

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistemativ icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud • Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarlarnın siyahısı

AKT	antenatal kortikosteroid terapiya
AMİ	amniotik mayenin indeksi
DBP	dölün biofizik profili
DQVƏC	döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
FFN	fetal fibronektin
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
KTQ	kardiotokoqrafiya
QK	qəysəriyyə kəsiyi
RDS	respirator distress sindromu
USM	ultrasəs müayinə
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VƏD	vaxtından əvvəl doğuş

Protokol mama-ginekoloqlar, neonatoloqlar və mamalar üçün nəzərdə tutulmuşdur.

Pasiyent qrupu: hamilə qadınlar.

Protokol 22-28 həftəlik hamiləlik daxil olmaqla, vaxtından əvvəl doğuşların diaqnostika, müayinə və aparılma taktikası üzrə sübutlu təbabətə əsaslanan metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

ÜST-nin tərifinə görə vaxtından əvvəl doğuşlar hestasiyanın 37-ci tam həftəsində və ya axırncı aybaşının birinci günündən 259 gün keçənədək baş verən bütün doğuşlardır.

Vaxtından əvvəl doğuşların tezliyi inkişaf etmiş ölkələrdə hər 100 doğuşa 5-18 arasında təbəddüd edir. ÜST-nin 2010-cu il üzrə məlumatlarına əsasən Azərbaycanda vaxtından əvvəl doğuşların göstəricisi hər 100 doğuşa 8,5 təşkil edir.

Hestasiya müddətindən asılı olaraq vaxtından əvvəl doğuşların təsnifatı:

- ▶ 22-27 həftəsində – 10%-ə yaxın uşaq doğulur (**dərin vaxtından əvvəl doğulma**), bədənin ekstremal aşağı kütləsi, ağciyərlərin aşkar yetişməzliyi (baxmayaraq ki, bəzi hallarda RDS profilaktikası effektivdir) mövcud olur. Proqnoz son dərəcə əlverişsizdir. Perinatal xəstələnmənin və ölümün göstəriciləri son dərəcə yüksəkdir.
- ▶ 28-33 həftəsində – 20%-ə yaxın uşaq doğulur (**ağır vaxtından əvvəl doğulma**) bədən kütləsinin çox aşağı olması (1500 qrama qədər), dölün ağciyərlərinin yetişməzliyi xarakterikdir, kortikosteroidlərin köməyi ilə onların yetişkənliyinin sürətlənməsinə nail olmaq olur. Döl üçün doğuşun nəticəsi daha əlverişlidir.
- ▶ 34-37 həftəsində – 70%-ə yaxın uşaq doğulur (**doğuş müddətinə yaxın**). Dölün ağciyərləri praktik olaraq yetişkəndir və yetişkənliyin (surfaktantın) stimulyasiyası üçün vasitələrin yeridilməsini tələb etmir. Daha erkən müddətdə doğulanlar ilə müqayisədə 34-37 həftəsində doğulanlar arasında yenidoğulmuşların infeksiya xəstələnmələri əhəmiyyətli dərəcədə azdır. Hamiləliyin uzadılması bu müddətdə perinatal ölüm göstəricisinə əhəmiyyətli təsir göstərmir.

Erkən neonatal ölümlərin 60-70%-i, nevroloji xəstəliklərin, o cümlədən, uşaq serebral iflicinin, görmə qabiliyyəti pozulmalarının (korluq daxil olmaqla), eşitmə qabiliyyəti pozulmalarının (karlıq daxil olmaqla), ağciyərlərin ağır xronik xəstəliklərin 50%-i vaxtından əvvəl doğulmuşların payına düşür.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

O60 Vaxtından əvvəl doğuş və dölazadolma

Daxildir: Doğuş fəaliyyətinin hamiləliyin tam 37 həftəsindən əvvəl başlanması (spontan)

O60.0 Doğuş fəaliyyətinin vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnməyən vaxtından əvvəl spontan başlanması

Vaxtından əvvəl doğuş:

- induksiya olunmuş
- spontan

O60.1 Doğuş fəaliyyətinin vaxtından əvvəl doğuşla nəticələnən vaxtından əvvəl spontan başlanması

Vaxtından əvvəl doğuş dölazadolma ilə , ƏGO

Doğuş fəaliyyətinin vaxtından əvvəl Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatı yolu ilə doğuşla nəticələnən vaxtından əvvəl spontan başlanması

O60.2 Doğuş fəaliyyətinin vaxtında doğuşla nəticələnən vaxtından əvvəl spontan başlanması

Doğuş fəaliyyətinin vaxtında Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı yolu ilə doğuşla nəticələnən vaxtından əvvəl spontan başlanması

O60.3 Spontan doğuş fəaliyyəti başlanmadan vaxtından əvvəl dölazadolma

Vaxtından əvvəl dölazadetmə:

- spontan doğuş fəaliyyəti olmadan Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı ilə
- induksiya olunmuş

O42 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması

O42.0 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması və növbəti 24 saat ərzində doğuş fəaliyyətinin başlanması

O42.1 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması və 24 saatdan sonra doğuş fəaliyyətinin başlanması

Çıxarılıb: aparılmış müalicə ilə əlaqədar doğuşun ləngiməsi ilə (O42.2)

O42.2 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması, aparılmış müalicə ilə bağlı doğuşun ləngiməsi

O42.9 Döl qişalarının dəqiqləşdirilməmiş vaxtından əvvəl cırılması

KLİNİK TƏSNİFAT

Özbaşına vaxtından əvvəl doğuşlar (70-80%)

Doğuşun aparılma taktikasını müəyyən edərkən aşağıda qeyd edilən halları fərqləndirmək lazımdır.

- ▶ su kisəsinin tam olduğu halda müntəzəm doğuş fəaliyyəti ilə başlanan vaxtından əvvəl doğuşlar (40-50%)
- ▶ müntəzəm doğuş fəaliyyəti qeyd olunmadığı halda dölyanı suların axması ilə başlanan vaxtından əvvəl doğuşlar (30-40%)

İnduksiya olunmuş vaxtından əvvəl doğuşlar (20-30%)

Ana və dölün sağlamlığının mühafizəsi baxımından aşağıdakı göstərişlərlə hamiləliyin başa çatdırılması tələb olunan hallar nəzərdə tutulur.

Ana tərəfindən göstərişlər:

- ▶ hamiləliyin davam etdirilməsinin hamilə qadının sağlamlığı üçün təhlükəli olduğu ağır ekstragenital patologiya zamanı
- ▶ hamiləliyin ağırlaşmaları: preeklampsiya, eklampsiya, hepatoz
- ▶ dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması (xoriamnionitin inkişafı ilə)

Döl tərəfindən göstərişlər:

- ▶ dölün həyatla uyğunlaşmayan inkişaf qüsurları
- ▶ dölün antenatal ölümü
- ▶ dölün vəziyyətinin pisləşməsi

Vaxtından əvvəl doğuşların risk faktorları

Sosial faktorlar

- ▶ Yaşı 18-dən aşağı və 35-dən yuxarı
- ▶ Sosial-iqtisadi həyat səviyyəsinin aşağı olması
- ▶ Aşağı çəki-boy göstəricisi
- ▶ Bədən çəkisinin aşağı indeksi – kifayət qədər qidalanmama
- ▶ Piylənmə
- ▶ Tütündən istifadə
- ▶ İşdə və ailədə stress vəziyyəti, xronik stress, depressiya

Mama-ginekoloji ağırlaşmalar (hazırkı hamiləliyə aid olan)

- ▶ Anamnezdə vaxtından əvvəl doğuş
- ▶ Çoxdöllü hamiləlik
- ▶ Uşaqlığın fibromioması
- ▶ Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması
- ▶ Çoxsululuq və ya azsululuq
- ▶ Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl qopması
- ▶ Bakterial vaginoz
- ▶ Hamiləliklər arasında intervalın 6 aydan az olması
- ▶ İnduksiya olunmuş hamiləlik
- ▶ Ağır ekstragenital patologiya – dekompensasiya mərhələsi
- ▶ Serviko-vaginal infeksiya
- ▶ 2 və daha çox dəfə uşaqlıq boşluğunun qaşınması (o cümlədən, süni abortlar zamanı)
- ▶ Uşaqlıq boynunun konizasiyası/amputasiyası
- ▶ Hamiləliyin I və II trimestrlərində uşaqlıq qanaxması
- ▶ Cift gəlişləri
- ▶ Cərrahi əməliyyatlar (qarın boşluğu orqanlarında)
- ▶ Travmalar
- ▶ Uşaqlıq boynunun xərçəng önü vəziyyətləri
- ▶ Dölün kişi cinsinə mənsub olması

Somatik ağırlaşmalar

- ▶ Böyrək xəstəlikləri, ürək-damar sisteminin xəstəlikləri, tənəffüs sisteminin xəstəlikləri
- ▶ Trombofiliya (C)¹⁹
- ▶ Kəskinləşmə dövründə bakterial, virus mənşəli və parazitar xəstəliklər
- ▶ Endokrin xəstəliklər
- ▶ Metabolik pozğunluqlar
- ▶ Sidikaxar yollarının infeksiyası (o cümlədən, simptomuz bakteriyuriya)
- ▶ Parodontit

Anatomik ağırlaşmalar

- ▶ Birbuynuzlu və ya ikibuynuzlu uşaqlıq, uşaqlıq daxili arakəsmə
- ▶ İstmiko-servikal çatışmazlıq

Vaxtından əvvəl doğuşların aparılma səviyyələri

Hamiləlik müddəti **22-34** həftə olduqda vaxtından əvvəl doğuşlar III səviyyəli tibb müəssisələrində (Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Respublika Perinatal Mərkəzi, Regional Perinatal Mərkəzlər, Respublika Klinik Xəstəxanası) aparılmalıdır.

Hamiləlik müddəti **34** həftədən artıq olduqda vaxtından əvvəl doğuşlar II səviyyəli tibb müəssisələrində (şəhər və rayon doğum evləri) aparılmalıdır.

Əgər doğuş fəaliyyəti başlanıbsa, qarşısını tokolitiklər təyin etməklə almaq lazımdır ki, hamiləni II və ya III səviyyəli tibb müəssisəsinə çatdırmaq imkanı olsun.

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLARIN APARILMA TAKTİKASI (bax: Əlavə 1)

VƏD-da həkimin taktikası hestasiya müddətindən, klinikadan, ümumi vəziyyətdən su kisəsinin tamlığından asılıdır və aşağıdakı istiqamətlər üzrə müəyyən edilməlidir:

- I. Diaqnostik meyarlar (VƏD başlanmasının proqnozlaşdırılması)
- II. Dölün RDS-profilaktikası (dölün həyat qabiliyyətinin yüksəldilməsi)
- III. Tokoliz (hamiləliyin uzadılması)
- IV. Antibiotiklərin istifadəsi (infeksiyon ağırlaşmaların profilaktikası və müalicəsi, o cümlədən döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması zamanı)

I. Diaqnostik meyarlar

Aktiv VƏD diaqnostikası üçün 2 göstərici vacibdir: müntəzəm sancılar (20 dəq müşahidə zamanı 4 dəfədən çox) və dinamikada uşaqlıq boynunun qısalması və hamarlanması. Uşaqlıq boynunun açılış dərəcəsi aparılan tokolizin səmərəliyini əks etdirir. Dəliyin 3 sm çox açılışında (I dövrün aktiv fazasının əlaməti) tokolizin təsiri olmayacaq (**B**)¹⁴.

Uşaqlıq boynunun dəyişilməsi doğum fəaliyyətinin qiymətləndirilməsindən daha obyektiv göstəricidir. Uşaqlıq boynunun uzunluğu 3 sm artıqdırsa yaxın bir həftə ərzində doğuş

ehtimalı 1% yaxın təşkil edir. Belə hallarda hamilə qadın hospitalizasiya olunmur və ya stasionardan evə yazılır (**B**)²⁶.

Spesifik əlamətlərin olmadığı üçün VƏD-in diaqnostikası müəyyən çətinliklərlə bağlıdır. Alternativ üsul kimi, VƏD-in başlanmasının diaqnozunu transvaqinal USM vasitəsilə uşaqlıq boynunun uzunluğunu (2,5 sm və ya aşağı) və ya servikal-vaqinal möhtəviyyatda fibronektinin təyin etməklə aydınlaşdırmaq olar.

Klinik müayinələr

Vaxtından əvvəl doğuşların diaqnostikasına aşağıdakı parametrlərin müəyyən edilməsi daxildir:

Hamiləliyin müddəti: hamiləliyin güman edilən 22-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər.

Mamalıq vəziyyəti: müntəzəm doğuş fəaliyyətinin olması (20 dəqiqə ərzində 4 yığılma və ya 60 dəqiqə ərzində 8 yığılma) və

- a) döl qişalarının cırılması
- b) döl kisəsi və ya su kisəsinin tamlığı və uşaqlıq boynunun açıqlığı 2 sm-dən çox
- c) döl kisəsi və ya su kisəsinin tamlığı və uşaqlıq boynunun hamarlığı 80%-dən çox
- d) cinsiyyət yollarından selikli-qanlı ifrazat

Dölün vəziyyətinin monitorinqi: dölün vəziyyətinə nəzarət məqsədilə dölün vəziyyətini, gələcək hissəsini, ürək yığılmalarının tezliyini, çəkisini müəyyən etmək üçün USM (hamiləlik müddətində), dölün KTQ (hamiləliyin 28-ci həftəsindən), imkan olduğu təqdirdə doplerometriya (20-24 həftəsindən) aparmaq lazımdır.

Laborator müayinələr

- ▶ Qanın ümumi analizi (leykositar formulun hesablanması ilə, 2 gündən bir)
- ▶ Sidiyin ümumi analizi, sidiyin bakterioloji müayinəsi (orta sidik)
- ▶ Uşaqlıq yolundan ümumi yaxmanın götürülməsi
- ▶ Amnişur testi (98%-100% həssaslıq, öz-özünə nəzarət üsulu həmçinin)

II. Dölün respirator distress sindromunun profilaktikası (A)⁵

Vaxtından əvvəl anadan olan yenidoğulmuşların əsas ciddi ağırlaşması olan dölün respirator distress sindromu neonatal xəstələnmənin və neonatal ölümün əsas səbəbidir. Bu ağırlaşma yenidoğulmuşların intensiv terapiyasının qiymətini yüksəldir.

Dölün respirator distress sindromunun profilaktikası hamiləliyin 24-cü həftəsindən 34-cü həftəsinə qədər doğuş fəaliyyəti başlandıqda aparılır.

Hamiləliyin 24-34 tam həftəsində (34 həftə 0 gün) dölün ağciyərlərinin yetişkənliyinin tezləşdirilməsi üçün aparılan antenatal kortikosteroid terapiyası (AKT) respirator distress sindromun inkişafı riskinin, mədəcikdaxili qansızmaların və vaxtından əvvəl anadan olan yenidoğulmuşların neonatal ölüm hallarının azalmasında yüksək effektivdir (A)²⁰.

Kortikosteroidlərlə müalicə sxemi:

- ▶ hər biri 12 mq olmaqla 24 saatdan bir əzələ daxili yeridilən 2 doza betametazon – ümumu doza – 24 mq
- ▶ hər biri 6 mq olmaqla 12 saatdan bir əzələ daxili yeridilən 4 doza deksametazon – ümumu doza – 24 mq

Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olan hamilə qadınlara antenatal dövrdə 24 mq betametazon və ya 24 mq deksametazon yeridilməsi aşağıdakı göstəricilərin kifayət dərəcədə enməsi ilə müşayiət olunur (A)⁵:

- ✓ neonatal ölüm
- ✓ dölün respirator distress sindromu
- ✓ mədəcikdaxili qansızmalar
- ✓ nekrozlaşdırıcı enterokolit
- ✓ həyatın ilk 48 saati ərzində sistem infeksiyaların inkişafı
- ✓ açıq arterial axacaq
- ✓ bronx-ağciyər displaziyası

Kortikosteroidlərin təyininə əks göstərişlər: xorioamnionit, vərəm, kəskin infeksiya, şəkərli diabet, kəskin böyrək çatışmazlığı, Kuşinq sindromu, osteoporoz, porfiriya.

Doğuş fəaliyyəti qeyd olunmadığı halda kortikosteroidlərin təkrar və profilaktik yeridilməsi tövsiyə olunmur!

III. Tokoliz

Profilaktik tokoliz uşaqlığın yığılmaları aktivliyinin ilkin əlamətlərinin meydana çıxmasından əvvəl tətbiq edilən tokolizdir. *Müalicəvi tokoliz* isə uşaqlığın yığılmaları zamanı istifadə edilən tokolizdir.

Tokolitiklər kortikosteroidlərin terapevtik effektinin alınması və daha yüksək səviyyəli tibb müəssisəyə köçürülmə məqsədi ilə hamiləliyin müddətini uzatmaq üçün təyin olunmalıdır (**A**)¹⁴.

Uşaqlığın yığılma fəaliyyəti qeyd olunan hamilə qadınlara kortikosteroidlərin yeridilməsi və hamiləliyin müddətindən asılı olaraq stasionar yardımın II və III səviyyəli tibb müəssisələrinə çatdırılması məqsədilə hamiləliyin 48 saat ərzində uzadılması üçün tokolitik terapiya təyin olunur. Tokolitiklər 48 saatdan artıq müddətə təyin olunmur (**B**)¹⁷.

► Ca kanallarının blokatorları (nifedipin) (**A**)¹¹. Tokoliz məqsədilə daha çox aşağıdakı sxem üzrə təyin olunur: birinci saat ərzində sancılar bitənə qədər hər 15 dəqiqədən bir 10 mq sublingval, daha sonra uşaqlıq yığılmalarının aktivliyindən asılı olaraq gündə 60-160 mq.

Əks təsiri:

- ✓ Ürək-damar sistemi tərəfindən: baş ağrısı, uzun qızarması, topuqların ödəmi, nadir hallarda – ortostatik hipotenziya, ürək ritminin pozuntuları, döş qəfəsində ağrılar
- ✓ Mərkəzi sinir sistemi tərəfindən: nadir hallarda – baş gicəllənmə, yüksək yorğunluq
- ✓ Həzm sistemi tərəfindən: nadir hallarda – ürəkbulanma, qıçqırma, qəbizlik, diarreya
- ✓ Allergik reaksiya: nadir hallarda – dəridə səpgilər, qaşınma
- ✓ Digər: nadir hallarda – əzələ qıcolmaları

Əks göstərişlər:

- ✓ Kardiogen şok
- ✓ Porfiriya
- ✓ Nəzərə çarpan aortal stenoz
- ✓ Arterial hipotenziya
- ✓ Kollaps
- ✓ Dekompensasiya mərhələsində olan ağır ürək çatışmazlığı

- ✓ Kəskin miokard infarktı
- ✓ Laktasiya (döşlə əmizdirmə)
- ✓ Uşaq və yeniyetmə dövrü (18 yaşına qədər)
- ✓ Nifedipin və bu preparatın digər komponentlərinə yüksək həssaslıq olduqda
- ✓ Dihidropiridinlərə yüksək həssaslıq

▶ β -mimetik adrenergik preparatlar (*Hexoprenaline*). Tokolizin aparılması üçün *Hexoprenaline* (Ginipral) müalicənin əvvəlində bolyusla 10 mq dozada, daha sonra isə 500 ml fizioloji məhlulda dəqiqədə 0,3 mq sürətlə vena daxili çox yavaş sürətlə (dəqiqədə 6-8 damcı) infuziya şəklində yeridilir. Tokoliz 48 saat ərzində aparılmalıdır.

Hexoprenaline vena daxili yeridilməsi zamanı ürəkdöyünmə, tremor, nevroz vəziyyəti, narahatlıq, aritmiya, ağciyərlərin ödəmi kimi əlavə təsirlər müşahidə oluna bilər. Ana tərəfindən β -mimetiklərin təyin olunmasına əks-göstərişlərə ürək xəstəlikləri, hipertireoz, arterial hipertenziya, bronxial astma, şəkərli diabet, xroniki böyrək və qaraciyər çatışmazlığı daxildir.

***Maqnezium sulfat** – vaxtından əvvəl doğuşların qarşısının alınmasında və ya hamiləliyin uzadılmasında effektsizdir və onun istifadəsi uşaq ölümünün yüksəlməsi ilə bağlıdır (A)⁷*

IV. Antibiotiklərin istifadəsi

VƏD zamanı antibiotiklər profilaktik məqsədlə təyin edilməlidir (B)²⁷. Antibiotiklərin profilaktik təyinatı doğuş prosesinin ləngiməsinə, ana və neonatal infeksiyon xəstələnmələrin azalmasına kömək edir (A)¹⁴. Birdəfəlik doza uşağın doğulmasından minimum 4 saat əvvəl yeridilməlidir (B)²².

VƏD zamanı antibiotiklərin istifadəsi:

- ▶ Anada olan infeksiyaların tezliyini azaldır
- ▶ Yenidoğulmuşlarda nekrozlaşdırıcı enterokolitlərin tezliyini azaldır

Döl qışalarının vaxtından əvvəl cırılması zamanı antibiotiklərin istifadəsinin tövsiyə edilən sxemi:

- ▶ Eritromisin 250 mq per os gündə 3 dəfə 10 gün ərzində (A)¹⁸

Döl qişaların vaxtından əvvəl cırılması zamanı tövsiyə edilən antibiotiklərin istifadəsi:

- ▶ Doğuşun latent fazasını uzadır
- ▶ Neonatal infeksiyanın tezliyini azaldır
- ▶ Anada olan infeksiyaların tezliyini azaldır
- ▶ Surfaktant və oksigen terapiyasının aparılma zərurətini azaldır
- ▶ USM zamanı yenidoğulmuşlarda aşkar olunan mərkəzi sinir sistemi patologiyasının tezliyini azaldır

Döl qişalarının cırılması halında VƏD zamanı antibiotiklərin tövsiyə edilən istifadə sxemləri:

- ▶ Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 1,5 q ampisid əzələ daxili və daha sonra doğuş başa çatana qədər hər 12 saatdan bir 1,5 q ampisidi təkrarlamaq
və ya 2 q ampisillin əzələ daxili doğuş fəaliyyəti başlandıqdan dərhal sonra və sonra doğuş başa çatana qədər hər 4 saatdan bir
- ▶ Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 2 q ampisillin və daha sonra doğuş başa çatana qədər hər 4 saatdan bir 1 q ampisillin
Göstərilən preparatlara qarşı allergik reaksiya qeyd olunduğu təqdirdə:
- ▶ Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 900 mq klindamisin və daha sonra bu dərmanı doğuş başa çatana qədər hər 8 saatdan bir
- ▶ Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 500 mq eritromisin və daha sonra bu dərmanı doğuş başa çatana qədər hər 6 saatdan bir

Geniş təsir spektrli antibiotiklər də daxil olmaqla digər antibiotiklər qram-mənfi mikroorqanizmlər tərəfindən törədilən erkən neonatal sepsisin potensial inkişaf riski səbəbindən istifadə edilməməlidir.

Döl qişaları tam olduğu halda (hətta fibronektin testi müsbət olduqda) antibiotiklərin təyini səmərəsizdir (A)⁴!

DÖL QIŞALARININ CIRILMASI HALINDA VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLARIN APARILMA TAKTİKASI (bax: Əlavə 2)

Hestasiya müddəti 34 həftəyə qədər olan DQVƏC-yə şübhəli pasiyentlər I-II səviyyəli stasionarlara daxil olduqda III səviyyəli stasionara köçürülürlər.

24-27 həftə müddətində DQVƏC ilə VƏD-nin təhlükəsi

Həkim taktikasının əsas prinsipi – gözləmə taktikası, uşaqlığın aktiv əzələ yığılmaları və infeksiya əlamətləri olmadıqda (A)³⁰:

- ▶ Klinik-laborator müayinə, prokalsitonin testi
- ▶ Leykositozun ($>18 \times 10^9/\text{ml}$) və leykositar formulun hesablanması infeksiyanın təsdiqi üçün proqnozlaşdırılmış dəyəri aşağıdır. Bu göstəricilərin təyini dinamikada vacibdir (2 gündən bir) (B)³⁰
- ▶ USM, doplerometriya
Dölün biofizik profilinin təyini yersizdir (A)³⁰

Müalicə tədbirləri:

- ▶ Döldə RDS profilaktikası (A)⁵
- ▶ Antibakterial terapiya, B qrup streptokok mənşəli infeksiyanın profilaktikası
- ▶ Profilaktik tokoliz (RDS profilaktikasını aparmaq üçün) (A)¹⁴
- ▶ Müalicəvi tokoliz (C)³⁰
- ▶ Fibrin yapışqanından istifadəsi yersizdir (B)³⁰

Doğum (müntəzəm sancılar, infeksiyalaşmanın klinika-laborator əlamətlərin artması, ahidroamnion).

28-33 həftə müddətində DQVƏC ilə VƏD-nin təhlükəsi

Əsas prinsip – gözləmə taktikasıdır (uşaqlığın aktiv əzələ yığılmaları və infeksiya əlamətləri olmadıqda).

Müalicə tədbirləri:

- ▶ doğuş induksiyasından imtina etmək – gözləmə taktikası (B)³⁰
- ▶ döldə RDS profilaktikası (A)⁵
- ▶ antibakterial terapiya, həmçinin B qruplu streptokok mənşəli infeksiyanın profilaktikası
- ▶ profilaktik tokoliz (RDS profilaktikasını aparmaq üçün) (A)¹⁴
- ▶ müalicəvi tokoliz (C)³⁰

Doğum (müntəzəm sancılar, infeksiyalaşmanın klinika-laborator əlamətlərin artması, ahidroamnion).

34-37 həftə müddətində DQVƏC ilə VƏD-nin təhlükəsi

Həkim taktikasının əsas prinsipi – doğuşa hazırlıq.

- ▶ Antibakterial terapiya, B qrup streptokok mənşəli infeksiyanın profilaktikası.

Doğum:

- ▶ QK əməliyyatına göstərişlər olmadıqda, doğuşun induksiyası **(B)**³⁰

Gözləmə taktikasının seçiminə olan əks göstərişlər

- ▶ xorioamnionit
- ▶ təcili doğuş induksiyasını tələb edən hamiləlik ağırlaşmaları
 - ✓ preeklampsiya/eklampsiya
 - ✓ ciftin qopması
 - ✓ cift gəlişlərində olan qanaxmalar
 - ✓ ananın dekompensasiya vəziyyətləri
 - ✓ dölün dekompensasiya vəziyyətləri

VƏD-nin profilaktikası

I. İlkin profilaktika

Effektivdir:

- ▶ Təkrar uşaqlıqdaxili manipulyasiyaların məhdudlaşdırılması (diaqnostik uşaqlıq qaşınması, tibbi abortlar zamanı uşaqlıq boşluğunun küretajı) **(D)**¹⁰
- ▶ Reproduktiv köməkçi texnologiyaların vasitəsi ilə əmələ gəlmiş uşaqların vaxtından əvvəl doğulma riskinin yüksək olması haqqında ictimaiyyətin məlumatlandırılması. Pasiyentlərin yaşından və proqnozundan asılı olaraq köçürülən embrionların sayının məhdudlaşdırılması haqqında tövsiyələrin verilməsi **(C)**¹⁶

Effektsizdir:

- ▶ Mayalanmaya qədər və hamiləliyin ilk 2 ayı ərzində polivitaminlərin qəbulu **(B)**⁸

II. İkincili profilaktika:

Effektivdir:

- ▶ Hamilələr arasında antinikotin proqramının tətbiq edilməsi (A)¹³

Effektsizdir:

- ▶ Hamiləlik müddətində zülal əlavələrinin təyin edilməsi (A)¹²
- ▶ Hamiləlik müddətində Ca əlavə qəbul edilməsi (A)⁹
- ▶ Antioksidantların – C və E vitaminlərinin əlavə qəbul edilməsi (A)²¹
- ▶ Yataq rejimi (B)²⁴
- ▶ Vaxtından əvvəl doğuşun qarşısının alınması üçün fetopləsentar qan dövrəsinin normallaşdırılması məqsədi ilə aparılan hidratasiya (gücləndirilmiş maye rejimi, infuzion terapiya) (A)²⁵

Mübahisəlidir:

- ▶ Hamiləlik zamanı parodont xəstəliyinin müalicəsi
- ▶ Servikal pessariyanın istifadəsi

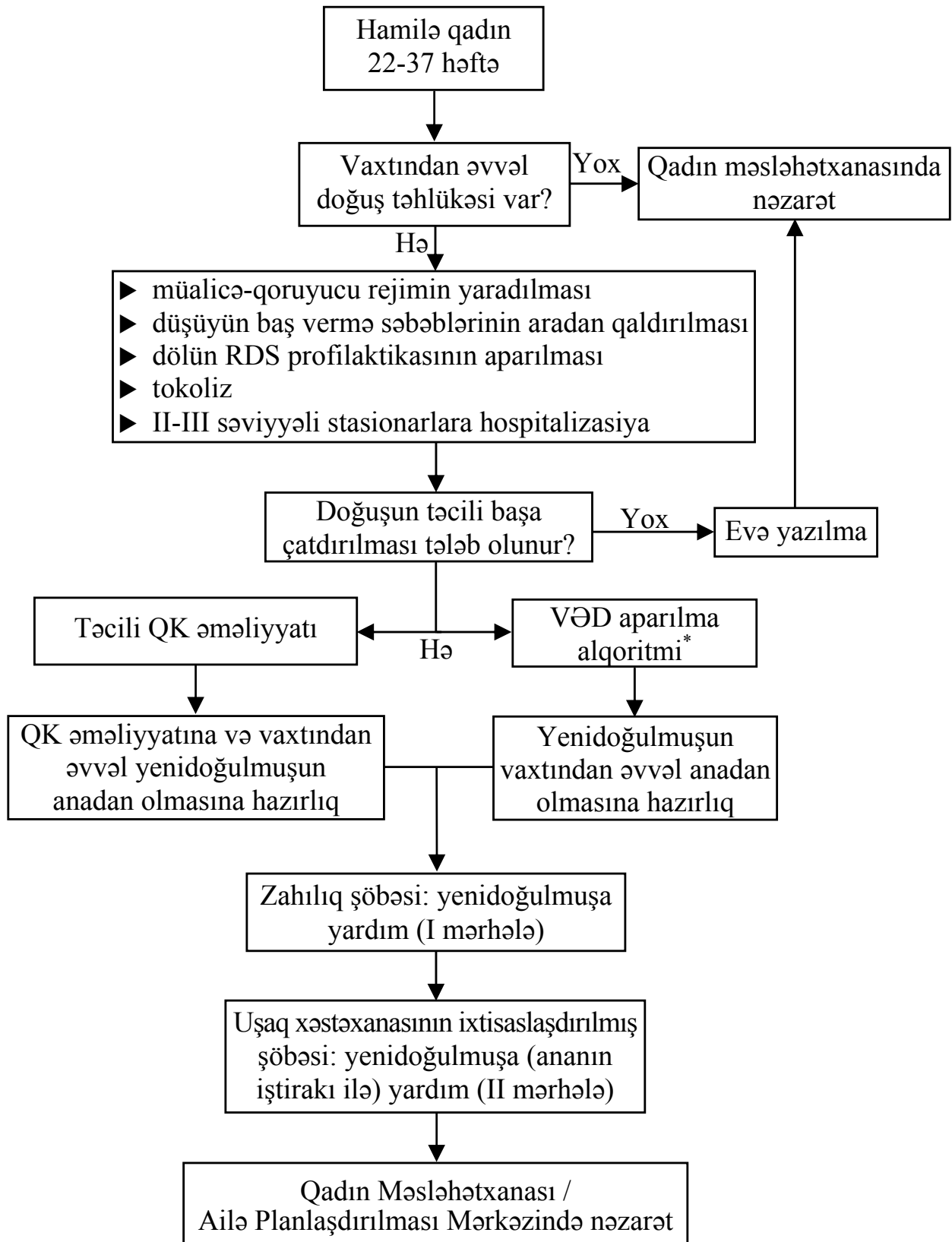
VACİBDİR!

- ⇒ VƏD QK əməliyyatı üçün göstəriş deyil. QK əməliyyatı – klinik göstərişlərə görə seçim metodudur*
- ⇒ Dölün çıxarılması bütöv qişalarda tövsiyə olunur
- ⇒ Ən yaxşı analgeziya epidural anesteziya sayılır, belə ki, bu üsul doğuş yolları əzələlərinin maksimal boşalmasına səbəb olur. Eyni zamanda dölün depressiyasına səbəb ola biləcək dərman vəsaitlərinin ciftdən keçmə ehtimalını azaldır (B)²⁹

- ⇒ **Vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı epiziotomiyanın rutin istifadəsinin effektivliyi sübut olunmamışdır.**

* bax: "Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol". Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, Bakı - 2013. - 24 səh.

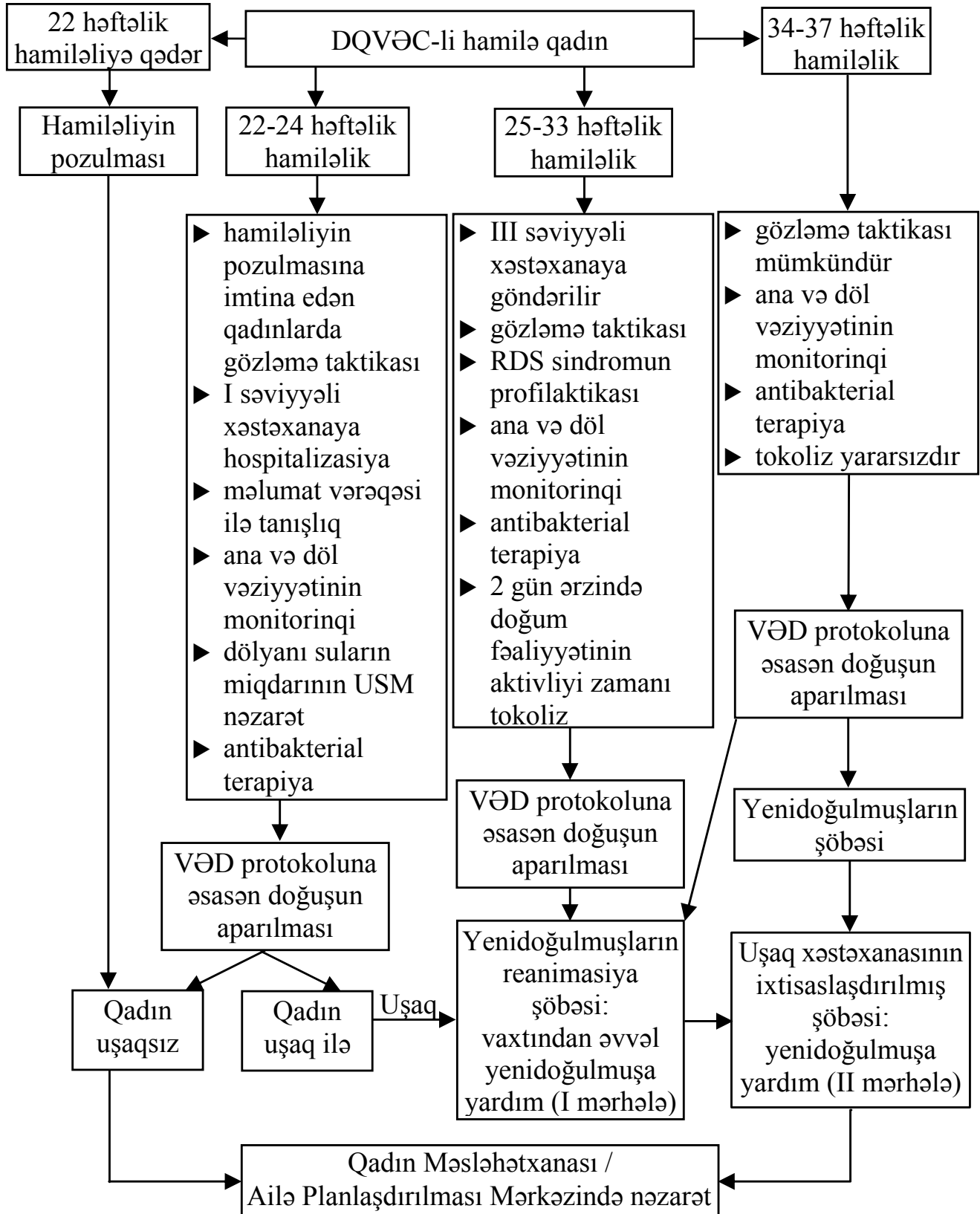
Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi ilə hamiləliyin aparılması



***VƏD aparılma alqoritmi:**

1. Dölün RDS profilaktikası
2. Tokolitik terapiyanın aparılması
3. Doğum fəaliyyətinin başlanması zamanı uşaqlığın yığılma fəaliyyətinin korreksiyası
4. Yüksələn infeksiyanın profilaktikası
5. Uşaqlıq boynunun doğuşa hazırlanması
6. Doğuşun hansı yolla başa çatdırılmasının eyni zamanda qeysəriyyə əməliyyatına göstərişlərin təyini.
7. Doğuşda anestezioloji vəsait, ən optimal epidural anesteziya.
8. Doğuşun II dövrünün “ehtiyatlı” aparılması. İkinci dövrün ehtiyatlı aparılması mama-ginekoloqun hamiləyə qeyri-aqressiv yanaşması deməkdir.
9. Vaxtından əvvəl doğulan yenidoğulmuşu optimal şəraitin yaradılması və postnatal qulluğun təmin edilməsi.

VƏD-in döl qişaların vaxtından əvvəl cırılması zamanı aparılma taktikası



Ədəbiyyat

1. Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. – Bakı. - 2011. - 19 s.
2. Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı. - 2013. - 23 s.
3. Vaxtından əvvəl doğuşlar üzrə klinik protokol. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. - Bakı. - 2011. - 16 s.
4. Andrews W.W., Sibai B.M., Thom E.A. Randomized clinical trial of metronidazole plus erythromycin to prevent spontaneous preterm delivery in fetal fibronectin-positive women et al. [Electronic resource]. // *Obstet Gynecol* 2003; 101; 847-855. - Available at: <http://www.uptodate.com/contents/fetal-fibronectin-for-prediction-of-preterm-labor-and-delivery/abstract/27> (31.08.2012).
5. Antenatal corticosteroids to Prevent Respiratory Distress Syndrome [Electronic resource]. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Guideline No. 7. Revised February 2004 - Available at: http://www.blackwellpublishing.com/medicine/bmj/nnf5/pdfs/uk_guidelines/BETAMETHASONE-RCOG_guideline.pdf (31.08.2012).
6. Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth. [Electronic resource]. WHO. - 2012. Available at www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/en/index.html (31.08.2012).
7. Crowther CA, Hiller JE, Doyle LW. Magnesium sulphate for preventing preterm birth in threatened preterm labour. [Electronic resource] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 4. Art. No.: CD001060. DOI: 10.1002/14651858.CD001060. - Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001060/pdf> (31.08.2012).
8. Czeizel AE, Dudas I, Metnecki J. Pregnancy outcomes in a randomised controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation. [Electronic resource] Final report. Arch

- Gynecol Obstet. - 1994. - 255:131-39. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7979565> 47 (31.08.2012).
9. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. [Electronic resource] Cochrane Database Syst Rev 2006. - 3:CD001059. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869587> (31.08.2012).
 10. Jakobsson M, Gissler M, Sainio S, et al. Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. [Electronic resource] Obstet Gynecol. - 2007. - 109:309-13. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267829?dopt=Abstract> (31.08.2012).
 11. King JF, Flenady VJ, Papatsonis DNM, et al. Calcium channel blockers for inhibiting preterm labour. [Electronic resource] Cochrane Database Syst Rev 2003. - 1:CD002255. - Available at: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD002255.pdf> (31.08.2012).
 12. Kramer MS, Kakuma R. Energy and protein intake in pregnancy. [Electronic resource] Cochrane Database of Syst Rev 2003; 4: CD000032. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14583907> (31.08.2012).
 13. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. [Electronic resource] Cochrane Database Syst Rev 2004; 4: CD001055. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1549500448> (31.08.2012).
 14. Management of preterm labor. [Electronic resource] American College of Obstetricians and Gynecologists-Medical Specialty Society. - 2003, May (reaffirmed 2008). 9 pages. Available at: NGC:003130 <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=38621> (31.08.2012).
 15. Management of labor. [Electronic resource] Institute for Clinical Systems Improvement - Private Non-profit Organization. 2005 Oct (revised 2009 May). 60 pages. NGC:007362. - Available at: https://www.icsi.org/_asset/br063k/LaborMgmt.pdf (31.08.2012).

16. Min JK, Claman P, Hughes E. et al. Guidelines for the number of embryos to transfer following in vitro fertilization. [Electronic resource] J. Obstet Gynaecol Can. - 2006. - 28:799-813. - Available at: <http://www.sogc.org/guidelines/documents/182E-CPG-Septembre2006.pdf> 46 (31.08.2012).
17. Premature rupture of membranes. [Electronic resource] American College of Obstetricians and Gynecologists-Medical Specialty Society. 1998, Jun.- (revised 2007 Apr). 13 pages. NGC:005695 Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17400872> (31.08.2012).
18. Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Electronic resource] (RCOG Guideline No. 44, // RCOG Press. - November, 2006. - Available at: http://www.neonatalformulary.com/dfs/uk_guidelinesAMPICILLIN-RCOG_guideline_on_PPROM.pdf (31.08.2012).
19. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. [Electronic resource] Green-top Guideline № 37. November, 2009. - Available at: <http://www.rcog.org.uk/guidelines> (31.08.2012).
20. Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. [Electronic resource] Cochrane Database Syst Rev 2006. - 3:CD004454. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16856047> (31.08.2012).
21. Rumbold AR, Crowther CA, Haslam RR et al. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. [Electronic resource] N Engl J Med 2006. - 354:1796-806 - Available at: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa054186> (31.08.2012).
22. Schrag S, Gorwitz R, Fultz_Butts K, Schuchat A. Prevention of perinatal group B streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. [Electronic resource] MMWR Recomm Rep 2002. - 51:1-22. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12211284> (31.08.2012).

23. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. [Electronic resource] U.S. Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2008). 17 pages, NGC:006227. - Available at: <http://annals.org/article.aspx?articleid=739245> (31.08.2012).
24. Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. [Electronic resource] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003581. DOI: 10.1002/14651858.CD003581.pub2 - Available at: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD003581.pdf> (31.08.2012).
25. Stan C, Boulvain M, Hirsbrunner-Amagbaly P, Pfister R. Hydration for treatment of preterm labour. [Electronic resource] *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 2. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12076470> (31.08.2012).
26. The actim partus versus the tliiq system as rapid response tests to aid in diagnosing preterm labour in symptomatic women [Electronic resource] Institute of Health Economics: Preterm Labour in Symptomatic Women. - January, 2008. - Available at: <http://www.health.alberta.ca/documents/AHTDP-FFN-IHE-technology.pdf> (31.08.2012).
27. Winer N. Management of threatening preterm labor with intact membranes: indications for antibiotics // [Electronic resource] J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. - 2002. - Vol.31. -Suppl.7. - P.574-83. - Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454629> (31.08.2012).
28. Показатели преждевременных родов на 100 случаев родов в 2010 г. [Электронный ресурс] ВОЗ. Режим доступа: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/2010_pretermbirth_hesper100births_ru.pdf (31.08.2012).
29. Преждевременные роды. [Электронный ресурс]. Клинический протокол. ФГУ «НЦ АГиП им. В.И.Кулакова» Минздравсоцразвития РФ / Институт Здоровья Семьи /

2011. - Режим доступа: <http://www.critical.ru/news/premdelivery.doc> (31.08.2012).

30. Тактика ведения угрожающих преждевременных родов с позиций доказательной медицины. З.С.Ходжаева [Электронный ресурс]. Федеральное государственное учреждение Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени В.И.Кулакова. - 2010. - Режим доступа: www.healthquality.ru (31.08.2012).