



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

20 24 yil "14-" iyun _____

№ -195

Toshkent sh.

Davolash profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokollarni tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyev rahbarligida 2024-yil 5-fevral kuni kengaytirilgan tarzda o'tkazilgan videoselektor yig'ilishining 9-son bayonida berilgan topshiriqlar hamda O'zbekiston Respublikasi Prezidenti yordamchisining 2024-yil 11-martdagi Sog'liqni saqlash sohasida 2024-yilda amalga oshiriladigan islohotlarni amalga oshirish yuzasidan berilgan topshiriqlar ijrosini ta'minlash maqsadida, **buyuraman:**

1. Quyidagilar:

Antenatal parvarish, "xavf guruhi"ga kirgan homilador va tug'ruq yoshidagi ayollarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 1-ilovaga muvofiq;

Oilani rejalashtirish, kontratsepsiya vositalarini qo'llash bo'yicha milliy klinik qo'llanmasi 2-ilovaga muvofiq;

Arterial gipertenziya bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 3-ilovaga muvofiq;

Surunkali yurak ishemik kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 4-ilovaga muvofiq;

Bronxial astma bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 5-ilovaga muvofiq;

O'pka surunkali obstruktiv kasalligi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 6-ilovaga muvofiq;

Qandli diabet (1 va 2-turlari) bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 7-ilovaga muvofiq;

Virus etiologiyali jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 8-ilovaga muvofiq;

Delta agentisiz virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 9-ilovaga muvofiq;

Delta agentli virusli gepatit B bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 10-ilovaga muvofiq;

Virusli gepatit C bilan kasallangan bemorlarni davolash bo'yicha milliy klinik protokol 11-ilovaga muvofiq;

O'quv dasturlarini ishlab chiqishga jalb etiladigan tibbiyot va ta'lim muassasalari ro'yxati 12-ilovaga muvofiq **tasdiqlansin**.

2. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.Fozilova), Xususiy tibbiyot va tibbiy turizmni rivojlantirish bo'limi (Sh.Gulyamov), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) va Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) Loyiha ofisi (E.Adilov) bilan hamkorlikda:

ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni barcha davlat va nodavlat tibbiyot tashkilotlariga yetkazilishini ta'minlasin;

yil yakuniga qadar ilovadagi nozologiyalar bo'yicha ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga joriy qilsin, **bunda:**

milliy klinik protokollar asosida namunaviy o'quv dasturiga muvofiq onlayn platforma orqali tibbiyot mutaxassislarini bosqichma-bosqich o'qitish jarayoni tashkillashtirilsin;

milliy klinik protokollardan tashxislash va davolash jarayonida to'liq foydalanishni yo'lga qo'yish maqsadida joylarda baholash va monitoring o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari amalga oshirilsin;

milliy klinik protokollar bo'yicha tibbiyot xodimlarini o'qitish va amaliyotga joriy etishda milliy klinik protokollarni qayta o'rganish orqali takomillashtirib borish choralari ko'rilsin.

3. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari (12-ilova bo'yicha), Tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, respublika o'rta tibbiyot va farmatsevtika xodimlari malakasini oshirish va ularni ixtisoslashtirish markazi rahbarlari, respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari:

joriy yilning 1 iyuliga qadar malaka oshirish o'quv dasturining tarkibi, o'qitish usuli va uslubiyoti, imtihon o'tkazish va baholash mezonlari, shuningdek sertifikatlash tartibini ishlab chiqsin va tasdiqlash uchun kiritсин;

joriy yilning 10 iyuliga qadar onlayn platforma orqali hamshiralar, oilaviy shifokorlar va tor soha mutaxassilarini tibbiy yordam ko'rsatish algoritmlari bo'yicha bosqichma-bosqich o'qitish uchun milliy klinik protokollar asosida o'zbek va rus tillarida malaka oshirish o'quv dasturlari ishlab chiqilishini hamda Loyiha ofisiga taqdim etilishini ta'minlasin. Bunda, o'quv dasturining tarkibi – taqdimot (prezentatsiyalar, audio va video darslar), amaliy mashg'ulotlar va imtihondan iborat bo'lishi ta'minlansin.

4. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva) Qoraqalpog'iston tibbiyot instituti bilan birgalikda **joriy yilning 10 iyuliga qadar** ishlab chiqilgan milliy klinik protokollarni qoraqalpoq tiliga tarjima qilinishini ta'minlansin.

5. O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tasarrufidagi barcha davolash-profilaktika muassasalari hamda respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rahbarlari mazkur jarayonlarga jalb etilgan mutaxassislariga yetarli shart-sharoit yaratish, qonunchilikda belgilangan tartibda rag'batlantirib borish choralari ko'rsin.

6. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar va viloyatlar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlari:

tasdiqlangan milliy klinik protokollarni davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini;

joriy yilning 10 iyuliga qadar OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlari "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini ta'minlasin.

7. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov), tasdiqlangan nozologiyalar bo'yicha milliy klinik protokollarni 2024/2025 o'quv yilidan boshlab Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek, shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

8. Tashkiliy kadrlar va inson resurslarini rivojlantirish boshqarmasi (M.Mirtalipov) OneID identifikatsiya tizimi yordamida o'qitish platformasidan avtorizatsiyasi uchun Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi davolash-profilaktika muassasalari tibbiyot xodimlarining shaxsiy ma'lumotlarini **joriy yilning 10 iyuliga qadar** "hrm.argos.uz" tizimiga to'liq kiritilishini nazorat qilsin.

9. Raqamli texnologiyalarni joriy etish va muvofiqlashtirish bo'limi (N.Eshnazarov) tasdiqlangan milliy klinik protokollarini vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirsin.

10. Jamoatchilik bilan aloqalar bo'limi (F.Sanayev) tasdiqlangan milliy klinik protokollarni mazmun mohiyatini yoritish bo'yicha tashviqot va targ'ibot ishlari o'tkazilishini ta'minlasin.

11. Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo'limi (S.Ubaydullayeva), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan birgalikda 2024 yil 1 avgustga qadar tasdiqlangan milliy klinik protokollar asosida davolash va diagnostika standartlari qayta ko'rib chiqilishini ta'minlasin.

12. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan Klinik protokollar va tibbiy standartlarni ishlab chiqish bo‘limi (S.Ubaydullayeva):

joriy yilning 10 iyuliga qadar O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2024-yil 24-fevraldagi “Milliy/mahalliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish, tasdiqlash va tibbiyot amaliyotiga joriy etish metodologiyasini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 52-son buyrug‘iga tegishli o‘zgartirish va qo‘shimchalar kiritish bo‘yicha;

joriy yilning 20 sentyabriga qadar O‘zbekiston Respublikasi sog‘liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi “Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to‘g‘risida”gi 273-son buyrug‘ining ilovalaridagi tegishli nozologiyalar bo‘yicha klinik protokollar va standartlari o‘z kuchini yoqotgan deb topish bo‘yicha asoslantirilgan taklif kiritsin.

13. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o‘rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir v.b.



A. Xudayarov

“TASDIQLAYMAN”
RIOvaBSIATM direktori
N.S.Nadirxanova

“14” iyun 2024 yil



**ANTENATAL PARVARISH “XAVF GURUHI”GA KIRGAN
HOMILADOR VA TUG’RUQ YOSHIDAGI AYOLLARNI
DAVOLASH BO’YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2024

Sog'liqni saqlash vazirining
2024-yil 14-iyundagi
195-son buyrug'iga
1-ilova

**ANTENATAL PARVARISH "XAVF GURUHI"GA KIRGAN
HOMILADOR VA TUG'RUQ YOSHIDAGI AYOLLARNI
DAVOLASH BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT 2024

Klinik muammo: antenatal parvarish, homilador xavf guruhlarini boshqarish.

Hujjatning nomi: antenatal parvarish “xavf guruhi”ga kirgan homilador va tugʻruq yoshidagi ayollarni davolash boʻyicha milliy klinik protokol.

Tibbiy yordam bosqichlari: birlamchi va ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam.

Ishlab chiqilgan sana: ushbu hujjat 2024-yilda yaratilgan.

Rejalashtirilgan yangilanish sanasi: Keyingi koʻrib chiqish 2029-yilga rejalashtirilgan yoki yangi asosiy dalillar mavjud boʻlganda.

Milliy klinik protokolni ishlab chiqishdan maqsad:

Tibbiyot xodimlarini zamonaviy ilmiy asoslangan maʼlumotlar va dalillarga asoslangan tavsiyalar bilan taʼminlash, antenatal (prenatal) parvarishlash, xavf guruhidagi homilador ayollarni aniqlash va ularni boshqarish boʻyicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va joriy etish.

Bemorlar toifasi: normal (fiziologik, asoratlanmagan) homiladorlik davri boʻlgan homilador ayollar, akusherlik va perinatal asoratlar uchun xavf omillari boʻlgan homilador ayollar.

Klinik protokoldan foydalanuvchi guruhlar: oilaviy shifokorlar, akusher-ginekologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, sogʻliqni saqlash tashkilotchilari, klinik farmakologlar, talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy oʻquv yurtlari oʻqituvchilari, homilador ayollar, ularning yaqin oila aʼzolari va gʻamxoʻrlari.

Protokoldagi tavsiyalariga rioya qilish:

Protokol nashr paytida mavjud boʻlgan dalillarga asoslangan umumiy tavsiyalar beradi.

Agar amalda ushbu protokolning tavsiyalaridan chetga chiqish toʻgʻrisida qaror qabul qilingan boʻlsa, shifokorlar bemorning kasallik tarixida quyidagi maʼlumotlarni hujjatlashtirishlari kerak:

- bu qarorni kim qabul qilgan;
- bayonnomadan chetga chiqish toʻgʻrisidagi qarorni batafsil asoslash;
- bemorni boshqarish boʻyicha qanday tavsiyalar qabul qilingan

Ko'rsatmalar klinik amaliyotning barcha elementlarini qamrab olmaydi, lekin klinitsist-shifokorlar bemorning ehtiyojlarini hisobga olgan holda, hurmatli, maxfiy muloqot tamoyiliga rioya qilgan holda bemorlar bilan individual boshqaruvni muhokama qilishlari kerakligini anglatadi.

Bunga quyidagilar kiradi:

- Zarur holatlarda tarjimon xizmatlaridan foydalanish;
- Bemor bilan maslahatlashish va ma'lum bir manipulyatsiya yoki ma'muriyat taktikasi uchun xabardorlik roziligini olish;
- Qonuniy talablar va kasbiy xulq-atvor standartlariga rioya qilish doirasida yordam ko'rsatish;
- Umumiy va mahalliy talablarga muvofiq har qanday boshqaruv va parvarish taktikasini hujjatlashtirish.

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish bo'yicha ishchi guruh tarkibi:

F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
Nadirxanova N.S.	Direktor, t.f.d.	RIOvaBSIATM DM
Najmutdinova D.K.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Abdullayeva L.M.	O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligining Bosh akusher-ginekologi, t.f.d., professor	TTA
Gafurova F.A.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, akusherlik-ginekologiya va perinatal meditsina kafedrası,
Karimova F.D.	Kafedra mudiri, t.f.d., professor	TXKMRRM, №2-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası
Qurbonov B.B.	Kafedra mudiri, tibbiyot fanlari doktori	ToshPTI, Akusherlik va ginekologiya kafedrası
Shalayeva Ye.V.	MD, MPH, CHES	"Sog'liqni saqlash loyihalari markazi" loyiha ofisi guruh rahbari
Usmonov S.K.	MD	"Sog'liqni saqlash loyihalari markazi" loyiha ofisi bosh mutaxassisi
Abduraimov T.F.	Kadrlar tayyorlash bo'yicha direktor o'rinbosari	RIOvaBSIATM DM
Djurayeva G.T.	Akusher-ginekolog, t.f.n., doktorant	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Ilyasov A.B.	Akusher-ginekolog, t.f.n.	RIOvaBSIATM DM
Ataxodjayeva F.A.	Akusher-ginekolog, t.f.d., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Shodiyeva X.T.	Akusher-ginekolog, t.f.n., katta o'qituvchi	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası

Kamilova I.A.	Akusher-ginekolog, t.f.d., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası
Sidikxodjayeva M.A.	akusher-ginekolog, t.f.n., dotsent	Toshkent tibbiyot Akademiyasi, oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası

Taqrizchilar:

F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
Yusupbayev R.B.	t.f.d., katta ilmiy xodim, homila tibbiyoti bo'limi mudiri	RIOvaBSIATM DM
Magzumova N.M.	Oilaviy tibbiyotda akusherlik va ginekologiya kafedrası t.f.d., professor	TTA

Tashqi ekspert bahosi:

F.I.Sh.	Lavozimi	Ish joyi
Stelian Xodorodja	JSST eksperti, akusher-ginekolog, t.f.d., dotsent	Davlat tibbiyot va Farmatsiya universiteti (Kishinyov, Moldova)

Milliy klinik protokolni ishlab chiqishga qo'yiladigan talablar:

Eng yaxshi jahon tajribasiga asoslangan ma'lumotlarni o'z ichiga olgan klinik protokolni ishlab chiqishdagi asosiy talab mavzu bo'yicha eng yaxshi yo'riqnomalardan, shuningdek tavsiyalarni shakllantirishda ilmiy dalillarni qat'iy tanlash metodologiyasidan foydalanish edi.

Protokolning yakuniy tavsiyalari o'zgartirishlarsiz asl nashrdagi bir nechta klinik ko'rsatmalardan ba'zi tavsiyalarni olish, klinik ko'rsatmalarning ayrim tavsiyalarini mahalliy sharoitga moslashtirish va qo'shimcha adabiyotlarni qidirish asosida tavsiyalar ishlab chiqish yo'li bilan tuzilgan.

Past sifatli dalillarga ega va mahalliy sharoitlarda qo'llanilmaydigan tavsiyalar chiqarib tashlandi.

Klinik ko'rsatmalardan olingan tavsiyalar dastlab nashr etilgan dalillar darajasi bilan qabul qilindi.

Ushbu milliy klinik protokol quyidagi hujjatlarga asoslangan holda ishlab chiqilgan:

1. JSST homiladorlikning ijobiy tajribasini shakllantirish uchun tugʻruqdan oldin parvarish qilish boʻyicha tavsiyalar. Jeneva: Jahon Sogʻliqni Saqlash Tashkiloti; 2017.

JSST homiladorlikning ijobiy tajribasi uchun antenatal parvarish
Boʻyicha tavsiyalar. 2017.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

2. Antenatal parvarish. Klinik koʻrsatmalar NICE. 2021. Antenatal parvarish. NICE qoʻllanma. Nashr qilingan: 19 Avgust 2021.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

Profilaktika, diagnostika, davolash va reabilitatsiya usullari (profilaktika, diagnostika, davolovchi, reabilitatsion aralashuvlar) boʻyicha tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasini baholash shkalasi (TID):

TID	Tavsifi
A	Kuchli tavsiya (barcha koʻrib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari boʻyicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (barcha koʻrib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki qiziqish natijalari boʻyicha ularning xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiyalar (tegishli sifat dalillarining yetishmasligi (barcha koʻrib chiqilgan ishlash mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari boʻyicha xulosalari izchil emas)

Mundarija

Kirish qismi.....	6
Ta'riflar.....	8
XKT-10 va XKT-11 bo'yicha kodlanishi	9
Antenatal parvarish tamoyillari.....	9
Tug'ruq oldi parvarishi, antenatal mashg'ulotlar bosqichida homilador ayollarga ma'lumot va maslahat berish.....	10
Antenatal tashriflar soni.	12
Anamnez to'plami.....	16
Shikoyat va umumiy holatni baholash.....	17
Fizikal tekshiruv.	20
Laborator diagnostik tyekshiruvlar.....	23
Instrumental diagnostik tyekshiruvlar.....	24
Boshqa diagnostik tyekshiruvlar.	26
Keng tarqalgan fiziologik simptomlar.....	28
Profilaktik tadbirlar.....	30
Homiladorlik asoratlari nomedikamentoz profilaktikasi	32
Homiladorlik asoratlari myedikamentoz profilaktikasi	35
Homiladorlik davri xavf belgilari.....	35
Xavf guruhlaridagi aralashuvlar.....	40
Gestatsion qandli diabet.	46
Preeklampsiya	47
Gestatsiya yoshi uchun kichik homila.....	49
Homiladorlik davrida emlash	53
Antenatal davrni olib borish bo'yicha umumlashtirilgan jadval	54
Antenatal parvarishni olib borish bo'yicha bilim kompetensiyalari	56
Qisqartmalar ro'yxati	58

Kirish qismi

Dunyodagi har bir homilador ayol va har bir yangi tug'ilgan chaqaloq homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrda yuqori sifatli tibbiy yordam olishi kerak

Antenatal parvarish, shuningdek, **tug'ruqdan oldingi parvarish** deb ham ataladi, bu malakali tibbiyot mutaxassislari tomonidan homilador ayollar va o'smirlarga ko'rsatiladigan tibbiy yordam bo'lib, homiladorlik paytida ona va bolaning eng yaxshi salomatlik holatini kafolatlaydi.

Antenatal parvarishning maqsadlari:

homila, yangi tug'ilgan chaqaloq va/yoki onaning sog'lig'iga tahdid solishi mumkin bo'lgan holatlarning oldini olish va o'z vaqtida aniqlash uchun ayolga homiladorlik va tug'ilishga ijobiy munosabatni shakllantirishga yordam berish.

Antenatal parvarishning vazifalari:

- pyerinatal xavf omillarini erta aniqlash;
- profilaktik texnologiyalari universal va xavf guruhlarida;
- homiladorlik natijalarini yaxshilash bo'yicha tadbirlarni amalga oshirish;
- barcha homilador ayollar va ularga yordam ko'rsatadigan xodimlarning o'quv va bilim bilan boyitish;
- homiladorlik va tug'ilishni ijobiy hayotiy voqeaga aylantirishda yordam berish.

Kuzatuv tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, tug'ruqdan oldin parvarish qilish ona va bolada sog'liq muammolarini oldini oladi. Nisbatan yaqin vaqtgacha tug'ruqdan oldin parvarish qilishning qaysi elementlari, ayniqsa qimmatli ekanligi haqida juda kam narsa ma'lum edi. Ko'pgina prenatal xizmatlar yoki aralashuvlar kerak emas yoki ularning foydalari hali ham isbotlanmagan. Haddan tashqari keraksiz va tekshirilmagan muolajalar ko'pincha homiladorligi normal bo'lgan ayollarga buyuriladi. Prenatal parvarishning yangi elementlari va ayollar maslahatxonalariga yoki ginekolog shifokoriga tashrif buyurishning yangi shakllari oldindan ilmiy baholanmasdan amaliyotga joriy etilmoqda.

JSST ta'kidlashicha, antenatal parvarish modeli kam xavfli guruh ayollariga qaratilgan bo'lishi kerak va ushbu guruh ayollari uchun antenatal parvarish hajmi va intensivligini sog'liq uchun hech qanday salbiy oqibatlarsiz kamaytirish mumkin. JSST ning 2016-yildagi Prenatal parvarishlash modelining maqsadi – homilador ayollarga har bir tashrifda hurmatli, individual, izchil yordam ko'rsatish, samarali klinik amaliyotlarni (aralashuvlar va tekshiruvlar) joriy etish hamda yaxshi klinik va shaxslararo ko'nikmalarga ega tibbiyot xodimlari tomonidan dolzarb va o'z vaqtida ma'lumotli, psixosijtimoiy va hissiy yordam berishdir.

Ta'riflar

Normal homiladorlik - bu irsiy patologiyasi yoki nuqsonlari bo'lmagan, og'ir akusherlik tarixi bo'lmagan (kesar kesish, o'lik tug'ilish, neonatal o'lim, abortlar, intrauterin o'lim, erta tug'ilish <32 hafta, izoimmunizatsiya, homiladorlik qandli diabet) bilan birga keladigan (yurak-qon tomir kasalliklari, gipertoniya, qandli diabet, epilepsiya, bronxial astma, giyohvand moddalarni iste'mol qilish, jiddiy ruhiy kasalliklar, TVI >35 yoki <17) patologiyasi bo'lmagan yagona homiladorlik. Bunday homiladorlik akusherlik va perinatal asoratlarsiz 37-41⁶ hafta davom etadi.

Xavfi yuqori bo'lgan homiladorlik – hozirda yoki kelgusida mutaxassislarning aralashishini talab qilgan homiladorlik.

Past xavfli mezonlarga javob bermaydigan barcha homiladorlik yuqori xavfli deb hisoblanishi kerak va yuqori xavfli deb tasniflanmagan barcha homiladorlik **past xavfli yoki oddiy, asoratlanmagan homiladorlik** deb tasniflanishi kerak.

Ijobiy homiladorlik tajribasi quyidagicha tavsiflanadi:

- normal jismoniy va ijtimoiy-madaniy holatni saqlash;
- ona va bola uchun homiladorlikning normal kechishini ta'minlash (shu jumladan xavflarni oldini olish va bartaraf etish, kasalliklarning oldini olish va davolash, o'lim xavfini kamaytirish);
- tug'ilishga samarali o'tishni ta'minlash;
- onalikka ijobiy munosabatni rivojlantirish (jumladan, onaning o'zini o'zi qadrlashi, onalik qobiliyatlari va mustaqilligini rivojlantirish).

XKT-10/XKT-11 bo'yicha kodlanishi

KXT-10	KXT-11
Z32 – Homiladorlikni aniqlash uchun tekshiruvlar va testlar	QA40 – Tekshiruv yoki homiladorlik testi
Z33 – Homiladorlik uchun xos bo'lgan holat	QA41 – Homiladorlik holati
Z34 – Oddiy homiladorlik jarayonini kuzatish	QA42 – Oddiy homiladorlik jarayonini kuzatish
Z35 – Yuqori xavfli homiladorlik jarayonini kuzatish	QA43 – Yuqori xavfli homiladorlik jarayonini kuzatish
Z36 – Homila patologiyasini aniqlash uchun prenatal tekshiruv [antenatal skrining]	QA45 – Antenatal skrining

Antenatal parvarish tamoyillari.

- Barcha homilador ayollar antenatal parvarishdan foydalanish huquqiga ega bo'lishi, tibbiy muassasani va tibbiy xodimni tanlash huquqiga ega bo'lishi kerak.
- Barcha homilador ayollar har qanday skrining tekshiruvlarining maqsadlari va mumkin bo'lgan natijalari, har qanday davolash turlari va homiladorlik davrida, shu jumladan profilaktika maqsadida buyurilgan dori vositalari haqida o'zlari tushunadigan tilda to'liq ma'lumot olishlari kerak.
- Barcha homilador ayollar har qanday tadqiqotdan umuman voz kechish yoki uni biroz vaqtga kechiktirish huquqiga ega. Ulardan foydalanish bo'yicha ko'rsatmalar bemorlarga mutlaqo tushunarli bo'lishi kerak.
- Homiladorlik davrida ayol sherigi tomonidan qo'llab-quvvatlanishi mumkin, shuning uchun tibbiyot xodimlari, agar ayol xohlasa, antenatal nazoratga sheriklarni jalb qilishlari kerak.
- Homiladorlikni boshqarishning umumiy amaliyot shifokori, akusher-ginekolog yoki prenatal parvarish bo'yicha o'qitilgan doya amalga oshirishi mumkin.

Homilador ayollar uchun antenatal parvarish bosqichida ma'lumot va maslahat, antenatal mashg'ulotlar.

Homilador ayolga maslahat berishda:

- uni diqqat bilan tinglang va uning ehtiyoj va istaklariga sezgir bo'ling;
- har qanday aralashuv va muolajalarning afzalliklari, xavflari va oqibatlarini muhokama qiling, bunda ayol ulardan voz kechish huquqiga ega;
- tibbiyot xodimining fikriga zid bo'lsa ham, ayollarning qarorini hurmat qiling;
- ayol (va uning sherigi)ga taqdim etilgan ma'lumotni tushunarli va tegishli ekanligini ta'minlash;
- savollar berish imkoniyatini ta'minlash va har qanday muammolarni muhokama qilish uchun yetarli vaqt ajratish.

Birinchi va keyingi antenatal uchrashuvlarda (agar kerak bo'lsa) homilador ayolga/er-xotonga quyidagi masalalarni muhokama qiling ular bo'yicha ma'lumot bering:

- ✓ Prenatal parvarish nimani o'z ichiga oladi va nima uchun bu muhim
- ✓ Prenatal tashriflarning rejalashtirilgan soni
- ✓ Prenatal uchrashuvlar qayerda o'tkaziladi
- ✓ Prenatal parvarish bilan qaysi tibbiyot mutaxassislari jalb qilinadi
- ✓ Shoshilinch bo'lmagan maslahat va shoshilinch muammolar (og'riq va qon ketish) uchun tibbiy mutaxassislarga qanday murojaat qilish kerak
- ✓ Skrining dasturlari: qaysi qon tahlillari va ultratovush tekshiruvi taklif etiladi va nima uchun.
- ✓ Homiladorlik paytida bola qanday rivojlanadi
- ✓ Homiladorlik paytida jismoniy va hissiy o'zgarishlar
- ✓ Homiladorlik paytida ruhiy salomatlik

- ✓ Qanday qilib ayol va uning sherigi bir-birini qo'llab-quvvatlashi mumkin
- ✓ Homiladorlik davrida gripp va boshqa infeksiyalarga qarshi emlash
- ✓ Homiladorlik paytida yoki tug'ruq paytida bolaga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan infeksiyalar
- ✓ Qo'l yuvishni rag'batlantirish kabi infeksiyalar xavfini kamaytirish
- ✓ Homiladorlik paytida dori-darmonlar va ozuqaviy qo'shimchalardan xavfsiz foydalanish
- ✓ Homiladorlik davrida ovqatlanish, diyeta, jismoniy faoliyat xususiyatlari
- ✓ Chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni tashlashning ahamiyati
- ✓ Har bir homilador ayolga o'z tibbiy yozuvlarini olib borish va saqlash tavsiya etiladi, chunki bu tug'ruqdan oldin parvarish qilishning uzluksizligini ta'minlash va sifatini yaxshilashga, shuningdek homiladorlikning ijobiy tajribasini shakllantirishga yordam beradi
- ✓ 28 haftagacha ayol bilan uning tug'ish afzalliklari, oqibatlari, foydalari va tug'ruqning turli xil variantlari va xavfi haqida muhokama qilishni boshlang
- ✓ Homiladorlikning 28-haftaligidan so'ng quyidagilar muhokama qilinadi:
 - tug'ishga tayyorgarlik va tug'ish rejasini tuzish
 - aktiv tug'ish faoliyatini farqlash
 - tug'ruqdan keyingi davrning xususiyatlari, shu jumladan:
 - yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish
 - yangi tug'ilgan chaqaloqni ovqatlantirish, emizish
 - K vitamini bilan profilaktika
 - yangi tug'ilgan chaqaloqlarni skriningi
 - tug'ruqdan keyingi o'z-o'zini parvarish qilish, shu jumladan tos pastki bo'shlig'i mashqlari
 - tug'ishdan keyingi kayfiyat o'zgarishi va ruhiy salomatlik xususiyatlari
- ✓ 38 haftadan boshlab homiladorlikning muddatidan o'tib ketishi va bo'lajak tug'ruq harakatlari rejasini muhokama qiling

Homilador ayollarga, ayniqsa tug'maganlarga va ularning sheriklariga quyidagi mavzularni o'z ichiga olgan prenatal mashgulotlarni taklif eting:

- ✓ tug'ruqga tayyorgarlik
- ✓ homiladorlik paytida, tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyin sherikni qo'llab-quvvatlash
- ✓ tug'ish jarayonining xususiyatlari
- ✓ yangi tug'ilgan chaqaloqni parvarish qilish
- ✓ emizish
- ✓ oilani rejalashtirish

Antenatal tashriflar soni

- Onalar va perinatal kasallanishi va o'limini kamaytirish va ayollarda ijobiy homiladorlik tajribasini shakllantirish uchun 8 ta antenatal tashrif tavsiya etiladi: birinchisi homiladorlikning birinchi trimestrida (12-haftagacha), ikkita tashrif – 2 trimestrda (18-20 va 26-haftalar) va uchinchi trimestrda beshta tashrif (30, 34, 36, 38 va 40 haftalar).
- Shifokorga birinchi tashrif uchun optimal vaqt homiladorlikning 1 trimestri (12 haftagacha).
- Uchinchi trimestrdagi tashriflar davomida antenatal yordam ko'rsatuvchi tibbiyot xodimlarining maqsadlari ona va homilaning tizimli monitoringini o'tkazish, shuningdek, tug'ruqdan keyingi xavflar bo'yicha maslahatlar berish va tug'ruqni induksiya qilish orqali oldini olish mumkin bo'lgan onalar kasalliklari va o'limini kamaytirishdan iborat.

Tashriflar soni	Homiladorlikning davomiyligi haftalarda
Birinchi trimestr	
1-tashrif	12 - haftagacha
Ikkinchi trimestr	
2-tashrif	18-20 hafta
3- tashrif	24 hafta
Uchinchi trimestr	
4-tashrif	30- hafta
5-tashrif	34- hafta
6-tashrif	36- hafta
7-tashrif	38- hafta
8-tashrif	40- hafta
Tug'ruqdan keyingi davr	
9-tashrif	Tug'ruqdan so'ng

- Yuqori xavf guruhidagi homilador ayollar uchun antenatal parvarishlash bo'yicha standart chora-tadbirlar majmuasidan tashqari, quyidagilar tavsiya etiladi:
 - maxsus profilaktika choralari
 - antenatal tashriflarning qo'shimcha soni
 - qo'shimcha tekshiruvlar
 - multidissiplinar boshqaruv (tegishli mutaxassislarni jalb qilgan holda)
 - kuzatish va/yoki yuqoriroq darajada/yordamda tug'ruqqa yetkazib berish (2 yoki 3-chi).

- Yuqori xavf guruhiga oldingi homiladorlikdan kelib chiqqan asoratlari (og'ir akusherlik anamnezi), birga keladigan somatik patologiyasi va ushbu homiladorlikning rivojlanishi uchun xavf omillari bo'lgan homilador ayollar kiradi:
 - Preeklampsiya
 - Homiladorlik qandli diabeti
 - Homila rivojlanishining kechikishi
 - Erta tug'ilish
 - Venoz tromboembolik asoratlar
 - Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi

Anamnez yig'ish

- yoshi;
- yashash sharoitlari va ovqatlanish, kasbiy xavf-xatarlarning mavjudligi, allergik reaksiyalar;
- yomon odatlarning mavjudligi (chekish, spirtli ichimliklar, giyohvand moddalarini iste'mol qilishi);
- oilaviy anamnez (1-darajali qarindoshlarda qandli diabet, TEA, gipertoniya, akusherlik va perinatal asoratlar kabi kasalliklar mavjudligini ko'rsatish);
- oiladagi zo'ravonlikni skrining qilish: ayoldan antenatal birinchi uchrashuvda yoki yolg'iz qolganida birinchi imkoniyatda uydagi zo'ravonlik haqida nozik tarzda so'rang, bunda alohida muhokama qilish imkoniyati mavjudligiga ishonch hosil qiling;
- ruhiy salomatlik bilan bog'liq mumkin bo'lgan muammolarni aniqlash uchun depressiya, tashvish, og'ir ruhiy kasallik, travma yoki psixiatrik davolanish kabi oldingi yoki hozirgi ruhiy salomatlik muammolari;
- hayz ko'rishning tabiati (hayz ko'rish yoshi, hayz davrining davomiyligi va muntazamligi, hayzlik qon ketishining davomiyligi, og'riqlar);
- akusherlik anamnezi (anamnezdagi homiladorlik va tug'ilishlar soni va ularning natijalari, homiladorlik, tug'ish va/yoki abort bilan bog'liq asoratlarning mavjudligi, tug'ilgan bolalarning vazni va bo'yi ko'rsatkichlari va sog'lig'ining holati, homiladorlikka erishish usuli - spontan homiladorlik yoki YORT natijasida homiladorlik);
- O'tmishdagi va mavjud bo'lgan ginekologik kasalliklar, tos a'zolariga jarrohlik aralashuvlar, o'tmishdagi va mavjud somatik kasalliklar (xususan, bolalar infeksiyalari, yurak-qon tomir tizimi kasalliklari, buyrak kasalliklari, endokrin kasalliklar, allergik kasalliklar, TEA va boshqalar);
- jarohatlar, jarrohlik aralashuvlar va qon quyish tarixi;
- qabul qilingan dori-darmonlar;
- erining/sherikning yoshi va sog'lig'ining holati, uning qon guruhi va Rh omili, kasbiy xavf va yomon odatlarning mavjudligi.

Homilador ayollarning oiladagi zo‘ravonligini aniqlash bo‘yicha savollar

Jismoniy zo‘ravonlik	Psixologik zo‘ravonlik
Hech yuzingizga tarsaki tushirishganmi?	Eringiz/sherigingiz sizni haqoratli so‘zlar bilan hafa qilganmi?
Oldingi va oxirgi homiladorlik paytida kaltaklanganmisiz?	Eringiz/sherigingiz Sizga befarqligini ochiq namoyon etadimi?
Homiladorlik paytida qorningizga musht tushirishganmi yoki tepishganmi?	Eringiz / sherigingiz Sizni xiyonatda gumon qilganmi yoki ayblaganmi?
Og‘riq keltiradigan boshqa narsa bilan kaltaklanganmisiz?	
Sizga qasddan bo‘g‘ib o‘ldirishga yoki yoqib yuborishga tajovuzlik qilinganmi?	
Sizga pichoq yoki boshqa qurol bilan tahdid qilinganmi?	
6 punktdan kamida 1 ta ijobiy javob jismoniy zo‘ravonlikni bildiradi.	So‘nggi 12 oy ichida 1 ta "ha" javobi mumkin bo‘lgan psixologik zo‘ravonlikni anglatadi
Jismoniy/ruhiy zo‘ravonlik holatlari haqida mahalla (ayollar) qo‘mitasi mutaxassislariga yoki kaltaklanish belgilari bo‘lsa, xabar berish kerak	

Tug‘ruqdan oldin va tug‘ruqdan keyingi depressiya skriningi

Edinburg Postnatal depressiya shkalasi (Edinburg Postnatal depressiya shkalasi)

– bu o‘z-o‘zini tekshirish uchun so‘rovnoma shaklida taqdim etilgan klinik skrining texnikasi. Tug‘ruqdan keyingi depressiya shkalasi tug‘ruqdan oldin va tug‘ruqdan keyingi davrlarda, shu jumladan epidemiologik miqyosda depressiv kasalliklarni aniqlash uchun mo‘ljallangan.

Qo‘rsatma: "Siz ayni vaqtda homiladorsiz yoki yaqinda tug‘dingiz, shuning uchun o‘zingizni qanday his qilayotganingizni bilmoqchimiz. ***Iltilmos, har bir bandeda nafaqat bugungi, balki o‘tgan haftadagi holatingizga eng mos keladigan tavsifni belgilang.***"

1	Men kulishga va sodir bo'layotgan voqealarning yorqin tomonlarini ko'rishga tayyor edim	
	har doimgidek.....	0
	endi har doimgidan biroz kamroq.....	1
	albatta, kamroq.....	2
	men buni umuman ko'rmayapman.....	3
2	Men biror narsadan xursand bo'lishim mumkin edi.	
	har doimgidek.....	0
	odatdagidan kamroq.....	1
	albatta, odatdagidan kamroq.....	2
	javob berish qiyin.....	3
3	Agar biror narsa noto'g'ri bo'lsa, men o'zimni asossiz aybdor his qilardim	
	ha, aksariyat hollarda	3
	ha, ba'zan	2
	yo'q, tez-tez emas.....	1
	yo'q, hech qachon	0
4	Men hech qanday sababsiz tashvishlanib, bezovtalanardim	
	yo'q, umuman	0
	deyarli hech qachon	1
	ha, ba'zan	2
	ha, juda tez - tez.....	3
5	Hech qanday sababsiz qo'rquv yoki vahima his qilardim	
	ha, deyarli ko'p	3
	ha, ba'zan	2
	yo'q, ko'p emas	1
	umuman yo'q,	0
6	Vaziyat mendan kuchliroq edi	
	ha, ko'pincha men ularni uddalashga umuman tayyor emas edim.....	3
	ha, ba'zida men odatdagidek yaxshi uddalay olmasdim.....	2
	yo'q, ko'pincha men juda yaxshi uddalardim.....	1
	yo'q, men buni har doimgidek uddalardim.....	0
7	Men o'zimni shunchalik baxtsiz his qildimki, xatto uxlay olmasdim	
	ha, ko'pincha	3
	ha, ba'zida	2
	yo'q, tez-tez emas	1
	yo'q, umuman	0
8	Men xafa bo'lardim yoki tushkunlikka tushardim	
	ha, ko'pincha	3
	ha, juda tez-tez.....	2
	yo'q, tez-tez emas	1
	yo'q, umuman	0

9	Men shunchalik baxtsiz edimki, hatto yig'lardim	
	ha, deyarli xamma vaqt.....	3
	ha, deyarli tez-tez.....	2
	yo'q, faqat tasodifan	1
	yo'q, umuman	0
10	O'zinga zarar yetkazish fikri xayolimga kelardi	
	ha, juda tez-tez	3
	ba'zan.....	2
	kamdan kam.....	1
	hech qachon	0

10 ta savolning har biri uchun umumiy ballarni hisoblang.

Olingan ma'lumotlarining talqini:

0-4 ball – tug'ruqdan keyingi depressiya ehtimoli past.

5-11 ball – tug'ruqdan

keyingi depressiyaning o'rtacha ehtimoli.

12 yoki undan ortiq ball – tug'ruqdan keyingi depressiya ehtimoli yuqori.

Sinov natijalari tahminiy bo'lib, o'z-o'zini tashxislash uchun ishlatilmaydi.

Agar siz 10 yoki undan ortiq ball to'plagan bo'lsangiz, qo'shimcha tushuntirish va baholash uchun statsionar yoki ambulatoriya tug'ruqxonasining mutaxassisi bilan bog'laning.

Shikoyatlarni va umumiy holatni baholash

Har bir tashrifda quyidagilar o'tkaziladi:

Normal homiladorlikka xos shikoyatlar:

- **Har 3-homiladorlikda ko'ngil aynishi va qayt qilish kuzatiladi.** 90% hollarda homilador ayollarning ko'ngil aynishi va qayt qilishlari homiladorlikning fiziologik belgisi, 10% da – homiladorlikning asoratlari. Oddiy homiladorlikda qayt qilish kuniga 2-3-martadan ko'p bo'lmagan, ko'pincha och qoringa sodir bo'ladi va bemorning umumiy holatini buzmaydi. Ko'pgina hollarda ko'ngil aynishi va qayt qilish homiladorlikning 16-20 haftaligida mustaqil ravishda to'xtaydi va homiladorlikning kechish holatiga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.
- **Mastalgiya** homiladorlik davridagi oddiy belgi bo'lib, ko'pchilik ayollarda homiladorlikning 1 trimestrida kuzatiladi va gormonal o'zgarishlar tufayli sut bezlarining shishishi va qattiqlanishi bilan bog'liq.

- **Homiladorlik paytida qorinning pastki qismida quyidagi og'riqlarning mavjudligi normal hodisa bo'lishi mumkin**, masalan: bachadonning ligamentli apparati uning o'sishi paytida cho'zilganda (ingragan og'riqlar yoki qorinning pastki qismida to'satdan o'tkir og'riqlarning paydo bo'lishi) yoki Brekston-Xiggs mashqlari paytida, homiladorlikning 20-haftasidan keyin qisqarish (qorinning pastki qismida tortilgan og'riqlar, bachadon tonusi bilan birga, bir daqiqagacha davom etadi, muntazam xarakterga ega emas).
- **Homiladorlik davrida jig'ildon qaynashi** (gastroezofagial reflyuks kasalligi) 20-80% hollarda kuzatiladi. Homiladorlikning 3 trimestrida tez-tez rivojlanadi. Jig'ildon qaynashi pastki qizilo'ngach sfinkterining bo'shashishi, intraezofagial bosimning pasayishi va bir vaqtning o'zida qorin bo'shlig'i va intragastrik bosimning oshishi tufayli yuzaga keladi, bu esa oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichak tarkibini qizilo'ngachga takroriy qaytib tushishga olib keladi.
- **Qabziyat**- homiladorlik davrida eng keng tarqalgan ichak patologiyasi bo'lib, 30-40% kuzatuvlarda uchraydi. Kabizlik yo'g'on ichakda o'tish jarayonining buzilishi bilan bog'liq va haftada 3-martadan kam bo'lgan axlat chastotasi bilan tavsiflanadi. Homiladorlik davrida ich qotishi rivojlanishining sabablari progesteron konsentratsiyasining oshishi, motilin konsentratsiyasining pasayishi va qon ta'minoti va ichak faoliyatining neyrogumoral regulatsiyasining o'zgarishi.
- Har bir homiladorlik paytida ayollarning taxminan 8-10 foizida **gemorroy** rivojlanadi. Homiladorlik davrida gemorroyning sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin: bachadondan ichak devorlariga bosim, portal tomir tizimidagi turg'unlik, qorin bo'shlig'i bosimining oshishi, biriktiruvchi to'qimalarning tug'ma yoki orttirilgan zaifligi, to'g'ri ichakning innervatsiyasidagi o'zgarishlar.
- Homilador ayollarning 20-40 foizida **varikoz** kasalligi rivojlanib bormoqda. Homiladorlik davrida varikoz kasalligining rivojlanishiga quyi oyoqlarida venoz bosimning ortishi va progesteron, relaksin va boshqa biologik faol moddalarning tomir devoriga ta'sir ko'rsatishi sabab bo'ladi.
- Qichishish, og'riq, yoqimsiz hid yoki dizurik hodisalarsiz **qin ajrallmalari** homiladorlik paytida normal alomat bo'lib, ko'pchilik ayollarda kuzatiladi.
- Homiladorlik paytida **bel og'rig'i** 36 dan 61% gacha chastotada uchraydi. Orqa og'rig'i bo'lgan ayollar orasida 47-60% homiladorlikning 5-7 oylarida birinchi marta og'riqlarga ega. Homiladorlik paytida bel og'rig'ining eng keng tarqalgan sababi qorin bo'shlig'ining kattalashishi va og'irlik markazining siljishi tufayli orqa tarafdagi yukning oshishi va relaksin ta'sirida mushak tonusining pasayishi hisoblanadi.
- Homiladorlik davrida **bel og'riqning** tarqalishi 0,03-3% ni tashkil qiladi va odatda homiladorlikning kech davrida sodir bo'ladi.
- Homiladorlik paytida **bilak kanali sindromi** (karpal tunnel sindromi) 21-62% da bilak kanalida o'rta nervning siljishi natijasida vujudga keladi va qichishish hissi, yonish og'rig'i, qo'lning uyquchanligi, shuningdek qo'lning sezgirliги va motor funksiyasining pasayishi bilan tavsiflanadi.

Fizikal tekshiruv

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Homiladorlik va tug'ish davrini aniqlash	Homiladorlik va tug'ish davrini homilador bemorning 1-tashrifida tos a'zolari va homilaning oxirgi hayz ko'rish sanasi va ultratovush ma'lumotlari bo'yicha aniqlash tavsiya etiladi ¹	Tavsiya [A]
TVI o'lchash	Tana vaznini, bo'yini o'lchash va TVI ni hisoblash tavsiya etiladi (tana vazni kg/balandligi m ²) 1-tashrifda ²	Tavsiya [C]
Qon bosimini o'lchash	Homilador ayolning har bir tashrifida qon bosimi (QB) va pulsni o'lchash tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Ko'krak bezlarini palpatsiya qilish	Homilador ayolning 1-tashrifida sut bezlarini palpatsiya qilish tavsiya etiladi. Agar sut bezlarining tugunli shakllanishi aniqlansa, bemorni onkolog shifokori maslahatiga yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Ginekologik tekshiruv	Homilador ayolning 1-tashrifida ginekologik tekshiruvdan o'tish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
BTBni o'lchash va gravidogrammaga kirgizish	Homiladorlikning 20 haftasidan keyin homilador ayolning har bir tashrifi paytida, lekin har 2 haftadan ortiq emasligida bachadon tubining balandligi (BTB)ni o'lchash va gravidogrammaga ma'lumotlarni kiritish tavsiya qilinadi. Agar gravidogramma bo'yicha bachadon tubining balandligi 10 foizdan past yoki bachadon tubining balandligi taqsimotining 90 foizidan yuqori bo'lsa, homila hajmini, amniotik suyuqlik miqdorini baholash uchun ultratovush tekshiruvi va homilaning holatini baholash uchun uteroplasental-homilalik qon oqimining dopplerometriyasi zarur.	Tavsiya [B]

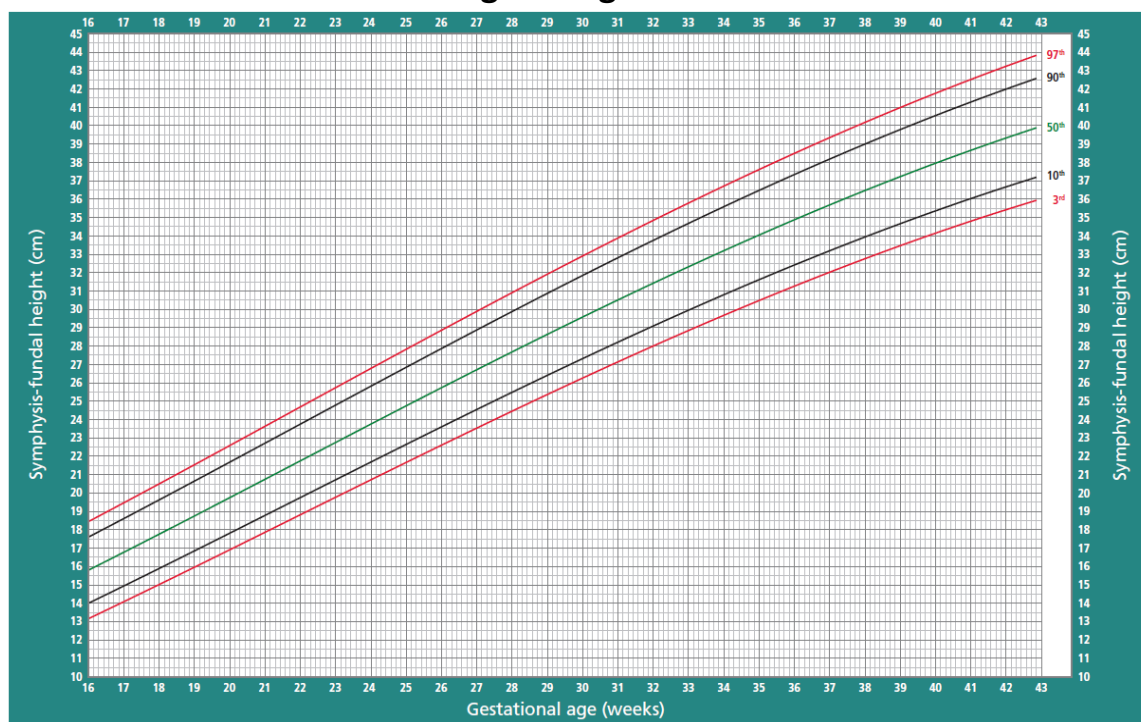
¹ Tug'ilish muddatini oxirgi hayz ko'rish sanasi bo'yicha hisoblashda oxirgi hayz ko'rishning birinchi kuniga (28 kunlik hayz davrida) 280 kun (40 hafta) qo'shish kerak. YORT natijasida homiladorlik sodir bo'lganda, tug'ilish vaqtini hisoblash embrionning yoshini (embrionni yetishtirish muddati) va embrionlarni bachadon bo'shlig'iga o'tkazish sanasini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak. Birinchi trimestrdagi ultratovush tekshiruvi (homiladorlikning 13^{6/7} xaftaligigacha) homiladorlik muddatini aniqlash va/yoki tasdiqlashning eng aniq usuli hisoblanadi: koksikulyar-pariyetal o'lchamdagi (KPO') ma'lumotlarga ko'ra aniqlik $\pm 5-7$ kun. Bunday holda, KPO' o'lchovlari birinchi trimestrda ultratovush tekshiruvi qanchalik tez amalga oshirilsa, aniqroq bo'ladi.

² TMI ko'rsatkichlarini sharhlang: past TMI – $<18,5$, normal – $18,5-24,9$, ortiqcha – $25,0-29,9$, semizlik – $\geq 30,0$. Homiladorlik davrida ortiqcha va kam vaznlik akusherlik va perinatal asoratlar bilan bog'liq. Semirib ketgan homilador bemorlar (TMI ≥ 30 kg/m²) perinatal asoratlar xavfi yuqori bo'lgan guruhni tashkil qiladi: abort, HQD, gipertenziv kasalliklar, PX (perinatal xavf), jarrohlik tug'ish, homilaning antenatal va intranatal o'limi, venoz TEA. TMI $\leq 18,5$ kg/m² bo'lgan homilador ayollar PX (perinatal xavf) va HO'K (homila o'sishining kechikishi) uchun yuqori xavf guruhini tashkil qiladi.

Homilaning holatini va joylashuvini aniqlash	Homiladorlikning 34-36 haftaligidan keyin homilador ayolning har bir tashrifida homilaning holati va ko'rishini tashqi usullar bilan aniqlash tavsiya etiladi	Tavsiya [B]
Homilaning yurak urish tezligini aniqlash	Akusherlik stetoskopi yordamida homiladorlikning 20 haftaligidan keyin homilador bemorning har bir tashrifida homilaning yurak urish tezligini aniqlash tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Homila harakatini baholash	Homila harakatlarini sezish boshlanganidan keyin har bir tashrifda homilador ayolga homila harakatining tabiati (kamayishi yoki ortishi) haqida so'rov o'tkazish tavsiya etiladi ³	Tavsiya [C]
Ko'krak bezlarini takroriy palpatsiya qilish	Homiladorlik paytida sut bezlarini muntazam ravishda paypaslash	Tavsiya etilmaydi [C]
Takroriy ginekologik tekshiruvlar	Homilador ayolning ginekologik tekshiruvlarini ko'rsatmalarsiz takrorlash	Tavsiya etilmaydi [C]
Bimanual tekshiruv	Homiladorlik paytida akusherlik ko'rsatmalari bo'lmagan taqdirda bimanual vaginal tekshiruvni o'tkazish	Tavsiya etilmaydi [C]
Homila harakatlarini hisoblash	Perinatal natijalarni yaxshilash uchun homila harakatlarini kunlik hisoblashni, masalan, "o'ngacha hisoblash" kabi usullar bilan amalga oshirish	Tavsiya etilmaydi [C]

³ Homilador ayolga homila harakatining faolligi va / yoki chastotasi bo'lmasa yoki subyektiv pasaysa, ayniqsa homiladorlikning uchinchi trimestrida qo'shimcha tekshiruv uchun zudlik bilan ixtisoslashgan shifoxona yoki ayollar maslahatxonasiga murojaat qilish kerakligi haqida tavsiyalar berilishi kerak.

JSST gravidogrammasi



Laborator diagnostik tekshiruvlar

Aralashuv	Tavsiya	TID
Qon guruhi va rezus faktor	Homilador ayolni ABO tizimi va rezus tizimining D antigeni (Rezus-faktor omili) bo'yicha asosiy guruhlarini aniqlash uchun birinchi tashrifda bir marta yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [B]
Ryezusga qarshi antitanachalar	Rh-salbiy homilador ayolni 1-tashrifda antirezus antitanachalarni aniqlash uchun yuborish tavsiya etiladi, so'ngra antitanachalar bo'lmasa, homiladorlikning 26 haftaligida Rho[D]immunoglobulin antirezusini yuborishdan oldin ⁴	Tavsiya [B]
OIV	Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida qonda OIVga M, G (IgM, IgG) sinflarining antitanachalari darajasini o'rganish uchun yuborish tavsiya etiladi ⁵	Tavsiya [A]

⁴ Agar rezusga qarshi antikorlar aniqlansa, homilador ayol keyingi kuzatuv uchun 3-darajali tibbiy muassasaga maslahat uchun yuborilishi kerak.

⁵ Infeksiyani erta tekshirish va aniqlash o'z vaqtida davolanishga yordam beradi va homila infeksiyasi xavfini kamaytiradi.

Gepatit B	Homilador ayolni qondagi gepatit B (Hepatitis B virus) virusining sirt antigeniga (HBsAg) antitanachalarini aniqlash uchun homiladorlikning birinchi tashrifi va 30 haftaligida yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [B]
Gepatit C	Homilador ayolni homiladorlikning birinchi va 30-haftasida M va G (anti-HCV IgG i anti-HCV IgM) sinflarining umumiy antitanachalarini aniqlash uchun qondagi gepatit C (Hepatitis C virus) virusiga yuborish tavsiya etiladi.	Tavsiya [C]
Sifilis (zahm)	Homilador ayolni qondagi Treponema pallidumga (Treponema pallidum) antitanachalarni aniqlash uchun 1-tashrifda va homiladorlikning 30-haftasida yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [B]
Asimptomatik bakteriuriyani	Birinchi tashrifda asimptomatik bakteriuriyani aniqlash uchun homilador ayolni bakterial patogenlar uchun siydikning o'rtacha qismini mikrobiologik (madaniy) tekshiruvga bir marta yuborish tavsiya etiladi ⁶	Tavsiya [A]
Qonning umumiy tahlili	Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy qon tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi. Homiladorlik davrida kamqonlikni aniqlashning tavsiya etilgan usuli umumiy qon testidir. Anemiyani erta tekshirish va aniqlash o'z vaqtida davolanishga yordam beradi va salbiy perinatal natijalar xavfini kamaytiradi. 1-trimestrda normal gemoglobin darajasi ≥ 110 g/l, 3 – trimestrda - ≥ 105 g/l.	Tavsiya [B]
Qondagi glyukoza miqdori	Barcha homilador ayollarni 1-tashrifda och qoringa venoz plazma glyukozasini aniqlash uchun yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [B]

⁶ Asimptomatik bakteriuriya – klinik belgilar bo'lmaganda siydikning o'rtacha 1 ml qismida $\geq 10^5$ bakteriya koloniyalarining mavjudligi. Bakteriuriyani erta aniqlash va davolash piyelonefrit, erta tug'ilish (PR) va homila o'sishining kechikishi (ZRP) rivojlanish xavfini kamaytiradi. Siydik madaniyati mavjud bo'lmagan sharoitlarda asemptomatik bakteriuriyani tashxislash uchun Grama bo'yicha siydikning o'rta qismidagi preparatni joyida bo'yash tavsiya etiladi.

PGTT	HQD uchun xavf omillari bo'lgan homilador ayolni 1-tashrifda og'iz orqali glyukoza bardoshlik testiga (PGTT) yuborish tavsiya etiladi. Agar birinchi ko'rinishda xavf omillari bo'lgan ayollarda diabet aniqlanmasa, PGTT homiladorlikning 26-28 haftaligida takrorlanadi ⁷ Homiladorlikning 26-28 haftaligida 75 g glyukoza bilan barcha homilador ayollarni PGTTga yuborish tavsiya etiladi, hatto och qoringa venoz qon giperglikemiyasi bo'lmasa ham	Tavsiya [B]
Siydikning umumiy tahlili	Homilador ayolni 1-tashrifda va homiladorlikning 26-haftasida umumiy siydik tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanali yuzasidan surtma olish	Homiladorlik paytida 1-tashrifda homilador ayolni bachadon bo'yni mikro preparatini (bachadon bo'yni va bachadon bo'yni kanali yuzasidan surtma) bir marotabalik sitologik tekshiruvga yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [A]
Toksoplazma	Homiladorlik davrida bemorni qondagi toksoplazmaga (<i>Toxoplasma gondii</i>) G (IgG) va M (IgM) sinfidagi antitanachalarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish	Tavsiya etilmaydi [C]
Sitomegalovirus	Homilador ayolni homiladorlik paytida qondagi sitomegalovirusga (<i>Cytomegalovirus</i>) M, G (IgM, IgG) sinfidagi antitanachalarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish	Tavsiya etilmaydi [C]
Herpes simplex	Homiladorlik davrida, takroriy HSV infeksiyasi belgilari mavjudligi yoki yo'qligidan qat'i nazar, homilador ayolni qondagi herpes simplex virusiga antitanachalarni aniqlash uchun muntazam ravishda yuborish tavsiya etilmaydi	Tavsiya etilmaydi [C]

⁷ HQD rivojlanishining yuqori xavf guruhiga quyidagilar kiradi:

- og'ir yoki semiz (TMI 30 kg/m² yuqori)
- anamnezda HQD
- 40 yosh va undan katta
- qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy tarixi
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda xomilalik makrosomiya (4500 g)
- hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda poligidramnion
- o'lik tug'ilish anamnezi
- tug'ma nuqsonlar anamnezi bo'lgan bolalarning tug'ilishi
- anamnezda chaqaloqning tushunarsiz o'limi.

Qindan surtma olish	Homilador ayolni vaginal surtmalarni mikroskopik tekshirish, shu jumladan gonokokk (Neisseria gonorrhoeae), trixomonada (Trichomonas vaginalis), xamirturush zamburug'lariga ayol jinsiy a'zolarini mikroskopik tekshirish uchun alomatlarisiz yuborish	Tavsiya etilmaydi [B]
Qon guruhiga antitanachalarni aniqlash	Homilador ayolni qon guruhiga antitanachalarni aniqlashga yuborish	Tavsiya etilmaydi [C]
Qonning biokimyoviy tahlili	Homiladorlik davrida biokimyoviy qon testi va koagulogrammaning muntazam o'tkazilishi	Tavsiya etilmaydi [C]

Instrumental diagnostik tekshiruvlar

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Ultratovush - birinchi trimestr skriningi	Homilador ayolni homila ultratovush tekshiruviga 11-13 ⁶ haftalik homiladorlik davrida yuborish tavsiya etiladi: - homiladorlik davrini aniqlash, - trimestr skriningi, - ko'p homilalik diagnostikasi, - kechiktirilgan homiladorlik paytida tug'ruq induksiyasi chastotasini kamaytirish	Tavsiya [A]
Ultratovush - ikkinchi trimestr skriningi	Homilador ayolni homiladorlikning 18-20 ⁶ haftaligida homilaning o'sishini baholash, HRKning dastlabki shakllarini tashxislash, tug'ma rivojlanish anomaliyalarini bartaraf etish, embriondan tashqari tuzilmalarni baholash uchun homila ultratovush tekshiruvini (2-trimestrning ultratovush tekshiruvi) o'tkazishga va lokalizatsiya, qalinlik, platsenta tuzilishi, amniotik suyuqlik miqdori) va bachadon bo'yni uzunligi (UT-servikometriya) prenatal diagnostikani amalga oshiradigan tibbiy tashkilotga yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [A]

Homiladorlikning uchinchi trimestrida ultratovush	Agar homilaning noto'g'ri joylashuvi va/yoki ko'rinishi, ZRP, katta homilaga shubxa bolsa, homilador ayolni homiladorlikning 3- trimestrida homila ultratovush tekshiruviga yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Pelviometriya	Homilador ayol uchun tos suyagi hajmini o'lchash	Tavsiya etilmaydi [C]
Dopplerografiya	Akusherlik va perinatal asoratlarning xavfi past guruhida bo'lgan homilador ayolni uteroplatsental qon oqimining ultratovushli dopplerografiyasiga yuborish	Tavsiya etilmaydi [A]
KTG	Havfi past guruhida bo'lgan homilador ayolni kardiotokografiya (KTG) ga yuborish	Tavsiya etilmaydi [A]

Boshqa diagnostik tekshiruvlar

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Terapevt	1-tashrifda homilador ayolni umumiy amaliyot shifokori va stomatolog bilan maslahatlashish uchun yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Tibbiy va genetik maslahat	Agar ayol va/yoki uning eri/sherigida xromosoma yoki genetik patologiyasi bo'lgan bola tug'ilishi uchun xavf omillari bo'lsa, homilador ayolni tibbiy va genetik maslahat uchun yuborish tavsiya etiladi ⁸	Tavsiya [C]
Birinchi trimestrning skriningi	Homilador ayolni homiladorlikning 11-13 ⁶ haftaligida 1 trimestrni skrining qilish uchun yuborish tavsiya etiladi, bu yoqa bo'shlig'ining qalinligi ultratovush tekshiruvi (TVP), qondagi xorionik gonadotropin darajasini o'rganish (XG) va homiladorlik bilan bog'liq protein darajasini o'rganish. Qonda A (RARR-A) xromosoma patologiyasi bilan tug'ilishning individual xavfini dastur bilan hisoblash	Tavsiya [A]

⁸ Xromosoma yoki genetik patologiyasi bo'lgan bolaning tug'ilishi uchun xavf omillari: xromosoma yoki genetik kasalliklarning turmush o'rtoqlaridan/sheriklaridan kamida bittasining mavjudligi; xromosoma yoki genetik kasalliklari, tug'ma nuqsonlari, aqliy zaifligi bo'lgan bolalarning kamida bitta turmush o'rtog'i/sheriklarining mavjudligi; qarindoshlar nikohi.

Invaziv prenatal skrining	1-trimestr yoki NIPS skrining ma'lumotlariga ko'ra homila aneuploidiyasi xavfi yuqori bo'lgan va/yoki 1-trimestr ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra homila malformatsiyasi aniqlangan va/yoki xromosoma yoki gen patologiyasining yuqori xavfi yoki aniqlangan homila nuqsonlarida homilador ayolni tekshiruvga yuborish tavsiya etiladi. 2-trimestr ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, tibbiy genetik maslahat uchun, bunda genetik mutaxassis sitogenetik yoki molekulyar kariotiplash usullaridan foydalangan holda olingan materialni tekshirish bilan invaziv prenatal diagnostikani (xorion villus biopsiyasi, amniotsentez) tavsiya qiladi yoki tavsiya etmaydi	Tavsiya [A]
2 trimestrning biokimyoviy skriningi	Homilador ayolni qondagi XG darajasini o'rganish, qon zardobidagi alfa-fetoprotein darajasini o'rganish, konyugatsiyalanmagan estradiol darajasini o'rganish (uch marta skrining) va qonda A ingibin darajasini o'rganishni o'z ichiga olgan 2-trimestrning muntazam biokimyoviy skriningiga yuborish (to'rtinchi skrining) ⁹	Tavsiya etilmaydi [C]

⁹ 2 trimestrdagi biokimyoviy skrining 1 trimestrdagi skrining natijalari bo'lmagan taqdirda belgilanishi mumkin.

Normal fiziologik simptomlar

Alomat	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Ko'ngil aynishi va qayt qilish	Homiladorlikning boshida ko'ngil aynishi va qayt qilishni kamaytirish uchun parhez, zanjabil, romashka, B6 vitamini preparatlari va/yoki akupunktur tavsiya etiladi <i>Ayollarga ko'ngil aynishi va qayt qilish odatda homiladorlikning ikkinchi yarmida to'xtashi haqida ma'lumot berish kerak. Ratsionga kichik porsiyalarda tez-tez ovqatlanish, o'ta yog'li va qovurilgan ovkalarni, shokolad, achchiq taomlar, gazlangan ichimliklar, qahva, kuchli choyni diyetadan chiqarib tashlash kiradi. Agar qusish davolanishga javob bermasa, kasalxonaga yotqizish ko'rsatiladi.</i>	Tavsiya [B]
Asimptomatik bakteriuriya	Homiladorlik paytida jig'ildon kaynashini oldini olish va kamaytirish uchun ovqatlanish va turmush tarzi bo'yicha maslahat berish tavsiya etiladi. Agar turmush tarzi o'zgarganiga qaramay, aniq alomatlar saqlanib qolsa, antatsidlar buyurilishi mumkin. <i>Jig'ildon kaynashini oldini olish va kamaytirish uchun turmush tarzini o'zgartirish bo'yicha tavsiyalarga katta miqdordagi oziq-ovqat, yog'li ovqatlar, alkogolli ichimliklar, chekish va to'shakning boshini ko'tarib uxlashdan voz kechish kiradi. Magniy karbonat va alyuminiy gidroksidi kabi antatsidlarni tavsiya etilgan dozalarda qo'llash hech qanday salbiy ta'sir ko'rsatmaydi.</i>	Tavsiya [C]
Qabziyat, ghemoroid	Gemorroy shikoyati bo'lgan homilador ayollar, ich qotishining oldini olish rejimiga rioya qilishda ta'siri bo'lmasa, homiladorlik paytida foydalanish uchun tasdiqlangan rektal shamlar yoki kremlar shaklida antigemoroid preparatlarni buyurish, shuningdek bioflavonoidlarni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi (diosmin) <i>Qabziyat uchun parhez suv va xun tolasini yetarli miqdorda iste'mol qilishni o'z ichiga olishi kerak (sabzavot, yong'oq, meva va to'liq don tarkibida mavjud). Qattiq ich qotishi bo'lgan,</i>	Tavsiya [B]

	<i>parhez va xun tolasini qo'shimcha iste'mol qilish bartaraf etilmaydigan ayollar uchun vaqti-vaqti bilan yomon so'rilgan laksatiflarni qabul qilish mumkin.</i>	
Varikoz tomirlari	Homiladorlik paytida varikoz tomirlari va shish paydo bo'lishi uchun dorivor bo'lmagan mahsulotlardan foydalanish mumkin, masalan, kompression trikotaj kiyish, oyoq holatini ko'tarish va oyoq hammomlari <i>Kompression trikotajidan tashqari, homilador bemorga to'g'ri ish va dam olish rejimi bilan birgalikda fizioterapiya seanslari va kontrastli dush buyurilishi mumkin. Pastki ekstremitalarning tomirlarining aniq kengayishi bilan qon tomir jarrohga murojaat qilish tavsiya etiladi. Ayollarga varikoz tomirlarining namoyon bo'lishi homiladorlikning kuchayishi bilan yomonlashishi mumkinligi haqida xabar berish kerak, ammo ko'pchilik ayollar tug'ruqdan keyin bir necha oy ichida biroz yaxshilanishni boshdan kechirishadi.</i>	Tavsiya [B]
Pastki bel og'rig'i, tos suyagi og'rig'i	Bel va tos suyagi og'rig'ining oldini olish uchun homiladorlik paytida muntazam ravishda mashq qilish tavsiya etiladi. Fizioterapiya, suzish, bint kiyish va akupunkturining turli usullaridan foydalanish mumkin. <i>Homiladorlik paytida bel va tos suyagi og'rig'ining oldini olish uchun jismoniy mashqlar yerda yoki suvda bajarilishi mumkin. Bel og'rig'i/tos suyagi og'rig'idan shikoyat qilayotgan homilador ayollarga simptomlar odatda tug'ilgandan bir necha oy o'tgach kamayishi haqida ogohlantirish kerak.</i>	Tavsiya [A]
Simfiz sohasida og'riq	Simfizit rivojlanishi tufayli bel og'riqlar shikoyati bo'lgan homilador ayollarga bandaj kiyish va harakatlanayotganda tirsak tayoqchalarini ishlatish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak.	Tavsiya [C]

Oyoqlarda og'riq	Homiladorlik paytida oyoq kramplarini kamaytirish uchun magniy, kalsiy preparatlari yoki dorivor bo'lmagan usullardan (mushaklarni cho'zish, bo'shashish, isinish, oyoqning orqa egilishi va massaj) foydalanish mumkin	Tavsiya [C]
Qindan ajralmalar kelishi	Qin ajralmalari bo'lgan homilador ayollarga bu homiladorlik paytida tez-tez uchraydigan hodisa ekanligini ayting, ammo agar u qichishish, og'riq, yoqimsiz hid yoki siyish paytida og'riq kabi alomatlar bilan birga bo'lsa, bu tekshirilishi va davolanishi kerak bo'lgan infeksiya bo'lishi mumkin. <i>Simptomatik qin ajralmalari bo'lgan homilador ayollarga vaginal tampon qilishni o'ylab ko'ring. Agar siz jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyadan shubhalansangiz, tegishli tadqiqotlar o'tkazishni o'ylab ko'ring. Homilador ayollarda vaginal kandidozni davolash uchun vaginal imidazolni (masalan, Klotrimazol yoki mikonazol) taklif qiling.</i>	Tavsiya [C]

Profilaktik tadbirlar

Homiladorlik asoratlarning nomedikamentoz profilaktikasi

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Vazn ortishi	Homilador ayolga dastlabki TVIga qarab vazn ortishi bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak ¹⁰	Tavsiya [A]
Oziq-ovqat oqsillarini va energetik qo'shimchalarni iste'mol qilish	To'yib ovqatlanmaydigan homilador ayollarga o'lik tug'ilish va homiladorlik yoshidagi chaqaloqlar xavfini kamaytirish uchun muvozanatli protein-energetik qo'shimchasini olish tavsiya etiladi. ¹¹	Tavsiya [C]

¹⁰ Ko'pincha vazn ortishi odatda homiladorlikning 20-haftasidan keyin sodir bo'ladi va homiladorlikdan oldin TMI ni hisobga olish kerak. Homiladorlikning boshida vazn yetarli bo'l masa (TMI <18,5 kg/m²), ayol 12,5-18 kg, normal vaznda (TMI 18,5-24,9 kg/m²) – 11,5-16 kg, ortiqcha vaznda (TMI 25-29,9 kg/m²) – 7-11,5 kg va semirishda (TMI > 30 kg/m²) – 5-9 kg.

¹¹ Oziqlanishning yetishmasligi odatda past TMI (ya'ni kam vazn) mavjudligida aniqlanadi.

To'g'ri ovqatlanish	Homilador ayolga vegetarianizmdan voz kechish va kofein iste'molini kamaytirish kabi to'g'ri ovqatlanish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak	Tavsiya [B]
TEAning oldini olish	Uzoq muddatli havo qatnovini amalga oshiradigan homilador ayollarga TEAning oldini olish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak, masalan, samolyot salonida yurish, ko'p suyuqlik ichish, spirtli ichimliklar va kofeindan voz kechish va parvoz paytida siqilgan trikotaj kiyish	Tavsiya [B]
Chekishni tashlash	Homiladorlik paytida chekish ZRP, PR, platsenta old joylashuvi, odatda joylashgan platsentaning erta ajralishi (PONRP), onada gipotireoz, amniotik suyuqlikning erta chiqishi, kam vazn, perinatal o'lim va ektopik homiladorlik kabi asoratlar bilan bog'liq.	Tavsiya [B]
Spirtli ichimliklardan saqlanish	Homilador ayollarga homiladorlik paytida, ayniqsa 1 trimestrda spirtli ichimliklardan voz kechish bo'yicha tavsiyalar berilishi kerak	Tavsiya [C]
Jismoniy mashqlar	Homiladorlikning normal kechishi bo'lgan homilador ayolga o'rtacha jismoniy faollik tavsiya etilishi kerak (kuniga 20-30 daqiqa) ¹²	Tavsiya [C]
Orqa tarafda uxlash	Homiladorlikning 28-haftasidan keyin ayollarga chalgancha uxlamaslikni maslahat bering va masalan, yostiqlardan foydalanishni o'ylab ko'ring. Ayolga orqa tomonida uxlash homiladorlikning kech davrida (28 haftadan keyin) o'lik tug'ilish xavfi bilan bog'liq bo'lishi mumkinligini tushuntiring.	Tavsiya [C]

¹² O'rtacha jismoniy mashqlar onalik natijalarini yaxshilash va preeklampsi, HQD va tug'ruqdan keyingi depressiya xavfini kamaytirishning samarali strategiyasidir.

Homiladorlik asoratlarning medikamentoz profilaktikasi

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Foliy kislotasi	Homilador ayollarga foliy kislotasini rejalashtirilgan homiladorlikdan 12 hafta oldin va homiladorlikning dastlabki 12 haftasida kuniga 400 mkg dozada qabul qilish tavsiya etiladi QD va epilepsiyada foliy kislotasining profilaktik dozasi 5 mg ni tashkil qiladi, agar tug'ilish tarixi markaziy asab tizimining (MAT) rivojlanishning tug'ma nuqsonlari (RTN)ga ega bo'lgan bolalar bo'lsa – 4 mg.	Tavsiya [A]
Yod preparatlari	Homiladorlik davrida yod preparatlarini (kaliy yodid) kuniga 200 mkg dozada og'iz orqali yuborish tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Temir preparatlari	Anemiya, tug'ruqdan keyingi sepsis, kichik bolalar tug'ilishi va erta tug'ilishning oldini olish uchun homilador ayollarga kuniga 30-60 mg dozada temir va foliy kislotasi bo'yicha 400 mkg (0,4 mg) dozada temir preparatlarini qabul qilish tavsiya etiladi ¹³	Tavsiya [B]
Antirezus Rho[D] immunoglobulin	26-28 haftada antiresus antitanachalari aniqlanmagan Rh-salbiy homilador ayolda homiladorlikning 28-30 haftaligida inson immunoglobulin Antirepus Rh0[D] preparatini ko'rsatmalarga muvofiq dozada mushak ichiga buyurish tavsiya etiladi. ¹⁴	Tavsiya [A]

¹³ Homiladorlikning birinchi va uchinchi trimestrlarida anemiya tashxisi qo'yiladi, agar Hb darajasi < 110 g/l bo'lsa, ikkinchi trimestrda-Agar Hb darajasi < 105 g /l bo'lsa. agar homilador ayolga anemiya tashxisi qo'yilgan bo'lsa, temir qo'shimchalarining sutkalik dozasini 120 mg gacha oshirish kerak Hb darajasi normal holga kelguncha temir jihatidan (Hb 110 g/l yoki undan yuqori). Keyin anemiyaning qaytalanishini oldini olish uchun homilador ayollar uchun temir qo'shimchasini standart dozada tiklash mumkin.

¹⁴ Prenatal profilaktika paytida 1250-1500 ME (250-300 mkg) inson immunoglobulin Antirezus Rho[D] bir marta qo'llaniladi. Agar profilaktika 28-haftada o'tkazilmagan bo'lsa, homiladorlikning 28-haftasidan 34-haftagacha, agar anti-Rh antikorlari bo'lmasa, ko'rsatiladi. Inson immunoglobulin Antirezus Rho[D]ning ertaroq qo'llanilishi samaraliroqdir. Er / s herikga tegishli Rh-salbiy qon bo'lsa, 28-34 xaftada antiresus immunoglobulin Rho[D] amalga oshirilmaydi. Antirezus antikorlari aniqlanganda antirezus immunoglobulin yuborilmaydi. Antirezus antikorlari titri bo'lgan homilador bemorga ultratovush, dopplerometriyani o'rta miya arteriyasida maksimal sistolik qon oqimi tezligini o'lchash va 2 yoki 3-darajali statsionar yoki ambulatoriya muassasasi mutaxassisi bilan maslahatlashish tavsiya etiladi. Antirezus antikorlari aniqlanganda antirezus immunoglobulin yuborilmaydi. Antirezus antikorlari titri bo'lgan homilador bem orga ultratovush, dopplerometriyani o'rta miya arteriyasida maksimal sistolik qon oqimi tezligini o'lchash va 2 yoki 3-darajali statsionar yoki ambulatoriya muassasasi mutaxassisi bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

Asimptomatik bakteriuriyani davolash	Agar homilador ayolga homiladorlikning birinchi trimestrida asimptomatik bakteriuriya tashxisi qo'yilgan bo'lsa, antibakterial terapiyaning og'iz kursini buyurish tavsiya etiladi	Tavsiya [A]
Vaginal progesteron	Servikometriya bo'yicha bachadon bo'yni asimptomatik qisqarishi bo'lgan homilador ayollarga (bo'yin uzunligi 25 mm dan kam) 200 mg vaginal progesteron preparatlarini homiladorlikning 22-34 haftaligida ham bitta, ham ko'p homiladorlikda buyurish tavsiya etiladi	Tavsiya [A]
Vitamin D	D vitamini qo'shimchalarini muntazam ravishda buyurish	Tavsiya etilmaydi [B]
Polivitaminlar	Muntazam ravishda polivitaminlarni buyurish	Tavsiya etilmaydi [C]
Ko'p to'yinmagan yog'li kislotalar	Muntazam ravishda Omega-3 ko'p to'yinmagan yog'li kislotalarni qabul qilish	Tavsiya etilmaydi [B]
Vitamin Ye	Ye vitaminini muntazam ravishda buyurish	Tavsiya etilmaydi [A]
Vitamin A	A vitaminini muntazam ravishda buyurish	Tavsiya etilmaydi [C]
Vitamin S	Askorbin kislotani muntazam ravishda buyurish	Tavsiya etilmaydi [A]

Homilador ayollarda asimptomatik bakteriuriya antibakterial terapiyasi (dorilar og'iz orqali qabul qilinadi).

Preparat	Kundalik doza	Terapiya davomiyligi	Izohlar
Fosfomitsin trometamol	3 g bir marta	1 kun	
Nitrofurantoin	50 mg har 6 soat yoki 100 mg har 12 soat	3-5 kun	III trimestrda qabul qilinmaydi
Ko-amoksiklav	500/125 har 12 soat	3-5 kun	Yaqinda tug'ilish hollari bundan mustasno
Amoksitsillin	500 mg har 8 soat	3-5 kun	Chidamli shtammlarning tarqalishi ortib bormoqda
Sefalekssin	500 mg har 12 soat	3-5 kun	
Sefuroksim	500 mg har 12 soat	3-5 kun	
Pivmetsillinam (mavjud bo'lganda)	200 mg Kuniga 3 marta	3-5 dney	

Homiladorlik davri xavf belgilari

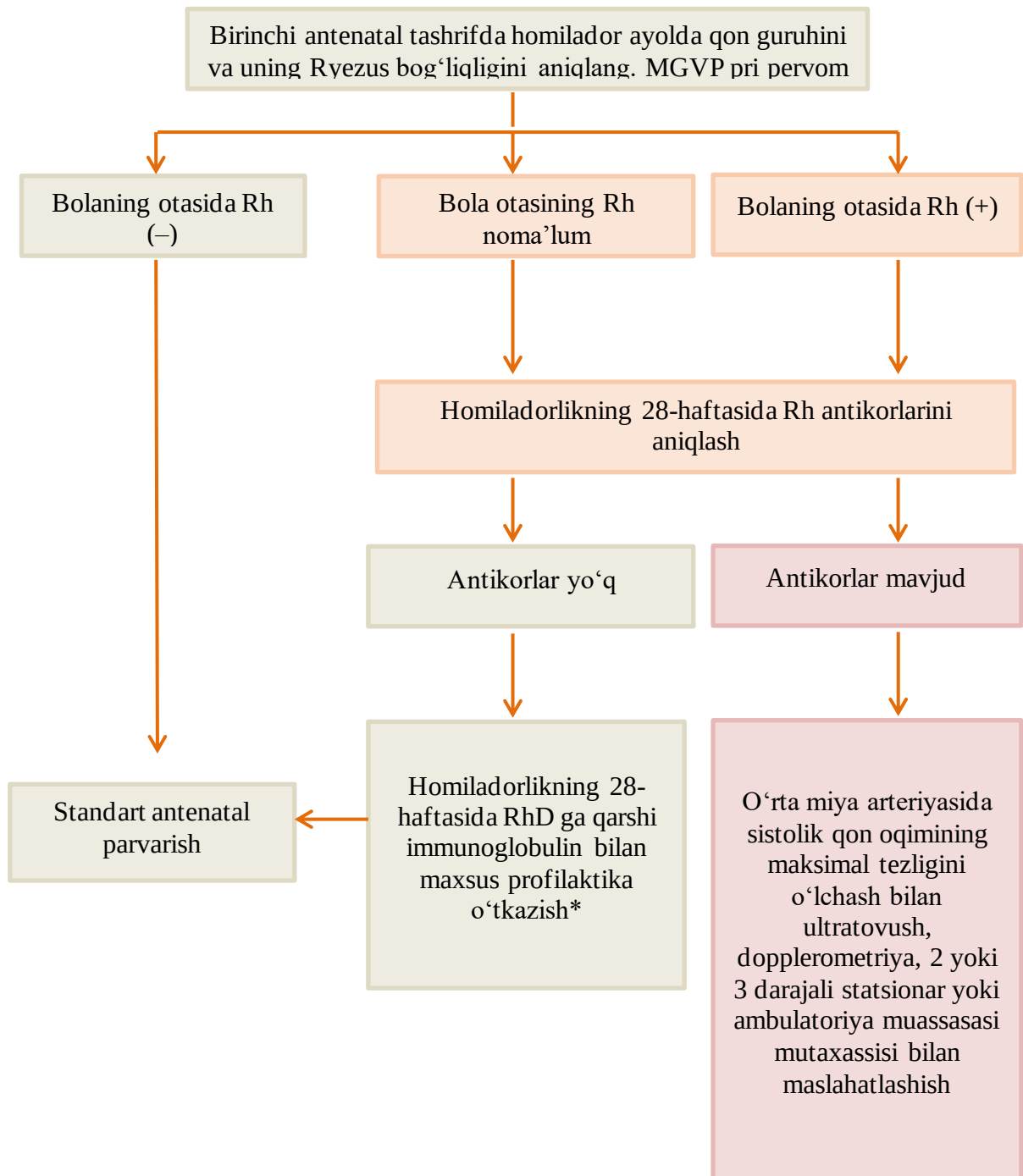
Homilador ayollarga shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladigan tashvishli belgilar haqida ma'lumot bering.

Agar sanab o'tilgan ogohlantirish belgilaridan kamida bittasi paydo bo'lsa, darhol tibbiy yordamga murojaat qilishingiz kerak:

- ✓ Haddan tashqari qayt qilish (5-martadan ortiq)
- ✓ Jinsiy yo'llardan qonli ajralmalar
- ✓ Vaginadan ko'p miqdorda suyuqlik chiqishi
- ✓ Doimiy bosh og'rig'i, ko'zlarda dog'lar yoki chaqnashlar paydo bo'lishi bilan ko'rishning buzilishi
- ✓ Qo'llarning yoki yuzning to'satdan va tez o'sib borayotgan shishishi
- ✓ Haroratning 38°C ga yoki undan yuqoriga ko'tarilishi
- ✓ Vaginada qattiq qichishish va yonish yoki qin ajralmalari ko'payishi
- ✓ Siyish paytida yonish va og'riq
- ✓ Qorinda doimiy qattiq og'riq, hatto dam olayotganda ham
- ✓ Soatiga 4-5 dan ortiq qisqarish

- ✓ Yiqilish, avtohalokat yoki kimnidir urish paytida qorinning lat yeyishi
- ✓ Homiladorlikning 24 haftaligidan keyin homilaning haddan tashqari yoki zaif harakati
- ✓ Amniotik suyuqlikning namlanishi yoki oqishi

Rh-salbiy qonga ega homilador ayollarni boshqarish algoritmi.



- Prenatal profilaktikani o'tkazishda odamning rezusga qarshi immunoglobulini preparat uchun ko'rsatmalarga muvofiq dozada mushak ichiga bir marta yuboriladi.
- Agar 28-haftada profilaktika o'tkazilmagan bo'lsa, anti-Rh antikorlari mavjud bo'lmasa, keyinroq, 34 haftagacha berilishi mumkin.
- Anti-rezus immunoglobulinni avvalroq yuborish samaraliroq.
- 12 hafta davomida anti-Rh immunoglobulinni antenatal profilaktika qilishdan so'ng, anti-Rh antikor titrining iz darajalari aniqlanishi mumkin.
- Tug'ilgandan so'ng darhol yangi tug'ilgan chaqaloqning Rh holatini aniqlash kerak. Agar bolada Rh musbat bo'lsa, onaning Rh izoimmunizatsiyasining maxsus postnatal profilaktikasi tavsiya etiladi: mushak ichiga rezusga qarshi immunoglobulin 1500 ME (300 mkg) tug'ilgandan keyin 72 soatdan kechiktirmay (yaxshisi birinchi ikki soat ichida)

Xavf guruhlaridagi aralashuvlar

Gestatsion qandli diabet

Turli mamlakatlarning umumiy aholisida HQD chastotasi 1% dan 20% gacha o'zgarib turadi, o'rtacha 7%. Ko'pgina homilador ayollarda kasallik aniq giperglikemiya va aniq klinik belgilarsiz davom etishi sababli, HQD xususiyatlaridan biri uni tashxislash va kech aniqlashning qiyinligi hisoblanadi.

Birinchi prenatal tashrifda har bir homilador ayolda HQD xavfini xavf omillari yordamida baholang:

ortiq vazn yoki semizlik (TVI 30 kg/m² dan ortiq)

anamnezda XQDning mavjudligi

qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy anamnezi

hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda homilalik makrosomiyasi (4500 g)

hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda polihidramnion

anamnezda o'lik tug'ilish

anamnezda tug'ma nuqsonlar bo'lgan bolalarning tug'ilishi

anamnezda chaqaloqning tushunarsiz o'limi.

Birinchi tashrifda va homiladorlikning 26-28 haftaligida xavf omillari bo'lgan ayollarda HQDni aniqlash uchun 75 gramm 2 soatlik og'iz orqali glyukoza bardoshlik testidan (OGBT)dan foydalaning

HQD uchun xavf omillari bo'lmasa, homilador ayollarga 1-tashrifda ochlikdagi venoz plazma glyukozasini aniqlash va homiladorlikning 26-28 haftasida OGBTni o'tkazish tavsiya etiladi

JSST mezonlariga ko'ra, homiladorlik davrida birinchi marta aniqlangan giperglikemiya homiladorlik qandli diabeti (HQD) yoki homiladorlik davrida diabetes mellitus sifatida tasniflanishi kerak

Homiladorlik davrida HQD va QD diagnostikasi mezonlari

	HQD	Manifest turi 1 yoki 2-toifa diabet (homiladorlik paytida yoki undan oldin sodir bo'lgan).
Och qoringa venoz glikemiya	5,1-6,9 mmol/l	≥7,0 mmol/l
75 g glyukoza bilan OGBTdan 1 soat o'tgach venoz glikemiya	≥10,0 mmol/l	
75 g glyukoza bilan OGBTdan 2 soat o'tgach venoz glikemiya	8,5-11,0 mmol/l	≥11,1 mmol/l

Har qanday turdagi diabetga chalingan homilador ayollarni ambulatoriya sharoitida boshqarishning asosiy tamoyillari.

- QDning har qanday shakli bo'lgan homilador ayollarga aniqlangandan keyin birinchi hafta davomida diyetolog va endokrinolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi
- 12 haftalik homiladorlikdan oldin QD bilan og'riq homilador ayollar uchun 5 mg foliy kislotasini qabul qilish ko'rsatiladi
- Glikeymik holatni yaxshilash uchun diyetaning jismoniy mashqlar bilan kombinatsiyasi ko'rsatilgan
- 30 daqiqadan so'ng yurish kabi o'rtacha jismoniy mashqlar va mashqlar dasturi tavsiya etiladi
- Agar 1-2 hafta davomida parhez va jismoniy faoliyatni o'zgartirish orqali qondagi glyukoza darajasining maqsadlariga erishilmasa, gipoglikemik dorilar ko'rsatiladi
- Homiladorlik davrida har qanday QD shakli uchun plazma glyukozasining maqsadli ko'rsatkichlari:

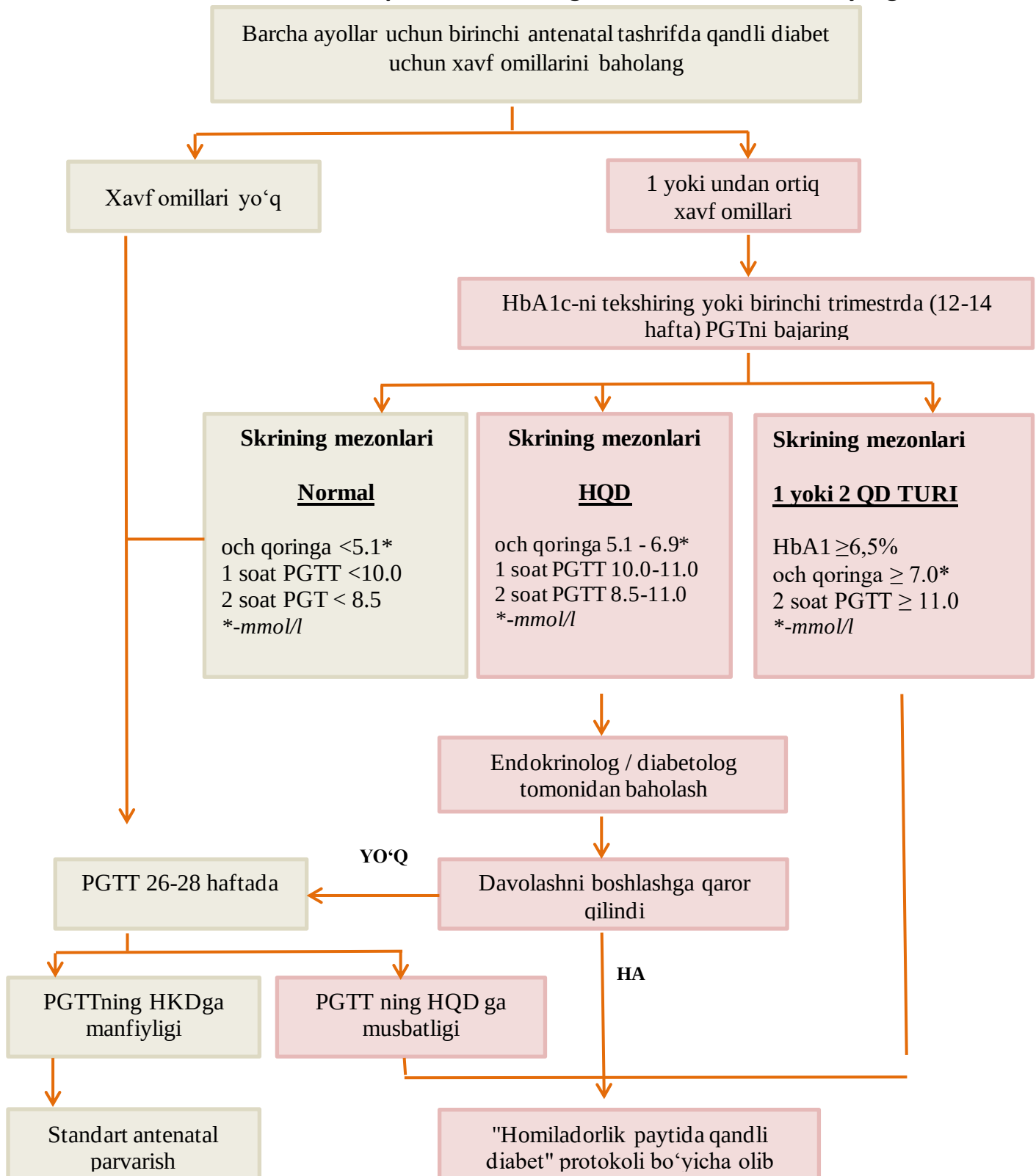
Och qoringa	Ovqatdan 1 soat o'tgach	Ovqatdan 2 soat o'tgach
<5,3 mmol/l	<7,8 mmol/l	<6,4 mmol/l

Har qanday shakldagi diabetga chalingan ayollar uchun antenatal tashriflar jadvali

Homiladorlik muddati	Homiladorlik paytida diabetning har qanday shakli bo'lgan ayollarga yordam ko'rsatish (oilaviy shifokor, akusher-ginekolog, diyetolog, endokrinolog)
Ideal holda, 12 haftagacha	Ayollarga QD ning homiladorlik, tug'ish va tug'ruqdan keyingi davrga ta'siri haqida ma'lumot bering (makrosomiya, neonatal gipoglikemiya, sezaren xavfining oshishi, elkama-distoni, preeklampsiya, erta tug'ilish, giperbilirubinuriya, neonatal intensiv terapiya bo'limiga o'tish, onalar kasallanishi va o'limining yuqori ko'rsatkichlari); Ovqatlanishdan oldin va keyin kapillyar glikemiyaning diyetasi va maqsadlari bo'yicha tavsiyalar bering; Ayolni asoratlari (neyropatiya, qon tomir asoratlari) mavjudligi uchun tekshirish); Gipoglikemik dorilarga bo'lgan ehtiyojni ko'rib chiqing, ular va ularning asoratlari haqida ayolga ayting; Ilgari mavjud bo'lgan QD bo'lgan ayollar, agar so'nggi 3 oy ichida baholanmagan bo'lsa, retinaning holatini (oftalmolog bilan maslahatlashish) va buyraklar faoliyatini baholashlari kerak; QD bilan og'rikan barcha ayollar homiladorlik davrida har 1-2 haftada prenatal klinika va endokrinolog bilan aloqada bo'lishlari kerak; Homiladorlik paytida xavf darajasini aniqlash uchun ilgari diabetga chalingan ayollar uchun HbA1c darajasini o'lchang; 1-trimestrda antenatal klinikaga murojaat qilgan HQD xavf omillari bo'lgan ayollarga imkon qadar tezroq qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilish va 75 g 2 soatlik GTT taklif qilinishi kerak; 7-9 haftada homilaning hayotiyiligini va homiladorlik muddatini tasdiqlang.
16 hafta	16-20 haftada birinchi tashrifida diabetik retinopatiya tashxisi qo'yilgan ilgari mavjud bo'lgan QD bo'lgan ayollar retinaning holatini qayta baholashlari kerak; 2-trimestrda antenatal klinikaga murojaat qilgan HQD uchun xavf omillari bo'lgan ayollarga imkon qadar tezroq qon glyukozasini o'z-o'zini nazorat qilish yoki 75 g 2 soatlik GTT taklif qilinishi kerak.
20 hafta	Homilaning strukturaviy anormalliklarini aniqlash uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing, shu jumladan homila yuragini tekshiring.
28 hafta	Amniotik suyuqlik hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing;

	Oldindan mavjud bo'lgan diabetga chalingan barcha ayollar uchun retinaning holatini baholang; Agar HQD ayollarda 26-28 haftada aniqlansa-endokrinolog va ovqatlanish mutaxassisi bilan birgalikda kuzatuv va boshqaruvni olib boring.
32 hafta	Amniotik suyuqlik hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing; oddiy prenatal parvarishda tavsiya etilgan tahlillarni tekshiring.
34 hafta	Hech qanday qo'shimchalarsiz an'anaviy prenatal parvarish paytida bo'lgani kabi.
36 hafta	Amniotik suvlar hajmini aniqlash va homila o'sishini kuzatish uchun ultratovush tekshiruvini o'tkazing; Tug'ruq usuli va vaqti, tug'ruq paytida og'riqni yo'qotish usullari, tug'ruq paytida va undan keyin glyukemik indekslarga qarab terapiyaning o'zgarishi, emizish, yangi tug'ilgan chaqaloqlarni parvarish qilish, tug'ruqdan keyingi kontratsepsiya usullari haqida maslahatlashing.
37^o hafta- 38^o hafta	1 yoki 2-toifa diabetga chalingan barcha ayollar uchun tug'ruk induksiyasi yoki kesar kesish jarroxlik muolajasini taklif kiling (agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa). HQD bilan homiladorlikni tug'ruqning o'z-o'zidan boshlanishiga uzaytiring.
38 hafta	Homila holatini baholash.
39 hafta	Homila holatini baholash. Homiladorlikning 40 ⁺⁶ haftaligidan oldin asoratlanmagan HQD bilan homilador ayollarni tug'dirish.

Homiladorlik davrida qandli diabet diagnostikasi uchun umumiy algoritm



Qandli diabet uchun xavf omillari:

Ortiq vazn yoki semizlik (TMI 30 kg/m^2 dan yuqori)

Anamnezda HQD

40 yosh va undan katta

qarindoshlikning 1 va 2-darajali qarindoshlarida har qanday turdagi diabetning oilaviy anamnezi

hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda xomilalik makrosomiyasi (4500 g)

hozirgi homiladorlik paytida yoki anamnezda poligidramnnoz

Anamnezda o'lik tug'ilish, RTN (rivojlanishning tug'ma nuqsonlari) bilan bolalarning tug'ilishi yoki yangi tug'ilgan chaqaloqning tushunarsiz o'limi

Preeklampsiya

Birinchi prenatal uchrashuvda har bir ayolning preeklampsiya xavfini baholang.

Homiladorlikning dastlabki bosqichidagi barcha homilador ayollarga birinchi trimestrda kombinatsiyalangan test yordamida PE skriningidan o'tish tavsiya etiladi, shu jumladan onaning xavf omillari, o'rtacha qon bosimi, bachadon arteriyasi pulsatsiya indeksi va platsenta o'sish omili.

PE uchun skrining, jumladan, ona uchun xavf omillari, o'rtacha arterial bosim (SrAD), ona yo'ldoshining o'sish omili (PFR/PLGF) va bachadon arteriyasi pulsatsiya indeksi (PI/UTPI) PE xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarni eng aniq aniqlashi mumkin.

Platsenta o'sish omili (PFR) trofoblastik hujayralar tomonidan chiqariladigan glikosillangan dimer glikoprotein bo'lib, u qon tomir endotelial o'sish omillari oilasiga kiradi.

Pulsatsiya indeksi (PI) transabdominal ultratovush bilan 11 dan 13⁶ haftagacha o'lchanadi.

Agar homiladorlikning birinchi trimestrida PFR (PLGF) va/yoki PI (UTP) ni o'lchash imkoni bo'lmasa, ona uchun xavf omillarini aniqlash va O'rtacha ABni o'lchashni o'z ichiga olgan PE uchun birlashtirilgan skrining o'tkazish tavsiya etiladi.

O'rtacha qon bosimi quyidagi formula yordamida hisoblanadi: $\text{Srednee AD} = (\text{Sist. AD} - \text{Diast. AD})/3 + \text{Diast AD}$.

PE xavfi kalkulyatori (onalar xavf omillari + O'rtacha AB $\pm$ PFR $\pm$ PI) quyidagi havolada mavjud:

<https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>

Birlashgan PE skriningi imkoniyati bo'lmagan taqdirda, anamnez va klinik - demografik omillar (onaning xavf omillari) asosida PE xavfini baholashni o'tkazish tavsiya etiladi.

Preeklampsiya xavf omillari

Yuqori xavf	O'rtacha xavf
Oldingi homiladorlik paytida gipertenziya	Birinchi tug'ish
SAG	Yoshi ≥ 40 yosh
Surunkali buyrak kasalligi	TVI ≥ 35 kg/m ²
KD	Oilaviy anamnezda PE
Autoimmun kasallik	Homiladorlik orasidagi interval >10 yil
	Ko'p homiladorlik
PE ning yuqori xavfi-bu bitta yuqori xavf omili yoki ikki yoki undan ortiq o'rtacha xavf omillarining mavjudligi	

PE xavfi yuqori bo'lgan homilador bemorga homiladorlikning 11-14⁶ dan 36 haftasiga qadar kechki payt 150 mg / kun og'iz orqali aspirin buyurish tavsiya etiladi.

PE xavfi yuqori bo'lgan homilador bemorga homiladorlik davrida qon bosimini har kuni o'z-o'zini nazorat qilish tavsiya etiladi

PE xavfi yuqori bo'lgan barcha homilador ayollarga har bir prenatal tashrifda proteinuriya aniqlanishi tavsiya etiladi. Homilador ayollarda proteinuriya miqdorini aniqlash uchun birinchi ertalabki siydik tahlilidan foydalanilmaydi

Gipertenziya bilan og'rigan homilador ayollarni ambulatoriya sharoitida boshqarishning asosiy tamoyillari.

- Yangi tashxis qo'yilgan arterial gipertenziya bilan og'rigan barcha ayollarga ona va homila holatini, davolanishning xatarlari va foydalarini, gipertenziya sabablarini har tomonlama baholash uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi
- arterial gipertenziya - sistolik qon bosimining oshishi qayd etilgan holat ≥ 140 mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi ≥ 90 mm simob ust., kamida 2 ta o'lchov natijasida bir qo'lda 4 soatlik interval bilan o'tkazilgan o'rtacha deb belgilangan
- Gipertenziya bilan og'rigan barcha ayollarga quyidagilarni aniqlash tavsiya etiladi:

A) Gipertenziv kasallik turi:

- Surunkali arterial gipertenziya
- Homiladorlik gipertenziyasi
- Preeklampsiya (oʻrtacha va ogʻir)
- SAG tufayli yuzaga kelgan preeklampsiya

B) arterial gipertenziya darajasi:

- Yengil (sistolik qon bosimi 140-159 mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi 90-109 mm simob ust.)
- Ogʻir (sistolik qon bosimi ≥ 160 mm simob ustuni va/yoki diastolik qon bosimi ≥ 110 mm simob ust.)
- Gipertenziv sindromning har qanday turiga chalingan barcha homilador ayollarga, agar ular **barqaror sistolik qon bosimi 140 mm simob ustuni yoki undan yuqori boʻlsa yoki barqaror diastolik qon bosimi 90 mm simob ustuni yoki undan yuqori boʻlsa**, antigipertenziv davolanishni boshlash tavsiya etiladi
- Homiladorlik paytida antigipertenziv dorilarni qoʻllash tavsiya etiladi: metildopa, labetalol, nifedipin.
- Yengil gipertenziya uchun tanlangan dorilar metildopa va labetalol, ogʻir gipertenziya uchun – nifedipin.
- Maqsadli qon bosimini ushlab turish uchun 3 ta antigipertenziv dorilarning kombinatsiyasiga ruxsat beriladi.
- Homiladorlik paytida gipertenziyaning har qanday turini davolash uchun dori-darmonlarni qoʻllashda maqsadli qon bosimini 135/85 mm simob ust. nazorat kilib boring.
- Agar bemorning qon bosimi 130/80 mm simob ust. dan pastga tushsa, dozani kamaytirish yoki antigipertenziv davolanishni toʻxtatish haqida oʻylab koʻring.
- Har qanday turdagi AG bilan ogʻirgan ayolga va uning chaqalogʻiga shaxsiy ehtiyojlariga qarab qoʻshimcha prenatal tashriflar koʻrsatiladi:
 - gipertenziya yomon nazorat qilinsa, haftada kamida 2-marta
 - gipertenziya yaxshi nazorat qilinsa, haftada 1-marta
- Homilaning oʻsishi va amniotik suyuqlik hajmini ultratovush tekshiruvi, shuningdek har 2-4 haftada kindik arteriyalarining dopplerometriyasi har qanday gipertenziya bilan ogʻirgan barcha homilador ayollar uchun tavsiya etiladi
- Gipertenziyaning har qanday shakli boʻlgan bemorni ambulatoriya sharoitida boshqarish mumkinligini unutmang:
 - sistolik qon bosimi <150 va/yoki diastolik qon bosimi <100 mm simob ust.da;
 - trombotsitlar soni 150,000 dan ortiqlikda;
 - jigar fermentlarining normal darajasida;
 - buyrak funksiyasining normal koʻrsatkichlarida;
 - homilaning qoniqarli holatida;
 - subʼyektiv belgilarning yoʻqligida;
 - yuqori darajadagi onglilik va intizomda.

- Gipertoniya bilan ogʻrigan homilador ayollarga tugʻruq uchun rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish zarurligi toʻgʻrisida maʼlumot bering:
 - 38-39 hafta – SAG bilan ogʻrigan homilador ayollarda
 - gipertenziya dori-darmonsiz nazorat qilinganda;
 - 37 hafta-SAG bilan ogʻrigan homilador ayollarda
 - gipertenziya dori-darmon va homiladorlik gipertenziiyasi bilan;
 - 36-37 hafta-oʻrtacha preeklampsiya bilan;
 - har qanday vaqtda-ogʻir gipertenziya – ogʻir preeklampsiya, eklampsiya bilan;
- Quyidagi holatlarda shoshilinch kasalxonaga yotqizish talab etiladi:
 - ogʻir gipertenziya (sistolik qon bosimi 160 mm simob ust. va/yoki diastolik qon bosimi 110 mm simob ust. 15 daqiqalik qisqa vaqt oraligʻida);
 - PE ning yangi belgilari va ogʻir belgilarining paydo boʻlishi;
 - ambulator davolanishning qoniqarsiz natijasi;
 - homilani tekshirishda domkratsion ogʻishlar.

Homiladorlik davrida antigipertenziv dorilar

Preparat	Metildopa	Labetalol	Nifedipin
Doza	250-750 mg har 8 soatda og'iz orqali	100-400 mg har 8 soatda og'iz orqali	10 mg kuniga 2-3-4-marta (qisqa ta'sirli), har 12 soatda 20-60 mg (sekin chiqarish bilan)
Maksimal sutkalik doza	3000 mg	1200 mg	120 mg
Harakat mexanizmi	Markaziy: alfa2-adrenergik retseptorlarni stimullashtiradi	Yumshoq alfa va vazodilatatorli beta bloker effekt	Kalsiy kanali blokatori
Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar	Depressiya	Bronxial astma, surunkali obstruktiv o'pka kasalligi, yurak yetishmovchiligi	Aorta stenozi
Amaliy daqiqalar	24 soat ichida harakatning sekin boshlanishi, quruq og'iz, sedativ ta'sir, depressiyaning kuchayishi, loyqa ko'rish, takroriy gipertenziya	Bradikardiya, bronxospazm, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, bosh terisi chayqalishi, odatda 24 soat ichida o'tib ketadi	Birinchi 24 soat ichida kuchli bosh og'rig'i, terining qizarishi, taxikardiya, periferik shish, ich qotishi

Og'ir preeklampsiya – bu proteinuriya (0,3 g/l) yoki doimiy yoki takroriy kuchli bosh og'rig'i, skotomalar, ko'ngil aynishi yoki qayt qilish, epigastral og'riq, oliguriya bilan birgalikda davolanishga javob bermaydigan og'ir gipertenziyadir. Laboratoriya qon testlarining progressiv yomonlashishi, masalan, kreatinin ortishi bilan yoki jigar transaminazalari, trombotsitlar sonining kamayishi bilan namoyon buladi.

PEning og'ir belgilari

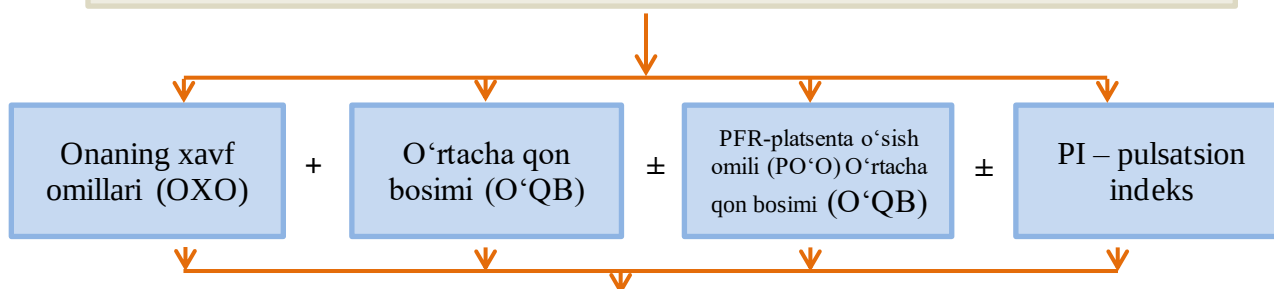
Og'ir gipertenziya	Uch sinf antigipertenziv vositalar bilan davolanishga qaramay, og'ir gipertenziyaning takroriy epizodlari (sistolik qon bosimi 160 mm simob ust, va/yoki diastolik qon bosimi 110 mm simob ust,).
Gemostaz disfunktsiyasi	150,000/ml dan kam bo'lgan trombotsitlar Gemoliz: shistotsitlar yoki qon surtmasidagi eritrotsitlar bo'laklari 600 ME/l dan yuqori bo'lgan laktat dehidrogenaza darajasining ko'tarilishi Tarqalgan tomir ichidagi koagulyatsiya
Jigar disfunktsiyasi	Jigar fermentlarining ko'payishi (>40 ME/l) yoki jigar funksiyasining tobora yomonlashishi Qorinning yuqori o'ng kvadrantida yoki epigastriumda dori terapiyasiga javob bermaydigan kuchli doimiy og'riq Ko'ngil aynishi, qayt qilish
Buyrak disfunktsiyasi	90 mmol/l dan ortiq zardob kreatinin Oliguriya (4 soat ichida 80 ml dan kam)
Markaziy asab tizimining disfunktsiyasi	Bosh og'rigi (Ko'pincha kuchayib, oddiy analgetiklar tomonidan bosilmaydi) Ko'rish buzilishi (chivinlarning miltillashi, skotoma epizodi)
Nafas olish disfunktsiyasi	O'pka shishi

Kasalxonaga yotqizish bosqichida og'ir gipertenziya, og'ir preeklampsiya bo'lgan barcha homilador ayollar o'tkazilishi kerak:

- **Antigipertenziv terapiya:** qisqa ta'sir qiluvchi nifedipin 10 mg og'iz orqali (chaynash va yutish), agar kerak bo'lsa, har 30 daqiqada takrorlanadi. Maksimal bitta doza 50 mg. Cublingval qabul qilish tavsiya etilmaydi.
- **Antikonvulsant terapiya:** 4-5 g magniy sulfat tomir ichiga (16-20 ml 25% magniy sulfat eritmasi) asta-sekin 10-15 daqiqa davomida, so'ngra soatiga 1 g tomir ichiga (100 ml 25% magniy sulfat eritmasi + 400 ml natriy xlorid fiziologik eritmasi daqiqada 7 tomchi tezlikda).

Preeklampsiyaning skrining algoritmi

Birinchi prenatal tashrifda PE skriningini o'tkazing (PE xavfini baholang)



11-13⁶ haftada homiladorlik paytida xavfni kompleks baholash:

- OXO, O'QB, PO'O va PI
(kalkulyator <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>)
- yoki**
- OXO va O'QB
(kalkulyator <https://fetalmedicine.org/research/assess/preeclampsia>)

PE rivojlanishining past xavfi
<1 uchun 100

Standart antenatal parvarish

PE rivojlanishining yuqori xavfi
≥1 uchun 100

- Aspirin 150 mg dan kuniga homiladorlikning 11-14⁶ haftasidan 38 haftasigacha
- Qo'shimcha prenatal tashriflar
- har bir tashrifda qon bosimini o'lchash
- Homiladorlik davrida qon bosimini har kuni mustaqil nazorat qilish

PE uchun onaning xavf omillari:

Yuqori xavf omillari:

- Oldingi homiladorlik davrida gipertenziya
- SAG
- Buyrakning surunkali kasalligi
- QD
- Autoimmun kasalligi

O'rtacha xavf omillari:

- Birinchi tug'ruq
- Yosh ≥40 yosh
- TMI ≥ 35 kg/m²
- Oilaviy anamnezda PE
- Homiladorlik orasidagi interval > 10 yil
- Ko'p homiladorlik

PE ning yuqori xavfi-bu bitta yuqori xavf omili yoki ikki yoki undan ortiq o'rtacha xavf omillarining mavjudligi

Venoz tromboembolik asoratlari

Venoz TEA oldini olishning asosiy yoʻnalishi:

- Venoz TEA xavfi ostida homilador ayollarni izolyatsiya qilish
- Venoz TEA xavfi darajasini aniqlash

Birinchi prenatal tashrifda xavf omillari yordamida har bir homilador ayolda venoz TEA xavfini baholang [2, 14, 18]

HOMILADORLIK PAYTIDA VENOZ TEA UCHUN XAVF OMILLARI	Ballar
Anamnestik ma'lumotlar	
Oldingi davriy TEA;	3
Oldingi TEA, sababsiz yoki estrogenlardan foydalanish bilan bogʻliq;	3
Oldingi qoʻzgʻatilgan TEA;	2
Oilaviy trombotik anamnez;	1
Trombofiliya (V Leiden omilining gomozigot mutatsiyasi, protrombin G20210A, AT III, S va C oqsillarining yetishmasligi, antifosfolipid sindromi),	3
Somatik omillar	
Yoshi > 35 yosh	1
Chekish	1
Semizlik TVI > 30	1
Oyoqlarning varikoz kengayishi	1
Somatik kasalliklar (arterial gipertenziya, nefrotik sindrom, yomon sifatli kasalliklar, I turdagi qandli diabet, faol fazadagi yuqumli va yalligʻlanish kasalliklari, SKV, oʻpka va yurak kasalliklari, oʻroqsimon hujayrali anemiya)	2
Akusher- ginekologik omillar	
Anamnezda tugʻruq ≥ 3	1
Koʻp homiladorlik;	1
Oʻrtacha preeklampsiya;	1
Erta yoki ogʻir preeklampsiya;	2
Ushbu homiladorlik paytida homilaning intrauterin oʻlimi;	2
Homiladorlik paytida jarrohlik aralashuvlar	2
Boshqa faktorlar	
Degidratatsiya	1
Uzoq muddatli immobilizatsiya (> 4 kun)	1
Jami:	

Har bir qoʻshimcha xavf omili tromboz rivojlanishining umumiy xavfini oshirishini esda tuting

An'anaviy koagulogramma parametrlari (trombotsitlar, fibrinogen, MNO, APTV, parakoagulyatsiya mahsulotlari) tromboz rivojlanishini bashorat qilishda axborot ahamiyatiga ega emas va ulardan foydalanishning keragi yo'q

Agar homilador ayolda homiladorlikning asoratlari (masalan, preeklampsiya) yoki TEA xavfini oshiradigan boshqa xavf omillari (infeksiyalar, uzoq muddatli immobilizatsiya va boshqalar) rivojlansa, har bir keyingi prenatal tashrifda venoz TEA xavfi oshib boraveradi)

Har bir tashrifda venoz TEA xavfini baholash natijalarini shkala bo'yicha aniqlang:

- o'rtacha xavf (1-2 ball)
- yuqori xavf (≥ 3 ball).

O'rtacha xavfda homiladorlik paytida kompression trikotaj kiyishni tavsiya eting

Yuqori xavfda, kompression trikotaj kiyimlari va past molekulyar geparinlar bilan farmakologik tromboprofilaktika ko'rsatiladi. Past molekulyar og'irlikdagi geparinlarni buyurish va farmakologik tromboprofilaktikaning davomiyligi masalasini hal qilish uchun homilador ayolni gematolog maslahatiga yuboring

Bemorning vazniga moslashtirilgan past molekulyar og'irlikdagi geparinlarning standart profilaktik dozalari yuqori xavf guruhidagi venoz TEA oldini olish uchun ishlatiladi:

- Vazn <50 kg: kuniga 20 mg t/o;
- Vazni 50-90 kg: kuniga 40 mg t/o;
- Vazni 90-130 kg: kuniga 60 mg t/o;
- Vazni 130-170 kg: kuniga 80 mg t/o;
- Vazni >170 kg: kuniga 0,6 mg/kg t/o.

* **Kundalik dozani ikkiga bo'lish mumkin**

Homilador ayollarning ambulatoriya jadvalida venoz TEA (o'rtacha va yuqori) va tegishli profilaktika choralari xavfini qayd etishni unutmang

Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi

Birinchi va har bir keyingi prenatal tashrifda har bir homilador ayolda tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketish xavfini xavf omillaridan foydalangan holda baholang

Tugʻruqdan keyingi akusherlik qon ketishining xavf guruhiga quyidagi xavf omillaridan biri yoki bir nechta boʻlgan har qanday homilador ayol kiradi [2]:

- Koʻp homiladorlik
- Anamnezda 4 tugʻilish
- Gemoglobin 90 g/l dan kam boʻlgan anemiya
- Anamnezda tugʻruqdan keyingi qon ketishi
- Preeklampsiya
- Katta homila
- Platsenta previa va oʻsish
- Anamnezda platsentaning ajralishi
- Ogʻir akusherlik va ginekologik anamnez (abortlar, homila tushishi)
- Bachadondagi chandiq (kesar kesish, mioektomiyadan keyingi chandiqlar)
- Homiladorlik paytida antikoagulyantlar bilan davolash
- Birgalikdagi koagulopatiya
- Ogʻir yurak-qon tomir va gematologik kasalliklar

Tugʻruqdan keyingi akusherlik qon ketishi uchun xavf guruhida quyidagilar koʻrsatilgan:

- Antenatal tashxis oʻtkazish va anemiyani davolash
- 2 va/yoki 3-darajali muassasalarda koʻp tarmoqli guruh ishtirokida homilador ayollarning tugʻrugʻini rejalashtirish
- Homiladorlik asoratlarini oʻz vaqtida tuzatish
- 3-darajadagi muassasalarga qon ketmaydigan platsenta bilan homiladorlarni rejalashtirish (toʻliq olib borilganda – 34 hafta, toʻliq boʻlmaganda – 36-37 hafta)

Jinsiy yoʻllardan qon ketishida:

- Ayolning homilador yoki yoʻqligini, homiladorlik davrini aniqlang
- Bachadonni palpatsiya qiling (iloji boʻlsa)
- Tos aʼzolarining ultratovush tekshiruvi
- Homiladorlikning birinchi yarmida koʻp qon ketganda, ambulatoriya sharoitida davolanishga ruxsat beriladi
- Homiladorlikning ikkinchi yarmida dogʻlanish va istalgan vaqtda moʻl-koʻl qonli dogʻlar shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun koʻrsatma hisoblanadi.
- Kasalxonagacha boʻlgan tadbirlar:
 - bemorni isitish
 - 2 juft tomirni kateterizatsiya qilish
 - iliq kristalloidlarning infuzioni (1 litr 15-20 daqiqa davomida)
 - traneksamik kislota 1,0 g t/i
 - tugʻruq yoki abortdan keyin qon ketganda - oksitotsin 10 YED t/i bolyus

Homiladorlik davri uchun kichik homila

Homila yoshi uchun kichik (SGA) homilalar- homilalarning geterogen guruhi bo'lib, ularning o'lchamlari tegishli homiladorlik yoshi uchun oldindan belgilangan chegaradan past va ko'pincha <10 foizdan past bo'ladi.

Homila o'sishining kechikishi (ZRP) - bu o'sish potensialiga erishmagan va perinatal asoratlari xavfi yuqori bo'lgan patologik kichik homilani tavsiflovchi atama (ultratovushli Dopplerografiya bo'yicha patologik qon oqimi bilan birgalikda homilaning taxminiy vazni va/yoki qorin aylanasi <10 -foiz o'sishining sekinlashishi mavjud).

Homila o'sishining kechikishi (HO'K-ZRP) homilaning kichik homiladorlik yoshi bilan sinonim emas. 50-70% MG homila konstitutsiyaviy jihatdan kichik, ya'ni vazni va bo'yi kichik, ammo ultratovushli Dopplerografiya bo'yicha normal qon oqimi va perinatal asoratlarning past xavfi mavjudligi bilan.

Homilador bemorning 1 va 2-prenatal tashriflarida HO'K(ZRP) xavf omillarini baholash tavsiya etiladi

HO'K uchun xavf omillari

Katta xavf omillari	Kichik xavf omillari
Onaning yoshi > 40 yosh	Onaning yoshi > 35 yosh
Chekish $>$ kuniga 11 ta sigaret	Kuniga 1-10 dona sigaret chekish
Anamnezda homiladorlik davri uchun kichik homila (HDKH)	Tug'magan
Kundalik intensiv jismoniy faoliyat yuklamasi	TVI < 20 yoki 25-35
Ona yoki otadan HDKH	Homiladorlik davrigacha mevalarning kam iste'moli
Anamnezda o'lik tug'ilish	Anamnezda Preeklampsiya
SAG	Intergravidar interval < 6 oylar yoki > 60 oy davomida
Qandli diabet va qon tomir kasalliklari	
Buyrak yetishmovchiligi	
Antifosfolipid sindromi	
Og'ir qon ketish, intensivligi bo'yicha hayz ko'rishga o'xshash	
Omillardan biri = HO'Kning yuqori xavfiga teng	3 yoki undan ko'p omillar = HO'Kning yuqori xavfi teng

Yuqori xavfli guruhlarda homila ultratovush tekshiruvi va kindik - bachadon arteriyalarining dopplerografiyasidan foydalanish perinatal kasallik va o'limni kamaytiradi. Dopplerometriya HO'K xavfi yuqori bo'lgan homilador ayollarda homilani kuzatishning asosiy vositasidir.

HO'K uchun 1 va undan yuqori xavf omiliga ega bo'lgan homilador ayollarni ketma-ket ultratovush fetometriyasi va uteroplental-homilalik qon oqimining dopplerometriyasi (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) homiladorlikning 26 -28 haftaligidan boshlab har 3 haftada yuborish kerak

HO'Kning yuqori xavfli guruhlarida homiladorlikning 20-24 haftaligida bachadon arteriyasi dopplerografiyasi HO'Kni bashorat qilish uchun o'rtacha prognostik qiymatga ega va tavsiya etilmaydi.

HO'Kning 3 yoki undan ortiq kichik xavf omillari bo'lgan homilador ayollar homiladorlikning 20-24 haftaligida uteroplental-homilalik qon oqimining (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) fetometriyasi va dopplerometriyasiga yuborilishi kerak [16]:

- agar dopplerometrik parametrlar normal bo'lsa, uchinchi trimestrda (30-34 hafta) keyingi ultratovush va Dopplerometriyani taklif qilish kerak
- normal dopplerometriya bilan ketma-ket ultratovushli fetometriya va uteroplental-homilalik qon oqimining (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) dopplerometriyasi homiladorlikning 26-28 haftaligida, so'ngra har 3 haftada ko'rsatiladi

20-24 haftada ultratovushli fetometriya bo'yicha homilalik ichakning exogenligi aniqlangan taqdirda, homilador ayolni ketma-ket ultratovushli fetometriya va uteroplental-homilalik qon oqimining dopplerometriyasiga yuborish kerak (bachadon arteriyalari va kindik arteriyasi) homiladorlikning 26-28 haftaligida, so'ngra har 3 haftada

Homilalik ichakning exogenligi HO'K uchun mustaqil xavf omilidir.

Dopplerometriya bo'yicha HO'Kni tasdiqlashda homilador ayol homila holatini, shu jumladan KTG ni har tomonlama baholash, tug'ilishning optimal muddati va usulini tanlash uchun 3-darajali statsionar yoki ambulatoriyaga yuborilishi kerak

Homila o'sishi cheklanishi sindromi skriningi

Birinchi prenatal tashrifda HDKH uchun xavf omillarini baholang

Katta xavf omillari

- Onaning yoshi >40 yosh
- Chekish > kuniga 11 ta sigaret
- Anamnezda HDKH
- Kundalik intensiv jismoniy faoliyat
- Ona yoki otadan HDKH
- Anamnezda o'lik tug'ilish
- SAG
- Qandli diabet va qon tomir kasalliklari
- Buyrak yetishmovchiligi
- Antifosfolipid sindromi
- Hayz ko'rish intensivligiga o'xshash ko'p qon ketishi

Kichik xavf omillari

- Onaning yoshi > 35 yosh
- Kuniga 1-10 dona sigaret chekish
- Tug'magan
- TMI < 20 yoki 25-35
- Homiladorlikdan oldin mevalarni kam iste'mol qilish
- Anamnezda Preeklampsiya
- Intergravidar interval < 6 oy yoki >60 oy

PE uchun xavf omillari mavjud bo'lsa, aspirinni 14⁶ haftagacha buyuring

1 katta xavf omili va boshqalar

3 kichik xavf omillari va boshqalar

20 hafta ichida xavflarni qayta ko'rib chiqing

1 va undan ko'p katta xavf omillari yoki homilaning exogen ichagi

3 kichik xavf omillari va boshqalar

patologik ko'rsatkichlar

20-24 xaftada:

- Ultratovush fetometriyasi, amniotik suvning holatini baholash
- Bachadon va kindik arteriyalarining dopplerometriyasi

norma

26-28 xaftada va keyin ketma-ket har 3 haftada to'liq muddatga qadar:

- Ultratovush fetometriyasi, ASni baholash
- Bachadon va kindik arteriyalarining dopplerometriyasi

Gravidogrammani olib borish Homiladorlikning 3 trimestrida (30-34 hafta):

- Ultratovush fetometriyasi, ASni baholash
- Bachadon va kindik arteriyalarining dopplerometriyasi

Patologik Dopplerometriya

Homilani har tomonlama baholash, shu jumladan KTG, tug'ilishning optimal davri va usulini tanlash uchun 3-darajali shifoxona yoki maslahat muassasasiga yuboring

Homiladorlik davrida vaktsinatsiya

Aralashuv	Tavsiya	Tavsiya turi va TID
Emlash	Tropik mamlakatlarga sayohat qilishda, shuningdek, epidemiyalarda homilador ayollarga inaktiv va gen-injenerlik vaksinalari, toksoidlari, poliomyelitga qarshi og'iz orqali emlash tavsiya etiladi	Tavsiya [C]
Gripp mavsumi	Uch valentli inaktivatsiyalangan vaksinalar homiladorligi gripp mavsumiga to'g'ri keladigan ayollar uchun tavsiya etiladi	Tavsiya [C]

Tirik vaksinalarni tayinlash homilador ayollar uchun qarshi ko'rsatmaga ega. Homilador ayol emlash uchun ongli ravishda ixtiyoriy rozilikni imzolaydi.

Homiladorlik davrida vaktsinatsiya

Vaksina	Homiladorlik paytida foydalanish	Izoh
BSJ*	Yo'q	
Xolera	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Gepatit A	Ha, agar kerak bo'lsa	Xavfsizlik isbotlanmagan
Gepatit V	Ha, agar kerak bo'lsa	
Gripp	Ha, agar kerak bo'lsa (gripp mavsumida)	
Yaponskiy ensefalit	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Kor*	Yo'q	
Meningokokkovaya infeksiya	Ha, agar kerak bo'lsa	Faqat infeksiya xavfi yuqori bo'lgan taqdirda
Epidemicheskiy parotit*	Yo'q	
Og'iz orqali poliomyelitga qarshi emlash	Ha, agar kerak bo'lsa	
Poliomyelitga qarshi emlash	Ha, agar kerak bo'lsa	Odatda tayinlanmaydi
Quturish	Ha, agar kerak bo'lsa	
Qizilcha*	Yo'q	

Tetanoz/difteriya / ko'k yo'tal	Ha, agar kerak bo'lsa	
Tif Tu21a*	Yo'q	Xavfsizlik isbotlanmagan
Chechak	Yo'q	
Suvchechak*	Yo'q	
Sariq isitma*	Faqat infeksiya xavfi yuqori bo'lgan taqdirda	
COVID-19	Ha, agar kerak bo'lsa	

***Homilador ayollarga tirik vaksinalar tayinlanishiga qarshi ko'rsatma mavjud.**

Tibbiy yordamni tashkil etish.

Tug'ruqxonalarga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Tug'ruq faoliyatini rivojlantirish.
2. Amniotik suyuqlikning oqishi yoki namlanishi.
3. Jinsiy yo'llardan homila tushish xavfini bildiruvchi qonli ajralmalarning kelishi.
4. Erta tug'ruq (PR)da xavfli vaziyatlarning belgilari.
5. Homiladorlikning 2-yarmida qonli ajralmalar (PONRP, platsenta previa).
6. Istmik-bachadon bo'yni yetishmovchiligi (IBBE), belgilari.
7. Homilador ayollarning qusishi> kuniga 5-marta va tana vaznini yo'qotish> 3 kg 1-1, 5 hafta ichida (terapiya samarasi bo'lmaganda).
8. Birinchi marta yengil arterial gipertenziya aniqlandi.
9. Og'ir arterial gipertenziya, og'ir preeklampsiya.
10. O'rtacha preeklampsiya.
11. Poliorgan yetishmovchiligi belgilari (bosh og'rig'i, ko'rish buzilishi, epigastral og'riq, qusish, jigar shikastlanishi belgilari, oligoanuriya, ongning buzilishi, soqchilik, giperrefleksiya).
12. Xorioamnionit belgilari.
13. HO'K.
14. Homilalik azoblanish belgilari: bachadon tubining balandligi 10-foizdan past, bachadon tubi balandligining o'sish dinamikasining pasayishi, homila motor faolligining buzilishi.
15. Intrauterin homilalik o'lim.
16. O'tkir qorin.
17. Tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining klinik belgilari bo'lgan o'tkir yuqumli va yallig'lanish kasalliklari.

Antenatal davrni olib borish bo'yicha umumlashtirilgan jadval

Aralashuv	12 haftagacha	18-20 hafta	26 hafta	30 hafta	34 hafta	36 hafta	38 hafta	40 hafta
Fizikal tekshiruv								
Shikoyatlar va umumiy holatni baholash	+	+	+	+	+	+	+	+
Anamnezni yig'ish	+							
Homila harakatlarini baholash		+	+	+	+	+	+	+
Homiladorlik va tug'ish davrini aniqlash	+							
TVI o'lchash	+	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda	TVI < 18.5 bo'lgan ayollarda
Qon bosimini o'lchash	+	+	+	+	+	+	+	+
Ko'krak bezlari palpatsiyasi	+							
Ginekologik tekshiruv (tashqi, ko'zgularda)	+							
BTB (bachadon tubi balandligi) o'lchash va gravidogramмага kiritish		+	+	+	+	+	+	+
Homilaning holati va kelgan qismini aniqlash					+	+	+	+
Homilaning yurak urish tezligini aniqlash			+	+	+	+	+	+
Terapevt, stomatolog ko'rigi	+							
Laborator tekshiruvlar								
Qon guruhi va rezus-faktor omilini aniqlash	+							
Qonning umumiy tahlili, Hb	+		+					
Siydikning umumiy tahlili	+		+					
Zahmga tekshirish	+			+				
OIVga tekshirish	+			+				
Gepatit V va C tekshirish	+			+				
Rh manfiy antitanacha titrini aniqlash			26-28 haftada					

Qondagi glyukoza	Venoz qonning glikemiyasi, PGTning HQD xavfi guruhi ostida		26-28 haftada PGTT					
Bakteriuriya uchun siydik bakteriologik tekshiruvi	12-16 haftada							
Bachadon bo'yni surtmasi sitologik tekshiruvi	+							
Instrumental tekshiruvlar								
UTT	11-13 ⁶ haftada	Bachadon bo'yni uzunligini aniqlash bilan homiladorlikning 18-21 haftasi				Homilaning noto'g'ri joylashuvi yoki old joylashuviga, katta homila, HO'Klarga shubha bo'lsa		
1- trimestr skriningi								
UTT + XG va RARR-A larning qondagi darajasi	11-13 ⁶ haftada							
Xavf omillarini baholash								
Homiladorlikda qandli diabet	+							
Preeklampsiya	+							
Venoz TEA	+	+	+	+	+	+	+	+
Tug'ruqdan keyingi akusherlik qon ketishi	+	+	+	+	+	+	+	+
Homila o'sishining kechikishi	+	+						
Standart profilaktik choralar								
Foliy kislotasi 400 mkg/ kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+
Temir preparatlari 30-60 mg/kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+
Kaliya yodida 200 mkg/ kuniga	+	+	+	+	+	+	+	+
Aspirin 150 mg/ kuniga PE xavf guruhida	+	+	+	+	+	+	+	+

Antenatal parvarishni olib borish bo'yicha bilim kompetensiyalari

	Xamshira, doya	Oilaviy shifokor	Akusher ginekolog	UTT shifokor
Fizikal tekshiruv				
Shikoyatlar va umumiy holatni baholash	+	+	+	
Anamnezn yig'ish		+	+	
Homilaning harakatlarini baholash	+	+	+	
Homiladorlik va tug'ish davrini aniqlash	+	+	+	
TVI o'lchash	+	+	+	
Qon bosimini o'lchash	+	+		
Ko'krak bezlari palpatsiyasi		+	+	
Ginekologik tekshiruv (tashqi, ko'zgularda)		+	+	
BTB (bachadon tubi balandligi) o'lchash va gravidogrammaga kiritish	+	+	+	
Homilaning holati va kelgan qismini aniqlash		+	+	
Homilaning yurak urish tezligini aniqlash	+	+	+	
Laborator tekshiruvlar				
Qon guruhi va rezus-faktor omilini aniqlash	+	+	+	
Qonning umumiy tahlili, Hb	+	+	+	
Siydikning umumiy tahlili	+	+	+	
Zahmga tekshirish	+	+		
OIVga tekshirish	+	+	+	
Gepatit V va Cga tekshirish	+	+	+	
Rh manfiy antitanacha titrini aniqlash		+	+	
Qondagi glyukoza	+	+	+	
Bakteriuriyani aniqlash	+	+	+	
Bachadon bo'yni surtmasi sitologik tekshiruvi			+	
Instrumental tekshiruvlar				
UTT				+

1- trimestr skriningi				
UTT + XG va RARR-A larning qondagi darajasi				+
Xavf omillarini baholash				
Homiladorlikda qandli diabet	+	+	+	+
Preeklampsiya	+	+	+	+
Venoz TEA	+	+	+	+
Tugʻruqdan keyingi akusherlik qon ketishi	+	+	+	
Homila oʻsishining kechikishi	+	+	+	+
Standart profilaktika choralari				
Foliy kislotasi 400 mkg/ kuniga	+	+	+	
Temir preparatlari 30-60 mg/kuniga	+	+	+	
Kaliya yodida 200 mkg/ kuniga	+	+	+	
Aspirin 150 mg/ kuniga PE xavf guruhida	+	+	+	

Qisqartmalar ro'yxati

HbA1c	glikirlangan gemoglobin
HCV	gyepatit C virusi
AB	arterial bosim
AG	arterial gipertenziya
AS	amniotik suyuqlik
BA	bosh aylanasi
BPO'	bipariyetal o'lcham
BTB	bachadon tubining balandligi
DNK	dyezoksiribonuklein kislotasi
YOBQ	yoqa bo'shlig'ining qalinligi
YORT	yordamchi reproduktiv texnologiyalar
IBBE	istmik-bachadon bo'yni yetishmovchiligi
IO	ishonch oralig'i
OPV	odam papillomavirusi
KPO'	koksikulyar-pariyetal o'lcham
KTG	kardiotokografiya
QA	qorin aylanasi
QD	qandli diabet
MAT	markaziy asab tizimi
NJPEA	normal joylashgan platsentaning erta ajralishi
NIPS	noninvaziv prenatal skrining
OGBT	og'iz orqali glyukoza bardoshlik testi
OGV	oddiy herpes virusi
OIV	odam immunitet tanqisligi virus
OITS	orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
PI	pulsatsiya indeksi
PMOG	past molekulyar og'irlikdagi geparinlar
PO'O	plasyentar o'sish omili
PE	preeklampsiya
RARR-A	homiladorlik bilan bog'liq a plazma oqsili
SAG	surunkali arterial gipertenziya
SU	son uzunligi
TVI	tana vazni indeksi
TN	tug'ma nuqsonlar
TTG	tireotrop gormoni
TEA	tromboembolik asoratlari
UTT	ultratovush tekshiruvi
XG	xorionik gonadotropin
HDKH	homiladorlik davri uchun kichik homila
HQD	homiladorlik qandli diabeti
HO'K	homila o'sishining kechikishi
SMV	sitomegalovirus
ET	erta tug'ruq
YUUT	yurak urish tezligi