Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasının diaqnostika və müalicəsi üzrə KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2011

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 10 may 2011-ci il tarixli
20 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

DÖL QİŞALARININ VAXTINDAN ƏVVƏL CIRILMASININ DİAQNOSTİKA VƏ MÜALİCƏSİ ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı – 2011

57.16
D 83

D 83 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasının diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. – 19 səh.
Klinik protokol ABŞ-ın Beynəlxalq İnkişaf Agentliyi tərəfindən maliyyələşdirilən "İlkin Səhiyyə Xidmətlərinin Gücləndirilməsi" (İSXG) Layihəsi çərçivəsində Abt Associates Inc şirkətinin dəstəyi ilə işlənib hazırlanmışdır.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibatçı heyəti:

F.Əliyeva – Səhiyyə Nazirliyi ET Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, dosent, t.e.n.

E.Əliyeva – Azərbaycan Tibb Universiteti, III Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

İ.Tağiyeva – Azərbaycan Tibb Universiteti, II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.e.n.

L.Məmmədova – Azərbaycan Tibb Universiteti, I Mamalıq-ginekologiya kafedrasının assistenti, t.e.n.

A.Bədəlova – Səhiyyə Nazirliyinin ET Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu, Mamalıq şöbəsi, elmi işçi

Ş.Rəhimova – Səhiyyə Nazirliyinin Respublika Perinatal Mərkəzi, həkim mama-ginekoloq

S.Qazıyeva – Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsi, həkim-metodist

Rəyçilər:

R.Nadişauskiyene – ÜST-nin Reproduktiv Sağlamlıq və Tədqiqatlar üzrə Avropa Regional Şurasının sədri, Britaniya Krallığının Mamalıq və Ginekologiya Kollecinin üzvü, professor, t.e.d.

H.Bağırova – Azərbaycan Tibb Universiteti, II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.

L.Rzaquliyeva – Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.e.n.

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

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

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	• RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	• Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud • Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	• Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	• Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

İxtisarların siyahısı:

AMİ – Amniotik Mayenin İndeksi

DBP – Dölün Biofizik Profili

DQVƏC – Döl Qişalarının Vaxtından Əvvəl Cırılması

FFN – Fetal Fibronektin

XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı (10-cu baxış)

KK – Keysəriyyə Kəsiyi

KTQ – Kardiotokoqrafiya

RDS – Respirator Distress Sindromu

RKT – Randomizasiya olunmuş Klinik Tədqiqatlar

USM – Ultrasəs Müayinəsi

ÜYT – Ürək Yığılmalarının Tezliyi

ÜST – Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı

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

Pasiyent qrupu: Dol qişalarının vaxtından əvvəl cırılmasına şübhə olan hamilə qadınlar.

Protokolun məqsədləri:

- DQVƏC vəziyyətləri ilə bağlı mövcud olan diaqnostika və müalicə üsullarının effektivliyinin qiymətləndirilməsi
- DQVƏC ilə hamiləliyin aparılmasına dair praktik tövsiyələrin təklif edilməsi

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması (DQVƏC) – müntəzəm doğuş fəaliyyəti olmadan döl qişalarının özbaşına cırılması və dölyanı mayenin axması.

Hamiləlik müddətinin 37-ci həftəsinə qədər, müntəzəm doğum fəaliyyəti olmadan döl qişalarının özbaşına cırılması və dölyanı mayenin axması - **yetişməmiş hamiləlik** zamanı DQVƏC.

Hamiləliyin 37-ci həftəsi və daha artıq müddətində doğum fəaliyyəti başlayana qədər döl qişalarının spontan cırılması və dölyanı mayenin axması - **yetişmiş hamiləlik** zamanı DQVƏC.

DQVƏC- 10% hallarda hamiləliyin gedişini ağırlaşdırır ki, onlardan 3% hamiləliyi 37 həftəlik müddətinə qədər olan qadınların payına düşür. DQVƏC 1/3 (25-44%) hallarda vaxtından qabaq doğuşlara səbəb olur.

Bunun nəticəsində baş verən neonatal ölümün səbəbləri aşağıdakılar ola bilər:

- ✓ yarımçıqlıq
- ✓ sepsis
- ✓ dölün respirator distress sindromu

DQVƏC–in səbəbi əksər hallarda infeksiya olur. Səbəb başqa amil olsa da, qalxan infeksiyanın prosesə qoşulması nəticəsində xorioamnionit baş verə bilər.

Ana tərəfdən risk amilləri

- Qadının əvvəlki hamiləliklərində DQVƏC halları
- Urogenital infeksiya, xorioamnionit
- İstmiko-servikal çatışmazlıq
- Anamnezində uşaqlıq boynunda keçirilmiş əməliyyat
- Hamiləlik zamanı qanaxma (cift gəlişi və ya ciftin vaxtından əvvəl qopması
- Uşaqlığın inkişaf qüsurları (iki buynuzlu uşaqlıq, yəhərvari uşaqlıq)
- Çoxsululuq
- Çoxdöllü hamiləlik
- Zərərli vərdişlər (siqaret, narkotiklər, spirtli içkilər)

Döl tərəfdən risk amili:

- Döldə inkişaf qüsurları

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

042 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
042.0 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması və növbəti 24 saat ərzində doğuşun başlanması
042.1 Döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması və 24 saatlıq susuz dövrdən sonra doğuşun başlanması
042.2 Aparılmış müalicə ilə bağlı doğuşun ləngiməsi və döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
042.9 Döl qişalarının dəqiqləşdirilməmiş vaxtından əvvəl cırılması

DQVƏC-nin KLİNİK ƏLAMƏTLƏRİ

Hamilə qəflətən uşaqlıq yolundan mayenin axmasını qeyd edir. Bəzən qadın bunu sidiyi saxlaya bilməməklə əlaqələndirir.

DİAQNOSTİKA

1. Uşaqlıq boynunun güzgülərlə müayinəsi

DQVƏC şübhəsi olduqda uşaqlıq yolunun bimanual (barmaq ilə) müayinəsindən çəkinmək lazımdır (B). Aktiv doğum fəaliyyəti istisna halı sayılır. Bimanual müayinə zamanı uşaqlıq yolundan uşaqlıq daxilinə infeksiyanın keçməsi nəticəsində uşaqlıq daxili infeksiyalaşma, prostaqlandinlərin hasili ilə vaxtından əvvəl doğum fəaliyyətinin başlanması mümkündür.

Güzgülərlə müayinə aseptik şəraitdə ginekoloji masada aparılmalıdır (**B**). DQVƏC–dən xeyli müddət keçmişdirsə, müayinədən əvvəl qadın arxası üstə 20-30 dəqiqə ərzində uzanmalıdır. Servikal kanaldan süzülən və ya arxa tağda yığılan maye diaqnozu təsdiqləyir.

Diaqnozun qoyulmasında çətinlik olarsa, qadından öskürmək və ya üngül gücənmək xahiş olunur. Bu zaman döl qişalarının cırılması varsa, xarici dəlikdən dölyanı mayenin axdığı görünür.

Pasiyentə təmiz altlıq verilir, dölyanı mayenin miqdarı və xarakteri qiymətləndirilir.

2. Kristalizasiya testi (ayıdöşəyi (paporotnik) simptomu)

Uşaqlıq yolundan bir qədər maye əşya şüşəsinə yaxılır və qurudularaq, mikroskop altında tədqiq olunur. Amniotik mayedəki duzların kristallizasiyası nəticəsində tədqiq olunan material ayıdöşəyi (paporotnik) şəklini alır.

3. Nitrozin testi

Amniotik mayenin pH > 7.0 olmalıdır (bakterial vaginoz və / və ya qanlı ifrazat yoxdursa).

Güzgülərlə müayinədə nitrozin kağızı sıxac ilə tutularaq güzgü səthində yığılan mayeyə yaxınlaşdırılır. Kağızın rənginin sarıdan göyə dəyişməsi qələvi reaksiyasını (amniotik maye olduğunu) göstərir.

4. Ultrasəs müayinəsi

Amniotik mayenin indeksi 80 mm-dən aşağı və ən dərin cibin vertikal ölçüsünün 20 mm-dən az olması oliqohidroamnionun olduğunu göstərir (**B**).

Dölün hestasiya yaşı mümkün qədər dəqiqliklə təyin olunmalıdır.

DQVƏC-nin DİFERENSİAL DİAQNOSTİKASI

Diferensial diaqnostika aşağıdakılarla aparılır:

- ✓ Sidiyin axması (sidiyi saxlaya bilməmək)
- ✓ Uşaqlıq yolundan fizioloji ifrazatın həddindən çox olması
- ✓ Patoloji ifrazat ilə müşahidə olunan vaginit və ya servisit

DQVƏC zamanı hamilənin müvafiq səviyyəli mamalıq stasionarına köçürülməsi

DQVƏC zamanı ana və dölün vəziyyətindən, hestasiya müddətindən asılı olaraq, hamilə qadın ixtisaslaşdırılmış yardımı göstərə biləcək müvafiq səviyyəli mamalıq stasionarına köçürülməlidir:

Hamiləliyin 34 həftəsinə qədər – III səviyyəli stasionara köçürülməlidir.

Hamiləliyin 34-37 həftəsinə qədər – II və ya III səviyyəli stasionara köçürülməlidir.

Hamiləliyin müddətindən asılı olmayaraq, xorioamnionit zamanı hamilə qadın III dərəcəli stasionara köçürülməlidir.

Hamilənin müvafiq stasionara köçürülməsindən əvvəl görüləcək tədbirlər

DQVƏC dəqiqləşdirib, kliniki situasiyanı qiymətləndirildikdən sonra müvafiq stasionara köçürülməzdən əvvəl, hamiləyə aşağıdakı təyinatlar verilməlidir:

- ✓ İlkin doza kortikosteroid –hamiləliyin müddəti 34 həftədən az olarsa
- ✓ Tokolitik (nifedipinə daha üstünlük verilir) – göstərişə görə
- ✓ Antibiotiklər(susuz dövrün müddəti və kliniki simptomlar nəzərə alınmalıdır).
  Antibiotiklərin təyinindən əvvəl bakterioloji müayinə üçün materialın götürülməsi vacibdir.

Hamilənin köçürüləcəyi müəssisəni xəbərdar etmək vacibdir.

Hamiləlik hansı müddətə qədər uzadıla bilər?

DQVƏC hamiləliyin 34-cü həftəsinə qədər baş verirsə, ana və döl tərəfindən heç bir əks göstəriş yoxdursa, spontan doğum fəaliyyəti başlayana qədər hamiləlik uzadıla bilər.

Hestasiya müddəti 34 həftə və daha artıq olduqda dölyanı mayenin axması davam edirsə və ya bu müddətdə təyin olunursa – hamiləliyi başa çatdırmaq planlaşdırılmalıdır.

NƏZARƏT

1. Hamilənin vəziyyəti (xorioamnionit simptomlarını nəzərdən qaçırmamaq üçün)

- Bədən hərarəti və nəbzin sayı - gündə 2 dəfə
- Uşaqlıq yolu ifrazatının miqdarı və xüsusiyyəti – hər gün
- Uşaqlığın tonusu, ağrılı olması və uşaqlığın yığılmaları – hər gün
- Qanda leykosit və C-reaktiv zülalın miqdarını təhlil etməli - həftədə 1 dəfədən az olmayaraq, göstəriş olduqda daha tez
- Qanda leykosit və C-reaktiv zülalın miqdarını təhlil etməli
- β-hemolitik streptokokun aşkarlanması üçün uşaqlıq yolunun aşağı üçdə bir hissəsindən və eyni zamanda anorektal nahiyədən materialın bakterioloji müayinəsi
- Uşaqlıq boynundan materialın bakterioloji müayinəsi
- Sidik axarı yollarının infeksiyasına şübhə olduqda sidiyin bakterioloji müayinəsi.

Xorioamnionitin kliniki simptomları:

- ✓ Anada hərarətin yüksəlməsi (> 38°C)
- ✓ Döldə taxikardiya (>160 vurğu/dəq)
- ✓ Anada taxikardiya (>100 vurğu/dəq)
- ✓ Uşaqlıq yolundan irinli iyli ifrazat
- ✓ Uşaqlığın tonusunun artması

Xorioamnionit zamanı qadın III-cü dərəcəli stasionara köçürülməlidir. Xorioamnionit doğuşu təcili başa çatdırmaq üçün mütləq göstərişdir. Keysəriyyə əməliyyatı üçün əks göstəriş hesab olunmur.

2. Dölün vəziyyətinə nəzarət:

- Gündə iki dəfə dölün hərəkətlərinin qiymətləndirilməsi (30 dəqiqə ərzində 5 hərəkətdən az olmamalıdır, əks halda nəzarət 1 saat ərzində aparılmalıdır)
- Qeyri-stress test (KTQ) ən az həftədə 1 dəfə
- Həftədə 1 dəfədən az olmayaraq, amniotik mayenin indeksinin (AMİ) qiymətləndirilməsi ilə dölün biofiziki profilinin (DBP) qiymətləndirilməsi
- Dopplerometriya (DBP < 8 bal və ya AMİ azaldığı hallarda)

MÜALİCƏ

Yenidoğulmuşda RDS-in profilaktikası məqsədilə hamiləyə 1 kurs kortikosteroid təyin edilir (A).

- ✓ 24 mq betametazon (12 mq ə/d hər 24 saatdan bir - 2 doza) (**A**) və ya
- ✓ 24 mq deksametazon (6 mq ə/d hər 12 saatdan bir - 4 doza) və ya
- ✓ 24 mq deksametazon (12 mq ə/d hər 12 saatdan bir - 2 doza)

Tokolitiklər:

Qısa müddətli tokoliz kortikosteroidlərin terapevtik effektini əldə etmək və/ və ya hamilənin müvafiq stasionara köçürülməsi üçün aparılır (A).

Tokolitiklər 48 saatdan artıq müddətə təyin olunmur (**B**).

Tokoliz nifedipin (korinfar, adalat) və β-mimetiklərlə aparılır, bu dərmanları əks-göstəriş olduğu halda indometasinin qəbulu mümkündür. İndometasin 100 mq rektal suppozitoriya 12 saatdan bir verilir. İki doza adətən kifayət olur. Ümumi doza 4 dozadan çox olmamalıdır (48 saatdan çox olmamalıdır). Və ya 50 mq per os, sonra isə 25-50 mq hər 4-6 saatdan 2 gün ərzində 32 həftəyə qədər.

Nifedipinin əlavə təsiri az olduğundan onun təyini daha məqsədəuyğundur (**A**).

Nifedipin ilk 1 saat ərzində uşaqlıq yığılmaları dayananadək 10 mq dilin altına hər 15 dəqiqədən bir təyin olunur. Uşaqlıq yığılmalarının aktivliyini nəzərə alaraq, nifedipinin dozası gündə 60-160 mq qədər (təzyiqi və nəbzi nəzarətdə saxlamaqla) artırıla bilər.

Tokoliz üçün β-mimetiklər vena daxilinə yeridilməlidir (məsələn, heksoprenalin ginipral 10 mkq dozada v/d 500 ml fizioloji məhlulla birgə infuziyada çox asta - 0.3 mkq/dəq (dəqiqədə 6-8 damcı). Müalicə müddəti 48 saatdan çox olmamalıdır.

Profilaktik tokoliz aktiv doğum fəaliyyəti olmayan qadınlara tövsiyə olunmur (A). Aktiv doğum fəaliyyəti – uşaqlıq boynunun struktur dəyişiklikləri ilə müşayiət olunan, uşaqlığın 10 dəqiqə ərzində 3 və daha çox müntəzəm yığılmalarıdır.

Antibiotiklər:

Benzilpenisillin 3 milyon (1,8 qr) gündə 3 dəfə v/d yeridilir. Bakterioloji müayinədə β-hemolitik streptokok olmasa, eritromisinə keçmək olar – 7 gün ərzində gündə 3-4 dəfə 250-500 mq daxilə qəbul edilə bilər.

Antibiotiklərin ümumi kursu 7 gün olmalıdır.

Bakterioloji müayinədə B qrup β-hemolitik streptokok aşkar olarsa, əvvəl aparılan müalicədən asılı olmayaraq vaginal doğuş zamanı penisillin qrupu antibiotiklərilə müalicə davam edilməlidir (**A)**.

β-hemolitik streptokok DQVƏC-in tez-tez rast gələn səbəblərindən olduğu üçün, müayinə olunmayan hamilələrdə doğuş zamanı β-hemolitik streptokokkun antibiotiko-profilaktikası aparılmalıdır.

Doğuş zamanı B qrup streptokokun antibiotiklə profilaktikası

2-4 q benzilpenisillin doğum fəaliyyəti başlanan kimi və sonra hər 4 saatdan bir 1-2 q olmaqla doğuş başa çatana qədər v/d yeridilir

və ya

2 q ampisillin ilk doza kimi doğum fəaliyyəti başlanan andan və sonra hər 4 saatdan bir 1.0 q olmaqla doğuş başa çatana qədər v/d yeridilir.

Göstərilən dərmanlara allergik reaksiya olduğu halda:

- ✓ 900 mq klindamisin (per os) doğuş başladıqdan dərhal sonra və hər 8 saatdan bir doğuş başa çatana qədər.
- ✓ 500 mq eritromisin (per os) doğuş başladıqdan sonra və hər 6 saatdan bir doğuş başa çatana qədər.

Xorioamnionit əlamətləri olduqda:

β-laktam qrupu antibiotiklərindən 1-2 q (v/d) hər 6 saatdan bir, metronidazol 500 mq (v/d) hər 8 və ya 12 saatdan bir və gündə 240 mq (ə/d) gentamisin (gentamisin sulfat) təyin edilir.

TAKTİKA

Hamiləliyin 28-34 həftəsi:

- Kortikosteroidlər
- Tokolitiklər
- Antibiotiklər
- Neonatoloqun konsultasiyası
- Xorioamnionit əlamətləri yoxdursa və dölün vəziyyəti kafidirsə, hamiləlik uzadıla bilər. Bu halda qadını seçimin risqi və üstünlükləri barəsində məlumatlandırmaq vacibdir.
- Xorioamnionit əlamətləri varsa – doğuşu başa çatdırmaq lazımdır. Uşaqlıq boynu yetişməmişdirsə prostaqlandinlərdən, yetişmişdirsə – v/d oksitosindən istifadə olunur. Təbii yolla doğuşa üstünlük verilməlidir.

Hamiləliyin 34-37 həftəsi:

- Kortikosteroidlər – gərəksizdir
- Tokolitiklər – individual yanaşma ilə təyin edilməlidir
- Neonatoloqun konsultasiyası
- Doğuş başa çatana qədər antibiotiklər təyin edilir.

Hamiləliyin 34-cü həftəsində hamiləliyi başa çatdırmaq imkanlarını nəzərdən keçirmək lazımdır (B).

DQVƏC yetişmiş hamiləlikdə (37 həftəlik və daha artıq müddəti)

Yetişmiş hamiləlikdə doğuşu dərhal induksiya etmək olar və ya spontan doğuş fəaliyyətini gözləmək məqsədilə qadın 24 saat ərzində nəzarət oluna bilər (**A**).

Doğuşun induksiyası və ya stimulyasiyası zamanı dölün vəziyyəti və uşaqlığın yığılmaları mütləq kardiomonitor nəzarəti altında aparılmalıdır.

PASİYENT ÜÇÜN MƏLUMAT

DQVƏC zamanı nə baş verir?

Dölü əhatə edən dölyanı maye uşaqlıq yolundan axa bilər. Bu mayedə göbək ciyəsi yerləşir və mühafizə olunur. Əgər mayenin axması baş verərsə, göbək ciyəsi döllə uşaqlıq divarı arasında sıxıla bilər. Bu da beynin zədələnməsi, hətta dölün ölümünə səbəb ola bilər.

DQVƏC zamanı hamilələrdə hansı əlamətlər olur?

Uşaqlıq yolundan suyun axmasını və ya uşaqlıq yolu nahiyəsinin nəm olmasını hiss etdiyiniz zaman yaxşı olar ki, həkimə müraciət edənə qədər altlıq qoyub, ifrazatın iyinə, rənginə fikir verəsiniz.

DQVƏC zamanı hansı fəsadlaşma ola bilər?

Nadir hallarda göbək ciyəsi uşaqlıqdan uşaqlıq yoluna düşür, bu da öz növbəsində ciddi problemlərə gətirib çıxarır. Eləcə də infeksiya uşaqlığa və dölyanı mayeyə keçə bilər. Bu zaman uşaqlığın infeksiyalaşması və xorioamnionit yaranması baş verə bilər.

İnfeksiyalaşmanın əlamətləri:

- titrətmə
- hərarətin artması
- uşaqlıq yolundan yaşılımtıl, pis qoxulu ifrazat
- ağrı

Bu hallarda mütləq həkimə müraciət etmək lazımdır!

DQVƏC baş verdikdə nə etməlisiniz?

Həkimə müraciət edib, baş verənləri təfərrüatı ilə danışın!

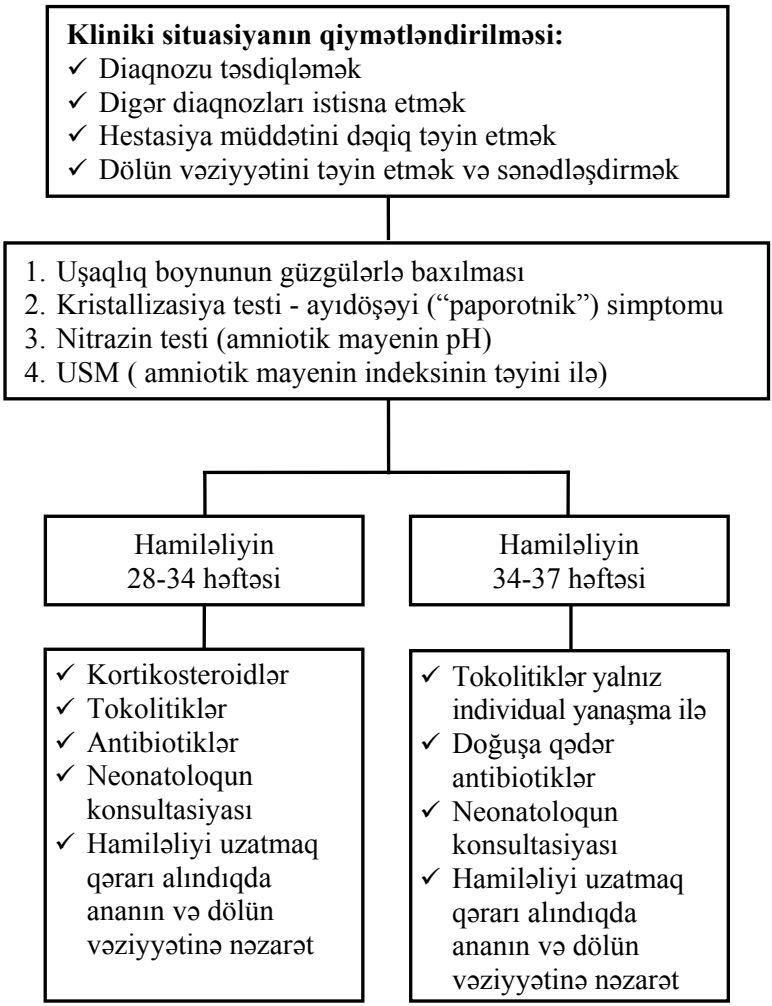
Həkim ətraflı müayinə (güzgülərlə, xüsusi testlərlə və USM) apardıqdan sonra sizə dölün vəziyyəti və hamiləliyin aparılma taktikası barədə məlumat verməlidir.

Eyni zamanda, hamiləlik dövrü uzadılırsa, siz lazımi müayinələr aparılmaqla həkim nəzarətində olmalısınız. Həmçinin doğum əlamətlərinə və dölün ürək döyüntülərinə nəzarət edilməlidir.

Lazım olduqda həkim müalicə təyin etməli və ya doğuş cərrahi yolla başa çatdırılmalıdır.

Doğuşu başa çatdırmaq lazım gələrsə, həkim seçilmiş taktikanın məqsədi, aparılan tədbirlər barədə sizi maksimum məlumatlandırmalıdır.

DQVƏC-nin diaqnostika və müalicə alqoritmi



Ədəbiyyat:

1. Abou El Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD008053. DOI: 10.1002/14651858.CD008053. pub 2.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature rupture of membranes. ACOG practice bulletin; No.1, 1998. Current as of December 2004.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Premature rupture of membranes. ACOG practice bulletin; No.80, April 2007.
4. Cenmers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Revised Guidelines from CDC 2002.
5. Di Renzo GC, Roura LC. The European Association of Perinatal Medicine-Study Group on Preterm Birth, authors. Guidelines for the management of spontaneous preterm labor. *J Perinat Med.* 2006; 34: 359–366. [PubMed]
6. High Risk Pregnancy - Management Options. D.K.James, P.J.Steer, C.P.Weiner, B.Gonik. 1824 p, 3rd edition, 2005
7. Induction of labour. Clinical Guideline. Funded to produce guidelines for the NHS by NICE. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Preterm prelabour rupture of membranes. July 2008.
8. Integrated Management of Pregnancy And Childbirth. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. WHO/RHR/00.7. 2000.
9. Kenyon S, Boulvain M. Antibiotics for preterm premature rupture of membranes. In: The Cochrane Library, Issue 2, 2007. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. Search date 2003. [PubMed]

10. Outcomes following prolonged preterm premature rupture of the membranes N J Everest, S E Jacobs, P G Davis, et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008 93: F207-F211 originally published doi: 10.1136/adc.2007.118711online July 27, 2007.
11. Premature Rupture of Membranes Author: Allahyar Jazayeri, MD, PhD, FACOG, DACOG, FSMFM, Women Specialty Care, Green Bay WI; Medical Director of Perinatal Services, Bellin Health Hospital Center Contributor Information and Disclosures Updated: May 7, 2010.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Antenatal Corticosteroids to Prevent Respiratory Distress Syndrome. Guideline No.7, RCOG Press, February 2004.
13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of Labour. Evidence-based Clinical Guideline No.9, 2001.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Preterm Prelabour Rupture of Membranes. Guideline No.44, RCOG Press, November 2006.
15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Prevention of Early Onset Neonatal Group B Streptococcal Disease. Guideline No.36, November 2003.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Tocolytic drugs for women in preterm labour. Guideline No.1(B), October 2002.
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. When your waters break early (preterm prelabour rupture of membranes). Information for you. March 2008.
18. Клинический протокол «Дородовое излитие вод». Институт Здоровья Семьи, Россия совместно с Агентством США по международному развитию. Проект «Мать и дитя». 2008 г. 3-е издание.