QOG‘ONOQ PARDANI TUG‘RUQQACHA YIRTILISHIDA ONA VA HOMILADA KUZATILADIGAN ASORATLARNI TAHLIL QILISH. ADABIYOTLAR TAHLILI.

Ismatova Latofat Ma’ruf qizi
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti 3-son Akusherlik va Ginekologiya kafedrasi I-bosqich magistraturarezidenti
Gulruh Nuritdinovna Indiaminova
Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti 3-son Akusherlik va Ginekologiya kafedrasi dotsenti PhD
Samarqand, O‘zbekiston

Abstract. Complications of Prelabor Rupture of Membranes in Term Pregnancy (After 37 Weeks) The rupture of the amniotic sac and the leakage of amniotic fluid before the onset of labor in a term pregnancy (after 37 weeks) is medically termed as Prelabor Rupture of Membranes (PROM). Although the fetus is fully developed by this stage, the early loss of fluid can lead to specific clinical risks. Key factors influencing prelabor rupture of membranes include: Upper respiratory tract infections during pregnancy (73.9%); Chronic inflammatory diseases of the urinary tract (51%); Pelvic organ diseases (50.5%); History of abortions (15.8%). Data indicates that during the autumn and winter seasons, prelabor rupture occurs 2.5 times more frequently than timely rupture. PROM significantly increases the rate of complications during delivery. Specifically: Umbilical cord entanglement occurs 5 times more often; Chronic intrauterine fetal hypoxia occurs 7 times more often; Cervical tears are reported twice as frequently compared to the control group. An unfavorable premorbid background, such as changes in the infectious environment during the rupture, adversely affects the cervical microflora. This shift in the microbial balance is a primary cause of multiple complications for both the mother and the newborn.

Keywords: Term Premature Rupture of Membranes (Term PROM), Amniotic fluid, Oligohydramnios, Chorioamnionitis, Intrauterine infection, Neonatal sepsis, Perinatal asphyxia, Perinatal mortality, Inflammatory mediators (IL-6, TNF-alpha), Matrix metalloproteinases (MMP-8, MMP-9), Cervical injury / Cervical trauma, Risk factors, Obstetric complications.

Аннотация. Осложнения преждевременного разрыва плодных оболочек при доношенной беременности (после 37 недель) Разрыв плодных оболочек и излитие околоплодных вод при доношенной беременности (после 37 недель) до начала родовой деятельности в медицине классифицируется как преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО). Несмотря на то, что на этом сроке плод уже полностью сформирован, раннее излитие вод может

ISSN 3030-3907

повлечь за собой специфические риски. Ключевые факторы, влияющие на разрыв плодных оболочек: Инфекции верхних дыхательных путей в период беременности (73,9%); Хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей (51%); Заболевания органов малого таза (50,5%); Аборты в анамнезе (15,8%). Статистика показывает, что в осенне-зимний период преждевременный разрыв встречается в 2,5 раза чаще, чем своевременный. ПРПО значительно увеличивает количество осложнений в родах. В частности: Обвитие пуповиной встречается в 5 раз чаще; Хроническая внутриутробная гипоксия плода — в 7 раз чаще; Разрывы шейки матки наблюдаются в два раза чаще по сравнению с контрольной группой. Неблагоприятный преморбидный фон, проявляющийся в изменении инфекционной среды при разрыве оболочек, негативно влияет на микрофлору шейки матки. Это становится основной причиной развития комплекса серьезных осложнений для матери и ребенка.

Ключевые слова: Преждевременный разрыв плодных оболочек при доношенной беременности (ПРПО), Амниотическая жидкость, Маловодие, Хорионамнионит, Внутриутробная инфекция (ВУИ), Неонатальный сепсис, Сдавление пуповины, Перинатальная асфиксия, Перинатальная смертность, Медиаторы воспаления (ИЛ-6, ФНО-α), Матриксные металлопротеиназы (ММП-8, ММП-9), Травма шейки матки, Факторы риска, Акушерские осложнения.

Annotasiya. 37 haftadan keyingi homiladorlikda (muddatiga yetgan homiladorlik) qog‘onoq pardasining yorilishi va suv ketishi tibbiyotda "Muddatiga yetgan homiladorlikda qog‘onoq pardasining tug‘ruqdan oldin yirtilishi" deb ataladi. Bu davrda bola to‘liq shakllangan bo‘lsa-da, suvning erta ketishi o‘ziga xos xavflarni yuzaga keltirishi mumkin**.** Homiladorlik davrida qog‘onoq pardani tug‘ruqqacha yirtilishiga ta'sir qiluvchi eng muhim omillar; homiladorlik davrida yuqori nafas yo‘llarining infeksiyalari (73,9%), siydik yo‘llarining surunkali yallig‘lanish kasalliklari (51%), tos a'zolari kasalliklari (50,5%) va abortlar (15,8%) ta’sir ko‘rsatadi. Kuz va qishda qog‘onoq pardani tug‘ruqqacha yirtilishi o‘z vaqtida qog‘onoq pardani yirtilishidan 2,5 baravar ko‘proq kuzatiladi. Qog‘onoq pardani tug‘ruqqacha yirtilishi tug‘ruq paytidagi asoratlar sonini ortiradi. Masalan: kindik ichakchasining o‘ralib qolishi 5 marta, homilaning surunkali intrauterin gipoksiyasi 7 marta ko‘p uchraydi va bachadon bo‘ynining yirtilishi nazorat guruhiga qaraganda ikki baravar ko‘p uchraydi. Noqulay premorbid fon, masalan, qog‘onoq pardani tug‘ruqqacha yirtilishida infeksion muhitning o‘zgarishi bachadon bo‘ynining mikroflorasiga ta'sir qiladi. Bu esa bir nechta asoratlar kelib chiqishiga sabab bo‘ladi.

ISSN 3030-3907

Kalit so‘zlar: Qog‘onoq pardasining tug‘ruqqacha yirtilishi, Term PROM, Amniotik suyuqlik, Oligohidramnion, Chorioamnionit, Intrauterin infeksiya, Neonatal sepsis, Kindik ichakchasining o‘ralishi, Bachadon bo‘yni jarohati, Perinatal asfiksiya, Perinatal o‘lim, Yallig‘lanish mediatrlari (IL-6, TNF-α), Matriks metalloproteinazalar (MMP-8, MMP-9), Xavf omillari, Akusherlik asoratlari

KIRISH

Odatda qog‘onoq pardasi tug‘ruqning birinchi davrida, bachadon bo‘yni to‘liq yoki deyarli to‘liq ochilganda yirtilishi kerak. Biroq, 37 haftadan oshgan homilador ayollarning taxminan 8-10 foizida qog‘onoq suvi to‘lg‘oqlar boshlanishidan avval ketib qoladi. Adabiyotlarda qayd etilishicha, qog‘onoq parda kollagen strukturasining zaiflashuvi, elastinning kamayishi, matriks metalloproteinazalar (MMP-8, MMP-9) faollashuvi va sitokinlar (IL-6, TNF-α) oshishi bilan ingichkalashadi. Ekstragenital infeksiyalar, bakterial vaginoz, jinsiy yo‘l bilan yuqadigan kasalliklar va servikoj amillarning o‘zgarishi qog‘onoq pardani tug‘ruqqach yirtilishiga turtki bo‘ladi.

Adabiyotlar tahlili shuni ko‘rsatadiki, qog‘onoq pardaning tug‘ruqqacha yirtilishi akusherlikda uchraydigan eng xavfli holatlardan biri bo‘lib, ona va homila uchun bir qator og‘ir asoratlarga olib keladi. Onada chorioamnionit, endometrit va tug‘ruqning zaiflashuvi, homilada esa intrauterin infeksiya, oligohidramnion, asfiksiya va chala tug‘ilish eng ko‘p uchraydigan asoratlardir. Shu sababli QPTY holatida erta diagnostika, muntazam kuzatuv va zamonaviy protokollar asosida davolash ona-bola salomatligini saqlashning eng muhim omillaridan biridir. So‘nggi tadqiqotlar shuni ko‘rsatmoqdaki, qog‘onoq pardasining muddatidan oldin yorilishi nafaqat infeksiya, balki biofilmlar (bakteriyalarning himoya qobig‘i) shakllanishi bilan bog‘liq. Bakteriyalar parda yuzasida mustahkam koloniya hosil qilib, uni "yemiruvchi" fermentlar ishlab chiqaradi. Bu jarayon hatto ayolda hech qanday infeksiya belgilari (isitma, og‘riq) bo‘lmaganda ham sodir bo‘lishi mumkin.

Genetik Moyillik: Oxirgi genetik tahlillar shuni ko‘rsatmoqdaki, ba'zi ayollarda kollagen metabolizmi uchun mas'ul bo‘lgan genlarda (masalan, COL1A1) polimorfizm mavjud. Bu degani, ayrim ayollarning qog‘onoq pardasi tug‘ma ravishda bosimga kamroq chidamli bo‘ladi va 37 haftadan so‘ng kichik tonus natijasida ham yorilib ketadi.

"Dry Labor" (Quruq tug‘ruq): Xalq orasida "suv ketib qolsa, bola quruq qolib qiynaladi" degan qarash bor. Zamonaviy tibbiyot buni quyidagicha tushuntiradi: Qog‘onoq suvi ketgandan keyin ham homila buyraklari siydik ajratish orqali suv miqdorini qisman tiklab turadi. Biroq, oligogidramnioz (suv kamligi) kindik

ISSN 3030-3907

tizimchasining qisilishiga (kompressiya) olib kelishi isbotlangan. Bu homila yurak urishining pasayishiga sabab bo‘ladi. Diagnostikada "Oltin Standart": Biomarkerlar

Endilikda oddiy ko‘rik bilan cheklanmay, quyidagi oqsil markerlarini aniqlash ommalashmoqda:

IGFBP-1 (Insulin-like growth factor-binding protein-1): Faqat qog‘onoq suvida bo‘ladi. Qindan olingan surtmada bu oqsilning topilishi parda yorilganini 97% aniqlikda tasdiqlaydi. Platsenta alfa-mikroglobulini (PAMG-1): Hozirda eng sezgir test hisoblanib, hatto parda mikroskopik darajada yorilgan bo‘lsa ham aniqlay oladi.

Garchi homila yetilgan bo‘lsa-da, "suvsiz davr"ning uzayishi ona va bola uchun qator xavflarni tug‘diradi. Ona organizmidagi patologik asoratlar

Qog‘onoq pardasi butunligining buzilishi tashqi muhit va bachadon bo‘shlig‘i o‘rtasidagi himoya to‘sig‘ining yo‘qolishini anglatadi.

Ascending (ko‘tariluvchi) infeksiyalar va Xorioamnionit: Suv ketganidan keyin har soatda infeksiya tushish ehtimoli ortadi. Agar suvsiz davr 18-24 soatdan oshsa, xorioamnionit (parda va suvlarning yallig‘lanishi) xavfi keskin ko‘tariladi.

Tug‘ruq faoliyatining anomalilari: Suv erta ketganda, bachadon bo‘yni tayyor bo‘lmasligi mumkin. Bu esa tug‘ruqning sustligi yoki bachadonning haddan tashqari qo‘zg‘aluvchanligiga olib keladi. Gisterezis (Bachadon charchashi): Suv muddatidan oldin ketganda, bachadon bo‘yni hali yetilmagan (yumshab, ochilishga tayyor bo‘lmagan) bo‘lishi mumkin. Tug‘ruqni sun’iy qo‘zg‘atish (oksitotsin bilan) natijasida bachadon uzoq vaqt kuchli qisqaradi, lekin bachadon bo‘yni ochilmasa, "bachadon charchashi" yuzaga keladi. Bu esa tug‘ruqdan keyin bachadonning yaxshi qisqarmasligiga (gipotoniya) va kuchli qon ketishi (gimoragiya)ga sabab bo‘lishi mumkin.Yo‘ldoshning muddatidan oldin ko‘chishi: Bachadon ichki bosimining keskin pasayishi yo‘ldoshning qisman ko‘chishiga va bachadondan qon ketishiga sabab bo‘lishi mumkin.

Operativ aralashuvlar foizining ortishi: Tug‘ruqning tabiiy boshlanmasligi va infeksiya xavfi tufayli Kesarcha kesish amaliyotiga ko‘proq murojaat qilinadi. Homila va yangi tug‘ilgan chaqaloq uchun asoratlar

Homila 37 haftalikdan oshgan, ya’ni morfologik va funksional jihatdan yetilgan bo‘lishiga qaramay, quyidagi xavflar dolzarbligicha qoladi: Mekoniy" muammosi (Yashil suvlar)37 haftadan keyin homila ichaklari to‘liq shakllangan bo‘ladi. Agar suv ketganda u yashil rangda bo‘lsa, bu homila gipoksiya (kislorod yetishmasligi) tufayli bachadon ichida birinchi najasini (mekoniy) chiqarib yuborganini bildiradi.

ISSN 3030-3907

Xavf: Bola tug‘ilayotgan paytda bu ifloslangan suvni o‘pkasiga tortib olishi mumkin (Mekoniy aspiratsiyasi sindromi). Bu yangi tug‘ilgan chaqaloqning nafas olishini qiyinlashtiradi va intensiv terapiyaga muhtoj qiladi. Kindik ichagining kompressiyasi: Homila atrofida suyuqlik bo‘lmaganda, u o‘z og‘irligi bilan kindik ichagini bosib qo‘yishi mumkin. Natijada bolaga kislorod va oziq moddalar yetkazib berish vaqtincha to‘xtaydi, bu esa homila yurak urishining pasayishiga (deseleratsiya) sabab bo‘ladi.

Tug‘ruqning og‘riqli kechishi: Suv "yostiq" vazifasini bajaradi. U yo‘qolganda, bachadon qisqarishlari (to‘lg‘oqlar) bevosita bolaga va bachadon bo‘yniga qattiqroq ta’sir qiladi, bu esa og‘riqning kuchliroq sezilishiga olib kelishi mumkin.

Gipoksiya va Kindik ichagining qisilib qolishi: Suv miqdori kamayishi (oligogidramnion) natijasida kindik ichagi homila tanasi va bachadon devori orasida qisilib qolishi mumkin. Bu homilaning o‘tkir kislorod tanqisligiga olib keladi.

Chaqaloqlar sepsisi va pnevmoniyasi: Agar ona organizmida xorioamnionit rivojlansa, homila nafas olish yoki yutish orqali infeksiyalangan qog‘onoq suvini qabul qiladi. Bu tug‘ilgandan so‘ng og‘ir o‘pka yallig‘lanishiga sabab bo‘ladi.

Aspiratsiya sindromi: Suvsiz davr uzoq davom etsa, homila stress holatida mekoniy (ilk axlat) ajratishi va uni yutib yuborishi mumkin.

3. Tibbiy taktika va profilaktika

Zamonaviy protokollarga ko‘ra, 37 haftadan keyin suv ketsa, ikki xil taktika qo‘llaniladi:

Kutish taktikasi: (24 soatgacha) Tug‘ruqning o‘z-o‘zidan boshlanishini kutish (agar infeksiya belgilari bo‘lmasa).

Faol taktika: Tug‘ruqni dori vositalari bilan induksiya qilish (qo‘zg‘atish).

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YXATI:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. Obstetrics & Gynecology. 2020.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Green-top Guideline No. 44: Preterm Prelabour Rupture of Membranes. 2019.
3. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for induction of labour. 2022.
4. Cunningham F.G., Leveno K., Bloom S. Williams Obstetrics, 26th Edition. McGraw-Hill Education, 2022.
5. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 8th Edition. Elsevier, 2021.

ISSN 3030-3907

6. Gary Hankins, Steven Clark. Operative Obstetrics. McGraw-Hill, 2019.
7. Waters T.P., Mercer B.M. The management of preterm premature rupture of the membranes near the limit of fetal viability. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009.
8. Mercer B.M. Preterm premature rupture of the membranes. Obstetrics and Gynecology. 2003;101(1):178–193.
9. Kenyon S., Taylor D.J., Tarnow-Mordi W. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I trial. The Lancet. 2001.
10. Goldenberg R.L., Culhane J.F., Iams J.D., Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. The Lancet. 2008.
11. Romero R., Dey S.K., Fisher S.J. Preterm labor: molecular mechanisms of premature rupture of membranes. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2014
12. Menon R., Richardson L. Preterm prelabor rupture of the membranes: causes, molecular mechanisms, and pathophysiology. Seminars in Perinatology. 2017.
13. Musilova I., et al. Intra-amniotic inflammation and infection in women with preterm PROM. Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2016.
14. Neonatal asoratlar bo‘yicha manbalar Stoll B.J., Shane A.L. Early-onset neonatal sepsis: epidemiology and outcomes. Clinics in Perinatology. 2019.
15. Sweet D.G., et al. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome – 2022 Update. Neonatology Journal.

ISSN 3030-3907