

UDK: 618.396:615.256.5:615.036.8

QOQ'ONOQ PARDANING TUG'RUQDAN OLDIN VA ERTA YORILISHI SABABLARI

*Usmonova Yulduz Zokir qizi, Fayzullayeva Sitora Shavkatovna,
Navruzova Ra'no Sodiqovna*

*Toshkent pediatriya tibbiyot instituti
yulduz.usmonova102b@mail.ru*

Kalit so'zlar: muddatidan oldingi tug'ruq, chala tug'ilish, tokolitik terapiya, istmik-servikal yetishmovchilik.

Rezyume: Qoq'anoq pardaning muddatidan oldin erta yorilishi sog'liqni saqlash sohasidagi katta sa'y-harakatlar va sezilarli yutuqlarga qaramay, hozirgi kunda butun dunyoda ham homilador ayolning ham dunyoga keladigan chaqaloqlarning salomatligi uchun katta xavf tug'diradi va xattoki o'limi bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan dolzarb muammodir. Muddatidan oldingi tug'ruqlarda QPTOEY chastotasi - 20-40% ini tashkil qiladi. Muddatiga yetmagan homiladorlikda QPTOEY perinatal o'lim bilan bog'liq bo'lib uning 18-20% ini tashkil etadi. O'limning asosiy sabablari bo'lib chala tug'ilish, sepsis, o'pkalar gipoplaziyasi yuqori o'rin tutadi.

ПРИЧИНЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО И ДОРОДОВОГО РАЗРЫВОВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Усмонова Ю.З., Файзуллаева С.Ш., Наврузова Р.С.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенные новорожденные, токолитическая терапия, истмико-цервикальная недостаточность.

Резюме: Преждевременный разрыв плодных оболочек, несмотря на большие усилия и значительный прогресс в области здравоохранения, на сегодняшний день представляет серьезную угрозу для здоровья беременных женщин и еще не родившихся детей во всем мире и может привести даже к летальному исходу, является актуальной проблемой. Частота ПРПО у недоношенных составляет 20-40%. ПРПО при недоношенной беременности связана с перинатальной смертностью и составляет 18-20% ее. Основными причинами смерти являются преждевременные роды, сепсис, гипоплазия легких.

CAUSES OF PREMATURE AND PRENATAL RUPTURE OF MEMBRANE

Usmonova Y.Z., Fayzullayeva S.Sh., Navruzova R.S.

Key words: preterm birth, preterm infants, tocolytic therapy, isthmio-cervical insufficiency.

Summary: Premature rupture of membranes, despite great efforts and significant progress in the field of healthcare, today poses a serious threat to the health of pregnant women and unborn children around the world and can even lead to death, is an urgent problem. The frequency of PROM in preterm infants is 20-40%. PROM in preterm pregnancy is associated with perinatal mortality and is 18-20% of it. The main causes of death are premature birth, sepsis, lung hypoplasia.

Qog'anoq pardaning muddatidan oldin erta yorilishi sog'liqni saqlash sohasidagi katta sa'y-harakatlar va sezilarli yutuqlarga qaramay, hozirgi kunda butun dunyoda ham homilador ayolning ham dunyoga keladigan chaqaloqlarning salomatligi uchun katta xavf tug'diradi va xattoki o'limi bilan yakunlanishi mumkin bo'lgan dolzarb muammodir. Muddatidan oldingi tug'ruqlarda QPTOEY chastotasi - 20-40% ini tashkil qiladi. Muddatiga yetmagan homiladorlikda QPTOEY perinatal o'lim bilan bog'liq bo'lib uning 18-20% ini tashkil etadi. O'limning asosiy sabablari bo'lib chala tug'ilish, sepsis, o'pkalar gipoplaziyasi yuqori o'rin tutadi.

Muddatidan oldingi tug'ruqda chaqaloqlar orasida erta neonatal o'lim 60-70% ini va chaqaloqlar o'limi esa 65-75% ini tashkil qiladi. O'z vaqtidagi tug'ruqqa nisbatan muddatidan oldingi tug'ruqda o'lik tug'ilish darajasi 8-13 marta yuqori. Hayotining birinchi haftasidayoq nobud bo'lganlarning 80%i erta tug'ilgan chaqaloqlardir [2, 4]. Tirik tug'ilgan chaqaloqlar orasida 1500 g dan kam og'irlikda tug'ilgan chaqaloqlarda o'lim ehtimoli 200 baravar ko'p, ular omon qolgan taqdirda ham 2500 g dan ortiq vaznda tug'ilgan bolalarga qaraganda 10 baravar ko'proq nevrologik va somatik asoratlarga duchor bo'lishadi [9].

Muddatidan oldingi tug'ruqning sabablari va uni oldini olishning zamonaviy diagnostikasi masalasi doimo dolzarbdir. Yuqori xavf guruhidagi ayollarda muddatidan oldingi tug'ruq belgilarini aniqlash, homiladorlik muddatini hisobga olgan holda, homilada respirator distress sindromining oldini olish uchun tokolitik terapiyani tanlash, infeksiya o'choqlarini sanatsiya qilish, shuningdek, istmik-servikal yetishmovchilikni oldini olish va davolash orqali muddatiga yetmagan tug'ruqlar oqilona boshqariladi. Amaliyotda qo'llaniluvchi oson diagnostik testlarning joriy etilishi, muddatidan oldingi tug'ruqda kesarcha kesish bo'yicha ko'rsatmalarning kengaytirilishi, istmik-servikal yetishmovchilikni o'z vaqtida tuzatish, muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqlarni intensiv terapiya bo'limida davolashning yo'lga qo'yilganligi muddatidan oldingi tug'ruqlar darajasini pasaytiradi va sog'lom bolalar tug'ilishiga olib keladigan to'liq muddatdagi tug'ruqlar sonining ko'payishiga sabab bo'ldi [10].

JSST tomonidan tavsiya etilgan tirik tug'ilish uchun yangi mezonlarning kiritilishi bilan homiladorlikning 22-24 haftalarida sodir bo'luvchi QPTOEY muammosining dolzarbligi oshdi. QPTOEY fonida homiladorlikning uzaytirilishi ko'proq yetuk bolalar tug'ilishining oshirishga imkon beradi, lekin ayni paytda ona va homilada yiringli-septik asoratlarning xavfining ortishiga olib keladi. Homilador ayollarning 15-30 % ida intramniotik infeksiya rivojlanadi, bu esa homiladorlikda QPTOEY bilan kasallangan ayollarning 2-13 %ida tug'ruqdan keyingi endometrit rivojlanishiga sabab bo'ladi. Sezilarli darajada takrorlanuvchi uzoq suvsiz davr, homila suvlarining kamligi, ko'plab vaginal tekshiruvlardan so'ng esa xorioamnionit o'zini namoyon qiladi [8].

Bugungi kunda, tug'ruq faoliyati bo'lmaganda, odatda QPTOEYda homiladorlikni kutish taktikasi qabul qilinadi. Homiladorlik muddati qanchalik kichik bo'lsa, kutish taktikasi shunchalik afzalroqdir. Bu ona va homila holatini doimiy kuzatib borishni, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda respirator distress sindromi, yuqumli kasalliklar asoratining oldini olishni talab qiladi. Tokolitik terapiya neonatal respirator distress sindromining oldini olish uchun zarur bo'lib, u 48 soat ichida amalga oshiriladi [5].

Qo'g'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi uchun xavf omillari:

- a) akusherlik va ginekologik anamnezning o'ziga xos xususiyatlari: bachadonning anomal rivojlanishi, anamnezda ikki yoki undan ortiq tabiiy yoki sun'iy abortlar;
- b) homiladorlikning asoratlari: ko'p homilalik, homiladorlikning turli muddatlarida tushish xavfi, homilador ayollarda kamqonlik, homilaning chanoq bilan joylashishi, platsentar yetishmovchilik, homiladorlikning turli bosqichlaridagi o'tkir respirator virusli infeksiyalar, homiladorlik toksikozlari;
- d) yondosh ekstragenital kasalliklar: har xil turdagi qandli diabet, ayirish tizimining yallig'lanish kasalliklari.

Qayta tug'uvchi homiladorlarda QPTOEY rivojlanish xavfi sezilarli darajada yuqori bo'lsa, muddatidagi tug'ruq sezilarli darajada kamayadi [1].

Kulakova V.I., Murashko L.E., Dvoryanskiy S.A., Araslanova S.N. ning ma'lumotlariga ko'ra QPTOEYda homilaga atrof-muhitning salbiy ta'siridan, xususan infeksiyadan himoyalanganligi tufayli homiladorlik va tug'ruqning normal kechishi buziladi, neonatal kasallik va o'limning ko'payishiga olib keladi [3].

Suvsiz davr davomiyligining oshishi ko'pincha medikamentoz tug'ruq induksiyasi qo'llashga sabab bo'ladi, natijada tug'ruqni olib borish "agressiv" bo'ladi. Buning oqibati kesarcha kesish bilan tug'ilish chastotasining ortishi kuzatilib, tug'ruqning kesarcha kesish bilan yakunlanishi 26,4% ni tashkil etadi [10]. QPTOEY kuzatilgan homiladorlarda tug'ruq vaqtida akusherlik "agressiv" ligini bartaraf etish orqali, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda postgipoksik kasallik darajasi pasayishiga erishish mumkin. Shu bilan birga, suvsiz davr davomiyligining ko'payishi yuqumli va yallig'lanish asoratlarning rivojlanish xavfini oshiradi, ularning rivojlanish xavfini

kamaytirish uchun esa, tug'ruqning maqbul taktikasini tanlash me'zonlarini ishlab chiqish zarurligini ko'rsatadi.

Mahalliy va umumiy antibakterial terapiya o'tkazish orqali homiladorlarni olib borish, tug'uvchilarda tug'ruq jarayoni hamda ularning natijalariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, kesarcha kesish orqali tug'dirish holatlarini kamaytiradi va perinatal natijalarning yaxshilanishi orqali yangi tug'ilgan chaqaloqlarda markaziy asab tizimining gipoksik-ishemik shikastlanishining kamayishi isbotlandi.

QPTOEY sodir bo'lgan ayollarning atigi 2%ida homiladorlik oxirigacha davom etadi, ammo 40% muddatidan oldingi tug'ruq tufayli neonatal kasallanish va o'limning sezilarli darajada oshishiga olib keladi. Muddatidan oldingi tug'ruq xavfi bachadon ichi infeksiyasi bor bo'lgan homiladorlarda ko'proq kuzatilib, sepsis bilan kasallangan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'limning 4 baravar ko'payishiga olib keladi. Shuningdek, bachadon ichi infeksiyasi onada xorioamnionit rivojlanishi xavfini oshiruvchi muhim omil bo'ladi.

QPTOEY rivojlanishini pastki jinsiy yo'llardan ko'tarilgan infeksiya bilan bog'laydigan dalillar mavjud. QPTOEY bilan kasallangan ayollarning 1/3 qismida homiladorlik davrida qo'g'anoq suvlari tarkibida bakteriyalar aniqlangan. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bakteriyalar buzilmagan qo'g'anoq pardalari orqali kirib borishi mumkin [13].

Ko'pgina tadqiqotlarda muddatidan oldingi tug'ruqning 30-40 foizi qo'g'anoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi genital tizimdagi infeksiyaga bog'liqligi aniqlangan. Urogenital sohaning shartli patogen mikroorganizmlari: ureaplazma, mikoplazma, B guruhi streptokokklar, Escherichia, xlamidiya, gonokokklar va boshqalar muddatidan oldingi tug'ruqning eng keng tarqalgan sabablaridandir.

Qo'g'anoq pardaning tug'ruqdan oldin va erta yorilishi zamonaviy akusherlik va perinatologiyada muhim o'rin tutadi, chunki hozirgi kunga qadar qo'g'anoq pardaning muddatdan oldin erta yorilishi va muddatdan oldingi tug'ruqning rivojlanish mexanizmi oxirigacha o'rganilmagan. So'nggi yilgi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bachadon-yo'ldosh qon aylanishining buzilishi, qon ivish tizimi patologiyalari, qon tomirlarining va bachadonning tonusi oshishi bu patologiyaga sabab bo'lishi asoslandi [6]. Mikrosirkulyatsiyaning buzilishi bachadonni kislorod bilan ta'minlash, ona-yo'ldosh-homila tizimi, neyrometabolik, endokrin o'zgarishlar uchun qulay sharoitlarni yaratib beradi, bu qo'g'anoq pardaning muddatdan oldin erta yorilishi va muddatdan oldingi tug'ruqqa olib kelishi mumkin.

Muddatdan oldingi tug'ruqda: qo'g'anoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi; tug'ruq faoliyatining sustligi; diskoordinatsiyasi yoki haddan tashqari kuchli tug'ruq faoliyati; tez yoki jadallashgan tug'ruq yoki aksincha, tug'ruq davomiyligining oshishi; yo'ldoshning muddatidan ilgari ajralishi tufayli qon ketish; tug'ruqdan keyingi va erta chilla davrida yo'ldosh qismlarining qolib ketishi oqibatida qon ketish; tug'ruq

vaqtida ham, tug'ruqdan keyingi davrda ham yallig'lanish asoratlari; homila gipoksiyasi; chalalik bilan tug'ilish; chaqaloqda respirator distress sindromi belgilari; perinatal patologiyalar uchrashi mumkin.

2009 yilgi Amerika akusherlik va ginekologiya jurnali hisobotlarga qaraganda - 1950-yildan, 2008-yilgacha o'tkazilgan tadqiqotlar tahlili Koxrane sharhlarida ko'rsatilgan. Bunda turli xildagi tokolitik preparatlarning qiyosiy samaradorlik tahlili o'tkazilgan. Platsebo bilan solishtirganda, barcha tokolitik vositalar homiladorlikni 48 soat va 7 kunga uzaytirishda ma'lum samaraga ega, bu esa yangi tug'ilgan chaqaloqlarda glukokortikoidlar bilan RDSni oldini olish uchun zarurdir.

Prostaglandin sintezi antagonistlari homiladorlikni kamida 7 kunga uzaytirishda eng yuqori samaradorlikka egaligi sabab, birinchi qator tanlov preparati sifatida ko'rib chiqilishi kerak. Shu bilan birga, kalsiy kanali blokatorlari (nifedepin, korinfar) va betamimetik preparatlar (ginipral, partusisten)larning muddatidan oldingi tug'ruq xavfida samaradorligi isbotlanmagan bo'lishiga qaramay homiladorlik muddatini 37 haftagacha uzaytirish uchun qo'llaniladi [12]. Erta tug'ilish xavfi mavjud yangi tug'ilgan chaqaloqlar nafas olishining buzilishi (respirator distress sindromi)ning oldini olish uchun homiladorlarga glukokortikoid (deksametazon) ni buyurish ham muhimdir.

Natijada qo'g'onoq pardaning tug'ruqdan oldin erta yorilishi sodir bo'lgan homiladorlarda suvsiz davr davomiyligini 12 soatgacha yetkazish, tug'uvchi ayollar tana haroratining ko'tarilishi va umumiy ahvoning klinik yomonlashuvi, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Apgar shkalasi ballining pasayishi va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda yiringli-septik asoratlar darajasining oshishi kuzatilmaydi. Suvsiz davr davomiyligi 12soatdan 18 soatgacha bo'lgan tug'uvchi ayollarning umumiy ahvoli yomonlashuvining klinik belgilari, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda Apgar shkalasi ballining pasayishi va yallig'lanish jarayonining yengil shakllarining kuchayishi ehtimollari mavjud.

18 soatlik suvsiz davrdan so'ng, tug'ruq paytida ayollarning tana haroratining ko'tarilishi, tug'ruqdan keyingi davrda umumiy qon tahlilida leykotsitozning oshishi, yangi tug'ilgan chaqaloqlar birinchi va beshinchi daqiqalarida Apgar shkalasi ballining pasayishi kuzatiladi.

QPTOEY bilan tug'uvchi ayollarda suvsiz davr davomiyligi 12 soatgacha bo'lganda, qin va bachadon bo'yni mikroflorasida hech qanday o'zgarishlar kuzatilmaydi. 12 soatdan keyin disbiotik o'zgarishlarning ko'payishi bilan tug'ruq yo'llaring ifloslanish xavfi oshirishi mumkin. 18 soatlik suvsiz davrdan so'ng esa umumiy va shartli patogen floraning ifloslanishi kuchayadi va nomutanosiblikda majburiy anaerob flora miqorini oshiradi.

Tug'dirish usulini tanlash homiladorlik muddatiga, homilaning holati va ko'rinishiga, suvsiz davrning davomiyligiga, gemogramma ko'rsatkichlaridagi

yallig'lanish jarayonining mavjud yoki yo'qligiga, genital traktdagi ajralmalar xarakteriga, tug'ruq yo'llarining tug'ruqqa tayyorligiga, qorin bo'shlig'ining mikrosenoz holatiga qarab belgilanadi.

Antibakterial terapiya maqsadi 12 soatlik suvsiz intervaldan so'ng homiladorlik davri va tug'ruq jarayonidagi yiringli-yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishiga to'sqinlik qiladi, suvsiz davr 18 soatgacha bo'lgan vaqtda antibiotikka chidamlilikni keltirib chiqaradi va kesarcha kesish bilan operativ tug'dirishga qarshi ko'rsatma hisoblanmaydi. Olimlar 18 soatlik suvsiz intervaldan so'ng, kutilayotgan tug'ruqni operativ boshqarishni taklif qilishadi [11].

QPTOY bilan murakkablashgan tug'ruqni faol boshqarishda eng ko'p uchraydigan asorat bachadonning qisqarish faoliyatining susayishi ekanligi isbotlangan.

Yangi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, uzoq muddatli suvsiz davr (12 soatdan ko'proq)da o'tkazilgan antibakterial terapiyadan so'ng to'liq muddatli homiladorlikda ham, muddatidan oldingi tug'ruqda ham, onalar va yangi tug'ilgan chaqaloqlarda ham yiringli-yallig'lanish asoratlari ko'payishi kuzatilmaydi. Muddatidan oldingi tug'ruq xavfida patogenetik asoslangan dori terapiyasi homiladorlikning 75% ga uzaytirilishiga, perinatal o'lim va kasallanishning 2,5 baravar kamayishiga yordam beradi. Muddatidan oldingi tug'ruqda va qo'g'anoq pardalarning tug'ruqdan oldin erta yorilishi uchun xavf omili qin mikroflorasida turg'unlik *Streptococcus agalactiae* B - 40,1%, *E. coli* - 40,1%, *Enterococcus faecalis* - 32,7%, *Candida albicans* - 26,4%, *Staphylococcus aureus* - 20,0% bilan bog'liq. QPTOEY bilan asoratlangan muddatdan oldingi tug'ruq xavfida suvsiz intervalning davomiyligi, xorioamnionit belgilari bo'lmasa, tug'ruq homiladorlik muddati bilan belgilanadi. Homiladorlik muddati qanchalik kichik bo'lsa, muntazam tug'ruq shunchalik kech boshlanadi. Xorioamnionit 82,6% homiladorlarda dastlabki uch kun davomida muddatidan oldingi tug'ruq rivojlanishiga, 4% ida tug'ruqdan keyingi endometrit, 43,5% ida bachadon ichi infeksiyalanishiga sabab bo'ladi. Og'ir darajalarida yangi tug'ilgan chaqaloqlarda o'rta va og'ir darajadagi asfiksiya 26 %ida, 30% ida respirtor distress sindromi rivojlanishiga sabab bo'ladi. Xorioamnionitning klinik ko'rinishlari fonida o'tkaziladigan antibakterial terapiya samarasizdir [7].

Shuning uchun, QPTOY va QPTOEYning namoyon bo'lishida muhim omillar - jinsiy yo'llar infeksiyasining mavjudligidir. Bu ona va homilada homiladorlik va tug'ruqning asoratlari, shuningdek, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda RDS va asfiksiyaning rivojlanishiga sabab bo'ladi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. Болотских В.М. Преждевременное излитие околоплодных вод при доношенной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 2013.- №6.-С.12-18.
2. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом срока гестации. Журнал акушерства и женских болезней. 2002; 2: 13-7
3. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е. Преждевременные роды // Москва. «Медицина» 2002. 13с.
4. Орлова В.С., Калашникова И.В., Набережнев Ю.И. Подходы к ведению недоношенной при преждевременном излитии околоплодных вод. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. 2010; 6(87), вып. 11: 13 – 21.
5. Полозская Ю.В., Щакурова Е.Ю., Попова Т.В. Акушерство и гинекология. 2014; 5 – 32
6. Пестрикова Т. Ю. и соавт. Ведение беременности и родов высокого риска: Рук-во для врачей. 2001.
7. Плеханова Е.Р. Преждевременное излитие околоплодных вод при недоношенной беременности. Тактика ведения беременности и родов. Автореферат дисс. канд.мед.наук. 2008.
8. Радзинский В.Е., Ордиянц И.М., ред. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Информационное письмо. М.: Медибюро Статус презенс; 2011. 20с.
9. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребёнок: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР Медиа; 2006. 447с.
10. Серов В.Н., Сухорукова О.И. Эффективность профилактики преждевременных родов. Акушерство и гинекология. 2013; 3- 49
11. Тоноян Л.А. Тактика ведения родов при преждевременном излитии околоплодных вод. Автореферат дисс.док.мед.наук. 2007.
12. AJOG, Outcomes of children at two years after multiple courses of antenatal corticosteroids for threatened preterm birth: the multiple antenatal corticosteroids study (MACS). 2009. Issue 6. Volume 201. RCOG. Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity (Green-top Guideline No.7) 2010.