

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ИННОВАЦИОН
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ**



**Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос
келмаслигини ташхислаш ва даволаш бўйича
миллий клиник баённома**

ТОШКЕНТ 2021 й.

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслиги
Ҳужжатнинг номи	Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш ва даволаш бўйича миллий клиник баённома
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқиш санаси	20.03.2021 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга қадар режалаштирилган.
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

КИРИШ	7
Қисқартмалар рўйхати.....	8
Таърифи.....	9
КХТ-10 бўйича кодланиши.....	9
Этиология ва патогенез.....	9
Эпидемиология.....	10
Резус-конфликтнинг хавф омиллари.....	10
Резус-иммунизацияланган ҳомиладорликнинг асоратлари.....	11
Резус-конфликтнинг классификацияси.....	11
Резус-конфликтнинг клиник кўриниши.....	11
РЕЗУС-КОНФЛИКТ ДИАГНОСТИКАСИ	12
Ташхис қўйиш мезонлари.....	12
Шикоятлар ва анамнез.....	12
Физикал текширув.....	13
Лаборатор-диагностик текширувлар.....	13
Инструментал-диагностик текширувлар.....	13
Бошқа диагностик текширувлар.....	16
РЕЗУС-КОНФЛИКТ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ	12
Медикаментоз даво.....	17
Кордоцентез.....	17
Ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш.....	17
Резус-конфликтда туғдириб олиш тактикалари.....	18
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ	Ошибка! Закладка не определена.
ПРОФИЛАКТИКАСИ	19
Носпецифик профилактика.....	19
Специфик антенатал профилактика.....	19
Изоиммунизацияси бўлмаган қони резус-манфий ҳомиладор аёлларда специфик постнатал профилактикани ўтказиш.....	20
ТИББИЙ ЁРДАМ КўРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ	21
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ	21
ИЛОВАЛАР	22
Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси.....	22
Резус мос келмаслик ҳолатини олиб бориш алгоритми.....	23
Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари (сенсбилизацияловчи ҳолатлар) мавжуд бўлганда қўшимча профилактик антирезус иммуноглобулинни юбориш.....	24
ЛТЮЭМ амалга ошириш техникаси.....	25
Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш.....	26
Бемор учун маълумот.....	28
Фойдаланилган адабиётлар	29

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	ССВни Бош акушер-гинеколог
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надырханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Любчич А.С., т.ф.н.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббарова Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Юсупбаев Р.Б., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Нишанова Ф.П., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Микиртичев К.Д., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ
Бабажанова Ш.Д., т.ф.н.	РПМ
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Каюмова Г.Т.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Хамроев А.К.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Расулов О.А.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти филиали, директор
Суяркулова М.Э., т.ф.н.	РИАГИАТМ Фарғона вилояти филиали, директор
Шодмонов Н.М., т.ф.н.	РИАГИАТМ Жиззах вилояти филиали, директор
Норкулова М.А., т.ф.н.	РИАГИАТМ Қашқадарё вилояти филиали, директор
Бабажанов М.А.	РИАГИАТМ ҚР филиали, директор
Хамроева Л.К.	РИАГИАТМ Самарқанд вилояти филиали, директор
Садыкова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Жумаев Б.А.	РИАГИАТМ Тошкент вилояти филиали, директор
Мухитдинова И.Н., т.ф.н.	РИАГИАТМ Наманган вилояти филиали, директор
Дустмуродов Б.М.	РИАГИАТМ Сурхондарё вилояти №2 филиали, директор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

Методик ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., тиббий стандартлар ва баённомаларни ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
Усмонов С.К., етакчи мутахассис	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Такризчилар

Иргашева С.У.

РИАГИАТМ, т.ф.д., клиник ординаторлани тайёрлаш
бўйича мутахассис, катта илмий ходим

Каримова Ф.Д.

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

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

Клиник баённома 2021 йил «25» мартда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 3-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 шифокор-клиницистлар 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. Шунинг учун, шифокорлар кофиденциал мулоқот олиб бориш тамойилига риоя қилган ҳолда, беморнинг эҳтиёжларини инобатга олиб, улар билан индивидуал олиб бориш тактикасини муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарурат бўлганда, таржимон хизматларидан фойдаланиш.
- Беморга маслаҳат бериш ва олиб бориш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва профессионал Этика стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Умумий талабларга мувофиқ ташхислаш ва даволаш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Клиник қўлланманинг мақсади: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслигини ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: қони резус-манфий ҳомиладор ва туғувчи аёллар.

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:

Ht	гематокрит
Hb	гемоглобин
Ig	иммуноглобулин
RhD	D резуси
AB0	одам қон гуруҳлари тизими
АЛТ	аланин аминотрансфераза
АСТ	аспартат аминотрансфераза
ОИВ	одам иммунитет танқислиги вируси
БИҚҚ	бачадон ичи қон қуйиш
ЧГК	чақалоқлар гемолитик касаллиги
ҲГК	ҳомила гемолитик касаллиги
КИМ	кислота-ишкор мувозанати
КТГ	кардиотокография
МоМ	“multiple of median” атамасининг инглизча қисқартмаси, ўртача қийматдан (медианадан) кўрсаткичнинг оғиш даражасини акс эттиради
СҚОЧТ	систолик қон оқимининг максимал тезлиги
МКБ	миллий клиник баённома
УҚТ	умумий қон таҳлили
УСТ	умумий сийдик таҳлили
МЎА	мия ўрта артерияси
УТТ	ультратовуш текшируви
ҲОТ	ҳомила-она трансфузияси
ЭКГ	электрокардиограмма
ЛТЮЭМ	лейкоцитлар ва тромбоцитлардан ювилган эритроцитлар массаси

Таърифи

- **Она ва ҳомила қонларининг изосерологик мос келмаслиги** – резус-мусбат ҳомиланинг эритроцит антигенларига резус-манфий онанинг гуморал иммун жавоби. Ушбу касалликда анти-резус антитаначалар ҳосил бўлади. Синонимлари – **резус-конфликт, резус-сенсбилизация, резус-аллоиммунизация.**
- **Ҳомила гемолитик касаллиги (ХГК)** – она ва ҳомила қонларининг резус тизими бўйича мос келмаслик ҳолатида, плацентар тўсиқ орқали ҳомиланинг қон оқимиغا кирадиган онанинг анти-Rh (D) антитаначалари таъсирида ҳомиланинг резус-(D)-мусбат эритроцитлар гемолизи билан ифодаланиладиган, шунингдек, анемия ривожланиши, эритроцитларнинг бласт шакллари сони кўпайиши билан намоён бўладиган касаллик. Синонимлари – **ҳомила эритробластози, гемолитик сариқлик.**

КХТ-10 бўйича кодланиши

O00-O99	Ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги давр
O30-048	Амниотик бўшлиқ ва ҳомиланинг ҳолати, туғдириб олишда келиб чиқиши мумкин бўлган қийинчиликлар билан боғлиқ онага тиббий ёрдам кўрсатилиши
O36	Ҳомиланинг бошқа аниқланган ёки гумон қилинаётган патологик ҳолатлари билан боғлиқ онага тиббий ёрдам кўрсатилиши
O36.0	Онага тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қиладиган резус-иммунизация ҳолати
O36.1	Онага тиббий ёрдам кўрсатилишини талаб қиладиган иммунизация ҳолатининг бошқа шакллари
P55	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги
P55.0	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг резус-изоиммунизация ҳолати
P55.8	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқ гемолитик касаллигининг бошқа шакллари
P55.9	Ҳомила ва янги туғилган чақалоқнинг аниқланмаган гемолитик касаллиги
P56	Гемолитик касаллик билан боғлиқ ҳомила шиши
P56.0	Резус-изоиммунизация ҳолати билан билан боғлиқ ҳомила шиши
P56.9	Бошқа аниқланмаган гемолитик касаллик билан боғлиқ ҳомила шиши

Этиология ва патогенези

- Резус-изоиммунация (номутаносиблик) касаллиги асосан онанинг ва ҳомиланинг қони RhD антигени бўйича мос келмаслигида ривожланади. Шунингдек, ХГК онанинг ва ҳомиланинг қони C, c, E, e антигенлари бўйича мос келмаслигида ривожланиши мумкин. Қони резус-манфий бўлган аёл, ёки ҳомиладорлик даврида биологик отасидан ўтган ҳомиланинг Rh(D) антигени қон оқимиغا тушганда, ёки аёл ҳомиладор бўлмаганда резус-(D)-мусбат донор қонининг компонентлари қуйилганда, сенсбилизацияга учрайди.
- Ҳомиладорлик даврининг 1-триместр давомида 5-7%, 2-триместр давомида 15-16% ва 3-триместр давомида 29-30% аёлларда ҳомиланинг эритроцитлари плацентар тўсиқ орқали онанинг қонига ўтади. Онанинг иммун жавобининг биринчи босқичида юқори молекуляр массага эга ва плацентар тўсиқдан ҳомиланинг қонига ўтмайдиган IgM антитаначалари ишлаб чиқарилади. Изоиммунизация ривожланишининг кейинги босқичларида паст молекуляр массага эга ва плацентар тўсиқдан ҳомиланинг қонига осон ўтадиган IgG антитаначалари, шу жумладан, ҳомила эритроцитларининг гемолизида муҳим роль ўйнайдиган лимфоцитлар ва макрофагларнинг Fc-рецепторлари

(FcR) билан ўзаро таъсирга фаол киришадиган иммуноглобулин G1 ва G3 субгурuhlари ишлаб чиқарилади.

- Биринчи ҳомиладорликда ХГК камдан-кам ривожланади, чунки ҳомиланинг эритроцитлари онанинг қонига ўтиши асосан ҳомиладорликнинг кечки муддатларида ёки туғруқ пайтида юз беради ва бирламчи иммун жавоби шаклланишга улгурмайди. Биринчи ҳомиладорликда ХГК келиб чиқиши аллақачон ривожланган изоиммунизация ҳолати билан боғлиқ бўлиши мумкин, масалан, анамнезда қони резус-манфий бўлган аёлга резус-мусбат қон компонентларини қуйиш.
- Кейинги ҳомиладорликларда ҳомиланинг эритроцитлари онанинг қонига ўтиши тезкор иммун жавобини чақиради, IgG антитаначалари ҳомилага ўтади, гемолиз, анемия, экстремедулляр гематопоз (қон ишлаб чиқариш) ўчоқларининг фаоллашиши ва гепатоспленомегалия ривожланади. Жигар ҳужайраларининг темир ва глобиннинг парчаланган маҳсулотлари билан "ҳаддан ташқари юкланиши" туфайли, жигарнинг оксил синтетик функцияси бузилади, бу эса гипопропротеинемия, гипоальбуминемия ва, кейинчалик, темир деворларининг ўтказувчанлиги ошишига олиб келади. Ривожланиб боровчи анемия фонида жигар ҳажми янада ошиши ва анасарка ривожланишига кўмаклашувчи юрак етишмовчилиги ва портал гипертензия босқичма-босқич шаклланиши билан ҳомилада қон айланишининг гипердинамик тури билан боғлиқ гипоксемия ҳолати ривожланади. Шу қадар, ҳомила шиши билан оғир анемия ҳам ривожланади. Бачадон ичи даволаш тадбирлари амалга оширилмаса, ҳомиланинг антенатал ўлими содир бўлиши мумкин. Туғруқдан бир оз олдин ёки бола туғилгандан сўнг дарҳол ҳомила эритроцитлари гемолизининг кечроқ бошланиши туфайли, энгил анемия ривожланади.

Эпидемиологияси

- Нормал кечаётган ҳомиладорлик даврининг 1-триместр давомида 5%, 2-триместр давомида 15% ва 3-триместр охирида 30% ҳомиладор аёлларда эритроцитлар плацентар тўсиқ орқали ўтади. Аксарият ҳолларда онанинг қонига ўтадиган ҳомиланинг ҳужайралари кам миқдорда бўлади ва бирламчи иммун жавоби ривожланиши учун етарли бўлмайди.
- Қони резус-манфий бўлган аёлларнинг барча ҳомиладорликларининг тахминан 1,5% резус-сенсбилизация билан асоратланади. Ушбу ҳолатлар сони анти-Rh(D) иммуноглобулин кенг қўлланилиши билан сезиларли даражада камаяди.
- Резус мос келмайдиган биринчи ҳомиладорлик даврида туғруқдан олдинги бирламчи изоиммунизация частотаси 1% дан камни ташкил қилади.
- Кўпинча ҳомиланинг резус-мусбат эритроцитларининг онанинг қонига ўтиши туғруқ пайтида юз беради. Изоиммунизация ривожланиш хавфи даражаси онанинг қонига ўтадиган резус-антигенларининг миқдорига боғлиқ бўлади.
- Туғруқдан кейин иммунизация ривожланиш частотаси, резус-мусбат эрлари бўлган барча резус-манфий аёлларнинг 10-15% ташкил қилади.
- Биринчи ҳомиладорликда антирезус иммуноглобулин билан туғруқдан олдинги профилактикасини ўтказиш иммунизация ривожланиш хавфини 0,2% гача, антирезус иммуноглобулин билан туғруқдан кейинги профилактикасини ўтказиш эса иммунизация ривожланиш хавфини 0,06% гача камайтиради.

Резус-конфликтнинг хавф омиллари

Анамнестик хавф омиллари:

- ҳомила гемолитик касаллиги (ХГК);
- ҳомиланинг антенатал ўлими;
- қон компонентларини қуйиш.

Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари:

- ўз-ўзидан ҳомила тушиши;
- ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш;
- бачадондан ташқари ҳомила;
- хорион биопсияси;
- амниоцентез;
- кордоцентез;
- қорин девори шикастланиши (тўғридан-тўғри/билвосита, ўткир/тўмтоқ, очик/ёпик). Ҳар қандай қорин девори шикастланиши кейинчалик сенсibiliзацияли ҳомила-она трансфузияси ривожланиши учун етарли омил ҳисобланади);
- нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши ёки йўлдошнинг олдинда жойлашиши (ташқи ва/ёки ички) билан боғлиқ туғруқдан олдин қон кетиши;
- туғруқ;
- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти;
- йўлдошни қўл билан кўчирилиши ва ажратилиши;
- ҳомилани бошига ташқи айлантериш (уриниш ёки амалга оширилган).

Резус-иммунизацияланган ҳомиладорликнинг асоратлари

- ҳомила ва янги туғилган чақалоқ гемолитик касаллиги (ХГК, ЧГК);
- ўлик туғилиш;
- муддатидан олдинги туғруқ.

Резус-конфликтнинг классификацияси

Она ва ҳомиланинг қони ўртасида иммунологик конфликтнинг характери бўйича ХГК шакллари:

- резус-омил бўйича мос келмаслик;
- эритроцитларнинг бошқа камдан-кам учрайдиган антигенлари бўйича мос келмаслик (минор антигенлар бўйича);
- АВ0 тизими бўйича мос келмаслик (гуруҳ мос келмаслиги).

Анемия оғирлиги ва ҳомила шиши мавжудлиги бўйича ХГК шакллари:

- енгил даражадаги анемия – **анемия шакли** (сариклик ва ҳомила шиши бўлмаган анемия);
- оғир анемия (**сариклик шакли**: сариклик билан кечадиган анемия) – ХГКнинг энг кўп учрайдиган шакли ҳисобланади;
- ҳомила шиши билан кечадиган оғир анемия (**шишли шакли**) – ХГКнинг энг оғир ва прогностик жиҳатдан нохуш шакли ҳисобланади.

Ҳомилада гемоглобин/гематокрит даражаси бўйича ХГК шакллари:

- енгил анемия – маълум бир муддат учун ўртача кўрсаткичларга нисбатан гемоглобин етишмовчилиги 20 г/л гача бўлиши (Hb <0,84 Мом);
- ўрта даражадаги - анемия – гемоглобин етишмовчилиги 20-70 г/л бўлиши (Hb <0,65 Мом);
- оғир анемия – гемоглобин етишмовчилиги 70 г/л дан ортиқ бўлиши (Hb <0,55 Мом).

Резус-конфликтнинг клиник кўриниши

ХГКнинг ташхис кўйилишида асосий роль лаборатория ва функционал текширув усулларига берилади, улар ёрдамида ХГКга ташхис кўйилади ва унинг шакли аниқланади.

РЕЗУС-КОНФЛИКТ ДИАГНОСТИКАСИ

Ташхис қўйиш мезонлари

ХГК ташхиси ҳомиланинг ультратовуш текширувнинг (УТТ) маълумотлари бўйича кўп сувлилик ва ҳомила шиши клиник кўриниши, лаборатория маълумотлари бўйича анемия ва ҳомилада эритроцитларнинг бласт шакллари сони кўпайишига асосланиб, резус-омил бўйича боланинг биологик отаси билан номувофик бўлган, резус-манфий ҳомиладор аёлга қўйилади.

Шикоятлар ва анамнез

Специфик шикоятлар бўлмайди. Оғир анемия ва ҳомила шиши ривожланиши билан ҳомиладор аёл ҳомила ҳаракатларининг интенсивлиги пасайишини сезиши мумкин, бу эса юрак етишмовчилиги ривожланиши фонида ҳомиланинг заиф ҳаракатланиш фаоллигининг оксидир.

5C	<p>Бўйида бўлишдан олдин ёки ҳомиладорликнинг эрта муддатларида анамнезни йиғиш тавсия этилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади:</p> <ul style="list-style-type: none">• АВ0 тизими бўйича қон гуруҳини аниқлаш;• ҳомиладор аёлнинг резус-омилини аниқлаш;• биологик отасининг қон гуруҳи ва резус-омилини аниқлаш. <p>Қони резус-манфий бўлган аёлларда:</p> <ul style="list-style-type: none">• анамнезда қон компонентларини қуйиш тўғрисида анамнестик маълумотларни олиш;• ҳомиладорликлар сони, уларнинг кечиши ва натижалари, антирезус Rh0(D) одам иммуноглобулинини юбориш орқали резус-изоиммунизацияни олдини олиш тўғрисида маълумотларни таҳлил қилиш;• ХГК белгилари билан туғилган болалари, даволаш усуллари, туғдириб олиш муддати, янги туғилган чақалоқларда касалликнинг оғирлик даражаси тўғрисида анамнестик маълумотларни олиш.
-----------	--

5C	<p>ХГК ривожланиши учун хавф омилларини баҳолашни ўтказиш тавсия этилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади:</p> <ul style="list-style-type: none">• қони резус-манфий бўлган аёлларга резус-мансубликни ҳисобга олмаган ҳолда қон компонентларини қуйиш;• қони резус-манфий бўлган аёллар қони резус-мусбат бўлган эркакдан ҳомиладор бўлганда:<ul style="list-style-type: none">– туғруқлар;– тиббий кўрсатмаларга кўра ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш;– ҳомила тушиши;– бачадондан ташқари ҳомиладорлик;– инвазив ва диагностик аралашувлар (хорион аспирацияси, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, кўп ҳомилаликда эмбрионлар сонини қисқартириш, тос жойлашувида ҳомилани бошига ташқи айлантериш);– ҳомиладорлик даврида қон кетиши;– ретрохориал/плацентар гематома;– мазкур ҳомиладорликда ҳомила нобуд бўлиши;– қорин девори шикастланиши.
-----------	---

Физикал текширув

Резус-изоиммунизациянинг диагностикасида физикал текширув етарли даражада маълумот бермайди ва физиологик (нормал) кечаётган ҳомиладорликда каби ўтказилади.

Лаборатор-диагностик текширувлар

1В	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлни биринчи ташрифда, кейин антитаначалар аниқланмаганда ҳомиладорлик муддатининг 18-20 ва 28 ҳафтасида антитаначалар мавжудлигини аниқлашга юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Эрининг резус-омилини аниқлаш тавсия этилади:

- аёлнинг эрида резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, антирезус антитаначалар мавжудлиги текширилмайди;
- аёлнинг эрида ноъмалум ёки резус-мусбат омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, ҳомиладорлик резус-мусбат ҳомилалик ҳомиладорлик каби олиб борилади.

Антирезус антитаначаларнинг титрини аниқлаш билвосита Кумбс тести орқали амалга оширилади.

Резус-изоиммунизациянинг профилактикаси ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасидан кечиктирилса, у ҳолда антирезус антитаначаларни аниқлаш анти-резус иммуноглобулинни юборишдан аввал амалга оширилади.

Антирезус антитаначаларни тез-тез аниқлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланмайди.

Анти-резус иммуноглобулинни антенатал профилактик юборишдан кейин 12 ҳафта давомида антитаначалар титрининг из даражаларини аниқлаш мумкин.

3С	Антитаначалар титрининг қиймати ҳомила касаллиги оғирлигининг ишончли кўрсаткичи бўлиб хизмат қилмайди, фақатгина гемолитик касалликнинг ривожланиш эҳтимоли ва бошқа даволаш ва профилактика тадбирлар ўтказиш эҳтиёжининг кўрсаткичи ҳисобланади.
-----------	---

Антирезус антитаначалар аниқланган ҳолда, <32 титрида уларнинг титрини кейинги ҳар 4 ҳафтада, ≥32 титрида эса ҳар 2 ҳафтада кузатиб бориш тавсия этилади.

5С	ХГКнинг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида амниоцентезде олинган қоғаноқ сувларининг билирубин оптик зичлигини текшириш тавсия этилмайди, чунки бу инвазив муолажа бўлиб, у ятроген асоратларга олиб келиши мумкин.
-----------	---

Инструментал-диагностик текширувлар

5С	Резус-изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни ҳомиладорлик муддатининг 18-19 ҳафтасидан бошлаб ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлигини (МЎА СҚОЧТ) аниқлаш билан ультратовуш доплерография текширувига юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Ушбу текширув амбулатория шароитида, диагностик аралашувларни амалга ошириш имкониятига эга бўлган ҳудудий перинатал марказининг маслаҳат бўлимида ўтказилиши мумкин.

Ҳомиладорликнинг маълум бир муддатида МЎА СҚОЧТ ошиши юқори сезувчанлик ва спецификлик билан ҳомилада қон айланишининг гипердинамик тури ривожланганлигидан далолат беради ва ушбу кўрсаткичнинг 1,5 МоМ дан ошиши ҳомиладорлик даврида аралашувни талаб қиладиган оғир анемия учун хосдир.

Ҳомиладорлик муддатининг 35 ҳафтасидан сўнг ушбу текширувнинг диагностик аниқлиги пасаяди ва ҳомиланинг ҳолатини комплекс баҳолаш ультратовуш фетометрия ва КТГ натижаларини ўз ичига олиши керак.

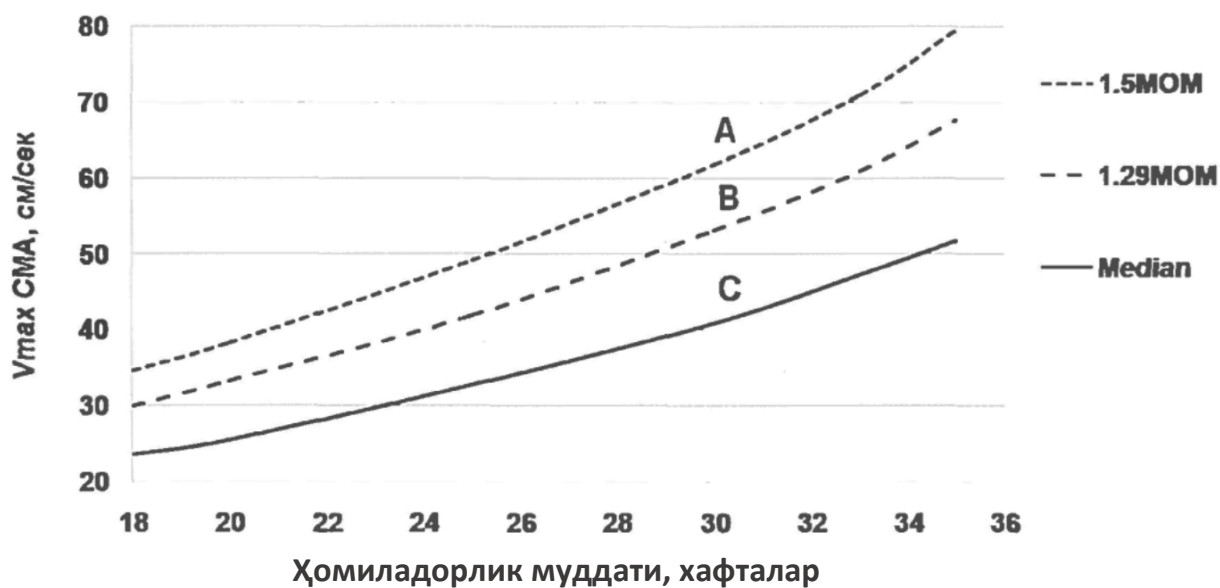
Изоиммунизацияси бўлмаган (антитаначалар титри аниқланмаган) резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларда, доплерометрия текшируви физиологик ҳомиладорликнинг антенатал парвариш қилиш стандартларига мувофиқ амалга оширилади (18-22 хафталарда – ҳомилада туғма нуқсонлар скрининг текширувига юбориш).

5C	<p>Резус-изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни МЎА СҚОЧТнинг қийматини 1-расмга мувофиқ кейинчалик зонал аниқлаш билан такрорий ультратовуш доплерография текширувига юбориш тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> • МЎА СҚОЧТ “С” зонасида бўлганда – ҳар икки хафтада қайтаринг; • МЎА СҚОЧТ “В” зонасида бўлганда – ҳар етти кунда, МЎА СҚОЧТ “А” зонасига ошиши кузатилмаганда – текширувни ҳар икки-уч кунда қайтаринг; • МЎА СҚОЧТ “А” зонасида бўлганда (ҳомилада оғир анемия ривожланиш эҳтимоли юқори), ҳомиладорлик даври ва ЛТЮЭМ ўтказиш имкониятини ҳисобга олган ҳолда, кордоцентез ва кейинчалик ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш кўрсатилган.
-----------	---

Бачадон ичи аралашувларни ўтказиш пайтида асоратларнинг ривожланиши сабабли муддатидан олдин шошилишч туғдириб олиш эҳтимоллиги мавжуд бўлиб, бу учинчи даражали муассасаларда ихтисослаштирилган ва юқори технологик неонатал ёрдам кўрсатилишини талаб қилиши мумкин.

- **МЎА СҚОЧТ кўрсаткичи “С” зонасида бўлганда** – икки хафтадан сўнг такрорий доплерометрия текшируви кўрсатилган. МЎА СҚОЧТ “А” зонасигача бўлганда – ҳомиладорлик муддати 38⁺ хафтасида акушерлик ҳолатга кўра туғдириб олиш кўрсатилган. Ҳомиладорлик муддати 36 хафтасидан бошлаб КТГ ва бир хафтада бир маротаба киндик артерияси қон оқими ва МЎАнинг доплерометрияси кўрсатилган.
- **МЎА СҚОЧТ қиймати “В” зонасида бўлганда** – етти кундан сўнг такрорий доплерометрия текшируви кўрсатилган. Кейинчалик, МЎА СҚОЧТ “А” зонасига ошиши кузатилмаганда – текширувни ҳар икки-уч кунда қайтаринг. МЎА СҚОЧТ “А” зонасигача бўлганда – ҳомиладорлик муддати 38⁺ хафтасида акушерлик ҳолатга кўра туғдириб олиш кўрсатилган. Ҳомиладорлик муддати 36 хафтасидан бошлаб КТГ ва ҳар икки-уч кунда киндик артерияси қон оқими ва МЎАнинг доплерометрияси кўрсатилган.
- **МЎА СҚОЧТ “А” зонасида бўлганда** (ҳомилада оғир анемия ривожланиш эҳтимоли юқори), ҳомиладорлик даври ва ЛТЮЭМ ўтказиш имкониятини ҳисобга олган ҳолда, кордоцентез ва кейинчалик ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш кўрсатилган.

Ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлиги ва ҳомиладорлик муддатига қараб ҳомила анемиясининг оғирлик даражасини аниқлаш



- A – ҳомилада оғир-енгил/оғир анемия мавжуд
B – ҳомилада оғир-енгил/оғир анемия мавжуд эмас
C – ҳомилада анемия мавжуд эмас

2-жадвал

Ҳомиланинг мия ўрта артериясида систолик қон оқимининг максимал тезлигининг референс кўрсаткичлари (см/с)

Ҳомиладорлик муддати, ҳафталар	Систолик қон оқимининг максимал тезлиги	
	1,0 МоМ (медиана)	1,5 МоМ
14	19,3	28,9
15	20,2	30,3
16	21,1	31,7
17	22,1	33,2
18	23,2	34,8
19	24,3	36,5
20	25,5	38,2
21	26,7	40,0
22	27,9	41,9
23	29,3	43,9
24	30,7	46,0
25	32,1	48,2
26	33,6	50,4
27	35,2	52,8
28	36,9	55,4
29	38,7	58,0
30	40,5	60,7
31	42,4	63,6
32	44,4	66,6
33	46,5	69,8

34	48,7	73,1
35	51,1	76,6
36	53,5	80,2
37	56,0	84,0
38	58,7	88,0
39	61,5	92,2
40	64,4	96,6

5C	<p>ХГКнинг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида ультратовушли фетометрик кўрсаткичларни гепато-, спленомегалия, плацентометрия ва қон оқимининг доплерометрик кўрсаткичлари паст аниқликка эга бўлганлиги сабабли ҳомила аортасида ва киндик венасида қўллаш тавсия этилмайди.</p>
-----------	--

Ультратовуш текширувида ҳомилада асцит ва анасаркани аниқлаш (гидроперикард, гидроторакс, ҳомила боши, танаси ва оёқ-қўлларининг тери ости тўқималари шишининг бирга кузатилиши) ХГКнинг ўта оғир кечишининг кеч аниқланганлигидан далилдир.

Изоиммунизация ҳолатида такрорий ультратовуш текшируви ўтказиш вақти алоҳида белгиланади: <32 титрида камида 4 ҳафтада бир мартаба, ≥32 титрида эса ҳар 2 ҳафтада.

Зарурат бўлганда, текширувлар оралиғи 1-2 ҳафтагача, касалликнинг оғир шаклларида эса 1-3 кунгача қисқартирилади.

Изоиммунизацияси бўлмаган (антитаначалар титри аниқланмаган) резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларда, доплерометрия текшируви физиологик ҳомиладорликнинг антенатал парвариш қилиш стандартларига мувофиқ амалга оширилади (12 ҳафталигачан, 18-22 ҳафтасида – ҳомилада туғма нуқсонлар скрининг текширувида юбориш, 36 ҳафтасида).

Бошқа диагностик текширувлар

Бошқа диагностик текширувлар қўлланилмайди.

РЕЗУС-КОНФЛИКТ ҲОМИЛАДОРЛИКНИ ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. ҳомиланинг оғир анемиясида ҳомиладорлик муддати 34 ҳафта ва ундан кам бўлган муддатда ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш учун (стационар, шошилинч);
2. ҳомиланинг оғир-енгил анемиясида назорат қилиш ва ҳомиладорлик муддати 34 ҳафта ва ундан кам бўлган муддатда ҳомилага бачадон ичи ЛТЮЭМ ўтказиш масаласини ҳал қилиш учун (стационар, шошилинч);
3. ҳомилада оғир-енгил анемия ва бошқа акушерлик ва/ёки соматик патологияси билан биргаликда изоиммунизацияси бўлган ҳомиладор аёлни назорат қилиш ва муддатидан олдин туғдириб олиш зарурати келиб чиққанда, ҳомиладорлик муддати 36-37 ҳафталарида туғруқ йўллари тийёрлаш учун (стационар, шошилинч).

Режалаштирилган шифохонага ётқизишидан аввал ўтказилиши керак бўлган текширувларнинг минимал рўйхати:

- УҚТ;
- УСТ;
- коагулограмма;
- қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оқсил, АЛТ, АСТ, билирубин, креатинин, мочевино, глюкоза);
- ЭКГ;
- терапевт кўриги;
- гепатитлар ва ОИВга текшириш.

Медикаментоз даво

5C	Резус-иммунизация ва ХГКни даволаш учун десенсибилизацияловчи терапия, иммуноцитотерапия, эрининг тери парчасини кўчириб ўтказиш, гемосорбция, плазмаферез, иммуносорбция тавсия этилмайди. Уларни қўллаганда, вақтни йўқотиш туфайли ХГКнинг ўта оғир шакллари ривожланиши мумкин.
----	---

Ҳозирги вақтда резус-изоиммунация ва ХГК медикаментоз давосининг самарали усуллари мавжуд эмас.

Кордоцентез

2B	Диагностик ва кейинги даволаш мақсадида кордоцентез ва ҳомиланинг қонини текширишни ўтказиш тавсия этилади.
----	---

2B	Ҳомилада анемия мавжудлигидан далолат берувчи доплерометрия маълумотлари кордоцентезни ўтказишга ягона кўрсатма ҳисобланади. Фақатгина оғир анемия бачадон ичи даволашга кўрсатма ҳисобланади. Сенсибилизацияланган ҳомиладор аёлларда инвазив аралашувларни ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар мавжуд эмас, чунки уларнинг барчаси сенсибилизацияни янада кучайтиради. Кордоцентезни ўтказиш пайтида ҳомиланинг қонини гуруҳ, резус-мансублик ва антигенлар фенотипига текширилади, гемоглобин ва гематокрит даражаси аниқланади, билвосита Кумбс синамасини ўтказиш ва билирубин даражасини аниқлаш мумкин.
----	--

Кордоцентез орқали олинган ҳомила қонини текшириш нафақат 100% ҳолатларда ХГК таъхисини қўйиш ва касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш, балки БИҚҚни ўтказишга кўрсатмаларни аниқлашга ҳам имкон беради.

ХГКда кордоцентез ўтказиш пайтида ҳомиланинг қонини текшириш тавсия этилади, унга қуйидагилар киради: АВ0 тизими бўйича қон гуруҳи, резус тизимининг D антигени (резус-омил), гемоглобин, гематокрит, кислота-ишкор мувозанатининг кўрсаткичларини (имкон бўлса) аниқлаш ва тўғридан-тўғри Кумбс синамасини ўтказиш мумкин. Маълум бир ҳомиладорлик муддатида гемоглобин даражаси меъёридан $\geq 15\%$ гача пасайиши оғир анемия ривожланганлигидан далолат беради ва ҳомилага лейкоцитлар ва тромбоцитлардан ювилган эритроцитлар массасини (ЛТЮЭМ) бачадон ичи қуйишга кўрсатма ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг турли муддатларида гемоглобин ва гематокритнинг меъерий кўрсаткичлари 3-жадвалда келтирилган.

3-жадвал

Соғлом ҳомилада гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичлари

Ҳомиладорлик муддати, ҳафта	24–25	26–29	30–33	34
Hb (г/л)	113±17	125±9	129±12	144±13
Ht (%)	35±3	38±3	39±3	44±5

Кордоцентезни ўтказишга қарши кўрсатмалар: ҳомила тушиш хавфи, қон ивиш тизимининг бузилишлари, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, йўлдошнинг кўчиши.

Ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажаси

1B	ХГКнинг оғир шакллари даволаш учун ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш тавсия этилади.
----	---

Бачадон ичи қуйиш муолажаси бир неча марта амалга оширилиши мумкин, охириги бачадон ичи қуйиш муолажаси одатда ҳомиладорлик муддатининг 32 ҳафтасида ва ҳомиланинг оғирлиги 2000 г бўлганида амалга оширилади, аммо сўнгги йилларда ҳомиладорлик муддатининг 35-36 ҳафтасида бачадон ичи қуйиш муолажасини амалга ошириш тенденцияси кузатилмоқда, бу ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасида туғдириб олишга имкон беради. Ушбу ёндашув янги туғилган чақалоқларда чала туғилиш билан боғлиқ бўлган асоратлар сонини камайтиради.

Ҳомилага бачадон ичи қуйиш муолажасини амалга оширишдан аввал ёки ҳомиладорлик муддатининг 34 ҳафтасигача туғдириб олиш режалаштириганда, стандарт схема бўйича респиратор дистресс-синдромининг профилактикаси бир мартаба ўтказилади.

ЛТЮЭМ донорнинг 0(I) Rh(-) қонидан тайёрланади ва гематокритнинг 80-85 л/л юқори даражаси таъминланади, бу фетоплацентар қон айланишига ҳажмли юкломани камайтиришга имкон беради. Бачадон ичи қуйиш муолажаси тезлиги дастлабки фетоплацентар ҳажмига қараб 2-4 мл/дақ. оралиғида ўрнатилади. ЛТЮЭМнинг якуний қуйиш ҳажми, маълум бир ҳомиладорлик муддатининг фетоплацентар ҳажми, дастлабки гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси ва ЛТЮЭМнинг гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси асосида ҳисобланади.

ЛТЮЭМни ҳомиланинг томир ичига юбориш гематокрит ва гемоглобин даражасини нормал кўрсаткичларга оширишга имкон беради, бу эса аллақачон ривожланган ҳомиланинг шиши камайишига ёрдам беради ёки ривожланишига тўсқинлик қилади, бу эса тўлиқ муддатга яқинлашгунга қадар ҳомиладорликни давом эттиришга имкон беради.

Ҳомила гемолитик касаллигининг ифодаланган шишли шаклида ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажасини ҳомилага 20% ли альбумин эритмаси юборилиши билан тўлдирилади. Бундан ташқари, ювилган эритроцитларнинг ҳомилага қуйилиши ҳомиланинг қон айланишидаги резус-мусбат эритроцитлар нисбат сонининг камайиши туфайли ҳомиладор аёлнинг иммун жавобини сусайтиришга ёрдам беради.

Кордоцентез ва кейинги томир ичига қон қуйиш пайтида асоратларнинг асосий сабабларидан бири бўлган ҳомиланинг ҳаддан ташқари ҳаракатланишини олдини олиш мақсадида ҳомиланинг қон айланишига пипекуроний нерв-мушак миорелаксанти юборилади.

Кордоцентез ва ЛТЮЭМни бачадон ичи қуйиш муолажаси пайтида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин: киндик пункция жойидан қон кетиши, киндик томирлари тромбози, йўлдошнинг кўчиши, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, муддатидан олдинги туғруқ, инфекция ривожланиши.

ЛТЮЭМнинг тахминий ҳажмини қуйиш охирида ҳомиланинг анемиясини бачадон ичи коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш учун гематокрит ва гемоглобиннинг бачадон ичи қуйишдан кейинги даражасини аниқлаш учун ҳомиланинг қони олинади. Ҳомилага такрорий қон қуйиш зарурати аввалги қон қуйиш пайтида ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг якуний гематокрит даражаси МЎА СҚОЧТ ўзгариш динамикаси билан белгиланади.

Ўзбекистон Республикасида БИҚҚ РИАГИАТМ ва РПМ ўтказилади. Ҳомиладор аёлларда БИҚҚга кўрсатмалар бўлганда ушбу муассасаларга юбориш тавсия этилади.

Резус-конфликтда туғдириб олиш тактикалари

5C	ХГКда акушерлик анамнез, ҳомиланинг ҳолати ва туғруққа кўмаклашиш муассасасининг акушерлик ва неонатал хизматларининг имкониятларини ҳисобга олган ҳолда, туғдириб олиш муддати ва усулини индивидуал равишда белгилаш тавсия этилади.
-----------	--

Хавф гуруҳларига қараб қуйидаги туғдириб олиш муддатлари афзал ҳисобланади:

I хавф гуруҳи	Қони резус-манфий бўлган антитаначалар титри аниқланмаган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг 40 ҳафтасида.
II хавф гуруҳи	Қони резус-манфий бўлган ХГКнинг белгиларисиз (ХГКнинг белгилари УТТ ва доплерометрияда аниқланмаган) антитаначалар титри мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг 38 ҳафтасидан кейин.
III хавф гуруҳи	Қони резус-манфий бўлган ХГКнинг белгилари мавжуд (ХГКнинг белгилари УТТ ва доплерометрияда аниқланган) антитаначалар титри мавжуд ҳомиладор аёлларда ҳомиладорлик муддатининг қатъий назар.

Ҳомиланинг оғир анемияси, ХГКнинг шишли формаси, шунингдек, ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажасидан кейин оператив йўл билан туғдириб олиш афзал ҳисобланади, чунки кесарча кесиш жарроҳлик амалиёти туғруқ пайтида қўшимча шикастланиш ва ҳомиланинг гипоксия ҳолати ривожланишини олдини олади.

Қуйидаги омиллар ХГКнинг кечиши ва натижасига таъсир кўрсатади:

- чала туғилиш ва етилмаганлик омиллари;
- ҳомилада оғир гипоксия мавжудлиги;
- ҳомила/янги туғилган чақалокда ёндош инфекция ривожланиши;
- туғилганда анемиянинг оғирлик даражаси;
- ҳомиланинг шиши мавжудлиги.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Носпецифик профилактика

5C	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳар қандай ҳомиладорликни сақлаш муҳимлиги тўғрисида маълумот бериш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳар қандай мамлакат соғлиқни сақлаш тизими учун резус-изоиммунацияни олдини олиш бўйича чора-тадбирлар харажатлари ХГК/ЧГКни даволаш харажатларига нисбатан анча паст бўлади.

Специфик антенатал профилактика

1A	Ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус одам иммуноглобулинини юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	---

Аёлнинг эрида резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи бўлганда ёки ноинвазив текширувда ҳомилада резус-манфий омилига мансуб қон гуруҳи аниқланганда, ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус иммуноглобулин профилактикаси ўтказилмайди. Профилактика ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида ўтказилмаган бўлса, у ҳолда антирезус антитаначалар мавжуд бўлмаслик шарти билан ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасидан сўнг профилактикани ўтказиш кўрсатилган.

1A	Антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга инвазив диагностик ва даволаш аралашувларидан сўнг қўшимча равишда RhO(D) антирезус иммуноглобулинни юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	--

Биринчи триместрда RhO(D) антирезус иммуноглобулиннинг дозаси 625 ХБ (125 мкг), иккинчи ва учинчи триместрларда 1250-1500 ХБ (250-300 мкг) ни ташкил қилади. Ҳомиладорлик даврида инвазив диагностик ва даволаш аралашувларига қуйидагилар

киради: хорион аспирацияси, амниоцентез, кордоцентез, серкляж, кўп ҳомилаликда эмбрион(лар) сонини қисқартириш, тос жойлашувида ҳомилани бошига ташқи айлантириш, ҳомиладорлик даврида қорин девори шикастланиши, акушерлик қон кетишлар.

1B	Антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлга биринчи ва иккинчи триместрларида ҳомиладорликни тўхтатиш, ҳомиланинг антенатал ўлимида, RhO(D) антирезус одам иммуноглобулинини юборишни тайинлаш тавсия этилади (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).
-----------	---

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида резус-изоиммунизациясининг қўшимча профилактикасини ҳомиладорлик тўхтатилгандан сўнг ёки ҳомила нобуд бўлиши аниқланганда дарҳол амалга оширилиши керак.

Анти-резус иммуноглобулинни антенатал профилактик юборишдан кейин 12 ҳафта давомида антитаначалар титрининг из даражаларини аниқлаш мумкин.

Изоиммунизацияси бўлмаган қони резус-манфий ҳомиладор аёлларда специфик постнатал профилактикани ўтказиш

5C	Туғруқдан сўнг янги туғилган чақалокда АВ0 тизими бўйича қон гуруҳи, резус тизимининг D антигенини (резус-омил) аниқлаш тавсия этилади. Янги туғилган чақалокнинг қони резус-манфий бўлса, онага резус-изоиммунизациянинг специфик профилактикаси ўтказилмайди.
-----------	---

1A	Янги туғилган чақалокнинг қони резус-мусбат бўлса, боланинг қон текшируви натижаларини олгандан сўнг ва туғруқдан кейинги 72 соатдан кечиктирмасдан (дастлабки икки соат ичида афзал) онага 1500 ХБ (300 мкг) дозада м/о Rh0(D) антирезус иммуноглобулинни юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг специфик профилактикасини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Антирезус иммуноглобулиннинг дозасини ҳисоблаш учун Клейхауэр-Бетке усулини қўллаш тавсия этилади. Усул онанинг гемоглобини (HbA) цитрат-фосфат буфериди эритроцитлардан ювилиши ва ҳомиланинг гемоглобини ювилмаслик феноменига асосланган. Суртмада онанинг периферик қонини тегишли равишда қайта ишлагандан сўнг, фетал хужайраларининг сонини ҳисоблаш асосида ҳомила-она қон кетишининг ҳажми аниқланади.

99.2-99.3% аёлларда ҲОТ туғруқ пайтида 6,0 мл ҳомила эритроцитларидан камни ташкил қилади, бу онанинг қонига ўтган 12 мл ҳомила қонига тўғри келади. Клейхауэр тестининг мақсади – бу антирезус иммуноглобулиннинг қўшимча профилактик дозаларини талаб қиладиган массив ҲОТни аниқлаш (6 мл дан ортиқ ҳомила эритроцитлари ёки 12 мл дан ортиқ яхлит ҳомила қони).

Ҳомила-она қон кетиш ҳажми 25 мл дан ошмаса, антирезус иммуноглобулиннинг стандарт дозаси юборилади – 1500 ХБ (300 мкг); ҳажми 25-50 мл бўлганда – дозаси икки баравар оширилади – 3000 ХБ (600 мг).

Клейхауэр-Бетке усулини амалга ошириш техник жиҳатдан имконсиз бўлса, қуйидаги ҳолатларда антирезус иммуноглобулин дозасини икки баравар ошириш тавсия этилади:

- йўлдошнинг кўчиши;
- туғруқдан кейин бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш;
- катта миқдорда қон йўқотиш билан кечаётган кесарча кесиш жарроҳлик амалиёти.

Бирон бир сабабга кўра профилактика ўтказилмаган бўлса, туғруқдан кейинги 10 кунгача бўлган муддатда антирезус иммуноглобулинни юбориш мумкин бўлади.

ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга амбулатор назоратда бўлиши ва кўрсатмаларга кўра шифохонага ётқизилади. Антирезус антитаначалар аниқланганда, ҳомиладор аёл кейинги кузатув учун маслаҳат олишга учинчи даражали тиббиёт муассасасига юборилиши керак. ЛТЮЭМ бачадон ичи қўйиш ўтказилишини талаб қиладиган ХГК билан касалланган ҳомиладор аёлларни даволаш чала туғилган чақалоқларни парваришлаш имкониятига эга бўлган (учинчи даражали) муассасаларда амалга оширилиши керак.

ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлни биринчи ташрифда, кейин антитаначалар аниқланмаганда ҳомиладорлик муддатининг 18-20 ва 28 ҳафтасида антитаначалар мавжудлигини аниқлашга юборилди.	Ҳа / Йўқ
2.	Ҳомиладорлик муддатининг 28 ҳафтасида антирезус антитаначалар титри аниқланмаган қони резус-манфий бўлган ҳомиладор аёлларга ҳомиладорликнинг 28-30 ҳафталик муддатида RhO(D) антирезус иммуноглобулин профилактикаси ўтказилди (препаратнинг йўриқномасига мувофиқ дозада, м/о).	Ҳа / Йўқ
3.	Ҳомиладорликнинг нохуш натижаларида – тиббий кўрсатмаларга кўра ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш, ҳомиланинг тушиши, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, елбўғоз, ривожланмаган ҳомиладорлик, ҳомиланинг антенатал ўлиmidан сўнг резус-изоиммунизация профилактикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ
4.	Қони резус-мусбат бўлган янги туғилган чақалоқ туғилганда изоиммунизацияси бўлмаган туққан аёлга туғруқдан кейинги дастлабки 72 соатдан кечиктирмасдан резус-изоиммунизация профилактикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ
5.	Ҳомила мия ўрта артериясида қон оқимининг максимал тезлигини аниқлаш орқали ҳомила анемиясининг диагностикаси ўтказилди.	Ҳа / Йўқ

ИЛОВАЛАР

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш услуби

Ушбу клиник баённоманинг тавсияларида барча маълумотлар ўрганилаётган касаллик бўйича тадқиқотлар сони ва сифатига қараб ишончлилик (далил) даражаси бўйича тартибланган.

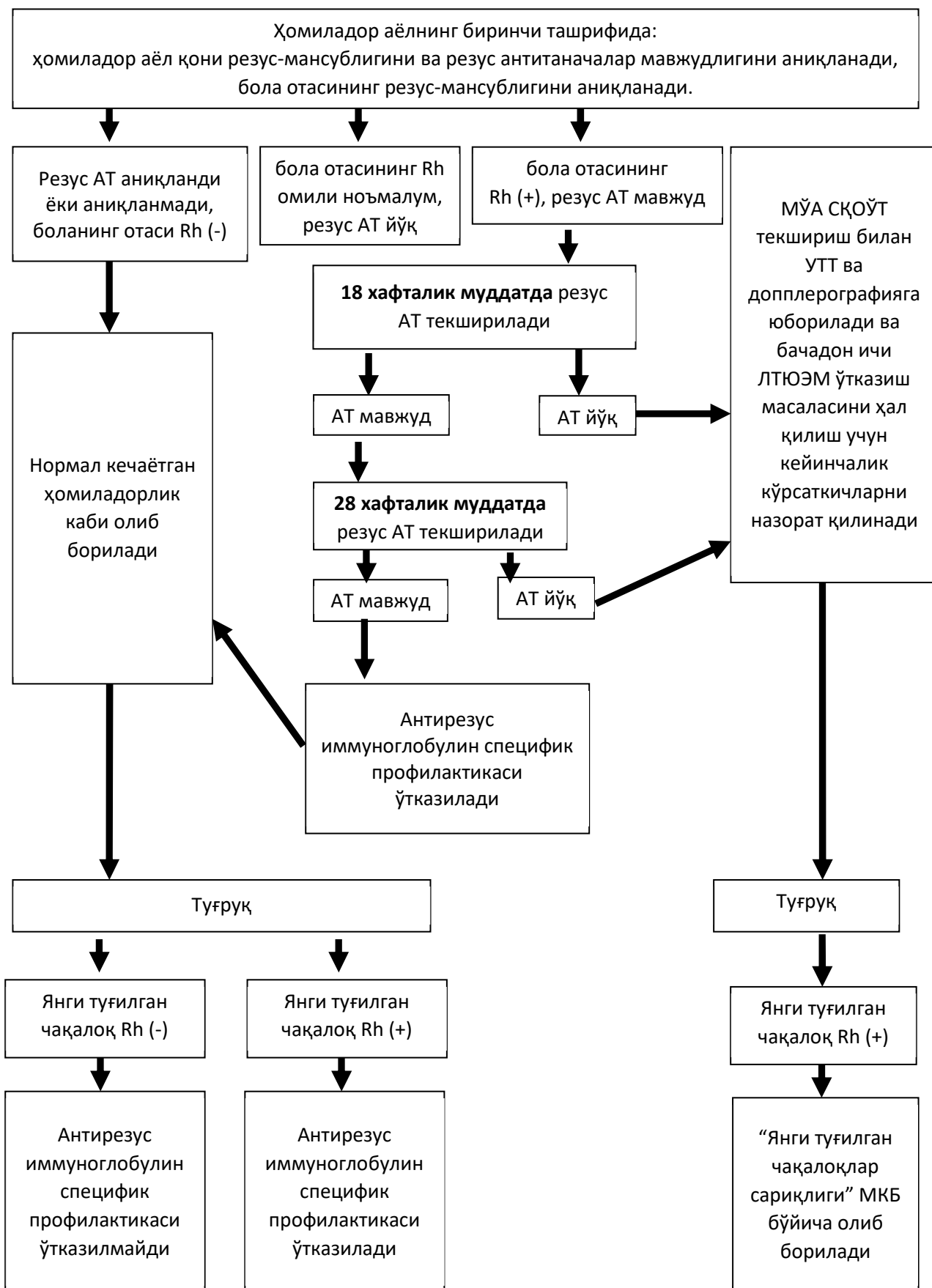
Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

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

Резус мос келмаслик ҳолатини олиб бориш алгоритми



3-илова

Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари (сенсбилизацияловчи ҳолатлар) мавжуд бўлганда қўшимча профилактик антирезус иммуноглобулинни юбориш

Ҳомиладорлик муддати	Мазкур ҳомиладорликда хавф омиллари (сенсбилизацияловчи ҳолатлар)	Антирезус иммуноглобулин дозаси
Ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан олдин ва шу жумладан	<ul style="list-style-type: none"> Ўз-ўзидан ҳомила тушиши* Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш* Бачадондан ташқари ҳомиладорлик Хорион биопсияси 	250 ХБ (50 мкг)** (625 ХБ (125 мкг) кўп ҳомидалик ва сенсбилизацияловчи хавф омили мавжуд бўлганда)
	<p>* иммуноглобулинни фақат содир бўлган бачадондан ташқари ҳомиладорлик ёки ҳомиладорлик тўхтатилганда юборинг (қон кетиши ва давом этаётган ҳомиладорликда, масалан, ҳомила тушиши хавфида қўлланилмайди)</p> <p>**250 ХБ иммуноглобулин дозаси (минидоза) 2,5 мл ҳажмли ҳомила эритроцитларида (5 мл яхлит ҳомила қони) бўлган ҲОТ билан иммунизацияни олдини олиш учун етарли бўлади: ўртача 1,0 мл резус-мусбат эритроцитлар ёки 2,0 мл резус-мусбат яхлит ҳомила қони тахминан 100 ХБ антирезус иммуноглобулинда нейтрализацияга учрайди</p>	
Ҳомиладорликнинг 12 хафтасидан кейин	<ul style="list-style-type: none"> Ҳомилани бошига ташқи айлантериш (уриниш ёки амалга оширилган) Ўз-ўзидан ҳомила тушиши ёки ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш 	625 ХБ (125 мкг)
	<ul style="list-style-type: none"> Хорион биопсияси, амниоцентез, кордоцентез* Қорин девори шикастланиши* НЖЙБК ёки йўлдошнинг олдинда жойлашиши туфайли Ҳомиладорликнинг 20 хафтасидан кейин туғруқдан олдин ривожланган қон кетиши**^a 	625 ХБ (125 мкг) м/о + Клейхауэр тестида ҲОТ микдори аниқлангандан сўнг қўшимча дозани юборинг ЁКИ 1250 ХБ (250 мкг) м/о бир мартаба Клейхауэр тестини ўтказиш имкони бўлмаса
	<p>* Бу массив ҲОТнинг хавф омиллари ҳисобланади, улар қўшимча иммуноглобулин дозалари юборилишини талаб қилиши мумкин.</p> <p>^a Ҳомиладорликнинг 20-хафтасидан кейин такрорий вагинал қон кетишлар кузатилганда, антирезус иммуноглобулинни ҳар 6 ҳафтада бир мартаба юборинг: 625 ХБ (125 мкг) + ҲОТ маълумотларига кўра қўшимча доза, ва ҲОТ аниқлаш имкони бўлмаганда 1250 ХБ (250 мкг) дан юборинг.</p>	

Антирезус иммуноглобулин фаол моддасининг ХБ нинг мг га нисбати

ХБ	мкг
100	20
250	50
625	125
1250	250
1500	300

ЛТЮЭМ амалга ошириш техникаси

ЛТЮЭМ донорнинг 0(I) Rh(-) қонидан тайёрланади ва гематокритнинг 80-85 л/л юқори даражаси таъминланади, бу фетоплацентар қон айланишига ҳажмли юкломани камайтиришга имкон беради. Бачадон ичи қуйиш тезлиги дастлабки фетоплацентар ҳажмига қараб 2-4 мл/дак. оралиғида ўрнатилади. ЛТЮЭМнинг якуний қуйиш ҳажми, маълум бир ҳомиладорлик муддатининг фетоплацентар ҳажми, дастлабки гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси ва ЛТЮЭМнинг гематокрит (ёки гемоглобин) даражаси асосида ҳисобланади.

ЛТЮЭМни ҳомиланинг томир ичига юбориш гематокрит ва гемоглобин даражасини нормал кўрсаткичларга оширишга имкон беради, бу эса аллақачон ривожланган ҳомиланинг шиши камайишига ёрдам беради ёки ривожланишига тўсқинлик қилади, бу эса тўлиқ муддатга яқинлашгунга қадар ҳомиладорликни давом эттиришга имкон беради.

Ҳомила гемолитик касаллигининг ифодаланган шишли шаклида ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйишни ҳомилага 20% ли альбумин эритмаси юборилиши билан тўлдирилади. Бундан ташқари, ювилган эритроцитларнинг ҳомилага қуйилиши ҳомиланинг қон айланишидаги резус-мусбат эритроцитлар нисбат сонининг камайиши туфайли ҳомиладор аёлнинг иммун жавобини сусайтиришга ёрдам беради.

Кордоцентез ва кейинги томир ичига қон қуйиш пайтида асоратларнинг асосий сабабларидан бири бўлган ҳомиланинг ҳаддан ташқари ҳаракатланишини олдини олиш мақсадида ҳомиланинг қон айланишига пипекуроний нерв-мушак миорелаксанти юборилади.

Кордоцентез ва ЛТЮЭМни бачадон ичи қуйиш пайтида қуйидаги асоратлар келиб чиқиши мумкин: киндик пункция жойидан қон кетиши, киндик томирлари тромбози, йўлдошнинг кўчиши, ҳомиланинг ўткир гипоксияси, қоғаноқ пардасининг муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши, муддатидан олдинги туғруқ, инфекция ривожланиши.

ЛТЮЭМнинг тахминий ҳажмини қуйиш охирида ҳомиланинг анемиясини бачадон ичи коррекциясининг самарадорлигини баҳолаш учун гематокрит ва гемоглобиннинг бачадон ичи қуйишдан кейинги даражасини аниқлаш учун ҳомиланинг қони олинади. Ҳомилага такрорий қон қуйиш зарурати аввалги қон қуйиш пайтида ҳомиладорлик муддати, ҳомиланинг якуний гематокрит даражаси МЎА СҚОЧТ ўзгариш динамикаси билан белгиланади.

Тиббий аралашувга ахборот асосида ихтиёрий равишда розилик бериш

Тиббий аралашув – инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактик, текширув, диагностик, терапевтик ва реабилитацион йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий муолажанинг турларидир.

1. Мен, _____, (беморнинг Ф.И.Ш.)
« _____ » _____ йили туғилганман, қуйдаги манзилда руйхатга олинганман,

_____ (бемор ёки ишончли вакилнинг турар (яшаш) жойининг манзили)

_____ шуни маълум қиламанки,

_____ (тиббиёт муассасасининг номи)

муассасасида режалаштирилган тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бераман

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширувлар, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан, асоратлар келиб чиқиш эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва оқибатларини олдиндан аниқ айтиб бериш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаниш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлиги, вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман. Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар берилмаслигидан хабарим бор.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа турларида кутилмаган шошилиш ҳолатлар ва асоратлар келиб чиқиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур кечиктириб бўлмайдиган ёрдам кўрсатилишига (такрорий операциялар ёки муолажар) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув кечиши ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашувнинг самарадорлиги юқори бўлиши учун, менда доривоситалар ва озиқ-овқат маҳсулотларини индивидуал кўтара олмаслик, аллергия ҳолатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки токсик препаратларни қабул қилиш, шу жумладан, менинг саломатлигим, насл билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак деб биламан.

6. Мен жарроҳлик аралашув вақтида қон йўқотилиши ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чоратадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қуйишдан бош тортсам, касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий-диагностик жараёни ҳар қандай ахборот воситаларига ёзиб олинишига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностик ва терапевтик

мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги ва бундай қарорнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен касаллигим, унинг прогнози ва даволаш усуллари хақидаги маълумотни фақат қуйдаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат бераман:

(ишончли шахслар)

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишдим, тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

Сана «____» _____ й.

Бемор учун маълумот

Сиз резус-манфий қонга эга бўлсангиз, унда эрингизнинг резус-омилини аниқлаш керак бўлади. Эрингизда ҳам резус-манфий қон бўлса, унда сиз ҳомиладорлик даврида қўшимча текширувлардан ўтишингиз ва антирезус иммуноглобулинни олишингизга ҳожат бўлмайди, чунки болангиз ҳам резус-манфий қонга эга бўлади ва сизнинг ҳолатингизда резус-иммунизация содир бўлмайди.

Эрингиз резус-мусбат қонга эга бўлса ёки унинг резус-омилини билмасангиз, ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасида онанинг қонидан ҳомиланинг резус-омилини аниқлаш текширувидан ўтишингиз мумкин. Ҳомила резус-манфийнинг қонга эга бўлса, унда сиз ҳомиладорлик даврида қўшимча текширувлардан ўтишингиз ва антирезус иммуноглобулинни олишингизга ҳожат бўлмайди.

Сиз ҳомиланинг резус-омилини ноинвазив аниқлаш текширувидан ўтмаган бўлсангиз ва эрингиз резус-мусбат қонга эга бўлса ёки унинг резус-омилини билмасангиз ёки текширувда ҳомила резус-мусбат қонга эга бўлиши аниқланган бўлса, унда сизга биринчи ташрифингизда, ҳомиладорликнинг 18 ва 28 ҳафтасида қонда резус антитаначалар мавжудлигини текшириш тайинланади. Ҳомиладорликнинг 28-ҳафтасида сизда резус антитаначалар аниқланмаганда, сизга антирезус иммуноглобулинни мушак орасига юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг профилактикасида ўтиш таклиф этилади.

Туғруқдан сўнг, болангизнинг резус-омили аниқланади ва болангизда резус-мусбат қон аниқланганда ва сизда резус-изоиммунизация ҳолати бўлмаса, сизга антирезус иммуноглобулинни мушак орасига юбориш орқали резус-изоиммунизациянинг такрорий профилактикасида ўтиш таклиф этилади.

Ҳомиладорлик даврида сизда инвазив тиббий аралашувлар (бачадон бўйнига чок қўйиш, амниоцентез, хорин аспирацияси ва бошқалар) ўтказилишини талаб қиладиган асоратлар келиб чиқса, сизга антирезус иммуноглобулиннинг қўшимча дозасини юбориш тавсия этилади. Барча саволларингизни ҳомиладорлигингизни олиб борувчи шифокорга беришингиз мумкин бўлади.

Ҳомиладорлик даврида сизда резус антитаначалар аниқланса, сизга ҳомила анемиясини аниқлаш учун махсус ультратовуш текширувидан ўтиш таклиф этилади. Ультратовуш доплерографияси деб номланган текширув ҳомиланинг ҳолатини текшириш учун қайта-қайта амалга оширилади, чунки у резус-конфликт ривожланиши билан ўзгариши мумкин.

Ультратовуш доплерография маълумотлари бўйича ҳомилада анемия белгилари аниқланса, у ҳолда сиз ҳомилага бачадон ичи қон қуйиш – ультратовуш текшируви ва маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга ошириладиган махсус аралашувини ўтказиш мумкин бўлган муассасага юбориласиз. Ҳомилага қон қуйишнинг мақсади ҳомилада гемоглобиннинг нормал даражасини сақлаб қолиш ва туғруқ пайтига оғир анемия ривожланишига йўл қўймасликдир. Исталган натижага эришиш учун ушбу муолажаларни тез-тез такрорлаш керак бўлади.

Шифокорлар сизнинг ҳолатингиз хусусиятлари ва ҳомилага қон қуйиш муолажасини ўтказиш ва кузатув олиб бориш тактикасида келиб чиқадиган мумкин бўлган хавфларни тушунтиради. Туғдириб олиш муддати билан боғлиқ масалалар ҳомиланинг ҳолатига ва акушерлик ҳолатга қараб ҳал қилинади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Резус-изоиммунизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ). Москва, 2020 г.
2. Антонов А.Г., Дегтярев Д.Н., Нароган М.В., Карпова А.Л., Сенькевич О.А., Сафаров А.А., Сон Е.Д, Малютин Л.В. Гемолитическая болезнь новорожденных. В кн.: Неонатология. Клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев, Д.С. Крючко. М., ГЭОТАР-Медиа 2019. - С. 19-35.
3. Беременность высокого риска. Протоколы, основанные на доказательной медицине. Перевод с англ. Под редакцией А.Д. Макацарии. Москва, 2018.
4. Керимова Э.А., Путилова Н.В., Чистякова Г.Н., Пестряева Л.А., Устьянцева Н.Ю. Клинико-иммунологическое обоснование внутриутробных гемотрансфузий при гемолитической болезни плода по системе резус. Акушерство и гинекология. 2016; (12):24–7.
5. Конопляников А.Г., Павлова Н.Г. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода. Гемолитическая болезнь плода и новорожденных. В кн.: Акушерство. Национальное руководство. 2015: с. 324-334.
6. Макогон А.А., Андрюшина И.В. Гемолитическая болезнь плода: мониторинг, лечение плода и родоразрешение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018; 17(3):45–52.
7. Макогон А.В. Комплексная пренатальная диагностика и лечение гемолитической болезни плода: возможности и перспективы. Рос Вестник перинатологии и педиатрии. 2002; (6):11–3.
8. Михайлов А.В., Константинова Н.Н., Пигина Т.В. Внутриматочные переливания плоду как способ лечения отечной формы гемолитической болезни. Акушерство и гинекология. 1990; (7):41–5.
9. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 848 с.
10. Савельева Г.М., Адамян Л.В., Курцер М.А., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Конопляников А.Г., Тетруашвили Н.К., Михайлов А.В., Филиппов О.С. Резус-сенсibilизация. Гемолитическая болезнь плода. Клинические рекомендации (протокол). М., 2017. 16 с.
11. Савельева Г.М., Курцер М.А., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Конопляников А.Г. Гемолитическая болезнь плода у беременных с резус-сенсibilизацией. Диагностика, лечение, профилактика. Методическое письмо Минздравсоцразвития, 2012. - 18 с.
12. 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.
13. Babović I, Plešina S, Radojčić Z, Antonović O, Sparić R, Plećaš D, Radunović N. Middle cerebral artery Doppler in prediction degree of fetal anemia and the best timing for the second intrauterine intravascular transfusion in red cell alloimmune disease. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; 42(6):792–6.
14. Bennardello F, Coluzzi S, Curciarello G, Todros T, Villa S, Italian Society of Transfusion Medicine and Immunohaematology (SIMTI) and Italian Society of Gynaecology and Obstetrics (SIGO) working group. Recommendations for the prevention and treatment of haemolytic disease of the foetus and newborn. Blood Transfus. 2015;13(1):109–34. doi:10.2450/2014.0119-14.
15. Bennardello F, Curciarello G. Survey on the prevention and incidence of haemolytic disease of the newborn in Italy. Blood Transfus. 2013; 11(4):518–27. doi:10.2450/2013.0179-12.

16. Brandenburg H, Jahoda MG, Pijpers L, Wladimiroff JW. Rhesus sensitization after midtrimester genetic amniocentesis. *Am J Med Genet.* 1989; 32(2):225–6. doi:10.1002/ajmg.1320320216.
17. Chilcott J, Tappenden P, Lloyd Jones M, Wight J, Forman K, Wray J, Beverley C. The economics of routine antenatal anti-D prophylaxis for pregnant women who are rhesus negative. *BJOG.* 2004; 111(9):903–7. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00226.x.
18. Deka D, Dadhwal V, Sharma A, Shende U, Agarwal S, Agarwal R, Vanamail P. Perinatal survival and procedure-related complications after intrauterine transfusion for red cell alloimmunization. *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 293(5):967–73. doi:10.1007/s00404-015-3915-7.
19. Delaney M, Matthews D. Hemolytic disease of the fetus and newborn: managing the mother, fetus, and newborn. *Hematol Am Soc Hematol Educ Progr.* 2015; 2015:146–51. doi:10.1182/asheducation-2015.1.146.
20. Girard M, Marchand F, Uch R, Bretelle F. [Trauma and pregnancy: Is the Kleihauer-Betke test really useful?]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2017; 45(11):584–9. doi:10.1016/j.gofs.2017.08.009.
21. Guidelines for blood grouping and red cell antibody testing during pregnancy. British Committee for Standards in Haematology, Blood Transfusion Task Force. *Transfus Med.* 1996;6(1):71–4.
22. Harkness U.F., Spinnato J.A. Prevention and management of RhD isoimmunization. *Clin Perinatol.* 2004; 31(4):721–42, vi. doi: 10.1016/j.clp.2004.06.005.
23. Hensleigh PA, Cann H. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1981; 58(1):136.
24. Hill L, Platt L, Kellogg B. Rh sensitization after genetic amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1980; 56(4):459–61.
25. Lebrun B, Jacquemyn Y. Usefulness of maternal fetal red blood cell count in rhesus-positive pregnant women. *Horm Mol Biol Clin Investig.* 2018; 35(3). doi:10.1515/hmbci-2018-0028.
26. Lindenburg ITM, van Kamp IL, Oepkes D. Intrauterine blood transfusion: current indications and associated risks. *Fetal Diagn Ther.* 2014; 36(4):263–71. doi:10.1159/000362812.
27. López-Carpintero N, Rodríguez-González R, González-González A, Díez-Sánchez J. [Role of middle cerebral artery Doppler in the management of Rhesus alloimmunization cases]. *Ginecol Obstet Mex.* 2010; 78(8):410–7.
28. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD000020. doi: 10.1002/14651858. CD000020.pub3.
29. McBain RD, Crowther CA, Middleton P. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (9):CD000020. doi: 10.1002/14651858. CD000020.pub3.
30. National Institute for Clinical Excellence. Guidance on the use of routine antenatal anti-D prophylaxis for RhD-negative women. *Technology Appraisal Guidance, No. 41.* London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
31. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, Davies T, Robson S, White J, Jones J, Allard S, British Society for Haematology. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfus Med.* 2014; 24(1):8–20. doi:10.1111/tme.12091.
32. Ravinet J, Carbonne B. [Economic analysis of the prevention of anti-D immunization]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006; 35(1 Suppl):1S104–11.
33. Samson D, Mollison PL. Effect on primary Rh immunization of delayed administration of anti-Rh. *Immunology.* 1975; 28(2):349–57.

34. Shen R, Sandler SG. Transfusion medicine illustrated. Miscounting even one lymphocyte in the Kleihauer-Betke (acid-elution) assay can result in overdosing Rh immune globulin. *Transfusion*. 2015; 55(9):2069. doi:10.1111/trf.13056.
35. Spychalska J, Uhrynowska M, Pyl H, Klimczak-Jajor E, Kopec I, Peciakowska M, Gutowska R, Gawlak M, Słomska S, Dąbkowska S, Szczecina R, Dębska M, Brojer E. [Standardization of the quantitative flow cytometric test with anti-D antibodies for fetomaternal hemorrhage in RhD negative women]. *Ginekol Pol*. 2015; 86(7):486–93. doi:10.17772/gp/57854.
36. UK Blood Transfusion Services. Guidelines for the Blood Transfusion Service. 8th ed. London: TSO; 2013.
37. White J, Qureshi H, Massey E, Needs M, Byrne G, Daniels G, Allard S, British Committee for Standards in Haematology. Guideline for blood grouping and red cell antibody testing in pregnancy. *Transfus Med*. 2016; 26(4):246–63. doi:10.1111/tme.12299.



**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.Сабилов), 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.Разиқова), Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юкумли ва паразитар касалликлар ИАТМ (Б.Тажиев) мазкур буйруқ билан тасдиқланган ташхислаш ва даволаш стандартларни вилоят, туман (шаҳар) миқёсида 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