

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



**Туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш
ва олиб бориш тактикаси
бўйича миллий клиник баённома**

ТОШКЕНТ 2021

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Туғруқдан кейинги қон кетиши
Ҳужжатнинг номи	Туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш ва олиб бориш тактикаси бўйича миллий клиник баённома
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (бирламчи тиббий-санитария ёрдами ва стационарлар)
Ишлаб чиқилган сана	01.03.2021 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	10
Таърифлар	10
КХТ-10 бўйича кодланиши	10
ТКҚК этиологияси ва хавф омиллари.....	11
Эпидемиологияси	13
ТКҚК КЛИНИК КЎРИНИШИ	13
ТКҚК ТАШХИСЛАШ	14
Шикоятлар ва анамнез.....	14
Физикал кўрик.....	14
Лаборатор ва диагностик текширувлар	15
Инструментал-диагностик текширувлар	16
Йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш.....	16
ТКҚК ДАВОЛАШ	18
Эрта (бирламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми	18
Кечки (иккиламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми	23
ТКҚК ОЛДИНИ ОЛИШ	23
Ҳомиладорлик даврида ТКҚК олдини олиш чоралари	23
Туғруқда ТКҚК олдини олиш чоралари	23
Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида ТКҚК олдини олиш чоралари.....	24
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ	25
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШINI ТАШКИЛЛАШТИРИШ	25
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ	25
ИЛОВАЛАР	27
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш услубиёти</i>	27
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси</i>	29
<i>Бемор учун маълумот</i>	30
<i>Бачадон ағдарилишида уни ортига қайтариш бўйича тадбирлар</i>	31
<i>Йўлдош ўсиб киришига шубҳа қилинганда ҳаракатлар рўйхати</i>	32
<i>Қон кетишида юрак қон-томир коллапси бўлган аёлларни олиб бориш алгоритми</i>	32
<i>Бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси алгоритми</i>	33
<i>ТКҚК бирламчи ёрдам кўрсатиш учун тўплам (PPH-BOX)</i>	38
<i>ТКҚК назорат рўйхати (Stony Brook University)</i>	39
<i>Акушерлик қон кетишининг картаси</i>	41

<i>ТКҚК олиб бориш алгоритмлари</i>	43
<i>Туғруқдан кейинги даврда қорин бўшлиғида қон кетишига шубҳа қилинган аёлларни олиб бориш алгоритми</i>	45
<i>1000 мл ва ундан кўп миқдорда ТКҚК олиб бориш блок-схемаси</i>	46
<i>Туққан аёлларнинг ҳолатини мониторинг қилиш назорат рўйхати</i>	47
Фойдаланилган адабиётлар	48

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., т.ф.д.	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинекологи
Юсупов У.Ю., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, акушерлик бўлими илмий раҳбари
Надирханова Н.С., т.ф.н.	РИАГИАТМ, директор
Уринбаева Н.А., т.ф.н.	РПМ, директор

Масъул ижрочилар

Султанов С.Н., т.ф.д., профессор	РПМ
Джаббаров Ю.К., т.ф.д., профессор	РПМ
Алиева Д.А., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ
Ким Ё.Д., т.ф.д., профессор	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Каримов З.Д., т.ф.д., профессор	Тошкент ШПМ, директор
Иргашева С.У.	РИАГИАТМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Абидов А.К., т.ф.н.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
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
Тараян С.К., т.ф.н.	РПМ, анестезиолог-реаниматолог
Умарова Н.М., т.ф.н.	РПМ
Мухамедова У.Ю., т.ф.н.	РПМ
Арифханова З.А.	РПМ
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Насретдинова Д.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ Андижон вилояти филиали, директор
Гаффаров Ф.Б.	РИАГИАТМ Навои вилояти филиали, директор
Курбанов П.Х.	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
Садиқова Х.З.	РИАГИАТМ Сирдарё вилояти филиали, директор
Бахранова Н.Р.	РИАГИАТМ Бухоро вилояти филиали, директор
Джуманов Б.А., т.ф.н.	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
Юлдашева Ю.Г.	РПМ, доя
Садикова Ш.Ф.	РПМ, доя

Методик ёрдам

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

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Усмонов С.К., етакчи мутахассис

Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси

Тақризчилар

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

РИАГИАТМ – *Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази*

РПМ – *Республика перинатал маркази*

ШПМ – *Шаҳар перинатал маркази*

ТХКМРМ – *Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази*

Мазкур клиник баённома Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармасининг (ЮНФПА/UNFPA) техникавий кўмагида ишлаб чиқилди

Клиник баённома 2021 йил «25» февралда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, 2-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 кўринишдаги тавсиялар тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан ташқари чиқиш тўғрисида қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокор-клиницистлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

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

Тавсиялар клиник амалиётнинг барча бўлимларини қамраб олмайди, бу, шифокорлар беморнинг эҳтиёжларини инобатга олган ҳолда, ҳурмат билан конфиденциал мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини беморлар билан муҳокама қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Зарур 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 ҳар қандай олиб бориш ва ёрдам кўрсатиш тактикаларини ҳужжатлаштириш.

Клиник баённомани чиқишдан мақсад: далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, туғруқдан кейинги қон кетишларининг олдини олиш, ташхис қўйиш ва олиб бориш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

Беморлар тоифаси: туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланиш хавфи мавжуд ҳомиладор ва туғувчи аёллар, туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланган туққан аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар: акушер-гинекологлар, реаниматологлар, лаборантлар, умумий амалиёт (оила) шифокорлари, терапевтлар, доялар, клиник фармакологлар, тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари ва магистрантлари.

Қисқартмалар рўйхати:

АҚБ	–	артериал қон босими
ФҚТВ (ФПТВ)	–	фаоллаштирилган қисман/парциал тромбопластин вақти
ГЭК	–	гидроксиэтилкрахмал
ТТИҚИС (ДВС)	–	тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми
ХНН (МНО)	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат
ҚУТ	–	қоннинг умумий таҳлили
АҚҲ	–	айланаётган қон ҳажми
ФПМ	–	фибриноген парчаланишидан маҳсулотлар
НЖЙБК	–	нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши
ТКҚК	–	туғруқдан кейинги қон кетиши
ПТИ	–	протромбин индекси
РДС	–	респиратор дистресс синдроми
УТТ	–	ультратовуш текшируви
НОС	–	нафас олиш сони
ЮУС	–	юрак уриши сони
ЭКГ	–	электрокардиограмма

КИРИШ

Таърифлар

- **Туғруқдан кейинги қон кетиши** – :
 - * табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқда ≥ 500 мл миқдорда қон йўқотиш;
 - * кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали содир бўлган туғруқда ≥ 1000 мл миқдорда қон йўқотиш;
 - * ҳомила туғилгандан кейин 12 ҳафта ичида содир бўлган ҳар қандай клиник аҳамиятга эга бўлган (гемодинамик беқарорликка олиб келадиган) миқдорда қон йўқотиш.
- **Оғир ТКҚК** – 24 соат ичида жинсий йўлларида 1000 мл ёки ундан кўп миқдорда қон йўқотиш.
- **Массив қон йўқотиш** – 3 соат ичида бир вақтнинг ўзида ≥ 1500 мл дан ортиқ (АҚХнинг 25-30%) ёки ≥ 2500 мл миқдорда (АҚХнинг 50%) қон йўқотиш.
- **Эрта (бирламчи) туғруқдан кейинги қон кетиши** – ҳомила туғилгандан кейин ≤ 24 соат ичида содир бўлган қон кетиши.
- **Кечки (иккиламчи) туғруқдан кейинги қон кетиши** – ҳомила туғилгандан кейин > 24 соат ичида ёки ҳомила туғилгандан кейин 12 ҳафта ичида содир бўлган қон кетиши.

КХТ-10 бўйича кодланиши

O43.2	Йўлдошнинг бирикиши	
O70	Туғруқда оралиқ йиртилиши	
O71	Бошқа акушерлик травмалар:	
	O71.1	Туғруқ пайтида бачадон йиртилиши
	O71.2	Туғруқдан кейинги бачадон ағдарилиши
	O71.3	Бачадоннинг акушерлик йиртилиши
	O71.4	Фақат қиннинг тепа қисмининг акушерлик йиртилиши
	O71.5	Тос аъзоларининг бошқа акушерлик травмалари
	O71.7	Тоснинг акушерлик гематомаси
O72	Туғруқдан кейинги қон кетиши:	
	O72.0	Туғруқнинг учинчи даврида қон кетиши
	O72.1	Эрта туғруқдан кейинги даврда бошқа қон кетишлар
	O72.2	Кечки ёки иккиламчи туғруқдан кейинги қон кетиши
O72.3	Туғруқдан кейинги коагуляцион дефект, афибриногенемия, фибринолиз	
O75.1	Туғруқ пайтида ёки туғруқдан кейин ва туғдириб олишда онанинг шок ҳолати	
O88.1	Қоғаноқ сувлари эмболияси	
D65	Тарқалган томир ичи қон ивиш (дефибринация) синдроми	
D68.9	Қон ившининг аниқланмаган бузилиши	
R57.1	Гиповолемик шок	

ТКҚК этиологияси ва хавф омиллари

- Туғруқдан кейинги қон кетишининг умумий сабаблари бачадон қисқаришининг бузилиши (90%) ва туғруқ йўлларининг травмалари (7%), йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ушланиб қолиши ёки гемостаз тизимининг бузилишлари (3%) билан боғлиқ.
- Эрта ТКҚК (24 соатгача) ривожланиши 4 та патогенетик бузилишларга асосланган («4Т» қоидаси):
 - * Т (tonus) – бачадон қисқаришининг бузилиши – атония;
 - * Т (tissue) – йўлдош тўқималарининг ушланиб қолиши;
 - * Т (trauma) – туғруқ йўлларининг травмалари;
 - * Т (thrombin) – қон ивишининг бузилиши.
- Кечки ТКҚК (24 соатдан кейин) асосий сабаблари:
 - * йўлдош тўқималарининг қолдиқлари;
 - * бачадон субинволюцияси;
 - * туғруқдан кейинги инфекция;
 - * гемостаз тизимининг туғма дефектлари.

1-жадвал

ТКҚК сабаблари

Эрта (бирламчи) ТКҚК	Кечки (иккиламчи) ТКҚК
Бачадон атонияси	Бачадон субинволюцияси
Туғруқ йўллари юмшоқ тўқималарининг травмалари, бачадон йиртилиши	Йўлдош қолдиқлари ёки қоғаноқ пардалари ушланиб қолиши
Йўлдош қолдиқлари	Туғруқдан кейинги инфекция
Йўлдошнинг қаттиқ бирикиши, йўлдошнинг ўсиб кириши	Гемостаз тизимининг туғма дефектлари (масалан, фон Виллебранд омилининг етишмовчилиги)
Гемостаз тизимининг дефектлари*	
Бачадон ағдарилиши	

* Ҳам гемостаз тизимининг туғма дефектларини, ҳам қоғаноқ сувлари эмболияси, НЖЙБК, оғир преэклампсия оқибатида ривожланган оғир коагулопатияларни ўз ичига олади.

2-жадвал

ТКҚК хавф омиллари

Хавф омили	4 «Т»
Кўп ҳомилалик ҳомиладорлик	Тонус
Анамнезда ТКҚК	Тонус
Преэклампсия	Тромбин
Ҳомила макросомияси (катта ҳомила)	Тонус
Туғруқнинг иккинчи даври чўзилиб кетиши	Тонус
Туғруқнинг учинчи даври чўзилиб кетиши	Тонус, тўқима
Йўлдош ушланиб қолиши	Тўқима
Йўлдошнинг бирикиши	Тўқима
Эпизиотомия	Травма
Оралиқ йиртилиши	Травма

Умумий оғриқсизлантириш	Тонус
Йўлдош олдинда келиши	Тонус, тўқима
Анамнезда кесар кесиш	Тонус, травма
Анамнезда миомэктомия	Тонус, травма
Ҳомиладорлик даврида антикоагулянтларни қабул қилиш	Тромбин
Ёндош коагулопатиялар	Тромбин
Оғир юрак қон-томир ва гематологик касалликлар	Тромбин

3-жадвал

ТКҚК антенатал ва интранатал хавф омиллари

Этиология	Бирламчи сабаб	Хавф омиллари/симптомлар
Бачадон қисқариши бузилиши – атония	Бачадон атонияси	Ўзоқ вақт давомида окситоцинни юбориш Катта паритет (кўп туғиш) Хориоамнионит Умумий оғриқсизлантириш
	Бачадон бўшашиб кетиши	Кўп ҳомилалик Кўп сувлик Катта ҳомила
	Бачадон миомаси	Бачадон миомасининг бир нечта тугунлари
	Бачадон ағдарилиши	Киндик тизимчасини қаттиқ тортиш Калта киндик тизимчаси Бачадон тубига йўлдош бирикиши
Туғруқ йўллариининг травмаси	Эпизиотомия Бачадон бўйни, қин, оралиқ йиртилишлари Бачадон йиртилиши	Оператив вагинал туғруқлар Тез туғиш
Йўлдош тўқималари ушланиб қолиши	Йўлдош қисмлари ушланиб қолиши Йўлдошнинг ўсиб кириши	Йўлдошнинг қўшимча бўлакчаси Анамнезда бачадонда жарроҳлик амалиётлар Туғруқда йўлдошнинг қисмлари қолиб кетиши
Қон ивишининг бузилиши	Презклампсия Гемостаз тизимининг тўғма дефектлари (гемофилия, фон Виллебранд омилининг етишмовчилиги ва бошқ.) Оғир инфекция Қоғаноқ сувлари эмболияси Ҳаддан ташқари миқдорда кристаллоидларни юбориш	Қон қуйилиши Петехиал тошма Ҳомила нобуд бўлиши НЖЙБК Иситма, сепсис Геморрагиялар Ўтказилаётган анти тромботик терапия

	Терапевтик мақсад билан антикоагулянтларни қабул қилиш	
--	--	--

Маълум бўлган хавф омиллари мавжудлигига қарамасдан, ҳар бир аёлда ТКҚК ривожланиши мумкинлиги умум қабул қилинган ва бу ТКҚКни олиб бориш бўйича стандартлаштирилган баённоманинг барча тавсияларига қатъий риоя қилиш талаб қилинади.

Эпидемиологияси

Акушерлик қон кетишлари оналар ўлимининг сабаблари орасида биринчи ўринда туради. Катталар респиратор дистресс синдроми (РДС), шок, тарқалган томир ичи қон ивиш синдроми (ТТИҚИС), ўткир буйрак шикастланиши, фертиллиқни йўқотиш ва гипофиз некрози (Шихан синдроми) массив қон йўқотишнинг асосий асоратлари ҳисобланади.

ТКҚК КЛИНИК КЎРИНИШИ

4-жадвал

ТКҚК клиник кўриниши

Қон кетишининг сабаби	Белгилари
T (tonus)	
Бачадон қисқаришининг бузилиши	Пальпация қилинганда бачадон туби киндикдан юқорида жойлашган бўлади, бачадоннинг консистенцияси юмшаган, бачадон қисқармайди
T (tissue)	
Бачадон бўшлиғида йўлдош тўқималари ушланиб қолиши	Йўлдош кўздан кечирилганда унинг бутунлиги бузилиши ёки қисмларининг етишмаслиги аниқланади
Йўлдош ажралиши ва туғилишининг бузилиши	Йўлдош туғилишининг белгилари кузатилмайди
T (trauma)	
Бачадон бўйни, қин, оралиқ йиртилишлари	Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда йиртилишлар аниқланади
Қин ёки оралиқ гематомалари	Оралиқ, тўғри ичак, думба соҳасида оғриқ ёки босим сезилади. Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда оралиқ соҳасида оғриқли ҳосила аниқланади
Бачадон йиртилиши	Бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилган бўлса, бачадон йиртилишига шубҳа қилиш мумкин. Бачадон қаттиқ, туғруқдан кейинги қон кетишида йўлдош тўқималарининг қолдиқлари аниқланмайди
Бачадон ағдарилиши	Қин ёки жинсий ёриқ ташқарисида қаттиқ, ёрқин

	қизил ҳосила (йўлдош билан ёки йўлдошсиз) аниқланади. Олд қорин деворидан пальпация қилинганда бачадон сезилмайди. Қон йўқотиш даражасига тўғри келмайдиган шок ҳолати (оғриқ шоки). Брадикардия билан кечадиган шок ҳолати (тухумдонлар ва найларнинг таранглашиши оқибатида адашган нервнинг стимуляцияси)
T (thrombin)	
Коагулопатия	Қон ивиш вақти чўзилиши (Ли-Уайт усулининг модификацияси бўйича қон ивиш вақти > 7 дақ.) Бачадондан қон кетиши: келаётган қон ивимаёди, қон лахталари юмшоқ бўлади

ТКҚК ТАШХИСЛАШ

Шикоятлар ва анамнез

Диққат билан анамнез йиғиш ва хавф омилларини аниқлаш аёлларни паст, ўрта ва юқори хавф гуруҳларига тақсимлашга имкон беради.

5-жадвал

ТКҚК хавфини стратификациялаш

Паст хавф	Ўрта хавф	Юқори хавф
бир ҳомилалик ҳомиладорлик	кўп ҳомилалик ҳомиладорлик	йўлдош олдинда келиши, қаттиқ бирикиши ёки ўсиб кириши
анамнезда < 4 туғруқ	анамнезда > 4 туғруқ	гематокрит < 30
бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилмаган	анамнезда КК ёки бачадонда жарроҳлик амалиётлари ўтказилган	қабул қилинганда қон кетиши
анамнезда туғруқдан кейинги қон кетишлари бўлмаган	катта ўлчамдаги бачадон миомаси	қон ивиши тизимининг аниқланган бузилиши
	хориоамнионит	анамнезда туғруқдан кейинги қон кетиши бўлган
	магний сульфатини юбориш	гемодинамик бузилишлар (тахикардия, гипотония)
	окситоцин ёрдамида туғруқни чақориш ёки стимуляциялаш	

Физикал кўрик

Туғруқдан кейинги қон кетишини ўз вақтида аниқлаш учун туғруқ заллари ва туғруқдан кейинги бўлимнинг доялари аёлнинг туғруқдан кейинги ҳолатини мунтазам равишда назорат қилишлари керак, бу биринчи навбатда бачадон тонусини назорат қилишдан иборат:

- * туғруқдан кейинги дастлабки 2 соат мобайнида ҳар 15 дақиқада;
- * кейинги 2 соат мобайнида ҳар 30 дақиқада;
- * кейинги 4 соат мобайнида ҳар 1 соатда;
- * 16 соат мобайнида ҳар 4 соатда.
- ТКҚК ривожланган аёлни олиб бориш туғруқ йўллари, қин орқали текшируви ва бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш (кўрсатмаларга кўра) орқали қонаётган жойни (бачадон, бачадон бўйни, қин, оралиқ, тўғри ичак) аниқлашдан бошланиши керак.
 1. бачадон ташқи массажи – бачадон яхши қисқарганлигини аниқланг (**ТОНУС**)
 2. йўлдошни кўздан кечириш – йўлдош ажралганлиги, унинг бутунлигини текширинг (**ТЎҚИМА**)
 3. бачадон бўйни, қин ва оралиқда травмалар мавжудлигини текширинг (**ТРАВМА**)
 4. ривожланаётган коагулопатиянинг белгиларини аниқланг: кичик жароҳатлар ва в/и катетерлари ўрнатилган жойлардан қон кетиши, кроват олди тести ёки коагулограмманинг маълумотлари (**ТРОМБИН**).
- Пульс, артериал қон босими, периферик қоннинг сатурациясини ўлчаш, шок индексини баҳолаш, ўпка аускультациясини ўтказиш, қорин ва бачадонни пальпация қилиш, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва йўлдошни кўздан кечириш зарур.
- Давом этаётган ТКҚКда клиник кўрсаткичларнинг мониторингини ҳар 15 дақ. ўтказиш зарур.

- Диққат билан ўтказилган кўрик қон кетишининг сабабини аниқлашга имкон беради (1-жадвал).

Лаборатор ва диагностик текширувлар

ТКҚКда зудлик билан қуйидаги текширувлар ўтказилади:

- * қон гуруҳи, резус-омилини аниқлаш (аввал текширилмаган бўлса);
- * қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ) – гемоглобин, гематокрит даражаси, эритроцитлар, тромбоцитлар миқдори;
- * қон ивишининг кўрсаткичлари: қон ивиш вақтини аёлнинг олдида аниқлаш («кроват олди тести» – Ли-Уайт усулининг модификацияси), гемостазиограмма (фибриноген концентрацияси, ПТИ, ФҚТВ, ФПМ).

6-жадвал

Шошинч коррекциялаш учун асосий лаборатор кўрсаткичларни баҳолаш

Кўрсаткич	Ўткир қон кетишида	Критик ўзгаришлар
Гемоглобин	70-90 г/л	70 г/л кам
Тромбоцитлар миқдори	мкл да 150-350 минг	мкл да 50 мингдан кам
Фибриноген концентрацияси	2-4 г/л	2,0 г/л дан камайиши критик ҳисобланади
ХНН (МНО) – халқаро нормаллаштирилган нисбат	1,0-1,3	1,5 дан кўпга ортиши критик ҳисобланади
ФҚТВ (ФПТВ) – фаоллаштирилган қисман/парциал	28-32 с	меъёрдан 1,5 дан кўпга ортиши критик ҳисобланади

тромбопластин вақти		
ФПМ – фибрин-фибриноген парчаланишидан маҳсулотлар (D-димер)	ортиши	ортиши

Инструментал-диагностик текширувлар

Қон кетишининг сабабини аниқлаш учун бачадон бўшлиғининг ҳолатини баҳолаш ва қорин бўшлиғида эркин суюқлик борлигини аниқлаш мақсадида бачадон ультратовуш текшируви (УТТ) ўтказилиши мумкин.

Йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш

Йўқотилган қон ҳажмини визуал текшириш, гравиметрик усул ва гиповолемиянинг клиник симптомларини баҳолаш орқали йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражаси баҳоланади.

3С	Йўқотилган қон ҳажмини визуал текшируви йўқотилган қон ҳажмига 30% қўшилган ҳолда кўз билан баҳолаш асосида амалга оширилади.
-----------	---

Йўқотилган қон ҳажмини визуал аниқлаш ҳақиқатда йўқотилган қон ҳажмини ўртача 30%га етарлича баҳоламайди, йўқотилган қон ҳажми ортиши билан нотўғри баҳолаш эҳтимоллиги ортади, шунинг учун аёлнинг клиник симптомлари ва ҳолатига эътибор қаратиш лозим.

1А	Гравиметрик усул даражаланган идишларга (коллектор-қоплар, цилиндрлар) қонни тўғридан-тўғри йиғиш билан биргаликда қонга сингиб кетган салфеткалар ва операцион жилдининг оғирлигини ўлчаш орқали амалга оширилади. Ушбу усул визуал текширувдан кўра аниқроқ ҳисобланади, бироқ йўқотилган қон ҳажми ҳақида аниқ маълумот бермайди.
-----------	--

Даражаланган идишларни (коллектор-қоплар, цилиндрлар) қўллаш йўқотилган қон ҳажмини 90% аниқлик билан баҳолаш учун ишлатиладиган объектив восита ҳисобланади. Даражаланган идишларни ишлатиш имкони бўлса, қўшимча равишда йўқотилган қон ҳажмини визуал аниқлаш моҳиятга эга эмас, чунки бу йўқотилган қон ҳажмини ортиқча баҳолашга ва номувофиқ даволашга олиб келади.

Қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш ва сингиб кетган материалнинг ҳақиқий оғирлигидан қўруқ материалнинг оғирлигини чиқариб ташлаган ҳолда йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш учун туғруқ муассасада ҳар бир боғлов материали ва чойшаб (дока салфеткалар, докали ўнликлар, докали шариклар, тагликлар, чойшаблар, докали ёпқичлар) оғирлигини олдиндан билиш ва ёзиб олиш зарур. Шунингдек, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш учун қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш мумкин: ушбу материалнинг 57% оғирлиги йўқотилган қон ҳажмига тўғри келади.

3В	Йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш замонавий алгоритмлари ва аёлни олиб бориш тактикасини танлаш гиповолемиянинг клиник симптомларини баҳолашга кўпроқ эътибор беришни тавсия этади. Ушбу мақсадда Америка жарроҳлар колледжининг (American College of Surgeons) Advanced Trauma Life Support (ATLS) шкаласи қўлланилади (7-жадвал).
-----------	--

Физиологик ҳомиладорликда, учинчи триместрда АҚХ 45% га ошади ва 80-100 мл/кг ни ташкил қилади. Даволаш тадбирларини ўтказишда, тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларида аёлнинг тана вазнини ҳисобга олган ҳолда йўқотилган қон ҳажмини суммар баҳолаш зарур (8-жадвал). Шу билан бирга йўқотилган қон ҳажми 1000 мл дан ошгунга қадар, ҳомиладорлик

даврида пульс ва АҚБ одатда нормал чегараларда сақланиб туришини эсда тутиш зарур. Рўхий ҳолати ўзгариши, тахипноэ ва тахикардия билан биргаликда систолик АҚБ 80 мм.сим.уст. ва ундан пастга тушиши, одатда 1500 мл ортиқ бўлган ТКҚК ривожланганидан далолат беради.

7-жадвал

Америка жарроҳлар колледжининг **Advanced Trauma Life Support** шкаласи бўйича йўқотилган қон ҳажми ва оғирлик даражасини баҳолаш

Кўрсаткич	I-даража	II-даража	III-даража	IV-даража
Йўқотилган қон ҳажми, мл	<750	750-1500	1500-2000	>2000
ЮУС, дақ.	<100	100-120	120-140	>140
Систолик артериал қон босими	меъёрида	меъёрида	пасайган	пасайган
Пульс босими, мм.сим.уст.	меъёрида ёки кўтарилган	пасайган	пасайган	пасайган
Нафас олиш сони, дақ.	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез, мл/соатига	>30	20-30	5-15	анурия
Эс-хуши	енгил безовталиқ	ўрта безовталиқ	безовталиқ карахтлиқ	уйқучанлиқ

8-жадвал

Тана вазни бўйича тахминий йўқотилган қон ҳажми*

Тана вазни (кг)	АҚҲ (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 15% (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 25% (мл)	Йўқотилган қон ҳажми 40% (мл)
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200
60	6000	900	1800	2400
65	6500	975	1950	2600
70	7000	1050	2100	2800
50	5000	750	1500	2000
55	5500	825	1650	2200

* Ҳомиладор аёлларда 100 мл/кг қон миқдори бўйича (семизлик билан касалланган ҳомиладор аёлларда кўпроқ бўлиши мумкин). Презклампсияда АҚҲ 30-40% га камаёди ва 70 мл/кг ни ташкил қилади.

2С	Шок индекси (ЮУС/систолик қон босими) гемодинамик бузилишларнинг эрта белгиси ҳисобланади ва бошқа кўрсаткичларга қараганда нохуш натижалар ривожланиши хавф остида бўлган аёлларни ажратиб олиш имконини беради.
-----------	---

Туғруқдан кейин шок индексининг нормал кўрсаткичлари 0,7-0,9 ни ташкил қилади. Массив акушерлик кетишида шок индекси > 1,0 ташкил қилиши йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва қон препаратларини қуйиш зарурлигини прогноз қилиш учун қўлланилиши мумкин.

ТКҚК ДАВОЛАШ

Эрта (бирламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми

3С	Қон кетишининг биринчи дақиқаларидан бошлаб, ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш бир вақтнинг ўзида ва аниқ тақсимланган вазифалар билан мультидисциплинар гуруҳнинг ишлаш тамойилига мувофиқ амалга оширилади: хабар бериш, қон кетишининг сабабини аниқлаш, йўқотилган қон ҳажмини баҳолаш ва тайёр операция хонаси шароитида даволаш тадбирларини ўтказиш (9-жадвал).
-----------	---

Қон кетиши юзага келган пайдан бошлаб, нима бўлаётгани ҳақида аниқ маълумот бериш билан аёл билан доимо вербал мулоқотда бўлиш зарур.

Хабар бериш тартиби:

- иккинчи акушер-гинеколог ва иккинчи дояни чақиринг;
- анестезиолог-реаниматолог, анестезистка-ҳамшира, трансфузиолог (бўлган тақдирда), лаборантни (бўлган тақдирда) чақиринг.
Трансфузиолог бўлмаган тақдирда, навбатчи гуруҳ аъзоларидан бири беморга янги музлатилган плазма (ЯМП) ва эритроцитлар массасини етказиб бериши керак бўлади; лаборант бўлмаган тақдирда, навбатчи гуруҳ аъзоларидан бири олинган таҳлилларни лабораторияга етказиб бериши керак бўлади.
- вазият, инфузион-трансфузион терапиянинг ўтказиш схемалари, дори-воситаларни юбориш ва ҳаётий муҳим функцияларнинг кўрсаткичларини ёзиб бориш учун навбатчи гуруҳ аъзоларидан бирини (одатда – анестезиолог-реаниматолог ёки анестезистка-ҳамшира) тайинланг;
- массив қон кетиши юзага келганда маъмурият ходимларини ва/ёки маъсул шифокорни хабардор қилинг.
- туғруқ йўллариининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари аниқланганда уларни тикиб чиқинг, бачадон йиртилишида – лапаротомияни ўтказинг ва бачадон йиртилишини тикиб чиқинг ёки бачадон йиртилишини тикиб чиқиш иложи бўлмаганда гистерэктомиyani ўтказинг.
- бачадон ағдарилишида уни ортига қайтариш бўйича тадбирларни ўтказинг (4-илова).
- йўлдошнинг ўсиб киришига шубҳа туғилса 5-иловага мувофиқ тадбирларни ўтказинг.
- бачадон атониясида бачадон тубини пальпация қилинг ва қисқаришларни стимуляциялаш учун уни силанг («бачадон тубини ишқалаш»).
- утеротоник воситалар (10-жадвал) ва транексам кислотасини юборишни бошлаш тавсия этилади.

1В	ТКҚҚда комплекс даво сифатида транексам кислотасини эрта юбориш қон кетишининг миқдори ва гистерэктомия хавфини камайтиради.
-----------	--

- * 1000 мл дан кам қон кетишида: 10 дақиқа давомида в/и 1 г, кейин 8 соат давомида инфузия кўринишида 1 г ёки 30 дақиқадан кейин 1 г в/и иккинчи доза юборилади;
- * давом этаётган қон кетишида: 1 соат давомида 4 г зарба дозаси, кейин 6 соат давомида 1 г/соатига. Транексам кислотасининг юқори дозаси йўқотилган қон ҳажми, гемоглобин даражаси тушиши ва донорлик қон препаратларини қуйиш заруратини камайтириши мумкин.

Ҳозирги вақтда транексам кислотасини ўз вақтида адекват дозада қўллаш массив қон кетиши бўлган аёлларда ўлим, гистерэктомия ва касалланишнинг камайишига ёрдам бериши кўрсатилган.

ТКҚК 1-босқич муолажалари (бир вақтда ўтказилади)

Муолажалар	Қон кетишини тўхтатиш бўйича тадбирлар
Ингаляцион усулда кислородни юбориш (10-15 л/дақ.)	Вульва, қин, бачадон бўйинини кўриш ва туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари бўлганда тикиб чиқиш
≤ 16 G катетерлари билан икки периферик венани катетеризациялаш	Бачадон йиртилиши бўлганда лапаротомияни ўтказиш ва бачадон йиртилишини тикиб чиқиш
Сийдик қопини катетеризациялаш (доимий катетер)	Бачадон бўшлиғини қўл билан текшириш ва йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталарини олиб ташлаш
Ҳаётий муҳим функцияларни (артериал қон босими, пульс, нафас олиш, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси, диурез) назорат қилиш	Бачадон ташқи массажини ўтказиш
Аёл иситилишини таъминлаш ва нормотермияни сақлаб туриш: 15 дақиқа ичида 1 л илиқ кристаллоид эритмаларни (35-40°C гача илитилган) в/и юбориш	Бачадон бимануал компрессиясини бажариш
15 мг/кг транексам кислотасини в/и секин юбориш	Аортани босиш
Утеротоник терапия	

ТКҚК даволаш учун қўлланиладиган утеротоник воситалар

Препарат	Окситоцин	Метил-эргометрин	Мизопростол (простагландин E ₁)	Карбопрост (простагландин F _{2a})
Дозаси ва юбориш усули	500 мл физиологик эритма ёки Рингер эритмасига 10-20 ХБ в/и, 60 томчи/дақ. ёки дозатор ёрдамида 125 мл/соатига	0,2 мг м/о ёки в/и (секин)	200-800 мкг тил остига, 800 мкг дозадан оширманг	0,25 мг м/о
Қувватлаб турувчи дозаси	500 мл физиологик эритма ёки Рингер эритмасига 10 ХБ в/и, 40 томчи/дақ. ёки дозатор ёрдамида 120	0,2 мг м/о ёки в/и (секин) 15 дақиқа оралиғида 2 дозадан, кейин ҳар 4 соатда	–	ҳар 15 дақ. 0,25 мг м/о

	мл/соатига			
Максимал кунлик дозаси	60 ХБ окситоцин 3 л дан кўп бўлмаган эритмада	5 доза (1,0 мг)	800 мкг	8 доза (2,0 мг)
Қарши кўрсатмалар	Препаратга юқори сезувчанлик	Артериал гипертензия, преэклампсия, юрак касалликлари	Бронхиал астма	Бронхиал астма, в/и юборманг – летал натижага олиб келиши мумкин

Гемостатик аралашувлар билан бир вақтда инфузион-трансфузион терапияни бошлаш тавсия этилади (11-жадвал).

11-жадвал

ТКҚК инфузион-трансфузион терапия

Кристаллоидлар	Изотоник эритмалар 2 л гача
Коллоидлар	Қон препаратлари етказиб берилгунга қадар 1,5 л гача
Қон	Клиник ва гематологик кўрсаткичларга кўра. Гемоглобиннинг мақсадий даражаси – 80 г/л дан юқори
ЯМП	Гемостатик текширувлар ва қон кетишининг давом этиши билан қўлланилиши керак*
Тромбоконцентрат	Протромбин вақти ёки ФҚТВ ортган бўлса ва қон кетиши давом этаётган бўлса, 12-15 мл/кг ЯМП юборинг
Криопреципитат	4 эритроцитлар бирлиги юборилгандан кейин қон кетиши давом этаётган бўлса ва коагулограмманинг натижаси тайёр бўлмаса – 4 бирлик ЯМП юборинг

* «Акушерлик қон кетишларида инфузион-трансфузион терапияси» баённомаси.

Йўқотилган қон ҳажмига қараб, ТКҚКни олиб бориш тактикасига риоя қилиш керак (12-жадвал).

12-жадвал

Йўқотилган қон ҳажмига қараб ТКҚК олиб бориш тактикаси

Шок клиникаси бўлмаган 500-1000 мл ТКҚК	Давом этаётган ёки шок клиникаси билан кечаётган 1000-1500 мл ТКҚК
* в/и катетерини ўрнатинг (икки канюля ≤ 16 G)	* А ва В – нафас йўллари ва нафас олишни баҳоланг
* Қон гуруҳи ва резус-омили, қоннинг умумий таҳлили, коагулограммани аниқлаш учун 20 мл қон олинг	* С – қон айланишини баҳоланг
* Ҳар 15 дақ. пульс, АҚБ, НОС кўрсаткичларини ёзиб боринг	* Тренделенбург ҳолати
* Илиқ кристаллоидларни	* Аёлни иситинг
	* Қон гуруҳи ва резус-омили, қоннинг умумий таҳлили, коагулограммани аниқлаш учун 20 мл қон олинг
	* Фолей катетерини ўрнатинг
	* Ҳар 15 дақ. тана ҳароратини ўлчанг

<p>юборишни бошланг</p> <p>* Қон кетишини тўхтатинг (бачадон ташқи массажи «бачадон тубини ишқалаш», бачадон бимануал компрессияси, аортани босиш)</p>	<p>* Пульс, АҚБ, НОС (пульсоксиметр, ЭКГ) узлуксиз назорат қилинг</p> <p>* в/и катетерини ўрнатинг (икки канюля ≤ 16 G)</p> <p>* Клиник жиҳатдан зарур бўлса, иложи борича тезроқ эритроцитар массани қуйишни бошланг</p> <p>* Қон етказиб берилгунга қадар, 3,5 литр илиқ эритмаларни юборинг: 2 литр кристаллоидларни, 1,5 литр коллоидларни (желатин, ГЭК). Қон кетиши пайтида гидроксиптилкрахмални қўллаш тавсия этилмайди, ҳаётий зарур ҳолатлар бундан мустасно</p>
--	--

– Қон кетиши бошланишидан 10-20 дақиқа ўтгунга қадар 1-босқич муолажаларини бажаришни давом эттириш керак.

3C	<p>Юқорида кўрсатилган тадбирлар самарасиз бўлса ва қон кетиши давом этаётган бўлса, кўп аёлларда қон кетишининг ягона ёки асосий сабаби бўлган бачадон атониясида биринчи навбатда бажариладиган бошқариладиган бачадон баллонли тампонадасини ўтказинг (имконият мавжуд бўлганда).*</p>
-----------	---

*7-илова.

2B	<p>Рефрактер қон кетишларида бачадон баллонли тампонадаси ва бачадон компрессион чокларини қўйиш билан биргаликда қўлланилиши мумкин.</p>
-----------	---

Бачадон ва қин баллонларини бир вақтнинг ўзида қўллаш мумкин. Икки баллонли бачадон-қин тизими бачадоннинг пастки сегментида қон томирларини компрессиялаш кўринишида қўшимча афзалликларга эга. Қон йўқотилишини камайтириш учун, керак бўлса, гистерэктомияга қадар баллонли тампонадани ўтказишни тўхтатмаслик керак.

Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқдан кейин йўқотилган қон миқдори 1000 мл га етган ва қон кетиши давом этаётган ва/ёки шок ҳолати ривожланган бўлса, аёл операция хонасига дарҳол ўтказилади ва бошқа барча даволаш тадбирлари операция хонасида ўтказилади.

Бачадон атониясида массив қон кетиши (1500 мл ва ундан кўп миқдорда) ёки 15-30 дақиқа давомида консерватив тадбирлар самарасиз бўлиши жарроҳлик гемостазини ўтказишга кўрсатмалар ҳисобланади.

3D	<p>Массив қон кетишида жарроҳлик аралашуви 20 дақиқадан кечиктирмасдан ўтказилиши керак.</p>
-----------	--

3C	<p>Кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш вақтида қон кетиши ривожланган ҳолда В-Lynch ёки шифокорнинг ўзи билган бошқа модификация бўйича компрессион чокларни қўйиш тавсия этилади.</p>
-----------	---

Жарроҳлик амалиётидан аввал қорин аортасини босиш ортиқча миқдорда қон йўқотилишини камайтиришга ёрдам беради.

- Қон кетишини тўхтатиш бўйича аввалги тадбирлар самарасиз бўлса, қуйидагиларни бажариш зарур:
 - * жарроҳлик амалиётининг анестезиологик қўлланмасини таъминланг;
 - * қон таҳлиллари учун қайтадан қон олинг;

* жарроҳлик гемостазини ўтказинг.

- Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқдан кейин қон кетишида лапаротомияни, жарроҳлик йўли орқали туғдириб олишда – релапаротомияни ўтказинг.
- Бачадон деваскуляризациясини (қон билан таъминланишини тўхтатиш) ўтказинг, унга бачадоннинг магистрал қон томирларини ва/ёки ички ёнбош артерияларни боғлаш киради.

3D	Қон томирларни боғлаш. Алоҳида ёки икки томонлама бачадон артерияси ва венасини боғлаш мумкин. Қон кетиши давом этаётган бўлса ва биринчи лигатура самарасиз бўлса, бачадоннинг пастки сегменти ва бачадон бўйнини қон билан таъминловчи бачадон артериясининг шохларини боғлаш учун иккинчи лигатурани пастроқ қўйиш мумкин. Самарасиз бўлганда – бачадон ва тухумдон қон томирларини боғлаш керак. Ички ёнбош артерияларни боғлаш сийдик йўли ва веналарининг шикастланиши билан боғлиқ бўлгани учун шифокордан юқори маҳорат талаб қилинади.
-----------	---

Бачадон томирларини боғлаш ёки қисим туғруқдан кейинги қон кетишларнинг 92% ҳолатларида самарали бўлади.

- **Гистеротомияни ўтказинг** (табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганда). Йўлдош ёпишган майдоннинг қонаётган қон томирларини боғланг (кўрсатмаларга кўра, 3-даражали муассасаларда махсус тайёрланган малакали мутахассислар бўлса йўлдошнинг ўсиб кириш жойи билан бачадон деворининг резекцияси ўтказилади), компрессион чокларни (B-Lynch бўйича вертикал ёки горизонтал) қўйиш.

Ушбу чокларни қўйишдан мақсад – механик равишда бачадонни сиқиш, йўлдош ёпишган майдонни қисқартириш ва тўғридан-тўғри қонаётган жойни бартараф этиш. Ушбу ёндашув туғруқдан ёки кесар кесим жарроҳлик амалиётидан кейин ривожланган бачадондан қон кетишларида кўрсатилган. Муайян турдаги чокларнинг оптимал самарадорлиги бўйича ҳозирча маълумотлар мавжуд эмас. Қўлланиладиган барча усуллар гистерэктомиянинг олдини олишда самарали ҳисобланади. Чокларни қўйиш усулини танлаш кўрсатмаларга боғлиқ (атония, йўлдош ёпишган майдондан қон кетиши, диффуз қон кетиш).

- **Гистерэктомияни ўтказинг** – бачадондан қон кетишини тўхтатиш бўйича аввалги босқичларнинг тадбирлари ҳеч қандай таъсир кўрсатмаган ҳолда, бошқариб бўлмайдиган қон кетишида туққан аёлнинг ҳаётини сақлаб қолишга қаратилган кечиктириб бўлмайдиган жарроҳлик амалиёти ҳисобланади. Гистерэктомияни ўтказиш вақтида сийдик йўлининг яхши кўринишини таъминлаш тавсия этилади.

Аёл гемодинамик барқарор ҳолатда ва ҳаёт учун хавfli қон кетиши ривожланмаган бўлса бачадонни сақлаб қолиш мумкин бўлади. Бачадонни сақлаб қолишга нисбий қарши кўрсатмалар: аномал инвазияли катта йўлдош (йўлдошнинг ўсиб кириши) ёки йўлдош ёпишган майдондан давом этаётган қон кетиши; кенг кўламли бачадон шикастланиши ва реконструктив жарроҳлик амалиётини ўтказишга иложи бўлмаслиги; бачадон яллиғланиш касалликлари; аёлда 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса; муассасада қон препаратларининг захираси мавжуд бўлмаса.

Гистерэктомиянинг кўп учрайдиган асоратлари: кўп миқдорда қон йўқотиш, жарроҳлик амалиёти ўзоқ вақт давом этиши, сийдик қопи (6-12%) ва сийдик йўллари (0,4-41%) травмалари.

- Гистерэктомияни ўтказиш тўғрисида қарор ўз вақтида ва коллегиял равишда қабул қилиниши керак.

Босқичма-босқич жарроҳлик гемостаз тамойилини таъминлаш (1 ва 2-даражали туғруққоналарда) иложи бўлмаса, қон кетишини тўхтатишнинг энг самарали усули сифатида гистерэктомияни иложи борича тезроқ ўтказиш керак.

Аёл оғир шок ҳолатига тушиб қолмагунга қадар ёки жарроҳнинг тажрибаси кам бўлган радикал жарроҳлик амалиётларни ўтказишга ўтмагунга қадар гистерэктомияни ўтказишни кечиктирмаслик керак.

Гистерэктомияни тажрибага эга бўлган малакали жарроҳ ўтказиши керак.

Субтотал гистерэктомия – бачадон бўйни травмалари ёки йўлдошнинг бирикиши ҳолатларидан ташқари, ТКҚКнинг кўп ҳолатларида ўтказиладиган танлов жарроҳлик амалиёти ҳисобланади.

Кечки (иккиламчи) ТКҚК ҳаракатлар алгоритми

Аёлда кечки ТКҚК ривожланганда қуйидагилар тавсия этилади:

3C	Бачадон бўйни, қин ажралмаларини микробиологик текширувдан ўтказиш ва, эндометритга шубҳа туғилганда, антибактериал терапияни тайинлаш тавсия этилади.
-----------	--

3C	Бачадон бўшлиғида йўлдош тўқималарининг қолдиқларини истисно қилиш учун кичик тос аъзоларининг УТТ ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

4D	Гистероскопияни ўтказиш ва/ёки йўлдош тўқималарининг қолдиқларини жарроҳлик йўли орқали олиб ташлаш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқдан кейинги эндометрит аниқланганда кейинги даволаш тадбирларини «Акушерликда септик асоратлар» клиник баённомасига мувофиқ олиб бориш тавсия этилади.

ТКҚК олдини олиш

Berg C. (2005), Clark S. (2008) шарҳларига кўра, оналар ўлимининг кўп ҳолатларини олдини олиш мумкин. Ҳомиладорлик даври ва туғруқ жараёнида қон кетишининг олдини олиш, йўқотилган қон миқдорини ўз вақтида ва етарли даражада баҳолаш, тиббий ёрдам кўрсатиш алгоритмига риоя қилиш, дори ва трансфузион воситалар билан таъминлаш йўқотилган қон ҳажмини ва геморрагик асоратлар хавфини камайтиради.

Ҳомиладорлик даврида ТКҚК олдини олиш чоралари

3D	Анемияни антенатал даврда ташхислаш ва даволаш тавсия этилади.
-----------	--

3-даражали муассасаларда мультидисциплинар гуруҳнинг иштирокида қон кетиш хавфи юқори бўлган ҳомиладор аёлларни туғдириб олишни режалаштириш тавсия этилади.

Туғруқда ТКҚК олдини олиш чоралари

Боланинг ҳолати қониқарли бўлса ва киндик тизимчасининг бутунлигига шубҳа бўлмаса, бола туғилгандан кейин 1 дақиқа ўтгач киндик тизимчасини қисиш тавсия этилади.

Туғруқнинг учинчи даврида барча аёлларга утеротоникларни юбориш тавсия этилади.

1A	Туғруқдан кейин бачадон тонусини баҳолаш тавсия этилади.
-----------	--

Бачадон массажи туғруқдан кейинги қон кетишининг олдини олмайди.

4C	Бачадон бўшлиғида ажралган йўлдошнинг ушланиб қолишини олдини олиш учун киндик тизимчасининг назоратли тракциясини ўтказиш (тажрибали ва малакали тиббиёт ходимлари бўлганда) ёки ташқи усуллар билан йўлдошни ажратиб олиш тавсия этилади.
-----------	---

1A	ТКҚК ривожланиш хавфи мавжуд бўлганда – бола туғилгандан кейин 16,2 мл/соатига тезликда 50 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцинни дозатор ёрдамида в/и секин юбориш тавсия этилади, 40 томчи/дақ. тезликда томчилаб юбориш ҳам мумкин (500 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцин).
-----------	---

Хавф омиллари мавжуд бўлганда окситоцин ўрнига профилактик мақсад билан карбетоцин қўлланилиши мумкин: йўлдош туғилиши билан дарҳол бир мартаба 100 мкг дозада (1,0 мл м/о ёки в/и юборилади).

1A	Хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларга 0,5-1,0 г дозада транексам кислотасини в/и юбориш тавсия этилади.
-----------	--

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётида ТКҚК олдини олиш чоралари

1B	<p>Ҳомила чиқариб олингандан кейин в/и секин (1-2 дақ. ичида) 1-2 мл (5 ХБ) ЁКИ в/и дозатор ёрдамида 16,2 мл/с (27 мХБ/дақ.) тезликда ёки в/и томчилаб 40 томчи/дақ. тезликда (500 мл физиологик эритмада 5 ХБ окситоцин) окситоцин юборилади; ЁКИ ҳомила чиқариб олингандан кейин ва йўлдош ажратиб олинишидан аввал м/о ёки в/и секин 1 дақ. ичида 1 мл (100 мкг) карбетоцин юборилади.</p>
-----------	---

ТКҚКни олдини олишда стандарт окситоцинни қўллашга қараганда карбетоцин самаралироқ бўлган.

Карбетоцин – захира утеротоник воситаси эмас, балки кесар кесиш жарроҳлик амалиётида профилактик мақсадда қўлланиладиган утеротоник восита ҳисобланади.

Карбетоцин узоқ вақт таъсир қиладиган утеротоник препарат ҳисобланади: узайтирилган таъсир кўрсатиши учун узоқ вақт инфузия кўринишида юборилиши керак бўлган окситоцин билан солиштирганда, карбетоцин бир марталик 100 мкг дозада юборилади.

Қон кетиши ривожланиш хавфи мавжуд бўлган аёлларда окситоцин ёки карбетоцинни болюс ва узайтирилган тартибда биргаликда юборилиши мумкин.

1A	Қон йўқотиш миқдорини камайтириш учун окситоцинга қўшимча 0,5-1,0 г дозада транексам кислотасини в/и юбориш тавсия этилади.
-----------	---

2A	Киндик тизимчасининг назоратли тракциялари орқали йўлдошни чиқариб олиш тавсия этилади.
-----------	---

Хавф омиллари мавжуд бўлган аёлларнинг гуруҳларида бачадон ёки бачадон-қин тампондасини қўллаш тавсия этилади (7-илова).

Туғруқдан кейинги қон кетишини олдини олиш қўйидаги ташкилий тадбирларни ўз ичига олади:

- ТКҚК ривожланиш хавф омиллари туғруқдан аввал ва туғруқ жараёнида баҳоланиши керак;
- қон кетиши ривожланишининг мавжуд хавф омилларига қўшимча хавф омиллар юзага келса, ҳомиладор аёлни ва/ёки туғруқни олиб бориш режасини ўзгартириш керак;
- шифокор-клиницистлар туғруқни олиб боришнинг жойи бўйича аёлларга маслаҳат берганда ТКҚК хавф омилларини инобатга олишлари ва бу ҳақда аёлларни хабардор қилишлари керак;

- ТКҚК хавф омиллари аниқланган аёллар «перинатал ёрдамни ҳудудлаштириш» мезонларига мувофиқ тиббий муассасага ўтказилишлари керак;
- ҳар бир бўлимда (туғруқ, қабул, туғруқдан кейинги бўлимлари ва бошқ.) визуал равишда фойдалана олиш имкони бўлган жойда туғруқдан кейинги қон кетишида дисциплинараро батафсил ҳаракатлар алгоритми бўлиши керак;
- ҳомиладор, туғувчи ёки туққан аёл бўлиши мумкин бўлган ҳар бир бўлимда туғруқдан кейинги қон кетишида ишлатиладиган ёрдам кўрсатиш тўплами бўлиши керак;
- оналикни муҳофаза қилиш соҳасида ишлайдиган барча ходимлар акушерликда шошилиш ҳолатлар, шу жумладан, ТКҚКда ёрдам кўрсатиш бўйича малакани ошириш ва тайёрлашдан ўтишлари керак;
- ТКҚКда ёрдам кўрсатишга тайёргарлик дисциплинараро бўлиши ва жамоада ишлаш кўникмаларига эга бўлишни ўз ичига олиши керак;
- 1500 мл дан кўп миқдорда қон кетиши билан боғлиқ бўлган ТКҚКнинг барча ҳолатларда критик вазиятнинг аудити ўтказилиши керак;
- ТКҚКда ёрдам кўрсатишда барча босқичларни аниқ ҳужжатлаштириш муҳим аҳамиятга эга;
- аёлга ўзи учун қулай бўлган вақтда акушерлик қон кетиши билан боғлиқ вазиятларни муҳокама қилиш имкониятини бериш керак (3-илова).

ТКҚК хавфи мавжуд бўлганда қон кетиши билан курашишга тайёргарликни таъминлаш керак:

- ҳар бир туғувчи аёл учун адекват вена ичига тушишни таъминлаш;
- утеротоник воситалар мавжуд бўлиши;
- шошилиш лаборатор текширувларни ўтказиш имконияти бўлиши (ҚУТ, коагулограмма, фибриноген ва бошқ.)
- акушерлик қон кетишларида тўлиқ ҳажмда ёрдам кўрсата оладиган тажрибали акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматолог томонидан ёрдам кўрсатиш имконияти бўлиши;
- қон препаратлари мавжуд бўлиши.

1А	Гемостатик таъсирга эга бўлган препаратлар (транексам кислотаси, рекомбинант фаоллаштирилган VII омил, протромбин комплекси препаратлари) мавжуд бўлиши тавсия этилади.
-----------	---

ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Массив қон кетиши ва геморрагик шокни ўтказган аёлларда зарур бўлган реабилитация тадбирлари амалга оширилади.

ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ

Барча туғруқдан кейинги қон кетиши ҳолатлари стационар шароитда олиб борилади.

ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Қўшимча тиббиёт ходимлари чақирилди	Ҳа/Йўқ
2.	Хавф стратификацияси ва хавф даражасига кўра профилактика ўтказилди	Ҳа/Йўқ

3.	Анестезиолог-реаниматолог шифокори чақирилди	Ҳа/Йўқ
4.	Йўқотилган қон ҳажми баҳоланди	Ҳа/Йўқ
5.	Бачадон бимануал компрессияси бажарилди	Ҳа/Йўқ
6.	Аортани босиш	Ҳа/Йўқ
7.	Ингаляцион усулда кислород юборилди	Ҳа/Йўқ
8.	Ҳаётий муҳим функцияларнинг (артериал қон босими, пульс, нафас олиш, қоннинг кислородга тўйиниш даражаси, диурез) назорати ўтказилди	Ҳа/Йўқ
9.	Бачадон бўшлиғи қўл билан текширилди ва йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталари олиб ташланди (йўлдош тўқималарининг қолдиқлари ва қон лахталари қолиб кетганда)	Ҳа/Йўқ
10.	Туғруқ йўллариининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари тикилди (туғруқ йўллариининг юмшоқ тўқималарининг йиртилишлари бўлганда)	Ҳа/Йўқ
11.	Баённома бўйича лаборатор диагностика ўтказилди (қон гуруҳи/резус-омили, ҚУТ, коагулограмма)	Ҳа/Йўқ
12.	Утеротоник дори-воситалар юборилди (тиббий қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда)	Ҳа/Йўқ
13.	Икки ≤ 16 G в/и катетери ўрнатилди	Ҳа/Йўқ
14.	Сийдик қопа катетеризацияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
15.	Анестезиологик қўлланма ўтказилди	Ҳа/Йўқ
16.	Массив қон кетишида 20 дақ. ичида ёки консерватив даво усуллари самарасиз бўлганда 15-30 дақ. ичида жарроҳлик аралашуви ўтказилди	Ҳа/Йўқ
17.	Инфузион-трансфузион терапия ўтказилди	Ҳа/Йўқ
18.	Қон кетиши тўхтатилди	Ҳа/Йўқ
19.	Гемодинамик кўрсаткичларининг (АҚБ, ЮУС) нормаллашиши	Ҳа/Йўқ
20.	Гемостаз кўрсаткичларининг барқарорлашиши: ХНН 1,3 дан кам, ФПТВ меъёрдан 1,5 баробардан ошмайди, фибриноген 2,0 г/л дан юқори, тромбоцитлар 50×10^9 /л дан юқори	Ҳа/Йўқ
21.	0,5 мл/кг/соатига дан юқори диурез тикланиши	Ҳа/Йўқ
22.	Эс-хуши тикланиши	Ҳа/Йўқ
23.	ЎРДС ва/ёки пневмония белгиларининг йўқлиги	Ҳа/Йўқ
24.	ЎСВни тўхтатиш	Ҳа/Йўқ

ИЛОВАЛАР

1-илова

Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар учун)

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки 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	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)

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)

Диагностик, профилактик ва даволаш аралашувлар учун ДИД ва ТИДларнинг мумкин бўлган комбинациялари

ДИД		ТИД таъриф мезонлари	ТИ якуний даражаси
1	Энг ишончли далиллар: референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари	Бир вақтнинг ўзида икки талабга жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилган.*	А
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	В
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	С
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар	Бир вақтнинг ўзида икки талабга жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилган.*	А
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	В
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	С
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар	Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Айрим тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	В
		Талаблардан камида биттасига жавоб бериш: 1. Барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга. 2. Қизиқтираётган натижалар бўйича тадқиқотларнинг хулосалари келишилмаган.*	С
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи		С
5	Ишончилилик даражаси паст бўлган далиллар: таъсир механизмнинг асоси ёки экспертлар хулосаси мавжуд		С

* Битта клиник тадқиқот баҳоланаётган бўлса, ушбу талаб инobatга олинмайди.

Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси

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, қўйдаги манзилда рўйхатга олинганман,

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

_____ шуни маълум қиламанки,

_____ (тиббиёт муассасасининг номи)

_____ муассасаси

да 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 дори воситалар ва озиқ-овқат махсулотларини 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 қўйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, бунга ихтиёрий розилигимни бераман. Мен қон қўйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қўйиш учун сабаблари, муолажанинг ўтказилиш тартиби ва қоидалари, мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим. Мен барча зарур тиббий чора-тадбирлар ўтказилишига розиман. Мен қон ва унинг компонентларини қўйишдан 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. Менга қулай бўлган шаклда йиллик дастур доирасида тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти, шу жумладан фуқароларга бепул тиббий ёрдам кўрсатишнинг ҳудудий, давлат кафолатлари тушунтирилди.

10. 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 бундан қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман.

Имзо _____

Сана « ____ » _____ й.

3-илова

Бемор учун маълумот

Ҳомиладорлик даврида аёл мумкин бўлган асоратлар ва биринчи навбатда ҳомиладорлик, туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда қон кетиши эҳтимоли ҳақида хабардор бўлиши керак.

Туғруқ йўлларида қон кетишининг ҳар қандай белгиларида, ҳомиланинг ҳолати ўзгаришида акушер-гинекологга мурожаат қилиш керак.

Массив қон кетиши ривожланишида оператив равишда даволаш, қон препаратларини қўйиш, магистрал веналарнинг катетеризациясини таъминлаш ва қон ивишининг рекомбинант омилларини (омиллар комплексларини) қўллаш зарурлиги тўғрисида хабар бериш керак.

Бачадон ағдарилишида уни ортига қайтариш бўйича тадбирлар

Бачадон ағдарилиши	Қисман – бачадон туби бачадон бўшлиғида қолади	Тўлиқ – бачадон туби бачадон бўйни орқали қин ёки жинсий ёриқдан ташқарига чиқиб қолади
<p>Даволаш мақсади: бачадонни репозициялаш ва шок симптомларини даволаш.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ҳар қандай утеротоник препаратни юборишни тўхтатинг; – тажрибали акушер-гинеколог ва анестезиолог-реаниматологни чақиринг; – вена ичига адекват тушишни таъминланг, инфузион терапияни бошланг; – аёлни оғриқсизлантинг, бачадонни ортига қайтаринг; – бачадонни ортига қайтармасдан аввал йўлдошни чиқариб олишга уринмаслик керак (қон йўқотишни кўпайтиради); – йўлдош ўсиб кирмаган бўлса, уни фақат бачадонни ортига қайтаргандан кейин чиқариб олиш керак; – бачадон бўйнининг орқа қисмини кесинг ва бачадонни ортига қайтаринг; – Джонсон усулини бажаринг (тажрибали ва малакали мутахассислар бўлганда); – бачадонни ортига қайтаришнинг уринишлари муваффақиятсиз бўлса, бета-миметикларни юборинг ва Джонсон усули ёрдамида бачадонни ортига қайтаришни қайта уриниб кўринг (тажрибали ва малакали мутахассислар бўлганда); – бачадонни ортига қайтаришнинг уринишлари муваффақиятсиз бўлса, лапаротомия орқали бачадонни ортига қайтаринг (Джонсон муолажаси билан биргаликда Хантингтон муолажасини бажаринг); – муваффақиятли репозициядан кейин утеротоник препаратларни юборишни бошланг (масалан, окситоцин); – профилактик равишда антибиотикларни юборинг; – бачадонни ортига қайтаришдан кейин унинг қайта ағдарилишини олдини олиш учун қин ва/ёки бачадон баллонини киритиш ёки компрессион чокларни қўйиш мумкин; – 10-14 соатга бачадон-қин икки баллонли тизимини ўрнатиш мумкин 	

5-илова

Йўлдош ўсиб киришига шубҳа қилинганда ҳаракатлар рўйхати

<p>Табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган туғруқда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Йўлдош ажралмаган бўлса ва қон кетиши ривожланса: йўлдошни қўл билан чиқариб олинг. Йўлдошни чиқариб олиш иложи бўлмаса, тажрибали ва малакали мутахассис ва муассасанинг имкониятлари бўлса лапаротомия ва бачадон деворининг резекцияси ўтказилади; бундай бўлмаса гистерэктомия ўтказилади. – 30 дақиқа ичида йўлдош ажралмаган бўлса ва қон кетиши бўлмаса: йўлдошни қўл билан чиқариб олинг. Йўлдошни чиқариб олиш иложи бўлмаса, тажрибали ва малакали мутахассис ва муассасанинг имкониятлари бўлса лапаротомия ва бачадон деворининг резекцияси ўтказилади; бундай бўлмаса гистерэктомия ўтказилади. – Йўлдош ёпишган майдондан кучли қон кетаётган бўлса, лапаротомия, бачадон қон таъминланишини вақтинчалик тўхтатиш техникасига мос равишда бачадон деворининг резекцияси ёки гистерэктомия (муассасанинг даражаси ва имкониятлари, жарроҳнинг малакасига қараб) ўтказилади.
<p>Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали содир бўлган туғруқда:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Йўлдош ўсиб киришининг гумон қилинган соҳада (бачадон чурраси) бачадонда кесмани бажариш ва йўлдошни ажратиш олишга уриниш тақиқланади. – Қийинчиликлар юзага келса ва йўлдош йиртилишни бошлаганда, йўлдошни ажратишга уриниш керак эмас. – Бачадон қон таъминланишини вақтинчалик тўхтатиш техникасига мос равишда бачадон деворининг резекцияси ёки гистерэктомия (муассасанинг даражаси ва имкониятлари, жарроҳнинг малакасига қараб) ўтказилади. – Алоҳида ҳолатларда, йўлдошни қолдириш мумкин (қатъий индивидуал равишда ҳал қилинади).

6-илова

Қон кетишида юрак қон-томир коллапси бўлган аёлларни олиб бориш алгоритми

Алоқада бўлиш/бошқариш	Гемостаз	Ўрнини босувчи терапия
– зудлик жамоани чақириш ва сафарбар қилиш	– кечиктириб бўлмайдиган гистерэктомиyani ўтказиш	– юрак-ўпка реанимацияси – қон препаратларини кўп миқдорда қўйиш
<p>* Беморнинг гемодинамик ҳолати ёки коагулопатия коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг.</p> <p>* Жарроҳлик аралашуви ўрнини босувчи терапия билан бир вақтда ўтказилиши керак.</p> <p>* Реанимациянинг муваффақияти гемостазга боғлиқ бўлиб, у энг тезкор усуллар билан таъминланиши керак.</p> <p>* Зудлик билан бошланган ўрнини босувчи терапия билан биргалликда гемостаз ўтказилиши критик вазиятда аёллар яшаб қолиш даражасини оширишнинг энг яхши усули ҳисобланади.</p>		

Бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси алгоритми

ТКҚК олдини олиш ва даволаш мақсадида бачадон тампонадаси учун бачадон (очиқ ёки ёпиқ контурли) ва/ёки қин (ёпиқ контурли) баллонли катетерларини қўллаш мумкин.

Ёпиқ контурли бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси

Кўрсатмалар:

- консерватив даво самарасиз бўлганда туғруқдан кейинги қон кетишини камайтириш ёки тўхтатиш.

Қарши кўрсатмалар:

- жарроҳлик аралашув ўтказилишини талаб қиладиган артериал қон кетиши;
- гистерэктомиyani ўтказишга кўрсатмалар мавжуд бўлган клиник ҳолатлар;
- ҳомиладорлик;
- бачадон бўйни саратони;
- қин, бачадон бўйни ёки уретрада йирингли инфекциялар;
- бачадон аномалиялари;
- тарқалган томир ичи қон ивиши;
- баллонли катетер ёрдамида қон кетишини самарали назорат қилишга тўсқинлик қиладиган жарроҳлик амалиёти ўтказилиши керак бўлган соҳа.

Юзага келиши мумкин бўлган техник муаммолар:

- қурилма қисмлари ажралиб қолиши;
- баллон ёрилиши/ажралиб қолиши;
- ўз-ўзидан бўшаб қолиши.

Юзага келиши мумкин бўлган асоратлар:

- баллонни киритиш пайтида тўқималарни жароҳатлаш/шикастлаш;
- баллонни кучли ишириш пайтида бачадон йиртилиши;
- оғирлашган бўшатишда яширин қон кетиши бўлиши мумкин;
- етарли даражада тампонада амалга оширилмаганда қон кетишининг давом этиши;
- баллон ёрилганда тампонадани йўқотиш;
- қон лахталари йиғилиб қолиши;
- эндометрит;
- жароҳат инфекцияси;
- юқори иситма.

Қўллаш бўйича йўриқнома:

Баллонли катетерни жойлаштиришдан аввал бачадон барча йўлдош қисмларидан бўшатилиши керак, шунингдек, жинсий йўллари травмалари йўқлиги, қон кетишининг манбаи артериал эмаслигини ишонч ҳосил қилиш учун аёлни ҳам текшириш керак.

Қин орқали (трансвагинал) жойлаштириш:

- қўл билан ёки ультратовуш текшируви орқали бачадон бўшлиғининг тахмин қилинган ҳажмини аниқланг;
- бачадон бўйни канали ва бачадон бўғзининг ташқарисида баллон жойлаштирилганлигига ишонч ҳосил қилган ҳолда, пастдан юқорига қараб бачадон бўйни орқали бачадон бўшлиғига катетернинг баллонли қисмини киритинг;

- сийдикни йиғиш ва диурезни назорат қилиш мақсадида, сийдик қописа Фолей катетери ўрнатилмаган бўлса, уни ўрнатиш.

Трансабдоминал (кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида) жойлаштириш:

- қўл билан бачадон бўшлиғини текшириш орқали бачадон бўшлиғининг ҳажмини аниқланг;
- бачадондаги кесма орқали баллон катетерини киритинг: биринчи навбатда бачадон тубига баллонли қисмини жойлаштиринг, кейин унинг найчасини юқоридан пастга қараб бачадон бўйни орқали ташқарига чиқаринг;

Изоҳ: ўрнатишда қийинчиликларга дуч келмаслик учун бир томонлама жўмрагчани катетердан олиб ташланг ва уни иширишдан аввал баллон жойлаштирилганидан кейин уни қайта уланг. Баллон найчасини бачадон ички бўғзига яқинлашгунга қадар, баллон найчасини қин орқали ўтказаетганда ассистентнинг ёрдамидан фойдаланинг.

- бачадон бутунлигини стандарт чоклар билан тикланг, баллонни бўш қолдириш, бу чокларни қўйганда унинг тешилиб қолишини олдини олади;

Изоҳ: тиббий қурилманинг барча қисмлари шикастланмаганлигига ва баллонни иширишдан аввал бачадондаги кесма маҳкам тикланганлигига ишонч ҳосил қилинг. Клиник жиҳатдан мумкин бўлса, бачадон таранглашиш даражасини диққат билан кузатиб бориш ва жароҳат четлари чоклар билан тўлиқ ёпилганлигига ишонч ҳосил қилиш учун, баллонни тўлдириш пайтида қорин бўшлиғини очиқ қолдириш мумкин. Клиник жиҳатдан тўғри бўлса, баллонли катетерни ўрнатиш билан биргаликда B-Lynch бўйича компрессион чокларни қўйиш мумкин.

Баллонни тўлдириш:

- барча ҳолатларда баллонни суюқлик билан тўлдириш керак. Баллонни ҳаво, ис ва ҳар қандай бошқа газлар билан тўлдириш мумкин эмас;
- максимал тўлдириш ҳажми 500 мл ни ташкил қилади. Баллонни максимал ҳажмдан ортиқ тўлдирманг. Баллонни максимал ҳажмдан ортиқ тўлдириш унинг қинга тушиб қолишига олиб келиши мумкин;

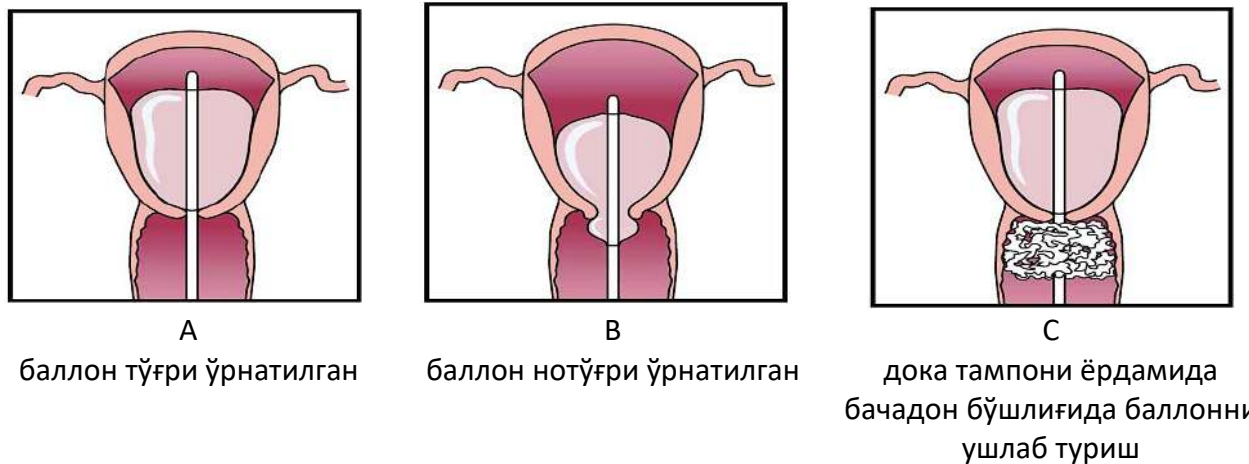
Изоҳ: баллонни суюқлик билан керакли миқдорда тўлдириш учун баллонга қўйиладиган суюқлик миқдорини ҳисоблаш учун шприцнинг градуировкасига қарамасдан, белгиланган ҳажмдаги суюқликни алоҳида идишга жойлаштириш тавсия этилади.

- сийдикни йиғиш ва диурезни назорат қилиш мақсадида, сийдик қописа Фолей катетери ўрнатилмаган бўлса, уни ўрнатиш;
- илова қилинган шприцдан фойдаланиб, баллонни бир томонлама жўмрагча орқали белгиланган ҳажмгача тўлдириш;
- баллонни белгиланган ҳажмда суюқлик билан тўлдиргандан кейин унинг тўғри жойлаштирилганлигини УТТ орқали тасдиқлаш мумкин.

- керак бўлса, баллоннинг найчасини тортиб кўриш мумкин. Тўғри жойлаштиригандан кейин, баллон найчасини беморнинг оёғига ёки 500 гр оғирликдан ошмайдиган мосламага маҳкамлаш мумкин;

Изоҳ: қинга баллоннинг тушиб қолишини олдини олиш учун муқобил чора сифатида йод ёки антибиотик билан тўйинтирилган дока тампонини ўрнатиб қўйиш мумкин.

- гемостазни назорат қилиш учун дренаж портини суюқликни йиғиш қопчасига уланг;
- гемостазни етарли даражада назорат қилиш учун баллоннинг дренаж порти ва найчасини стерил физиологик эритма билан ювиш мумкин.
- қон кетиши кўпайишининг белгилари ва бачадон қисқариши бўйича аёл доимо назоратда бўлиши керак.



1-расм. Бачадон бўшлиғида баллон жойлашиши

Баллонни олиб ташлаш:

- баллоннинг найчасини бўшатиш;
- қиндан тампонада учун ишлатилган ҳар қандай материалларни олиб ташланг;
- шприц ёрдамида баллон тўлиқ бўшашгунга қадар унинг ичидаги суюқликни чиқариб олинг. Аёлнинг ҳолатини вақти-вақти билан кузатиб бориш учун суюқликни аста-секин чиқариб олиш мумкин. Шошилиш ҳолатда баллонни тезроқ бўшатиш учун катетернинг найчасини кесиб ташлаш мумкин;
- эҳтиёткорлик билан бачадон бўшлиғи ва қиндан баллонни чиқариб олинг ва уни утилизация қилинг;

Изоҳ: қон кетиши тўхтатилгандан ва ҳолат барқарорлашганидан кейин аёлнинг аҳволига қараб даволовчи шифокор баллонни олиб ташлаш вақтини белгилайди. Гемостаз ҳолатини шифокор аниқлагандан кейин баллонни эртароқ ҳам олиб ташлаш мумкин. Баллон бачадон бўшлиғида 24 соатдан кўп туриши мумкин эмас.

Очиқ контурли бошқариладиган бачадон баллонли тампонадаси

Туғруқдан кейинги қон кетишида баллонли тампонадани ўтказиш учун асосий кўрсатмалар:

- туғруқдан кейин ёки кесар кесиш пайтида атоник қон кетиши;
- қин йиртилиши ёки гематомасида қин тампонадаси (вақтинчалик чора).

Профилактик равишда баллонли тампонада қуйидаги ҳолатларда қўлланилиши мумкин:

- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш;
- йўлдош олдинда келиши;
- йўлдош ўсиб кириши;
- кўп ҳомилалик, кўп сувлик, катта ҳомилада бачадон кенгайиб кетиши;
- анамнезда атоник қон кетиши.

Туғруқдан кейин атоник қон кетишини тўхтатиш бўйича 10-қадам:

1. Стойкада резервуарни бачадон сатҳидан 45-50 см баландликда жойлаштиринг.
2. Резервуарни илиқ стерил 0,9% натрий хлорид эритмаси билан тўлдириш.
3. Найчадаги клеммани ёпиб қўйинг.
4. Кўзгулар ёрдамида бачадон бўйнини очинг, тўмтоқ қисқичлар билан ушлаб олинг, асептик шароитда бачадон бўшлиғига бачадон тубигачан баллонли катетерни киритинг.
5. Катетернинг дистал учини бачадон тубида ушлаб турган ҳолда, унинг очиқ учини резервуарнинг найчасига уланг.
6. Клеммани очинг.

7. Резервуардаги эритмани тўлдириш, унинг ҳажмини ўрта даражада ушлаб туриш.
8. Бачадон катетерини бачадон тубида ушлаб турган ҳолда, резервуарда тўлиш даражаси етарли бўлгунга қадар эритмадан қўшиб туриш. Кўп ҳолатларда 350-400 мл эритма етарли бўлади. Бачадон бўшлиғида баллон тўғри очилганлигини тасдиқлаш учун УТТ ўтказиш мақсадга мувофиқ.
9. Гемостатик таъсир етарли бўлмаган тақдирда, йўлдош ёпишган майдоннинг соҳасига баллон деворининг босимини ошириш учун резервуарни яна 10-15 см га кўтаринг.
10. Баллон бачадон тонуси тикланиши ва қисқаришлари тикланишига ёрдам беради. Шунинг учун баллондаги эритма резервуарга чиқишни бошлайди (одатда 15-60 дақиқада): буни резервуардаги суюқлик даражаси кўтарилиши билан аниқлаш мумкин.

Қачонки қон кетиши тўхтаганда, баллон ўз-ўзидан қинга ёки бачадон бўшлиғида жойлашган катетердан юқорига тушиб қолса, бошқариладиган баллонли тампонадасини тугалланган деб ҳисобш мумкин, шундан кейин уни бачадон бўшлиғидан олиб ташлаш мумкин. Ёпиқ бачадон бўйнида ТКҚК даволашда баллонли тампонаданинг самарадорлиги 95% дан ошади.

Туғруқдан кейин атоник қон кетишини тўхтатишнинг икки баллонли техникаси (тампонаданинг самарадорлигини оширади, бачадон баллони жойидан барвақт чиқиб кетишини олдини олади):

1. Бачадон баллонини киритинг.
2. Қин катетерини қин гумбазига киритинг (бачадон баллони бўйлаб).
3. Қин катетерини шприц ёрдамида тўлдириш (150-180 мл).
4. Юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириш.
5. Жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдори ва резервуардаги суюқлик миқдорига қараб туриш.
6. 4-6 соатдан кейин қин модулининг манжетасидан суюқликни чиқариб ташланг.
7. Резервуарни пастга тушириш, бачадон баллонини бўшатиш ва олиб ташланг.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида бошқариладиган икки баллонли тампонадаси:

1. Стойкада резервуарни бачадон сатҳидан 50 см баландликда жойлаштириш, клеммаларни ёпиб қўйиш ва резервуарни илиқ стерил натрий хлорид эритмаси билан тўлдириш.
2. Бачадон катетерини ўтказгич тикиш ёрдамида бачадондаги кесма орқали пастдан чиқаринг, баллонли катетерни бачадон тубига қараб жойлаштириш.
3. Баллонни тешмасдан бачадондаги жароҳатни тикиб чиқинг.
4. Баллонни ушлаб туриб, ўтказгични чиқариб ташланг, баллонни резервуарнинг найчасига уланг, клеммани очинг ва баллонни тўлдириш (300-400 мл).
5. Операция тугаши билан клемманинг ёпиқ ҳолатида аёлни РИДБга ўтказинг.
6. Клеммаларни очинг, баллондаги суюқлик миқдорини назорат қилинг, даража бир хил баландликка 2 бўлинишдан ортганда, резервуарни тушириш, бачадон сатҳидан баландлиги 10-15 см га етгунча ҳаракатни тақдорланг.
7. 2-3 соатдан кейин ёки бачадон сатҳидан баландлиги 10-15 см га етганда баллонни олиб ташланг.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти пайтида бошқариладиган икки баллонли тампонадасининг босқичлари:

1-босқич – операция бошланишидан аввал:

- қин модулини чиқаринг
- қиннинг тик ўқи ва гумбазига нисбатан жойлаштириш (минус 1 см)
- манжетани тўлдирмасдан тайёр шприцни уланг.

2-босқич – операция пайтида (йўлдош туғилгандан кейин дарҳол):

- қин модулининг манжетасини илиқ стерил натрий хлорид эритмаси билан тўлдириг (150-180 мл).

3-босқич – операция пайтида:

- юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириг.

4-босқич – операциядан кейин:

- юқорида кўрсатилган усул бўйича бачадон катетерини тўлдириг.
- жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдори ва резервуардаги суюқлик миқдorigа қараб туриг. 4-24 соатдан кейин (вазият оғирлиги ва гемостазга ишонч ҳосил қилгандан кейин) қин модулининг манжетасидан суюқликни чиқариб ташланг, резервуарни пастга тушириг, бачадон ва қин баллонларини бўшатиг ва олиб ташланг.

Туғруқдан кейинги йиртилишлар ва гематомалар:

- қин баллони жарроҳлик тадбирлари ўтказилгандан кейин (жароҳатни тикиш, гематома тикиш) вақтинча ёки қўшимча чора сифатида қон кетишини тўлиқ тўхтатишнинг иложи бўлмаганда қўлланилади.
- туғруқдан кейин қиннинг шикастланишининг оғирлигига қараб, унинг тампонланиши 24-36 соатгача амалга оширилади. Тўлдирилган баллон қинда турганида жинсий йўлларидаги ажралмаларнинг миқдорини назорат қилиш ва сийдик қопини катетеризациялаш керак.

*ТКҚК бирламчи ёрдам кўрсатиш учун тўплам (PPH-BOX)
(FIGO, 2017, модификацияланган)*

№ Қон кетиши бўйича бокс тўплами		
1	500 мл кристаллоидлар эритмаси	2
2	в/и юбориш системаси	1
3	пешоб катетери ва пешоб қабул қилгичи	1
4	10 мл шприцлар	4
5	5 мл шприцлар	2
6	2 мл шприцлар	4
7	қўлқоплар	1
8	фиксациялаш учун лейкопластирь	1
9	стерилланган материал	1
10	тиббий жгут	1
11	қоннинг клиник таҳлилини олиш учун пробиркалар	1
12	гемостазиограммани олиш учун пробиркалар	1
13	биокимёвий таҳлилларни олиш учун пробиркалар	1
14	№ ≤16G в/и катетери	2
15	кислород ниқоби	1
16	антисептик	1
17	қайчи	1
Дори-воситалар		
18	окситоцин	5 амп.
19	карбетоцин	5 амп.
20	метилэргометрин	5 амп.
21	транексам кислотаси	10 амп.
22	мизопростол	200 мкг дан 8 таб.

Ўрта тиббиёт ходими (доя, ҳамшира, анестезист ва бошқ.)	
Ингаляцион O ₂ бериш	
Тренделенбург ҳолати (иложи бўлса)	
АҚБ ўлчаш (ҳар 5 дақ. ёки тез-тез)	
Пульсоксиметрия	
Икки венани пункция қилиш (катетерлар ≤ 16 G)	
Пешоб катетерини ўрнатиш	
Илиқ кристаллоид эритмаларни юбориш	
Қон препаратларига буюртма бериш	
Препаратларни юбориш/ҳужжатлаштириш: окситоцин, метилэргометрин ва бошқ.	
Қон таҳлилларини олиш ва лабораторияга юбориш	
Гемодинамик кўрсаткичларни назорат қилиш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
Акушер-гинеколог	
Барчани ёрдамга чақириш	
Қон кетишининг сабабини аниқлаш: <ul style="list-style-type: none"> – тонус – травма – тўқима – бошқа 	
Қон кетишининг симптомларини (йўқотилган қон миқдорини) баҳолаш	
Мизопростол бериш (зарурат бўлса)	
Бимануал компрессия	
Баллонли тампонада	
Йиртилишларни тикиш	
Оператив даво: лапаротомия, бачадон томирлари, ички ёнбош артерияларни боғлаш ва/ёки компрессион чокларни қўйиш ва/ёки гистерэктомия	
Бошқа мутахассисларни чақириш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
Бошқа	
Анестезиолог-реаниматолог	
Барчани ёрдамга чақириш	
Жамоанинг ҳаракатларини мувофиқлаштириш	
Дастлаб нафас йўлларининг ўтказувчанлиги, кардиореспиратор ва гемодинамик ҳолатни баҳолаш	
Вена ичига қўшимча тушишни таъминлаш	
Нафас йўлларининг ўтказувчанлиги, кардиореспиратор ва гемодинамик ҳолатни	

узлуксиз назорат қилиш	
Инфузион-трансфузион терапияни ўтказиш ва уни назорат қилиш	
Лаборатор қўрсаткичларни баҳолаш	
Жамоанинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлиш	
Бошқа	

Акушерлик қон кетишининг картаси

Сана: _____

Бошланган вақти: _____

Тугаш вақти: _____

Жамоа аъзоси	Ф.И.Ш.		Келган вақти		
* 1 акушер-гинеколог					
* 2 акушер-гинеколог					
* Навбатчи маслаҳатчи					
* Клиник ординатор					
* Маъмурият ходими					
* Анестезиолог					
* Анестезистка-ҳамшира					
* 1 доя					
* 2 доя					
* Лаборант					
* Бошқалар:					
Лаборатор текширувлар					
* Қон гуруҳи, резус-омили					
* ҚУТ					
* Коагулограмма					
* Жигар, буйрак функциялари					
Мониторинг	Вақти	Пульс	ҚБ	НОС	Сатурация
Дори-воситалар		Дозаси		Юборилган вақти	
1. Окситоцин					
2. Метилэргометрин					
3. Мизопростол					
4. Карбопрост					
5. Транексам кислотаси					
6. Суюқликлар (тури):					
7.					
8.					
9.					
10.					
Бирламчи даво			Бажарилган вақти		
11. Кислород бериш					

12. Тренделенбург ҳолати	
13. 1 в/и канюляси	
14. 2 в/и канюляси	
15. Пешоб катетери	
Кейинги тадбирлар	Бажарилган вақти
Бачадон ичи баллонли тампонадаси	
Босқичма-босқич бачадонни деваскуляризациялаш	
Бачадон компрессион чокларини қўйиш	
Ёнбош артерияларни икки томонлама боғлаш	
Гистерэктомия	

ТКҚК олиб бориш алгоритмлари
ТКҚК олиб бориш алгоритми (1500 мл гача)

ТКҚК ривожланган аёллар		
Алоқада бўлиш/бошқариш	Гемостаз	Ўрнини босувчи терапия
<p>аёлнинг ҳолатини баҳолаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 15-20 дақ. ичида (иложи бўлмаса – туғруқ залига ўтказиш) – жамоанинг бошқа аъзоларига хабар бериш ва уларни чақириш – гемодинамик варақасини олиб боришни бошлаш кўп миқдорда қон кетишида аёлни 15-20 дақиқа ичида ҳолатини баҳоламасдан, дарҳол туғруқ залига ўтказинг 	<p>Атония</p> <ul style="list-style-type: none"> – қорин аортасини босиш – сийдик қопини катетеризациялаш – бачадон бимануал компрессияси – утеротониклар <p>Бошқа сабаблар (травма, йўлдош нуқсон, коагулопатия ва бошқ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – этиологик омилга қараб даволаш 	<ul style="list-style-type: none"> – в/и суюқликларни юбориш – в/и транексам кислотасини юбориш – қон гуруҳи ва қон гуруҳлари бўйича номутаносибликни аниқлаш
<p>15-30 дақ. назорат қилинг (ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига қадар уларни ҳар 15-30 дақ. ёзиб бориш)</p> <p>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> – аёлни туғруқ залига ўтказинг (илгари ўтказилмаган бўлса) – туғруқ залида акушер-гинеколог кўриги – қоннинг умумий таҳлили, коагуляция текширувлари – қон компонентларини қуйишни рад этаётган шахслар учун ушбу босқичда ёрдам кўрсатиш жамоаси тўлиқ таркибда бўлиши керак 	<ul style="list-style-type: none"> – утеротоникларни юборинг – бачадон баллонли тампонадаси – қон кетишининг бошқа сабабларида – этиологиясига қараб чора кўринг 	<ul style="list-style-type: none"> – қон препаратларини етказиб беринг. – ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, кўп миқдорда қон кетиши ривожланса қон қуйишни бошланг – қон қуйишни рад этаётган аёллар учун фойдалана олиш имкони бўлса қон ивиш омилларидан фойдаланинг (фибриноген, протромбин комплексининг концентрати)
<p>15-30 дақ. назорат қилинг (қон кетиши тўхтаган/камайган бўлса, бироқ, такроран бошланса, алгоритмнинг кейинги босқичларига ўтинг)</p> <p>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> – перинатал ёрдамни мувофиқлаштириш (ҳолатни баҳолаш ва қарор қабул қилиш) – тўлиқ мултидисциплинар гуруҳи ёрдам кўрсатишида қатнашиш – операция хонасини тайёрлаш 	<ul style="list-style-type: none"> – қўшимча босқичлар: гемостазни таъминланг – лапаротомияни ўтказинг*: бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш, гистерэктомия 	<ul style="list-style-type: none"> – ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, 1500 мл дан кўп миқдорда қон кетиши, кўп миқдорда қон кетиши ривожланса, жарроҳнинг фикрига кўра кенг жарроҳлик аралашуви талаб қилинганда ёки аллақачон бошланганда қон препаратларини қуйишни бошланг – массив қон кетишида эритроцитар масса, ЯМП ва тромбомассани 4:4:1 нисбатда қуйишни бошланг – қон препаратларини қуйиш фонида коагулопатия ривожланса, протромбин комплексининг концентратини юборинг
<p>* Ҳаётий муҳим аъзолари функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига, коагулопатия ва ацидоз ҳолати коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашуви ўтказишни кечиктирманг. 1500 мл миқдорда қон кетиши ривожланган (ёки ундан кам миқдорда, бироқ, клиник ва лаборатор кўрсаткичларнинг патологик ўзгаришлари мавжуд бўлган) ва аёлда 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса, шунингдек, қон препаратларини қуйишга рози бўлмаган беморларда бачадонни сақловчи гемостазни ўтказишга уринмасдан, гистерэктомияни дарҳол бошлаш керак</p>		

ТКҚК олиб бориш алгоритми (1500 мл дан кўп)

1500 мл дан кўп миқдорда ТКҚК ривожланган ва гемостазга эришилмаган ҳолатлар		
Алоқада бўлиш/бошқариш	Гемостаз	Ўрнини босувчи терапия
<p>– доя томонидан жарроҳлар бригадаси чақирилиши</p> <p>– йўқотилган қон миқдорини қайта баҳолаш</p> <p>– 2-чи акушер-гинекологни чақириш</p> <p>– 2-чи анестезиолог-реаниматологни чақириш</p> <p>– гемодинамик варақасини олиб боришни бошлаш</p>	<p>Атония</p> <p>– утеротоникларни юборинг. Утеротониклар юборилаётган бўлса ва самарасиз бўлса:</p> <ul style="list-style-type: none"> • табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганда – бачадон баллонли тампонадасини ўтказиш • кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғруқ содир бўлганда – бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш <p>Бошқа сабаблар (травма, йўлдош нуқсон, коагулопатия ва бошқ.)</p> <p>– этиологик омилга қараб даволаш</p>	<p>– в/и суюқликларни юборинг (йўқотилган қон миқдorigа 1:1 нисбатда Рингер-лактат эритмаси)</p> <p>– в/и транексам кислотасини юборинг</p> <p>– қон препаратларини етказиб беринг ва ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари, лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар, диурез пасайиши кузатилса, жарроҳнинг фикрига кўра гемостазга эришиш иложи бўлмаса қон қуйишни бошланг</p> <p>– қон қуйишни рад этаётган аёллар учун фойдалана олиш имкони бўлса қон ивиш омилларидан фойдаланинг (фибриноген, протромбин комплексининг концентрати)</p>
<p>15-30 дақ. назорат қилинг (қон кетиши тўхтаган/камайган бўлса, бироқ, такроран бошланса, алгоритмнинг кейинги босқичларига ўтинг)</p> <p>Қон кетиши давом этаётган бўлса:</p>		
<p>– илгари ўтказилмаган бўлса аёлни операция хонасига ўтказинг</p> <p>– ёрдам кўрсатиш жамоаси тўлиқ таркибда бўлишини таъминланг</p>	<p>– қўшимча босқичлар: гемостазни таъминланг</p> <p>– алгоритмнинг илгари бажарилмаган кейинги босқичларига ўтинг: бачадон артерияларини боғлаш, компрессион чокларни қўйиш, гистерэктомия*</p>	<p>– илгари бошланмаган бўлса қон препаратларини зудлик билан қуйишни бошланг</p> <p>– массив қон кетишида (2000 мл дан кўп, паст АҚБ, ацидоз ва ҳ.к.) эритроцитар масса, ЯМП ва тромбомассани 4:4:1 нисбатда зудлик билан қуйишни бошланг</p> <p>– қон препаратларини қуйиш фонида коагулопатия ривожланса, протромбин комплексининг концентратини юборинг</p>
<p>* Ҳаётий муҳим аъзолари функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига, коагулопатия ва ацидоз ҳолати коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг. Аёлда 2 ва ундан ортиқ фарзанди бўлса, шунингдек, қон препаратларини қуйишга рози бўлмаган беморларда бачадонни сақловчи гемостазни ўтказишга уринмасдан, гистерэктомияни дарҳол бошлаш керак</p>		

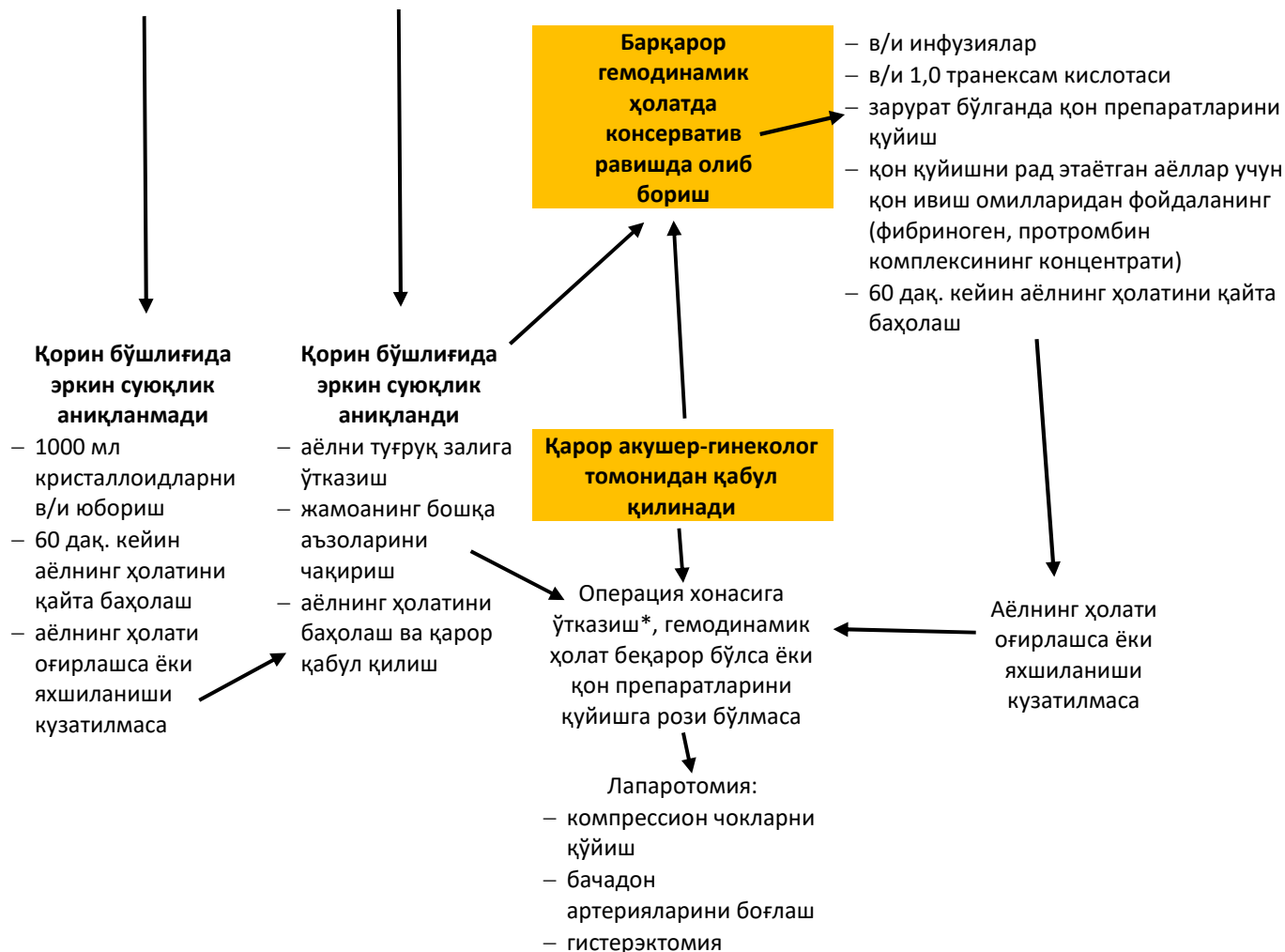
Туғруқдан кейинги даврда қорин бўшлиғида қон кетишига шубҳа қилинган аёлларни олиб бориш алгоритми

Қорин бўшлиғида қон кетишига шубҳа туғилиши
<ul style="list-style-type: none"> – ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари ўзгариши, диурез пасайиши – лаборатор кўрсаткичларида патологик ўзгаришлар (40 г/л ва ундан ортиқ гемоглобин даражаси тушиб кетиши, коагулопатия, ацидоз) – қон йўқотишнинг клиник белгилари (ҳаётий муҳим функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига қадар уларни ҳар 15-30 дақ. баҳолаш ва ёзиб бориш)

Алоқада бўлиш/бошқариш	Гемостаз	Ўрнини босувчи терапия
-------------------------------	-----------------	-------------------------------

аёлнинг ҳолатини баҳолаш:

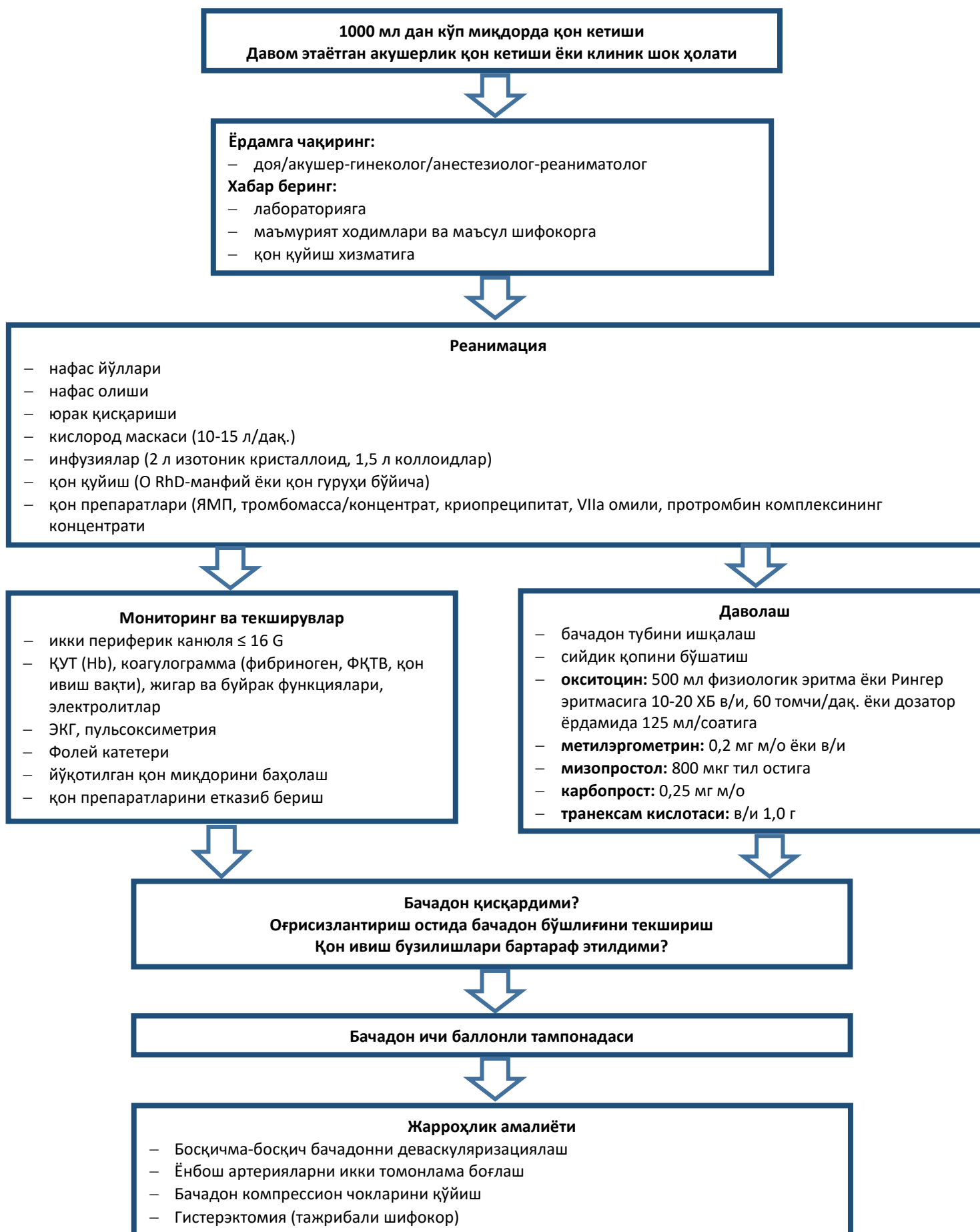
- 15-20 дақ. ичида (иложи бўлмаса – туғруқ залига ўтказиш)
- жамоанинг бошқа аъзоларига хабар бериш ва уларни чақириш
- гемодинамик варақасини олиб боришни бошлаш
- лаборатор текширувлар (қоннинг умумий таҳлили, коагуляция текширувлари)
- қорин бўшлиғи ва кичик тос УТТ ўтказиш (зарурат бўлганда – компьютер томография)



* Ҳаётий муҳим аъзолари функцияларининг кўрсаткичлари нормаллашишига, коагулопатия ва ацидоз ҳолати коррекциялашишига қадар жарроҳлик аралашувни ўтказишни кечиктирманг

1000 мл ва ундан кўп миқдорда ТКҚК олиб бориш блок-схемаси

Реанимация, мониторинг, текширувлар ва даволаш тадбирлари бир вақтнинг ўзида ўтказилади



Туққан аёлларнинг ҳолатини мониторинг қилиш назорат рўйхати

(туғдириб олиш усулидан қатъий назар барча туққан аёллар учун тўлдирилади ва туғруқ тарихининг ичига қўйилади)

Туғруқдан кейин ўтган вақт (аниқ вақт)		АҚБ мм. сим. уст.	Пульс уриш/дақ.	Бачадон тонуси*	Йўқотилган қон миқдори**	Сийдик чиқиши (сўзи бўйича)
0 дақ.	__:__					
		Йўлдош кўздан кечирилганда:		Туғруқ йўллари кўздан кечирилганда (кўрсатмалар мавжуд бўлганда):		
15 дақ.	__:__					
30 дақ.	__:__					
45 дақ.	__:__					
1 соат	__:__					
1 с 15 д	__:__					
1 с 30 д	__:__					
1 ч 45 д	__:__					
2 с	__:__					
2 с 30 д	__:__					
3 с	__:__					
3 д 30 д	__:__					
4 с	__:__					
5 с	__:__					
6 с	__:__					
7 с	__:__					
8 с	__:__					
12 с	__:__					
16 с	__:__					
20 с	__:__					
24 с	__:__					

* «пешона» каби қаттиқ ёки «бурун» каби юмшоқ

** йўқотилган қон ҳажмини визуал текшириш, гравиметрик усул ёки қонга сингиб кетган барча материалларнинг оғирлигини ўлчаш билан аниқланади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Клинические рекомендации «Профилактика, алгоритм ведения, анестезия и интенсивная терапия при послеродовых кровотечениях» МЗ РФ, Москва, 2018.
2. Рекомендации ВОЗ по профилактике и лечению послеродового кровотечения, 2012. 43с. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789244548509_rus.pdf.
3. Lier H, Schlembach D, Korte W, von Heymann C, Steppat S, M, Maul H, Henrich W, Rath W, Wacker J, Kainer F, Surbek D, Helmer H. [The new German guideline on postpartum haemorrhage (PPH): essential aspects for coagulation and circulatory therapy]. *Anesthesiol Intensivmed Not fall med Schmerzther.* 2016; 51(9): 526 - 35. doi: 10.1055/s-0042-105937.
4. Mavrides E, Allard S, Chandraran E, Collins P, Green L, Hunt B, Riris S, Thomson A. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. *BJOG An Int J ObstetGynaecol.* 2016; 124(5): e106 - 49. doi: 10.1111/1471-0528.14178.
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017; 130(4): e168 - 86. doi: 10.1097/AOG.0000000000002351.
6. Gutierrez MC, Goodnough LT, Druzin M, Butwick AJ. Postpartum hemorrhage treated with a massive transfusion protocol at a tertiary obstetric center: a retrospective study. *Int J ObstetAnesth.* 2012; 21(3): 230 - 5. doi: 10.1016/j.ijoa.2012.03.005.
7. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England).* 2017;389(10084): 2105 - 16. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30638-4.
8. Likis F, Sathe N, Morgans A, Hartmann K, Young J, Carlson-Bremer D, Schorn M, Surawicz T, Andrews J. Management of Postpartum Hemorrhage. Comparative Effectiveness Review No. 151. (Prepared by the Vanderbilt Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2012-00009-1.) AHRQ Publication No. 15-EHC013-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Researc.
9. Russell RT. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. *Hum Fertil.* 2011; 14(2): 129 - 129. doi: 10.3109/14647273.2010.529650.
10. Schlembach D, Helmer H, Henrich W, von Heymann C, Kainer F, Korte W, M, Lier H, Maul H, Rath W, Steppat S, Surbek D, Wacker J. Peripartum Haemorrhage, Diagnosis and Therapy. Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k Level, AWMF Registry No. 015/063, March 2016).
11. Burtelow M, Riley E, Druzin M, Fontaine M, Viele M, Goodnough LT. How we treat: management of life-threatening primary postpartum hemorrhage with a standardized massive transfusion protocol. *Transfusion.* 2007; 47(9): 1564 - 72. doi: 10.1111/j.1537-2995.2007.01404.x
12. Mavrides E, Allard S, Chaandharan E et al. On behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJORG.* 2016; 124.
13. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Brown HL, Hage ML, Mitra AG, Moise KJ, Callaghan WM. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. *Obstet Gynecol.* 2005;106(6): 1228 - 34. doi: 10.1097/01.AOG.0000187894.71913.e8.

14. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(1):36.e1-5; discussion 91-2. e7 - 11. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.007.
15. Carroli G, Cuesta C, Abalos E, Gulmezoglu AM. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008; 22(6): 999 - 1012. doi:10.1016/j.bpobgyn.2008.08.004.
16. Callaghan WM, Kuklina E V, Berg CJ. Trends in postpartum hemorrhage: United States, 1994 - 2006. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202(4): 353.e1-6. doi:10.1016/j.ajog.2010.01.011.
17. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991 - 2003. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 199(2): 133.e1-8. doi:10.1016/j.ajog.2007.12.020.
18. Kavle JA, Stoltzfus RJ, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *J Health Popul Nutr.* 2008; 26(2): 232 - 40.
19. Novikova N, Hofmeyr GJ, Cluver C. Tranexamic acid for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2015; (6): CD007872.
20. Shakur H, Beaumont D, Pavord S, Gayet-Ageron A, Ker K, Mousa HA. Antifibrinolytic drugs for treating primary postpartum haemorrhage. *Cochrane database Syst Rev.* 2018; 2: CD012964. doi:10.1002/14651858.CD012964.
21. WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee. WHO recommendations: Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2018.



**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 мувофик;

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

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

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

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

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

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

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофик;

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

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) 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