

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

UDK: 618.177:616.381-072.1

qo'lyozma Sifatida

SATTOROV ASLIDDIN XAYRULLAYEVICH

**HOMILADOR AYOLLARDA MUDDATDAN OLDINGI TUG'RUQ VA UNING
ASORATLARINI OLDINI OLISHNI OPTIMALLASHTIRISH**

5A510101 - Akusherlik va ginekologiya

Magistrlik dissertatsiyasi

Ilmiy darajasi uchun

Ilmiy rahbar: PHD.,Dotsent. N.N. SHAVAZI

Kirish

Muammoning dolzarbligi: Muddatidan oldingi tug`ruq- xomiladorlikning 22 va 36 haftaligi o`rtasidagi tug`ruq va asoratlarning yuqori darajasi hisoblanib perinatal kasallik va o`lim sababli muhim tibbiy ijtimoiy va demokratik muammo hisoblanadi. JSST ma`lumotlariga ko`ra (2018) dunyoda har yili muddatidan oldingi tug`ruq 5-6 % da bolalar o`limi sodir bo`ladi va ba`zi tadqiqotchilarning fikriga ko`ra (1,2,5) ushbu asoratning chastotasi 15-20% hollarda kuzatiladi.

Xavfli, muddatdan oldin tug`ilishning klinik diagnostikasi qiyin, ko'pincha o'z vaqtida emas, terapevtik choralar haddan tashqari yoki samarasiz. Ushbu muammoni hal qilishda akusher - ginekologlarning katta sa'y-harakatlariga qaramay, xomiladorlik chastotasi ko'p yillar davomida barqaror bo'lib qolmoqda. Shu bilan birga, xomiladorlik davrida prognozlash va profilaktika choralariga alohida e'tibor berib, muddatdan oldin tug`ilgan chaqaloqlarning tug`ilish darajasini kamaytirish mumkin.

Muddatdan oldin tug`ilish sonini kamaytirish usullaridan biri xomiladorlikni to`xtatish xavfini Davolash. Muddatdan oldin tug`ilish xavfini dori bilan davolashda polipragmiya o'tkazildi, ijobiy natijalarsiz. β -mimetikler, antispazmolitekler, progestajenler, magniy sulfat foydalanish tokolitiklerinning ta'siri kam, zaharli yon ta'siri bor va xavfsiz foydalanish uchun hech qanday dalil yo`q.

MOT ni prognozlash va oldini olish kam o'rganilgan. Adabiyotda mavjud bo'lgan ma'lumotlar MOT ni aniq prognoz qilish va MOT chastotasini, ularning asoratlarini kamaytirish uchun ularning oldini olish bo'yicha kompleks chora-tadbirlarni ishlab chiqish zarurligiga guvoh bo'ladi, bu esa ushbu muammoning dolzarbligini belgilaydi.

Tadqiqot maqsadi:

Muddatidan oldingi tug`ruqlarni diagnostika va davolash usullarini mukammallashtirish.

Tadqiqot vazifalari:

1. Gestatsiya vaqtiga qarab muddatdan oldingi tugruqni uchrashi va sabablarini aniqlash.

2. Muddatidan oldingi tug`ruqni o`z vaqtida tashxislash usullarini qo`llash.
3. Muddatidan oldingi tug`ruqni olib boorish va fetal fibronectin yordamida pragnozlash.

Ilmiy yangilik

Ultratovush va fetal fibronektin yordamida muddatdan oldingi tug`ruqni aniqlash usulini qo`llab muddatdan oldingi tug`ruqni kamaytirish va perinatal natijalarni yaxshilash.

Amaliy ahamiyati.

Tadqiqot natijalari muddatidan oldingi tug`ruqni rivojlanish ehtimoli bo`yicha xavf guruhlarini shakllantirish, perinatal oqibatlarni yaxshilash.

Muddatidan oldingi tug`ruqda bachadon bo`yni ultratovushi va fetal fibronektin testini birlamchi tibbiy bug`unlarda joriy etish.

Amaliy ahamiyati

Tadqiqot natijalaridan muddatdan oldin tug`ilish ehtimoli bo`yicha xavf guruhlarini shakllantirishda foydalanish kerak. Muddatdan oldin tug`ilishning asosiy sababi ayollarning sog`lig`i va xomiladorlikning asoratlari ekanligi aniqlandi: 22-36 haftada bachadon bo`yni ultratovush tekshiruvi MOT tashxisida juda informatsion usul hisoblanadi. 22-27 haftada xomiladorlik davrida MOT ni tashxislashda EGP ni davolash tavsiya etiladi, 28-33 haftada bakterial-virusli infeksiyalarni davolash, 34-36 haftada xomiladorlik asoratlarini davolash tavsiya etiladi.

Tug`ruqni konservativ kutish taktikasi perinatal natijalarni sezilarli darajada yaxshilaydi, ishlatiladigan dorilar miqdorini sezilarli darajada kamaytiradi, shuningdek, tezkor yetkazib berish zarurligini kamaytiradi.

Tadqiqot natijalarini amalga oshirish

Tadqiqot natijalari o`quv dasturiga kiritilgan va ma`ruza materiallarini tayyorlashda, IV-VI kurs talabalari, klinik ordinatorlar va magistratura rezidentlari bilan amaliy mashg`ulotlarda qo`llaniladi.

Nashrlar: dissertatsiya materiallari asosida O`zR OAK talablariga javob beradigan 5 ta jurnal, 4 ta tezis chop etildi.

Ishning tuzilishi va hajmi

Dissertatsiya kirish, adabiyotlarni o'rganish, materiallar va tadqiqot usullaridan iborat bo'lib, shaxsiy tadqiqotlar natijalari (bo`ladi), muhokamalar, xulosalar, amaliy tavsiyalar va foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan iborat.

Dissertatsiya kompyuter to'plamining 80 betida keltirilgan, bibliografiyada 145 ta manba mavjud, ulardan 48 tasi mahalliy va 97 tasi xorijiy mualliflar.

Mundarija	
Kirish	2
1-bob. XOMILADORLIK DAVRIDA XOMILADORLIKNING ZAMONAVIY JIHATLARI (ADABIYOTNI O'RGANISH)	7
1.1. Muddatdan oldin tug'ilish: etiologiya va patogenez	7
1.2. Muddatdan oldin tug'ilishning klinik jihatleri	15
1.3. Muddatdan oldin tug'ilishni davolash taktikasi	19
2-bob. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI	31
2.1. Xomilador ayollarning klinik xususiyatlari	31
2.2. Xomilador ayollarni tadqiq qilish usullari	37
3-bob. SHAXSIY TADQIQOTLAR NATIJALARI VA ULARNING MUHOKAMASI	40
3.1. Xomilador ayollarning funktsional holatini baholash.	40
3.2. MOT va QPMOY rivojlanish xavfi bo'lgan xomilador ayollarda fetal fibronektin ko'rsatkichlarini baholash.	49
3.3 Ultratovush tekshiruvi natijalari.	51
Muhokama	61
Xulosa	69
Amaliy tavsiyalar	69
Adabiyotlar	70

Qisqartma so'zlar ro'yxati

MOT – Muddatidan oldingi tug`ruq;

EGP- Ekstragenetal patologiya;

QPMOY- Qog`anoq pufagining muddatidan oldin yorilishi;

HTX- Homila tushish xavfi;

F f- Fetal fibrinektin;

AS- Amnion suyuqligi;

UQT- umumiy qon taxlili;

BBU- Bachadon bo`yni uzunligi;

UTT- Ultra tovush taxlili;

1-BOB. XOMILADORLIK DAVRIDA XOMILADORLIKNING

ZAMONAVIY JIHATLARI (*adabiyotni o'rganish*)

1.1. Muddatdan oldin tug'ilish: etiologiya va patogenez

Muddatidan oldin tug'ilish xomiladorlik davrida 22 dan 37 (259 kun) haftagacha bo'lgan tug'ilish [2] yoki xomiladorlikning 37 haftasidan oldin sodir bo'lgan tug'ilish deb ataladi, yangi tug'ilgan chaqaloqning vazni 2500 g dan oshmaydi, tana uzunligi 48 sm gacha [2]. 22 haftalik xomiladorlik davri xomilaning o'z-o'zidan tushishini, muddatdan oldin tug'ilishdan ajratib turadi, chunki ushbu davrdan keyin tug'ilgan chaqaloqlar ko'p hollarda ekstrauterin hayotga qodir. Eng tez-tez (55,3%) MOT xomiladorlikning 34-37 haftasida kuzatiladi [44]. Tug'ilishning umumiy sonidan muddatdan oldin tug'ilish chastotasi 5% dan 12% gacha [40].

Fiziologik nuqtai nazardan muddatdan oldin tug'ilish, juda erta sodir bo'lishidan tashqari, o'z vaqtida tug'ilishdan unchalik farq qilmaydi. Perinatal davrda vafot etgan bolalar orasida prematürelarning ulushi 50% dan 84% gacha [70]. Bu muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqning umumiy fiziologik yetukligidan kelib chiqadi, buning natijasida uning adaptiv mexanizmlari past bo'ladi va intrauterin hayotga moslashish uchun zaxira imkoniyatlari tezda yo'q bo'lib ketadi.

Muddatidan tug'ilish AQShda perinatal o'limning yetakchi sababidir [119,51].

Predispozitsiya qiluvchi omillar orasida primiparlarning yoshi (20 yoshdan 35 yoshgacha), kasbiy xavf-xatarlar, aqliy va jismoniy jarohatlar, kam ovqatlanish, kuniga 10 dan ortiq sigaret chekish, giyohvand moddalarni iste'mol qilish (kokain), alkogolizm, xomiladorlik paytida jarrohlik aralashuvlar, o'qish bilan ishlash, tibbiy yordam sifati va boshqalar (Polunina N. V., Muxina yu. g., Geraskina V. P., Axelrod C. B., 2012; Kitaw Demissie va boshq., 2011). 50% hollarda muddatdan oldin tug'ilishning sababini aniqlab bo'lmaydi va tug'ilish idiopatik tarzda sodir bo'ladi [5,10,35]. Muddatidan oldin tug'ilish, ayniqsa juda erta tug'ilish, yangi tug'ilgan o'limning asosiy sababi va xomiladorlikning murakkab davri [56,78,80].

Muddatidan oldin tug'ilish sabablari ko'p qirrali xususiyati bilan tavsiflanadi, ular orasida onaning, xomilaning tanasi bilan bog'liq va birlashtirilgan sabablarni shartli ravishda ajratish mumkin. Ona omillari: istmiko-servikal yetishmovchilik, bachadon malformatsiyasi (bitta shoxli, ikki shoxli va boshqalar) umumiy va genital infantilizm, bachadon miomasi, onaning ekstragenital kasalliklari (dekompensatsiya

bosqichida yurak nuqsonlari, gipertoniya, neyroendokrin kasalliklar va boshqalar) onaning yuqumli kasalliklari (gripp, ORVI, virusli gepatit, toksoplazmoz, listerioz), amniotik suyuqlik infeksiyasi, bakterial vaginoz, gerpetik infeksiya va boshqalar. Xomila omillariga: malformatsiyalar, rivojlanish anomaliyalari va fetal o'lim, genetik kasalliklar kiradi. Birlashgan omillar: gipertenziv kasalliklar, izoserologik mos kelmaslik, antifosfolipid sindromi, yo'ldoshning biriktirilishi anomaliyalari, odatda joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi, xomilaning noto'g'ri pozitsiyalari, amniotik suyuqlikning erta oqishi; bachadonning haddan tashqari ko'payishiga olib keladigan holatlar (ko'p xomiladorlik, ba'zi xomilalik malformatsiyalar, polihidramin bilan birga), xomiladorlik paytida qon ketish, sepsis, intrauterin ta'sir bemor. Bachadon bo'yni yoki bachadon va vagina tanasining malformatsiyasi va kasalliklariga olib keladigan des [8,100,112]. Ko'pgina tadqiqotlar sotsiodemografik xususiyatlarga ko'ra, muddatdan oldin tug'ilish bo'yicha zaif guruhlar aniqlandi: afro-amerikalik onalar, yosh yoki yoshi katta ayollarda birinchi tug`ruq, ayolning kam ijtimoiy-iqtisodiy ahvoli: kam daromad, kam ma'lumot va yomon ovqatlanish ([89,97,112]. Jismoniy va ijtimoiy muhitni har tomonlama tekshirish chaqiruvi yaqinda aniq ifodalangan O'Neill va boshq. Ular jamiyatning past ijtimoiy-iqtisodiy statusi (IIS) havo ifloslanishining ko'payishiga olib kelishi, bu esa aholining sog'lig'ini zaiflashtirishga yordam berishini va bu esa o`z navbatida yetarli sog'liqni saqlashni ta'minlash uchun resurslarning yetishmasligini keltirib chiqarishi kabi gipotezalarni ilgari surishdi.

Muddatidan oldin tug'ilish xavfi quyidagi faoliyat turlari uchun katta: ish yuritish, sotuvchilik, xizmat ko'rsatish va ishlab chiqarishda ishlash. Agar ish jiddiy jismoniy mashqlar bilan birga kelmasa, past xavfli kasblarga uy va qishloq xo'jaligi ishlari kiradi.

Brink Henriksen va boshqalar. (2012) deyarli barcha xomilador ayollar perinatal nazorat ostida bo'lgan Arxusdagi universitet kasalxonasi bazasida ishdagi jismoniy stress va muddatdan oldin tug'ilish chastotasining o'zaro bog'liqligini o'rganib chiqdi. Yuklarning 3 turi ko'rib chiqildi: tik turish, yurish va ularning kombinatsiyasi. Uch turdagi stress va muddatdan oldin tug'ilishning o'zaro bog'liqligi aniqlandi. Mualliflar ushbu tadqiqotda ish yuki va muddatidan oldin tug'ilish o'rtasidagi aniq bog'liqlikni aniqladilar. O'zaro patofizyologik mexanizmlar masalasida, natijada jismoniy stress muddatidan oldin tug'ilishga olib keladi va yukni kamaytirishning mumkin bo'lgan

ijobiy omili haqida hali ko'p noaniqliklar mavjud. Xomiladorlikning ikkinchi va uchinchi trimestrlarida ishda jismoniy faollikni cheklash bo'yicha maslahatlar ostida poydevor hali ochilmagan [69,85,92].

Ba'zi tadqiqotlar labil psixikasi bo'lgan va ko'proq stressni boshdan kechirayotgan ayollar orasida muddatdan oldin tug'ilish xavfini oshiradi ([56,85,89]. O'rta va yuqori darajadagi tashvish darajasiga ega bo'lgan, xomiladorlik bilan bog'liq bo'lgan ayollarda erta tug'ilish xavfi oshdi ($op=1.5$, 95% ishonch-interval). Muddatidan oldin tug'ilishning xavfi xomiladorlik bilan bog'liq stress, tashvishlarga olib keladi. Xomiladorlikning tibbiy patologiyalari mavjud bo'lganda, muddatdan oldin tug'ilish xavfi psixo-ijtimoiy muammolar bilan birgalikda (yuqori xavfi ayollarda 2.0 dan 2.4 gacha) [45,115,107].

Irqi: afro-amerikaliklardan tug'ilgan bolalarning xomiladorlik yoshi odatda oq amerikalik ayollardan tug'ilgan bolalarning yoshidan 1 hafta kamroq; afro-amerikalik ayollar orasida muddatidan oldin tug'ilish darajasi oq amerikalik ayollarda 7,4% ga nisbatan 16,3% ni tashkil qiladi [115]. Amerika qo'shma Shtatlarida etnik tengsizlik mavjud: afro-amerikalik ayollar, oq ayollarga nisbatan muddatdan oldin tug'ilish darajasi ikki baravar yuqori. Ushbu tengsizlik, ayniqsa, muddatdan oldin tug'ilish (<32 hafta) orasida sezilarli bo'lib, bu nomutanosib o'lim chastotasiga va tug'ruqning murakkablashuviga olib keladi. Ispanlar yoshi kattaroq, ko'p qirrali va oliy ma'lumotga ega bo'lmagan, qora tanlilar esa qonuniy turmushga chiqmaganliklari va uy daromadlari 5000\$dan kam bo'lganligi haqida xabar berishgan. 36 haftagacha tug'ilish 6,7% edi va mos ravishda oq, qora va ispan ayollari orasida 6,0%, 7,9% va 5,9% bo'lgan. 34 haftagacha tug'ilish 2,7% va 2,2%, 3,5% va 2,4% oq, qora va ispan ayollarida kuzatilgan. Xomiladorlikdan oldin onaning kam tana vazni, muddatidan oldin tug'ilish bilan bog'liq. Darhaqiqat, Shimoliy Amerika oq ayollari (Moutquin JM, 2013), afro-amerikalik ayollar [52,96,100]. Tender va irqiy kamsitish uchun eng yuqori ko'rsatkichlarga ega bo'lgan ayollar muddatidan oldin tug'ilish xavfi kamaytirildi [2,96,101]. Ilgari muddatidan oldin tug'ilgan bolada keyingi xomiladorlik paytida takroriy muddatdan oldin tug'ilish xavfi 20-30% ni tashkil qiladi. Ba'zi muddatdan oldin tug'ilish tarixi 4 marta, ikkita muddatidan oldin tug'ilish 6 marta xavfni oshiradi. L. Bakkereig, H. Hoffman va E. Harley (2009) bo'yicha takroriy muddatidan oldin tug'ilish xavfi ikkinchi erta tug'ilish uchun -14,3%, uchinchisi -28,1%. Muddatidan

oldin tug'ilgan ayollarda xomiladorlikning xususiyatlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, abort qilish xavfi (44,0%) va xomiladorlik buzilishi (40,0%) [9,20,29]. Muddatdan oldin tug'ilish uchun oilaviy (irsiy) moyillik qayd etilgan []. Bepushtlik tarixi bo'lgan ayollar xomiladorlik xavfi yuqori, muddatdan oldin tug'ilgan chaqaloqlarning omon qolishi reanimatsiya bo'limlarida yangi usullar bilan yaxshilangan bo'lsa-da. Muddatdan oldin tug'ilish xavfi sun'iy urug'lantirilgandan keyin xomilador bo'lgan ayollar orasida kuzatilgan [38]. Murakkab tibbiy tarix: oldingi xomiladorlikni rejalashtirilgan tartibda, ayniqsa xomiladorlikning 12 xaftaligidan keyin to'xtatish. Uzoq vaqt davomida Abortdan keyingi xomiladorlikda aks ettirilgan oqibatlariga oid muhim munozaralar olib borilgan. [80]. Keyinchalik olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, abortga uchragan ayollarda tushish xavfi yuqori va xavf abortlar soni bilan bog'liq [69,78,103].

Abort qilish darajasi Sharqiy Yevropada (Germaniya, Finlyandiya, Shotlandiya, Shvetsiya, Italiya, Chexiya, Sloveniya, Ruminiya, Rossiya va Vengriya) ko'p yillar davomida yuqori bo'lgan, bu onalar o'limining yuqori darajasi, asoratlari va keyingi muddatdan oldin tug'ilish xavfi. Abortlar servikal shikastlanishga, sineksiyaga va infeksiyaga olib keldi oldingi abort 28 hafta yoki undan ko'p xomiladorlik uchun 28 hafta xomiladorlik uchun yuqori bo'lgan muddatidan oldin tug'ilish xavfi bilan bog'liqligini ko'rsatdi.

Bir qator tadqiqotlarga ko'ra, oldingi abort va platsenta ajralishidan va boshqa qon ketishidan kelib chiqqan muddatidan oldin tug'ilish o'rtasida bog'liqlik mavjud. Bachadon membranasiga zarar yetkazadigan jarrohlik muolajalari keyingi xomiladorlikda yo'ldoshning noto'g'ri biriktirilishini oshirishi mumkin. Har qanday jarrohlik amaliyoti singari, kuretaj va dilatatsiya protseduralari ham erta asoratlar uchun juda ko'p xavf tug'diradi. Abortdan infeksiya, isitma, to'qima qoldiqlari, qon ketish va bachadon bo'yni shikastlanishi kabi asoratlar 5% ayollarda qayd etilgan. Abortda kuretajdan foydalanish xomiladorlikning 8 xaftaligidan keyin aspiratsiya usuli va Abortdan keyingi davrda keyingi muddatidan oldin tug'ilishda rivojlanish xavfi yuqori. Yevropada abortning 90% dan ortig'i jarrohlik amaliyotiga muvofiq amalga oshirildi (abort statistikasi, 2005; Le Corre - va Tomson, 2008; Zhou W. va boshq., 2009). Abort tufayli keyingi xomiladorlik mexanik yoki yuqumli omillar orqali yomonlashishi mumkin [5,35].

Intrauterin infeksiya idiopatik to'lg'oq paydo bo'lishi va amniotik suyuqlikning erta oqishi uchun ma'lum xavf omilidir. Oldingi abort va intrauterin infeksiya o'rtasidagi munosabatlar Abortdan oldin yoki undan oldin yashirin jinsiy yo'l infeksiyasidan kelib chiqishi mumkin. Mexanik dilatatsiyadan servikal shikastlanish istmik - servikal **etishmovchilik xavfini oshiradi va Abortdan keyingi infeksiyalar uchun kirish eshigi bo'lib xizmat qiladi** [9,17].

Tana ommaviy indeksleri va reproduktiv tizimo'rtasidagi munosabatlar o'rganildi. Ularning tadqiqotida 50 kg dan kam vaznli ayollar bakterial vaginoz uchun xavf guruhidir. Bakterial vaginozli ayollarning normal vaznidan past bo'lgan erta tug'ilish darajasi antibiotik bilan davolangan ayollar orasida 14% ga nisbatan 33% edi ($p = 0.04$). Shunday qilib, odatdagi ayollar orasida bakterial vaginozni davolash muddatidan oldin tug'ilish xavfini kamaytirdi. Vaginal bakterioz kasalligi erta tug'ilgan chaqaloqlarning tug'ilishi bilan bevosita bog'liqligi aniqlandi. Muddatidan oldin tug'ilish xavfi *M. Hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Gardnerella*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides* bilan kasallangan ayollar orasida kuzatildi. Vaginal bakterioz kam vaznli chaqaloqlarning muddatidan oldin tug'ilish ehtimolini aniqlaydigan bir nechta omillardan biridir va muddatdan oldin tug'ilish va chaqaloqning etishmasligi bilan bog'liq muammolarning to'liq yechimi mavjud emas. Pastki jinsiy yo'l kasalliklarini erta tashxislash va davolash muddatidan oldin tug'ilish xavfini kamaytiradi, ammo bu murakkab muammoni hal qilishning bir qismidir [83,45,59]

Istmik-servikal yetishmovchilik. (Isy) tez-tez etiologik omil bo'lib, kech abort va muddatidan oldin tug'ilishga olib keladi. Ma'lumki, istmik qism va serviks xomiladorlikning normal rivojlanishi uchun sharoit yaratishda muhim rol o'ynaydi. Istmus va serviksin yetishmovchiligi organik, funktsional va tug'ma hisoblanadi. Organik yetishmovchilik sun'iy abort paytida istmik (istmus) va serviksin shikastlanishi, jarrohlik tug'ruq paytida (dam olish kunlari akusherlik forseps, sezaryen), katta xomila va erta tug'ilish paytida yuzaga keladi. Funktsional yetishmovchilik, ayniqsa progesteron yetishmovchiligi tufayli, bachadon mushaklari va neyroendokrin buzilishlarining past rivojlanishi bilan bog'liq.

Xomiladorlik davrida 22-27 hafta (500 dan 1000 g gacha bo'lgan massa) muddatdan oldin tug'ilish ko'pincha ITC, xomila qovuqning pastki qutbining infeksiyasi va uning erta yorilishi bilan bog'liq. 28-33 haftada xomiladorlik davrida

muddatidan oldin tug'ilishning sabablari (xomilaning massasi 1000-1800 gr) oldingi davrda tug'ilishga qaraganda ancha xilma-xildir; 34-37 haftada (xomilaning massasi 1900-2500 gr), yanada ko'p.

Vaginal qonash barcha xomiladorlikning chorak qismiga qadar murakkablashadi. Tadqiqotlar vaginal qon ketishining muddatdan oldin tug'ilish bilan bog'liqligini bildiradi. Barcha xomiladorlik paytida vaginal qon ketishining ko'p epizodlari bevosita muddatidan oldin tug'ilishga olib keldi. Aksincha, ikkinchi trimestrda bitta qon ketish, kamroq qon yo'qotish bilan, muddatdan oldin tug'ilishning biron bir toifasiga bog'liq emas edi. Xomiladorlik paytida qon ketishining taxminan yarmi idiopatik tarzda yuzaga keladi, shuning uchun muddatdan oldin tug'ilish bilan bevosita bog'liqlik yo'q. Vaginal qonash proteolitik kaskadga olib keladi, bu membranalarga zarar yetkazishi mumkin, bu amniotik suyuqlikning erta oqishiga olib kelishi mumkin [89,105].

Trombin, shuningdek, bachadonda to'lg'oq paydo bo'lishini rag'batlantiradi, bu esa muntazam to'lg'oqqa olib kelishi mumkin. Bundan tashqari, qon ketish infeksiyaning namoyon bo'lishi mumkin, bu esa o'z navbatida muddatdan oldin tug'ilishga olib kelishi mumkin. Qon ketishining yagona epizodi aslida muddatidan oldin tug'ilish xavfi bilan bog'liq emas. Muddatidan oldin tug'ilishning umumiy sonidan 12,4% holatlar vaginal qon ketish bilan bog'liq edi. Shunday qilib, takroriy qon ketish muddatidan oldin tug'ilishga olib keladi. Vaginal qonash amniotik suyuqlikning erta oqishi tufayli spontan to'lg'oqning boshlanishiga nisbatan muddatdan oldin tug'ilish bilan biroz ko'proq bog'liq. Platsenta disfunktsiyasining ba'zi shakllari xomiladorlik paytida vaginal qon ketishiga olib keladi va muddatdan oldin tug'ilishning sabablari sifatida qaralishi mumkin [74,111].

Vaginal qonash va muddatdan oldin tug'ilish uchun xavf darajasi 1.2 (95-% CI: 1.0, 1.5).

Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, xomiladorlikning ultratovush tekshiruvini paytida serviks uzunligi (15 haftagacha) o'rtacha $41,25 \pm 5,43$ mm bo'lib, 33 dan 51 mm gacha o'zgarib turadi.

Xomiladorlikning 1-trimestridagi bo'yin uzunligining paritet (birinchi, qayta tug'ilish) yoki spontan abortlar va muddatdan oldin tug'ilish tarixi bilan bog'liqligi

aniqlanmagan. Shunday qilib, 12-15 haftada xomilador bo'lgan primipar bemorlarda serviksin uzunligi $41,2 \pm$ mm va $41,3 \pm$ mm.

Bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi paytida 22 haftalik xomiladorlikdagi bemorlarning aksariyatida servikal kanal tekis shaklga ega edi, xomilador ayollarning 15 foizida servikal kanal shakliga ega. Serviksin aniq egriligi bilan uning uzunligi ikki yoki undan ortiq o'lchamlarda umumlashtirildi (shakl. 14) D. Gramellini va boshq. Servikal kanalning kengligi har qanday bemorda 2-3mm dan oshmadi.

1.1 Jadval

Fiziologik jihatdan davom etadigan monokarpik xomiladorlik paytidagi xomiladorlikning turli davrlarida serviksin uzunligi.

Xomiladorlik davri (hafta)	22-24	25-27	28-30	31-33	34-36
Servikal uzunligi (mm)	$48,6 \pm 4,9$	$36,85 \pm 5,0$	$36,15 \pm 3,9$	$35,32 \pm 4,2$	$34,66 \pm 4,4$

Shu bilan birga, serviksin qisqarishi darajasi ham farq qildi. Agar xomiladorlikning 1 yarmida serviksin uzunligini qisqartirish tezligi 0,22-0,35 mm/hafta bo'lsa., keyin u asta-sekin o'sdi. Xomiladorlikning 3 trimestrining boshida (25-27 haftaga) u 0,583 mm/haftaga ko'tarildi. va 36 haftadan so'ng 1,02 mm/haftaga yetdi. Muddatdan oldin tug'ilish xavfining bolaning jinsiga bog'liqligi ham ko'rib chiqiladi. Erkak bolalar muddatdan oldin tug'ilganidan keyin uzoq nevrologik va vosita kasalliklariga ko'proq moyil [87,96]. O'tgan o'n yil ichida bir nechta tadqiqotlar muddatdan oldin tug'ilish va tug'ilishga qarshi tug'ilishlar orasida o'g'il bolalarning ortiqcha miqdorini topdi. O'g'il bolalar orasida tug'ilishdan oldin tug'ilishning yuqori darajasi ularning bolalik davridagi o'limini tushuntirishga hissa qo'shishi mumkin edi.

Shunday qilib, muddatdan oldin tug'ilishning paydo bo'lishida primiparlarning yoshi (20 yoshdan 35 yoshgacha), irqiy bog'liqlik, jismoniy mehnat, bachadon bo'yni yetishmovchiligi, bachadon malformatsiyasi, ekstragenital kasalliklar, gipertenziv kasalliklar, muddatdan oldin tug'ilish va tibbiy abortlar, bakterial vaginoz kabi omillar muhim rol o'ynaydi.

Patogenez

Ikkinchi trimestrda muddatdan oldin tug'ilish xavfi tug'ilganda onaning sarumidagi platsenta gidroksidi fosfataza darajasi, amniotik suyuqlikdagi alfa-Fetoprotein, sarum ferritin miqdori va xomilador ayolning tupurigida estriol miqdori oshishi aniqlandi.

Servikal - vaginal tarkibdagi fetal fibronektin darajasi, transvaginal exografiyada belgilangan bo'yin qisqarishi (< 20 mm) va bakterial vaginit spontan muddatdan oldin tug'ilish yoki membranalarning erta yorilishi uchun eng muhim uchta xavf omilidir. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, muddatdan oldin tug'ilishning rivojlanishida uchta omil-yashirin infektsiyaning mavjudligi, servikste patologik o'zgarishlar va gormonal omillar. [89,105].

Biroq, ushbu omillarga ta'sir qilish samaradorligi yetarli emas va muddatdan oldin tug'ilish chastotasi yuqori bo'lib qolmoqda.

Tug'ruqni boshlash uchun qo'zg'atuvchi vosita: Dehidroepiandrosteron sulfatning sekretsiyasini oshirish, oksitotsin (xomila va yoki onaning) chiqarilishini

oshirish, miyometriyada oksitotsin retseptorlari sonining ko'payishi, prostaglandin biosintezi inhibitorlarining ishlab chiqarilishini kamaytirish, bachadonda prostaglandin biosintezini oshirish [95,101,120].

Ko'pgina hollarda to'lg'oq umumiy xomila qovuq bilan boshlanadi. Aralashuvsiz, odatda, birinchi tug'ilish davri oxirigacha qovuq saqlanib qoladi. Ammo tug'ilishning 10% va muddatidan oldin tug'ilishning 60% gacha membranalar yorilishidan keyin sodir bo'ladi. Mexanizmlar to'liq tushunilmagan bo'lsa-da, infeksiyalar birinchi o'rinda turadi. Bola tug'ilgandan keyin olingan membranalarni har tomonlama o'rganish cheklangan hududda topilgan noyob morfologik xususiyatlarga ega bo'lgan joylarni aniqlashga imkon berdi. Ushbu cheklangan maydon o'zgartirilgan morfologiya zonasi (ZAM) deb nomlangan va tavsiflangan xususiyatlar uning potentsial tarkibiy zaifligi bilan bog'liq [74,93]. Ular buzilgan biriktiruvchi to'qimalardan iborat bo'lib, ingichka qatlamlarga ega edi: ushbu tarkibiy xususiyatlarni hisobga olgan holda, intrauterin bosimning oshishi bilan to'lg'oq boshida membranalar yorilishi sodir bo'ladi. [84,93].

1.2. Muddatidanoldin tug'ilishning klinik jihatlari

Muddatidan oldin tug'ilishning klinik ko'rinishi. Xavfli, boshlanayotgan va boshlangan muddatidan oldin tug'ilishni farqlash tavsiya etiladi.

Xavfli muddatidan oldin tug'ilish pastki orqa va pastki qorindagi og'riqlar bilan tavsiflanadi. Bachadonning qo'zg'aluvchanligi va ohanglari gisterografiya va tonusometriya ma'lumotlari bilan tasdiqlanishi mumkin. Vaginal tekshiruvda serviks saqlanadi, tashqi tomoq yopiladi. Qayta tug'ilganlarda u barmoq uchini o'tkazib yuborishi mumkin. Xomilaning motor faolligi oshadi. Xomilaning taqdim etilgan qismi kichik havzaning kirishiga bosiladi.

Muddatidan oldin tug'ilishning boshlanishi bilan odatda pastki qorinda aniq kramp og'rig'i yoki muntazam to'lg'oqlar mavjud. Vaginal tekshiruvda bachadonning pastki segmentining joylashishi, serviksin qisqarishi va ko'pincha uni tekislash qayd etiladi. Amniotik suyuqlikning erta oqishi ko'pincha kuzatiladi.

Muddatidan oldin tug'ilishning boshlanishi muntazam mehnat faoliyati va serviksin ochilish dinamikasi (2-4 sm dan ortiq) bilan tavsiflanadi, ko'pincha membranalarning yorilishi mavjud.

Muddatidan oldin tug'ilish kursi bir qator xususiyatlar bilan tavsiflanadi: 1) amniotik suyuqlikning tez-tez erta oqishi (40%); 2) mehnat anomaliyalarining tez-tez rivojlanishi (zaiflik, diskoordinatsiya); 3) servikal yetishmovchilikda tez yoki erta tug'ilish yoki servikal yetishmovchilik tufayli uzayish, tug'ilishni tartibga solishning neyrohumoral va neyroendokrin mexanizmlarining tayyor emasligi; 4) xomila gipoksiyasining ko'payishi; 5) platsenta ajratish natijasida tez-tez qon ketishi, platsenta ajratish mexanizmlari va uning qismlari kechikishi tufayli ketma-ket, erta tug'ruqdan keyingi davrda qon ketishi; 6) tug'ruq (chorioamnionit) va tug'ruqdan keyingi davrda (endometrit, flebit va boshqalar) tez-tez yuqumli asoratlar [90,116].

Muddatidan oldin tug'ilishning klinik ko'rinishi o'z-o'zidan tug'ilish klinikasiga o'xshaydi. Muddatidan oldin tug'ilish xavfi tibbiy aralashuv bilan to'xtatilishi mumkin.

Xavfli va muddatidan oldin tug'ilishni *tashxislash* ko'pincha muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Shu munosabat bilan, xomiladorlik holatini xavf ostiga qo'yadigan va xomilador ayollarni kuzatuv dasturiga kiritish uchun yuqori xavf tug'diradigan zamonaviy tashxis qo'yish alohida ahamiyatga ega. Har bir xomilador ayol uchun ultratovush va gormonal tekshiruvni, kardiokografiyani, gravidogramlarni, xomila faoliyatini tekshirishni va boshqalarni o'z ichiga olgan individual xomiladorlik rejasini ishlab chiqish zarur. Hozirgi vaqtda, yuqorida aytib o'tilgan xavfli xomilador ayollarni tekshirish usullaridan tashqari, periferik qonda donor leykotsitlar tomonidan bitta emlashdan oldin va keyin leykotsitlar migratsiyasini inhibe qiluvchi omilning konsentratsiyasini aniqlash orqali erta davrda abort qilish xavfini prognozlash usuli taklif etiladi. Xomiladorlikning erta tashxisini qo'yish usuli mavjud, uning mohiyati quyidagicha: xomilador ayolning periferik venoz qoni namunasida trofoblastik 1-glikoproteid bilan reaksiyaga kirishadigan va ularning darajasi yuqori yoki 29% ga teng bo'lgan neytrofillarning nisbiy tarkibi aniqlanadi. Ushbu patologiyaning klinik ko'rinishi bo'lmagan ayollarda xomiladorlik xavfi aniqlanadi.

II-III trimestrdagi birinchi marta xomilador ayollarda ultratovush tekshiruvda yo'ldoshning joylashishini oldindan aniqlanadi, so'ngra proksimal siqish namunasi yordamida femoral tomirlarda qon oqimini dopplerometrik tekshirishni amalga oshiriladi va chap va ambilateral platsenta joylashgan xomilador ayollarda ikkala ekstremitada femoral tomirlarning klapanlari yetishmovchiligini aniqlanadi. Ma'lumki, fetoplastik havzadagi gemodinamik jarayonlar "atrof-muhit tizimlari" ning gemodinamikasi, xususan, tos va pastki ekstremitalar bilan uzviy bog'liqdir. Bu asosan tos pleksus tomirlarining anatomik va funktsional xususiyati, shuningdek gemodinamik, yallig'lanish va gumoral ta'sirga moyil bo'lgan pastki ekstremitalarning tomirlari bilan bog'liq, ammo ularni qo'llab-quvvatlaydigan va to'liq ochilishini ta'minlaydigan keng ligamentlar teskari ta'sirga ega bo'lib, varikoz tomirlariga olib keladi [75,85,105].

Ultratovushli metod invaziv emas va nafaqat venoz reflyuksning mavjudligi yoki yo'qligini aniqlash va tomirlarning buzilishini baholash imkonini beradi, balki 98% ishonchliligi bilan vana apparati va butun venoz tizimning strukturasi anatomik xususiyatlarini aniqlaydi. Abortdan va pastki ekstremitalarda venoz qon aylanishining etariligi bachadonga optimal qon ta'minoti uchun muhim shart, ya'ni xomiladorlikning normal kursi va yo'ldoshning rivojlanishi uchun. Xomiladorlikning 40 xaftasida uteroplatsental havzaning venoz kanali va pastki ekstremitalarning tomirlari sezilarli darajada qayta tiklanadi. Venoz tomirlarning funktsiyasi asosan venoz qon oqimini ta'minlashda muhim rol o'ynaydigan valf apparati bilan ta'minlanadi. Venoz klapanlar distal yo'nalishda gidrostatik bosimning tarqalishidagi asosiy to'siqdir. Tomirlardagi klapanlar venulyar va lichinka darajasida joylashgan bo'lib, bu venoz tizimning boshlang'ich qismida qon harakati mexanizmining murakkabligini ko'rsatadi. Fon predispozitsiya qiluvchi omillar (tomir devoridagi biriktiruvchi to'qima tuzilmalarining buzilishi va valf apparati yetishmovchiligi), shuningdek ishlab chiqarish omillari (fiziologik sharoitlar va qorin bo'shlig'i va tomir ichi bosimining oshishiga olib keladigan kasalliklar) mavjud bo'lganda femoral venada venoz qonning vaqt o'tishi bilan ortib borishi, asosiy zaiflikni keltirib chiqaradi, venoz devor qonning turg'unligiga, venoz devorning kengayishiga (kengayishiga) va varikoz kengayishiga olib keladi.

33-37 haftada xomilador ayollarning periferik venoz qonida nitrat ionlarining miqdoriy ko'rsatkichi aniqlanadi va uning katta yoki 1,15 mikro/l ga teng bo'lgan darajasida ular muddatidan oldin tug'ilish xavfini aniqlaydilar. Ilgari xomilador ayollarning qon zardobida azot oksidi ishlab chiqarish ko'rsatkichi gipertenziv kasalliklar va xomila rivojlanishining kechikishi sindromini tashxislash uchun ishlatilgan, azot oksidi darajasi, shuningdek, abort xavfi paytida antioksidant tizim baholandi. Muddatidan oldin tug'ilish xavfi bo'lgan ayollarda azot oksidi ishlab chiqarishda sezilarli o'sish bachadon mushaklarining gevşemesine va plasental qon aylanishini tiklashga qaratilgan. Tavsiya etilgan usuldan foydalanish yuqori darajadagi aniqlik (96,7%) bilan ushbu patologiyaning klinik ko'rinishi bo'lmagan taqdirda muddatidan oldin tug'ilish xavfini aniqlashga imkon beradi.

Gisterografiya va tonusometriya bachadonning kontraktil faoliyatining xususiyatini baholashga imkon beradi. Uni ro'yxatdan o'tkazish uchun dinamouterograf yoki kardiokografdan foydalanish mumkin. Bachadon ohangi tonusometr yordamida aniqlanadi. Gisterografiya muddatidan oldin tug'ilishning boshlanishidan "soxta to'lg'oq" ni farqlash imkonini beradi. Muddatidan oldin tug'ilishni uy sharoitida tashxislash uchun chet elda to'lg'oqlarni qayd qilishda tashqi tokodinamometr ishlatiladi, bu ma'lumotlar har kuni telefon orqali mutaxassislarga ma'lum qilinadi. Biroq, bu usul kam samaradorligi tufayli umumiy tan olinmaydi.

Muddatidan oldin tug'ilishda akusherlik holatini yanada obyektiv baholash uchun tomonidan tavsiya etilgan (To'lg'oq, membranalar yorilishi, qon ketishi, serviksin ochilishi [65]. tomonidan tavsiya etilgan tokoliz indeksidan foydalanish mumkin.

Boshqa bir usul - xomilador ayollarning periferik qonida xomiladorlik davrida aniqlash 20 haftadan keyin T-hujayralarining boyitilgan populyatsiyasida limfotsitlarning nisbiy tarkibi aniqlanadi, uning yuzasida alfa bilan reaksiyaga kirishadi 2 - mikroglobulin unumdorligi (T-AMGF-Roset hosil qiluvchi hujayralar-T-AMGF-rok) va indikator qiymatlari kamroq 20% 94% aniqlik bilan muddatidan oldin tug'ilish xavfini taxmin qiladi. Ushbu usulning ahamiyati shundaki, birinchi marta ushbu patologiyaning klinik ko'rinishi bo'lmagan ayollarda muddatidan oldin tug'ilishni prognozlashda taklif etiladi 20 haftadan keyin xomiladorlik T-

limfotsitlarning boyitilgan fraktsiyasida AMGF bilan reaksiyaga kirishadigan strukturaning yuzasida joylashgan nisbiy hujayralar tarkibi aniqlanadi. Tavsiya etilgan usuldan foydalanish klinik belgilar paydo bo'lishidan 10 hafta oldin muddatidan oldin tug'ilish xavfini aniqlashga imkon beradi, bu esa ushbu patologiyaning erta oldini olishga imkon beradi. Usulning mohiyati uning yuzasida AMGF bilan reaksiyaga kirishadigan T-limfotsitlar tarkibining prognostik parametrini belgilash bo'lib, uning miqdoriy qiymati 20% dan kam bo'lgan erta tug'ilish. [74,89,105].

1.3. Muddatidan oldin tug'ilishni davolash, taktikasi

Asatiani T. (2009) [76]. va Saveliev G.N (2010) [78]. ma'lumotlariga ko'ra, ushbu dorilarni qo'llash chastotasi 60-80% ga etadi. Shu bilan birga, dori-darmonlardan keng foydalanish bachadon qo'zg'lishi patologiyasini va xomila holatining yomonlashishiga yordam berishi mumkinligi ma'lum. Shuni esda tutish kerakki, tug'ilish adaptiv va himoya xususiyatiga ega bo'lgan ayolning otoanelgeziyasi bilan birga keladi. Shu bilan birga, tug`ruqni keng tibbiylashtirish bu jarayonlarning buzilishiga olib kelishi mumkin. Muntazam IV va IV inyeksiyalar tabiiy jarayonga aralashadi va ayolning erkin xatti-harakatlarini cheklaydi [87,95].

Xavfli va muddatidan oldin tug'ilishni davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1) yotoqda dam olish; 2) psixoterapiya, gipnoz, sedativ vositalardan foydalanish. Bularga pustirnik yoki valerian dalmasi kiradi. Trioksazin, tazepam (nozepam), seduksen foydalanish mumkin. Davolashda antispazmodik preparatlar ham buyuriladi: metadin, baralgin, no-shpa eritmasi, papaverin eritmasi.

Bachadon qo'zg'aluvchanligini kamaytiruvchi vositalar, maxsus guruhni tashkil etadi: magniy sulfat eritmasi, Magne-Bb, beta-adrenomimetika (alupent, partusisten, brikanil, ritodrin, terbutalin va boshqalar), etanol (10% etil spirt) vena ichiga tomchi, kaltsiy antagonistlari (izoptin, nifedipin), nitrogliserin, prostaglandin ingibitorlari (indometazin) qon bosimi nazorati ostida.

Hozirgi vaqtda muddatidan oldin tug'ilish xavfini davolashda bachadonning kontraktil faolligini bostiradigan dorilar tufayli ma'lum yutuqlarga erishildi, ular orasida tokolitiklar yoki P-adrenomimetika mavjud. Ular beta-retseptorlarda adenil siklaz ishlab chiqarishga yordam beradi; bu esa, o'z navbatida, hujayradagi kaltsiy

ionlarining konsentratsiyasini kamaytiradigan, kontraktil oqsillarni faollashishiga to'sqinlik qiladigan va bachadonning relaksatsiyasiga sabab bo'ladigan ATF ning tsiklik AMFGa aylanishini amalga oshiradi.

Tug'ilish antispazmodik vositalar yordamida ehtiyotkorlik bilan behushlik ostida amalga oshiriladi. Anesteziyaning afzal ko'rgan usuli epidural anesteziyadir.

Tug`ruq zaifligini aniqlashda oksitotsin va prostaglandindan foydalanish mumkin.

Ichga qabul qilish (3-agonistlar yetarli darajada samarali emasligi aniqlangan (Makones K.A va boshq., 2005) va parenteral yuborish qisqa vaqt ichida tug'ilishni oldini oladi (48 soatgacha). Bu xomilador ayolni tegishli kasalxonaga olib borish uchun yetarli bo'lishi mumkin va xomila o'pkaning kamolotiga glukokortikoid terapiyasini o'tkazishga imkon beradi [88].

Yon ta'siri va asoratlari odatda beta-mimetiklarning haddan tashqari dozasi, kamroq tez-tez ularning intoleransi bilan bog'liq. Yon ta'sirni bartaraf etish uchun verapamil bilan birgalikda buyuriladi. Kaltsiy antagonisti bo'lgan ushbu preparat nafaqat beta - Adrenomimetiklarning yon ta'sirini bartaraf etadi, balki bachadonning kontraktil faolligini ham kamaytiradi.

Agar kompleks terapiya xomiladorlikning 14 kundan ortiq davom etishiga yordam bersa, tokoliz muvaffaqiyatli hisoblanadi. Tokoliz ta'siri xomiladorlik davrining ortishi bilan ortadi va serviksning holatiga bog'liq*, tokoliz boshlanishidan oldin-serviksin qanchalik ko'p saqlansa, davolash samarasi shunchalik yuqori bo'ladi. Tokoliz oldidan mehnatning mavjudligi shubhasiz muhimdir, bu holda uning ta'siri kamroq aniqlanadi. Muddatidan oldin tug'ilishning oldini olish uchun magniy sulfat ishlatiladi. 4 g/soat doimiy tezlikda 2 g dozasida tomir ichiga yuboriladi, bo'yinning ochilishida 4 sm dan oshmasligi kerak, muvaffaqiyat 87% hollarda ta'minlanadi. Magniy sulfati xomilaga salbiy ta'sir ko'rsatmaydi, onaning qon bosimini pasaytiradi, diurezni kuchaytiradi, sedativ ta'sir ko'rsatadi, ammo uning samaradorligi beta-adrenomimetiklardan foydalangandan past bo'ladi.

10% etanol eritmasi (50 ml 96% etil spirti 500 ml izotonik natriy xlorid eritmasi yoki 5% glyukoza eritmasi) - xavfli va muddatidan oldin tug'ilishni boshlashda bir qator mualliflar oksitotsin inhibitori va antidiuretik gormondan foydalanadilar. 6-8

soatlik eritmani kiritish-2-3 kundan keyin takrorlanishi mumkin. Etanol nafaqat bachadonning kontraktil faolligini pasaytiradi, balki muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarda nafas olish qiyinlashuvi sindromining rivojlanishiga to'sqinlik qiluvchi sirt faol moddalar sintezini tezlashtiradi.

Hozirgi vaqtda Yevropa va AQShda oksitotsin tufayli kelib chiqqan bachadon qisqarishini ingibridlaydigan atosiban, neptid oksitotsin analogini o'rganish bo'yicha tadqiqotlar olib borilmoqda. [88,114].

Muddatidan oldin tug'ilish xavfi tug'ilganda prostaglandinlarning sintezini ingibridlovchi moddalar qo'llaniladi. Bularga aspirin, indometasin, naproksen, sulindak kiradi. Afsuski, PG sintez ingibridlari xomila ustida harakat qilishi mumkin, bu esa tokoliz uchun foydalanishni cheklaydi.

Indometazin (1-para - Xlorobenzoyl) -5 – metoksi -2 - metilinol - 3-sirka kislota) tabletkalar va shamlarda buyuriladi, doza kuniga 25 mg ga asta-sekin kamaytiriladi. Davolash kursining davomiyligi 5-9 kun. Umumiy doza 1000 mg dan oshmasligi kerak. [65]. Indometazin indoluksetik kislota hosilasi qatoriga kiradi. Bu eng faol steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilardan biridir. Prostaglandinlarning kuchli biosintez inhibitori aniq analjezik ta'sirga ega. Indometasin prostaglandin-Sintetaz ingibritor bo'lib, prostaglandin ishlab chiqarishni kamaytiradi, bu esa erkin arakidon kislotasini prostaglandinga aylantirishni bloklaydi, bu esa miyometriumning kontraktil faolligini pasaytiradi. Indometazinni qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar oshqozon-ichak kasalliklari, bronxial astma hisoblanadi. Bachadonning kontraktil faoliyatining to'xtashi preparatni qabul qilganidan keyin 2-3 soatdan keyin boshlanadi, bachadon holatini to'liq normallashtirish terapiya boshlanganidan 3-4 kun o'tgach sodir bo'ladi. Indometazindan foydalanish samaradorligi xomiladorlik davriga va serviksin o'zgarishining og'irligiga bog'liq. Qisqartirilgan yoki tekislangan bo'yin bilan indometazin beta-adrenomimetikaga qaraganda kamroq samaralidir. Biroq, u bachadon ohangining oshishi bilan yanada samaralidir. Indometazinning yon ta'siri H-adrenomimetiklarga qaraganda kamroq va bosh og'rig'i, allergik reaksiya, qorin og'rig'i shaklida namoyon bo'lishi mumkin. Xomilaning asoratlari, ayniqsa, 34 haftalik xomiladorlik, past suv, intragastrik qon ketish, nekrotik enterokolit rivojlanishi [68,78,105]. Indometazindan uzoq muddatli

foydalanish kamqonlikka, xomila buyraklardagi kistlarning shakllanishiga olib keladi. Indometazin etkazib berish muddatini 48 soatgacha, shuningdek davolanish boshlanishidan 70 kungacha uzaytirishga imkon beradi. Bundan tashqari, muddatidan oldin tug'ilish va kam vaznli bolalarning ulushini kamaytiradi [65].

Indometazinga yaqin bo'lgan sulindak tokolizda kamroq yon ta'sirga ega. Kuniga bir marta 100 mg 2 tabletkalarda buyuriladi.

Muddatidan oldin tug'ilishda birinchi marta U. Ulmsten va boshq. nifedipin (2,6-dimetil-4-(2'-nitrofenil)-1,4 - dihidropiridin - 3,5 - dikarboksilik kislota dimetil Eter), kaltsiy kanallarini bloklaydigan modda (1,4 - dihidropiridin kaltsiy ionlarining antagonisti) va bachadonning kontraktil faolligini pasaytiradi.

D. Papatsonik va boshq. [84]., muddatidan oldin tug'ilgan 181 ayolda tadqiqot olib borganlaridan so'ng, nifedipin samaraliroq ekanligini va ritodringa qaraganda kamroq yon ta'sir ko'rsatishini aniqladilar. Nifedipinning ta'siri bachadon bilan chegaralanmaydi, tizimli ta'sirga ega, ya'ni koronar va periferik (asosan arterial) tomirlarni kengaytiradi, salbiy inotropik ta'sirga ega, onada gipotenziyaga olib kelishi va uteroplazental qon oqimi, gipoksiya va xomilalik giperkapniya kamayishi mumkin. Yon ta'siri onadan sodir: tez-tez yuz va yuqori tana teri qizarishi kuzatiladi, bosh og'rig'i, ehtimol tufayli arteriovenoznym anastomoz qon oqimining ortishi miya miya tomirlari (asosan kapasitif) va ularning kengaytirish ohangda pasayishi bilan bog'liq, yurak urishi, ko'ngil aynishi, bosh aylanishi, pastki ekstremitalarning shishishi, gipotenziya, uyquchanlik. ushbu alomatlar mo " tadil. Favqulodda Tokoliz: har bir 20-6 soatda 8 mg; agar qon bosimi 80 / 50 mm Hg dan past bo'lmasa, interval 4 soatga qisqartirilishi mumkin. Nifedipin (adalit) ning in'ektsiya shakli 50 ml ampulalarda (5% etil spirti eritmasida 18 mg preparat) chiqariladi. Nifedipin miyasteniya gravis, buyrak etishmovchiligi, gipoglikemiya, o'tkir gepatit va/yoki jigar etishmovchiligida kontrendikedir. Gipotenziya va nafas olish depressiyasiga qadar magniy sulfatining ta'sirini kuchaytirish mumkin.

Toksolitik preparatlar yon ta'sirga ega bo'lishi va yurak urishi, qon bosimining pasayishi (ayniqsa diastolik), S-t segmentining EKG, terlash, titroq, bezovtalik, ko'ngil aynishi, qusish, titroq, bosh og'rig'i, gallyutsinatsiyalar, isitma, meteorizm, kamroq

o'pka shishi. Metabolik namoyon bo'lishi mumkin, shu jumladan giperqlikemiya, giperinsulinemiya, ketoatsidoz.

Subklinik infektsiya va bakterial tashish, xomila qovuq membranalarining yorilishi yoki yo'qligidan qat'i nazar, muddatidan oldin tug'ilishga olib kelishi mumkin. Shunday qilib, antibiotik terapiyasi tavsiya etiladi [45,64,71].

Qo'llaniladigan-keng spektrli antibiotiklar-penitsillin preparatlari.

Bakterial vaginozni davolash muddatidan oldin tug'ilish va membranalarining erta yorilishi chastotasini kamaytirish uchun katta ahamiyatga ega [105,112]. xomilador ayollarda metronidazol va eritromitsinni 7 kunlik og'iz orqali qo'llash orqali erta tug'ilish xavfi bilan ularning chastotasini taxminan 70% ga kamaytiradi. Bakterial vaginozni klindamitsin bilan 7 kun davomida davolashda muddatidan oldin tug'ilish chastotasi 70% ga kamaydi [45,65,80].

7-26 xaftada xomiladorlik davrida muddatidan oldin tug'ilish xavfi bo'lgan ayollarda 33 kun davomida ampitsillin (4 g) va metronidazol (4 mg) ishlatilgan infektsiya belgilari yo'q. Davolash natijasida xomiladorlikni uzaytirish mumkin edi, ammo onalik va neonatal kasallik kamaymadi.

Paraklinik usullar mavjud, ammo ularning samaradorligi isbotlanmagan. Dori dozalarini kamaytirish fizioterapiya, magnezium elektroforez sinusoidal oqim bilan dori-darmonlarni davolash bilan birgalikda amalga oshirilishi mumkin, bu terapiyaning 2-3 kunida abort qilish xavfi klinik ko'rinishlari yo'qolganidan keyin boshlanishi kerak. Muddatidan oldin tug'ilish xavfida qon dori-darmonlardan keng foydalanish kerak.

Muddatidan oldin tug'ilishning taktikasi ularning bosqichiga (tahdid qiluvchi, boshlanayotgan, boshlangan), shuningdek xomiladorlik davriga, ona va xomila holatiga, xomila qovuqning holatiga va serviksin ochilishiga, tug`ruqning mavjudligiga va uning og'irligiga va boshqalarga bog'liq. Vaziyatga qarab, ular konservativ-kutish (xomiladorlikni uzaytirish) yoki faol boshqaruv taktikasiga rioya qilinadi. Erta homiladorlik, konservativ kutish taktikasi xavfli va tug'ilishni boshlash uchun ko'rsatiladi. Bunday holda, davolanish murakkab bo'lishi kerak va bachadonning qo'zg'aluvchanligini kamaytirish va kontraktil faoliyatini bostirishga qaratilgan bo'lishi kerak; xomilaning "hayotiyiligini" va uning "kamolotini" oshirish;

muddatidan oldin tug'ilishga olib keladigan patologik sharoitlarni davolash. Konservativ kutish taktikasi (xomiladorlikning uzayishi) xomiladorlik davrida 36 haftagacha, umumiy xomila pufagi, xomilador ayolning tinch holati, xomilaning tinch holati, xomilaning uzunasiga yoki ko'ndalang holati, muntazam mehnatning yo'qligi, serviksin 2-4 sm gacha ochilishi, xomiladorlikning asoratlari yo'qligi va bachadon infeksiyasi belgilari. Tokolitiklar xomiladorlikning 22 dan 36 haftagacha muddatidan oldin tugatilishi xavfi bilan, shuningdek, agar kerak bo'lsa, kontraktillikni tartibga solish, ochilish va surgun davrida bachadon faoliyati (tez-tez, haddan tashqari kuchli, muvofiqlashtirilgan bachadon qisqarishi, gipertoniya, bachadon tetanusi) uchun buyuriladi.

Abort qilish xavfi bo'lgan tokolitiklardan foydalanish shartlari jonli xomila, butun xomila qovuq (yoki suvning ozgina oqishi va xomila xavfi sindromining oldini olish zarurati), serviksin ochilishi 2-4 sm dan oshmaydi.

Tokolitiklarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar tirotoksikoz, glaukoma, diabet, yurak-qon tomir kasalliklari (aorta og'zining stenoz, kardiopatik taxikardiya, yurak ritmining buzilishi, tug'ma va orttirilgan nuqsonlar, yurak), intrauterin infeksiya yoki shubha, poligidramniya, platsenta previa bilan qon ketishi, normal joylashgan platsentaning erta ajralishi, yurak ritmining buzilishi, xomilaning deformatsiyasi, bachadonda chandiqlarning mumkin emasligi. Agar akusherlik holati yoki terapiyaning samarasizligi tufayli xomiladorlikni uzaytirish mumkin bo'lmasa, tug'ruq paytida serviksin ochilish dinamikasi (partogram), tug'ruq tabiati (KGGNI ro'yxatdan o'tkazish), xomilaning oldingi qismini kiritish va targ'ib qilish, uning holatini diqqat bilan kuzatib borish kerak. Antispazmodik vositalar va ehtiyotkorlik bilan behushlikda keng foydalanish kerak. Tug'ruqning birinchi davrida behush qilishda xomilaning nafas olish markaziga ta'sir qiluvchi morfin, promedoldan foydalanishdan qochish kerak. Analgin, baralgin, elektroanaljeziya, akupunktur, azot oksidi foydalanish tavsiya etiladi. Tug'ruqning ikkinchi davrida pudental behushlik amalga oshiriladi [75,89,106].

Erta yoki muddatidan oldin tug'ilish bilan tug'ruq faoliyatini bostiruvchi vositalar, shu jumladan 3-adrenomimetika, magniy sulfat. Ko'pincha istmik-servikal yetishmovchilik bilan tug'ilish, tez va harakatchan tug'ilish xususiyatiga ega va yangi

tug'ilgan chaqaloqning tuq`ruq paytidagi jarohatga olib kelishi mumkin. Tug`ruq taktikasi istmik-servikal yetishmovchilikning jarrohlik tuzatish xususiyatiga bog'liq. Servikste daireseel yoki bachadon bo`ynining II- shaklidagi tikuvni qo'llash joyida ko'pincha tolali halqa hosil bo'ladi, bu ba'zi hollarda serviksin ochilishiga to'sqinlik qilishi va erta xomila va servikste zarar etkazishi mumkin. Ushbu tug'ruqning oldini olish uchun serviksin ochilishini diqqat bilan kuzatib borish kerak. Serviksin qattiqligi, servikal-vaginal oqmalar paydo bo'lishi yoki xavfi aniqlanganda, antispazmodik vositalardan intensiv foydalanish yoki sezaryen bilan yetkazib berish ko'rsatiladi. Sendy usuli bo'yicha qo'llaniladigan tikuvlarni ko'paytirishda tug'ilish ko'pincha tezdir. Serviksin ochilishini tez-tez nazorat qilish tug`ruqni bostiruvchi vositalarni (p-adrenomimetika, magniy sulfat) o'z vaqtida qo'llash imkonini beradi [89,105,110].

Quvg'in davrida xomilaning umumiy shikastlanishining oldini olish printsiplari perinani himoya qilmasdan va perineal mushaklarning kuchlanishini kamaytirishga yordam beradigan choralarni o'z vaqtida qabul qilishdan iborat.

Yuqori, qattiq, chandiq - o'zgartirilgan perineum bilan primiparous yoki perineal quyidagi tadbirlardan biri ko'rsatiladi: 1) perineal diseksiyon - perineo yoki epizyotomiya; 2) pudental behushlik 0,5% novokain eritmasi bilan har ikki tomondan 50 ml; 3) lidokain aerozol bilan perineumning terisini sug'orish. Perineal shikastlanishlar muddatidan oldin tug'ilishning turli asoratlari orasida juda katta ulushni egallaydi. Shunday qilib, perineal yorilish chastotasi 7% dan 39% gacha o'zgaradi. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, epizyotomiya perinatal kasallik va o'limni yaxshilamaydi. Perineal yorilishlarning sabablari ko'pgina tadqiqotchilar to'qimalarning haddan tashqari cho'zilishi yoki mahalliy surunkali yallig'lanish jarayonlari, chandiq o'zgarishi, infantilizm va boshqalar bilan bog'liq., Amerika akusherlik va ginekologlar jamiyati [74]. tomonidan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda B guruhining stafilokokk infeksiyasini oldini olish uchun 37 haftagacha xomiladorlik davrida 2 g ampitsillin tomir ichiga har 6 soatda etkazib berish tugaguniga qadar yuborish tavsiya etiladi.

Muddatidan oldin tug'ilgan chaqaloqlarning intrakranial qon ketishiga moyilligi tufayli [65]. sezaryenning rivojlanishini oldini olishda rolini o'rgandi. Ular qon ketish

xomila bilan bog'liq emas, degan xulosaga kelishdi, lekin mehnatning faol bosqichi (bachadon bo'yni 5 sm ochilishidan oldin) tufayli kelib chiqdi, bu muddatidan oldin tug'ilgan ayollarning ko'pchiligida tug`ruq boshlanishini tashxislash qiyinligi sababli oldini olish mumkin emas. [78,85]. 1500 g dan kam bo'lgan 2004 ta yangi tug'ilgan chaqaloqni tekshirgandan so'ng, sezaryen o'lim yoki intrakranial qon ketish xavfini kamaytirmasligini aniqladi. D [98,105]. erta xomila bilan sezaryen bilan yetkazib berish miya yarim palsiyasining rivojlanishida himoya rolini o'ynaydi. Uning chastotasi, ma'lumotlariga ko'ra, 1500 gr dan kam bo'lgan xomila bilan magniy sulfatning qo'llanilishini kamaytiradi. Sezaryen ko'pincha bachadonda klassik (ko'ndalang) kesma bilan amalga oshiriladi. Bu, ayniqsa, pastki segment hali shakllanmagan chuqur erta tug`ilishga to'g'ri keladi [65,78,105].

Membranalarning erta yorilishi bilan *erta tug'ilishni ta'minlanishi*. Muddatidan oldin tug'ilishning uchdan bir qismi membranalarning erta yorilishi bilan birlashtiriladi, uning asosiy sababi ko'tarilgan infeksiya. 24-34 haftalik xomiladorlik davrida membranalarning erta yorilishining eng ko'p uchraydigan sabablari amniotik suyuqlikning yashirin infeksiyasi, xorionamnionit, ko'p suyuqlik, poligidramniya, xomilaning tos bo'shlig'i, amniotik membranalarda kollagenning pasayishi.

Muddatidan oldin tug'ilish paytida intrauterin infeksiyani tashxislash juda muhimdir, chunki tug'ruq taktikasi va ona va homila uchun natija ko'p jihatdan bunga bog'liq. Infeksiyaning muhim belgilari-taxikardiya, gipertenziya, onada leykotsitoz, bachadonning ohangini oshirish yoki uning qisqarishi, hidli sekretsiyalarning mavjudligi, C-reaktiv oqsilning ko'payishi. Xomilada taxikardiya, stresssiz va stress holatlarida yurak faoliyatidagi o'zgarishlar, doppler tekshiruvidagi o'zgarishlar, xomila harakatlarning yo'qligi, shu jumladan nafas olishlarda kuzatilishi mumkin.

Intrauterin infeksiyaning eng aniq tashxisi amniosentez va kordosentezda olingan amniotik suyuqlik va xomila qon madaniyatini o'rganish asosida aniqlanadi. Amniotik suyuqlikda infeksiya mavjud bo'lganda, leykotsitlarning ko'payishi, leykotsitlarning esteraza faolligi oshishi, glyukoza konsentratsiyasining pasayishi va Interleukin-6 miqdorining ko'payishi aniqlanadi. Xomilaning qonida infeksiyasida leykotsitoz va neytofiliya qayd etiladi, limfotsitlar, trombotsitlar soni va gemoglobin darajasi normal bo'lib qoladi.

Xomilalik bakteremiya bilan og'rigan bemorlarda spontan tug'ilish membranalar yorilishidan keyin 5 kun ichida sodir bo'ladi, xomilalik qon va amniotik suyuqlikni tekshirishning salbiy natijalari bilan xomilalik qovuq yorilishi va tug'ilish oralig'i 5 oygacha davom etadi. Shu bilan birga, tug'ilgandan keyin kindik ichakchasidagi qon madaniyati ekinlari salbiy. Membranalarning erta yorilishi bilan intrauterin infektsiyani tashxislash uchun homilador ayolning siydigida Interleukin-8 ni aniqlash taklif etiladi; uning qiymati 1000 mg/l dan yuqori bo'lib, jiddiy intraamniyal infektsiyani ko'rsatadi. Interleukin - 8 ko'plab hujayralar, shu jumladan makrofaglar va neytrofillar, dekidual qobiq, amnion va chorion hujayralari tomonidan ishlab chiqariladi. Erta xomiladorlik davrida membranalarning erta yorilishi diagnostikasi ko'pincha katta qiyinchiliklarga olib keladi, chunki bachadon bo'yni tez-tez shakllanadi va xomila qovuqni paypaslash mumkin emas. Qobiqlarning yorilishini tashxislash uchun ko'zgular yordamida bo'yinni tekshirish qo'llaniladi, vaginal tarkibning smear tekshiruvini (nitrazin bilan test, Arborizatsiya alomati, xomilalik teri elementlarini aniqlash) tekshiriladi. Xomila qovuq yorilishiga tashxis qo'yish uchun ultratovush tekshiruvini qo'llaniladi. Xomilador ayollarda xomila qovuq membranalarining yorilishiga tashxis qo'yishning informatsion va tezkor usuli "nitrazin sariq" (Kanada) reagentli tamponli amniotestdir. Amniotik suyuqlik neytral reaksiyaga ega. Vaginaning orqa uchidagi muhitning pH qiymati 6,5 ga teng yoki undan yuqori, amniotik suyuqlikning kirib borishini ko'rsatadi.

Bolalar rivojlanishining uzoq natijalarini o'rganmasdan har qanday tug'ruq muassasasining ishini obyektiv baholash mumkin emas. Shu munosabat bilan akusherlik va neonatologiyaning katamnestic yo'nalishi katta ahamiyatga ega, bu birinchi navbatda akusherlar, neonatologlar, pediatrlar va boshqa mutaxassislarining ishini uzluksizligini ta'minlaydi. Erta bolalik davrida bolalarni kompleks dinamik kuzatish ularning rivojlanishining buzilishining obyektiv sabablarini aniqlashga, xomiladorlik va tug'ilishni optimallashtirishga va shuning uchun perinatal natijalar va uzoq natijalarni yaxshilashga imkon beradi [78,80,95].

Muddatidan oldin tug'ilish natijasida tabiiy rivojlanish jarayonlari buziladi, ayniqsa chaqaloqlar muddatidan oldin tug'ilib, intensiv davolanishga muhtoj bo'lganda. 25 dan 30 haftagacha tug'ilgan ko'plab bolalar katta xavf ostida [78,80,85].

Muddatidan oldin tug'ilish asosiy organlarga (o'pka va miya) zarar yetkazishi yoki neonatal davrda, masalan, zarur intensiv terapiyadan kelib chiqishi mumkin. Bundan tashqari, kam vaznli tug'ilish bolaning rivojlanishiga xalaqit berishi mumkin. 25 dan 40 haftagacha bo'lgan davrda chaqaloqlarning miyasi hali rivojlanmagan, ammo tez rivojlanishda (Huppi va boshq., 2008). Miya rivojlanishining dastlabki bosqichlarida buzilishlar miya o'sishining ushbu davrida shakllana boshlagan, ammo hali ham rivojlanishga muhtoj bo'lgan ba'zi asosiy standart bloklarga zarar yetkazishi mumkin. Ushbu qoidabuzarliklarning oqibatlari katta yoshda namoyon bo'lishi mumkin. Miya falaji, aqliy zaiflik, ko'rlik, karlik yoki ularning kombinatsiyasi kabi jiddiy kasalliklar haqida ko'plab xabarlar mavjud.

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, inson amnioni 5 alohida qatlamdan iborat: epiteliya, bazal membrana, ixcham qatlam, fibroblastlar qatlami va oraliq qatlam. Amniotik epiteliya hujayralari kollagen III va IV turlarini, shuningdek, bazal amnion membranasini shakllantirishda ishtirok etadigan kollagen bo'lmagan glikoproteinlarni (laminil, indogen va fibronektin) chiqaradi. Yilni qatlam biriktiruvchi to'qimadan iborat va bazal membranaga ulanib, amnionning asosiy tolali skeletini hosil qiladi, uning kollageni trofoblast qatlamidagi mezenximal hujayralar tomonidan chiqariladi. Interstitsial kollagen (I va Shtiplar) ustunlik qiladi va amnionning yaxlitligini saqlaydigan parallel qatlamlarni hosil qiladi. V VI kollagen tolalari bazal membrana epiteliyasi bilan birikmalar hosil qiladi. Fibroblastlar qatlami mezenkimal hujayralar va intraekstraselulyar matritsa makrofaglaridan iborat bo'lib, unda kollagen tolalari kollagen bo'lmagan glikoproteinlar orollari bilan bo'sh tarmoq hosil qiladi. Xorion o'rtasida asosan Shtip kollagenidan tashkil topgan nefibrillar to'r tuzilishi bilan ifodalangan oraliq qatlam (shimgich qatlami yoki sponginoz zonasi) yotadi.

QPMOY dagi kollagen konsentratsiyasining pasayishi kollagenazlar, matritsa metalloproteinaz fermentlari (MMP) [2, b. 56] tomonidan yo'q qilinishi natijasida yuzaga kelishi mumkinligi isbotlangan.

Xomila membranalarni gistokimyoviy tekshirishda bir qator mualliflar ularda matritsa metalloproteinaza (MMP) to'qima ingibitorlarini topdilar, ular MMP bilan kovalent birikma orqali fermentativ faolligini zaiflashtiradi va bu kollagenin yo'q qilinishiga to'sqinlik qiladi, bu esa pilarni oldini oladi [59, b.1].

Fibronektin (FN) – bu plazmadagi eriydigan shaklda (plazma FN) va erimaydigan shaklda [151, b.154] topilgan yuqori molekulyar glikoproteid.

Plazma fibronektin (PFN) opsonizatsiya qiluvchi moddalardan biridir, buning natijasida u asosan fagotsitik faollikni normal ravishda tartibga soladi va yallig'lanish jarayonida bu jarayonni rag'batlantiradi. Bugungi kunga kelib, PFN makrofaj tizimi orqali fagotsitoz mahsulotlarini (to'qima detritining zarralari, viruslar va bakteriyalarning endotoksinlari), shuningdek, immunitet komplekslarini bog'lashi va yo'q qilishi mumkinligi yaxshi ma'lum va u yallig'lanishning o'tkir bosqichi uchun marker vazifasini bajaradi.

PFN darajasining pasayishi kuzatiladi: gepatit, sepsis, jismoniy shikastlanish, operatsiyadan keyingi davrda. PFN kontsentratsiyasi ortadi: murakkab homiladorlik davrida (og'ir preeklampsi, preeklampsi), qon tomir endotelial kasalliklari, yallig'lanish, malign o'smalar rivojlanishi va ularning metastazlari.

Fibronektin proteoglikanlar, kollagenlar, fibrin, gialuron kislotasi, plazma membranalarining uglevodlarini bog'lashi mumkin. FN stafilokokklar uchun bog'lovchi joylarga ega. Staphylococcus aureus fibronektin va fibrinogen kabi oqsillarga mahkam yopishadi. Bundan farqli o'laroq, epidermal stafilokokklar faqat fibronektinga birikadi. Uning tuzilishi tufayli FN hujayralararo moddani tashkil etishda integratsiya rolini bajarishi, shuningdek, hujayra adezyoniga hissa qo'shishi mumkin. FNning eruvchan va erimaydigan shakli turli jarayonlarda ishtirok etadi: epiteliya hujayralarining yopishishi va tarqalishiga yordam beradi, embrion va o'simta hujayralarining tarqalishi va migratsiyasini rag'batlantiradi, hujayra sitoskeletonini farqlash va saqlashni nazorat qiladi, gemostaz mexanizmlarida muhim rol o'ynaydi, yallig'lanish va reparativ jarayonlarda faol ishtirok etadi.

FN tanadagi turli xil funktsiyalarni bajarganligi sababli, uning plazma darajasi yosh, jins, travma, zarba, yallig'lanish, turli dori-darmonlarni qabul qilish, malign shishlarning mavjudligi va boshqalar kabi ko'plab omillar ta'sirida bo'ladi.

Fibronektin yallig'lanishning o'tkir bosqichidagi oqsil ekanligi ma'lum. Yallig'lanish jarayonining o'tkir davrida FN viruslarni, Endo va ekzogen patologik mikropartikullarni yo'q qilish va zararsizlantirishda, turli xil ob'ektlar, subkellular

tuzilmalar va hujayralar fagotsitozini rag'batlantirishda, immunitetga javob berishda ishtirok etishga qodir.

Perinatal natijalarni yaxshilash istagi, xomiladorlikning asoratlari rivojlanishi sharoitida, xomiladorlikning patologik kechishining qo'shimcha erta informatsion biomarkerlarini izlash, erta oldini olish va davolash tamoyillarini ishlab chiqish uchun sabab bo'ldi.

Xomila membranalar metabolik faol to'qima bo'lib, amniotik epiteliya, bazal membrana, biriktiruvchi to'qima, xorion va dekidual membranadan iborat. Mikroskopik tarzda amnion 5 qatlamdan iborat: epiteliya, bazal membrana, ixcham qatlam, fibroblastlar, spongyoz qatlam. Birlashtiruvchi to'qima I va III turdagi kollagenlardan qurilgan bo'lib, ular membranalarning mustahkamligini ta'minlaydi. Bazal membrana epiteliya ostida tor eozinofil hujayrali massa shaklida joylashgan; yilni qatlam hujayradan mahrum bo'lgan bir hil massa bilan ifodalanadi (amniotik membrananing kuchini ko'rsatadi). Fibroblastlar qatlami kollagen va retikulyar tolalar va hujayralararo moddalarning zich tarmog'ida joylashgan. Amnionning spongyoz qatlami biriktiruvchi to'qima tolalari va hujayralararo modda orqali silliq xorion bilan bog'langan. Silliq xorionada to'rtta qatlam ajralib turadi: hujayra; retikulyar, fibroblastlar va trofoblast qatlami [80,136] tomonidan hosil qilingan psevdobazal membranani o'z ichiga oladi. Tug'ilgandan so'ng darhol o'tkazilgan membranalarning mikroskopik tekshiruvlari amnion yorilishi bilan bog'liq tarkibiy o'zgarishlarni, shuningdek, kollagen miqdorini kamaytirishni aniqladi.

Bob bo'yicha xulosalar

Shunday qilib, ko'plab tadqiqotlarga ko'ra, muddatidan oldin tug'ilish paytida polipragmiya paydo bo'ladi va tashxis qo'yish va davolashning aniq parametrlari yo'q.

Shu munosabat bilan, mavjud va ob'ektiv ko'rsatkichlarga asoslangan PIOV va MOT xavfini aniqroq prognozlash dolzarb masala bo'lib qolmoqda. Yuqorida aytilganlarning barchasi ushbu ilmiy tadqiqotning zaruriyati va dolzarbligini belgilaydi.

2-BOB. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

2.1. Xomilador ayollarning klinik xususiyatlari

Ish Samarqand Davlat Tibbiyot Institutining 1-sonli klinikasida, 1-son Akusherlik va Ginekologiya Kafedrasida va 2020-2022 yillarda xomilador ayollar patologiyasi bo'limida Samarqand Viloyati Perinatal Markazida amalga oshirildi.

Xomilador ayollar davolanib, tadqiqotga kiritilgan. Klinik va laboratoriya tekshiruvidan olingan ma'lumotlarga, tashxis qo'yilgan va tadqiqotlarga kiritilgan ishlab chiqilgan mezonlarga muvofiq.

Kiritish mezonlari quyidagilar edi:

1. 30-34 haftalik xomilador ayollar;
2. Xomilador ayollarning yoshi 18 yoshdan 36 yoshgacha;
3. Tadqiqotda ishtirok etishga rozilik berildi;
4. Tibbiy abort tarixi (1 yoki undan ko'p abort tarixi);
5. Muddatidan oldin tug'ilgan ayollar tarixi;
6. Amniotik suyuqlikning erta oqishi tarixi bo'lgan ayollar;
7. Yengil ekstragenital patologiya.

Istisno mezonlari:

1. Xomiladorlik davri 30 haftadan kam;
2. Bachadon va tuxumdonlarning anomaliyalari va o'smalari;
3. Istmiko bachadon etishmovchiligi;
4. Ko'p xomiladorlik;

5. Murakkab preeklampsiya;
6. Dekompensatsiyalangan platsenta etishmovchiligi;
7. Xomilaning tug'ma nuqsonlari;
8. Qattiq somatik patologiya.

Uslubiy yondashuvga ko'ra, istiqbolli tadqiqot jarayonida biz muddatidan oldin tug'ilgan 72 ayolni tekshirdik. Ulardan 20 ayollar xomiladorlikda kuzatilmadi va muddatidan oldin tug'ilish bilan boshlandi. Yuqoridagi tasnifga muvofiq ayollar 3 guruhga bo'lingan. 1 guruh - (p=7); 2 guruh - (p=18) va 3 guruh - (p=47).

MOT ni aniqlashda xomilador ayollar ko'pincha quyidagi shikoyatlarni qayd etdilar: tez-tez stress, yomon odatlar, kasbiy xavflar, 18 yoshdan 37 yoshgacha, abort qilish, erta preeklampsiya tarixi, preeklampsiya tarixi, kam suv, poligidramniya tarixi eklampsiya, qisqa vaqt ichida QPMOY tarixi va ekstragenital kasalliklar (EGK). Ushbu o'rganilgan xavf omillarini hisobga olgan holda, tug'ruq tarixida mavjud bo'lgan xomilador ayollarning barcha ma'lumotlarini o'z ichiga olgan matritsa tuzildi.

Qishloq aholisi har beshinchi, shahar har ikkinchi edi. Atrof-muhitning ijtimoiy ahvoriga ko'ra, talabalar (28%), ishlaydigan (26%) va yarmidan ko'pi (46%) uy bekalari bor edi.

Muddatidan oldin tug'ilgan xomilador ayollar orasida umumiy va maxsus (ginekologik) anamnez diqqat bilan o'rganildi: somatik va ginekologik kasalliklar, hayz ko'rish funksiyasining xususiyatlari, oldingi xomiladorlik va tug'ilish. Xomilaning ultratovush biometriyasi va platsentometriya bilan xomiladorlik davrini tekshirish. Allergiya tarixi, qon turi va bemorlarning rezus bog'liqligi ko'rib chiqish.

Istiqbolli tadqiqotda biz 22 dan 36 haftagacha xomiladorlik davrida tug'ilishning konservativ kutish taktikasidan foydalanganmiz. Ma'lumki, tokoliz uchun eng keng tarqalgan dorilar P-mimetika, magnesiya sulfat, kaltsiy kanal blokerlari.

Tadqiqotlarning umumiy soni

Jadval 2.1

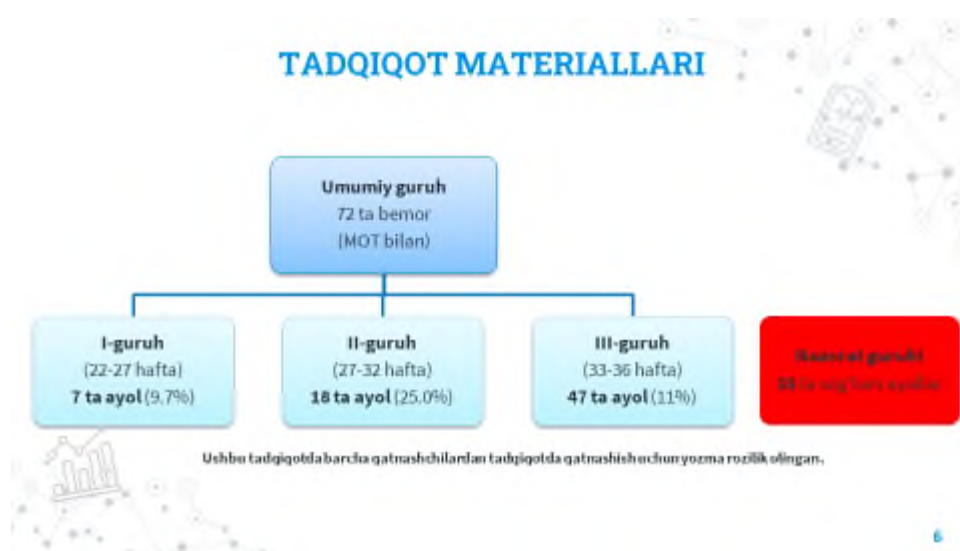
Tadqiqotlar	N
<i>Istiqbolli:</i>	72
1 gr 22-27 hafta	7
2gr 27-32 hafta	18
3gr 33-36 hafta	47

Ilmiy tadqiqotda ishtirok etishda, yozma rozilik olish uchun barcha xomilador ayollar tadqiqotning maqsadi va usullari bilan tanishdilar. Tadqiqotga kiritilgan barcha xomilador ayollar standart tekshiruvlar to'plamini o'tkazdilar. Ish davomida umumiy klinik va maxsus tadqiqot usullari qo'llanildi: laboratoriya, instrumental.

2.1 Rasm



2.2 Rasm



Maxsus tahlilda, umumiy klinik tekshiruv natijalari: umumiy qon tekshiruvi, qon ivish tizimining holati, biokimyoviy qon tekshiruvi va jigar testlari, umumiy siydik tahlili, Nechiporenko bo'yicha siydik tahlili, vaginal florani bakterial tekshirish. Tekshiruv va davolanish jarayonida fibronektin testiga alohida e'tibor berildi.

Ultratovush tekshiruvi yordamida bachadon bo'yni holati (uzunligi va kengligi), shuningdek bachadon bo'yni o'zgarishi dinamikasi: uzunligi va kengligi, yo'ldoshning holati va uning qon aylanishi baholanadi. Bundan tashqari, yo'ldoshning qalinligi, yetuklik darajasi, joylashishi va tuzilishi, amniotik suyuqlikning mavjudligi hisobga olingan.

Profilaktika maqsadida xomilador ayollarga akusherlik Pessari kiritildi. Pessarni kiritishdan oldin bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi yordamida tekshirilib, bachadon bo'yni uzunligini o'lchash natijalari hujjatlashtirilib, bachadon bo'yni kanalining huni shaklidagi kengayishini baholandi. Amaliy nuqtai nazardan, pessarni o'rnatishdan oldin, qin va bachadon bo'yni smearlarini olish va ijobiy natijalar bo'lsa, pessarisiz bemorlar uchun mahalliy protokollarga muvofiq davolanish tavsiya etiladi. Qoida tariqasida, behushlik yoki pessari o'rnatilishidan oldin smear tekshiruvi natijalarini kutish kerak emas. Akusherlik pessari antibakterial krem, gel yoki suyuqlik bilan qoplangan, bu esa oson o'rnatish uchun moylash imkonini beradi. Keyin pessari bosh barmoqlar orasiga siqiladi va qolgan barmoqlar bilan uzunlamasiga vaginaga kiritiladi. Vaginada pessari to'g'rilanadi, shunda uning ichki halqasi bachadon bo'yni tomon yo'naltiriladi. Pessariumning proksimal qismi yuqori tonozga ehtiyotkorlik bilan bosiladi, shunda u bachadon bo'yni to'liq qoplaydi, so'ngra pessarning old qismi sakrum sohasiga ozgina bosiladi. Bemorga pessari kiritilgandan keyin uning sezuvchanligini aniqlash uchun turish va bir necha qadam yurishni so'rash tavsiya etiladi-ayol o'rnatilgan pessarni his qilmasligi kerak. Ba'zi bemorlar hatto bosim hissi kamayganligi haqida xabar berishadi. Agar bemor noqulaylikdan shikoyat qilsa, pessarning o'lchamini yoki holatini o'zgartirish kerak. Keyin bachadon bo'yni proksimal ichki halqada to'liq ekanligiga ishonch hosil qilish uchun yana klinik va bemor tekshiruvi o'tkaziladi. Xuddi shu maqsadda ba'zi bemorlarga ko'zgularda tekshiruv ko'rsatilishi mumkin. Bachadon bo'yni to'liq voronka shaklida kengaygan bemorlarda, iloji bo'lsa, ko'p miqdordagi vaginal tekshiruvlardan qochish kerak. Odatda pessari xomiladorlik paytida taxminan 37 hafta davomida olib tashlanadi. Olib tashlashdan oldin, bachadon bo'yni pessari gumbazining ichki halqasidan orqaga surilganligiga ishonch hosil qilish yaxshidir. Agar bo'yin shishishi belgilari bo'lsa, ayolga olib tashlash og'riqli bo'lishi mumkinligi haqida xabar berish kerak.

Pessarni olib tashlash va qayta o'rnatish uchun bir nechta ko'rsatmalar mavjud. Agar ayol noqulaylik yoki ozgina qon ketishidan shikoyat qilsa, eroziya yoki ko'z yoshlarini istisno qilish uchun ko'zgularda tekshiruv o'tkazish yoki hatto bachadon bo'yni smearini olish tavsiya etiladi. Bunday holda, pessarni olib tashlash, uni oqadigan suvda yuvish va shubhali narsa topilmasa, uni yana kiritish tavsiya etiladi. Pessari har doim tug'ruq boshlanishining belgilari bilan olib tashlanishi kerak, uni tug'ish yoki sezaryen o'tkaziladigan ayollarda olib tashlashni unutmash kerak.

Umumiy klinik tadqiqot usullari: tadqiqotga kiritilgan barcha bemorlarda somatik va akusherlik-ginekologik tarix ma'lumotlari tahlil qilindi. Oldingi yuqumli va yallig'lanish kasalliklariga, gravidargacha tayyorgarlikning o'tkazilishiga yoki yo'qligiga, oldingi xomiladorlikning borishi va natijalariga alohida e'tibor berildi. Rivojlanmagan xomiladorlik, o'z-o'zidan tushish, muddatidan oldin tug'ilish, amniotik suyuqlikning erta oqishi va polihidramnioz tarixi hisobga olingan. Obyektiv tekshiruv, umumiy tekshiruvni o'z ichiga olgan bo'lib, unda yurak-qon tomir, nafas olish, asab, ovqat hazm qilish va siydik chiqarish tizimlarining holati baholandi.

Tashqi akusherlik tadqiqotida xomilaning holati, taqdimoti, uning motor faolligining tabiati aniqlandi, xomilaning yurak urishi, bachadonning ohangi, uning devorlarining kuchlanish darajasi va bachadon hajmining xomiladorlik davriga muvofiqligi aniqlandi. Ginekologik tekshiruv paytida ular oqindi tabiatiga, terida va labiyaning shilliq qavatida, perineumda, qinda toshmalar yoki papillomalarning mavjudligiga, bachadon bo'yni patologiyasining mavjudligiga e'tibor berildi, bachadon bo'yni uzunligi, tutarliligi, inguinal limfa tugunlarining holati baholandi. Barcha bemorlarga qo'shimcha ravishda bir qator standart tadqiqotlar o'tkazildi: qon guruhi va RH omilini aniqlash, klinik va biokimyoviy qon testlari, gemostaziogramma, siydikni umumiy tahlil qilish, flora uchun vaginal smear va bachadon bo'yni kanalini tahlil qilish kabi. Siydik chiqarish tizimining yallig'lanish kasalliklarini tekshirish rejasiga qo'shimcha ravishda Nechiporenko uchun siydik tahlili, Zimnitskiy va Reberg namunalari, siydik va qin tarkibini bakteriologik tekshirish, buyrak ultratovush tekshiruvi kiritilgan.

Laboratoriya tekshiruvi parametrlarni aniqlashni o'z ichiga olgan SamMU klinikasi tomonidan o'tkazilgan.

Xomilalik fibronektin testi: Barcha tekshirilgan ayollar olib borilgan muloqot va ma'lumot mazmuni tushuntirilganidan so'ng, fibronektin testini o'tkazildi. Ushbu test sinov sohasidagi rang o'zgarishini vizual baholash orqali vaginal sekretsiyadagi ffn darajasini aniqlash uchun mo'ljallangan. Sinov zonasida (T) membrana yuzasida anti-ffn antikorlari immobilizatsiya qilingan. Agar namunada yetarli miqdordagi ffn bo'lsa, unda T zonasida chiziq paydo bo'ladi. Bo'yalgan chiziqning mavjudligi ijobiy natijani, yo'qligi esa mos ravishda salbiyini ko'rsatadi. Nazorat zonasida (C) chiziqning mavjudligi testning ishlash ko'rsatkichi bo'lib xizmat qiladi.

Funksional tadqiqot usullari:

Ultratovush tekshiruvi. Ultratovush tekshiruvi (servikometriya) yordamida bachadon bo'yni holati, shuningdek bachadon bo'yni o'zgarishi dinamikasi: uzunligi va kengligi, yo'ldoshning holati va uning qon aylanishi baholanadi. Bundan tashqari, yo'ldoshning qalinligi, yetuklik darajasi, joylashishi va tuzilishi, amniotik suyuqlikning mavjudligi hisobga olingan. Tadqiqotlar "Aloka 500" (Yaponiya), "Mindray" (Xitoy) apparati yordamida amalga oshirildi. Istiqbolli tadqiqotda qabul paytida shikoyatlar, muddatidan oldin tug'ilish va QPMOY sabab bo'lgan sabablar, tug'ilish kanalining holati va qo'shma kasalliklar tahlil qilindi. Buyrak va jigar kasalliklarida buyrak-jigar tizimining hajmi, tuzilishi va holatini, kaltsiyning mavjudligini, shuningdek jigar tuzilishini va boshqalarni nazorat qilish uchun qo'shimcha ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

Profilaktika maqsadida xomilador ayollarga akusherlik Pessari kiritildi.

QPMOY oldini olish uchun xomilador ayollar S. J. Bayramovning modifikatsiyasida akusherlik Pessariyasini o'rnatish tartibini amalga oshirdilar (FAP patenti 2017 yil 14 martdagi 01226-son). Pessar kiritilishidan oldin bachadon bo'yni skriningi o'tkaziladi, bachadon bo'yni uzunligini o'lchash natijalari qo'shilishdan oldin va keyin dinamikani aniqlash uchun ishlatiladi. Pessarni o'rnatishdan oldin, ijobiy patologik natijalar bo'lsa, vaginal mikroskopni o'tkazish tavsiya etiladi, davolash mahalliy protokollarga muvofiq sanitariya yo'li bilan amalga oshirildi. Akusherlik

pessari antibakterial krem, gel yoki suyuqlik bilan qoplangan, bu esa oson o'rnatish uchun moylash imkonini beradi. Keyin pessari bosh barmoqlar orasiga siqiladi va qolgan barmoqlar bilan uzunlamasiga vaginaga kiritiladi. Vaginada pessari to'g'rilanadi, shunda uning ichki halqasi bachadon bo'yni tomon yo'naltiriladi. Pessariumning proksimal qismi yuqori tonozga ehtiyotkorlik bilan bosiladi, shunda u bachadon bo'yni to'liq qoplaydi, so'ngra pessarning old qismi sakrum sohasiga ozgina bosiladi. Bemorga pessar kiritilgandan keyin sezuvchanlikni aniqlash uchun turish va bir necha qadam yurishni so'rash tavsiya etiladi-ayol o'rnatilgan pessarni his qilmasligi kerak. Ba'zi bemorlar hatto bosim hissi kamayganligi haqida xabar berishadi. Agar bemor noqulaylikdan shikoyat qilsa, pessarning o'lchamini yoki holatini o'zgartirish kerak. Keyin bachadon bo'yni proksimal ichki halqada to'liq ekanligiga ishonch hosil qilish uchun yana klinik va bemor tekshiruvi o'tkaziladi. Xuddi shu maqsadda ba'zi bemorlarga ko'zgularda tekshiruv ko'rsatilishi mumkin. Olib tashlashdan oldin, bachadon bo'yni pessar gumbazining ichki halqasidan orqaga surilganligiga ishonch hosil qilish yaxshidir. Agar bo'yin shishishi belgilari bo'lsa, ayolga olib tashlash og'riqli bo'lishi mumkinligi haqida xabar berish kerak.

Pessarni olib tashlash va qayta o'rnatish uchun bir nechta ko'rsatmalar mavjud. Agar ayol noqulaylik yoki ozgina qon ketishidan shikoyat qilsa, eroziya yoki ko'z yoshlarini istisno qilish uchun ko'zgularda tekshiruv o'tkazish yoki hatto bachadon bo'yni smearini olish tavsiya etiladi. Bunday holda, pessarni olib tashlash, uni oqadigan suvda yuvish va shubhali narsa topilmasa, uni yana kiritish tavsiya etiladi. Pessari har doim tug'ruq boshlanishining belgilari bilan olib tashlanishi kerak, uni tug'ish yoki sezaryen otkaziladigan ayollarda olib tashlashni unutmash kerak.

2.2. Statistika ishlov berish usullari.

Olingan natijalarni statistik qayta ishlash Pentium-IV shaxsiy kompyuterida MicrosoftOfficeExcel-2012 dasturiy ta'minot to'plami, shu jumladan o'rnatilgan statistik ishlov berish funktsiyalaridan foydalangan holda amalga oshirildi.

Variatsion parametrik va parametrik bo'lmagan statistika usullari o'rganilayotgan indikatorning o'rtacha arifmetikasini hisoblash bilan ishlatilgan (M), o'rtacha kvadratik og'ish (σ), standart o'rtacha xato (m), nisbiy qiymatlar (chastota,%),

o'rtacha qiymatlarni taqqoslashda olingan o'lchovlarning statistik aniqligi (t) mezon bilan xato ehtimolini hisoblash bilan aniqlandi (P) taqsimotning normalligini (kurtoz mezoniga muvofiq) va umumiy dispresiyalarning tengligini tekshirishda (Fisherning F – mezon). Statistik muhim o'zgarishlar uchun $P < 0,05$ ishonchlilik darajasi qabul qilindi.

Sifat miqdorlari uchun statistik ahamiyat yordamida hisoblab chiqilgan X^2 mezon (xi-kvadrat) va z-mezon [34, 448 b.] quyidagi formula bo'yicha:

$$z = (p_1 - p_2) \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{p(1-p) \cdot (n_1 + n_2)}} \quad (2.5),$$

bu yerda $p_1 = \mu_1/n_1$ va $p_2 = \mu_2/n_2$ – taqqoslangan eksperimental chastotalar,

$p = (\mu_1 + \mu_2)/(n_1 + n_2)$ – ikkala guruhda ham belgining paydo bo'lishining o'rtacha chastotasi [34, 448 b.].

Sinovlarning prognostik ahamiyatini aniqlash uchun – salbiy natijaning sezgirligi, o'ziga xosligi, aniqligi, prognostik qiymati, testning ijobiy va salbiy natijalari uchun rostgo'ylik munosabatlari aniqlanadi [126, b. 168; 180, b. 352].

Quyidagi natijalar variantlari bo'lishi mumkin:

- ushbu kasallik mavjud bo'lgan bemorlarda "ijobiy" - haqiqiy ijobiy holatlar – PI)
- kasalliksiz bemorlarda "salbiy" - haqiqiy salbiy holatlar (IO).
- kasalligi bo'lmagan bemorlarda "ijobiy" - noto'g'ri ijobiy holatlar – LO) - gipodiagnostik xatolar yoki "o'tkazib yuborish"

Aniqlik (accuracy) – olingan natijalarning umumiy sonidagi to'g'ri test natijalarining ulushi (haqiqiy ijobiy va haqiqiy salbiy).

$$T = \frac{\text{ИП+ОП}}{\text{Количествоисследования}} \quad (2.6)$$

Natijalarni baholash

Diagnostik test natijalari	Tekshirish usuli	
	Kasallik bor	Kasallik yo'q
Ijobiy	IP(a)	LP(b)
Salbiy	LO(c)	IO(d)

Ijobiy natijaning prognostik qiymati (prevalue, Pv) - bu testning ijobiy natijasi bilan kasallik ehtimoli

$$Pv+ = \frac{a}{a+b} = \frac{III}{III+II} \quad (2.9)$$

Salbiy natijaning bashoratli qiymati - ehtimol testning salbiy natijasi bilan kasallikning yetishmasligi.

3-BOB. SHAXSIY TADQIQOTLAR NATIJALARI VA ULARNING MUHOKAMASI

3.1. Xomilador ayollarning funksional holatini baholash.

Muddatidan oldin tug'ilishni boshqarishda optimallashtirishni aniqlash uchun nazoratimiz ostida 28-34 haftalik xomiladorlik davridagi 72 nafar ayol bor edi, ularning xomiladorligi muddatidan oldin tug'ilish bilan murakkablashdi. Barcha xomilador ayollar bizning nazoratimiz ostida bo'lganlar 2020-y.dan 2022-y.gacha bo'lgan davrda Samarqand shahar perinatal markazidagi xomiladorlik patologiyasi bo'limiga, shuningdek, 3 - sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasining klinik baza bo'limiga yotqizilgan.. Ayollar 3 guruhga bo'lingan: 1-guruhga (p=7) xomiladorlikning 30-34 haftaligida xomiladorlik davri bo'lgan, muddatidan tug'ilish ehtimoli past bo'lgan va membranalarning muddatidan oldin oqishi bo'lgan ayollar teng edi; 2-guruh - (p=18) o'rtacha, rivojlanish ehtimoli PR va 3-guruh - (p=47) yuqori xavf bilan.

3.1 Jadval

Tekshirilgan ayollarning ijtimoiy holati.

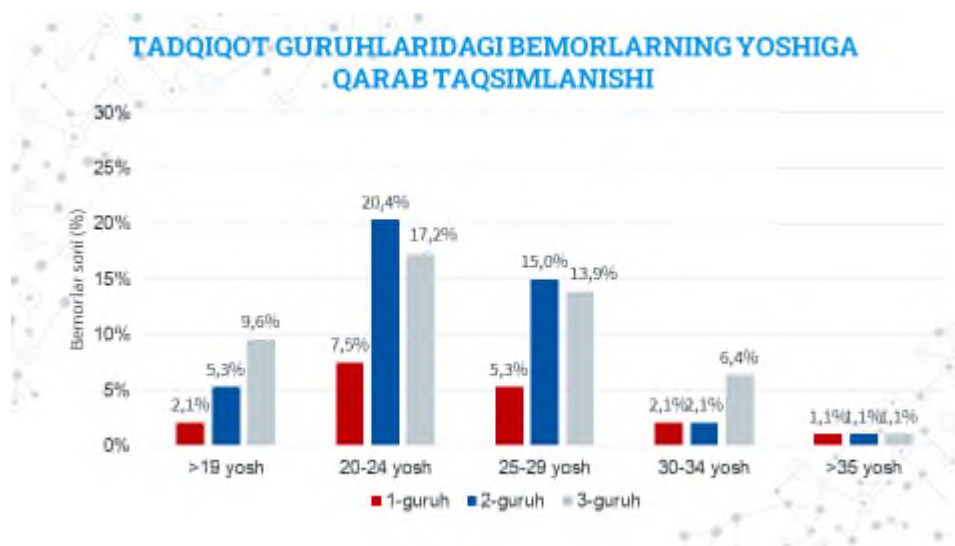
Yosh	I guruh R.E.P PR и PIOV (n=7)		II guruh R.E.O'. PR и PIOV (n=18)		III guruh R.E.Y PR и PIOV (n=47)	
	abc.	%	abc.	%	abc.	%

19 yoshgacha	2	2,1	5	5,3	9	9,6
20-24 yosh	7	7,5	19	20,4	16	17,20
25-29 yosh	5	5,3	4	15,0	13	13,9
30-34 yosh	2	2,1	2	2,1	6	6,4
35 yoshdan yuqori	1	1,07	1	1,07	1	1,07
Ijtimoiy holat						
Uy bekalari	12	12,9	9	9,6	18	19,3
Xodimlar	8	8,6	14	15,0	15	16,1
Talabalar	7	7,5	1	1,07	9	9,6

Ayol larning yoshi 19 yosh dan 37 yosh gacha a

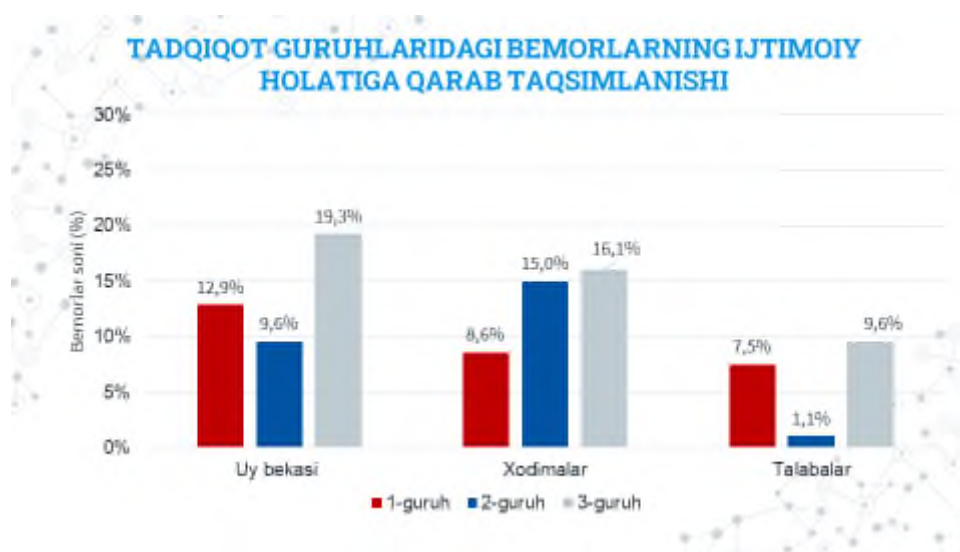
bo'lgan. Muddatidan oldin tug'ilishning boshlanishidagi eng yosh yosh 18, undan keyingi yosh esa 38, o'rtacha 27+2,9. Asosiy guruh barcha guruhlarda 25 yoshdan 32 yoshgacha bo'lgan reproduktiv yoshdagi har ikkinchi ayoldan iborat edi. Yuqori xavf ostida bo'lgan har uchinchi ayol 28-35 yoshda edi.

3.1 Rasm



Barcha 3-guruhdagi ayollar asosan o'zbek. Qishloq aholisi - 37 (28,9%); shahar - 91 (71,1 %). Ijtimoiy mavqega ko'ra, tekshirilganlardan: talabalar - 18,17 %, ish bilan ta'minlanganlar - 40,3%, uy bekalari - 41,8%.

3.2 Rasm



Menarxning boshlanishi 10 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan, o'rtacha tekshirilganlarning butun guruhi uchun $13,1 \pm 0,3$ yil. Dastlabki menarxlar (11 yoshgacha) 4 ayolda va kech bo'lganlar - 8 ayolda 16 yoshdan oshgan. Reproktiv yoshdagi 7 ta holatda (9,6%) tekshirilgan ayollarning umumiy guruhiga ko'ra, hayz ko'rish funksiyasining buzilishi (oligomenoreya, algomenoreya) I guruhda 1 ayolda (5,8%), II guruhda 2 ayolda (6,4%) va III guruhda 4 x ayollar (8,8%).

Ginekologik kasalliklar orasida bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanishi 6 ayolda (6,4%), 2 ayolda (11,7%) -I guruhda, 3 ayolda (9,6%) -II gida va bitta ayolda (2,2%) - III 7 (7,5) ayollarda bachadon bo'yni eroziyasi bo'lgan (II guruhda 2 ayolda (6,4%) va III guruhda 5 ayolda (11,1%), bachadon miomasi tashxis qo'yilgan, 6 ayolda haqiqiy xomiladorlikdan oldin (6,4%) I guruhda 2 ayolda (11,7%), II guruhda 2 ayolda (6,4%) va III guruhda 2 ayolda (4,44%).

Qabul paytida anamnezni yig'ishda homilador OPBda biz xavf omillarini aniqlash uchun tuzilgan jadvaldan foydalandik.

3.2 Jadval

Umumiy ma'lumotlarni to'plash orqali

MOT rivojlanish xavfini baholash jadvali (n =72).

Xavf omillari	Qayd etilgan	%	Qayd etilmagan	%
Stress	36	38,7	57	61,2
Zararli odatlar	24	25,8	69	74,1
Kasbiy zarar	28	30,1	65	69,8
Yosh 18-gacha va 30-keyin	12	12,9	81	87,0
Allergik fon	23	24,7	70	75,2
Stomatit	12	12,9	81	87,0
Antibiotiklardan foydalanish	25	26,8	68	73,1

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, stress 38,7%, yomon odatlar 25,8% gacha, kasbiy zarar 30,1%, allergik fon 24,7%, stomatit 12,9%, antibiotiklardan foydalanish 26,8% ni tashkil etdi. Yuqoridagi fon ham QPMOY va boshqalarga olib kelishi mumkin deb taxmin qilish mumkin.

So'rov matritsasiga ko'ra, asosiy guruhda akusherlik tarixi ham o'rganilgan.

Jadval 3.3

Akusherlik tarixini to'plash orqali

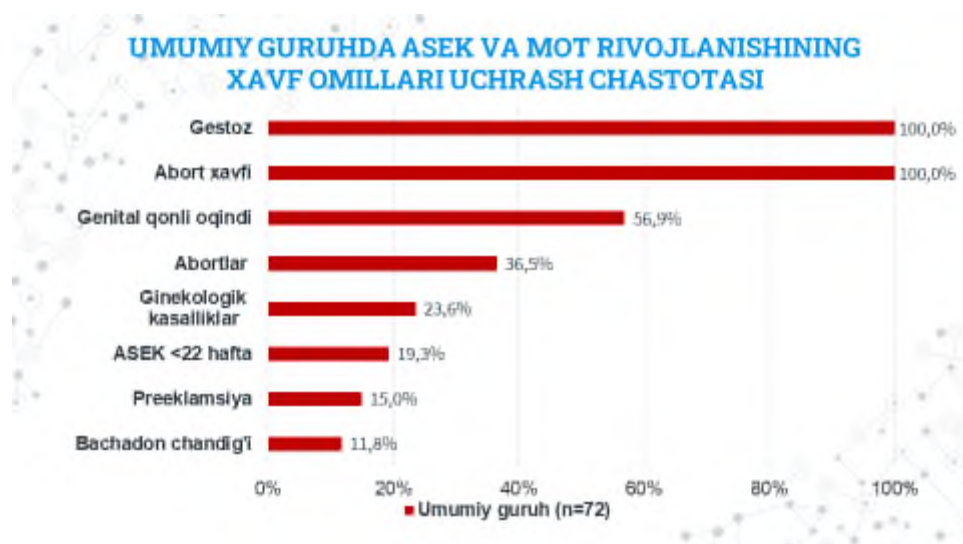
QPMOY va MOT rivojlanish xavfini baholash jadvali (n=72).

Xavf omillari	Qayd etilgan	%	Qayd etilmagan	%
Abortlar	34	36,5	59	63,4
Ginekologik kasalliklar	22	23,6	71	79,5
Genital traktdan qonli oqindi	53	56,9	40	43,0

I trimestrda				
II trimestrda	53	56,9		
III trimestrda	23	24,7		
	9	9,6		
Abort qilish xavfi	93	100	-	-
I trimestrda	93	100	-	-
II trimestrda	39	41,9	54	58,0
III trimestrda	9	9,6	84	90,3
Xomiladorlik paytida gestoz	93	100	-	-
I trimestrda	93	100	-	-
II trimestrda	41	44,0	52	55,9
Preeklampsi	14	15,0	79	84,9
Yengil daraja	9	9,6		
Og'ir daraja	5	5,3		
Eklampsi	1	1,07	92	98,9
ASEK 22 haftagacha	18	19,3	75	80,6
ASEK 36 haftagacha	7	7,5	86	92,4
O'tkir HPP ajralishi	2	2,1	91	97,8
Bachadondagi chandiq	11	11,8	82	88,1

Anamnezni o'rganish va aniqlash jadvalidan ko'rinib turibdiki, QPMOY va boshqalarni aniqlash va aniqlash uchun juda kam ma'lumot mavjud. Eng yuqori ko'rsatkichlar 100% abort va gestoz, 36,5% abort, ginekologik kasalliklar 23,6%, dog'lar 56,9%, preeklampsi 15,0%, eklampsi 1,07%, QPMOY 22 haftagacha 19,3%, 36 haftagacha QPMOY 7,5%, HPP 2,1%, bachadon chandig'i 11,8%.

3.3 Rasm



3.4 Jadval

Ekstragenital patologiyani aniqlash orqali

PIF va boshqalarni rivojlanish xavfini baholash jadvali (n = 72).

Xavf omillari	Qayd etilgan		Qayd etilmagan	
		%		%
SS kasalliklari	6	6,4	87	93,5
Gipertenziv kasalliklar	13	13,9	80	86,0
- Gist gipertenziya	7	7,5		
- Xron gipertenziya	6	6,45		
Buyrak kasalliklari	15	16,2	78	83,8
- Piyelonefrit mehmoni	11	11,8		
- Xron pielonefrit	4	4,3		
Nafas olish yo'llari kasalliklari	11	11,8	82	88,1

Jigar patologiyasi	20	21,5	73	78,4
- gepatit B, C	2	2,1		
- xoletsistit	13	13,9		
- gepatoz	5	5,3		
Anemiya	56	60,2	37	39,7
- engil daraja	37	39,7		
- qattiq daraja	9	9,6		
Metabolik kasalliklar	24	25,8	69	74,1
- I daraja-II степени	14	15,0		
	10	10,5		
RH manfiy immunoglobulin uchun qon	2	2,1	91	97,8

3.4 rasm

EKSTRAGENTAL PATOLOGIYANI ANIQLASH ORQALI PIF RIVOJLANISH XAVFINI BAHOLASH JADVALI

Kavf omillari	Qayd etilgan	%	Qayd etilmagan	%
SS kasalliklari	6	6,4	87	93,5
Gipertenziv kasalliklar	13	13,9	80	86,0
- Gist gipertenziya	7	7,5		
- Xron gipertenziya	6	6,45		
Buyrak kasalliklari	15	16,2	76	83,8
- Piyelonefrit mehmomi	11	11,8		
- Xron piyelonefrit	4	4,3		
Nafas olish yo'llari kasalliklari	11	11,8	82	88,1
Jigar patologiyasi	20	21,5	73	78,4
- gepatit B, C	2	2,1		
- xoletsistit	13	13,9		
- gepatoz	5	5,3		
Anemiya	56	60,2	37	39,7
- engil daraja	37	39,7		
- qattiq daraja	9	9,6		
Metabolik kasalliklar	24	25,8	69	74,1
- I daraja	14	15,0		
- II daraja	10	10,5		
RH manfiy immunoglobulin uchun qon	2	2,1	91	97,8

Ushbu jadval natijalari shuni ko'rsatdiki, CVD 6,4%, gipertenziv kasalliklar 13,9%, buyrak kasalliklari 16,2%, nafas yo'llari kasalliklari 11,8%, jigar patologiyasi 21,5%, anemiya 60,2%, metabolik kasalliklar 25,8%, RH salbiy qon 2 holat.

Shunday qilib, xomilador ayollarda tekshirilgan guruhlarda ginekologik patologiyaning chastotasida sezilarli farq yo'q edi.

Reproduktiv tarixni o'rganish asosida har bir ikkinchi primiparous ekanligi aniqlandi. Bitta tug'ilish 46 ta ayolda (42,78%), 2 ta tug'ilish 32 ta (29,76%), 3 ta tug'ilish 8 ta (7,44%) va 7 ta ayolda (6,51%) haqiqiy xomiladorlikdan oldin 4 ta tug'ilish bo'lgan.

Shunday qilib, o'rganilgan barcha guruhlarda ayollar oldingi xomiladorlikning turli xil natijalariga ega edilar, ularning asosiy ulushini bir nechta xomiladorlikning birgalikdagi natijalari egallaydi, bu esa kelajakda MOTga olib kelishi mumkin.

Ekstragenital patologiyani o'rganishda quyidagilar aniqlandi: juda erta tug'ilishni boshdan kechirgan 7 ayoldan har beshinchi ayol anemiya bilan kasallangan (15,3%) va buyrak kasalligi (11,5%) bo'lgan. Muddatidan oldin tug'ilgan 18 ayoldan deyarli har to'rtinchi bemor anemiya bilan kasallangan va buyrak kasalligiga chalingan (9,5%). Muddatidan oldin tug'ilishda (47) har ikkinchi ayol anemiya va buyrak kasalligi bilan kasallangan (12,1%).

Ekstragenital patologiyaning nozologik birliklari bo'yicha guruhlar o'rtasida ishonchli farq topilmadi. Muddatidan oldin tug'ilish bilan tekshirilgan barcha ayollar orasida eng keng tarqalgan ekstragenital patologiya anemiya va buyrak va siydik yo'llarining patologiyasi edi.

Ginekologik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, barcha tekshirilgan ayollarda tashqi jinsiy a'zolar normal rivojlangan. Bachadon bo'yni deformatsiyasi etti ayolda (7,5%), ulardan 1-guruhda 1 ayolda (5,8%), 2-guruhda 3 ayolda (9,6%) va 3-guruhda oldingi tug'ilish paytida uning shikastlanishi qayd etilgan.

Vaginal surtma - mikroflora surtmani tahlil qilish - bu biologik materialni yorug'lik mikroskopi ostida baholashga asoslangan laboratoriya tekshiruvi. Bu genitouriner organlarning yallig'lanish jarayonining mavjudligi va xususiyatini

baholashning asosiy usullaridan biridir. Vaginal smear xomiladorlik paytida floraga 2 marta — ro'yxatdan o'tish paytida, shuningdek 30 hafta davomida beriladi. Shuningdek, xomiladorlik paytida flora uchun smearni tahlil qilish, agar ayolda jinsiy a'zolarida qichishish, ularning qizarishi, qindan g'ayrioddiy oqindi haqida shikoyatlar bo'lsa, olinadi.

Sog'lom ayoldan olingan tahlil laktobakteriyalarning yuqori konsentratsiyasini ko'rsatadi. Ular sut kislotasini chiqaradi, jinsiy a'zolari patogendan himoya qiladi, mikrofloraga zarur bo'lgan kislotalikni saqlaydi. Xomiladorlik paytida titr pasayadi, tabiiy mahalliy immunitet zaiflashadi va patogen mikroflorani rivojlanish xavfi ortadi. Vaginal mikroflorani o'rganish erta tug'ilish xavfi bo'lgan barcha ayollarda amalga oshiriladi. Jadvalda MOT xavfi bo'lgan ayollarda o'tkazilgan tekshiruvlarning bakteriologik tadqiqotlari natijalari keltirilgan.

Jadval 3.5

Vaginal surtmaning morfologik ko'rsatkichlari.

Ko'rsatkichlar	I guruh (n=7)		II guruh (n=18)		III guruh (n=47)	
	a б c	%	a б c	%	A б c	%
Leykotsitlar	17	100	19	90,4	36	80,0
Skuamoz epiteliya	17	100	8	38,0	11	24,4
Gonokokklar	-	-	-	-	-	-
Trixomonas	1	5,8	2	9,5	3	6,6
Asosiy hujayralar	2	1,7	-	-	5	11,1
Zamburug'lar	4	23,5	6	28,5	12	26,6
Mikroflora (Dederlein tayoqchalari)	6	35,9	13	61,9	18	40,0
Shilliq	10	58,8	17	8,9	20	44,4

Topilmalar shuni ko'rsatadiki, vaginal smearlardagi morfologik o'zgarishlar muddatidan oldin tug'ilishni taxmin qilishda ishonchli ma'lumotga ega emas, ammo boshqa ko'plab patologiyalarning sababi hisoblanadi.

3.2. MOT va QPMOY rivojlanish xavfi bo'lgan xomilador ayollarda fetal fibronektin ko'rsatkichlarini baholash.

Fetal fibronektin (FFN) tez sinov (vaginal sekretiya) - xomiladorlik paytida vaginal sekretiyada ffn mavjudligini aniqlash uchun sifatli immunoxromatografik test. Sinov abort qilish xavfini aniqlash uchun professional foydalanish uchun mo'ljallangan.

Fetal fibronektin (ffn) - bu rivojlanayotgan bolangizni bachadon devoriga yopishtiradigan yelimga o'xshash oqsil. Ffn odatda xomiladorlikning boshida, implantatsiya sodir bo'lganda va embrion va bachadon devori o'rtasida, shuningdek xomiladorlikning oxirida, tug'ilishdan oldin vaginal sekretiyada aniqlanishi mumkin. Ffn-bu bolani bachadon ichida ushlab turadigan maxsus oqsil. Xomiladorlikning 35 haftaligidan keyin u buzila boshlaydi va uni aniqlash mumkin. Agar muddatidan oldin tug'ilish xavfi mavjud bo'lsa, ffn belgilangan muddatdan oldin aniqlanishi mumkin. Shunday qilib, xomiladorlikning 22-35 haftalari orasida vaginal sekretiyada ffn aniqlanishi xomilaning bachadon devoriga fiksatsiyasi buzilganligini va xomiladorlikning tugashi xavfini ko'rsatadi. FN ko'pincha muddatidan oldin tug'ilishning boshqa belgilariga qaraganda erta aniqlanadi: bachadon bo'yni yoki qin kengligidagi o'zgarishlar.

Serviko - vaginal tarkibidagi fetal fibronektin darajasi, transvaginal ekografiyada o'rnatilgan bachadon bo'yni qisqarishi (< 20 mm) va bakterial vaginit spontan muddatidan oldin tug'ilish yoki membranalarning erta yorilishi uchun eng muhim uchta xavf omili ekanligi aniqlandi. Zamonaviy g'oyalarga ko'ra, muddatidan oldin tug'ilishning rivojlanishida uchta omil - yashirin infeksiyaning mavjudligi, servikste patologik o'zgarishlar va gormonal omillar asosiy ahamiyatga ega.

Shuningdek, MOT va QPMOY rivojlanishi fetal fibronektinning ko'rsatkichi bo'lishi mumkin. Biz fetal fibronektin uchun test o'tkazdik.

3.5 Rasm



3.6 Jadval

Fetal fibronektin uchun test natijalari

	Test (+)		Test (-)	
	abc	%	abc	%
Asosiy guruh (n=72)	62	66,6	31	33,4
Nazorat guruhi (n=35)	2	5,7	33	94,3

Jadvaldan ko'rinib turibdiki (3.11) 66,6% hollarda test ijobiy bo'ldi. Ayollarning xomiladorlik davriga qarab fetal fibronektin darajasining dinamikasi ham o'rganildi.

3.7 Jadval

**Ayollarning xomiladorlik davriga qarab
fetal fibronektin darajasining dinamikasi**

	30 hafta		31 hafta		32 hafta		33 hafta		34 hafta		Umumiy xomilador ayollar soni
	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	abc	%	
Test +	9	9,6	6	6,4	11	11,8	17	18,2	19	20,4	(n=62)
Test -	5	5,3	7	7,5	4	4,3	9	9,6	6	6,4	(n=31)
Nazorat guruhi (n=35)											
Test +									2	5,7	(n=2)
Test -	-	-	-	-	-	-	-	-			(n=33)

Olingan ma'lumotlarga ko'ra, asosiy guruhda 93 xomilador ayoldan test xomiladorlikning turli davrlarida 62 xomilador ayolda ijobiy bo'lganligi aniqlandi. 9 - (9,6%), 30 haftalik xomiladorlik davrida xomilador ayollar, 6X (6,4%) -31 haftalik xomiladorlik davrida, 11i (11,8%) - 32 haftalik xomiladorlik davrida, 17i (18,2%) 33 haftalik xomiladorlik davrida va 19i (20,4%) 34 haftalik xomiladorlik davrida xomiladorlik davri. 35 ta xomilador ayolning nazorat guruhida u faqat 2x (5,71%)da 34 haftalik xomiladorlik davrida aniqlandi jadvaldan ko'rinib turibdiki, xomiladorlik davri qancha ko'p bo'lsa, natija shunchalik ijobiy bo'ladi. Ammo xomilador ayollarda fetal fibronektin odatda xomiladorlikning 8 haftaligigacha va xomiladorlikning 37 haftaligidan keyin ruxsat berilganligini hisobga olsak, olingan ma'lumotlar ushbu usulni prognoz va QPMOY rivojlanishining xavf omillaridan biriga yetkazish mumkinligini ko'rsatadi.

3.3 Ultratovush tekshiruv natijalari.

Ultratovush, kerakli ma'lumotlarni olishning eng oddiy va informatsion usuli - bu xomila rivojlanish jarayoni qanday o'tishini doimiy ravishda kuzatib borish imkonini beradi.

Bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi energiya Doppler xaritasi yordamida amalga oshiriladi, bu hatto eng kichik tomirlarni ham tasavvur qilish imkonini beradi. Uch o'lchovli rekonstruktsiya tufayli tasvir yanada to'yingan bo'ladi, shuning uchun patologik o'zgargan joylar juda oson va tez aniqlanadi. Tibbiyot rivojlanishining hozirgi bosqichida ginekologiya va ultratovush ajralmas, hozirgi vaqtda xavfning prognoz qiymati to'g'risida ishonchli ma'lumotlar yo'q [1]. Biofizik skrining ginekologik tekshiruv yoki transvaginal ultratovush yordamida bachadon bo'yni uzunligini (DSHM) aniqlashni o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, ushbu usulning sezgirligi past (ginekologik tekshiruv uchun 25-30% va ultratovush tekshiruvi uchun 35-40%), bu testni skrining sifatida ishlatishga imkon bermaydi [1,5]. Biokimyoviy skrining MOT va QPMOY xavfini aniqlash uchun bachadon bo'yni-vaginal sekretsiasida insulinga o'xshash o'sish omilini bog'laydigan fetal fibronektin va fosforillangan protein-1 darajasini aniqlashni o'z ichiga oladi. Usulning kamchiliklari orasida vaginal nometalldan foydalanish zarurati va yuqori narx [1, 5, 12] kiradi.

Qorin bo'shlig'i ekografiyasida o'tkazilgan tadqiqot davomida ultratovush ma'lumotlaridan amniotik suyuqlik miqdorining xomiladorlik davriga muvofiqligi, amniotik suyuqlikda ekopozitiv suspenziyaning mavjudligi, miyometrium gipertonikligi, transvaginal ekografiya bilan - bachadon bo'yni uzunligi (DSM), mm, bachadon bo'yni ichki farenksining diametri (DVZ), mm, bachadon bo'yni ichki farenksining ustida ekopozitiv sladj mavjudligi tahlil qilindi. bachadon. Xomilaning ultratovush tekshiruvida tos a'zolarining varikoz kengayishi, sinuslarning holati hisobga olingan. Standart ultratovush bo'limida "3 ta tomir orqali kesish" qo'shimcha ravishda timik-torakal nisbatni (tto) aniqladi: sternumning orqa yuzasidan aorta kesimining old devoriga (t1) masofaning nisbati. Ultratovush yordamida bachadon bo'yni o'zgarishini aniqlash uchun uning normasini hisobga olish kerak.

Jadval 3.8

Bachadon bo'yni uzunligi normal va uning qisqarishi bilan xomiladorlik davriga muvofiqligi.

Xomiladorlik davri	Bachadon bo'yni uzunligi	Bachadon bo'yni uzunligi
---------------------------	---------------------------------	---------------------------------

	(mm da) MOT bilan	(mm da) normal
20-27 hafta	30,1-26,4 mm	48,6-5,0 mm
28-33 hafta	25,2-18,5mm	36,15-4,2 mm
34-36 hafta	18,5 mm va kichik	34,66-4,4mm

Xomiladorlikni prognoz qilishda ushbu usulning ahamiyatini aniqlash va dinamikada aniqlangan patologiyani kuzatish orqali profilaktika usullarini aniqlash uchun ikkala guruhda ham ultratovush tekshiruvi o'tkazildi.

3.6 Rasm



Biz tekshirgan 93 xomilador ayoldan 30-34 haftalik xomiladorlik davrida uzilish xavfi bo'lgan asosiy guruhga kirganlar, bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi ma'lumotlarini tahlil qildik.

3.9 Jadval

Bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi natijalari (uzunligi mm).

Bachadon bo'yni uzunligi (mm)	Xomilador ayollar soni (n=72)	%
15-20 mm dan	3	3,2
20-28 mm dan	39	41,9
28-33 mm dan	51	54,8

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, bachadon bo'yni qisqarishi 42 xomilador ayolda kuzatilgan, 3da 20 mm gacha, bu 3,2%, 39da 20 mm dan 28 mm gacha, bu 41,9% ni tashkil etdi. 51 xomilador ayolda (54,8%) patologiya kuzatilmagan.

3.7 rasm

Ichki farenks va bachadon bo'yni kanalining kengayishining aks-sadosi



Xomiladorlik davrida 30-34 hafta bo'lgan bemorlarda bachadon bo'yni qisqarish darajasi 1,13 mm/yo'q edi. Ushbu ko'rsatkichlar 34 haftagacha PIOV bilan taħdid qilingan bemorlar guruhlarida deyarli bir xil edi.

3.8 Rasm

Ichki kengayish aks-sadosi

TADVIQOT GURUHLARIDA BACHADON ULTRATOVUSH TAHLILI NATIJALARI

		Asosiy guruh (n=93)		Nazorat guruhi (n=35)	
		abc	%	abc	%
Xomilaning holati	Bosh	87	93,5	34	97,1
	Pastki qism	6	6,5	1	2,8
Yo'ldoshning joylashishi bo'yicha	Old deor	59	63,4	23	65,7
	Orqa devor	34	36,45	12	34,2
Amniotik suyuqlik	Tiniq	21	22,5	33	94,2
	Toza emas	72	77,44	2	5,7
Amniotik suyuqlik darjasi	Normal	19	20,4	34	97,1
	Oligogidramnioz	12	12,9	1	2,8
	Poligidramnioz	62	66,6	0	0

TADQIQOT GURUHLARIDA BACHADON ULTRATOVUSH TAHLILI NATIJALARI

		Asosiy guruh (n=93)		Nazorat guruhi (n=35)	
		abc	%	abc	%
Qon aylanishining buzilishi	I daraja	65	69,8	1	2,8
	II daraja	28	30,1	0	0
Bachadonning gipertonikligi	Old devor	52	55,9	2	5,7
	Orqa devor	41	44,0	1	2,8
Xomila to'xtatilishi xavfi	O'rtacha	25	26,8	3	8,5
	Yaqqol	68	73,1	0	0
Bachadon varikoz tomirlari	O'rtacha	57	61,2	4	11,4
	Yaqqol	36	38,7	0	0

19

Shuningdek, asosiy guruhdagi barcha xomilador ayollarda bachadonning ultratovush tekshiruvini nazorat guruhida ham o'tkazildi. Jadvaldan ko'rinib turibdiki, xomilador ayollarda deyarli har bir kishi uzilishlar, amniotik suyuqlik tarkibining o'zgarishi, suv miqdorining o'zgarishi, oligohidramnioz va polihidramnioz, bachadonning old va orqa devorlarining gipertonikligi, platsenta qon aylanishining buzilishi va bachadon va sinuslarning varikoz tomirlari.

Bachadon ULTRATOVUSHINING rasmlari va jadvalidan ko'rinib turibdiki, amniotik suyuqlikning tabiati 22,5% tiniq va 77,4% toza emas edi.

Suv miqdoriga qarab, norma 20,4%, oligohidramnioz 12,9%, polihidramnioz 66,6% edi. Qon aylanishining ko'payishi 69% gacha, xavf deyarli 55,9 %, shuningdek, bachadon va qo'shimchalarning varikoz kengayishi 61,2% gacha bo'lgan.

Yuqorida sanab o'tilgan gemostazdagi o'zgarishlar nafaqat bachadon tomirlarining kengayishiga sabab bo'lishi mumkin, balki mumkin organ sinuslarining yorilishiga olib keladi, bu esa tashxis qo'yish va davolashni amaliy shifokorga murakkablashtirishi mumkin.

**Tadqiqot guruhlarining devor qog'ozidagi
bachadon ultratovush ko'rsatkichlari natijalari.**

		Asosiy guruh (n=72)		Nazorat guruhi (n=35)	
		abc	%	abc	%
Xomilaning holati	Bosh	87	93,5	34	97,1
	Pastki qism	6	6,5	1	2,8
Yo'ldoshning joylashishi bo'yicha	Old devor	59	63,4	23	65,7
	Orqa devor	34	36,45	12	34,2
Amniotik suyuqlik	Tiniq	21	22,5	33	94,2
	Toza emas	72	77,44	2	5,7
Amniotik suyuqlik darjasi	Normal	19	20,4	34	97,1
	Oligogidramnioz	12	12,9	1	2,8
	Poligidramnioz	62	66,6	0	0
Qon aylanishining buzilishi	I daraja	65	69,8	1	2,8
	II daraja	28	30,1	0	0
Bachadonning gipertonikligi	Old devor	52	55,9	2	5,7
	Orqa devor	41	44,0	1	2,8
Xomila to'xtatilishi xavfi	O'rtacha	25	26,8	3	8,5
	Yaqqol	68	73,1	0	0
Bachadon varikoz tomirlari	O'rtacha	57	61,2	4	11,4
	Yaqqol	36	38,7	0	0

3.11 Jadval

**Ikkala guruhdagi xomilador ayollarda
buyrak va jigar tekshiruvlari (ultratovush) natijalari.**

Buyrak potologiyasi	(n=72)		(n=35)	
	abc	%	abc	%
Pielonefrit	15	16,12	0	0
MKD	28	30,1	5	14,2
Gidronefroz	3	3,22	1	2,8
	Jigar patologiyasi			
Xoletsistit	19	20,4	0	0
Gepatoz	7	7,52	0	0
Jigar shishishi	2	2,15	0	0
Portal gipertenziya	4	4,3	0	0

O'rganilayotgan ayollarning ma'l

umotlarini qayta ishlashda asosiy guruhda buyrak patologiyasi 49,35%, nazorat guruhida 17 %, asosiy guruhda jigar patologiyasi 33,74%, nazorat guruhida kuzatilmaganligi aniqlandi.

Misol tariqasida biz klinik misolni keltiramiz: Xomilador K., 24 yoshda, xomiladorlikning 31 haftaligida kasalxonaga qorinning pastki qismida va lomber mintaqada kichik og'riqlar, amniotik suyuqlikning 5 soat davomida oqishi shikoyatlari bilan kelgan.

Anamnezdan boshlab, xomiladorlik I va II trimestrdagi uzilish xavfi bilan, dog'lanish epizodlari bilan davom etdi, buning uchun u ambulatoriya sharoitida davolandi, oldingi II tug'ilish 28 va 32 hafta davomida muddatidan oldin tug'ilish bilan yakunlandi. Qabul qilinganda: bachadon qo'zg'aluvchan, muntazam to'lg'oq yo'q. Uyida bir marta oz va yengil miqdorda suv ketishi qayd etadi.

Qo'yigan tashxis: xomiladorlik III, 31 hafta, tug'ish III.OAA. PRPO. Xavfli muddatidan oldin tug'ilish.

3.12 Jadval

Anamnezdan so'ng, xomilador ayol xavf omillari yuqori bo'lgan guruhga tegishli ekanligi aniqlandi.

Anamnezda xavf omillari				Ekstragenital kasalliklar			
№	Nomlanishi	Ha	Yo'q	№	Nomlanishi	Ha	Yo'q
1	Stress	+		1	Qon. p / p dan ketish	+	
2	Zararli odatlar	+		2	SS kasalliklari		
3	Kasbiy zarar	+		3	Gipertenziv kasalliklar	+	
4	Allergik fon			4	Nafas yo'li kasalliklari ORVI	+	
5	Stomatit	+		5	Jigar pat. Gepatoz		
6	Antibiotik qabul qilinishi	+		6	Gepatit virusi (B,C)		
7	Yosh 18 gacha	+		7	Xolitestit		
8	Yosh 32 dan keyin			8	Buyrak kasalliklari	+	
9	Anamnezda abort			9	Modda alm. buz.	+	
10	Xomila to'xtatilish xavfi	+		10	Og'ir anemiya	+	
11	Erta gestozlar	+		11	Qandli diabet		
12	Preeklampsi			12	Qalqon bezi pat.		
13	Eklampsi			13	Ko'z pat. (miopiya)		
Kechayotgan xomiladorlik paytida							
Nomlanishi		Ha	Yo'q	Nomlanishi		Ha	Yo'q
Erta gestozlar		+		Qon. p / p dan ketish		+	
Маловодие				SS kasalliklari			
Многоводие		+		Surunkali gipoksiya			

1 trimestrda uzilish xavfi	+		Xomiladorlik gipertenziyasi		
2 trimestrda uzilish xavfi	+		Jigar pat. Gepatoz		
3 trimestrda uzilish xavfi			Gepatit virusi (B,C)		
ASEK 22 haftagacha	+		Nafas yo'li kasalliklari		
ASEK 36 haftagacha			Xronik pielonefrit		
Yengil preeklampsi			Xomiladorlik pielonefrit	+	
Og'ir preeklampsi			NOV	+	
Eklampsi			Antibiotik q/q	+	
O'tkir HPP ajralishi			Allergik fon		

Bunday holda, xomilador K. da o'tkazilgan test ijobiy natija berdi. Tug'ilish kanalining holatini aniqlashtirish uchun (bachadon bo'yni holatini baholash) ultratovush tekshiruvi o'tkazildi: Abortdan oldingi homila, homiladorlikning taxminiy davriga to'g'ri keladi, old devorda platsenta, amniotik suyuqlik normal miqdor. Transvaginal ekografiyada bachadon bo'yni holati to'g'risida to'liqroq ma'lumot olish mumkin edi: bachadon bo'yni uzunligi 25 mm, tashqi farenks yopiq, ichki farenksning u shaklidagi kengayishi 16 mm gacha.

3.10 Rasm

K bemorida bachadon bo'yni aniq qisqarishi.



Xomilador ayol (Samarqand perinatal markazida) xomiladorlikni uzaytirish uchun kasalxonaga yotqizilgan. 2 hafta davomida to'liq klinik tekshiruv bilan (umumiy qon tekshiruvi, siydik, qon biokimyosi, qon ivishini tekshirish, terapevtni tekshirish) xomiladorlikni saqlashga qaratilgan terapiya o'tkazildi: proteaz ingibitorlar (200 ml fizik eritmada 10 000 u ga qarshi), e vitamini, tokolitiklar, yotoqda dam olish. Bachadon va bachadon bo'yni tomondan nisbiy dinamikani dinamik kuzatish paytida qayd etilmagan. Bemor yashash joyidagi akusher-ginekolog nazorati ostida progressiv xomiladorlik bilan uydan chiqariladi.

Muddatidan oldin tug'ilishning 93 holatidan 15 tasi operativ tug'ilish bilan yakunlandi, bu 15,2% ni tashkil etdi. Jadvalda operatsiya uchun ko'rsatmalar keltirilgan.

Uchala guruhda ham sezaryen uchun asosiy ko'rsatkichlar xomilaning o'tkir intrauterin gipoksiyasi va normal joylashgan yo'ldoshning erta ajralishi edi. Barcha guruhlardagi barcha sabablar sezilarli farqga ega emas edi va vakili edi. 1 rasm

MUHOKAMA

Zamonaviy akusherlikning eng muhim muammolari orasida birinchi o'rinlardan birini erta tug'ilish muammosi egallaydi. Hozirgi vaqtda erta tug'ilish omon qolish va hayot sifati nuqtai nazaridan bolaning salbiy oqibatlarining muhim prognozchisi hisoblanadi. Ushbu patologiyaning chastotasi, turli tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, 5% dan 12% gacha (Malysheva P.A. va boshqalar, 2006; Sidelnikova B.M. va boshqalar, 2004; Glotova V.Ya. va boshqalar, 2000; Mercer B.M. va boshq., 2007). [89,90,105]. Shu bilan birga, erta tug'ilishda perinatal o'lim holatlarining 50% dan 84% gacha (Enkin M. va boshq., 2003; Draper E.S. va boshq., 2009). [89].

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, erta tug'ilish sabablarning ko'p omilli tabiati bilan tavsiflanadi, ular orasida ona omillari (istmik-servikal etishmovchilik, bachadonning malformatsiyasi, umumiy va genital infantilizm va boshqalar), homila omillari (malformatsiyalar va rivojlanish anomaliyalari) kiradi. homila, genetik kasalliklar) va qo'shma omillar (gipertenziv kasalliklar, izozerologik mos kelmaslik, platsenta biriktirilishining anomaliyalari, ko'p homiladorlik, polihidramniozlar va boshqalar) Zamonaviy tibbiyot adabiyotlarida erta tug'ilishning patogenezi, diagnostikasi va davolash, shuningdek, ushbu patologiyada perinatal kasallik va o'lim muammolari bo'yicha katta miqdordagi tadqiqotlar mavjud.

So'nggi yillarda ushbu muammoni hal etishda erishilgan muayyan muvaffaqiyatlarga qaramay, akusherlik yordamini yaxshilash bo'yicha tashkiliy-taktik chora-tadbirlar hal etilmayapti.

Perinatal natijalarni baholash uchun 2020 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda SamMU tibbiyot fakulteti 1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrasida klinik bazasiga yotqizilgan 72 nafar ayollarning tug'ilish tarixini tahlil qildik.

Onaning yoshi erta tug'ilish (20 yoshgacha va 35 yoshdan katta) uchun xavf omilidir (Chernukha E.A., 2002; Lockwood C. J. va boshqalar, 2009). [97,99,105]. Bizning tadqiqotimizda erta tug'ilgan ayollar 14,1% hollarda yosh (17 yoshdan 19 yoshgacha) va 12,0% hollarda kech reproduktiv yoshda (35 yoshdan yuqori) guruhda ekanligi aniqlandi. juda erta tug'ilish bo'yicha har uchinchi ayol 33-38 yoshda bo'lgan. Tadqiqotlar natijalari shuni ko'rsatdiki, bemorlarning aksariyati faol reproduktiv yoshdagi, har ikkinchisi uy bekasi, har uchdan bir qismi xodim; 75,4% - qishloq aholisi. Yosh va kech reproduktiv yoshdagi ayollarda erta tug'ilishning nisbatan yuqori bo'lishi ko'pchilik tadqiqotchilar zahira imkoniyatlarining yo'qligi yoki aksincha, bu zaxiralarning tugashini tushuntiradi (Stepanova R.N., 2000; Sidelnikova V.M., 2004; Lokvud S.J. va boshqalar, 2009; Bianco A. va boshqalar, 2000). [89,105,114].

Hayz ko'rish boshlanishini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, erta tug'ilgan ayollar orasida erta hayz ko'rish (11 yoshgacha) 0,4% hollarda, kech (16 yoshdan katta) esa 0,2% hollarda, o'rtacha so'ralganlarning butun guruhi uchun 13,1+0,3 yilni tashkil etdi. Barcha o'rganilgan guruhlarda ayollar oldingi homiladorlikning turli natijalariga ega bo'lib, ularning asosiy ulushini keyinchalik erta tug'ilishga olib kelishi mumkin bo'lgan bir nechta homiladorlikning birgalikdagi natijalari egallaydi. Ilgari tibbiy uzilishga uchragan ayollar homiladorlikning rivojlanishi xavfi ostida.

Homilador ayollarning ushbu guruhi reproduktiv tizimdagi buzilishlarning yuqori chastotasi bilan ajralib turardi. 41,1% hollarda tekshirilgan ayollar orasida ginekologik patologiya (tibbiy abortlar - 12,8%, bachadon miomasi - 1,4%, bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari - 24,6%, jinsiy a'zolar rivojlanishidagi anomaliyalar - 0,4%) aniqlangan. % , va 1,2% ayollar tuxumdon kistalari va ektopik homiladorlik uchun operatsiya qilingan). Ayollarning ushbu kontingentida reproduktiv disfunktsiya erta tug'ilishning paydo bo'lishi va rivojlanishida asosiy rol o'ynaydigan o'ziga xos omillardan biridir (Kira E.F. va boshq., 2009). [78,85,115].

Homiladorlikning buzilishining mavjudligi erta tug'ilishning rivojlanishida etakchi rol o'ynaydi. Homiladorlik davrining eng tez-tez uchraydigan asoratlari orasida turli darajadagi og'irlikdagi homiladorlik buzilishlari mavjud bo'lib, bu erta tug'ilish paytida 77,9% hollarda sodir bo'lgan. Ko'pgina tadqiqotchilar homiladorlik davridagi istmik-servikal etishmovchilik va gipertenziv kasalliklar erta tug'ilishning paydo bo'lishida katta ahamiyatga ega ekanligiga rozi bo'lishadi (Qulakov V.I., 2008; Kayupova N.A., 2000). [89]. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, eng ko'p uchraydigan asorat erta toksikoz (40,4%), surunkali abort tahdidi, shuningdek, istmik-servikal etishmovchilik va gipertoniya kasalliklari edi. Shuni ta'kidlash kerakki, homilador ayollarning erta toksikozi (qusish) bilan birlamchi suvsizlanish sodir bo'ladi. Ayollar suvsizlanish holatida edi, bu kelajakda bu ayollarning barchasida erta tug'ilishning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, erta tug'ilishning sababi suvsizlanishdir [74,118].

O'z vaqtida tug'ish paytida kamqonlik - 63,9%, turli darajadagi miyopi - 68%, yurak-qon tomir patologiyalari - 44% ko'proq uchraydi. Ma'lumotlar ekstragenital patologiyalarning yuqori chastotasini ko'rsatadi. Boshqa tadqiqotchilar, shuningdek, erta tug'ilish bilan og'rigan ayollarda komorbidiyaning yuqori chastotasini qayd etadilar. [78,89].

Erta tug'ilishning rivojlanishida jinsiy yo'l bilan yuqadigan infeksiyalar muhim rol o'ynaydi va deyarli barcha ayollarda uchraydi. Oportunistik mikroflora vakillari orasida Candida jinsining qo'ziqorinlari erta tug'ilish bilan tekshirilganlarning yarmida (64,2%), mikoplazmalar - 92%, gardnerella har ikkinchi holatda (77,7%) ustunlik qildi. Erta tug'ilish patogenezida bakterial omilning ahamiyati aniq emas, bu bakterial endotoksinlarning sitokinlar va interleykinlarni ishlab chiqarishga ta'siri bilan izohlanadi, bu araxidon kislotasining shakllanishiga va keyinchalik prostaglandinlarning sinteziga olib keladi. bachadon qisqarishi va mehnat faoliyatining rivojlanishi. [64,78,89].

Qabul qilinganda erta tug'ilish xavfi bo'lgan bemorlar bel og'rig'i, qorinning pastki qismidagi og'riqlar, bachadonning qo'zg'aluvchanligi, amniotik suyuqlikning oqishi va bachadon faolligining kuchayishi haqida shikoyat qildilar. Erta tug'ilish boshlanganda, bemorlar qorinning pastki qismida kramp og'rig'i yoki muntazam

qisqarish, deyarli har soniyada (72,5%) ayolda amniotik suyuqlikning erta yorilishidan shikoyat qiladilar. Xavfli, boshlang'ich va erta tug'ilishning klinik ko'rinishi ko'plab tadqiqotlarda keltirilgan va muhim diagnostik va prognostik ahamiyatga ega 47 ayol (94%) vaginal tug'ruq, 5 ayol (6%) sezaryen bilan tug'ilgan.

Bizning ma'lumotlarga ko'ra, bachadonda chandiqlarning mavjudligi past prognostik ahamiyatga ega va ko'rsatkichlarning past sezuvchanligi va o'ziga xosligi tufayli erta tug'ilishning rivojlanishiga ta'sir qilmaydi. Bachadonda chandiqlar bo'lgan bu bemorlarda sezaryen uchun asosiy ko'rsatkichlar xomilalik asoratlari - tug'ruq paytida o'tkir intrauterin gipoksiya edi. Erta tug'ilgan chaqaloqlarda sezaryen operatsiyalari paytida an'anaviy davolash usullari sifatida endotrakeal behushlik eng katta ulushga ega edi. Istiqbolli tadqiqotda o'tkazuvchanlik behushligini qo'llash hech qanday holatda behushlikdan giyohvandlik depressiyasi, respirator distress sindromi kabi asoratlarni keltirib chiqarmadi; ekstrakte qilingan bolalar endotraxeal anesteziya olgan onaning yangi tug'ilgan chaqaloqlariga nisbatan yuqori Apgar balliga ega edi. Ushbu natijalar barcha ayollarga onadan kontrendikatsiyalar bo'lmaganda, homiladorlikning 36 xaftaligiga qadar sezaryen paytida o'tkazuvchan behushlik qilish imkonini beradi.

Erta tug'ilgan chaqaloqlarning holati homiladorlik va tug'ish davridagi kasalliklar va asoratlari bilan birgalikda yomonlashadi. Har uchinchi ayolga platsenta etishmovchiligi (21,8%) tashxisi qo'yilgan, bu klinik jihatdan intrauterin o'sishning kechikishi (48%) bilan namoyon bo'lgan. Ko'rinib turibdiki, bu fakt platsenta etishmovchiligi bo'lgan ayollarda erta tug'ilishning rivojlanishiga sabab bo'lib, u keyinchalik klinik jihatdan intrauterin o'sishning kechikishi bilan namoyon bo'ladi.

Erta tug'ilish davridagi perinatal yo'qotishlar tirik tug'ilganlar umumiy sonining 452 foizini, muddatidan oldin tug'ilganlar esa 27 foizini tashkil etdi. Har uchinchi erta tug'ilgan chaqaloq erta neonatal davrda vafot etdi, har bir soniya ikkinchi darajali emizish bosqichiga o'tkazildi va faqat har beshinchisi qoniqarli holatda uyga chiqarildi.

Tadqiqotning maqsadi va vazifalariga muvofiq, biz 3 guruh ayollar o'rtasida perinatal natijalarning qiyosiy tahlilini o'tkazdik. Bizning nazoratimiz ostida 22-37 haftalik

homiladorlik yoshidagi 72 nafar ayol bor edi, ularning homiladorligi erta tug'ilish bilan murakkablashdi. Ular homiladorlik davri bo'yicha farqlanadi: homiladorlikning 22-27 haftasi (n=7), 28-33 haftasi (n=18) va 34-37 haftasi (n=47). Bachadon bo'yni holatini aniqlash homiladorlikning muddatidan oldin tugashi prognozi bo'yicha qimmatli ma'lumotlarni o'z ichiga olishi mumkin. Bachadon bo'yni bo'ylab haqiqiy uzunligini, shuningdek, ichki os holatini baholash imkonini beruvchi transvaginal ekografiya bachadon bo'yni raqamli tekshiruvi va transabdominal ekografiyaga nisbatan sezilarli afzalliklarga ega [67,91,112]. ultratovush tekshiruvi homiladorlikning rivojlanishi bilan bachadon bo'yni holatining dinamikasi xususiyatlarini aniqlash va bemorlarda erta tug'ilish xavfi uchun ultratovush mezonlarini aniqlash edi. Tadqiqotni amalga oshirish uchun PR va homiladorlik xavfi bo'lgan bemorlarda bachadon bo'yni holatini qiyosiy tahlil qilish zarur deb hisobladik. Nazorat guruhlariga 20 nafar homilador ayollar kirdi. Asosiy tadqiqot guruhlari turli homiladorlik davrida homiladorlik xavfi ostida bo'lgan 52 homilador ayollardan iborat edi.

Bachadon bo'yni holatini ultratovush tekshiruvi homiladorlik davrida: 22-36 xaftadan boshlab amalga oshirildi. Transvaginal ekografiya bilan bachadon bo'yni uzunligi, ichki os holati o'lchandi. Ichki osning ochilishi bo'lgan bemorlarda shakli (V-, Y- yoki U-shaklida) va ochilish darajasi va chuqurligi ham baholanadi.

Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, PR tahdidi bilan homiladorlik yoshi oshgani sayin bachadon bo'yni uzunligi pasayadi. Bu homiladorlik davrida uning fiziologik o'zgarishlari bilan bog'liq: qon tomirlarining kuchayishi tufayli bachadon bo'yni yumshashi, gidrofilligi, kollagenga boy biriktiruvchi to'qimalarning o'zgarishi, mexanik mustahkamligining pasayishi, bu esa vaqt o'tishi bilan bachadon bo'yni pishib ketishiga olib keladi. yetkazib berish [104].

Oddiy fiziologik homiladorlikda bachadon bo'yni qisqarishi homiladorlikning 1-trimestrining oxirida $41,25 \pm 5,4$ mm dan tug'ilish vaqtida $31,6 \pm 3,9$ mm gacha bo'lgan. PR homiladorlik tahdidi bilan shunga o'xshash ko'rsatkichlar $43,19 \pm 5,3$ mm va $20,7 \pm 3,9$ mm ni tashkil etdi, ya'ni bachadon bo'yni qisqarishining sezilarli darajada tez sur'atlari qayd etilgan.

Biz tomonimizdan olingan ma'lumotlar 22 va 27 haftalik homiladorlik davrida bachadon bo'yni holatini tekshirgan I. Bergelin va L. Valentinning natijalari bilan taqqoslanadi. Ushbu davrlarda bachadon bo'yni uzunligi, mualliflarning fikriga ko'ra, mos ravishda 10-10,5 mm edi [24].

V. Arabin va boshqalar, 28 dan 33 haftagacha bo'lgan ko'p homiladorlikda bachadon bo'yni holatini o'rganib, bachadon bo'yni xuddi shunday boshlang'ich holati (10,5 mm), 36 haftalik bachadon bo'yni uzunligi uchun biroz kattaroq qiymatlarni beradi. : Bizning tadqiqotlarimiz natijalariga ko'ra 20,5 [19].

Buning tushuntirishini R. Nyuman va boshqalarning tadqiqotida topish mumkin, ular fiziologik davom etayotgan homiladorlik paytida tokodinometriyani o'tkazishda PR tahdidi bilan 23 haftadan keyin bachadon qisqarishi chastotasining progressiv o'sishini aniqladilar [91] . Yagona homiladorlikda mualliflar homiladorlikning 36 xaftaligiga yaqinroq bachadon faoliyatidagi bu o'zgarishlarni aniqladilar.

PR tug'ruq vaqtida bachadon bo'yni ko'rinadigan qisqarishi (10 mm gacha), shuningdek, bemorning holati o'zgarganda (yotgan va tik turgan) ichki osning chuqurlashishi va kengayishi kuzatildi. 22 haftadan boshlab bemorlarda funktsional testlar davomida bachadon bo'yni uzunligidagi statistik jihatdan sezilarli farq V. Arabin va boshqalarning ishlarida ham ko'rsatilgan; Ichki OSga kelsak, 25 haftadan so'ng ular tomonidan funktsional testdan oldin va keyin (tik turgan va yotgan holatda) sezilarli farqlar qayd etilgan [18]. Bachadon bo'yni keskin qisqarishini hisobga olgan holda, mualliflar E. Papiernik va boshqalar tomonidan epidemiologik tadqiqotlar bilan ko'rsatilgandek, ularning mehnat faoliyatini va har qanday jismoniy faoliyatni cheklash zarurligini yana bir bor ta'kidlaydilar. [96].

Shunday qilib, biz fiziologik davom etayotgan va tugallangan homiladorlik davrida serviksdagi o'zgarishlar dinamikasining xususiyatlarini aniqladik. Keyinchalik biz har bir homiladorlik davri uchun ishlab chiqilgan bachadon bo'yni uzunligi normalari erta tug'ilish uchun ultratovush xavfi mezonlarini aniqlash uchun ishlatilgan.

Har xil homiladorlik davrlarida abort qilish tahdidi bilan asoratlangan homiladorlikda (52), bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi ma'lumotlari alohida tahlil qilindi. Tug'ilish xavfi bo'lgan, muddatda (8) tug'ilgan bemorlarning ko'pchiligida bachadon

bo'yni (uzunligi, ichki os, bachadon bo'yni kanali) holati kuzatilmadi. normadan sezilarli darajada farq qiladi.

Tadqiqot davomida biz turli homiladorlik davrlarida erta tug'ilish jarayonini o'rgandik. Uch guruhda tug'ilishning birinchi bosqichining davomiyligini baholashda sezilarli farqlar topilmadi. Tez va tez tug'ilishdan tortib to 10 soatdan ortiq muddatgacha tekshirilgan erta tug'ilish bo'lgan ayollarning uchta guruhida birinchi tug'ilish davri deyarli bir xil edi. Birinchi davrning davomiyligiga ko'ra, erta tug'ilish to'liq tug'ilishdan ko'ra uzoqroq davom etdi. Tug'ilishning ikkinchi va uchinchi bosqichlari muddatda tug'ilishdan farq qilmadi. Bu fakt tug'ruqning birinchi bosqichida ona va homila tomonidan asoratlarni oldini olish uchun oksitotsin infuziyalarini rad etishni ko'rsatadi. Shu bilan birga, tug'ilishning davomiyligi ayollarning to'g'ridan-to'g'ri turish, o'tirish, cho'ktirish holatidan farq qilmadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarning antropometrik ko'rsatkichlarining tug'ilish davridagi homiladorlik yoshiga qarab tahlili shuni ko'rsatdiki, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 14,7 foizida juda past tana vazni, yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 9,1 foizida juda kam vazn va yangi tug'ilgan chaqaloqlarning 41,7 foizida va past tana vazni. qolgan 29,5% hollarda tana vazni 2500 g dan ortiq bo'lgan.

Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, inson amnioni 5 ta alohida qatlamdan iborat: epiteliy, bazal membrana, ixcham qatlam, fibroblast qatlami va oraliq qatlam. Amniotik epiteliy hujayralari III va IV turdagi kollagenni, shuningdek, amnionning bazal membranasini shakllantirishda ishtirok etadigan kollagen bo'lmagan glikoproteinlarni (laminil, indogen va fibronektin) chiqaradi. Yilni qatlam biriktiruvchi to'qimadan iborat bo'lib, bazal membranaga yopishib, amnionning asosiy tolali skeletini hosil qiladi, uning kollagenini trofoblast qatlamidagi mezenximal hujayralar ajratib turadi. Interstitsial kollagen (I va III tip) ustunlik qiladi va amnionning yaxlitligini saqlaydigan parallel to'plamlarni hosil qiladi. V va VI tipdagi kollagen tolalar bazal membrana epiteliysi bilan birikma hosil qiladi. Fibroblast qatlami hujayradan tashqari matritsaning mezenxima hujayralari va makrofaglaridan iborat bo'lib, bu erda kollagen tolalari kollagen bo'lmagan glikoproteinlar orollari bilan bo'sh tarmoq hosil qiladi. Xorion va amnion o'rtasida asosan III turdagi kollagendan

iborat bo'lgan tolali bo'lmagan to'r strukturasi bilan ifodalangan oraliq qatlam (gubkasimon qatlam yoki shimgichli zona) yotadi.

PIOV patogenezini munozarali bo'lib, PIOV patogenezining mavjud biokimyoviy jihatlari (ularning ba'zilariga aniqlik kiritish yoki rad etish) amaliy akusherlikda PIOV bilan homiladorlik va tug'ilishni boshqarish bilan bog'liq bir qator akusherlik muammolarini hal qilishni tezlashtiradi. .

Erta homiladorlikda xomilalik membranalarning to'lovga layoqatsizligining etiologik omillari va xavf omillari to'g'risidagi adabiyotlarda mavjud bo'lgan ma'lumotlar mintaqalarning ekologik, ijtimoiy-demografik xususiyatlaridagi farqlar, shuningdek patogen omillarning ta'siri tufayli juda xilma-xildir. Nerv, immun, endokrin tizimlarning holati bo'yicha endogen va ekzogen xususiyatga ega, PIOVning etiologik omillaridan biri lipid peroksidatsiyasining (LPO) faollashishi hisoblanadi.

Tekshirilayotgan shaxslarda, antioksidant tizimning o'rganilayotgan komponentlari faolligi oshishiga qaramay, umuman olganda, uning nisbiy etishmovchiligi sodir bo'ldi, bu lipid peroksidlanishining oraliq mahsulotlari va o'rtacha massa molekulari tarkibining keskin oshishi bilan ko'rsatilgan. onaning qoni.

Ma'lumki, lipid peroksidlanish jarayonlarining faol hujayralaro va hujayralararodaning tuzilishini o' efferent bo'g'in bo'lib, endotelial disfunktsiyaning rivojlanishiga va kasalliklarining turli xillarida qonning koagulyabadio potentsialining. Bir qator lipid peroksiilanish jarayonlarining faollashuvi, membranalarning biqaror holati va qonent potologikivishish ishlarning o'rtasida patogenetik bog'liqlik ishlari ko' . qon tomir tonusini, qon ivish potentsialini, turli organlar va to' yig'ishda, almashtirish, ona-platta-homila tizimida mikrogemodinamik tuzatishlarni tartibga solish.

Hozirgi vaqtda amniotik suyuqlikning prenatal yorilishi bilan asoratlangan erta homiladorlikning uzayishi dinamikasida endotelial disfunktsiya va qon ivish potentsialining buzilishining roli haqida tizimlashtirilgan ma'lumotlar mavjud emas. Shu munosabat bilan, ko'rsatilgan homiladorlik patologiyasida gemostazning trombosit-tomir va koagulyatsiya aloqalari holatini o'rganish maqsadga muvofiq edi. Xomilalik fibronektinni o'rganish PRni bashorat qilishda muhim o'rin tutadi,

chunki ushbu tadqiqotning o'ziga xosligi va ishonchliligi muhim ahamiyatga ega va ilmiy tadqiqotlar bilan tasdiqlangan.

Shunday qilib, tadqiqotimiz natijasida PIOT va PRni bashorat qilish algoritmini ishlab chiqish maqsadga muvofiq bo'lib tuyuldi.

Amaliyotchilar uchun tashxisni soddalashtirish uchun anamnestik, klinik va laboratoriya parametrlarining aniqlangan xususiyatlariga asoslanib, PRni bashorat qilish algoritmi ishlab chiqilgan.

Xulosa:

1. Erta tug'ilishning chastotasi umuman olganda 14%, homiladorlik davri 34-36 haftalikda - (6,8%), 28-33 haftalikda - (2,8%), 22-27 haftalikda esa - (1,8%) uchraydi.
2. Muddatidan oldingi tugruqni kelib chiqishi asosiy sabablariga; - istmik-servikal etishmovchilik 31%, yurak va buyrak kasalliklari 23%, bakterial vaginoz 40% va virusli infeksiyalar 36 % uchraydi.
3. Muddatidan oldingi tugruq tahdidi bo'lgan ayollarda fetal fibronektin testini o'rganish 66,6% hollarda ijobiy natijani ko'rsatdi, bu prognoz qilishda muhim ahamiyatga ega.
4. 30-34 haftalik homiladorlik davrida bachadon bo'yni ultratovush tekshiruvi (bachadon bo'yni 28 mm dan kam qisqarishi) fetal fibronektin testi bilan bir qatorda MOT pragnozlash uchun informatsion usul hisoblanadi.

Adabiyotlar

1. Абдусалямов А.А. Перинатальные аспекты щитовидной железы.// Вест, врача общей практики.- 2010.- №4.- С. 15-18.

2. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. 2017.- С. 496-534.
3. Абрамченко В.В., Омельянюк Е.В., Бетоева И.М. Профилактика аномалий родовой деятельности.- 2017.- С. 28-39.
4. Аверкина В.В., Фетисова Т.И. Реабилитация женщин с травмами родовых путей.// Вопросы охраны материн, и детства.-1986.- Т.31,- №3.- С. 73-75.
5. Айламазян Э.К. Преждевременные роды.// Вестн. Рос. Ассоц. Акуш.- гинеколог.- 2015.-№2.- С. 3-11.
6. Барашнев Ю.И. Компенсация нарушенных функций центральной нервной системы и значение стимулирующей терапии при перинатальных повреждениях головного мозга новорожденных.// Российский вестник перинатолог. и-педиатр. - 2013.- Т.42.-№6.- С. 7-13.
7. Бархатова Т.П. Нарушение функции щитовидной железы и беременность.// Акуш. и гин. - 2010.- №5.- С. 72-75.
8. Башмакова' Н.В., Заварзина Л.П., Глазкова Л.К., Головкин В.Д. Профилактика невынашивания беременности при урогенитальной инфекции у супругов.// Акуш. и гин.- 2019.- №4.- С. 14-17.
9. Байер Х. Некоторые аспекты профилактики и терапии угрожающих преждевременных родов.// Акуш. и гин.- 2001.- № 7.- С. 18-20.
- Ю.Бурлев В.А., Мамедалиева Н.М., Сидельникова В.М. Кислотно-основное состояние и газы крови у беременных с привычным невынашиванием на фоне метаболической терапии.// Акуш. и гин. — 2014.- №2.- С. 19- 24.
10. Вихляева Е.М., Василевская Л.Н. Миома матки. — М. — 1981.
11. Глебова Н.Н., Вехновский В.О. Акушерские травмы мягких родовых путей.// Акуш. и гин.-2000.- №2. - С. 64-65.
12. Глотова В.Я., Бенюк В.А. Прогнозирование преждевременных родов.// Материалы VI съезда акуш.- гинекологов. Казахстана. - 2000. С. 15-16.
13. Горина Л.Г., Раковская И.В. Микоплазмы: патология беременности и плода.// Новые тех. в акуш. и гин. - М.- 2010.- С. 150-151.
14. Дворянский С. А. Комплексный метод лечения и профилактика осложнений послеродовых травм, промежности. Автореф. дисс... канд. мед. наук.- 2010.- С.

- 15.Каюпова Н.А., Каюпова Л.С. Современные проблемы перинатологии.// Избранные клинические лекции по акуш. и гин. — Алматы.- 2009.- Т.2.- С. 6-26.
- 16.Кира Е.Ф., Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В. Невынашивание беременности. Санкт-Петербург.- 2011.- С. 40-41.,
17. Комиссарова Л.М. Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии.// Автореф. дисс... докт. мед. наук.- 2004.
- 18.Краснопольский В.И. Кесарево сечение. М.- 2011.- С. 18-45.
- 19.Кулаков В.И., Голубев В.А. Основные направления научных исследований по акушерству в 90-е годы.// Акуш. и гин. — 2018- №2.- С. 35.
- 20.Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. - М.- 2018.-С. 18-42.
- 21.Кулаков В.И. Новые медицинские технологии в сохранении и восстановлении репродуктивной функции женщины.// Новые технологии в акуш. и гин. - 2019.- С. 5-8.
- 22.Кушнаренко О.С., Ивашевская Р.Ф., Колпакова В.И. и соавт. Инфекция, как фактор преждевременных родов. // Материалы VI съезда акуш.- гинекологов. Казахстана. - 2020. С. 79-80.
- 23.Малышева Р.А. Комплексный метод перинатальной помощи недоношенным детям. Метод. Рекомендации.- Свердловск.- 2006.
- 24.Мамедалиева Н.М. Плацентарная недостаточность в клинике привычного невынашивания беременности.// Избранные клинические лекции по акуш. и гин. - Алматы.- 2018.- Т.2.- С. 80-107.
- 25.Мурашко Л.Е. Преждевременные роды (клиника, патогенез, тактика ведения преждевременных родов).// Автореф. дисс... докт. мед. наук.- М.- 2001.- 48с.
- 26.Никифоровский Н.К., Степанькова Е.А., Петрова В.Н. Покусаева В.Н. Профилактика и прогнозирование исходов преждевременных родов.// Новые тех. в акуш. и гин. -М.- 2012.- С. 101-102.
- 27.Николаев Н.Н., Подтетенев А.Д., Братчикова Т.В. и соавт. Анализ стероидов амниотической жидкости с целью поиска новых путей снижения

частоты аномалий родовой деятельности и перинатальной патологии.//Новые тех. в акуш. и гин. -М.- 2011.- С. 191-192.

28.Новиков Ю.И., Алипов В.И., Кошелева Н.Г. Угрожающие преждевременные роды. - М. - 2000.- С. 6-14.

29.Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных.- 2015.- С. 3-19.

30.Рыбалка А.Н., Вдовиченко Ю.П. Операция кесарево сечение в современном акушерстве.// Сов. Медицина.- 2018.- № 11.- С. 114-116.

31.Савельева Г.М. Акушерство и гинекология.// Руководство для» врачей и студентов. -М.- 2001.- С.309-314.

32.Савельева Г.М., Дживелегова Г.Д., Шалина Р.И. и др.// Гемореология в акушерстве. М.- 2018.- 224с.

33.Савельева Г.М., Блошанский Ю.М. Кесарево сечение в снижении перинатальной смертности и заболеваемости.// Акуш. и гин. - 2004.- № 3.- С. 9-13

34.Савельева Г.М. Руководство для врачей и студентов. Акушерство и гинекология. 2011.- С. 309-314.

35.Савельева Г.М. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь.// Акуш. и гин. — 2019.- №5.- С. 12-17.

36.Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство .М.- 2005.

37.Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. М. 1986.- С. 131-160.

38.Сидельникова В.М., Бурлев В.А., Бубнова Н.И. и соавт. Невынашивание беременности.// Акушер.гин. 2020.-№4.- С. 14-20.

39.Слепых А.С. Абдоминальное родоразрешение.- 2000.- С. 79-85.

40.Степанова Р.Н., Абдурахимова М.К., Расулова Х.А., Рустамова М.С. Факторы риска и прогнозирование преждевременных родов.// Акуш. и гин.- 2022.- №12.- 30-32.

41.Ступко А.И., Майко А.С., Горонацкая Д.Р. Новое акушерское промежуточное зеркало.// Вопросы охраны материн, и детства.- 2019.- Т.35.- №12.- С. 42-44.

- 42.Тютюнник В.Л. Акушерские осложнения и перинатальные исходы у пациенток с бактериальной и/или вирусной инфекцией.// Проблемы беремен. - 2000.- №2.- С. 51-55.
- 43.Чернова Н.Е. Некоторые данные о травматизме женщин в родах по Киргизской ССР.// Сов. здравоохран. Киргизии. - 2001.- №1.- С. 24-27.
- 44.Чернуха Е.А. Кесарево сечение - настоящее и будущее.// Акуш. и гин: — 2010.-№5.-С. 22-28.
- 45.Чернуха Е.А. Родовой блок. -М.: - 2015.- С. 270-307.
- 46.Шабалов Н.П., Люмибенко В.А., Пальчик А.Б., Ярославкий В.К. Асфиксия новорожденных. - 1999.- С. 3-5.
- 47.Энкин М, Кейрс М., Нейлсон Дж., Краутер К., Дьюли JL, Ходнет Э., Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. 2015.- С. 203-216, 322-332.
- 48.Abrams B., Altman S., Pickett K. Pregnancy weight gain: still controversial.// Am. J. Clin. Nutr.- 2010.- V. 71.- P. 1233-1241.
- 49.Alvarez-de-la-Rosa M., Rebollo F.J., Codoceo R. et al. Maternal serum interleukin 1,2,6,8 and interleukin-2 receptor levels in preterm labor and delivery.// Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod. Biolog. - 2011.- V. 88.-N 1.- P. 57-60.
- 50.Bennattar C., Taieb J., Fernandez H. et al. Rapid fetal fibronectin swab-test in preterm labor patients treated by betamimetics.// Inter. J. Gynec. Obstet. — 2016.- V. 72.-N2.- P.131-135.
- 51.Berkowitz G., Papiernik E. Epidemiology of preterm birth.// Epidemiol. Rev.- 2015.- V. 15.-P. 414-443.
- 52.Bianco A., Bhandarkar A., Kuczynski E., Rebarber A. et al. Cervical length and risk of preterm delivery among multiple gestations.// Am. J. Obstet. Gynecol. — 2020 V.182.-P. 121-128.
- 53.Boehm F.H., Glass C. A., Reed G.W. Prevention of Preterm Birth Role of Daily Telephone Contact.// J. Reprod. Med.- 2014.- V. 41.- P. 595-601.
- 54.Brion L.P., Primhak R.A., Yong W. Aerosolized diuretics for preterm infants with (or developing) chronic lung disease.// The Cochrane Library. Issue. 2.2020

55. Burke C., Morrison J.J: Perinatal factors and preterm delivery in an Irish obstetric population.// J. Perinatal Med.- 2015.- V. 28.- P.348-350.
56. Capuzzo E., Fazzi E., Cavallini A. et al. Preeclampsia, preterm delivery and infant cerebral palsy.// Inter. J. Gynec. Obstet. - 2017.- V. 77.- N 2.- P. 151155.
57. Carey J.C., Klebanoff M.A., Hauth J.C. et al. Metronidazole to prevent preterm delivery in pregnant women with asymptomatic bacterial vaginosis.// N. Engl. J. Med.- 2016.- V. 342.- P. 534-540.
58. Carmichael S., Abrams B. A critical review of the relationship between gestational weight gain and preterm delivery.// Obstet. Gynecol.- 2001.- V. 89.- P. 865-873.
59. Chamberlain G. Epidemiology and etiology of the preterm baby.// Clin. Obstet. Gynecol.- 2010.-V. 11.-P. 297-314.
60. Chard T., Penney G., Chalmers J. The risk of neonatal death in relation to birth weight and maternal hypertensive disease in infants born at 24-32 weeks.// Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod. Biolog. - 2011.- V. 95.-N 1.- P. 114-118.
61. Chien P.F., Ogston S., Owen Ph. The diagnostic accuracy of cervico-vaginal fetal fibronectin in predicting preterm delivery; an overview.// Br. J. Obstet. Gynecol.- 2015.- V. 104.- N.4.- P. 436-444.
62. Chen C.P., Berkowits G.S., Trived C.R. Risk factors for preterm birth in an upper-class Chinese population.// Europ. J. Obstet., Gynecol. Reproduc. Biology.- 2017.- V. 29.- 563-566.
63. Cooper R. Wein R., Casal D. A multicenter study of preterm births and gestational age-specific neonatal mortality.// Am. J. Obstet. Gynecol.- 2018.- V. 168.- P. 78-84.
64. Cnattingus S., Granath F., Petersson G. et al. The influence of gestational-age and smoking habits.on-the risk of subsequent preterm deliveries.// N. Engl. J. Med.-2014:- V. 341.- P. 943-948.
65. Crowley P. Prophylactic corticosteroids for preterm birth.// The Cochran Library.- Issue2- 209.
66. Crowther C.A., Moore V. Magnesium for preventing preterm* birth after threatened preterm labour.// The Cochran Library, issue 3.- 2010.- Oxford.

67. David M.S., McKenna M.C. Chung K. et al. Effect of Digital Cervical Examination on the Expression of Fetal fibronectin.// J. Reprod. Med.- 2010.- V. 44.- P. 796-800.
68. Demol S., Bashiri A., Furman B. et al. Breech presentation is a risk factor for intrapartum and neonatal death in preterm delivery.// Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod. Biolog. - 2018.- V. 93.-N 1.- P. 47-51.
69. Draper E.S., Manktelow B., Field S. et al. Prediction, of survival for preterm births by weight and gestational age: retrospective population based study.// BMJ.- 2018.-V. 319.-P. 1093-1097.
70. Enkin M., Keirse M., Renfrew M. Aguide to effective care in pregnancy and child birth.//Oxford Univer. Press. - 2020.- P: 21-79.
71. Evrard J.R., Gold E.M. Caesarean section.// Obstet. Gynecol. - 2012.- V. 34.- N2.-P. 133-145.
72. Faron G., Boulvain M., Irion O. et al. Prediction of preterm delivery by fetal fibronectin: A meta-analysis.// Obstet. Gynecol. - 2016.-V. 92.- P. 153-158.
73. Forest J.C., Masse J., Moutquin J.M. Maternal haematocrit and albumin as predictors of intrauterine growth retardation and preterm delivery.// Clin, biochemistry.- 2020.- V. 29.- P. 563-566.
74. Gardner M.O., Owen J., Skelly S. et al. Preterm delivery after indomethacin A risk factor for neonatal-complications?// J. Reprod. Med.- 2017.- V. 41.- 903906.
75. Goepfert A.R., Goldenberg R.L. Prediction of prematurity.// Current Opinion Obstet. Gynecol. - 2016.- V. 8.- N 6.- P. 427-429.
76. Goldenberg R., Iams J., Mercer B. et al. The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births.//Am.J. Public. Health.-2018.- V. 88.- P. 233-238.
77. Goldenberg R.L., Hauth J.C., Andrews W.W. Intrauterine infection and delivery.// N. Engl. J. Med.- 2017.- V. 342.- P. 1500-1507.
78. Hack M., Merkatz I.R. Preterm delivery and low birth weight dire legacy.// N. Endi. J. Med.- 2018.- N 333.- P. 1772-1774.

79. Hack M., Klein N., Taylor H.G. The long-term developmental outcomes of low-birth-weight infants.//*Future Child.*- 2017.-V. 5.-P. 176-196.
80. Hack M., Friefman H., Fanaroff A.A. Outcomes of extremely low birth weight infants.// *Pediatr.* - 2012.- V. 98.- P. 931-937.
81. Hack M., Fanaroff A.A. Outcomes of children of extremely low birth weight and gestational age on the 2016.// *Early Hum. Develop.*- 2001.- V. 53.- P. 193-218.
82. Hariow. B.L., Ferraz T., Forest J.C. Determinants of preterm delivery in low- risk pregnancy.// *J. Clin Epidem.*- 2016.- V. 49.- P. 441-448.
83. Hauth J.C., Goldenberg R.L., Andrews W.W. et al. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis.//*N. Engl. J. Med.*- 2014.- V. 333. 1732-1736.
- 84.Henriksen B.T., Hedegaard M., Secher N.J., et al. Standing at work and preterm delivery.// *Br. J. Obstet. Gynaecol.*- 2019.-N.102.- P. 198-206.-
- 85.Hickey C., Cliver S., McNeal S., et al. Prenatal weight gain patterns and spontaneous preterm birth among nonobese black and white women.// *Obstet. Gynecol.* - 2014.- V. 85.- P. 909-914.
- 86.Hillier S.L., Nugent R.P., Eschenbach D.A. et al. Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant.// *N. Engl. J. Med.*- 2015.-V. 333.- P. 1737-1742.
- 87.Holcberg G., Runnebaum I.B. Katz M. Pregnancy outcome after repeated blunt abdominal trauma.// *Inter. J. Gyneec. Obstet.* - 2013.- V. 80.- N 1.- P! 85-86.
- 88.lams J.D., Goldenberg R.L., Meis P.J. et al. The length of cervix risk of spontaneous premature delivery.// *N. Engl. J. Med.*- 2014.- V. 33-34.- P. 567572.
- 90.Irving R.J., Beiton N.R., Elton R.A. Adult cardiovascular risk in premature-babies.// *Lancet.*- 2017.- V. 355.- P. 2135-2136.
- 91.Jobé A.H. Pulmonary surfactant therapy.//*N. Engl. J. Med.*- 2020.-V. 328.- P. **861-868.**
- 92.Jobé A.H., Mitchell B.R., Gunkel J.H. Beneficial effects of the combined use of prenatal corticosteroids and postnatal surfactant on preterm infants.// *Am. J. Obstet. Gynecol.*- 2010.- V. 168.- P. 508-513.

93. Joesoef M.R., Schmid G.P. Bacterial vaginosis: review of treatment options and potential indications for therapy.// *Clin. Inf. Dis.* - 2013.- V. 20.- S72-S79.
94. Keirse M.J. New perspectives for the effective treatment of preterm labour.// *Am. J. Obstet. Gynecol.*- 2013.- V. 173.- P. 618-628.
95. Key S.L., Elliott J.P. Vaginal Level Pessary in Patients with Multiple Gestation, preterm Labor and Low Fetal Station a Report of Three Cases.// *J. Reprod. Med.*- 2014.- V. 42.- P. 751-755.
96. King J.F., Grant A., Keirse M.J. et al. Beta-mimetics in preterm labour: an overview of the randomized controlled trials.// *Br. J. Obstet. Gynaecol.*-2019.- V. 95.-N.3.- P. 211-222.
97. Kottgen E-, Dudenhausen J.W., Hampel D:J. et al. Fetal fibronectin as a marker for an imminent (preterm) delivery. A new technique using the glycoprotein lectin immunosorbent assay.// *J. Immun. Methods.*- 2018.- V. 224.- N 1-2.- P: 31-42.
98. Lang J.M., Lieberman E., Cohen A. A Compe of risk factors for preterm labor and to small-for-gestational-age birth.// *Epid.* - 2013.- V. 7.- P. 369-376.
99. Lamont R.F. New approaches in the management of preterm labour of infective aetiology.//*Br. J. Obstet. Gynaecol.*- 2018.- V. 105.- P. 134-137.
100. Lamont R.F., Fisk N.M. The role of infection in the pathogenesis of preterm labour. In: Studd JWW, ed. *Progress in obstetrics and gynaecology.* — V. 10 London: Churchill Livingstone.- 2017.-P. 135-158.
101. Lamont R.F. Antibiotics for the prevention of preterm birth (editorial).// *N. Engl. J. Med.*- 2018.- V. 342.- P. 581-613.
102. Lee M.J., Wong S., O'NeilhL., Bianco A. et al..Racial variation in cervical length and preterm delivery.// *Am. J. Obstet. Gynecol.* - 2019.- V. 182.- P. 7376.
103. Leeson S.C., Maresh MJ.A. et al. Detection of fetal fibronectin as a predictor of preterm delivery in high risk symptomatic pregnancies.//*Br. J. Obstet. Gynecol.*- 2011.- V.103.- P. 48.

104. Lockwood C.J., Senyei A.E., Dische M.R. et al. Fetal fibronectin-in cervical and vaginal secretions as a predictor of preterm delivery.// *N. Engl. J. Med.*- 2015.- V. 325.- P. 669-674.
105. Lockwood C.J., Wein R., Lapinsk R., Casal D. et al. The presence of cervical and vaginal fetal fibronectin predicts preterm delivery in an inner-city obstetric population.// *Am. J. Obstet: Gynecol.* - 2014.- V. 169.- P. 798-804.
106. Lockwood C .J. The diagnosis of preterm labor and the prediction of preterm delivery.// *Clin. Obstet. Gynecol.*- 2021.- V. 38.- P. 675-687.
107. Lockwood C.J. Stress-associated preterm delivery: the role of corticotropin-releasing hormone.// *Am. J. Obstet. Gynecol.*- 2010.- V. 180.- P. 264-266.
108. Lockwood C.J., Kuczynski E. Markers of risk preterm delivery.// *J. Perinatal Med.* - 2004.- V. 27.- P. 5-20.
109. Lumley J. The association between prior taneous abortion, prior induced abortic preterm birth in first singleton births.// *Prenat. Neonat. Med.*- 2013.- V. 3.- P. 21-24.
110. Madsen H., Hansen E.S., Uldbjerg N. et al. Chrioamniotic membranes constitute a competent barrier to group b streptococcus in vitro.// *Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod. Biolog.* - 2012.- V. 83.-N 2.- P. 165-169.
111. Mavalankar D.V., Gray R.H., Trived C.R. Rick factors for preterm and term low birth weight in Ahmedabad, India.// *Inter. J. Epidem.* - 2013.- V. 29.- P. 263-272.
112. McDonald H.M., O'Loughlin J.A., Vigneswaran R. et al. Impact of metronidazole therapy on preterm birth in women with bacterial vaginosis flora (*Gardnerella vaginalis*): a randomised, placebo controlled trial.// *Br. J. Obstet Gynaecol.*- 2015.-V. 104.-P. 1391-1397.
113. McGregon J.A., French F.G., Xawellin D., Fodd F.K. Preterm* birth and infection: pathogenic possibilities.// *Amer.J. Repr. Immunol.*- 2016.- V. 16.- P. 123-132.
114. Meis P.J., Ernest J.M., Moore M.J. Causes of low birth weight births in public and private patients.// *Am. J. Obstet. Gynecol.*- 2011.- V.156.- N. 5.- P. 1165-1168.

115. Melissa M., Adams Ph.D., Laurie D. et al. Rates of and factors associated with recurrence of preterm delivery.// JAMA.- 2012.- V. 283.- N. 12.- 15911596.
116. Mercer B.M., Miodovnik M., Thurnau G.R. et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes: a randomized controlled trial.// JAMA.- 2012.- N. 278.- P. 989995.
117. Mongelli M., Gardosi J. Birth weight, prematurity and accuracy of gestational age.// Inter. J. Gynec. Obstet. - 2010.- V. 56.- N 3.- P. 251-256.
118. Morales W.J., Schorr S., Albritton J. Effect of metronidazole in patients with preterm[^] birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis: a placebo controlled, double-blind study.// Am. J. Obstet. Gynecol.- 2014 1- V. 171.- P. 345-349.
119. Morrison J J., Rennie J.M. Clinical, scientific and ethical aspects of fetal and neonatal care at extremely preterm periods of gestation.// Br. J: Obstet. Gynaecol.- 2012.-V. 104'.-P. 1341- 1350:
120. Oleszczuk J., Wawrzycka B., Maj J.G. Interleukin-6 and neopterin levels in serum of patients with preterm labour with and without infection.// Inter. J. Gynec. Obstet. - 2015.- V. 74,- N 1.- P. 27-30.
121. Olsen P., Laara E., Rantakallio P. et al. Epidemiology of preterm delivery in two birth cohorts with an interval of 20 years.// Am. J. Epidemiol.- 2017.- V. 142.-P. 1184-1193.
122. Onderoglu L.S. Digital examination and transperineal ultrasonographic measurement of cervical length to assess risk of preterm delivery.// Inter. J. Gynec. Obstet. - 2013.- V. 59.- N 3.- P. 223-228.
123. Pickering R.M., Deeks J J. Risks of deliver 20-th to the 36-th week of gestation.// Inter. Epidemiology.- 2019.- V. 20.- P. 456-466.
124. Prazuck T., Kohl S., Masse J. Risk factors for preterm delivery in Burkina Faso.//Inter. J. Epidem.- 2013.- V. 22.- P. 489-494.
125. Roberts J.M., Lain K.Y. Preterm birth and pre-eclampsia - bad new and good news.//Lancet.- 2015.- V. 22.- P. 352-358.
126. Rush R.V. Predictor of preterm delivery in high risk symptomatic pregnancies. //Brit. Med. J. - 2020.- V.2.-N 6042.- P. 965-968.

127. Rust O.A., Perry K.G., Andrew M.E. et al. Twins and Preterm Labor.// J. Reprod. Med.- 2010.- V. 42.- P. 229-234.
128. Schieve L.A., Cogswell M.E., Scanlon K.S. Pregnancy body mass index and pregnancy weight gain: associations with preterm delivery.// Obstet. Gynecol. - 2013.- V. 96.-P. 194-200.
129. Schouwink M.II. Standing at work and preterm delivery.// Ned. Tijdschr. Geneesk; — 2010.- V. 24.- P: 139.
130. . Schreiber R., Shoham-Vardi Ii, Katz Ml et al.. Meconium stained amniotic fluid? in preterm delivery is an independent risk factor for perinatal complications.// Inter. J. Gynec. Obstet. - 2010.- V. 82.- N 1.- P. 9-13.
131. Shoham-Vardi I., Vardi H., Mazor M. et al. Perinatal: outcome and peripartum complications in preterm singleton and twins deliveries: a comparative study.// Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod. Biolog; - 2014.- V. 87.-N1.-P. 55-61.
132. Skentou C., Cicero S., Liao A.W., et al; Cervical length at 23 weeks in triplets: prediction of spontaneous, preterm delivery.// Ultrasound; Obstet Gynecol.- 2015.- V. 16.-N.6.- P. 515-518.
133. Smith G;N.,Kingdom J.C., Penning D.H. et al. Antenatal;corticosteroids: is more better?// Lancet.- 2019.- V. 355.- P. 251-252.
- 134; Sonek J., Shellhas C. et al. Cervical sonography: a¹ review.// Ultrasound Obstet. Gynecol.- 2013.- V. 11.- P. 71-78. •
135. Taylor D., Kenyon S., Tarnow-Mordi W. Infection and preterm labour.//Br. J; Obstet. Gynaecol. - 2011.- V. 104.- P. 1338-1340. b
136. Tolino A., Ronsini S., Zullo F. et al; Fetal fibronectin as a screening test for premature delivery in multiple pregnancies.// Inter. J. Gynec. Obstet. — 2015.- V. 52.-N 1.-P.3-7.
137. Vatche A., Minassian M., Dünn M. Recurrent Sacculation of the Pregnant Uterus.// J; Reprod; Med.- 2016.- V. 45.- P. 1003-1006.
138. Vendittelli F., Volumenie J.L. Transvaginal ultrasonography examination of the uterine cervix in hospitalized women undergoing preterm labour.// Eur. J. Obstet. Gynec. and Reprod; Biolog. - 2016.- V. 90.-N 1.- P. 3-11,

139. Wilkins I., Greasy R. Preterm labor.// Clin. Obstetr. Gynecol.- 1990;- V.33.- P. 502-513.
140. Wilkinson C., Mcliwaine et al. Is a rising caesarean section rate: inevitable? // Br. J. Obstet. Gynecol. - 2014.- V. 105.- P. 45-52.
141. Windham G.C., Hopkins B., Fenster L., et al. Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight.// Epidemiology.- 2020.- V. 11.- N.4.- P. 427-433.
142. Yoon B.H., Kim C J., Romero R. et al. Experimentally induced intrauterine infection causes fetal brain white matter lesions in rabbits.// Am. J. Obstet. Gynecol. - 2010.- V. 177.- P. 797-802.
143. Zalar R. W. Early cervical length, preterm prelabor and gestational age at delivery: is there a relationship?// J. Reprod. Med.- 2020.- V. 43.- P. 10271033.
144. Zhou W., Sorensen H.T., Olsen J. Induced abortion and subsequent pregnancy duration.// Obstet. Gynecol.- 2013.- V. 94.- N.6.- P. 948- 953.
145. Zhou W., Sorensen H.T., Olsen J. Induced abortion and low birth in the following pregnancy.// Inter. J. Epidemiolog.- 2014.- V. 29.- N.I.- P. 100-106.

