

**Ұрық қабықшасының
уақытынан бұрын босану
алдында жарылуы**

- **Ұрық қабықшасының босану алдында жарылуы (ҰҚБАЖ)** – амниотикалық қабықшалардың 37 апта және одан жоғары мерзімде жатырдың тұрақты жиырылу басталғанға дейінгі кездейсоқ жарылуы.
- **Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын босану алдында жарылуы (ҰҚУБАЖ)** – амниотикалық қабықшалардың 22-37 апта мерзімінде жатырдың тұрақты жиырылу басталғанға дейінгі кездейсоқ жарылуы.
- ҰҚУБАЖ-бен байланысты неонатальды өлімнің негізгі үш себебі: жетілмеуі, сепсис және өкпе гипоплазиясы. Ана үшін тәуекел, ең алдымен, хориоамнионитпен байланысты.

ХАЖ-10 бойынша коды:

- 1) O42 Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы
- 2) O42.0 Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы, кейінгі 24 сағатта босанудың басталуы
- 3) O42.1 Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы, 24 сағат сусыз кезеңнен кейін босанудың басталуы
- 4) O42.2 Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы, жүргізілетін терапиямен байланысты босанудың кешігуі
- 5) O42.9 Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы анықталмаған

Клиникалық жіктелуі:

- I. Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын босану алдында жарылуы**
жүктіліктің 22-37 аптасында жарылуы.

- II. Ұрық қабықшасының босану алдында жарылуы**
жүктіліктің 37 аптасында немесе одан кейінгі апталарда жүзеге асады.

ДИАГНОСТИКА

Негізгі диагностикалық іс-шаралар:

- қан тобы мен резус-фактор
- жалпы несеп талдауы
- қанды клиникалық талдау (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер)
- қанды биохимиялық талдау (жалпы ақуыз, креатинин, АЛаТ, АСаТ, несепнәр, глюкоза, билирубин (жалпы, тік))
- коагулограмма
- қанды АИТВ-ға, гепатиттерге, ұрықтың RW-ға
- кеуде қуысының флюорографиясы
- ЭКГ
- тазалық деңгейіне жағынды
- онкоцитологияға жағынды
- терапевт кеңесі
- кіші жамбас пен ішқуысын УДЗ

Қосымша диагностикалық іс-шаралар:

- лейкоформулананы есептеу арқылы жалпы қан талдауы
- ұрықты УДЗ
- дене қызыуын өлшеу
- АҚ, тамыр соғысын өлшеу
- ұрық ЖЖЖ бақылау, көрсетімдер бойынша КТГ (меконийлі қағанақ су, жетілмеушілік, ҰЖДК, жатырда тігістері бар қынапты босану, преэклампсия, судың аз болуы, диабет, көп ұрықты жүктілік, жамбаспен жату, артериядағы қанның ағу жылдамдығының доплерометрия нәтижелерінің қалыптан ауытқуы, босану индукциясы, ЭПА).

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар мен анамнез: көптеген жағдайларда қынаптан белгілі бір иісі бар ашық сұйықтықтың лықылдап ағуы, соңынан ол шамалы шығындылармен жалғасуы.

Физикалық зерттеулер ҰҚБАЖ-ға күдіктенген жағдайда айнамен қарау [ДД В] [1]. Кейбір жағдайларда диагнозды қосымша растауға УДЗ жүргізгенде қол жеткізіледі [ДД С]. Егер қабықшалардың жарылуы ертеректе орын алса, ҰҚБАЖ-ды диагностикалау қиын болуы мүмкін.

Зертханалық зерттеулер.

Анамнезді тыңғылықты жинағаннан кейін келесі диагностикалық тестерді жүргізу мүмкін:

-пациент әйелдерге таза төсемді төсеуді ұсынып шығындылардың сипаты мен санын бір сағаттан кейін бағалау.

«сағаттан кейін шығындыларды.

-гинекологиялық креслода стерильді айналармен қарап тексеру – цервикальды каналдан аққан немесе қынаптың артқы жағында тұрған сұйықтық диагнозды растайды.

-фетальды фибронектингте тест ұсынылуы мүмкін (ол бар болса) (сезімталдық 94%)

Аспаптық зерттеулер:

Қынаптан сұйықтықтың ағуын көрсете отырып олигогидрамнионмен үйлесуі ҰҚБАЖ диагнозын растайды.

- **Мамандар кеңесін алу үшін көрсетімдер** – дене қызуы көтерілгенде терапевтің, ұрықтың дамуына қаулауларын анықтаған кезде генетиктің кеңесін алу ұсынылады.

Диагноз	Симптомдар	Жеке симптомдар
Ұрық қабықшасының уақытынан бұрын жарылуы	Сулы қынаптық шығындылар	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кенеттен сұйықтықтың қатты ағуы немесе үздіксіз ағуы. 2. Сұйықтық қынаптың кіре берісінде көрініп тұруы 3. Су кету басталғаннан бір сағат ішінде толғақ жоқ
Амнионит	<ol style="list-style-type: none"> 1. жүктіліктің 22 аптасынан кейін қынаптан жағымсыз иісті сулы шығындылар 2. жоғары температура\дірілдеу 3. Іштің ауыруы 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнезде - судың кетуі 2. Жатырдың ауыруы 3. Ұрықтың жүрек соғысының жиілеуі 4. Қан аралас шығындардың болуы
Вагинит\цервицит	<ol style="list-style-type: none"> 1. Қынаптан жағымсыз иісті шығындылардың болуы 2. Анамнезде судың кетуіне көрсеткіштер жоқ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Қышыма 2. Көпіршікті\сүзбе тәріздес шығындылар 3. Іштің ауыруы 4. Дизурия
Босану алды қан кету	Қанды шығындылар	<ol style="list-style-type: none"> 1. Іштің ауыруы 2. Ұрық қимылының әлсізденуі 3. Ауыр, ұзақ вагиналды қанның ағуы
Шұғыл босанулар	Қынаптан қанмен боялған шырышты немесе сулы шығындылардың болуы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Жатырдың ашылуы мен жатыр мойнағының тегістелуі 2. Толғақтар

Емдеу тәсілі:

- дәрі-дәрмексіз емдеу – жүргізілмейді
- дәрі-дәрмекпен емдеу:
Жүктіліктің 34 аптасына дейінгі мерзімде ҰҚБАЖ кезінде жүргізу тәсілі ана мен ұрықтың ахуалын, күтетін және белсенді тәсілдің басымдықтары мен жетіспеушіліктері туралы неғұрлым толық ақпаратты, пациенттің жүргізудің таңдалған тәсілі жөнінде жазбаша ақпараттандырылғаны туралы жазбаша келісімді міндетті түрде алған соң анықталады.

Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі:

- бетаметазон
- дексаметазон
- эритромицин
- бензилпенициллин
- гентамицин
- цефазалин
- клиндамицин
- метранидазол
- нифидепин
- натрий хлориді
- мизопростол
- магний сульфаты
- прокаин
- индометацин

Қосымша дәрілік дәрі-дәрмектердің тізімі:

-атосибан

-мифепристон

***Жүктіліктің 22-аптасынан 24-аптасы
аралығындағы гестациялық мерзімде
ҰҚБАЖ-да жүргізу:***

- Күту тәсілін таңдау кезінде жүкті әйел ірінді-септикалық асқынулардың, ұрықтың өкпе тіндері аплазиясы мен нәрестенің күдікті шығыстары тәуекелдері туралы хабарланады.
- Баламалы тәсіл сияқты жүргізудің белсенді тәсілінен бас тартқан кезде амниоинфузия ұсынылуы мүмкін.
- Амниоинфузия – қағанақ қуысындағы қағанақ сұйықтығының құрамымен ұқсас құрамды ерітіндіні енгізу жөніндегі ота.

Амниоинфузияинфузия отасын жүргізу үшін шарттар:

- Ана тарапынан
 - ақпараттанғаны туралы жазбаша келісімі
 - бір ұрықты жүктілік
 - гестация мерзімі 22 апта+ 0 күннен 25 апта + 6 күнге дейін
 - суы аздық (қағанақ сұйықтығының индексі $< 5^{\text{th}}$ centile немесе ең аз қағанақ пакеті $< 2\text{cm}$).
- Ұрық тарапынан
 - клиникалық және зертханалық зерттеулермен расталған ҰҚБАЖ-ның бар болуы

- **Қарсы көрсетімдер:**
Өмірмен сәйкессіз ұрықтың дамуындағы ақаулықтар, ұрықтың жатыр ішіндегі өлімі, хориоамнионит, босанулар

Порт-жүйені имплантаттау отасының техникасы

- **1-қадам: премедикация.** Жатырдың жиырылуын болдырмау үшін емшара алдында күніне екі рет 100 мг мөлшерде ректальді суппозитарий түріндегі индометацинді және 2 г/с көлемде магний сульфатын тамыр ішіне енгізу;
- **2-қадам: Амниоинфузия.** Бала жолдасының оқшаулануын ультрадыбыстық диагностикалаудан кейін және новокаиннің 20 мл 0,25% ерітіндісіндегі жергілікті анестезия, физиологиялық ертіндінің 300 мл қағанақ инфузиясынан кейін ультрадыбыстық бақылау арқылы 22G инесі арқылы жүзеге асады.
- **3-қадам: Портқа арналған орынды дайындау.** Қайшының көмегімен порт капсуласына арналған тері асты орнын дайындаған соң, новокаиннің 20 мл 0,25% ерітіндісі арқылы жергілікті анестезиямен скальпельдің көмегімен жүргізіледі.

- **4-қадам: катетерді қағанақ сұйықтығына енгізу.** Қағанақ қуысына ДДЗ бақылауы арқылы 19G іздеу инесі арқылы дайындалған орын арқылы енгізген соң және алынбалы (1,0 French) стилеті бар инфузияға арналған рентген контрастілі (1,5 French) резиналы катетер ине арқылы қағанақ қуысына енгізіледі. Жұқа стилетті алып тастайды, катетер сығылады. Катетерді дұрыс орналастырғанын қағанақ суынан кішкене көлеміне аспириндеу арқылы тексереді.

5-қадам: порт капсуласын имплантациялау. Порт капсуласы алдымен порт жүйені толтыру үшін 25G жарақаттайтын инені пайдалану арқылы (ұзындығы 9 мм) физиологиялық ерітіндімен жуылады. Катетермен байланысты порт капсуласы қайтадан физиологиялық ерітіндімен жуылады. Соңынан порт дайындалған қалтаға орнатылады, ол тері астындағы май өзегіне бекітіліп, терімен жабылады.

- Физиологиялық ерітіндіні катетердің дұрыс орналасқанын тексеру үшін 25G жарақаттайтын ине арқылы түрлі түсті ультрадыбыстық доплерографияның бақылаумен жүйе портына енгізеді. Порт жүйені имплантациялаған соң гипотониктің ерітіндіні қағанақ қуысына тұрақты сұйықтық санын қамтамасыз етуді қамтамасыз ету үшін УДЗ бақылау арқылы 50 мл / сағаттан 100 мл / сағатқа дейін құяды.

Белсенді тәсіл:

Жатыр мойнағының жай-күйін бағалау

Жетілмеген жатыр мойнағы кезінде (Бишоп шкаласы бойынша бағалауда < 6 балл) - E1 простагландиндерді пайдалану көрсетілген (мизопростол трансбукальды, пероральды, интравагиналды). Бастапқы өлшем 50 мкг әсер болмаған кезде әр 6 сағат сайын 50 мкг, әсер болмаған кезде келесі мөлшер 100 мкг. Жалпы мөлшері 200 мкг-ден артпауы керек.

Мизопристалдың соңғы мөлшерін қабылдаған соң 6-8 сағаттан ерте емес окситоцин инфузиясы.

Жетілген жатыр мойнағы кезінде – окситоцин инфузиясы.

Жүктіліктің 25-34 аптасы гестациялық мерзімінде ТСК енгізу.

- **Күту тәсілі жүктілікті жалғастыруға қарама-қайшылық жоқ болғанда жүргізіледі.** Пациентті бақылау акушерлік бөлімнің палатасында жүзеге асуы мүмкін (дене температурасын, пульсті, ұрық ЖҚЖ бақылау, бірінші 48 сағатта әр 4-8 сағат ішінде жыныс жолдарынан бөлінулердің ағуын бақылау; әр 12 сағат ішінде қандағы лейкоциттер деңгейін бақылау. Әрі қарай әр 12 сағаттан жиі емес дене температурасының, тамыр соғысын, ұрық ЖҚЖ, жыныс жолдарынан бөлінулер әрі қарай бақылау, аптасына бір реттен жиі емес ананың ашық қан талдауы және көрсеткіштер бойынша босану тарихы қадағалау парағын жүргізу арқылы.

- Тұрақты босану әрекеті басталған соң – босану бөліміне ауыстыру.
Жеке жағдайларда акушер-гинеколог дәрігердің тыңғылықты зерттеген соң ғана стационардың жағдайларынан тыс және стационар жағдайларында 48-72 сағат бақылаудан соң мониторингі жүргізуі мүмкін. Мұнда әйел хорионамнионит симптомдары туралы хабарлануы керек, анықталған жағдайда медициналық көмекке жүгінуі керек. Пациенттер үйде күніне 2 рет температураны өлшеу керек және дәрігерге нақты кесте бойынша көрінуі керек .

- **Токолитиктер** мерзімінен бұрын босану кезінде кортикостероидтар курсы жүргізу үшін 48 сағаттан артық емес кезеңге көрсетілген – дисстресс синдромының профилактикасы ретінде. Белсенді жатыр әрекеті жоқ болғанда ПИОВ бар әйелдерде профилактикалық токолиз ұсыныс етілмейді [ДД -А]. Токолитикалық терапияны таңдау дәрісі болып кальций каналдарын оқшаулау (**нифедипин**) табылады, себебі басқа дәрілермен салыстырғанда оның басымдықтары дәлелденген.

Нифедипинді қолдану сұлбасы: 10 мг пероральды, егер жатырдың сығылуы сақталса – бірінші сағат ішінде әр 15 минут ішінде 10 мг. Толғақ жойылғанға дейін 48 сағат ішінде әр 3-8 сағат ішінде 10 мг-нан. Ең көп мөлшер - 160 мг.

- Жанама әсерлер:

- гипотензия, бірақ, қалыпты артериалды қысым деңгейі бар пациенттерде байқалады;

- нифедипинді және магний сульфатын біріктіре пайдаланған кезде гипотензия арту мүмкіншілігі артады;

- басқа жанама әсерлер: тахикардия, қанның құйылуы, бас аурулары, бас ауру, жүрегі айну.

***Босану әрекеті тоқтаған соң әрі қарай
токолиз тиімділігі мен қауіпсіздігі
дәлелдендеген жағдайда ұсынылмайды.***

- Таңдау дәрісі болып атосибан табылады. Антибиотик профилактикасы ПРПО диагнозын қойғаннан кейін дереу басталады – 10 күн ішінде әр 6 сағат сайын эритромицин 250 мг. Босану уақыты басталған соң – бензилпенициллиннің бастапқы мөлшері - 2,4 г, содан кейін әр 4 сағатта 1,2 грамнан туғанға дейін, пенициллинге аллергия болған кезде цефазолинді тағайындайды, бастапқы мөлшер 2 гр т\і, содан кейін бала туылғанға дейін әр 8 сағат сайын 1 грамнан немесе әр 8 сағат сайын туғанға дейін тамыр ішіне клиндамицин 600 мг.

- **Ұрықтың РДС профилактикасы үшін** кортикостероидтерді (әр 12 сағат сайын тамыр ішіне дексаметазон 6 мг-нан 2 күн, курстық мөлшері 24 мг немесе бетаметазон 12 мг 24 сағаттан соң тамыр ішіне, курстық мөлшер 24 мг) пайдаланады. Кортикостероидтерді хориоамнионит болған жағдайда қолдануға болмайды.

Күту тәсілінің ұзақтығы мыналарға байланысты:

- гестациялық мерзімге;
- ұрықтың жай-күйіне;
- инфекцияның барлығына.

- **Хориоамнионит белгілері:**

- анадағы қызба ($>37,8^{\circ}\text{C}$)

- КТГ деректері немесе ұрықтың аускультативті тахикардиясы бойынша жай-күйінің нашарлауы

- ананың тахикардиясы (> 100 ДД/мин)

- жатырдың ауруы

- жатырдан шірік иісті бөлінулердің ағу;

- лейкоцитоз

Ана тарапынан инфекция белгілерінің пайда болуы немесе ауыр асқынулар қосылуы жүргізудің күту тәсілін тоқтатуға және жедел босануға рұқсат алуға көрсеткіш болып табылады (туу индукциясы, іштен жарып баланы алу).

Жүктіліктің 34 -37 апталарында гестациялық мерзімде ТСК кезінде жүргізу

Белсенді немесе күтуші тәсіл болуы мүмкін.
Тәсіл ана мен ұрықтың жай-күйі, күтетін және белсенді тәсілдің басымдықтары мен жетіспеушіліктері туралы барынша ақпаратты, пациент әйелдің жүргізудің таңдалған тәсіліне арналған ақпараттанғаны туралы жазбаша келісімді міндетті түрде алған соң анықталады.
34 аптадан соң күту тәсілі орынсыз, себебі жүктілікті ұзарту хориоамниониттің дамуына жоғары тәуекелімен байланысты. 34 аптадан соң белсенді жүргізу неонатальды шығысқа теріс әсер ететіндігі туралы дәлел аз.

- **Белсенді тәсіл:**

Қынапты тексермей 24 сағат ішінде қадағалау (дене температурасын, тамыр соғысын, ұрық ЖЖЖ бақылау, әр 4 сағат сайын ішінде туу тарихында арнайы қадағалау парағын жүргізу арқылы жатырдың сығылуы Антибиотикалық профилактиканы босану уақыты басталған соң – бензилпенициллиннің бастапқы мөлшері - 2,4 г, содан кейін әр 4 сағатта 1,2 грамнан туғанға дейін, пенициллинге аллергия болған кезде цефазолинді тағайындайды, бастапқы мөлшер 2 гр т\і, содан кейін бала туылғанға дейін әр 8 сағат сайын 1 грамнан немесе әр 8 сағат сайын туғанға дейін тамыр ішіне клиндамицин 600 мг-нен тағайындайды

37 және одан жоғары апта гестациялық мерзімінде ТСК-ны жүргізу.

- **Жедел индукцияға арналған көрсетімдер жоқ болғандағы тәсіл:**

қынапты тексермей 24 сағат ішінде қадағалау (дене температурасын, пульсті, ұрық ЖҚЖ бақылау, әр 4 сағат сайын ішінде туу тарихында арнайы қадағалау парағын жүргізу арқылы жатырдың сығылуын бақылау («Босану индукциясы» хаттамасын қараңыз)

Сусыз 18 сағаттан артық кезеңде ПРПО кезінде антибиотикалық профилактикасын бастау, туу басталған соң, бензилпенициллиннің бастапқы мөлшері - 2,4 г, содан кейін әр 4 сағатта 1,2 граммнан туғанға дейін, пенициллинге аллергия болған кезде цефазолинді тағайындайды, бастапқы мөлшер 2 гр т\і, содан кейін бала туылғанға дейін әр 8 сағат сайын 1 граммнан немесе әр 8 сағат сайын туғанға дейін тамыр ішіне клиндамицин 600 мг-нен тағайындайды.

- **Антибиотикалық терапия** тек хориоамнионит белгілері бар болғанда ғана тағайындалуы мүмкін.

Хориоамнионит – тез босануға рұқсат алуға абсолютті көрсеткіш және қарапайым әдістеме бойынша жедел тууға рұқсатқа қарама-қарсы көрсетім болып табылмайды. Босануды аяқтағанға дейін антибиотиктер құрамын тағайындау керек: цефазолин, бастапқы мөлшер 2 гр в\в, содан кейін әр 8 сағат сайын 1 граммнан Гентамицин әр 24 сағат сайын әр кг салмаққа 5 мг-нан.

Босанудан кейін жүргізу:

Егер әйел өзі босанса, босанудан кейінгі кезеңде антибиотиктерді егуді тоқтату керек.

Егер баланы іштен жарып алса, антибиотиктерді әр 8 сағатта 500 мг метронидазолмен қосып тағайындау керек, әйелде жоғары температура 48 сағат ішінде жоқ болғанға дейін.