

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

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



**«Туғруқ индукцияси»  
миллий клиник баённомаси**

**ТОШКЕНТ 2023**

## КИРИШ ҚИСМИ

<b>Клиник муаммо</b>	Туғруқ индукцияси
<b>Ҳужжатнинг номи</b>	«Туғруқ индукцияси» 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>	Баённоманинг клиник тавсияларини янгилаш механизми уч йилда камида бир маротаба уларни тизимли равишда янгилашни назарда тутуди, 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> .....	9
Атамалар ва таърифлар.....	9
Эпидемиологияси.....	9
ХКТ-10 бўйича кодланиши.....	10
Туғруқ индукцияси билан боғлиқ умумий тамойиллар.....	10
Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тиббий кўрсатмалар.....	10
Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тиббий қарши кўрсатмалар.....	10
Туғруқ индукциясининг потенциал хавфлари.....	11
<b>Диагностикаси</b> .....	11
Шикоятлар ва анамнез.....	12
Физикал текширув.....	13
Лаборатор диагностик текширувлар.....	14
Инструментал диагностик текширувлар.....	14
<b>Даволаш</b> .....	14
<b>Туғруқ индукциясининг фармакологик усуллари</b> .....	15
Мифепристон.....	15
Простагландинлар.....	16
Простагландинларни қўллашда вазиятни назорат қилиш.....	21
Простагландинларни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятли(-сиз) яқунланиши.....	21
Окситоцин.....	21
Окситоцинни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланиши.....	24
<b>Туғруқ индукциясининг нофармакологик усуллари</b> .....	24
Индукциянинг механик усуллари.....	24
Қоғаноқ пардаларини ажратиш.....	27
Амниотомия.....	27
<b>Туғруқ индукцияси фармакологик ва нофармакологик усулларининг комбинациялари</b> .....	28
<b>Маълум вазиятларда туғруқ индукциясини ўтказиш бўйича тавсиялар</b> .....	29
Муддатидан ўтган (41 ҳафтадан катта) ҳомиладорлик.....	29
Қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши.....	29
Аввалги кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ мавжудлиги.....	30
Ҳомила чаноқ билан келиши.....	31
Ҳомила ўсиши чекланиши синдроми.....	31

Қандли диабетга чалинмаган аёлларда ҳомиланинг макросомиясига гумон қилиш ва туғруқда чаноқ-бош диспропорциясида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилишини прогнозлаш  
32

Анамнезда шиддатли (тез) туғруқ содир бўлиши.....	33
Ёши катта аёлларда туғруқ индукциясини ўтказиш.....	33
Ҳомила нобуд бўлиши.....	33
Кўп ҳомилалик ҳомиладорлик.....	34
Ҳомиладорлар жигар ичи холестази.....	35
Артериал гипертензия.....	36
Қандли диабет.....	37
Онкологик касалликлар.....	38
Ҳомила гемолитик касаллиги.....	38
Қоғаноқ сувлари ҳажми патологияси.....	38
Анамнезда нохуш перинатал натижалар.....	39
Аёлнинг хоҳиши.....	39
<b>Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тавсия этилмаган усуллар.....</b>	<b>39</b>
<b>Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясининг асоратлари ва ножўя таъсирлари.....</b>	<b>39</b>
<b>Тиббий реабилитация.....</b>	<b>40</b>
<b>Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш.....</b>	<b>40</b>
<b>Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари.....</b>	<b>40</b>
<b>Иловалар.....</b>	<b>42</b>
<i>Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси.....</i>	<i>42</i>
<i>Туғруқ индукцияси усулини танлаш блок-схемаси.....</i>	<i>43</i>
<i>Туғруқ индукциясини баллонли катетер ёрдамида ўтказиш блок-схемаси.....</i>	<i>44</i>
<i>Туғруқ индукциясини простагландин E<sub>2</sub> (динопростон) ёрдамида ўтказиш блок-схемаси.....</i>	<i>45</i>
<i>Амниотомияни амалга ошириш блок-схемаси.....</i>	<i>46</i>
<i>Туғруқ индукциясини окситоцин ёрдамида ўтказиш блок-схемаси.....</i>	<i>47</i>
<i>Ҳомила ўсишининг халқаро стандартлари. Ҳомиланинг тахминий вазни.....</i>	<i>48</i>
<i>Ҳомиланинг қорин айланаси референс кўрсаткичлари.....</i>	<i>49</i>
<i>Модификацияланган Бишоп шкаласи (Bishop score).....</i>	<i>50</i>
<i>Бемор учун маълумот.....</i>	<i>50</i>
<b>Фойдаланилган адабиётлар.....</b>	<b>523</b>

## ИШЧИ ГУРУҲ ТАРКИБИ:

### Ишчи гуруҳ раҳбарлари:

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

### Масъул ижрочилар:

Иргашева С.У., т.ф.д.	РИАГИАТМ, акушер-гинеколог
Бабаджанова Ш.Д., т.ф.д.	РПМ, акушер-гинеколог
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
Исанбаева Л.М.	ТХКМРМ, т.ф.д., Акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси доценти

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

ТХКМРМ – Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш 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 «\_26\_» \_\_май\_\_\_\_ Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт марказининг Илмий кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди, \_6\_ -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, аёллар ва янги туғилган чақалоқларда туғруқ индукцияси бўйича натижаларни яхшилаш, ҳамда ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш.

**Беморлар тоифаси:** гестацион муддати етилмаган ва етилган, ҳамда туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалари бўлган ҳомиладор аёллар ва оила аъзолари.

**Баённомадан фойдаланувчи гуруҳлар:** акушер-гинекологлар, оилавий шифокорлар, терапевтлар, тегишли тор доирадаги мутахассислар, соғлиқни сақлаш ташкилотлари, клиник фармакологлар, доялар, неонатологлар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари, талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари ва аспирантлари.

### Қисқартмалар рўйхати:

<b>RCOG</b>	–	Акушер ва Гинекологлар Қироллик Колледжи (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)
<b>ЖССТ</b>	–	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
<b>ВН</b>	–	вена найи (ductus venosus)
<b>ҲГК</b>	–	ҳомила гемолитик касаллиги
<b>ГҚД</b>	–	гестацион қандли диабет
<b>ТВИ</b>	–	тана вазни индекси
<b>КК</b>	–	кесар кесиш жарроҳлик амалиёти
<b>КТГ</b>	–	кардиотокограмма
<b>МБШ</b>	–	модификацияланган Бишоп шкаласи
<b>ҲТВ</b>	–	ҳомиланинг тахминий вазни
<b>ҚД</b>	–	қандли диабет
<b>ҲЎЧС</b>	–	ҳомила ўсиши чекланиши синдроми
<b>ҚПЁ</b>	–	қоғаноқ пардалари ўз-ўзидан ёрилиши
<b>УТТ</b>	–	ультратовуш текшируви
<b>САГ</b>	–	сурункали артериал гипертензия
<b>ЮУС</b>	–	юрак уриши сони
<b>ББ</b>	–	бачадон бўйни
<b>ЛТЮЭМ</b>	–	лейкоцитлар ва тромбоцитлардан ювилган эритроцитлар массаси

## Кириш

### Атамалар ва таърифлар

- **Туғруқ индукцияси ёки туғруқ стимуляцияси (induction of labor)** – ҳомиладорликнинг 22 ҳафтаси ва ундан катта муддатда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш мақсади билан фармакологик ва/ёки нофармакологик усуллар ёрдамида сунъий равишда чақирилган туғруқ фаолияти.
- **Муддатдан олдин туғдириб олиш** – табиий туғруқ фаолияти бошлангунига қадар, шу жумладан, ҳомиладорликнинг етилмаган муддатида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш (туғруқ индукцияси ва табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти).
- **Режалаштирилган туғруқ** – тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганида ёки ҳомиладорлик асоратларининг (юқори даражали перинатал ва оналик хавфи) олдини олиш учун, бачадон бўйни ҳолатини инobatга олган ҳолда, белгиланган вақтда туғруқни чақириш орқали ўтказиладиган туғдириб олиш жараёни.
- **Етилган (яхши) бачадон бўйни.** Туғруқ фаолияти ўз-ўзидан (спонтан) бошланишининг юқори эҳтимоли ёки туғруқ индукцияси учун ўтказилган аралашувлардан кейин бачадон бўйни ҳолати (МБШ бўйича  $\geq 7$  балл) ижобий томонга ўзгарганлигини кўрсатувчи бачадон бўйни хусусиятлари аниқланганда бачадон бўйни етилган ҳисобланади. Бачадон бўйнининг етилган ҳолати индукциянинг қисқароқ давомийлиги билан боғлиқ.
- **Етилмаган (номаъқул) бачадон бўйни.** Туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланишининг паст эҳтимоли ёки туғруқ индукцияси учун ўтказилган аралашувлардан кейин бачадон бўйни ҳолати (МБШ бўйича  $\leq 6$  балл) ўзгармаганлигини кўрсатувчи бачадон бўйни хусусиятлари аниқланганда, бачадон бўйни етилмаган ҳисобланади. Бачадон бўйнининг етилмаган ҳолати КК ўтказилишининг юқори хавфи билан боғлиқ.

*Ҳозирги кунда “етилмаган” (МБШ бўйича  $\leq 5$  балл), “етарлича етилмаган” (МБШ бўйича 6-7 балл), “етилган” (МБШ бўйича  $\geq 8$  балл) бачадон бўйни атамалари кенг қўлланилмайди.*

*МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолати 7 балл ва ундан юқори баҳоланганлиги фақатгина бачадон бўйни очилишга тайёрлиги ва туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланишининг юқори эҳтимоли ёки туғруқ индукцияси учун ўтказилган аралашувлардан кейин бачадон бўйни ҳолати ижобий томонга ўзгарганлигини кўрсатади. Туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукцияси усуллари танлаш учун Бишоп шкаласи бўйича 7 балл баҳоси “чегара” кўрсаткич сифатида кўпроқ қўлланилмоқда.*

### Эпидемиологияси

Туғруқ индукцияси акушерлик амалиётида энг кўп қўлланиладиган муолажалардан бири ҳисобланади. Одатда, онада турли касалликлар ёки ҳомиладорликнинг асоратлари кўзатилганда, ҳомиладорлик муддатини узайтириш (давом эттириш) оналик ва перинатал нохуш натижалар бўйича юқори хавф туғдирганда, туғруқ индукцияси тиббий кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилади. Баъзи ҳолатларда (ҳомиладорликнинг етилган муддатида, она ёки ҳомила томонидан тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, бироқ маъқул муддат ва шарт-шароитларни танлаш орқали натижаларни яхшилаш мақсадида) туғруқ индукцияси ихтиёрий равишда ҳам ўтказилади.

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг Оналик ва перинатал саломатлик бўйича глобал шарҳига киритилган 24 мамлакатларнинг 373 тиббиёт муассасаларида ва 300 мингга яқин туғруқларнинг 9.6% ҳолатларида туғруқ индукцияси ўтказилганлиги кўрсатилган.



Африка мамлакатларида туғруқ индукциясини ўтказиш амалиёти Осиё ва Лотин Америка мамлакатларига қараганда нисбатан пастроқ (энг паст кўрсаткич Нигерда 1,4%, энг юқори кўрсаткич эса Шри-Ланкада 35,5%), Буюк Британияда 2004-2005 йилларда ҳар бешинчи туғруқ индукцияланган (19,8%).

Республика перинатал марказининг тезкор маълумотларига кўра Ўзбекистондаги туғруққа кўмаклашиш муассасаларида туғруқ индукциясини ўтказиш меъёри 0.5% дан 4-5% гача, вилоят перинатал марказларида ўртача 3.9% ташкил қилади, бироқ статистик маълумотларда туғруқ индукцияларининг сони тўлиқ қайд этилмаслиги эҳтимоли мавжуд.

Ҳозирги кунда бутун дунёда туғруқ индукциясини ўтказиш салмоғи ортиб бормоқда. Бунинг сабаби перинатал ва акушерлик асоратларнинг, шу жумладан, соматик касалликларнинг (қандли диабет, семизлик) ривожланиши бўйича юқори хавфи мавжуд, ҳамда катта репродуктив ёшда ҳомиладор бўлган аёлларнинг сони кўпайиши ва шунга мос равишда ҳомиладорлик асоратлари сони ортиб бориши билан боғлиқ.

### ХКТ-10 бўйича кодланиши

<b>O61</b>	Туғруқни стимуляциялашдаги муваффақиятсиз уриниш
<b>O61.0</b>	Дори-воситалар билан туғруқни стимуляциялашдаги муваффақиятсиз уриниш
<b>O61.1</b>	Инструментал усуллар билан туғруқни стимуляциялашдаги муваффақиятсиз уриниш
<b>O61.8</b>	Туғруқни стимуляциялашдаги бошқа турдаги муваффақиятсиз уринишлар

### Туғруқ индукцияси билан боғлиқ умумий тамойиллар

- Туғруқ индукцияси фақатгина аниқ тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда ўтказилиши ва бунда кутилаётган ижобий натижалар потенциал хавфлардан устун бўлиши керак.
- Туғруқ индукцияси эҳтиёткорлик билан ўтказилиши керак, чунки ушбу муолажа бачадон гиперстимуляцияси ва ёрилиш хавфи, шунингдек, ҳомиланинг ноаниқ ҳолатининг (ҳомила дистресси) хавфи билан боғлиқ.
- Туғруқ индукциясини ўтказишда она ва ҳомила ҳолатларини баҳолаш учун керакли бўлган шарт-шароитларни ва жиҳозларни таъминлаш зарур.
- Окситоцин, мизопростол ёки бошқа простагландинлар ёрдамида туғруқ индукцияси ўтказилаётган аёллар доимо шифокорнинг назорати остида бўлишлари керак.
- Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланиши ҳар доим ҳам кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатма бўлмайди.
- Туғруқ индукцияси, кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш имкони мавжуд бўлган тиббиёт муассасаларида ўтказилиши керак.
- Туғруқ индукциясини ўтказиш учун аёл ихтиёрий равишда розилик бериши керак.

<b>5C</b>	Туғруқ натижаларини яхшилаш мақсадида тиббиёт муассасасидан ташқарида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	---

### Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тиббий кўрсатмалар

Ҳомиладорлик муддати узайтирилиши, индукция ўтказишнинг хавфи ёки табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олишнинг афзалликлари, она ва ҳомила томонидан юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг ривожланиш хавфи анча юқори бўлса, туғруқ индукциясини ўтказиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

#### Туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар:

- асоратланмаган ҳомиладорлик: ҳомиладорлик муддати 41<sup>+0</sup> ҳафтадан ўтганда (12 ҳафтагача бўлган биринчи УТТ ва бошқа усуллар билан ҳомиладорлик муддати аниқланиши керак);

- Ҳомиладорликни тўхтатиш зарур бўлган ҳомиладорлик асоратлари:
  - гипертензив бузилишлар – сурункали гипертензия, гестацион гипертензия, преэклампсия, HELLP-синдроми);
  - қандли диабет, гестацион қандли диабет;
  - кўп ҳомилали ҳомиладорлик;
  - камсувлик;
  - кўпсувлик;
  - ҳомиладорлар жигар ичи холестази;
  - аллоиммунизацияда ҳомиланинг гемолитик анемияси;
  - ҳомиладорликнинг 34 ҳафтадан катта муддатда қоғаноқ пардалари муддатидан олдин туғруқда ёрилиши;
  - хориоамнионит;
  - ҳомиланинг антенатал ўлими;
  - ҳомила ўсиши чекланиши синдроми.
- ҳаётий функцияларга таъсир қилувчи соматик ва бошқа касалликларда ҳомиладорлик муддати узайтирилиши аёл учун хавфлидир;
- ҳомиланинг кўплаб инкурабел ривожланиш нуқсонларида ҳомиладорликни тўхтатиш.

### Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тиббий қарши кўрсатмалар

<b>5C</b>	Табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш имконсизлигини белгиловчи клиник ҳолатларни ҳамда туғруқ индукциясини ўтказиш учун қарши кўрсатмалар сифатида КК жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш учун кўрсатмаларни инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	--

Туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар, унинг муддати ва усули бўйича қарор қабул қилишда. қарши кўрсатмаларни инобатга олиш керак. Бу одатда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш учун қарши кўрсатмаларни белгиловчи клиник ҳолатлар билан бир хил бўлади.

Буларга қуйидаги клиник ҳолатлар киради, лекин қарши кўрсатмалар улар билан чекланиб қолмайди:

- она томонидан табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш учун барча қарши кўрсатмалар;
- киндик тизимчаси томирлари олдинда келиши (vasa previa);
- йўлдошнинг олдинда келиши;
- ҳомиланинг кўндаланг жойлашиши;
- ҳомила боши ва она чаноғи ўртасидаги сезиларли даражадаги номутаносиблик (чаноқ-бош диспропорцияси);
- анамнезда корпорал кесарча кесиш ёки бачадонда Т-симон кесма билан КК жарроҳлик амалиёти ўтказилганлиги;
- фаол генитал герпес инфекцияси;
- бачадон бўйни инвазив саратони;
- чаноқ суюқлари структуравий деформациялари;
- анамнезда бачадон ёрилиши ўтказгани;
- анамнезда лапароскопия амалиёти орқали бачадон бўшлиғига кириб бориш билан консерватив миомэктомия ўтказилганлиги;
- қоғаноқ пардалари муддатидан олдин туғруқда ёрилишида ҳомиланинг боши ёзилиши (ҳомила пешана ёки юзи билан келиши);
- ҳомила чаноқ билан келиши;

- ҳомила туғилишига тўсқинлик қилувчи бачадон ўсмалари;
- КК жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилган ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари;
- олти ҳафтадан кам вақт давомида герпетик инфекциясининг дастлабки эпизоди ўтказилганлиги ёки туғруқдан бир кун олдин қайталанишнинг клиник белгилари намоён бўлиши;
- ОИВ-инфекцияси (ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталик муддатидан кейин вирус юкламаси >1000 нусха/мл аниқланган ёки номаълум бўлган, ҳомиладорлик даврида антиретровирус терапияси ўтказилмаган ва/ёки туғруқ пайтида антиретровирус профилактикасини ўтказиш имкони бўлмаган каби вазиятлар).

Бундан ташқари, ишлаб чиқарувчининг йўриқномасига мувофиқ бачадон бўйнини тайёрлаш ва туғруқ индукциясини ўтказиш учун фойдаланиладиган фармакологик ва механик воситаларни қўллашга қарши кўрсатмаларни инобатга олиш керак.

### Туғруқ индукциясининг потенциал хавфлари

Ўз-ўзидан (спонтан) содир бўлган туғруқ билан солиштирганда, туғруқ индукцияси ўтказилиши натижасида қуйидаги асоратларнинг ривожланиш хавфи ортади:

- ҳомиладорлик муддатини нотўғри аниқлаш туфайли муддатдан олдин ёки етилмаган ҳомила туғилиши;
- тўсатдан ривожланган ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (ҳомила дистресси);
- оператив вагинал туғруқ ўтказилиши;
- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши;
- ҳомиланинг ЮУС ўзгариши билан/ўзгаришисиз бачадон гиперсистолияси/тахисистолияси;
- бачадон ёрилиши – туғруқ индукциясини ўтказиш пайтида бачадон ёрилишига гумон қилинганда шошилиш равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш (кечиктириб бўлмайдиган 1-тоифага киради);
- амниотомияни ўтказиш пайтида киндик тизимчаси тушиб қолиши;
- қоғаноқ сувлари эмболияси;
- туғилган болалар Апгар шкаласи бўйича паст баҳо олиши.

### Диагностикаси

**Туғруқ индукциясини ўтказишдан аввал шифокорлар қуйидагиларни бажаришлари керак:**

- аёлнинг анамнези билан танишиш;
- туғруқ индукциясининг муддати/вақтини танлашнинг муҳим омили сифатида келувчи, ҳомиладорлик муддатини тўғри аниқлаш;
- бирламчи гемодинамик кўрсаткичларни баҳолаш: пульс, тана ҳарорати, нафас олиш сони, артериал қон босими;
- ҲТВни аниқлаш;
- ҳомиланинг жойлашиши, позицияси ва унинг тури ҳамда ҳомиланинг олдинда ётган қисмини аниқлаш учун қорин пальпациясини ўтказиш;
- МБШ бўйича бачадон бўйни ҳолати, қоғаноқ пардалари бутунлиги, чаноқ суягига нисбатан ҳомиланинг олдинда ётган қисмини аниқлаш учун қин орқали текширувни ўтказиш;
- ҳомиланинг ҳолатини баҳолаш: ЮУС, КТГ;
- туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш;
- туғруқ индукциясининг муддати ва усулини белгилаш;

- куну-тун оператив туғдириб олиш, шу жумладан, оператив вагинал туғдириб олиш (вакуум-экстракция, қисқичларни қўйиш ва ҳ.к.) ва кесар кесиш жарроҳлик йўли орқали туғдириб олиш имкони мавжудлигини аниқлаш.

**Туғруқ индукциясини ўтказишдан аввал аёл билан қўйидаги масалаларни муҳокама қилиш зарур:**

- ҳар бир аёлнинг ҳақиқий ҳолати, фикр ва мулоҳазаларини инобатга олиш;
- аёл билан:
  - туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар;
  - туғруқ индукциясини ўтказиш усули (дори-воситалар ёки муолажалар ёрдамида);
  - туғруқ индукциясининг потенциал хавфлари ва афзалликлари, ножўя таъсирлари ва асоратлари;
  - туғруқнинг оғриқсизлантириш усуллари;
  - туғруқ индукцияси муваффақиятсиз якунланган ҳолда олиб бориш тактикаси ва
  - кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғруқ якунланиши эҳтимоли каби масалаларни муҳокама қилиш;
- аёлга ва унинг шеригига саволлар бериш ва қарор қабул қилиш учун вақт бериш;
- ҳар қандай қарор қабул қилинишидан қатъи назар аёлни қўллаб-қувватлаш;
- туғруқ индукцияси ўтказилишига қарши бўлганда – аёлнинг танловини ҳурмат қилиш.

**Касаллик/туғруқ тарихида қўйидаги маълумотлар ўз вақтида ва аниқ ҳужжатлаштирилиши керак:**

- туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар;
- туғруқ индукциясини ўтказиш усули;
- МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолати;
- потенциал хавфлар ва афзалликлар;
- тиббий аралашувга ихтиёрий розилик олиш;
- шифокор(-лар) имзоси.

**Шикоятлар ва анамнез**

<b>4C</b>	Туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишини таъминлаш учун туғруқ КК орқали якунланишининг хавф омили сифатида аёлнинг ёшини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---

20 ёшдан кичик ва 35 ёшдан катта бўлган аёлларда туғруқ КК орқали якунланиши хавфи юқори туради.

<b>3A</b>	Туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишини таъминлаш учун туғруқ КК орқали якунланишининг хавф омили сифатида юқори тана вазни индекси (ТВИ) (>30 кг/м <sup>2</sup> ) ва/ёки ҳомиладорлик даврида ортиқча вазн ортиришни (>20 кг) инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---

Нормал тана вазнига эга аёлларга қараганда, семизлиги мавжуд аёлларда туғруқда асоратлар (туғруқ фаолияти сустлиги, туғруқ КК орқали якунланиши ва туғруқдан кейинги қон кетиши ривожланиши) юзага келиш салмоғи юқори туради. Семизлиги мавжуд аёлларда туғруқ индукцияси муваффақиятсиз ўтказилиши ва туғруқ КК орқали якунланишининг салмоғи юқори туради ва бу ТВИ ошиши билан мутаносиб равишда ортади.

<b>3C</b>	Туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар ва муддатларни белгилаш учун соматик патология (қандли диабет, артериал гипертензия ва бошқ.) мавжудлигини ва мазкур ҳомиладорлик оғир кечганлигини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>4C</b>	Туғруқ индукциясини ўтказишда туғруқ КК орқали яқунланишининг хавф омили сифатида анамнезда туғруқ ўз-ўзидан (спонтан) содир бўлмаганлигини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---

Туғруқ индукциясини ўтказишда биринчи ва аввалги туғруқларнинг натижаси туғруқ КК орқали яқунланишининг мустақил омили ҳисобланади.

<b>4C</b>	Туғруқни чақиришда потенциал хавфлар юзага келишини камайтириш мақсадида анамнезда шиддатли туғруқлар содир бўлганлигини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	Туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишини таъминлаш учун ҳомиладорлик муддатини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	--

Катта ҳомиладорлик муддати, қоида тариқасида, оператив вагинал туғдириб олишнинг юқори эҳтимоли билан боғлиқ бўлади: ҳомиладорлик муддати  $\geq 34$  ҳафта бўлган аёлларга қараганда, ҳомиладорлик муддати  $< 34$  ҳафта бўлган аёллар камдан-кам ҳолатларда табиий туғруқ йўллари орқали туғишади. Муддатдан олдин туғдириб олишда етилмаган ҳомила туғилишининг эҳтимоли юқори.

<b>3B</b>	Туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишининг эҳтимолини оширувчи омил сифатида анамнезда ККдан кейин бачадонда чандиқ мавжудлигида табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганлигини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---

Анамнезда ККдан кейин бачадонда чандиқ мавжудлигида табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлганлиги туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилиши эҳтимолини оширади ва туғруқ индукцияси муваффақиятли яқунланишини прогнозлаш моделларида катта аҳамиятга эга бўлган ижобий омил ҳисобланади.

<b>5C</b>	Туғруқ индукциясини ўтказиш учун простагландинлар, мифепристон, окситоцинни қўллашда бачадон тахисистолияси/гиперсистолияси ривожланишининг юқори хавфи ва ҳомила юрак уриши ритмининг ўзгаришини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---

Дори-воситаларсиз ёки плацебо қўлланилиши билан солиштирганда, туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясини ўтказиш учун простагландинлар, мифепристон, окситоцинларнинг қўлланилиши бачадон қисқаришларининг сони ҳаддан ташқари ортининг хавфи ҳомила юрак уриши ритмининг ўзгариши билан кузатилиши мумкин.

### Физикал текширув

<b>1B</b>	Туғруқ индукцияси усулини танлашда модификацияланган Бишоп шкаласи бўйича бачадон бўйнининг ҳолатини баҳолаш мақсадида қин орқали текширувни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Маълум чекловларга қарамасдан, бачадон бўйнининг ҳолатини баҳолаш учун энг қулай восита Бишоп шкаласи ҳисобланади.

Фетал фибронектин ёки УТТда бачадон бўйни узунлигини аниқлаш текширувлари каби бачадон бўйнининг ҳолатини Бишоп шкаласи бўйича баҳолаш, туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишини тенг равишда прогнозлаш, тизимли шарҳнинг натижаларида кўрсатилган.

Бачадон бўйни канали ўтказувчанлиги ёки бачадон бўғзи очилиши, бачадон бўйни узунлиги ва ҳомиланинг олдинда ётган қисмининг жойлашиши Бишоп шкаласи бўйича баҳолашнинг муҳим қисми ҳисобланади:

▪ МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолати 7 балл ва ундан юқори баҳоланганлиги (“етилган” бачадон бўйни), бачадон бўйни очилишга тайёрлиги ва туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланишининг юқори эҳтимоли ёки туғруқ индукцияси учун ўтказилган аралашувлардан кейин бачадон бўйни ҳолати ижобий томонга ўзгарганлигини кўрсатади. Туғруқ индукцияси муваффақиятли яқунланишининг прогнози ижобий.

▪ МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолати 6 балл ва ундан паст баҳоланганлиги (“етилмаган” бачадон бўйни), туғруқ фаолияти ўз-ўзидан бошланишининг паст эҳтимоли ёки туғруқ индукцияси учун ўтказилган аралашувлардан кейин бачадон бўйни ҳолати ўзгармаганлигини кўрсатади. Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланишининг эҳтимоли юқори туради.

Беш компонентлик МБШдан ташқари туғруқ индукцияси муваффақиятли яқунланиши эҳтимолини прогнозлаш учун Бишоп шкаласининг соддалаштирилган варианты ҳам мавжуд:

- туғруқ индукцияси муваффақиятли яқунланишини тенг даражада самарали прогнозлайди;
- амалиётда қўлланилиши учун янада содда ва қулайлаштирилган;
- қуйидаги уч хусусиятларни ўз ичига олади: бачадон бўйни очилиши, бачадон бўйни узунлиги, қуймич ўсиқларига нисбатан ҳомиланинг олдинда ётган қисми туриши.

Соддалаштирилган Бишоп шкаласи бўйича  $\geq 5$  балл баҳоси МБШ бўйича  $\geq 7$  балл баҳоси каби ижобий ва салбий прогностик қийматларга эга.

Туғруқ индукцияси муваффақиятли ўтказилишининг юқори эҳтимоли билан нафақат бачадон бўйнининг ҳолати (цервикал омил), балки ноцервикал омиллар билан ҳам боғлиқ:

- қайта туғруқ;
- қоғаноқ пардалари ёрилиши;
- пастроқ ТВИ;
- баландроқ бўй;
- кичикроқ ҲТВ;
- ёндош касалликлар ва акушерлик асоратлар (масалан, преэклампсия) мавжуд эмаслиги.

### Лаборатор диагностик текширувлар

“Нормал ҳомиладорлик” клиник баённомасида тақдим этилган тавсияларга мувофиқ ўтказилади.

### Инструментал диагностик текширувлар

<b>5C</b>	Ҳомиланинг ҳолати бузилишини ўз вақтида аниқлаш учун туғруқ индукциясини бошладан аввал ва амалга оширишда КТГни ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Туғруқ индукцияси ўтказилишига тайёрланаётган ҳомиласи тирик бўлган барча аёлларда ҳомиланинг дастлабки ҳолатини баҳолаш учун КТГни ўтказиш керак. КТГ бачадон қисқаришлари бошланиши билан ва кейинчалик кўрсатмаларга мувофиқ ўтказилади.

### Даволаш

Туғруқ индукцияси қуйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

- фармакологик (мифепристон, динопростон, мизопростол, окситоцин);
- нофармакологик (механик усуллар, бармоқлар билан қоғаноқ пардаларини ажратиш, амниотомия).

<b>5C</b>	Туғруқ индукцияси усулини танлашда таъсир қилиш механизми, таъсирга эришиш вақти, қўллаш учун қарши кўрсатмалар ва бошқа усуллар билан бирга қўллаш имкониятини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	---



Туғруқ индукциясини ўтказиш учун қўлланиладиган фармакологик ва нофармакологик воситаларнинг таъсир қилиш механизми, ҳомиладор аёл организмнинг жавоб реакцияси ривожланишининг тезлиги, шунингдек, қўллаш учун қарши кўрсатмалар билан фарқланади. Шу муносабат билан, туғруқ индукциясининг кетма-кет ёки комбинацияланган усулини ёки схемасини танлашда клиник маълумотларни, ҳомиладор аёл организмнинг индивидуал хусусиятларини ва зарур таъсирга эришиш учун мавжуд вақтни инобатга олиш керак.



## Туғруқ индукциясининг фармакологик усуллари

### Мифепристон

**Мифепристон** – рецепторларнинг даражасида таъсирни бостирувчи прогестероннинг синтетик антагонисти ҳисобланади. Мифепристон бачадон бўйни етилиши ва туғруқ фаолияти бошланишини чақиради.

**Қўлланилиши:** бачадон бўйни етилишига эришиш (МБШ бўйича  $\geq 7$  балл).

**Фақат ҳомиланинг антенатал ўлимида қўлланилади.**

Қўлланилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “етилмаган” бачадон бўйни (МБШ бўйича ≤6 балл)</li> <li>▪ ҳомила нобуд бўлганида</li> </ul>
Қўллаш учун қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун ҳар қандай қарши кўрсатмалар</li> <li>▪ тирик ҳомила</li> <li>▪ мифепристонга юқори сезувчанлик</li> <li>▪ сурункали буйрак усти беши етишмовчилиги ёки узоқ муддат давомида кортикостероидларни қабул қилиш</li> <li>▪ геморрагик бузилишлар ёки антикоагулянтларни қабул қилиш</li> </ul>
Эҳтиёткорлик билан қўллаш	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ артериал гипотензия</li> <li>▪ бош мия қон айланиши бузилиши</li> <li>▪ эпилепсия</li> </ul>

<b>1А</b>	<p>Ҳомиланинг антенатал ўлимида туғруқ индукциясини ўтказиш мақсадида шифокорнинг назорати остида, 200 мг дозада бир маротаба оғиз орқали ва, зарур бўлганда, худди шу дозада 24 соатдан кейин қайта қабул қилиш билан мифепристонни тайинлаш тавсия этилади.</p>
-----------	---

### **Мифепристонни қўллаш усуллари ва умумий максимал дозаси**

- фақатгина стационар шароитда, шифокорларнинг кеча-кундуз назорати остида қўлланилади;
- дори-воситасининг тавсия этилган дозаси бир маротаба 200 мг дан оғиз орқали қабул қилинади;
- биринчи қабул қилингандан кейин бачадон бўйнида адекват ўзгаришлар бўлмаса (МБШ бўйича ≤6 балл), 24 соатдан кейин қайта қабул қилиш мумкин бўлади;
- плацебо қўлланилиши билан солиштирганда, кўпинча мифепристоннинг таъсири остида 48 соатдан кейин туғруқ фаолияти бошланиши ёки бачадон бўйни тўлиқ етилиши юзага келади, бунда дори-воситанинг таъсири 72-96 соатгача давом этади;
- мифепристоннинг охирги таблеткаси қабул қилингандан кейин 24-48 соат ўтгач, туғруқ индукциясини қўйидаги усуллар ёрдамида давом эттириш мумкин: окситоциннинг бир вақтли инфузияси билан амниотомияни (техник жиҳатдан имкони бўлса) дарҳол амалга ошириш ЁКИ мизопростол/динопростонни қабул қилиш ЁКИ баллонли катетерни ўрнатиш;
- она сути билан озиқлантирса бўлади;
- ностероид яллиғланишга қарши дори-воситалар, шу жумладан, ацетилсалицил кислотаси билан бир вақтнинг ўзида қабул қилиб бўлмайди, чунки бу мифепристоннинг самарадорлигини пасайтириши мумкин.

### **Ножўя таъсирлари:**

- бош айланиши;
- бош оғриғи;
- ҳолсизлик;
- кўнгил айланиши;
- қайт қилиш;
- диарея.



## Простагландинлар

**Простагландинлар** – бу гормонга ўхшаш моддалар бўлиб, ўта тўйинмаган ёғ кислоталарининг ҳосилалари ҳисобланади ва уларнинг асосий биологик эффектларидан бири бачадон силлиқ мускулатурасининг тонусига кучли таъсир қилишдан иборат.

**2А** Туғруқ индукциясини ўтказиш учун простагландинларнинг паст дозаларини оғиз орқали қабул қилиш ёки қинга қўйиш тавсия этилади.

Ҳозирги кунда простагландинларнинг икки синфи: **E<sub>2</sub> (динопростон)** ва **E<sub>1</sub> (мизопроствол)** қўлланилади.

**Динопростон** – бу E<sub>2</sub>-простагландинининг халқаро патентланмаган номи.

**1А** Стериллик шарт-шароитларига қатъий риоя қилган ҳолда, туғруқ индукциясини ўтказиш мақсадида динопростонни тайинлаш тавсия этилади.

Плацебо қўлланилиши билан солиштирганда, динопростон 24 соат ичида туғруқ содир бўлиши эҳтимолини оширади, бироқ унинг қўлланилиши ҳомиланинг юрак уриши ўзгариши билан бачадон гиперстимуляциясининг юқори салмоғи билан кечади, бунда ККнинг салмоғи камаймайди.

### Дори шакли:

- вагинал таблеткалар – 3 мг (қиннинг орқа гумбазига ичкарига киритилади);
- вагинал гель – 1-2 мг (қиннинг орқа гумбазига киритилгандан кейин бачадон бўйни каналига туширмаслик лозим);
- вагинал пессарий (insert) – 10 мг, 12 соат давомида 0,3 мг/соатига тезликда фаол модданинг аста-секин ва доимий чиқарилишини таъминлайди.

Қўлланилиши	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ “етилмаган” бачадон бўйни (МБШ бўйича ≤6 балл)</li><li>▪ техник жиҳатдан амниотомияни амалга ошириш имкони бўлмаганда, туғруқ индукцияси муваффақиятсиз якунланган ҳолда, баллонли катетердан кейин қўлланилиши мумкин</li></ul>
Қўллаш учун қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун ҳар қандай қарши кўрсатмалар</li><li>▪ простагландинларга юқори сезувчанлик</li><li>▪ кўп туғувчи аёллар (анамнезда 6 ва ундан кўп муддатдаги туғруқлар)</li><li>▪ аввалги КК ёки бачадонда ҳар қандай жарроҳлик аралашув ўтказилганлиги</li><li>▪ ҳомиланинг нотўғри жойлашиши</li><li>▪ қиндан қон кетиши</li><li>▪ ҳомиланинг патологик ЮУС ёки КТГ</li></ul>
Эҳтиёткорлик билан қўллаш	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ кўп ҳомилалик ҳомиладорлик</li><li>▪ бронхиал астма, сурункали обструктив ўпка касаллиги</li><li>▪ эпилепсия</li><li>▪ юрак қон-томир касалликлари</li><li>▪ кўз ичи юқори босими, глаукома</li></ul>

### E<sub>2</sub>-простагландинини қўллаш усуллари ва умумий максимал дозаси

- фақатгина стационар шароитда, шифокорларнинг кеча-кундуз назорати остида қўлланилади;
- дори-воситани қўллашдан аввал сийдик қопини бўшатиш зарур;
- динопростонни қинга қўйиш бўйича кўрсатмалар:
  - таблеткалар қиннинг орқа гумбазига киритилади;

- гель қиннинг орқа гүмбазига киритилади, бачадон бүйни каналига туширмаслик лозим, дори-восита қўйилгандан сўнг 30 дақиқа давомида ён бошлаб ёки тепага қараб ётиш тавсия этилади.
- динопростонни интрацервикал йўл орқали қўймаслик лозим;
- рухсат этилган максимал кунлик дозаси:
  - таблеткаси (3 мг): 2 таблеткани ташкил қилади: 1 таблеткадан, вақт оралиғи 6 соат бўлиши керак (рухсат этилган вақт оралиғи 6-12 соатни ташкил қилади);
  - вагинал гель: 1-2 мг дан 2 маҳал камида 6 соатлик ораликда;
  - простагландиннинг чиқарилишини бошқарадиган вагинал пессарийни қўллаганда (10 мг): кунига 1 пессарий (қинда 24 соатдан кўп туриши мумкин эмас).
- МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолати қайта баҳоланади:
  - таблеткалар/гельни қўллаганда 6 соатдан кейин;
  - вагинал пессарийни қўллаганда 12 соатдан кейин.
- МБШ бўйича баҳосидан қатъи назар, техник жиҳатдан имкони бўлса, амниотомияни амалга оширинг;
- техник жиҳатдан амниотомияни амалга ошириш имкони бўлмаса, дори-воситанинг такрорий дозасини қўйиш керак бўлиши мумкин;
- динопростонни қўйишдан аввал КТГни ўтказиш зарур.

**Ножўя таъсирлари:**

- бачадон тахисистолияси/гиперсистолияси;
- кўнгил айниши/қайт қилиш;
- диярея;
- иситма;
- қалтираш.

Окситоцин ва простагландиннинг бир вақтли таъсири туфайли юзага келадиган бачадон тахисистолияси/гиперсистолиясининг олдини олиш мақсадида қиндан пессарий олиб ташланганидан кейин камида 30 дақиқа ёки гель/таблетка кўринишидаги динопростоннинг охириги дозаси ва окситоцинни юборишни бошлашнинг ўртасидаги вақт оралиғи 6 соатдан 12 соатгача (камида 6 соат) ташкил қилиши керак.

**Мизопроустол** – бу E<sub>1</sub>-простагландинининг синтетик ҳосиласи бўлиб, бачадон қисқаришларини рағбатлантирган ҳолда, бачадон бўйни очилиши ва бачадон бўшлиғидаги сақланмаларни чиқариб ташлашга кўмаклашади.

Қўлланилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “етилмаган” бачадон бўйни (МБШ бўйича ≤6 балл)</li> <li>▪ ҳомила нобуд бўлганида</li> </ul>
Қўллаш учун қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун ҳар қандай қарши кўрсатмалар</li> <li>▪ простагландинларга юқори сезувчанлик</li> <li>▪ оғир буйрак етишмовчилиги</li> <li>▪ аввалги КК ёки бачадонда ҳар қандай жарроҳлик аралашув ўтказилганлиги</li> <li>▪ ҳомиланинг нотўғри жойлашиши</li> <li>▪ қиндан қон кетиши</li> </ul>
Эҳтиёткорлик билан қўллаш	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ кўп ҳомилали ҳомиладорлик</li> <li>▪ бронхиал астма, сурункали обструктив ўпка касаллиги</li> <li>▪ эпилепсия</li> <li>▪ юрак қон-томир касалликлари</li> </ul>

**Дори шакли:** 200 мкг (0.2 мг) ва 25 мкг (0.025 мг) дан таблеткалар.

**Ҳозирги кунда тирик ҳомилада мизопростолни қўллаш тавсия этилмайди.**

**Мизопростолни қўллаш усуллари:**

<b>2С</b>	Туғруқ индукциясини ўтказиш учун мизопростолнинг паст дозаларини қинга қўйиш тавсия этилади.
-----------	--

**Қин ичига:** 25 мкг дан (200 мкг ли таблетканинг  $\frac{1}{8}$  қисми), кейингилари 6 соатлик вақт оралиғида қўйилади. Охирги қўлланилгандан кейин 4 соат ўтгач, окситоциннинг инфузиясини бошлаш мумкин. Мизопростол таблеткаси аниқ бўлинмаслиги ва унинг бўлинган қисмларида дори-воситанинг ҳар хил концентрацияси бўлиши хавфи мавжуд.

<b>2А</b>	Туғруқ индукциясини ўтказиш учун мизопростолни оғиз орқали (25 мкг дан ҳар 2 соатда) қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	--

**Оғиз орқали:** ҳар 2 соатда 25 мкг дан (200 мкг ли таблетканинг  $\frac{1}{8}$  қисми) қабул қилинади. Оғиз орқали қабул қилинганидан кейин 30 дақиқа ўтгач, юқори концентрацияга эришади, ярим чиқарилиш даври атиги 90 дақиқани ташкил қилади, жигарда тезда метаболизмга учрайди ва сийдик орқали чиқарилади. Ёноққа ёки тил остига мизопростолни қабул қилиш тавсия этилмайди.

Гарчи мизопростолни оғиз орқали қабул қилганда асоратлар ва ножўя таъсирлар, шу жумладан, бачадон гиперстимуляцияси юзага келишининг эҳтимоли паст бўлса ҳам, мизопростолни қин ичига қўйиш самаралироқ бўлиши мумкин.

<b>3А</b>	Ҳомиладорликнинг учинчи триместрида ҳомила нобуд бўлиши ёки ҳомиланинг ривожланиш нуқсонларида туғруқ индукциясини ўтказиш учун мизопростолни оғиз орқали қабул қилиш ёки қин ичига қўйиш тавсия этилади.
-----------	---

**Мизопростолни оғиз орқали қабул қилиш бўйича кўрсатмалар:**



**Зарур буюмлар:** даражаланган стакан, қошиқ, ичимлик суви (200 мл), 1 мизопростол таблеткаси (200 мкг), тоза бутилка

• Махсус даражаланган стаканга 200 мл тоза сув қуйинг



• Мизопростол таблеткасини қошиқ ёрдамида майдаланг

• Майдаланган дори-воситани сувга қўшинг ва тўлиқ эригунга қадар аралаштиринг

- Эритмани бутилкага қўйинг ва дори-воситанинг номи ва концентрациясини қоғозга ёзиб, бутилкага ёпиштириб қўйинг.
- Туғруқ фаолияти бошлангунга қадар ҳар 2 соатда 25 мл дан қабул қилинади.
- Максимал дозаси: 24 соат ичида 200 мкг ни ташкил қилади. Тайёрланганидан кейин 24 соат ўтгач, мизопростол эритмасини қабул қилиш тавсия этилмайди.
- Мизопростолнинг охириги дозаси қабул қилинганидан камида 4 соат ўтгач, окситоциннинг инфузиясини бошлаш мумкин.

#### **Ножўя таъсирлари:**

- бачадон тахисистолияси/гиперсистолияси;
- кўнгил айниши;
- диярея;
- иситма;
- қалтираш.

Ҳомиласи нобуд бўлган аёл туғруқ индукцияси ўтказилишига розилик берса, оғиз орқали мифепристон тайинлагандан кейин мизопростол ёки динопростонни қинга қўйиш тавсия этилади.

Ҳомиланинг ривожланиш нуқсонлари мавжуд ёки ҳомиласи нобуд бўлган аёлларда туғруқ индукциясини ўтказиш пайтида бачадон тахисистолияси/гиперсистолияси ва бачадон ёрилишининг хавфи юқори бўлганлиги сабабли, туғруқ фаолияти бошланганидан кейин диққат билан аёлни кузатиб бориш жуда муҳимдир.

#### **Простагландинларни қўллашда вазиятни назорат қилиш**

- Туғруқ индукциясини ўтказишдан аввал ҳомиланинг дастлабки ҳолатини баҳолаш учун антенатал КТГни ўтказиш зарур.
- Бачадон қисқаришлари бошланиши билан тўлғоқларнинг кучини баҳолаш, ҳомиланинг юрак уришини эшитиш ва КТГни такрорлаш зарур.
- КТГда патологик ўзгаришлар аниқланмаса ва асоратларнинг ривожланиши хавфи паст бўлса, вақти-вақти билан ҳомиланинг юрак уришини эшитиш тавсия этилади (“Нормал туғруқни олиб бориш” клиник баённомасига қаранг).
- КТГда патологик ўзгаришлар намоён бўлса ёки асоратларнинг ривожланиши хавфи ўрта/юқори бўлса ёки бачадонда кучли қисқаришлар кузатилса:
  - ҳомиланинг кардиомониторинги ёки КТГни узлуксиз (имкони бўлмаганда вақти-вақти билан) ўтказинг;

- препаратнинг кейинги қўлланишларини тўхтатинг;
- имкони бўлса ҳар қандай вагинал пессарийлар, гель ёки таблеткаларни олиб ташланг.
- Ўтказилаётган индукциянинг усули ва аёлнинг клиник ҳолатига қараб вазиятни кузатиш учун тегишли вақт оралиғида ҳомиладор аёлнинг, ҳомиланинг, МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолатини қайта баҳолаш зарур.
- Ўз-ўзидан бошланган тўлғоқларга қараганда, индукцияланган туғруқлар оғриқлироқ бўлиши мумкинлигини аёлга тушинтиринг. Туғруқни оғриқсизлантириш мақсадида стандарт усулларни қўллаш тавсия этилади (“Нормал туғруқни олиб бориш” клиник баённомасига қаранг).

## **Простагландинларни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятли(-сиз) яқунланиши**

Ҳозирги кунда муваффақиятли ва муваффақиятсиз туғруқ индукциясининг мезонлари стандартлаштирилмаган. Мавжуд тавсияларнинг аксарияти туғруқнинг биринчи даври актив фазаси бошланиши билан асосланади.

Максимал рухсат этилган дозировкада простагландинларни қўллашнинг биринчи циклидан сўнг туғруқнинг биринчи даври актив фазаси бошланса, туғруқ индукцияси **муваффақиятли яқунланган** деб ҳисобланади.

Максимал рухсат этилган дозировкада простагландинларни қўллашнинг биринчи циклидан сўнг туғруқнинг биринчи даври актив фазаси бошланмаса, туғруқ индукцияси **муваффақиятсиз яқунланган** деб ҳисобланади.

Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланган ҳолда, шифокорлар ушбу вазиятни аёл билан муҳокама қилишлари ва аёлни қўллаб-қувватлашлари керак. Антенатал КТГнинг маълумотларига кўра аёл ва ҳомиланинг ҳолатларини тўлиқ қайтадан баҳоланг.

Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланганда кейинги олиб бориш тактикаларига қуйидагилар киради:

**1. Кутиш тактикаси** – клиник жиҳатдан мақсадга мувофиқ бўлса, дам олишни таклиф қилиш ва кейин клиник ҳолатни қайта баҳолаш.

**2. Туғруқни чақиришга қаратилган кейинги уринишлар** – акушерлик вазиятидан келиб чиққан ҳолда ҳомиладорликни узайтириш имкони бўлса:

- техник жиҳатдан имкони бўлса, амниотомияни амалга ошириш (МБШ бўйича бачадон бўйнининг ҳолатидан қатъи назар) ва окситоциннинг инфузиясини дарҳол бошлаш.

Техник жиҳатдан имкони бўлмаганда:

- мифепристон ёрдамида туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланганда, мифепристоннинг такрорий дозаси ёрдамида туғруқ индукциясини давом эттириш ёки мифепристоннинг охириги таблеткаси қабул қилингандан кейин 24-48 соат ўтгач, мизопростол ёки динопростонни қабул қилиш ёки баллонли катетерни ўрнатиш имкониятини кўриб чиқиш;
- мизопростол ёки динопростон ёрдамида туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланганда, охириги қабул қилингандан кейин камида 24 соат ўтгач, динопростон/мизопростолнинг кейинги дозасини қабул қилиш ёки баллонли катетерни ўрнатиш имкониятини кўриб чиқиш.

**3. Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш.**

## Окситоцин

Туғруқ индукциясини ўтказиш учун простагландинлар қўлланилгандан кейин окситоцинни юбориш мумкин бўлган вақтлари:

- динопростон таблеткаси/гелининг охириги дозасидан кейин 6 соатдан 12 соатгача;
- динопростон пессарийи олиб ташлангандан кейин камида 30 дақ. ўтгач;
- мизопростолнинг охириги дозасидан кейин камида 4 соат ўтгач;
- баллонли катетер турган пайтида ёки олиб ташлангандан кейин ҳам бошлаш мумкин.

Қўлланилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ “етилган” бачадон бўйни (МБШ бўйича <math>\geq 7</math> балл)</li> <li>■ қоғаноқ пардалари ёрилганда туғруқ индукциясини ўтказиш</li> </ul>
Эҳтиёткорлик билан қўллаш	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ бачадонда чандиқ мавжуд бўлганда</li> <li>■ кўп ҳомилали ҳомиладорлик</li> <li>■ анамнезда 4 ва ундан кўп туғруқлар</li> <li>■ юрак қон-томир касалликлари</li> </ul>

<b>1А</b>	“Етилган” бачадон бўйнида (МБШ бўйича $\geq 7$ балл) туғруқ индукциясини ўтказиш мақсадида юборилаётган дозанинг узлуксиз ва аниқ назоратини таъминлаш учун окситоцин инфузиясини вена ичига томчилаб инфузومات ёрдамида юбориш тавсия этилади.
-----------	---

“Етилмаган” бачадон бўйнида (МБШ бўйича  $\leq 6$  балл) окситоцин ёрдамида туғруқни стимуляциялаш, туғруқ КК орқали якунланишининг юқори хавфи билан, каттароқ баҳо эса – туғруқ табиий йўллари орқали содир бўлишининг кўпроқ эҳтимоли билан боғлиқ.

Амниотомия муолажаси окситоцин ёрдамида ўтказилаётган туғруқ индукцияси муваффақиятли якунланишининг эҳтимолини оширади, шунинг учун вена ичига окситоцинни юборишдан аввал амниотомияни амалга ошириш афзал ҳисобланади.

<b>2С</b>	Туғруқ индукциясини ўтказиш учун окситоцинни алоҳида ўзини ҳам в/и юбориш мумкин.
-----------	---

Окситоцин рецепторларининг экспрессияси ортиши ҳисобига ҳомиладорлик муддати ўтиши билан окситоцинга миометрийнинг сезгирлиги ошади, плазмадаги ярим парчаланиш даври 3-6 дақ. ташкил қилади.

<b>1А</b>	Туғруқ стимуляциясининг хавфсизлиги ва самарадорлигини таъминлаш учун окситоцин ёрдамида ўтказилаётган туғруқ индукциясини схема бўйича амалга ошириш тавсия этилади.
-----------	---

Окситоциннинг энг мақбул дозалаш схемаси номаълум. Туғруқ индукциясини паст дозаланган тартибда ўтказиш тавсия этилади.

“Паст дозаланган” тартиби	
Туғруқни чақиришда дастлабки доза	1-2 ХБ/дақ.
Дозани оширишнинг вақт оралиғи	30 дақ. (туғруқнинг иккинчи даврида 15 дақ.)
Дозани оширишнинг сони (ҳар бир...)	1-2 ХБ/дақ.
Самарали ҳисобланган доза*	8-12 ХБ/дақ.
Максимал рухсат этилган доза	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 20 ХБ/дақ. – анамнезда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказган аёллар учун</li> <li>■ 40 ХБ/дақ. – анамнезда кесар кесиш жарроҳлик</li> </ul>

амалиётини ўтказмаган аёллар учун

\* 40-60 сония мобайнида давом этадиган 10 дақиқа ичида 3-4 тўлғоқ кузатилиши самарали ҳисобланади.

**Томчилардаги эквиваленти (20 томчи 1 мл га тенг):**

- 500 мл ли физиологик эритмага 10 ХБ (халқаро бирлик) окситоцинни қўшганда: 1 ХБ = 3 мл/соат = 60 томчи/60 дақ. = 1 дақ. 1 томчи.
- 500 мл ли физиологик эритмага 5 ХБ (халқаро бирлик) окситоцинни қўшганда: 1 ХБ = 6 мл/соат = 120 томчи/60 дақ. = 1 дақ. 2 томчи.
- 500 мл ли физиологик эритмага 30 ХБ (халқаро бирлик) окситоцинни қўшганда: 1 ХБ = 1 мл/соат = 20 томчи/60 дақ. = 1 дақ. 0.33 томчи.
- 500 мл ли физиологик эритмага 5 ХБ (халқаро бирлик) окситоцинни қўшганда: 1 ХБ = 12 мл/соат = 240 томчи/60 дақ. = 1 дақ. 4 томчи.

**Инфузомат ва система орқали окситоцинни юборишнинг тавсия этилган дозировакалари**

Юборишни бошлашдан кейинги вақт (дақ.)	Окситоциннинг дозаси (ХБ/дақ.)	Инфузомат орқали (мл/соатига)	Вена ичи системаси орқали (томчи/дақ.)
		500 мл да 10 ХБ қўшиш	500 мл да 5 ХБ қўшиш
0	1	3	2
30	2	6	4
60	4	12	8
90	8	24	16
120	12	36	24
150	16	48	32
180	20	60	40
210	24	72	48
Юборишни бошлашдан кейинги вақт (дақ.)	Окситоциннинг дозаси (ХБ/дақ.)	Инфузомат орқали (мл/соатига)	Вена ичи системаси орқали (томчи/дақ.)
		500 мл да 10 ХБ қўшиш	500 мл да 5 ХБ қўшиш
240	28	84	56
270	32	96	64
300	36	108	72
330	40	120	80

Окситоциннинг юборилаётган дозалари партограммада ёзиб борилиши керак.

Окситоцинни фақатгина вена ичига юбориш керак.

Орада камида 60 сония давомида кузатилмаган ва 40-60 сония мобайнида давом этадиган 10 дақиқа ичида 3-4 тўлғоқ кузатилишига эришиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин табиий туғруқни стимуляциялаш дори-воситаси сифатида окситоцинни қўриб чиқиш мумкин.

Кўпинча 8-12 ХБ/дақ. дозировакада адекват тўлғоқлар бошланиши мумкин. Максимал рухсат этилган доза анамнезда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказган аёллар учун 20 ХБ/дақ. ва ўтказмаган аёллар учун 40 ХБ/дақ. ташкил қилади.

Томчилаб юборилганда окситоциннинг дозасини бошқариш қийинлиги туфайли, туғруқни стимуляциялаш учун окситоцинни инфузомат орқали юбориш мақсадга мувофиқдир.

Окситоцинни в/и юборишни бошлагандан кейин дарҳол инфузиянинг тезлиги, бачадоннинг қисқаришлари ва ҳомиланинг юрак уришини диққат билан назорат қилиш, тўлғоқлар



бошлангандан кейин эса ўзлуксиз ҳомиланинг кардиомониторинги ёки КТГни ўтказиш тавсия этилади.

Окситоцинни юбориш пайтида сув балансини назорат қилиш лозим, чунки узоқ муддатли инфузия сув интоксикацияси/гипонатриемияга олиб келиши мумкин.

Окситоцин билан туғруқ индукцияси ўтказилиши туғруқдан кейинги қон кетишларнинг юқори хавфи билан боғлиқ.

<b>1А</b>	Туғруқнинг биринчи даври актив фазаси бошланганидан кейин (бачадон бўйни 5 см ёки ундан катта очилиши), окситоцин инфузиясини танлов асосида тўхтатиш мумкин.
-----------	---

Туғруқнинг биринчи даври актив фазасида окситоцин юборилиши тўхтатилиши, туғруқ КК орқали яқунланишининг салмоғини ва бачадон тахисистолияси/гиперсистолиясининг хавфини камайтиришда кўмаклашади. Туғруқ фаолиятининг динамикасини 2 соатдан кейин қайта баҳолаш керак ва, зарур бўлганда, окситоцин инфузиясини давом эттириш мумкин.

### Окситоцинни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланиши

Окситоцинни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятли яқунланганини аниқлаб берадиган универсал стандарт мавжуд эмас.

Окситоцин юборилгандан кейин 12 соат ўтгач, кучли тўлғоқлар бошланмаса, туғруқ табиий йўлар орқали содир бўлишининг эҳтимоли сезиларли даражада пасаяди. Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунлангани ҳақида хулоса чиқаришдан аввал кучли тўлғоқлар бошланиши учун етарлича (окситоцинни в/и юборишда камида 12 соат) кутиш керак.

Латент фазада туғруқ секин кечиши ва биринчи туғувчиларда латент фазанинг давомийлиги 20 соат, қайта туғувчиларда эса 14 соат давом этиши мумкинлигини эсда тутиш керак.

Индукцияланган туғруқда туғруқ фаолияти бошланганидан кейин туғруқ ўз-ўзидан (спонтан) содир бўладиган туғруқ каби олиб борилиши керак.

Окситоцинни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланган ҳолда, аёлга кесар кесиш жарроҳлик амалиёти таклиф қилинади. Айрим ҳолларда, окситоцинни тўхтатиш ва 24 соат давомида дам олиш, сўнгра индукцияни ўтказиш учун иккинчи маротаба уриниб кўриш варианты кўриб чиқилиши мумкин.

## Туғруқ индукциясининг нофармакологик усуллари

### Индукциянинг механик усуллари

Баллонли Фолей катетери, Кука ёки Атада, ламинариялар ва гигроскопик кенгайтиргичлар индукциянинг механик усулларига киради.

Индукциянинг механик усуллари ҳам бачадон бўйнининг ички бўғзига тўғридан-тўғри физик босим ўтказиш, ҳам бачадон ва/ёки бачадон бўйни децидуал пардасидан простагландинларни чиқариш ҳисобига таъсир кўрсатади деб тахмин қилинади. Ушбу таъсирлар биргаликда бир қатор биокимёвий ва биофизик ўзгаришлар содир бўлишини чақиради, бу бачадон бўйни етилишига ва миометрийнинг қисқарувчанлик хусусияти ортишига олиб келади.

Индукциянинг фармакологик усулларига қараганда, механик усуллар камроқ эҳтимол билан гиперстимуляцияни ва ҳомиланинг юрак уриши бузилишини чақиради ҳамда қинга қўйиладиган простагландинлар билан бир хил самарадорликка эга.

Қўлланилиши	▪ “етилмаган” бачадон бўйни (МБШ бўйича ≤6 балл)
-------------	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ бачадонда чандиқ мавжуд бўлганда афзалроқ</li> <li>▪ кўп ҳомилали ҳомиладорликда афзалроқ</li> <li>▪ анамнезда шиддатли туғруқлар содир бўлганда</li> <li>▪ туғруқ индукциясининг медикаментоз усуллари қўллаш учун қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда</li> <li>▪ простагландинларга муқобил равишда</li> <li>▪ техник жиҳатдан амниотомияни амалга ошириш имкони бўлмаганда, динопростонни қўллашда туғруқ индукцияси муваффақиятсиз яқунланганда</li> </ul>
Абсолют қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун ҳар қандай қарши кўрсатмалар</li> <li>▪ қоғаноқ пардалари ёрилиши</li> <li>▪ қиндан қон кетиши</li> <li>▪ простагландинлар/окситоцин билан бир вақтда қўллаш</li> <li>▪ йўлдошнинг паст жойлашиши</li> <li>▪ кўп сувлик</li> <li>▪ ҳомиланинг патологик ЮУС ёки КТГ</li> </ul>
Нисбий қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ жинсий йўллари пастки қисми инфекциялари</li> <li>▪ ҳомиланинг боши тепада (кичик чаноққа кириш қисмига нисбатан 4/5-5/5 вазиятда) жойлашиши</li> </ul>

Индукциянинг механик усуллари қўллашда туғруқ фаолияти бошланишидан кейин дарҳол аёл ва ҳомиланинг ҳолатларини диққат билан кузатиб бориш муҳим.

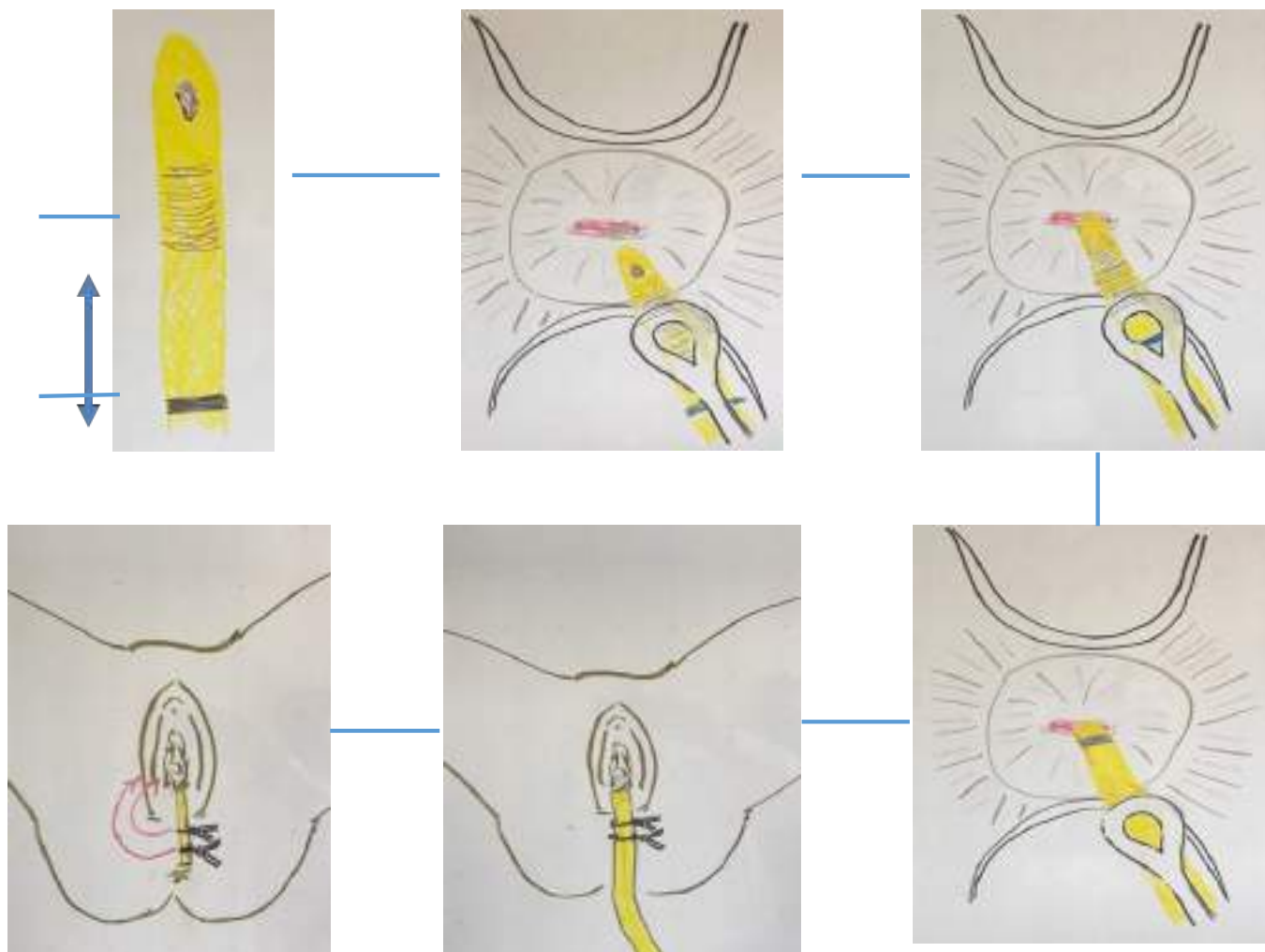
ЖССТ Фолей катетерини қўллашни тавсия қилади.

#### **Фолей катетерини ўрнатиш техникаси**

Зарур жиҳозлар ва инструментлар:

- ёруғлик манбаси ва инструментлар учун стол;
- стерил перчаткалар;
- стерил қин кўзгуси;
- ёпиладиган тўмтоқ қисқичлар;
- 16F ёки 18F ўлчамдаги Фолей катетери;
- шприцга (30-80 мл) тортилган стерил сув/физиологик эритма; лейкопластирь ёки ёпишқоқ лента.

## Фoley катетерини ўрнатиш босқичлари



- туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни баҳоланг;
- бачадон бўйнининг ҳолатини баҳолаш учун қин орқали текширувни ўтказинг;
- тахминан 1 см масофада тўмтоқ қисқичлар билан Foley катетерни учидан ушланг;
- аёлни литотомия ҳолатига ўтказинг;
- эҳтиёткорлик билан стерил кўзгуларни қинга киритинг;
- бачадон бўйни ички бўғзидан чиқмагунча Foley катетерини бачадон бўйни бўйлаб киритинг;
- катетернинг шишириладиган кичик баллони бачадон бўйни ички бўғзидан тепароқда жойлашганлигига ишонч ҳосил қилинг;
- шприц ёрдамида 30-80 мл сув ёки физиологик эритма билан кичик баллонни иширинг (катта ҳажмли баллонлар қўлланилганда туғруқ фаолияти тезроқ бошланади (ўртача фарқи 1.97 соат));
- катетер тўғри жойлашишини таъминлаш учун, эҳтиёткорлик билан уни тортинг, баллоннинг бирон бир қисми бачадон бўйнидан ташқари кўринмаслиги керак;
- қин кўзгусини олиб ташланг;
- катетернинг қолган қисмини айлантриб, қинга жойлаштиринг ёки аёлнинг оёғига ёпишқоқ лента билан фиксацияланг;
- туғруқ фаолияти бошлангунга қадар ёки камида 12 соатга (энг кўпи 18 соатга) катетерни қинда қолдиринг;

- катетерни чиқариб ташлашдан аввал кичик баллондаги суюқликни туширинг ва туғруқ индукциясини простагландинлар ёки окситоцин ёрдамида давом эттиринг.

**3B** Туғруққа бачадон бўйнини номедикаментоз тайёрлаш мақсадида ламинарийларни ва бачадон бўйни канали гигроскопик кенгайтиргичларини қўллаш тавсия этилади.

Бачадон бўйни канали гигроскопик кенгайтиргичлари синтетик гелдан тайёрланган стерил стерженлар бўлиб, бачадон бўйни каналидан суюқликни сўриб олади, бу бачадон бўйнининг қайта дегидратацияси ва унинг юмшашига олиб келади. Кенгайтиргичнинг катталашishi простагландинлар эндоген чиқишига таъсир қилади ва механик кенгайиш ҳисобига бачадон бўйни етилишига олиб келади.

**2B** Туғруққа бачадон бўйнини номедикаментоз тайёрлаш мақсадида бачадон бўйни кенгайтирувчи катетерини қўллаш тавсия этилади.

**3C** Простагландинларни (шу жумладан, мизопростолни) топиш имкони мумкин бўлмаганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда окситоцин билан биргаликда бачадон бўйни кенгайтирувчи катетерини қўллаш тавсия этилади.

Индукциянинг механик усулларини қўллашда туғруқнинг биринчи даври актив фазаси бошланмаса, туғруқ индукцияси муваффақиятсиз якунланган деб ҳисобланади.

Туғруқ индукцияси муваффақиятсиз якунланганда:

- техник жиҳатдан имкони бўлса, амниотомияни амалга оширинг ва окситоциннинг инфузиясини дарҳол бошланг;
- техник жиҳатдан имкони бўлмаганда, простагландинларни қўлланг ёки 24 соатдан кейин баллонли катетерни қайта ўрнатиш имкониятини кўриб чиқинг.

### Қоғаноқ пардаларини ажратиш

Бачадон бўйни орқали киритилган бармоқ билан хорион пардасини бачадоннинг децидуал пардасидан ажратиш усули. Бачадон бўйнидан бармоқдан ўтмаса, қин гумбазлари атрофини массаж қилиш ҳам худди шундай таъсир қилиши мумкин.

**2A** Стандарт туғруқ индукцияси ўтказилишининг салмоғини камайтириш учун қоғаноқ пардаларини ажратиш тавсия этилади.

Ушбу муолажа оғриқ, дискомфорт чақирishi ва унинг натижасида қиндан қон кетиши мумкин.

Кўрсатмалар мавжуд бўлганда, 39<sup>0</sup> ҳафтадан кейин туғруқ олди ташрифлар пайтида аёл билан туғруқ индукциясининг ушбу усули ўтказилишини маслаҳатлашиш керак.

### Амниотомия

Қўлланилиши	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ “етилган” бачадон бўйни (МБШ бўйича <math>\geq 7</math> балл)</li> <li>▪ туғруқ индукциясини ўтказиш учун фақат амниотомияни ўзини амалга ошириш тавсия этилмайди, чунки тўлғоқлар бошланишидан олдинги вақт оралиғини, айниқса биринчи туғувчиларда олдиндан айтиб бўлмайди</li> </ul>
Нисбий қарши кўрсатмалар	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ киндик тизимчаси олдинда келиши</li> <li>▪ ҳомиланинг боши тепада (кичик чаноққа кириш қисмига нисбатан 5/5 вазиятда) жойлашиши</li> </ul>

**1A** “Етилган” бачадон бўйнида (МБШ бўйича  $\geq 7$  балл) туғруқ индукциясини ўтказиш учун амниотомияни амалга ошириш тавсия этилади.

**2С**

Туғруқ индукциясини ўтказиш учун фақат амниотомияни ўзини амалга ошириш тавсия этилмайди.

“Етилган” бачадон бўйнида туғруқ индукциясини ўтказиш учун фақат амниотомиянинг ўзи билан чекланиб қолиш мумкин, бироқ амниотомия ва окситоцин бирга қўлланилишининг самараси юқори.

Амниотомия муолажаси амалга оширилгандан кейин адекват туғруқ фаолияти бошланиши учун дарҳол окситоцин инфузиясини юборишни бошлаш керак. Окситоцин инфузияси кечроқ бошланиши туғдириб олишгача бўлган вақтнинг чўзилишига олиб келади ва неонатал инфекциянинг хавфини оширади.

Қайта туғувчи аёлларда 1-2 соатга окситоцин инфузиясини бошлашни кечиктириш мумкин, чунки қайта туғувчи аёлларда амниотомиядан кейин окситоцин инфузияси дарҳол бошланиши КТГнинг маълумотларига кўра ҳомиланинг юрак уриши ритми бузилишларининг салмоғи ортади. Бундан ташқари, қайта туғувчи аёлларда амниотомиядан кейин окситоцин инфузияси кечроқ бошланиши 35.6% ҳолатларда уни қўлламаслик имконини беради.

## Туғруқ индукцияси фармакологик ва нофармакологик усулларининг комбинациялари

**2В**

Туғруқ индукциясининг самарадорлигини ошириш ва натижаларини яхшилаш мақсадида номедикаментоз ва медикаментоз усулларнинг комбинациясини қўллаш тавсия этилади.

Туғруқ индукциясининг номедикаментоз ва медикаментоз усуллари биргаликда қўлланилиши бачадон бўйнининг тезроқ етилиши, туғруқнинг давомийлиги қисқариши, туғруқ фаолияти сустлиги ва ККнинг сонлари камайишига кўмаклашади.

Мета-таҳлилда (30 та рандомизацияланган тадқиқотлар, 6465 нафар ҳомиладор аёллар) баллонли катетер + простагландин (сВС/Р) ва баллонли катетер + окситоцин комбинациялари ва фақат баллонли катетернинг ўзи қўлланилиши солиштирилган. Баллонли катетер ва простагландин ёки окситоцин комбинациялари қўлланилишининг натижалари қуйидагича:

- табиий туғруқ йўллари орқали туғруқ содир бўлиши тезлашган (сВС/Р: -2,9 соатга, 95% CI -5,7 дан 0 гача; сВС/О: -4,2 соатга, 95% CI -6,5 дан -1,9 гача);
- туғруқ КК орқали яқунланиши ёки хориоамнионит, эндометрит, бачадон тахисистолияси/гиперсистолияси, қоғаноқ сувларида меконий чиқиши, янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказилиши, туғруқдан кейинги қон кетиши каби нохуш ҳолатлари юзага келишининг эҳтимолига сезиларли таъсир кўрсатмаган (сВС/Р: OR 0,89, 95% CI 0,65-1,20; сВС/О: OR 0,99, 95% CI 0,74-1,33);
- 24 соат ичида туғруқ содир бўлишининг эҳтимоли ошган (сВС/Р: имкониятлар нисбати [OR] 1,80, 95% CI 1,02–3,20; сВС/О: OR 2,04, 95% CI 1,29–3,24).

Индукциянинг фармакологик ва нофармакологик усулларини комбинациялаш қарори маълум бир клиник вазият, аёлнинг хоҳиши, индукция ўтказилиши давомида аёл/ҳомила ҳолатларининг стандарт мониторингини ўтказиш имкониятлари ва, зарур ҳолларда, шошилиш кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун шарт-шароитлар мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда шифокорлар консилиуми орқали қабул қилинади.

## Маълум вазиятларда туғруқ индукциясини ўтказиш бўйича тавсиялар

### Муддатидан ўтган (41 ҳафтадан катта) ҳомиладорлик

Ҳомиладорлик даври асоратларсиз кечган аёлларда, ўзлари туғиши учун барча имкониятларни тақдим этинг. Биринчи триместрнинг УТТда аниқланган ҳомиладорлик муддатига қараб туғруқлар одатда 42<sup>+0</sup> ҳафтагача табиий ўзи бошланишини аёлларга тушунтиринг.

Шу билан бирга, ҳомиладорлик муддати 41<sup>+0</sup> ҳафтага ўтиши билан қуйидаги асоратларнинг юзага келиш эҳтимоли ортиши мумкин:

- туғруқ КК орқали яқунланиши;
- янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказилиши;
- мекониал аспирация синдроми ривожланиши;
- ўлик туғилиш ёки неонатал ўлим.

41<sup>+0</sup> ҳафтадан бошлаб туғруқ индукцияси ўтказилиши юқорида санаб ўтилган асоратларнинг юзага келишини камайтириши мумкин.

<b>1А</b>	Туғруқ КК орқали яқунланиши ва перинатал ўлим ҳолатлари сонини камайтириш учун ҳомиладорликнинг 41 <sup>+0</sup> ҳафтасидан бошлаб (>40 ҳафта + 7 кун) бошқа тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда туғруқ индукциясини таклиф қилиш тавсия этилади.
-----------	--

Аёл туғруқ чақирилишини хоҳламаса, туғруқни олиб боришнинг мумкин бўлган вариантларини (кутиш тактикаси ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш) муҳокама қилинг ва касаллик/туғруқ тарихида аёлнинг танловини ҳужжатлаштиринг. Ҳомиладорликнинг 41<sup>+0</sup> ҳафтасида туғруқ индукцияси ўтказилишига рози бўлмаган аёлларга ҳафтада икки марта ҳомиланинг ҳолатини мониторинг қилишни таклиф қилинг: КТГни ўтказиш ва УТТда амниотик бўшлиқнинг максимал чуқурлигини ўлчаш. Шу билан бирга, кучайтирилган антенатал кузатувларининг ҳеч бири ҳомиладорликнинг муддатидан ўтиши билан боғлиқ бўлган перинатал ўлим ҳолатлари сонини камайтирмайди.

<b>5С</b>	Ҳомиладорлик муддати 41 <sup>+0</sup> ҳафтадан кам бўлган ва ҳомиладорлик даври асоратларсиз кечган аёлларда туғруқ индукцияси ўтказилмайди.
-----------	--

### Қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши

**Ҳомиладорликнинг 34<sup>+0</sup> ҳафтасигача қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилиши** – она томонидан кўрсатмалар (соматик патология, ҳомиладорлик асоратлари) ва қўшимча акушерлик кўрсатмалар (масалан, инфекция ёки ҳомиланинг ҳолати бузилиши) мавжуд бўлмаганда туғруқ индукциясини ўтказишга зарурат бўлмайди.

**Ҳомиладорликнинг 34<sup>+0</sup> ҳафтасидан кейин, бироқ 37<sup>+0</sup> ҳафтасигача қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилишини** – икки тактикада олиб бориш мумкин: кутиш ва фаол (туғруқ индукциясини ўтказиш). Қуйидаги омилларни ҳисобга олган ҳолда биргаликда қарор қабул қилиш зарур:

- аёл учун мавжуд хавфлар (масалан, сепсис, бачадонда чандиқ бўлганда кесар кесиш амалиётини ўтказиш зарурати юзага келиши мумкинлиги);
- бола учун мавжуд хавфлар (масалан, сепсис, муддатидан олдинги туғруқлар билан боғлиқ бўлган муаммолар);
- яқин бўлган тиббиёт муассасаларида янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимлари мавжудлиги;

- аёлнинг хоҳишлари.

**Ҳомиладорликнинг 37<sup>+0</sup> ҳафтасидан кейин қоғаноқ пардалари муддатидан олдин ёрилиши** – аёлларга икки тактикада олиб бориш мумкинлигини таклиф қилинг:

- 24 соатгача кутиш, ёки
- туғруқ индукцияси (имкон қадар эртароқ бошлаш).

Муддатига етган ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари туғруқдан олдин ёрилганда қуйидаги масалалар бўйича аёллар билан маслаҳатлашинг:

- оғир неонатал инфекциянинг хавфи 1% ни ташкил қилиши (қоғаноқ пардалари ёрилмаган аёлларда эса 0.5%);
- қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилганда 60% ҳолатларда туғруқ ўз-ўзидан бошланиши;
- туғруқ индукциясини қоғаноқ пардалари ёрилгандан 24 соатдан кейин ўтказиш мақсадга мувофиқлиги;
- индукция бошланмагунга қадар қин суртмалари ва С-реактив оқсили текширилмаслиги.

<b>1A</b>	Инфекцион асоратлар хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0</sup> ҳафта ва ундан катта муддатларида қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилишида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Муддатига етган ҳомиладорликда қоғаноқ пардалари муддатидан олдин ёрилишида ва режали КК жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлса шошилиш равишида КК жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатларида қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилишида, қоғаноқ пардалари ёрилгани аниқ ва ҳомиланинг юрак уриши нормада бўлса, кўзгулар ёрдамида текширманг. Қоғаноқ пардалари ёрилгани/ёрилмаганлиги аниқ бўлмаса, аёлга кўзгулар ёрдамида текширишни таклиф қилинг. Тўлғоқлар бўлмаганда қин орқали текширувни ўтказманг.

### **Аввалги кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиқ мавжудлиги**

Аввалги кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин бачадонда чандиғи мавжуд аёлларда туғруқ индукцияси шошилиш кесар кесиш ва бачадон ёрилишининг хавфини ошириши мумкин. Туғруқ индукциясининг усуллари ушбу хавфларни камайтириш зарурати билан белгиланади. Масалан, бачадонда чандиғи мавжуд аёлларда динопростон ва мизопростол қўлланилмайди. Амниотомия, окситоцин ва механик усуллар ёрдамида туғруқ индукцияси ўтказилиши мумкин.

Туғруқ индукциясини ўтказиш зарур бўлса, анамнезда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказган аёлларга қуйидагилардан бирини таклиф қилинг:

- туғруқ индукциясини ўтказиш, ёки
- режали равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш.

Аёлнинг хоҳишини инobatга олган ҳолда, муҳокамалар ва олиб бориш режасини касаллик/туғруқ тарихида ҳужжатлаштиринг.

Аёлларга уларнинг соғлиғи ёки чақалоқнинг соғлиғига фойда келтириши мумкин бўлсада, улар туғруқ индукцияси ёки кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилишига рози бўлмасликлари мумкинлигини айтинг.

**Ҳомиладорликнинг 39 ҳафтасидан олдин режали равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказманг, чунки бу болаларда нафас олиш касалликларининг хавфини оширади**

### Ҳомила чаноқ билан келиши

Ҳомила чаноқ билан келишида одатда туғруқ индукцияси ўтказилмайди.

Қуйидаги ҳолатларда ҳомила чаноқ билан келишида туғруқ индукциясини ўтказиш имкониятини кўриб чиқинг:

- тезроқ туғдириб олиш зарурати келиб чиққанда, ёки
- аёл режали кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилишига рози бўлмаганда.

### Ҳомила ўсиши чекланиши синдроми

ҲўЧСда киндик артерияси, миянинг ўрта артерияси ва вена найида қон оқимининг доплерографик кўрсаткичларини баҳолаш тавсия этилади, бу туғдириб олиш учун тўғри вақтни аниқлаш орқали перинатал натижаларни яхшилашга ёрдам беради.

Ҳомила ҳолатининг баъзи тасдиқланган бузилишлари мавжуд бўлган ҳомиланинг ўсиши чекланиши синдромида туғруқ индукцияси ўтказилмайди. Унинг ўрнига кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш таклиф қилинади.

5C	ҲўЧСда қуйидаги ҳолатлардан бири ёки бир нечтаси кузатилганда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ КТГда патологик ўзгаришлар;</li><li>▪ киндик артерияларида тескари диастолик қон оқими ёки у нольга тенг бўлиши;</li><li>▪ УТ-доплерография маълумотларига кўра вена найида қон айланиши бузилиши;</li><li>▪ она томонидан кўрсатмалар.</li></ul>
----	---

5C	ҲўЧСда ҲТВ <2500 г бўлган ва ҳомила чаноқ билан келишида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
----	--

5C	Ҳомиланинг тахминий вазни 3 ва 10-перцентиль оралиғида бўлганда ва ҳомила-йўлдош қон оқимининг ультратовуш доплерографиясининг маълумотларига кўра (киндик артерияларида) қон томир резистентлиги индексларининг кўрсаткичлари нормал бўлганда ўлик туғилишнинг хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг 38 <sup>+0/7</sup> -39 <sup>+6/7</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
----	--

ҲўЧСда ҳомиладорликнинг 40 ҳафталик муддатидан кейин ўлик туғилишнинг хавфи сезиларли даражада ошади, шунинг учун ушбу муддатдан кейин туғдириб олишни кечиктириш тавсия этилмайди.

2B	Ҳомиланинг тахминий вазни 3 ва 10-перцентиль оралиғида бўлганда ва ҳомила-йўлдош қон оқимининг ультратовуш доплерографиясининг маълумотларига кўра (киндик артерияларида) қон томир резистентлиги кўрсаткичлари (95-перцентильдан юқори) кўтарилишида ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0/7</sup> ҳафталик муддатларида ёки ҲўЧС аниқлангандан кейин туғруқ индукциясини ўтказиш орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
----	---



ХҶЧСда ва киндик артерияларида қон томир резистентлиги кўрсаткичлари 95-перцентильдан юқорига кўтарилишида ҳомиладорликнинг 37<sup>+0/7</sup> ҳафтасидан кейин ўлик туғилишнинг хавфи сезиларли даражада ошади.

Қон оқими бузилишининг даражаси (бузилишлар ривожланиб бориши, бачадон артерияларида қон томир резистентлиги 95-перцентильдан юқорига кўтарилиши билан бирга келиши), ҳамда ёндош оғирлаштирувчи омиллар мавжудлигини (камсувлик, ҳомиланинг ўсишида ижобий динамика кузатилмаслиги, КТГнинг маълумотларига кўра ҳомила юрак уриши ритми бузилишлари пайдо бўлиши, ҳомилада қон айланиши марказлашининг белгилари кўшилиши – миянинг ўрта артериясида пульсация индекси ва цереброплацентар нисбат 5-перцентильдан пасайиши ва бошқ.) ҳисобга олган ҳолда туғдириб олиш муддатини танлаш керак.

<b>1A</b>	ХҶЧСда туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясини ўтказиш зарурати келиб чиққанда, бачадон гиперстимуляциясининг хавфини камайтириш учун механик усулларни (Фoley катетери, ламинариялар ва бошқ.) қўллаш тавсия этилади.
-----------	---

### **Қандли диабетга чалинмаган аёлларда ҳомиланинг макросомиясига гүмон қилиш ва туғруқда чаноқ-бош диспропорциясида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилишини прогнозлаш**

Ҳозирги кунда ҳомила макросомиясининг умумий қабул қилинган атамаси мавжуд эмас ва шу сабабли ҳомила қўйидаги ҳолатларда ўзининг гестацион муддати учун катта деб ҳисобланади:

- ҳомиладорликнинг 36 ҳафта ва унинг катта муддатида ҳомиланинг тахминий вазни 95-перцентильдан юқори бўлганда;
- бола 4000 кг ва ундан ортиқ вазн билан туғилганда.

Ҳомила макросомиясида туғруқни олиб боришнинг қўйидаги вариантлари кўриб чиқиши мумкин:

- кутиш тактикаси;
- туғруқ индукциясини ўтказиш;
- кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш.

Ҳомиланинг макросомиясига гүмон қилинганда, кутиш тактикасига қараганда туғруқ индукциясини ўтказишнинг хавфларига ва афзалликларига оид ноаниқлик мавжуд. Бироқ:

- кутиш тактикасига қараганда, туғруқ индукциясини ўтказишда елка бўғими дистоциясининг хавфи камаяди;
- кутиш тактикасига қараганда, туғруқ индукциясини ўтказишда оралиқнинг учинчи ёки тўртинчи даражали йиртилишининг хавфи ортади;
- перинатал ўлим хавфи, елка чигалининг шикастланишлари ёки шошилиш равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олишнинг зарурати келиб чиқиши туғруқ индукциясида ҳам ва кесар кесишда ҳам бир хил эканлиги бўйича далиллар мавжуд.

Ҳомила макросомиясида, онанинг бўйига қараб ва пельвиометрия ёрдамида туғруқда чаноқ-бош диспропорцияси ривожланишини олдиндан аниқ тахмин қилиб бўлмайди ва клиник амалиётда бу қўлланилмаслиги тавсия этилади.

Елка дистоциясининг хавфини камайтириш учун ҳомила макросомиясида ҳомиладорликнинг 38<sup>+0</sup> ҳафталик муддатидан кейин туғруқ индукциясини ўтказиш мумкинлиги баъзи илмий тадқиқотларда кўрсатилган.



Хусусан, қуйидаги ҳолатларда ҳомиладорликнинг 39<sup>+0</sup> ҳафталик муддатидан кейин туғруқ индукциясини ўтказиш мумкинлигини аёл билан муҳокама қилиш тавсия этилади:

- ҳомиладорликнинг 36 ҳафталик муддатида ҲТВ 3500 г бўлганида;
- ҳомиладорликнинг 37 ҳафталик муддатида ҲТВ 3700 г бўлганида;
- ҳомиладорликнинг 38 ҳафталик муддатида ҲТВ 3900 г бўлганида.

Шу билан бирга, ҳомила макросомиясида кутиш тактикаси билан туғруқни олиб бориш афзалроқ эканлиги бошқа тадқиқотларда кўрсатилган. Бугунги кунда у ёки бу туғруқни олиб бориш тактикасининг афзалликлари ҳақида юқори сифатли далиллар мавжуд эмас.

<b>5C</b>	Қандли диабетга чалинмаган ва ҳомиладорлик муддати етган аёлларда ҳомиланинг макросомиясига гумон қилинганда туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	--

<b>3C</b>	Бошқа акушерлик хавфи омиллари билан боғлиқ ҳолда ҳомиланинг тахминий вазни ( $\geq 4500$ г дан) катта бўлганда режалаштирилган тартибда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>5C</b>	Анамнезда нохуш натижа (ўлик туғилиш, оғир гипоксия, энцефалопатия, бола ва онанинг қов суяклари бирикмаси шикастланиши) билан яқунланган ҳомила елкаси дистоциясида режалаштирилган тартибда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

### Анамнезда шиддатли (тез) туғруқ содир бўлиши

Кучли (фаол) тўлқоқлар бошланганидан кейин 3 соатдан камроқ вақт ичида содир бўлган туғруқ шиддатли (тез) туғруқ ҳисобланади.

Анамнезда шиддатли туғруқ содир бўлган аёлларга мунтазам равишда туғруқ индукциясини ўтказишни таклиф қилманг.

### Ёши катта аёлларда туғруқ индукциясини ўтказиш

Ёши 40 ва ундан катта бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг 39<sup>+0</sup>-40<sup>+0</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш имконини кўриб чиқиш мумкин.

### Ҳомила нобуд бўлиши

Ҳомила нобуд бўлганда, аёл деярли соғлом бўлса ва бунда қоғаноқ пардалари бутун бўлса, инфекция ёки қон кетишининг белгилари йўқ бўлса, туғруқни олиб бориш тактикаларини муҳокама қилинг: кутиш тактикаси ёки туғруқ индукциясини ўтказиш. Ушбу вазиятда туғруқ индукциясини ўтказиш афзалроқ ҳисобланади.

<b>5C</b>	Инфекцион асоратларнинг хавфини камайтириш учун ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар ҳомиланинг антенатал нобуд бўлишида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Кесар кесиш жарроҳлик амалиёти фақатгина акушерлик кўрсатмаларга кўра ўтказилади.

Ҳомила нобуд бўлганда туғруқ индукцияси қуйидаги усуллар ёрдамида ўтказилади:

- 200 мг мифепристонни оғиз орқали қабул қилиш, кейин динопростонни қинга қўйиш ёки мизопростолни оғиз орқали қабул қилиш/қинга қўйиш;
- механик усуллар.

## Кўп ҳомилали ҳомиладорлик

- Кўп ҳомилали ҳомиладорлик туғруқ индукциясини ўтказиш учун қарши кўрсатма ҳисобланмайди.
- Кўп ҳомилалик туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлган ва туғруқ индукцияси “амниотомия-окситоцин” схемаси бўйича ўтказилган ҳолатларда туғруқ КК орқали яқунланишининг хавфлари бир.
- Туғруқларнинг катта қисми табиий туғруқ йўллари орқали содир бўлса ҳам, простагландинлар ёки бачадон бўйни катетери ёрдамида ўтказилган туғруқ индукцияси туғруқ КК орқали яқунланишининг хавфини оширади.

### Асоратланмаган муддати етган ёки муддати деярли етган икки ҳомилали ҳомиладор аёлларда туғруқ индукциясини ўтказиш бўйича юқори сифатли далиллар мавжуд эмас

- Икки ҳомилали ҳомиладор аёлларга 100 та, икки ҳомилали ҳомиладорликлардан тахминан 60 таси ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасигача туғруқ ўз-ўзидан содир бўлишини тушинтиринг.
- Уч ҳомилали ҳомиладор аёлларга 100 та, уч ҳомилали ҳомиладорликлардан тахминан 75 таси ҳомиладорликнинг 35 ҳафтасигача туғруқ ўз-ўзидан содир бўлишини тушинтиринг.

5C	Асоратланмаган монохорионик диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда режалаштирилган тартибда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, ўлик туғилишнинг хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг 36 <sup>+0</sup> -36 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида ва дихориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0</sup> -37 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
----	--

Монохориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликни 36 ҳафтасидан кейин, дихориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликни 37 ҳафтасидан кейин давом эттириш ўлик туғилишнинг хавфи билан боғлиқ.

5C	Асоратланмаган монохорионик моноамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 32 <sup>+0</sup> -33 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида (иккинчи ҳомиланинг нобуд бўлишига олиб келиши мумкин бўлган ўткир интранатал трансфузия синдромини инобатга олган ҳолда) электив кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш тавсия этилади. Ушбу болаларда респиратор касалликларнинг ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли, улар неонатал бўлимига ётқизилиши керак.
----	--

5C	Ҳомиладорлиги асоратланмаган уч ҳомилали (учхориал учамниотик ёки дихориал учамниотик) ҳомиладор аёллар ҳомиладорликнинг 34 <sup>+0</sup> -35 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олинишлари зарур. Ҳомиладорликни 35 <sup>+6</sup> ҳафтасидан кейин давом эттиришда ҳомила нобуд бўлишининг хавфи ортади.
----	---

Белгиланган муддатларда туғдириб олинишдан рози бўлмаган аёлларга хавфлар ҳақида оғоҳлантириш, ихтиёрий равишда аралашувдан рад этиш аризасини ҳужжатлаштириш ва УТТ, доплерометрия ва ҳомилаларнинг КТГни ўтказиш учун ҳар ҳафта шифокорга ташриф буюришни тайинлаш тавсия этилади.

Туғдириб олишнинг режалаштирилган муддати қуйидаги ҳолатларда индивидуал тартибда аниқланади:

- икки ёки уч ҳомилали ҳомиладорликнинг асоратланган кечишида;
- монохориал учамниотик уч ҳомилали ҳомиладорликда;
- бир амнионлик уч ҳомилали ҳомиладорликда.

<b>5C</b>	Кўп ҳомилали ҳомиладорликда ва киндик артериясида қон оқимининг мусбат диастолик компоненти билан ажралган (селектив) ҲЎЧС мавжуд бўлганда, дихориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталик муддатларида, монохориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 34-35 ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Ажралган ҲЎЧС ва камсувлик, киндик артериясида қон оқимининг мусбат диастолик компоненти бўлмаганида, онанинг хавф омиллари, ёндош касалликлар ёки ҳомиладорликнинг асоратлари билан бирга келишида эртaroқ муддатда туғдириб олиш ва унинг усули тўғрисидаги қарор шифокорлар консилиуми орқали индивидуал тартибда қабул қилинади.

<b>5C</b>	Кўп ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилалардан бири нобуд бўлганда ва тирик ҳомиланинг қониқарли ҳолатида, дихориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда, ҳомиладорликнинг 37-39 ҳафталик муддатларида, монохориал диамниотик икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталик муддатларида ҳомила респиратор дистресс-синдромининг профилактикаси ўтказилгандан сўнг туғруқ индукциясини бошлаш тавсия этилади.
-----------	---

Кўп ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилалардан бири нобуд бўлганда, клиник ва лаборатор кўрсаткичларнинг (қоннинг клиник таҳлили, С-реактив оқсил, қон ивиши тизимининг кўрсаткичлари) ва тирик ҳомила ҳолатининг қатъий назорати остида 7-14 кун давомида ҳомиладор аёлни стационар шароитда кузатиб бориш тавсия этилади. Кейин аёл амбулатор шароитда кузатилади, монохориал икки ҳомилали ҳомиладорликда 2 ҳафтада 1 марта ва дихориал икки ҳомилали ҳомиладорликда 4 ҳафтада 1 марта ҳомиланинг УТТ ўтказилади. Яллиғланиш белгилари (лейкоцитоз, С-реактив оқсил даражаси ортиши) мавжуд бўлмаганда антибактериал терапия ўтказилмайди. Плацентациянинг дихориал турида ҳомилаларнинг қон айланиши тизимлари ўртасида томир анастомозлари мавжуд бўлмаганлиги сабабли, дихориал икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилалардан бирининг нобуд бўлиши тирик ҳомила учун хавф туғдирмайди. Ҳомиладорликнинг 28 ҳафталик муддатидан аввал монохориал икки ҳомилали ҳомиладорликда ҳомилалардан бири нобуд бўлганда, иккинчи ҳомила нобуд бўлиши ва унда неврологик бузилишлар ривожланишининг хавфи сезиларли даражада ортади.

### Ҳомиладорлар жигар ичи холестази

<b>2B</b>	Ҳомиладорларда жигар ичи холестази аниқланганда кесар кесиш жарроҳлик амалиётини ўтказиш учун кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, ўлик туғилишнинг хавфини камайтириш учун ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0</sup> -38 <sup>+6</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорларда жигар ичи холестази аниқланганда муддатдан олдин туғдириб олиш асосли ҳисобланади, чунки бу ўлик туғилиш, перинатал ўлим, мекониал аспирация, кесар кесиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши ҳамда янги туғилган чақалоқлар реанимация ва интенсив даволаш бўлимига ўтказилишининг эҳтимолини камайтиради.

Қичишиш интенсивлиги, сариқлик кучайиши ва ўт кислоталарининг даражаси ортиши, ҳомиланинг ҳолати бузилишида ва ўтказилаётган даволаш тадбирлари ёрдам бермаган ҳолатларда муддатдан олдин туғдириб олиш (ҳомиладорликнинг 36 ҳафталик муддатида) тавсия этилади.

Ўтказилаётган даволаш тадбирларининг самараси яхши бўлган ва ўт кислоталарининг даражаси стабил паст бўлган ҳолатларда ҳомиладорликнинг 38 ҳафталик муддатида туғдириб

олиш мумкин бўлади. Ҳомиладорликнинг 38 ҳафтасидан кейин ҳомила гипоксиясининг хавфи ортишини ҳисобга олиш керак.

### Артериал гипертензия

Артериал гипертензияси мавжуд бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасидан кейин туғруқ режалаштирилиши, оналар касалланиши ва оғир даражали гипертензия ривожланишининг эҳтимолини камайтиради.

<b>2B</b>	САГ ва дори-воситаларни қабул қилмасдан бошқариладиган АҚБнинг паст кўрсаткичларида (160/110 мм сим. уст.), индукцияни ўтказиш учун бошқа кўрсатмалар бўлмаганда, ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасидан кейин ( $38^{+0/7}$ - $39^{+6/7}$ ҳафталарида) туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	---

Дори-воситалар қабул қилиниши билан бошқариладиган, оғир бўлмаган САГда туғруқ индукцияси ҳомиладорликнинг 37 ҳафтасида ўтказилади.

Дори-воситалар қабул қилиниши билан бошқарилмайдиган, турғун САГда, она ва ҳомиланинг ҳолатларига кўра, ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталик ёки ундан эртароқ муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.

<b>2B</b>	Оғир бўлмаган гестацион артериал гипертензияда она томонидан асоратларнинг сонини камайтириш учун афзал тактика сифатида ҳомиладорликнинг 37 ҳафталик ёки ундан каттароқ муддатларда туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Дори-воситаларни қабул қилиш билан бошқарилмайдиган оғир гестацион гипертензияда ҳомиладорликнинг 34 ҳафтасидан кейин туғруқ индукциясини ўтказиш зарурлигини кўриб чиқиш керак.

<b>1A</b>	Енгил преэклампсияда она учун асоратларнинг салмоғини камайтириш ҳомиладорликнинг 36-37 ҳафталик муддатларида туғдириб олишни режалаштирилиш тавсия этилади.
-----------	--

<b>1A</b>	Оғир преэклампсияда ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталик муддатларида туғдириб олишни режалаштирилиш тавсия этилади, бу она учун хавфларни камайтиради, бироқ неонатал хавфларни оширади. Онанинг аҳволи беқарор бўлса, ҳомила яшаб кетишидан қатъи назар, онанинг ҳолати барқарорлашгандан кейин дарҳол туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳаётга хавф солувчи асоратларнинг юқори хавфи туфайли, ҳозирги кунда етакчи тиббий ассоциациялар оғир преэклампсияда ҳомиладорликни 34 ҳафтадан ортиқ узайтиришни тавсия этмайди. Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларининг оғир бўлмаган шакллари билан касалланган аёлларни ҳомиладорликнинг 34-36 ҳафталик муддатларида туғдириб олиш она учун натижаларни яхшилайдиган, бироқ янги туғилган чақалоқда респиратор дистресс-синдроми ривожланишининг хавфини оширади, шунинг учун гипертензия ривожланиб бориши бўйича клиник ва лаборатор маълумотлар мавжуд бўлмаганда, даволаш фонида кутиш тактикасида олиб бориш мумкин бўлади.

Ҳомиладорлик давридаги гипертензив бузилишларининг ҳар қандай шакли билан касалланган аёлларни қуйидаги симптомлар кузатилганда ҳомиладорликнинг ҳар қандай муддатларида туғдириб олиш тавсия этилади:

- кучли, даволаш қийин бўлган бош оғриғи, қайталанган кўрув скотомаси, эклампсия ёки инсульт;

- уч синфли гипотензив дори-воситалари билан даволашда оғир гипертензиянинг эпизодлари қайталаниши;
- ўпка шиши ёки кислород сатурацияси <90% бўлиши;
- ривожланиб борувчи тромбоцитопения (айниқса <50×10<sup>9</sup>/л ёки қон қуйиш зарурати юзага келиши);
- қон зардоби креатинининг даражаси аномал қийматларда кўтарилиши;
- она ёки ҳомила томонидан асоратларнинг белгилари билан намоён бўладиган йўлдошнинг кўчиши;
- ҳомиланинг ноаниқ ҳолати (шу жумладан, ҳомила нобуд бўлиши).

Ҳомиладорликни тўхтатиш учун кўрсатмалар сифатида на қон зардоби мочевиначининг даражаси, на протеинуриянинг даражаси қўлланилмаслиги керак.

## Қандли диабет

Қандли диабет билан касалланган аёллар билан ҳомиладорликнинг учинчи триместрида туғдириб олиш муддати ва усулини муҳокама қилиб олинг.

<b>2B</b>	Метаболик асоратларсиз ёки она ва ҳомила томонидан бошқа асоратларсиз кечадиган қандли диабетнинг 1-чи ёки 2-чи түрида ҳомиладорликнинг 37 <sup>+0</sup> -38 <sup>+6</sup> ҳафталарида туғруқ индукциясини ўтказиш ёки электив кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали (кўрсатмаларга кўра) туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

1-чи ёки 2-чи ҚД билан касалланган метаболик (диетотерапия ва/ёки инсулинни қабул қилиш билан бошқарилмайдиган гликемия, қон томир асоратлари) ёки она ва ҳомила (фетопатиялар) томонидан бошқа асоратлари мавжуд бўлган аёлларни ҳомиладорликнинг 37 ҳафталик ёки ундан эртароқ муддатларида режалаштирилган тартибда (туғруқ индукциясини ўтказиш ёки кўрсатмаларга кўра кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали) туғдириб олиш тавсия этилади:

- қон томир асоратлари билан прегестацион ҚД: 37<sup>+0/7</sup>-39<sup>+6/7</sup> ҳафталарида;
- яхши бошқарилмайдиган гликемияли прегестацион ҚД: 34<sup>+0/7</sup>-38<sup>+6/7</sup> ҳафталарида.

<b>2B</b>	ГҚД билан касалланган аёллар ҳомиладорликнинг 41 ҳафтасигача (41 <sup>+0</sup> ) спонтан равишда туғдириб олинишлари керак. Юқорида белгиланган муддатга қадар спонтан туғруқ содир бўлмаса, туғруқ индукциясини ўтказиш ёки кўрсатмаларга кўра электив кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия этилади.
-----------	---

<b>5C</b>	Аёлда патологиялардан фақатгина гестацион диабет мавжуд бўлса, ҳомиладорликнинг 41 ҳафтасигача туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилмайди.
-----------	--

ГҚДда она ёки ҳомила томонидан асоратлар мавжуд бўлганда, ҳомиладорликнинг 41<sup>+0</sup> ҳафтасигача режалаштирилган тартибда туғдириб олиш масаласи кўриб чиқилиши мумкин.

ҚД билан касалланган ва ҳомила макросомиясида вагинал индукцияланган туғруқ ва кесар кесиш жарроҳлик амалиётининг хавфлари ва афзалликларини тушинтириш керак.

RCOG қўлланмаларида ҚД мавжуд ва ХТВ ≥ 4500 г дан катта бўлган аёлларни режалаштирилган тартибда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш тавсия қилади.

ҚД мавжудлиги аввалги кесар кесиш жарроҳлик амалиётидан кейин табиий туғруқ йўллари орқали туғиш учун қарши кўрсатма сифатида ҳисобламанслик лозим.

## Онкологик касалликлар

<b>5C</b>	Онкологик касалликлар мавжуд бўлганда туғруқ индукциясини ўтказиш имконияти ва муддати масаласини шифокор-онколог билан биргаликда индивидуал тартибда ҳал қилиш тавсия этилади.
-----------	--

Онкологик касалликлар билан касалланган ҳомиладор аёлларда кимёвий терапиянинг кейинги курсини олиш зарурати, асосий касалликнинг ривожланиб бориши туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатма сифатида келиши мумкин.

## Ҳомила гемолитик касаллиги

<b>5C</b>	ҲГКда акушерлик анамнезни, ҳомиланинг ҳолатини ҳамда туғруққа кўмаклашиш муассасаси акушерлик ва неонатал хизматларининг имкониятларини ҳисобга олган ҳолда туғдириб олишнинг муддати ва усулини индивидуал тартибда белгилаш тавсия этилади.
-----------	---

Туғдириб олиш муддати хавф гуруҳларига қараб белгиланади:

I хавф гуруҳи	қони резус-манфий бўлган ва антитаначалар аниқланмаган ҳомиладор аёллар – ҳомиладорликнинг 40 ҳафталик муддатида.
II хавф гуруҳи	қони резус-манфий бўлган ва ҲГК белгиларисиз (УТТ ва доплерометрия маълумотларига кўра) антитаначалар титри аниқланган ҳомиладор аёллар – ҳомиладорликнинг 38 ҳафталик муддатидан кейин.
III хавф гуруҳи	қони резус-манфий бўлган ва ҲГК белгилари мавжуд (УТТ ва доплерометрия маълумотларига кўра) антитаначалар титри аниқланган ҳомиладор аёллар – ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар.

Ҳомиланинг оғир анемиясида, ҲГКнинг шиш турида, шунингдек, ҳомилага ЛТЮЭМ бачадон ичи қуйиш муолажасидан кейин кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш афзал ҳисобланади, бу туғруқ пайтида қўшимча шикастланиш ва ҳомиланинг гипоксия ҳолати ривожланишининг олдини олади.

## Қоғаноқ сувлари ҳажми патологияси

<b>2A</b>	Туғруқда асоратлар юзага келишининг салмоғини камайтириш учун туғруқ индукциясини ўтказишда камсувлик мавжудлигини инобатга олиш тавсия этилади.
-----------	--

Камсувлик туғруқ КК орқали яқунланиши, Апгар шкаласи бўйича паст баҳо ва янги туғилган чақалоқлар интенсив терапия бўлимига ўтказилиши заруратининг ошиши билан боғлиқ. Ҳомиладорликнинг 36<sup>+0/7</sup>-37<sup>+6/7</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукцияси ўтказилиши муҳокама қилиниши мумкин.

<b>3B</b>	Ҳомиладорлик даврида ва туғруқда асоратлар юзага келишининг салмоғини камайтириш учун кўпсувликда туғруқ индукцияси ўтказилишини режалаштириш тавсия этилади.
-----------	---

Кўпсувлик ҳомиладорлик ва туғруқ кечишини оғирлаштиради ҳамда ҲЎЧС ва макросомия ривожланиши, ҳомиланинг нотўғри жойлашиши, туғруқ КК орқали яқунланиши ва Апгар шкаласи бўйича паст баҳо билан боғлиқ. Туғруқ индукциясини ўтказишда киндик тизимчаси тушиб қолиши, нормал жойлашган йўлдошнинг барвақт кўчиши, ҳомила елкаси дистоцияси, ҳомила дистресси ривожланиши, туғруқнинг биринчи даври чўзилиши каби асоратларнинг



хавфини инобатга олиш зарур. Бошқа кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда, кўпсувликда ҳомиладорликнинг 39<sup>+0/7</sup>-39<sup>+6/7</sup> ҳафталик муддатларида туғруқ индукциясини ўтказиш зарур.

### Анамнезда нохуш перинатал натижалар

<b>5C</b>	Анамнезда нохуш перинатал натижалар каби клиник вазиятларда, малакали тиббий ёрдам кўрсатилишисиз содир бўлган туғруқларнинг олдини олиш, руҳий касалликлар ва баъзи бир бошқа ҳолатларда туғруқ индукциясини ўтказиш бўйича маслаҳатлашилган ҳолда қарор қабул қилиш тавсия этилади.
-----------	---

Ҳомиладорлар патологияси бўлимига режалаштирилган тартибда шифохонага ётқизиш ёки ҳамширалик парвариши ва туғруқни режалаштириш зарурлигини белгиловчи шошилиш акушерлик ёрдамни кўрсатишнинг имкони бўлмаган ҳолатлари (логистик сабаблар, руҳий касалликлар, оилавий вазиятлар туфайли) клиник амалиётда вужудга келиши мумкин.

### Аёлнинг хоҳиши

Фақатгина аёлнинг ва/ёки шифокорнинг хоҳиши (она ва шифокор учун қулай бўлган кунда бола туғилишининг санасини танлаш ёки тезроқ туғдириб олиш учун) туғруқ индукциясини ўтказиш учун қабул қилиб бўлмайдиган кўрсатма ҳисобланади.

### Туғруқ индукциясини ўтказиш учун тавсия этилмаган усуллар

Медикаментоз	Номедикаментоз
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ оғиз орқали динопростонни қабул қилиш</li> <li>▪ вена ичига динопростонни юбориш</li> <li>▪ экстраамниотик йўл орқали динопростон ёки PG F<sub>2a</sub> (энзапрост)ни юбориш</li> <li>▪ интрацервикал йўл орқали динопростонни қўйиш</li> <li>▪ гиалуронидаза</li> <li>▪ кортикостероидлар</li> <li>▪ эстрогенлар</li> <li>▪ азот оксидининг донаторларини қинга киритиш</li> <li>▪ мифепристон (ҳомила нобуд бўлиши ҳолатлари бундан мустасно)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ўт қўшимчалари</li> <li>▪ игна билан даволаш</li> <li>▪ гомеопатия</li> <li>▪ канакунжат (кастор) ёғи</li> <li>▪ иссиқ ванналар</li> <li>▪ клизмалар (ҳўқна)</li> <li>▪ жинсий алоқа</li> </ul>

### Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясининг асоратлари ва ножўя таъсирлари

Нормал ёки аномал ҳомиланинг юрак уриши билан бачадон гиперстимуляцияси қуйидаги кўринишларда намоён бўлиши мумкин:

- **бачадон гипертонуси/гиперсистолияси** – бачадоннинг бир қисқариши камида 2 дақиқа давом этиши;
- **бачадон тахисистолияси (бачадон тез-тез қисқариши)** – камида 20 дақиқа давомида 10 дақиқа ичида 5 тадан кўп қисқаришлар кузатилиши.

Бачадон гиперстимуляцияси, қоида тариқасида, окситоциннинг ва/ёки простагландиннинг дозаси оширилиб юборилиши туфайли юзага келади ва бу ўткир ҳомила дистресси, бачадон ёрилишига олиб келиши мумкин, охиригиси кўпроқ кўп туғувчи аёлларда кузатилади. Бир вақтда окситоцин ва простагландиннинг қўлланилиши, қоида тариқасида, бачадон тахисистолиясининг

хавфини оширади, чунки ушбу икки дори-воситалар юқорида санаб ўтилган асоратларни келтириб чиқариши мумкин, шунинг учун туғруқ олди индукциясида простагландинни охирги қабул қилиш ва окситоцинни юборишни бошлашнинг ўртасидаги вақт оралиғига қатъий риоя қилиш ўта муҳим ҳисобланади.

Бачадон **гипертонуси** ёки **гиперстимуляцияси** юзага келганда қуйидагиларни бажариш зарур:

- туғруқ индукциясини тўхтатиш (окситоцинни юборишни тўхтатиш, имкони бўлса қин ичига қўйилган дори-воситаларни олиб ташлаш. Гель ёки вагинал таблеткаларга қараганда, пессарийлар осонроқ чиқариб олинади);
- аёлни чап ёнбош тарафга ётқизиш;
- 8 л/дақ. оқим тезлигида кислород берилишини таъминлаш;
- 15 дақ. ичида 500 мл физиологик эритмани юбориш;
- бета-адреномиметиклар (гинипрал 10 мг (2 мл) в/и ёки тербуталин 250 мкг тери остига ёки сальбутамол 100 мкг в/и секин) ёки 1 дақ. давомида 6.75 мг в/и атозибан ёки оғиз орқали нифедипинни қабул қилиш ёрдамида тезкор токолизни ўтказиш. Мизопростол туфайли ривожланган бачадон гиперстимуляциясини даволаш қийинроқ.

Ҳомиланинг ЮУС нормаллашишига эришилганда ва бачадон гиперстимуляцияси бартараф этилган бўлса, туғруқни табиий туғруқ йўллари орқали олиб бординг.

Ўтказилаётган даволаш тадбирлари самара бермаганда, ҳомила дистресси белгилари кузатилганда шошининч равишда кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш керак.

## Тиббий реабилитация

Тиббий реабилитация ўтказилмайди.

## Тиббий ёрдам кўрсатилишини ташкиллаштириш

<b>5C</b>	Хавфсизлик ва самарадорликни таъминлаш учун 2 ёки 3-чи даражали акушерлик тиббиёт муассасасида туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясини ўтказиш тавсия этилади.
-----------	--

Тўлиқ ҳажмда текширувлар ўтказилиши, туғруқ индукциясининг тегишли усулини танлаш ҳамда она ва ҳомила ҳолатларининг кузатувини таъминлаш, шошининч равишда ККни ўтказиш учун тайёр бўлиш. Шунинг учун ҳам туғруқ индукциясини 2 ёки 3-чи даражали акушерлик тиббиёт муассасасида ўтказиш тавсия этилади.

## Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

№	Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари	Бажарилди
1.	Туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясини ўтказишдан аввал бимануал қин орқали текширув ёрдамида модификацияланган Бишоп шкаласи бўйича бачадон бўйнининг ҳолати баҳоланди	Ҳа/Йўқ
2.	Туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясини ўтказишдан аввал ва ўтказиш пайтида ҳомиланинг ҳолати бузилишини ўз вақтида аниқлаш учун ҳомиланинг кардиотокографияси ўтказилди	Ҳа/Йўқ
3.	Қуйидагиларни белгиловчи клиник ҳолатлар инobatга олинди: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ туғруқ индукциясини ўтказиш учун кўрсатмалар;</li> <li>▪ туғруқ индукциясининг муддати ва усулини танлаш;</li> <li>▪ табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш имконсизлиги;</li> </ul>	Ҳа/Йўқ



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ туғруқ индукциясини ўтказиш учун қарши кўрсатмалар сифатида кесар кесиш жарроҳлик амалиёти орқали туғдириб олиш учун кўрсатмалар</li></ul>	
--	--	--

## Иловалар

### 1-илова

#### *Клиник баённомани ишлаб чиқиш методологияси*

#### **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 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)**

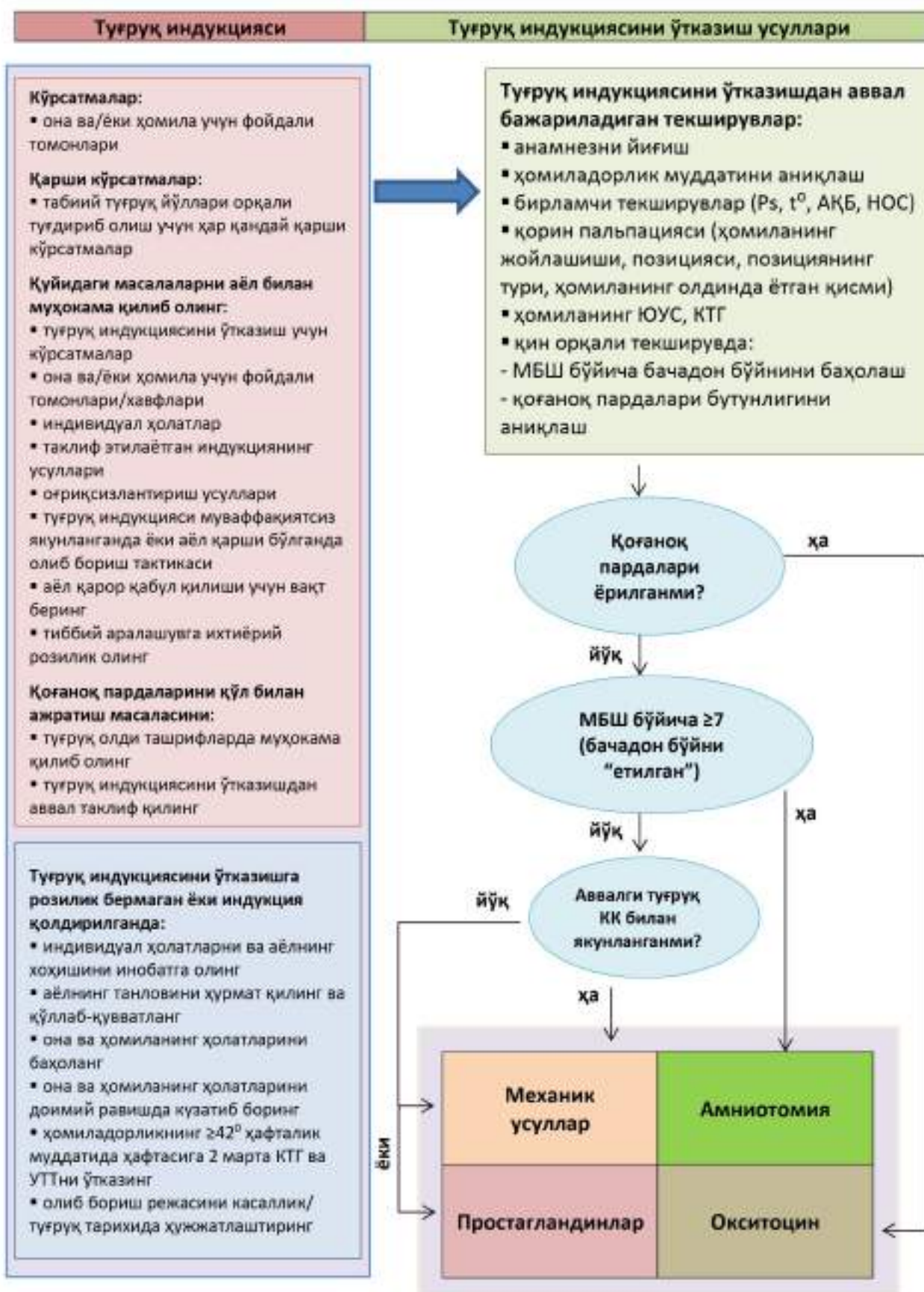
<b>Далилларнинг ишончлилик даражаси</b>	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни 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**

<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)

2-илова

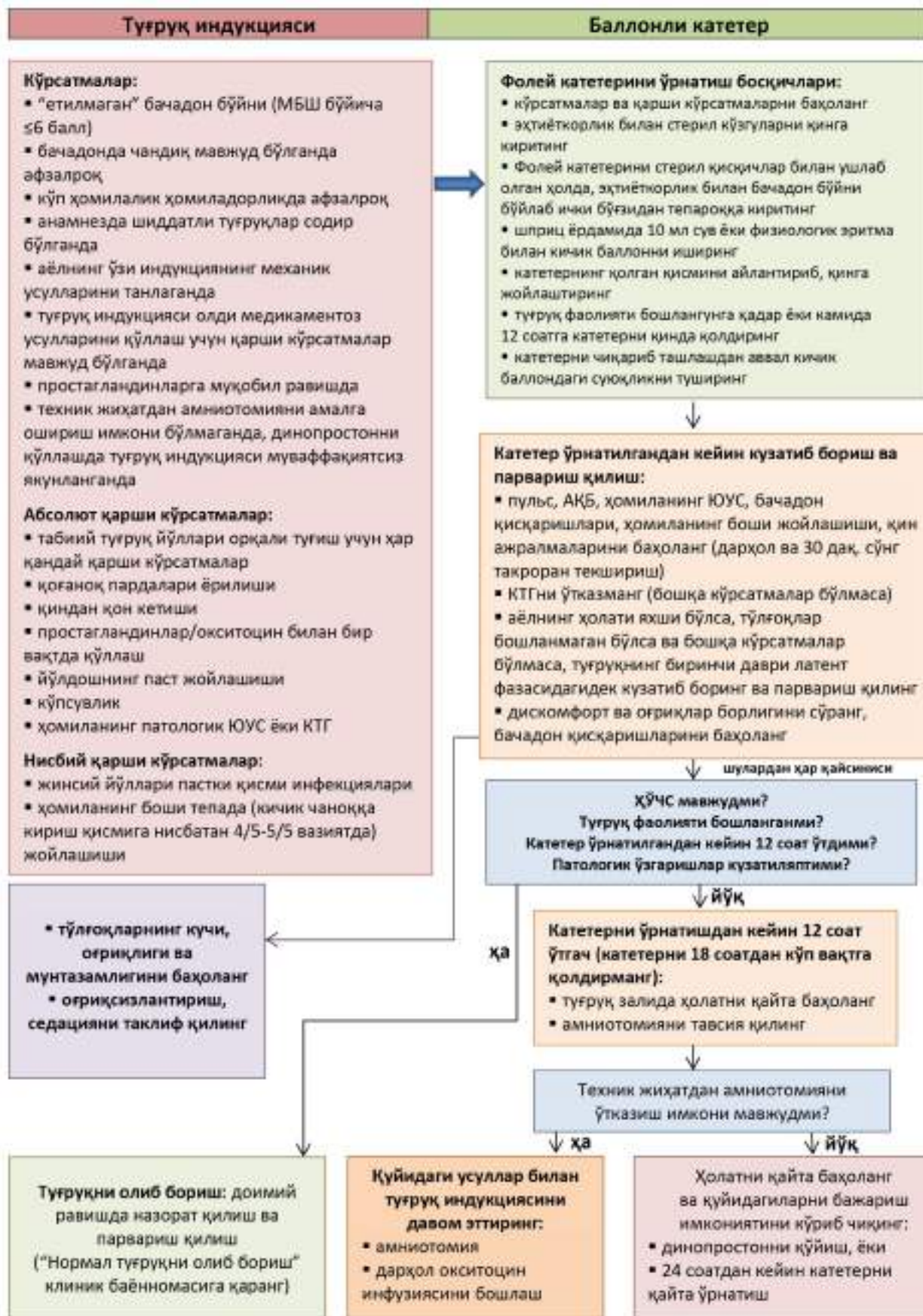
## Туғруқ индукцияси усулини танлаш блок-схемаси



### 3-илова

*Туғруқ индукциясини баллонли катетер ёрдамида ўтказиш блок-схемаси*

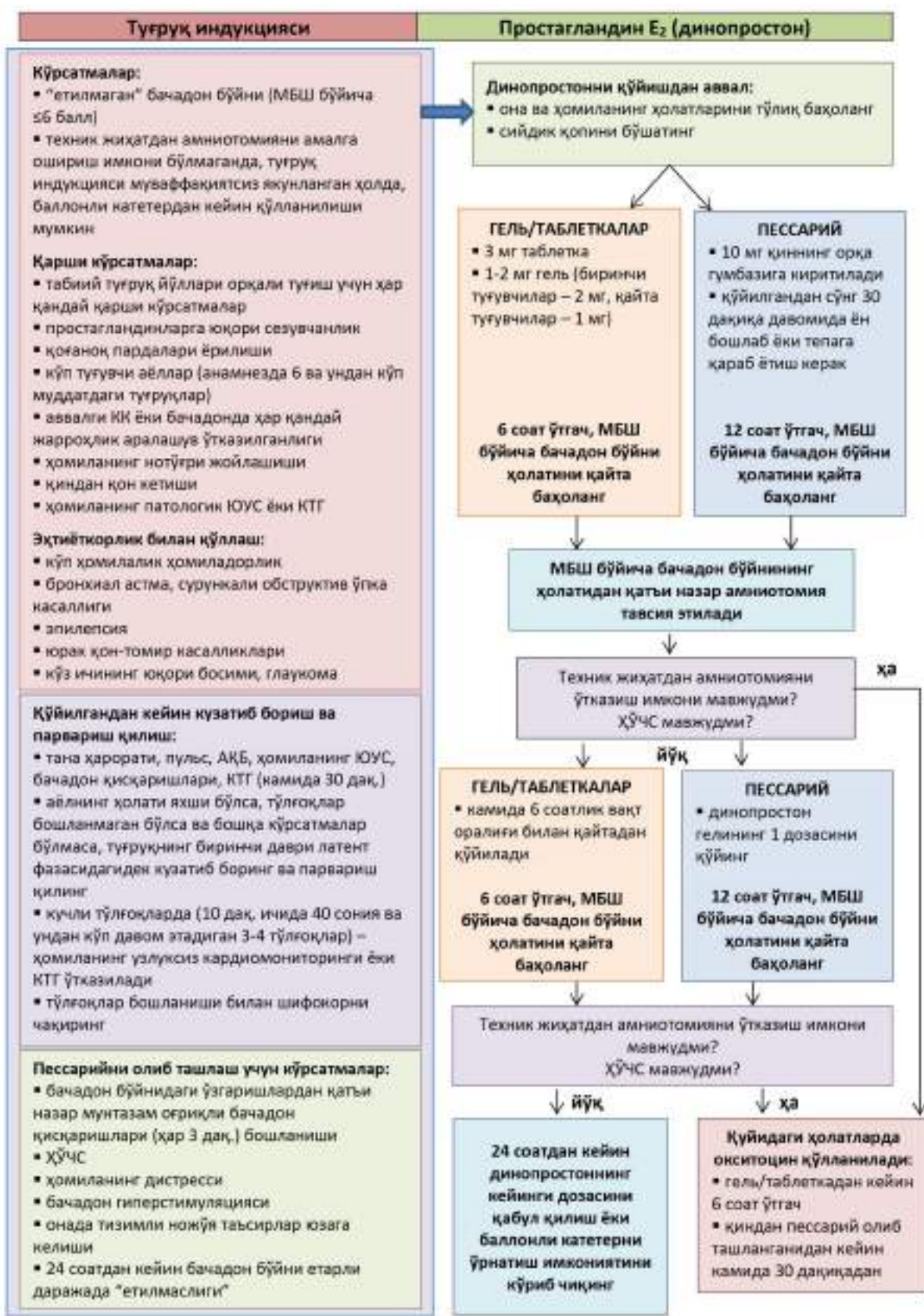




4-

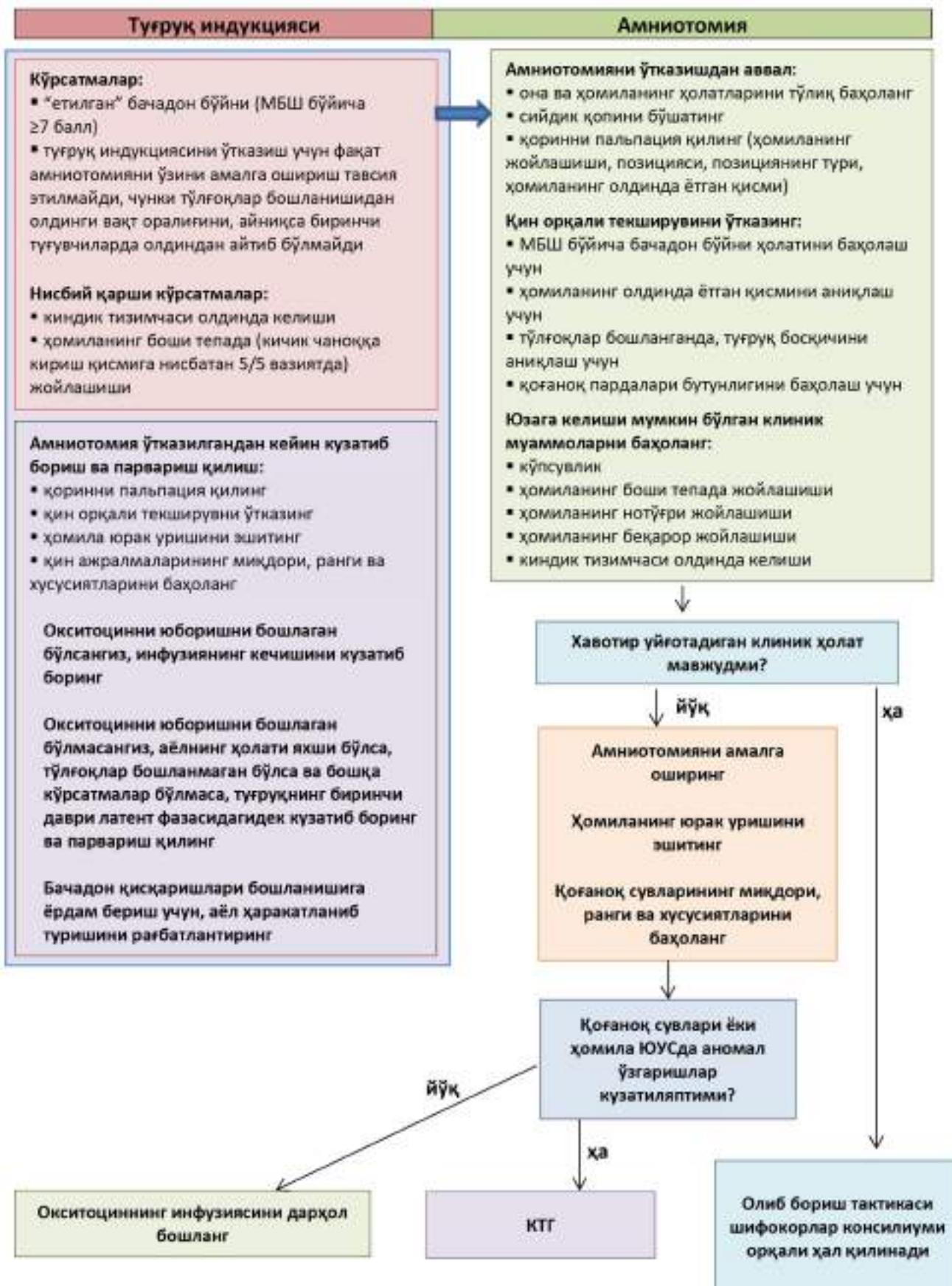
илова

## Тугруқ индукциясини простагландин E<sub>2</sub> (динопростон) ёрдамида ўтказиш блок-схемаси



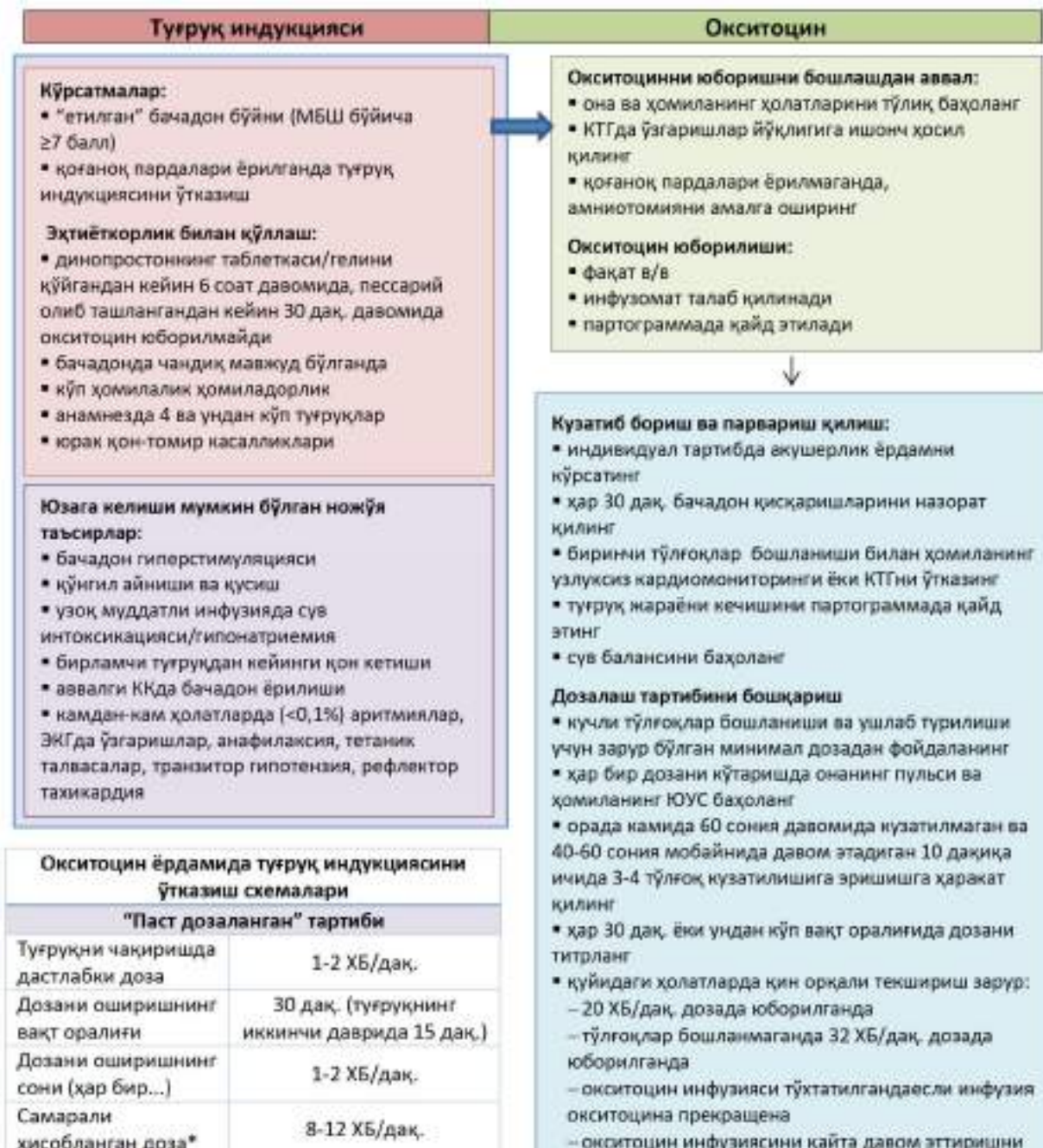


Амниотомияни амалга ошириш блок-схемаси



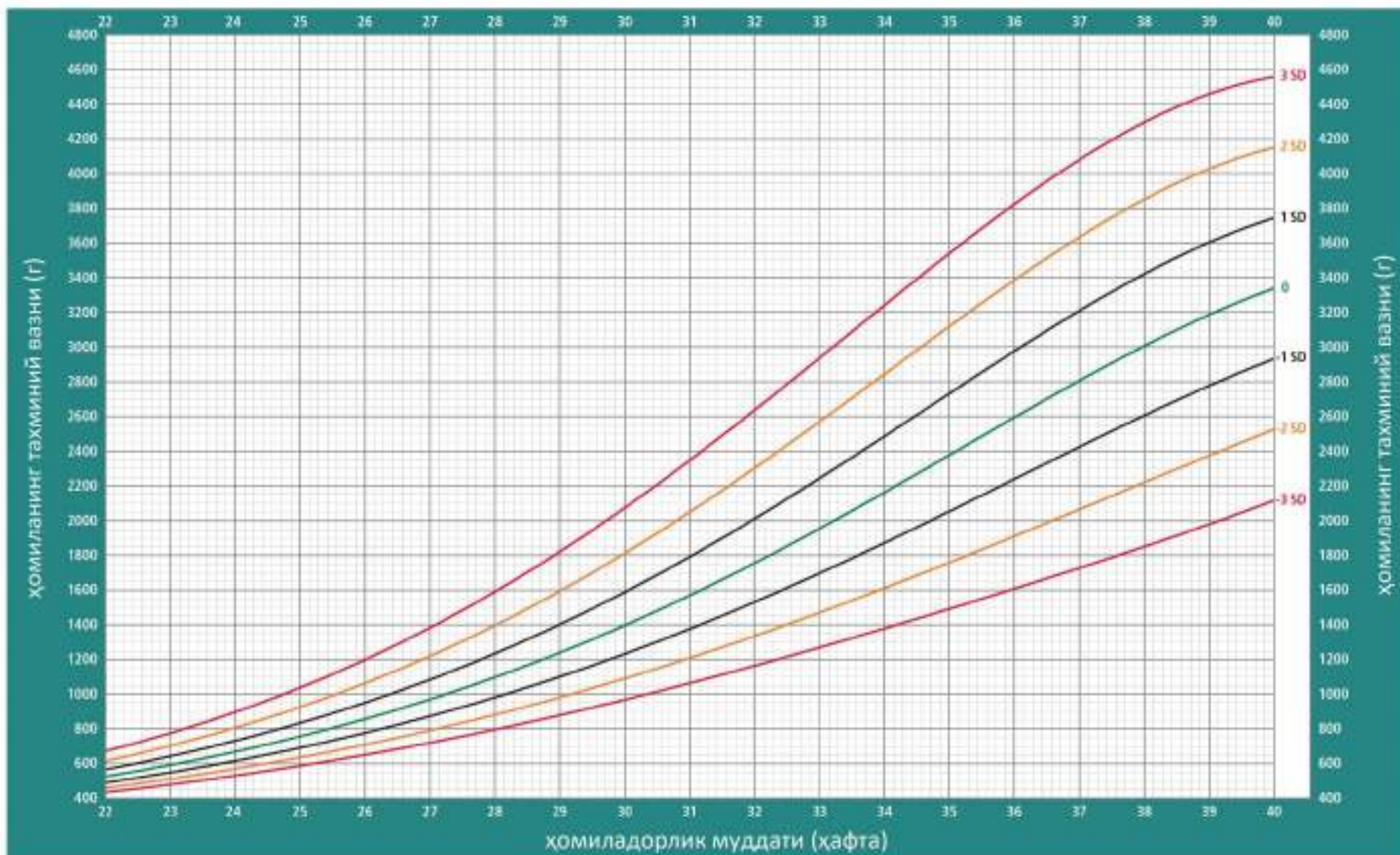
6-илова

*Туғруқ индукциясини окситоцин ёрдамида ўтказиш блок-схемаси*





Ҳомила ўсишининг халқаро стандартлари. Ҳомиланинг тахминий вазни



*Ҳомиланинг қорин айланаси референс кўрсаткичлари*

Ҳомиладорлик муддати (тўлиқ ҳафталар)	Процентильлар						
	3чи	5чи	10чи	50чи	90чи	95чи	97чи
14	72,9	73,8	75,3	80,6	85,9	87,4	88,4
15	82,9	84,1	85,8	91,9	98,1	99,8	100,9
16	93,0	94,3	96,3	103,2	110,1	112,1	113,4
17	103,1	104,5	106,7	114,4	122,1	124,3	125,7
18	113,2	114,8	117,2	125,6	134,0	136,4	138,0
19	123,3	125,0	127,6	136,7	145,8	148,4	150,1
20	133,4	135,2	138,0	147,7	157,5	160,3	162,1
21	143,4	145,3	148,3	158,7	169,1	172,0	174,0
22	153,5	155,5	158,6	169,6	180,6	183,7	185,7
23	163,4	165,6	168,9	180,4	192,0	195,3	197,4
24	173,3	175,6	179,0	191,2	203,3	206,8	209,0
25	183,2	185,5	189,1	201,8	214,5	218,1	220,5
26	192,9	195,4	199,1	212,4	225,7	229,5	231,9
27	202,6	205,1	209,1	222,9	236,8	240,7	243,2
28	212,1	214,7	218,8	233,3	247,8	251,9	254,5
29	221,4	224,2	228,5	243,6	258,7	263,0	265,8
30	230,6	233,5	238,0	253,8	269,6	274,1	277,0
31	239,6	242,6	247,4	263,9	280,5	285,2	288,3
32	248,4	251,6	256,5	273,9	291,3	296,3	299,5
33	256,9	260,3	265,5	283,8	302,2	307,4	310,7
34	265,2	268,7	274,3	293,6	313,0	318,5	322,0
35	273,2	276,9	282,8	303,3	323,8	329,6	333,4
36	280,8	284,8	291,0	312,8	334,6	340,9	344,9
37	288,1	292,4	299,0	322,3	345,5	352,1	356,4
38	295,1	299,6	306,7	331,6	356,4	363,5	368,1
39	301,6	306,5	314,1	340,8	367,4	375,0	379,9
40	307,7	312,9	321,1	349,8	378,5	386,7	392,0

*Модификацияланган Бишоп шкаласи (Bishop score)*

Бачадон бўйнининг ҳолатини баҳолаш учун мўлжалланган.

Бачадон бўйни хусусиятлари	Модификацияланган Бишоп шкаласи			
	0	1	2	3
Очилиши (см)	<1	1-2	3-4	>4
Узунлиги (см)	>4	3-4	1-2	<1
Қўймич ўсиқларига нисбатан ҳомиланинг олдинда ётган қисми туриши (см)*	3 см тепада (-3)	3 см тепада (-3)	1 см тепада ёки суяк даражасида (-1/0)	1-2 см пастда (+1/+2)
Консистенция	зич	қисман юмшаган	юмшоқ	-
Чаноқнинг тик ўқиға нисбатан жойлашиши	орқада	марказлашган/ олдинда	-	-
<b>Бишоп бўйича умумий баҳоси:</b>				

\* Америка акушер-гинекологлар мактабида ҳомиланинг олдинда ётган қисми туғруқ йўллари бўйлаб ҳаракатланаётганда кичик чаноқнинг текисликларига унинг туриши нисбатан белгиланади, ва бунда “Кичик чаноқ сатҳи” таърифини қўлланилади ва қуйидаги сатҳлар ажратилади:

- қўймич ўсиқларидан ўтувчи текислик – 0-сатҳи (ҳомиланинг боши катта сегменти билан кичик чаноқнинг кириш қисмида);
- 0-сатҳидан юқорида жойлашган текисликлар мос равишда -1, -2, -3 кўринишда белгиланади;
- 0-сатҳидан пастда жойлашган текисликлар мос равишда +1, +2, +3 кўринишда белгиланади, +3 сатҳи ҳомиланинг боши чаноқ бўшлиғида жойлашишига тўғри келади.

**Интерпретацияси:**

Бачадон бўйни ҳолати баҳоси	“Етилмаган” бачадон бўйни	“Етилган” бачадон бўйни
Бишоп бўйича баллар	≤6	≥7

**Модификаторлар:**

**Қуйидаги ҳолатларда 1 балл қўшилади:**

- презклампсия
- анамнезда ўз-ўзидан туғруқ содир бўлганда

**Қуйидаги ҳолатларда 1 балл олиб ташланади:**

- муддатидан ўтган ҳомиладорлик
- биринчи туғруқ
- қоғаноқ пардалари муддатидан олдинги туғруқдан олдин ёрилишида ёки узок муддатли сувсизлик даври

**Изоҳлар:**

Туғруқ индукцияси олди/туғруқ индукциясининг ҳар бир босқичларида тўлдирилади. Бачадон бўйнининг ҳолатини баҳолаш учун энг қулай восита Бишоп шкаласи ҳисобланади.

## Бемор учун маълумот

### **Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукцияси нима?**

Туғруқ индукцияси олди, бошқача қилиб айтганда, бу бачадон бўйнини туғруққа тайёрлаш аралашувидир. Бунда бачадон бўйни туғруққа етарли даражада ёки умуман тайёрмаслигида унинг “етилишига” ёрдам берадиган тадбирлар ўтказилади. Туғруқ индукцияси, яъни туғруқни чақириш, бу туғруқ йўллари тайёрлигига эришилганда табиий туғруқ йўллари орқали туғдириб олиш учун туғруқ фаолиятини индукциялаш жараёнидир.

### **Қайси ҳолатларда туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукцияси ўтказилади?**

Агар сизга бачадон бўйнини туғруққа тайёрлаш ёки туғруқни чақириш аралашуви таклиф этилаётган бўлса, бу сизда ҳомиладорлик янада узайтирилиши мақсадга мувофиқ эмаслиги, сиз ва бўлажак фарзандингиз соғлиғи учун маълум асоратларга олиб келишини ва баъзи ҳолатларда ҳаёт учун хавfli эканлигини англатади. Шундай қилиб, ҳомиладорликни узайтиришнинг потенциал хавфи фойдадан устун бўлса, туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукцияси ўтказилади.

### **Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукцияси қандай ўтказилади?**

Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясининг медикаментоз ва номедикаментоз усуллари мавжуд. Медикаментоз усулларга оғиз орқали мифепристон таблеткасини қабул қилиш, бачадон бўйнига динопростон гелини қўйиш ва вена ичига окситоцинни юборишлар киради. Номедикаментоз усуллар (гигроскопик кенгайтиргичлар, кенгайтирувчи катетерлар) бачадон бўйнига механик таъсир ўтказиши ва натижада бачадон бўйнининг очилиши, қисқариши юзага келади ёки бачадон бўйни тўлиқ етилганида қоғаноқ сувларини олгандан кейин тўлғоқлар бошланади.

### **Туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясида қарор қабул қилишга нима таъсир қилади?**

Медикаментоз ёки номедикаментоз, шунингдек, ушбу усулларни биргаликда ҳам қўллаш мумкин. Шифокор мавжуд кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, хавф омиллар, организмнинг тайёрлиги ва вақт заҳирасига эътибор қаратган ҳолда сиз учун энг рационал ва хавфсиз усулни танлайди.

### **Қарши кўрсатмалар мавжудми?**

Ҳа, туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукциясининг ҳар бир усуллари бўйича бир қатор қарши кўрсатмалар мавжуд, масалан, баъзи бир соматик касалликлар, аллергия реакциялар, ҳомиладорлик асоратлари ва бошқ. Сиз учун энг самарали ва хавфсиз усул танланади.

### **Амбулатор шароитда ўтказиш мумкинми?**

Йўқ, туғруқ индукцияси олди ва туғруқ индукцияси фақатгина стационар шароитда, шифокорларнинг назорати остида ўтказилади.

### **Қанча вақт олади?**

Туғруқ йўллари тайёрлиги ва кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда индивидуал равишда белгиланади (3-4 соатдан бир неча кунгача).

### **Ҳомилага таъсир қиладими?**

Ҳозирги кунга қадар туғруқ индукцияси олди ёки туғруқ индукцияси ва ҳомиланинг ҳолати бўзилиши ўртасида ҳеч қандай боғлиқлик аниқланмаган. Шунга қарамаздан, ушбу тадбирлар бошланишидан аввал, туғруққа тайёргарлик кўриш жараёнида ва туғруқ пайтида болангизнинг ҳолати мажбурий равишда баҳоланади.

### **Она сути билан озиқлантирса бўладими?**

Туғруққа тайёрлашнинг ҳар қандай усулидан (медикаментоз ва номедикаментоз) кейин сиз болангизни озиқлантиришингиз мумкин бўлади. Шунингдек, ушбу тадбирлар она сутининг миқдори ва таркибига таъсир қилмайди.



## Фойдаланилган адабиётлар

1. Неудачная попытка стимуляции родов (подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение). Клинические рекомендации. РОАГ. Москва. 2021 г.
2. World Health Organization. WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term // WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term. 2018.
3. Martin J.A. et al. Births: Final for 2017 // Natl. Vital Stat. Reports. 2018. Vol. 67, № 8. P. 1–49.
4. Hedegaard M. et al. Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: A historical cohort study // BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol. 2015. Vol. 122, № 10. P. 1377–1385.
5. Melamed N. et al. PInduction of labor before 40 weeks is associated with lower rate of cesarean delivery in women with gestational diabetes mellitus resented at the 36th annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine, Atlanta, GA, February 1-6, 2016. // Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc., 2016. Vol. 214, № 3. P. 364.e1-364.e8.
6. Souter V. et al. Maternal and newborn outcomes with elective induction of labor at term // Am. J. Obstet. Gynecol. 2019. Vol. 220, № 3.
7. Chodankar R., Sood A., Gupta J. An overview of the past, current and future trends for cervical ripening in induction of labour // Obstet. Gynaecol. 2017. Vol. 19, № 3. P. 219–226.
8. Gupta J. et al. Synthetic osmotic dilators in the induction of labour—An international multicentre observational study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2018. Vol. 229. P. 70–75.
9. Marconi A. Recent advances in the induction of labor [version 1; peer review: 2 approved] // F1000Research. Faculty of 1000 Ltd, 2019. Vol. 8.
10. Penfield C.A., Wing D.A. Labor Induction Techniques: Which Is the Best? // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. Elsevier Inc, 2017. Vol. 44, № 4. P. 567–582.
11. Grobman W.A. et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women // N. Engl. J. Med. 2018. Vol. 379, № 6. P. 513–523.
12. Nakano T. et al. Factors associated with emergency cesarean delivery during induction of labor in nulliparous women aged 35 years or older at term // J. Obstet. Gynaecol. Res. 2018. Vol. 44, № 9. P. 1747–1751.
13. Bergholt T. et al. Maternal age and risk of cesarean section in women with induced labor at term—A Nordic register-based study // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2020. Vol. 99, № 2. P. 283–289.
14. Maged A.M. et al. Effect of maternal obesity on labor induction in postdate pregnancy // Arch. Gynecol. Obstet. 2018. Vol. 298, № 1.
15. Carpenter J.R. Intrapartum management of the obese gravida // Clin. Obstet. Gynecol. 2016. Vol. 59, № 1. P. 172–179.
16. Rossi R. et al. Predictive Model for Failed Induction of Labor Among Obese Women // Obstet. Gynecol. Wolters Kluwer Health, 2019. Vol. 134, № 3.
17. Gibbs Pickens C.M. et al. Term Elective Induction of Labor and Pregnancy Outcomes among Obese Women and Their Offspring // Obstet. Gynecol. 2018. Vol. 131, № 1. P. 12–22.
18. Kawakita T. et al. 53: Predicting vaginal delivery in nulliparous women undergoing induction of labor // Am. J. Obstet. Gynecol. 2017. Vol. 216, № 1. P. S38–S39.

19. Coates D. et al. A systematic scoping review of clinical indications for induction of labour // *PLoS One* / ed. Mastrolia S.A. 2020. Vol. 15, № 1. P. e0228196.
20. Gleason R.L. et al. A safe, low-cost, easy-to-use 3D camera platform to assess risk of obstructed labor due to cephalopelvic disproportion // *PLoS One*. 2018. Vol. 13, № 9. P. 1–30.
21. Malonga F.K. et al. External anthropometric measurement and pelvimetry among nulliparous women in lubumbashi: Risk factors and predictive score of mechanical dystocia // *Pan Afr. Med. J.* 2018. Vol. 31. P. 1–9.
22. Saccone G. et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials // *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2019. Vol. 98, № 8.
23. Ayala N.K., Lewkowitz A.K., Rouse D.J. Delivery at 39 Weeks of Gestation // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 4. P. 949–952.
24. Sinkey R.G. et al. Elective Induction of Labor in the 39th Week of Gestation Compared With Expectant Management of Low-Risk Multiparous Women // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 134, № 2. P. 282–287.
25. Middleton P., Shepherd E., Crowther C.A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 2018, № 5.
26. Magro-Malosso E.R. et al. Induction of labour for suspected macrosomia at term in non-diabetic women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2017. Vol. 124, № 3. P. 414–421.
27. Brzezinski-Sinai N.A. et al. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019. Vol. 32, № 14. P. 2271–2279.
28. Zeino S. et al. Delivery outcomes of term pregnancy complicated by idiopathic polyhydramnios // *J. Gynecol. Obstet. Hum. Reprod. Elsevier Masson SAS*, 2017. Vol. 46, № 4. P. 349–354.
29. Luo Q.Q. et al. Idiopathic polyhydramnios at term and pregnancy outcomes: a multicenter observational study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2017. Vol. 30, № 14. P. 1755–1759.
30. Dashe J.S., Pressman E.K., Hibbard J.U. SMFM Consult Series #46: Evaluation and management of polyhydramnios // *Am. J. Obstet. Gynecol. Elsevier Inc.*, 2018. Vol. 219, № 4. P. B2–B8.
31. Carlsson Fagerberg M., Källén K. Third-trimester prediction of successful vaginal birth after one cesarean delivery—A Swedish model // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 5. P. 660–668.
32. Li Y.X. et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: A retrospective cohort study in China // *BMJ Open*. 2019. Vol. 9, № 5. P. 1–8.
33. de Vaan M.D.T. et al. Mechanical methods for induction of labour // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019. Vol. 2019, № 10.
34. Selin L. et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial // *Women and Birth. Australian College of Midwives*, 2019. Vol. 32, № 4. P. 356–363.
35. Diven L. et al. Discontinuing oxytocin infusion in the active phase of labor: A systematic review and meta-analysis // *Obstet. Gynecol. Wolters Kluwer Health*, 2017. Vol. 130, № 5.
36. Boie S. et al. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour // *Cochrane database Syst. Rev.* 2018. Vol. 8. P. CD012274.

37. DeVivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier, 2019.
38. De Vivo V. et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 222, № 4. P. 320–329.
39. Schoen C.N. et al. Intracervical Foley Catheter with and Without Oxytocin for Labor Induction: A Randomized Controlled Trial // *Obstet. Gynecol.* 2017.
40. Baev O.R. et al. A comparison between labor induction with only Dilapan-S and a combination of mifepristone and Dilapan-S in nulliparous women: a prospective pilot study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2019.
41. Thangatorai R., Lim F.C., Nalliah S. Cervical pessary in the prevention of preterm births in multiple pregnancies with a short cervix: PRISMA compliant systematic review and meta-analysis. // *J. Matern. Fetal. Neonatal Med.* 2018. Vol. 31, № 12. P. 1638–1645.
42. Cluver C. et al. Planned early delivery versus expectant management for hypertensive disorders from 34 weeks gestation to term // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017. Vol. 2017, № 1.
43. NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133) // *NICE Guidel.* 2020. № June 2019. P. 55.
44. Churchill D. et al. Interventionist versus expectant care for severe pre-eclampsia between 24 and 34 weeks' gestation // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. Vol. 2018, № 10.
45. Chappell L.C. et al. Planned early delivery or expectant management for late preterm pre-eclampsia (PHOENIX): a randomised controlled trial // *Lancet.* 2019. Vol. 394, № 10204. P. 1181–1190.
46. Butalia S. et al. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for the Management of Hypertension in Pregnancy // *Can. J. Cardiol.* 2018. Vol. 34, № 5. P. 526–531.
47. ACOG. ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician Gynecologists. Gestational Hypertension and Preeclampsia // *Obstet. Gynecol.* 2020. Vol. 135, № 6. P. e237–e260.
48. Mounier-Vehier C. et al. Hypertension and pregnancy: expert consensus statement from the French Society of Hypertension, an affiliate of the French Society of Cardiology // *Fundam. Clin. Pharmacol.* 2017. Vol. 31, № 1. P. 83–103.
49. Berger H., Gagnon R., Sermer M. Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy // *J. Obstet. Gynaecol. Canada.* Elsevier Inc., 2019. Vol. 41, № 12. P. 1814-1825.e1.
50. Shields L.E., Goffman D., Caughey A.B. ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists // *Obstet. Gynecol.* 2017. Vol. 130, № 4. P. e168–e186.
51. Metcalfe A. et al. Timing of delivery in women with diabetes: A population-based study // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020. Vol. 99, № 3. P. 341–349.
52. Regitz-Zagrosek V. et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy // *European Heart Journal.* 2018. Vol. 39, № 34. 3165–3241 p.
53. Kuo K., Caughey A.B. Optimal timing of delivery for women with breast cancer, according to cancer stage and hormone status: a decision-analytic model // *J. Matern. Neonatal Med.* Informa UK Ltd., 2019. Vol. 32, № 3. P. 419–428.

54. Wennerholm U.B. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): Multicentre, open label, randomised, superiority trial // *BMJ*. 2019. Vol. 367.
55. Keulen J.K. et al. Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): Multicentre, randomised non-inferiority trial // *BMJ*. 2019. Vol. 364.
56. Vitner D. et al. Induction of labor versus expectant management among women with macrosomic neonates: a retrospective study // *J. Matern. Neonatal Med.* 2018. Vol. 7058.
57. Martins J.G., Biggio J.R., Abuhamad A. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012) // *Am. J. Obstet. Gynecol.* Elsevier Inc., 2020. Vol. 223, № 4. P. B2–B17.
58. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries // *Obstet. Gynecol.* 2019. Vol. 133, № 2. P. e151–e155.
59. Pilliod R.A. et al. The growth-restricted fetus: risk of mortality by each additional week of expectant management // *J. Matern. Neonatal Med.* Informa UK Ltd., 2019. Vol. 32, № 3. P. 442–447.
60. McCowan L.M., Figueras F., Anderson N.H. Evidence-based national guidelines for the management of suspected fetal growth restriction: comparison, consensus, and controversy. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018. Vol. 218, № 2S. P. S855–S868.
61. Management of Monochorionic Twin Pregnancy: Green-top Guideline No. 51. // *BJOG*. 2017. Vol. 124, № 1. P. e1–e45.
62. Mackie F.L. et al. Prognosis of the co-twin following spontaneous single intrauterine fetal death in twin pregnancies: a systematic review and meta-analysis // *BJOG An Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2019. Vol. 126, № 5. P. 569–578.
63. Sénat M.-V. et al. Prevention and management of genital herpes simplex infection during pregnancy and delivery: Guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2018. Vol. 224. P. 93–101.