийлиги аниқланса, она қонида резус антитаначаларни аниқлаш шарт эмас.

4C

I (O) қон гуруҳли ҳомиладор аёлларни доимий равишда антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинмайди.

Исботланган базада ABO система бўйича ҳомилада гемолитик касаллик аниқланиши бўйича далиллар йук.

2B

Ҳомиладорнинг 1-ташрифида, ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон таҳлилини аниқлаш учун йўлланма бериш лозим.

Камқонликни эрта аниқлаш ўз вақтида даво чораларини ўтказиш ва салбий перинатал натижалар келиб чиқишини камайишига ёрдам беради. Гемоглобиннинг нормал миқдори I триместрда ≥ 110 г/л, III триместрда – ≥ 105 г/л ташкил қилади. Яширин темир танқислигини тасдиқлаш учун темирни қондаги даражасини аниқроқ кўрсаткичи сифатида зардобда ферретин миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.

3C

Ҳомиладорнинг 1-ташрифида ва ҳомиладорликнинг III триместрида биокимё умумтерапевтик қон таҳлил ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.

Ушбу таҳлил учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Биокимё умумтерапевтик қон таҳлили умумий оқсил, мочевино, креатинин, умумий билирубин, боғланган билирубин, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ) ва глюкоза миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

4C

Ҳомиладор аёлни биринчи ташрифида ва ҳомиладорликни 24-26 ҳафтасида углевод алмашинуви бузилишларини аниқлашни текшириш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.

Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш наҳорда веноз қонда глюкоза ёки гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлашни ўз ичига олади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъёрий глюкоза миқдори $< 5,1$ ммоль/л, гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдори $< 6,5\%$ ни ташкил қилади. Ҳомиладор аёлларда наҳорда веноз қондаги меъёрий глюкоза миқдори $\geq 5,1$ ммоль/л, гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдори $\geq 6,5\%$ ни ташкил қилса аёлни эндокринолог кўригидан ўтказиш тавсия қилинади.

4C

Гестацион қандли диабет юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталигида 75г глюкоза эритмаси ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тестини ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.

Гестацион қандли диабет ривожланишининг юқори хавф гуруҳига ТВИ ≥ 30 кг/м бўлган, анамнезида $\geq 4,5$ кг вазнли чакалок ёки гестацион қандли диабет билан туғруқ содир бўлган бўлса, қандли диабетга асоратланган наслий анамнез мавжуд бўлган аёллар киради.

3C

Ҳомиладорни 1- ташрифида ва туғруқдан олдин (ушбу тадқиқот учун зарур

бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинган) коагулограмма (гемостаз системасини мўлжал тадқиқотлари) ни аниқлаш тавсия қилинади.

Ушбу тадқиқот учун зарур бўлган ишончли далиллар базаси йўқ, лекин у ички амалиётда қабул қилинади. Коагулограммани текшириш қисман фаоллаштирилган тромбопластин вақти (АЧТВ), фибриноген, протромбин (тромбопластин) вақти (ПВ) ва тромбоцитлар миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

2А Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) даражасини 1 марталик аниқлашга йўлланма бериш тавсия қилинади.

ТТГ гормонини миқдорини аниқлаш гипотериозни эрта ташхислаш ва даволаш мақсадида қилинади. Ҳомиладор аёлда ТТГнинг референс миқдори <3,0 МЕ/мл.ни ташкил қилади. Агар $\text{TTH} \geq 3,0$ МЕ/мл.ни ташкил қилса, аёлга эндокринолог кўригига йўлланма бериш тавсия қилинади.

1В Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва II ва III триместрда умумий (клиник) сийдик таҳлили ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади.

4С Ҳомиладорликни 22 хафтасидан сўнг хар ташрифида маҳсус индикатор чизикча ёрдамида сийдикда оксил миқдорини аниқлаш тавсия қилинади.

Протеинурия учун такрорий текширувлар преэклампсия ривожланишининг мезонини яхшилаши бўйича юқори даражадаги далиллар йўқ.

2А Ҳомиладорнинг 1-ташрифида бачадон бўйнидан суртма (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма) ни цитологик текшириш тавсия қилинади.

Ушбу тадқиқот бачадон бўйни саратонини скрининг қилиш мақсадида ўтказилади. Одам папилома вирусига (ОПВ) охириги текширув натижаси манфий чиққан текширувдан 3 йил ўтгандан сўнг ва олдинги цитологик (NILM) текширувлар нормал натижани кўрсатганда ёки охириги текширув натижаси мусбат чиқиб, текширувдан 1 йил ўтгандан сўнг ёки номаълум одам папилома вирусига статусида ёки анамнезида даво чоралари ўтказилганидан қатъий назар бирон бир текширувлар патологик натижаси (ASCUS, LSIL, HSIL) аниқланганда бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан суртма олиш тавсия қилинади.

Инструментал диагностик текширувлар.

5С Ҳомиладор аёл бачадон ўлчамларини (пельвиометрия) ҳомиладорликни III триместрида ўлчаш тавсия қилинади.

Бачадон ўлчамларини аниқлаш туғруқни олиб бориш тактикасини белгилашда катта, аҳамиятга эга.

1А Ҳомиладор аёлни ҳомиладорликни 11-13хафта 6 кун даврида ҳомила муддатини аниқлаш, 1-триместрида скрининг ўтказиш, ва кўп ҳомилаликни ташхислаш учун эксперт диагностик даражасига эга тиббий муассасага УТТ учун юбориш тавсия қилинади.

Аёлга УТТ ҳомиладорликни I-триместрида ҳамда аёл биринчи марта кўриққа ташриф буюрганида, хайз ≥ 7 кунга кечикканида бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш учун ўтказилади. Шунгингдек, ҳомиладорликни I-триместрида эрта преэклампсия белгиларини аниқлаш мақсадида УТТ орқали бачадон артерияларида пульсация индексини ўлчаш тавсия қилинади.

1A	Ҳомиладорликни 18 ҳафтасидан 20 ҳафта 6 кунгача бўлган даврда ҳомила УТТ (II-триместр УТ скрининги) учун, яъни ҳомила ўсишини баҳолаш, ҳомила ривожланишининг чегараланишини эрта формаларини аниқлаш, ҳомила ривожланиш нуқсонларини аниқлаш, экстра эмбрионал структураларни баҳолаш (йўлдош структураси, локализацияси, қалинлиги ва қоғоноқ сувлари миқдори) ва бачадон бўйни УТТси (УТ-цервикометрия) қилиш учун пренатал диагностикани амалга оширувчи тиббиёт муассасасига УТТ учун йўлланма бериш тавсия қилинади.
-----------	--

Ҳомиладорликни II триместрида аускультацияда ҳомила юрак уруши сони аниқланмаса ёки ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

2A	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми, плацента олдинда келиши) ҳавфи юқори гуруҳга кирувчи ҳомиладор ва гравидограммада БТБ ўлчами ҳомиладорлик муддатига мос келмаса ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафтасида йирик ва кам вазнли ҳомилани ва кеч намоён бўлувчи ривожланиш нуқсонларини диагностика қилиш мақсадида УТТ тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорликни III триместрида (34-36 ҳафтадан сўнг) аускультацияда ҳомила юрак уруши сонида ўзгаришлар (тахикардия, брадикардия, аритмия) аниқланса ёки ҳомила юрак уруши аниқланмаса, ҳомилани нотўғри жойлашишига шубҳа қилинганда, олдинда келувчи қисмини аниқлаш ва бачадон ўлчамлари ҳомиладорлик муддатига мос келмаган ҳолларда қўшимча равишда УТТ тавсия қилинади.

4C	Кеч аборт ҳавфи ва муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи билан юқори ҳавф гуруҳига кирувчи аёлларга ҳомиладорликни 15-16 ҳафтасидан 24 ҳафтасигача бўлган даврда бачадон бўйнини УТТ (УТ-цервикометрия) 2 ҳафтада 1 марта тавсия қилинади.
-----------	---

Кеч аборт ҳавфи ва муддатдан олдинги туғруқ ҳавфи юқори ҳавф гуруҳига анамнезида кеч ҳомила ташлаш ва муддатдан олдинги туғруқ содир бўлган аёллар киради.

1B	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) юқори ҳавф гуруҳга кирувчи ҳомиладорларни ҳомиладорликнинг 2-УТТ қилинган вақтида (18 ҳафтадан 20 ҳафта 6 кунгача бўлган даврда) ва ҳомиладорликни III триместрида (ҳомиладорликнинг 30-34 ҳафтасида) бачадон-плацента қон оқимини текшириш учун ультратовуш доплерография тавсия қилинади.
-----------	---

Ушбу гуруҳда ушбу тадқиқотнинг ўтказилиши перинатал ўлимни, туғруқ индукцияси ва кесар кесиш амалиётини камайишига ёрдам беради.

1A	Акушерлик ва перинатал асоратлари (муддатдан олдинги туғруқ, преэклампсия, ҳомила ривожланишининг чегараланиш синдроми) паст ҳавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларни УТТ ва доплерографияга юбориш тавсия қилинмайди.
-----------	--

Ушбу гуруҳда бу тадқиқотларни ўтказиш оналар ёки чақалоқлар ўлимини камайишига таъсир қилмайди.

1A	Ҳомиладорликни 33 ҳафтасида аёлга ҳомила кардиотокография (КТГ) текширувидан ўтказиш учун йўлланма бериш тавсия қилинади, текширув 2 ҳафтада 1 марта қилинади.
----	--

Бошқа диагностик текширувлар.

4C	Ҳомиладорнинг 1-ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3-триместрида терапевт ва стоматолог маслаҳатига йўллаш, шунингдек 1-ташрифта врач-офтальмологга юбориш тавсия қилинади.
----	--

Ушбу тавсияларга эҳтиёж борлиги тўғрисида ишончли далиллар йўқ, лекин улар маҳаллий амалиётда қабул қилинган. Соматик патологияни ўз вақтида ташхислаш ва терапияни тайинлаш учун мутахассислар маслаҳатлари ўтказилади (бу маҳаллий амалиётда қабул қилинган, далил базаси йўқ).

5C	Агар аёл ва/ёки унинг турмуш ўртоғи/хамроҳи хромосома ёки ген патологияси бўлган болани туғилиши учун хавф омилларига эга бўлса, ҳомиладорни тиббий генетик маслаҳатига юбориш тавсия этилади.
----	--

Ушбу тавсияларга бўлган ишончли далиллар базаси мавжуд эмас, аммо улар маҳаллий амалиётда қабул қилинади. Хромосома ёки ген патологияси бўлган боланинг туғилиши учун хавф омиллари қуйидагилардир:

- эр-хотин/хамроҳлардан камида биттасида хромосомалар ёки ген бузилишининг мавжудлиги;
- эр-хотин/хамроҳлардан камида биттасининг боласида хромосома ёки ген бузилиши, туғма нуқсон, ақлий заифликнинг мавжудлиги;
- яқин қариндошлар орасида никоҳ.

1A	Ҳомиладорликнинг 11-13 ⁶ ҳафталигида аёлни 1-триместрдаги скрининг текширувига юбориш тавсия этилади, унинг таркибига бўйин бўшлиғи қалинлиги (ББК) нинг ультратовуш текшируви, қондаги хорионик гонадотропин (ХГ) миқдорини ўрганиш киради, шунингдек қондаги ҳомиладорлик билан боғлиқ А оксилани ўрганиш (РАРР-А), кейинчалик хромосома патологияси бўлган бола туғилишининг индивидуал хавфининг дастурий таъминоти ҳисобланади.
----	---

Ҳомилада анеуплоидияни инкор қилиш учун беморга 10 ҳафталик ҳомиладорликдан кейин қўшимча НИПС ўтказиш таклиф қилиниши мумкин.

1C	Ҳомиладорни иккинчи триместрда қонда ХГ, алфа-фетопропротеин, ноконъюгирланган эстрадиол (уч марта скрининг), ингибин А (тўрт марта скрининг) даражасини ўз ичига олган биокимёвий текширувга мунтазам юбориш тавсия этилмайди
----	--

2-триместрнинг биокимёвий скрининги 1-триместрни қайта кўриш имконияти бўлмаган тақдирда белгиланиши мумкин.

1A	Ҳомиладорликнинг 1-триместри ёки НИПС скринингида аниқланган ҳомила
----	---

анеуплоидия хавфи юқори бўлган аёлни ва/ёки 1-триместр ультратовуш текшируви ва/ёки ҳомиланинг юқори хавфли хромосома/генетик патологияси, ёки 2-триместрда ультратовуш маълумотларига кўра ҳомила нуқсонлари аниқланганда тиббий генетик маслаҳатига, генетик тавсия қилиш ёки қилмаслигига қараб, инвазив пренатал диагностика (хорион ворсин биопсияси, амниоцентез)да олинган материалларни цитогенетик ёки молекуляр кариотип усулларини қўллаш орқали ўрганишга йўллаш тавсия қилинади.

Хорион ворсин биопсияси ҳомиладорликнинг 10-14 ҳафтасида амалга оширилади. Амниоцентез ҳомиладорлик >15 ҳафта давомида амалга оширилади. 1-триместрнинг скрининги бўйича ҳомилада хромосома патологиясининг индивидуал юқори хавфи $\geq 1/100$ ни ташкил қилади. Инвазив пренатал диагностикага қарши кўрсатмалар: ҳар қандай локализациядаги юқумли ва яллиғланиш касалликлари, тушиш хавфи ёки муддатдан олдинги туғруқлар. Rh(D) сенсбилизация ҳолатларида инвазив диагностиканинг потенциал фойдаси/хавфини ўлчаш керак.

Даволаш.

Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг номедикаментоз усуллари.

2B Кўнгил айниш ва қусишга шикоят қилган ҳомиладорларга парҳезга риоя қилиш бўйича тавсиялар берилиши керак

Диета қуйидагиларни ўз ичига олади: оз-оздан кам порцияли овқатланиш, рационда ёғли, қовурилган, ўткир овқатлар, шоколад, газланган ичимликлар, қаҳва, кучли чой тавсия қилинмайди.

5C Зарда қайнаши билан боғлиқ шикоятларга эга бўлган ҳомиладор аёлларга ушбу ҳолатнинг юзага келишини олдини олиш бўйича тавсиялар (диетага риоя қилиш; ошқозонга босим ўтказмайдиган кенг кийим кийиш) берилиши керак.

2A Ҳомиладорлик даврида ич қотиши ва бавосил шикоятларига эга бўлган ҳомиладорга жисмоний фаолликни ошириш ва овқатланиш рациони модификацияси бўйича тавсиялар берилиши зарур.

Овқатланиш рациони модификацияси овқатга озиқ-овқат толаларини қўшишни ўз ичига олади.

2B Оёқ веналарининг варикоз кенгайишига шикоят қилган ҳомиладор беморларга компрессион трикотаж, касалликнинг яққол белгилари ривожланганда флеболог маслаҳати тавсия этилади.

Компрессион трикотаж маҳсулотларини кийиш тери ости веналарига босимни, оёқнинг чуқур веналарида қон айланиш тезлигининг ошишига ва димланиш белгиларининг камайишига ёрдам беради. Ундан ташқари, тўғри иш ва дам олиш режими билан биргаликда терапевтик жисмоний тарбия машғулоти ва контрастли душлар тайинланиши мумкин.

1A Бел оғриғида ҳомиладорга жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш бўйича

тавсиялар берилиши керак

Жисмоний фаоллик режимига риоя қилиш сузиш, массаж ва жисмоний машқларни ўз ичига олади.

5С

Симфизитнинг ривожланиши туфайли қов оғриғига шикоят қилган ҳомиладор беморга бандаж кийиш ва ҳаракат пайтида қўлтиқ таёғидан фойдаланиш бўйича тавсиялар берилиши керак

Нормал ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган шикоятларни даволашнинг медикаментоз усуллари.

2В

Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга антацид таъсир кўрсатадиган дори-дармонларни буюриш тавсия этилади

Овқатланиш режими ва турмуш тарзига риоя қилинган ҳолатдарда ҳам, жиғилдон қайнаши билан боғлиқ шикоятлар кузатилган ҳомиладорга ўсимлик манбаларидан тайёрланган ўраб олувчи ва ўзига бириктирувчи препаратлар ҳам берилиши мумкин, аммо уларни қўллаш бўйича далиллар базаси мавжуд эмас

2В

Ич қотишини олдини олиш бўйича режимга риоя қилинса ҳам бавосилга шикоят қилган ҳомиладорларга ҳомиладорлик даврида қўллаш мумкин бўлган шамча ёки крем ҳолидаги антигеморроидал дорилар, ундан ташқари per os қабул қилинадиган таркибида биофлавоноид (гесперидин+диосмин) сақловчи дори воситалари тавсия этилади.

Таркибида биофлавоноид (диосмин, гесперидин) сақловчи дори воситалари тавсия қилиш, ҳомиладорлик даврида бавосил клиник белгиларини 7 барабар камайтиради.

1А

Симптомсиз бактериурия аниқланган ҳомиладорларда антибактериал терапия курси per os тавсия қилинади

Симптомсиз бактериурия – бу клиник белгиларсиз, 1 мл сийдикнинг ўрта порциясида $\geq 10^5$ бактериялар колониясининг бўлиши.

Витаминлар ва озиқ-овқат қўшимчаларини тайинлаш.

1А

Ҳомиладорларга фолий кислотасини кунига 1000 мг дозада ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтаси давомида per os қабул қилиш тавсия этилади

Ҳомиладорликнинг дастлабки 12 ҳафтасида фолий кислотасини тайинлаш асаб найчасининг нуқсони бўлган (масалан, анэнцефалия ёки орқа мия бўлиниши) гўдак туғилиши хавфини камайтиради.

5С

Ҳомиладорлик даврида аёлга кунига 200 мкг дозада йод препаратлари (калий йодид) per os тавсия этилади

1B	Кальций моддасини кам истеъмол қилувчи (қунига 600 мг дан кам) преэклампсия бўйича юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёлларга қунига 1 г дан кальций препаратлари per os тавсия этилади
-----------	---

Ҳомиладорлик даврида кальций дори воситаларини тайинлаш преэклампсия хавфи юқори бўлган аёлларда ушбу касалликнинг ривожланиш хавфини камайтиради.

1B	Д витамини гиповитаминози хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга Д витаминини қунига 10 мкг (400 МЕ) дозасида per os тавсия этилади
-----------	--

Юқори хавф гуруҳли, витамин Д гиповитаминозида унинг қўлланилиши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтиради. Д витаминининг гиповитаминози юқори хавф гуруҳига: қуёшда маълум муддатгина бўлувчи териси тўқ рангли аёллар, гўшти, ёғли балиқни, тухумни кам истеъмол қилувчилар, ҳомиладорликгача ИМТ ≥ 30 кг/м²гача бўлганлар кириди.

2B	Д витамини гиповитаминозининг паст хавфли ҳомиладорларга Д витамини қабул қилиш тавсия этилмайди
-----------	--

Ушбу гуруҳда витамин Д тавсия қилиниши преэклампсия, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет каби акушерлик асоратлар хавфини камайтirmайди.

1C	Авитаминоз хавфи паст бўлган ҳомиладорларга поливитаминларни мунтазам равишда тайинлаш тавсия этилмайди
-----------	---

Авитаминоз хавфи паст бўлган гуруҳда поливитаминларни тайинлаш перинатал асоратлар хавфини камайтirmайди. Авитаминоз хавфи юқори бўлган ҳомиладорга бутун ҳомиладорлик даврида поливитаминларни per os қабул қилиш тавсия этилиши мумкин, чунки уларнинг тайинланиши билан авитаминоз хавфи юқори бўлган гуруҳда перинатал асоратлар хавфи камаяди. Юқори хавфли авитаминоз гуруҳига паст ижтимоий-иқтисодий синфдаги, носоғлом турмуш тарзли, озик-овқат етишмовчилиги бўлган, шу жумладан, вегетариан аёллар кириди.

1B	Ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни мунтазам равишда буюриш тавсия этилмайди
-----------	---

Омега-3 тўла тўйинмаган ёғ кислоталарини тайинлаш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, гестацион қандли диабет, туғруқдан кейинги депрессия ва болаларнинг нейрокогнитив ривожланишининг бузилиши каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтirmайди. Чекувчи ҳомиладорларга Омега-3 тўла тўйинмаган ёғли кислоталарни қабул қилиш тавсия этилади, чунки бу спонтан муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва кам вазнли чақалоқларнинг туғилишини камайтиради.

2A	Қонда гемоглобин ва/ёки ферритинни нормал миқдорида ҳомиладорларга мунтазам равишда темир препаратларини қўллаш тавсия этилмайди
-----------	--

Темир препаратларини она ёки бола саломатлиги учун мунтазам равишда ишла-тишнинг фойдаси ҳақида ҳеч қандай далил йўқ, аммо ошқозон-ичак тракти (кўпинча ич қотиши ёки диарея) томонидан ножўя таъсир қилиш хавфи ортади.

5C Ҳомиладорларга А витамини тавсия этилмайди

А витаминини >700 мкг дозасида истеъмол қилиш тератоген таъсир кўрсатиши мумкин.

1A Ҳомиладорларга мунтазам равишда Е витаминини истеъмол қилиш тавсия этилмайди

Е витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.

1A Ҳомиладорларга аскорбин кислотасини мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилмайди

С витаминини мунтазам истеъмол қилиш преэклампсия, муддатдан олдинги туғруқ, ҳомила ўсишининг чегараланиши, ҳомиланинг антенатал нобуд бўлиши ва неонатал ўлим каби акушерлик ва перинатал асоратлар хавфини камайтирмайди.

Реабилитация: қўлланилмайди.

Профилактика.

Ҳомиладорликнинг асоратларини олдини олиш учун хавф омилларни бартараф этиш бўйича тавсиялар.

2A Ҳомиладорларга бошланғич ТВИ га қараб тана вазнини ошириш бўйича тавсиялар берилиши керак

Ҳомиладорлик даврида кам ва ортиқча вазннинг кўпайиши акушерлик ва перинатал асоратлар билан боғлиқ. Семизлик билан кечувчи ҳомиладорлар (ИМТ ≥ 30 кг/м²) перинатал асоратлар билан кечувчи юқори хавф гуруҳини ташкил этади, буларга: ўз-ўзидан ҳомила тушиши, гестацион қандли диабет, гипертензив бузилишлар, муддатдан олдинги туғруқ, оператив туғруқ, ҳомиланинг антенатал ва интранатал нобуд бўлиши, ТЭА, ТВИ ≤ 20 кг/м² бўлган ҳомиладор аёллар юқори хавфли ҳомила ўсишининг чегараланиши гуруҳини ташкил қилади.

2B Ҳомиладорларга узоқ вақт туриш ёки ортиқча машқлар билан боғлиқ ишларни, тунги иш ва чарчоқни келтириб чиқарадиган ишлардан воз кечиш бўйича тавсиялар берилиши керак

Ушбу турдаги ишлар муддатдан олдинги туғруқ, гипертензия, преэклампсия ва ҳомила ўсишининг чегараланиш хавфи билан боғлиқ.

4C Ҳомиладорларга рентген нурланиш таъсир қилиши билан боғлиқ ишни рад этиш бўйича тавсиялар берилиши керак

5C Нормал ҳомиладорлик даврида ҳомиладорларга ўртача жисмоний юклама тавсия қилиниши керак (кунига 20-30 дақиқа)

Жисмоний зўриқишсиз бўлган машқлар ёки аёлнинг бўлиши мумкин бўлган шикастланишлари муддатдан олдинги туғруқ хавфини ва болалар ривожланишининг бузилишини оширмайди.

5C Ҳомиладорларга қорин бўшлиғи шикастланиши, баландликдан тушиш, стрессга олиб келиши мумкин бўлган машқларни олдини олиш бўйича тавсиялар берилиши керак (масалан, кураш, ракеткалар ва копток билан ўйналадиган спорт турлари, ва х.)

4C Ҳомиладорликнинг нормал кечишида аёлларга жинсий алоқадан бош тортиш бўйича тавсиялар берилмаслиги керак, чунки нормал ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқа қилиш муддатдан олдинги туғруқ ва перинатал ўлим хавфини оширмайди.

4C Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорга қин микробиоти тиклангунча жинсий фаолиятдан воз кечиш тавсиялари берилиши керак.

Қин микрофлораси бузилган ҳомиладорда жинсий алоқа муддатдан олдинги туғруқ хавфини оширади.

1B Узоқ кечувчи рейсларда учувчи ҳомиладорга тромбоэмболик асоратларни олдини олиш бўйича тавсиялар бериш керак, масалан, самолёт салоида юриш, кўп суюқлик ичиш, спиртли ичимликлар ва кофеиндан воз кечиш, парвоз пайтида компрессион пайпоқ кийиш.

Ҳаво сафарлари тромбоэмболик асоратлар хавфини оширади, бу ҳомиладорликнинг мавжудлигидан қатъи назар 1/400–1/10000 ҳолатда учрайди. Тромбоэмболик асоратлар хавфи симптомсиз кечганлиги учун, бундай вазиятда ушбу хавф бундан ҳам юқори бўлиши мумкин (тахминан 10 баробар).

4C Ҳомиладор беморга машинада кетаётганда хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш тўғрисида огоҳлантириш керак, чунки хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш ҳомила ҳалокати хавфини 2-3 баравар камайтиради.

Ҳомиладор аёлнинг хавфсизлик камаридан тўғри фойдаланиш – бу уч камарли белбоғдан фойдаланиш, бунда биринчи камар қорин остидан сонлар бўйлаб тортилади, иккинчи белбоғ елка бўйлаб, учинчи камар эса қорин усти бўйлаб сут безлари орасидан ўтади.

2B Ҳомиладорга зарарли экологик омиллар (ифлослантирувчи моддалар) таъсирини камайтиришга қаратилган турмуш тарзи бўйича тавсиялар бериш керак.

Ҳавода, сувда ва озиқ-овқат маҳсулотларида (масалан, оғир металллар - мишьяк, кўрғошин ва бошқа органик бирикмалар – бисфенол А ва бошқалар) мавжуд бўлган ифлослантирувчи моддалар таъсирида ҳомиладорликни кўтара олмаслик, муддатдан олдинги туғруқ, гестацион артериал гипертензия ва ҳомиладорликнинг бошқа асоратлари бўлиш хавфи ортади.

2B Ҳомиладорга чекишдан воз кечиш ҳақида маслаҳат бериш керак.

Ҳомиладорлик пайтида чекиш ҳомила ривожланишининг чегараланиши, муддатдан олдинги туғруқ, йўлдошнинг олдинда келиши, нормал жойлашган йўлдошнинг вақтидан олдин кечиши, онада гипотиреоз, қоғоноқ сувининг муддатдан олдин ёрилиши, кам вазнли туғиш, перинатал ўлим ва эктопик ҳомиладорлик каби асоратлар билан боғлиқ. Тахминан 5-8% муддатдан олдинги туғруқ, 13-19% ҳолатда муддатида кам вазнли туғиш, пренатал даврнинг патологик кечиши билан боғлиқ бўлган сабаблар туфайли чақалоқларнинг тўсатдан ўлими 23-34% ва болалар ўлимнинг 5-7%и ҳомиладорлик пайтида онанинг чекиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Сигарет чекадиган аёллардан туғилган болаларда бронхиал астма, ичак коликаси ва семириш хавфи юқори бўлади.

5C

Ҳомиладорлик даврида, айниқса, биринчи триместрда спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик ҳақида огоҳлантириш керак

Кичик дозада истеъмол қилинган спиртли ичимликларнинг акушерлик ва перинатал асоратларга салбий таъсири тўғрисида юқори далилларга асосланган маълумотлар йўқлигига қарамай, спиртли ичимликларнинг дозасидан қатъи назар, ҳомиладорлик даврида алкогольнинг салбий таъсири (ҳомила алкоголь синдроми ва психомотор ривожланишнинг кечикиши)тўғрисида етарли кузатувлар мавжуд. Масалан,

2B

Ҳомиладорга тўғри овқатланиш, вегетарианизмдан сақланиш ва кофеин истеъмолини камайтириш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.

Ҳомиладорлик пайтида вегетарианизм ҳомила ривожланишининг чегараланиш хавфини оширади. Кофеиннинг катта миқдори (қунига 300 мг дан ортиқ) аборт ва кам вазнли чақалоқлар туғилиш хавфини оширади.

5C

Ҳомиладорга А витаминига бой овқатлар (мол гўшти, товук жигари ва ўрдак жигари маҳсулотлари) истеъмолини камайтириш, етарли калорияли ва таркибида оқсил, витамин ва минераллар сақловчи таомларни истеъмол қилиш каби овқатланиш бўйича тавсиялар бериш керак.

Ҳомиладорлик пайтида соғлом овқатланиш турли хил овқатлар, жумладан, яшил ва тўқ сариқ сабзавотлар, гўшт, балиқ, дуккакли экинлар, ёнғоқлар, мевалар ва донли маҳсулотларнинг етарли калория ва оқсиллари, витаминлари ва минераллари билан тавсифланади.

5C

Ҳомиладорга пастеризацияланмаган сут, юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши пиширилмаган гўшт ва тухум истеъмол қилишдан сақланиш тавсия қилиниши керак, чунки бу маҳсулотлар листериоз ва салмонеллэз манбалари ҳисобланади.

Озиқ-овқат орқали юқадиган энг кенг тарқалган инфекциялар – листериоз ва салмонеллэз ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда листериоз билан касалланиш умумий аҳолига (0,7/100,000) қараганда юқори (12/100,000).

Анамнезида ҳомиладорлик даврида туғруқ ва перинатал асоратлар хавфи юқори бўлган ҳозирда нормал кечаётган аёлларда ҳомиладорлик асоратларини медикаментоз профилактикаси.

1B	Презклампсия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларда, ацетилсалицил кислотасини ҳомиладорликнинг 12 ҳафталигидан 36 ҳафталигига қадар кунига 150 мг дан қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Презклампсия хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга анамнезида презклампсия эрта ривожланган ва/ёки оғир презклампсия бўлган аёллар киради.

1A	Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга тухумдонлар трансвагинал пункциясидан бошлаб ёки ундан кейинги дастлабки уч кун ичида гестагенларни буюриш тавсия этилади.
-----------	--

Ёрдамчи репродуктив технологиялар натижасида ҳомиладор бўлган аёлга гестагенларни буюриш ёрдамчи репродуктив технологиялар маркази акушер-гинекологининг ҳулосаси билан амалга оширилади.

1A	Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлга биринчи ташрифидан 20 ҳафтагача гестагенларни қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Ўз-ўзидан ҳомила тушиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор гуруҳига 1-триместрда, анамнезида одатий ҳомила тушиш содир бўлган аёллар киради.

1A	Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган аёлга ҳомиладорликнинг 22 ҳафталигидан 34 ҳафтасигача прогестерон препаратларини қабул қилиш тавсия этилади
-----------	---

1A	Rh-манфий ҳомиладор аёл, 28-ҳафталигида қонда антирезус антитаначалари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] инсон иммуноглобулинини кўрсатмаларга мувофиқ дозада, мушак ичига қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Эри/хамрохининг қон гуруҳи Rh-манфий бўлган ҳолда, 28-30 ҳафтада антирезус иммуноглобулин Rho[D] қилинмайди. Ҳомилада резус-манфий қон онанинг қонида айланиб юрадиган ҳомилалик ДНКсининг хужайрадан ташқари бўлаклари томонидан инвазив бўлмаган ҳолда аниқланса, 28-30 ҳафтада анти-резус иммуноглобулин Rho (D) қилинмайди.

4C	Қонида антирезус антитаначалари аниқланмаган Rh-манфий ҳомиладорга амниоцентез ёки хорион ворсин биопсияси ўтказиш вақтида анти-резус иммуноглобулин Rho (D) кўрсатмаларга мувофиқ дозада мушак ичига қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Онанинг қони Rh-манфий ва ҳомиланинг қони Rh+мусбат бўлса, амниоцентез ва хорион ворсин биопсия амалиёти резус системаси бўйича онанинг резус сезувчанлигига олиб келиши мумкин.

Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

5C	Тропик мамлакатларга саёҳат қилишдан олдин, шунингдек, эпидемия ҳолатларида ҳомиладорга инактивланган ва ген-инженер вакциналари, анатоксинлар, орал полиовакциналар билан эмланиш тавсия этилади.
-----------	--

Ҳомиладорга тирик вакциналар қилиш қарши кўрсатма ҳисобланади. (3-жадвал).

5С

Ҳомиладорлиги грипп мавсумига тўғри келадиган аёлларга инактивланган уч валентли вакциналар тавсия этилади.

Маълумотлар ҳомиладор аёлларда гриппнинг тарқалиши, кечиш оғирлиги ва асоратларининг сезиларли камайишига асосланган бўлиб, янги туғилган чақалоқлар учун потенциал фойда келтиради.

3-жадвал. Ҳомиладорлик вақтида эмлаш.

Вакцина	Ҳомиладорлик вақтида қўлланилиши	Изоҳ
БЦЖ*	Йўқ	
Холера	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит А	Ха, зарур ҳолларда	Хавфсизлиги исботланмаган
Гепатит В	Ха, зарур ҳолларда	
Грипп	Ха, зарур ҳолларда (грипп мавсумда)	
Япон энцефалити	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Қизамиқ*	Йўқ	
Менингококк инфекцияси	Ха, зарур ҳолларда	Факат юктириш хавфи юқори бўлганда
Эпидемик паротит*	Йўқ	
Полиомиелитга қарши орал вакцина	Ха, зарур ҳолларда	
Полиомиелитга қарши фаол бўлмаган вакцина	Ха, зарур ҳолларда	Одатда тавсия этилмайди
Қутириш	Ха, зарур ҳолларда	
Қизилча*	Йўқ	
Қокшол/ дифтерия / кўк йўтал	Ха, зарур ҳолларда	
Тиф Ту21а*	Йўқ	Хавфсизлиги исботланмаган
Чечак касаллиги	Йўқ	
Сувчечак*	Йўқ	
Сариқ иситма*	Факат юктириш хавфи юқори бўлганда	

*- тирик вакцина, ҳомиладорликда қарши кўрсатма.

Тиббий ёрдамни ташкил этиш.

Туғруқ муассасига госпитализация учун кўрсатмалар:

1. Туғруқ фаолиятини ривожланиши.
2. Қоғоноқ сувининг кетиши.
3. Ҳомила тушиши хавфини билдирувчи жинсий йўллардан қонли ажралма келиши.
4. Муддатдан олдинги туғруқ хавфи белгилари.
5. Нормал жойлашган йўлдошнинг кўчиш белгилари.
6. Истмико цервикал етишмовчилик белгилари.
7. Ҳомиладор аёлларнинг кунига 10 мартадан кўп қусиши ва 1-1,5 хафта давомида терапия самараси бўлмасдан тана вазнининг >3 кг камайиши.
8. Диастолик қон босимининг ≥ 110 мм симоб устуни ёки диастолик қон босимининг камида 4 соатлик интервал билан ≥ 90 мм симоб уст. бўлиши
9. Систолик қон босимининг ≥ 160 мм симоб. уст. бўлиши
10. Протеинурия (1+).
11. Полиорган етишмовчилик белгилари (бош оғриғи, кўриш бузилиши, эпигастрал оғрик, қусиш, жигар шикастланиш белгилари, олиго/анурия, эс-хушининг бузилиши, анамнезида талвасалар, гиперрефлексия).
12. Хориоамнионит белгилари.
13. Ҳомила ўсишининг чегараланиши 2-3 даража.
14. Допплерометрия ва КТГ бўйича ҳомила функционал ҳолатининг бузилиши.
15. Ҳомиланинг она қорнида бўлиши.
16. Ўткир қорин.
17. Ўткир юқумли ва яллиғланиш касалликлари.

Ҳомиладорни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:

1. Туғруқдан кейин.
2. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомила тушиш, муддатдан олдинги туғруқ, истмико цервикал етишмовчилик хавфи белгилари бартараф этилгандан сўнг.
3. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ҳомиладор аёлда қусиш аломатлари енгиллашгандан кейин.
4. Ҳомиладорлик ривожланаётганда ўткир қорин сабабини тўхтатгандан сўнг.
5. Ҳомиладорлик давом қилдирилаётганда ўткир юқумли ва яллиғланишли касалликларни даволашдан кейин.

Нормал ҳомиладорликда акушер-гинекологга ташрифлар сони:

- Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлнинг акушер-гинекологга ташрифи 4 дан 7 мартагачани ташкил қилади.
- Шифокорга биринчи ташриф буюриш вақт - ҳомиладорликнинг 1-триместри (10 ҳафтагача) ҳисобланади.
- Нормал кечаётган ҳомиладорликда тавсия қилинадиган ташрифлар сони.

Ташрифлар сони	Ҳомиладорлик муддати(хафталарда)
1	10 ҳафтагача
2	16
3	24
4	30
5	34
6	36
7	38-40

Тиббий ёрдамнинг сифат мезонлари:

№	Сифат мезонлари	Баҳо
1	Ҳомиладорлик ва туғруқ муддатини аниқлаш аёлнинг биринчи ташрифида амалга оширилган.	Ҳа/йўқ
2	Ҳомиладорнинг ҳар ташрифида артериал қон босими ўлчанган.	Ҳа/йўқ
3	Бачадон туби баландлиги ҳомиладорнинг ҳар ташрифида ўлчанди ва 20 ҳафтадан кейин гравидограмма юритилган.	Ҳа/йўқ
4	Ҳомила юрак уриши ҳомиладорликнинг 20 ҳафтасидан кейин акушерлик стетоскопи ёрдамида ёки ҳомиладорнинг ҳар бир ташрифида ва ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан кейин ҳомила доплеридан фойдаланиб аниқланган.	Ҳа / Йўқ
5	Ҳомиладор аёл қонида одам иммун танқислиги вируси 1/2 га М, G (IgM, IgG) синф антаначалар миқдорини ва р24антигени (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) даражасини ҳомиладорнинг 1 ташрифида ва ҳомиладорликнинг 3 триместрида аниқланган.	Ҳа / Йўқ
6	Ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида гепатита В вируси (Hepatitis B virus) нинг сиртки антигени (HBsAg) га антитаначаларни аниқлаш ёки қондаги гепатит В (Hepatitis B virus) вируси антигени (HbsAg) ни миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
7	ҳомиладорликнинг 1- ташрифида ва учинчи триместрида аёл қонида оқ трепонемага антитаначалар (Treponema pallidum) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
8	Ҳомиладорни ҳомиладорликнинг 35-37 ҳафталигида цервикал канал ажралмасида В гуруҳ стрептококк (S. agalactiae) антигенини миқдори аниқланган.	Ҳа / Йўқ
9	Ҳомиладорликни I ва III триместрларида ҳомиладорни қин сурмасининг микроскопик текшируви ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
10	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида симптомсиз бактериурияни аниқлаш сийдик ўрта порциясини бактериял патогенларга бир марталик микробиологик (культурал) текшириш учун йўлланма берилган.	Ҳа / Йўқ
11	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида АВ0 системаси бўйича қон гуруҳини аниқлаш ва резус (резус-фактор) ситемасининг D антигени миқдори 1 марта аниқланган	Ҳа / Йўқ
12	Резус манфий қонли ҳомиладор аёлнинг 1- ташрифида резус антитаначаларни аниқлашга йўлланма бериш, агар антитаначалар мавжуд бўлмаса ҳомиладорликнинг 18-20	Ҳа / Йўқ

№	Сифат мезонлари	Баҳо
	ҳафталигида ва 28 ҳафтасида резус антиганачалар миқдори аниқланган.	
13	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида, ҳомиладорликни II ва III триместрида умумий (клиник) қон таҳлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
14	Агар ҳомиладорда углевод алмашинуви бузилишлари аниқланмаса, ҳомиладорликнинг 24-28 ҳафталигида 75 г глюкоза ёрдамида перорал глюкозотолерантлик (ПГТТ) тести ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
15	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида тиреотроп гормон (ТТГ) миқдорини аниқланган.	Ҳа / Йўқ
16	Ҳомиладорнинг 1- ташрифида ва ҳомиладорликни II ва III триместрида протеинурияни аниқлаш учун сийдик таҳлили ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
17	Ҳомиладорликнинг 11-13 ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текширувини ва биокимё скрининг текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
18	Ҳомиладорликнинг 18-20 ^б ҳафтасида ҳомила скрининг ультратовуш текшируви ва бачадон бўйни ультратовуш текширувини ўтказилган.	Ҳа / Йўқ
19	Ҳомиладорга биринчи 12 ҳафталиги давомида фоллий кислотасини кунига 1000 мкг дозада қабул қилиш тавсия этилган.	Ҳа / Йўқ
20	Резус манфий қонли ҳомиладор аёл, антирезус антиганачалар аниқланмаган ҳолатда ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафтасида антирезус Rho[D] дори воситаси кўрсатмаларга мос дозада мушак орасига қилинган.	Ҳа / Йўқ

Адабиётлар рўйхати:

1. Normальная беременность. Клинические рекомендации (баённома лечения) РОАГ. 2021.
2. Abramowitz L, Sobhani I, Benifla JL, Vuagnat A, Daraï E, Mignon M, et al. Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery. *Dis Colon Rectum*. 2002 May;45(5):650–5.
3. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol*. 2015 Dec;126(6):e135-42. 151.
4. ACOG Practice Advisory: Update on Seafood Consumption During Pregnancy. 2017;
5. Alfirevic Z, Navaratnam K, Mujezinovic F. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. *Cochrane database Syst Rev*. 2017;9:CD003252.
6. Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane database Syst Rev*. 2017;6:CD007529.
7. Alldred SK, Takwoingi Y, Guo B, Pennant M, Deeks JJ, Neilson JP, et al. First and second trimester serum tests with and without first trimester ultrasound tests for Down's syndrome screening. *Cochrane database Syst Rev*. 2017 Mar 15;3:CD012599.
8. American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8th ed. Elk Grove Village, IL; Washington, DC; 2017.

9. Asbill KK, Higgins R V, Bahrani-Mostafavi Z, Vachris JC, Kotrotsios SH, Elliot MC, et al. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* colonization of the gravid cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Aug;183(2):340–4; discussion 345-6.
10. Beta J, Lesmes-Heredia C, Bedetti C, Akolekar R. Risk of miscarriage following amniocentesis and chorionic villus sampling: a systematic review of the literature. *Minerva Ginecol.* 2018 Apr;70(2):215–9.
11. Caradeux J, Martinez-Portilla RJ, Peguero A, Sotiriadis A, Figueras F. Diagnostic performance of third-trimester ultrasound for the prediction of lateonset fetal growth restriction: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2019 Jan 8;
12. Chen L-W, Wu Y, Neelakantan N, Chong MF-F, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose–response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr.* 2016 May;19(07):1233–44.
13. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 180: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2017;130(1):e17–37.
14. Consortium on Thyroid and Pregnancy—Study Group on Preterm Birth, Korevaar TIM, Derakhshan A, Taylor PN, Meima M, Chen L, et al. Association of Thyroid Function Test Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2019;322(7):632–41.
15. Crowther CA, Middleton P, McBain RD. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2013 Feb; (2):CD000020.
16. Dunn L, Sherrell H, Kumar S. Review: Systematic review of the utility of the fetal cerebroplacental ratio measured at term for the prediction of adverse perinatal outcome. *Placenta.* 2017;54:68–75.
17. Edwards L, Hui L. First and second trimester screening for fetal structural anomalies. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2018;23(2):102–11.
18. García-Pérez L, Linertová R, Álvarez-de-la-Rosa M, Bayón JC, Imaz-Iglesia I, Ferrer-Rodríguez J, et al. Cost-effectiveness of cell-free DNA in maternal blood testing for prenatal detection of trisomy 21, 18 and 13: a systematic review. *Eur J Health Econ.* 2018 Sep;19(7):979–91.
19. Gil MM, Accurti V, Santacruz B, Plana MN, Nicolaides KH. Analysis of cellfree DNA in maternal blood in screening for aneuploidies: updated meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017 Sep;50(3):302–14.
20. Goldstein RF, Abell SK, Ranasinha S, Misso M, Boyle JA, Black MH, et al. Association of Gestational Weight Gain With Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2017 Jun 6;317(21):2207–25.
21. Greenwood CJ, Stainton MC. Back pain/discomfort in pregnancy: invisible and forgotten. *J Perinat Educ.* 2001;10(1):1–12.
22. Haas DM, Hathaway TJ, Ramsey PS. Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;10:CD003511.
23. Harding KB, Peña-Rosas JP, Webster AC, Yap CM, Payne BA, Ota E, et al. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. *Cochrane database Syst Rev.* 2017;3:CD011761.
24. Heumann CL, Quilter LAS, Eastment MC, Heffron R, Hawes SE. Adverse Birth Outcomes and Maternal *Neisseria gonorrhoeae* Infection: A Population-Based Cohort Study in Washington State. *Sex Transm Dis.* 2017;44(5):266–71.
25. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane database Syst Rev.* 2018;10:CD001059.
26. Johansson K, Hutcheon JA, Bodnar LM, Cnattingius S, Stephansson O. Pregnancy weight gain by gestational age and stillbirth: a population-based cohort study. *BJOG.* 2018 Jul;125(8):973–81.

27. Johnsen SL, Rasmussen S, Sollien R, Kiserud T. Accuracy of second trimester fetal head circumference and biparietal diameter for predicting the time of spontaneous birth. *J Perinat Med.* 2006;34(5):367–70.
28. Kuper SG, Abramovici AR, Jauk VC, Harper LM, Biggio JR, Tita AT. The effect of omega-3 supplementation on pregnancy outcomes by smoking status. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):476.e1-476.e6.
29. Lo JO, Schabel MC, Roberts VH et al. First trimester alcohol exposure alters placental perfusion and fetal oxygen availability affecting fetal growth and development in a non-human primate model. *Am J Obs Gynecol.* 2017;216(3):302.e1-302.e8.
30. Mangesi L, Hofmeyr GJ, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Oct 15; (10):CD004909.
31. Maruotti GM, Saccone G, Martinelli P. Third trimester ultrasound soft-tissue measurements accurately predicts macrosomia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017 Apr;30(8):972–6.
32. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015 Sep; (9):CD000020.
33. Metoki H, Iwama N, Ishikuro M, Satoh M, Murakami T, Nishigori H. Monitoring and evaluation of out-of-office blood pressure during pregnancy. *Hypertens Res.* 2017 Feb;40(2):107–9.
34. Nair M, Churchill D, Robinson S, Nelson-Piercy C, Stanworth SJ, Knight M. Association between maternal haemoglobin and stillbirth: a cohort study among a multi-ethnic population in England. *Br J Haematol.* 2017;179(5):829–37.
35. Nassr AA, Abdelmagied AM, Shazly SAM. Fetal cerebro-placental ratio and adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis of the association and diagnostic performance. *J Perinat Med.* 2016 Mar;44(2):249–56.
36. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. 2nd ed. London NW1 4RG: RCOG Press; 2008. 428 p.
37. Neufeld LM, Haas JD, Grajeda R, Martorell R. Last menstrual period provides the best estimate of gestation length for women in rural Guatemala. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2006 Jul;20(4):290–8.
38. Nissaisorakarn P, Sharif S, Jim B. Hypertension in Pregnancy: Defining Blood Pressure Goals and the Value of Biomarkers for Preeclampsia. *Curr Cardiol Rep.* 2016;18(12):131.
39. Odedina SO, Ajayi IO, Adeniji-Sofoluwe A, Morhason-Bello IO, Huo D, Olopade OI, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of breast disorders detected by clinical breast examination during pregnancy and six months postpartum in Ibadan, Southwestern Nigeria. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):152.
40. Ohlsson A, Shah VS. Intrapartum antibiotics for known maternal Group B streptococcal colonization. *Cochrane database Syst Rev.* 2014 Jun;(6):CD007467.
41. Olesen AW, Thomsen SG. Prediction of delivery date by sonography in the first and second trimesters. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2006 Sep;28(3):292–7.
42. Owens K, Pearson A, Mason G. Symphysis pubis dysfunction--a cause of significant obstetric morbidity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002 Nov;105(2):143–6.
43. Padua L, Aprile I, Caliandro P, Carboni T, Meloni A, Massi S, et al. Symptoms and neurophysiological picture of carpal tunnel syndrome in pregnancy. *Clin Neurophysiol.* 2001 Oct;112(10):1946–51.
44. Pergialiotis V, Kotrogianni P, Christopoulos-Timogiannakis E, Koutaki D, Daskalakis G, Papantoniou N. Bisphenol A and adverse pregnancy outcomes: a systematic review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med.*2018;31(24):3320–7.
45. Policy. Perinatal Practice Guideline Cervical Insufficiency and Cerclage. SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice 14 November 2017.

46. Robert Peter J, Ho JJ, Valliapan J, Sivasangari S. Symphysial fundal height (SFH) measurement in pregnancy for detecting abnormal fetal growth. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Sep 8;(9):CD008136.
47. Romero R, Conde-Agudelo A, Da Fonseca E, O'Brien JM, Cetingoz E, Creasy GW, et al. Vaginal progesterone for preventing preterm birth and adverse perinatal outcomes in singleton gestations with a short cervix: a meta-analysis of individual patient data. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(2):161–80.
48. Rong K, Yu K, Han X, Szeto IMY, Qin X, Wang J, et al. Pre-pregnancy BMI, gestational weight gain and postpartum weight retention: a meta-analysis of observational studies. *Public Health Nutr*. 2015 Aug;18(12):2172–82.
49. Roth DE, Morris SK, Zlotkin S, Gernand AD, Ahmed T, Shanta SS, et al. Vitamin D Supplementation in Pregnancy and Lactation and Infant Growth. *N Engl J Med*. 2018 Aug 9;379(6):535–46.
50. Saccone G, Saccone I, Berghella V. Omega-3 long-chain polyunsaturated fatty acids and fish oil supplementation during pregnancy: which evidence? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016;29(15):2389–97.
51. Savitz DA, Terry JW, Dole N, Thorp JM, Siega-Riz AM, Herring AH. Comparison of pregnancy dating by last menstrual period, ultrasound scanning, and their combination. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 Dec;187(6):1660–6.
52. Seleverstov O, Tobiasz A, Jackson JS et al. Maternal alcohol exposure during mid-pregnancy dilates fetal cerebral arteries via endocannabinoid receptors. *Alcohol*. 2017;(61):51–61.
53. Sentilhes L., Sénat M.V., Ancel PY, Azria E. BG et al. Prevention of spontaneous preterm birth: Guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol*. 2017;(210):217–224.
54. Silver BJ, Guy RJ, Kaldor JM, Jamil MS, Rumbold AR. *Trichomonas vaginalis* as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2014 Jun;41(6):369–76.
55. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2002 Nov;42(5):482–5.
56. Sun X, Hou N, Wang H, Ma L, Sun J, Liu Y. A Meta-Analysis of Pregnancy Outcomes with Levothyroxine Treatment in Euthyroid Women with Thyroid Autoimmunity. *J Clin Endocrinol Metab*. 2019 Nov;
57. Tan C, Zhao Y, Wang S. Is a vegetarian diet safe to follow during pregnancy? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2018 Apr;1–40.
58. Tobiasz AM, Duncan JR, Bursac Z et al. The Effect of Prenatal Alcohol Exposure on Fetal Growth and Cardiovascular Parameters in a Baboon Model of Pregnancy. *Reprod Sci*. 2018;25(7):1116–23.
59. Vollgraff Heidweiller-Schreurs CA, De Boer MA, Heymans MW, Schoonmade LJ, Bosuyt PMM, Mol BWJ, et al. Prognostic accuracy of cerebroplacental ratio and middle cerebral artery Doppler for adverse perinatal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018 Mar;51(3):313–22.
60. Weinert LS. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy: comment to the International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel. *Diabetes Care*. 2010 Jul;33(7):e97; author reply e98.
61. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, et al. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med*. 2016 Aug;26(4):246–63.
62. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane database Syst Rev*. 2015 Jul 14;(7):CD007058.

63. Wolf HT, Hegaard HK, Huusom LD, Pinborg AB. Multivitamin use and adverse birth outcomes in high-income countries: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):404.e1-404.e30.
64. Young MF, Oaks BM, Tandon S, Martorell R, Dewey KG, Wendt AS. Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: a systematic review and meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci.* 2019 Aug;1450(1):47–68.

Баённома ишлаб чиқиш услубиёти.

Ушбу клиник баённомада барча тавсиялар ишончлилик даражасига (далилларга) кўра, бу борадаги тадқиқотлар сони ва сифатига қараб жойлаштирилган

Диагностик усуллар (диагностика чоралари) учун далиллар ишонч даражасини (ДИД) баҳолаш шкаласи:

ДИД	Тавсифи
1	Рандомизацияланган тадқиқотларнинг тизимли текшируви ёки мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларнинг тизимли текшируви
2	Мета-таҳлил ёрдамида битта рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тизимли текширувлар, тасодифий клиник тадқиқотлар бундан мустасно.
3	Маълумот усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки ўрганилган усулдан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки эксперт хулосаси учун асос бор

Профилактика, даволаш ва реабилитация (профилактика, даволовчи, реабилитацион тадбирлар) учун далиллар ишонч даражасини баҳолаш шкаласи:

ДИД	Тавсифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотларни тизимли текшируви
2	Танланган исботланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил ёрдамида исботланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли текшируви
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, ҳолатлар тавсифи ёки ҳолатлар серияси, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир қилиш механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки эксперт хулосаси бор

Профилактика, диагностика, даволаш ва реабилитация (профилактика, диагностика, терапевтик, реабилитация тадбирлари) бўйича тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи:

ТИД	Тавсифи
А	Кучли тавсия (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга ва уларнинг хулосалари натижалари бўйича маъқулланган)
В	Шартли тавсиялар (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас уларнинг хулосалари натижалари бўйича мос келмаслиги мумкин)

С	Заиф тавсия (етарли сифат далилларининг йўқлиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик чоралари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифат ва хулосалари натижаларига мос келмайди)
---	--

Оддий ҳомиладорликни олиб бориш учун умумлаштирилган жадвал

Текширув номи	1-триместр	2 -триместр	3 -триместр
Физикал текширувлар			
Шикоятлари ва умумий ахволини баҳолаш	1-ташрифда ва кейинги ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Анамнез йиғиш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомила қимирлаши характери сўраш	-	Ҳар қабулда ҳомиладорлик 16-20 хафтадан кейин (Ҳомила қимирлашини сезиб бошлагандан кейин)	Ҳар ташрифда
ТЭА хавфини баҳолаш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Акушерлик хавфи ва перинатал асоратлар гуруҳига тайинлаш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Ҳомиладорлик муддати ва туғиш муддатини аниқлаш	1-ташрифда охирига ҳайз кўриш санаси ва ультратовуш маълумотлари	2-триместрда агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда агар биринчи ташриф бўлса
ТВИни ўлчаш	1-ташрифда	-	-
Оғирликни ўлчаш	-	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Қон босимини ўлчаш	1- ва ҳар бир ташрифда	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда
Сут безларини текшириш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Гинекологик текширув	1-ташрифда 1 марта ва кўрсатмаларга кўра	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва кўрсатмаларга кўра
Қорин айланаси, бачадон туби баландлигини ўлчаш ва гравидограммани юритиш	-	Ҳар ҳафтада 20 хафтадан кейин	Ҳар ташрифда
Ҳомила ҳолати ва қайси қисми билан ётганлигини аниқлаш	-	-	34-36 хафтадан сўнг ҳар ташрифда
Ҳомила юрак уриш тез-	-	Ҳар ташрифда	Ҳар ташрифда

лигини аниқлаш, стетоскоп билан ёки фе- тал доплер ёрдамида		20 ҳафтадан сўнг стетоскоп ёрдамида ёки 12 ҳафтадан сўнг фетал доплер ёрдамида	
Лаборатория диагностикаси			
Қонда ВИЧ-1/2нинг М ва G антителаларини ва p24 антигенини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси В нинг (HbsAg) антигенла- рини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда гепатит вируси С нинг М ва G антитанача- ларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Қонда оқ трепонема антитаначасини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
В гуруҳидаги стрептококк антигенини аниқлаш учун цервикал каналдан суртма олишга йўлланма бериш	-	-	Бир марта 35-37 ҳафталарда
Микроскопик текширув учун қиндан суртма олишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Сийдик ўрта порциясидан патоген бактерияларни микробиологик аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 таш- риф бўлса
Резус (Резус-фактор), AB0 ва антиген D системаси гуруҳларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 таш- риф бўлса
Резус манфий аёлларда антирезус антитаначаларини аниқлаш учун йўлланма бериш	1-ташрифда	18-20 ҳафтада	28 ҳафтада
Умумий қон тахлили (клиник) ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Қоннинг биокимё тахлилини ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта

Углевод алмашинуви бузилишини аниқлаш (веноз қон таркибидаги глюкоза ва гликирланган гемоглобин (HbA1c) миқдорини аниқлаш) оч коринга	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ва 24-26 ҳафтада	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
ПГТТ ўтказиш учун йўлланма	1-ташрифда 1 марта ҳомилдорлик кандли диабет юқори хавф гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса ҳомилдорлик кандли диабет юқори хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса ёки 24-28 ҳафтада ҳомилдорлик кандли диабет паст хавфи гуруҳида бўлса, агар углевод-сув алмашинуви бузилмаган бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Коагулограмма ўтказишга йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса ва туғруқдан олдин
ТТГ миқдорини аниқлашга йўлланма	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3 триместрда бир марта агар 1 ташриф бўлса
Сийдик умумий таҳлили (клиник)га йўлланма	1-ташрифда 1 марта	Бир марта	Бир марта
Махсус индикаторли ихтаёқча ёрдамида сийдикда оқсилни аниқлаш	-	22 ҳафтадан кейин хар ташрифда	Хар ташрифда
Бачадон буйнидан цитологик текширув учун микропрепарат олиш (бачадон бўйни юзасидан ва цервикал каналдан)	1-ташрифда ҳомилдорликнинг хар қандай муддатида, агар охириги 3 йилда одам папиллома вирус манфий бўлган бўлса ва олдинги цитологик текширувлар (NILM) нормада бўлса ёки текширувдан 1 йил давомида мусбат ёки ноъмалум одам папиллома вирус-статуси бўлса ёки ҳеч бўлмаганда 1 та цитологик текширувда (ASCUC,LSIL,HSIL) патология билан даволанган бўлса		
Пренатал биокимё скринингга йўлланма	В 11-13 ⁶ ҳафта: РАРР-А и β- субъ-единицаси	-	-
Инструментал диагностика			

Пельвиометрия ўтказиш	-	-	Бир марта
Ҳомила УТТга юбориш	11-13 ⁶ хафта (1-триместр скрининги доирасида)	18-20 ⁶ хафта (2-триместр скрининги доирасида)	30-34 хафтада акушерлик ва перинатал асоратларнинг юқори хавфли гуруҳларида, грави-дограмма бўйича БТБ ҳомиладорлик муддатига мос келмаслиги
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	18-20 ⁶ хафта (2-триместр скрининги доирасида)	-
Бачадон бўйни УТТ га йўлланма бериш (УЗ-цервикометрия)	-	15-16 хафтадан 24 хафтагача 1 марта /1-2 хафтадан кеч ҳомила тушишининг юқори хав гуруҳида	-
Бачадон плацентар қон айланиши ультратовуш доплерографиясига йўлланма бериш	-	18-20 ⁶ хафтада акушерлик ва перинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида	30-34 хафтада акушерлик ва перинатал асоратлари юқори хавф гуруҳида
Ҳомила КТТсига йўлланма бериш	-	-	33 хафтада 2 хафта 1 марта
Тегишли мутахассислар маслаҳати			
Врач-терапевт маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Врач-стоматолог маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	Бир марта
Врач-офтальмолог маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса	3-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса
Врач-генетик маслаҳатига йўлланма бериш	1-ташрифда 1 марта хромосома ёки генетик патологияси билан	2-триместрда бир марта агар биринчи ташриф бўлса, хромосома ёки генетик патологияси билан	-

	туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1-триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ёки 1-триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (ҳомила ривожланиш нуқсони аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	туғилиш хавф гуруҳида ва/ёки 1-триместрдаги скрининг натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила) ва/ёки 1-ёки 2- триместр ультратовуш текшируви натижаларига кўра (хромосома ёки генетик патологияси билан туғилиш хавф гуруҳида, ҳомила ривожланиш нуқсони аниқланган) ва / ёки НИПС натижаларига кўра (анеуплоидия хавфи юқори ҳомила)	
Витаминлар ва дори препаратларни тайинлаш			
Фоли кислотасини тавсия қилиш	кунига 1000 мкг перорал	-	-
Калий йодни тавсия қилиш	кунига 200 мкг перорал		
Кальций кам қабул қиладиган (кунига 600 мг дан кам) преэклампсия хавфи юқори бўлган хавф гуруҳларига кальций препаратларини тавсия қилиш	кунига 1 г перорал		
Гиповитаминоз D хавфи юқори бўлган гуруҳга витамини D тавсия қилиш	куниги 10 мкг (400 МЕ) перорально		
Преэклампсия хавфи	-	кунига 150 мг	кунига 150 мг

юқори бўлган хавф гурухларига ацетилсалицил кислотасини тавсия қилиш		перорал	перорал 36 хафтагача
Ёрдамчи репродуктив технологиялардан кейинги ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200-600 мг кунига қинга ёки Дидрогестерон 30 мг дан кунига перорал 10 хафтагача	Прогестерон 200-600 мг кунига қинга	-
Ўз-ўзидан ҳомила тушиши (анамнезида бирламчи ҳомила тушиши) хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга гестагенларни тавсия қилиш	Прогестерон 200-600 мг кунига ичишга ёки 200-400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан кунига перорал	Прогестерон 200-600 мг кунига ичишга ёки 200-400 мг қинга ёки Дидрогестерон 20 мг дан кунига перорал 20 хафтагача	-
Муддатдан олдинги туғруқ хавфи юқори бўлган ҳомиладорларга прогестерона тавсия қилиш	-	Прогестерон 200 мг дан кунига қинга 22 хафтадан	Прогестерон 200 мг дан кунига қинга 34 хафтагача
Резус манфий беморга антирезус антитаначалар манфий бўлган ҳолатда антирезус Rho[D] иммуноглобулинини тавсия қилиш	-	-	28-30 хафтада кўрстама асосидаги дозада мушак орасига

Ҳомиладорлик пайтида тромбоемболик асоратлар хавфини баҳолаш

Тип: баҳолаш шкаласи

Мақсад: ҳомиладорлик пайтида тромбоемболик асоратлар хавфини баҳолаш

Таркиби:

	Баллар
Анамнез маълумотлари	
• Олдинги такрорий тромбоемболик асоратлар	3
• Олдиндан тасдиқланмаган ёки эстроген қабул қилиш билан боғлиқ бўлган тромбоемболик асоратлар	3
• Олдинги, қўзғатилган тромбоемболик асоратлар	2
• Оилада тромботик касалликлар анамнези бўлиши	1
• Тромбофилия (V Leiden омилининг, протромбин G20210A гомозигот мутацияси, АТIII, S ва С оқсилнинг етишмаслиги, антифосфолипид синдром)	3
Соматик омиллар	
• Ёши > 35 ёш	1
• Чекиш	1
• Семизлик ИМТ > 30	1
• Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши	1
• Соматик касалликлар (артериал гипертензия, нефротик синдром, ёмон сифатли ўсма касалликлар, қандли диабетнинг 1-тури, актив фазадаги юқумли ва яллиғланишли касалликлар, ТҚБ (тизимли қизил бўрича), ўпка ва юрак касалликлари, ўроқсимон хужайрали анемия)	2
Акушерлик ва гинекологик омиллар	
• Анамнезида туғруқлар сони > 3	1
• Кўп ҳомилали ҳомиладорлик	1
• Енгил преэклампсия	1
• Эрта бошланган ёки оғир преэклампсия	2
• Ушбу ҳомиладорлик пайтида ҳомиланинг интранатал ўлими	2
• Ҳомиладорлик пайтида жарроҳлик аралашувлар	2
Бошқа омиллар	
• Дегидратация	1
• Узоқ муддатли иммобилизация (> 4 кун)	1
ЖАМИ:	

Калит: ўртача хавф (0-2 балл), юқори хавф (≥ 3 балл).

Тушунтиришлар: Ўртача хавфда, компрессион пайпоқ кийиш тавсия этилади, юқори хавфда – компрессион пайпоқ ва фармакологик тромбопрофилактика тавсия этилади.

Ҳомиладор учун маълумот

Ҳомиладорлик - бу аёл танасида содир бўладиган ва бола туғилиши билан якунланадиган физиологик жараёндр.

Ҳомиладорликнинг бошланишидаги биринчи ва энг муҳим қадам- бу акушер-гинеколог билан маслаҳатлашув, бу вақтда ҳомиладорлик тасдиқланади ва унинг муддати аниқланади, умумий ва гинекологик текширув ўтказилади, шунингдек кейинги текширувлар режаси тузилади ва соғлом турмуш тарзи, соғлом овқатланиш, зарур витаминлар ва дори -дармонлар бўйича тавсиялар берилади (агар зарур бўлса).

Ҳомиладорлиги нормал кечаётган аёлни, акушер-гинекологга ташрифининг сони 4 дан 7 мартагача ташкил қилади. Шифокорга биринчи ташрифи учун энг мақбул вақт ҳомиладорликнинг 1 триместрида (10 хафтага қадар) хисобланади. Кейинчалик ташрифлар ҳомиладорликни 16чи, 24чи, 30чи, 34чи, 36чи ва 38-40чи хафталарида тавсия қилинган.

Сиз шифокорнинг барча тавсияларига қатъий риоя қилишингиз, ўз вақтида режалаштирилган тиббий текширувдан ўтишингиз, ҳомиладорлик пайтида соғлом турмуш тарзи бўйича тавсияларга амал қилишингиз керак, яъни:

- узоқ вақт туриш ёки ҳаддан ташқари жисмоний зўриқиш билан боғлиқ ишлардан, тунда ишлашдан ва чарчоқни келтириб чиқарадиган ишлардан сақланинг;
- қорин бўшлиғи шикастланиши, йиқилиш ва стрессга олиб келадиган жисмоний машқлардан сақланинг: контакт спорт турлари, курашнинг турли турлари, ракетка ва кўл тўпи спорт турлари, сув остига шўнғиш.
- етарлича жисмонан фаол бўлинг, пиёда юринг, ҳомиладор аёллар учун кунига 20-30 дақиқа жисмоний машқлар бажаринг (шикоятлар ва қарши кўрсатмалар бўлмаса),
- самолётда, айниқса узоқ масофаларга саёхат қилиш пайтида, парвоз давомида компрессион пайпоқ кийиш, салон атрофида юриш, кўп ичимлик ичиш, алкоголь ва кофеинни истисно қилиш;
- машинада саёхат қилишда уч нуктали махсус хавфсизлик камаридан фойдаланинг;
- ўз вақтида эмланиш учун тропик мамлакатларга режалаштирилган саёхат тўғрисида врачга хабар бериш;
- тўғри ва мунтазам овқатланинг: сабзавот, гўшт, балиқ, дуккакли екинлар, ёнғоқлар, мевалар ва кепакли нонларни диетага мажбурий киритиш билан оқсил, витамин ва минералларнинг мақбул таркибига эга бўлган етарли калорияли таомларни истеъмол қилинг;
- Таркибида токсикант бисфенол А борлиги сабабли, пластмасса идишларни ишлатишдан сақланинг, айниқса, озиқ-овқат ва суюқликларни иссиқлик билан ишлов беришда.
- А витаминига бой озиқ-овқат (мол гўшти, товуқ ўрдак жигари ва ундан олинадиган маҳсулотлар) истеъмолини камайтириш;
- кофеин истеъмол қилишни кунига 300 мг дан кам миқдорда чекланг (1,5 стакан эспрессо, ҳар бири 200 мл ёки 2 стакан капучино / лате / американо, ҳар бири 250 мл ёки 3 стакан тезкор кофе, ҳар бири 250 мл),
- пастеризация қилинмаган сут, етилган юмшоқ пишлоқ, паштет, яхши ишлов берилмаган овқатни истеъмол қилишдан сақланинг,
- агар чексангиз, чекишни ташлашга ёки кунига чекадиган сигареталар сонини камайтиришга ҳаракат қилинг,
- ҳомиладорлик пайтида, айниқса биринчи 3 ой ичида спиртли ичимликлар ичишдан сақланинг.

Ҳомиладорлик даврида сиз стрессли вазиятлардан ва ҳиссий ташвишлардан сақланишингиз керак.

Агар ўзингизни нормал ҳис қилсангиз, ҳомиладорлик пайтида жинсий алоқада бўлиш тақиқланмайди. Жинсий алоқада пайтида оғриқ, безовталиқ, қонли ажралма кузатилса, шунингдек, қинда қичишиш, ачишиш пайдо бўлса, лейкорояда, жинсий алоқани тўхтатиш ва шифокор билан маслаҳатлашиш зарур.

Шунингдек, қуйидаги шикоятларингиз бўлса, шифокорингизга мурожаат қилишингиз керак:

- қунига > 5 марта қусиш,
- 1-1,5 ҳафта ичида тана вазнининг > 3 кг камайиши,
- қон босими кўтарилиши > 120/80 мм. сим. уст,
- кўз олдида хиралашиш ёки милтиллаш каби кўриш муаммолари,
- кучли бош оғриғи,
- қориннинг пастки қисмидаги ҳар қандай характердаги оғриқлар (эзувчи, тўлғоқсимон, санчувчи ва бошқалар),
- эпигастрал соҳадаги оғриқ (ошқозонда),
- юз, қўл ёки оёқларнинг шишиши,
- генитал трактдан қонли ёки кўп миқдорда ажралмалар келиши;
- иситма 37,5 дан юқори бўлиши,
- 12 соатдан кўпроқ вақт давомида ҳомила ҳаракатининг йўқлиги ёки ўзгариши (20 ҳафталиқ ҳомиладорликдан кейин).

Агар сизда резус манфий қон бўлса, у ҳолда сизнинг эрингиз резус омилни аниқлаш учун анализ тошириши мақсадга мувофиқдир. Агар сизнинг эрингизнинг қони резус манфий бўлса, сизда антирезус антитаначаларни аниқлаш ва антирезус иммуноглобулинни киритиш бўйича кейинги кузатувлар талаб қилинмайди.

Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмидан бошлаб, сизга бўлажак ота -оналар учун курсларга боришингиз тавсия этилади, бу ерда сизга ҳомиладорлик пайтида юзага келадиган саволларга жавоб берилади.

Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш

Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки рухий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик, реабилитацияга йўналтирилган, тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган тиббий кўрик турлари ва (ёки) тиббий манипуляциядир.

1. Мен, _____ (беморнинг тўлиқ исми)
 "_____" _____ туғилган йили,
 Манзили бўйича рўйхатдан ўтган _____

Мен беморнинг яшаш (қолиш) жойи ёки унинг қонуний вакили)
 қуйидаги ўтказиладиган тиббий аралашув учун розиликни бераман

(тиббий муассасанинг номи)

2. Менга тушунарли бўлган шаклда менга бўлажак тиббий аралашувнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, ўтказиладиган текширув, ташхис ва / ёки даволанишнинг зарурияти, мақсади ва кутилаётган натижалар, шу жумладан асоратлар еҳтимоллиги тушунтирилди. шунингдек, тиббий аралашувдан бош тортишнинг оқибатлари ҳам.

3. Менга тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилишнинг иложи йўқлиги ҳақида хабар берилди. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлигини ва вақтинчалик ёки доимий, қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолат йўқ.

4. Мен тиббий аралашувнинг диагностик, даволаш ва бошқа вариантлари жараёнида кутилмаган фавқулудда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, бу мен зарур фавқулудда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки муолажаларга) розилик бера олмайдиган ҳолатим. Бундай ҳолатларда, шифокорларнинг хоҳишига кўра, тиббий аралашув усули ўзгартирилиши мумкин.

5. Биламан, ўтказиладиган тиббий аралашув самарадорлигини ошириш учун шифокорга соғлигим билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида ирсият, шу жумладан аллергия ҳолатлар, озиқ-овқат маҳсулотларига ва дори воситаларига бўлган индивидуал қабул қила олмаслигим интолеранс, шунингдек, тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, наркотик ёки токсик дорилар ҳақида айтишим зарур.

6. Мен операция пайтида қон йўқотиш бўлиши мумкинлигини ва донорлик қонини ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш зарурлигини тушунаман, бунга мен ихтиёрий розилик бераман. Мен даволовчи врачдан қон ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш мақсади, қон қуйиш зарурати, процедуранинг моҳияти ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлар тўғрисида тушунтиришлар олдим, бу ҳолда мен барча зарур бўлган даволаш чора тадбирларни ўтказишга розилик бераман. Менга қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортган тақдирда, касалликнинг еҳтимолий кечиши ҳақида огоҳлантиришди.

7. Мен ўзимнинг даволаш-диагностика жараёнимни ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда, ҳар қандай ахборот воситаларида ёзиб олишга, шунингдек диагностика ва даволаш мақсадида биологик материаллар намуналарини олишга, шу жумладан хужайралар, тўқималар, биологик суюқликларни олишга розилик билдираман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда профилактика, ташхис, даволаш ва реабилитациянинг бир ёки бир нечта усулларидадан воз кечиш ёки уни (уларнинг) тўхтатилишини талаб қилиш

хуқуқига ега эканлигим тушунтирилди, шунингдек бундай рад етишнинг бўлиши мумкин бўлган оқибатларини тушунтиришди.

9. Мен касаллигим, бу касалликнинг кечиши ва давоси ҳақида маълумот беришингизга рухсат бераман:

(ишончли вакиллар)

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча пунктлари билан танишман, улар менга тушунарли, нима ҳақида қуйида имзоланганлигимдан далолат беради.

Имзо

Сана " ____ " _____



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING
BUYRUG‘I**

2021 yil “30” 11

№ 273

Toshkent sh.

**Даволаш-профилактика муассасалари учун клиник баённомалар
ҳамда касалликларни ташхислаш ва даволаш стандартларини
тасдиқлаш тўғрисида**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2021 йил 28 июлдаги “Соғлиқни сақлаш соҳасида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-5199-сон қарори ижросини таъминлаш, халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник баённомалар, ташхислаш ва касалликларни даволаш стандартларини амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида **буюраман**:

1. Куйидагилар:

Кўз касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 1-иловага мувофиқ;

Жарроҳлик йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларнинг ташхислаш ва даволаш стандартлари 2-иловага мувофиқ;

Эндокринологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 3-иловага мувофиқ;

Кардиологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 4-иловага мувофиқ;

Урологик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 5-иловага мувофиқ;

Дерматовенерология ва косметология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 6-иловага мувофиқ;

Травматология ва ортопедия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 7-иловага мувофиқ;

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

Терапевтик касалликларининг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 9-иловага мувофиқ;

Педиатрия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг

ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

Нейрохирургия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 11-иловага мувофиқ;

Нефрология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 12-иловага мувофиқ;

Фтизиатрия ва пульманология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 13-иловага мувофиқ;

Акушерлик ва гинекология йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 14-иловага мувофиқ;

Аллергик касалликларнинг клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 15-иловага мувофиқ;

Юкумли касалликлар бўйича клиник баённомалари, ташхислаш ва даволаш стандартлари 16-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Клиник баённомалар ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартларини 2023 йил учун тасдиқлаш режа жадвали 17-иловага мувофиқ тасдиқлансин.

3. Республика ихтисослаштирилган кўз микрохирургияси ИАТМ (А.Юсупов), Академик В.Вахидов номидаги республика ихтисослаштирилган хирургия ИАТМ (С.Исмаилов), Республика ихтисослаштирилган эндокринология ИАТМ (Ф.Хайдарова), Республика ихтисослаштирилган кардиология ИАТМ (Х.Фазилов), Республика ихтисослаштирилган урология ИАТМ (Ш.Мухтаров), Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология ИАТМ (У.Сабиров), Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия ИАТМ (М.Ирисметов), Республика ихтисослаштирилган онкология ва тиббий радиология илмий-амалий тиббиёт маркази (М.Тиллашайхов), Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация ИАТМ (Б.Аляви), Республика ихтисослаштирилган педиатрия ИАТМ (Д.Ахмедова), Республика ихтисослаштирилган нейрохирургия ИАТМ (Г.Кариев), Республика ихтисослаштирилган нефрология ва буйрак трансплантацияси ИАТМ (Б.Даминов), Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология ИАТМ (Н.Парпиева) ва Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология ИАТМ (Н.Надирханова), Республика ихтисослаштирилган аллергология ИАТМ (И.Разикова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шаҳар) микёсида тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда стандартлардаги тартиб ва кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсинлар;

Тасдиқланган клиник протоколлари ҳамда ташхислаш ва даволаш стандартлари тасдиқлангандан сўнг тегишлилиги бўйича марказларнинг расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни 2021-2022 ўқув йилидан бошлаб Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалаврият, магистратура, клиник

ординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўқув дастурларига киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбиқ этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев)га бошқарма ва унинг ҳудудий бўлимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларнинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатиш вазифаси юклансин.

7. IT-MED МЧЖ (Б.Хасанов) иловаларда тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартлар тақдим қилингандан сўнг вазирлик расмий веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

8. Мазкур буйруқнинг қабул қилиниши муносабати билан Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2014 йил 23 октябрдаги 377-сон, 2015 йил 5 июндаги 235-сон, 2017 йил 16 августдаги 457-сон, 2017 йил 29 июндаги 351-сон, 2018 йил 19 июлдаги 468-сон, 2019 йил 19 июлдаги 266-сонли буйруғининг 1-банди биринчи-саккизинчи, ўнинчи-ўн биринчи хатбошлари ва 1-7, 9-10 иловалари, 2019 йил 1 апрелдаги 90-сонли буйруғининг 1-банди еттинчи хатбоши ва 15-17 иловалари, 2018 йил 29 декабрдаги 671-сонли буйруғининг 1-банди бешинчи хатбоши ва 4-6 иловалари ва 2019 йил 13 майдаги 127-сонли буйруғининг 1-банди иккинчи хатбоши ва 1-иловаси ўз кучини йўқотган деб ҳисоблансин.

9. Мазкур буйруқнинг ижроси назорат қилишни вазирнинг биринчи ўринбосари А.Иноятов зиммасига юклатилсин.

Вазир



Б. Мусаев