

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИ АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ**

Магистрлик илмий лойихаси

Мавзу:

**ҚОҒОНОҚ СУВЛАРИНИНГ МУДДАТДАН ОЛДИН
КЕТИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР**

Мутахасислик: 5А510101 – «Акушерлик ва гинекология»

Магистратура резиденти: Холмуродов Холбек

Илмий рахбар: т.ф.н. Элтазарова Г. Ш.

Самарканд – 2016 йил



Мундарижа

Мавзунинг долзарблиги	5-7
I боб. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетишида перинатал натижалар.	8-24
1.1. Қоғоноқ сувлари муддатдан олдин кетишининг патогенезига оид замонавий қарашлар	8-12
1.2. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши диагностика қилиш усуллари	12-14
1.3. ҚСМОК да акушерлик тактикасини аниқлаш тамойиллари	14-22
1.4. Туғруқни олиб бориш тактикаси ва перинатал натижалар орасидаги боғланишлар	22-24
II боб. Текшириш усуллари ва материали	25-35
III боб. Тадкикот натижалари	36-60
3.1. Теширилган аёлларнинг умумий характеристикаси	35-38
3.2. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетишига олиб келувчи сабабларни урганиш	38-45
3.3. ҚСМОК билан келган аёлларда қин микробиоценозини урганиш	45-51
3.4. ҚСМОК билан келган аёлларда туғруқнинг кечиши	52-57



3.5. ҚСМОК билан келган аёлларда акушерлик ва перинатал оқибатлар	57-60
Хулосалар	61
Амалий тавсиялар	62
Фойдаланилган адабиётлар руйхати	63-77



АББРЕВИАТУРА

ЖССТ	Жахон согликни саклаш ташкилоти
БПУ	Бипариетал ўлчам
ГВИ	Герпесвирусли инфекция
КК	Кесар кесиш
КТГ	Кардиотокография
УГХ	Урогенитал хламидиоз
УТТ	Ультратовуш текшириш
УТД	Ультратовуш диагностикаси
ССУ	Сон суяги узунлиги
СҚКН	Сут ва қахрабо кислоталари нисбати
ҲБП	Ҳомиланинг биофизик профилини
ҲРОҚС	Ҳомила ривожланишдан орқада қолиш синдроми
ҚСМОК	Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши
ҚУД	Қорин уртача диаметри
ЭГК	Экстрагенитал касалликлар
ЭПП	Эффектив перинатал парвариш
ЦМВИ	Цитомегаловирусли инфекция



ҚОҒОНОҚ СУВЛАРИНИНГ МУДДАТДАН ОЛДИН КЕТИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР

Мавзунинг долзарблиги

Қоғоноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши (ҚСВОК) деб ҳомиладорликнинг 22 хафталик муддатидан кейин қоғоноқ пардасининг ёрилиши ва қоғоноқ сувларининг оқиб кетишига айтилади. ҚСВОК барча ҳомиладорлик ҳолатларининг 2% ида учрайди, (Савельева Г.Т., 2002; Дуда В.И. и соавт., 2008), аммо у 40% ҳолатларда муддатдан олдинги туғруқ билан асоратланади ва перинатал ўлим ҳолатларини кескин оширади (Денисов И.Н., 2001; Blum J., Fridovich I., 2005).

Кўпчилик аёлларда қоғоноқ пардаси ёрилгандан сўнг тез орада туғруқ фаолияти бошланади. Бундай аёлларнинг 70% ида 24 соат ичида туғруқ содир бўлади, 90% ида – 48 соат ичида, 2-5 % ида эса туғруқ 72 соатдан кейин ҳам бошланмайди, яна шунча фоиз аёлларда ҳатто 7 сутка ичида ҳам туғруқ фаолияти бошланмаслиги мумкин (Абрамченко В.В., 2003).

ҚСВОК да акушерлик амалиётида 2 хил тактика қўлланилади: кутиш ва актив тактика. Ҳомиладорларни кутиш тактикаси билан олиб боришда ҚСВОК дан кейин 24-36 соат ичида спонтан туғруқ фаолияти бошланиши кутилади. Мазкур тактика туғруқни табиий йўллар орқали бехатар яқунлашга имкон беради ва оператив аралашувлар сонини камайтиради, аммо она ва ҳомила инфекцияланиши хавфи ортади (Глуховец Б.И., 2006, Мурашко М.А., 2008). Шунинг учун ҳам сувсизлик даври 12-18 соатдан ошгач, антибактериал терапия бошланади. Мазкур тактика Европа, АҚШ ва Яқин Шарқ мамлакатларида кенг тарқалган.

ҚСВОК ни актив олиб боришда сув кетгандан кейин 12 соат ичида туғруқ индукцияси ўтказилади. Мазкур тактика инфекцияланиш хавфини камайтиради, аммо оператив туғруқлар сонини кескин оширади (Баскаков В.П. и соавт., 2002; Сидорова И.С., 2007).



ЎзР ССВ бир қатор клиник қўлланмалари ва буйруқлари билан мамлакатимизда Эффе́ктив перинатал парвариш (ЭПП) жорий этилган. ЭПП принциплари буйича ҚСВОК консерватив олиб борилади. Туғруқ индукцияси ҳомиладорлик муддати 37 хафтадан катта бўлса сувсизлик даври 24 соатга етгач, агар 37 хафтадан кичик бўлса 48 соатдан кейин бошланади. Шунингдек, инфекциянинг олдини олиш учун антибактериал терапия 18 соатдан бошланади, агар инфекция белгилари пайдо бўлса бу ҳам туғруқ индукциясини бошлаш керак. Агар туғруқ индукцияси самарасиз бўлса, ёки бошқа акушерлик кўрсатмалари кўзатилса туғруқни кесар кесиш операцияси билан яқунлаш лозим.

ЭПП принциплари жорий этилгандан кейин ҚСВОК бўлган аёлларда ҳомиладорлик ва туғруқ натижалари сезиларли даражада яхшиланди

Мазкур илмий лойиха **максади:**

Қоғонок сувларининг вақтидан олдин кетишига олиб келувчи омилларни ўрганиш ва профилактика тадбирларини ишлаб чиқиш.

Вазифалар:

1. Самарқанд Вилоят перинатал марказига ҚСВОК билан келган аёлларда ҳомиладорликнинг кечиши ва туғруқ натижалари ва ҚСВОК га олиб келувчи сабабларни ўрганиш.
2. ВПМ да 2013-2016 йиллар давомида ҚСВОК билан қабул қилинган аёлларда қин сўртмаси таҳлили ва коғонок пардани гистологик текшириш.
3. Олинган натижалар асосида ҚСВОК омилларига боғлиқ профилактик чора-тадбирларни ишлаб чиқиш.

Ишнинг илмий янгилиги

Минтақамизда илк бор ҚСВОК га олиб келувчи омиллари урганилади. Олинган натижалар асосида ҚСВОК ининг олдини олишга доир амалий тавсияномалар ишлаб чиқилади.



Тадкикот материали ва усуллари

1. Самарқанд шаҳар 1-сон туғруқ мажмуасида да 2009-2012 йиллар мобайнида ҚСВОК билан асоратланган аёлларни ретророспектив кўзатиш картаси (n=50).
2. Самарқанд шаҳар 1-сон туғруқ мажмуасида 2013-2015 йилларда ҚСВОК билан қабул қилинган аёлларни тўлиқ лаборатор текшириш, шу жумладан кин суртмаси ва плацента морфологиясини аниқлаш (n=40).
3. Бемор аёлларни тегишли УТТ ва клиник текширувлардан утказиш.

Ишнинг амалий ахамияти

Тадкикот натижалари ҚСВОК нинг этиопатогенезига ЭПП нуқтаи назаридан янгича ёндошиш, ҚСВОК ини олдини олишга доир амалий тавсияномалар ишлаб чиқилади.

Илмий иш натижаларини амалиётга жорий этиш

Тадкикот натижалари Самарқанд вилоят перинатал маркази ва вилоятининг барча гинекологик ёрдам курсатиш ва репродуктив саломатликни сақлаш муассасаларида амалиётга жорий этилади.

Мавзуга оид калит сўзлар

Ўзбек тилида: қоғонок сувлари, қоғонок пардаси, қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетиши, ҳомила дистресси, туғруқ индукцияси.

Рус тилида: околоплодные воды, околоплодная оболочка, преждевременное излитие околоплодных вод, дистресс плода, индукция родов.

Инглиз тилида: amniotic fluid, amniotic membrane, preterm rupture of amniotic fluid, fetal distress, labor induction.



I боб. ҚОҒОНОҚ СУВЛАРИНИНГ МУДДАТДАН ОЛДИН КЕТИШИДА ПЕРИНАТАЛ НАТИЖАЛАР

1.1. Қоғоноқ сувлари муддатдан олдин кетишининг патогенезига оид замонавий қарашлар

Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши замонавий акушерлик ва педиатрия муаммолари орасида муҳим ўринлардан бирини эгаллаб турибди.

Қоғоноқ сувлари туғиш биомеханикасида муҳим ўринни эгаллаш билан бир қаторда унинг кетиши ва ҳомиланинг умумий аҳволи учун катта физиологик аҳамиятга эга. Зеро, ҳомиланинг эркин ўсиши ва ҳаракатланиши учун зарур шароитни яратади, шунингдек ўсаётган организмни салбий таъсирлардан ҳимоя қилади [10].

Ҳомила пардасининг муддатдан олдин йиртилиши 2,7–17 % ҳолларда учрайди [1]. Қоғоноқ сувларининг туғруқгача кетиши муддатдан олдин туғиш ҳолларининг 30–56 % давомида кузатилади [1, 6].

Инфекциянинг юқиши туғруқ муддатидан олдин қоғоноқ сувларининг кетиб қолишига сабаб бўлувчи етакчи омиллардан саналсада, ҳомила пардасининг муддатдан олдин йиртилиб кетиши этиологияси ва патогенези масалалари ҳамон етарлича ўрганилмаган[6].

Дастлаб коғоноқ пардасининг механик хусусиятлари ва морфологияси бўйича тадқиқотлар ўтказилган. Тадқиқотлар натижасида муддатидан олдин ва ўз вақтида қоғоноқ сувлари кетиб қолган коғоноқ пардасида нормал ҳолатдан чекиниш аниқланмаган. Туғруқгача қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши вақтидаги кузатиладиган лейкоцитар инфильтрация бундан мустасно[6].

Бироқ, бошқа муаллифларнинг илмий ишларида туғруқгача бўлган даврда қоғоноқ сувларининг амнионни эпителиал қопламасининг



йўғонлашуви, некроз, некробиоз ва тўқималарнинг тўлиқ деструкцияси, амнион қатори силлиқ хорион кўринишида кетиб қолиши оқибатида бачадон пардаларининг таркибида аҳамиятли ўзгаришлар кузатилиши белгиланган.

Барча ушбу ҳодисалар бачадон пардаларининг ёрилиш жойига яқин қисмларида яққол намоён бўлади [8]. Ҳомила пуфакчаси пардасининг механик хусусиятлари ўрганилганда парданинг мустаҳкамлиги ва туғруққача қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши ўртасида ўзаро боғлиқлик борлиги аниқланмаган. Қоғоноқ сувлари муддатидан олдин ва ўз вақтида кетиб қолган ҳомиладорлардан олинган пардалар туғиш жараёнида талаб этиладигандан кучга кўра кучлироқ зўриқишга чидамлилиги аниқланган[15].

Ҳомила кагонок пардасининг таранглигини (эгиловчанлигини) ўрганиш давомида ҳомиладорликнинг турли даврларида уларнинг бир хил қаршилиқ кўрсата олиши аниқланган. Аммо, ёрилиш майдони қалинлиги, шунингдек тарангликнинг Юнг модули бўйича фарқланган[6].

Айрим муаллифлар ҳомила пардаларининг мустаҳкамлик даражасининг ўзгаришига эҳтимолий сабаб сифатида ички буғиз (зев) устидаги, фақатгина амниал эпителий ва нозик компакт модда ўрин олган, ҳомила пуффаги пастки сегментининг таркибий этилмаганлигини келтиради.

Ёрилиш жойи гистологиясига мувофиқ компакт моддалар гипоплазияси, глианиоз зоналари ва фибриноид қатламлари участкалари ўзгариб туриши тасдиқланган. Бу эса шубҳасиз ҳомила пуффаги пастки сегментининг мустаҳкамлик хусусиятларини пасайтирган [16].

Қатор муаллифлар коллагеннинг ушбу паталогиядаги ролини аниқлаганлар [6].



Айрим тадқиқотчиларга кўра ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилишининг асосий сабаби гиалуронидаза - гиалурон кислота системасида бузилиш оқибатида вужудга келадиган ҳомила кагонок пардасининг бириктирувчи тўқималари аргирофиль-толали структурасидаги деструктив ўзгаришдир.

Бу юқори полимерли нордон мукополисахаридлар таркибининг бузилишига олиб келади ва ўз навбатида кагонок парданинг мустаҳкамлигини пасайишига, томирлар девори ва йўлдош тўқимасининг мўртлашувини кучайтириш ва уларнинг ёрилиш даражасини оширади[2].

Ҳомила кагонок пардасининг локал дефектлари (йўғонлашув, дегенерация, коллагеннинг йўқолиши), қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетишининг эҳтимолий сабаблари бўлиши мумкин. Бирламчи сабаб бўлганда ҳам, яъни киндик ёпишиши анатомик аномалияси оқибатида уларнинг тезлиги қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетиши кузатилганда 10%ни ташкил этган, ҳамда иккиламчи ҳолатда ҳам. Булар металлоэнзимлар компоненти бўлиб коллаген ва эластин пардаларининг етилиши жараёнида регулятор ролини бажарадиган витаминлар ёки мис алмашинуви нотўқислиги билан изоҳланади[6].

Туғруққача бўлган даврда қоғонок сувларининг кетиб қолиши этиопатогенезида инфекциянинг роли яққол сезилиб туради. Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрича ялиғланиши ортидан ҳомила кагонок пардасидаги ўзгаришлар қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетиб қолишининг етакчи сабабларидан бири саналади [6, 5].

Туғруққача бўлган даврда қоғонок сувларининг кетиб қолишининг 1/3 ҳолатида ҳомила кагонок пардасининг ички буғизнинг (зев) устида ёрилишида лейкоцитар инфильтрация аниқланади [16].



Муддатидан олдин қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши вақтида пардаларга бачадон бўйни (шейкаси) орқали тепадан пастга қараб ўтиш йўли билан инфекциянинг юқиши кўплаб илмий изланишлар ёрдамида исботланган [6, 5].

Қоғоноқ сувларининг микроб билан, унга кўшиб ҳомила пуфаги бутун бўлганда ҳомилани ҳам уруғлантиришдан олдин туғруқ йўллари шартли-патоген микроорганизмлар, шунингдек В гуруҳидаги стрептококлар билан колонизация қилиниши кузатилади.

Сўнги йилларда кўпгина тадқиқотчилар урогенитал инфекциялар, яъни хламидиялар, уреоплазмаларнинг роли катта эканини такидламоқда[6]. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиб қолиши бактериал вагиноз билан касалланган аёлларда 2,6–3,8 марта кўпроқ кузатилади [6, 5, 11]. Кағоноқ пардасининг йиртилиши патогенезини айрим муаллифлар ҳомила кағоноқ пардасининг мустаҳкамлиги ва эластиклигини белгиловчи коллагеннинг маълум турларини бузувчи микробли протеазаларнинг таъсири билан изоҳлашган. Бошқа тадқиқотчилар эса муҳим рольни туғруқ фаолиятини ривожлантиришга ётаковчи F2 α простагландинлар ва амниал эпителиянинг E2 тўқималари синтезига берадилар[6].

Юқорида келтирилганлардан ташқари адабий манбаларда ҳомила кағоноқ пардасининг муддатдан олдин йиртилиши этиологиясида механик (чанокнинг торлиги, ҳомиланинг чаноги билан жойлашганлиги, ҳомила бошининг нотўғри келиши ва ҳоказолар) ва ижтимоий (ҳомиладор аёлнинг ёши 25дан ошганлиги, келиб чиқиши қоратанлилардан бўлганлиги ва бошқалар) факторларнинг роли тўғрисида ҳам маълумотлар ҳам мавжуд.

Қоғоноқ сувларининг туғруқ муддатида олдин кетиб қолиши сабаблари орасида ҳомиладорликнинг оғир кечиши ҳам такидлаб ўтамиз. Булар истмикоцервикал етишмовчилик, қоғоноқ сувларининг кўплиги ёки



кўп ҳомилалик оқибатида келиб чиқадиган бачадон деворининг зўриқиши, шикастланишлар, амниоцентез операциялари ёки истмикоцервикал етишмовчилик кузатилганда бачадон бўйи тикилганлиги, шунингдек кечки гестозлар ҳам шулар жумласидандир. Кўпгина тадқиқотчилар хавфли гуруҳга анамнезида аборт ва муддатидан олдин туғруқлари бор аёлларни ҳам киритади [1, 3, 6, 10, 15].

1.2. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши диагностика қилиш усуллари

Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетганлигини ўз вақтида аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ҳомила қоғоноқ пардасининг муддатдан олдин йиртилиши ҳомиладорликнинг интиҳосига (натижасига) ва унинг юритилишига сезиларли даражада таъсир қилади [1]. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетишининг нотўғри диагностикаси ҳомиладорлик ятроген мураккабликлар билан кечиши хавфини оширади [25].

Қиндаги амниотик суяқликни аниқлашнинг бир қатор услублари мавжуд. Бачадон бўйи ва қинни кўзгулар ёрдамида кўрикдан ўтказилади (кўрикдан олдин ҳомиладор 20–30 дақиқа давомида юқорига қараб ётиши зарур). Аввал қиннинг орқа учини кўздан кечирадилар. Агарда қоғоноқ сувлари бўлмаса, ҳомиладордан кучанишни ёки йўталишни сўралади.

Ҳомила қоғоноқ пардалари йиртилганда йўталиш ёки кучаниш вақтида бачадон ташқи бугизидан қоғоноқ сувлари сизиб чиқади [1, 3, 15].

Қоғоқ сувларни идентификация қилиш учун турли хилдаги диагностик тестлар қўлланилади. Уларнинг айримлари (бўёқнинг трансабдоминал, интраамниал инстиляцияси) ҳозирги вақтда фақатгина тарихий аҳамиятга эга. Қолганларида (амниоскопия) усула қўлланилганда ҳомиладорликни оғирлаштирувчи юқори хавф кучлироқ [6].



Қуйидагилар анча арзон ва юқори информатив тадқиқотлар саналади:

Оқаётган суёқликнинг рН ни аниқлаш, қирққулоқсимон (папоротниксимон) суратининг шаклланиш феноменини ўрганиш, орқа уч таркибини буғлантириш [6].

рН ни тест-варақча воситасида аниқлаш. Ушбу услуб қоғоноқ сувлари ишқорлашув (рН 7,0–7,5) реакциясига эгалиги, аёллар қинининг ажратадиган нормал суёқлиги эса - қимизак (рН 4,5–5,5) бўлишига асосланган. Ажраладиган суёқликни қиндан стерил пахта тампони воситасида олинади ва тест-варақчага суртилади.

Тест-варақчадаги чизиқчаларнинг кўкимтир яшил (рН 6,5) ёки кўк (рН 7,0) рангга бўялиши ўрганилаётган таҳлил материалларида қоғоноқ сувларининг мавжудлигидан дарак беради. Таҳлиллар натижаси ўрганилаётган материал таркибига қон, сийдик, сперма ёки антисептиклар аралашганда натижа нотўғри чиқади.

Куруқ суртма (мазок) микроскопияси. Бачадон бўйи ва қинни кўзгулар воситасида кўриқдан ўтказиш вақтида стерил пахта тампонлари ёрдамида қиннинг орқа учидан ёки ташқи бугизидан таҳлил учун материал олинади ва тоза буюм ойна устига юпқа қилиб суртилади. Сўнгра препарат очиқ ҳавода қуритилади. Препарат қуригач уни кичик ўлчамда каттартириш ($\times 5-10$) тартибида микроскопда кўрилади.

Қирққулоқ (Папоротник) барги ёки дарахтсимон структура шаклидаги кристаллашув аниқланиши препаратда қоғоноқ сувлари мавжудлигини тасдиқлайди. Натижалар хато чиқмаслиги мақсадида препарат тўлиқ қуритилади ва микроскоп ёрдамида суртма (мазок) суртилган майдон тўлалигича ўрганилади. Майдоннинг бирор бир қисмида ҳам қирққулоқ (папоротник) феноменининг аниқланиши натижа позитив эканлигини



тасдиқлайди. Препаратга бармоқ билан тегинилганда ёки ойнасига физиологик аралашма тушганда натижа хато чиқади[1, 3, 10, 15].

Айрим тадқиқотчилар бачадонда қолган амниотик суяқлик миқдорини аниқлашда ультратовушли текширишларни қўллайди.

Аёллар қинининг суяқлигини таҳлил этиш учун, шунингдек цитологик ва биокимёвий текшириш усуллар ҳам қулланилади. Суртмани (мазок) цитологик текшириш орқали унда ҳомиланинг эпидермис тангачаси (чешуйка) ва ёғ томчилари бор-йўқлигини аниқлаш мумкин. Биокимёвий текшириш жараёнида қиндан олинган суяқлик таркибида ҳомила фибронектини, пролактин, α ФП ва плацентар лактогеннинг мавжудлиги унда қоғоноқ сувларнинг борлигини тасдиқлайди[1, 6].

Ҳомила қоғоноқ пардасининг муддатдан олдин йиртилишини ташҳис (диагностика) қилишнинг янада янгироқ услуби диагностика ум тестини қўллаш ҳисобланади. У плацентани специфик $\alpha 1$ микроглобулинни аниқлашга асосланган [6, 9].

Сувсизлик даврининг узайган сари сувнинг кетиб қолганлигини аниқ ташҳис қилиш (диагностика) имконияти пасаяди. Шунинг учун ҳомила қоғоноқ пардаларининг муддатдан олдин йиртилиш фактини аниқлаш учун турли хилдаги тестлардан фойдаланиш тавсия этилади [1, 6].

1.3. ҚСМОК да акушерлик тактикасини аниқлаш тамойиллари

Тиббий адабиётларда туғиш фаолияти йўқлиги ва 36 ҳафтадан кам муддат давом этаётган ҳомиладорлик вазиятида, ҳомила қоғоноқ пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши борасидаги тактика юзасидан ягона қараш йўқ.



Бунинг боиси, ушбу вазиятда акушернинг олдида икки танлов юзага келишидир. Уларнинг бирига кўра муддатдан олдин туғрукни индукция қилиш натижасида она корнида етарлича кўтариб юрмаган чақалоқни дунёга келтиради ва иккинчисига кўра қоғоноқ сувлари кетиб қолганлиги оқибатида инфекциянинг ривожланиш хавфи кучли бўла туриб ҳомиладорлик даврини узайтиради [20].

30-40 йил олдин аксарият тадқиқотчилар бундай вазиятда инфекциянинг юқиши хатари кучлилиги боис туғрукни зудлик билан яқунлашни тавсия этишган.

Бироқ, туғруқдан олдин қоғоноқ сувларининг кетишига қарамасдан ҳомиладорликни фаол давом эттириш перинатал касалланишлар сони ва чала туғилган чақалоқлар ўлимининг кескин юқорилиги билан боғлиқ бўлган [6, 20].

Муддатдан олдин туғилган болаларнинг ҳалок бўлиши сабаблари орасида сурфактант дефицити натижасида кузатиладиган нафас олиш йўллари касалланишлари синдроми (80 %) кўп учраши маълум [6].

Исботланишича, ҳомила қағоноқ пардасининг ёрилиши кузатилган ҳолларда ҳомила ўпкаси тез суръатларда етилади. Ушбу ҳодисани ўпка етилишини тезлаштирадиган, ҳомиланинг сурфакт тизими фаоллашуви билан боғлайдилар [1, 6, 19, 20].

Муаллифлар нафас олиш йўллари касалланиши синдроми сабабли сувсизлик узок давр давом этиб муддатида олдин туғилган чақалоқлар орасида перинатал ўлим сезиларли даражада камайганлигини аниқлашган.

Қўлга киритилган ушбу маълумотлар боис муаллифлар туғруқдан олдин қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши ҳолатида ҳали муддати бор ҳомиладорликни консерватив кўринишда олиб бориш кўпроқ етилган



боланинг туғилишига етаклайди ва салбий оқибатлар хавфини камайтиради деб ҳисоблайди. [6].

Қатор тадқиқотлар ўтказилганлигига қарамасдан ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши кузатилганда ҳомила ўпкасини етилишини тезлаштириш учун кортикостероидларнинг тайинланиши ҳақидаги фикрлар ҳамон зиддиятлидир.

Муаллифларнинг бир қисми ўпка тўқималари етилишини тезлаштириш учун медикаментоз терапия зарур деб ҳисоблайди. Шу мақсадда кўпгина тадқиқотчилар ҳомиладорликнинг 28-34 ҳафталик муддатида глюкокортикостероидлар терапиясини қўллаганлар [1, 3,6, 10, 15, 19, 20, 22, 23].

Бошқа муаллифлар ушбу боғлиқликни тасдиқлашмаган [3, 6]. Стероид (иммуносупрессия, гипертензия, инфекция юқиши хавфи ва ҳоказолар) терапияни қўллаш оқибатида вужудга келган бўлиши тахмин қилинган оғирлашувни эътироф этиб [1, 6, 19, 23], ўпка тўқималари етилишини рағбатлантирувчи бошқа моддаларни қўллашни тавсия этадилар. Булар сурфактант, тироксин, этимозол, эуфилин [1, 6].

Иккинчи қарашга мувофиқ узоқ муддатли сувсизлик даврининг ўзиёқ сурфактантнинг синтезига етаклайди[6].

Антибиотикотерапияни қўллаш борасидаги масала ҳам зиддиятли саналади. Бир қатор муаллифлар она ва ҳомилани септик касалланишлардан сақлаш мақсадида уларни қўллашни тавсия қилмайдилар[6, 15, 20, 22].

Бошқа акушерлар пролонгациялашнинг барча ҳолатларида антибиотикотерапияни қўллашни зарур деб ҳисоблайдилар, ёки кўпчилигида [25], ёки хавfli гуруҳдаги ҳомиладорларда [19, 22, 23], ёки амниотик суёқлик экмаси натижалари ижобий чиққанда антибактериал



терапиядан фақатгина хорионамнионит ривожланганда фойдаланганлар [6].

Айрим муаллифлар хорионамнионитлар ва туғруқдан аввал қоғонок сувларининг кетиб қолиши кузатилганда ҳомиланинг амниал инфекцияланишини профилактика қилиш ва даволаш мақсадида лицозим эритмасининг антибактериал терапия билан уйғунликдаги кининтраамниал санациясини (влагалищноинтраамниальная санация) ўтказганлар. Бу эса амниал инфекцияланиш хатарини 2 мартага камайтириш, ҳомилада оғир кўринишдаги йирингли-септик касалликлар учрашини 5 мартага камайтириш имконини берган [17].

Адабиётларда токолитик препаратларни қўллаш масаласи муҳокама қилинган. Тадқиқотчиларнинг бир қисми ҳомила қағонок пардасининг муддатдан олдин ёрилиши оқибатида оғирлашган, чала ҳомиладорликни юритиш дастурида токолизни қўлламайдилар [6], бошқалари фақатгина бачадон қисқариши фаолиятининг юқорилиги кузатилганда уни ўтказадилар [1,3, 6, 19, 22].

Айрим муаллифлар токолотик терапия пациентларга фақатгина бола тушиш хавфи кучайганда ва муддатдан олдин туғруқ бошланганда нафас олиш йўллари касалланиши синдромини олдини олиш (профилактика) учун 42-72 соатга тайинланиши мумкин, сўнгра препаратлар қўлланишини тўхтатиб кузатувни давом эттириш керак деб ҳисоблайдилар [6, 22, 23].

Ҳомиладорликнинг интиҳосига (натижасига) таъсир этувчи факторлардан, туғруқни яқунлаш услуби муҳимликни касб этади. Маҳаллий акушерлик тажрибасида муддатдан олдин қоғонок сувларининг кетиб қолиши сабабли мураккаблашган чала ҳомиладорлик кузатилган ҳомиладорларни туғдириш, узок муддатли сувсизлик сабабли, табиий туғруқ йўллари билан амалга оширилади[1, 3,6].



Қатор илмий ишларда она ва ҳомила аҳволининг оғирлашуви бачадон қисқариш фаолияти бузилганлиги билан боғланганлигига ишора қилинади [18, 19].

Туғруқни абдоминал яқунлаш талаби юзага келганда кейинчалик бачадонни экстирпация қилиш назарда тутилган ҳолда кесар-кесиш операцияси бажарилади. Табиий йўллар орқали туғруқни ўтказиш мумкин бўлмаган шароитда хорижлик шифокорлар (клинцист) операциядан бир соат олдин қўшимча дозада антибиотикларни юбориб туриб кесар-кесиш услубида операцияни ўтказишни тавсия этадилар [1, 6, 25].

Оператив аралашув вақтида тромбланган қон томирлари (вена) ва миометрия абсцесслари аниқланганда гистерэктомия амалга оширилади. Муддатдан олдин кузатиладиган туғруқлар вақтида туғруқни яқунлаш услубининг танлови жуда мураккаб саналади. Бу жуссасининг вазни паст ва/ёки экстремал даражада паст бўлган ҳомила, унинг етарлича она қорнида турмаганлиги, айниқса тос предлежанияси???? кузатилган ҳолларда айниқса мушқил ишдир. Кўпгина тадқиқотчилар кесар-кесиш операциясидан сўнг бундай болалар учун перинатал интиҳо (натижа) яхшиланганини эътироф этаяптилар [1, 6].

Туғиш фаолиятини индукциялаш 36 ҳафталик гестацион муддат ўтгач ёки инфекция тушганлиги белгилари ривож топганда консерватив тактика қўлланилгандан сўнг ўтказилади [6, 17, 18, 25].

Бу ҳолда бачадон бўйни (шейка матки) етилмаган бўлса туғруқда индукциялашдан олдин унинг етилишини тезлаштиришга қаратилган терапия ўтказилади.

Шу мақсадда узоқ вақт давомида, таъсири паст бўлиб чиққан, эстрогенлар ва окситоцинлар қўлланиб келинган. Сўнгги йилларда



простагландинлардан фойдаланмоқдалар. Уларни интрацервикал гелъ кўринишида, ҳамда қон томирлари орқали томчилаб юборадилар.

Бачадон бўйи тайёр ҳолларда туғруқни окситоцин ёки окситоциннинг простагландин билан бирга қон томирларига томчилаб юбориш[20], ёки мизопропростолни орал қабул қилиш орқали чақирилади [6].

Бачадоннинг қисқариш фаолиятига номедикаментоз таъсир ўтказиш услублари тадқиқотчиларнинг диққатига сазовор бўлаяпти. Бачадонни электростимуляция қилиш орқали туғруқни чақириш бўйича яхши натижалар кўлга киритилган. Мазкур услуб электр импульслари билан бачадон бўйининг рецептор аппаратини қитиқлашга асосланган [6, 20].

Ҳомиладорлик етарлича давом этган бир пайтда қоғоноқ сувларининг туғруқдан олдин кетиб қолиши муаммоси ҳам жуда долзарбдир. Адабиётлардаги маълумотларга кўра [8], бундай вазиятда туғруқ фаолиятидаги нуқсонлар (аномалия) миқдори, оператив аралашувлар кўпаяди ва туғруқдан сўнгги даврда қон кетишлар ва инфекциялар юқиши, шунингдек ҳомилага инфекциянинг ўтиши хавфи ошади.

Ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши боис мураккаблашган тезкор туғруқларни олиб бориш тактикаси бўйича ягона фикр ишлаб чиқилмаган [1]. Сувсизликнинг узоқлигига қараб туғруқни чақириш, оғир кечадиган юқумли касалликлар профилактикасини ўтказиш масалалари баҳсли бўлиб турибти [1, 7, 22].

Тадқиқотчилар орасида қоғоноқ сувларининг узоқ вақт давомида оқиб туришининг она саломатлигига таъсири бўйича ягона фикр йўқ. Кўпгина тадқиқотчилар сувсизлик муддатининг узоқ давом этиши шароитида ҳомиладорликни узайтиришни (пролонгация) онадан кўра кўпроқ ҳомилани инфекциялаш омили (фактори) деб ҳисоблашади.



Ҳомила пардалари ёрилганидан сўнгги чала ҳомиладорликни узайтириш, баъзи муаллифларга кўра, ирингли-септик касалликларнинг ривожланиши хавфини оширади. Бошқаларининг ишонишича бактерицид препаратларни ишлатиш инфекция тушиши даражасини минимумга етказди.

Очиқ адабиётларда келтирилишича, кўпгина ҳолларда туққан оналарнинг туғруқдан сўнгги касалланиши эндометритларда намоён бўлган; сепсис кесаревча кесиш тарзида туғруқ яқунланган қатор ҳолларда кузатилган [6].

Ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши кузатилган она учун ёқимсиз прогноз фақатгина йирингли-яллиғланиш (ирингли-шамоллаш) билан боғлиқ касалликлар билан чекланмайди [1, 6, 15].

Катта клиник материал ёрдамида қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши ва сувсизлик муддатининг узайтирилиши кўпинча туғруқ актининг оғир кечишига етаклаши (тез ва шиддатли туғруқлар, бачадоннинг қисқариш фаолиятининг сустлашуви ва дискоординацияси), оқибатда ҳомиланинг аҳволини ночорлашуви ва қатор ҳолларда туғруқни оператив аралашув орқали яқунлашга олиб келиши исботланган [6–8].

Шунингдек, етарли муддат давом этган ҳомиладорликдан сўнг қоғоноқ сувларининг туғруқ бошланишидан олдин кетиб қолиши кузатилганда узок давом этган сувсизлик муддати туққан оналарда учрайдиган инфекцион-яллиғланиш (инфекцион-шамоллаш) оғирлашувлар сонини оширувчи омиллардан бири ҳисобланади [12].

Адабиётда ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши кузатилганда чала ҳомиладорлик вақтида ҳомиладорликни узайтиришдан сўнгги туғруқ интихоси бўйича иккита қарама-қарши нуқтаи назар келтирилган: биринчиси, кўпроқ тарихий аҳамиятга эга, - қоғоноқ сувлари



кетиб қолишидан сўнг ўтган ҳар бир суткада перинатал ўлим тезлиги 2 маротабага ўсиб борган [20].

Бироқ, сўнгги вақтларда 1966 йилдаёқ Т.А.Миронова томонидан ифода этилган "ҳомиладорликни консерватив олиб бориш биологик жиҳатдан мақсадли бўлиб, она ва ҳомиллага салбий таъсир қилмайди" деган иккинчи тактика устунлик қилиб келган.

Ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилиши кузатилганда кечадиган ҳомиладорликни чўзишнинг мақсадга мувофиқлигини Е.Б.Тузанкина қўллаб-қувватлаган (1987). Олима "ҳомиланинг бачадонда ўтказган ҳар бир куни унинг яшаб қолишга бўлган имконини оширади" деб ҳисоблаган [6]. Ҳар хил муаллифларнинг маълумотларига кўра перинатал муддатда пролонгация қилинганда ўлим билан тугаш ҳоллари 5,7 дан 67,7 % гача бўлган ораликни, неонатал даврда 25–40 % ни ташкил этган ва кўпгина факторлар билан боғлиқ бўлган [6, 17]. Ўлим билан тугаш сабаблари структураси биринчи навбатда боланинг туғилаётгандаги жуссаси вазни (массаси)га боғлиқ бўлган.

Кўпгина тадқиқотчилар шуни эътироф этишганки, янги туғилган чақалоқнинг вазни қанча енгил бўлса, исталмаган интиҳо хавфи шунчалик ортади [14, 25].

Бундан ташқари болалар учун мусбый прогнознинг гестацион муддат билан боғлиқлиги ҳам исботланган [6]. Хорижлик муаллифлар қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетиб қолиши кузатилганда учрайдиган ҳомиладорликни чўзиш (пролонгация) болалар учун натижани яхшилайти деб ҳисоблашган[6].

Муддати 34 ҳафтадан кам вақтни ташкил этган ҳомиладорлик давридаги болалар учун ҳомила пардалари ёрилишининг клиник-гистологик варианты интиҳоси таъсир кўрсатиши аниқланган.



Энг кўп перинатал ўлим ҳоллари инфекцияланганлиги аниқ тасдиғини топган аёллар томонидан дунёга келтирилган янги туғилган чақалоқлар орасида қайд этилган [13, 25].

1.4. Туғруқни олиб бориш тактикаси ва перинатал натижалар орасидаги боғланишлар

Ҳомиладорлик муддати чўзилганда янги туғилган чақалоқ учун бачадон инфекцияси жуда катта хатар ҳисобланади - деб ҳисоблашади кўпгина тадқиқотчилар [1, 4–6, 10, 14, 25]. Сувсизлик даври чўзилиб қолган шароитда муддатидан олдин кечадиган туғруқ учун ҳомиланинг юқоридан пастга қараб инфекцияланишининг амниалконтаминацион йўли хосдир [5, 6].

Ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилишидан сўнг инфекциянинг қўшилиш хатари ҳомила вазни ва гестацион ёши қанча кам бўлса шунча юқори бўлган.

Бачадон ичида инфекциянинг юқиш ҳоллари кўпинча аниқ белгиланган клиник манзарага эга бўлмаслигини ва дастлабки белгилари инфекцияланганликнинг маълум синдроми кўринишидаги носпецифик характерга эгаллигини, ана шу нотипик кўринишлардан бири янги туғилган чақалоқ Аргар шкаласи бўйича ўта паст баҳоланишини кўплаб муаллифлар таъкидлаб ўтишган.

Адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра, кутиб туриш тактикасидан фойдаланилганда янги туғилган чақалоқлар ўртасида йирингли-ялиғланиш касалликлар кўп учрамаган [6].

Лизоцим воситасида қинни интраамнионал санация қилишнинг қўлланилиши янги туғилган чақалоқларда септик касалланишлар учрашини камайтириш имконини берган [6, 17].



Ҳомила пардаларининг ёрилиши кузатилганда ҳомиладорликнинг 24-34- ҳафталари оралиғида онага иккита антибиотикни тайинлаб чиндан ҳам янги туғилган чақалоқларда сепсис, респиратор бузилишлар ва ички томирчалардан қон кетишлар учрашининг камайишига эришилган [6].

24-72 соат давомидаги сувсизлик вақтида юқумли касалликлар боис ўлим даражаси энг паст (3,57 %) бўлган, ушбу кўрсаткич сувсизлик даври 24 соатгача бўлганда 8,11 %ни ва 72 соатдан ошганда 5,06 %ни ташкил этган [6, 13].

Аниқланишича, кутиш тактикаси қўлланилганда болаларнинг ақлий ва психомотор ривожланиши инфекциянинг юқишининг ривожига боғлиқ бўлмаган [6].

Ҳомиладорликни консерватив услубда юритишдан бош мақсад, муддатдан олдин туғилган болаларнинг ўлимига сабаб бўлган, нафас олиш қобилиятидаги нуқсонлар синдроми учраш ҳолларини камайтиришдир.

Консерватив тактика қўллангандан сўнг янги туғилган чақалоқларда бу каби оғирлашувлар учраши тезлиги борасида турлича рақамлар келтирилади. Энг паст кўрсаткичларни S. Ogita et al. (1988) – 11,3 % эълон қилган. I. Melkova et al. (1986) респиратор бузилишлар стереоид терапия кутиш тактикаси билан комплекс равишда, айниқса узок муддат давом этган сувсизлик эътиборга олиниб қўлланганда сезиларли даражада пасайгани (8,2 %) борасидаги маълумотларни келтиришган[6].

Консерватив тактиканинг болалар учун ножўя оқибатлари сифатида кўплаб тадқиқотчилар қуйидаги касалликларни санаб ўтган: сариқ касали, гипоксия, гипотрофия, ривожланишдаги нуқсонлар [1, 6, 14]. Сўнгги даврдаги адабиётларда қоғоноқ сувларининг туғруқ бошланишидан олдин кетиб қолиши оқибатида қоғоноқ сувларининг камлиги узок давр давом этгани шароитда янги туғилган чақалоқларда ўпка гипоплазия ривожланиши кузатилиши борасидаги маълумотлар ҳам ўрин олган [1,3,6].



Бошқа тадқиқотчилар эса сувсизлик қанча вақт давом этгани, гестацион ёши ва янги туғилган чақалоқлар ўпкасида гипоплазия ҳосил бўлиши орасида ўзаро алоқани аниқлашмаган [6].

Муддатидан олдин туғилган болалар орасида касалланиш ҳоллари юқорилиги эътироф этилган.

Уларнинг 70–85 % да марказий асаб тизимларининг (МАТ) перинатал шикастланганлиги аниқланган бўлиб, уларнинг орасидан 28 %ни оғир кўринишдаги ногиронлашувга келтирувчи бузилишлар ташкил қилмоқда, унчалик оғир бўлмаган шикастланишнинг жами миқдори 44 % дан иборат.

Юқорида келтирилган сабаблар туфайли ҳомила пардаларининг муддатдан олдин ёрилишини айрим муаллифлар ҳомила учун хатар фактори деб ҳисоблашган. Шу билан бирга адабиётларда қоғонок сувларининг туғруқдан олдин кетиб қолиши ва муддатдан олдин туғилган болаларнинг перинатал ўлими учрашининг тезлиги орасида бевосита боғлиқликнинг йўқлиги борасидаги маълумотлар мавжуд.

Муддатдан олдин туғилган болалар соғлигининг анча вақт ўтгандан кейинги аҳволи борасидаги камсонли кузатув натижалари келтирилган. Ҳомиладорлик чўздирилгандан кейин туғилиб яшаб қолган болаларнинг 67 % да кейинги даврдаги ривожланиши нормал кечгани аниқланган. Қолганларида эса неврологик бузилишлар ва психомотор ривожланишда орқага қолишлар кузатилган.

Неврологик, кўриш, эшитиш нуқсонлари 1250 граммдан кам вазн билан туғилган чақалоқларда кўпроқ учраган. Адабиётларда келтирилган маълумотларга қараганда сўнгги вақтларда янги туғилган чақалоқ учун интиҳони яхшилаш мақсадида консерватив тактикага витамин Кни қўллашни кўшишмоқда. Бу услуб ички томирчалардан қон кетишлар миқдорини камайтириш, эрта ва интенсив антибактериал терапияни



Ўтказиш мақсадини кўзлайди. Муддатидан олдин туғилган болаларни асраб қолиш мақсадидаги парваришланинг сифати муаммоси ҳамон долзарб бўлиб қолмоқда [6].

Ҳомиладорлик муддати тўлган бўлсада узок муддат сувсизлик кузатилган аёллардан туғилган, янги туғилган чақалоқлар аҳволини баҳолаш вақтида инфекцион патология, айниқса пневмония кўпроқ учраши қайд этилган [21].

Шунингдек қайд этилишича, сувсизлик муддати 20 соатгача давом этган даврни ташкил этса у ҳомиланинг аҳволига ва янги туғилган чақалоқ ўпкаси адаптациясига аҳамиятли таъсир қилмайди. 20 соатдан ошса бачадон ичидаги ҳомиланинг аҳволига ўзгартиришларни келтириб чиқаради ва ташқи нафас тизимининг физиологик адаптацияси бузилишига олиб келади [24].

Ана шу болаларда янги туғилганлик даври адаптацияси бузилиши ҳоллари учраб турган ва у умумий ҳаракатчанлик фаолиятининг сусайганлигида, ланжлик билан эмишда, вазннинг кам ўсишида, дастлабки вазннинг қайта тикланишининг кечикишида, узок муддатли йиғлоқлик, киндикининг кеч тушиши ва киндик ярасининг кеч тузалишида намоён бўлган [21].

Шундай қилиб, адабиётда келтирилган маълумотлар гестация муддатига қарамасдан ҳомила пардаларининг муддатдан олдин йиртилиши мураккаб акушерлик муаммоси эканлигини тасдиқлайди.

Интраамниал инфекция этиологияси ва патогенези, уни прогнозлаш ва ўз вақтида диагностика қилиш масалаларини ўрганишни давом эттириш, она ва ҳомила учун хавфсиз саналган қоғоноқ сувларининг кетиб қолиши боис мураккабланиган ҳомиладорликни олиб бориш тактикасини танлаш, ўрганишларни давом эттиришни талаб этади.



II боб. ТЕКШИРИШ МАТЕРИАЛИ ВА УСЛУБЛАРИ

Тадқиқотлар Самарканд шаҳар 1-сон туғруқ мажмуаси базасида олиб борилди. Текшириш учун Самарканд шаҳар 1-сон Туғруқ комплексига 2012-2015 йилларда қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши (ҚСМОК) билан келган 90 бемор танлаб олинган. Мазкур аёлларнинг ярми ретроспектив усулда ўрганилди, қолган ярми бевосита кўзатув ва актив олиб бориш асосида тадқиқ этилди.

Туғруқ мажмуасида 2012-2012 йиллар мобайнида ҚСВОК билан асоратланмаган, яъни қоғоноқ сувлари вақтида кетган аёлларни проспектив тадқиқ қилиш (n=45) кўзатиш картаси асосида изчил амалга оширилди. Маълумотлар асосан аёлни бевосита текшириш, туғруқ тарихи ва амбулатор кўзатиш картасидан олинди. Маълумки, бу вақтлар мобайнида Эффе́ктив Перинатал Парвариш (ЭПП ёки ЭПУ) қоидалари амалиётга кенг жорий этилган эди. Самарканд шаҳридаги барча туғруққа ёрдам кўрсатиш муассасалари ЭПУ принциплари асосида ишлар эди. Бу албатта Мустақилликкача бўлган даврга нисбатан анча прогрессив бўлиб, ҳозир қабул қилинган ЭПУ принциплари мукамал ва аниқ, шунинг учун ҳомиладорлик ҚСМОК билан асоратланган ҳолатларда хатоликларга йўл кўйиш кам учрайди, акушерлик ва перинатал асоратлари ҳам камроқ учрайди.

Мазкур гуруҳ «контрол» ёки «назорат гуруҳи» деб номланиб, ундаги маълумотлар кейинчалик асосий гуруҳ билан таққосланиб ўрганилди. Статистик формула ва методлар ёрдамида улар орасидаги фарқларнинг статистик ишончилиги ҳисобланди.

Асосий гуруҳга мазкур туғруқ мажмуасида 2012-2015 йилларда ҚСВОК билан қабул қилинган аёллар киритилиб, улар тўлиқ клиник -



лаборатор текшириш, шу жумладан қин суртмаси ва плацента морфологиясини аниқлаш (n=45) каби текширишлар утказилди. Бемор аёлларни тегишли УТТ ва клиник текширувлардан утказиш ҳам назарда тутилди.

Тадқиқот инструменти сифатида махсус ишлаб чиқилган ва ишончилиги текширилган кўзатув картасидан фойдаланилди. Хар бир аёл учун алоҳида кўзатув картаси юритилган ва бевосита текширилиб, урганилган. Кўзатув картаси жами 34 параметрдан иборат булиб, унда паспорт маълумотларидан ташқари, аёлнинг жисмоний кўрсаткичлари, анамнези, диагноз ва утказилган оператив аралашувлар, акушерлик статуси ҳамда барча лаборатор таҳлиллар киритилган. Бундан ташқари унда тугрук натижалари, чакалокка тегишли маълумотлар ҳам урин олган. Аёлга утказилган даво муолажалари ҳам эътибордан четда колмаган.

Кўзатув картаси СамМИ Даволаш ва Тиббий педагогика факультетлари 7 курс учун акушерлик ва гинекология курси мажлисида кўриб чиқилиб, тасдиқланган (Протокол № 3, 2013 йил, 21 Ноябрь).

Текширилган беморларда хомиладорлик, тугрук ва чилла даврининг кечиши, фон хасталиклар, асоратлар кенг хажмда урганилди. Экстрагениатал касалликлар мавжуд булса, уларни даволаш тактикасини белгилашда касаллик шакли, давомийлиги, кузгатувчиси, кузгатувчининг антибиотикларга сезгирлиги, хомиладорлик асоратларига ахамият берилди. Умумий сийдик тахлили, Ничепоренко тахлили, Зимницкий синамаси, сийдикни бактериологик текшириш, буйрақларни УТ текширишдан ташқари коннинг биохимик тахлиллари, кон ивиш тизимининг курсаткичлари, шунингдек гематограмма, гематокрит курсаткичи ва бошқалар урганилган.

Туғруқ йўллари биоценозини урганиш Петри чашкасида Шедлер, Уриселект-4, Эндо, Сабуро, шакарли бульонли озиқ муҳитларига



экишнинг штрихли техникаси орқали 37⁰С температурада 48-72 соат давомида инкубациялаш орқали амалга оширилди.

Зич мухитларда ўсиш содир бўлганда турли морфологияли колонияларни санаш амалга оширилди. Бульон хиралашгандан сунг ойначага суртма олиниб, Грам усулида буялди ва микроскопия натижаларига кўра зич мухитларда (қонли агар, эндо, сариклик-тузли агар) эзма қилинди, кейин эса культуралар идиентификация қилинди. Анаэроб флораларни (лактобактерия, пептострептококк ва бошқалар) аниқлаш учун Шедлер ва Уриселекта-4 мухитларида анаэроустатда эзма қилинди. Экмалар 48 - 72 соат мобайнида 37⁰С температурада сақланди. Тур идиентификациясидан кейин микроорганизмларнинг антибактериал препаратларга сезгирлиги қоғозли дисклар ёрдамида агарга диффузия усулида аниқланди.

Ультратовуш текшируви (УТТ) Алока CD 600 аппарати билан стандарт методика буйича, 3 ва 5 мГц частотали чизиқли датчик ёрдамида утказилди.

УТТ текширишида хомилалар биометрик улчамлари, хусусан бипариетал улчам (БПУ), қорин уртача диаметри (ҚУД), сон суяги узунлиги (ССУ), кукрак уртача диаметри (КУД) кабилар ўлчаиниб, махсус жадвал ёрдамида хомиланинг гестацион ёши хисоблаб чиқарилди. Шунингдек, хоилага узиши тури – нормал, гипотрофик, гипопластик ва диспластик типлари ҳамда уларнинг даражалари аниқланди.

Функционал УТТ да хомилаларнинг нафас олиш харакатлиги, уларнинг сони ва тури, эгизак хомилаларнинг харакат активлиги (gross fetal movements), хоилага тонуси, қоғоноқ сувлари миқдори аниқланди. Маълумки, нафас олиш харакатлари нормада минутига 30 тадан кам бўлмаслиги ва даврий равишда такрорланадиган апноэ холатлари 15 минутдан ошиб кетмаслиги керак. Агар нафас харакатлари сони 30



минутдан кам бўлса ва апоноэ ҳолатлари 15 минутдан ошиб кетса бу ЭПП буйича хомила хаётига тахдид солувчи ҳолат ҳисобланади.

Хомила йирик ҳаракатлари эса соатига 3 тадан 6 тагача бўлиши лозим, ундан кам ёки кўп бўлиши патология ёки патология олди ҳолати булиб ҳисобланади.

Хомиланинг нормал тонуси деганда унинг тана мушакларини букиш ёки ёзиш қобилияти тушунилади. Нормал тонусда бола қўл ва оёқларини буккан ҳолатда бошини сал эгиб туради. агар ҳомила қимирлаган пайтда қўл оёқларини аввалги ҳолатига қайтара олмаса бу унинг тонуси пасайганлигидан далолат беради. Гипотония ҳолатида хомила оёқ қўллари тўла ёзилган ҳолда, қимирламасдан ётади.

Қоғоноқ сувлари миқдори қачон нормада деб ҳисобланади? Бунинг учун УТТ да хомила атрофида вертикал ва горизонтал ўлчамлари 1 см дан катта бўлган камида 2 та «чунтак» аниқланиши керак. Агар мазкур «чунтаклар»нинг перпендикуляр ўлчамлари 5 см дан катта бўлса бу кўп сувлиликдан далолат беради.

Плацентанинг структур ҳолати Grannum буйича 4 та етилиш даражасига ажратилади. Ультратовуш плацентометрияда плацента ўлчамлари, унинг туқимасининг эхоструктураси, плацента етилиш даражаси, унда плацента дисфункцияси учун хос эхо-белгилар: шиш, эхопозитивликнинг пасайиши кабилар аниқланди.

УТТ да шунингдек, бачадон пастки сегментининг узунлиги ва қалинлиги ҳам ҳисобга олинади. Агар бачадон пастки сегментининг узунлиги 11 смдан катта бўлса ва қалинлиги 5 ммдан юпқа бўлса бачадон пастки сегменти чузилиб кетган деб ҳисобланади.

Маълумки, кўп ҳомидаликда ЭГК орасида пиелонефрит айниқса кўп учрайди, камқонликдан сўнг, албатта. Пиелонефрит билан оғриган



беморларни даволашда хомиладорлик муддатига караб ампициллин, цефазолин, мегацеф кулланилди. Даволаш натижалари касалликнинг клиникаси, сийдик тахлили натижаларига караб бахоланди.

Кардиотокография (КТГ) “Feta Care” кардиомонитори (Германия) ёрдамида амалга оширилди. Аппарат нафақат хомила юрак уришини, балки бачадон қисқариш қобилятини ҳам регистрация қилиш имкониятига эга. Синхрон ёзувли КТГ текшируви аёл орқасига ётган ҳолда 30 минут давомида утказилади. Бундан ташқари вақтларда истаган пайтда товушли ва индикаторли КТГ текширувидан фойдаланиш мумкин. Аппарат датчиклари қоринга қуйилади ва бирон бир карши курсатмага эга эмас. Аппаратнинг ишлаш принципи Допплер эффектига асосланган. Қоғозга туширилган информация клиник маълумотлар билан бирга интерпретация қилиниши лозим.

КТГ маълумотларини интерпретация қилишда қўйидаги кўрсаткичлар ҳисобга олинади: Ҳомила юрак уришларининг базал частотаси, лаҳзали осцилляцияларнинг амплитуда ва частотаси, акцелерация ва децелерацияларнинг амплитуда ва частотаси, базал ритмнинг вариабеллиги. Олинган маълумотлар қўйидаги шкла асосида интерпретация қилинди.



Таблица 2.1.

Кардиотокография курсаткичлари интерпретацияси учун Фишер шкаласи, 1991.

№	КТГ параметри	Балларда баҳолаш		
		0	1	2
1	Юрак уришлари базал частотаси	>100 <180	100-120 160-180	120-160
2	Лаҳзали осцилляциялар амплитудаси	<2	2-4	>4
3	Лаҳзали осцилляциялар частотаси	<5	5-10 >30	10-30
4	Акцелерациялар (юрак уриши тезлашишлари)	Йўқ	Периодик	Спорадик
5	Децелерациялар (юрак уриши секинлашишлари)	Кечки узок вариабел децелерация- лар ёмон прогностик белгилар билан	Кечки қисқа ёки уртача вариабел децелера- циялар	Йўқ Эрта децелера- циялар

Фишер шкаласи буйича 9-10 балл ҳомила ахволи яхшилигидан дарак беради, 7-8 балл – ҳомила ҳаётига таҳдид солувчи ҳолат, 5-6 балл бошланаётган ҳомила дистрессидан дарак беради, мазкур ҳолатда зудлик билан ҳомиладорликни тухтатиш, туғруқ индукцияси тавсия этилади. 4 баллдан кам – кучли ифодаланган ҳомила дистесси, бу ҳолда Кесар кесиш йўли билан туғруқни яқунлаш лозим.



Она қорнидаги ҳомиланинг аҳволини ҳеч бир усул унинг биофизик профили каби аниқ баҳолай олмайди. Биз қўйидаги БПП шкаласидан фойдаландик.

Жадвал 2.2.

Ҳомила биофизик профили шкаласи (Закирова Н.И., Жумаев И.Ж., 2006).

№	ҲБП параметрлари	Баллар		
		0	1	2
1	Ҳомила биометрик параметрлари	Ассимтерик гипотрофия	Симметрик гипотрофия	Гестация муддатига мос
2	Нафас олиш ҳаракатлари сони	Йўқ, ёки ҳиқиллаган	Минутига 30 тадан кам	Минутига 30 тадан кўп
3	Йирик ҳаракатлари сони	Йўқ	Соатига 1-5 ҳаракат	Соатига 6 тадан кўп
4	Ҳомила тонуси	Гипотония	Паст	Нормал
5	Плацентанинг етилиш даражаси	I даража	II даража	III даража
6	Қоғоноқ сувлари миқдори	Камсувлилик	Кўпсувлилик	Сувлар нормада
7	КТГ ностресс тест	Фишер шкаласи буйича 4 баллдан кам	5-7 балл	8-10 балл

Мазкур шкала буйича 10-14 балл норма, 9-10 балл – енгил дистресс, 7 баллдан кам – оғир дистресс ҳисобланади.



Маълумки, кўпҳомилалик кўпинча сурункали ҳомила дистресси ва ХРОҚС билан асоратланади. ХРОҚС ни вақтида диагностика қилиш учун Абдусаломов А.А. томонидан 1997 йил тавсия этилган формула қўлланилди:

$$M = 1000 + 200 * (X - 28)$$

M – ҳомиланинг мазкур гестация ёши учун хос бўлган массаси

X – гестация муддати ҳафталарда

1000 – ҳомиланинг 28 ҳафталикдаги вазни

200 – 28 ҳафтадан кейин ҳар ҳафта қушиладиган масса, граммларда.

Бу формула жуда қулай ва ҳисоблашга осондир. Бунинг учун ҳомиланинг тахминий оғирлиги аниқланади, кейин мазкур формула бўйича ушбу муддатга мос келувчи вазн топилади ва таққосланади. Агар ҳомиланинг реал вазни тахмин қилинган вазндан 400 гр кам бўлса ХРОҚС 1 даражаси, 500-800 гр кам бўлса – ХРОҚС 2 даражаси, 800 гр дан кўпроқ кам бўлса ХРОҚС 3 даражаси диагнози қўйилади.

Тадқиқ этилган 90 нафар аёллар тулик клиник лаборатор текширишлардан утишган. Утказилган текшириш усуллари ҳақидаги маълумотлар куйидаги жадвалда келтирилган:



Текшириш усуллари ва сони

<i>№</i>	<i>Текшириш усуллари</i>	<i>Контр гр(45)</i>	<i>Асос. гр (45)</i>	<i>Жами</i>	<i>%</i>
1	Умумий физикал текшириш	45	45	90	100%
2	Акушерлик текшируви	45	45	90	100%
3	Ультратовуш текшириш	45	45	90	100%
4	Умумий кон ва сийдик тахлили	45	45	90	100%
5	Ничепоренко тахлили	45	45	90	100%
6	Зимницкий синамаси	45	45	90	100%
7	Сийдик экмасини бактериологик текшириш	45	45	90	100%
8	Кон гурухи ва Rh-омилни аниклаш	45	45	90	100%
9	Коннинг биохимик тахлиллари	45	45	90	100%
10	Кон ивувчанлигини Сухарев буйича аниклаш	45	45	90	100%
11	Протромбин вакти ва индекси	45	45	90	100%
12	Гематокрит курсаткичи	45	45	90	100%
15	Кин тозалик даражасини текшириш	45	45	90	100%
16	Мутахасислар куриги	45	45	90	100%
17	Плацентани патоморфологик текшириш	11	45	56	62,2%
18	Перинатал йукотишларни патологоанатомик текшириш	-	1	1	1,1%
	Жами	731	766	1497	-



Шундай қилиб, жами 1497 та клиник, лаборатор ва аппаратли текшириш усуллари утказилган.

Перианатал улим 1 та чакалоқда қузатилди, уларда утказилган патолого-анатомик текшириш улим сабаблари аниқланди.

Тадқиқот когорт усулида булиб, текшириш объектлари вақт буйича рандомизация мезони билан танланган.

Материални статистик қайта ишлаш Pentium – 100 персонал компьютерида утказилди. Олинган натижалар қизикли статистик тахлил усуллари буйича қайта ишланди. Бунда Microsoft Excel, v 7,0 электрон жадвали имкониятлари ва махсус статистик формулалар пакетидан фойдаланилди. Урта арифметик қиймат, унинг стандарт хатоси, фарқланиш ишончилиги (достоверность различия), дисперсия, Стьюдент буйича тарқалиш даражаси, Пирсон буйича корреляция коэффициентлари, Стьюдент буйича t – мезони қаби статистик курсаткичлар ҳисобланди. Олинган натижалар тахлил қилиниб, тегишли хулосалар чиқарилди.

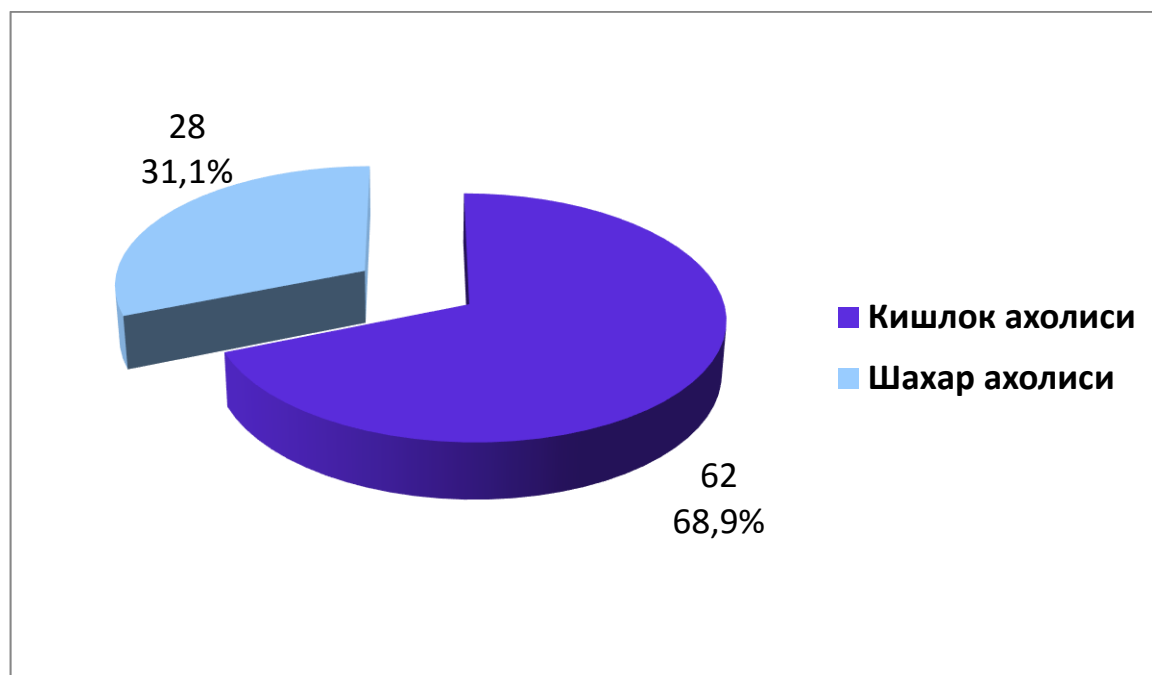


III БОБ. ТАДКИКОТ НАТИЖАЛАРИ

3.1. Текширилган аёлларнинг умумий характеристикаси

ҚСМОК билан келган аёллар яшаш манзили, ёши, ижтимоий келиб чиқиши ва паритети каби муҳим кўрсаткичлари буйича хар иккала гуруҳ бир-бирига мослаштирилган (Matching and pairing). Маълумки, бу усул гуруҳлардаги маълумотларни қиёсий урганиш давомида айрим социал омилларга боғлиқ чалғитувчи хатоликлар (confounding factors) ни истисно қилишга ёрдам беради. Шундай қилиб, мутаносиблик критерийлари (matching criteria) сифатида 4 мезон – аёлларнинг яшаш жойи (шаҳар ёки қишлоқ), ёши, касби-кори ва паритети олинди.

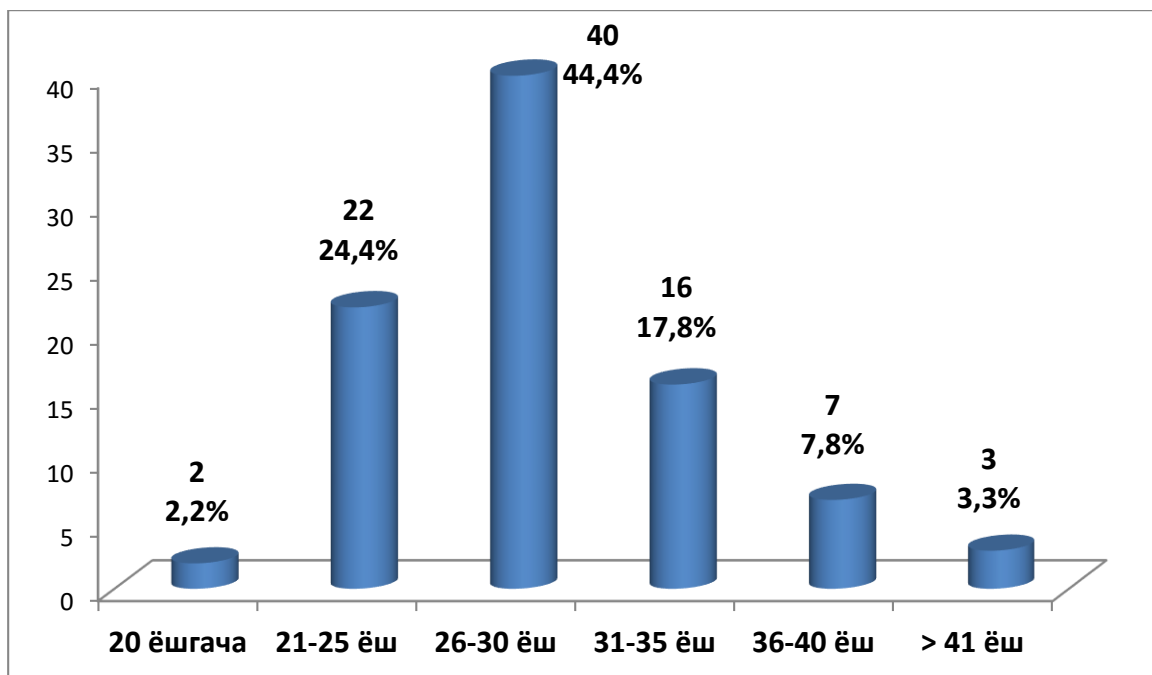
Текширилган жами 90 нафар аёлнинг 62 таси қишлоқ аҳолиси, қолган 28 нафари эса шаҳарликлар эди (Расм 3.1.)



Расм 3.1. Аёлларнинг яшаш манзили.

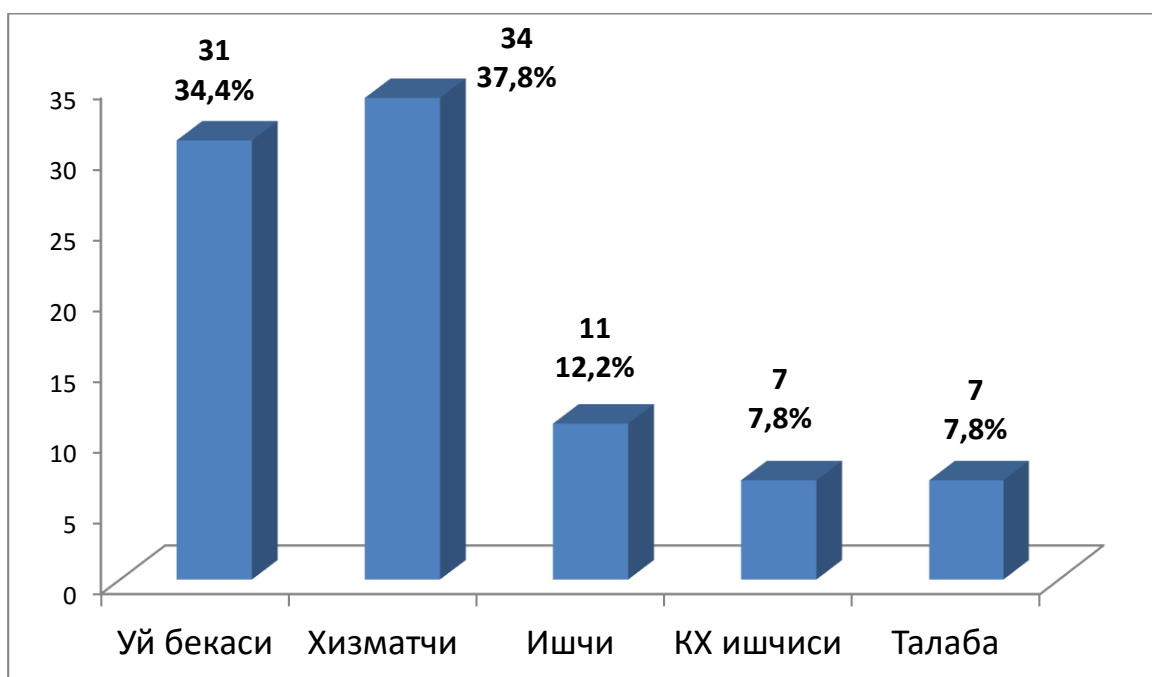
Текширилган аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши кўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.2.)





Расм 3.2. Аёлларнинг ёш буйича тақсимланиши.

Аёлларнинг аксарият қисми (68,8%) 21 ёшдан 35 ёшгача бўлиб, бу оптимал фертил ёшга тўғри келади. Аёлларнинг 24,4% 21-25 ёш оралиғида, 44,4% 26-30 ёш оралиғида ва 17,8% 31-35 ёш уртасида бўлган. ҚСМОК билан келган аёлларнинг 11,1% 36 ёшдан катта бўлган, фақат 2 нафар аёл 19 ёшда бўлган.

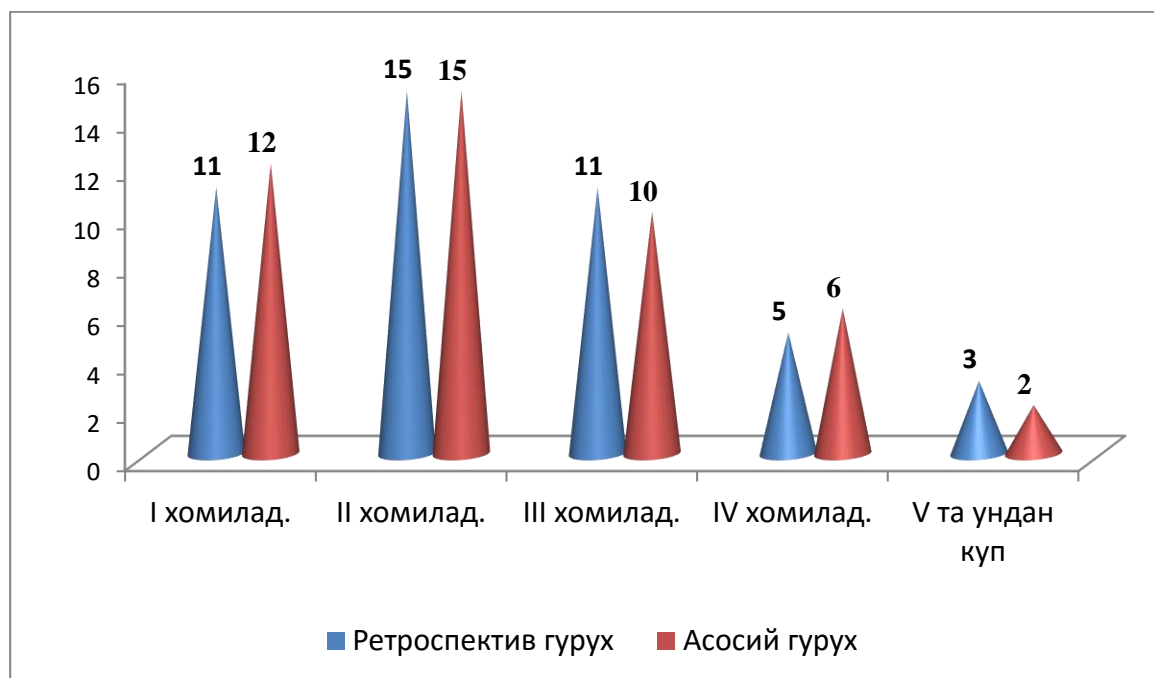


Расм 3.3. Аёлларнинг ижтимоий келиб чиқиши.



Аёлларнинг касб-кори ва ижтимоий келиб чиқиши урганилганда, уларнинг 37,8% хизматчилар, учдан бир қисми (34,4%) уй бекалари эканлиги аниқланди. Аёлларнинг қолган саккиздан бир қисми ишчи, қишлоқ хўжалик ишчилари ва студентлар эди (расм 3.3).

Анамнезда ҳомиладорликлар сони текширилган аёлларда қўйидагича бўлган (расм 3.4.)



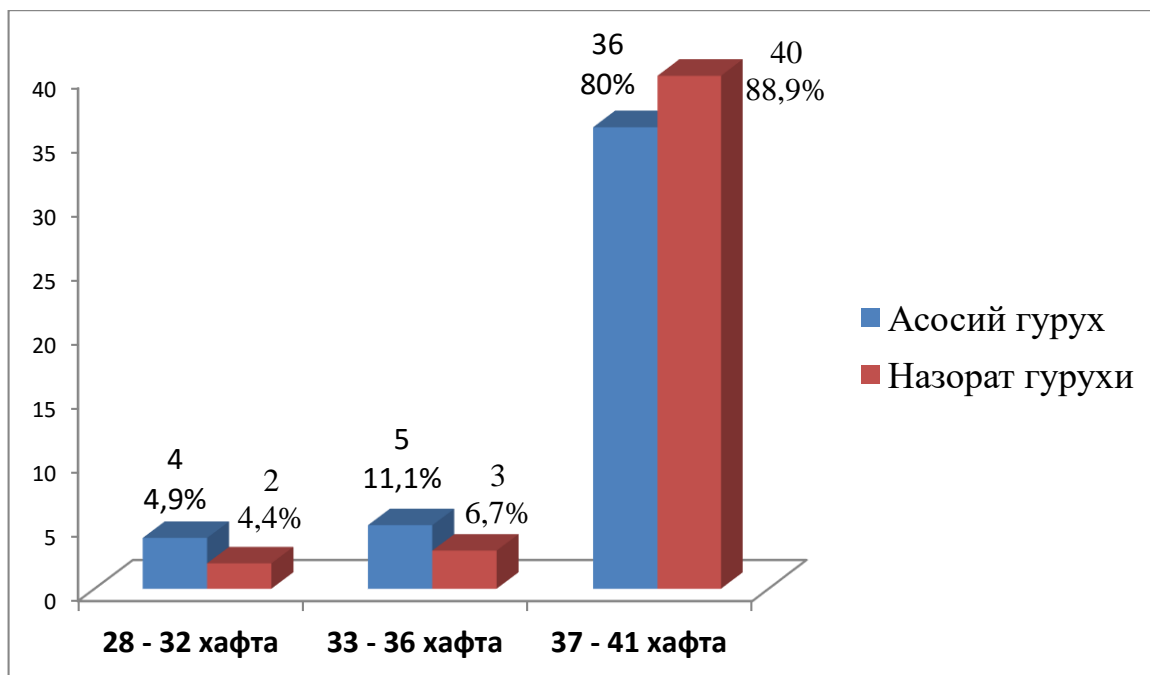
Расм 3.4. Текширилган аёлларда ҳомиладорликлар сони.

Кўриниб турганидек, аёлларнинг паритети ҳар иккала гуруҳда деярли бир хил, яъни юқорида айтиб утилганидек, тўғри мутаносиблаштирилган. Бу гуруҳларни таққослашда максимал даражада хатоликларнинг кам бўлишига ёрдам беради.

3.2. Қўғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетишига олиб келувчи сабабларни урганиш

Тадқиқ этилган аёлларда ҳомиладорлик муддати асосий ва назорат гуруҳларида бир-биридан сезиларли равишда фарқ қилди (расм 3.5).



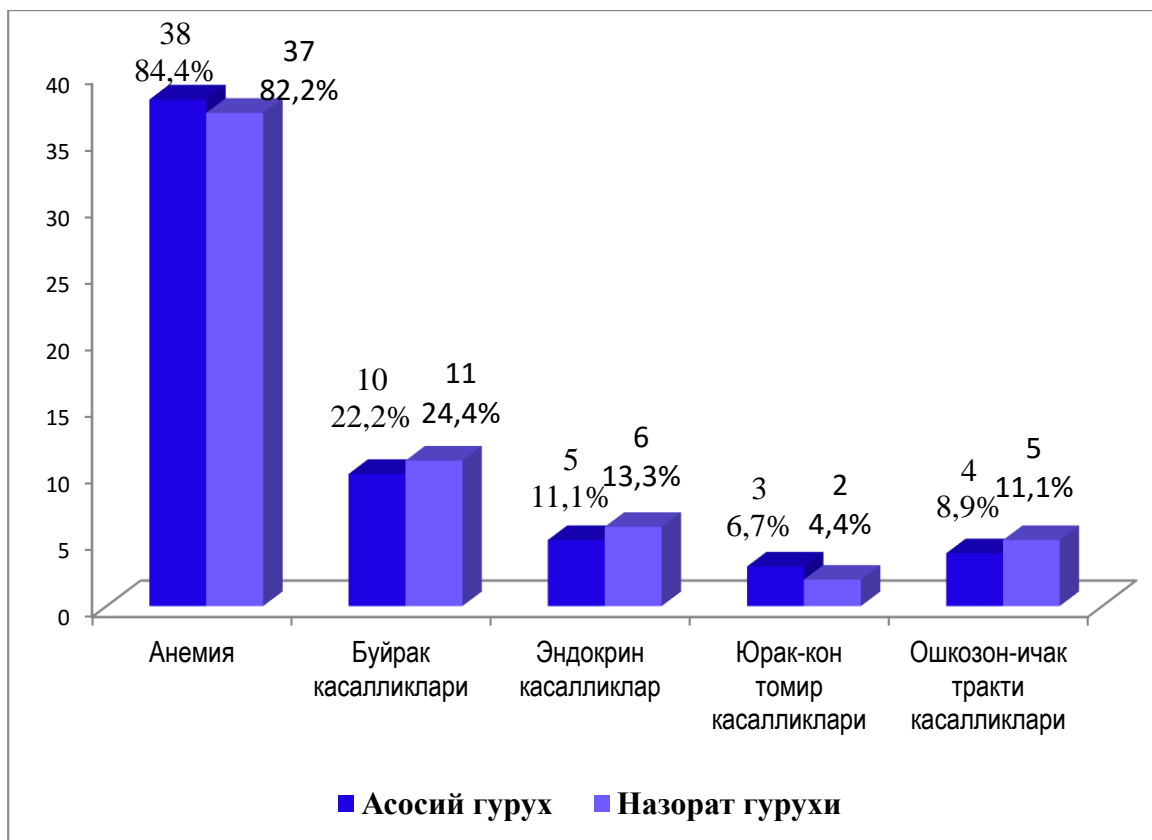


Расм 3.5. Тадқиқ этилган аёлларда гестация муддати.

ҚСМОК билан келган аёлларда жами 9 нафар (20%) аёл муддатдан олдин туққан, мазкур кўрсаткич қоғоноқ сувлари вақтида кетган аёлларда 5 нафар (11,1%) ни ташкил этади, яъни деярли икки марта кам. Бу натижа ҚСМОК билан гестация муддати орасидаги боғлиқликни курсатади, яъни гестация муддати қанча кам бўлса, мазкур патология шунча кўпроқ учрайди.

Маълумки, экстрагенитал касалликлар хомиладорликнинг кечиши ва натижаларига салбий таъсир курсатади. Текширилган аёлларнинг 93,8% ида (61 нафар) турли туман экстрагенитал касалликлар аниқланди (расм 3.5.)





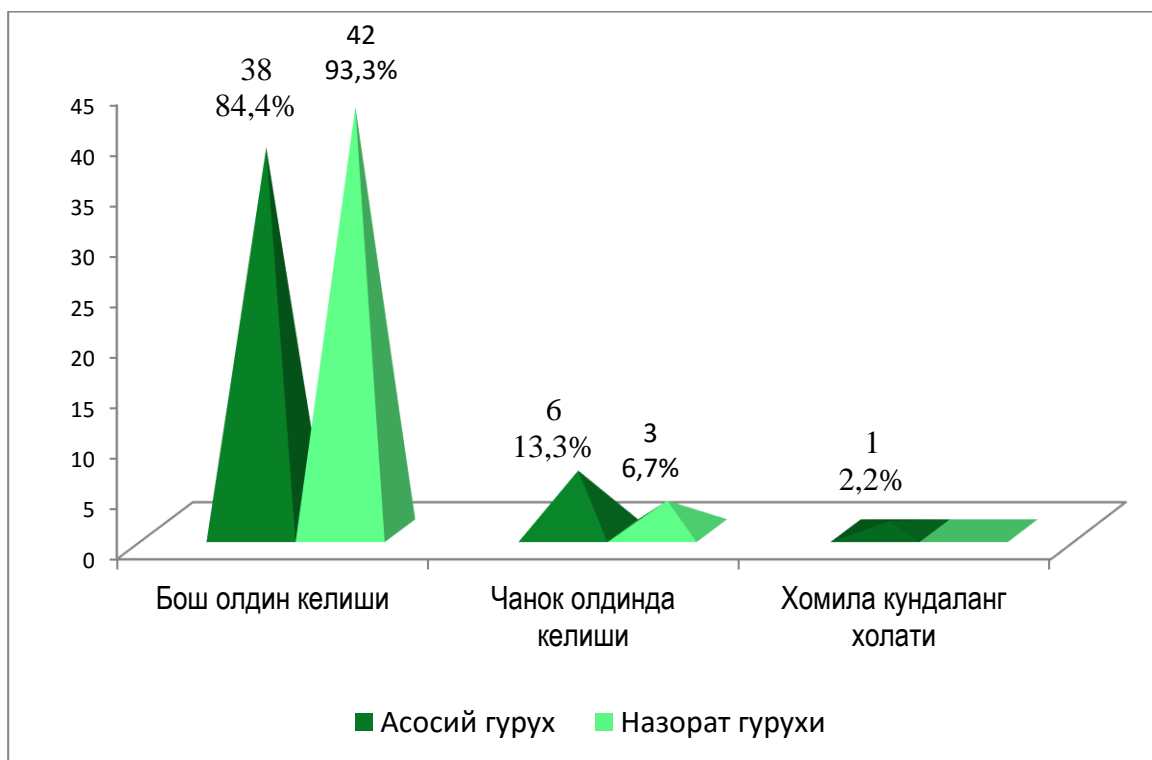
Расм 3.6. Аёлларда аниқланган экстрагенитал касалликлар таркиби.

ҚСМОК билан келган хомиладор аёлларда экстрагенитал касалликлар структураси тугрисидаги маълумотлар юқоридаги гистограммада келтирилган (расм 3.6). Куришиб турганидек, ЭГК лар таркибида камконликдан кейин иккинчи уринда гестацион пиелонефрит туради. ЭГКлар структурасида анемия биринчи уринда туради ва 84,4% ва 82,2% ни ташкил этади. Кўришиб турганидек, экстрагенитал касалликлар таркиби хар икала таққосланётган гурухларда деярли бир хил. Бу шундан далолат берадики, ҚСМОК да экстрагенитал касалликлар сезиларли роль ўйнамайди.

Адабиёт маълумотларидана маълумки (8,15,45), қоғонок сувларининг муддатдан олдин кетишида ҳомиланинг нотуғри ҳолатлари ва айниқса чаноқ билан кетиш катта ахамиятга эга. Шунинг учун текширилган аёлларда ҳомила ҳолати ва олдинда келувчи қисми алохида тадқиқ этилди (расм 3.7).



ҚСМОК билан стационарга ёткизилган 45 нафар аёлда ва назорат гуруҳидаги аёлларда ҳомила ҳолати ва олдинда келувчи қисми куйидагича бўлган.



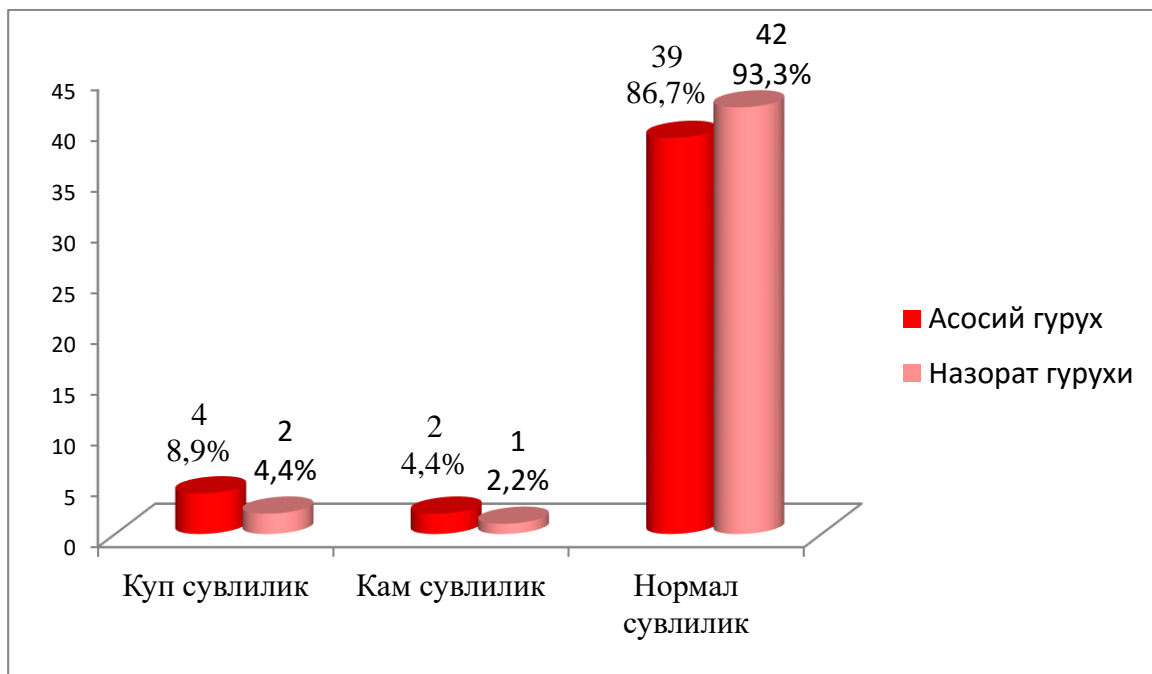
Расм 3.7. Текширилган аёлларда ҳомила ҳолати ва олдинда келувчи қисми.

Кўриниб турганидек, ҚСМОК билан келган аёлларнинг 38 нафарида (84,4%) ҳомила боши билан келиши (presentatio cephalicus) кузатилди, назорат гуруҳида эса бу рақам 42 нафарни (93,3%) ташкил этди. Чанок олдинда келиши асосий гуруҳда 13,3% ни назорат гуруҳида эса 6,7% ни ташкил этди. Ҳомиалнинг кундаланг ҳолати фақатгина ҚСМОК билан келган аёлларнинг бир нафарида учради ва 2,2%ни ташкил этди. Бу маълумотлар шуни кўрсатадики, ҚСМОК да чанок олдинда келиши ва ҳомиланинг кундаланг ётиши хавф омили сифатида қаралиши лозим.

Қоғоноқ сувларининг миқдори ва ҚСМОК уртасида боғлиқлик бўлиши мумкинми? Бу масалани урганиш учун таққосланаётган



гурухларда қоғоноқ сувлари миқдори ультратовуш текшируви ёрдамида урганилди. Мазкур методика 2-бобда батафсил келтирилган. Натижалар шуни курсатдики, кўпсувлилик ва аксинча, камсувлилик ҚСМОК билан кузатилган аёлларда икки марта кўпроқ учраган (расм 3.8.)



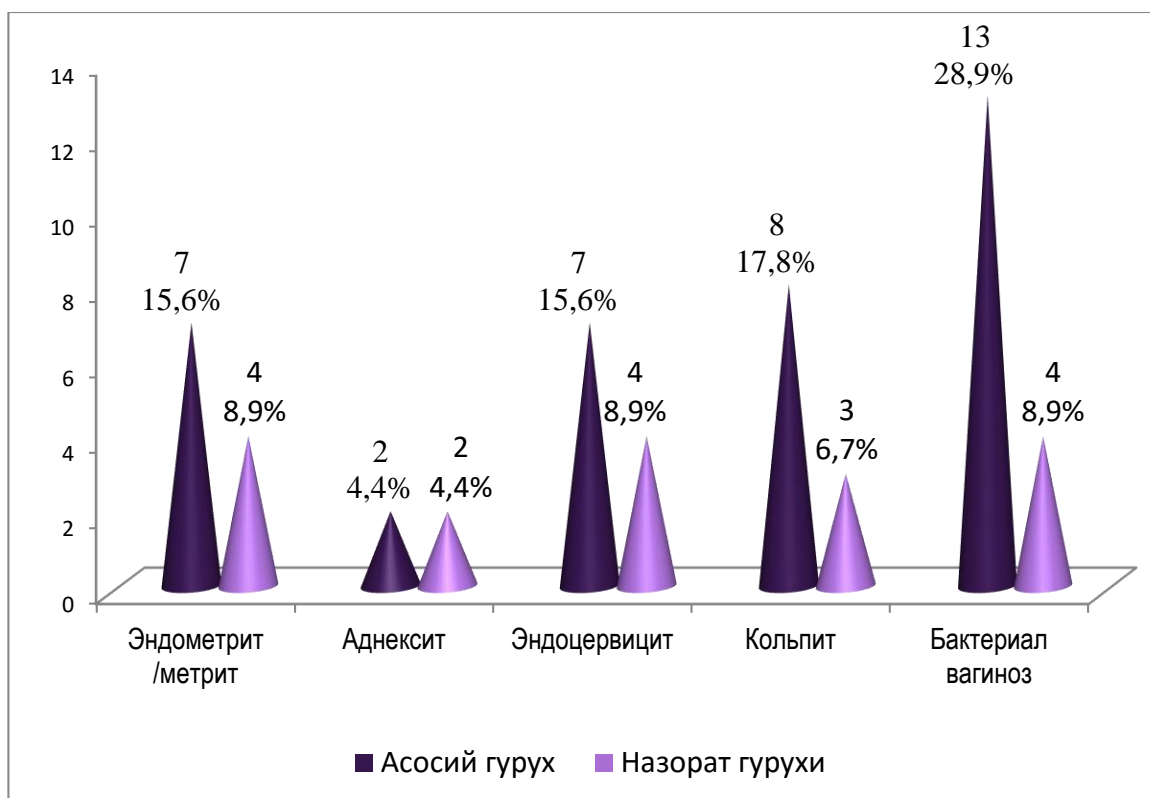
Расм 3.8. Таққосланаётган гурухларда қоғоноқ сувлари миқдори.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, кўп сувлилик ҚСМОК билан келган аёлларнинг 8,9% ида, кам сувлилик эса 4,4% ида кузатилган. Қоғоноқ сувари вақтида кетган аёлларда бу курсаткичлар мос равишда 4,4% ва 2,2% га тенг бўлган, яъни юқорида аётиб утилганидек, асосий гурухга нисбатан икки баравар кам учраган. Бу ҳолат қоғоноқ сувлари миқдори билан ҚСМОК уртасида корреляцион боғланиш борлигини курсатади.

Назарий жихатдан, ҚСМОК қин микрофлорасининг узгаришига узвий боғлиқ, бу эса мазкур хасталик билан гинекологик касалликлар уртасида боғланиш борлигига ишора қилади. Шунинг учун ҳам биз ҚСМОК ва қоғоноқ сувлари вақтида кетган аёлларда гинекологик



статусни урганишга қарор қилдик. Натижалар қўйидагича бўлди (расм 3.9.)



Расм 3.9. Текширилган аёлларда гинекологик статус.

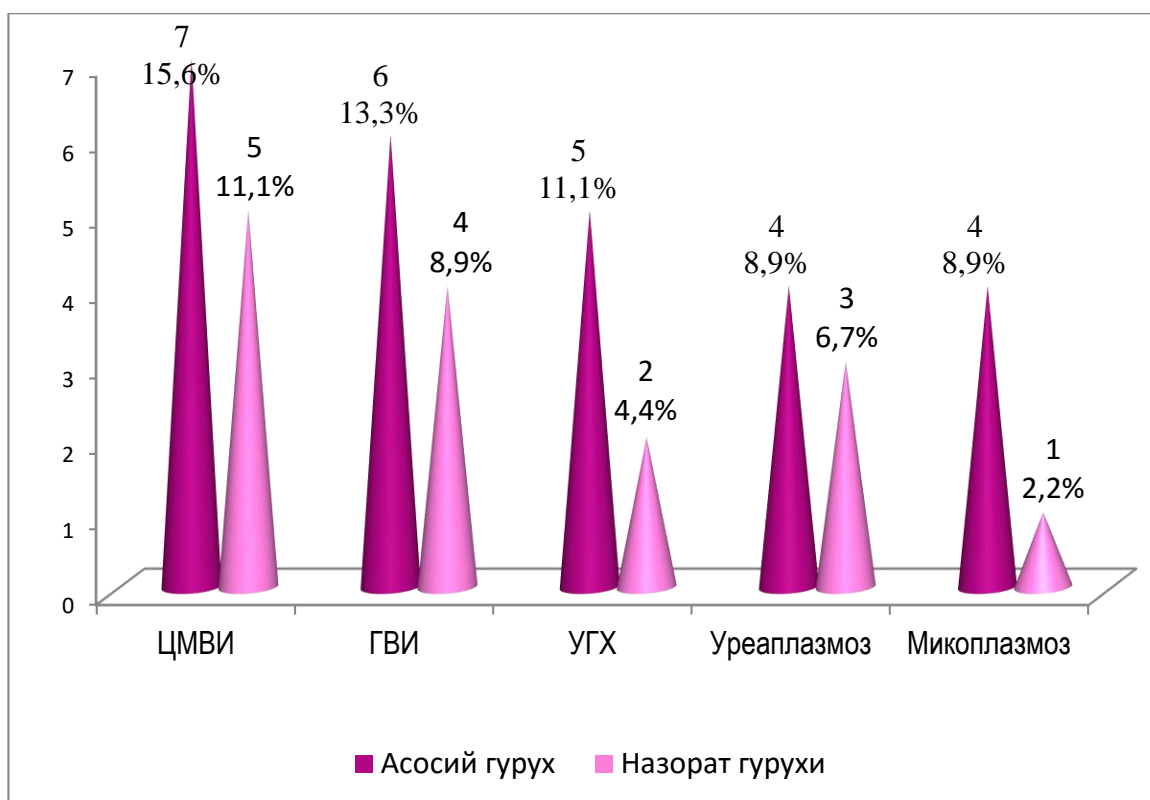
Бизнинг текшириш натижаларимиз ҚСМОК ва жинсий йўлларнинг инфекция-яллиғланиш касалликлари орасида боғланиш борлигини курсатди. Масалан, эндометрит ва метроэндометрит касалликлари асосий гуруҳда 15,6%, назорат гуруҳида эса 8,9%, яъни деярли икки марта камроқ кузатилди. Бачадон ортиқлари яллиғланиши (аднексит, ёки салпингоофарит) касалликлари ҳар иккала гуруҳда бир хил (4,4%) кузатилган бўлса-да, эндоцервицит курсаткичи ҚСМОК билан келган аёлларда назорат гуруҳига нисатан деярли икки марта купроқ қайд этилди (мос равишда 15,6 ва 8,9%).

Айниқса, кольпит ва бактериал вагиноз касалликлари ҚСМОК билан келган аёлларда назорат гуруҳига нисбатан тахминан уч баравар зиёдроқ кузатилди. Кольпит асосий гуруҳда 17,8%, назорат гуруҳида эса



6,7% учраган бўлса, бактериал вагиноз мос равишда 28,9 ва 8,9% холатларда кузатилди.

Маълумки, инфекцион-яллиғланиш жараёнлари кўпинча TORCH-инфекциялар билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкин. Шунинг эътиборга олиб, текширилаётган аёлларда TORCH-инфекциялар учраши ҳам урганилди. Бу тўғридаги маълумотлар қўйидаги гистограммада келтирилган (расм 3.10.)



Расм 3.10. Текширилган аёлларда TORCH-инфекцияларнинг учраши.

Юқоридаги тахминимизни тасдиқлаган ҳолда, ҚСМОК билан келган аёлларда TORCH-инфекциялари назорат гуруҳига нисбатан ишончли равишда баланд бўлиб чиқди. Масалан, цитомегаловирусли инфекция (ЦМВИ) асосий гуруҳда 15,6% учраган бўлса, назорат гуруҳида 11,1% кузатилди. Худди шунингдек, герпес-вирусли инфекция (ГВИ) асосий гуруҳда 13,3 ва назорат гуруҳида 8,9% қайд этилди.

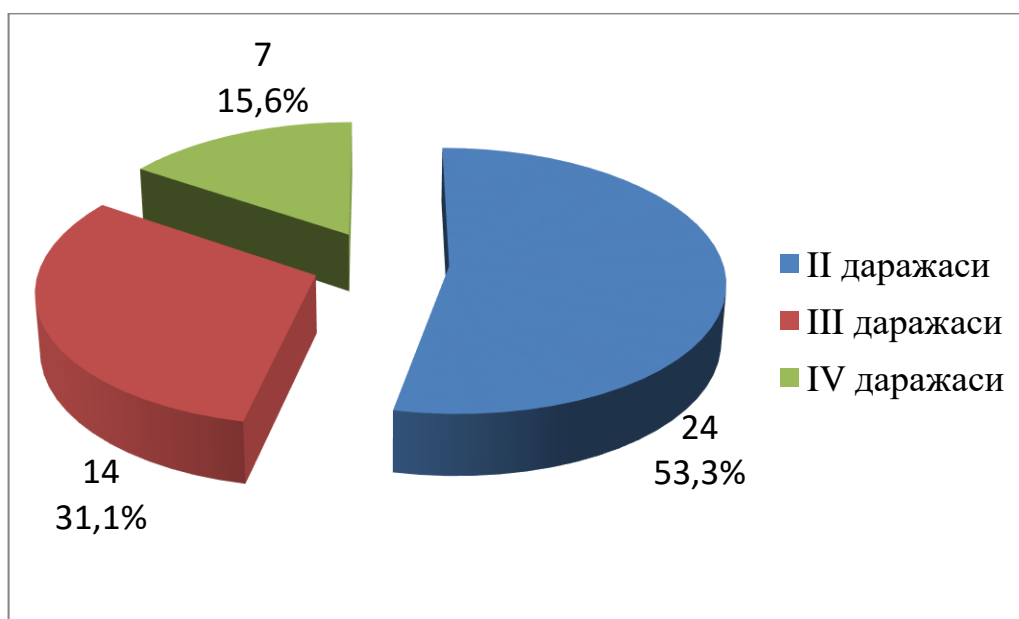


Урогенитал хламидиоз (УГХ) таққосланаётган гуруҳларда мос равишда 8,9 ва 6,7%, уреоплазмоз 8,9 ва 2,2% аниқланди.

Шундай қилиб, ҳомиладорликнинг ҚСМОК билан асоратланиши ўз-ўзидан келиб чиқмайди. Унинг ривожланишида ҳомиладорлик муддати, ҳомила ҳолати ва олдинда ётувчи қисми, қоғоноқ сувлари миқдори, жинсий йўлларнинг инфекциян-яллиғланишли касалликлари (биринчи навбатда кольпит ва бактериал вагиноз) ва нихоят TORCH-инфекциялар катта роль ўйнайди. Бу ҳолатлар мазкур хасталикни олдиндан прогноз қилишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

3.3. ҚСМОК билан келган аёлларда қин микробиоценозини урганиш

Қин микробиоценозини ругнишни қин тозалик даражасини урганишдан бошладик. Маълумки, қин тозалигининг I даражаси фақатгина турмушга чиқмаган қиз болалардагина кузатилиши мумкин. Шунинг учун бизнинг кузатишларимизда қиннинг II, III ва IV тозалик даражалари кузатилди (расм 3.11).

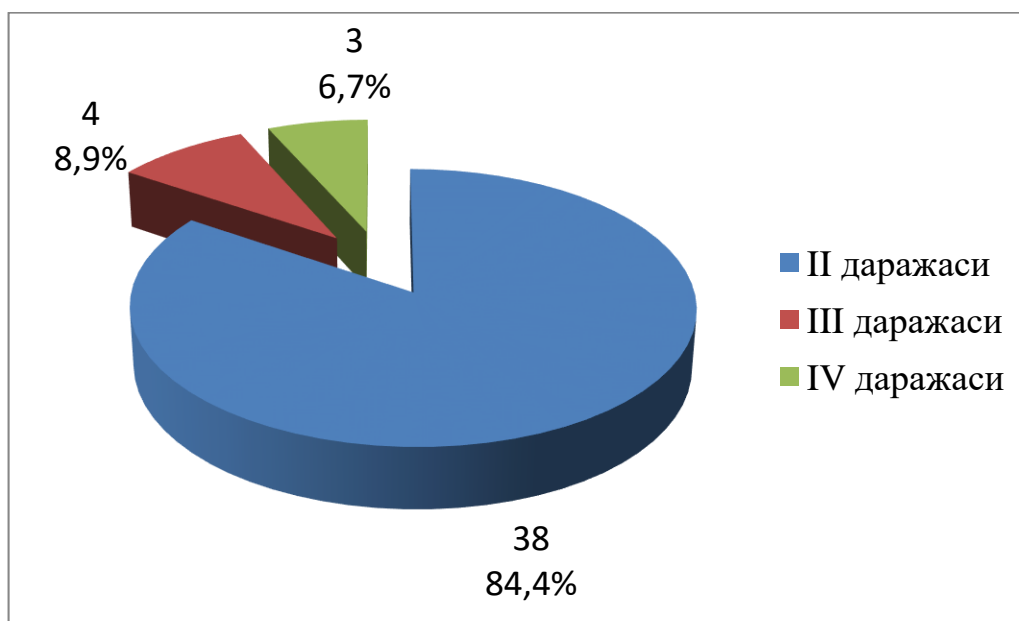


Расм 3.11. Қин тозалик даражаси тўғрисидаги маълумотлар.



Куришиб турибдики, қин тозалигининг II даражаси асосий гуруҳда жами 24 нафар аёлда кузатилган (53,3%), қин тозалигининг III даражаси эса жами 14 нафар, яъни 31,1% аёлда қайд этилган. Жами 7 та ҳолатда қин тозалигининг IV даражаси кузатилди, яъни қин суртмасида патоген кокклардан ташқари специфик микрофлора – замбуруғлар, уреоплазма, микоплазма топилган.

Назорат гуруҳидаги аёлларда қин тозалик даражаси қўйидагича бўлган (расм 3.12).



Расм 3.12. Назорат гуруҳидаги аёлларда қин тозалик даражаси тўғрисидаги маълумотлар.

Расмдан куришиб турганидек, асосий гуруҳдан фарқ қилиб, қоғонок сувлари вақтида кетган аёлларда 84,4% ҳолатларда қин тозалигининг 2-даражаси, фақат 8,9% ида 3-даража ва 6,7% ида 4-даражали тозалик кузатилди.



Қин микрофлорасининг қиёсий таҳлили

Аниқланган микрофлора	Назорат гуруҳи		Асосий гуруҳ	
	Учраши (n=45)	Колонизация интенсивлиги lg КОЕ/мл	Учраши (n=45)	Колонизация интенсивлиги lg КОЕ/мл
Лактобактериялар	(42) 93,3%	4,13 ± 0,43	(30) 66,7%	4,16 ± 0,47
Коагулазонегатив стафилококк	(3) 6,7%	4,53 ± 1,23	(4) 8,9%	4,65 ± 0,56
Гемолитик стафилококк	(2) 4,4%	3,95	(4) 8,9%	4,35 ± 0,67
Альфа стрептококк	(2) 4,4%	4,30	(3) 6,7%	4,29 ± 0,43
Гамма стрептококк	(1) 2,2%	3,55	(3) 6,7%	3,88 ± 1,56
Пептострептококклар	-	-	(1) 2,2%	3,76
Esherichia Coli	(3) 6,7%	4,43 ± 0,59	(4) 8,9%	3,98 ± 0,52
Энтеробактер	(1) 2,2%	4,13	(2) 4,4%	5,40
Клебсиелла	(1) 2,2%	5,78	(1) 2,2%	5,67 ± 1,42
Протей	-	-	(1) 2,2%	4,12
Псевдомонада	(1) 2,2%	4,05	-	-
Гарднерелла	-	-	(13) 28,9%	4,73
Candida замбуруғлари	(3) 6,7%	4,37 ± 0,35	(5) 11,1%	4,73 ± 0,53
Ureaplasma urealyticum	(3) 6,7%	3,95 ± 0,59	(4) 8,9%	4,59 ± 0,53
Mycoplasma hominis	(1) 2,2%	3,65	(4) 8,9%	4,21 ± 0,45



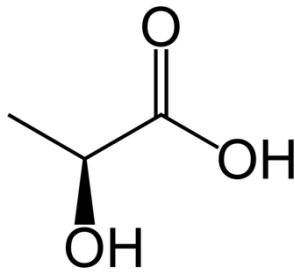
Жадвалдан куриниб турганидек, қин микрофлорасининг асосий таркибий қисми бўлган, сут кислотаси ишлаб чиқарувчи лактобактериялар назорат гуруҳида 93,3% (42 нафар) аёлда аниқланган бўлса, ҚСМОК билан келган ҳомиладор аёлларнинг фақатгина 2/3 қисмида топилди. Шу фактнинг ўзиёқ мазкур ҳомиладорлик асорати қин микробиоценози билан нақадар боғлиқлигини кўрсатиб турибди.

Маълумки қин тозалигининг II ва III даражаларида суртмада кокклар кўп миқдорда аниқланади. Булар асосан стафилококклар, стрептококклар, пневмококклар ва бошқалардир. Бизнинг кузатишларимизда ҚСМОК билан келган аёлларда коагулазанегатив (8,9%) ва гемолитик стафилококклар (8,9%) аниқланди. Мазкур кокклар назорат гуруҳида мос равишда 6,7 ва 4,4% топилди. Стрептококк оиласидан альфа ва гамма стрептококклар, шунингдек пептострептококклар ҚСМОК билан келган аёлларда мос тегишлича 6,7%, 6,7% ва 2,2% ҳолатларда аниқланди.

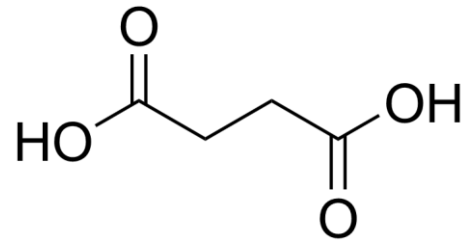
Булардан ташқари *Escherichia Coli*, энтеробактер, клебсиелла, протей, псевдомонада, гарднерелла, шунингдек, улеаплазма, микоплазма ва кандида забуруғлари аниқланди. Уларнинг ҳаммаси асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада кўпроқ аниқланди.

Дисбиотик ҳолатни аниқлаш учун, шунингдек, структур ва метаболик дисбалансни диагностика қилиш учун газ-суюқлик хроматографияси усулидан фойдаланилди. Бунинг учун қин флорасидаги кислотали муҳитни таъминлаб берувчи *сут* ва *қаҳрабо кислотаси* (янтарная кислота, $\text{HOOC-CH}_2\text{-CH}_2\text{-COOH}$) нисбати урганилди (расм 3.13).





Сут кислотаси



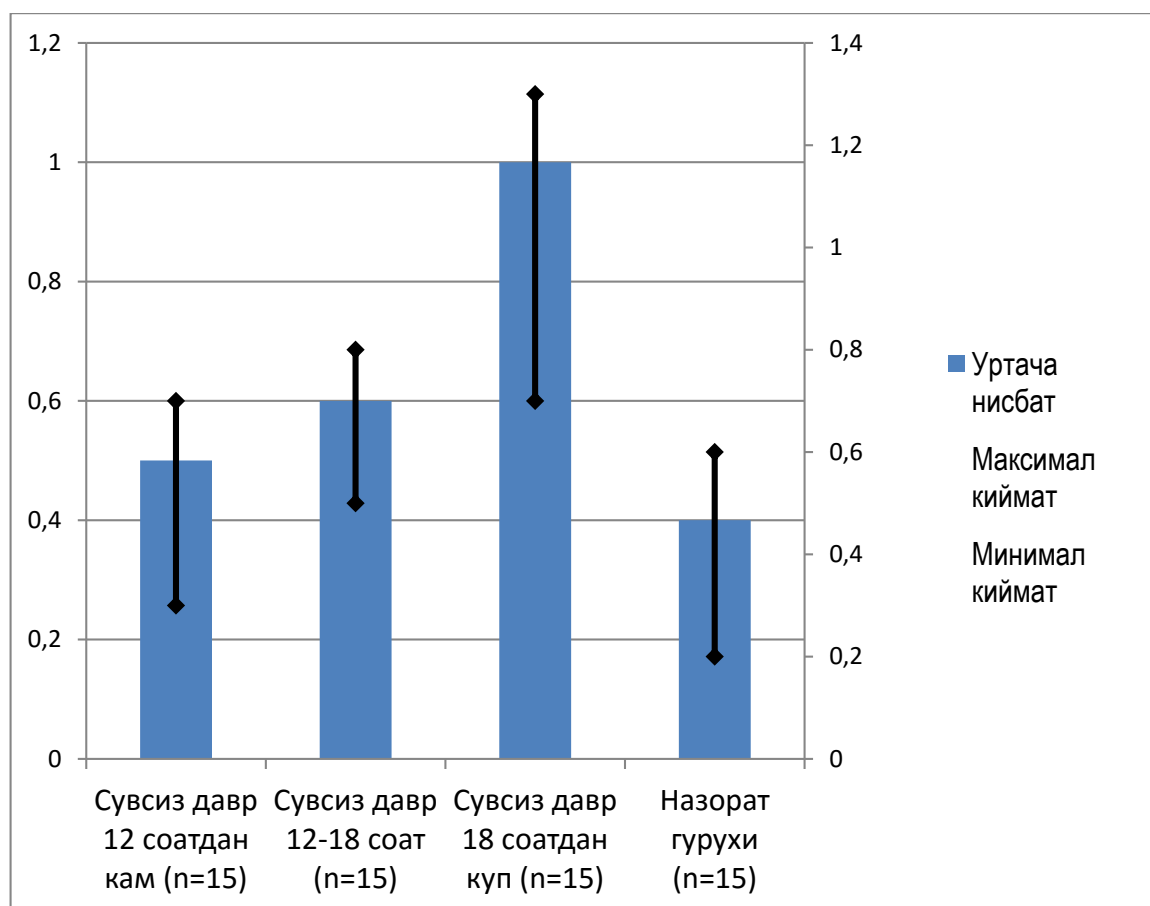
Қаҳрабо кислотаси

Расм 3.13. Қин микробиоценозидаги сут ва қаҳрабо кислоталарининг фазовий формулалари.

Маълумки қин микрофлорасида нормада сут ва қаҳрабо кислоталарининг нисбати 0,4 мг/л.ни ташкил этади, яъни сут кислотаси концентрацияси кескин усутнлик қилади. Қин флорасида анаэроб микроорганизмларнинг кўпайиши бу нисбатни қаҳрабо кислотаси фойдасига узгартиради. Масалан бактериял вагинози бўлган беморларда қаҳрабо кислотаси нисбати 1,0 дан зиёд бўлиши аниқланган (9,31,34).

Маълум бўлишича, қоғоноқ сувларининг кетиши қин микрофлорасини узгартиради. Сувсиз давр 12 соатдан кўп давом этгандан сўнг, мазкур кислоталар нисбати узгара бошлайди, 18 соатдан кейин эса ишончли тарзда ошиб кетади. Буни аниқлаш учун биз ҚСМОК билан келган аёлларни 4 гуруҳга ажратиб, уларда сут ва қаҳрабо кислоталари нисбатини ургандик. Таққослаш учун назорат гуруҳидан ҳам 20 нафар аёлнинг қин флорасидаги сут ва қаҳрабо кислоталар нисбати қиёсий урганилди.





Расм 3.14. Қин микрофлорасида сут ва қаҳрабо кислоталарининг нисбати.

Гистограммадан куришиб турганидек, соғлом аёлларда сут ва қаҳрабо кислоталари нисбати (СҚКН) уртача 0,4 бўлиб, 0,2-0,6 оралиғида гариб туради. Асосий гуруҳдаги сувсиз давр 12 соатгача бўлган аёлларда бу нисбат 0,5 (0,3-0,7) бўлиб, назорат гуруҳидан бироз юқори. Бунинг сабабини тушуниш учун ҚСМОК га олиб келувчи асосий сабаблар орасида бактериал вагиноз ва кольпит туришини унутмаслик лозим.

Сувсиз давр 12 соатдан 18 соатгача бўлган кичик гуруҳ ичида СҚКН уртача 0,6 (0,5-0,8), яъни бирозгина кутарилган. Аммо кейинги кичик гуруҳда, яъни сувсиз давр 18 соатдан ошган аёлларда кислоталар нисбати кескин ошиб, 1,0 (0,7-1,3) ни ташкил этди.

Бу маълумотлар ҳам назарий, ҳам амалий жихатдан катта аҳамиятга эга. Маълум бўлишича, қин микрофлорасидаги кислоталар нисбати сувсиз



давр ошиб бориши билан қаҳрабо кислотаси томонга узгариб боради. Бактериал вагинозда қаҳрабо кислотасининг сут кислотага нисбатан кўпроқ бўлиши аввалдан маълум эди. Аммо унинг қоғоноқ сувлари кетиши натижасида узгариши илгари ҳеч қачон исботланмаган.

Бунга нима сабаб бўлиши мумкин? Бунинг учун амниотик суюқликнинг кимёвий таркиби ва хоссаларини эслаш жоиз.

Амниотик суюқлик ҳомилани ураб турувчи амнион пардасининг секретини бўлиб, рангсиз шаффоф, ёки баъзан хирароқ тусда бўлади. Унда эпидермис тангачалари, туғруқ смазқаси ва ҳомиладан тукилган туклар бўлади. Унинг таркибида оқсил, ёғ, глюкоза, гормонлар, тузлар, витаминлар ва ҳомиланинг ҳаёт фаолиятида ҳосил бўлган бошқа моддалар бўлади. Инсон қоғоноқ сувлари ҳар 3 соатда янгиланиб турувчи динамик системадир. Унинг ҳажми туғруқ арафасида 1,5 – 2 литрни ташкил этади. Қоғоноқ сувларининг рН 7,04-7,36 ни ташкил этади, яъни ишқорий. Қин микрофлораси эса нормада кислотали. Шундай қилиб, қоғоноқ сувлари қин муҳитини ишқорий томонга узгартиради ва уни микроорганизмлар купайиши учун лозим бўлган оқсил, ёғ, глюкоза ва бошқа озуқа моддалар билан бойитади. Айнан мана шу омиллар қин микробиоценозининг бузилиши ва қаҳрабо кислотаси кўпайишига олиб келади. Айни пайтда лактобациллалар камаяди ва сут кислотаси концентрацияси пасаяди.

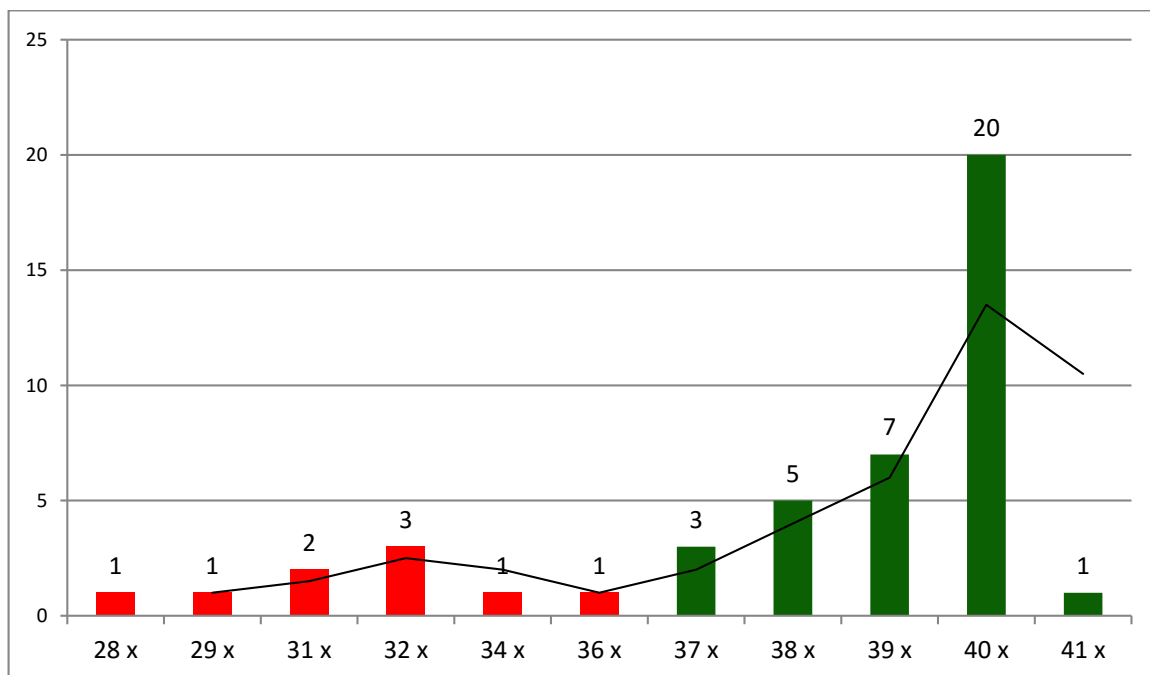
Шундай қилиб, ҚСМОК билан келган аёлларда қин тозалик даражаси 46,7% ҳолатларда III ва IV даражаси кузатилади, уларда қин микробиоценозида патоген микроорганизмлар нормага нисбатан 2 баравар кўп учрайди ва энг муҳими, сут ва қаҳрабо кислоталари нисбати нормага нисбатан юқори бўлади ва сувсиз давр ошиши билан қаҳрабо кислотаси миқдори кутарилиб боради.



3.4. ҚСМОК билан келган аёлларда туғруқнинг кечиши

ҚСМОК билан келган аёлларда жами 9 нафар (20%) аёл муддатдан олдин туққан, қолган 36 нафарда (80,0%) муддатли туғруқ содир бўлди.

Туғруқ содир бўлган гестация муддати кўйидагича бўлган (расм 3.15).



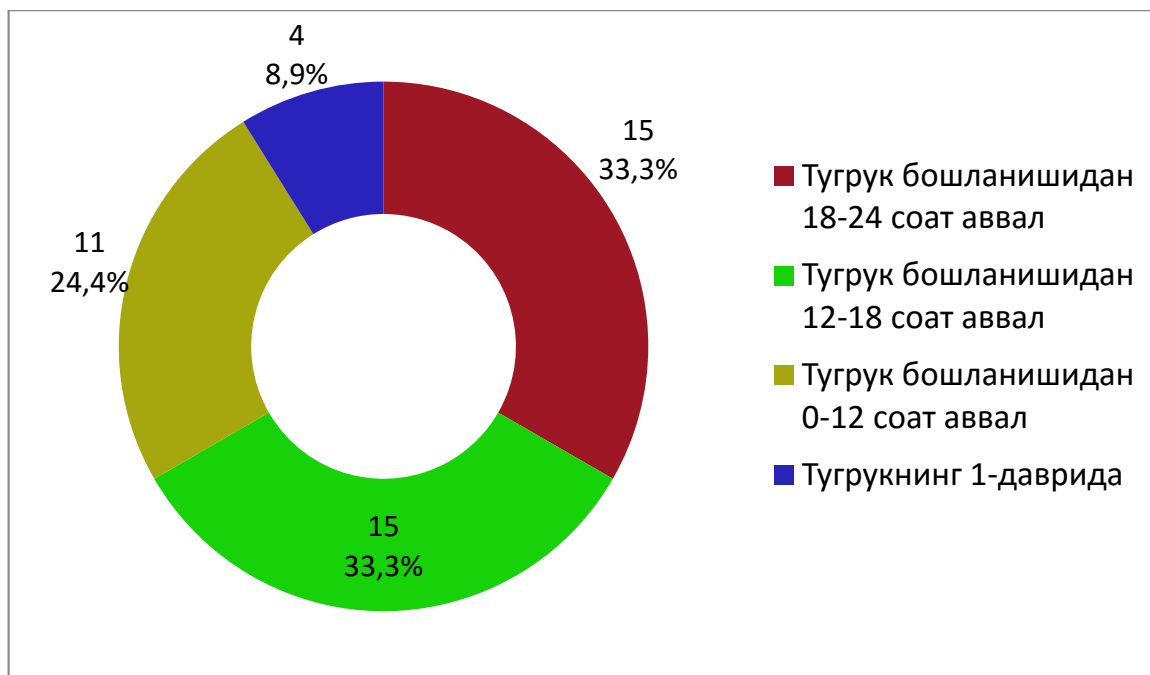
Расм 3.15. Туғруқ пайтидаги гестация муддати

Гистограммадан куришиб турганидек, қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетиши 31-32 хафталикда, сунгра эса 37 хафталикдан бошлаб кўпроқ кузатилади. Албатта туғруқнинг қандай кечиши гестация муддатига узвий боғлиқдир.

Қоғоноқ сувлари кетгандан кейин ҳомиладор аёлнинг қанча муддат ичида стационарга муружаат қилганлиги ҳам туғруқни олиб бориш тактикаси ва туғруқ натижаларига таъсир қилиши табиий. Шунинг учун биз асосий гуруҳдаги аёллар туғруқ мажмуасига қачон қабул қилинганини ҳам таҳлил қилдик (расм 3.16).

Аёлларнинг 41 нафари туғруқ бошланишидан аввал, фақатгина 4 таси туғруқнинг биринчи даврида стационарга келган (расм 3.16).





Расм 3.16. ҚСМОК билан келган аёлларнинг стационарга қачон қабул қилинганлиги.

Таъкидлаб утиш жоизки, тугрукнинг биринчи даврида келган аёлларда қоғоноқ сувларининг кетиши туғруқдан аввал камида 2 соат (2 соатдан 12 соатгача) кузатилган. Шундай қилиб, қоғоноқ сувларининг қачон кетганлигига қараб аёллар хар бири 15 кишидан иборат 3 та кичик гуруҳга ажратилган:

- 1- гуруҳ – ҚСМОК туғруқдан 0-12 соат аввал;
- 2- гуруҳ – ҚСМОК туғруқдан 12-18 соат аввал;
- 3- гуруҳ – ҚСМОК туғруқдан 18-24 соат аввал.

Аёлларнинг бундай гуруҳланиши тадқиқот натижаларни ҳисоблашга ва таққослашга қулай бўлиши учун атайлаб шундай танлаш натижасидир.

Туғруқни олиб бориш ва туғруқ натижалари ҳам қоғоноқ сувларининг қанча муддат олдин кетганлигига қараб таҳлил қилинди.

Эгиз ҳомилали аёлларда туғруқни яқунлаш усули қўйидаги жадвалда кўрсатилган (жадвал 3.1).



Сувсиз давр ва туғруқни яқунлаш усули

№	Туғруқни яқунлаш усули	Сувсиз давр давомийлиги			
		0 -12 соат	12-18 соат	18-24 соат	Жами
1	Режали кесар кесиш	5 33,3%*	3 20,0%*	1 6,7%*	9 20,0%**
2	Шошилич кесар кесиш	2 13,3%	4 26,7%	4 26,7%	10 22,2%
3	Табиий вагинал туғруқ	6 40,0%	6 40,0%	7 46,7%	19 42,2%
4	Индукцияланган вагинал туғруқ	2 13,3%	2 13,3%	3 20,0%	7 15,5%
	Жами	15	15	15	45

* - % кичик гуруҳдаги аёллар сонига нисбатан.

** - % асосий гуруҳдаги аёллар сонига нисбатан.

Жадвалдан куришиб турганидек, режали кесар кесиш қоғонок сувлари яқинда кетган аёллар орасида кўпроқ (33,3%) кузатилган бўлса, шошилич кесар кесиш сувсиз давр 12-18 соат бўлган гуруҳда кўпроқ (26,7%) кузатилган. Индукцияланган туғруқ ва табиий вагинал туғруқлар сувсиз давр давомийлигидан қатъий назар, барча гуруҳларда деярли бир хил кузатилди.

Кесар кесиш операциясига кўрсатмалар қўйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 3.2).

ҚСМОК билан келган аёлларда кесар кесиш операциясига кўрсатмалар



№	Кесар кесишга кўрсатмалар	Аёллар сони	%
1	Туғруқ индукциясининг самарасиз бўлиши	5	26,3%
2	Преэклампсия оғир даражаси	3	15,6%
3	Ҳомила хаётига таҳдид солувчи ҳолат	2	10,5%
	Шу жумладан, ҳомила гипотрофияси билан	1	5,3%
4	Ҳомиланинг чаноғи билан келиши	2	10,5%
	- аралаш думба олдинда келиши	1	5,3%
	- оёқ билан келиши	1	5,3%
5	Асоратланган акушерлик анамнези	4	21,0%
	Шу жумладан, бачадонда чандиқ	2	10,5%
6	Туғруқ кучлари сустлиги	2	10,5%
7	Плацента олдинда ётиши	1	5,3%
	Жами	19	100%

Туғруқ индукциясининг самарасиз бўлиши шошилиш кесар кесиш операцияларига асосий кўрсатма сифатида жами 5 нафар (26,3%) аёлларда ўрин тутган. Бунда туғруқ индукцияси амниотомия ва окситоцин инфузияси ёрдамида утказилган. Сув бир марта катта миқдорда кетгандан сунг, деярли тухтаган ҳолатларда гландин Е препаратини қўллаш ҳақида адабиёт маълумотларида келтирилган (16,27,87). Бизнинг кузатишларимизда 2 та аёлда шундай ҳолат кузатилди ва муваффақиятли равишда гландин Е қўллаб, туғруқ қўзғатилди.



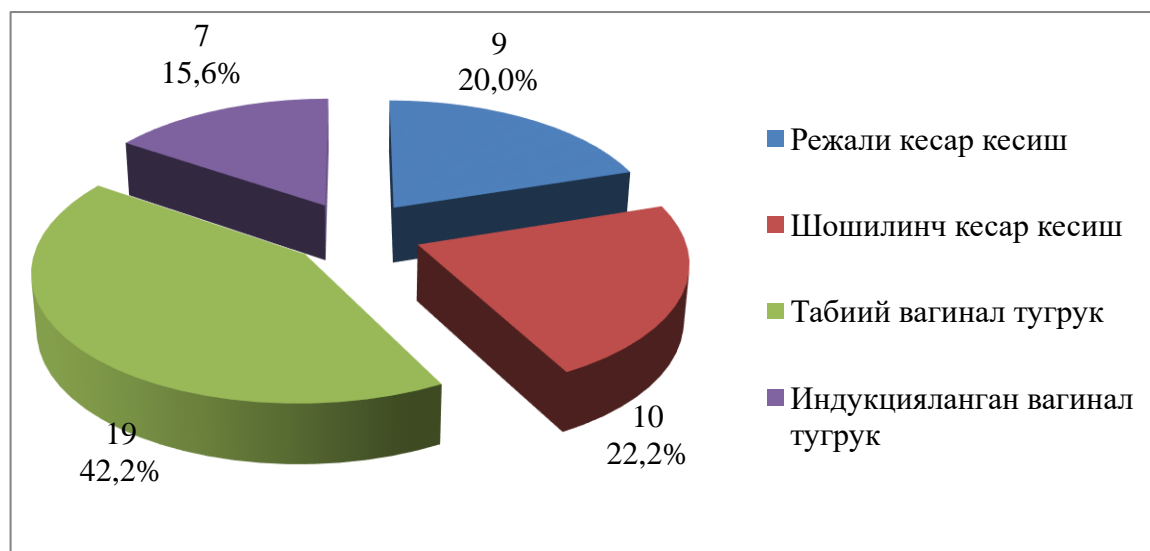
Кўрсатмалар орасида преэклампсия оғир даражаси учраши буйича иккинчи уринда туради (15,6%). Маълумки, преэклампсия оғир даражасини этиопатогенетик даволаш усули hozirгача маълум эмас, шунинг учун ягона самарали даволаш усули туғруқни яқунлаш ҳисобланади. Бинобарин, туғруқ йўллари тайёр бўлмаган ҳолатларда режали, баъзан экстрен ҳолатда кесар кесиш операцияси орқали туғруқ яқунланган.

Жами 4 нафар аёлда (21,0%) асоратланган акушерлик анамнези, шу жумладан 2 ҳолатда бачадонда чандиқ ва 2 ҳолатда анамнезида бепуштлик туғруқни абдоминал йўл билан яқунлашга курсатма бўлиб хизмат қилган.

Ҳомила хаётига таҳдид солувчи ҳолат 2 нафар аёлда кузатилди ва улар шошилинич суръатда кесар кесиш йўли билан туғдирилди.

Ҳомила чаноғининг олдинда келиши нисбий акушерлик курсатмаси сифатида 2 нафар (10,5%) аёлда операцияга курсатма бўлди.

Шундай қилиб, жами туғруқни яқунлаш усуллари тўғрисидаги жамланма маълумот қўйидаги диаграммада келтирилган (расм 3.17).



Расм 3.17. ҚСМОК билан келган аёлларда туғруқни яқунлаш усуллари

Диаграммадан куришиб турганидек, туғруқларнинг деярли ярми (42,2%) табиий вагинал туғруқ бўлиб, улар ҳеч андай акушерлик



аралашувисиз, ўз-ўзидан спонтан бошланган ва аксарияти нормал туғруқ билан яқунланган. Аёлларнинг 15,6% ида 24 соат ичида туғруқ ўз-ўзидан бошланмаганлиги учун, туғруқ индукцияси утказилди. Туғруқ индукцияси бачадон буйнининг етилиш даражасига қараб индивидуал белгиланди. Масалан, бачадон буйни етилиши даражаси Бишоп шкаласи буйича 6 баллдан кам бўлган 4 та ҳолатда простогландин (Гландин Е) ни вагинал қўллаш орқали бачадон буйнини етилтиришга эришилди. Фақат 1 та аёлда 6 соатдан сўнг Гландин Е ни 2-марта қўллашга тўғри келди, қолган 3 ҳолатда туғруқ биринчи муолажадан сўнг спонтан бошланди, яъни гландин Е нафақат бачадон буйнини тайёрлашга, бир йўла туғруқни қўзғашга ҳам ёрдам берди.

Яна 3 та ҳолатда бачадон буйни тайёр (Бишоп буйича 7-8 балл) бўлганлиги учун бирданига окситоцин билан туғруқ индукцияси бошланди.

Гестация муддати 37 хафтадан кам бўлган, туғруқ ўз-ўзидан спонтан бошланмаган ҳолатларда протокол буйича кутиш тактикасига амал қилинди, аксарият ҳолатларда стационарда ётишнинг 3-4 кунларидан кейин регуляр туғруқ фаолияти бошланди.

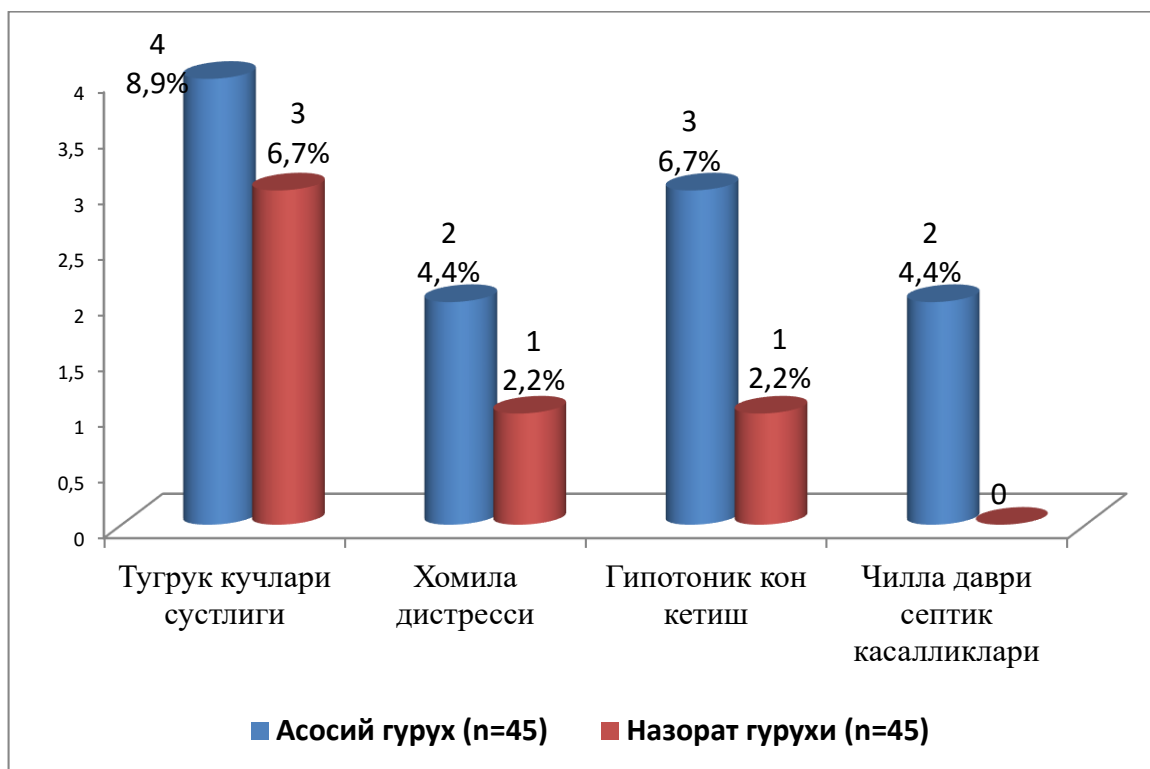
Шундай қилиб, ҚСМОК билан келган аёлларда 42,2% ҳолатларда туғруқ ҳеч бир акушерлик аралашувисиз ўз-ўзидан бошланган, 15,6% ҳолатларда индукцияланган туғруқ билан яқунланган ва 42,2% ҳолатларда асосан акушерлик кўрсатмаларига биноан кесар кесиш операцияси утказилган.

3.5. ҚСМОК билан келган аёлларда акушерлик ва перинатал оқибатлар

Энди ниҳоят сўнгги масала, ҚСМОК билан келган аёлларда туғруқнинг кечиши, туғруқ оқибатлари, акушерлик ва перинатал асоратлар



учрашни куриб чиқамиз. Юқорида айтиб утилганидек, жами 26 нфар аёлда табиий йўллар орқали туғруқ содир бўлди, уларда кўйидаги акушерлик асоратлари кузатилган (расм 3.18).

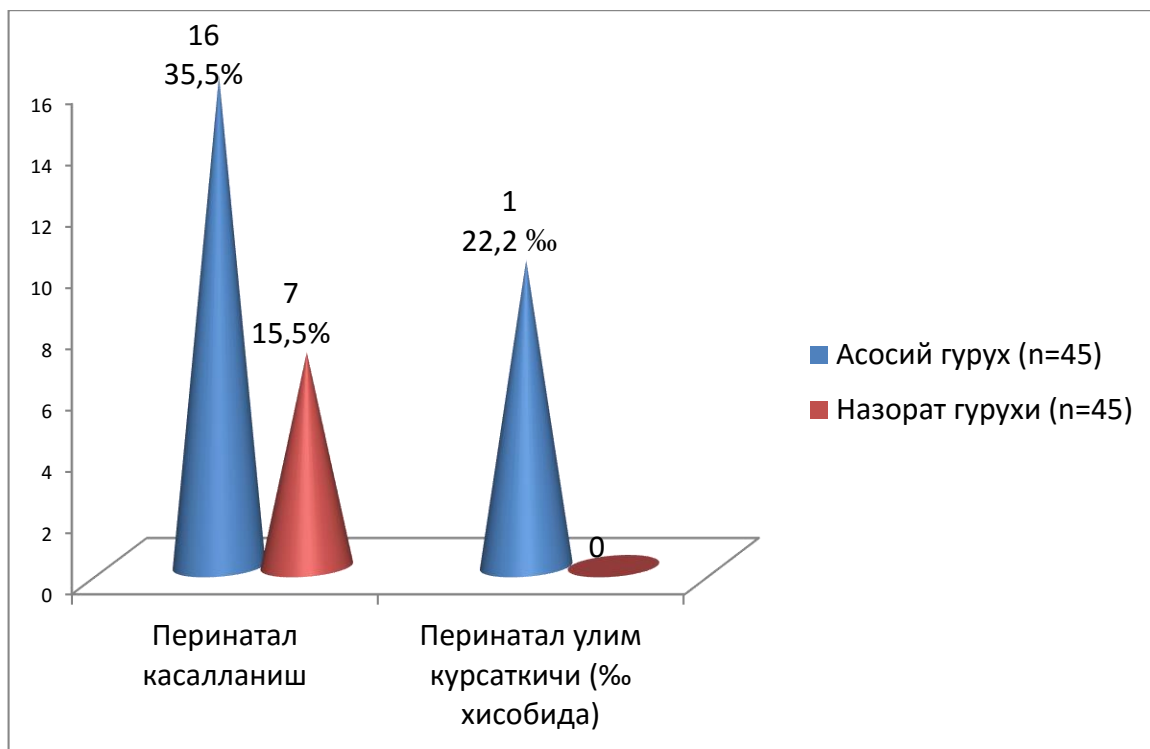


Расм 3.18. Текширилган аёлларда туғруқдаги асоратлар.

Хар иккала гуруҳда ҳам асоратлар орасида туғруқ кучларининг сустлиги кўпроқ кузатилган, мос равишда 8,9 ва 6,7%. Хомила дистресси ҚСМОК билан келган аёлларда 4,4%, қоғоноқ сувлари вақтида кетган аёлларда эса 2,2% кузатилган. Гипотоник кон кетишлар ҚСМОК билан келган аёлларда назорат гуруҳига нисбатан 3 марта кўпроқ кузатилган. Умуман курсатиб утилган ҳамма асоратлар асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада кўпроқ кузатилган. Айниқса, айтиб утиш жоизки, чилла даври септик касалликлари фақатгина ҚСМОК билан келган аёлларда 2 ҳолатда (4,4%) урин тутган.

Кўзатилган аёлларда перинатал касалланиш ва улим курсаткичлари кўйидаги расмда акс эттирилган:



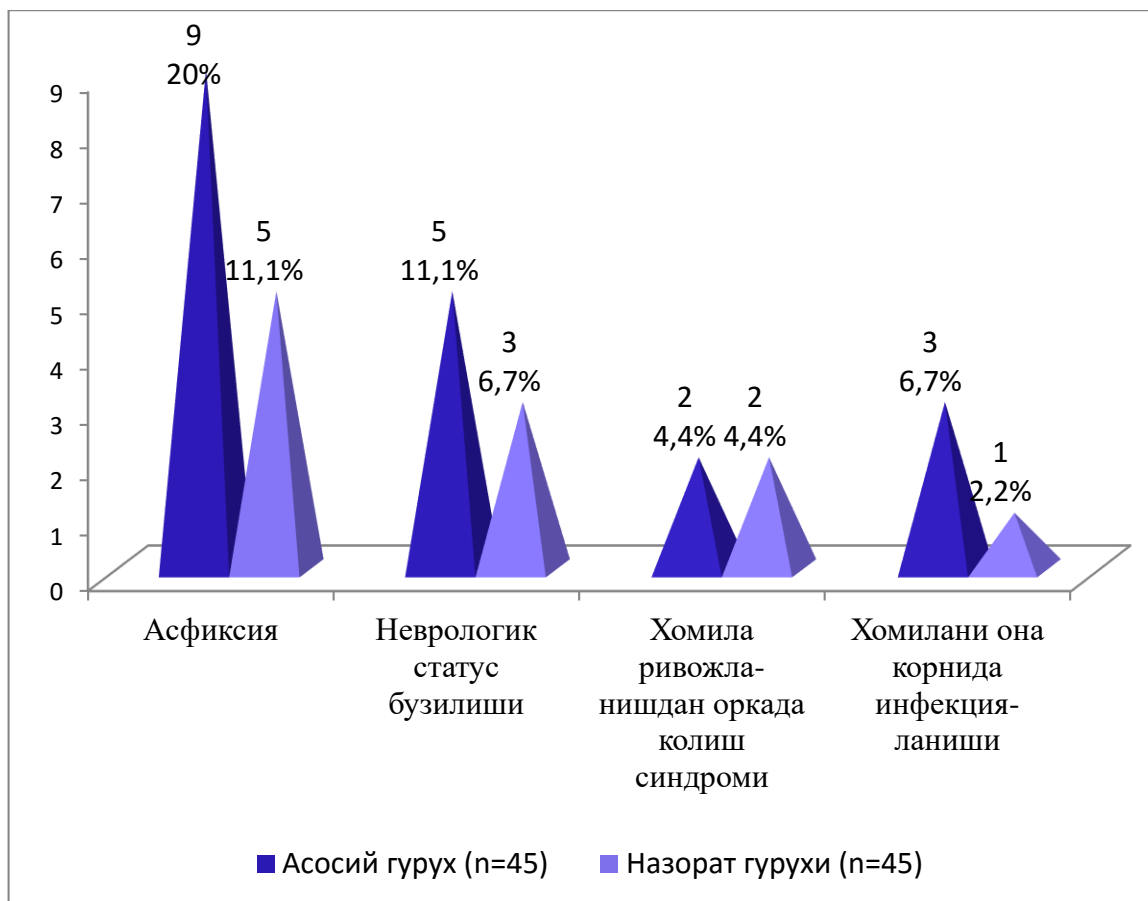


ҚСМОК билан келган аёлларда перинатал касалланиш курсаткичи 35,5% (16) ни, перинатал улим эса 22,2% (2) ни ташкил этди. Перинатал касалланиш курсаткичи назорат гуруҳида 15,5% ни ташкил этган бўлса, перинатал ўлим ҳолати биронта аёлда кузатилмади.

Перинатал касалланиш структураси таҳлил килинганда, қўйидагича маълумотлар олинди (расм 3.13).

Перинатал касалликлар орасида ҳар доимгидек, биринчи уринда асфиксия туради. У асосий гуруҳда 20%, назора гуруҳида эса 11,1% ни ташкил этган. Неврологик статуснинг турли қурилишдаги бузилишлари мос равишда 11,1 ва 6,7% ни ташкил этди. хомиланинг она қорнида ривожланишдан орқада қолиши ҳар икала гуруҳда бир хил (4,4%) учраган бўлса, хомиланинг она қорнида инфекцияланиши аксинча, ҚСМОК билан келган аёлларда назорат гуруҳига нисбатан 3 баравар куп кузатилди.





Расм 3.13. ҚСМОК билан келган аёлларда перинатал натижалар (n=45)

Шундай қилиб, ҚСМОК ҳомиладорлик ва туғруқ кейишини анча оғирлаштиради. Айни пайтда мазкур патология билан келган аёлларни ЭПП тамойиллари асосида олиб бориш акушерлик ва перинатал асоратларини камайтиришга, туғруқ натижаларини сезиларли даражада яхшилашга имкон беради.



ХУЛОСАЛАР

1. ҚСМОК келиб чиқишида муддатдан олдинги туғруқлар (деярли икки марта кўпроқ), хомила чаноғининг олдинда келиши ва кундаланг ётиши, қоғоноқ сувлари миқдори (камсувлилик ва кўпсувлилик) каби хомиладорлик патологиялари катта роль ўйнайди.
2. ҚСМОК этиопатогенезида жинсий йўллarning йирингли – яллиғланиш (бактериал вагиноз ва кольпит), шунингдек, TORCH-инфекциялар ҳам катта аҳамиятга эга. Мазкур касалликлар ҚСМОК билан келган аёлларда 1,5-2 баравар кўпроқ аниқланди.
3. Хомиладор аёлларда сувсиз давр ошиб бориши билан сут ва қаҳрабо кислоталарининг нисбати ошиб бориши аниқланди. Мазкур нисбат нормада 0,4 бўлиб, сувсиз давр 12 соатдан ошган қаҳрабо кислотаси томонга узгара бошлайди ва сувсиз давр 18 соатдан ошганда 1,0 га тенглашади (0,7-1,3 ишонч интервалида).
4. Режали кесар кесиш қоғоноқ сувлари яқинда кетган аёллар орасида кўпроқ (33,3%) кузатилган бўлса, шошилинич кесар кесиш сувсиз давр 12-18 соат бўлган гуруҳда кўпроқ (26,7%) кузатилди.
5. ЭПП тамойилларни ҚСМОК билан келган аёлларда туғруқ оқибатларини анча яхшилаган бўлсада, мазкур аёлларда акушерлик ва перинатал касалланиш курсаткичлари сезиларли даражада юқорилигича қолмоқда.



АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Қоғоноқ сувларининг муддатдан олдин кетишини олдиндан прогноз қилишда гестация муддатининг кичиклиги, ҳомиланинг нотўғри ётиши ва чаноғи билан келиши, қоғоноқ сувларининг номрадан кам ёки кўп бўлиши ҳисобга олинishi керак. Айниқса, аёлда кольпит, бактериал вагиноз ва TORCH-инфекцияларнинг бўлиши ҚСМОК учун хавф омили бўлиб ҳисобланади.
2. Қин микробиоценозида сут ва қаҳрабо кислоталари нисбатининг ошиб бориши сувсизлик даври чузилиб кетаётганини англатади ва туғруқни актив олиб бориш учун асос бўла олади.
3. ҚСМОК билан келган аёлларни ЭПП тамойиллари асосида олиб бориш акушерлик асоратларини камайтириш ва перинатал курсаткичларни оптималлаштиришга ёрдам беради.



Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Абдусалямов А. А. Количественные показатели при синдроме задержки развития плода //Вестник врача общей практики. -1997. -№1. -С. 15- 18.
2. Абрамченко В.В. Фармакотерапия преждевременных родов: 1 т. / В.В. Абрамченко. – М.: МедЭкспертПресс, Петрозаводск: Издво Интел Тек, 2003. – 448 с.
3. Акопджанян Э.С. Гистологические и гистохимические исследования последа при преждевременном разрыве плодного пузыря / Э.С. Акопджанян, К.А. Карапетян // Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Армении – 2013. – Т. XXIII, № 3. – С. 274–279.
4. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета: Пер. с англ. / Под ред. Д.Д. Проценко, В.М. Нечушкиной. – М.: Практика, 2009. – 704 с.
5. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. –М.: Ассоц. РОСМЕДПОЛИС, 2003. -С. 29-52.
6. Байдаева З. Х. Реактивность плода во время беременности и родов по данным кардиомониторного наблюдения //Вопр. охр. мат. и дет. - 2011. -Т.26. -№4. -С. 57-61.
7. Биохимические показатели регуляции сократительной деятельности матки у женщин с двойней /В. А. Бурлев, М. А. Фукс, В. Э. Исоколян, Ю. Б. Замиховский //Акуш. и гинек. –2012. -№8. –С. 15-19.
8. Бриллиантова С. А., Фукс М. А. Особенности системы гемостаза при многоплодной беременности //Акуш. и гинек. –2008. -№10. –С. 13-17.



9. Бунин А. Т., Федорова М. В. Синдром задержки развития плода: патогенез, клиника, диагностика и лечение //Акуш. и гин. –2008. -№7. –С. 74-78.
10. Бычков В. И., Образцова Е. Е., Шамарин С. В. Диагностика и лечение хронической фето-плацентарной недостаточности //Акуш. и гинек. – 2011. -№6. –С. 3-5.
11. Бычков П. А. Сравнительная оценка ультразвуковых способов антенатального определения массы плода //Акуш. и гинек. –2009. - №1. –С. 68-69.
12. Ведение беременности и родов высокого риска /В. В. Абрамченко, А. Г. Киселев, О. О. Орлова, Д. Н. Абдуллаев. -СПб., 2005. -С. 190.
13. Ведение беременности и родов высокого риска /Т. Ю. Пестрикова, Г. В. Чижова, Е. П. Шапиро и соавт.: Руковод. для врачей. -2014. -287 с.
14. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов /Г. М. Савельева, Р. И. Шамина, З. М. Керимова и соавт. //Акуш. и гин. –2009. -№3. –С. 10-15.
15. Генык И. А., Лановой И. Д., Илькович Ф. Л. К вопросу об определении массы внутриутробного плода //ВОМид. –2011. –Т. 23. - №4. –С. 65-67.
16. Гендель М.Г. Особенности сократительной деятельности и тонуса матки при преждевременном излитии околоплодных вод у первородящих / М.Г. Гендель // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 7. – С. 28–30.
17. Глуховец Б.И. Восходящее инфицирование фетоплацентарной системы / Б.И. Глуховец – М.: МЕДпрессинформ, 2006. – 240 с.
18. Дворянский С.А. Преждевременные роды / С.А. Дворянский, С.Н. Арасланова. – М.: Мед. книга, Н. Новгород: Издво НГМА, 2002. – 93 с.



19. Демидов В. Н., Бычков П. А., Логвиненко А. В. Возможности использования ультразвуковой фетометрии в определении массы плода в III триместре беременности //ВОМид. –2007. -№6. –45-48.
20. Демидов В. Н., Бычков П. А., Логвиненко А. В. Определение массы плода при ультразвуковой фетометрии //Акуш. и гинек. -2009. -№11. – 60-61.
21. Демидов В. Н. Значение ультразвукового измерения отдельных частей тела в определении предполагаемой массы плода //ВОМид. –2009. –Т. 24. -№10. –55-57.
22. Добротина А. Ф., Гусева О. И., Соболева И. Ю. Современные аспекты проблемы многоплодия //Нижегор. мед. журн. –2012. -№1. –С. 20-23.
23. Изменение кардиотокографических изменений показателей при гипотрофии плода /А. В. Логвиненко, М. А. Воронкова, И. К. Сигизбаева с соавт. /Акуш. и гинек. –2009. -№9. –С. 37-39.
24. Иванов И.П. Дифференцированное ведение родов, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод / И.П. Иванов, Г.Д. Хакимжанова // Пути улучшения методов и средств диагностики и лечения заболеваний матери, плода и новорожденного. – 2011. – С. 63–71.
25. Каттаходжаева М.Х. Течение родов и морфологическая характеристика плодовых оболочек при несвоевременном излитии околоплодных вод / М.Х. Каттаходжаева // Структурные вопросы процессов фильтрации: Сб. ст. науч. – Ташкент, 2007. – С. 68–69.
26. Клиническое исследование нового метода диагностики преждевременного излития околоплодных вод / С.В. Назимова, М.Н. Болтовская, Н.А. Старосветская, А.А. Степанов и др. // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 4. – С. 48–49.
27. Кулаков В.И. Преждевременные роды / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. – М.: Медицина, 2012. – 176 с.



28. Логвиненко А. В., Бычков П. А., Боронкова М. А. О возможности антенатального выявления гипотрофии плода //Вопр. охр. мат. и дет. 2009. -№7. –С. 40-43.
29. Лукашевич Г. А., Герасимович Г. И., Китунович Н. Б. Определение массы плода с целью прогнозирования родов //Здравоохранение Белоруссии. –2010. -№4. –С. 63-64.
30. Мурашко М.А. Механизм родового излития околоплодных вод при бактериальном вагинозе / М.А. Мурашко, С.И. Воронова // Новые технологии в акушерстве и гинекологии. – 2008. – С. 188–189.
31. Новое в лечении беременных с синдромом задержки развития плода /Н. В. Орджоникидзе, П. А. Клименко, Г. Д. Дживелегова и соавт. //Акуш. и гин. –2006. -№3. –С. 32-36.
32. Об интерпретации кардиотокограмм во время беременности при фетоплацентарной недостаточности /И. О. Макаров, И. С. Сидорова, М. И. Кузнецов и соавт. //Акуш. и гин. -2007. -№2. –С. 23-27.
33. Орджоникидзе Н.В. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц. Проблемы и пути их решения / Н.В. Орджоникидзе, Т.А. Федорова, С.Ж. Данелян // Акушерство и гинекология. – 2014. – № 5. – С. 3–5.
34. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности /Л. Е. Мурашко, Ф. С. Бадоева, Г. У. Асымбекова и др. //Акуш. и гин. –2006. -№4. –С. 43-45.
35. Прогноз состояния новорожденных у беременных группы высокого риска /М. Б. Охалкин, А. Р. Слепцов, В. И. Майден, Н. И. Белов //Материнство и детство. –2012. –Т.37, №1. –С. 36-39.
36. Преждевременное излитие околоплодных вод у матери – фактор риска для новорожденных / А.И. Ивановская, Е.И. Матеша // Здравоохранение Белоруссии. – Минск: Полымя, 2008. – № 9. – С. 24–26.



37. Преждевременные роды как фактор риска перинатальной смертности / Т.Ю. Пестрикова, Т.М. Бутко, И.В. Смиренина, Т.П. Князева //Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – № 2. – С. 17–20.
38. Преждевременные роды: Пер. с англ. / Под ред. М.Г. Эльдера, Ч.Х. Хендерикса. – М.: Медицина, 2012. – 73 с.
39. Радзинский В. Е., Ордянец И. М. Плацентарная недостаточность при гестозах //Акуш. и гин. –2009. -№1. –С. 11-16.
40. Радзинский В.Е. Экстраэмбриональные и околоплодные структуры при нормальной и осложненной беременности / В.Е. Радзинский, А.П. Милованов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 393 с.
41. Русанова Н.Н. Профилактика и лечение хориоамнионитов и амниального инфицирования плода при преждевременных родах, осложненных длительным безводным промежутком / Н.Н. Русанова, Б.И. Медведев, С.И. Бибиков // Вопросы охраны материнства и детства МЗ РФ. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 49–52.
42. Савельева Г. М., Курцер М. А., Шамина Р. Н. Роль интранатальной охраны плодов в улучшении перинатальных исходов //Акуш. и гинек. –2000. -№5. –С. 3-8.
43. Савельева Г. М., Шамина Р. И., Каримова З. М. Внутриутробная задержка развития плода: ведение беременности и родов //Акуш. и гинек. – 2009. -№3. –С. 10-15.
44. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. -М., 2009. -356 с.
45. Серов В.Н. Руководство по практическому акушерству / В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, С.А. Маркин. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 424 с.
46. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: ТриадаХ, 2010. – 304 с.



47. Соколова Н.И. Преждевременный разрыв плодных оболочек: причины, диагностика, ведение беременности и родов / Н.И. Соколова // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 11. – С. 10–12.
48. Сулейманова Т.Г. Исходы беременности и родов для плода и новорожденного при несвоевременном отхождении околоплодных вод / Т.Г. Сулейманова // Казанский медицинский журнал. – 2006. – Т. LXVII, № 6. – С. 455–456.
49. Стрижаков А. Н., Игнатко И. В. Этапы развития и совершенствования ультразвуковых методов оценки состояния внутриутробного плода //Акуш. и гин. –2007. -№5. –С. 34-40.
50. Сидорова И. С., Макарова И. О. Анте- и интранатальная кардиотокография //Росс. вестник перинат. и пед. –2006. –Т.41. -№1. – С. 15-20.
51. Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Фирсов Н. Н. Ультразвуковая плацентометрия во время беременности //Акуш. и гин. –2008. -№9. – С. 14-18.
52. Сичинава Л. Г., Шраер О. Т. Биофизический профиль плода у беременных с ОПГ-гестозом //Акуш. и гинек. -2010. -№8. –С. 20-23.
53. Федорова М. В. Плацентарная недостаточность //Акуш. и гин. –2017. - №5. –С. 40-43.
54. Тузанкина Е.Б. Принципы и методы ведения преждевременных родов / Е.Б. Тузанкина // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 6. – С. 74–78.
55. Чернуха Е.А. Родовой блок / Е.А. Чернуха. – М.: Медицина, 2011. – 288 с.
56. Ярославский В.К. Влияние преждевременного излития околоплодных вод на становление внешнего дыхания новорожденных / В.К. Ярославский, В.В. Малярчук // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. LXIX, № 3. – С. 191–192.



57. Arias F. Беременность и роды высокого риска / F. Arias, C.J. Douglas. – Пер с англ., 2012.
58. A prospective study of the active management of labor in women of high parity /D. Laor, D. S. Seidman, H. Yaffe, F. Voss, Y. Z. Diamant, R. Gale //Europ. J. Obstetr. Gynecol. -2009. –Том.30, №2. –P. 111 - 115.
59. Amato M., Huppi P., Schneider H. Hypoxic risk in twins assessed by serum creatine kinase brain isoenzyme measurement //Europ. J. Obstetr. Gynecol. –2010. –Vol. 34. -№1-2. –P. 73-78.
60. Antenatal diagnosis and management of monoamniotic twins /J. F. Rodis, A. M. Ventzileous., W. A. Campbell et al //Amer. J. Obstet. Gynec. –2013. –Vol. 157, №5. –P. 1255-1257.
61. Allen G., Parisi P. Trends in monozygotic and dizygotic twinning rates by maternal age and parity. Further analysis of Italian data. –1949-85 and rediscuaaion of US data, 1964-85 //Acta Genet. Med. Gemellol. –2010. – Vol.39. –P. 317-28.
62. Arias F. Premature rupture of membranes: epidemiology, diagnostics and management //Amer. J. Obstet. Gynec. –2014. –Vol. 170, №5. –P. 1233-1237.
63. Babay Z. A., Addar M. H., Al-Meshari A. A. Premature rupture of membranes management: The King Khalid University Hospital Experience //www. Atlanta-com./clindisc/vol-2. –№4. html. –2010.
64. Baldwin V. Pathology of premature rupture of membranes /Ed. V. Baldwin. –New York, 2004. –P. 167-197.
65. Benson R. C., Pernoll M. L. Handbook of Obstetrics and Gynecology. - U.S.A., 2004.
66. Berkowith R. L., Wilkins I. A., Lynch L. Selective second trimester reduction of the anomalous fetus in twin pregnancies //Obstetr. Gynecol. – 2009. –Vol. 73. -№5. –P. 690-694.



67. Birth Weight in Twins: an Analysis of Discordancy and Growth Retardation /W. O'Brien, R. A. Knuppel, J. Scerbo, P. K. Rattan //Obstetr. Gynecol. –2006. –Vol. 67, №4. –P. 483-486.
68. Boklage C. E. Survival probability of human conceptions from fertilization to term //Int. J. Fertil. –2010. –P. 35-75.
69. Braunsdorf A., Bohm B., Fuchs M. Sterblichkeit und Untergemichtigenrate bei Mehrlingsgeburten – Einige statistische Probleme //Zbl. Gynakol. – 2009. –Bd. 111. -№6. –S. 356-363 (нем).
70. Bryan E. M., Denton J., Hallet F. Facts about multiple births //Guidelines of Multiple Births Foundation, London, 2007.
71. Bryan E. M., Denton J., Hallet F. Guidelines for professionals. Premature rupture of membranes. The MBF. -London, 2007.
72. Bryan E. M. Determination of zygosity. In: Twins & higher multiple births: a guide to their nature and nurture. London: Eduard Arnold. -2012. –P. 26-30.
73. Bryan E. M. The biology of twinning. In: Twins & higher multiple births: a guide to their nature and nurture //Sevenoaks. -Arnold, 2014. –Vol.2. -P. 9-30.
74. Burn J., Corney G. Zygosity determination and the types of twinning //In: I. MacGillivray, D. M. Campbell, B. Thomson eds. Twinning & Twins //Chichester: Jhon Wiley. -2008. –Vol.2. –P. 7-26.
75. Caesarean section for the birth of the second twin /J. S. Samra, H. Spillane, J. Mukoyoko et al //Brit. J. Obstet. Gynecol. –2010. -Vol.97, №3. –P. 234-236.
76. Chalmers B., Hofmeyer G. F. The training course on childbirth problems //Obstetr. gynecol –2009. –Vol. 10. –P. 179-187.
77. Chen S. C. Premature rupture of membranes //Chung Hua I Hsuch Tsa Chih (Taipei). –2014. –Vol. 53, №1. –P. 37-41.



78. Chervenak F. A. Antenatal diagnosis and prenatal outcomes in a series of 385 consecutive twin pregnancies //J. Reprod. Med. –2014. –Vol. 29:727.
79. Collins M. S., Bleyl J. A. Seventy-one quadruplet pregnancies: management and outcome //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2010. –P. 162-1384.
80. Criteri ultrasonografici per la valutazione della placentazione nelle gravidanze gemellari /N. Uccelo, F. aniele, F. Sannino //Minerva ginecol. – 2012. –Vol. 41, №2. –P. 75-77.
81. Crowther C. A. Hospitalisation and bed rest for premature rupture of membranes. //In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software.
82. Dunn A., Macfarlane A. Recent trends in the incidence of multiple births associated mortality in England and Wales //Arch. Dis. Child. -2006. – Vol.75. –P. 10-19.
83. Efficacy of transabdominal multifetal pregnancy reduction: collaborative experience among the world's largest centers /M. I. Evans, M. Dommergues, R. J. Wapner et al //Obstet. Gynecol. –2013. –Vol.82. –P. 61-6.
84. Embazos Triplets. Una revision de 16 casos /J. C. Melchor, F. J. Podrigues-Escudero, G. Aranguran et al. //Rev. Lat. Am. Ester Fert. –2009. –Vol.3. – P. 64.
85. Elliott J. P., Finberg H. J. Biophysical profile testing as an indicator of fetal well-being in high-order premature rupture of membraness //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2011. –Vol.172, №2, Part.1. –P. 508-512.
86. Fetal assessment based on fetal biophysical profile scoring. IV. An analysis of prenatal morbidity and mortality /F. A. Manning, C. R. Harman, I. Morrison et al. //Amer. J.Obstetr. Gynecol. – 2010. –Vol.162, №3. –P. 703-709.



87. Fetal biophysical profile score. VI. Correlation with antepartum umbilical venous fetal pH /F. A. Manning, R. Snijders, C. R. Harman, K. Nicolaides et al. //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2013. –Vol. 196. -№5. –P. 755-763.
88. Finberg H. Ultrasosnographic diagnostics in mutifetal pregnancy management //J. Ultrasound med. –2012. –Vol.11. –P. 571-577.
89. Formulas for fetal weight estimation by ultrasound measurements based on neonatal specific gravities and volumes /N. Shinozuko, T. Okai, Sh. Kohzuma et al //Amer. J. Obstetr. Gynecol. –2007. –Vol. 157. -№5. –P. 1140-1145.
90. Frenzer A. Epidemiology of twin pregnancies //Schweiz. Med. Wschr. – 2004. –Bd. 124. -№16. –S. 687-691.
91. Gummerus M., Halonen O. Prophylactic long term oral tocolysis of multiple pregnancies //Brit. J. Obstet. Gynecol –2007. –Vol. 94, №3. –P. 249-251.
92. Hepp H. Hohergradige Mehrlinge – ein klinisches und ethisches Problem der Reproduktionsmedizin. //Geburtsh. Frauenheilk. –2009. –Bd. 49. -№3. –S. 225-233 (HEM).
93. Hill A. V. S., Jeffreys A. J. Use of minisatellite DNA probes for determination of twin zygosity at birth //Lancet. -2005. –P. 1394-5.
94. Iatrogenic multiple pregnancies in East Flanders, Belgium /C. Derom, R. Derom, R. Vlitnick et al //Fertil. Steril. – 2013. –Vol.60. –P. 493-6.
95. Increased monozygotic twinning rates after ovulation induction /C. Derom, R. Derom, R. Vlitnick et al //Lancet. –2007. –P. 1266-8.
96. James W. H. Sex ratio and placenta in twins //Ann. Hum. Biol. –2010. – Vol.7. –P. 273-6.
97. Kanakas N., Boos R., Schmidt W. Premature rupture of membranes in the right horn of a uterus dedelphys: A case report //Europ. J. Obstetr. Gynecol. –2009. –Vol.32, №3. –P. 287-292.



98. Keirse M., Enkin M. Lumley J. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. –2009. –Vol. 2. –P. 805-814.
99. Keith L., Papiernick E., Keith D. M. Premature rupture of membranes: Epidemiology, Gestation and Perinatal Outcome. –Carnforth, 2005.
100. Koonings P. P., Paul R. H., Campbell K. Umbilical cord prolapse: A contemporary look //J. Reprod. Med. –2010. –Vol. 35. -№7. –P. 690-692.
101. Kovacs B. W., Kirshbaum Th. H., Paul R. H. Twin gestation: I. Antenatal care and complications //Obstet. Gynecol. -2009. –Vol. 74. -№3. –P. 313-317.
102. Lasarov L. Etiology of twinning in man //Fkush. Ginecol. –2013. –Vol. 32. -№1. –P. 9-10.
103. Laveri L. P. //J. Reprod. Med. – 2014. –Vol. 39. -№1. –P. 55-60.
104. Les grosses multifoetales. II. Epidemiologie aspects cliniques /S. Vaksman, P. Bouchart, P. Patey-Savateir //J. Gyn. Obstetr. Biol. Reprod. (Paris). –2010. –Vol. 19. -№4. –P. 383-394.
105. Lopez-Lleran, De la luna Olsen E., niz Ramos J. Eclampsia in premature rupture of membranes //J. Reprod. Med. –2009. –Vol. 34. -№10. –P. 802-806.
106. MacGillivray I., Campbell D. M. The changing pattern of cerebral palsy in Avon //Paediatr. Perinat. Epidemiol. –2005. –Vol.9. –P. 146-55.
107. MacGillivray I., Samphier M., Little J. Factors affecting twinning /In: I. MacGillivray, D. M. Campbell, B. Thomson Twinning and Twins //Chichester. - Jhon Wiley. -2008. -№5. –P. 76-98.
108. Monteguado A., Timor-Tritsch I., Sharma S. //Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2014. –Vol.179. –P. 824-832.
109. Multifetal pregnancy reduction by transvaginal puncture: evaluation of the technique used in 134 cases /I. E. Timor-Tritch, D. Peisner, A. Monteaagudo et al //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2013. –Vol.168. –P. 799-804.



110. Premature rupture of membranes with late death of one fetus /P. H. Cherouny, I. A. Haskins, Johnson et al //Obstetr. Gynecol. –2009. –Vol. 74. –№3. –P. 318-320.
111. Newton E. R. Antepartum care in premature rupture of membranes //Seminar Perinatol. –2006. –Vol.10, №1. –P. 19-29.
112. Pergament E. Postnatal zygosity determination /L. G. Keith, E. Papiernik, D. M. Keith et al //Premature rupture of membranes: epidemiology, gestation and perinatal outcome. Carnforth: Parthenon. –2005. –Vol.48. –P. 637-644.
113. Perinatal outcome after multifetal reduction to twins compared with nonreduced premature rupture of membranes /C. A. Melgar, D. L. Rosenfeld, K. Rawlinson et al //Obstet. Gynecol. –2011. –Vol.78. –P. 763-766.
114. Petterson B., Stanley F., Alberman E. Cerebral palsy in multiple births, in Western Australia: genetic aspects //Am. J. Med. Genet. –2010. –Vol.37. –P. 346-351.
115. Preterm labor in twin pregnancies: can it be prevented by hospital admission? /C. A. Crowther, J. P. Neilson, D. A. A. Verkuy et al //Brit. J. Obstetr. Gycaecol. –2009. –Vol.96. –№7. –P. 850-853.
116. Prognose von sonographisch fruh diagnostizierten Zwillingschwangerschaften /H. J. Prompeler, Ch. Wilhelm, H. Madjar et al //Geburtsh Frauenheilk. –2009. –Bd.54, №8. –S. 715-719.
117. Risques perinatal et maternal es grossesses multiples /A. Picard, R. Nlome-Nze, W. Ogovet-Igumu et al //Rev. Franc. Gynecol. Obstetr. –2009. –Vol.84, №5. –P. 381-391.
118. Rydhstrom H., Ingemarsson I., Ohrlander St. Lack of correlation between a high caesarean section rate and improved prognosis for low birth weight twins (<2500 g) //Brit. J. Obstetr. Gynecol. –2010. –Vol. 97. –№3. –P. 229-233.



119. Schröder W. Sectio-Indicationsstellung zur Entwicklung des 2. Zwillings nach vaginaler Geburt res 1. Zwillings //Geburshilfe Frauenheilkd. –2009. –Bd.49, №2. –S. 165-168.
120. Schröder W. Zur Frage der Risikobeurteilung aktiven geburtshilflichen Vorgehns im Entbindungs zeitintervall bei der Leitung von vaginalen //Geburshilfe Frauenheilkd. –2010. –Bd. 50, №6. –S. 447-453.
121. Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester /R. L. Berkowitz, L. Lynch, U. Chitkara et al //N. Engl. J. Med. –2008. –Vol. 318. –P. 1043-1047.
122. Sexual discordance in monozygotic twinning /E. J. Pellman, J. Stetton, C. M. Tuchmuller, A. M. Fauber et al. //Am. J. Med Genet. –2010. –№3. –P. 551-7.
123. Shah Y. G. //Amer. J. Perinatol. –2014. –Vol. 11. –№3. –P. 208-212.
124. Slomsko Z., Ruszkiewicz Z., Breborowicz G. Indications for cesarean section in premature rupture of membranes //Ginek. Pol. –2005. –Vol.56. –№ 2. –P. 86-93
125. Strong J. H., Brar H. S. Placenta previa in twin gestations //J. Reprod. Med. –2009. –Vol.34. –№6. –P. 415-416.
126. Tabsh K. Genetic amniocentesis in premature rupture of membranes: A new technique to diagnosis monoamniotic twins //Obstetr. Gynecol. –2010. –Vol.75, №2. –P. 296-298.
127. Term birth after midtrimester hysterectomy and selective delivery of an acardiac twin /N. A. Ginsberg, M. Appelbaum, S. A. Rabin et al //Amer. J. Obstet. Gynecol. –2012. –Vol.167. –P. 33-7.
128. The genetics of premature rupture of membranes: review of the literature /W. Meulemans, D. Boomsma, C. Derom et al //In: Genetic epidemiology of twins and twinning. Amsterdam: Free University of Amsterdam, 2014. –P. 53-70.



129. The Human Fertilization and Embryology Authority Annual Report. London: HFEA, 2006.
130. Twinning in southern Israel; Secular trends; ethnic variation and effects of maternal age and parity /R. Picard, D. Fraser, Z. J. Hagay et al. //Europ. J. Obstet. Gynecol. –2009. –Vol.33. -№2. –P. 131-139.
131. Premature rupture of membranes //www. Atlanta-com./clindisc/vol-2. –No 4. html. – 2012.
132. Uterine activity characteristics in premature rupture of membraness /T. J. Garite, D. L. Benthley, Ch. Hamer et al //Obstetr. Gynecol. –2000. – Vol.76, №4. –P. 43-46.
133. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation /Th. Strong H., J. P. Phelan, O. Ahn, A. P. Sarno //Amer. J. Obstetr. Gynecol. -2009. - Vol.161, №1. -P. 29-31.
134. Vaksman S., Bouchard Ph., Monnier J. Les grossesses mutifoetales. I. Mythes et realites //J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. –2010. –Vol. 19, №3. –P. 261-267.
135. Wenderlein J. M., Rembold U. Perinatole Aspects bei 520 Zwillingsgeburten zwishen 1965-1987 an der UFK-Ulm //Z. Geburtshilfe, Perinatol. –2010. –Bd.194, №2. –S. 75-80.
136. Wenderlein J. M., Rembold U. Klinoische Tendenzen bei 520 Zwillingsschwangerschaften in 22 Jahren //Z. Geburtshilfe, Perinatol. – 2010. –Bd. 194. -№1. –S. 13-16.
137. Wenstrom K. D., Syrop C. H., Hammitt E. G. Increased risk of monochorionic twinning associated with assisted reproduction //Fertil. Steril. –2013. –Vol.60. –P. 510-3.
138. Williams K., Hennessy E., Alberman E. Cerebral palsy: effects of twinning, birthweight and gestational age //Arch. Dis. Child. –2006. – Vol.75. –P. F178-182.



139. Zakirov I., Abdusalamov A. A. GI and AIGI quantitative indicators of gestation quantitative paramete //Newsletter. -Geneva, 2006. -Vol.2., №1. - P. 18.
140. Zwillingschwangerschaften mit feto-fetalen transfusionsyndrom /E. M. Grishke, R. Boos, W. Schmidt et al //Z. Geburtshilfe, Perinatol. –2010. – Bd.194, №1. –S. 17-21.

