

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ИННОВАЦИОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
МИЛЛИЙ ПАЛАТАСИ



Ҳомила елкаси дистоциясида туғруқни олиб бориш
бўйича миллий клиник баённома

ТОШКЕНТ 2021

КИРИШ ҚИСМИ

Клиник муаммо	Ҳомила елкаси дистоцияси
Ҳужжатнинг номи	Ҳомила елкаси дистоциясида туғруқни олиб бориш бўйича миллий клиник баённома
Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг муассасалари (стационарлар)
Ишлаб чиқиш санаси	1.03.2021 й.
Режалаштирилган янгилаш санаси	2024 йилда ёки янги асосий далиллар пайдо бўлгунга.
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
ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ	8
КХТ-10 бўйича кодланиши	8
Таърифи.....	8
Этиологияси ва хавф омиллари	8
Эпидемиологияси.....	9
Клиник кўриниши	9
ДИАГНОСТИКАСИ	9
Ташхис қўйиш мезонлари	9
Шикоятлар ва анамнез	10
Физикал текширув	10
Лаборатор ва инструментал диагностик текширувлар.....	10
ДАВОЛАШ	10
Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этишга қаратилган дастлабки ҳаракатлар рўйхати.....	10
Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этиш усуллари	11
ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР РЕАНИМАЦИЯСИ	19
ҲОМИЛА ЕЛКАСИ ДИСТОЦИЯСINI ОЛДИНИ ОЛИШ	19
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ	20
ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИЛИШИНИ ТАШКИЛЛАШТИРИШ	Ошибка! Закладка не определена.
ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ	20
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i>	21
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий равишда розилик бериш</i>	22
<i>Бемор учун маълумот</i>	24
<i>HELPERR мнемоник қисқартмаси</i>	25
<i>Ҳомила елкаси дистоциясида ёрдам кўрсатиш карта-баённомаси</i>	26
<i>Ҳомила дистоциясида туғруқни олиб бориш алгоритми</i>	27
Фойдаланилган адабиётлар	28

Ишчи гуруҳ таркиби:

Ишчи гуруҳ раҳбарлари

Абдуллаева Л.М., д.м.н.	Ўзбекистон республикасининг Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 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
Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ
Уринбаева Н.А., т.ф.д.	РПМ
Матякубова С.А., т.ф.д.	РИАГИАТМ Хоразм вилояти филиали, директор
Усмонов С.К., етакчи мухассис	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
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
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ
Арифханова З.А.	РПМ
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
Бурибаева А.И.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Нурова А.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор
Икрамова Н.А.	РИАГИАТМ, клиник ординатор

Услубий ёрдам

Ядгарова К.Т., т.ф.н., клиник баённомаларни ишлаб чиқишни ташқиллаштириш бўлими бошлиғи	Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси
--	--

Такризчилар

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*

Клиник баённома 2021 йил «25» мартда 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 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 конфиденциал 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 баённоманинг мақсади: ҳомила елкаси дистоциясида туғруқни олиб бориш бўйича далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш.

Беморлар тоифаси: ҳомила елкаси дистоцияси ривожланиш хавфи мавжуд ҳомиладор ва ҳомила елкаси дистоцияси билан туғувчи аёллар.

Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:

1. акушер-гинекологлар,
2. реаниматологлар,
3. лаборантлар,
4. умумий амалиёт (оила) шифокорлари,
5. терапевтлар,
6. доялар,
7. клиник фармакологлар,
8. тиббиёт ОТМ ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари.

Қисқартмалар рўйхати:

ЕД	ҳомила елкаси дистоцияси
ГҚД	гестацион қандли диабет
ТВИ	тана вазни индекси
ҚД	қандли диабет

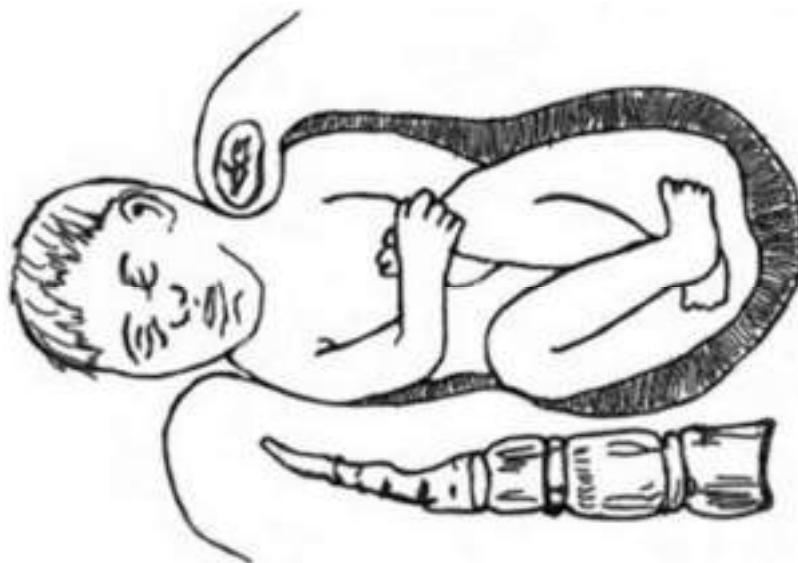
ҚИСҚАЧА МАЪЛУМОТ

КХТ-10 бўйича кодланиши

О66.0	Ҳомила елкаси олдинда келиши туфайли оғирлашган туғруқлар [дистоция], ҳомила елкаси тақалиб қолиши
--------------	---

Таърифи

- Ҳомиланинг боши туғилгандан сўнг, елка белбоғи (камари) ўз-ўзидан тушмаслиги ва 60 сониядан кўпроқ вақт давомида кучаниш пайтида енгил ёрдамчи пастга тортувчи тракциялар самарасизлиги оқибатида туғруқ жараёни тўхтаб қолиши **ҳомила елкаси дистоцияси** деб номланади (1-расм).



1-расм. Ҳомила елкаси дистоцияси

Этиологияси ва хавф омиллари

- Туғруқнинг иккинчи даврида тахминан 20% да ҳомиланинг боши ёзилиши ва туғилиши пайтида унинг елкалари чанокнинг кириш қисмида биров қийшиқ ёки кўндаланг ўлчовда ўрнашади ва кейинги кучанишга қадар чанок бўшлиғига тушмайди. Ҳомиланинг елкалари ушбу ҳолатда туриб қолади ва ҳомиланинг кейинги илгарилама ҳаракатлари тўхтаб қолади. Бундай ҳолатларда, ҳомиланинг олд елкаси кўпинча қов бирикмасига, камдан кам ҳолатларда думғаза суягига, жуда камдан-кам ҳолатларда эса ҳомиланинг иккала елкаси тақалиб қолади. Туғруқ механизмларининг бузилиши бошдан пастга тортувчи тракциялар орқали елкалар тушишини тезлаштиришда юзага келади. Бундан ташқари, ҳомила елкаси дистоцияси ҳомила ўлчамлари ва онанинг чанок ўлчамлари бир бирига мос келмаганда ривожланиши мумкин (катта ҳомила, тор чанок).

1-жадвал

Ҳомила елкаси дистоцияси ривожланиш хавф омиллари

Ҳомиладорлик олди хавф омиллари	Аntenатал хавф омиллари	Интранатал хавф омиллари
---------------------------------	-------------------------	--------------------------

туғилганда онанинг тана вазни	ҳомилдорлик даврида ҳаддан ташқари ортиқча вазн йиғиш (20 кг дан ортиқ)	туғруқ фаолиятининг иккиламчи суствлиги
анамнезда ҳомила елкаси дистоцияси	катта ҳомила	кучаниш суствлиги
анамнезда катта ҳомила	гестацион қандли диабет	туғруқнинг иккинчи даври узайиши
қандли диабет	ҳомилдор аёлнинг бўйи пастлиги	окситоцин билан туғруқни чақариш
анамнезда гестацион қандли диабет	муддатидан ўтиб кетган ҳомилдорлик	кефалогематома шаклланиши билан ҳомила бошининг ифодаланган конфигурацияланиши
тор чанок	чанокнинг аномал шакли	инструментал вагинал туғруқ
семизлик	анатомик тор чанок	кучанишларни тезлаштириш
анамнезда кўп туғруқлар кеч (катта ёшда) ҳомилдор бўлиш	ТВИ 30 кг/м ² дан юқори	

Эпидемиологияси

- Ҳомила елкаси дистоциясининг тарқалиши 0,2-3% ни ташкил қилади ва ҳомиланинг вазнига боғлиқ бўлади: ҳомиланинг вазни 2500-4000 гр бўлганда 0,6-1,4% ни, 4000-4500 гр бўлганда эса 5-9% ни ташкил қилади.

Асоратлари

- Ҳомила елкаси дистоцияси билан туғувчи аёлларда бачадон бўйни, қин, оралик ва бачадон йиртилишлари, атоник бачадондан қон кетишлар, туғруқдан кейинги даврда йирингли-септик касалликлар кўпроқ кузатилади.
- Ҳомила елкаси дистоциясида янги туғилган чақалоқлар орасида юқори касалланиш даражаси ва юқори ўлим кўрсаткичлари қайд этилади. Ҳомила шикастланишлари орасида елка ёки ўмров суяклари синиши, умуртқа поғонаси бўйин қисми жароҳатлари, узунчоқ мия чўзилиши, бўйин нервлари илдизлари жароҳатланиши ва бошқалар кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши

- Ҳомиланинг боши туғилгандан сўнг, елка белбоғи (камари) ўз-ўзидан тушмаслиги ва 60 сониядан кўпроқ давом этадиган кучаниш пайтида енгил ёрдамчи пастга тортувчи тракциялар самарасизлиги оқибатида ҳомиланинг елкалари туғилиши тўхтаб қолади. Кейинги кучаниш пайтида туғилган бошни эҳтиёткорлик билан оғиш (ўқдан пастга 30-40° дан ошмаслиги керак) елканинг туғилиши билан кузатилмайди. «Тошбақа» симптоми ривожланади – ҳомиланинг боши туғилади, аммо бўйни вульва билан маҳкам ўралиб туради, ияк ораликка қайтиб тортилади.

ДИАГНОСТИКАСИ

Ташхис қўйиш мезонлари

Ташхис клиник кўринишига асосланиб қўйилади.

Шикоятлар ва анамнез

Анамнезни тўлиқ йиғиш ва хавф омилларини аниқлаш аёлларни паст, ўрта ва юқори хавф гуруҳлари бўйича табақалаштиришга имкон беради.

2А Аввалги туғруқлар ҳомила елкаси дистоцияси билан содир бўлганлигини ҳисобга олиш тавсия этилади.

Хавф омилларини тўғри баҳолаш ҳам ҳомила елкаси дистоцияси ривожланишини олдини олиш учун етарли даражада прогностик ва диагностик аҳамиятга эга эмас. Юқорида кўрсатиб ўтилган хавф омилларига асосланиб, ҳомила елкаси дистоциясининг атиги 16% ни тахмин қилиш мумкин. 48% ҳолатларда ҳомила елкаси дистоцияси ҳомиланинг вазни 4000 г дан кам бўлганда кузатилади. Шундай қилиб, ҳомила елкаси дистоциясини маълум бир вазиятда олдиндан прогноزلаш ва олдини олиш қийин.

3В Қандли диабет, гестацион қандли диабет касалликлари мавжудлигини ҳисобга олиш тавсия этилади.

Адабиёт маълумотларига кўра кейинги туғруқларда ҳомила елкаси дистоцияси қайта ривожланиш хавфи 1% дан 25% гача ташкил қилади. Аёл қандли диабет билан касалланган бўлса, қандли диабет билан касалланмаган аёлларнинг айнан шу вазндаги ҳомилаларига қараганда ҳомила елкаси дистоцияси ривожланиш хавфи 2-4 баравар юқори туради.

4С Юқори тана вазни индекси (ТВИ) (30 кг/м^2 дан ортиқ) ва ёки ҳомиладорлик даврида ҳаддан ташқари ортиқча вазн йиғишни (20 кг дан ортиқ) ҳисобга олиш тавсия этилади.

3С Муддатидан ўтиб кетган ҳомиладорликни ҳисобга олиш тавсия этилади.

3В Вагинал оператив туғруқларни ҳисобга олиш тавсия этилади.

Ҳомиланинг вакуум-экстракциясида ҳомила елкаси дистоцияси ривожланиш частотаси 2,7% га, акушерлик қисқичлар қўлланилганда эса 3,4% га етади.

1В Эпидурал оғриқсизлантириш остида бўлган биринчи туғувчи ва қайта туғувчи аёлларда туғруқнинг иккинчи даври узайишини ҳисобга олиш тавсия этилади.

Окситоцин билан туғруқни чақириш, кефалогематома шаклланиши билан ҳомила бошининг ифодаланган конфигурацияланиши, кучанишларни эрта тезлаштириш (ҳомиланинг боши чанокнинг чиқиш текислигидан тепароқ турганда) туғруқнинг иккинчи даври узоқ вақтга узайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Физикал текширув

5С Кичик чанокда ҳомила елкаларининг жойлашиш ҳолатини аниқлаш ва кейинчалик ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этиш усулини тўғри танлаш учун тезда қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилди.

Лаборатор ва инструментал диагностик текширувлар

Ўтказилмайди.

ДАВОЛАШ

Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этишга қаратилган дастлабки харакатлар рўйхати

5С Қўлланилган усул самара бермаса, 30 сония ичида кейинги аралашувга ўтиш тавсия этилади.

Ташхис қўйилган пайдан бошлаб аёл ва унинг шеригига нима бўлаётганини, нима қилишингизни тушунтиришингиз ва ҳомила бошининг туғилиш вақтини белгилашингиз керак бўлади. Иложи бўлса, ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларини ва кетма-кетлигини қайд этиш учун алоҳида мутахассис ажратилиши керак (вақтни назорат қилиш учун таймер ёки кардиотокограммада «белгилар»дан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир). Туғруқ регионал оғриқсизлантириш усулларисиз ўтаётган бўлса, ораликни инфилтрацион усул билан оғриқсизлантириш ёки умумий оғриқсизлантириш усулларида фойдаланиш мумкин бўлади.

3В Иложи бўлса, ҳомила елкаси дистоциясида тиббий ёрдам кўрсатиш кўникмаларига эга бўлган иккита акушер-гинеколог, доя, неонатолог, болалар реанимацион гуруҳи, анестезиолог-реаниматолог ва ҳамшира-анестезисткани чақириш тавсия этилади.

Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этиш бўйича чоралар ходимларнинг қўшимча ёрдамини талаб қилганлиги сабабли, янги туғилган чақалоққа реанимацион тадбирларни ўтказиш зарурати, онани оғриқсизлантириш эҳтимоли катта бўлади.

3В Туғувчи аёлга кучанишни тўхтатиш тўғрисида кўрсатма бериш тавсия этилади.

Кучанишни давом эттириш ҳомила елкаси янада тақалиб қолишига кўмаклашади.

3С Бачадон тубига босим ўтказиш тавсия этилмайди.

Бачадон тубига босим ўтказишни давом эттириш елка белбоғи (камари) янада тақалиб қолишига кўмаклашиши, йўлдош кўчиши оқибатида қон кетишига, шунингдек, бачадон йиртилишига олиб келиши мумкин.

5С Аёл туғруқ столида орқасига ётган ҳолатда бўлиши тавсия этилади (кровать-трансформер).

3С Ҳомила киндик ўқига ўралганида, уни кесиш тавсия этилмайди.

3С Ҳомиланинг бошидан тортиш, ҳомиланинг бошини ён томонларга ва пастга ортиқча оғиш тавсия этилмайди.

Ортиқча пастга тортувчи тракцияларни бажариш чақалоқлар ўлими даражаси, шу жумладан, елка чигали жароҳатланиш частотасини оширади (Эрб, Ключпке фалажи, Горнер синдроми).

Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этиш усуллари

5С Биринчи навбатда бажариладиган усуллар ёрдамида ҳомила елкаси дистоциясида ёрдам кўрсатишни бошлаш тавсия этилади.

Биринчи навбатда бажариладиган усулларга МакРобертс (McRobert's) усули, «қов усти соҳасига босиш» усули, «орқа қўлни чиқариб олиш» (Жакмир (Jacquemier)) усули, «ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» усули, Рубин (Rubin) усули, «Вудсинг винт» (Woods screw) усули, «Вудсинг тескари винт» (reverse Woods screw) усули, «орқа аксилляр илмоқли тракция» усули ва Гаскин (Gaskin) усуллари киради. Ҳар бир усул 30 сониядан ортиқ давом этмасилиги керак, бу усулнинг бажарилиш вақти тахминан икки уринишга тўғри келади. Муваффақиятсиз бўлса, тактикани ўзгартириш зарур, чунки усулни бажаришни давом эттириш чақалоқлар касалланиш хавфини оширади. Биринчи навбатда бажариладиган усулларни бажариш учун умумий вақт 5 дақиқадан ошмаслиги керак.

4В Биринчи навбатда МакРобертс усулини қўллаш тавсия этилади (2-расм).

МакРобертс усулини бажараётганда орқасига ётган ҳолатда туғувчи аёлнинг оёқлари букилади ва аёлнинг сонлари иложи борича кўкрагига яқинроқ келтирилади. Бунда бел-думғаза бурчаги текисланиб, қов симфизи олд томонга сурилади (бу лордознинг силлиқланишига олиб келади). Бу орқа елка думғаза суяги бўртмасидан пастроққа тушишига имкон беради. Бундан ташқари, чаноқнинг эгилиш бурчаги кичраяди ва кичик чаноқнинг чиқиш текислиги чиқарув кучларига перпендикуляр равишда жойлашади, бу елка белбоғи (камари) ўтишини осонлаштиради. Оёқларни қўллар билан ўраб олиб ушбу ҳаракатларни аёлнинг ўзи ҳам бажариши мумкин, шунингдек, аёлга тиббиёт ходимлари ёки шериги ёрдам бериши мумкин. МакРобертс усули кузатувларнинг 40-90% да ҳомила елкаси дистоциясида самара берган, энг осон бажариладиган ва нисбатан хавфсиз усул ҳисобланади. Шу билан бирга, усулни тезлаштириб ёки узок вақт давомида ортикча қўллаш оқибатида асоратлар ривожланиш ҳолатлари кузатилган: янги туғилган чақалоқнинг елка нерви фалажи, қов бирикмаси очилиши, думғаза-ёнбош бирикмаси силжиши, латерал сон нерви нейропатияси.



2-расм. МакРобертс усули

4В

Биакромиал ўлчовни кичрайтириш ва елкалар чаноқнинг қийшиқ ўлчовларининг бирига айланиши учун «қов усти соҳасига босиш» усулини қўллаш тавсия этилади (3-расм).

Усул ўткир, қисқа ва етарлича кучли ҳаракатлар билан бажарилади. Шифокор ҳомиланинг орқаси қараган онанинг томонида туради. Кичик чаноқнинг кириш текислигининг қийшиқ ўлчовларининг бирига елка белбоғини (камарини) ўтказиш учун аёлнинг умуртқа поғонаси йўналишида ва латерал томонга, ҳомиланинг орқаси қараган томондан қов усти соҳасига босилади. Сийдик қопи тўлиқ бўшатиш ҳолатда ушбу усулнинг самарадорлиги ошади. Ушбу усул МакРобертс усули билан бир вақтнинг ўзида, шунингдек, Рубин, Вудс ички ротацион усуллар билан биргаликда бажарилиши мумкин.



3-расм. «Қов усти соҳасига босиш» усули

4В Ички ротацион усуллар қўлланилаётганда эпизиотомияни бажариш тавсия этилади.

Эпизиотомия ҳомиланинг орқа қўли ёки елкасини чиқариб олиш учун қўлнинг бутун панжасини ёки бармоқларини қин ичига киритишни талаб қиладиган ички усуллар учун қўшимча жойни таъминлаб беради. Бу, ўз навбатида, ҳаракатларни бажариш учун зарур бўлган жойни кўпайтиради ва ёрдам кўрсатилишини осонлаштиради.

3В «Ҳомиланинг орқа қўлини чиқариб олиш» (Жакмир) усулини қўллаш тавсия этилади (4-расм).

Ушбу усул муваффақиятли бажарилиши натижасида ҳомиланинг танаси биакромиал ўлчовида эмас (>12 см) эмас, балки акромио-аксилляр ўлчовида (9,5 см) туғилади. Ҳомиланинг орқа қўлини чиқариб олиш учун унинг орқаси, курак суяги, елкаси бўйлаб тирсагигача айнан шу томондаги қўл киритилади. Бош бармоқ тирсак чуқурчасига туширилади, қолган тўрт бармоқлар тирсакни ўраб олади ва натижада тирсак бўғимида қўл букилади. Кейин акушернинг қўли билан бўйлаб ҳаракатланиб, кафт устига етгач, биринчи ва иккинчи ёки иккинчи ва учинчи бармоқлар билан билан-кафт усти бўғимида ҳомиланинг қўл панжаси ушлаб олинади, ҳомиланинг қўли кўкрак бўйлаб юзига қараб «ювиш» ҳаракати билан ташқарига чиқарилади. Биринчи бўлиб қиндан орқа қўлнинг билагини ва панжасини, кейин эса ҳомиланинг елкасини чиқарилади. Ҳомиланинг олд елкасини туғилмаган тақдирда, ҳомиланинг ички айланишини амалга ошириш керак, шундагина ҳомиланинг олд елкасини орқа позицияга ўтиши мумкин. Елка суягини синиши ушбу усулнинг ривожланиши мумкин бўлган асорати ҳисобланади.

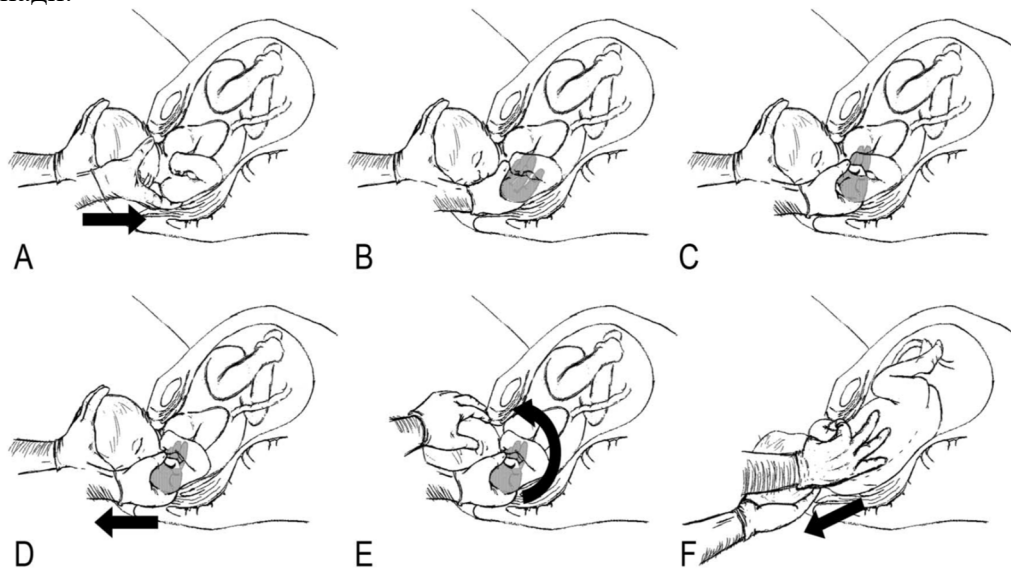




4-расм. «Орқа қўлни чиқариб олиш» (Жакмир (Jacquemier)) усули

4В Елкаларни айлантририш учун «ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» ротацион усулини қўллаш тавсия этилади (5-расм).

Ушбу усулни бажариш учун бош бармоқни ҳомила орқа елкасининг олд юзасига ва қолган тўрт бармоқларни орқа юзасига жойлаштириб, орқа елканинг остига кин ичига қўл (ҳомиланинг биринчи позициясида чап қўлни, иккинчи позицияда эса ўнг қўлни) киритилади. Кейин бош ва кўрсаткич бармоқлар билан ҳомиланинг орқа елкасини қўлтиқ ости чуқурчасидан ҳалқага тутиб, ҳомиланинг орқа елкаси ташқи томонга озгина чиқарилади («елкани қисиш ҳаракати»), сўнгра ҳомиланинг боши ва чиқарилган елка бирга ушлаб олинади («бош-бўйин» бир ғалтаги билан) ва ҳомиланинг кўкрагига қараб 180°га айлантририлади. Ҳомиланинг олд елкаси орқага ўтади ва ҳомила елкаси дистоцияси бартараф этилади. Енгил тракциялар ёрдамида туғрук содир бўлади. Қўл панжаси ёки орқа қўлнинг тирсак бурмасини ушлаб олиш имкони бўлмаганда ушбу усул самарали ҳисобланади.



5-расм. «Ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» ротацион усули

4В Елка белбоғини (камарини) чаноқнинг қийшиқ ўлчовига ўтказиш учун Рубин усулини қўллаш тавсия этилади (6-расм).

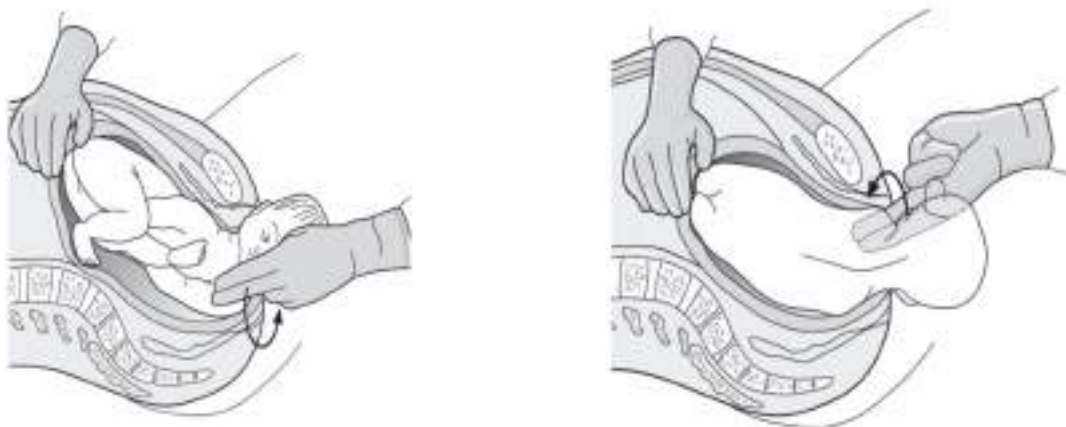
Ушбу усулни бажариш учун ҳомиланинг орқасидан олд елкасига қараб икки бармоқ киритилади ва елка белбоғини (камарини) 45°да тегишли қийшиқ ўлчовга ўтказиш учун олд елкага босим ўтказилади. Ҳомиланинг олд елкасини ушлаб олиш имкони бўлмаганда, бармоқларни орқа елка соҳасига ўтказиш керак бўлади ва босим ўтказиб, елка белбоғи (камари) 45°да қийшиқ ўлчовга ўтказилади.



6-расм. Рубин усули

4В Ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказиш учун Вудс усулини қўллаш тавсия этилади (7-расм).

Ушбу усул ҳомиланинг кўкрак қафаси қараган томондан чаноқ бўшлиғига киритилган шифокорнинг қўл бармоқлари билан босим ўтказиш орқали ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказишдан иборат. Ҳомила биринчи позицияда бўлса (ҳомиланинг орқаси чап томонда), ҳомиланинг кўкрак қафаси томонидан ҳомиланинг орқа елкасига қараб чаноқ бўшлиғининг ўнг қисмига чап қўл киритилади ва ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказишга ҳаракат қилинади (180°га). Ушбу ҳолатда «Вудснинг винт» усули Рубин усули билан биргаликда бажарилиши мумкин (8-расм). Ҳомила иккинчи позицияда бўлса (ҳомиланинг орқаси ўнг томонда), ҳомиланинг кўкрак қафаси томонидан ҳомиланинг орқа елкасига қараб чаноқ бўшлиғининг чап қисмига ўнг қўл киритилади ва ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказишга ҳаракат қилинади (180°га). Усул самарали ҳисобланади, бироқ елка суяги синиш хавфи билан боғлиқ туради. Усул самара бермаса, кечиктирмасдан кейинги «Вудснинг тескари винт» усулини бажаришга ўтиш тавсия этилади.



7-расм. Вудс усули

4В Ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказиш учун «Вудснинг тескари винт» усулини қўллаш тавсия этилади (9-расм).

Ушбу усул ҳомиланинг орқаси қараган томондан чаноқ бўшлиғига киритилган шифокорнинг бармоқлари билан босим ўтказиш орқали ҳомиланинг орқа елкасини олд елкага ўтказишдан иборат. Ҳомиланинг биринчи позициясида чап қўл, иккинчи позициясида эса ўнг қўл киритилади. Шифокор қўлини ҳомиланинг орқа томонидан ҳомиланинг орқа елкасига олиб келади ва елкани тўғри «Вудснинг винт» усулига қарама-қарши йўналишда итаришга ҳаракат қилади.



8-расм. «Вудснинг винт» усули



9-расм. «Вудснинг тескари винт» усули

4В «Орқа аксилляр илмоқли тракция» усулини қўллаш тавсия этилади (10-расм).

Юмшоқ пластик найчадан илмоқ ясалади. Бир қўл билан илмоқ орқа елканинг қўлтиқ ости чуқурчасининг остига олиб борилади. Қарама-қарши томондан бошқа қўлнинг кўрсаткич бармоғи билан илмоқ ушланади ва чиқариб олинади. Пластмасса найчанинг бўш учларига қисқич қўйилиши орқали орқа елканинг атрофида илмоқ ҳосил бўлади. Кейин тўғри тракциялар ёрдамида орқа елга туғилади. Ҳомиланинг орқа қўлини чиқариб олиш учун иккинчи қўлнинг ёрдами керак бўлиши мумкин. Юқорида кўрсатиб ўтилган усул самара бермаса, илмоқ ёрдамида ротацион ҳаракатларни бажариш мумкин бўлади. Бунинг учун илмоқли тракциялар бир қўл билан ён томонга қараб бажарилади, иккинчи қўл эса олд елкага олиб борилади ва қарама-қарши йўналишда босим ўтказилади. Илмоқ ўрнига акушернинг икки қўлининг ўрта бармоқлари билан орқа аксилляр тракцияни бажариш мумкин бўлади (11-расм).



10-расм. «Орқа аксилляр илмоқли тракция» усули



11-расм. Илмоқ ёрдамида ротацион ҳаракатларни бажариш

4В Гаскин усулини қўллаш тавсия этилади (12-расм).

Ушбу усулни бажариш учун аёл қўллари ва тиззаларига таяниб, тўрт оёқда туриши керак. Енгил тракциялар ёрдамида биринчи бўлиб ҳомиланинг орқа елкаси туғилади. Кўпинча, туғувчи аёл орқасида ётган ҳолатдан тизза-тирсак ҳолатига айланиши пайтида ҳомиланинг елкаси тақалиб қолиш ҳолатидан озод бўлади. Туғувчи аёлнинг ушбу ҳолати МакРобертс ва «қов усти соҳасига босиш» усулларида ташқари юқорида кўрсатиб ўтилган ҳомилани айлантириш усуллари бажариш учун мос келади. Аввалги усуллар самара бермаганда, одатда ушбу усул қўлланилади. Баъзи ҳолатларда, вертикал ҳолатдаги туғруқларда (масалан, тўрт оёқда туриб ёки стулга ўтириб), биринчи навбатда ушбу усул билан ёрдам беришни бошлаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.



12-расм. Гаскин усули



13-расм. Оёкда туриш усуллари

5С

Юқорида кўрсатиб ўтилган биринчи навбатда бажариладиган усуллар самара бермаганда, барча ҳаракатларга жами 5 дақиқадан оширмасдан уларни такроран бажариш ёки иккинчи навбатда бажариладиган усулларга ўтиш тавсия этилади.

Беш дақиқалик муддат тугаганда ва ушбу муддат давомида ҳомилада қайтарилмас ва оғир бузилишлар эҳтимоли ҳали ҳам нисбатан унчалик катта бўлмаганда, юқорида кўрсатиб ўтилган биринчи навбатда бажариладиган усуллар самара бермаганда, иккинчи навбатда бажариладиган усуллар одатда охириги чора сифатида қўлланилади. Она ва ҳомиланинг шикастланиши ва нохуш перинатал натижалар туфайли замонавий акушерликда ушбу усуллар қўлланилиши мунозарали ҳисобланади. Иккинчи навбатда бажариладиган

усулларга «хомиланинг ўмров суягини синдириш» усули, «симфизиотомия» усули, Заванелли усули, «абдоминал-ёрдамлашилган туғруқ» усули киради.

- **«Хомиланинг ўмров суягини синдириш» усули** биакромиал ўлчовни кичрайтиришга имкон беради. Усулни бажариш учун бармоқ билан олдинги (юқори) хомиланинг ўмров суягининг учдан бир қисми аниқланади ва бармоқ билан пастдан юқорига қараб босилади, натижада ўмров суяги синади ва хомиланинг елкалари орасидаги масофа кичраяди. Қон томир-нерв тутами ва ҳомила ўпкасининг тўқималари жароҳатланиши ушбу усулнинг асоратларига киради. Шу билан бирга, ҳомила елкаси дистоциясида ўмров суягини синдириш ҳар доим ҳам, айниқса катта ҳомилада, осон эмаслигини ёдда тутиш керак.
- **«Симфизиотомия» усули (симфизни кесиш)** чаноқнинг сиғимини катталаштиришга ва ҳомила елкаси дистоциясида елкалар туғилишига имкон беради. Замонавий акушерликда симфизиотомия ривожланаётган мамлакатларда ва жуда камдан-кам ҳолатларда соғлиқни сақлашнинг ривожланиш даражаси юқори бўлган мамлакатларда қўлланилади. Жарроҳлик амалиёти маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга оширилади. Маҳкам боғланган 80° дан ошмаган оёғи очик литотомик ҳолатда аёл бўлиши керак. Сийдик қопи катетер орқали бўшатилади. Бир қўлнинг кўрсаткич ва ўрта бармоқлари қин ичига киритилади, сийдик катетери аниқланади ва уретра билан бирга ён томонга силжитилади, шунда ўрта бармоқ тўғридан-тўғри қов симфизининг бўғим ёриғи остида ётиши керак бўлади. Скальпель билан симфизнинг юқори ва ўрта учдан бир қисмида ўрта чизик бўйлаб терида кичик кесма бажарилади. Бармоқ лезвиянинг учини сезгунга қадар, чуқур қатламлар орқали кесма давом эттирилади. Кейин бир ҳаракатда қов симфизининг $2/3$ қисми кесилади. Шундан сўнг скальпель жароҳат ярасидан чиқариб олинади ва 180° га уни айлантариб, қов симфизининг юқори учдан бир қисми кесилади. Қов суяқларининг ажралиши бош бармоқнинг кенглигидан ёки 2,5 см дан ошмаслиги керак. Қон кетиши, пастки сийдик чиқариш йўллари жароҳатланиши, қов суяқлари остеити ёки думғаза-ёнбош бўғимлари ва қов симфизи беқарорлиги шаклида асоратлар ривожланиши мумкин (тахминан 2% ҳолатларда). Туғруқдан кейинги даврда олиб бориш қуйидагилардан иборат: 4-7 кун мобайнида, сийдик тиниқ бўлгунга қадар сийдик катетери туриши; 7 кунга кенг спектрли антибиотиклар курсини тайинлаш; тромбоземболик асоратларни олдини олиш, оёқлар очилиб қолишини олдини олиш учун тиззаларни маҳкам боғламаган ҳолда аёл ёнбош ётган ҳолатда бўлиши. Аёл дастлабки 3 кун давомида ушбу ҳолатда бўлиши керак.
- **Заванелли усули** хомиланинг бошини орқага туғруқ йўлларида киргизиш билан кейинги кесар кесиш жарроҳлик амалиётини бажаришдан иборат. Заванелли усулини бажараётганда, бошнинг энса қисми олдинга қараб айлантарилади (ўқсимон чок тўғри ўлчовда туради), кейин хомиланинг боши букилади ва эҳтиёткорлик билан орқага туғруқ йўлларида киргизилади. Яъни бажарилган ҳаракатлар ҳомила бошининг туғилиш механизмини тесқари тартибда аниқ такрорлайди. Хомиланинг боши орқага туғруқ йўлларида киргизилгандан сўнг, шифокорнинг қўли туғруқ йўлларида қолади ва операцион гуруҳ кесар кесиш жарроҳлик амалиётини амалга оширгунга қадар, шифокор хомиланинг бошини ичкарида ушлаб, юқорига босиб туришни давом этади. Ўткир Баъзида, усулни бажараётганда ўткир токолиз ва оғриқсизлантириш талаб қилиниши мумкин. Бачадон йиртилиши ушбу усулнинг энг оғир асоратларидан бири ҳисобланади.
- **«Абдоминал-ёрдамлашилган туғруқ» усули** хомиланинг олд елкасини юқорига қўтариш билан бачадоннинг пастки сегментида кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш, ҳомила ички айланиши ва елкалар чаноқнинг қийшиқ ўлчовида ўрнашишдан

иборат. Натижада, орқа елканинг тушиши осонлашади, сўнгра олд елка тушади ва ҳомила табиий туғруқ йўллари орқали туғилади.

4C	Ҳомила елкаси дистоцияси бартараф этилгандан кейин қуйидаги ҳаракатларни бажариш тавсия этилади: ҳужжатларни расмийлаштириш; туққан аёл ва қариндошларига маслаҳат бериш; келажақда иш самарадорлигини ошириш учун бажарилган ҳаракатлар ва уларнинг натижаларини гуруҳ билан муҳокама қилиш.
-----------	---

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР РЕАНИМАЦИЯСИ

4C	Янги туғилган чақалокнинг гемодинамик кўрсаткичларини назорат қилиш ва кўрсатмаларга мувофиқ аниқланган бузилишларни ўз вақтида коррекциялаш тавсия этилади.
-----------	--

. Ҳомила елкаси дистоцияси ривожланишида , чақалоқлар кўпинча Апгар шкаласи бўйича паст баҳо билан туғилади, реанимация ва интенсив даволаш тадбирларини талаб қилади, ва нохуш неврологик натижалар кузатилади. Ҳомила елкаси дистоцияси билан туғилган боланинг оғир ҳолати нафақат гипоксия, балки киндик томирлари қисилиб қолиши ва натижада болага етиб борадиган қон миқдорининг пасайиши туфайли ривожланадиган гиповолемия билан ҳам боғлиқ бўлади. Киндик тизимчаси кечиктириб қисилиши (гиповолемияни коррекциялаш усули сифатида) ва реанимацион тадбирларни киндик тизимчаси кесилишидан аввал бошлаш (техник жиҳатдан имкон бўлса) самарадорлиги тўғрисида далиллар мавжуд.

ҲОМИЛА ЕЛКАСИ ДИСТОЦИЯСИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

3B	Вагинал оператив туғруқларда ўз вақтида ҳомила елкаси дистоциясини аниқлаш учун ушбу асорат ривожланишининг юқори хавфини ҳисобга олиш тавсия этилади.
-----------	--

1A	Қандли диабет ёки гестацион қандли диабет ва ушбу ҳомиладорлик даврига катта бўлган ҳомилада ҳомиладорлик муддати 38-39 ҳафтадан кечиктирмасдан туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

5C	«Етилган» бачадон бўйнида қандли диабет ёки гестацион қандли диабет мавжудлигидан қатъи назар ва ушбу ҳомиладорлик даврига катта бўлган ҳомилада, ҳомиладорлик муддати 39 ҳафтадан катта бўлса туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

3C	Катта ҳомилада (ҳомиланинг тахминий вазни ≥ 4500 г дан) 38-39 ҳафталик ҳомиладорлик муддатида режалаштирилган тартибда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Эрб-Дюшен фалажи каби ҳомила елкаси дистоциясининг жиддий асоратларининг бир ҳолатини олдини олиш учун гестацион қандли диабет билан касалланган ва ҳомиласининг тахминий вазни ≥ 4500 г бўлган ҳомиладор аёлларда 443 та кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш талаб қилинади, гестацион қандли диабет билан касалланмаган ва ҳомиласининг тахминий вазни ≥ 4500 г бўлган ҳомиладор аёлларда эса 3695 та кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш талаб қилинади.

5C	Анамнезда нохуш натижа билан яқунланган ҳомила елкаси дистоцияси бўлганда (ўлик туғилиш, елка чигали фалажи, ўмров ёки елка суяги синиши, ҳомила асфиксияси) ва мазкур ҳомиладорликда ҳомиланинг тахминий вазни аввалги ҳомиладорликдаги вазн билан тенг ёки ундан каттароқ бўлганда ҳомила елкаси дистоцияси такрорланишини олдини олиш мақсадида режалаштирилган тартибда (III кечиктириб бўлмайдиган тоифаси) кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Ҳомила елкаси дистоциясини ўтказган барча аёлларга керакли реабилитацион тадбирлар тайинланади.

ТИББИЙ ЁРДАМ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди Ҳа/йўқ
1.	Ҳомила елкаси дистоцияси ўз вақтида ва тўғри аниқланди	Ҳа/йўқ
2.	Ёрдамга қўшимча тиббиёт ходимлари чақирилди	Ҳа/йўқ
3.	Гуруҳнинг бошқа аъзолари билан алоқада бўлинди	Ҳа/йўқ
4.	МакРобертс усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
5.	«Қов усти соҳасига босиш» усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
6.	Эпизиотомия бажарилди	Ҳа/йўқ
7.	Рубин усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
8.	«Вудснинг винт» усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
9.	«Вудснинг тескари винт» усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
10.	«Ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
11.	«Орқа қўлни чиқариб олиш» усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
12.	Илмоқли тракция усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
13.	Гаскин усули қўлланилди	Ҳа/йўқ
14.	Янги туғилган чақалоқ реанимацияси ўтказилди	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 чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши 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 чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши 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)

2-илова

Тиббий аралашувга ахборот асосида 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 дори воситалар ва озик-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 чоратadbирлар 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, хужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усуллари 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 қуйидаги шахсларга тақдим этишингизни рухсат берман:

(ишончли шахслар)

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

Имзо _____

Сана « ____ » _____ й.

3-илова

Бемор учун маълумот

Ҳомила елкаси дистоцияси – табиий туғруқ пайтида ривожланиши мумкин бўлган ҳолат. Ҳомила елкаси дистоциясида бола туғруқ йўллари бўйлаб ҳаракатланаётганда онанинг чаноқ бўшлиғининг қов суяги остида тикилиб қолади. Бу бош аллақачон туғилгандан кейин ҳомиланинг танаси туғилишида қийинчиликларга олиб келади. Ҳомила елкаси дистоцияси шошилишч вазият бўлиб, тезда бартараф этилишини талаб қилади.

Ҳомила елкаси дистоцияси кўпроқ катта ҳомилали аёлларда учрайди. Қандли диабетга чалинган ва ортикча вазнга эга бўлган аёллар кўпроқ катта вазли болаларни туғишади. Бундан ташқари, аввалги туғруқда ҳомила елкаси дистоцияси ривожланган аёлларда ҳам тез-тез учрайди.

Бироқ кўпинча ҳомила елкаси дистоцияси номаълум сабабларга кўра ривожланади. Шу муносабат билан, уни олдини олишнинг самарали усули мавжуд эмас.

Симптомлари қандай?

Туғруқ пайтида шифокор ёки доя боланинг боши туғилгандан кейин боланинг елкаси туғилмаслиги кузатилади.

Қандай даволанади?

Шифокорингиз ёки доянгиз ҳомила елкаси дистоцияси ривожланганлигини кўриши билан, дарҳол сизга бир муддат кучанишни тўхтатишингизни маслаҳат беришади. Кейин болани туғилишига ёрдам бериш учун турли хил усуллар қўлланилади.

Булар қуйидагича:

- ✓ чаноқ-сон бўғимларида оёқлар букилади ва сонлар қоринга келтирилади;
- ✓ қов суягидан тақалиб қолган елкани ўтказиш учун ҳомиланинг орқаси қараган томондан қов усти соҳасига қоринга босилади;
- ✓ боланинг тана қисмларини туғилишга ёрдам берадиган муолажалар бажарилади.

Қандай асоратлар ривожланиши мумкин?

Болада энг кўп учрайдиган қуйидаги асоратлар ривожланиши мумкин:

- ✓ қўл суяклари ёки ўмров суяги синиши;
- ✓ нервлар жароҳатланиши – боланинг бўйни ҳаддан ташқари ортикча чўзилса, елкани ўраб олган нервлар жароҳатланиши мумкин. Бу қўл заифлашишига олиб келиши ва унинг ҳаракатни қийинлаштириши мумкин.
- ✓ Онда ривожланиши мумкин бўлган энг кўп учрайдиган асорат – бу туғруқ йўлларининг юмшоқ тўқималари йиртилишларидан қон кетиши ҳисобланади, оғирроқ асоратлар жуда кам кузатилади.

4-илова

HELPERR мнемоник қисқартмаси

«HELPERR» мнемоник атамаси биринчи бор Carlan ва ҳаммуаллифлар томонидан таклиф этилган. Бу атама шошилишч вазиятда ҳомила елкаси дистоцияси ривожланганда ҳаракатларнинг кетма-кетлигини осонликча эслаб қолишга имкон беради. Барча усулларни қўллашдаги асосий қоидалардан бири бу кучанишларни тўхтатиш. Ҳар қандай усул самара бериши мумкин.

- Н — help, ёрдамга чақириш,
- Е — evaluate for episiotomy (эпизиотомияни бажариш кераклигини ўйлаб кўриш),
- L — legs, оёқлар (МакРобертс усули),
- Р — pressure, босим (қов усти соҳасига),
- Е — enter, қўлни киритиш (ички айлантириш учун),
- R — remove, орқа қўлни чиқариб олиш,
- R — roll, айлантириш (тўрт оёққа).

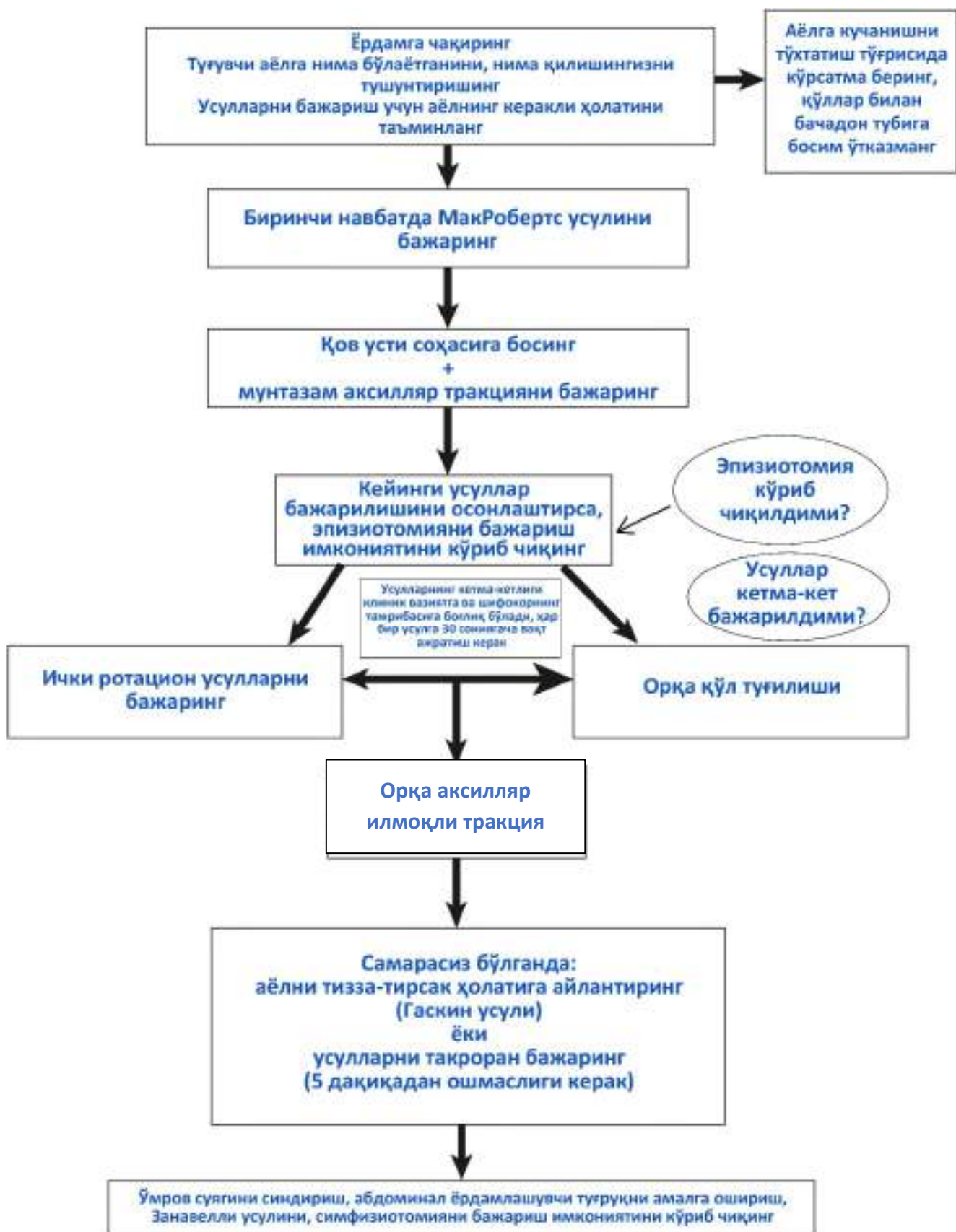
Тадбирлар	Таснифи
Н — help (ёрдамга чақириш)	Барча иштирокчилар ҳаракатларининг ишлаб чиқилган сценарийси
Е — evaluate for episiotomy (эпизиотомияни бажариш кераклигини ўйлаб кўриш)	Туғруқни олиб борувчи шифокорнинг ихтиёрига кўра
L — legs, the McRobert's maneuver (оёқлар – МакРобертс усули)	Туғувчи аёлнинг оёқлари чаноқ-сон бўғимларида иложи борича кўпроқ букилади
P — pressure (босим)	Ёрдамчи қов усти соҳасига босим ўтказиши дорсал ёки қийшиқ дорсал томонга
E — enter (ички усуллар)	Рубин усули Вудс усули «Вуднинг винт» усули «Вуднинг тескари винт» усули «Орқа қўлни чиқариб олиш» (Жакмир) усули «Ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» усули «Орқа аксилляр илмоқли тракция усули»
R — roll (Гаскин бўйича айлантириш)	Туғувчи аёл тизза-тирсак ҳолатига айлантирилади
R — remove the posterior arm (орқа қўлни чиқариб олиш)	Ҳомиланинг қўли кўкрак бўйлаб юзига қараб «ювиш» ҳаракати билан ташқарига чиқарилади

5-илова

Ҳомила елкаси дистоциясида ёрдам кўрсатиши карта-баённомаси

Сана _____ Туғруқ тарихи № _____ Ҳомиладор аёл Ф.И.Ш. _____		Картани тўлдирган мутахассиснинг Ф.И.Ш.	
Ҳомиланинг боши туғилиш вақти _____	Ҳомила елкаси дистоцияси ташхисини қўйиш вақти _____	Ҳомиланинг танаси туғилиш вақти _____	Ҳомиланинг боши/танаси туғилиш оралиқ вақти _____
Боланинг позицияси (юзи)	Ўнг сонга қараган	Чап сонга қараган	
Ҳомиланинг боши туғилишида иштирок этган мутахассислар			
Доя			
Акушер-гинеколог			
Неонатолог			
Ҳомила елкаси дистоциясида ёрдам кўрсатган мутахассислар			
<i>Рўйхат</i>	<i>Келиш вақти</i>	<i>Фамилияси</i>	
Доя			
Акушер-гинеколог			
Неонатолог- реаниматолог			
Ҳомила елкаси дистоциясини бартараф этиш учун қўлланилган усуллар			
	<i>Кетма-кетлиги</i>	<i>Ким бажарди</i>	<i>Вақти</i>
МакРобертс усули			
«Қов усти соҳасига босиш» усули			
Эпизиотомия			
Рубин усули			
«Вудснинг винт» усули			
«Вудснинг тескари винт» усули			
«Ҳомиланинг орқа елкасини ушлаб олиш» усули			
«Ҳомила орқа кўлини чиқариб олиш» усули			
Илмоқли тракция усули			
Гаскин усули			
Бошқа (кўрсатинг):			
Туғилганда боланинг ҳолати			
1 дақ. Апгар шкаласи бўйича ҳолатни баҳолаш	5 дақ. Апгар шкаласи бўйича ҳолатни баҳолаш	киндик артериясидан олинган қоннинг рН (имкон бўлса):	
Туғруқни олиб борувчи шифокорнинг Ф.И.Ш. ва имзоси			

Ҳомила дистоциясида туғруқни олиб бориш алгоритми



Фойдаланилган адабиётлар

1. Затрудненные роды (дистоция) вследствие предлежания плечика. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ), Москва, 2020 г.
2. Kleitman V., Feldman R., Walfisch A., Toledano R., Sheiner E. Recurrent shoulder dystocia: is it predictable? *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(6):1161–6.
3. Nesbitt T.S., Gilbert W.M., Herrchen B. Shoulder dystocia and associated risk factors with macrosomic infants born in California. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179(2):476–80.
4. Shoulder Dystocia (Green-top Guideline No. 42). 2nd Edition I March 2012.
5. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No 178: Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol.* 2017; 129(5):e123–33.
6. Sentilhes L., Sénat M.-V., Boulogne A.-I., Deneux-Tharaux C., Fuchs F., Legendre G., et al. [Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice--Short text]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2015; 44(10):1303–10.
7. Palatnik A., Grobman W.A., Hellendag M.G., Janetos T.M., Gossett D.R., Miller E.S. Predictors of shoulder dystocia at the time of operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 215(5):624.e1-624.e5.
8. Hill M.G., Cohen W.R. Shoulder dystocia: prediction and management. *Womens Health (Lond Engl).* 2016; 12(2):251–61.
9. Leung T.Y., Stuart O., Sahota D.S., Suen S.S.H., Lau T.K., Lao T.T. Head-to-body delivery interval and risk of fetal acidosis and hypoxic ischaemic encephalopathy in shoulder dystocia: a retrospective review. *BJOG.* 2011; 118(4):474–9.
10. Баскетт Т.Ф., Калдер Э.А., Арулкумаран С. Оперативное акушерство Манро Керра; под ред. Р. Элсивера, – М., 2015. – С. 199–214.
11. Focus Group Shoulder Dystocia. Confidential Enquiries into Stillbirths and Deaths in Infancy // Fifth Annual Report. Maternal and Child Health Research Consortium. - 1998. - P 73–79.
12. Menticoglou S. Shoulder dystocia: incidence, mechanisms, and management strategies. *Int J Womens Health.* 2018; 10:723–32.
13. Chandrharan E., Arulkumaran S. *Obstetric and Intrapartum Emergencies // A practical guide to management.* Cambridge University Press. - 2013. - P. 88-92.
14. Afonso M.C., Fonseca A., Clode N. Shoulder dystocia: obstetric maneuvers and its morbidity. *Acta Obs e Ginecológica Port.* 2017; 11(1):28–33.
15. Gachon B., Desseauve D., Fritel X., Pierre F. Is fetal manipulation during shoulder dystocia management associated with severe maternal and neonatal morbidities? *Arch Gynecol Obstet.* 2016; 294(3):505–9.
16. Hoffman M.K., Bailit J.L., Branch D.W., Burkman R.T., Van Veldhusien P., Lu L., et al. A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(6):1272–8.
17. Sancetta R., Khanzada H., Leante R. Shoulder Shrug Maneuver to Facilitate Delivery During Shoulder Dystocia. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(6):1178–81.
18. Menticoglou S.M. A modified technique to deliver the posterior arm in severe shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(3 Pt 2):755–7.
19. Ansell L., Ansell D.A., McAra-Couper J., Larmer P.J., Garrett N.K.G. Axillary traction: An effective method of resolving shoulder dystocia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2019; 59(5):627–33.
20. Cluver C.A., Hofmeyr G.J. Posterior axilla sling traction for shoulder dystocia: case review and a new method of shoulder rotation with the sling. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212(6):784.e1-7.
21. Gherman R. Posterior axillary sling traction: another empiric technique for shoulder dystocia alleviation? *Obstet Gynecol.* 2009; 113(2 Pt 2):478–9.
22. Bruner J.P., Drummond S.B., Meenan A.L., Gaskin I.M. All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. *J Reprod Med.* 1998; 43(5):439–43.

23. Patel S., Roberts S., Rogers V., Zink A., Duryea E., Morgan J. Williams Obstetrics, 25-th Edition. LLC: McGraw-Hill Global Education Holding; 2018. 1079–1115 p.
24. Sandberg E.C. The Zavanelli maneuver: 12 years of recorded experience. *Obstet Gynecol.* 1999; 93(2):312–7.
25. Dahlberg J., Nelson M., Dahlgren M.A., Blomberg M. Ten years of simulation-based shoulder dystocia training- impact on obstetric outcome, clinical management, staff confidence, and the pedagogical practice - a time series study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1):361.
26. Cesari E., Ghirardello S., Brembilla G., Svelato A., Ragusa A. Clinical features of a fatal shoulder dystocia: The hypovolemic shock hypothesis. *Med Hypotheses.* 2018; 118:139–41.
27. Al-Hawash S., Whitehead C.L., Farine D. Risk of recurrent shoulder dystocia: are we any closer to prediction? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019; 32(17):2928–34.
28. Расмлар А. Sharma (ed.), *Labour Room Emergencies*, <https://doi.org/10.1007/978-981-10-4953-8-1> китобидан олинган.



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

2021 yil "30" 11

№ 273

Toshkent sh.

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

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

1. Куйидагилар:

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

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

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

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

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

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

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

Онкологик касалликларининг ташхислаш ва даволаш стандартлари 8-иловага мувофиқ;

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

Педиатрия йўналиши бўйича клиник баённомалари, касалликларининг

ташхислаш ва даволаш стандартлари 10-иловага мувофиқ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ординатура боскичлари, 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