Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2011

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

VAXTINDAN ƏVVƏL DOĞUŞLAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı – 2011

57.16
V 16

V 16 Vaxtından əvvəl doğuşlar üzrə klinik protokol. – 16 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 tərtibçilər 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.

N.Axundova – Səhiyyə Nazirliyi ET Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun baş həkimi, t.e.n.

L.Məmmədova – Səhiyyə Nazirliyi Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi

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

F.Qəhrəmanova – Səhiyyə Nazirliyinin Respublika Ailə Planlanması Mərkəzi, mama-ginekoloq

A.Babayeva – Ə. Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Ginekologiya kafedrasının assistenti

G.Hüseynova – Səhiyyə Nazirliyinin İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi, Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin müdiri

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:

XBT-10 – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
USM – ultrasəs müayinəsi
KTQ – kompüter tokoqrafiyası

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

Pasiyent qrupu: hamilə qadınlar.

Protokolun məqsədi:

- ciddi ağırlaşmaların, neonatal xəstəliklərin və neonatal ölümün qarşısının alınması.

Vaxtından əvvəl doğuşlar – hamiləliyin 22-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər baş verən doğuşlardır. Azərbaycan diridoğulmuşluğun yeni meyarlarına* keçmədiyinə görə bu protokolda vaxtından əvvəl doğuşlar kimi hamiləliyin 28-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər olan doğuşlar qəbul edilib. Yeni meyarlara keçdikdə protokola bir daha baxılacaqdır.

Vaxtından əvvəl doğuşların tezliyi inkişaf etmiş ölkələrdə 6-12% arasında tərəddüd edir. İnkişaf etməkdə olan ölkələrdə bu rəqəm daha yüksəkdir. Vaxtından əvvəl doğuşların təxminən 40%-i hamiləliyin 34-cü həftəsinə qədər, 20%-i 32-ci həftəsinə qədər baş verir. Vaxtından əvvəl doğuş hamiləliyin 34 həftəsinə qədər olduqda daha müşahidə olunur. Neonatal itkilərin 65%-nin, uşaq yaşlarında nevroloji pozğunluqların 50%-nin səbəbi vaxtından əvvəl doğuşlardır. Vaxtından əvvəl doğuşların 80%-i özbaşına baş verən doğuşlardır.

Hamiləliyin 32-ci həftəsinə qədər olan doğuşlar (bütün doğuşların 2%-i) neonatal xəstəliklərin və neonatal ölümün əsas səbəblərindən sayılır.

---

*Bu klinik protokol təsdiq ediləndə diridoğulmuşluğun yeni meyarları Azərbaycanda qəbul olunmamışdı.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

0 60. Vaxtından əvvəl doğuş.

KLİNİKİ TƏSNİFAT

Özbaşına vaxtından əvvəl doğuşlar

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

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

İnduksiya olunmuş vaxtından əvvəl doğuşlar (20%)

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

Ana tərəfindən göstərişlər:

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

Döl tərəfindən göstərişlər:

- dölün həyatla uyğunlaşmayan inkişaf qüsurları
- dölün antenatal ölümü
- dölün hamiləliyin təcili başa çatdırılmasını tələb edən proqressivləşən hipoksiyası.

Vaxtından əvvəl doğuşların patogenezi

Bir çox mamalıq ağırlaşmaları, somatik və anatomik pozğunluqlar vaxtından əvvəl doğuşların meydana çıxmasına səbəb ola bilər. 50% hallarda vaxtından əvvəl doğuşların səbəbi naməlum olaraq qalır.

Vaxtından əvvəl doğuşların risk faktorları

Sosial faktorlar

- ✓ Yaşı 16-dan aşağı olan hamilələr
- ✓ Aşağı sosial-iqtisadi durum
- ✓ Aşağı çəki-boy göstəricisi (risk 19%-dən aşağıdır)
- ✓ Tütündən istifadə (risk 20-30%-dən çoxdur)

Mama-ginekoloji ağırlaşmalar

- ✓ Anamnezdə vaxtından əvvəl doğuş (risk 20-40%-dən çoxdur)
- ✓ Coxdöllü hamiləlik (risk 50%-dən çoxdur)
- ✓ Uşaqlığın fibromioması
- ✓ Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması
- ✓ Çoxsululuq və ya azsululuq
- ✓ Normal yerləşmiş ciftin vaxtından əvvəl qopması
- ✓ Bakterial vaginoz

Somatik ağırlaşmalar

- ✓ Böyrək xəstəlikləri, ürək-damar sisteminin xəstəlikləri, tənəffüs sisteminin xəstəlikləri
- ✓ Trombofiliya **(C)**
- ✓ Kəskinləşmə dövründə bakterial, virus mənşəli və parazitar xəstəliklər
- ✓ Endokrin xəstəliklər
- ✓ Metabolik pozğunluqlar

Anatomik ağırlaşmalar

- ✓ Birbuynuzlu, və ya ikibuynuzlu uşaqlıq, uşaqlıqdaxili arakəsmə
- ✓ İstmiko-servikal çatışmazlıq

DİAQNOSTİK MEYARLAR

I. Klinik müayinələr

Vaxtından əvvəl doğuşların diaqnostikasına aşağıdakı parametrlərin müəyyən edilməsi daxildir:

Hamiləliyin müddəti: hamiləliyin güman edilən 28-ci həftəsindən 37-ci həftəsinə qədər.

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

A. Döl qişalarının yırtılması;
B. Döl su kisəsinin tamlığı və uşaqlıq boynunun açıqlığı 2 sm.-dən çox;
C. Döl su kisəsinin tamlığı və uşaqlıq boynunun hamarlığı 80%-dən çox;
D. Cinsiyyət yollarından selikli-qanlı ifrazat

Dölün vəziyyətinin monitorinqi: Dölün vəziyyətinə nəzarət məqsədilə dölün vəziyyətini, gələcək hissəsini, çəkisini müəyyən etməklə USM, dölün KTQ, imkan olduğu təqdirdə doplerometriya aparmaq lazımdır.

II. Laborator müayinələr

- Qanın ümumi analizi (leykositar formulun hesablanması ilə).
- Sidiyin ümumi analizi, sidiyin bakterioloji müayinəsi (orta sidik)
- Uşaqlıq yolundan yaxma götürülməsi

Vaxtından əvvəl doğuşların aparılması

Hamiləlik müddəti 28 həftədən artıq olduqda (yenidoğulmuşluğun yeni meyarlara keçdikdə hamiləlik müddəti 22 həftədən artıq olduqda) vaxtından əvvəl doğuşlar III səviyyəli tibb müəssisələrində (Respublika perinatal mərkəzi, regional perinatal mərkəzlər, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutu) aparılmalıdır.

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

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

Hamiləlik müddətinin ağciyərlərin yetişkənliyi müddətini üstələmədiyi hallarda hamilə qadının köçürülməsindən əvvəl yenidoğulmuşun respirator distress sindromunun profilaktikası məqsədilə kortikosteroidlər təyin olunmalıdır.

MÜALİCƏ

I. Kortikosteroidlərin antenatal təyini (A)

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

Dölün respirator distress sindromunun profilaktikası hamiləliyin 28-ci həftəsindən 34-cü həftəsinə qədər doğuş fəaliyyəti başlandıqda aparılır.

Kortikosteroidlərlə müalicə sxemi:

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

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

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

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

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

II. Tokoliz

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

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

  Əks təsiri:
  - ✓ Ürək-damar sistemi tərəfindən: baş ağrısı, üzün qızarması, topuqların ödemi; nadir hallarda – ortostatik hipotenziya, ürək ritminin pozğunluqları, döş qəfəsində ağrılar
  - ✓ MSS tərəfindən: nadir hallarda – baş gicəllənmə, yüksək yorğunluq
  - ✓ Həzm sistemi: nadir hallarda – ürəkbulanma, gıcqırma, qəbizlik, diarreya
  - ✓ Allergik reaksiya: nadir hallarda – dəridə səpgilər, qaşıntı
  - ✓ Digər: nadir hallarda – əzələ qıcolmaları

  Əks-göstərişlər:
  - ✓ Kardiogen şok
  - ✓ Porfiriya
  - ✓ Nəzərə çarpan aortal stenoz
  - ✓ Arterial hipotenziya
  - ✓ Kollaps
  - ✓ Dekompensasiya mərhələsində olan ağır ürək çatışmazlığı
  - ✓ Kəskin miokard infarktı
  - ✓ Hamiləlik
  - ✓ Laktasiya (döşlə əmizdirmə)
  - ✓ Uşaq və yeniyetmə dövrü (18 yaşına qədər)
  - ✓ Nifedipin və bu preparatın digər komponentlərinə yüksək həssaslıq olduqda
  - ✓ Dihidropiridinlərə yüksək həssaslıq

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

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

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

III. Antibiotiklərin istifadəsi.

Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl yırtılması zamanı tövsiyə edilən sxemlər:

- Eritromisin 250 mq per os 10 gün ərzində
- Eritromisin 250 mq per os gündə 3 dəfə 7 gün + amoksisillin 500 mq per os gündə 3 dəfə 7 gün

Doğuş zamanı profilaktik məqsədlə tövsiyə olunan sxem:

- Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 2,4 qr benzilpenisillin və daha sonra doğuş başa çatana qədər hər 4 saatdan bir 1,2 qr benzilpenisillin
  və ya
  2 qr ampisillin əzələ daxili doğuş fəaliyyəti başlanandan dərhal sonra və sonra doğuş başa çatana qədər hər 4 saatdan bir
- Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 2 qr ampisillin və daha sonra doğuş başa çatana qədər hər 4 saatdan bir 1 qr ampisillin.

Göstərilən preparatlara qarşı allergik reaksiya qeyd olunduğu təqdirdə:

- Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 900 mq klindamisin və daha sonra bu dərmanı doğuş başa çatana qədər hər 8 saatdan bir.
- Doğuş fəaliyyətinin başlanmasından dərhal sonra 500 mq eritromisin və daha sonra bu dərmanı doğuş başa çatana qədər hər 6 saatdan bir.

Antibiotiklərin istifadəsi:

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

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

Dölyanı qişaların vaxtından əvvəl yırtılması zamanı tövsiyə edilən antibiotiklərin istifadəsi:

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

Vaxtından əvvəl doğuşların aparılması

- Vaxtından əvvəl doğuşların aparıldığı yer əvvəlcədən təcili yardımın göstərilməsi üçün hazırlanmalı və lazımi avadanlıqla təchiz olunmalıdır, otaqda temperatur 28°C olmalıdır.
- Çox erkən vaxtından qabaq doğuşlar zamanı hamilə qadının doğuşu yenidoğulmuşa intensiv terapiyanın aparılması üçün şəraitin olduğu doğum evində aparılmalıdır.
- Döl sağrı gəlişində və çəkisi 1500-2000 qr olduqda doğuş çox hallarda cərrahi yolla başa çatdırılır. Baş gəlişi və dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi simptomları olmadıqda doğuş təbii yolla başa çatdırıla bilər **(C)** .
- Ən yaxşı analgeziya epidural anesteziya sayılır, belə ki, bu üsul doğuş yolları əzələlərinin maksimal boşalmasına səbəb olur. Eyni zamanda dölün depressiyasına səbəb ola biləcək dərman preparatlarının ciftdən keçmə ehtimalını azaldır.

⇨ Vaxtından əvvəl doğuşlar zamanı epiziotomiyanın rutin istifadəsinin effektivliyi sübut olunmamışdır.

Ədəbiyyat:

1. Management of preterm labor. American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 2003 May (reaffirmed 2008). 9 pages. NGC:003130
2. Management of labor. Institute for Clinical Systems Improvement - Private Non-profit Organization. 2005 Oct (revised 2009 May). 60 pages. NGC:007362
3. Management of labor. Institute for Clinical Systems Improvement - Private Non-profit Organization. 2005 Oct (revised 2009 May). 60 pages. NGC:007362
4. Premature rupture of membranes. American College of Obstetricians and Gynecologists - Medical Specialty Society. 1998 Jun (revised 2007 Apr). 13 pages. NGC:005695
5. Screening for bacterial vaginosis in pregnancy to prevent preterm delivery: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. U.S. Preventive Services Task Force - Independent Expert Panel. 1996 (revised 2008). 17 pages. NGC:006227