



*Марат Оспанов атындағы
Батыс Қазақстан
Мемлекеттік Медицина Университеті*

Интерннің өзіндік жұмысы

Мамандығы: Жалпы дәрігерлік тәжірибе

Пәні: Акушерия және Гинекология ЖДТ

ТАҚЫРЫБЫ: ***Жүктілікті аяғына дейін көтере алмаудың негізгі себептері***

706

Орындаған: ***Жарылқасын Г.С***

Тексерген: ***Кунаков Н.Н.***

Ақтөбе 2016 ж

Жоспары:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім:

- ✓ *Өздігінен түсік*
- ✓ *Дамымай қалған жүктілік*
- ✓ *Криминальды түсік*
- ✓ *Септикалық түсік*
- ✓ *Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық*
- ✓ *Мерзімінен бұрын босану*

III. Қорытынды

IV. Қолданылған әдебиеттер

Кіріспе

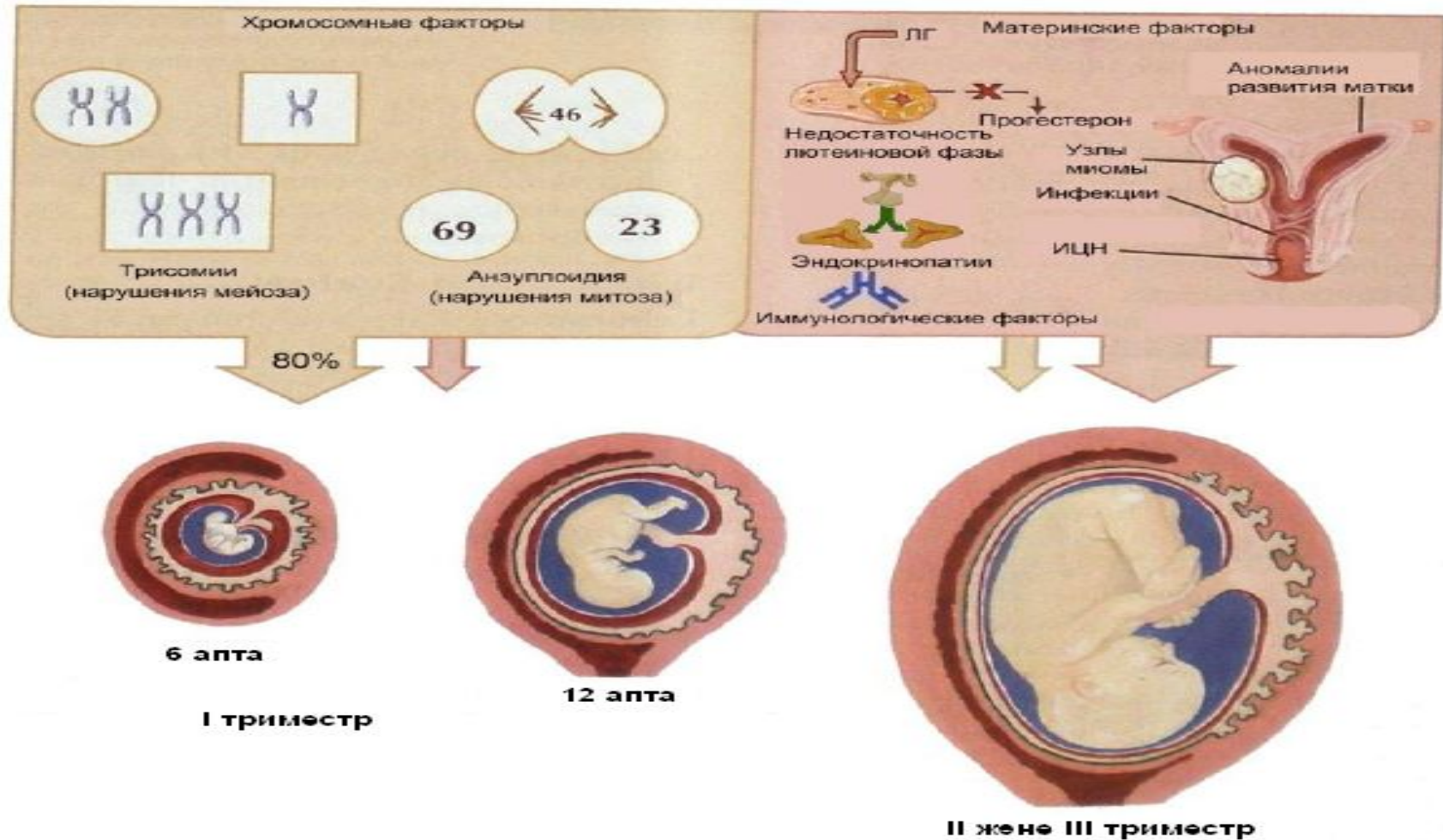
Жүктілікті көтере алмаушылық деп – 37 - аптаға дейінгі мерзімде жүктіліктің өздігінен үзілуі. Жүктіліктің 22-аптаға дейін үзілуі өздігінен түсік деп, ал 28-37-апталар аралығында үзілуі мерзімінен бұрын босану деп аталады. 22-28-апталар аралығы ерекше көрсетіледі, ол мерзімдер шетелде босануға жатқызылады, ал біздің елімізде – өлі ұрық туылатын болса, кеш түсік деп есептеледі. Егер осы мерзімде туылған ұрық 7 тәулік өмір сүретін болса, тірі туылған нәресте ретінде тіркеледі.

Жүктіліктің үзілуі жасанды болуы мүмкін. 28 – аптаға дейін – жасанды түсік, ал 28-аптадан кейін – жасанды тудырылған мерзімнен бұрын босану. Жүктіліктің мерзіміне сәйкес ерте (12-аптаға дейін) және кеш (13-27-апта) түсіктер деп бөлінеді. Өздігінен және жасанды түсіктерден басқа, болмаған, кринимальды және септикалық түсіктер болады. Сондай-ақ, үйреншікті көтере алмаушылықты да ажыратады.

Себептері:

1. Жатыр патологиясы. Жатыр ақауларына: Мюллер өзегінің даму ақаулары, екі мүйізді жатыр, жатыр қуысының синехиясы, жатыр гипоплазиясы және миома. Жиі кездесетін себептердің бірі истмико-цервикальді жетіспеушілік. Оның клиникалық белгілері іштің төменгі жағының, белдің ауыруы, жатыр монының қысқарып, оның жайылуы, қағанақ қабының жатыр мойнына тірелуі, емі хирургиялық.
2. Хромосом аппаратының аномалиясы. Хромосомдық аппараттың ақаулары көбінесе жүктіліктің ерте мерзімінде үзілуіне алып келеді. Ол хромосомалардың көлемді аберрацияларымен байланысты немесе құрылымының бұзылыстары
3. Иммунологиялық бұзылыстар. Иммунологиялық факторларға клеткалық және гумморальдық иммунитеттің бұзылыстары гисто-үйлесімділік антиген рөлі: изосирологиялық сәйкессіздік ана және бала резусфакторының сәйкессіздігі, фосфолипидтерге аутоиммунды реакциялар.
4. Эндокриндік патология. Эндокринді бұзылыстардың терең өзгеруі бедеулікке әкеліп соқтырады. Өзіндік үзілуі көбінесе әйелдерде гормональды бұзылыстардың жасырын түрінде өтеді. Біріншіден, аналық без гипофункциясы соның ішінде лютеинді фазаның жетіспеушілігі.
5. Инфекция. Көтере алмаушылықтың жиі себебі ана организмінің инфекциясы. Бұд этиологиялық топтарға ана ауруының жедел және созылмалы, сонымен қатар жергілікті жыныс аппаратының бактериалды флора микоплазма хламидия токсоплазмос, листерия, вирустар, саңырауқұлақтармен шақырылған инфекциялық аурулары.

Патогенезі. Жоғарыдағы аталған себептер соңында жатыр жиырылу белсенділігін жоғарылатады. Ұрық жұмыртқасының жатыр қабырғасынан ажырауы және қуылуына әкеледі. I және II триместр басында ұрық жұмыртқасы қағанақ қабын ашпай, жатыр қабырғасынан ажырайды және бөлінеді.



Жалпы өзіндік түсіктердің себептері

Өздігінен түсік

Өздігінен түсік тастау – жүктіліктің 22 аптасына дейін әбден жетілмеген, өмір сүруге қабілетсіз, немесе салмағы 500г дейін нәрестенің тууымен аяқталып, өз бетімен үзілуі.

Қалаулы жүктіліктердің 15-20 % өздігінен түсікпен аяқталады. Статистикаға ерте мерзімдерде үзілген жүктіліктер кірмеген деп болжайды. Көптеген зерттеулер бойынша, жүктіліктің I триместрінде үзілуі табиғи іріктеудің көрінісі болып табылады деп есептейді, өйткені түсіктік материалдарды зерттегенде 80 % эмбрионда хромосомалық ақаулар анықталған.

Өздігінен түсік негізгі себептері:

Зиянды әдеттер, қолайсыз өндірістік факторлардың әсері (химиялық агенттер, жоғары температурасы немесе вибрациясы бар жерлерде болу және т.б.) медициналық факторларды жатқызады: эндокриндік бұзылыстар; инфекциялық аурулар; бұрын болған жасанды түсіктер; ЭКҰ кейігнгі жүктілік; ұрықтың тума патологиясы.

1. Өздігінен түсік кезеңіне қарай:

Жүктіліктің үзілу қаупін, басталған түсікті, жолдағы түсікті, толық емес түсікті, болмаған түсікті, инфицирленген түсікті және үйреншікті түсікті ажыратады.

- **Жүктіліктің үзілу қаупі** – жатырдың жиырылу белсенділігінің артуы, ұрық жұмыртқасының жатыр қабырғасымен байланысы сақталады.
- **Басталған түсік** – ұрық жұмыртқасының жатыр қабырғасынан ажырауы. Жатыр жиырылуы кезінде қанды бөліністер пайда болады, іштің төменгі бөлігінде, бел аймағында толғақ тәрізді ауырсыну болады.
- **Түсік жолында** – ұрық жұмыртқасы жатыр қабырғасынан толық ажырап, оның төменгі бөлігіне, сонымен бірге цервикальды өзекке түседі.
- **Толық емес түсікте** ұрық жұмыртқасы жатыр қуысының шығарылғаннан кейін оның қалдықтары, әдетте ұрық қабықшалары мен плацента бөліктері қалады.
- **Толық түсік** ұрық жұмыртқасының жатыр қуысынан толық шығарылуына негізделеді. Мұндай жағдай әдетте плацента түзілгеннен кейін – жүктілікті 12-13 аптасында мүмкін болады. Бұл мерзімге дейін жатыр қуысының толық босағаны туралы сенім болмайды.

2. Мерзіміне қарай:

- ☐ ерте (жүктіліктің 12 аптасына дейін)
- ☐ кешеуілдеген (жүктіліктің 13-22 апталарында).

Диагностика критерилері

Анықтау сипат белгілері:

- Жүктіліктің 22 аптасына дейін жыныс жолдарынан қан кету және іш астының толғақ тәрізді ауыруы;
- Айнамен қарағанда, жатыр мойнынан қан ағу анықталады;
- Екі қолмен тексергенде, ішкі аңқа жабық, жатыр жүктілік мерзіміне сай үлкейген, жұмсарған, аздап ауырсындырады.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- Жатырды УДЗ;
- Жағындылерді созға, трихомониазға және ашытқы саңырауқұлақшаларға тексеру.

Қосымша диагностикалу шаралар тізімі:

- ИФА – хориондық гонадотропин;
- ИФА – ұшық;
- ЦМВ, хламидиоз, микоплазманы, уреплазманы;
- Зәрдегі 17 - кетостероидтарды анықтау, мойын каналынан өсінді тексеру.

Емдеу тактикасы

Жүктіліктің бірінші триместрінен бастап:

1. Емнің негізін психологиялық қолдау, төсек тәртібін сақтау (көбірек жату), дене еңбегімен зорығуды болдырмау.
2. Ауырланған акушерлік анамнез құбылысында – прогестерон 100 мг күніне 4 рет немесе дидрогистерон 40 мг бірден, соңынан әр 8 сағатта 10 мг-нан, дротаверин 1 таблеткадан (40 мг) күніне 3 рет.
3. Қаншымақ бөлінуінде – натрий этамзилаты 1 таблеткадан күніне 3 рет, ол тоқтағанша.
4. Зәр-жыныс жолдары инфекциясы табылғанда – жүктілік мерзімінің 12 аптасынан кейін арнаулы ем.
5. Гиперандрогенияда – дексаметазон таблеткаланған (мөлшері зәрдегі 17-кетостероидтар деңгейіне байланысты.)
6. Дағдыға айналған өздігінен түсікте ауруханаға міндетті түрде жатқызу қажет.

Госпитализациялауға көрсетімдер:

- жыныс жолдарынан қан кету қарқынының күшеюі;
- 7 күн емдегенде түсік түсу қаупінің жойылмауы;
- түспеген түсік;
- инфекцияланған түсік;
- дағдыға айналған өздігінен түсік.

Біріншілік профилактика: ауру дамуына әсер ететін қауіп-қатерлі факторларды жою бойынша профилактикалық шаралар.

Болмаған түсік (Дамымай қалған жүктілік)

Кейде жүктілік көзге көрінетін себепсіз дамуын тоқтатады, эмбрион немесе ұрық жүктіліктің үзілу белгілерінсіз өледі. Бұл болмай қалған түсік.

Өлген ұрық жұмыртқасы некроз бен мацерияға ұшырап, кейде жатырда бір айдан көп уақыт калуы мүмкін. Гестацияның ерте сатыларында оның аутолизі байқалады. Кейбір жағдайларда ұрықтың мумификациясы мен петрификасы болады. Жыныс жүйесінің нейрогуморальды реттелуінің бұзылысына байланысты жатырдың жиырылуы болмауы мүмкін.

Клиникасы. Жүктіліктің күмәнді белгілері жойылады, жатыр көлемі етеккір кідіруі мерзіміне сәйкес емес, УДЗ кезінде ұрықтың жүрек соғысы анықталмайды, жұғынды қанды бөліністер болуы мүмкін.

Жүктіліктің II триместрінде дамымай қалған ұрықты келесі жолдармен алып тастайды. Цервикальды өзекке ламинарийлер енгізу, көктамырға окситацин енгізу, көктамырға немесе интраамниальды простогландин F2a. Интравагинальды простогландин гелі қолданған жөн.

Криминальды түсік

Криминальды түсік деп ауруханадан тыс жасалған немесе ауруханада дәрігерлік дипломы жоқ тұлғамен жасалған түсік. Криминальды түсіктер жиі 12-13 аптадан жоғары мерзімде жасалады. Жүктілікті ұзу мақсатында жатыр мойыны каналына бөгде заттар немесе химиялық ерітінділер енгізіледі. Мұндай түсіктер әйел өміріне инфицирлену және қан кету мүмкіндігімен өте қауіпті.

Септикалық түсік

Түсік жасау кезінде, әсіресе криминальды түсікте, жатырдың инфицирленуі болуы мүмкін. Инфицирленген түсік жатыр қосалқыларының, параметрийдің қабынуымен немесе жайылмалы қабынуымен қосарлануы мүмкін.

Септикалық түсіктің клиникасы дене қызуының жоғарлауымен, қалтырауымен көрінеді. Гинекологиялық қарау кезінде жатыр мойыны саусақ ұшын өткізеді, жатыры сәл үлкейген, жұмсақтау, ауырсынумен. Бөліністер іріңді.

Септикалық түсік жатырдағы тіндерді аспирациялап, содан соң оның ішін жууға көрсеткіш болып табылады. Нәтиже болмаған жағдайда қосалқыларымен жатырдың экстирпациясы жасалады.

Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық

Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық дегеніміз – анамнезінде 2 түсік немесе 2 рет уақытынан бұрын босанудың болуы.

Себептері.

- Эндокринді өзгерістер: гиперандрогенияның түрлі формалары, гиперпролактинемия, лютеин фазасының жетіспеушілігі.
- Қоздырғышы персистерлеуші вирустар болып табылатын инфекциялар, шартты патогенділер, патогенді микроорганизмдер немесе әр түрлі бактериялар мен вирустардың ассоциалары.
- Аутоиммунды бұзылыстар.
- Жатырлық патология: жатырдың даму ақаулары, жатыр ішілік синехиялар мен перделер, жатырдың көптеген миомалары, миомэктомиядан кейінгі жатырдағы тыртық.
- Генетикалық факторлар. Кариотип ақаулары.
- Гемостаздың туа пайда болған ақаулары.

Үйреншікті көтере алмаушы әйелдерді *жоспарланған жүктілікке дейін* тексеру керек. Ол кезде тексереді.

- Репродукцияға жауапты негізгі гормондар мөлшерін,
- Бактериологиялық және вирусологиялық статусты,
- Фосфолипидтерге антиденелер, волчандық антикогулянт, антиспермальды антиденелер.
- Жұбайлар кариотипі
- Гемостазды оның туа пайда болған ақауларын анықтаумен



Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық кезінде жүктілікті жүргізу.

- Жүктіліктің I триместрінде гормональды зерттеулер жүргізу
- Цервикальды каналдан бактериологиялық себін,
- Вирусологиялық тексеру,
- 12 аптадан бастап жатыр мойнының жағдайын УДЗ көмегімен бақылау,
- Кардиотокография 32 аптадан бастап апта сайын.
- Ұрықтық — плацентарлық канайналыстың доплерометриясы.

Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылықпен әйелдерге емдік шаралар келесі бағыт бойынша жүргізіледі.

- Патогенетикалық терапия анамнезіндегі көтере алмаушылықтың этиологиясын ескере отырып,
- Жүктіліктің үзілу қаупінің симптоматикалық терапиясы
- Плацентарлық жетіспеушілік пен созылмалы гипоксияның алдын алу.

Мерзімінен бұрын босану

Мерзімінен бұрын босану дегеніміз – 37 аптаға дейінгі мерзімде болған босану. Мерзімінен босанудың жиілігі 6-15 пайызы аралығында өзгереді. 22-27 апталық мерзімде өздігінен үзілген жүктіліктер кеш түсіктерге жатқызылады. Осыған қарамастан, 500г-нан жоғары салмақпен туылған балаларға акушерлік стационар жағдайында толық көлемде реанимациялық көмек көрсетіледі.

Мерзімінен бұрын босануға әкелуі мүмкін:

- ☐ Әлеуметтік – экономикалық факторлар, оған отбасылық жағдайдың төмендігі, білімнің төмендігі, маманданбаған еңбек, кәсіби зияндылықтар, қанағаттанарлықсыз материалдық-экономикалық жағдай, ішімдік ішу.
- ☐ Урогенитальды және құрсақішілік инфекциямен қосарланған жұқпалы аурулар.
- ☐ Анамнезінде репродуктивті жоғалтулар, артефициальды түсіктер.
- ☐ Жатыр даму ақаулар
- ☐ Гормональды бұзылыстар
- ☐ Жүктіліктің асқынулары. Көп ұрықтылық, гестоз, түрлі этиологиялы кан кетулер, истмико - цервикальды жетіспеушілік және т.б.

Клиникалық көрінісі бойынша мерзімінен бұрын босану қаупін, басталушы мерзімінен бұрын босануды және басталған мерзімінен бұрын босануды ажыратады.

Мерзімінен бұрын босану қаупі – іштің төменгі бөлігіндегі, бел аймағындағы ауырсынумен көрініс береді. Объективті пальпаторлы жоғарғы жатыр тонусы анықталады, ал гистерография кезінде тіркеледі. Қынап арқылы тексеру кезінде жатыр мойыны сақталған, сыртқы ернеу жабық немесе саусақ ұшын өткізеді.

Басталушы мерзімінен бұрын босану – іштің төменгі бөлігіндегі толғақ тәрізді ауырсынумен көрініс береді, жатыр мойыны қысқарған немесе жазылған. Қағанақ суының уақытынан бұрын кетуі мүмкін.

Басталған мерзімінен бұрын босануды ретті толғақтың басталуы, жатыр мойынының жазылуы мен 4 см дейін ашылуы дәлелдейді.

Уақытынан бұрын босанумен бірге жүруі мүмкін.

- ✓ Қағанақ суының ерте кетуі
- ✓ Құрсақішілік инфицирлену, хориоамнионит, әсіресе ұзақ сусыз кезеңде,
- ✓ Босану қызметінің ақаулары
- ✓ Толғақтарының жиілігі мен қарқындылығының монотондылығы
- ✓ Жатыр мойының босанудың латентті және белсенді фазаларында ашылу жылдамдығының ұзаруы.

Диагностикасы жатыр бұлшықеттері тонусының қозғыштығы және жатыр мойнының өзгерістері негізінде жүзеге асырылады. Мерзімінен бұрын босану қаупінің ең объективті критерийі УДЗ кезінде анықталатын жатыр мойнының ұзындығы болып табылады.

Диагностика критерийлері.

1. Уақытынан бұрын босану болып саналады егер:

- Толық 22 аптадан 37 аптаға дейінгі мерзімде;

2. Клиникалық құжатталған жатырдың жиырылулары (20 минутта 4 рет, 60 минутта 8 рет) келесідей белгілердің біреуімен бірге болса:

- Ұрық көпіршігінің жыртылуы;
- Ұрық көпіршігі бүтін және жатыр мойнының 2 см артық ашылуы;
- Бүтін ұрық көпіршігі және жатыр мойынның 80 % дан артық мөлшерінің тегістелуі;
- Ұрық маңы көпіршігі бүтін және жатыр мойнының динамикалық құрылымдық өзгерістері.

Жүргізу тактикасы. Жүктілікті созған жөн, оған келесі шаралар кіреді.

- ✓ Мерзімінен бұрын босанудың болуын болжау,
- ✓ Ұрықтың тіршілік қабілеттігін жоғарлату
- ✓ Жүктілікті сақтауға бағытталған ем,
- ✓ Плацентарлық жетіспеушілікті емдеу,
- ✓ Қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуінде инфекциялық асқынулардың алдын алу және емдеу.

Ұрықтың респираторлық дистресс – синдромының профилактикасы жүктіліктің 24-34 аптасы аралығында жүргізіледі:

- б/е 4 доза дексаметазон 6 мг 12 сағ сайын (24 мг 48 сағ ішінде) немесе бетаметазон 12 мг б/е 24 сағ сайын (24 мг 48 сағ ішінде).

Жүктіліктің 22-23 аптасында глюкокортикоидтарды қолдану нәтижесіз.

Жүктілікті сақтауға бағытталған емі **токолизді** жүргізуге негізделеді. Токолиз жүргізу үшін В-адреномиметиктер, окситоцин рецепторларының блокаторлары, кальций каналдарының блокаторлары, гормондар, магний сульфаты қолданады.

Токолитикалық терапия мақсаты :

РДС профилактикасы; неонатальды көмекті жеткілікті дәрежеге жеткізу (2 немесе 3).

Токолитикалық терапия препараты кальций канал блокаторлары (**нифедипин**). Нифедипин жүктілік мерзімі 34-аптадан жоғары болғанда тиімдірек.

Нифедипинді қабылдау схемасы: 10 мг пероральды, егер жатыр жиырылуы сақтаса жатыр жиырылуы тоқтағанша әрбір 15 мин сайын 10 мг қайталау. Сонан кейін әрбір 3-8 сағ сайын 48 сағ ішінде қолдану. Мах доза – 160 мг/тәул.

Плацентарлық жетіспеушілік емі. Плацентарлық жетіспеушілік ұзақ сақталған жүктіліктің үзілу қауіпінде дамиды. Оның алдын алу және емдеу шаралары басқа да акушерлік асқынуларда дамыған плацентарлық жетіспеушілік кезіндегі шаралардан ерекшелінбейді.

Мерзімінен бұрын қағанақ суының кетуіндегі акушерлік тактика. Мерзімінен ерте қағанақ суының кетуі кезінде, әсіресе 34- аптаға дейінгі мерзімде, босану қызметі өздігінен басталғанша күту тактикасын ұстанады. Жүктіліктің үзілу қауіпінің белгілерінде токолитиктер көрсетіледі.

Антибиотиктер мерзімінен бұрын босануды ана мен баласының инфекциялық ауруларының жиілігін айтарлықтай азайтады. Антибактериальды терапияны микрофлора сезімталдығын және ұрық организміне әсерін ескере отырып жүргізеді. Тағайындалған антибактериальды терапия схемасы:

- бензилпенициллин 3млн.бірден босану басталғанда, содан кейін 1,5 млн босануға дейін 4 сағат сайын.
- Ампициллин 2г көктамырға бала босанғанға дейін әрбір 6 сағат сайын.

Мерзімінен бұрын босану кезінде ұрық жағдайы **кесар тілігі** жолымен босандыру туралы шешім жеке қабылдануы керек. Мынадай көрсеткіштер бойынша жасалады.

- Жамбаспен келу
- Көп ұрықтық
- Босану қызметінің дискоординациясы немесе әлсіздігі
- ЭКҰ кейінгі жүктілік
- Ауыр акушерлік анамнез.



Алдын алу

- 1) Балалық шақтан бастап қыз баланың денсаулығын сақтау
- 2) Әйелдерде жасанды түсікті болдырмау
- 3) Әйелдер кеңес орнында, жүктіліктері мезгілсіз үзілетін “қауіп қатердегі” әйелдер тобын ерекше есепке алып толық клиникалық зерттеуден өткізіп, тиісті алдын алу емдерін жүргізу
- 4) Жүктілік ағымының асқынуын және жыныс мүшелерінен тыс ауруларды өз мезгілінде емдеу
- 5) Босану кезеңдерін дұрыс жүргізу

Қорытынды

Әрбір қыз баласы ол – ертеңгі ана. Ал, ана бір қолымен бесікті, екінші қолымен әлемді тербететін қасиетке ие. Сол себепті әрбір әйел жүктілікті жақсы өткізу керек. Егер көтере алмаушылық себептерді жою керек. БМСК жағдайында алдын алу шаралары жүргізіледі. Емханаға келіп, ерлі – зайыптылар міндетті түрде алғашқы профилактикалық шаралар жүргізу керек.



Әдебиеттер:

1. Хаттаманы дайындау барысында пайдаланылған әдебиеттер: 1. Ведение раннего выкидыша. Clinical “Green Top” Guidelines. 2. Spontaneous abortion. Medline Plus; 3. Spontaneous abortion. Latest research. www.fertilitysolution.com/spontabor.htm

2. Акушерия. Г.М. Савельева, Р.И.Шалина, Л.Г.Сичинава, О.Б. Панина, М.А.Курцер. 2014 жыл, Мәскеу.

3. Ә.Т.Раисова, Р.С.Бисембаева, Р.Ғ.Нұрқасымова «Акушерия» Алматы 2006

4. А.М.Дощанова “Акушерия” Алматы 2014

Назарыңызға рахмет!

