

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**



**«Эктопик (бачадондан ташқари) ҳомиладорлик»  
миллий клиник баённомаси**

**ТОШКЕНТ 2023**

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Эктопик (бачадондан ташқари) ҳомиладорлик
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Эктопик (бачадондан ташқари) ҳомиладорлик» миллий клиник баённомаси
<b>Тиббий ёрдам кўрсатиш босқичлари</b>	Ўзбекистон Республикаси туғруққа кўмаклашиш тизимининг барча муассасалари (бирламчи тиббий- санитария ёрдами ва стационарлар)
<b>Ишлаб чиқилган сана</b>	2023 й.
<b>Режалаштирилган янгилаш санаси</b>	2026 й.
<b>Клиник баённомани янгилашнинг тартиби</b>	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш - уч йилда камида бир маротаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутди, шунингдек, олти ойда кўпи билан бир маротаба маълум бир касалликларнинг диагностика, даволаш, профилактика ва реабилитацияси масалалари бўйича далилларга асосланган тиббиёт позициясидан янги маълумотлар ва аввал тасдиқланган баённомаларга асосли қўшимчалар/шарҳлар пайдо бўлганда киритилади
<b>Мурожаат учун</b>	Тошкент ш., Мирзо-Улуғбек тумани, Мирзо-Улуғбек кўч., 132 <sup>А</sup> . Тел.: (+71) 267-04-79, (+71) 263-84-83 E-mail: <a href="mailto:obs-gyn@mail.ru">obs-gyn@mail.ru</a>

## Мундарижа

<b>Кириш</b> .....	8
Таърифлар.....	8
Эпидемиологияси.....	8
Этиологияси ва патогенези.....	9
ХКТ-10 бўйича кодланиши.....	9
Таснифи.....	10
Клиник кўриниши.....	10
<b>Диагностикаси</b> .....	11
Шикоятлар ва анамнез.....	12
Физикал текширув.....	12
Лаборатор диагностик текширувлар.....	13
Инструментал диагностик текширувлар.....	14
Дифференциал диагностикаси.....	16
<b>Даволаш</b> .....	16
Қўллаб-қувватлаш ва маълумот бериш.....	16
Даволаш усулини танлаш.....	17
Жарроҳлик даво.....	17
Бачадон найидаги ҳомиладорликни консерватив даволаш.....	18
Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг камдан-кам учрайдиган шакллари даволаш.....	21
Кутиш тактикаси.....	22
<b>Анестезия ва интенсив терапия</b> .....	22
Шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган чора-тадбирлар.....	22
Стационарнинг қабул бўлимида тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган чора-тадбирлар.....	22
Коагулопатия ва қон кетиши оғирлигини баҳолаш.....	23
ДВС-синдром.....	24
Қон компонентларини қўллаш ва “гемостазни назорат қилиш” тамойили.....	30
Акушерлик қон кетишларида анестезиологик менеджмент. <b>Ошибка! Закладка не определена.</b>	
Постгеморрагик даврда тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича чора-тадбирлар <b>Ошибка! Закладка не определена.</b>	
Йўқотилган қон ҳажмини тиклаш бўйича замонавий технологиялар.....	27
<b>Профилактикаси</b> .....	27
<b>Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш</b> ..... <b>Ошибка! Закладка не определена.</b>	
<b>Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари</b> .....	28
<b>Иловалар</b> .....	29
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси</i> .....	29
<i>Бемор учун маълумот</i> .....	32
<i>Тиббий аралашувга ихтиёрий розилик бериш аризаси</i> .....	33
<b>Фойдаланилган адабиётлар</b> .....	35

## ИШЧИ ГУРУҲ ТАРКИБИ:

### Ишчи гуруҳ раҳбари:

Надирханова Н.С., т.ф.д.	РИАГИАТМ директори
--------------------------	--------------------

### Масъул ижрочилар:

Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Ким Е.Д., т.ф.д.	РИАГИАТМ, анестезиолог-реаниматолог
Ашурова В.И., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Сапаров А.Б., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Даулетова М.Ж., т.ф.н.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдураимов Т.Ф.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Бабаханова А.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Абдуганиева М.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Батирова М.А.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Тоштемирова Ш.М.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Усмонов С.К.	Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси бош мутахассиси

### Методологик ёрдам:

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

### Тақризчилар:

Юсупбаев Р.Б.	РИАГИАТМ, т.ф.д., катта илмий ходим, Илмий кенгаш котиби
Матякубова С.А.	Хоразм вилоят перинатал марказ, т.ф.д., директор

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

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

### Ташқи эксперт баҳо (ЖССТ ва ЮНФПАнинг Ўзбекистондаги ваколатхоналари кўмагида):

- Тинатин Гагуа, т.ф.д. – ЖССТ эксперти (Грузия)
- Михай Хорга, т.ф.д. – баённома ишлаб чиқариш методологияси бўйича ЮНФПА маслаҳатчиси (Руминия)

Клиник баённома 2022 йил «\_20\_» \_октябр\_\_\_ ойда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, \_9\_-сонли баённома.  
Илмий кенгаш раиси – т.ф.д., профессор Асатова М.М.

## **Клиник баённоманинг тавсияларига риоя қилиш:**

Клиник баённома амалдаги далилларга асосланган тавсиялар бўйича тақдим этилган.

Амалиётда мазкур баённоманинг тавсияларидан бошқа қарор қабул қилинаётган бўлса, у ҳолда шифокорлар беморнинг касаллик тарихида қуйидаги маълумотларни қайд этишлари лозим бўлади:

- ким томонидан айнан қарор қабул қилингани;
- баённоманинг тавсияларидан бошқа қабул қилинаётган қарорнинг батафсил асоси;
- беморни олиб бориш бўйича қандай тавсиялар қабул қилингани тўғрисида.

Тавсиялар клиник амалиётни барча элементларини қамраб олмайди, шунинг учун, шифокорлар беморнинг ҳолатини эътиборга олган ҳолда, ҳурмат билан мулоқот тамойилини сақлаган ҳолда, индивидуал олиб бориш тактикасини татбиқ қилишлари керак. Бунга қуйидагилар киради:

- Беморга маслаҳат бериш ва даволаш тактикаси ёки аниқ бир муолажани ўтказиш учун розиликни олиш.
- Қонун талаблари доирасида ва касб стандартларига риоя қилган ҳолда ёрдам кўрсатиш.
- Ёрдам кўрсатиш, даволаш тактикаларини умумий ва маҳаллий талабларга мувофиқ ҳужжатлаштириш.

**Клиник баённомани ишлаб чиқишдан мақсад:** далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, эктопик ҳомиладорлик бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва татбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** ўсиб боровчи ёки узилган эктопик ҳомиладорлиги мавжуд аёллар.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар, оилавий шифокорлар, жарроҳлар, лаборантлар, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, клиник фармакологлар, доялар, ҳамширалар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

## Қисқартмалар рўйхати:

<b>АҚБ</b>	–	артериал қон босими
<b>ФҚТВ</b>	–	фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ)
<b>БТҲ</b>	–	бачадондан ташқари ҳомиладорлик
<b>КЧАЯК</b>	–	кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари
<b>БИК</b>	–	бачадон ичи контрацепцияси
<b>ГЭК</b>	–	гидроксиэтилкрахмал
<b>ЎСВ</b>	–	ўпканинг сунъий вентилияцияси
<b>КК</b>	–	кесар кесиш жарроҳлик амалиёти
<b>ДПМ</b>	–	даволаш профилактика муассасаси
<b>ХНН</b>	–	халқаро нормаллаштирилган нисбат (МНО)
<b>МРТ</b>	–	магнит-резонанс томография
<b>ПЕ</b>	–	полиорган етишмовчилик
<b>САҚБ</b>	–	систолик артериал қон босими
<b>ЯМП</b>	–	янги музлатилган плазма
<b>ТВ УТТ</b>	–	трансвагинал ультратовуш текшируви
<b>УТТ</b>	–	ультратовуш текшируви
<b>β-ОХГ</b>	–	одам хорионик гонадотропини
<b>ЮУС</b>	–	юрак уриши сони

## Кириш

### Таърифлар

- **Нормал жойлашган (бачадон ичи, эутопик) ҳомиладорлик** – бачадон нормал шаклланган ёки аномал бўлишидан қатъи назар бачадон бўшлиғида жойлашган:
  - эрта ҳомиладорлик – текширувда нормал ривожланиши эҳтимол тутилган эмбрион аниқланмаган;
  - яшовчан ҳомиладорлик – ҳомила/эмбрионнинг юрак уриши аниқланган;
  - ривожланмаган /тушиб қолган ҳомиладорлик – ҳомила/эмбрионнинг юрак уришисиз ёки унинг нобуд бўлиши билан якунланган.
- **Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорлик (БТХ)** – ҳомила тухумининг имплантацияси жараёнида ҳомила/эмбрион бачадондан ташқарида жойлашганда:
  - яшовчан БТХ – ҳомила/эмбрионнинг юрак уриши аниқланган;
  - ривожланмаган БТХ – ҳомила/эмбрионнинг юрак уришисиз;
  - қолган БТХ – ҳомиладорлик бўлишдан аввалги ОХГнинг даражаси пасайгандан кейин (ҳомиладорликни аниқлаш тестининг натижаси манфий бўлишига қарамасдан) УТТда ҳосила аниқланиши.

“Эктопик ҳомиладорлик” атамаси бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг синонимидир.

### Эпидемиологияси

БТХ жами ҳомиладорликларнинг сонига нисбатан 2-4% ҳолатларда аниқланади ва унинг салмоғи изчил ортиб бормоқда. Муаммонинг долзарблиги шу билан боғлиқки, БТХ оналар ўлимининг сабабларидан бири бўлиб қолмоқда. Барча оналар ўлимининг учдан икки қисми сифатсиз ёрдам кўрсатиш билан боғлиқ. Эктопик ҳомиладорликни ўтказган аёлларнинг 60-80%да бепуштлик ва 20-30%да эса БТХ қайта ривожланади.

### Этиологияси ва патогенези

БТХнинг патогенези уруғланган тухум ҳужайрасининг транспорти бузилишидан сўнг ҳомила тухумининг патологик имплантацияси содир бўлишидан иборат.

БТХ ривожланиши бўйича хавф омиллар		
Хавфнинг даражаси	Хавф омиллар	Имкониятлар нисбати
Юқори	анамнезда БТХ	2,7-8,3
	бачадон найларида жарроҳлик амалиётлари ўтказилганлиги	2,1-21
	бачадон найларида патология мавжудлиги	3,5-25
	бачадон найларини бойлаш	5,2-19
	БИК:	
	– анамнезда қўлланилганлиги	1,7
	– айна вақтда қўлланилиши	4,4-16,4
	левоногестрел-БИК	4,9
	мазкур ҳомиладорликда ЭКУ	4-9,3
	таркибида эстроген/гестагенни сақловчи КОКларни қабул қилиш	1,7-4,5
	анамнезда жинсий йўл орқали ўтадиган инфекциялар ўтказилганлиги (гонорея, хламидиоз)	2,8-3,7
анамнезда КЧАЯК ўтказилганлиги	2,5- 3,4	
бачадон ичи DESнинг таъсири	3,7	
Ўрта	чекиш:	

	– аввал	1,5- 2,5
	– айна вақтда	3,9 -1,7
	абдоминал соҳа/кичик чаноқ аъзоларида жарроҳлик амалиётлари ўтказилганлиги	4
	анамнезда ўз-ўзидан ҳомила тушиши	3
<b>Паст</b>	аввалги ҳомиладорлик медикаментоз равишда тўхтатилиши	2,8
	бепуштлиқ	2,1-2,7
	вагинал спринцеваниялар	1,1-3,1
	ёши ≥40 дан катта бўлган аёллар	2,9
	<18 ёшда биринчи жинсий алоқалар	1,6
	аппендэктомия ўтказилганлиги	1,6

БТХ аниқланган аёлларнинг тахминан 50%да маълум бир хавф омиллар мавжуд бўлмайди.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>000.0</b>	Абдоминал (қорин бўшлиғидаги) ҳомиладорлик
<b>000.1</b>	Бачадон (фаллопий) найидаги ҳомиладорлик: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ бачадон (фаллопий) найида ҳомиладорлик</li> <li>▪ ҳомиладорлик оқибатида келиб чиққан бачадон найининг ёрилиши</li> <li>▪ бачадон найидаги аборт</li> </ul>
<b>000.2</b>	Тухумдондаги ҳомиладорлик
<b>000.8</b>	Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бошқа турлари: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ бачадон бўйнида жойлашган</li> <li>▪ бачадон шохида жойлашган</li> <li>▪ бойламлар орасида жойлашган (интралигаментар)</li> <li>▪ бачадон деворида жойлашган (интрамурал)</li> </ul>
<b>000.9</b>	Аниқланмаган бачадондан ташқари ҳомиладорлик
<b>008.1</b>	Аборт, бачадондан ташқари ёки моляр ҳомиладорлик оқибатида келиб чиққан ўзоқ ёки қўп миқдорда (массив) қон кетиши
<b>008.2</b>	Аборт, бачадондан ташқари ёки моляр ҳомиладорлик оқибатида келиб чиққан эмболия
<b>008.3</b>	Аборт, бачадондан ташқари ёки моляр ҳомиладорлик оқибатида келиб чиққан шок
<b>008.4</b>	Аборт, бачадондан ташқари ёки моляр ҳомиладорлик оқибатида келиб чиққан буйрак етишмовчилиги

### Таснифи

**Анатомик таснифи** (эктопик ҳомиладорликларнинг аксарият ҳолатлари бачадон (фаллопий) найларида жойлашади):

БТХнинг тури	Ҳомила тухуми жойлашиши	Салмоғи (барча БТХ)
Бачадон найидаги ҳомиладорлик:		>90%
– интерстициал – истмик – ампуляр	Бачадон найининг тегишли қисмларида жойлашади. Интерстициал БТХ миометрий қавати билан ўралган бўлади.	
<b>Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бошқа турлари:</b>		<10%



Тухумдондаги ҳомиладорлик	Тухумдоннинг паренхимасида қисман ёки тўлиқ жойлашади.	1-2%
Абдоминал (қорин бўшлиғидаги) ҳомиладорлик	Бачадон бўшлиғи, бачадон найлари, тухумдонлардан ташқари қорин бўшлиғида жойлашади: Дуглас бўшлиғи, бачадон сийдик қопи орасидаги бўшлиқ, бачадон/бачадон найларининг ташқи юазаларида.	1% дан кам
Бачадоннинг рудиментар шохида жойлашган	Бачадоннинг рудиментар шохида жойлашади.	75 000 – 150 000 ҳомиладорликларга нисбатан 1 ҳолат
Бачадон бўйнида жойлашган	Бачадон бўйни ички бўғизидан пастда миометрийда жойлашади	1% дан кам
Интрамурал	Миометрийга ўсиб кириш билан бачадон бўйни ички бўғизидан юқорида жойлашади	1% дан кам
КК кейинги чандиқда жойлашган	КК кейинги чандиқда жойлашади ёки миометрийга трофобласт ўсиб кирмайди	1-3%
Гетеротопик ҳомиладорлик	Бачадон бўшлиғида битта ҳомила тухуми ва бачадондан ташқари бошқа ҳомила тухуми жойлашади	4 000 – 30 000 ҳомиладорликларга нисбатан 1 ҳолат, ЭКУда салмоғи юқори туради

### **Клиник таснифи**

#### Кечиши бўйича:

- ўсиб борувчи (яшовчан)
- тўхтаб қолган (бачадондан ташқари жойлашган қисмнинг ёрилиши ёки найдаги аборт).

#### Асоратлар мавжудлиги бўйича:

- асоратланган;
- асоратланмаган.

## БТХнинг анатомик классификацияси



### Клиник кўриниши

Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида қиндан қон кетишлар ва/ёки қоринда оғриқ БТХда энг кўп кузатиладиган симптомлар ҳисобланади. БТХ симптомларсиз кечиши ҳам мумкин.

**Қиндан қон кетиши ва/ёки қоринда оғриғи мавжуд репродуктив ёшдаги ҳар қандай аёлда шифокор клиницистлар қуйидаги хусусиятларни кўриб чиқишлари лозим:**

- тасдиқланмаган бачадон ичи ҳомиладорлиги;
- ЭКУ орқали содир бўлган ўруғлантириш ва ҳомиладорлик;
- ҳомиладорлик бор/йўқлиги ноаниқ, айниқса ҳозирги қиндан қон кетишига >4 ҳафта мобайнида аменорея давом этган бўлса;
- камдан-кам ҳолатларда гемодинамик беқарорлик ва бошқа диагноз билан тушунилмаган ўткир қорин синдроми мавжуд аёл.

**БТХда умумий симптомларнинг триадаси:**

- тос соҳасида ёки қориннинг пастки қисмида оғриқ кузатилиши. Оғриқ одатда кичик чаноқ соҳасида кузатилади ва тарқоқ ёки бир томонлама намоён бўлиши мумкин. Бачадон найи етарли даражада катталашганда ҳомиладорликнинг 5 ва 7 ҳафтаси ўрталарида пайдо бўлади. Аёллар оғриқни доимий ёки вақти-вақти билан пайдо бўладиган, тўмтоқ ёки ўткир, енгил ёки кучли деб таърифлашлари мумкин. Бачадон найи ёрилиши тўсатдан кучли оғриқ бошланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Қориндаги оғриқларнинг пайдо бўлиш вақти, хусусияти ва оғирлиги фарқ қилади ва БТХга патогномик (хос) бўлган оғриқ синдроми мавжуд эмас;
- ҳайз даври кечикиши/ҳайзлар келмаслиги – аменорея, одатда қиндан қон кетишидан аввал ривожланади;

▪ қиндан қон кетиши. Қиндан қон кетишининг ҳажми ва хусусияти фарқ қилади ва БТХга патогномик (хос) бўлган қон кетишининг тури мавжуд эмас. Қон кетиши суркалувчан тўқ қонли ажралмалардан бошлаб қон лаҳталари кўринишидаги қон кетиши билан намоён бўлиши мумкин. Қон кетиши одатда вақти-вақти билан кузатилади, бироқ битта эпизодли кўринишида ҳам кузатилиши мумкин.

**БТХнинг бошқа симптомлари:**

- кўкрак безларида оғриқ пайдо бўлиши;
- ошқозон-ичак тракти билан боғлиқ симптомлар (қорин дам бўлиши, кўнгил айниши, қайт қилиш);
- бош айланиши, ҳушдан кетиш;
- оғриқ елка соҳасига тарқалиши;
- сийдик чиқариш тизими билан боғлиқ симптомлар (дизурия);
- оғриқ тўғри ичакка тарқалиши, ич келиши оғриқли бўлиши.

БТХнинг специфик симптомлари мавжуд эмас. БТХнинг симптомлари ва белгилари бошқа ҳолатларнинг, масалан, ошқозон-ичак касалликлари ёки сийдик чиқариш йўллари инфекцияларининг умумий симптомлари ва белгиларига ўхшаши мумкин.

БТХнинг клиник кечиши қўйдагилар билан белгиланади	
Клиник кечиши	Симптоматикаси
Бачадондан ташқари жойлашган қисмининг ёрилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ тўсатдан бошланади</li> <li>▪ қориндаги оғриқлар жуда ифодаланган бўлади</li> <li>▪ қорин пардасининг таъсирланиш белгилари ривожланади</li> <li>▪ қин гүмбази бўртиб чиқиши жуда ифодаланган бўлади</li> <li>▪ бачадон бўйни олдинга сурилганда кучли оғриқ бўлади</li> <li>▪ геморрагик шокнинг клиникаси кузатилади</li> </ul>
Бачадон найи ёрилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ қориндаги оғриқлар кам ифодаланган/кузатилмайди</li> <li>▪ қорин пардасининг таъсирланиш белгилари кам ифодаланган бўлади/кузатилмайди</li> </ul>
Бачадон бўйнида жойлашган БТХ	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ жинсий йўллардан қонли ажралмалар келмайди</li> <li>▪ жинсий йўллардан қонли ажралмалар жуда кам миқдорда келади</li> <li>▪ жинсий йўллардан ҳаддан ташқари кўп миқдорда қонли ажралмалар келади (массив қон кетиши, геморрагик шокнинг клиникаси)</li> </ul>
Локализацияси ноъмалум бўлган ҳомиладорлик	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ трансвагинал УТТда ҳомила тухуми аниқланмаганда β-ОХГнинг даражаси 1000-1500 ХБ/л ташкил қилади</li> </ul>

**Диагностикаси**

Қўйдагиларга асосланган ҳолда БТХ ташхиси қўйилади:

- шикоятлар;
- анамнестик маълумотлар;
- физикал текширув;
- кичик чаноқ соҳаси УТТ маълумотлари;
- ОХГга сифатли ва миқдорий текширувларнинг мусбат натижаси.

Трансвагинал ультратовуш текширувида бачадон ичи ҳомиладорлигининг белгилари аниқланмаган ҳомиладор аёлларда ва қуйидагилардан бирон-бир белгилари мавжуд бўлганда БТХга гумон қилиш мумкин:

- Трансвагинал ультратовуш текшируви бачадон ортиқларида бўш ҳомила тухуми мавжуд бир неча турдаги экстраовариал ҳосила ёки қорин бўшлиғи ичи қон кетиши аниқланганда;
- қон зардобидаги ОХГнинг даражаси кескин ортади. Одатда 2 кун ичида ОХГнинг даражаси <35%га ортиши кескин ҳисобланади. Аввал ушбу қиймат <50%ни ташкил қилган, бироқ бу беморларнинг чекланган сонида ўтказилган тадқиқотларга асосланган бўлган. Фактик ўсишнинг кутилаётган тезлиги ОХГнинг бошланғич даражасига боғлиқ бўлади. Ўсишнинг кутилаётган тезлиги ОХГнинг <1500 мХБ/мл даражасида 49%ни, 1500 дан 3000 гача мХБ/мл даражасида 40%ни ва >3000 мХБ/мл даражасида эса 33%ни ташкил қилади;
- қоринда оғриқ ва қиндан қон кетиши, айниқса БТХ ривожланиши бўйича хавф омиллари мавжуд аёлларда.

Қуйидагилардан бирон-бири мавжуд бўлганда БТХ ташхиси тасдиқланиши мумкин:

- ТВ УТТда сариқ пуфакча ёки эмбрионни (юрак уриши билан/юрак уришисиз) мавжуд БТХ аниқланиши;
- қон зардобида ОХГнинг мусбат натижаси ва бачадон бўшлиғининг аспирациясидан сўнг уруғланиш маҳсулотлари аниқланмаслиги ва кейинчалик ОХГнинг даражаси ортиши ёки барқарорлашиши;
- жарроҳлик амалиётида (одатда гемодинамик ҳолати беқарор аёлларда ўтказилади) БТХнинг тўқимаси резекция қилингандан сўнг гистологик текширувда тасдиқланиши.

БТХни эрта ташхислаш ва ўз вақтида даволаш оналар ўлими кўрсаткичини пасайтиради, кам инвазив ва аъзоларни сақлаб қолувчи даволашнинг усуллари билан фойдаланиш имконини беради. Жарроҳлик амалиётдан аввал БТХнинг локализациясини тўғри аниқлаш жарроҳлик даволашни режалаштиришга ёрдам беради ва операцион хавфни минимумга туширади.

<b>4С</b>	БТХга гумон қилингандан ТВ УТТ ва ҳомиладорликни тасдиқлаш минимал диагностик текширув ҳисобланади. БТХ ташхисини тасдиқлаш учун тез-тез такроран ТВ УТТни ўтказиш ва ОХГнинг даражасини аниқлаш талаб қилинади.
-----------	--

## Шикоятлар ва анамнез

“Клиник кўриниши” бўлимига қаранг.

БТХ мавжуд ёки унга гумон қилинаётган барча аёлларда умумэтироф этилган усуллар ёрдамида ҳомиладорликнинг муддатини аниқлаш зарур.

## Физикал текширув

Аёлда ҳомиладор мавжудлигини тасдиқлаш керак (ҳомиладорликни аниқловчи тест ёки қон зардобидаги ОХГнинг даражасини текшириш).

<b>5С</b>	БТХга гумон қилинаётган барча аёлларда қорин пальпацияси, перкуссияси ва аускультациясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Ўсиб боровчи эктопик ҳомиладорликда қорин юмшоқ, оғриқсиз бўлади. Узилган эктопик ҳомиладорлик қуйидагилар билан ифодаланади:

- қорин пальпациясида – қов усти соҳаси ва ёнбош соҳасида қориннинг оғриқлиги ва таранглиги;
- қорин перкуссиясида – қорин пардаси таъсирланишининг симптомлари, тўмтоқ товуш эшитилади.

5C

БТХга гумон қилинаётган барча аёлларда бимануал қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.

Қин орқали текширувни ўтказишда қуйидагилар аниқланади:

- қориннинг пастки қисмларида, бачадон ортиқларининг соҳасида оғриқлар;
- бачадон ортиқларининг соҳасида юмшоқ консистенцияли овоид ҳосила, ҳажми катталашган бачадон пальпация қилинади;
- бачадон бўйни олдинга сурилганда кучли оғриқ сезилиши, қорин бўшлиғи ва тўғри ичак ва бачадон орасидаги (Дуглас) бўшлиқда эркин суюқлик мавжуд бўлганда қин гумбази бўртиб чиқиши.

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда бачадон бўйни тузилишининг бочкасимон ўзгариши аниқланади. Баъзи ҳолатларда ректовагинал текширувни ўтказиш керак бўлиши мумкин.

Узилган БТХда ва қорин бўшлиғи қон кетишида қуйидаги гемодинамик бузилишлар кузатилиши мумкин:

- тери ва шиллиқ қаватлари оқариши;
- тахикардия (ЮУС дақ. >100 та) ёки гипотензия (<100/60 мм сим. уст. дан);
- шок ёки коллапс;
- ортостатик гипотензия.

### Лаборатор диагностик текширувлар

1A

БТХни ташхислаш учун (имконият мавжуд бўлса) ОХГнинг қондаги даражасини миқдорий текшириш тавсия этилади.

Қон зардобидаги  $\beta$ -ОХГнинг даражаси ҳомиладорликни аниқлашнинг ягона биокимёвий маркери ҳисобланади.

Ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ОХГнинг даражаси ҳомиладорликнинг 10-ҳафтасига плато қийматларигача 100 000 мХБ/мл га кўтарилади.

1A

БТХга гумон қилинаётган аёлларда даволашнинг кейинги тактикасини белгилаш учун камида 2 маротаба 48 соатлик интервал билан қон зардобидаги ОХГнинг даражасини текшириш тавсия этилади.

ОХГнинг даражасини 1 маротаба текширганда ҳомила яшаб қолишини ва ҳомиладорликнинг локализациясини аниқлаб бўлмайди, шунинг учун камида 48 соатлик интервал билан ОХГнинг концентрациясини кетма-кет текшириш тавсия этилади.

БТХга гумон қилинганда ОХГнинг даражаси кетма-кет текширилишининг талқини

NICE 2019	ACOG 2018
<p>48 соатдан кейин ОХГнинг даражаси камида 63%га кўтарилганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ катта эҳтимол билан бачадон ичи ҳомиладорлиги ривожланаётганлигидан далолат беради (биноқ БТХни истисно қилиб бўлмайди);</li> <li>■ 7-14 кун ўтгач ҳомиладорликнинг жойлашини аниқлаш учун ТВ УТТни таклиф қилинг. Қон зардобидаги ОХГнинг даражаси 1500 ХБ/л га тенг ёки ундан юқори бўлган аёлларда УТТни эртароқ ўтказиш керак бўлиши мумкин: <ul style="list-style-type: none"> <li>– агарда яшовчан бачадон ичи ҳомиладорлиги аниқланган бўлса, туғруқ олди мунтазам ёрдамани</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Нормал ҳомиладорликда дастлабки текширувдан кейин 48 соат ўтгач ОХГнинг даражаси қуйидаги қийматларда бўлиши лозим:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ &lt;1500 мХБ/мл даражасида 49%,</li> <li>■ 1500 дан 3000 гача мХБ/мл даражасида 40%,</li> <li>■ &gt;3000 мХБ/мл даражасида эса 33%.</li> </ul>

<p>таклиф қилинг;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– агарда яшовчан бачадон ичи ҳомиладорлиги аниқланмаган бўлса, зудлик билан аёлни клиник текширувдан ўтиши учун тажрибалироқ гинеколог шифокорига жўнатилинг.</li> </ul>	<p>Юқорида кўрсатилган қийматлардан ОХГнинг даражаси пастга тушганда, аномал ҳомиладорликга: бачадондан ташқари ёки нобуд бўлган бачадон ичи ҳомиладорлигига гумон қилиш керак.</p>
<p>48 соатдан кейин ОХГнинг даражаси камида 50%га кўтарилганда:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ катта эҳтимол билан ҳомиладорлик ривожланмаётган эканлиги ёки нобуд бўлиши мумкинлиги тўғрисида хабардор қилинг;</li> <li>▪ 14-кундан кейин ҳомиладорликни аниқловчи тестни қайта ўтказишни айтинг ва қўйидагиларни: <ul style="list-style-type: none"> <li>– агарда тестнинг натижаси манфий бўлса, кейинги ҳаракатлар талаб қилинмаслигини;</li> <li>– агарда тестнинг натижаси мусбат бўлса, БТХ истисно қилинмаганлиги сабабли аёл 24 соат давомида клиник текширувдан ўтиши учун ДМПга қайтиб келишини ва ОХГнинг даражаси тушиб кетганда ва унинг жуда паст даражаларида бачадон найи ёрилиб кетиши мумкинлигини тушунтиринг.</li> </ul> </li> </ul>	
<p>УТТда бачадон бўшлиғида ҳомиладорлик аниқланмаганда ва ОХГнинг даражаси 50% дан пастга тушиши ёки 63% дан юқорига кўтарилиши кузатиладиганда БТХнинг эҳтимоли юқори туради. 24 соат давомида клиник текширувлар ўтказилиши лозим.</p>	

**2B** БТХни ташхислаш учун фақатгина ОХГ билан чекланиб қолмаслик керак, ОХГнинг даражасини аёлнинг анамнези, клиник симптомлар ва УТТ маълумотлари билан корреляциялаш (боғлаш) лозим.

**2B** Агарда БТХни ташхислаш ва олиб бориш тактикаси бўйича қарор қабул қилиш учун “ОХГнинг дискриминацион даражаси”дан фойдаланилаётган бўлса, бачадон ичи ҳомиладорлигини тўхтатиб қўйиш ва нотўғри ташхис қўйиш эҳтимолини истисно қилиш учун ОХГнинг даражаси етарлича юқори (3510 мХБ/мл гача) бўлиши керак.

Қўшимча текширув сифатида қон зардобидаги прогестероннинг даражасини аниқлаш **тавсия этилмайд**и, чунки бу БТХни прогнозлашда ва тушиб қолган бачадон ичи ҳомиладорлигидан БТХни ажратишда бефойда ҳисобланади.

### Инструментал диагностик текширувлар

**4C** БТХга гумон қилинаётган барча аёлларда кўзгуларда бачадон бўйни ва қинни текшириш тавсия этилади.

Кўзгуларда текширилганда бачадон бўйни цианотик рангда бўлиши, қонли ажралмалар (кам, ўрта ва кўп миқдорда) келиши кузатилади. Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда бачадон бўйни, қин гумбази жойлашишида асимметрия, бачадон бўйни тўзилишининг бочкасимон ўзгариши кузатилади.

**1A** БТХга гумон қилинаётган барча аёлларда ташхисни тасдиқлаш, ҳомила тухумининг

локализациясини ва ҳомиланинг юрак уришини аниқлаш учун, имкон қадар, ТВ УТТни ўтказиш тавсия этилади.

Агарда ТВ УТТни ўтказиш имкони бўлмаса, трансабдоминал УТТни ўтказишни таклиф қилинг ва у камроқ диагностик аҳамиятга эканлигини тушунтиринг.

БТХ мавжуд аёлларнинг 15-26%да дастлабки УТТда патология аниқланмайди. БТХнинг ультратовуш белгилари:

- бачадон бўшлиғида ҳомиланинг тухуми аниқланмаслиги;
- бачадон ортиқларининг ҳажми катталашиши;
- бачадон ортиқларининг соҳасида тухумдон томонга эркин ҳаракатланувчи (“сузувчи бачадон” белгиси) ва сариқ пуфакчаси ёки эмбриони (юрак юриши билан/юрак уришисиз) мавжуд ҳосила кўриниши. Бачадон найидаги ҳомиладорликда ҳомила пуфакчаси бўш бўлиши мумкин ва бачадон ортиқларининг соҳасида ҳалқа кўринишида аниқланиши мумкин;
- бачадон ортида эркин суюқлик йиғилиши (гемоперитонеум ривожоланиши мумкин);
- эндометрийнинг гравидар гиперплазия белгилари (уч ламинар (уч қаватли) кўриниши);
- эктопик жойлашган эмбрион аниқланиши – муҳим, бироқ камдан-кам аниқланадиган диагностик белги ҳисобланади.

Трансвагинал ультратовуш текширувида тухумдондан алоҳида ҳаракатланувчи бачадон ортиқларининг соҳасида ҳажмли ҳосила кўринганда, бачадон найидаги ҳомиладорлик ташхисланиши мумкин. Бачадон найидаги ҳомиладорликнинг ультратовуш мезонлари:

- бачадон бўйни тузилишининг бочкасимон ўзгариши;
- ҳомила тухуми мушак қатламига инвазияси билан бачадон бўйни ички бўғзидан пастроқ жойлашиши;
- УТТ рангли доплерометриясида ҳомила пуфакчасининг атрофида қон оқими кузатилмаслиги.

Бачадоннинг рудиментар шоҳида жойлашган ҳомиладорликнинг ультратовуш мезонлари:

- бачадон бўшлиғида бачадон найининг бир интерстициал қисми кўриниши;
- ҳомила тухуми ҳаракатланувчи, бачадондан ажралган ва миометрий билан тўлиқ ўралган бўлиши;
- бачадоннинг рудиментар шоҳида жойлашган ҳомила тухумига қон томирли оёқча бирикиши.

2В

Ҳомиладорлик мавжуд бўлганда ёки БТХнинг камдан-кам учрайдиган турларига (бачадон чандиғи соҳасидаги ҳомиладорлик, бачадон бўйнидаги ва қорин бўшлиғидаги ҳомиладорлик) гумон қилинганда, имкони мавжуд бўлганда (аёлнинг гемодинамик барқарорлиги, ускуналар ва ходимлар мавжуд бўлганда), ташхисни аниқлаштириш учун иккинчи навбатда ўтказиладиган диагностик усул сифатида кичик чаноқ аъзолари МРТни ўтказиш тавсия этилади.

БТХнинг камдан-кам учрайдиган турлари бошқа гинекологик ва соматик касалликлар бирга келишида кичик чаноқ аъзолари МРТ ўтказилиши ташхисни аниқлаштириш, қўшни аъзоларнинг патологиясини истисно қилишга имкон беради.

Клиник жиҳатдан ҳолати барқарор бўлган аёлларда β-ОХГнинг даражаси ва УТТ маълумотларининг ўзаро боғлиқлигини баҳолаш бўйича тавсиялар (GPP, Queensland Clinical Guidelines, 2014)

β-ОХГ ва трансвагинал УТТ	Олиб бориш тактикаси
β-ОХГнинг дажараси 2000 ХБ/л дан паст	48-72 соатдан кейин ТВ УТТни ўтказинг ва β-ОХГнинг дажарасини текширинг
β-ОХГнинг дажараси 2000 ХБ/л дан	бачадондан ташқари ҳомиладорлик



юқори ва ТВ УТТда бачадон бўшлиғида ҳомила аниқланмайди, бачадон ортиқларининг ҳажми катталашishi ва/ёки қорин бўшлиғида эркин суюқлик мавжуд бўлиши	ривожланганлигининг эҳтимоли юқори
β-ОХГнинг дажараси 2000 ХБ/л дан юқори ва ТВ УТТда бачадон бўшлиғида ҳомила аниқланмайди, қорин бўшлиғида патологик ўзгаришлар аниқланмайди	48-72 соатдан кейин ТВ УТТни ўтказинг ва β-ОХГнинг дажарасини текширинг
β-ОХГнинг дажараси пасайиши ёки аҳамиятга эга бўлмаган миқдорда ортиши (диагностик аҳамиятга эга эмас)	ҳомиладорлик (бачадондаги ёки бачадондан ташқари) ривожланмаяпти, ташхисни аниқлаштириш ва ҳомиладорликни тўхтатиш учун кейинги керакли текширувлар ўтказилишини таъминланг

## Дифференциал диагностикаси

<b>5C</b>	Бачадон найидаги узилган ҳомиладорликни (бачадон найи ёрилиши ёки найдаги аборт) тухумдон апоплексияси, аборт, сурункали сальпингофорит қайталаниши, бачадондан аномал қон кетиши, ошқозон ва 12-бармоқли ичак яраси перфорацияси, жигар ва қора талоқ ёрилиши, тухумдон кистаси оёқчаси ёки ўсмаси буралиб қолиши, ўткир аппендицит, ўткир пельвиоперитонит ва бошқа хирургик патологиялар билан дифференциал диагностикани ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

БТХнинг ҳар қандай шакли ва БТХга гумон қилиш ҳолатлари стационар шароитда назорат қилиш ва даволашни талаб қилади.

## Даволаш

### Қўллаб-қувватлаш ва маълумот бериш

- Барча аёлларга нисбатан ўзингизни муносиб тутинг ва ҳурматли муносабатда бўлинг. Аёллар ҳомиладорликнинг асоратларига ҳар хил муносабат билдиришади.
- Аёлларнинг индивидуал хусусиятларини, шароитни ва эмоционал реакцияни инобатга олган ҳолда тўлиқ ва аниқ маълумот беринг ва уларни қўллаб-қувватланг.
- Ҳомиладорликнинг асоратлари, шу жумладан БТХ мавжуд аёлларга тиббий ёрдам кўрсатувчи ва парвариш қилувчи тиббиёт ходимлари ҳомиладорликнинг эрта муддатларида юзага келган асоратлар баъзи аёллар ва уларнинг шерикларига сезиларли даражада ноқулайлик келтириб чиқариши мумкинлигини билишлари шарт.
- Аёлларга тиббий ёрдам кўрсатувчи ва парвариш қилувчи тиббиёт ходимлари ва нотиббиёт мутахассислар ҳурмат билан мулоқот олиб бориш ва нохуш хабарларни етказишни билишлари шарт.
- БТХ мавжуд аёлни парвариш қилишнинг бутун даври мобайнида унга ва унинг шеригига (аёлнинг руҳсати билан) клиник ҳолат, ташхислаш, даволаш, операциядан кейинги олиб бориш бўйича аниқ маълумотларни бериш зарур.

БТХ мавжуд барча аёлларга оғзаки ва ёзма равишда қўйидаги маълумотларни тақдим этинг:

- БТХни даволашнинг вариантлари ва даволашдан кейинги кутилаётган натижаларни;
- агар, зарур бўлса, даволангандан кейин маслаҳат олиш учун қандай қилиб, кимга ва қайси муассасага мурожаат қилишни;
- шошилиш ва вазиятда қаерга ва қачон мурожаат қилиш мумкинлигини;



- БТХни ўтказган аёлда кейинги ҳомиладорликларида ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳар қандай хавотирлик юзага келганда аёлнинг ўзи ДПМга мурожаат қилиши мумкинлиги ҳақида тушинтиринг.

### Даволаш усулини танлаш

БТХда қуйидаги даволаш усуллари қўлланилиши мумкин:

- жарроҳлик даво;
- медикаментоз даво;
- кутиш тактикаси.

<b>1А</b>	Ўсиб борувчи БТХ мавжуд, клиник ҳолати барқарор аёлларда лапароскопик жарроҳлик ёки метотрексатни м/о юбориш хавфсиз ва самарали даволаш усуллар ҳисобланади.
-----------	---

Даволаш усулини танлаш дастлабки клиник, лаборатор ва ультратовуш маълумотларига, ҳар бир ёндашувнинг афзалликлари ва хавфлари муҳокамасига асосланган аёлнинг танловига боғлиқ.

<b>1А</b>	<p>Қуйидаги ҳолатларда даволаш чораси сифатида биринчи навбатда жарроҳлик амалиётини ўтказишни тавсия қилинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ифодаланган оғриқ синдроми ёки қорин бўшлиғи ичи қон кетиши белгилари мавжуд аёлларга;</li> <li>▪ беқарор гемодинамик ҳолат;</li> <li>▪ ҳомила тухумининг диаметри 35 мм дан катта бўлган БТХда;</li> <li>▪ УТТда ҳомиланинг юрак уриши аниқланган БТХда;</li> <li>▪ ОХГнинг қон зардобидаги даражаси 5000 ХБ/л ва ундан юқори бўлган БТХда.</li> </ul>
-----------	--

<b>1В</b>	<p>Қуйидаги ҳолатларда кейинги текширувларга келиш учун тайёр бўлган ва қон зардобидаги ОХГнинг даражаси 1500-5000 ХБ/л бўлган аёлларга танловга ёки метотрексатни қабул қилиш ёки жарроҳлик давони таклиф қилинг:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ҳомила тухумининг диаметри 35 мм дан кичик бўлган ва юрак уриши аниқланмаган узилмаган (бачадон найи ёрилмаган) БТХ <b>ВА</b></li> <li>▪ ифодаланган оғриқ синдроми кузатилмаган <b>ВА</b></li> <li>▪ бачадон бўшлиғидаги ҳомиладорлик аниқланмаган.</li> </ul>
-----------	---

<b>2С</b>	<p>Қуйидаги ҳолатларда консерватив даво (метотрексатни тизимли равишда қўллаш) кўриб чиқиши мумкин:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ҳомила тухумининг диаметри 35 мм дан кичик бўлган ва юрак уриши аниқланмаган узилмаган (бачадон найи ёрилмаган) БТХ <b>ВА</b></li> <li>▪ ифодаланган оғриқ синдроми кузатилмаган <b>ВА</b></li> <li>▪ қон зардобидаги ОХГнинг даражаси 1500 ХБ/л дан паст бўлган <b>ВА</b></li> <li>▪ бачадон бўшлиғидаги ҳомиладорлик аниқланмаган <b>ВА</b></li> <li>▪ аёл кейинги текширувларга келиш учун тайёр бўлганда.</li> </ul>
-----------	---

### Жарроҳлик даво

Жарроҳлик даво БТХнинг ҳар қандай (ҳам узилган, ҳам ўсиб борувчи) шаклида асосий даволаш усули ҳисобланади.

Жарроҳлик амалиётининг ҳажми ҳамда кириш йўли клиник вазият ва ўтказилаётган операциянинг шароитларига қараб белгиланади.

<b>2В</b>	Бачадон найидаги ҳомиладорликни лапароскопик (афзалроқ) ёки лапаротомик кириш
-----------	---

йўли орқали жарроҳлик даволаш тавсия этилади.

Лапароскопик жарроҳлик БТХда жарроҳлик аралашувининг “олтин” стандарти ҳисобланади. БТХ мавжуд аёлларга ёрдам кўрсатувчи жарроҳлар лапароскопик жарроҳлик амалиётни ўтказишда компетентлик сифатига эга бўлишлари керак. Лапароскопик жарроҳлик аралашувлар тезроқ тикланиш, госпитализация вақтини камайтириш, энг яхши косметик натижа таъминланишига кўмаклашади.

Жарроҳлик аралашувининг ҳажми сальпингэктомия ёки сальпинготомия билан белгиланади.

**2B** БТХни даволаш учун сальпингэктомия ёки сальпинготомияни ўтказиш бўйича қарор қабул қилиш аёлнинг клиник ҳолати, келажақда ҳомиладор бўлиш ҳошиши ва бачадон найларининг шикастланиш даражасига қараб белгиланиши лозим.

Сальпингэктомияни ўтказиш учун кўрсатмалар:

- бачадон найидаги узилган ҳомиладорлик;
- жарроҳлик аралашуви аввал ўтказилган бачадон найида БТХ қайта ривожланиши;
- β-ОХГнинг даяжараси 3000-5000 ХБ/л дан юқори бўлган бачадон найидаги ўсиб борувчи ҳомиладорлик.

Қуйидаги ҳолатларда сальпинготомияни ўтказиш мумкин:

- бачадон найи ёрилмаганда;
- геморрагик шок мавжуд бўлмаганда;
- контрлатерал бачадон найи шикастланмаган бўлса, қорин бўшлиғи аъзоларида аввалги ўтказилган жарроҳлик аралашувлар, анамнезда кичик чаноқ аъзолари яллиғланиш касалликлари каби бепуштлиқ ривожланиши хавф омиллари мавжуд бўлганда.

Сальпинготомияни ўтказган аёлларни қуйидагилар:

- 10 тадан 2 та аёллар метотрексатни қабул қилиш ва/ёки сальпингэктомияни ўтказишни ўз ичига олиши мумкин бўлган кейинги даволашга муҳтож бўлиши мумкинлиги;
- ОХГнинг қондаги даражасини динамик равишда назорат қилиш, кичик чаноқ аъзолари УТТни ўтказиш зарурлиги бўйича хабардор қилинг.

**5C** Даволашнинг самарадорлигини назорат қилиш учун БТХнинг жарроҳлик даволашдан кейин сальпинготомиядан кейин 7 кун ўтгач ва келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текшириш тавсия этилади.

## Бачадон найидаги ҳомиладорликни консерватив даволаш

БТХни консерватив даволаш чораларига метотрексатни қабул қилиш киради.

**Метотрексат** – пролиферация қилувчи тўқималар, шу жумладан трофобластга фаол таъсир қилувчи фолий кислотасининг антагонистидир.

Метотрексат фақатгина БТХ ташхиси тўлиқ тасдиқланганда ва ҳомиланинг юрак уриши аниқланмаганда тайинланади. Метотрексатни қабул қилиш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, жарроҳлик аралашуви орқали даволашни таклиф қилинг. БТХни консерватив даволаш тактикаси бўйича олиб бориш масаласи коллегия равишда (шифокорларнинг консилиуми орқали) ҳал қилинади.

Метотрексатни қабул қилувчи аёлларга, агар уларнинг ҳолати оғирлашса, шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши мумкинлиги ҳақида хабар беринг.

**2A** Бачадон найидаги ҳомиладорликни консерватив даволаш мақсадида шифокорлар консилиумининг қарори бўйича 3-даражали стационарларда гемодинамик ҳолати барқарор бўлган, келажақда ҳомиладор бўлишни режалаштираётган ва мунтазам

равишда назорат остида бўлишга тайёр бўлган аёлларга (альтернатив усул сифатида) метотрексатни тайинлаш тавсия этилади.

### Метотрексатни қабул қилиш учун қарши кўрсатмалар

Абсолют	Нисбий (препаратнинг самараси паст эканлигини кўрсатувчи индикаторлар)
бачадон ичи ҳомиладорлиги	β-ОХГнинг дастлабки дажараси 5000 ХБ/л дан юқори бўлиши
иммунитет танқислиги белгилари	ҳомила тухумининг диаметри 40 мм дан катта бўлиши
ўпканинг фаол касаллиги	аёл қон қуйишга рози бўлмаслиги
фаол пептик яра	
клиник жиҳатдан аҳамиятга эга жигар дисфункцияси	
клиник жиҳатдан аҳамиятга эга буйрак дисфункцияси	
метотрексатга юқори сезувчанлик	
узилган БТХ	
гемодинамик беқарорлик	
қон касалликлари (оғир анемия, лейкопения, тромбоцитопения)	

**5С** БТХ ташхиси тўлиқ тасдиқланмагунга ва бачадон ичи ҳомиладорлиги истисно қилинмагунга қадар метотрексатни тайинлаш тавсия этилмайди.

БТХда қуйидаги:

- бир дозалик тартиб;
- икки дозалик тартиб;
- бир нечта қатъий белгиланган (кўп) дозалик тартиб бўйича метотрексат тайинланади.

Адабиётда БТХни метотрексат билан даволашнинг оптимал схемаси бўйича маълум бир аниқ хулосага келишилмаган.

**2В** Метотрексатни қўллаш билан БТХни консерватив даволаш тактикасини танлашда ОХГнинг дастлабки даражасига таяниш ва метотрексатни қабул қилиш тартибларининг хавф ва афзалликларини аёл билан муҳокама қилиш тавсия этилади.

**2В** Бир дозалик тартиб ОХГнинг дастлабки даражаси нисбатан паст бўлган аёлларга кўпроқ тўғри келиши мумкин. Икки дозалик тартиб бир дозалик тартибга муқобил равишда кўриб чиқилиши мумкин, айниқса, ОХГнинг дастлабки даражаси юқори бўлган аёлларда.

Метотрексат билан даволашдан аввал эҳтимол тутилган бачадон ичи ҳомиладорлигини аниқлаш ва метотрексатни ноўрин қўлламаслик учун бачадон бўшлиғи аспирациясини ўтказиш имконини кўриб чиқинг, бироқ ушбу муолажа мажбурий бўла олмайди.

### Метотрексат билан даволаш

#### Бир дозалик тартиб

- 1-чи куни 50 мг/м<sup>2</sup> дозировкада метотрексатни м/о юборинг
- даволашдан кейин 1-чи ва 7-чи куни ОХГнинг даражасини текширинг:
  - ✓ агарда 4-7 кун ичида ОХГнинг даражаси >15% га камайса, келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текширинг;
  - ✓ агарда 4-7 кун ичида ОХГнинг даражаси <15% га камайса, 50 мг/м<sup>2</sup> дозировкада

<p>метотрексатни м/о қайта юборинг ва ОХГнинг даражасини қайта текширинг;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ агарда метотрексатнинг 2-дозасидан кейин ОХГнинг даражаси камаймаса – жарроҳлик даволаш имкониятини кўриб чиқинг.</li> <li>▪ метотрексатнинг ножўя таъсирларини минималлаштириш учун кунига 5 мг дан фолий кислотасини тайинланг.</li> </ul>
---

#### Икки дозалик тартиб

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1-чи кун 50 мг/м<sup>2</sup> дозировада метотрексатни м/о юборинг</li> <li>▪ 4-чи кун 50 мг/м<sup>2</sup> дозировада метотрексатнинг 2-дозасини м/о юборинг</li> <li>▪ даволашдан кейин 1-чи ва 7-чи кун ОХГнинг даражасини текширинг: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ агарда 4-7 кун ичида ОХГнинг даражаси &gt;15% га камайса, келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текширинг;</li> <li>✓ агарда 4-7 кун ичида ОХГнинг даражаси &lt;15% га камайса, 7-чи кун 50 мг/м<sup>2</sup> дозировада метотрексатни м/о қайта юборинг ва ОХГнинг даражасини қайта текширинг;</li> <li>✓ агарда 7-11-чи кунлар орасида ОХГнинг даражаси &gt;15% га камайса, келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текширинг;</li> <li>✓ агарда 7-11-чи кунлар орасида ОХГнинг даражаси &lt;15% га камайса, 11-чи кун 50 мг/м<sup>2</sup> дозировада метотрексатни м/о қайта юборинг ва 14-чи кун ОХГнинг даражасини қайта текширинг;</li> <li>✓ агарда метотрексатнинг 4-дозасидан кейин ОХГнинг даражаси камаймаса – жарроҳлик даволаш имкониятини кўриб чиқинг.</li> </ul> </li> <li>▪ метотрексатнинг ножўя таъсирларини минималлаштириш учун кунига 5 мг дан фолий кислотасини тайинланг.</li> </ul>
--

#### Бир нечта қатъий белгиланган (кўп) дозалик тартиб

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2, 4, 6, 8 кунлари 0,1 мг/кг дозировада фолий кислотасини навбат билан юборган ҳолда 1, 3, 5, 7-чи кунлари 1 мг/кг дозировада метотрексатни м/о юборинг</li> <li>▪ метотрексатни қабул қилиш кунлари ОХГнинг даражасини текширинг ва аввалги юборишдан кейинги ОХГнинг даражаси 15% га камаймагунга қадар метотрексатни м/о юборишни давом этинг (1, 2, 3 ёки 4 та доза керак бўлиши мумкин). <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ агарда ОХГнинг даражаси &gt;15% га камайса, метотрексатни бекор қилинг ва келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текширинг;</li> <li>✓ агарда метотрексатнинг 4-дозасидан кейин ОХГнинг даражаси камаймаса – жарроҳлик даволаш имкониятини кўриб чиқинг.</li> </ul> </li> </ul>
--

<b>2С</b>	Метотрексатни қабул қилгандан кейин келгусида манфий натижалар олингунга қадар ҳафтасига 1 марта ОХГнинг қондаги даражасини текшириш тавсия этилади.
-----------	--

<b>2В</b>	Метотрексатни қабул қилгандан кейин 4-7-чи кунлар орасида ОХГнинг даражаси камида 15% га камаймаслиги даволаш самара бермаслигининг юқори хавфи билан боғлиқ ва метотрексатни (бир ёки икки дозалик тартибда) қайта юборишни ёки жарроҳлик аралашув ўтказилишини талаб қилади.
-----------	--

<b>5С</b>	Метотрексатни қўллашда қуйидагиларни чеклаш лозим: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ фаол жисмоний фаолият, жинсий алоқа;</li> <li>▪ наркотик анальгетиклар, ностероид яллиғланишга қарши дори-воситаларни қабул</li> </ul>
-----------	--

	қилиш; ▪ алкоголь маҳсулотларини қабул қилиш.
--	--

Метотрексатнинг охириги дозасини қабул қилгандан кейин камида 3 ой ичида ҳомиладор бўлишни режалаштирмаслик (сақланиш) лозим.

<b>2B</b>	Метотрексат қўлланилиши кейинги фертилик ва овариал резервга ҳеч қандай салбий таъсир кўрсатмайди.
-----------	--

Метотрексатнинг қўлланилиши жарроҳлик аралашуви ва оғриқсизлантиришга хос бўлган хавфларнинг олдини олади. Бироқ лапароскопик сальпингэктомия билан солиштирганда, БТХни медикаментоз даволашда муваффақият натижага эришиш эҳтимоли кам ва узоқроқ кузатувни талаб қилади.

<b>5C</b>	Резус-номутаносибликнинг олдини олиш мақсадида бачадондан ташқари ҳомиладорлиги тасдиқланган қони резус-манфий бўлган аёлларга Rh0(D) антирезус одам иммуноглобулинининг қўллаш бўйича йўриқномасига мувофиқ юбориш тавсия этилади.
-----------	---

Қони резус-манфий бўлган ва узилган БТХ мавжуд аёлларда аллоиммунизациянинг хавфи юқори туради: 25% ҳолатларда онанинг қонида фетал ҳужайралар аниқланади.

### **Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг камдан-кам учрайдиган шакллари даволаш**

Жарроҳлик аралашувининг юқори хавфи, операция пайтидаги ва операциядан кейинги даврда асоратлар юзага келишининг юқори хавфи туфайли бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг камдан-кам учрайдиган шакллари 3-даражали (ҳомиладор аёлларга ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик ёрдам кўрсата оладиган, акушерлик ва гинекологик патологияларнинг диагностикаси ва даволашда янги усулларни қўллайдиган) стационарларда жарроҳлик йўли орқали даволанади.

<b>4C</b>	Аёлнинг ҳаётига таҳдид солувчи қон кетишининг юқори хавфи (абсолют кўрсатма) туфайли бачадон бўйнидаги ҳомиладорликни оператив йўл орқали даволаш тавсия этилади.
-----------	---

Операциядан аввал ҳар 2-3 кунда ва одам хорионик гонадотропинининг миқдори пасайгунга ва параклиник кўрсаткичлар нормаллашгунга қадар 7 кун мобайнида ОХГнинг қондаги даражасини текшириш, қоннинг клиник ва биокимёвий таҳлилларини олиш, гемостазиограммани баҳолаш зарур.

Бачадон бўйнидаги ҳомиладорликда УТТ рангли доплерометрияси, кичик чаноқ аъзолари МРТ ўтказилиши мумкин.

<b>5C</b>	Бачадон чандиғидаги ҳомиладорликни оператив йўл орқали даволаш тавсия этилади.
<b>4C</b>	Бачадоннинг рудиментар шохида жойлашган ҳомиладорликда репродуктив функцияни сақлаб қолиш мақсадида бачадоннинг кейинги реконструкцияси билан лапаротомик ёки лапароскопик йўл орқали рудиментар шохни олиб ташлаш ёки бачадоннинг бурчагини понасимон резекция қилиш тавсия этилади.

<b>5C</b>	Тухумдондаги ҳомиладорликда (жойлашиши ва деструктив ўзгаришларнинг ифодалангалик даражасига қараб) лапаротомик ёки лапароскопик йўл орқали тухумдонни резекция қилиш ва/ёки оофорэктомия ва/ёки сальпинго-оофорэктомиyani ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Абдоминал ҳомиладорликнинг муддати ва ҳомила тухумининг ўлчамларига қараб БТХ
-----------	---

	жойлашган аъзони резекция қилиш тавсия этилади. Ҳомиладорликнинг катта муддатларида қон кетишининг олдини олиш мақсадида йўлдошга яқин жойдан киндик тизимчасини боғлаш орқали абдоминал йўл орқали туғдириб олинади. Жарроҳлар бригадасига тегишли тор мутахассисларни жалб қилиш зарур бўлади.
--	--

4С	Репродуктив функцияни сақлаб қолиш мақсадида бачадон найининг интерстициал қисмида жойлашган БТХда (имкон қадар ва қон кетиши ривожланмаганда) лапароскопия назорати остида гистерорезектоскопик йўл орқали ҳомила тухумини олиб ташлаш тавсия этилади.
----	---

## Кутиш тактикаси

2В	Баъзи ҳолатларда БТХни кутиш тактикаси билан олиб бориш мумкин бўлади: симптомлар кузатилмаганда, ОХГнинг даражаси плато қийматларда ёки пасайиши кузатилганда. ОХГнинг дастлабки даражаси $\leq 200$ мХБ/л ташкил қилганда БТХ ўз-ўзидан бартараф этилишининг эҳтимоли юқори туради.
----	---

Кутиш тактикасини танлаган аёлларни потенциал хавфлар ҳақида хабардор қилиш керак: бачадон найи ёрилиши, қорин ичи бўшлиғига қон кетиши, шошилич равишда жарроҳлик амалиёти ўтказилиши.

## Анестезия ва интензив терапия

### Шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган чора-тадбирлар

Шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

- қон кетишини клиник баҳолаш (тери ва шиллиқ қаватлари ранги ва ҳарорати, микроциркуляция бузилиши, АҚБ, ЮУС);
- периферик венани катетеризациялаш ва 500 мл кристаллоидлар билан инфузион терапияни бошлаш;
- дастлабки артериал гипотонияда (сАҚБ 90 мм сим. уст. дан паст) қон кетиши тўхтатилмагунга қадар сАҚБни 90-100 мм сим. уст. дан кўтариш тавсия этилмайди;
- оғир геморрагик шокда ва инфузион терапия самара бермаганда (АҚБ кўтарилмаганда) вазопрессорларнинг минимал дозаларини қўллаш мумкин;
- массив қон кетиши ва геморрагик шокга гумон қилинганда ёки аниқланганда гемостатик терапияга 1 г дозировкада транексам кислотасини в/и юбориш керади;
- кислород ингаляциясини таъминлаш ёки, кўрсатмаларга кўра, ЎСВни ўтказиш зарур.

**Давом этаётган қон кетиши мавжуд аёлни (ёки унга гумон қилинганда) бошқа стационарга ўтказиш мумкин эмас!**

### Стационарнинг қабул бўлимида тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказиладиган чора-тадбирлар

- юқорида кўрсатилган барча тадбирлар (шифохонагача тиббий ёрдам кўрсатиш босқичида ўтказилмаган бўлса) ўтказилади;
- қорин ичи бўшлиғи қон кетиши мавжуд аёлда (ёки унга гумон қилинганда) имкон қадар тезроқ клиник, лаборатор (эритроцитлар, гемоглобин, ФҚТВ, ХНН, фибриноген, тромбоцитлар) ва функционал текширувларни (УТТ) ўтказиш ва жарроҳлик даволаш ўтказилиши кераклигини аниқлаш зарур;

- ҳолати оғир – геморрагик шоки (қон кетишининг III ва IV даражаси) мавжуд аёлда барча текширувлар операция хонасида ва интенсив терапия билан бир вақтнинг ўзида ўтказилади.

### Қон кетиши ва геморрагик шокни даволашнинг асосий вазифаси қон кетишини тўхтатиш ҳисобланади!

<b>5С</b>	БТХ ва массив қон кетиши мавжуд аёлларда қон кетишини тўхтатиш ва ҳолатни барқарорлаштириш учун шикастланишни назорат қилиш (акушер-гинеколог, жарроҳ) тамойили, реанимацияни назорат қилиш (анестезиолог-реаниматолог) тамойили, гемостази назорат қилиш (анестезиолог-реаниматолог, трансфузиолог) тамойилларга риоя қилиш тавсия этилади.
-----------	--

### Коагулопатия ва қон кетиши оғирлигини баҳолаш

Қон кетишининг оғирлиги Advanced Trauma Life Support шкаласи бўйича баҳоланади				
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 безовталик	ўрта безовталик	безовталик карахтлик	уйқучанлик

#### Массив қон йўқотиш – бу:

- бир вақтнинг ўзида  $\geq 1500$  мл дан ортиқ (АҚХнинг 25-30%) ва/ёки
- 3 соат ичида  $\geq 2500$  мл миқдорда (АҚХнинг 50%) қон йўқотиш ва/ёки
- 3 соат ичида АҚХнинг 50% ни қуйиш
- 24 соат ичида АҚХнинг 100% ни қуйиш ва/ёки
- дақиқасига 150 мл дан кўп қон кетиши ва/ёки
- қон йўқотишларга кўра зудлик билан эритроцитларнинг 4 дозасини қуйиш талаби.

Шошилич вазиятда гемотрансфузияни ўтказиш бўйича тезкор қарор қабул қилиш учун гемостаз тизимини баҳолаш лаборатор тестларининг умуммэътироф этилган тўпламларидан фойдаланиш зарур.

Шошилич 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 (АЧТВ) – фаоллаштирилган қисман/парциал тромбопластин вақти	28-32 с	меъёрдан 1,5 дан кўпга ортиши критик ҳисобланади
ФПМ – фибрин-фибриноген парчаланишидан	ортиши	ортиши



маҳсулотлар		
-------------	--	--

## ДВС-синдром

ДВС-синдромини ташхислашда кўп шифохоналарнинг лабораторияларида кеча-кундуз фойдалана олиш имкони бўлган оддий ва амалий гемостазиологик текширувларни ўтказиш зарур.

Тромбозлар ва гемостаз бўйича халқаро жамиятининг тавсияларига кўра ДВС-синдроми икки босқичдан иборат:

- Яққол (клиник) ДВС-синдроми – массив қон кетиши, қоғаноқ сувлари эмболияси фониде юзага келган ўткир ва критик ҳолат. Полиорган етишмовчилиги ривожланиши билан маҳаллий ёки генерализациялашган тромбогеморрагик синдроми кузатилиши билан тавсифланади.
- Яширин (лаборатор) ДВС-синдроми – узоқ вақт давомида ривожланади ва сақланиб туради. Яширин ДВС-синдромининг асосий сабабларига септик ҳолатлар, преэклампсия, нобуд бўлган ҳомила, соматик касалликлар киради.

<b>Тромбозлар ва гемостаз халқаро жамиятининг шкаласига нисбатан яққол (қон кетиши билан) ДВС-синдромининг акушерлик учун модификацияланган шкаласи (International Society on Thrombosis and Hemostasis, 2001)</b>				
Параметр	ISTH шкаласи (2001)		Clark S.L. шкаласи (2016)	
	Кўрсаткичлар	Баллар	Кўрсаткичлар	Баллар
Тромбоцитлар миқдори	>100x10 <sup>9</sup> /л	0	>100x10 <sup>9</sup> /л	0
	50-100x10 <sup>9</sup> /л	1	50-100x10 <sup>9</sup> /л	1
	<50x10 <sup>9</sup> /л	2	<50x10 <sup>9</sup> /л	2
Фибриннинг аралашадиган мономерлари/ фибриноген парчаланишидан маҳсулотлар	ошмаган	0		
	ўрта даражада ошиши	1		
	сезиларли даражада ошиши	2		
Протромбин вақти узайиши	3 с дан кам	0	25% ошиши	0
	3 с 6 с гача	1	25-50% ошиши	1
	6 с дан кўп	2	50% дан кўпга ошиши	2
Фибриноген	1 г/л дан ортиқ	0	2 г/л дан ортиқ	0
	1 г/л дан кам	1	2 г/л дан кам	1
Жами	5 баллдан кўп бўлса – яққол ДВС-синдроми		3 баллдан кўп бўлса – акушерликда яққол ДВС-синдроми	

Яққол (клиник) ДВС-синдроми қон препаратлари ва омиллари (концентратлари) билан гемотрансфузияни ўтказиш учун абсолют кўрсатма ҳисобланади.

**“Олтин 60 дақиқа” чегарасидан чиқманг. Қон кетишини тўхтатишда йўқотилган қон ҳажми эмас, балки вақт устувор мақсад ҳисобланади!**

Оғир геморрагик шок ва жарроҳлик гемостазини ўтказишда техник қийинчиликлар юзага келганда “шикастланишни назорат қилиш” (“**damage control surgery**”) тамойилига риоя қилиш зарур:



- 1-босқич – акушер-гинеколог, жарроҳ: лапаротомия ўтказилгандан кейин ҳар қандай усуллар ёрдамида қон кетиши тўхтатилиши керак: босиш, қисқичларни, лигатураларни қўйиш, тампонадани ўтказиш ва ҳатта аортани босиш.
- 2-босқич – анестезиолог-реаниматолог: организмнинг асосий функцияларини барқарорлаштириш, бу қон кетиши тўхтатилганда тезроқ ва самаралироқ ўтказилади.
- 3-босқич – шок бартараф этилгандан кейин акушер-гинеколог стабил клиник вазиятда зарур бўлган жарроҳлик гемостазини таъминлайди.

Массив қон кетишида интенсив терапияни ўтказишда **“реанимацияни назорат қилиш” (“damage control resuscitation”)** тамойилига риоя қилиш зарур.

Ўткир даврда – қон кетишининг чўққисида юракнинг қонни ҳайдаш функциясини ва аъзоларда қон айланишини фақат плазманинг ўрнини босувчи воситаларининг инфузияси ушлаб туриш мумкин. Биринчи навбатда оптимал равишда гиперосмоляр полиэлектролит тўла қийматли балансланган кристаллоидлар ва самара бермаганда синтетик (гидроксиэтилкрахмал 130/0,4 ва/ёки модификацияланган желатин) ва/ёки табиий коллоидлар (одам альбумини) билан АҚХни тиклаш ва юракнинг қонни ҳайдаш функциясини ушлаб туриш таъминланади. Массив қон кетишида ва геморрагик шокда 30-40 мл/кг ҳажмда инфузион терапия максимал тезлик билан ўтказилиши керак.

Инфузион терапия учун баъзи кристаллоид эритмаларнинг тавсифи							
Эритма	1000 мл да таркиби, ммоль/л						Осмолярлиги (мОсм)
	Na <sup>+</sup>	K <sup>+</sup>	Ca <sup>2+</sup>	Mg <sup>2+</sup>	Cl <sup>-</sup>	Резерв ишқорийликни ташувчилари	
Қон плазмаси	136-143	3,5-5	2,38-2,63	0,75-1,1	96-105	-	280-290
Интерстициал суюқлик	145	4	2,5	1	116	-	298
0,9% NaCl	154	-	-	-	154	-	308
Рингер	147	4	6	-	155	-	309
Рингер-лактат (Гартман)	130	4	3	-	109	Лактат 28	273
Рингер-ацетат	131	4	2	1	111	Ацетат 30	280
Реамберин	147,2	4	-	1,2	109	Сукцинат 44,7	313
Стерофундин-изотоник	140	4	2,5	1	127	Малат 5,0 Ацетат 24	304
Йоностерил	137	4	1,65	1,25	110	Ацетат 3,674	291
Плазма-Лит 148	140	5	-	1,5	98	Малат, ацетат 27 дан	294
Реосорбиллакт	278	4,02	0,9	2,1	112,69	Натрий лактати 19 ва сорбитол 60 гр	900

**Изоҳ:** мавжуд бўлганда бошқа кристаллоидларни ҳам ишлатиш мумкин.

Синтетик коллоидларнинг тавсифи		
Қўрсаткич	Модификацияланган желатин	6% ГЭК
Молекуляр оғирлиги (Mw), Da	45000	130000
Эгаллаш даражаси (Ds)	0,42/0,4	
Осмолярлиги, мОсм/л	320	308/308
КИБ, мм сим. уст.	33	36/36
Волемик таъсири, %	100	100/100
Волемик таъсир қўрсатиш вақти, соат	3-4	4-6/6

Максимал кунлик дозаси, мл/кг	200	30/30
Коагуляцияга таъсири	0 +	0 +

**Изоҳ:** 130/0,4 ГЭК препаратлари фақат коагулопатия ва буйрак функциялари бузилишининг ривожланиш хавфи ошиши туфайли 30 мл/кг дан ошмайдиган дозада қон кетиши фонида ривожланган шок ва гиповолемида қўлланилади. Гемодинамик кўрсаткичлар барқарорлашганидан кейин юборишни тўхтатиш керак.

### Қон компонентларини қўллаш ва “гемостазни назорат қилиш” тамойили

Тўхтатилган қон кетишида гемоглобиннинг даражаси 70 г/л дан паст бўлганда гемотрансфузия ўтказилади, бироқ гемотрансфузияни ўтказиш учун кўрсатмалар индивидуал равишда белгиланади. Гемоглобиннинг даражаси 100 г/л дан юқори бўлганда гемотрансфузия ўтказилмайди. Умумий қилиб олганда, эритроцитларни қуйиш учун кўрсатмалар асосий касалликнинг характери, кислород транспорти пасайиши ва лаборатор кўрсаткичларга қараб белгиланади.

Қон кетишида консерватив гемостаз қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- антифибринолитик воситалар (транексам кислотаси);
- қон компонентлари: янги музлатилган плазма, криопреципитат, тромбоцитар масса ва қон ивиши омиллари (концентратлари).

Гемостаз тизимидаги ўткир бузилишларда консерватив гемостазни таъминлаш учун препаратларнинг дозалари		
Препарат	Дозаси	Тавсиянинг ИД
Янги музлатилган плазма	15-20 мл/кг дозада	С
Қон ивиши VIII омили*	10 кг тана вазнига 1 доза (дозаси ва ўтказиш давомийлиги VIII омилнинг дефицита, қон кетишининг локализацияси ва оғирлиги, аёлнинг объектив ҳолатига боғлиқ)	С
Тромбоцитар масса	10 кг тана вазнига 1 доза	С
Тромбоконтрат	1-2 доза	С
Протромбин комплексининг концентрати	ўткир қон кетишида 50 ХБ/кг дозада, самараси бўлмаганда 20 дақиқа ичида шу дозада қайта юборилади	С
Қон ивиши VII омили*	90-110 мкг/кг дозада, заруратга кўра ҳар 3 соатда қайта юборилади	С
Транексам кислотаси*	қон кетиши тўхтатилгунга қадар доимий кейинги инфузия билан 15 мг/кг дозада в/и юборилади	А

Қон ивиши омиллари ва концентратларининг афзалликларига қуйидагилар киради:

- зудлик билан юбориш имкони мавжуд (ЯМП таъсир кўрсатиши билан солиштирганда 30-40 дақ. тезроқ таъсир қилади);
- иммунологик ва инфекцион хавфсизлик мавжуд;
- ўрнини босувчи препаратларни (ЯМП, қон ивиши VIII омили, тромбоцитар масса, эритроцитлар) қуйиш ҳолатларининг сони камаяди;
- ўпка посттрансфузион шикастланишининг (TRALI) салмоғи камаяди;
- антитромботик воситалар қўлланилади.

Бироқ уларнинг қўлланилиши ЯМПни юборишни истисно қилмайди. ЯМПни, имкон қадар, тезроқ юбориш керак.

Этамзилат (дицинон) ва кальций хлоридининг гемостатик таъсирига нисбатан ҳеч қандай далиллар мажуд эмас.

Коагулопатия ва ДВС-синдромида клиник ва лаборатор кўрсаткичларни коррекциялаш тактикаси			
Кўрсаткичлар ўзгариши	Маъноси	Коррекциялаш	Мақсадли кўрсаткич
Гемоглобин	кислородни етказиш, гемодилюцияни бартараф этиш	эритроцитлар	80 г/л дан юқори
Тромбоцитлар миқдори 50x10 <sup>9</sup> /л дан кам	тромбнинг асосий компоненти	тромбомасса, тромбоконцентрат	50x10 <sup>9</sup> /л дан юқори
Фибриноген 1,0 г/л дан кам	тромбнинг асосий компоненти	фибриноген концентрати, криопреципитат, ЯМП	– 1,0 г/л дан юқори – 2,0 г/л дан юқори оптимал
ФҚТВ меъёрдан 1,5 дан ва ундан кўпга ошиши	– ички йўналиш омилларининг даражаси пасайиши – гепариннинг таъсири	– ЯМП, VII омили*, протромбин комплексининг концентрати** – протамин сульфат билан гепариннинг таъсирини тўхтатиш	норма
ХНН 1,5 дан кўпга ошиши	ташқи йўналиш омилларининг даражаси пасайиши	ЯМП, протромбин комплексининг концентрати**, VII омили*	1,3 дан ошмаслиги
	К витамини антагонистларининг таъсири (варфарин)	ЯМП, протромбин комплексининг концентрати	
Лаборатор текширувларда гипокоагуляция	– тромбоцитлар ва/ёки қон ивиш омиллари дефицити	– барча мавжуд қон компонентлари ёки сабабига кўра антидотлар – антифибринолитиклар	нормо- ёки гипокоагуляция
Диффуз қон кетиши	– дезагрегантлар ёки антикоагулянтларнинг таъсири		қон кетиши тўхташи

\* ЯМП мавжуд бўлмаганда.

\*\* Ўтказилаётган гемостатик терапия самараса бермаса.

### Йўқотилган қон ҳажмини тиклаш бўйича замонавий технологиялар

1. Полиэлектролитли тўла қийматли балансланган гиперосмоляр эритмаларни қўллаш билан кичик ҳажмли инфузион терапия.
2. Нормоволемик гемодилюция.
3. Гипотензив реанимация – систолик АҚБни 60 мм сим. уст. ушлаб туриш ва тўқималарга кислород етказиб берилишини яхшилаш.

▪ **Гипотензив реанимация тамойилини қўллаш.** Ушбу реанимация стратегияси қон кетиши тўхтагунга қадар артериал қон босимини юқори бўлмаган даражада ушлаб туриш учун

геморрагик шокни даволашнинг дастлабки босқичларида суюқлик ва қон компонентларини чекланган миқдорда юборишни ўз ичига олади.

<b>2В</b>	Қон кетиши тўлиқ тўхтагунга қадар АҚБнинг мақсадли кўрсаткичларига эришиш учун АҚХни волемиқ тўлдиришнинг чекланган стратегиясидан (кам ҳажмли инфузиядан) фойдаланиш тавсия этилади.
-----------	---

- Ушбу мақсадга эришиш учун кичик ҳажмли инфузион терапия дастури қўлланилади. Ўткир гиповолемия ва шок ҳолатини дастлабки босқичларда даволаш, массив инфузия туфайли қўшимча миқдорда қон кетишини чеклаш, тўқималарга кислород етказиб берилишини яхшилаш ва операциядан кейинги даврда поликомпаратмент синдромининг аломатларини камайтириш асосий кўрсатмалар ҳисобланади.

- Кичик ҳажмли инфузион терапия:
  - 10-15 мл/кг дозада реосорбилакт + 15-20 мл/кг дозада тўла қийматли балансланган кристаллоид;
  - беқарор гемодинамикада: 1,5 л кўп бўлмаган миқдорда ГЭК. Зарурат бўлганда – вазопрессорлар (адреналин, норадреналин, фенилэфрин), миокард дисфункциясида – добутамин, дофамин.

## Профилактикаси

Бирламчи тиббий ёрдам босқичида хавф гуруҳларига кирувчи: жинсий йўл орқали ўтадиган инфекциялар билан касалланган; бачадон найларида жарроҳлик амалиётини ўтказган; анамнезда БТХни ўтказган, бачадон ортиқларининг сурункали яллиғланиш касаллиги мавжуд, бачадон найи-перитонеал бепуштлиқ билан касалланган аёлларни аниқлаш тавсия этилади. Шу билан бирга, БТХ аниқланган аёлларнинг тахминан 50%да маълум бир хавф омиллари мавжуд бўлмайди.

## Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Акушер-гинеколог шифокорининг қабули (кўриги, маслаҳати) ўтказилди	Ҳа/Йўқ
2.	Кичик чаноқ аъзолари УТТ ўтказилди	Ҳа/Йўқ
3.	БТХ аниқланганда ОХГнинг даражаси текширилди	Ҳа/Йўқ
4.	Жарроҳлик даволаш ёки консерватив даволаш (кўрсатмалар мавжуд бўлганда ва қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда) ўтказилди	Ҳа/Йўқ
5.	БТХни жарроҳлик даволашдан кейин бачадон найи сақланиб қолганда 7 кун ўтгач ОХГнинг қондаги даражаси қайта текширилди	Ҳа/Йўқ
6.	Инфузион-трансфузион терапия ўз вақтида, сифатли, зарур миқдорда ўтказилди	Ҳа/Йўқ

## Иловалар

### 1-илова

#### *Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси*

Миллий клиник баённома Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ва Ўзбекистон Республикаси Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатаси 2019 йил 23 декабрдаги 59-сонли Қўшма қарорининг талабларига мувофиқ ишлаб чиқилди.

Клиник баённомани ишлаб чиқишда Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг мутахассислари: акушер-гинекологлар, анестезиолог-реаниматологлар ва Инновацион соғлиқни сақлаш миллий палатасининг мутахассислари иштирок этди.

Мазкур клиник баённоманинг ишлаб чиқилиши муаммонинг тиббий аҳамияти, тиббий амалиётдаги ёндашувлардаги фарқлар ва аралашувлар самарадорлигини тасдиқловчи кўплаб замонавий манбаларнинг мавжудлиги билан боғлиқ.

**Манфаатлар тўқнашуви:** мазкур клиник баённомани ишлаб чиқишни бошлашдан аввал ишчи гуруҳнинг барча аъзолари манфаатлар тўқнашуви тўғрисида ёзма хабарномасини тўлдиришди. Ишчи гуруҳ аъзоларининг ҳеч бири фармацевтика компаниялари ёки мазкур протокол мавзуси бўйича клиник фойдаланиш учун маҳсулотлар ишлаб чиқарадиган бошқа ташкилотлар билан тижорат манфаатлари ёки бошқа манфаатлар тўқнашувига эга эмас эди.

**Манфаатдор томонларнинг иштироки:** протокол ва тавсиялар бўйича йўриқномаларни ишлаб чиқишда мақсадли аҳолининг (беморлар ва уларнинг оилалари), шу жумладан тиббий (соғлиқ учун фойда, ножўя таъсирлар ва аралашув хавфи), ахлоқий, маданий, диний жиҳатлари сўралган ва ҳисобга олинган. Фикрлар сўрови РИАГИАТМнинг ихтисослаштирилган бўлимларида аёллар билан норасмий суҳбатлар орқали амалга оширилди.

#### **Далилларни тўплаш, умумлаштириш ва танқидий баҳолаш**

**Далилларни тўплашда қўлланилган усуллар:** электрон маълумотлар базаларида, кутубхона ресурсларида қидириш. Асосий маълумот манбалари сифатида 2012-2022 йилларга мўлжалланган турли мамлакатлар тиббий жамиятлари ва бошқа ихтисослаштирилган ташкилотларнинг инглиз ва рус тилларида клиник кўрсатмаларидан фойдаланилган, тиббиётни ривожлантиришда устувор аҳамиятга эга сўнгги 5 йилги (2017 йилдан бошлаб) маълумотлардан фойдаланилди. Баённомани ишлаб чиқиш жараёнида дарсликлар ва монографиялардан фойдаланилмаган. Қуйидаги маълумотлар базаларида асосий маълумотларнинг тизимли қидируви ўтказилди:

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

Тавсияларни танлаб олиш ва мослаштириш учун манба ҳужжат сифатида турли мамлакатлардан бир нечта клиник қўлланмалардан фойдаланилди.

Топилган ва баҳоланган клиник қўлланмалар керакли тавсияларни ўз ичига олмаган ёки етарли даражада/тўлиқ тавсифланмаган, далиллар билан тасдиқланмаган, бир-бирига зид бўлган, маҳаллий шароитга тўғри келмаганда, рандомизацияланган клиник тадқиқотлар, тизимли шарҳлар, мета-таҳлиллар, когорт тадқиқотлар бўйича қўшимча қидирув ўтказилди: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> ва бошқ.

Топилган манбаларнинг сифатини танқидий баҳолаш клиник кўрсатмаларнинг замонавийлигини, уларни ишлаб чиқиш методологиясини, далилларнинг ишончилиги ва кучи, маҳаллий шароитларга тўғри келиши бўйича тавсиялар рейтингини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилди.

### **Тавсияларни шакллантириш усуллари тавсифи**

Баённоманинг якуний тавсиялари тавсияларнинг бир қисмини ўзгартиришларсиз асл нусхадаги бир нечта клиник қўлланмалардан олиш, клиник қўлланмаларнинг айрим тавсияларини маҳаллий шароитга мослаштириш ва қўшимча адабиётларни қидириш асосида тавсиялар ишлаб чиқиш йўли билан тузилган. Паст сифатли далилларга эга ва маҳаллий шароитда қўлланилмайдиган тавсиялар чиқариб ташланди. Клиник қўлланмалардан олинган тавсиялар дастлаб нашр этилган далиллар даражаси билан қабул қилинди. Хорижий клиник қўлланмалар муаллифлари бошқа далиллар даражаларидан фойдаланган бўлса, улар (имкон қадар) GRADE тизимига мослаштирилди. Турли хил клиник қўлланмаларда бир хил тавсиялар топилган, аммо турли даражадаги далилларга эга бўлган ҳолларда, ишчи гуруҳ янада ишончли илмий далиллар асосида тузилган тавсиялар баённомага киритилди.

### **Эксперт баҳо**

Протокол ҳужжатлаштирилган ҳамда ички ва ташқи экспертлар томонидан кўриб чиқилган. Тавсияларнинг далиллар базаси шарҳловчининг фикридан кўра жиддийроқ бўлса ёки мақсадли соғлиқни сақлаш шароитида фойдаланиш учун мақбулроқ бўлса, ишчи гуруҳ аъзолари шарҳловчиларнинг таклифларини рад этиш ҳуқуқини ўзида сақлаб қолади.

### **Жамоатчилик билан маслаҳатлашиш**

Протоколнинг якуний версиясини шакллантиришда протоколнинг лойиҳаси олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон акушер-гинекологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (ўқув юртлари филиаллари директорлари) кенг доирадаги мутахассислари муҳокамасига (РИАГИАТМ филиалларининг директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) тақдим этилди. Протоколнинг лойиҳаси билан РИАГИАТМнинг расмий сайти ([uzaig.uz](http://uzaig.uz)) ва телеграм каналида танишиш мумкин. Кўриб чиқишлар стандарт кўриб чиқиш варағини тўлдириш билан электрон почта орқали қабул қилинди. Протокол лойиҳасининг якуний муҳокамаси ва унинг якуний версиясини шакллантириш ишчи гуруҳ, шарҳловчилар, ЖССТ эксперти ва кенг доирадаги манфаатдор мутахассислар иштирокида норасмий консенсусга эришиш орқали онлайн тарзда ўтказилди.

Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун молиявий ёрдам Ўзбекистон Республикасидаги ЖССТнинг ваколатхонаси ва Ўзбекистон Республикасидаги БМТ Аҳолишунослик Жамғармаси (ЮНФПА/UNFPA) томонидан амалга оширилди. Ташқи молиялаштиришга ҳужжатни ишлаб чиқишнинг барча босқичларида ЖССТ экспертлари томонидан ташқи баҳолаш кўринишидаги услубий ёрдам ва протоколни ўзбек тилига таржима қилиш ва уни такрорлаш кўринишида техник ёрдам кўрсатилди. Молиявий органларнинг фикрлари ва манфаатлари протоколнинг якуний тавсияларига таъсир қилмади.

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(диагностик аралашувлар учун)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
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)**

<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
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**

<b>Тавсияларнинг ишончлилик даражаси</b>	
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)



*Бемор учун маълумот*

**Бачадондан ташқари ҳомиладорлик** – бу уруғланган тухум ҳужайраси бачадон бўшлиғидан ташқарида жойлашиши билан тавсифланадиган ҳомиладорликнинг патологик ҳолатидир.

Эктопик бачадон аёлнинг соғлиғи учун юқори хавф солувчи ҳолатлар гуруҳига киради, тиббий ёрдам кўрсатилишисиз у ўлимга ҳам олиб келиши мумкин.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликка ҳар қандай шаклда гумон қилинганда, зудлик билан туғруққа кўмаклашиш муассасаларининг гинекология бўлимига мурожаат қилиш талаб қилинади.

Статистик маълумотларга кўра, бачадондан ташқари ҳомиладорлик ҳолатларининг сони ортиши ички жинсий аъзоларнинг яллиғланиш жараёнларининг салмоғи ортиши, ноўрин жарроҳлик амалиётларнинг сони ортиши, БИКни қўллаш, бепуштлиқнинг маълум бир шакллари даволаш ва сунъий уруғлантириш билан боғлиқ.

Ўз вақтида аниқланмаса ва адекват даражада даволанмаса, бачадондан ташқари ҳомиладорлик аёлнинг ҳаётига таҳдид солиши мумкин. Шу билан бирга, бачадондан ташқари ҳомиладорлик бепуштлиқка ҳам олиб келиши мумкин. Ҳар бир тўртинчи аёлда бачадондан ташқари ҳомиладорлик қайта ривожланади, ҳар бир 5-6 аёлда кичик чаноқда битишмалар ҳосил бўлади ва аёлларнинг  $\frac{3}{4}$  да оператив даволашдан кейин иккиламчи бепуштлиқ кузатилади.

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг олдини олиб бўлмайди, бироқ вақти-вақти билан гинеколог-шифокорининг кўригидан ўтиб туриш ўлим билан якунланиш хавфини камайтириши мумкин. Юқори хавф гуруҳига кирувчи ҳомиладор аёллар эктопик ҳомиладорлик кечиктирилиб аниқланишини истисно қилиш учун тўлиқ текширувдан ўтишлари керак.



*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)

\_\_\_\_\_ муассасасид

а 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 муолажалар) 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 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 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 даволоччи 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 руҳсат бераман:

---

---

---

(ишончли шахслар)

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

Имзо \_\_\_\_\_

Сана « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ й.

## Фойдаланилган адабиётлар

1. Внематочная (эктопическая) беременность. Клиник тавсиялар. РАГЖ. Москва, 2021.
2. Бобовник С.В., Горобец Е.С., Заболотских И.Б. Периоперационная инфузионная терапия у взрослых// Анестезиология и реаниматология - 2021, №4, с. 17-33.
3. Ким Ен-Дин, Надырханова Н. С., Ткаченко Р. А. и соавт. Анестезиологический менеджмент при Placenta Accreta// Pain Medicine Journal - Том 6, № 2. - 2021.- С. 29 -36.
4. Alexander P. J. Vlaar, Joanna C. et al. Transfusion strategies in bleeding critically ill adults: a clinical practice guideline from the European Society of Intensive Care medicine. 2021.
5. Gonzalez N., Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review //Journal of minimally invasive gynecology. – 2017. – Т. 24. – № . 5. – С. 731-738.,” doi: 10.1016/j.jmig.2017.02.020.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists et al. ACOG Practice Bulletin No. 193: tubal ectopic pregnancy //Obstet Gynecol. – 2018. – Т. 131. – №. 3. – С. e91-e103.
7. Benes J., Zatloukal J., Kletecka J. Viscoelastic methods of blood clotting assessment—a multidisciplinary review //Frontiers in medicine. – 2015. – Т. 2. – С. 62.
8. Bolliger D., Mauermann E., Tanaka K. A. Thresholds for perioperative administration of hemostatic blood components and coagulation factor concentrates: an unmet medical need //Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia. – 2015. – Т. 29. – №. 3.
9. Carrick M. M. et al. Hypotensive resuscitation among trauma patients //BioMed research international. – 2016. – Т. 2016.
10. D. Li, Ed., Cheng X. et al. Comparison of the fertility outcome of salpingotomy and salpingectomy in women with tubal pregnancy: a systematic review and meta-analysis //PLOS One. – 2016. – Т. 11. – №. 3. – С. e0152343.
11. Dzik W. H. et al. Clinical review: Canadian national advisory committee on blood and blood products-massive transfusion consensus conference 2011: report of the panel //Critical Care. – 2011. – Т. 15. – №. 6. – С. 242.
12. Emma Kirk, Pim Ankum, Attila Jakab et al. Terminology for describing normally sited and ectopic pregnancies on ultrasound: ESHRE recommendations for good practice. Human Reproduction Open, Vol.00, No.0, pp. 1–21, 2020 doi:10.1093/hropen/hoaa055.
13. Fahrenhorff M., Oliveri R. S., Johansson P. I. The use of viscoelastic haemostatic assays in goal-directing treatment with allogeneic blood products—a systematic review and meta-analysis //Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine. – 2017. – Т. 25. – №. 1.– С. 1-12.
14. Fowler A., Perry D. J. Laboratory monitoring of haemostasis //Anaesthesia. – 2015. – Т. 70. – С. 68-e24.
15. Frazee E., Kashani K. Fluid management for critically ill patients: a review of the current state of fluid therapy in the intensive care unit //Kidney Diseases. – 2016. – Т. 2. – №. 2. – С. 64-71.
16. Ghelichkhani P. et al. The value of serum b-subunit of human chorionic gonadotropin level in prediction of treatment response to methotrexate in management of ectopic pregnancy; a systematic review and meta-analysis //International Journal of Pediatrics. – 2016. – Т. 4. – №. 9.– С. 3503-3518
17. Hovaguimian F., Myles P. S. Restrictive versus liberal transfusion strategy in the perioperative and acute care settings: a context-specific systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials //Anesthesiology. – 2016. – Т. 125. – №. 1. – С. 46-61.

18. Hu J. et al. Successful conservative treatment of cervical pregnancy with uterine artery embolization followed by curettage: a report of 19 cases //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. – 2016. – T. 123. – C. 97-102.
19. Insogna I. G. et al. Outpatient endometrial aspiration: an alternative to methotrexate for pregnancy of unknown location //American journal of obstetrics and gynecology. – 2017. – T. 217. – №. 2. – C. 185. e1-185. e9.
20. Kaufman R. M. et al. Platelet transfusion: a clinical practice guideline from the AABB //Annals of internal medicine. – 2015. – T. 162. – №. 3. – C. 205-213.
21. Marx G. et al. Intravascular volume therapy in adults: Guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany //European journal of anaesthesiology. – 2016. – T. 33. – №. 7. – C. 488.
22. Meier J. Blood transfusion and coagulation management //Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. – 2016. – T. 30. – №. 3. – C. 371-379.
23. Morse C. B. et al. Association of the very early rise of human chorionic gonadotropin with adverse outcomes in singleton pregnancies after in vitro fertilization //Fertility and sterility. – 2016. – T. 105. – №. 5. – C. 1208-1214. e3.
24. NICE guideline. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. April 2019. [www.nice.org.uk/guidance/ng126](http://www.nice.org.uk/guidance/ng126).
25. Pacheco L. D. et al. An update on the use of massive transfusion protocols in obstetrics //American journal of obstetrics and gynecology. – 2016. – T. 214. – №. 3. – C. 340-344.
26. Petersen K. B. et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies //Fertility and sterility. – 2016. – T. 105. – №. 4. – C. 958-967.
27. Rabinerson D., Berezowsky A., Gabbay-Benziv R. ADVANCED ABDOMINAL PREGNANCY //Harefuah. – 2017. – T. 156. – №. 2. – C. 114-117.
28. Roberts D. J. et al. Indications for use of damage control surgery and damage control interventions in civilian trauma patients: a scoping review //Journal of trauma and acute care surgery. – 2015. – T. 78. – №. 6. – C. 1187-1196.
29. Rossaint R. et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma //Critical care. – 2016. – T. 20. – №. 1. – C. 1-55.
30. Sharrock A. E. et al. Management and closure of the open abdomen after damage control laparotomy for trauma. A systematic review and meta-analysis //Injury. – 2016. – T. 47. – №. 2. – C. 296-306.
31. Shen Z. et al. Minimally-invasive management of intramural ectopic pregnancy: an eightcase series and literature review //European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. – 2020. – T. 253. – C. 180-186.
32. Song T. et al. Single-dose versus two-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a randomized controlled trial //Human Reproduction. – 2016. – T. 31. – №. 2. – C. 332-338
33. Udvardy M. et al. Successful control of massive coumarol-induced acute upper gastrointestinal bleeding and correction of prothrombin time by recombinant active factor VII (Eptacog-alpha, NovoSeven) in a patient with a prosthetic aortic valve and two malignancies (chronic lymphoid leukaemia and lung cancer) //Blood coagulation & fibrinolysis. – 2004. – T. 15.– №. 3. – C. 265-267.

34. Vilkins A. L. et al. Laparoscopic-Assisted Hysteroscopic Resection of Interstitial Ectopic Pregnancy //Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2017. – T. 24. – №. 7.
35. Voldby A. W., Brandstrup B. Fluid therapy in the perioperative setting—a clinical review //Journal of intensive care. – 2016. – T. 4. – №. 1. – C. 27.
36. Vymazal T. Massive hemorrhage management—a best evidence topic report //Therapeutics and clinical risk management. – 2015. – T. 11. – C. 1107.
37. Webster K. et al. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance //Bmj. – 2019. – T. 367.
38. Whiting P. et al. Viscoelastic point-of-care testing to assist with the diagnosis, management and monitoring of haemostasis: a systematic review and cost-effectiveness analysis. – 2015.
39. Wikkelsø A. et al. Thromboelastography (TEG) or rotational thromboelastometry (ROTEM) to monitor haemostatic treatment in bleeding patients: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis //Anaesthesia. – 2017. – T. 72. – №. 4.
40. Yang C. et al. Multiple-dose and double-dose versus single-dose administration of methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis //Reproductive biomedicine online. – 2017. – T. 34. – №. 4. – C. 383-391.