



**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRINING
B U Y R U G‘ I**

2021 yil “17” 09

№ 229

Toshkent sh.

**Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий
клиник баённомани тасдиқлаш тўғрисида**

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги ПФ–5590-сон Фармони ижросини таъминлаш ҳамда далилларга асосланган тиббиёт ва халқаро стандартлар асосида ишлаб чиқилган клиник тавсияларни амалиётга татбиқ этиш ҳамда аҳолига кўрсатилаётган тиббий хизматлар сифатини янада ошириш мақсадида **буюраман**:

1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича миллий клиник баённома иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази (Н.Надырханова), Республика перинатал маркази (Н.Уринбаева) мазкур буйруқ билан тасдиқланган баённомани тегишли тиббиёт муассасаларига етказилишини, амалиётда кенг татбиқ этилишини ҳамда баённомадаги тартиб ҳамда кўрсатмалардан тўлиқ фойдаланишни ташкил этсинлар.

3. Оналик ва болаликни муҳофаза қилиш бошқармаси (М.Садиқов), Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази (Н.Надырханова), Республика перинатал маркази (Н.Уринбаева), тасдиқланган баённомани қайта кўриб чиқиб, янада такомиллаштириш бўйича ҳар 2 йилда таклифлар киритиб борсин.

4. Фан ва таълим бошқармаси (А.Махмудов) мазкур буйруқ билан тасдиқланган баённомани Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги тизимидаги тиббий олий таълим муассасаларининг бакалавриат, магистратура, клиник ординатура босқичлари, шунингдек шифокорларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш бўйича ўқув-режа ва фан дастурларига ўрнатилган тартибда киритилишини таъминласин.

5. Қорақалпоғистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазири, Тошкент шаҳар ва вилоятлар соғлиқни сақлаш бошқармалари бошлиқларига иловада тасдиқланган баённомани тегишли даволаш-профилактика муассасаларида амалиётга татбиқ этилишини таъминлаш вазифаси юклансин.

6. Тиббий хизматлар сифатини назорат қилиш бошқармаси бошлиғи (М.Нарзиев) бошқарма ва унинг ҳудудий бўлимлари режали ва режадан ташқари текширишларида иловага мувофиқ тасдиқланган баённоманинг тиббиёт амалиётига татбиқ этилиши ва унга риоя қилиниши устидан назорат ўрнатсин.

7. “IT-med” ДУК (Б.Хасанов) иловада тасдиқланган баённомани вазирлик веб-сайтига жойлаштириш чораларини кўрсин.

8. Мазкур буйруқнинг ижросини назорат қилиш вазир ўринбосари Э.Баситханова зиммасига юклансин.

Вазир

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'A. Hadzhibayev', written over a horizontal line.

А. Хаджибаев

Ўзбекистон Республикаси
соғлиқни сақлаш вазирининг
2021 йил “ 17 ” 09 даги
“ 229 ”-сонли буйруғига илова

**Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тартиби бўйича
миллий клиник баённома**

Тошкент – 2021

МУҲДАРИЖА

КИРИШ.....	5
Клиник баённомани тузиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби.....	7
Ишчи гуруҳ раҳбари	7
Маъсул ижрочилар.....	8
Такризчилар.....	8
Услужий кўмак.....	8
Клиник баённома мақсади	9
10-ХКТ кодлари	9
Қисқартмалар рўйхати.....	10
Беморлар тоифаси	10
Мақсадли гуруҳ.....	11
Келтирилган тавсияларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш	11
1-БОБ. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ва унинг усуллари	172
1.1.. Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан сунъий равишда тўхтатиш усуллари....	12
1.2. Бачадон бўйни каналини кенгайтириш	13
1.3. Ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий тўхтатиш усуллари.....	14
1.4. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш асоратлари	15
1.5. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан кейин қўлланадиган контрацептив усуллари	17
2-БОБ. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш.....	18
2.1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш бўйича умумий мезонлари.....	18
2.2. Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтагача муддатда сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш	22
2.3. Ҳомила ривожланиш нуқсонлари ва ирсий (хромосом) касалликларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш.....	25
3-БОБ. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш баённомалари .	27
3.1. Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача дори воситалари орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси	27
3.2. Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача жарроҳлик йўли билан тўхтатишни амалга ошириш баённомаси.....	31
3.3. Ҳомиладорликнинг 12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача дори воситалари орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси.....	38
3.4. Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача жарроҳлик йўли билан сунъий равишда тўхтатиш баённомаси.....	42

3.5. Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатиш баённомаси ...	47
4-БОБ.Кўрсатмаларга риоя қилиш.....	49
Кўрсатмаларга риоя қилиш муаммоларига умумий ёндашув.....	49
Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг самарасизлиги белгилари.....	50
5-БОБ. ТИББИЙ ХАВФСИЗЛИК СИФАТИНИ БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ.....	51
Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш хизмат сифатини баҳолаш бўйича мезонлари.....	51
ЖАДВАЛЛАР ва ИЛОВАЛАР	54
1-жадвал. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари.....	54
2.жадвал. Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатиш	55
1-илова. Ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар рўйхати.....	56
2-илова. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш намунавий баённомалар.....	69
3-илова. Ҳомиладорлиги сунъий равишда тўхтатилган аёлларга ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма	75
4-илова. Статистик таҳлил учун ҳисобот кўрсаткичлари	78
5-илова. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун зарур бўлган асбоб-ускуналар ва сарфлов материаллар	80
6-илова. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида ишлатиладиган асбоб-ускуналарини зарарлантириш усуллари	82
7-илова Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича хизматини баҳолаш ва мониторинг қилиш учун намунавий сўровнома варақаси	85
8-илова Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни баҳолаш учун намунавий аноним сўровномаси.....	87
Адабиётлар рўйхати.....	96

КИРИШ

Исталмаган ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш (аборт) аёлларнинг репродуктив саломатлигига салбий таъсир кўрсатадиган энг муҳим тиббий ва ижтимоий омиллардан биридир. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) абортни аёлларнинг репродуктив саломатлигини сақлашдаги жиддий муаммо деб тан олди.

Дунёда ҳар бир тўртта аёлдан биттаси ўз ҳаёти давомида бир ёки бир неча марта ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасини ўтказиш учун мурожаат қилади. Дунёда ҳар йили абортларнинг сони 56 миллионга яқин ташкил қилади, шундан 25 миллиони хавфлидир, натижада 22 минг нафар аёл вафот этиб, барча оналар ўлим ҳолатларининг тахминан 8 фоизини ташкил қилади.

Абортлар муаммоси, уларнинг сонини камайтириш тенденциясига қарамасдан, оналар ўлими ҳолатлари, жинсий аъзоларнинг яллиғланиш касалликлари, бепуштлиқни, шунингдек кейинги ҳомиладорлик ва туғруқларнинг кечишига салбий таъсир кўрсатиб, ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши частотаси, оналик ва перинатал хасталиқлар сони ошишининг асосий сабабларидан бири бўлганлиги туфайли, ўз ечимини топишини талаб қилади.

Ҳомиладорликни жарроҳлик усули сунъий равишда тўхтатилиши, бачадон бўйнининг мажбуран дилатацияси ҳамда бачадон бўшлиғининг ўткир кюретажи орқали амалга оширилганда гинекологик касалликлар, бепуштлиқ ва ҳомиланинг тушиши энг кўп учрайдиган сабабларидан бири ҳисобланади. Шу муносабатда, Бирлашган Миллатлар Ташкилоти Бош Ассамблеясининг махсус сессиясининг (1995 йил, июнь) қарори билан “Аборт бажарилиши қонунчиликка зид бўлмаган шароитда хавфсиз бўлиши керак” Низоми қабул қилинди.

Бугунги кунда мануал вакуум аспирацияси ҳамда ҳомиладорликни дори воситалари орқали тўхтатиш усулари ўткир кюретаж жарроҳлигига муқобил ҳисобланади.

2010 йил март ойида Жаҳон Аборт муаммолари буйича конгресси (Лиссабон) дунё ҳамжамияти томонидан тан олинган ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усулини энг замонавий технологияси эканлигини эътироф этди. Абортларнинг, шу жумладан хавфли абортларнинг кенг тарқалганлиги, кўп жиҳатдан мамлакатнинг қонунчилик сиёсати билан белгиланади. ЖССТ тавсияларига кўра, тиббиёт ходимлари ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга нисбатан миллий қонунчилик асосларини билиш ва амалиётда қўллаш мажбур ҳамда юқори сифатли хизматлардан фойдаланиш мақсадида амалдаги қонунчиликда назарда тутилган меърий базани, стратегия ва баённомаларни келгусида янада ривожлантиришда, шунингдек, аёлларни махфийлик шароитида зарур ёрдамни олиш ва инсонпарварлик муносабати юзасидан уларнинг ҳуқуқларига риоя қилишга ўз ҳиссасини қўшиши лозим.

Аҳолининг репродуктив саломатлигини сақлаш, оилани режалаштириш ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш хавфсизлик муаммолари давлат учун ниҳоятда долзарбдир. Ўзбекистон Республикасининг 2019 йилда “Фуқароларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш тўғрисида” Қонуни қабул қилинган. Ушбу Қонуннинг йўналишларидан бири репродуктив саломатликни муҳофаза қилиш, шунингдек ҳомиладорликни хавфсиз тўхтатиш хизматларнинг сифатини яхшилаш. Қонун ижроси доирасида Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг “Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби тўғрисида” 124-сонли буйруғи (2020 йил 12 июндаги, рўйхат рақами 3274) тасдиқланди ва мазкур клиник баённома ишлаб чиқилди.

Клиник баённомани тузиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби

1. Садиқов М.Ф. – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш бошқармаси бошлиғи.
2. Абдусаматова Б.Э. – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги оналик ва болалиқни муҳофаза қилиш бошқармаси бошлиғининг ўринбосари.
3. Пахомова Ж.Е. – т.ф.д., Тошкент тиббиёт академияси акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциациясининг раиси.
4. Нажмутдинова Д.К. – т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси бошлиғи, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси раиси ўринбосари.
5. Курбанбекова Д.С. – т.ф.н., олий тоифали шифокор, Тошкент Тиббиёт Академияси кўп тармоқли шифохонаси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
6. Абдуллаева Л.М. – т.ф.д., доцент, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош акушер-гинеколог, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
7. Алиева Д.А. – т.ф.д., Республика ихтисослашган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
8. Асатова М. – д.м.н., профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси мудири, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
9. Атаниязова А.А. – т.ф.д., профессор Қорақалпоғистон Медицина институти акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
10. Аюпова Ф.М. – т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
11. Бабаджанова Г.С. - т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
12. Ешимбетова Г.З. – т.ф.д., профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази акушерлик, гинекология ва перинатал тиббиёт кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
13. Закирова Н.И. – т.ф.д., профессор, Самарканд тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлар ассоциацияси кенгаш аъзоси.
14. Зуфарова Ш.А. – т.ф.д., Тошкент Педиатрия тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг репродуктология бўйича консультанти, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
15. Каримов А.Х. – т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
16. Каримова Р.Д. – т.ф.д., профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, Ўзбекистон Акушер-гинекологлар ассоциацияси кенгаш аъзоси.
17. Каттаходжаева М.Х. – т.ф.д., профессор, Тошкент Стоматология институти акушерлик ва гинекология кафедраси профессори, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
18. Курбанов Д.Д. – т.ф.д., профессор, Тошкент Педиатрия тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси мудири, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
19. Любчич А.С. – т.ф.н., Республика Перинатал маркази директори, Ўзбекистон Республикаси Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
20. Надирханова Н.С. – т.ф.н., Республика ихтисослаштирилган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази директори.

21. Магзумова Н.М. – т.ф.д., профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
22. Максудова М.М. – Аёллар Саломатлиги маркази шифокори, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
23. Ниязметов Р.Э. – т.ф.д., профессор, Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлар ассоциацияси кенгаш аъзоси.
24. Расуль Заде Ю.Г. – т.ф.д., профессор, Тошкент Педиатрия тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
25. Рузиева Н.Х. – т.ф.д., доцент, Тошкент Педиатрия тиббиёт институти акушерлик ва гинекология кафедраси, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
26. Султанов С.Н. – д.м.н., профессор, Республика Перинатал маркази илмий ходими, “Ayolcare” Соғлом аёл маркази бош шифокори, Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.
27. Юсупов У. Ю. – т.ф.д., профессор, Республика ихтисослашган акушерлик ва гинекология илмий-амалий тиббиёт маркази бўлим мудирини Ўзбекистон Акушер-гинекологлари ассоциацияси кенгаш аъзоси.

Ишчи гуруҳ раҳбари

Пахомова Ж.Е. – т.ф.д., профессор, Ўзбекистон Республикаси акушер-гинекологлар ассоциацияси раиси.

Масъул ижрочи

Курбанбекова Д.С. – т.ф.н., олий тоифали шифокор, Тошкент тиббиёт академиясининг кўп тармоқли клиникаси.

Такризчилар:

Родика Комендант – т.ф.д., профессор, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти консултанти.
Каримов З.Д. – т.ф.д., профессор, Тошкент шаҳар перинатал маркази директори, Соғлиқни сақлаш вазирлигининг акушерлик-гинекология хизмати бўйича консултанти
Уринбаева Н.А. – т.ф.д., Республика перинатал маркази директори

Услубий кўмак:

Ядгарова К.Т. - т.ф.н., Ўзбекистон Республикаси Инновацион Соғлиқни Сақлаш Миллий палатаси тиббий стандартлар ва баённомалар ишлаб чиқиш бўлими бошлиғи.

Мақсад:

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимининг барча бўғинларида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг хавфсиз усулларини қўллаган ҳолда, ЖССТнинг охириги тавсияларига мувофиқ аёлларга сифатли хизматлар кўрсатилишини таъминлаш.

Вазифалар:

1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича сифатли хизмат кўрсатиш учун тиббиёт муассасаларни меъёрий ва услубий база билан таъминлаш;
2. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг сифатини ва бундай хизматлардан фойдаланиш даражасини ошириш;
3. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усулларининг хавфсизлигини таъминлаш.

10-ХКТ Кодлари

- 006** Ноаниқ аборт
- 004** Тиббий аборт
- 007.4** Муваффақиятсиз асоратсиз тиббий аборт
- 003.4** Асоратсиз чала аборт
- 005.4** Асоратсиз чала аборт
- 004.4** Асоратсиз чала аборт
- 006.4** Асоратсиз чала аборт
- 004.9** Асоратсиз тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 006.9** Асоратсиз тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.9** Асоратсиз тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 003.9** Асоратсиз тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 003.Ўз** ўзидан хомила тушиши
- 005.2** Эмболия билан асоратланган чала аборт
- 003.2** Эмболия билан асоратланган чала аборт
- 020.0** Хомила тушиш хавфи
- 004.2** Эмболия билан асоратланган чала аборт
- 006.2** Эмболия билан асоратланган чала аборт
- 006.3** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган чала аборт
- 004.3** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган чала аборт
- 004.7** Эмболия билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.7** Эмболия билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 007.2** Эмболия билан асоратланган муваффақиятсиз тиббий аборт
- 003.7** Эмболия билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.3** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган чала аборт
- 003.3** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган чала аборт
- 006.7** Эмболия билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.1** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган чала аборт
- 004.8** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.8** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 006.1** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган чала аборт
- 004.1** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган чала аборт
- 007.3** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган муваффақиятсиз тиббий аборт
- 003.1** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган чала аборт
- 003.8** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 006.8** Бошқа ва ноаниқ асоратлар билан бўлган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 006.6** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 005.6** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 007.1** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган муваффақиятсиз тиббий аборт
- 004.6** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 003.6** Узоқ ва ҳаддан ташқари кўп қон кетиши билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт
- 006.0** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган чала аборт
- 005.0** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган чала аборт
- 003.0** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган чала аборт
- 004.0** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган чала аборт
- 007.0** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган муваффақиятсиз тиббий аборт
- 006.5** Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт

О04.5 Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт

О03.5 Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт

О05.5 Жинсий йўллар ва кичик тос аъзолари инфекцияси билан асоратланган тўлиқ ёки ноаниқ аборт

Қисқартмалар рўйхати

ОИТВ	Одам иммун танқислиги вируси
ШМК	Шифокорлар маслаҳати консилиуми
БИВ	Бачадон ичи воситаси
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
УАШ	Умумий амалиёт шифокори
ТНР	Туғма нуқсон ривожланиши
ОЎМ	Олий ўқув муассасалари
ОХС	Охирги ҳайз санаси
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
ЭТИ	Эрта туғруқ индукцияси
ДВА	Дори воситалари билан аборт
МВА	Мануал вакуум аспирацияси
10-ҲҚТ	10-чи халқаро касалликлар таснифи
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши восита
УҚТ	Умумий қон таҳлили
ПАП-тест	Папаникалау бўйича цитологик текширув
ҚВА	Қўл вакуум аспирацияси
КЭ	Кенгайтириш ва эвакуация қилиш
УТТ	Ультратовуш текшируви
ХГ	Хорионик гонадотропин
ОХГ	Одам хорионик гонадотропини
МТК	Марказий туман касалхонаси
НОЧ	Нафас олиш частотаси
ЭВА	Электр вакуум аспирацияси
ЭКГ	Электрокардиограмма
HBsAg	гепатит В вирусининг юзаки антигени

Клиник баённоманинг вазифаси

Мазкур баённома ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича хизматларни кўрсатувчи шифокорлар учун услубий ёрдамни беради. Ушбу баённома ЖССТ қўлланмасининг ўрнини эгаланмайди ва ЖССТнинг бўйича охирги тавсияларига мувофиқ ҳомиладорликни хавфсиз сунъий равишда тўхтатиш бўйича Миллий дастур доирасида мослаштирилган ҳужжат ҳисобланади.

Беморлар тоифаси

Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтагача бўлган муддатда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш хоҳиши билан ҳомиладор аёллар;

Ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳомиладор аёллар.

Мақсадли гуруҳ:

Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, тиббиёт олий ўқув юртлари, коллежлари ва дипломдан кейинги узлуксиз таълим муассасаларини ўқитувчилари, акушер-гинекологлар, умумий амалиёт шифокорлар, тор доира шифокорлар, генетиклар, доялар, патронаж ҳамширалар. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари.

Келтирилган тавсияларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш Исботланганлик даража шкаласи

Исбот тоифаси	Исбот манбаи	Таъриф
A	Рандомизацияланган, назоратдаги тадқиқотлар	Далиллар, ишончли натижаларни олиш учун етарли сондаги беморларда олиб борилган, яхши режалаштирилган, рандомизацияланган тадқиқотларга асосланган. Кенг фойдаланиш учун асосланган тарзда тавсия этилиши мумкин.
B	Рандомизацияланган назоратдаги қилинадиган тадқиқотлар	Далиллар, рандомизацияланган назоратдаги тадқиқотларга асосланган, аммо тадқиқотларга киритилган беморларнинг сони ишончли статистик таҳлил учун етарли эмас. Тавсиялар чекланган популяцияга татбиқ этилиши мумкин.
C	Рандомизацияланган клиник тадқиқотлар	Далиллар, рандомизациялангант клиник тадқиқотларга ёки чекланган сондаги беморлар билан олиб борилган тадқиқотларга асосланган
D	Экспертлар фикри	Далиллар, муайян масала бўйича экспертлар гуруҳи томонидан ишлаб чиқилган консенсусга асосланган

1-боб. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ва унинг усуллари.

1.1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тушунчаси

Тиббий аборт – ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш, усулнинг барча талабларига риоя қилган ҳолда малакали тиббий ходимлар томонидан амалга оширилади. Тиббиёт муассасаларида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалиётига аёлнинг ихтиёрий розилиги ва тегишли тиббий ҳужжатларни расмийлаштирилган ҳолда амалга оширилади. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усули ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача аёлнинг хоҳишига кўра ва ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар амалга оширилади.

Дунёда ҳар йили 36 миллиондан 53 миллионгача ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишлар амалга оширилмоқда, яъни 15 ёшдан 44 ёшгача аёллардан 4 % ҳар йили аборт қилади. Дунёда тахминан ҳар тўртинчи ҳомиладорлик сунъий аборт билан тугайди. Турли мамлакатларда абортнинг тарқалиши кўп жиҳатдан аҳолининг жинсий тарбияси ва оилани режалаштириш хизматларининг ҳамёнбоплиги ва сифати билан боғлиқ.

Замонавий контрацептивларнинг қўлланилиши абортларни сони камайтиради, лекин уларга бўлган эҳтиёжни бутунлай йўқ қилмайди, чунки қўлланиладиган усулларнинг бирортаси 100 % исталмаган ҳомиладорликни олдини олинишини кафолатланмайди. Шунинг учун, контрацептивлар кенг тарқалган мамлакатларда ҳам қўлланилган контрацептив воситалари самара бермаганда энг сўнгги чора аборт ҳисобланади.

Турли мамлакатларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари бўйича тавсиялар турлича, улар қонунчилик, меъёрий-ҳуқуқий база, фармокологик назорат, рўйхатдан ўтган дори дармонларнинг мавжудлиги, аҳолига тиббий-профилактика ёрдамнинг фойдаланиш даражаси ва сифати, тиббий хизмат маблағларига кўра белгиланади.

Аборт гинекологик касалликларнинг асосий сабаб ҳисобланиб, репродуктив саломатликка узоқ муддатдаги таъсири ва эрта асоратларнинг юзага келиш хавфларини аборт билан боғлиқ. Ривожланаётган мамлакатларда хавфсиз шароитларда амалга оширилган абортдан кейин асоратлар билан боғлиқ ўлим ҳолати хавфи малакали тарзда амалга оширилган абортдан кейинги шу каби хавф даражасидан юзлаб баравар юқоридир.

Асоратларнинг ривожланиши хавфига таъсир қилиши мумкин бўлган муҳим омиллар: анестезия тури, аёл соғлигининг умумий ҳолати, аборт қилиш усули, тиббиёт ходимларининг малакаси ва кўникмалари.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш дори воситалари ёки жарроҳлик усули орқали амалга оширилади.

1.2. Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли сунъий равишда тўхтатиш усуллари

Ўтган асрнинг 90-йилларига қадар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг асосий жарроҳлик амалиётининг дилатация (бачадон бўйнини кенгайтириш) ва кюретаж (бачадон деворларини қириш) усули бўлган. Ушбу усулда бачадон ва ички органларга шикаст етказиш, шунингдек бачадон эндометрисига зарар етказиш хавфи юқори бўлиб, ҳозирги кунда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун фойдаланмайди.

Вакуумли аспирация - ҳомиладорликни 15 ҳафта муддатигача тўхтатиш учун тавсия этиладиган хавфсиз усулдир. Вакуумли аспирациясининг юқори самарадорлиги бир нечта рандомизирланган назорат қилувчи тадқиқотларда исботланган. Тўлиқ абортларнинг даражаси 95–100% ташкил қилади. Электр ва механик вакуумли аспирация самарадорлиги бир хил. Бироқ механик (қўл) вакуумли аспирация ҳомиладорликни 9 ҳафта муддатигача сунъий равишда тўхтатишда кам оғриқлидир. Вакуумли аспирациясида вакуум манбаига уланган пластик ёки металл канюля орқали бачадон бўшлигининг эвакуацияси назарда тутилади. Электр вакуумли аспирациясида (ЭВА) электр вакуумли сургичи фойдаланилади. Механик вакуумли аспирациясида (ҚВА) ҳаво механик тарзда сийраклаштирилади, бунинг учун 60 мл ҳажмдаги пластик аспиратор, шприц ҳам деб

аталади, қўлда ушлаб турилади. Мавжуд аспираторлар турли ўлчамдаги – 4 дан 16 мм диаметри пластик канюлялар билан таъминланган. Ҳар бир амалиётни ўтказиш учун, ҳомиладорликнинг муддати ва бачадон бўйни каналининг кенгайтириш даражасига кўра тегишли ўлчамдаги канюляси танланади. Одатда канюля диаметри ҳомиладорлик муддатига (ҳафтасида) мос келади. Айрим канюля ва аспираторларнинг аксарияти ювилгандан ва юқори таъсирчан даражада дезинфекция ёки зарарсизлантирилгандан кейин қайта ишлатилиши мумкин. Ҳомиладорликнинг муддатига мувофиқ ҳомиладорликни сунъий равишда вакуумли аспирация усулида тўхтатиш 3 дан 10 дақиқача вақтни эгаллайди ва анальгетик дори воситалари ва/ёки маҳаллий анестезиядан фойдаланган ҳолда амбулатор шароитда бажарилиши мумкин. Эвакуациянинг тўлиқлиги аспирациядан кейин олинган тўқималарнинг текширувига кўра тасдиқланади. Ҳомиладорликнинг энг эрта муддатларида канюляни бачадон бўйнига бачадон бўйни каналини кенгайтirmасдан киритиш мумкин. Лекин одатда, канюляни киритишдан олдин бачадон бўйни каналини механик ёки осмотик кенгайтиргичлар, шунингдек Мизопростол ёки Мифепристон каби дори воситалари ёрдамида кенгайтирилади. Аксарият ҳолатларда ҳомиладорликни кюретка ва бошқа асбоблардан фойдаланмасдан вакуумли аспирацияси ёрдамида хавфсиз тўхтатиш мумкин. Вакуумли аспирациядан кейин бачадон бўшлиғини кириб тозалаш ҳомила тухумининг бўлаклари қолиб кетиши хавфини камайтириши бўйича маълумотлар мавжуд эмас. Ҳомиладорликнинг I триместрида маҳаллий анестезия остида сунъий равишда тўхтатган кўпчилик аёллар ўзларини яхши ҳис қилиб, тахминан 30 дақиқа давомида назорат остида бўлиб, даволаш-профилактика муассасасидан чиқиб кетади. Ҳомиладорликни кеч муддатларда седатив ёки умумий анестезияси орқали сунъий равишда тўхтатишдан кейин назоратда узоқроқ вақтга олиш талаби мавжуд. Вакуумли аспирация – энг хавфсиз муолажа. Нью-Йоркдаги 170 000 та ҳомиладорликнинг биринчи триместрида вакуумли аспирация орқали амалга оширилган абортларнинг тахлилига кўра шифохонага ётқизишни талаб қилган оғир асоратлар 0,1 %дан кам аёлларда кузатилган. Вакуумли аспирация асоратлари, кам учраса-да, жинсий йўллари инфекцияси, қон кетиш, бачадон бўйнининг шикастланиши, чала аборт, бачадон перфорацияси, анестезия асоратлари ва ривожланаётган ҳомиладорликларини ўз ичига олади. Ҳар қандай ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилгандан кейин қориндаги ҳайз пайтидаги каби тўлғоқсимон оғриқлар ва қон кетишлар кузатилади.

1.3. Бачадон бўйни каналини кенгайтириш ва ҳомила тухумини эвакуация қилиш – (кенгайтириш ва эвакуация (КваЭ))

Бачадон бўйни каналини кенгайтириш ва ҳомила тухумини эвакуация қилиш (КваЭ) усули ҳомиладорликнинг 12-14 ҳафтасидан кейин қўлланилади. Малакали, тажрибали тиббиёт ходимлари бажарилганда, бу ҳомиладорликни кеч муддатларда сунъий равишда тўхтатишнинг энг хавфсиз ва самарали жарроҳлик усули ҳисобланади. КваЭ усули бачадон бўйнини осмотик кенгайтиргичлар ёки дори воситалари билан тайёрлашни талаб қилади. Бачадон бўшлиғининг ичини эвакуация қилиш учун 12-16 мм диаметри канюля ва абортчанглар қўлланилади. Ҳомиладорликнинг муддатига кўра, бачадон бўйни каналининг етарлича кенгайтириш 2 соатдан 2 кунгача талаб этади. Кўпчилик тиббиёт ходимлари КваЭ усулини ультратовуш текшируви остида ўтказишни маъқуллашади, аммо бу шарт эмас. Рандомизирланган назорат қилинувчи тадқиқот натижалари бўйича простагландин PGF2 α интраамниал юбориш усули билан солиштирилганда, КваЭ - ҳомиладорликни камида 18 ҳафта муддатигача сунъий равишда тўхтатишнинг тезроқ, хавфсизроқ ва мақбул усули ҳисобланади. КваЭ усулини, бошқа ҳар қандай амалиёт сингари хавфсиз бажариш учун, тиббиёт ходимларга ўқитиш, жиҳозлар ва кўникмалар керак. КваЭ усулини парацервикал анестезияни ва ностероид яллиғланишга қарши ёки седатив дори воситалари ёрдамида стационар шароитда амалга ошириш мумкин. Умумий анестезия талаб қилинмайди, чунки аралашув хавфини оширади. Одатда КваЭ усули 30

дақиқача вақтни олади. Тиббий ходимлар ва аёллар биринчи триместрдаги абортдан кўра кўп миқдордаги қон кетиш ҳолатига тайёр бўлиши керак. Тиббий ходимлар ҳомиладорликни иккинчи триместрида сунъий равишда тўхтатиш бўйича маслаҳат ва маълумот бериш бўйича ўқитилган бўлиши керак.

Ҳомиладорликни кеч муддатда сунъий равишда тўхтатишнинг бошқа жарроҳлик усуллари. Кўп ҳажмли жарроҳлик амалиётлар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг асосий усуллари бўлмаслиги керак. Бугунги кунда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун гистеротомия қўлланилмайди, чунки асоратлар, ўлим ҳолатлар даражаси ва гистеротомия нархи КваЭ усули ёки дори воситалар орқали амалга оширилган абортга нисбатан юқорирок. Шу каби ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун бачадон экстирпацияси ўтказмаслиги керак. Ушбу жарроҳлик амалиётига бошқа кўрсатмалар мавжуд бўлган аёллар бундан истисно.

Бачадон бўйлигидан ажратиб олинган тўқималарни дарҳол текширилиши, ҳомиладорликни жарроҳлик усулида сунъий равишда тўхтатишдан кейин, бачадондан ташқари ҳомиладорликни истисно қилиш ва абортнинг тўлиқ бажарилганини баҳолаш учун зарур. Вакуумли аспирациядан кейин, ўқитилган тиббиёт ходимлари ҳомиладорликнинг 6-ҳафтасидан бошлаб хорион ворсиналари ва ҳомила тухумини визуал тарзда аниқлаши мумкин. Агар ажратиб олинган (эвакуация) тўқималарда улар мавжуд бўлмаса, бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорликка гумон қилиш ва кейинги текширувларни ўтказиш лозим. Бундан ташқари, тиббиёт ходимлари елбўғоз ҳолатида ажратиб олинган тўқималар кўринишини билишлари зарур. Агар ажратиб олинган тўқималар миқдори кутиладиган миқдоридан кам бўлса, чала аборт деб ҳисобланади ва қайта эвакуация қилиш масаласи кўриб чиқилади. Агар ҳар бир жарроҳлик абортдан кейин ажратиб олинган тўқималар ўқитилган малакали тиббий ходимлар томонидан кўриқдан ўтказилганда, барчасини гистологик текширувдан ўтказиш зарурати йўқ.

1.4. Ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усуллари.

Ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатиш усуллари хавфсиз ва самаралидир. Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш тартиби прогестерон таъсирга тўсқинлик қиладиган, ҳомиладорликнинг ривожланиши учун имкон бермайдиган прогестерон рецепторлари блокатори – Мифепристон ва кейинчалик бачадон қисқаришини кучайтирадиган ва ҳомила тухумини бачадондан чиқарилишига олиб келадиган простагландиннинг синтетик аналоги (одатда Мизопростол)лар тайинлашни ўз ичига олади. Простагландин аналоги Гемепрост Мизопростолга ўхшайди, аммо нархи юқори, музлатишни талаб қиладиган ва фақат интравагинал усулда ишлатилиши мумкин. Шундай қилиб, Гемепрост ва Мизопростол дори воситаларнинг самараси бир хил эканлиги кўрсатилган бўлса-да, сунъий аборт учун простагландин аналоглар орасида Мизопростол танланадиган дори воситасидир. Илгари ишлатилган бир қатор простогландинлар, Сульпростол ва простагландин F2 α кабилар, ён таъсири ва самарадорлиги паст бўлганлиги сабабли ишлатилмайди. Ҳомиладорликни дори воситалари усулида сунъий равишда тўхтатиш белгилалари ўз-ўзидан аборт белгилалари бир хил ва бачадон қисқариши натижасида дардсимон оғриқ ва давомли ҳайзсимон қон кетиши билан кузатилади. Қон кетиш давомийлиги ўртача 9 кун, баъзи ҳолатларда 45 кунгача давом этиши мумкин. Ножўя таъсирларга кўнгил айнаши, қусиш ва диарея киради. Мифепристон ва простагландин аналоглари мавжуд ўткир ва сурункали бўйрак усти ва жигар етишмовчилиги, наслий порфириялар ва ушбу дори воситаларига аллергия ҳолатларида кўрсатмалмаган. Мифепристон бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорликда самарасиздир. Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорликка шубҳа қилинганда текшириш ва ташхис тасдиқлангандан сўнг дарҳол даволашни талаб қиладиган. Глюкокортикоидлар узок муддат қўлланилганда, гемостаз бузилишлари, оғир кам қонлиқ касаллиги, юрак-қон томир касалликлари ва уларнинг хавф омилларида эҳтиёткорликни ва индивидуал ёндашувни

талаб қилади. Ҳомиладорликни дори воситалар орқали сунъий равишда тўхтатиш усуллари турли хил шароитларда, шу жумладан, чекланган ресурсларда ҳам қўлланилиши тасдиқланган. Ҳомиладорликни дори воситалар орқали сунъий равишда тўхтатиш усулида қўллаш учун Мифепристон ва Мизопростол комбинациясини ЖССТнинг асосий дори воситалар рўйхатига киритилган. Ушбу дори воситалар янада қулайроқ бўлганлиги туфайли, дастурларнинг раҳбарлари ҳомиладорликни дори воситалар орқали тўхтатиш усулига кўрсатиладиган тиббий хизматлар рўйхатига нималар киритиш кераклигини билишлари зарур.

1.5. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг асоратларини даволаш

Агар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёни тегишли тарзда ўқитилган тиббий ходимлар томонидан замонавий санитария-гигиена талабларига жавоб берадиган шароитларда амалга оширилса, асоратлар жуда кам ва ўлим ҳолати хавфи камдан кам кузатилади. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг аксарият асоратларини даволаш учун зарур воситалар ва кўникмалар ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши (аборт)ни даволаш билан бир хил.

Ривожланаётган ҳомиладорлик. дори воситалар ҳамда жарроҳлик усулларида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш самарасиз бўлиши мумкин, бироқ дори воситалар усулида кўпроқ учрайди. Ривожланаётган ҳомиладорлик белгилари мавжудлигида, аёлга бачадондан ҳомила тухумини имкон қадар тезроқ эвакуация қилиш тавсия этилади.

Чала аборт – вакуум аспирация усулининг кам учрайдиган асорати, агар у малакали тиббиёт ходими томонидан бажарилган. Чала аборт ҳомиладорликни дори воситаси орқали тўхтатишда кўпроқ учрайди. Асосий белгилар ўз ичига қиндан қон кетиши ва қориндаги оғриқларни олади, кушилган инфекциянинг клиник белгилари ҳам кузатилиши мумкин. Чала абортда вакуумли аспирация каби, Мизопростол дори воситаси тавсия этилиши мумкин. Ҳомиланинг чала ўз-ўзидан тушиши (аборт)да вакуумли аспирация ва Мизопростол дори воситаларини қўллашни таққослаганда, даволаш вақтида бачадоннинг улчамлари ҳомиладорликнинг 13 ҳафта муддатидан катта бўлмаса, тўлиқ аборт ва асоратларнинг сонида фарқ кузатилмаган. Чала абортни даволаш тактикаси аёлнинг клиник ҳолатига ва унинг эҳтиёжларига асосланиши керак.

Қон кетиш сабаби бачадон бўшлиғида ҳомила тухуми қолдиқларнинг қолиб кетиши, бачадон бўйни жарроҳати ёки шикастланиши, коагулопатия ёки камдан-кам ҳолатларда бачадон тешилиши (перфорацияси) бўлиши мумкин. Даволаш жараёни, қон кетиш сабабларидан келиб чиқиб, қайта эвакуацияси ўтказилиши ва қон кетишни тўхтатиш учун утеротоник дори воситаларни тайинлаш, инфузион терапияси ва оғир ҳолатларда қон таркибий қисмларини, қон ивиш омилларини қуйиш, лапароскопия ёки лапаротомияни ўз ичига олади. Вакуумли аспирациядан кейин қон кетиш даражаси паст бўлганлиги туфайли утеротоник дори воситалари одатда ишлатилмайди, аммо КваЭ усулини қўллаганда уларга кўрсатма бўлиши мумкин. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш дори воситалар усулида узоқ давом этадиган ҳайзсимон қон кетишлар кузатилиши мумкин. Одатда қонли ажралмалар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш дори воситалар усулидан кейин тахминан 2 ҳафта давомида аста-секин камаяди, лекин баъзи ҳолатларда 45 кунгача кузатилиши мумкин. Қон кетиш аломатлари ўзини шошилиш ҳолат кўрсатиш учун камдан-кам ҳолатларда кўп миқдорда бўлади. Бачадон бўшлиғини жарроҳлик усули аёлнинг хоҳишига кўра, узоқ муддатдаги ёки камқонлик кассаллигига олиб келувчи кўп миқдордаги қон кетишлар, ёки инфекцион асорат белгилари мавжудлигида амалга оширилиши мумкин.

Инфекцион асоратлар тўғри амалга оширилган абортдан кейин кам учрайди. Бироқ, аборт ёки туғруқдан кейин бачадон бўйни канали очиклиги инфекцияга жинсий аъзоларнинг кутарилувчи инфекциясига мойил бўлади. Клиник аломатлари одатда иситма ёки титроқ, қиндан ёки бачадон бўйни каналидан бадбўй хидли ажратма келиши, қориндаги оғриқ, шу жумладан қорин пастидаги оғриқ, қиндан узоқ вақт қон кетиши ёки қон аралаш

суркалма келиши, бачадон пайпаслаганда оғриқли сезувчанлик ва/ёки лейкоцитозларни ўз ичига олади. Ташхис тасдиқланганликда антибактериал даволаш, бачадон бўшлиғида ҳомила тухуми қолдиқларининг қолиб кетганига шубҳа бўлганда – қайта эвакуация амалиёти кўрсатилган. Оғир ҳолатларда стационар шароитида даволашни талаб қилиниши мумкин. Антибактериал профилактикаси ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жарроҳлик усулидан кейинги инфекцион асоратлар хавфини камайтиради, шунинг учун уни имконият борича ўтказилиши лозим. Ҳомиладорликни сунъитй равишда дори воситалар усулида тўхтатишдан кейин бачадоннинг ва унинг ортиқларининг клиник жиҳатдан жиддий инфекциялар даражаси тўғрисида маълумотлар кўп эмас. Бироқ, улар камдан-кам кузатилади ва вакуумли аспирациядан камроқ кузатилиши эҳтимолроқ. Барча бачадон ва унинг ортиқлари инфекцияларининг клиник белгилари, масалан, оғрик, специфик эмас, бу эса ташхислашни қийинлаштиради. Қориннинг пастки қисмидаги оғрик, қорин ва бачадон ортиқлар соҳасини пайпаслагандаги оғрик, киндан ажралма ва иситма белгиларда кенг таъсирга эга антибактериал дори воситаларни тайинлаш кўрсатилади.

Бачадон деворининг тешилиши (перфорация) одатда сезилмасдан кечади ва нуқсон даволанмасдан ўзи битиб кетади. 700 дан ортиқ аёлларда бир вақт ўтказилган ҳомиладорликни биринчи триместрида сунъий равишда тўхтатиш ва лапароскопик стерилизация қилиш натижалари ўрганилганда, 14 ҳолатнинг 12 тасида бачадон нуқсони шу қадар кичик бўлган, агар лапароскопия амалиёти ўтказилмаганда аниқланмасдан қолиши мумкинлиги маълум бўлди. Бачадон деворининг тешилиши (перфорацияси)га шубҳа қилинганда, фақат кузатув ва антибактерал даво керак бўлиши мумкин. Танловнинг ташхислаш усули лапароскопия ҳисобланади (мавжуд ва зарур бўлганда). Лапароскопия маълумотлари ва/ёки аёлнинг аҳволига кўра ичак ҳалқаси, йирик қон томирлари ёки бошқа тузилмалар зарарланганлиги тахмин қилинса, жароҳатларни бартараф этиш учун лапаротомия талаб қилиниши мумкин.

Анестезия асоратлари. Ҳомиладорликни биринчи триместрида вакуумли аспирация ҳамда иккинчи триместрида КЭ усули орқали сунъий равишда тўхтатишда маҳаллий анестезия (оғриқсизлантириш) умумий анестезияга нисбатан хавфсизлироқдир. Агар умумий анестезия қўлланилганда тиббий ходимлар юрак-ўпка реанимациясини ўтказишга ўқитилган бўлиши лозим. Наркотик аналгетиклар қўлланиладиган жойларда антидот дори воситасилар мавжуд бўлиши керак.

Бачадон ёрилиши камдан-кам учрайдиган асорат ҳисобланади. Унинг хавфи ҳомиладорликни кеч муддатларда сунъий равишда тўхтатиш ва бачадонда чандик мавжудлигида юқори бўлади. Лекин бачадон ёрилиши ушбу хавф омиллари мавжуд бўлмаган ҳолатларда ёритилган. Мета-таҳлилнинг маълумотларига кўра, анамнезда кесар кесиш амалиёти ўтказилган аёлларда ҳомиладорликни иккинчи триместрида сунъий равишда тўхтатиш учун Мизопроустолдан фойдаланилганда бачадон ёрилиши хавфи 0,28% ни ташкил қилади.

Узоқ муддатли таъсирлар. Ҳомиладорликни тегишли равишда амалга оширилган сунъий аборт аёлларнинг аксариятида умуман саломатлик ва хусусан репродуктив саломатлик учун кейинчалик таъсир кўрсатмайди. Тадқиқотлар ҳомиладорликни биринчи триместридаги хавфсиз абортнинг кейинги ҳомиладорлик жараёнларига салбий таъсири аниқланмади. Салбий психологик таъсирлар жуда кам аёлларда кузатилади ва бажарилган сунъий аборт натижаси эмас, балки ундан олдинги ҳолатларнинг давоми ҳисобланади.

1.6. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан кейин қўлланиладиган контрацептив усуллари

Аёлларга сунъий абортдан кейин сифатли тиббий ёрдам кўрсатишнинг зарурий таркиби тақрорий исталмаган ҳомиладорликни олдини олишдир.

Дори воситалари усулидаги сунъий абортдан кейин аралаш орал контрацептивлар (АОК) ёрдамида "гормонал реабилитация" ни қўллаш илмий асосга эга эмас, чунки

абортдан кейинги даврда гонадотроп ва стероид гормонлар синтези ўзгармайди ва мифепристон қабул қилингандан сўнг 55 % аёлларда 2-3 хафтадан кейин, 85 % аёлларда эса кейинги циклда, яъни популяция даражасида овуляция тикланади.

Сўнгги йилларда олиб борилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, сунъий абортдан кейин контрацептив воситалардан фойдаланиши имкон қадар эрта – ҳомиладорлик тўхтатилиши билан бошланиши зарур. Бу ишончли контрацептивдан фойдаланувчиларнинг сони кўпайишига ва мойилликнинг ошишига, яъни кечиктирилган контрацептив билан таққослаганда ўз вақтида қўлланилган контрацептив воситасидан узоқроқ фойдаланишга ёрдам беради.

Тадқиқотларнинг кўрсатишича, агар аёл абортдан сўнг дарҳол контрацептив воситасини қўллашни бошламаса, унда:

контрацептив усулини аёлнинг хоҳишига кўра УСУЛНИ ТАНЛАШ тавсия этилади, бунда аёл шифокор берган маълумотларга ва танланган усулнинг ЖССТ мезонларига мувофиқ кейинчалик мақбуллик баҳоларга асосланиб, ўз эҳтиёжлари ва мақсадларидан келиб чиққан ҳолда ўзи мустақил танлайди.

Сифатли маслаҳат - юқори хайрихоҳлик омили, чунки танлаган усулидан қониққанлар ундан узоқ вақт давомида фойдаланадилар.

Аксарият аёллар учун, шу жумладан туғруқдан кейин ва абортдан кейин (шу жумладан ўсмирлар учун) контрацептив воситаларнинг "Биринчи қатори": имплантат, бачадон ичи воситаси, мушак ичи инъекцияси, қин ҳалқаси (тавсияларнинг исботланганлик даражаси - А) - узоқ муддатли қайта тикланадиган усуллар - Long-Acting Reversible Contraception (инглизча, LARC).

Абортдан кейин АОК ҳам қўллаш учун мақбул контрацептив усули ҳисобланади, агар аёл ушбу усулни танлаган бўлса.

Контрацептив воситаларидан фойдаланишни бошлаш муддати ЖССТнинг 2012 йилдаги тавсияларига мувофиқ келтирилган:

Бачадон ичи воситалари (БИВ). БИВга нисбатан ҳомиладорликни дори воситалар орқали сунъий равишда тўхтатиш усулидан кейин улардан Мифепристон дори воситасини қабул қилингандан кейин 9-чи ва 14-чи кунлар оралиғида (назорат кўриғида) фойдаланиш тавсия этилади. Агар аборт муваффақиятли бажарилгани ишонч бўлса, 3-чи ва 9-чи кунлар оралиғида ҳам фойдаланиш мумкин. Қўшимча усул талаб қилинмайди.

БИВни танлашда қон кетиш ҳажми, экспульсия даражаси ва оғриқ жадаллиги БИВнинг ўрнатиш муддатига кўра абортдан кейин дарҳол ёки кеч (4 хафтадан кейин) гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ аниқланмаган. Шунингдек, ҳомиладорлик, бачадон перфорацияси ёки тос аъзоларида яллиғланиш касалликлари ҳам қайд этилмаган. Бундан ташқари, БИВни дарҳол ўрнатишнинг афзаллиги муолажанинг оғриқсизлиги қайд этилган. Контрацептив тўғрисида қарор қабул қилиш масалалари бўйича маслаҳатларнинг сифати имплант ёки БИВни ва уни ўрнатиш муддатини танлашда муҳим аҳамиятга эга эканлиги алоҳида таъкидланди.

Ушбу тавсияларга риоя қилиниши сезиларли даражада қайта абортларнинг пасайишини кўрсатди.

Гормонал контрацептивлар. Узоқ муддатли воситаларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, ёки аёл АОК, пластр ёки қин ҳалқасини афзал кўрса, уларни Мифепристон дори воситасини қабул қилинган (ёки 2-3 кундан кейин, аммо 5-кундан кечиктирмасдан) кундан бошлаш керак.

Мифепристон / Мизопростол гормонал контрацептивларини дарҳол фойдаланганда:
тўлиқ абортлар даражасида;
ҳомила тухумининг тушиш муддатида;
асоратлар сонидан;
қон кетиш давомийлиги ва ҳажмида фарқлар аниқланмаган.

1.7. Контрацептив воситаларининг абортдан кейинги даврда қўллаш жадвали.

Усул	Қачон бошлаш лозим
Гормонал контрацептивлар (таблеткалар (АОК), гормонал ҳалқа, пластирь, инъекцион дори воситасилар, имплант)	Аборт амалга оширилган куни ёки Мифепристон (Мизопропростол) қабул қилинган куни
БИВ	Назорат кўриги куни (9-14 кунлар оралиғида), ҳомиладорлик мавжуд эмаслигига ишонч ҳосил қилинганда
Тўсиқ усуллари	Жинсий фаолиятни тиклаганда

2 боб. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш

2.1. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш бўйича умумий мезонлари

1. Ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш қуйидаги ҳолларда амалга оширилади: ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра;

ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар.

2. Ҳомиладорликни муддатига, кўрсатмаларга ва қарши кўрсатмаларга кўра сунъий равишда тўхтатиш дори воситалари ёки жарроҳлик усули орқали амалга оширилади.

3. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усули ҳомиладорликнинг муддати ҳамда ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра танланади. Бошқа қарши кўрсатмалар мавжудлигида (ҳомиладорликни тўхтатиш аёл ҳаётга хавф солувчи ёки соғлиғига жиддий шикаст етказувчи касалликлар ёки ҳолатлар) ушбу масала консилиумда индивидуал равишда ҳал этилади.

4. Ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш учун тавсия этиладиган усуллар (жадвал №1) қўйидагилар:

дори воситалари усулида: Мифепристон дори воситасини простагландинлар билан комбинациясида қўллаш;

жарроҳлик усулида: ҳомиладорликни 12-14 ҳафтасигача сунъий равишда тўхтатиш учун вакуумли аспирация – электрик (ЭВА) ёки мануал (МВА), ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасидан кейин бачадон бўйнини кенгайтириш ва ҳомила тухумини эвакуация қилиш.

Вакуумли аспирациясини (ЭВА ёки МВА) асоратларнинг даражаси кам бўлганлиги туфайли ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача сунъий равишда жарроҳлик усули орқали тўхтатиш тавсия этилади. Ушбу жарроҳлик усулини кўшимча бачадон бўшлиғини тозалаш (кюретаж) тақиқланади. Агарда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун бачадон бўйнини кенгайтириш ва тозалаш (кюретаж) ҳанузгача қўлланилаётган бўлса, уни вакуумли аспирация амалиётига алмаштириш лозим (ЖССТ тавсиялари талаблари: юқори).

5. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ҳомиладорликнинг муддатига кўра амбулатор ёки стационар шароитда ўтказилади.

ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача (аменореянинг 84 кунгача) сунъий равишда дори воситалари орқали тўхтатиш амбулатор-поликлиника шароитида;

ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача жарроҳлик усули орқали тўхтатиш туғруқ муассасаси қошидаги амбулатор-поликлиника шароитда амалга оширилади.

6. Ҳомиладор аёлда ёндош касалликлар (юқори хавфи билан) ёки ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжудлигида ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача сунъий равишда тўхтатиш усулидан қатъи назар тиббиёт муассасасининг гинекология бўлимида стационар шароитда амалга оширилади.

7. Аёлда ёндош касалликлари (юқори хавф билан) бўлганда ёки тиббий кўрсатмалар бўлса, ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача уни сунъий тўхтатиш қандай усул қўлланилишидан қатъи назар фақат клиниканинг гинекология бўлимида амалга оширилади.

ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасидан (амнореянинг 85 кунидан) йигирма икки ҳафтасигача дори воситалар орқали сунъий равишда тўхтатиш тиббиёт муассасасининг гинекологик бўлимида амалга оширилади;

ҳомиладорликни йигирма икки ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатиш тиббиёт муассасасининг акушерлик бўлимида амалга оширилади.

8. Хусусий тиббиёт муассасаларида ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладор аёлнинг хоҳишига кўра сунъий равишда тўхтатиш, мазкур тартибнинг барча тавсияларга риоя қилган ҳамда стастик ҳисоботларни Соғлиқни сақлаш вазирлигига тақдим этган ҳолда амалга оширилади.

9. Дори воситалари ва жарроҳлик усули орқали (МВА, ЭВА) амалга оширилган абортлар бўйича маслаҳатларни акушер-гинеколог, оилавий шифокори (ОШ), доялар ва патронаж ҳамширалар томонидан беришлари лозим **(ЖССТ тавсиялари талаблари-юқори)**.

10. Акушер-гинеколог шифокорлар фақат ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасидан кейин жарроҳлик йўли орқали сунъий равишда тўхтатиш учун мажбурий махсус тайёргарликдан ўтишлари ва сертификат олишлари лозим **(ЖССТ тавсиялари талаблари-юқори)**.

11. Оилавий шифокорлари, магистрлар, клиник ординаторлар, олий маълумотли ҳамширалар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг барча усуллари бўйича (МВА, ЭВА, дори воситалари орқали) тиббий олийгоҳларда дипломдан олдинги ва кейинги таълим муассасаларида ўқитилади **(ЖССТ тавсиялари талаблари-юқори)**.

12. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ҳамда ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан тўхташини ёки дори воситалари орқали аборт асоратларини даволаш учун кенгайтириш (дилатация) ва кюретаждан фойдаланилиш тавсия этилмайди **(ЖССТ тавсиялари талаблари-юқори)**.

13. Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача сунъий равишда тўхтатишда дори воситалари: мифепристон ва мизопростол тиббиёт муассасасини пуллик хизмати ёки рецепт орқали олинади. Ижтимоий ҳимояга муҳтож гуруҳдаги аёллар ва ўсмир қизлар учун дори воситалари тиббиёт муассасалари томонидан бепул таъминланади.

14. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг бирламчи малакали тиббий ёрдам хажми маслаҳат бериш, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризасини олиш, ҳомиладорлик муддатини аниқлаш учун тегишли текширувларни ўтказиш, аёлга психологик ёрдам кўрсатиш, етарли даражада оғриқсизлантириш, абортдан кейинги махфийлик тамойилларига риоя қилган ҳолда контрацептив билан таъминлашдан иборат. Аёлнинг шахсий ҳаёти ва кадр-қимматини ҳурмат қилишни таъминлаш лозим.

15. Бирламчи маслаҳат, текширувлардан ўтиш ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун аёл турар жойи (ёки пропискаси) бўйича оилавий поликлиникага ёки хусусий тиббиёт муассасаларига мурожаат қилиши мумкин. Оилавий шифокор ёки акушер-гинеколог шифокори ҳомиладорлик муддатини аниқлаш ва саломатлик ҳолатини баҳолаш учун зарурий текширувларни ўтказди ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари бўйича маслаҳатлар беради.

16. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари тўғрисида маслаҳат билан касбий тайёрланган мутахассис шугуланиши лозим. Самарали маслаҳатни ўтказиш учун қуйидагилар мавжуд бўлишини тавсия қилинади:

аёллар учун ҳомиладорликни жарроҳлик йўли орқали сунъий равишда тўхтатиш бўйича таърифланган кўргазма ва ёзма ўқув материаллар;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилган аёллар учун ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма;

ихтиёрий розилик аризаси шакли.

Маслаҳат бериш давомида аёлга ҳомиладорликни аниқ муддатдаги сунъий равишда тўхтатиш учун қулай усуллар тўғрисида ҳамда усулни аёлнинг ўзи танлаш ҳуқуқига эга эканлиги ҳақида маълумотлар берилади. Аёл қарор қабул қилиш учун етарли вақтга эга бўлиши лозим, гарчи бунинг учун тиббиёт муассасасига қайта мурожаат қилишни талаб қилганда ҳам. Ҳар қандай ҳолатда суҳбат давомида аёлга қайси усул унга мос келиши ва хавфсиз эканлиги ҳамда ҳомиладорликни эрта муддатларда сунъий равишда тўхтатиш хавфсиз ва самарали эканлигини тушунтирилиши муҳим.

Шунингдек қуйидаги масалаларни тушунтириш лозим:

қандай текширувлардан ўтиш зарур ва улар нима учун керак;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида ва ундан кейинги даврда қайси ҳаракатлар бажарилади;

аёл қандай нохушликларни ҳис қилади (масалан, қорин паст қисмида симилловчи ёки тўлғоксимон оғриқлар ва кўп қон кетиши);

муолажа неча вақтни эгаллайди;

қайси оғриқ қолдирувчи дори воситалар ва усуллардан фойдаланиш мумкин;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг у ёки бу усулини қўлланганда қандай хавф ва асоратлар кузатилиши мумкин;

неча вақтдан кейин аёл одатий ҳаёт тарзига қайтиши ва жинсий ҳаётини бошлаши мумкин;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилгандан кейинги даврда кузатув жараёни нималардан иборат;

контрацептив усуллари ҳақида;

барча саволларга жавоб берадиган, керакли ёрдам ва парваришни кўрсатиладиган мутахассисга тезкор мурожаат қилишни таъминланиш лозим;

зарур бўлганда аёлга бошқа мавжуд гинекологик муаммолар ҳақида қўшимча маслаҳатлар бериш.

17. Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача сунъий равишда тўхтатишда ўтказиладиган текширувлар ҳажми қуйидагилардан иборат:

Анамнез йиғиш. Соматик, акушерлик-гинекологик, эпидемиологик анамнез батафсил йиғиш, ирсий касалликлар, ҳайз фаолияти, олдинги ҳомиладорликларнинг кечиши ва якуни аниқлаш лозим. Гемостаз бузилишлари ва қон кетишига мойиллиги, жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар, ёшлигида ўтказган касалликлар ва жарроҳлик амалиётлар, аллергия реакциялар, айрим дори воситаларини (кортикостероидлар, антикоагулянтларни) узоқ вақт қабул қилиш, зўравонлик ва мажбурлаш қўлланилгани эҳтимолини баҳолаш ҳамда соғлиғидаги жисмоний ва руҳий муаммоларни ҳам аниқлаш керак.

Ҳомиладорликни тасдиқлаш ва унинг муддатини аниқлаш:

ҳомиладорлик муддатини охирига ҳайзнинг биринчи кунидан аниқлаш;
бачадон ўлчамларини бимануал текширув билан гинекологик кўрикни ўтказиш;
пешоб бўйича ҳомиладорлик тестини (ХГЧ) ўтказиш, агар аёл уйда ўтказган бўлса
ва/ёки бачадондан ташқари ҳомиладорлик ёки ривожланмаётган ҳомиладорликни аниқлаш
учун қон (ёки пешоб)да ХГЧ миқдорини аниқлаш;

барча аёлларга кичик чаноқ аъзоларининг ультратовушли текширувини ўтказиш
шарт эмас. Агар ультратовушли текширувни ўтказиш имкони мавжуд бўлса, бундай
текширув бимануал текширишда бачадон ҳажми ҳомиладорлик муддатига тўғри
келмаганда, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, бачадон ривожланиш нуқсонлари, бачадон
ва унинг ортиқлари ўсмалари, ривожланмаган ҳомиладорлик ва елбўғоз бор ёки йўқлигини
аниқлаш учун ўтказилади.

Гемодинамик кўрсаткичлар (масалан: артериал қон босими, пульс, тана ҳарорати)
мажбурий тартибда кузатилади.

Гематокрит ва гемоглобин миқдори анамнезида камқонлик бўлган ёки оғир даража
камқонлик белгилари бўлган аёлларда текширилади.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун тайёрланаётган аёлларда қон
гуруҳи ва резус-фактор омили бўйича маълумотлар номаълум ва тасдиқловчи тегишли
хужжатлар бўлмаса, аниқланади.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёни ва натижаларига таъсир
қилиши мумкин бўлган касаллик ёки ҳолатларнинг клиник белгилари мавжуд бўлганда
бошқа тегишли лаборатор текширувлар ўтказилиши мумкин.

Жинсий аъзоларни юқумли касалликларнинг клиник белгилар мавжудлиги
гинекологик кўзгу орқали кўрик жараёнида аниқланади. Заруратда, аёлга ҳомиладорликни
сунъий равишда тўхтатиш зарурлиги тушунтирилгандан ва унинг ихтиёрий розилик
аризаси олингандан кейин ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан олдин жинсий
йўллар орқали юқадиган касалликларнинг скрининги ўтказилади.

Ўзбекистон Республикасининг “Одамнинг иммунитет танқислиги вирусини келтириб
чиқарадиган касаллик (ОИВ инфекцияси) тарқалишига қарши курашиш тўғрисида”ги
Қонунига мувофиқ ҳомиладор аёллар мажбурий равишда ОИВга тиббий текширувдан
ўтказилади.

Аёлнинг ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун мурожаат қилган аёлда
бачадон бўйни хасталиклар мавжудлигини аниқлаш учун қулай ҳолат бўлиши мумкин.
Бачадон бўйнини цитологик таҳлил қилиш сўнги 3 йил давомида ушбу тестдан ўтмаган
аёлларда ўтказилади. Аёлга ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида
ўтказилган цитологик текширув натижаси маълум қилинади.

Аёл ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун мурожаат қилганда, шифокор
бошқа тиббий, айниқса репродуктив саломатлик ёки ижтимоий хусусиятларга эга бўлган
эҳтиёжларни (зўравонлик, одам савдоси, жинсий йўл билан юқадиган касалликлар
мавжудлиги ва ҳ.к.) аниқлаш ва аёлга аниқланган эҳтиёжларни қондириш учун тавсиялар
ёки махсус ихтисослаштирилган ёрдамга йўлланма бериши керак.

18. Жарроҳлик усулида барча аёлларга яллиғланиш касалликларнинг хавфдан
қатъий назар тегишли антибиотикли профилактикаси ўтказилиши лозим.

19. Аёлда ўткир яллиғланиш касалликлари, шу жумладан жинсий аъзоларнинг
юқумли касалликлар аниқланганда, ҳомиладорлик муддатини ҳисобга олган ҳолда
ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш аёлни соғломлаштирилгандан кейин
ўтказилади. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни антибактериал даволаш ишлари
билан бир вақтда ҳам амалга оширилиши мумкин.

20. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг “Ҳомиладорликни
сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби тўғрисида” 124-сонли буйруғи (2020

йил 12 июндаги, рўйхат рақами 3274)га мувофиқ ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш акушерлик-гинекологик муассаса томонидан эр ва хотиннинг ёзма розилиги билан, эр бўлмаган тақдирда аёлнинг ўз розилиги ёки ота-онасининг розилиги ёхуд у вояга етмаган ёки муомалага лаёқатсиз бўлган тақдирда бошқа қонуний вакилларининг ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризасига асосан амалга оширилади. Ушбу ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризаси тиббий картасига илова шаклида расмийлаштирилади.

21. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш (дори воситалари, жарроҳлик йўли орқали усули)да барча аёлларга оғриқсизлантириш (вербал, маҳаллий, анальгетикларни, седацияни, умумий анестезияни қўллаш)ни тавсия бериш лозим. Оғриқсизлантириш усулини танлаш аёлга тегишли. Бироқ умумий анестезия усули юқори хавф асоратлар билан боғлиқ, шунинг учун ҳомиладорликни жарроҳлик йўли орқали сунъий равишда тўхтатиш барча аёлларга тавсия қилинмайди.

22. Ҳомиладорлик сунъий тўхтатилгандан сўнг аёлга тегишли намунадаги тиббий хужжат берилади: аборт ўтказилганлиги ҳақида маълумотнома, заруратда ўрнатилган тартибда касаллик варақаси/ўқувчилар учун маълумотнома.

23. Ҳар бир аёлга ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилгандан кейин тезкор равишда шифокорга мурожаат қилишни талаб қилувчи асоратлар, белгилар шунингдек, режим ва гигиеник чоралари ҳақида (шу жумладан 7-10 кун ичида фертиллиқ қайтиши ҳақида) тегишли маълумотлар тақдим қилинади. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан кейинги асоратлар, шунингдек исталмаган ҳомиладорликни олдини олиш бўйича тавсиялар берилади. Аёлга шубҳа-гумонлар пайдо бўлганда ёки саволлар билан мурожаат қилиш учун, имкон бўлса, телефон рақами берилади.

24. Ҳомиладорлик сунъий равишда тўхтатилгандан сўнг асоратлар кузатилганда аёл мурожаат қилган тиббий муассасада (гинекология бўлимида) шошилиш тарзда ёрдам кўрсатилади.

25. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш ҳомиладорликнинг муддати ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усулига кўра амбулатор ёки стационар шароитда ўтказилади.

26. Контрацептив ЖССТнинг қўллаш мезонларини ҳисобга олган ҳолда кўрсатмалар, қарши кўрсатмалар, аёлнинг хоҳишига кўра танланади.

2.2. Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтагача муддатда сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш

27. Тиббий кўрсатмалар бўйича ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтагача муддатда сунъий равишда тўхтатиш катъий тартибда стационар шароитда амалга оширилади.

28. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усули ҳомиладорлик муддати, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, шунингдек аёлнинг хоҳишига кўра амалга оширилади. Бошқа кўрсатмалар (ҳомиладорликни тўхтатиш аёлнинг ҳаётига ёки соғлигига жиддий зарар кўрсатиши мумкин бўлган касаллик ва ҳолатлар) мавжуд бўлганда ушбу масала ҳар бир ҳолатда алоҳида шифокорлар консилиуми ҳал этилади.

29. Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтагача муддатда сунъий равишда тўхтатишнинг тавсия этиладиган (1-жадвал) усуллар:

А. Ҳомиладорликни дорилар воситалар орқали сунъий равишда тўхтатиш

усули: мифепристон дори воситасини мизопростол билан қўллаш ва/ёки 1-жадвалда тавсия этилган тартибда ҳомиладорлик муддатига кўра фақат мизопростол дори воситаси қўлланилади;

В. Жарроҳлик усули: ҳомиладорликни 14 ҳафтагача - вакуумли мануал (ёки электрик) аспирацияси, 14 ҳафтадан 22 ҳафтагача – бачадон бўйнини олдиндан тайёрлаб, кенгайтириш ва эвакуация қилиш (КЭ).

Имкон даражада дори воситалар орқали усулига аборт қилишда афзаллик берилиши лозим.

30. Амнион ичи инъекцияси ёки инстилляцияси усулларини қўлланмасликка ҳаракат қилиш лозим, чунки бу усуллар мифепристон-мизопростол ёки мизопростол дори воситаларни қўллашга қараганда самараси кам, аммо асоратлари кўп.

31. Ҳомиладорликни иккинчи триместрида (12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача) жарроҳлик усули орқали сунъий тўхтатиш амалиёти ўқитилган сертификати мавжуд акушер-гинеколог шифокори бажариши лозим.

32. Ҳомиладорликни иккинчи триместрида (муддатидан қатъи назар) барча жарроҳлик усуллари сунъий равишда тўхтатиш амалиёти жарроҳлик ва жонлантириш бўлимлари мавжуд бўлган акушерлик-гинекологик муассасаларида амалга оширилиши лозим.

33. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича тегишли тиббий ҳужжатлар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг “Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби тўғрисида” 124-сонли буйруғи (2020 йил 12 июндаги, рўйхат рақами 3274)га мувофиқ расмийлаштирилади.

34. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга кўрсатмалар мазкур баённоманинг 1-иловасидаги ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар рўйхати, шунингдек Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг “Ҳомиланинг соғлиғи ва яшаб кетишига имкон бермайдиган туғма нуқсонлар билан болалар туғилишини олдини олиш тартиби тўғрисидаги низомни тасдиқлаш ҳақида”ги 40-А-сонли буйруғи (2018 йил 31 июлдаги, рўйхат рақами 3047) билан тасдиқланган ҳомила ривожланишида кўп учрайдиган туғма ривожланиш нуқсонлари ва ирсий (хромосом) касалликлар рўйхати асосида аниқланади.

35. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга тиббий кўрсатмалар амбулатор-поликлиника ёки стационар шароитда аниқланади:

амбулатор-поликлиника шароитида шифокорларнинг маслаҳатлашув комиссияси (кейинги ўринларда - ШМК) томонидан белгиланади, унинг таркиби ШМК раиси, раис муовини, комиссия аъзолари: акушер-гинеколог, терапевт, тор доира шифокорлари (соматик касалликлар), юрист ходимларидан иборат;

стационар шароитда кўрсатмалар даволаш-маслаҳатлашув комиссияси (кейинги ўринларда -ДМК) томонидан белгиланади, унинг таркиби даволаш ишлари бўйича бош шифокор муовини, бўлим бошлиғи, акушер-гинеколог, терапевт (тиббий кўрсатмаларда), юрист ходимларидан иборат;

36. Консилиумдан сўнг:

ШМК томонидан тўлиқ клиник ташҳис кўрсатилган ҳулосаси берилади, уни барча комиссия аъзолари имзолаган бўлади, ҳамда уни ҳомиладор ва туққан аёллар индивидуал картасида ҳамда журналга белгиланган тартибда қайд этилади;

руҳий ёки таносил касалликлари мавжуд бўлганда тиббий ҳужжатлар тиббиёт ходимлар орқали шифохонага юборилади;

ДМК хулосаси касаллик тарихига (ёки туғруқ тарихига) ҳамда белгиланган тартибда журналда қайд этилади.

37. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга кўрсатмалар аниқланганда бирламчи амбулатор-поликлиника бўғинида ҳомиладор аёлга қуйидаги ҳужжатлар берилади: ШМК хулосаси, текширув натижалари, юрист хулосаси (асл нусхаси).

38. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишда малакали тиббий ёрдам ҳажми маслаҳат, маълумот бериш, текшириш, аёлни руҳий қўллаб-қувватлаш, мос равишда оғриксизлантириш, муолажадан сўнг контрацептив ва амалиёт штказилгандан кейинги реабилитациядан иборат.

39. Ҳомиладорликни сунъий тўхтатишдан олдин шифокорлар томонидан аёл билан суҳбат ўтказилади, бунда аёлнинг ва ҳомиланинг ҳолати, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари ва унинг оқибатлари бўйича тўлиқ ахборот берилади. Ихтиёрий розилик аризасини аёл ёзма равишда беради.

40. Ҳомиладорлик сунъий равишда тўхтатилгандан сўнг (унинг усулидан қатъий назар) резус манфий қон гуруҳи билан аёлларга кейинги 72 соат ичида дори воситасининг йўриқномасига мувофиқ одам антирезус иммуноглобулини Rho(D) билан иммунизацияси ўтказилади.

41. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалиётидан кейин аёлнинг шифохонада даволаш давомийлиги акушер-гинеколог ва терапевт шифокорлар томонидан аёлнинг ҳолатига кўра аниқланади.

42. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун текширув усуллари:

Анамнез йиғиш. Соматик, акушерлик-гинекологик, эпидемиологик анамнез батафсил йиғиш, ирсий касалликлар, ҳайз фаолияти, олдинги ҳомиладорликларнинг кечиши ва якуни аниқлаш лозим. Гемостаз бузилишлари ва қон кетишига мойиллиги, жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар, ёшлигида ўтказган касалликлар ва жарроҳлик амалиётлар, аллергия реакциялар, айрим дори воситаларини (кортикостероидлар, антикоагулянтларни) узоқ вақт қабул қилиш, зўравонлик ва мажбурлаш қўлланилгани эҳтимолини баҳолаш ҳамда соғлигидаги жисмоний ва руҳий муаммоларни ҳам аниқлаш керак.

Ҳомиладорлик муддати қуйидаги кўрсаткичларга кўра аниқлаш:

охирги ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисоблаш;

акушер-гинекологик кўрикдан ўтказиш;

бачадон ва ҳомилани ультратовуш текширувдан ўтказиш.

Физикал текширувлар: пульс, артериал қон босими, нафас олиш сони, тана ҳарорати улчаш.

Акушерлик ва гинекологик кўриги: ташқи кўрик, кўзгу орқали кўрик, қин орқали кўрикни ўтказиш;

Ҳомиладорлик муддатини, кўп ҳомилаликни ва бачадон фибромасини инкор этиш, ҳомиланинг юрак уришини эшитиш.

Лаборатор текширувлар:

Умумий қон таҳлили, кўрсатмаларга кўра коагулограмма, қон гуруҳи ва резус-фактор.

Кўшимча лаборатор текширувлари соматик касалликлар ёки жинсий йўллар орқали юқадиган касалликлар мавжудлигида тайинлаш.

Ультратовуш текшируви: УТТ ҳомиладорлик сунъий равишда тўхтатишдан олдин ва кейин мунтазам равишда ўтказиш.

43. **Маслаҳат бериш.**

Маслаҳат ихтиёрий бўлиши, махфийликка риоя қилган ҳолда ўтказилиши ва бу билан профессионал тайёрланган мутахассис (акушер-гинеколог шифокор) амалга оширилиши лозим.

Маслаҳат жараёнида аёлга ҳомиладорликни муайян муддатда сунъий равишда тўхтатишга мос келадиган мавжуд усуллар, уларни танлаш ҳуқуқи аёл ўзига берилганлиги тўғрисида тушунтирилади. Аёлга абортни амалга ошириш тартиби (техникаси)ни тушунтириш ва қуйидаги масалаларга ойдинлик киритиш зарур:

аёлда ҳозирги ҳомиладорлик муддатига сунъий тўхтатиш қулай усуллар мавжудлиги, уларнинг афзалликлари ва камчиликлари;

аёл танлаган усулда қандай ножўя таъсирлар ва асоратлар бўлади;

қайси текширувлардан ўтади ва улар нима учун керак;

ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида ва ундан кейин қандай ҳаракатлар бажарилади;

аёлда амалиёт жараёнида қандай ноқулайликлар (масалан, қорин пастдаги қисмида симилловчи ёки тўлғоқсимон оғриқлар, қон кетиши ва бошқалар) пайдо бўлади;

муолажа неча вақт давом этади;

аёл қандай оғриқ қолдирувчи дори воситалари ва усуллардан фойдаланиши мумкин; ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг у ёки бу усулини қўллаганда қандай хавф ва асоратлар кузатилади;

неча вақтдан сўнг одатдаги турмуш тарзига, шунингдек жинсий ҳаётга қайтади;

муолажадан сўнг кейинги кузатувлар нималардан иборат бўлади.

Маслаҳат жараёни батафсил ўтказилса ва аёл амалиётнинг моҳиятига тушунган бўлса, ўтказилган амалиётнинг самараси юқори бўлади.

44. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризасига асосан амалга оширилади.

45. Ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгандан сўнг 2 (икки) соатдан кейин назорат текшируви ўтказилади. Ҳомиладорликнинг сунъий равишда тўлиқ тўхтатилганлигига ишонч ҳосил қилинганда, агар аёл соматик жиҳатдан соғлом бўлса, амалиёт ҳомиланинг туғма нуқсон кўрсатмаларга кўра бажарилганда, уйига рухсат бериш мумкин.

46. Ҳомиладорликни сунъий равишда тиббий кўрсатмалар бўйича тўхтатилганда, аёлнинг аҳволи барқарорлашгунга қадар тиббиёт муассасаси томонидан назоратга олинади. Аёлни уйга жавоб бериш масаласини терапевт ва акушер-гинеколог шифокорлар билан биргаликда ҳал қилинади. Бундай аёллар устидан назорати яшаш манзили бўйича оилавий поликлиникаларда давом эттирилади.

47. Маслаҳат олиш учун даволаш муассасасининг ёки яшаш манзили бўйича поликлиниканинг тиббиёт ходимлари билан телефон орқали яқин алоқани ҳамда патронаж ҳамширасининг кузатувини (тиббий кўрсатмаларда) таъминлаш лозим.

48. Аёлни зарур ҳолатда шошилиш тиббий ёрдам олиш учун мурожаат қилиш лозимлиги бўйича аниқ хабардор қилиш лозим.

49. Ҳомиладорликни давом эттиришга тиббий қарши кўрсатмалар бўлган аёлларни ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатилгандан кейин яшаш манзили (ёки рўйхатдаги манзили) бўйича диспансер назоратига олиш ва соғломлаштириш дастури ўтказилиши лозим.

2.3. Ҳомила ривожланиш нуқсонлари ва ирсий (хромосом) касалликларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни ташкил қилиш

50. Пренатал ташхислаш усуллари (ультратовушли текшируви, ҳомиланинг МРТ, ихтисослаштирилган нейросонография/эхокардиография, пренатал кариотипирлаш, молекулярли ташхислаш) орқали аниқланган ҳомила ривожланишининг туғма синдромлари ва/ёки ривожланиш нуқсонлари ҳомиланинг соғлиги ва яшаб кетишига ҳаёти учун номақбул прогноз, ва/ёки ҳомиладаги нуқсонлар оғирлиги ва ҳажми организм функцияларининг буткул йўқолишига олиб келиши ва буни самарали даволаш усуллари мавжуд эмаслиги аниқланганда, ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар уни сунъий равишда тўхтатишнинг мақсадга мувофиқлиги, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар ҳақидаги масалани ҳал қилиш мақсадида пренатал консилиум ўтказилиши керак.

51. Пренатал консилиум - бу раҳбар буйруғи асосида туман/марказий кўп тармоқли туман поликлиникаларида, акушерлик-гинекология шифохоналарида ташкил этилган, юқори малакали мутахассислардан иборат комиссияси. Пренатал консилиум таркиби қуйидаги: бўлим мудир, акушер-гинеколог, оилавий шифокори, неонатолог шифокор, ультратовушли ташхислаш шифокори, заруратда тор доира мутахассислар ва(ёки) юрист ходимлардан иборат.

52. Пренатал консилиумнинг вазифаси – ҳомиладорликни давом эттиришга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш, шунингдек аниқланган туғма ривожланиш нуқсонларида ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси ва прогнозини аниқлаш.

53. Пренатал консилиумни ўтказиш натижасида якуний ташхис ва хулосалар берилади. Консилиум хулосаси барча консилиум аъзолари томонидан имзоланади, тиббий ташкилот раҳбарининг имзоси, ташкилот муҳри билан тасдиқланади. Ҳомиладор аёлга маслаҳат хулосасини ўз имзоси билан тасдиқлаш таклиф этилади, ҳамда ҳомиладор аёл ва унинг эридан ихтиёрий розилик аризаси олинади.

54. Консилиум хулосаси уч нусхада тузилади (1 таси пренатал консилиум ўтказилган тиббиёт муассасаси, 2 таси ҳомиладор аёлга антенатал ва кейинги тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий муассасалари учун) ва шифохонада даволаш учун йўлланма (5 иш кунидан кўп бўлмаган муддатга) берилади.

55. Пренатал ташхис (ҳомила туғма ривожланиш нуқсонлари ёки хромосома бузилишлари) қўйилганда Ўзбекистон Республикаси Соғликни сақлаш вазирининг 2018 йил 17 июлдаги "Ҳомила соғлиги ва яшаб кетишига имкон бермайдиган туғма нуқсонлар билан болалар туғилишнинг олдини олиш тартиби тўғрисидаги Низомни тасдиқлаш тўғрисида"ги 40-А-сонли буйруғи (миллий қонунчилик маълумотлар базаси, 01.08.2018 й., 10/18/3047/1605) асосида ҳомиладор аёлга тўлиқ клиник ташхис ва мазкур ҳомиладорликнинг натижаси тўғрисида хулоса берилади.

56. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни тиббий кўрсатмаларга кўра амалга оширадиган тиббий муассасада ўтказиладиган пренатал консилиумда шифокорлар комиссияси тузилади. Комиссиянинг шахсий таркиби ва унинг иш тартиби тиббий муассасасининг раҳбари томонидан белгиланади.

57. Даволовчи шифокор ҳомиладор аёлга ва унинг яқин қариндошларига текширув натижалари, онанинг соматик касалликлар ёки ҳомила туғма ривожланиш нуқсонлар мавжудлиги, она ёки бола саломатлиги ва ҳаёти учун кутилаётган натижалар, даволаш усуллари, улар билан боғлиқ хавф омиллари, тиббий муолажаларнинг мумкин бўлган имкониятлари, уларнинг оқибатлари ва ўтказилган даволашнинг натижалари бўйича тушунтиради, у асосда аёл ҳомиладорликни давом эттириш ёки тўхтатишга қарорни қабул қилади.

58. Ҳомилада хромосома бузилишлари ва (ёки) номақбул ёки боланинг ҳаёти ва соғлиғига зид лаёқатсиз прогнозли туғма нуқсонлар аниқланганда, ҳомиладорликни тиббий кўрсатмаларга кўра сунъий равишда тўхтатиш кўрсатилади.

59. Ҳомиланинг яшаб кетишига имкон берадиган, лекин ногиронликка олиб келганда, пренатал консилиум қарори асосида ҳомиладор аёлга, унинг эри ва/ёки яқин қариндошларига ҳомиладорликнинг прогнози ва уни тактикаси ҳақида ахборот берилади.

60. Агар аёл ҳомиладорликни оғир соматик патология ёки ҳомиладаги туғма нуқсонлари мавжудлиги сабабли тўхтатишни рад этса, пренатал консилиум қарорига асосан ҳомиладор аёл ва унинг эри ёки яқин қариндошларига ҳомиладорликнинг кутиладиган натижаси бўйича маълумот берилади ҳамда аёлнинг ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ёзма рад этиш аризаси, ҳомиланинг туғма ривожланиш нуқсонлар аниқланганда эр ва хотиннинг ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ёзма рад этиш аризалари расмийлаштирилади ва ҳомиладорлик миллий стандартларга мувофиқ олиб борилади.

61. Пренатал консилиум туғма ривожланиш нуқсонларда ҳомиладорликнинг сунъий равишда тўхтатиш муддати ва тегишли даражадаги туғруқ муассасасини белгилаш масаласи бўйича Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирининг 2018 йил 17 июлдаги "Ҳомила соғлиғи ва яшаб кетишига имкон бермайдиган туғма нуқсонлар билан болалар туғилишнинг олдини олиш тартиби тўғрисидаги Низомни тасдиқлаш тўғрисида"ги 40-А-сонли буйруғи (миллий қонунчилик маълумотлар базаси, 01.08.2018 й., 10/18/3047/1605) асосида қарор қабул қилади.

62. Ҳомилада хромосома нуқсонлари ёки кўп сонли туғма ривожланиш нуқсонлар билан биргаликдаги туғма ривожланиш нуқсонлар мавжудлигида, ҳомиладорликнинг максимал эрта муддатларида кариотипирлаш, ҳомиланинг ЭХО-кардиографияси, магнит-резонанс томографияси ва шифокор-генетикни тиббий-генетик маслаҳати ўтказиш лозим. Олинган натижалар туғма ривожланиш нуқсони мавжуд ҳомила ёки боланинг яшаб қолишга лаёқатли ёки лаёқатсизлиги бўйича якуний хулоса бериш имконини беради.

63. Туғма ривожланиш нуқсонлари мавжуд ҳомила ёки бола яшаб қолишга лаёқатсизлиги аниқланганда ҳомиладорлик муддатидан қатъий назар маслаҳат ўтказилиб, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун яшаш манзили (ёки рўйхатдаги манзили) бўйича туғруқ муассасасига юборилади.

64. Туғма ривожланиш нуқсонлари мавжуд ҳомила яшаб қолишга лаёқатлилиги аниқланганда:

a. Миллий стандартлар асосида аёл ва унинг эри (ёки яқин қариндошлари)нинг ихтиёрий розилик аризаси олингандан кейин ҳомиладорлик давом эттирилади. Ҳомиладор аёлни туғиш учун ҳомила ва чақалокқа юқори малакали, юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатадиган перинатал марказлар ва бошқа ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига;

b. Аёл ва унинг эри (ёки яқин қариндошлари)нинг ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни қўллаш бўйича ихтиёрий розилик аризасига асосан ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга;

c. Ҳомиладорликнинг муддати 21 ҳафта 6 кунгача бўлганда яшаш ёки рўйхатдаги манзили бўйича туғруқ муассасанинг гинекология бўлимига;

d. Ҳомиладорликнинг муддати 22 ҳафта ва ундан ортиқ бўлганда ҳомила ва чақалокқа юқори малакали, юқори технологик тиббий ёрдам кўрсатадиган перинатал марказлар ва бошқа ихтисослаштирилган даволаш муассасаларига юборилади.

65. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан олдин аёл куйидаги текширувлардан ўтади: умумий (клиник) қон таҳлили, қоннинг биокимёвий таҳлили, коагулограмма, асосий қон гуруҳлари ва резус-мансубликни аниқлаш, умумий сийдик таҳлили, жинсий йўллардан ажралмаларни микроскопик текшируви, ЭКГ ва терапевт маслаҳати, соматик касалликлар мавжуд бўлганда, тор мутахассислар маслаҳати.

66. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усули ҳомиладорликнинг муддати, аёлниг умумий аҳволи, кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда, шунингдек аёлниг хоҳишига кўра танланади. Ҳомиладор аёл ва унинг яқин қариндошлари билан ҳомиланинг элиминацияси, яъни пренатал даврида ҳомила юрак уришини тўхтатишни амалга ошириш имкони ва уларнинг ихтиёрий розилик аризаси бўйича суҳбат ўтказилади.

67. Акушер-гинекологик кўриги ўтказилиб, мазкур ҳолатда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари бўйича кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар баҳоланади.

68. Ҳомиладорликни 22 ҳафтасигача сунъий равишда тўхтатиш гинекология бўлимида, 22 ҳафта ва ундан кейинги муддатларда туғруқ бўлимида амалга оширилади.

69. Тиббий кўрсатмалар бўйича ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида олинган барча туқималар (ҳомила тухуми, ҳомила, йўлдоши) патологоанатомик, генетик (туғма ривожланиш нуқсонларда) текширувдан ўтказиш лозим.

70. Туғма ривожланиш нуқсонлар ва ҳомилада хромосома бузилишлари туфайли ҳомиладорлик сунъий равишда тўхтатилгандан сўнг эр ва хотин ўз худудидаги скрининг марказига кейинги ҳомиладорликкача генетик текширувдан ўтиш учун юборилади.

3 боб. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомалари.

3.1. Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача дори воситалари орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси

Усулнинг тавсифи:

Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш – бу дори воситаларидан фойдаланиладиган аборт (кейинги ўринларда - ДВА) бўлиб, бунда дори воситалари ёрдамида ҳомила ривожланишдан тўхтатилиб, бачадон бўшлиғидан чиқариб юборилади.

Дори воситалари фойдаланиладиган аборт учун дори воситалари Мифепристон ва кейин қўлланиладиган Мизопростол ҳисобланади (1- жадвал):

Мифепристон–антипрогестерон бўлиб, эндометрий, тухумдонларнинг прогестеронга сезувчанлик рецепторларини блоклайди, эмбрионнинг кўчишига, қонда хорионик гонадотропин миқдори пасайишига, лютеолизисга олиб келади, простагландинларнинг эндометрийдаги синтезини оширади, миоетрийнинг қисқарувчанлик хусусиятини фаоллаштиради, бачадон бўйни юмшаши ва очилишига ёрдам беради. Мифепристон 200 мг ўлчамдаги таблеткаларда ишлаб чиқарилади.

Мизопростол – простагландин Енинг синтетик аналоги бўлиб, бачадон қисқаришини чақиради, бачадон бўйни юмшаши ва очилишига ёрдам беради, ҳомила тухумини бачадон бўшлиғидан чиқиб кетишига олиб келади. Мизопростол 200 мкг ўлчамда таблетка кўринишида ишлаб чиқарилади.

Мифепристон ва Мизопростол қўлланилиши орқали ҳомила туширилганда тиббий муолажа самарадорлиги ҳомила тухумининг тўлиқ хайдалишигача 95-98 фоизни ташкил этади.

ЖССТ ДВА учун сифат кафолати бўлган дори воситаларини қўллашни тавсия этади.

Кўрсатмалар:

Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладор аёлнинг хоҳишига қўра;

ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда ҳомиладорлик муддатидан қатъи назар;

Бачадон ривожланиши туғма нуксонлари (икки шохли бачадон, бачадон бўшлиғи тўсиғи);

14 ҳафтасигача ҳомиланинг ривожланишдан тўхташи;

13 ҳафтасигача ҳомиланинг ўз-ўзидан чала тушиши.

Қарши кўрсатмалар:

тасдиқланган ёки шубҳа қилинган эктопик ҳомиладорлик;

бўйрак усти беши етишмовчилиги ва/ёки глюкокортикостероидлар билан узоқ муддат даволаниш;

анамнезда Мифепристон, мизопростол ёки бошқа простагландинларга аллергия сезувчанлик;

қон касалликлари – наслий порфирия (кам учрайдиган қон генетик касаллиги), оғир даражадаги камқонлик;

антикоагулянт билан узоқ муддат даволаниш;

ўткир бўйрак ёки жигар етишмовчилиги;

декомпенсация босқичидаги соматик касалликлар;

бачадон бўшлиғида бачадон ичи воситасининг мавжудлиги (аввал бачадон ичи воситаси олиб ташланади, сўнгра ДВА ўтказилади);

ахборотни қабул қила олмайдиган аёллар.

Алоҳида эҳтиёткорликни талаб этувчи ҳолатлар:

Манинг амбулатор шароитларда бажарилишида шошилиш тиббий ёрдам олишнинг имконсизлиги (марказий туман шифохонаси (кейинги ўринларда – МТШ) дан 50 км доирадан узоқдаги қишлоқ аҳолиси учун),

Алоқа воситалари ва транспорт воситалари бўлмаган вазиятларда ДВани амбулатория шароитида ўтказишни 69 кунгача, аменореяни - 10 ҳафтагача чеклаш керак.

ДВАда эмизшни давом эттириш мумкин. Мифепристон ва Мизопростолнинг кам миқдори она сутига тушиши мумкин, бироқ уларнинг эмизкли болаларга ҳеч қандай ножўя таъсири аниқланмаган. Мизопростолни қабул қилгандан сўнг 2-3 соат давомида кўкрак билан эмизмаслик мумкин.

Маслаҳат бериш:

Маслаҳат бериш давомида аёл қуйидаги маълумотларни олади:

Мизопростолнинг самарадорлиги, усулни қўллашнинг эҳтимолий ножўя таъсирлари ва хавфлари, айниқса ортиқча қон кетиши мумкинлиги, тератоген хавфнинг камлиги, шунингдек ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш усули муваффақиятсиз бўлганда жарроҳлик усулини қўллаш зарур бўлиши;

ҳомиладорликни дори воситалари орқали сунъий равишда тўхтатишда зарур бўлганда оғриқни қолдириш учун яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларидан (кейинги ўринларда - ЯҚНДВ)- фойдаланиш мумкинлиги;

дори воситаларини қабул қилиш тартиби;

кузатилиши мумкин бўлган асоратлар белгилари.

аёлга Мифепристон қабул қилинган вақтда (биринчи ташрифда) контрацептив бўйича маслаҳат берилади.

Ихтиёрий розилик:

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан олдин қуйидаги масалаларни ойдинлик киритган ҳолда, аёлдан ихтиёрий розилик аризаси (3-илова):

аёл хоҳиши бўйича аборт қилиш учун ҳомиладорлик муддати мос келадими;

аёл дори воситаларини уйда мустақил қабул қилишга розими;

аёл ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш стандартларида белгиланган талабларга риоя қиладими;

лозим бўлганда клиникага текшириш учун қайтиб келишга розими.

Оғриқсизлантириш:

Вербал анестезия: яқинларининг қўллаб-қувватлаши ва эътибори (сўз билан таскин бериш).

Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (кейинги ўринларда - ЯҚНДВ)-мисол учун:

ибупрофен 400 дан 800мг гача ичишга ҳар 3 соатда берилади, аммо кунлик дозаси 3200 мг дан оширмаслиги керак.

Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача дори воситалари орқали тўхтатиш босқичлари:

Аёл 200 мг (1та таблетка) Мифепристонни поликлиникада шифокор қабулида ёки (хоҳишига кўра) уйда ичга қабул қилади ва вақтини белгилаб олади.

Аёл 800 мкг (200 мкг дан 4 та таблетка) Мизопропростолни, Мифепристонни қабул қилгандан 24-48 соат ўтиб тил ости ёки лунж орасига олиб 30 дақиқа давомида шимади ёки кинга қўяди. Шимгандан кейинги таблетка қолдиқларини ичга ютиб юбориш мумкин.

Агар аёл 24-48 соат ичида Мизопропростолни ичишни унутган бўлса, у ҳолда Мифепристонни қабул қилганидан сўнг 72 соатдан кечиктирмай ичиши керак. Агар 72 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, усулни қайтадан бошлаш зарур бўлади.

Мизопропростол қабул қилиш даврида аёл уйда қолиши лозим.

ДВА тўлиқ амалга оширилганлигини тасдиқлаш учун назорат кўриги муолажадан кейин 7-14 кундан кечиктирмай ўтказилади. Агар аёл ҳомиланинг тўлиқ тушганини тасдиқласа, ДВА тўлиқ амалга оширилганлигини тасдиқлаш учун шифокор назорат кўригига келиши шарт эмас. ДВА нормал кечишида оғишлар юз берган ҳолларда аёл клиникага исталган вақтда мурожаат қилиши мумкин.

ДВАнинг амбулатор-поликлиника шароитидаги барча босқичларида аёл поликлиниканинг тиббиёт ходимлари, ДВА бўйича мутахассис билан алоқада бўлиб туриш имкониятига эга бўлиши лозим (телефон ёки бошқа алоқа воситалари орқали).

Аёлда ишончсизлик бўлса ёки хавотирланса, Мизопропростолни поликлиникада шифокор олдида қабул қилиши ва 2-3 соат давомида назоратда қолиши мумкин.

Тиббий кўрсатмалар бўйича ДВА фақат стационар шароитда амалга оширилади.

Текшириш натижалари ва ҳомиладорликни амбулатор-поликлиника бўғинида сунъий тўхтатиш муолажалари: «Амбулатор тиббий карта» (Ф.025/ъ), «Аборт картаси» (Ф.003-1)га қайд этилади. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш муолажаси белгиланган шаклга кўра статистик ҳисобот бланкларида қайд этилади (Ф.066/у).

Ўн икки ҳафтасигача ҳомиланинг ривожланишдан тўхташи

Мифепристон қабул қилингандан кейин 24-48 соатдан сўнг 600 мкг (3та таблетка) Мизопропростол ичилади ёки 400 мкг (2та таблетка) тил остига қўйилади ва 30 дақиқа давомида шимилади. Таблетка қолдиқларини ютиб юбориш мумкин.

Ривожланмаётган ҳомиладорликни тўхтатиш учун Мифепристонни қўлламасдан юқорида кўрсатилган схема бўйича фақат Мизопропростолдан фойдаланиш ҳам мумкин.

Ўн икки ҳафтасигача ҳомиланинг ўз-ўзидан чала тушишида

фақат Мизопростол 600 мкг (3та таблетка) ичишга (per os) ёки 400 мкг (2та таблетка) тил остига (сублингвал) берилади.

ДВА амбулатор-поликлиника шароитида бажарилганда акушер-гинеколог шифокор ДВАни бажарилиш баённомаини тўлдиради (4-илова) ва уни амбулатор картага киритади, шунингдек аёлга ўзини кузатиш учун ЭСЛАТМА (5-илова) беради.

Ҳомила тушиши вақтида аёлда қуйидаги ҳолатлар юзага келиши мумкин:

бачадондан ҳайз даврида нормал (ёки кучли) келадиган қонли ажралмаларга ўхшаш ажралмалар ажралиши;

қориннинг паст томони ва белда тўлғоксимон оғриқлар;

кўнгил айнаши, қусиш ва/ёки ич кетиши;

қисқа муддатли тана ҳароратининг кўтарилиши ва/ёки қалтираш.

Бу аломатларнинг барчаси меъёрий ҳисобланади ва одатда тез ўтиб кетади.

Ҳомила тухуми тўлиқ тушишининг клиник аломатлари:

қорин паст томонида оғриқларнинг тўхташи;

қонли ажралмаларнинг кескин тўхташи;

гинекологик кўриқда бачадоннинг қисқариши ва ўлчамлари кичрайиши;

цервикал каналнинг шаклланиши ёки ёпилиши;

аёл ҳомила тушганлигини тасдиқлайдиган аломатларни айтиб беради;

2 ҳафтадан сўнг УТТда - бачадон бўшлиғи шаклланган, ўлчамлари кичрайган, ҳомила тухуми қолдиқлари йўқ.

ДВА ўтказилиш даврида ва дори воситасини қабул қилгандан кейин 2 ҳафта давомида, маслаҳат олиш учун тиббиёт муассасасининг тиббий ходимлари (шифокор ёки патронаж хамшираси) билан узвий алоқада бўлишни таъминлаш зарур.

Абортдан кейинги маслаҳат ва контрацептив воситалар.

Аёлга қуйидаги масалалар бўйича маълумот берилиши зарур:

Одатий фаолиятлар: ўқишни, ишни, автомобил бошқаришни давом эттириши мумкин. Оғир жисмоний зўриқиш, сузиш, фитнес, оғирлик кўтариш, отда юриш каби фаол ҳаракатларни камида 2 ҳафтадан сўнг давом эттириши мумкин.

Гигиена воситаларини қўллаш: сув хавзаларида, бассейнларда, ваннада, сауналарда чўмилиш тавсия этилмайди. Фақат душ тагида чўмилиш тавсия этилади. Мизопростол қабул қилган кунда тампонлар эмас, гигиеник тагликлардан фойдаланиш тавсия қилинади. Қин ичини ювиш мумкин эмас.

Баъзи аёлларда дори воситалари тўлиқ самара бермаса ёки кучли қон кетишлар кузатилса, жараёни яқунлаш учун вакуумли аспирациядан фойдаланишга тўғри келиши мумкин.

Абортдан кейинги инфекциялар хавфи юқори бўлганлиги сабабли 7-10 кун давомида жинсий алоқтага тозаламаслик керак.

Аёлга Мифепристон қабул қилгандан сўнг 8 кунда овуляция тикланиши ва ҳомилдор бўлиш эҳтимоли борлигини ҳақида маълумот бериб, самарали контрацептив усуллари қўллашни тавсия этиш;

Контрацептивнинг бирорта самарали усулини танлаш кераклиги ҳақида тушунтириш ва ҳар бир аниқ ҳолатда тиббий мезонларни ҳисобга олиб мақбул контрацептив усуллари ҳақида аниқ ахборот бериш;

Мифепристон ёки Мизопростол қабул қилган куни аёл, агар қарши кўрсатмалар бўлмаса ва у рози бўлса, аралаш орал контрацептивларни қабул қилишни тавсия этилади;

Бачадон ичи воситасини назорат кўригига келганда ёки ДВАдан кейинги биринчи ҳайзида қўйиш мумкин;

Аёл лозим бўлганда шошилиш ёрдам учун қаерга мурожаат қилиши мумкинлиги ҳақида аниқ хабардор қилинган бўлиши керак.

Аёлда агар қуйидагилар кузатилса, у клиникага қайтиб келиши зарурлиги ҳақида йўл-йўриқ берилиши лозим:

тос соҳасида кучайиб борувчи оғриқлар, кучли қон кетиши (2 тадан кўп вақт ҳар соатда иккита катта тагликни алмаштириш);

кўп миқдорда қон кетиши асосида бош айланиши/алаҳсираш; мизопростол қабул қилгандан икки ҳафта ёки ундан кўп вақт ўтгандан сўнг тўсатдан кўп миқдорда қон кетиши;

Мизопростол қабул қилгандан 48 соатдан сўнг жуда кам қон кетиши ёки умуман қон келиши кузатилмаслиги;

иситма кўтарилиши (4 соатдан ортиқ давом этса ёки Мизопростол қабул қилгандан кейин бир кундан сўнг кузатилиши).

Аёл истаган вақтда ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатишни тўхтатиб қўйиши ва ҳомиладорликни жарроҳлик усули билан тугатишни талаб қилиши мумкин.

Кейинги кузатув:

Ҳомиладорлик ўн икки ҳафтасигача тўхтатилганда ДВА асоратсиз кечган бўлса, кейинги кузатувлар шарт эмас.

Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатишдаги асоратлар.

Аёл қуйидаги асоратларнинг бирортаси билан мурожаат қилганда шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш учун аёлни гинекологик шифохонага зудлик билан ётқизиш лозим.

Ривожланаётган ҳомиладорлик:

Барча ДВАлар умумий сонининг 0,5 фоизида учрайди.

Аёлга вакуумли аспирация ёки такроп Мифепристон билан Мизопростолни қўллашни тавсия этилади. ДВА самарасиз бўлганда ҳомила ривожланишида нуқсонлар бўлиши ҳақида маълумотлар кам бўлиб, улар ишончли эмас. Тегишлича, агар аёл ҳомиласини сақлаб қолишни хоҳласа, уни тўхтатишга мажбурлаш керак эмас. Шу билан бирга, аёлга ДВАда қўлланиладиган дори воситаларининг ҳомилага таъсири номаълум эканлигини ва шу сабабли кузатувда бўлиши лозимлигини тушунтириш керак.

Чала аборт: Мизопростол қабул қилгандан кейин 7-14 кун давомида бачадон бўшлиғининг ҳомила тухуми қолдиқларининг тўлиқ бўшамаслиги. Барча ДВАларнинг 5 фоизини ташкил этади.

Даволаш: агар хавф белгилар кузатилмаса, (иситма, кўп қон кетиши), кутиш керак.

Шунингдек қўшимча 600 мкг (3та таблетка) Мизопростолни ичиш ёки 400мкг (2та таблетка) тил остига қўйиб шимишни тавсия қилиш мумкин. Агар аёл Мизопростолнинг қўшимча миқдорини қабул қилишдан бош тортса, вакуумли жарроҳлик аралашувини бажариш керак.

Қон кетиши/кўп қон йўқотиш: агар аёл бир соат ичида кетма-кет 2 та катта таглик алмаштирса ва бундай ҳолат икки соат давом этса, қиндан қон кетиш деб баҳоланади. Гемоглобин миқдорини клиник аҳамиятли даражада ўзгарадиган кучли қон кетишлар камдан кам кузатилади. Тахминан бир фоиз аёлларга қон кетишини тўхтатиш мақсадида вакуум аспирация қилинади Қон қуйиш эҳтимоли умумий олиб борилган дори воситалари ёрдамидаги абортларнинг 0,05 фоизини ташкил этади.

Даволаш: тегишли кўрсатмаларда жарроҳлик аралашуви бажарилади.

Инфекция: Дори воситалари ёрдамидаги абортдан кейин инфекция жуда кам – барча ўтказилган ДВ абортлар умумий сонининг 1 фоизидан кам кузатилади.

Даволаш: бактерияларга қарши даволаш. Оғир шаклларида гинекология бўлимига ётқизилади.

3.2. Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача жарроҳлик йўли билан тўхтатишни амалга ошириш баённомаси

Усулнинг тавсифи:

Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтасигача жарроҳлик усули билан тўхтатишда электрик ёки мануал вакуумли аспирация (МВА) тавсия этилади (1 -жадвал). Вакуумли аспирация бачадон бўйнини кенгайтириш (дилатация) ва кюретажга нисбатан асоратларнинг кам кузатилиши туфайли афзалдир. Уни акушерлик ва гинекология шифохоналари қошидаги поликлиникаларда амбулатор шароитда ўтказиш мумкин.

Аёлда ёндош (юқори хавф туғдирувчи) касалликлар бўлганда ёки тиббий кўрсатмалар бўйича ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш фақат клиниканинг гинекология бўлимида амалга оширилади.

Жарроҳлик абортдан олдин бачадон бўйнини тайёрлаш мақсадга мувофиқ. Уни умумбелгиланган тартибда 18 ёшдан кичик кизлар, биринчи туғувчи аёлларда, ҳомиладорлик муддати 9 ҳафтадан катта бўлганда, шунингдек шифокор бачадон бўйнини кенгайтириш жараёнида у ёки бу асоратлар кузатилиши мумкинлигини эҳтимол қилган ҳар қандай бошқа вазиятларда албатта бажарилиши керак. Бачадон бўйнини тайёрлаш учун операциядан 3 соат олдин 400 мкг Мизопростолни қинга киритиш ёки тил остига қўйиш тавсия этилади.

Муолажа махсус ўқитилган шифокор акушер-гинеколог томонидан бажарилиши лозим.

Кўрсатмалар:

Ҳомиладорликни аёлнинг хоҳишига кўра ўн икки ҳафтасигача сунъий тўхтатиш;
Ҳомиладорликни тиббий кўрсатмаларга кўра ўн икки ҳафтасигача сунъий тўхтатиш;

Дори воситалари ёрдамида ҳомиладорликни тўхтатишга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки унинг самараси бўлмаганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш;

14 ҳафтагача ҳомиланинг ривожланишдан тўхташи;

13 ҳафтагача ҳомиланинг ўз-ўзидан чала тушиши.

Эҳтиёткорлик чоралари:

Аёл организмида ҳар қандай ўткир яллиғланиш касалликлари, инфекцион касалликлар аниқланганда, аёл соғайгунича муолажа қолдирилади. Агар ҳомиладорлик муддати тўлиқ даволаниш учун имконсиз бўлса, муддатини ҳисобга олган ҳолда, даволанишни бошлаш билан бирга, жарроҳлик амалиётини ҳам амалга ошириш мумкин.

Қуйидаги ҳолатларда жарроҳлик йўли билан ҳомилани олиш жараёнини эҳтиёткорлик билан фақат клиниканинг гинекология бўлимида шошилиш чорамнинг барча воситаларини тайёр тутган ҳолда ўтказиш зарур:

анамнезда қон кетиши;

қон ивишида бузилишлар;

анамнезда бачадон перфорацияси;

камқонликнинг оғир даражаси;

бачадон туғма ривожланиш нуқсонлари (икки шохли, бачадон бўшлиғида тўсиқ).

Ихтиёрий розилик:

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан олдин қуйидаги масалаларни ойдинлик киритган ҳолда, аёлдан ихтиёрий розилик аризаси (3-илова) олинади:

аёл ҳоҳиши бўйича аборт қилиш учун ҳомиладорлик муддати мос келадими;

аёл, у қарорни мустақил қабул қилиши кераклигини тушунганми, у муолажанинг моҳиятини, қандай муқобилликлар мавжудлигини, ўзи танлаган оғриқсизлантириш усули моҳиятини, хавф-хатарлар эҳтимолини, афзалликлар ва асоратларни тўғри тушунганми; лозим бўлганда клиникага текшириш учун қайтиб келишга розими.

Жарроҳликдан олдин антибиотиклар билан профилактика ўтказиш:

Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатишда аёлларга профилактика мақсадида антибиотикларни қабул қилиш тавсия этилади. Профилактика мақсадида антибиотикларни қабул қилишнинг тавсия этиладиган тартиби:

муолажадан олдин 1г метронидазол ичиш, сўнг ҳар 6 соатда 500 мг, 3та дозагача;

ёки муолажадан 30-60 дақиқа олдин 200 мг доксициклин ичиш ёхуд, хламидиоз ривожланиши хавфи бўлганда, муолажадан сўнг дарҳол 100 мг дан кунига 2 маҳал, 7 кун давомида ичиш.

Жарроҳлик абортдан олдин **бачадон бўйинини тайёрлаш** мақсадга мувофиқ ҳисобланади, уни умумбелгиланган тартибда 18 ёшдан кичик қизлар, биринчи туғувчи аёлларда, ҳомиладорлик муддати 9 ҳафтадан катта бўлганда, шунингдек шифокор бачадон бўйинини кенгайтириш жараёнида у ёки бу асоратлар кузатилиши мумкинлигини эҳтимол қилган ҳар қандай бошқа вазиятларда албатта бажарилиши керак.

Ҳар қандай муддатдаги ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин қуйидаги усуллардан бирини қўллаб амалга ошириш мумкин:

Муолажадан 24-48 соат олдин 200 мг Мифепристон ичишга берилади;

Муолажадан 1-3 соат олдин 400 мкг Мизопростол тил остига қўйиб шимилади;

Муолажадан 3 соат олдин 400 мкг Мизопростол қинга қўйилади;

Муолажадан 6-24 соат олдин ламинарий таёқчалари бачадон бўйнига қўйилади.

Оғриқсизлантириш.

Оғриқни камайтириш.

Рухий қўллаб-қувватлаш.

Муолажадан олдин, муолажа вақтида ва ундан кейин маслаҳат бериш доирасида рухий қўллаб-қувватлаш, айниқса седатив воситаларисиз маҳаллий оғриқсизлантиришда хавотир ҳиссини камайтириш имконини беради. Муолажадан олдин, муолажа вақтида ва ундан кейин рухий қўллаб-қувватлаш тўғри олиб борилганда аёлда қўрқув, хавотир туйғулари ҳамда оғриқ ҳисси камаяди.

Анальгетиклар ва/ёки седатив дори воситаларини кичик миқдорларда қўллаш.

Седатив воситаларни қўллаганда аёл қарахт ҳолатга тушади. У жисмоний ва вербал таъсирларга жавоб бера олади, бунда нафас олиш рефлексларига таъсир бўлмайди. Қуйидагилар тавсия этилади:

1) Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) - масалан: Ибупрофен 400 мг муолажадан 20-60 дақиқа олдин ичишга берилади;

2) Анксиолитик таъсирга эга бензодиазепинлар муолажадан 30-60 дақиқа олдин ичишга берилади.

Маҳаллий анестезияда хавф кам кузатилади. ЖССТ уни ҳомиладорликнинг 1 триместрида абортларда қўллашга тавсия қилади.

Парацервикал блокада. Маҳаллий анестетиклар қўлланилади, масалан, 0,5-1% лидокаин, 15-20 млдан қўлланилади. Лидокаиннинг минимал токсик миқдори 200 мг бўлиб, ундан ортик қўллаш тавсия этилмайди.

Анестетик эритмаси бачадон бўйинининг қисқич қўйиладиган, яъни соат циферблатининг 12 га мос келадиган жойига шиллик остига 1-2 мл юборилади. Қисқич бачадон бўйинининг оғриқсизлантирилган жойига қўйилади.

Парацервикал блокада бачадон бўйинининг цервикал эпителий вагинал эпителийга ўтишидаги 2та жойга – соат циферблатидаги 4 ва 8 рақамлари соҳасига бачадон бўйинининг

ички бўғзи томонга ҳаракатланиб қилинади.

Блокада қилингандан кейин муолажалани бошлашдан олдин 1-2 дақиқа кутиб туриш керак.

Аёлнинг оғриққа чидамлилигини ошириш учун:

Игнани киритишда оғриқ камроқ сезилиши учун аёлга йўталиш таклиф қилиш керак.

Блокада қилингандан сўнг муолажа бошлашдан олдин 1-2 дақиқа кутиб туриш керак.

Маҳаллий анестетик қон томирига тушиб қолмаслигини кузатиб туриш керак.

Маҳаллий анестезия вақтида аёл ўз ҳиссиётлари ҳақида гапириб туриши мумкин, бу бачадон перфорацияси эҳтимолини камайтиради, муолажадан кейинги тикланиш даври қисқаради. Аёл тезроқ ва кузатувчиларсиз ўзи мустақил шифохонадан кетиши, шифокор тавсияларини эшитиши ва унга жавоб бера олиши мумкин.

Агар аёл овқатланган ёки суюқлик ичган бўлса, маҳаллий анестезияда ўпка аспирацияси хавфи анча камаяди.

Маҳаллий анестезия иқтисодий жиҳатдан арзон бўлади.

Умумий анестезияни маҳаллий оғриқсизлантиришга таққослаш.

Умумий оғриқсизлантиришда кўп миқдорда қон кетиши, бачадон бўйни жароҳати, перфорация, шунингдек анестетикларнинг тизимли таъсири натижасида нафас асоратлари кузатилиши хавфи юқори бўлади. Шу сабабли уни фақат стационар шароитда қўлланилади.

Агар аёл умумий анестезияни танласа, ҳомиладорликни тўхтатиш операцияси ва назорат остида анестетик дори воситаларини юбориш давомида муолажа ўтказиладиган хонада анестезиологияда тегишли малакага эга тиббиёт ходимлари бўлиши шарт.

Умумий анестезия ва седатив воситалар юбориш давомида узлуксиз равишда оксигенация бажарилиши, юра86022–қон томир тизими фаолияти, тана ҳарорати узлуксиз баҳолаб борилиши, вена ичига йўл тайёрлаб қўйилган бўлиши ва қўшимча ўпкани сунбий вентиляция қилиш учун жиҳозлар бўлиши лозим.

Кучли седатив таъсир ва умумий анестезияга ўн икки ҳафтасигача МВАда зарурат одатда кам бўлади.

8. Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш техникаси.

Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача (аменореянинг 84 кунигача) мануал ёки электрик вакуумли аспирацияси

Муолажани бошлашдан аввал вакуумли аспирация учун керакли асбобларнинг тайёрлаб қўйилгани, ишга яроқлилиги, зарарсизлантирилганлигига ишонч ҳосил қилиш зарур. Бачадон бўйнига фақат зарарсизлантирилган асбоблар киритилади. Кенгайтиргичлар, канюлялар ёки зондларнинг бачадон ичига кирадиган қисмлари зарарсизлантирилмаган юза ёки объектларга, жумладан қин деворларига тегиши мумкин эмас.

Бачадон бўйни ўлчамига мос келадиган бир нечта бир марталик канюлялар тайёр туриши керак. Ҳар бир канюля, агар унинг ўрамаси бузилмаган бўлса, зарарсизлантирилган ҳисобланади. Ўрамани очишдан аввал унинг бутунлигини текширинг. Бачадон бўйнидан зич ўтадиган канюляни танлаган маъқул, шунда вакуум шприцдан бачадонга тўғри ўтади. Қўл остида бир неча ўлчамли канюлялар бўлиши мақсадга мувофиқ.

Мос ўлчамли канюляни танлаш:

Ҳомиладорлик муддатидан (охирги хайзнинг биринчи кунидан) бир ўлчам кичик диаметрдаги найчани қўллаш лозим. Масалан, агар аёлда охирги ҳайзи 10 ҳафта олдин келган бўлса, найчанинг диаметри 9-10 мм бўлиши керак; ҳомиладорликнинг 10 ҳафтасигача бўлган ҳар қандай муддатларида қаттиқ кенгайтиргичларни қўлламадан стандарт эгилувчан 6, 7, 8 мм диаметрдаги канюляларни ишлатиш мумкин.

Бачадоннинг тахминий ўлчами (ОҲМ хафта)	Канюлянинг тахминий ўлчами
5 - 7 ОҲМ	5 мм
7 - 9 ОҲМ	6 мм
9 - 12 ОҲМ	7 – 12 мм

Шприцни текшириш. Шприц вакуумни ушлаб туриши зарур. Бу шприц вакуумни ушламаётган бўлса, ёки кўзга кўринадиган ёриғи ёки нуқсони бўлса, уни ташлаб юбориш керак.

Шприцни ишлатишдан аввал уни вакуумни ушлай олиши текширилади. Бунинг учун шприцни бир неча дақиқага вакуум билан қолдириш керак. Агар шприц вакуумни ушлаб туrolмаса, қисиб турадиган ҳалқани алмаштириш ёки бошқа шприцни олиш керак

Мануал вакуумли аспирациясининг босқичлари

1) Аёлдан сийдик қопини бўшатишни сўранг. Бимануал текширув орқали бачадон ўлчами ва ҳолатини текширинг. Инфекциянинг ҳар қандай аломатига эътиборли бўлиш ва бундай ҳолатлар кузатилганда стандарт баённомаларга мувофиқ тез ҳаракат қилиш зарур;

2) Бачадон бўйнини кўриш учун қинга гинекологик кўзгу киритилади.

3) Бачадон бўйни ва қинга антисептик восита билан ишлов берилади.

Муолажани ўтказишда контактсиз усулга риоя қилиш зарур: бачадон бўйнига киритиладиган барча асбоблар ёки уларнинг қисмлари зарарсизлантирилган бўлиши лозим. Бачадон бўйнига киритишдан олдин бирор бир юза ва буюмлар билан контактда бўлишига йўл қўйилмайди.

5) Оғриксизлантиш бажарилади.

6) Бачадон бўйни қисқичлар ёрдамида фиксация қилинади ва бачадон бўйни канали эҳтиёткорлик билан тортилган ҳолда тўғрилаб олинади.

7) Бачадон бўшлиғи узунлигини ўлчанади, бунда канюляни ишлатиш мумкин. Канюля учига энг яқин нуқта ундан 6 см да жойлашган, бошқалари эса 1 см дан кейин қўйилган бўлади.

8) Бачадон бўйни каналини заруриятга кўра кенгайтирилади. Бачадон бўйни каналини бачадон ўлчамига мос келадиган канюля бачадондан ўтмаганда кенгайтириш керак бўлади. Заруратга кўра, бундай кенгайтиришни пластик ёки металл Гегар кенгайтиргичлари ёрдамида механик йўл билан ёки осмотик кенгайтиргич билан, ёки катталашиб борадиган ўлчамли канюлялар сериясидан фойдаланган ҳолда аста-секин ва охиста бажариш мумкин, бунда бачадон бўйнини шикастлаб қўймасликка ҳаракат қилиш керак. Энг яхши усул бачадон бўйнини простагландинлар билан тайёрлашдан иборат.

Бачадон канали орқали канюля бачадон бўшлиғига эҳтиёткорлик билан фақат ички бўғоз орқали киритилади. Киритишни енгиллаш учун канюляни енгил босим таъсирида айлантириб туриш мумкин.

Тайёр шприц канюляга уланади, бунда найча учини бир қўлда тутиб, бошқа қўлда шприц ушланади ва уланади. Шприцни улагунигизга қадар найча бачадон ичкарисига кириб кетмаганига ишонч ҳосил қилинг.

Найчани бачадон бўшлиғига тубига еткунича охиста киритинг. Бачадон тубини канюляда кўрсатилган нуқталар бўйича белгиланг. Сўнг енгилгина найчани тортиб чиқаринг.

Канюля орқали бачадонга вакуумни юбориш учун шприц босма клапанини бўшатинг. Канюля орқали шприцга қон аралаш тўқималар ва пуфаклар ўта бошлайди.

Канюля учини охиста ҳаракатлантириш орқали шприцни енгил айлантириб бачадон ичини бўшатинг. Канюляни (унинг тешигини) цервикал каналдан чиқармаслик муҳим, акс ҳолда вакуум ҳолати йўқотилади. Агар шундай бўлса, вакуумни қайта тиклаш бўйича йўриқномаларига риоя қилинг. Шприцда вакуум ҳолати сақланиб турганда ва канюля бачадон ичида бўлганда, зинҳор шприц плунжеридан тутиб турманг. Шприц корпуси

четидаги плунжер тутқичлари ҳаракатсизлигини таъминланг. Агар плунжер шприцга қайтиб силжиса, тўқималар ва ҳаво бачадон ичига қайтиб отилиб кетиши мумкин.

Муолажанинг тугаганлик белгиларини текширинг. канюляда тўқимасиз қизил ёки пушти ранг кўпик пайдо бўлса, канюля ҳаракатлантирилганда бачадоннинг ички бўшлиғи юзасида дағаллик сезилса, бачадон канюля атрофида қисқаришни бошласа (уни ўраб олса) муолажа якунига етган бўлади.

Шприц ва барча асбоблар (канюля, қисқич ва гинекологик кўзгу) ечиб олинади.

Аспирациялаб олинган тўқимани текшириш техникаси.

Тўқималарни ва ҳомила бўлақларини кўздан кечириш ҳомилани тўхтатиш асоратларининг олдини олиш, эктопик ёки моляр (хорионаденома) ҳомиладорликни ўз вақтида аниқлаш имконини беради, кўрикни бевосита муолажа хонасида аёл креслода ётган вақтда ўтказиш лозим. У қуйидагиларни ўз ичига олади:

электр вакуумли аспиратор ёки мануал вакуумли аспиратор шприци ичидагиларини махсус сузгичдан ўтказиб олиш.

сузгичдаги массани совуқ сувда ювиб, шаффоф идишга солиш.

Бачадон бўшлиғидан чиққан тўқимани баҳолаш; кўриқдан ўтказиш вақтида пастдан ёруғлик бериб ҳомила тўқималарини кўздан кечириш лозим. 8 ҳафтадан кичкина муддатда ҳомила тухуми мавжудлигига ва 8 ҳафтадан катта муддатда ҳомила қисмлари борлигига ишонч ҳосил қилиш.

Лозим бўлса – тўқима намуналарини патологоанатомик текширишга юбориш.

Ўқима ва ҳомила қисмлари кўздан кечирилганда тўлиқ бўлмаса, чала абортга шубҳа қилинади ва тиббий ёрдам ҳамда текширишларнинг қуйидаги босқичлари амалга оширилади:

аёлни кўздан кечириш;

қайта аспирация қилиш;

ультратовуш текширувини бажариш.

Агар олинган тўқимада ҳомила қисмлари аниқланмаса, эктопик ҳомиладорликка шубҳа қилинади ва аёл эктопик ҳомиладорликнинг белгилари ва хавфлари ҳақида огоҳлантирилади ҳамда қуйидаги текширишлар ўтказилади:

ультратовуш текшируви;

агар бачадон бўшлиғи тоза бўлса, жарроҳлик муолажасидан 48 соатдан сўнг қон зардобиди ОХГ миқдорий кўрсаткичи аниқланади. Агар кўрсаткич 50 фоиздан ортиққа камайган бўлса, эктопик ҳомиладорликни аниқлаш учун текширишни такрорлаш шарт эмас;

агар ОХГни миқдорий серологик текшириш бирор ўзгаришни кўрсатмаса ёки ўзгариш кам бўлса, эктопик ҳомиладорлик ташҳиси ҳужжатлаштирилади ва тўлиқ даволанади. Акс ҳолда бемор юқориқроқ малакали тиббий ёрдам кўрсата оладиган тиббий муассасага юборилади.

Аёл эктопик ҳомиладорлик истисно этилгунча ёки йўлланма ҳужжатлаштирилгунча назоратда бўлади.

Кўриқдан сўнг абортда олинган тўқималар чиқиндиларни йўқ қилиш қондаларига мувофиқ йўқ қилинади.

Ўзгариш бўлган тўқималар моляр ҳомиладорлик ёки хорионэпителиома ташҳисини истисно этиш учун патологоанатом шифокор томонидан ўрганилиши шарт.

Ҳомиладорликни тўхтатиш муолажасидан сўнг аёлда даволашни олиб бориш. Контрацептивлар.

Ҳомиладорликни тўхтатиш билан боғлиқ аксарият асоратлар бевосита муолажадан сўнг аниқланиши мумкин. Муолажадан сўнг кузатиш хизматлари ва уларнинг сифати ҳомиладорликни сунъий тўхтатиш бўйича хизматларнинг асосий таркибидан бири ҳисобланади.

Тикланиш даври давомида аёл жарроҳликдан кейинги парвариш усулларига ўргатилган шифокор, ҳамшира/акушерка кузатувида бўлади. Аёлнинг шифохонада қанча вақт қолиши индивидуал тартибда ҳал қилинади.

Умумий анестезия қилинганда анестезиология ва интенсив даволаш хизмати тиббиёт ходимлари тикланиш даври давомида 2-3 соат аёлни кузатиб туришади.

Шифохонадан чиқишда аёлнинг умумий аҳволи қониқарли бўлиши, артериал қон босими ва пульси турғун бўлиши ҳамда қон аралаш ажралмалар ва оғриқлар камайган бўлиши лозим.

Аёлга муолажадан кейинги даврнинг нормал кечиши белгилари, ундан кейин кузатилиши мумкин бўлган асоратлар белгилари, абортдан кейин репродуктив фаолияти қачон тикланиши ҳақида маълумотлар берилиши керак. Шунингдек аёлга ўзини ўзи кузатиш бўйича эслатма берилади.

Аёлга ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма берилади.

Эслатма қуйидаги маълумотлардан иборат бўлиши керак:

Нормал тикланиш белгилари:

бир неча кун давомида бачадонда кучсиз спазмлар бўлиши, уларни яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиб бартараф этиш мумкин;

ҳайз каби кам миқдорда қон аралаш ажралмалар 30 кунгача келиб туради ва аста-секин камайиб боради;

Ёзиб берилган ҳар қандай дори воситасини қабул қилиш ҳақида йўриқнома;

Шахсий гигиена ва жинсий ҳаётни тиклаш, ҳайзнинг тикланиши ва контрацептив ҳақида маълумотлар:

Қон келиши тўхтагандан сўнг бир неча кун давомида аёл қинга бирор бир восита (чайиш, тампон қўйиш) қўлламаслиги лозим;

янги ҳайз 4-8 ҳафтадан сўнг бошланади;

қайта ҳомиладор бўлиш фаолияти муолажадан бир неча (7-10 кун) кундан сўнг тикланади, шу сабабли ҳомиладорлик режалаштирмаган бўлса, контрацептив усулларидан фойдаланилиш тавсия этилади;

аёл қон ажралиши тўхтамагунича жинсий ҳаётдан сақланиб туриши лозим.

Зудлик билан шифохонага мурожаат қилиш ва аралашувларни талаб этиладиган белгилар ва аломатлар:

одатдаги ҳайзга нисбатан кўпроқ миқдорда ва/ёки узоқ вақт қон кетиши (икки соат давомида кетма-кет ҳар бир соатда 2та ва ундан ортиқ таглик алмаштириш);

кучли ёки кучайиб борувчи оғриқлар;

ёқимсиз ҳидли ажралмалар;

тана ҳароратининг кўтарилиши, қалтироқ;

хушдан кетиш.

1. Аёл шошилинич ёрдамни қаердан олиши ва тиббий муассаса билан доимий алоқада бўлиш тартиби, шошилинич тиббий ёрдам олиш учун мурожаат қилиши мумкин бўлган тиббий муассасалар рўйхати ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиши зарур.

2. тиббий мезонларни ҳисобга олган ҳолда ҳар бир алоҳида ҳолатда макбул ҳисобланадиган контрацептив усуллари ҳақида аниқ маълумотлар берилиши керак.

Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатиш асоратлари.

Биринчи триместрда қилинган аборт ёки тўлиқ тушмаган ҳомилада даволаш вақтида **ноаниқ аспирацияланган тўқима** ажралиши. Агар аспирацияланган тўқима кам бўлса ёки унда яққол ҳомила қолдиқлари кузатилмаса, бу ҳолат бачадон ичи тўлиқ тозаланмаганлиги ёки эктопик ҳомиладорликдан дарак беради. Бундай маҳсулотлар ҳомила ташлашда ҳам бўлмаслиги керак.

Тактика: кичик тос абзоларини УТТ, қон (ёки сийдик)да ОХГни аниқлаш, кузатув.

Бачадон ичининг чала аспирацияси. Ҳаддан ташқари кичик канюлядан фойдаланиш ёки аспирацияни вақтидан олдин тугатиш бачадон ҳомила тўқималаридан

тўлиқ тозаланмаслигига, қон кетиши ва инфекция ривожланишига сабаб бўлади. вакуумли аспирация вақтида бачадон ичи тўлиқ тозаланиши белгиларини синчковлик билан кузатиб кутиш ва олинган тўқималарни диққат билан текшириш зарур. Тўлиқ ўтказилмаган аспирацияда муолажани қайта ўтказиш ва одатда, антибиотиклар қўллаш тавсия этилади.

Эктопик ҳомиладорлик. Аспирацияланган тўқимани текширганда хорион тўқимаси, мембрана ёки эмбрион бўлаклари кузатилмаса, ectopик ҳомиладорликка шубҳа қилинади. Ташхисни тасдиқлаш учун УТТ, хорионик гонадотропин миқдорини динамик аниқлаш ва зарур ҳолларда - лапароскопия қўлланилади.

Ўткир гематометра. Бу яллиғланиш жараёнисиз бачадон бўшлиғида қон тўпланиб қолишидир. Бу асорат бачадондан қон чиқиб кетишининг бузилиши оқибати бўлиб, бачадон бўшлиғининг кенгайишига сабаб бўлади. Муолажадан икки соат вақт ўтгандан сўнг кучли тўлғоқсимон оғриқлар ва вагус симптомлар билан ифодаланади. Пайпаслаш орқали бачадон бўшлиғи катталашгани, оғриқли эканлиги, консистенциясининг ўзгарганлигини аниқлаш мумкин. Ташхисни УТТ ёрдамида тасдиқлаш мумкин.

Тактика: бачадон ичини қайта аспирация қилиш, бачадон тонусини оширадиган ва уни қисқаришига ёрдам берадиган воситалар юбориш. Бактерияларга қарши терапия.

Бачадон бўйни ёки танаси перфорацияси. Бундай асоратлар эҳтимоли операция техникасига риоя этилмаганда ва ёндош инфекциялар бўлганда юқори бўлади. Бундай асоратларнинг олдини олиш учун бачадон бўйни ва бачадон танаси ҳолатини тўғри аниқлаш зарур. Бачадон перфорацияси ички аъзолар ва қон томирларининг шикастланишига олиб келиши мумкин.

Тактика: иложи борича трансвагинал УТТ, кузатув, зарур бўлганда - диагностик лапароскопия.

Жарроҳлик аралашувлари бачадон ва унга туташ аъзоларнинг зарарланганлик хусусиятига боғлиқ. Бачадон перфорацияга шубҳа қилинганда тегишли чоралар кўрилиши керак, бундай чораларга лапароскопия, баъзи ҳолларда эса лапаротомия ҳам киради.

Қон кетиши.

Қон кетишини даволаш унинг сабаби ва оғирлигига боғлиқ. У қайта аспирация қилиш, утеротоник воситалар юбориш, бачадонни уқалаш, қон ва унинг таркибий қисмларини куйиш, лапаротомиядан иборат бўлиши мумкин.

Кичик тос инфекцияси.

Антибиотиклар билан даволаш.

Ҳаво эмболияси.

Бу ҳолат камдан кам учрайди – канюля бачадон бўшлиғида қолган вақтда шприц поршени олдинга силжиган вақтда юзага келиши мумкин.

3.3 Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача дори воситалари ёрдамида тўхтатиш баённомаси

Усул таърифи.

Дори воситалари ёрдамидаги аборт ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида мифепристон ва мизопростол дори воситаларини қўллаб ҳомиладорликни тўхтатишнинг хавфсиз ва самарали усул бўлиб ҳисобланади (1-жадвал).

Мифепристон ва Мизопростол қўлланилиши орқали ҳомила туширилганда самарадорлик ҳомила тухуми тўлиқ тушганда 95-98 фоизни ташкил этади ва бачадон бўшлиғини кюретаж ёки аспирация қилиш талаб этилмайди.

ЖССТ ДВА учун сифат сертификати бўлган дори воситаларини ишлатишни тавсия этади.

Мифепристон ва Мизопростол дори воситалари клиника томонидан бепул берилади.

Кўрсатма:

Тиббий кўрсатмалар (1-илова);

Ўткир камсувлилик, хорионамнионит;
Ҳомилада ривожланиш нуқсонлари ва хромосом бузилишлар.

Қарши кўрсатмалар.

бўйрак усти беши етишмовчилиги ва/ёки глюкокортикостероидлар билан узок муддат даволаниш;

анамнезда Мифепристон, мизопростол ёки бошқа простагландинларга аллергик сезувчанлик;

қон касаллиги – наслий порфирия (кам учрайдиган қон генетик касаллиги), оғир камқонлик;

қон ивиши бузилишлари ва/ёки антикоагулянт билан узок муддат даволаниш;

бачадон бўшлиғида бачадон ичи воситасининг мавжудлиги (аввал бачадон ичи воситаси олиб ташланади, сўнгра ДВА ўтказилади);

бачадондаги чандиқ (24 ҳафтадан кейин);

экстрагенитал касалликларнинг декомпенсация даври.

Алоҳида эҳтиёткорликни талаб этувчи ҳолатлар:

Бачадон ривожланиш нуқсонлари.

аёлда жинсий аъзолар ўткир яллиғланишлари бўлганда ДВА билан бир вақтда бактерияларга қарши даволаш бошланиши керак.

Аёлда камқонликнинг оғир шаклларида камқонлик даволанади, лозим бўлганда қон ўрнини босувчи воситалардан фойдаланиш асносида ҳомиладорлик тўхтатилади.

Маслаҳат бериш

Маслаҳат бериш давомида аёлга қуйидаги маълумотлар берилади:

Дори воситаларини қабул қилиш тартиби, муолажанинг давомийлиги, самараси, усулнинг кузатилиши мумкин бўлган ноҳўя таъсирлари ва асоратлари, ДВА самарасиз бўлганда жарроҳлик усулини қўллаш зарур бўлиши мумкинлиги ҳақида;

ДВА пайтида яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаб, оғрик қолдириш мумкинлиги;

аёл учун тўғри келадиган контрацептив усуллари ҳақида.

Ихтиёрий розилик

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишдан олдин қуйидаги масалаларни ойдинлик киритган ҳолда, аёлдан ихтиёрий розилик аризаси расмийлаштирилади:

Оғриксизлантириш

Вербал анестезия: яқинларининг қўллаб-қувватлаши ва эътибори (сўз билан таскин бериш).

Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (кейинги ўринларда - ЯҚНДВ)- мисол учун:

ибупрофен 400 дан 800мг гача ичишга ҳар 3 соатда берилади, аммо кунлик дозаси 3200 мг дан оширмаслиги керак.

Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача дори воситалари орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш босиқчлари

А. Аёл 200 мг (1 таблетка) Мифепристонни поликлиника шифокори қабулида ёки (хоҳиши бўйича) уйида ичади ва вақтни белгилаб қўяди.

Аёл Мифепристонни қабул қилгандан кейин **24-48 соатдан сўнг** Мизопростол қабул қилиш учун шифохонага ётқизилади.

400 мкг (1 таблетка - 200 мкг) Мизопростолни ҳар 3 соатда тил ости ёки лунж орасига олиб 30 дақиқа давомида шимади ёки қинга қўяди. Таблетканинг оғиздаги қолдиқларини ютиб юбориш мумкин.

Мизопростол ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушиб кетгунича қабул қилинади.

Агар аёл 24-48 соат ичида Мизопростолни ичишни унутган бўлса, у ҳолда Мифепристонни қабул қилганидан 72 соатдан кечиктирмай қабул қилиши керак.

Агар 72 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, усулни қайтадан бошлаш зарур бўлади.

Б. Агар мифепристон топилмаса, фақат Мизопростолнинг ўзи билан ҳам ДВАни амалга ошириш мумкин:

400 мкг (1 таблетка - 200 мкг) Мизопростолни ҳар 3 соатда тил ости ёки лунж орасига олиб 30 дақиқа давомида шимади ёки қинга қўяди (ЖССТ, 2018).

Шуни айтиш керакки, бунда ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушиб кетиши Мифепристон-Мизопростол комбинациясига нисбатан секинроқ кечади.

14-22 ҳафталик муддатда ҳомиланинг ривожланмай қолиши

Мифепристон қабул қилгандан кейин 24-48 соатдан сўнг 400 мкг Мизопростол (200мкг дан 2та таблетка) ҳар 4-6 соатда ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгунича тил остига ёки қинга қўйилади. Таблетканинг оғиздаги қолдиқларини 30 дақиқадан кейин ютиб юбориш мумкин.

13-22 ҳафталик муддатда чала ҳомила тушиши: фақат 400 мкг Мизопростол (200 мкг дан 2та таблетка) ҳар 3 соатда тил ости ёки лунж орасига олиб 30 дақиқа давомида шимилади ёки қинга қўйилади. Таблеткани оғиздаги қолдиқларини ютиб юбориш мумкин.

Мизопростол ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушиб кетгунича қабул қилинади.

Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида ДВА бир неча соатдан бир суткагача ва ундан ҳам кўп вақт давом этиши мумкин. Бу вақтда тиббиёт ходимлари, ҳомиладор аёлни яқин қариндошлари (агар у рози бўлса) қўллаб туришлари, унга психологик қулай шароитлар яратилиши керак. Ҳар уч соатда гемодинамик кўрсаткичларни қайд қилинади (3-жадвал).

Агар 24 соат давомида ҳомиладорлик тўхтатилмаса, охириги Мизопростол дозасидан 3 соатдан сўнг такрор Мифепристон бериб, 12 соатдан сўнг мизопростол қабул қилишни тиклаш керак. Кейинги 48-72 соат давомида ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш самара бермаса (ҳомила тухуми тўлиқ тушмаса), тактика қайта кўриб чиқилади ва масала индивидуал тартибда ҳал этилади.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни олиб бориш, ҳомила ва йўлдошни тушиши, абортдан кейинги даврдаги клиник белгилари

Аёл қуйидагиларни хис қилади:

Қорин пасти ва белида тўлғоқсимон оғриқ;

Кўнгил айнаши, қайт қилиш ва/ёки ич кетиши;

Қисқа вақт тана ҳарорати кўтарилиши ва қалтираш;

Қоғаноқ сувлари кетиши.

Бу белгилар одатий ҳол бўлиб, ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгандан сўнг тезда ўтиб кетади.

Ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушиши белгилари:

Қорин пастида оғриқ тўхташи;

Қон аралаш ажралмаларнинг кескин камайиши;

Гинекологик кўрикда: бачадон қисқарган ва ўлчамлари кичрайган; цервикал канал ёпилган ва шаклланган.

Ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгандан сўнг аёлда 20-25 кундан 40 кунгача қиндан қон аралаш ажралма (кам миқдордан то суртма шаклигача) келиб туриши мумкин.

Қон кетиши кузатилмаганда йўлдош тушиши учун қўшимча 400мкг Мизопростол (2та таблетка) бериб икки соатгача кузатилади. Агар 2 соатдан сўнг ҳам йўлдош тушиши ёки бачадоннинг тўлиқ бўшатилиши кузатилмаса, унда жарроҳлик усулига ўтилади (вакуумли аспирация, йўлдошни қўл билан ажратиш ва чиқариш).

Ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгандан кейин 2 соатдан сўнг назорат текширувида гинекологик кўрикда цервикал канал ва бачадон ўлчамлари баҳоланади.

Аёлга уйига жавоб бериш масаласи индивидуал тарзда ҳал қилинади.

Аёл, керак бўлганда, шошилиш тиббий ёрдам учун қаерга мурожат қилиши мумкинлиги ҳақида аниқ маълумотга эга бўлиши керак.

Асоратлар:

Қон кетиши кутилган ножўя таъсир бўлиб, одатда кучли бўлмайди. Қон куйишни талаб қиладиган кучли қон кетиш (500 млдан ортиқ) 0,7 % ҳолатларда кузатилади.

Чала аборт, одатда, йўлдошнинг кеч тушиши билан боғлиқ бўлиб, кучли қон кетишининг кенг тарқалган сабабларидан биридир (8-19%). Бу ҳолатда плацента қолдиқлари инструментал усулда тозаланади.

ДВАда бачадон бўйни йиртилишлари, дилатация ва эвакуациядагидек, 0,1-0,2 фоиз ҳолатда кузатилади.

Ҳомиладорликнинг II триместрида Мифепристон ва Мизопростолни қўллаб, ДВА бажарилганда **бачадон ёрилиши** жуда кам (0,01%) ҳолларда ва асосан муолажани жарроҳлик йўли билан яқунлашда кузатилади. Мизопростолдан фойдаланилганда кесарча кесишдан кейин бачадонда чандиғи бўлган битта аёлда бачадон ёрилгани ҳақида маълумот бор.

Инфекция ҳомиладорликнинг кечки муддатларида дори воситалари ёрдамида аборт қилишда кам учрайдиган асоратдир. Фақат 2,6 фоиз аёлларда инфекция тахмин қилиниб, антибиотик берилганлиги ҳақида битта маълумот бор. Шундай бўлса-да, гестация муддати қанча катта бўлса, инфекция билан асоратланиш эҳтимоли ҳам шунча ортади. Изланишлар шуни кўрсатадики, умуман олганда, ДВА вақтида антибиотикларни қўллаш инфекциянинг нисбий хавфини 76% га камайтиради.

Инфекциянинг олдини олиш учун аборт жарроҳлик йўли билан тугатилса, ҳамма аёлларга антибиотик билан одатий профилактика қилиш тавсия этилади (аборт қилинадиган кун муолажадан олдин). Аборт дори воситалари ёрдамида тугатилганда антибиотикли профилактика ҳамма аёлларга тавсия этилмайди, аммо хавф гуруҳидаги аёлларга тайинланиши мақсадга мувофиқдир:

- агар беморда охириги 12 ой ичида хламидия инфекцияси аниқланган ва унинг эрадикация тасдиқланмаган бўлса;
- жинсий шерикларида хламидия инфекцияси аниқлаган бўлса;
- бактериал вагиноз ташҳиси қўйилган бўлса (клиник кўриниши бор ёки йўқлигидан қатъи назар);
- охириги ойда икки ёки ундан ортиқ жинсий шериклари бўлган бўлса.

3.4. Ҳомиладорликни 12 ҳафтасидан 22 ҳафтасигача жарроҳлик йўли билан сунъий равишда тўхтатиш баённомаси

Усул таърифи:

ўн икки ҳафтасидан сўнг ҳомиладорликни тўхтатиш учун тавсия этилган жарроҳлик усули - бу электр ёки мануал вакуумли аспирация (ЭВА, МВА) ва бачадон бўйнини олдиндан тайёрлаб, цервикал канални кенгайтириш, ҳамда ҳомила ва йўлдошни эвакуация (КЭ) қилиш (1-жадвал).

Бачадон бўйнини простагландинлар билан олдиндан тайёрлаган ҳолда электр ёки мануал вакуумли аспирацияси (МВА) 14 ҳафталик муддатгача ушбу усулларнинг 3-иловада келтирилган тавсифига мувофиқ бажарилади.

Цервикал канални кенгайтириш, ҳамда ҳомила ва йўлдошни эвакуация қилиш (КЭ) ҳомиладорликнинг 14-ҳафтасидан кейин қўлланилади.

Малакали, тажрибали тиббиёт мутахассислари томонидан амалга оширилса, бу ҳомила муддати катта бўлганда ҳомиладорликни тугатиш учун энг хавфсиз ва энг самарали жарроҳлик усули ҳисобланади.

Бошқа ҳар қандай аралашув сингари, КЭ усулини хавфсиз бажариш учун тиббиёт ходимлари махсус ўқитилиши, асбоб-ускуналар ва кўникмаларга эга бўлиши керак.

Муолажа махсус тайёрланган, сертификатланган шифокор акушер-гинеколог томонидан бажарилиши керак.

триместрдаги абортнинг барча жарроҳлик усуллари, муддатидан қатъий назар, операцион ва жонлантириш бўлимлари бўлган акушерлик ва гинекологик клиникаларда стационар шароитларда ўтказилиши шарт.

Кўрсатмалар:

ДВА учун қарши кўрсатмалар бўлганда КЭ ўтказилади;

Тиббий кўрсатмалар (1-илова);

Ўткир камсувлилик, хорионамнионит;

Ҳомиладаги туғма ривожланиш нуқсонлари ва хромосома бузилишлари.

Қарши кўрсатмалар

Аёллар жинсий аъзоларининг ўткир ва ўткир ости яллиғланиш касалликлари;

Ҳар қандай локализациядаги ўткир яллиғланиш жараёнлари;

Ўткир юқумли касалликлар.

Эҳтиёт чоралари

ўн икки ҳафтасидан сўнг жарроҳлик аборти эҳтиёткорлик билан, барча шошилиш ёрдам воситалари мавжуд бўлганда амалга ошириш ва қуйидаги хавф-хатарлар эҳтимолини ҳисобга олиш керак:

анамнезида қон кетиш;

қон ивишининг бузилишлари;

анамнезида бачадон ёрилиши;

оғир даражадаги анемия;

қон айланиш тизими касалликлари ва септик ҳолатлар;

бачадон миомаси;

бачадон чандиғи;

бачадон тузилиши туғма ривожланиш нуқсонлари (икки шохли бачадон, бачадон бўшлиғи тўсиғи).

Маслаҳат бериш

Ходимлар ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида абортлар ҳақида маслаҳатлар беришга ва ахборот беришга махсус ўқитилиши керак:

Маслаҳат пайтида беморга қуйидагилар ҳақида маълумот бериш керак.

КЭ ўтказиш тартиби;

бачадон бўйнини олдиндан тайёрлаш усуллари;

муолажанинг давомийлиги;

самарадорлиги;

кузатилиши мумкин бўлган эрта ва кеч асоратлар;

оғриқсизлантириш усуллари;

абортдан кейинги даврнинг кечиши;

контрацептивнинг мақбул усуллари тўғрисида.

Ихтиёрий розилик ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга ҳомиладор аёлнинг ихтиёрий розилик аризаси

жарроҳлик муолажасидан олдинги антибиотикли профилактика.

Ҳомиладорликни жарроҳлик йўли билан тўхтатишда аёлларга профилактика мақсадида антибиотикларни қабул қилиш тавсия этилади.

Профилактика мақсадида тавсия этиладиган антибиотикларни қабул қилиш тартиби:

муолажадан олдин 1г Метронидазол ичишга, сўнг 500 мг ҳар 6 соатда, 3та дозагача;

ёки

муолажадан 30-60 дақиқа олдин 200 мг Доксициклин ичишга;

ёки

хламидиоз ривожланиши хавфи бўлганда муолажадан сўнг дарҳол 100 мг дан кунига

2 маҳал, 7 кун давомида.

Оғриқсизлантириш.

1. Оғриқни камайтириш.

1.1. Рухий қўллаб-қувватлаш.

Муолажадан олдин, муолажа вақтида ва ундан кейин маслаҳат бериш доирасида рухий қўллаб-қувватлаш, айниқса седатив воситаларисиз маҳаллий оғриқсизлантиришда хавотир ҳиссини камайтириш имконини беради. Муолажадан олдин, муолажа вақтида ва ундан кейин рухий қўллаб-қувватлаш тўғри олиб борилганда аёлда кўрқув, хавотир туйғулари ҳамда оғриқ ҳисси камаяди.

1.2. Анальгетиклар ва/ёки седатив дори воситаларини кичик миқдорларда қўллаш.

Седатив воситаларни қўллаганда аёл қарахт ҳолатга тушади. У жисмоний ва вербал таъсирларга жавоб бера олади, бунда нафас олиш рефлексларига таъсир бўлмайди. Қуйидагилар тавсия этилади:

1) Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) - масалан: Ибупрофен 400 мг муолажадан 20-60 дақиқа олдин ичишга берилади;

2) Анксиолитик таъсирга эга бензодиазепинлар муолажадан 30-60 дақиқа олдин ичишга берилади.

1.3. Маҳаллий анестезияда хавф кам кузатилади. ЖССТ уни ҳомиладорликнинг 2 триместрида абортларда қўллашга тавсия қилади.

Парацервикал блокада. Маҳаллий анестетиклар қўлланилади, масалан, 0,5-1% лидокаин, 15-20 млдан қўлланилади. Лидокаиннинг минимал токсик миқдори 200 мг бўлиб, ундан ортиқ қўллаш тавсия этилмайди.

Анестетик эритмаси бачадон бўйнининг қисқич қўйиладиган, яъни соат циферблатининг 12 га мос келадиган жойига шиллик остига 1-2 мл юборилади. Қисқич бачадон бўйнининг оғриқсизлантирилган жойига қўйилади.

Парацервикал блокада бачадон бўйнининг цервикал эпителий вагинал эпителийга ўтишидаги 2та жойга – соат циферблатидаги 4 ва 8 рақамлари соҳасига бачадон бўйнининг ички бўғзи томонга ҳаракатланиб қилинади.

Блакада қилингандан кейин муолажалани бошлашдан олдин 1-2 дақиқа кутиб туриш керак.

Аёлнинг оғриққа чидамлилигини ошириш учун:

Игнани киритишда оғриқ камроқ сезилиши учун аёлга йўталиш таклиф қилиш керак.

Блокада қилингандан сўнг муолажа бошлашдан олдин 1-2 дақиқа кутиб туриш керак.

Маҳаллий анестетик қон томирига тушиб қолмаслигини кузатиб туриш керак.

Маҳаллий анестезия вақтида аёл ўз ҳиссиётлари ҳақида гапириб туриши мумкин, бу бачадон перфорацияси эҳтимолини камайтиради, муолажадан кейинги тикланиш даври қисқаради. Аёл тезроқ ва кузатувчиларсиз ўзи мустақил шифохонадан кетиши, шифокор тавсияларини эшитиши ва унга жавоб бера олиши мумкин.

Агар аёл овқатланган ёки суюқлик ичган бўлса, маҳаллий анестезияда ўпка аспирацияси хавфи анча камаяди.

Маҳаллий анестезия иқтисодий жиҳатдан арзон бўлади.

1.4. Умумий анестезияни маҳаллий оғриқсизлантиришга такқослаш.

Умумий оғриқсизлантиришда кўп миқдорда қон кетиши, бачадон бўйни жароҳати, перфорация, шунингдек анестетикларнинг тизимли таъсири натижасида нафас асоратлари кузатилиши хавфи юқори бўлади. Шу сабабли уни фақат стационар шароитда қўлланилади.

Агар аёл умумий анестезияни танласа, ҳомиладорликни тўхтатиш операцияси ва назорат остида анестетик дори воситаларини юбориш давомида муолажа ўтказиладиган хонада анестезиологияда тегишли малакага эга тиббиёт ходимлари бўлиши шарт.

Умумий анестезия ва седатив воситалар юбориш давомида узлуксиз равишда

оксигенация бажарилиши, юрак–қон томир тизими фаолияти, тана ҳарорати узлуксиз баҳолаб борилиши, вена ичига йўл тайёрлаб қўйилган бўлиши ва қўшимча ўпкани сунъий вентиляция қилиш учун жиҳозлар бўлиши лозим.

Кучли седатив таъсир ва умумий анестезияга тўғри ва тўлиқ маслаҳат берилганда ва вербал анестезияда зарурат кам бўлади.

Бачадон бўшлиғини кенгайтириш ва эвакуация қилиш техникаси

КЭ осмотик дилататорлар ёки дорилар ёрдамида бачадон бўйнини тайёрлашни талаб қилади. Бачадон бўйнини керакли ўлчамгача кенгайтиришни аста-секин ва юмшоқ олиб бориш керак. Бачадон бўйни кенгайтириш ва эвакуация қилишдан олдин тайёрлашга 400 мкг Мизопростолни тил остига қўйиш ёки 600 мкг микдорда муолажадан 2-3 соат олдин кинга қўйиш ёрдам беради.

Бачадондан қон кетишини назорат қилишга кўмаклашиш учун бачадонни қисқартирадиган дорилар (окситоцин, метилергометрин, карбетоцин ва бошқалар) тайёрлаб қўйилган бўлиши керак. Қон йўқотишни камайтириш учун профилактик вазоконстриктор (Вазопрессин), бачадон бўйнига ёки парацервикал қўлланилиши керак.

Бачадон бўшлиғини эвакуация қилиш учун ЭВА ёки МВА, диаметри 12-16 мм бўлган канюля ва ҳомиладорлик даврига мос келадиган абортцанг қисқичларидан фойдаланилади. Ҳомиладорликнинг муддатига кўра, цервикал каналнинг етарли даражада кенгайтириши 2 соатдан 2 кунгача вақтни талаб қилади.

Кўпчилик тиббий мутахассислар ультратовушли текширув остида КЭўтказиш фойдали деб билишади, аммо бу шарт эмас.

КЭ одатда 30 дақиқагача вақтни олади. Ходимлар ва аёллар ҳомиладорликнинг биринчи триместридаги абортга нисбатан кўпроқ қон кетишига тайёр туришлари керак.

4. Ҳомиладорликни тўхтатишнинг бошқа жарроҳлик усуллари:

Катта кўламли операциялар ҳомиладорликни тўхтатишнинг асосий усуллари бўлмаслиги керак. Бугунги кунда ҳомиладорликни тўхтатиш учун гистеротомия қўлланилмайди, чунки асоратлар, ўлим даражаси ва гистеротомия қиймати КЭ ёки ДВА га қараганда анча юқори. Худди шундай, ҳомиладорликни тугатиш учун бачадон экстирпацияси ҳам қўлланилмаслиги керак. Бундай операцияларга кўрсатмаси бўлган аёллар бундан мустаснодир.

VII. Абортдан/туғруқдан кейинги маслаҳат ва контрацептив.

Аёлга абортдан кейинги даврнинг нормал кечиши, бу даврда операциядан кейин асоратлар юзага келса, уларнинг аломатлари, шунингдек абортдан кейин репродуктив функциянинг тикланиши ҳақида хабардор қилинган бўлиши керак.

Аёлга бериладиган ахборот қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

Нормал тикланиш белгилари:

Бир неча кун давомида бачадон қисқариши натижасида бироз оғриқлар бўлиши ва уни яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари қабул қилиб бартараф этиш мумкинлиги;

кам микдорда ҳайздагидек қонли ажралмалар 30 кунгача келиб туриши ва аста-секин камайиб бориши;

Аёл, зарурат бўлса, шифокор қабулига бориш жадвалига роя қилиши, шунингдек ёзиб берилган ҳар қандай дори воситасини қабул қилиш ҳақида йўл-йўриқ берилган бўлиши керак;

Шахсий гигиена ва жинсий ҳаётни тиклаш, ҳамда ҳайзнинг тикланиши, контрацептив ҳақида маълумот:

қонли ажралмалар тўхтагандан сўнг бир неча кун давомида аёл кинга бирор бир восита (чайиш, тампон қўйиш) қўлламаслиги лозим;

янги ҳайз 4-8 ҳафтадан сўнг бошланади;

қайта ҳомиладор бўлиш қобилияти муолажадан бир неча кундан (7-10 кун) сўнг тикланади, шу сабабли ҳомиладорлик режалаштирмаган бўлса, контрацептив усулларидан фойдаланилиш тавсия этилади;

аёл қон ажралиши тўхтамагунча жинсий ҳаётдан сақланиб туриши лозим;

Шошилинч тиббий аралашувларни талаб қиладиган белгилар ва аломатлар:

одатдаги ҳайзга нисбатан кўпроқ миқдорда ва/ёки узоқ вақт қон кетиши (икки соат давомида кетма-кет ҳар бир соатда 2та ва ундан ортиқ таглик алмаштириш);

кучли ва кучайиб борувчи оғриқлар;

ёқимсиз ҳидли ажралмалар келиши;

тана ҳарорати кўтарилиши, қалтироқ;

хушдан кетиш;

Аёл шошилинч ёрдамни қаердан олиши ва тиббий муассаса билан доимий алоқада бўлиш тартиби, шошилинч тиббий ёрдам олиш учун мурожаат қилиши мумкин бўлган тиббий муассасалар рўйхати ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлиши зарур.

тиббий мезонларни ҳисобга олган ҳолда ҳар бир алоҳида ҳолатда мақбул ҳисобланадиган контрацептив усуллари ҳақида аниқ маълумотлар берилиши керак.

Аёл ҳомиладорликни тўхтатиш операциясидан кейин 2 ҳафтадан сўнг назорат кўригига таклиф қилиниши мумкин, аммо бу доим ҳам шарт бўлмайди.

Асоратлар юзага келганда беморда даволашни олиб бориш.

1) Тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун функционал жиҳозланган хона ва тегишли дори воситалари, яъни: кислород узатиш тизими, орал оксигенация учун асбоблар, утеротоник дори воситасилар, вена ичига юбориш учун кристаллоид эритмалар, наркотик дори воситасилар антагонистлари, глюкокортикоидлар, адреналин ва транквилизаторлар бўлиши керак.

2) Тегишли жиҳозлаш ва тез тиббий ёрдам кўрсатиш масалаларида ходимларнинг малакаси узлуксиз ошириб борилиши зарур; шошилинч ҳолатларда ёрдам кўрсатиш учун, шунингдек шошилинч ташувни амалга ошириш учун муносиб шароитлар таъминланиши лозим.

3) Тиббиёт ходимлари юрак-томир ва ўпка реанимация усулларига ўқитилган бўлиши керак.

4) Тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун тегишли функционал жиҳозланиш ва керакли дори воситалари бўлиши шарт.

Қуйидаги келтирилган асоратларан бирортаси билан аёл мурожаат қилганда, шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш учун гинекологик клиникага зудлик билан ётқизилиши керак.

Қон кетиш:

Жарроҳлик вақтида қон кетиш:

Кўп қон кетганда, шифокор қон кетишининг сабабини аниқлаши ва унинг тўхтатиш учун чоралар кўриши шарт.

Кечиктирилган қон кетиши:

Агар аёлда муолажадан кейин хаддан ташқари кўп қон кетишни кузатилса (икки соат ва ундан ҳам узоқ вақт давомида ҳар бир соатда 2 та ташқи таглик тўлса), аёл ўша тиббий муассасанинг ўзида кузатувда қолдирилиши ёки касалхона типдаги тиббиёт муассасасига кўчирилиши керак.

Одатда, жарроҳликдан кейинги даврда хаддан ташқари кўп қон кетиши бачадон бўшлиғи тўлиқ тозаламаслиги сабабли келиб чиқадиган бачадон гипотонияси туфайли кузатилади. Кейинги ҳаракатлар бачадон бўшлиғини тўлиқ бўшатишга ва олиб ташланган тўқимани текширишга, шунингдек утеротоникларни тайинлашга қаратилган бўлиши керак.

Чала аборт:

Чала аборт қон кетиш шаклида дарҳол пайдо бўлиши ёки унинг белгилари

кейинчалик қориннинг пастки қисмида ўткир тўлғоқсимон оғриқлар билан бирга кеч ёки ҳаддан ташқари кўп қон кетиш шаклида пайдо бўлиши мумкин. Ташхис тиббий кўрик (бимануал текширув пайтида, бачадон юмшоқ, ҳажми катталашган) ва ультратовуш текшируви натижасида аниқланади.

Кам миқдорда қолган тўқималар жарроҳлик аралашувига эҳтиёж қолмаган ҳолда ўзидан чиқиб кетиши мумкин. Тўқималарнинг катта миқдорда қолиши қон кетишига ва инфекцияга олиб келиши мумкин. Даволаш беморнинг умумий аҳволига, қон кетишининг оғирлигига боғлиқ бўлиб, кутиш тактикасидан, Мизопростол 400 мкг миқдорда тил остига қўйиш ёки 600 мкг миқдорда ичишдан тортиб, электр ёки мануал вакуум аспирациясигача ва беморни 2-3 соат давомида кузатишгача бўлиши мумкин. Инфекция белгилари кузатилмаганда антибиотиклар айрим аёлларгагина тайинланади. Инфекция белгилари яққол бўлса, антибиотиклар тайинлаш керак.

Перфорация:

Бачадон тешилиши абортнинг асоратларидан бири бўлиб, бу юқори касалланиш ва ўлимнинг кўпайишига олиб келиши мумкин.

Агар бачадон тешилганига шубҳа туғилса ва канюля найча бачадон бўшлиғига киритилган бўлса, аспирацияни канюляни чиқаришдан олдин дарҳол тўхтатиш керак.

Бачадон тешилганига шубҳа бўлиши аёлни ихтисослашган бўлимга ётқизиш учун асос бўлади.

Бачадон тешилганига шубҳа бўлганда ташхисни қўйиш учун лапароскопия ўтказиш тавсия этилади.

Агар бачадон тешилганига шубҳа бўлиб, аммо беморда тегишли аломатлар бўлмаса, аёлни шифохонада камида 48 соат давомида кузатиб бориш керак.

Агар перфорация амбулатория шароитида юз берган бўлса, бемор касалхонага ётқизиши шарт.

Йирингли-септик асоратлар:

Абортдан кейинги йирингли-септик асоратлар юқори касалланишга сабаб бўлади.

Йирингли-септик асоратларга шубҳа қилиш аёлни ихтисослаштирилган бўлимга ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.

Йирингли-септик асоратларнинг ҳар қандай ҳолати бўйича тегишли эпидемиологик хабардорлик учун фавқулодда хабарнома тузилиши керак.

Антибиотиклар билан даволаш. Даволаш жадаллиги йирингли-септик асоратларнинг оғирлигига боғлиқ.

3.5. Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатиш баённомаси

Ҳомиладорликни 22 ҳафта ва ундан катта муддатларида тўхтатиш ҳомиладор аёл ёки ҳомила учун тиббий кўрсатмалар бўлганда:

ҳомиланинг яшашга лаёқатсиз қиладиган ривожланиш нуқсонлари ёки унинг ҳаёти ва соғлиғи учун номақбул прогноз берадиган ҳомиланинг ривожланишидаги бир нечта қўшилган нуқсонлар бўлиб, улар зарарланишнинг оғирлиги ва ҳажмига кўра организм функцияларининг барқарор йўқолишига олиб келганда ва уларни самарали даволаш усуллари бўлмаганда амалга оширилади;

ёки самарали даволаш усуллари бўлмаган нуқсон, оғирлиги ва ҳажми туфайли организм фаолиятини буткул йўқолишига олиб келадиган нуқсонлар бўлганда бажарилади.

Ҳомиладорликни 22 ҳафтадан кейинги муддатларда тўхтатишнинг хавфсиз ва афзалроқ усули дори воситалари ёрдамидаги усул ҳисобланади.

Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан кейин дори воситалари билан тўхтатиш (муддатидан олдинги туғруқ индукцияси (МОТИ))

Муддатидан олдинги туғруқ индукцияси дори воситалари ёрдамида бажарилиши мумкин:

Мифепристон ва Мизопростол дори воситаларни қўллаган ҳолда;

Фақат Мизопростолни қўллаб.

А. Аёл 200 мг (1 таблетка) Мифепристонни поликлиникада шифокор олдида ёки уйида (хоҳишига кўра) қабул қилади ва вақтни белгилайди.

Б. Мифепристонни қабул қилгандан кейин 24-48 соатдан сўнг аёлни Мизопростол қабул қилиш учун туғруқхонанинг акушерлик бўлимига ётқизилади.

Мизопростол миқдори ва қабул қилиш тартиби ҳомиладорлик муддати ва ҳомила ҳолатига кўра белгиланади:

22-24 ҳафтада – 400 мкг (200 мкгдан 2та таблетка) Мизопростол тил остига, лунжга ёки қинга ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгунича ҳар 3 соатда берилади;

25-28 ҳафтада – 200 мкг (1 таблетка) Мизопростол тил остига, лунжга ёки қинга ҳар 4 соатда берилади;

28 ҳафтадан катта – 100 мкг Мизопростол тил остига, лунжга ёки қинга ҳар 6 соатда берилади.

28 ҳафтадан кейин туғруқ фаолиятини чақириш учун Мизопростол 25 мкг дан қинга ҳар 6 соатда (per os) ёки ҳар 2 соатда ичишга, жами 4та дозагача берилади.

Ҳомиланинг антенатал ўлимида ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш

26 ҳафтагача – 200 мкг (1 таблетка)дан Мизопростол тил остига, лунжга ёки қинга ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгунича ҳар 4–6 соатда берилади.

26 – 28 ҳафтада – 100 мкг Мизопростол тил остига, лунжга ёки қинга ҳар 4 соатда берилади.

28 ҳафтадан кейин Мизопростол 25 мкгдан қинга ҳар 6 соатда ёки ҳар 2 соатда ичишга (per os) берилади.

Агар аёл Мифепристон қабул қилгандан сўнг Мизопростолни 24-48 соат ичида қабул қилмаган бўлса, 72 соатгача қабул қилиши керак. Агар 72 соатдан кўп вақт ўтган бўлса, усулни қайтадан бошлаш керак.

Агар Мифепристон бўлмаса, туғруқ индукциясини фақат Мизопростол билан ҳомиладорлик муддатига кўра юқоридаги схема бўйича ўтказиш мумкин.

Таъкидлаш керакки, бу усулда Мифепристон-Мизопростол комбинациясига нисбатан ҳомила ва йўлдош туғилиши узоқроқ вақт давом этади.

Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш 48-72 соат давомида самара бермаганда (ҳомила тухуми тўлиқ ҳайдалмаганда) олиб бориш йўлини қайта кўриб чиқиш ва масалани яқка тартибда ҳал қилиш лозим.

Туғруқдан кейинги ва дастлабки чилла даврида қон кетишининг олдини олиш стандарт алгоритм асосида олиб борилади. Қон кетмаса ва/ёки қолдиқлар қолиб кетганининг клиник ёки ультратовуш текширувда аниқланган белгилари бўлмаса, бачадон ичида аралашувлар (асбоблар билан бачадон бўшлигини қириш, бармоқ ёки қўл билан тозалаш)га кўрсатма берилмайди.

Ҳомила тушгандан кейин 30 дақиқадан кўпроқ вақт ичида йўлдош ажралмаса, мизопростол таблеткаси берилади.

Ҳомиладорликнинг 24 ҳафтасидан кейин бачадон чандиғи бўлганда. Кўп сонли изланишлар шуни кўрсатдики, чандиғи бор бачадонда ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида мизопростолни қўллаш, ҳаттоки учта ва ундан ортиқ кесар кесиш амалиёти ўтказилганда ҳам бошқа индукция агентларига нисбатан бачадон ёрилиш хавфини оширмас экан. Чандиғи бор бачадонда ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида индукция қилишда бачадон ёрилиши 0,3 фоизни ташкил этиб, кесар кесиш амалиёти ўтказилмаган аёлларга нисбатан унчалик юқори эмас.

Гистеротомия

Фақат қуйидаги ҳолатларда бажарилади:

йўлдош тўлиқ олдинда жойлашганда;

нормал жойлашган йўлдошнинг кўчишида кучли қон кетганда;

оғир преэклампсияда ҳомиладорликни қин орқали тўхтатишга шароит бўлмаганда; аёлнинг сийдик-жинсий аъзоларининг қўпол ривожланиш нуқсонларида туғруқ йўллари орқали туғдириш имкони бўлмаганда;

Ҳомиладорликни тўхтатишнинг бошқа усуллари қўллашга мутлақ қарши кўрсатмалар бўлганда.

Бачадон найларини боғлаш бу амалиётни бажаришга кўрсатма бўла олмайди.

Аёлда резус-манфий қон гуруҳи бўлганда ва қонда антирезус антитаначалар аниқланмаса, ҳомилада резус мусбат ёки номаълум қон гуруҳи бўлганда, ҳомиладорлик тўхтатилгандан сўнг 72 соат ичида антирезус иммуноглобулин бу препарат йўриқномасига мувофиқ киритилади.

Аёлни тиббий муассасада бўлган ҳамма вақт давомида уни руҳий қўллаб туриш жуда муҳим.

Бактерияга қарши терапияга кўрсатма бўлганда кенг спектрли антибиотиклар қўллаш мақсадга мувофиқ.

Ҳомиладорлик тўхтатилиши билан лактацияни ҳам тўхтатиш лозим.

Тиббий муассасадан чиқаришдан олдин ҳомиладорлиги сунъий тўхтатилган ҳар бир аёлга маслаҳат хизмати кўрсатилади, унда зудлик билан шифокорга мурожаат этиши лозим бўлган асоратлар белгилари муҳокама қилинади; режим, гигиеник тадбирлар ҳамда кутилмаган ҳомиладорликнинг олдини олиш учун контрацептив воситаларидан фойдаланиш, ҳомиладорликка тайёрланиш ва кейинги ҳомиладорликни охиригача олиб бориш бўйича тавсиялар берилади.

Асоратлар

Аллергик реакциялар. Кам ҳолларда Мифепристонни қабул қилгандан сўнг терида тошмалар кўринишида аллергия реакция кузатилиши мумкин, шу сабабли стандарт бир марталик ёки бир курс антигистамин воситаларни қабул қилиш лозим бўлади.

Қон кетиши. Бачадон ёки бачадон бўйни жароҳати ёки бачадон атониясида кўп миқдорда (500 млдан ортиқ) қон кетиши мумкин. Жаҳон адабиётлари маълумотлари бўйича бу асоратнинг учраш сони 0,9 фоиздан кам бўлиб, шундан 0,09 - 0,7 фоиз ҳолатларда қон куйишга эҳтиёж бўлади. Ҳомиладорлик муддати қанча катта бўлса, қон кетиш эҳтимоли ҳам шунча ортиб боради. Олиб бориш алгоритми акушерлик қон кетишдагидек бўлади.

Бачадон ёрилиши ҳомиладорликнинг III триместрида ҳомиладорликни тўхтатишдаги жиддий асоратлардан (0,2 - 0,4%) бўлиб, кўпинча қон кетиши билан кузатилади. Бу асоратни бартараф этиш учун одатда лапаротомия (кам ҳолларда - гистерэктомия) талаб қилинади. Ҳомиладорлик муддатини нотўғри ҳисоблаш Мизопростол миқдорини нотўғри танлашга сабаб бўлиши мумкин. Шунингдек туғруқни индукция қилиш вақтида Мизопростол билан бошқа бачадонни қисқартирувчи (Окситоцин) дори воситаларини бирга ишлатиш мумкин эмас.

Кичик тос аъзолари инфекцияси. Инфекцион асоратлар учраш сони 0,8 – 2 фоизни ташкил қилади. Антибиотикларни профилактика мақсадида қўллаш инфекциянинг нисбий хавфини сезиларли даражада камайтиради. Даволашни олиб бориш алгоритми акушерлик йирингли-септик асоратларидагидек бўлади.

Анестезиологик асоратлар. Умумий оғриқсизлантиришда жиддий асоратлар 100та абортга нисбатан 0,72 ва маҳаллий оғриқсизлантиришда 100 абортга нисбатан 0,31 кўрсаткичи билан баҳоланади.

4 БОБ. Кўрсатмаларга риоя қилиш

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш – бу нафақат аёлни, балки унинг яқинлари учун ҳам руҳий зарба бўладиган муолажа. Аёлнинг руҳий ҳолати кўпинча ҳомиладорликни тўхтатиш, абортдан кейинги даврнинг нормал кечишига хавф солади. Бундан ташқари, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш руҳий тушқунлик, хавотирлик ҳолатларини кучайтириб, аёлнинг мойиллигига салбий таъсир кўрсатиши мумкин.

Юқоридаги ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишнинг муваффақиятли ўтиши учун жавобгарлик соғлиқни сақлаш дастури ходимларига, шифокорлар, ҳамда аёлнинг ўз зиммасига юклатилади. Ҳомиладорликни тўхтатиш усулига бўлган паст даражадаги мажбурият узоқ муддатли ҳомиладорлик ёки ногирон аёлнинг ўлимигача, жиддий асоратларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладорликни тўхтатиш усулига риоя қилиш кучсиз бўлса, айниқса тиббий кўрсатмалар бўйича, бу жиддий асоратларга, ҳаттоки ҳомиладорлик давом эттирилганда аёлнинг ўлимига ёки ногиронликка олиб келиши мумкин. Риоя қилишни ошириш аёл соғлиғи учун курашишда биринчи галги вазифа бўлиши керак.

Кўрсатмаларга риоя қилиш муаммоларига умумий ёндашув

Агар ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга мойиллик бўлганда, вазиятни баҳолаш ва сабабларини аниқлаш керак.

Қуйидаги омилларни ҳисобга олиш керак:

исталмаган ҳодисаларни (ножўя таъсирларни) бартараф этиш;
санитария маърифати даражаси, шу жумладан ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёни ҳақида хабардорликни ошириш ва ҳомиладорликни тўхтатиш баённомаига қатъий риоя қилишнинг муҳимлигини тушунтириш;
яшаш жойининг тиббий муассасадан 50 км дан ортиқ узоқлиги;
молиявий қийинчиликлар;
ёndoш руҳий касалликлар;
спиртли ичимликларни ёки гиёҳванд моддаларни суиистеъмол қилиш.
Паст даражадаги риоя қилишнинг асосий тоифалари:
дорилардан бирини ёки кейинги дозани ўтказиб юбориш;
маълум бир дори ёки кейинги дозани қабул қилишдан бош тортиш;
ҳомиладорликни тўлиқ мажбурий тўхтатишнинг мониторинг қилинмаслиги;
ҳомиладорликни тўхтатиш бўйича махсус ўқитилмаган мутахассис томонидан маслаҳат ёрдами берилиши ва ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш сифатининг пастлиги.

Бир турдаги дори-дармонларни ёки навбатдаги дозани ўтказиб юбориш

Баъзи беморлар Мифепристон ёки Мизопростолни, ўн икки ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатишда Мизопростолнинг кейинги дозаларидан бирини истеъмол қилмайди. Бундай ҳолатнинг сабаби аёлнинг муомалага лаёқатсизлиги, етарли маълумот ва маслаҳатларнинг йўқлиги бўлиши мумкин. Ушбу ҳолат ҳомиладорликнинг ривожланишига, чала абортга, муолажа вақтининг узайишига ва кечроқ муддатларда - кўшимча жарроҳлик аралашувига олиб келади.

Ҳаракатлар алгоритми:

Аёл Мифепристон ичишни ўтказиб юборди:

сабабини аниқлаш;

амбулатория шароитида ҳамшира шифокорга хабар бериши шарт.

Аёл Мизопростолни ичишни ўтказиб юборди

ҳамшира бу ҳақда шифокорга хабар беради;

Шифокор бемор билан препаратни ўтказиб юборишнинг сабаби ва оқибатларини муҳокама қилиши керак;

Агар Мифепристонни қабул қилгандан кейин мизопростолни қабул қилиш вақти 72 соатдан ошса, ДВА усули яна такрорланади;

Агар Мифепристонни қабул қилгандан кейин мизопростолни қабул қилиш вақти 72 соатдан ошмаса, ДВА усулини давом эттириш мумкин;

Мизопростолнинг кейинги дозаси ҳомиладорлик ўн икки ҳафтасидан кейин тугатилганда ўтказиб юборилса, шифокор билан такроран маслаҳатлашиш керак. Аёл кейинги Мизопростол дозаларини қабул қилишга рози бўлса, давом эттирилади, рад қилса ҳомиладорликни жарроҳлик усули билан тўхтатиш таклиф этилади.

Ҳомиладорликнинг сунъий равишда тўхтатишнинг самарасизлиги белгилари:

ҳомиладорликнинг ривожланиши;

ривожланмаган ҳомиладорлик;

чала аборт

Инфекциянинг пайдо бўлиши ва септик ҳолатларнинг ривожланиши

Аёл билан суҳбат ўтказилади ва жарроҳлик аборти ёки қўшимча дозани қабул қилиш ёки кенг спектрли антибиотикларни тайинлаш масаласи ҳал этилади.

5-боб. Тиббий хавфсизлик сифатини баҳолаш мезонлари

Тиббий ёрдам сифатини баҳолашнинг ушбу мезонлари (кейинги ўринларда сифат мезонлари деб юритилади) тиббиёт муассасаларида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича тиббий хизматлар кўрсатишда қўлланилади.

Сифат мезонлари тиббий хизматларни кўрсатиш сифатини, ҳомиладорликни тўхтатиш усуллари тўғри танланганлигини, маслаҳат бериш сифатини, мутахассиснинг малакасини ва тиббиёт муассасаларининг тегишли тарзда жиҳозланганлигини баҳолаш учун қўлланилади.

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш хизмат сифатини баҳолаш бўйича мезонлари

№	Сифат мезонлари	баҳолаш
1	Ҳомиладорликни сунъий тўхтатишни биладиган ва махсус ўқитилган, бундай хизматларни кўрсатадиган мутахассисларнинг сони етарлими	Ҳа/Йўқ
2	Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш хизматлари ҳамма учун очиқ	Ҳа/Йўқ
3	Тиббий муассасаларнинг географик жойлшуви аҳоли учун қулай	Ҳа/Йўқ
4	Самарали ва сифатли мурожаат қилиш тизимлари мавжуд.	Ҳа/Йўқ
5	Керакли жиҳозлар, сарфлама материаллар ва дори-дармонлар этарли миқдорда мавжуд.	Ҳа/Йўқ
6	Ҳомиладорликни тўхтатиш тоза тиббиёт муассасасида амалга оширилади.	Ҳа/Йўқ
7	Абортлар муассаса алоҳида ажратилган жойида амалга оширилади.	Ҳа/Йўқ
8	Аборт эмоционал ва жисмоний қулай шароити бўлган хонада амалга оширилади.	Ҳа/Йўқ
9	Ҳомиладорликни тўхтатмоқчи бўлган аёллар учун яхши ишлайдиган транспорт ва алоқа тизимлари мавжуд	Ҳа/Йўқ
10	Соғлиқни сақлаш тизимида аборт билан боғлиқ бўлган асоратларни ва ўлимни текшириш механизмлари мавжуд	Ҳа/Йўқ
11	Аёллар соғлиқни сақлаш тизимига марказлашмаган хизмат кўрсатиш пунктлари орқали кириб, тизимнинг энг паст поғонасида ёрдам олишади.	Ҳа/Йўқ

12	Аборт қилиш бўйича хизматлар тиббий хизматларнинг ҳамма учун очиқ энг тўлиқ тўплами, шу жумладан репродуктив саломатлик соҳасидаги хизматлар билан интеграцияланган ёки боғланган.	Ҳа/Йўқ
13	Инфратузилма хизматлари самарали бошқарилади ва маъмурий ва логистик омиллар ўз вақтида ва сифатли хизмат кўрсатишга монелик қилмайди.	Ҳа/Йўқ
14	Аборт қилиш хизмати учун тўловлар аёллар учун ҳамёнбоп; тез тиббий ёрдам хизмати аёлларнинг тўлов қобилиятидан қатъи назар кўрсатилади.	Ҳа/Йўқ
15	Ҳомиладорликни тўхтатиш хизматларида муайян сифат стандартларига мос келадиган бандлар фоиизи етарли даражада.	Ҳа/Йўқ
16	Асосий жиҳозлар, материаллар ва дори-дармонлар омборда захираларни ҳисобга олиш, захираларни тўлдириб туриш ва техник хизмат кўрсатиш орқали бошқариш керак.	Ҳа/Йўқ
17	Ҳомиладорликни тўхтатиш технологияси тегишли меъёрий талабларга жавоб беради.	Ҳа/Йўқ
18	Ҳомиладорликни тўхтатиш технологияси муайян хизмат кўрсатиш шароитларига мослаштирилган	Ҳа/Йўқ
19	Ҳомиладорликни тўхтатиш технологияси миллий баённомага мувофиқ амалга оширилади	Ҳа/Йўқ
20	Ҳомиладорликни тўхтатиш хизмати аёллар ва хизматлар етказиб берувчилари учун мақбул	Ҳа/Йўқ
21	Абортлар билан боғлиқ ходимлар тегишли назорат остида	Ҳа/Йўқ
22	Қоидалар, қўлланмалар ва бошқа дастурий ҳужжатлар соғлиқни сақлаш органлари томонидан ишлаб чиқилган, тасдиқланган ва / ёки ЖССТ кўрсатмаларига мувофиқ ҳомиладорликни тўхтатиш бўйича хавфсиз ёрдамнинг ҳамма учун очиқлигини қўллаб-қувватлайдиган тиббиёт ходимлари ўртасида тарқатилади.	Ҳа/Йўқ
23	Оғриқни камайтиришнинг тегишли усуллари мавжуд.	Ҳа/Йўқ
24	Мижозларнинг талаб қилинадиган муолажаларга қарши кўрсатмалари йўқлиги текширилади.	Ҳа/Йўқ
25	Умумий, ҳамда жинсий ва репродуктив саломатликни жисмоний баҳолаш (шу жумладан ҳомиладорлик даврини тасдиқлаш) амалга оширилади.	Ҳа/Йўқ
26	Ходимлар тиббий, жарроҳлик ва чала бўлган абортлар бўйича тасдиқланган кўрсатмалар ва баённомаларга амал қилишади.	Ҳа/Йўқ
27	Ходимлар тегишли технологиядан фойдаланадилар.	Ҳа/Йўқ
28	Агар аёл илгари ҳам аборт қилдирган бўлса, у назоратга олинади.	Ҳа/Йўқ
29	Агар аёл клиникада аборт қилса, хомила маҳсулотлари тўлиқ абортни тасдиқлаш учун текширилади.	Ҳа/Йўқ

30	Тикланиш даврида мониторинг учун илғор амалиёт қўлланмаларидан фойдаланилади	Ҳа/Йўқ
31	Ходимлар фақат ўзлари ўқитилган усуллардан фойдаланадилар.	Ҳа/Йўқ
32	Мижоз билан тиббий хизматлар етказиб берувчиси ўртасидаги ҳамкорлик муносабатлари фақат ходимларнинг хурмат кўрсатишига асосланганлигини назарда тутди.	Ҳа/Йўқ
33	Ходимлар беморнинг ташрифи давомида махфийликни таъминлаш устида ишлайди.	Ҳа/Йўқ
34	Ходимлар ёрдамнинг махфийлигини таъминлайди.	Ҳа/Йўқ
35	Ходимлар мижознинг кадр-қимматини ҳимоя қилиши керак.	Ҳа/Йўқ
36	Тиббий парвариш индивидуал шароитлар ва аёлнинг эҳтиёжларига мослаштирилган	Ҳа/Йўқ

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби бўйича
Миллий клиник баённомага I-жадвал

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш усуллари

Охири ҳайзнинг биринчи кунидан ҳисобланган тўлиқ ҳафталар																		
Ҳомиладорлик муддати, ҳафталарда	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
									ўн икк и									

Ҳомиладорликни тўхтатишнинг тавсия этилган хавфсиз усуллари

Ҳомиладорликни сунъий тўхтатишнинг дори воситалари ёрдамидаги усуллари

Ҳомиладорлик муддатидан катъий назар 200 мг таблеткадан қўлланилади. Мизопростолни ичишдан 24-48 соат олдин (72 соатдан кеч қолмасдан) ичилади.

Индукция	800 мкг (200мкгдан 4 таблетка) бир марга тил остига, лунжга ёки кинга	400 мкг (200мкгдан 2 таблетка) тил остига, лунжга ёки кинга
Ривожланмай қолган ҳомиладорлик	600 мкг (200мкгдан 3 таблетка) ичишга ёки 400мкг (200мкгдан 2 таблетка) тил остига, Мифепристон қўлласдан ўтказиш мумкин.	такрорий микдори ҳар 3 соатда ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгунича берилади.
Ҳомиланинг чала тушиши	Фақат Мизопростол 600мкг (200мкгдан 3 таблетка) ичишга ёки 400 мкг (2 таблетка) тил остига берилади. Мифепристон берилмайди.	Фақат Мизопростол 400мкг (200мкгдан 2 таблетка) тил остига, лунжга ёки кинга, такрорий микдори ҳомила ва йўлдош тўлиқ тушгунича берилади. Мифепристон берилмайди.

Ҳомиладорликни сунъий тўхтатишнинг жарроҳлик усуллари

Бачадон бўйини муолажадан 3 соат олдин тил остига ёки кинга простагландинлар кўйиш (Мизопростол 400мкг (2 таблетка) йўли билан тайёрлаб, мануал ёки электрик вакуум аспирация (МВА ёки ЭВА) қилиш

Бачадон бўйини олдиндан тайёрлаб, кенгайтириш, ҳамда Ҳомила ва йўлдошни эвакуация қилиш (КЭ)

Ҳомиладорликни 22 ҳафтасидан кейин сунъий равишда тўхтатиш

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни
амалга ошириш тартиби бўйича
Миллий клиник баённомага
2- жадвал

Ҳомиладорлик муддати, ҳафталарда	22	23	24	25	26	27	28	ва ундан катта
Мифепристон	Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш							
Муддатидан олдинги туғруқ индукцияси(МОТИ)	Ҳомиладорлик муддатидан катъий назар 200 мг таблеткадан қўлланилади. Мизопростолни қабул қилишдан 24-48 соат (72 соатдан кечиктирмасдан) олдин							
Ҳомиланинг антенатал ўлимида МОТИ	400мкг (200мкгдан 2 таблетка) ҳар 3 соат Тил остига, лунжга, қинга	200 мкг (1 таблетка) ҳар 4 соатда, Тил остига, лунжга, қинга	200 мкг (1 таблетка) ҳар 4 соатда, Тил остига, лунжга, қинга	100 мкг ҳар 4 соатда, Тил остига, лунжга, қинга	25 мкг қинга ҳар 6 соатда ёки ҳар 2 соатда ичишга берилади	100 мкг ҳар 6 соатда, Тил остига, лунжга, қинга	25 мкг қинга ҳар 6 соатда ёки ҳар 2 соатда ичишга берилади	25 мкг қинга ҳар 6 соатда ёки ҳар 2 соатда ичишга берилади
Туғруқ фаолиятининг индукцияси								
Мизопростол								

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни амалга ошириш тартиби
 тўғрисидаги миллий клиник баённомага 1-ИЛЮВА
 Ҳомиладорнинг ҳаётига хавф солувчи тиббий кўрсатмалар
 РЎЙҲАТИ

Т/Р	Халқаро касалликларнинг таснифи (ХКТ-Х)	Тиббий кўрсатмалар номи	Қарши кўрсатмалар шакли, босқичи, даражаси, фазаси	Изоҳлар
Айрим инфекция ва паразитар касалликлар				
1.		Сил касаллиги:		
	A15	а) бактериологик ва гистологик тасдиқланган нафас аъзолари сил касаллиги	Барча фаол шакллари	
	A16	б) бактериологик ва гистологик тасдиқланмаган нафас аъзолари сили		
	A17	в) асаб тизими сили		Сил менингити (туберкулезли менингит) — мия пўстлоғи сили (бош мия, орқа мия) хомиладорликни тўхтатиш учун нисбий қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади, консилиумда индивидуал равишда ҳал этилади.
	A18	г) бошқа аъзолар ва тизимлар сили д) суяклар ва бўғимлар сили е) сийдик йўллари сили (аёлларда) ж) ичак ва чарви лимфатик тугунлари сили		
	A19	з) милиар сил		Ҳомиладорликни тўхтатиш учун нисбий қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади, консилиумда индивидуал равишда ҳал этилади.
2.	B06	Қизилча		Ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтасигача бўлган муддатида тўхтатиш, жумладан хомиладор аёл қизилча билан касалланган бемор билан алоқада бўлганида, хомиладор аёлда иммунитет мавжуд бўлмаганда хомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.

Ўсма касалликлар

		Ўсма касалликлар	
3.	C51-58	Кичик тос соҳасидаги кимётерапия ёки нур терапиясини талаб этадиган хавфли ўсмалар	
Қон ва қон ҳосил қилувчи органлар касалликлари			
4.	C95.0	Илк бор аниқланган ўткир лейкозлар	
5.	D46	Миелодиспластик синдромлар	
6.	C81-84	Юқори хавф гуруҳидаги лимфомалар	
7.	C81	Лимфограулематоз	III-IV босқичлар
8.	C92.1	Сурункали миелолейкоз:	а) тирозинкиназа ингибиторлари билан даволашни талаб этадиган б) касалликнинг сўнгги босқичи
			Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида тўхтатиш; тирозинкиназа ингибиторлари билан даволаш даврида ҳомиладорлик юзага келганда, даволаш тўхтатилиши ва терапиянинг бошқа турлари тавсия этилиши зарур.
9.	D47.1	Сурункали миелопролифератив касалликлар	
10.	D61.9	Апластик камқонлик	Оғир шакли
			Ҳомиладорликнинг йигирма ҳафтагача кейинги муддатларида ҳомиладорликни сақлаб қолиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
11.	D55-59	Гемолитик камқонлик	Ўткир гемолитик кризларнинг оғир кайталанувчи кечиши
			Ҳомиладорликнинг муддатидан қатъи назар ҳомиладорликни сақлаб қолиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
12.	D69.3	Идиопатик тромбоцитопеник пурпура	Сурункали узлуксиз қайталанувчан кечиши, терапиянинг ҳар қандай шаклига рефрактерлик
13.	E80.2	Порфириянинг ўткир даври, сўнгги хуруждан 2 йилдан кам бўлган даврда «ёруғ» даврнинг давом этиши	
<p>Изоҳ: 1. Илк таъхисланган ўткир лейкоз, миелодиспластик синдромлар, юқори хавф лимфомалари, лимфограулематоз III-IV босқичи, сурункали миелопролифератив касалликлар, гемолитик камқонлик ва порфириянинг ўткир хуружда ҳомиладорликнинг ўн икки ҳафтагача бўлган муддатида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш тавсия этилади.</p>			

2. Ҳомиладорликни ўн икки ҳафтадан кейинги муддатларида ҳомиладор аёлнинг ҳаётига хавф солувчи қон ва қон ҳосил қилувчи органлар касалликлари мавжуд бўлганда, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал қилинади, бунда шифокор-гематолог шитироки таъминланиши лозим.			
3. Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш қон компонентлари (янги музлатилган, тромбоконтратлар, эритроцитлар масса) билан таъминлаш шароитига эга бўлган тиббий муассасаларида стационар шароитда амалга оширилади.			
Эндокрин тизим касалликлари. Овқатланиш тартиби ва модда алмашинувиининг бузилиши			
14.	E10-14.2	Қандли диабет касаллиги оғир нефропатия асорати билан	
15.	E10-14 N18.0	Бўйрак трансплантациясидан кейинги қандли диабет	
16.	E10-14.3	Қандли диабет пролифератив ретинопатия ривожланиши билан	
17.	E21	Гиперпаратиреоз	Фаол даври (жарроҳликкача)
18.	E22.0	Акромегалия	
19.	E22.1	Пролактинома	Допамин агонистларига резистентлик ва хиазмал бузилишлар мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
20.	E24	Иценко-Кушинг синдроми	Фаол даври
Рухий бузилишлар			
21.	F20-33	Сурункали ва давомли руҳий бузилишлар, оғир ва барқарор оғриқ билан (психозлар ва ақлий заифлик) ёки ҳомиладорлик ва туғруқ таъсирида зўрайишининг катта эҳтимоли билан	
22.	G30-32	Ирсий ва дегенератив руҳий бузилишлар	Психиатрия муассасаси томонидан боланинг онаси ёки отасида тасдиқланган бўлиши керак.
23.	F00-99	Яққол ифодаланган психоген бузилишлар	
24.	F10-18	Психоактив моддаларни истеъмол қилиш билан боғлиқ руҳий бузилишлар	
25.	F30-39	Кайфият бузилишлари (аффектив бузилишлар)	Ҳомиладор аёлда ўз жонига суиқасд қилиш ҳаракатлари мавжуд бўлганда ҳомиладорликни

				сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
Асаб тизими касалликлари				
26.	G00-10	Марказий асаб тизимининг яллиғланиш касалликлари		
27.		Асосан марказий асаб тизимини шикастловчи тизимли атрофиялар(Г витингтон хоряеси)	Оғир кечиши	Кучли ифодалангандеменция, психотик бузилишлар мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
28.	G12.2	Ҳаракат неврони касаллиги (ёнбош амиотрофик склероз)	Оғир кечиши	Ўсиб бораётган бульвар фалаж, орқа мияга ҳос, мушак атрофиялари мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
29.	G20-22	Паркинсонизм	Оғир шакли (Ўзига ўзи хизмат қилишнинг имкони йўқлиги)	Паркинсонга қарши даволаш асоратлари (дискинезиялар, ортостатик гипотония) мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
30.	G24	Дистониялар	Умумлашган шакллари	
31.	G35	Марказий нерв системасининг демиелинизирловчи касалликлари (тарқалган склероз)	Ривожланувчи кечиши	Ўсиб бораётган фалажлар, кўрув асабларининг атрофияси, югиниш, нафас олиш, юрак қон-томир фаолияти бузилиши, тос ўзгаришлари (сийдик тутиб тура олмаслик, сийдикнинг ўтқир тугилиб қолиши) мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
32.	G40	Эпилепсия	Оғир кечиши	Эпилепсияга қарши терапия ва эпилептик психозларга резистентлик, хуружларнинг тез-тез кузатилиши мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда хал этилади.
33.	I66	Мия қон айланишининг ўтқир бузилишлари (церебрал, орқа мия)	Оғир кечиши	Кучли ифодаланган онг (сопор, кома) ва витал функцияларнинг (нафас олиш, юрак қон-томир фаолияти) бузилишлари мавжуд бўлганда

				Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
34.	F51.9	Уйқу бузилиши: каталепсия ва нарколепсия		
35.	G54	Нерв чигаллари ва тутамларининг шикастланиши		
36.	G61	Ялғизланишли полиневропатия, Гийена-Барре синдроми	Оғир кечиши	Ўсиб бораётган бўшаштирувчи тетрапарез, витал функциялар бузилиши мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
37.	G70-73	Асаб-мушак синалси ва мушак касалликлари		
38.	P27	Г епиглотентиккуляр дегенерация (Вильсон-Коновалов касаллиги)	Оғир шакли	Жигар етишмовчилиги ва поргал гипертензия мавжудлиги, қизилўнғач веналари варикоз кенгайишларидан қон кетиш, психотик бузилишлар мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
Кўз ва унинг ёндош аппарати касалликлари				
39.	C69	Кўриш аъзоларининг хавфли ўсмалари (ёрдамчи аппарати, кўз, кўз косаси)		Аралаш кимёвий нурли даво муолажалари олиш даврида ва шу муолажа ўтказилганидан кейин 3 — 5 йил давомида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
Қон айланиш тизими касалликлари				
40.	105-109	Юрак ревматоид нуқсонлари:		
		а) ревматоид жараён фаоллиги билан кечадиган юрак нуқсонлари		
	130-152	б) қон айланиши етишмовчилиги билан кечадиган юрак нуқсонлари	2Б, 3-даражаси	
	133	в) бактериал эндокардит асорати бўлган юрак нуқсонлари		
	134-137	г) юрак ритми бузилиши билан кечадиган юрак нуқсонлари: тебранувчи аритмия, пароксизмал тахикардиянинг тез-тез хуружлари, Морганьи-		Ҳомиладорликнинг йигирма ҳафтасидан кейинги муддатларида электрокардиостимулятор

	Адамс-Стокс хуружлари билан кечувчи тўлқин атриовентрикуляр блокада		Ўрнатилиши мумкин, бунда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилмайди.
Q23	д) хомиладорлик давомида ёки анамнезда тромбоземболик асоратлар билан кечадиган юрак нуқсонлари, ҳамда юрак соҳасида тромблар мавжудлиги		
151.7	е) атриомегалияли ёки кардиомегалияли юрак нуқсонлари		
Q24.9	Юракнинг туғма нуқсонлари:		
Q21-22	а) қон отилиши нуқсони бўлган юрак касалликлари (юрак бўлмаси орасидаги тўсиқ нуқсони, юрак қоринчалар орасидаги тўсиқ нуқсони, очик артериал найча); қон айланиши етишмовчилиги 2Б-даражаси билан ёндош кечадиган юрак нуқсонлари; ўпка гипертензияси билан кечувчи юрак нуқсонининг 3-даражаси; бактериал эндокардит асорати бўлган юрак нуқсонлари.	Ўпка гипертензияси II-IV даражаси (Хит-Эдвардс бўйича таснифлаш)	
Q23-24	б) юрак чап қоринчаси (аорта стенози, аорта коарктацияси) ёки ўнг қоринчадан (ўпка артерияси стенози) қон отилиши кийинлашган юрак нуқсонлари; қон айланиши етишмовчилиги 2А-даражаси ва ундан юқори даражалар билан кечадиган юрак нуқсонлари; постстенотик кенгайиши мавжуд нуқсонлар (аорта ёки ўпка артерияси аневризмаси).		
Q25-28	в) 3-4 даражали регургитация ва ритмнинг жиддий бузилишлари билан кечадиган атриовентрикуляр клапанларнинг туғма нуқсонлари		
142-143	г) кардиомиопатиялар: дилатацион кардиомиопатия; рестриктив кардиомиопатия;		

	чап, ўнг ёки иккала қоринчалар чиқиш трактининг кучли обструкцияси билан кечувчи гипертрофик кардиомиопатия; юрак ритми жиддий бузилишлари билан кечадиган чап қоринча обструкциясиз гипертрофик кардиомиопатия.		
Q21.3	д) Фалло тетрадаси		Паллиатив жарроҳликдан кейин коррекция қилинмаган ҳолларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
Q21.8	е) Фалло пентадаси		Паллиатив жарроҳликдан кейин коррекция қилинмаган ҳолларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
Q22.5	ж) Эбштейн аномалияси		Коррекция қилинмаган ҳолларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
Q25	з) юракнинг мураккаб туғма нуқсонлари (магистрал томирлар транспозицияси, атриоventрикуляр коммуникациянинг тўлиқ шакли, умумий артериал устун, юрак ягона қоринчаси, атриоventрикуляр ёки ярим ой копоқлари агрезияси)		
Q24.9	и) Эйзенменгер синдроми		
Q21	к) Лютамбаше синдроми		
127.0	л) Айерс (Аэрза) (синдроми) касаллиги (ўпка гипертензияси билан кечувчи ўпка артериясининг чегараланган склерози)		
149.9	Миокард, эндокард ва перикард касаллиги:		
148	а) ҳар қандай этиологияли миокарднинг ўткир ва ўткир ости шакллари		
147	б) сурункали миокардит, қон айланш етишмовчилиги 2Б ва 3-даражаси, ритмнинг мураккаб ва турғун бузилишлари — тебранувчи аритмия, пароксизмал тахикардия		

	қайталанувчи хуружлари, тўлиқ атриовентрикуляр блокада, Морганьи-Адамс-Стокс хуружлари билан кечадиган миокардиосклероз ва миокардиодистрофия		
145	в) хомиладорлик вақтида ёки анамнезда қон айланиши етишмовчилиги ва ритм бузилишлари мавжуд вазиятдаги миокард инфаркти		
144	г) бактериал эндокардит: ўткир ва ўткир ости бактериал эндокардит		
197.1	д) перикардит: ўткир, ўткир ости, жаррохлик ва констриктив перикардит		
43.	Юрак ритми бузилишлари:		
148	а) тебранувчи аритмия		Антикоагулянт дори воситаларини қабул қилмасдан хомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
147	б) хуружлар тез-тез кузатиладиган пароксизмал тахикардия		Ҳомиладорликнинг йигирма хафтасидан кейинги муддатларда радиочастотали абляция қўлланилиши мумкин.
145	в) аритмиянинг тез-тез хуружлари билан кечадиган Вольф-Паркинсон-Уайт синдроми		Ҳомиладорликнинг йигирма хафтасидан кейинги муддатларда радиочастотали абляция қўлланилиши мумкин.
144	г) Морганьи-Адамс-Стокс хуружлари билан кечадиган тўлиқ атриовентрикуляр блокада ва юрак қисқаришлар сонининг бир дақиқада 40 тадан кам бўлиши		Ҳомиладорликнинг йигирма хафтасидан кейинги муддатларда радиочастотали абляция қўлланилиши мумкин.
44.	197.1	Бошдан кечirilган кардиоjarрохлик амалиётларидан кейинги ҳолатлар:	
	а) митрал комиссуротомиядан кейин: рестеноз; ўпка гипертензияси; фаол ревматизм		
	б) сунъий ёки биологик трансплантлар билан протезлашдан кейин (ревматик ёки юрак туғма		

		нўқсонларида) кўп клапанли протезлашдаги бир клапан протези функциясининг бузилиши		
		в) юрак туғма нўқсонининг паллиатив (тўлиқмас) коррекцияси		
		г) ўпка гипертензияси қолдиқ аломаглари қолган юрак туғма нўқсонининг жарроҳлик коррекциясидан кейин		
		д) қониқарсиз нагнжа билан бажарилган ҳар қайси юрак нўқсонининг жарроҳлик коррекцияси		
45.	100-199	Томир касалликлари:		
	170-179	а) аорта ва унинг шохлари касалликлари: аортанинг ҳар қайси соҳасида жойлашган аневризмалар (кўкрак, қорин), жумладан реконструктив жарроҳлик амалиётидан кейин, яъни магистрал артерия қон томирларини (мия, буйрак, талок, ёнбош) шунтлаш ва протезлаш шунингдек жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда		
	180-189	б) тромбоземболия касаллиги ва тромбоземболик асоратлар (бош мия, қўл, оёқ, буйраклар артериялари, мезентериал қон-томирлар ва ўпка артерия шохларининг тизимли эмболияси)		
46.	110-115	Гипертония касаллиги, гипертония касаллиги ўтказилган терапиядан самара бўлмаган вазиятда	II-III босқичлари	Гипотензив терапиянинг муносиблиги консилтум томонидан индивидуал равишда ҳал қилинади.
		Нафас аъзолари касалликлари		
47.	Ј96	Ўпка касалликлари нагнжасида келиб чиққан, терапевтик даво муолажалари самара бермаган оғир нафас етишмовчилиги		
48.	127	Терапевтик даво муолажалари самара бермаган юқори ўпка гипертензияси билан кечувчи касалликлар		
		Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликлари		

49.	K20-31	Ўн икки бармоқли ичак пилорик қисми стенози ва қон кетиши билан асоратланган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги		
50.	K72-73	Жигар етишмовчилиги билан кечувчи юқори фаол сурункали гепатит		Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал қилинади.
51.	K74	Портал гипертензия мавжуд ҳолатдаги жигар циррози, кизилўнғач варикоз веналаридан қон кетиш хавфи, жигар етишмовчилиги		
52.	K76	Жигар ўткир ёғли дистрофияси		
53.	K50	Стеноз ва оқмалар билан асоратланган, сўрилиш ва қон кетишлар билан кечадиган Крон касаллиги		
54.	K51-52	Йўғон ичак токсик дилатацияси, профуз ич кетишлар, ичакдан массив қон кетиш билан асоратланган неспецифик ярали колит		
55.	K90	Целиакия, ингичка ичакда сўрилиш бузилиши		Ташхис ингичка (ўн икки бармоқли ичак) ичакнинг гистологик текшируви ва тўқима трансглутамазаси ва глиадинга антителарни иммунологик тестлар орқалитекшириш йўли билан тасдиқланиши лозим.
56.	K43.9	Қорин девори чурраси		Қорин девори ажралиши билан кузатиладиган катта ҳажмдаги чурралар мавжуд бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал этилади.
57.	K66	Ичак тутилиши билан кечадиган ичак чандиқ касаллиги		
58.	K63.2	Ичак яралари		Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум томонидан индивидуал равишда ҳал қилинади.
Сийдик-айирув тизими касаллиги				
59.	N00-10	Ўткир гломерулонефрит		

60.	N00-08	Сурункали гломерулонефритнинг ҳар қандай шакли	хуруж даврида: нефротик синдром; антигипертензив терапияга резистент артериал гипертензия; буйраклар функциясининг бузилиши (қондаги креатинин 200 мкмоль/л)	Антигипертензив терапиянинг ҳомиладор аёл ҳолатига мослиги консилиум томонида баҳоланади.
61.	N18	Ҳар қандай этиологияли сурункали буйрак етишмовчилиги		Ҳомиладорлик юзага келгунга қадар ҳар қандай ташхисда қон зардобадаги креатинин даражаси 200 мкмоль/л (1,8 мг/дл) дан ошмаслиги зарур; Ҳомиладорликнинг муддатидан қагъи назар қон зардобада креатинин микдорининг прогрессив ошиб борганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
62.	N28.9	Яғона буйрак (туғма ёки нефректомиядан кейин), азотемия, артериал гипертензия, сил, пиелонефрит, гидронефроз		
Суюқ-мушак тизими ва бириктирувчи тўқима касалликлари				
63.	Q74.3	Туғма кўп сонли артрогрипоз		
64.	Q78.9	Ахондроплазия		
65.	Q77.5	Дистрофик дисплазия		
66.	Q77	Ахондрогенезия		
67.	Q78	Тугалланмаган остеогенез		
68.	Q74	Кўл-оёқнинг туғма йўқлиги		
69.	M05.2	Ревматоид васкулит	Хуруж даврида	
70.	M05.3	Бошқа аъзолар ва тизимлар иштирокидаги ревматоид артрит	Хуруж даврида	Ҳаёт учун муҳим аъзоларни зарарловчи юқори фаоллик бўлганда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
71.	M08.2	Қатта ёшдаги шахсларда ривожланмаган Фелти синдроми, Стилл касаллиги	Хуруж даврида	

72.	М30	Тугунли полиартериит	Хуруж даврида ва (ёки) оғир кечиши	Хавфли гипертензия, кўп аъзолар зарарланиши натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
73.	М30.1	Ўпкани зарарловчи полиартериит (Чердж-Стросс)	Хуруж даврида	Ўпка зарарланиши ва қон туфлаш натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
74.	М31.3	Вегенер гранулематози	Хуруж даврида ва (ёки) оғир кечиши	Ўпка ва буйрақлар зарарланиши натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
75.	М31.4	Аорта ёйи синдроми (Такаясу) (носпецифик аортоартериит)	Оғир кечиши	Қон айланиши египшовчилиги симптомлари билан кечувчи юрак аортал клапанлари зарарланиши натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
76.	М32	Тизимли қизил бўрича	Ўткир кечиши, жараён юқори фаолликда сурункали кечиши, хаётий муҳим аъзоларнинг зарарланиши	Буйрақлар (нефротик синдромли нефрит), марказий асаб тизими (психоз, эписиндром), юрак (эндокардит, перикардит), ўпка (пневмонит, плеврит) зарарланиши ёки функцияларининг бузилиши ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
77.	М33	Дермато(поли)миозит	Хуруж даври ва (ёки) узоқ вақт глюкокортикостероидлар қатга дозаларини талаб этадиган терапия	
78.	М34	Кучайиб борадиган тизимли склероз (tizимли склеродермия)	Жараённинг юқори фаоллигида ўткир ва сурункали кечиши	Буйрак, ўпка, юрак зарарланиши, функцияларининг бузилиши натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
79.	М35	Қуруқ синдром (Шегрен)	Хуруж даврида	Буйрак, ўпка зарарланиши, гипертанна ва (ёки) криоглобулинемик пурпура натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
80.	М36	Бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги	Хуруж даврида	Ўпка, буйрак, юракни зарарловчи юқори фаоллик натижасида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.

81.	M45	Анкилозловчи спондилит (Бехтерев касаллиги)	Қон айланиши бузилиши аломатлари билан кечадиган аортал копкоқлар зарарланишида ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
Ҳомиладорлик, туғруқлар ва туғруқдан кейинги давр			
82.	001	Елбўғоз	Елбўғоз 2 йилдан кам бўлмаган муддатда аввал ўтказилган бўлса, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади.
83.	C58	Ҳорионэпителиома	
84.	O21	Стационар шароитда даво чоралари ўтказилганлигига қарамасдан ҳомиладорлик даврида давомий кучли қайд қилиш	Даво муолажаларининг ҳомиладор аёл ҳолатига мослиги консилиум томонидан баҳоланади.
85.		Ҳомиладорлик даврида тератоген таъсирга эга дори воситаларини қабул қилиш тавсия эрилган касалликлар ва ҳолатлар	Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи консилиум ва пифокор-генетик томонидан индивидуал равишда қилинади.
Физиологик ҳолатлар			
86.	Z33	Физиологик ҳолатлар 14 ёшга тўлгунга қадар ҳомиладор аёлнинг физиологик етилмаган ҳолати	Ҳомиладорликнинг йигирма икки ҳафтасигача бўлган муддатда ҳомиладорлик сунъий равишда тўхтатиш амалга оширилади, ҳомиладорликнинг йигирма икки ҳафтасидан кейинги муддатларда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи индивидуал равишда консилиум томонидан ҳал қилинади.
<i>Изоҳ: Ҳомиладор аёлда мазкур Рўйхатда мазкур бўлмаган касаллик(лар) аниқланса ҳамда мазкур касаллик (лар) ҳомиладорлик ва туғруқ учун хавф туғдирса ёки ҳомиладор аёл саломатлиги учун жиддий шикаст етказиши мумкин бўлса, ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш масаласи индивидуал тартибда консилиум томонидан ҳал қилинади.</i>			

* Касалликлар ва саломатлик билан боғлиқ муаммоларнинг халқаро статистик таснифланиши

** КХТ-10 бўйича касалликлар гуруҳлари

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш намунавий баённомалар

**1. Амбулатория-поликлиника шароитида дори воситаси орқали ҳомиладорликни
сунъий равишда тўхтатиш баённомаси**

Аёл (Ф.И.Ш.) _____
Туғилган йили _____ амбулатор картаси _____
1 ташриф. Ташхис: Ҳомиладорлик _____ ҳафта (ОҲБнинг 1-чи кунидан _____ кун).
Анамнез _____
Умумий аҳволи _____
Гинекологик кўрик: Кўзгуда кўрик: _____
Бимануал кўрик: _____
Текшириш натижалари _____
ихтиёрий розилик аризасини тўлдирилган сана“ _____ ” _____
Аёл уйда/клиникада _____ (Мифепристон) дори воситасини қабул
қилди, _____ дори воситасининг савдо номи _____
миқдори _____, қабул қилиш усули _____ қабул вақти _____
Аёл уйда/клиникада _____ (Мизопростол) дори воситасини қабул қилади
_____ дори воситасининг савдо номи _____
миқдори _____, қабул қилиш усули _____ қабул вақти _____
Оғриксизлантириш: дори воситаси номи/миқдори/неча марта _____
Антимикробли профилактика тайинланди (ха/йўқ). Дори воситаси _____
Миқдори _____, қабул қилиш усули _____, неча марта ва қўллаш давомийлиги _____
Контрацептив бўйича маслаҳат (ха/йўқ). _____
_____ аёл танлаган контрацептив усулини кўрсатинг _____
Дори воситасини шифокор назоратида қабул қилгандан сўнг аёлнинг поликлиникада шифокор
назоратида қолиш муддати _____.(агар аёл дори воситасини поликлиникада қабул
қилишни истаса)
Аёлнинг қўлига шифохонага ётиш учун йўлланма берилди _____
_____ госпитализация санаси ва вақти _____
Уйга кетиш олдидан аёлда кузатилади (кузатилмайди): жинсий йўллардан (суркалувчи, кам,
ўртача) қон аралаш ажралмалар келиши (тагига чизилсин).
Аёл уйга _____ аҳволда кетди.
Санаси _____ Вақти _____
Шифокор имзоси: _____
Мизопростолни такрор қабул қилиш учун поликлиникага келиш шарт бўлмаслиги мумкин.
Аборт тўлиқ тугатилгандан сўнг, шошилинич кўрсатмалар бўлмаганда, 7-14 кундан сўнг
шифокор назоратига келиш мумкин, аммо шарт эмас;
2 ташриф (назорат учун, ДВАдан 7-10 кундан сўнг) Сана _____
Аёл аҳволини баҳолаш _____
Ҳомила тушиши (аёл сўзидан) (тўлиқ, чала): сана _____ вақт _____
Қандай ножўя таъсирларини сизди _____
Ножўя таъсирларнинг меъёрий чегараси _____

Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш самарадорлигини баҳолаш:
Гинекологик кўрик: _____

Кичик тос аъзоларининг УТТ _____

(имкони бўлса ёки шарт бўлса)

Ташхис: _____

Асоратлар _____

Контрацептив усуллари ҳақида маслаҳат бериш _____

Аёл уйига _____ аҳволда кетди.

Акушер-гинеколог шифокорнинг Ф.И.Ш. _____ имзоси _____

Сана _____

2. Жарроҳлик йўли билан ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси
2.1. Вакуумли аспирация (ЭВА /МВА) орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси

Даволаш муассасаси _____

Тиббий ҳужжат № _____ сана _____

Ф.И.Ш. _____ ёши _____

Уй манзили _____ телефон _____

Ташхис: _____

Кўрсатма: _____

Текшириш натижалари: _____

Бачадон бўйнини дастлабки тайёрлаш: _____ сана, қабул қилиш вақти _____

дори воситаси номи, микдори

Оғриксизлантириш _____

Техникаси: бачадон бўйнини кўзгуда очиб, дезинфекцияловчи эритма билан ишлов берилди, соат циферблатининг 11 соҳасида 1 фоизли маҳаллий анестетик _____ интрацервикал юборилди, бачадон бўйнининг олдинги лаби қисқичларга олинди, кенгайтирилмади _____ кенгайтирилди _____: нима билан кенгайтирилди _____

№ _____ ўлчамли канюля ўлчами бачадон бўшлиғига киритиб, шприц (бир клапанли ёки иккиклапанли, тагига чизилсин) билан бирлаштирилди, поршенни тўлиқ тортиб, босим ҳосил қилинди, шприц предохранителдан олиниб, ҳомила тухуми сўриб олинди. Шприц ичидаги масса идишга солиниб, кўрилди ва тўлиқ/чала аборт қайд этилди. Бачадон қисқарди, қон кетмаяпти. Умумий йўқотилган қон микдори _____

Асоратлар _____

Тадбирлар _____

Контрацептив бўйича маслаҳат бериш _____

Акушер-гинеколог шифокорнинг имзоси _____

Аёлнинг имзоси _____

Сана _____

3. Шифохона шароитида дори воситаси орқали ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш баённомаси

Аёл (Ф.И.Ш.) _____

Туғилган йили _____ касаллик тарихи _____

Ташхис: Ҳомиладорлик _____ ҳафта (ОХБнинг 1-чи кунидан _____ кун).

Анамнез _____

Текшириш натижалари _____

Ҳомиладорликни тўхтатишнинг ДВА усули _____

Ихтиёрий розилик аризаси тўлдирилган сана “ _____ ” _____

Аёл Мифепристон (_____) таблеткасини қабул қилди
дори воситасининг савдо номи

микдори _____, серия рақами _____, қабул қилиш усули _____ қабул вақти _____

Антимикробли профилактика қўлланилди (ҳа/йўқ). Дори воситаси номи _____

Микдори _____, қабул қилиш усули _____, неча марта _____

Сана _____, қабул қилиш вақти _____

Мифепристон қабул қилгандан сўнг аёлнинг аҳволини баҳолаш _____

Эслатма: Агар аёл Мифепристонни поликлиникада ёки уйда қабул қилган бўлса, клиникага йўлланмада дори воситасини қабул қилиш санаси ва вақтини кўрсатиш лозим.

Аёлнинг имзоси: _____

Шифокор имзоси: _____

Мизопростолни қабул қилиш: Сана _____ Вақт _____ (24-48 соатдан сўнг).

Шикоятлари _____

Мизопростол таблеткада _____, серия рақами _____,
савдо номи

дастлабки доза _____, қабул қилиш усули _____,

кейинги доза _____, қабул қилиш усули _____.

Неча марта қабул қилинади _____, аёл жами _____ мкг қабул қилди.

Оғриқсизлантирилди (ҳа/йўқ) _____

Дори воситаси/дозаси/ неча марталиги кўрсатилсин _____

Асоратлар _____

Ҳомила, йўлдошнинг тушиши (тўлиқ, чала) сана _____ вақти _____

Ҳомиладорликни дори воситалари ёрдамида тўхтатиш самарадорлигини баҳолаш:

Санаси _____ вақти _____

Гинекологик кўрик _____

жинсий йўллардан (суркалувчи, кам, ўртача) қонли ажралмалар келиши (тагига чизилсин).

Кичик чанок аъзоларини УТТ _____

Ташхис: _____

Асоратлар _____

Контрацептив усуллари ҳақида маслаҳат бериш _____

Аёл уйига _____ аҳволда кетди.

Аёл шифохонада қолди _____
сабабини кўрсатиш

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишга кўрсатма _____

Ҳомиладорликни тўхтатиш усули _____
Ихтиёрий розилик аризасини тўлдирилган сана « _____ » _____
Аёл қабул қилган дори воситаси _____, миқдори _____,
Серия рақами _____, қабул қилиш усули _____
Қабул қилиш вақти _____ санаси _____
Антимикробли профилактика қўлланилди (ҳа/йўқ) _____.
Оғриксизлантирилди (ҳа/йўқ) _____
Дори воситаси/миқдори/неча марта _____

Туғруқ тарихига кейинги қайдлар суткада камида 3 марта ёзилади. Туғруқ тарихида қуйидагилар ҳақида маълумотлар бўлиши шарт: шикоятлари, дори воситасининг ножўя таъсири ва асоратлари.

Туғруқ фаолияти мунтазам бўлиши учун партограмма тўлдирилади. МОТИ тугагандан сўнг қуйидагилар тасдиқланади:

Ҳомила ва йўлдош чиқди (тўлик, чала): сана _____
вақт _____ жинси _____ вазни _____ бўйи _____

МОТИ самарасини баҳолаш:

кўрик (гинекологик): _____

Кичик тос аъзоларини УТТ _____

Ташхис: _____

Асоратлар _____

Контрацептив усуллари бўйича маслаҳат бериш _____

Шифокорнинг Ф.И.Ш. _____ имзоси _____

Сана _____

Аёлнинг Ф.И.Ш. _____ имзоси _____

Сана _____

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни
амалга ошириш тартиби бўйича Миллий клиник баённомага
3- жадвал

Иккинчи триместрда дори воситалари ёрдамида аборт. Чақирини (Индукция қилиш) ва кузатиш баённомаи.

Госпитализация санаси ва вақти _____ Касаллик тарихи рақами: _____ Аёлниң Ф.И.Ш.: _____
Мифепристон қабул қилиш: Миқдори _____ Санаси _____ Вақти _____ Қабул қилиш жойи _____
Уйда, поликлиникада, шифонада (кўрсатинг)

	Кузатув №1	Кузатув №2	Кузатув №3	Кузатув №4	Кузатув №5	Кузатув №6	Кузатув №7
1. Сана (сана/ой/йил)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2. Тана ҳарорати (C ⁰)	.	.	.	.	.	.	.
3. Қон босими	/	/	/	/	/	/	/
4. Мизопростол қабул қилиш вақти ва миқдори	:	:	:	:	:	:	:
5. Қиндан қон кетиш даражаси*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Тўлғоқлар кучи*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Оғрик кучи (визуал баҳолашда 1 дан 7 гача шкалада)							
8. Оғрик қолдирувчи дори воситалари							
9. Қўшимча дори воситалари ёки аралашувлар; аралашув сабабини кўрсатинг							
10. Ходим (шифокор, ҳамшира) имзоси							

Агар ҳомила ва ёки йўлдош тушиши 8-дозагача юз берса, сана ва вақтини ёзинг; агар қўшимча доза керак бўлса, орқа томондаги устунларни тўлдиринг

11. Ҳомила тушиши санаси ва вақти: / / : **Йўлдош тушиши санаси ва вақти:** / / :

Қиндан қон кетиши: 0- йўқ, 1-кам, 2-ўртача, 3-оғир Тўлғоқлар: 0- йўқ, 1-кучсиз, 2-ўртача, 3-кучли

Иккинчи триместрда дори воситалари ёрдамида аборт.
Индукциялаш (чакириш) ва кузатиш баённомаси (давоми).

Аёлниг Ф.И.Ш.:

Касаллик тарихи рақами:

	Кузатув №8	Кузатув №9	Кузатув №10	Кузатув №11	Кузатув №ўн икки	Кузатув №13	Кузатув №14
1. Сана (сана/ой/йил)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
2. Тана ҳарорати (C ⁰)	.	.	.	.	.	.	.
3. Қон босими	/	/	/	/	/	/	/
4. Мизопростолини кабул қилиш вақти ва миқдори	:	:	:	:	:	:	:
5. Қиндан қон кетиш даражаси*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
6. Тўлғоқлар кучи*	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3	0 1 2 3
7. Оғриқ кучи (визуал баҳолашда 1 дан 7 гача шкалада)							
8. Оғриқ қолдирувчи дори воситалари							
9. Қўшимча дори воситалари ёки аралашувлар; аралашув сабабини кўрсатиш							
10. Ходим имзоси (шифокор, ҳамшира)							

Ага рқўшимча доза керак бўлса, орқа томондаги бланкни тўлдиринг

**Ҳомиладорлиги сунъий равишда тўхтатилган аёлларга ўз-ўзини кузатиш бўйича
эслатма**

Сиз онгли равишда ҳомиладорликни сунъий тўхтатишни бошладингиз.
Ҳомиладорликнинг муддати _____.

Сиз Мифепристон ва Мизопростол дори воситалари ёрдамида ДВА усулини танладингиз.

Сиз ҳомиладорликни тўхтатиш учун Мифепристон дори воситасининг биринчи таблеткасини _____ мкг миқдорда _____ санада _____ соатда қабул қилдингиз.

Дори воситасини қабул қилинганидан бир оз вақт ўтгач, баъзиларда қиндан енгил қон кетиши бошланади ва аёлларнинг 16 фоизда ҳомила тўлиқ тушади. Аммо сиз, дори воситалари ёрдамидаги абортнинг самара бериши учун албатта кейинги дори турини қабул қилишингиз лозим.

Сиз Мизопростол таблеткасини _____ мкг миқдорда Мифепристонни қабул қилганингиздан 24-48 соат кейин, аммо 72 соатдан кечиктирмасдан қабул қилишингиз лозим.

Агар 72 соатдан кўпроқ вақт ўтган бўлса, унда усулни яна қайтадан бошлаш ва яна Мифепристон таблеткасини қабул қилиш керак.

Эслатма: Мизопростолни қабул қилиш учун шубҳа туғилса, сиз поликлиникага мурожаат қилиб, шифокор назорати остида дори воситасини қабул қилишни бошлашингиз мумкин.

Мизопростолни _____ миқдорда _____ таблетка ҳолида, тил остига/лунжга (30 дақиқа ичида сўрилади) ёки қинга қўйилади.

Симптомлари. Қон қон кетиши ва тўлғоксимон оғриқлар бўлиши кутинг. Улар ҳайз вақтидагига нисбатан кучлироқ бўлиши мумкин.

Аксарият аёлларда қиндан қон кетиш Мизопростол қабул қилгандан 1 соатдан кейин ёки 7 соат ичида бошланади. Бундай қон кетиш тахминан 1-4 соат давом этади ва ҳомила тухуми ташқарига чиқиши билан дарҳол камаяди.

Кўп суюқлик ичинг (спиртли ичимликлардан сақланинг) ва енгил овқатлар истеъмол қилинг. Қон кетишини кузатинг. Агар сиз таблеткаларни қинга қўйган бўлсангиз, қон кетиши бошланиши билан бутунлай эриб кетмаган таблетка қолдиқлари тушиши мумкин. Аммо таблетканинг фаол моддасининг етарли концентрацияси бу вақтга бориб сўрилиб, самара бериб бўлган бўлади.

Фавқулодда ҳолатлар. Фавқулодда вазиятлар кам учрайди, аммо уларга тайёр бўлиш керак. Сизни қўллаб-қувватлаб туриш учун яқинларингиздан биттаси олдингизда бўлгани маъқул. Сизда шифокор ёки тиббиёт муассасасининг телефон рақами, сиз исталган вақтда боғланишингиз мумкин бўлган телефон рақами: _____, шошилишч ёрдам учун тиббий муассасанинг номи ва манзили _____ ва унга бориш йўллари _____

_____ бўлиши керак.

Қачон ёрдамга чақириб қўнғироқ қилиш керак. Агар сизда:

хаддан ташқари кўп қон кетса: 2 соат ичида 4 ёки ундан кўп тагликлар қонга бўккан бўлса;

кучли спазм ёки оғриқ бўлиб, шифокор тайинлаган оғриқ қолдирувчи дори воситалари таъсир қилмаса;

парацетамол қабул қилганингизга қарамай, 38 С ва ундан юқори иситма 4 соатдан ортик давом этса;

4 соатдан ортиқ давом этадиган қаттиқ қусиш ёки ич кетиши (диарея) кузатилса, тез ёрдам чақириш ёки бошқа транспорт воситасида сизга маълум бўлган тиббий муассасага етиб бориш лозим.

Тикланиш даври:

Ҳомиладорлик билан боғлиқ ҳар қандай кўкрак бези соҳасидаги сезувчанлик бир неча кун ичида йўқолиши керак. Агар кўкрагингиздан сут чиқса, ичига ўзига намликни яхши тортадиган мато қўйиб, тортиб турувчи бюстгалтер тақинг. Сут ажаралиши бир-икки кунда тўхташи керак.

Кўнгил айнаши 24-48 соат ичида тўхташи керак.

Одатий фаолият: ўқиш, ишлаш, машина ҳайдашни одатдагидек бошлашингиз мумкин. Камида 2 ҳафта давомида фаол ҳаракатлар: оғир жисмоний ишлар, сузиш, оғир нарсалар кўтариш, отда сайр қилиш ва шулар каби бошқа машғулотлардан сақланинг.

Абортдан кейин инфекция тушиши хавфи борлиги сабабли қон тўхтагунча жинсий алоқа қилиш тавсия этилмайди.

Мифепристонни қабул қилганингиздан кейин 8 кун ўтгач, сиз ҳомиладор бўлиб қолишингиз мумкин. Агар сиз учун мос келадиган контрацептив усулини шифокор билан келишмаган бўлсангиз, шифокорга кейинги ташрифингизга қадар жинсий алоқа пайтида презервативдан фойдаланинг.

Сиз ҳоҳлаганча овқатланишингиз мумкин. Аммо, агар кўнгил айнаш бўлса, эҳтиёткорлик билан овқатлансангиз ўзингизни яхшироқ ҳис қиласиз.

Гигиена воситаларидан фойдаланиш: фақат душда чўмилиш мумкин, ҳовузларда, бассейнда, ваннада чўмилиш, саунага бориш тавсия этилмайди; айниқса Мизопростол қабул қилган кунингизда тампонлар эмас, балки гигиеник тагликларидан фойдаланинг. Қинни чайиш тавсия этилмайди.

Назорат ташрифи. Акушер-гинеколог томонидан текширув биринчи ташрифдан 7-14 кун ўтгач амалга оширилиши керак. Агар сиз ҳомила тўлиқ чиқиб кетганлигига ишончингиз комил бўлса (яъни, ҳомила тухумининг бўлақларини кўрган бўлсангиз), кейинги ташриф зарур эмас.

Сизни шифокор гинекологик курсида кўриши керак. Зарур бўлганда, абортнинг тўлиқ бўлганлигини аниқлаш учун ультратовуш текширувини ўтказиш мумкин. Аборт жараёнида ҳар қандай вақтда биз билан боғланишингиз ва шифохонага қайтишингиз мумкин.

Аксарият аёлларда (95%) аборт кейинги кузатув вақтигача яқунланади.

Камдан кам ҳолларда (тахминан 1%) дори воситалари таъсир қилмасдан, ҳомиладорлик давом этиши мумкин. Бундай ҳолларда шифокор Мизопростолни такроран қўллашни ёки бошқа усулни: вакуум аспирациясидан фойдаланишни тавсия қилади ва сизни ушбу муолажани бажарадиган тиббиёт муассасасига юборади.

Мифепристон ҳам, Мизопростол сингари ҳомилада туғма нуқсонларнинг ривожланиши хавфини оширмайди, гарчи бу масала клиник шароитда етарлича ўрганилмаган бўлса-да, ҳомиладорликни назорат остида давом эттириш мумкин.

Агар ҳомиладорлик ривожланмаса, лекин бачадон бўшлиғидан ҳам чиқиб кетмаган бўлса (тахминан 5 фоиз ҳолларда), куйидаги ҳаракатлардан бирини танлашингиз мумкин: а) - Мизопростолни такрораничиш ва бир ҳафтадан сўнг текширувга келиш ёки б) - жарроҳлик аборти усулини танлаш.

Агар сиз биринчи ташрифингиздан кейин 2 ҳафта ичида ҳомила тушмаган бўлса, қайта уриниш ёки вакуумли аборт тайинлаш лозим бўлади.

Вакуумли аборт қилиш эҳтимоли. Дори воситалари ёрдамидаги аборт 95 фоиздан ортиқ ҳолларда самара беради.

Баъзи бир аёлларда, агар дори воситалари етарлича самара бермаган бўлса ёки ҳаддан ташқари кўп қон кетса, жараёни яқунлаш учун вакуум аспирацияси талаб этилади.

Аёллар учун абортдан кейинги даврда ўз-ўзини кузатиш бўйича эслатма

Сиз онгли равишда ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш муолажасидан ўтдингиз.

Сиз ўзингизни яхши ҳис қилганингиздан кейин, шунингдек, шифокорнинг абортдан кейинги маслаҳатини олганингиздан сўнг, шифохонани тарк этишингиз мумкин.

Тикланиш даврида сиз қўйидагиларни қайд этишингиз мумкин:

кейинги бир неча кун давомида кучсиз бачадон спазмлари, улар шифокор томонидан буюрилган ностероид яллиғланишга қарши дориларни қабул қилиш билан бартараф этилиши мумкин;

ҳайзсимон қонли ажралмалар 30 кунгача давом этади, аста-секин камайиб боради; шифокор томонидан буюрилган барча дори-дармонларни қабул қилиш бўйича кўрсатмаларга амал қилишингиз керак;

Гигиена воситаларидан фойдаланиш: фақат душда чўмилиш мумкин, ҳовузларда, бассейнда, ваннада чўмилиш, саунага бориш тавсия этилмайди; Тампонлар эмас, балки гигиеник тагликларни ишлатиш тавсия қилинади. Қинни чайиш тавсия этилмайди.

Ҳомиладорлик билан боғлиқ ҳар қандай кўкрак беши соҳасидаги сезувчанлик бир неча кун ичида йўқолиши керак. Агар кўкрагингиздан сут ажралаётган бўлса, ўзига намликни яхши тортадиган матони ичига қўйиб, тортиб турувчи бюстгалтер тақинг. Сут ажаралиши бир-икки кунда тўхташи керак.

Ҳомиладорлик билан болиқ кўнгил айнаши 24-48 соат ичида тўхташи керак.

Оддий фаолият: ўқиш, ишлаш, машина ҳайдашни ҳар кунгидек бошлашингиз мумкин. Камида 2 ҳафта давомида оғир жисмоний ишлар, сузиш, оғирлик кўтариш, отда сайр қилиш ва шулар каби зўриқтирувчи машғулотлардан сақланинг.

Қонли ажралмалар келиши тугамагунча жинсий алоқалар тавсия этилмайди.

Навбатдаги ҳайз 4-8 ҳафтада тикланади.

Бола туғиш функцияси муолажадан сўнг тез орада (7-10 кун ўтгач) тикланади, шунинг учун агар айна пайтда ҳомиладор бўлиш ниятингиз бўлмаса, исталмаган ҳомиладорликдан сақланиш усуллари ҳақида ахборот олишингиз ва ўзингизга мос усулни танлашингиз лозим.

Фавқулодда ҳолатлар. Фавқулодда вазиятлар кам учрайди, аммо уларга тайёр бўлиш керак. Сизни қўллаб-қувватлаб туриш учун яқинларингиздан биттаси олдингизда бўлгани маъқул. Сизда шифокор ёки тиббиёт муассасасининг телефон рақами, сиз исталган вақтда боғланишингиз мумкин бўлган телефон рақами: _____, шошилинич ёрдам учун тиббий муассасанинг _____ номи ва манзили _____ ва унга бориш йўллари _____ бўлиши керак.

Зудлик билан клиникага мурожаат қилишни талаб қиладиган белгилар ва симптомлар:

- Одатдаги ҳайзга нисбатан узоқ вақт ва/ёки кўп қон кетиши (кетма-кет икки соат ичида ҳар соатда 2 ёки ундан кўп тагликлар қонга бўккан бўлса),
- Кучли ёки кучайиб борувчи оғриқ бўлиб, шифокор тайинлаган ориқ қолдирувчи дори воситалари таъсир қилмаслиги,
- нохуш ҳидли ажралмалар келиши;
- иситма чиқиши, қалтираш;
- хушдан кетиш;

Бундай ҳолларда зудлик билан тез ёрдам чақириш ёки бошқа транспорт воситасида сизга маълум бўлган тиббий муассасага бориш керак.

Назорат ташрифи шарт эмас. Зарурат бўлса, исталган пайтда биз билан боғланишингиз ва клиникага қайтишингиз мумкин.

Статистик таҳлил учун ҳисобот кўрсаткичлари

№	Маълумотлар	1-ой	2-ой	3-ой	чорак
	ЖАМИ				
1	Ёши				
1.1	15гача				
1.2	15-19				
1.3	20-35				
1.4	35дан катта				
2	Гестация муддати				
2.1	<i>ўн икки ҳафтагача</i>				
2.2	<i>13-21 ҳафта 6 кун</i>				
3	Яшаш жойи				
3.1	шаҳар				
3.2	қишлоқ				
4	Ҳомиладорликни тўхтатиш усули				
4.1	Мануал вакуумли аспирация				
4.2	Электр вакуумли аспирация				
4.3	Қириш				
4.4	Дори воситалари ёрдамида				
4.5	Бачадон бўшлиғини кенгайтириш ва эвакуация				
5	Ҳомиладорликни тўхтатиш сабаблари				
5.1	Ҳомиладорликни ихтиёрий сунъий равишда тўхтатиш				
5.2	Ҳомиладорликни тиббий кўрсатмалар бўйича сунъий равишда тўхтатиш				
5.2.1	<i>ўн икки ҳафтагача</i>				
5.2.2	<i>13-22 ҳафтада</i>				
5.4	Ҳомиладорликни ноқонуний тўхтатиш				
5.4.1	<i>ўн икки ҳафтагача</i>				
5.4.2	<i>13-22 ҳафтада</i>				
5.5	Ҳомиладорликнинг ўз-ўзидан (спонтан) тўхташи				
5.5.1	<i>ўн икки ҳафтагача</i>				
5.5.2	<i>13-22 ҳафтада</i>				
6	Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин маслаҳат бериш (ҳолатлар сони, ?)				
7	Бачадон буйинини мизопростол билан тайёрлаш (ҳолатлар сони, %)				
8	Ҳомиладорликни тўхтатишда оғриқсизлантириш усуллари (жарроҳлик абортида)				

8.1	лидокаин билан парацервикал блокада				
8.2	умумий анестезия				
8.3	бошқа усуллар				
8.4	ҳеч қайси усул				
9	Ҳомиладорлик тўхтатилгандан кейин маслаҳат бериш, шу жумладан оилани режалаштириш бўйича (ҳолатлар сони, %)				
10	Контрацептив воситалар билан таъминлаш (ҳолатлар сонини, %)				
10.1	Презервативлар				
10.2	Аралаш орал контрацептивлар (АОК)				
10.3	Инъекцион препаратлар				
10.4	Бачадон ичи воситаси				
10.5	Спермицидлар				
10.6	Ихтиёрий жарроҳлик стерилизацияси				
10.7	Ҳеч қайси усул				
11	Ҳомиладорликни тўхтатгандан кейинги асоратлар (ҳолатлар сони, %)				
11.1	Ривожланаётган ҳомиладорлик				
11.2	Ҳомиланинг чала тушиши				
11.3	Бачадон бўйнининг жароҳати				
11.4	Бачадон тешилиши:				
11.4.1	<i>Енгил</i>				
11.4.2	<i>Оғир</i>				
11.5	Бачадон ёрилиши				
11.6	Жинсий йўллар ва тос аъзолари инфекцияси:				
11.6.1	<i>Эндометрит</i>				
11.6.2	<i>Сальпингоофорит</i>				
11.6.3	<i>Пельвиоперитонит</i>				
11.6.4	<i>Перитонит</i>				
11.7	Бачадондан қон кетиши				
11.8	Анафилактик реакциялар				
11.9	Ҳомиладорликни тўхтатгандан кейинги бошқа асоратлар				
12	Аёлларнинг хизмат кўрсатиш сифатидан қоникқанлиги				
12.1	Қоникқан				
12.2	қоникмаган				

Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш учун зарур бўлган асбоб-ускуналар ва сарфлов материаллар

Ҳомиладорликнинг дастлабки ўн икки ҳафтасида уни сунъий тўхтатиш бўйича хизмат кўрсатиш ваколатига эга бўлган тиббиёт муассасаларида алоҳида иккита хона бўлиши лозим: биттаси – тиббий муолажалар ўтказиш учун, ва иккинчиси – ҳомиладорлик тўхтатилгандан сўнг аёлнинг аҳволи тикланиши учун кроват ёки ўриндиклар қўйилган хона.

Электр ёки мануал вакуумли аспирация муолажасини бажаришдан олдин муолажа қилинадиган хонада қуйидаги жиҳозлар ва сарфлама материаллар ишчи ҳолатда мавжудлигига ишонч ҳосил қилиш керак:

Жиҳозлар:

- 1) гинекологик кўрик учун стол.
- 2) кучли ёруғлик манбаи (лампа).
- 3) шифокор учун стул.
- 4) пластмасса идишда зарарсизлантириш учун эритма (0,5 фоизли хлорамин эритмаси).

зарарсизлантирилган индивидуал асбоблар тўплами:

- 1) қин кўзгулари.
- 2) бачадон бўйнини фиксация қилиш учун қисқичлар.
- 3) корнцанг типидagi қисқичлар.
- 4) турли ўлчамдаги абортцанг (дарчали қисқичлар)
- 4) Гегар механик кенгайтиргичлари ёки Пратт ёки Деннистон конуссимон кенгайтиргичлари).
- 5) Осмотик кенгайтиргичлар (Dialapan, Lamicel).
- 6) турли ўлчамдаги эгилувчан канюлялар.

Сарфлама материаллар:

- 1) пахта, дока.
- 2) Антисептик эритма (спиртсиз бўлса мақсадга мувофиқ).
- 3) 10 мл шприц ва 22-ўлчамдаги спинал игналар, парацервикал блокада учун (опционал).
- 4) қўлқоплар.

Электр ёки мануал вакуумли аспирация учун:

- 1) Электр вакуумли аспиратор ёки мануал вакуумли аспирация учун шприц.
- 2) Адаптерлар (эгилувчан канюлялар учун).
- 3) эгилувчан ёки ярим қаттиқ пластмассали Iras канюлялари.
- 4) шприцларга суртиш учун силикон.

Тўқималарни кўриқдан ўтказиш учун:

- 1) Фильтрлаш учун мослама (металл, пластмасса ёки дока).
- 2) шаффоф идиш.
- 3) ёруғлик манбаи.
- 4) Фиксацияловчи эритма.
- 5) патологоанатомик лаборатория талабларига мос контейнер

Шошилич реанимация учун:

- 1) вена ичи инфузияси учун асбоблар ва эритмалар.
- 2) Амбу қопчаси ва кислород.
- 3) ҳаво (кислород) бериш тармоғи.

Асбобларни юқори даражада дезинфекция ёки зарарсизлантириш учун:

- 1) **Нометалл контейнерлар.**
- 2) ювувчи воситалар.
- 3) тоза сув.
- 4) Хлорамин эритмаси.
- 5) юқори даражада дезинфекция ёки зарарсизлантириш учун воситалар.

Дори воситалари:

- 1) оғриксизлантириш учун ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НСЯҚВ).
- 2) анксиолитик таъсирга эга бензодиазепинлар (масалан: диазепам).
- 3) маҳаллий анестетиклар – масалан, лидокаин 0,5 - 1 фоизли.
- 4) абортдан олдин антибиотикли профилактика учун антибиотиклар.
- 5) Утеротониклар.
- 6) шошилич ҳолатлар учун - атропин, адреналин, диазепам, глюкокортикоидлар.
- 7) бачадон бўйни очилишини енгиллаштириш учун - Мизопростол 200 мкг.
- 8) томир ичидан юбориш учун эритмалар (физиологик эритма, Рингер-лактат).
- 9) қоқшолга қарши зардоб.

**Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш жараёнида ишлатиладиган асбоб-
ускуналарини зарарлантириш усуллари**

Iras MVA Plus® ва бир клапанли аспираторлар кўп марта ишлатиладиган асбоблар деб ҳисобланади. Улар ҳар бир муолажадан олдин ва кейин ифлослардан тозалаш учун юқори фаол воситалар ёрдамида дезинфекция қилиниши лозим. Аспираторларни зарарсизлантирилган ёки юқори фаол моддалар билан дезинфекцияланган ҳолатда сақлаш шарт эмас.

Iras EasyGrip® канюляларини қويدаси бўйича агар рухсат берилган бўлса, ишлов бериб, қайта ишлатиш мумкин. Бундай канюлялар навбатдаги ишлатишдан олдин юқори фаол воситалар билан чуқур дезинфекция қилиб, зарарсизлантирилиши керак. Улар бачадонга киритишдан олдин чуқур дезинфекция ёки зарарсизлантирилади.

Карман эгилувчан канюлялари ва 3-миллиметрли канюлялар бир марталик ҳисобланади. Ишлатиб бўлгандан сўнг уларни инфекция тушган чиқиндилар каби бартараф этилади.

ОГОҲЛАНТИРИШ. йўриқномада кўрсатилмаган ишлов бериш усуллари қўлланилса, асбобларнинг бузилишига ва/ёки рангининг ўзгаришига олиб келиши мумкин.

Дезинфекцияловчи эритмага бўктириб қўйиш: муолажадан кейин аспираторлар, Iras EasyGrip® канюлялари ва ўтказгичлари қайта ишлатилиши сабабли аввал нам муҳитда тозаланади. Агар мосламалар куриб қолса, уларни тозалаш қийин бўлади.

Дезинфекант сифатида хлорнинг 0,5%ли эритмасидан фойдаланиш мумкин.

ОГОҲЛАНТИРИШ. Асбобларга улар тозаланишидан олдин ҳимоясиз қўл билан ушлаш хавфли.

Тозалаш. Аспираторни тозалаш ва ишлов беришдан олдин қисмларга ажратиш лозим. Шунингдек поршеннинг мустаҳкамловчи халқаси ҳам ечилади. Карман эгилувчан канюляларидан ечиладиган ўтказгичларни ҳам ечиш керак. Барча юзаларни ювувчи восита қўшилган илиқ сув билан ювинг. Совундан кўра ювувчи восита қўлланилгани маъқул, чунки совундан кейин унинг юқи қолади).

ОГОҲЛАНТИРИШ. Клапан қисмларини тозалаш ва мустаҳкамловчи халқани ечиш учун ўткир ва учли асбобларни ишлатманг. Бу асбобнинг бузилишига ва вакуумни ушламаслигига сабаб бўлади.

Асбобларга ишлов беришнинг тавсия этилган усуллари.

Iras MVA Plus® бир клапанли аспираторлар, Iras EasyGrip® канюлялари, ўтказгичлари (агар қўлланилса) бошқа аёлга қўлланилишидан олдин юқори фаол воситалар билан ишлов берилиши ёки зарарсизлантирилиши шарт. Шундан сўнг асбобни кейинги муолажа учун хавфсиз ишлатиш мумкин.

Аспираторлар ва ўтказгичларни юқори фаол воситалар билан дезинфекция ки зарарсизлантирилиб сақлаш шарт эмас. Канюлялар эса юқори фаол воситалар билан дезинфекция ёки зарарсизлантирилиши шарт.

ОГОҲЛАНТИРИШ. Асбобларга ишлов бериш жараёнида уларни шикастламаслик учун барча йўриқномаларга риоя қилиш лозим.

Автоклав ёрдамида зарарсизлантириш - фақат Iras MVA Plus® аспираторлари, Iras EasyGrip® канюлялари ва ўтказгичлари учун қўллаш мумкин (бир клапанли аспираторни автоклавга солинмайди). Автоклагда ўн икки 1 °С (250 °F) ҳароратда 30 дақиқа зарарсизлантирилганг. Iras MVA Plus® аспираторини ажратиб, автоклав учун мўлажалланган материал, қоғоз ёки бошқа бирор нарса устида биологик индикатор билан бирга жойлаштиринг. Барча юзасига буғ билан ишлов бериш керак. Қисмлари бир-бирига тегмасдан тешиклари очилган ҳолатда бўлиши керак. Iras EasyGrip® канюлялари, айниқса кичик ўлчамли канюлялар автоклагда деформацияланиши мумкин. Шу сабабли уларни қоғозга, матога ёки шунга ўхшаш нарсаларга ўраб, биологик индикатор билан бирга автоклав девори ёнига ёки тубига қўйилади. Бошқа предметларнинг жойлашуви канюляни эзиб юбормаслигига ишонч ҳосил қилинг.

Юқори фаол воситалардан фойдаланиш вариантлари:

Кимёвий эритмалар: Sporoх® II - Iras MVA Plus адаптерлари, EasyGrip® канюлялари учун қўлланилади. Бир клапанли аспираторлар учун Sporoхни қўлламанг. Асбобнинг алоҳида ечиб олинган қисмларини Sporoх® II га тўлиқ ботириб 6 соатга ивитиб қўйинг. Сўнг эритмаларни ишлаб чиқарувчининг йўриқномасида кўрсатилганидек ёки пробиркалардаги Sporoх тести натижаларига кўра тезроқ йўқ қилинг .

Кимёвий эритмалар: 2 фоизли глютаральдегид эритмаси (Cidex®). Барча кўп марта ишлатиладиган асбоблар ва уларнинг қисмларини 2 фоизли глютаральдегид эритмасига 10 соатга ёки ишлаб чиқарувчи йўриқномасида кўрсатилган вақтга тўлиқ ивитинг. Предметлар тўлиқ чўктирилган бўлиши керак. Ишлаб чиқарувчи тавсияларига кўра ёки агар эритма хиралашиб қолган бўлса, алмаштириш зарур.

Қайнатиш йўли билан зарарсизлантириш фақат Iras MVA Plus адаптерлари, EasyGrip®канюлялари учун қўлланилади. Бир клапанли аспираторларни қайнатиш мумкин эмас. Iras MVA Plus адаптерлари, EasyGrip®канюляларини 20 дақиқа қайнатинг. Предметларни тўлиқ чўктириш шарт эмас, аммо аспираторларни тўлиқ ажратиш керак. Канюлялар рангини йўқотса ҳам функциясини йўқотмайди. Агар канюляларни эритмадан иссиғида олинса, улар ёпишиб қолади, шу сабабли сув совугандан сўнг уни ўтказгичи ёки асосидан ушлаб чиқаринг.

Кимёвий воситалар билан ишлов берилгандан сўнг:

аспиратор қисмларини тоза ичимлик сувида чайиб ташлаш мумкин;

Iras EasyGrip® канюляларини қайнаган сувда чайилади (юқори фаол дезинфекцияловчи воситалар билан ишлов берилган асбоблар учун) ёки зарарсизлантирилган сувда (агар асбоблар зарарсизлантирилган бўлса) яхшилаб чайиб ташлаш лозим;

кимёвий воситалар хавфлидир. Асбобларга ишлов беришда эҳтиёт чораларига риоя қилинг, масалан, шахсий ҳимоя воситаларидан фойдаланинг. Бехатар фойдаланиш учун ишлаб чиқарувчининг хавфсизлик техникаси бўйича йўриқномаси билан танишиб чиқинг.

Iras MVA Plus асбоблари ва бир клапанли аспираторлар ҳар бир муолажадан кейин юқори фаол моддалар билан дезинфекцияланиши ва зарарсизлантирилиши керак.

Аспираторларни юқори фаол моддалар билан дезинфекциялаб ва зарарсизлантирилаб сақлаш шарт эмас.

Канюляларни бачадонга киритишдан олдин юқори фаол моддалар билан дезинфекция қилиш ва зарарсизлантириш лозим. Куруқ асбобларни хона ҳароратида куруқ,

тоза ва ифлосланишдан сақланадиган контейнерларда сақлаш керак. Агар бундай сақлаш имкони бўлмаса, ишлатишдан олдин яна қайта ишлов беринг.

Канюляларини алмаштириш: эгилувчан Карман канюлялари ва 3-миллиметрли бир марталик канюлялардир. Бир марта ишлатилгандан сўнг ташлаб юборинг.

Iras EasyGrip® канюляларига тавсия этилган усулларда ишлов берсангиз, 25 мартагача ишлатиш мумкин. Агар канюляда қуйидагилар кузатилса, уларни йўқ қилинг:

- канюля мўрт бўлиб қолса;
- канюля дарз кетса, буралиб ёки эгилиб қолса, айниқса тешик соҳасида;
- тўқималардан тозалаб бўлмаса.

Аспираторларни алмаштириш

Аспираторларга тавсия этилган усулларда ишлов берсангиз, 25 мартагача ишлатиш мумкин. Агар аспираторларда қуйидагилар кузатилса, уларни йўқ қилинг:

цилиндр мўртлашиб қолса, дарз кетса ёки унда минерал чўкиндилар пайдо бўлса ва улар поршень ҳаракатига халақит берса;

- клапан қисмлари ёрилса, буралиб ёки синиб кетса;
- кнопкалари синиб қолса;
- поршень елкалари қаттиқ ушламаса;
- аспиратор вакуум ҳосил қилмаса.

**Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш бўйича хизматини баҳолаш ва
мониторинг қилиш учун намунавий сўровнома варақаси**

1.Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатиш сифатини баҳолаш

Тиббий муассаса _____ бўлим _____

Сана _____ шифокорнинг ФИШ _____

Ҳомиладорликни тўхтатишдан олдин баҳолаш	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Умумий анамнез йиғиш</u>					
<u>Акушер-гинекологик анамнезни йиғиш</u>					
<u>Дори воситаларига аллергия</u>					
<u>АҚБ, Рs, тана ҳароратини ўлчаш</u>					
<u>Тест билан тасдиқланган ҳомиладорлик Беременность</u>					
<u>УТТ билан тасдиқланган ҳомиладорлик</u>					
<u>Маслаҳат бериш</u>					
<u>Алоҳида хонада ўтказилди</u>					
<u>Қарорни муҳокама қилинди</u>					
<u>Хавф-хатарлар муҳокама қилинди</u>					
<u>Ҳомиладорликни тўхтатиш усуллари таърифи ва мосини танлаш</u>					
<u>Ўтказиш техникасининг таърифи</u>					
<u>Оғриксизлантириш усулининг муҳокамаси ва танлаш</u>					
<u>Контрацептивларни қўллаш зарурлигини муҳокама қилиш</u>					
<u>Маслаҳат бериш ва муолажа ўртасидаги оралик – 1 соатдан кам</u>					
<u>Муолажа</u>					
<u>Қўлни ювиш</u>					
<u>Қўлқоп кийиш</u>					
<u>Бачадон ўлчами ва жойлашишини аниқлаш</u>					
<u>Асбоблар мавжудлигини (комплект) назорат қилиш</u>					
<u>Етарли даражада оғриксизлантириш</u>					
<u>Анестезия вақтида хавфсизлик чоралари</u>					
<u>Маҳаллий анестезия даврида қўлаб қувватлаш</u>					
<u>Шприцни текшириб кўриш</u>					
<u>Контактсиз усул</u>					
<u>Етарли даражада кенгайтириш</u>					
<u>Ҳомиланинг бачадондан чиқиш белгилари</u>					
<u>Тўқималарни кўздан кечириш</u>					
<u>Ҳомила ўлчамларининг ҳомиладорлик муддатига мослиги</u>					
<u>Асбобларни (кўзгулар, кенгайтиргичлар, насос идишлари, шприц, канюлялар) зарарсизлантириш</u>					
<u>Қўлни ювиш</u>					
<u>Абортдан кейин олиб бориш</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>Хаётий белгиларни баҳолаш – камида 1 марта</u>					
<u>Уйга ёзма кўрсатмалар бериш</u>					
<u>Антибиотиклар билан таъминлаш</u>					
<u>Абортдан кейинги нормал даврни муҳокама қилиш</u>					
<u>Кузатилиши мумкин бўлган асоратларни муҳокама қилиш</u>					

<u>Контрацептив масаласида маслаҳат бериш</u>					
<u>Кечаю-кундуз боғланиш учун телефон рақамини бериш</u>					
<u>Назоратли ташрифни режалаштириш</u>					

**Ҳомиладорликни сунъий равишда тўхтатишни баҳолаш учун
намунавий аноним сўровномаси**

Тиббиёт муассасаси _____ Бўлим _____

Сана _____

1. Муолажадан олдин тиббий ходимдан ҳомиладорликни тўхтатиш бўйича муолажанинг моҳияти ва босқичлари ҳақида маълумотлар олдингизми.
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
2. Сизга абортдан кейинги давр қандай ўтиши ва кузатилиши мумкин бўлган асоратлар ҳақида маълумот беришдими (масалан, қорин пастида оғрик, тана ҳарорати ошса ёки кўп қон кетганида нима қилиш керак; қон кетиши тўхтагунича жинсий ҳаётдан сақланиб туриш зарурлиги ҳақида маълумот олганмисиз?)
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
3. Маслаҳат бериш ёки муолажа вақтида бегона одамлар ҳам бор эдими?
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
4. Ходимлар билан абортдан кейинги контрацептив усулларини муҳокама қилдингизми?
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
5. Нима деб ўйлайсиз, клиникага мурожаат қилганингиздан муолажани ўтказишгача бўлган вақт узоқ бўлди?
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
6. Бу муолажа нарҳини ҳамёнбоп деб ҳисоблайсизми?
Ҳа _____ Йўқ _____ Эсимда йўқ _____
7. Агар яна ҳомиладорликни тўхтатиш мақсадингиз бўлса, шу тиббиёт муассасаси хизматларидан фойдаланасизми ёки бошқа жойга мурожаат этасизми? Сиз шу муассаса ва шу муолажани танишларингизга тавсия этасизми?
Ҳа _____ Йўқ _____ Хали буни ҳал қилмадим _____

Шарҳларингиз

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Al RA, Yarpa OE. Vaginal Misoprostol Compared With Buccal Misoprostol for Termination of Second-Trimester Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2015; ўн икки6(3):593-8.
2. American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Clinical Policy Guidelines (A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion), NAF's textbook. Washington, 2013. <https://www.prochoice.org>
3. Andersson IM, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *PLoS One.* 2014; 9(ўн икки):e115957.
4. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases. *Contraception.* 2004 Jan; 69(1):51-8.
5. Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, Karki A, Sharma J, Abbas D, Dragoman M, Winikoff B., "Feasibility of a hospital outpatient dayprocedure for medication abortion at 13–18 weeks gestation: findings from Nepal" *Contraception* (September 2019)
6. Borgatta L, Kapp N; Society of Family Planning. Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 2011 Jul; 84(1):4-18. ↔
7. Catherine S.Todd, Jose L.Sanchez, Jean K.Carr. Utilization of contraception and abortion and its relationship to HIV infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Contraception.* Volume 74, Issue 4, October 2006, Pages 318-323
8. Chen YP, Wang PH, Tsui KH. Comment on the combination of mifepristone and misoprostol for the termination of second-trimester pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2015; 54(4):469-70.
9. Cheng L. Surgical versus medical methods for induced abortion during the second trimester: RHL commentary (last revised: September 28, 2011). WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
10. Dean GI, Colarossi L, Lunde B, Jacobs AR, Porsch LM, Paul ME. Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception.* 20ўн икки Feb; 85(2):144-9].
11. FDA. Drug Safety and availability. Mifeprex information: <http://www.fda.gov/>
12. FIGO. Misoprostol-only recommended regimens. 2017. <https://www.figo.org/>
13. Gemzell-Danielsson K, Lalitkumar S. Second trimester medical abortion with mifepristonemisoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management. *Reprod Health Matters.* 2008; 16(31):162-72.
14. Haruhiko Sago, Keisuke Ishii, Rika Sugibayashi, Katsusuke Ozawa, Masahiro Sumie, Seiji Wada. Fetoscopic laser photocoagulation for twin-twin transfusion syndrome. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018 May; 44(5):831-839.
15. Henshaw SK. Factors hindering access to abortion services. *Fam Plann Perspect.* 1995 Mar - Apr; 27(2):54-9, 87).
16. I Platais, T Tsereteli, R Comendant, D Kurbanbekova, Beverly Winikoff. Acceptability and feasibility of phone follow-up with a semiquantitative urine pregnancy test after medical abortion in Moldova and Uzbekistan - *Contraception*, 2015
17. Ingrida Platais, Tamar Tsereteli, Galyna Maystruk, Dilfuza Kurbanbekova, Beverly Winikoff. A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. - *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Volume 45, 2019.

18. Jansen NE, Pasker-De Jong PC, Zondervan HA. Mifepristone and misoprostol versus Dilapan and sulprostone for second trimester termination of pregnancy, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2008; 21(11):847-51]
19. Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in secondtrimester medical abortion: a randomised controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2007 Dec; 110(6):1304-10]
20. Kelly T, Suddes J, Howel D, Hewison J, Robson S. Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13 - 20 weeks of gestation: a randomised controlled trial. *BJOG*. 2010; 117(ўн икки):15ўн икки-20.
21. Labour induction with prostaglandins: a systematic review and network metaanalysis/Z. Alfirevic, E. Keeney, T. Dowswell [et al.]/*BMJ*. - 2015. - Vol. 350, N 5. - P.h217, doi: 10.1136/bmj.h217.
22. Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008; Issue 1. Art. No.: CD006714.pub2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
23. Lopez-Cepero R1, Lynch L, de la Vega A.Effectiveness and safety of lidocaine in the induction of fetal cardiac asystole for second trimester pregnancy termination. *Bol Asoc Med P R*. 2013; 105(1):14-7.
24. Mark AG, Edelman A, Borgatta L. Second-trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015; ўн икки9(2):98103.
25. Mark AG, Wolf M, Edelman A, Castleman L. What can obstetrician/gynecologists do to support abortion access? *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131: Suppl 1:S53-5.
26. Molaei M, Jones HE, Weiselberg T, McManama M, Bassell J, Westhoff CL. Effectiveness and safety of digoxin to induce fetal demise prior to second-trimester abortion/*Contraception*, 2008 - v.77-p. 223-5. PMID: 18279695
27. Nathalie Kapp , Catherine S. Toddb, Klara T. Yadgarova, Gulchaekra Alibayeva, Dilyora Nazarova, Oralial Lozab, Guldjahan S. Babadjanova. A randomized comparison of misoprostol to intrauterine instillation of hypertonic saline plus a prostaglandin F2 α analogue for second-trimester induction termination in Uzbekistan. *Contraception* 76 (2007) 461–466.
28. Nautiyal D, Mukherjee K, Perhar I, Banerjee N. Comparative Study of Misoprostol in First and Second Trimester Abortions by Oral, Sublingual, and Vaginal Routes. *J Obstet Gynaecol India*. 2015; 65(4):246-50.
29. Ouerdiane N, Othmani K, Daaloul W, Ben Hamouda S, Bouguerra B. Efficacy of misoprostol for medical termination of pregnancy in second trimester: Prospective study. *Tunis Med*. 2015; 93(4):2ўн икки-6.
30. Ramesh S, Roston A, Zimmerman L, Patel A, Lichtenberg ES, Chor J. Misoprostol 1 to 3 h preprocedure vs. overnight osmotic dilators prior to early second-trimester surgical abortion. *Contraception*. 2015; 92(3):234-40.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
32. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England. Scotland and Wales, 2010
33. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 20ўн икки. ↵

34. Sagiv R, Mizrachi Y, Glickman H, Kerner R, Keidar R, Bar J, Golan A. Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2015; 91(5):406-11.
35. Sakkas EG, Detriche O, Buxant F. Rare complication of a late abortion: a case report. *Rev Med Brux*. 2014; 35(6):504-6.
36. Sally Sheldon/Late Abortion: A Review of the Evidence. 2004. <http://www.prochoiceforum.org.uk/pdf/>
37. Sawaya GF1, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a metaanalysis. *Obstet Gynecol*. 1996 May; 87(5 Pt 2):884-90.
38. Senat MV1, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy/*BJOG*, 2003 - v.110 - p. 296 - 300. PMID: ўн икки628271
39. Sheila Raghavan, Tamar Tsereteli, Asamidin Kamilov, Dilfuza Kurbanbekova, Dilmurod Yusupov, Feruza Kasimova, Dilbar Jymagylova, Beverly Winikoff. Acceptability and feasibility of the use of 400 µg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, Volume 18, 2013.
40. Sheldon WR1, Durocher J2, Dzuba IG2, Sayette H3, Martin R2, Velasco MC3, Winikoff B2. Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: a multicenter, randomized trial. *Contraception*. 2019 May; 99(5):272-277.
41. Tanha FD, Gulgachi T, Niroomand N, Ghajarzadeh M, Nasr R. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2013; 287(1):65-9.
42. Ting WH, Peng FH, Lin HH, Lu HF, Hsiao SM. Factors influencing the abortion interval of second trimester pregnancy termination using misoprostol. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015; 54(4):408-11.
43. Wang XT1, Li HY, Feng H, Zuo CT, Chen YQ, Li L, Wu ML. Clinical study of selective multifetal pregnancy reduction in second trimester. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2007 Mar; 42(3):152-6.
44. WHO Regional Office for Europe. Making Pregnancy Safer in Uzbekistan. Maternal mortality and morbidity audit. Activities Report 2002-2008
45. Yazdani SH, Zemalzadeh M, Bouzar Z, Golsorkhtabar-Amiri M. Effects of vaginal versus oral misoprostol to terminate second-trimester pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 20ўн икки; 39(4):529-31.
46. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. 4-е изд. Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. М.: "ГЭОТАР-медиа", 2014. 1024 с. (С. 607 - 627).
47. Акушерство: национальное руководство/Коллектив авторов. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 1080 с. (стр. 962 - 975).
48. Г.Б. Дикке, И.В. Сахаутдинова, Современные методы прерывания беременности в поздние сроки. *Акушерство и гинекология*. 2014; 1: 83 - 88.
49. Г.В. Благодарный, Оценка эффективности и безопасности методов родовозбуждения с применением простагландина Е1/Кандидатская диссертация. - 2017. - ФГБНУ НИИ АГиР имени Д. Отта.
50. Г.Т. Сухих, В.Н. Серов, В.Н. Прилепская, Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, О.Р. Баев, Н.И. Клименченко, Н.К. Тетрашвили, И.И. Баранов, Т.М. Астахова, А.А. Куземин, Н.В. Долгушина, А.А. Балущкина, Р.Г. Шмаков, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая,

- Медикаментозное прерывание беременности. Клинические рекомендации (баённома лечения). - Минздрав России. - Москва, 2015. - 39 с.
51. Д. Гроссман, К. Блэнгарт, П. Блументаль, Осложнения после хирургического и медикаментозного аборта во втором триместре беременности. Проблемы репродуктивного здоровья. 2008; ўн икки: 100 - 111.
 52. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под ред. Л.В. Адамян, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих, О.С. Филиппова./Проблемы репродукции, 2014. - 471 с.Н.В. Артымук, 10 контраверсий искусственного аборта. Дискуссионные вопросы искусственного прерывания беременности в Российской Федерации/Н.В. Артымук//Statuspresens. - 2014. - N 2(19). - С. 102 - 1 ўн икки
 53. Н.Е. Кан, В.Л. Тютюнник, И.И. Баранов, М.Б. Ганичкина, Е.А. Калинина, Н.В. Долгушина, Е.Л. Яроцкая, М.П. Шувалова, Г.Р. Байрамова, С.В. Павлович, - Безопасный аборт в I и II триместрах беременности в условиях стационара: Учебное пособие. - Москва: "Центр полиграфических услуг "Радуга", 2017. - 88 с.
 54. Н.Е. Кан, И.И. Баранов, Г.Б. Дикке, В.Л. Тютюнник, Медикаментозное завершение беременности в сроки от ўн икки до 22 недель: показания, методы и результаты. Акушерство и гинекология. 2016; 4: 11 - 15.
 55. О материнской смертности в Российской Федерации в 2012 году: Методическое письмо Минздравсоцразвития России от 19 сентября 2013 г. N 15-4/10/2-7065. - 37 с.
 56. О.С. Филиппов, З.З. Токова, А.С. Гата, А.А. Куземин, Гудимова. Аборт: особенности статистики в федеральных округах России. Гинекология. 2016; 01: 92 - 96.
 57. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М., 2015.