

Кафедра: Акушерия және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: Үйреншікті жүктілік тастау
Жүктіліктен тыс тексеріс жүктілікті жүргізу




- 
- Үйреншікті жүктілік тастау-әр жүктілік сайын жүктілік сайын жүктіліктің өздігінен үзіле беруі (жүктіліктің 22 аптасына дейін).

Таблица. Этиологические факторы НБ в зависимости от срока прерывания беременности
(по Сидельниковой В.М.)

4-6 нед	7-9 нед	10-16 нед	Более 16 нед
Аномалии кариотипа плода	Гормональные нарушения	Аутоиммунные нарушения	Инфекция ИЦН
Степень совместимости родителей по HLA-системе	Недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ) любого генеза	Тромбофилические нарушения (врожденные, приобретенные)	Тромбофилические нарушения
Повышение уровня натуральных киллеров и провоспалительных цитокинов	Гиперандрогения любого генеза	Повышенный уровень гомоцистеина	Фетоплацентарная недостаточность (ФПН)
	Сенсибилизация к ХГЧ и прогестерону	Инфекция	
	Рецепторная недостаточность эндометрия (хронический эндометрит, травма)		

инфантилизм

- Инфантилизм жыныс ағзаларының толық жетілмеуі. Көбіне инфантилизм жыныс бездерінің гипофункциясымен қатарлас жүреді.

Этиологиясы

- Гормондық өзгерістер, қалқанша безінің дисфункциясы
- Толыққұнды емес тамақтану
- Жатыр ішілік дамудың кешігуі
- Генетикалық бұзылыстар
- Созылмалы интоксикация (созылмалы тонзиллит)
- Балалық кездегі инфекция (қызылша, қызамық)
- Ревматикалық аурулар
- Басқа патологиялық өзгерістер (жүректегі ауыр аурулары, қантамырлық бұзылыстар)

Генитальді инфантилизмнің критерилері

- 13-14жаста екіншілік жыныстық белгілерінің болмауы,қасаға маңы және қолтықастының түктенуінің нашарлығы,сүт бездерінің толық жетілмеуі.
- 15 жасқа дейін менархе болмауы,алғашқы менструационды цикл көп және ауырсынумен,7-10күннен аспайды.
- Үлкен жыныс еріндері кіші жыныс еріндерін толық жаппайды.Қынап тар және қысқа, жатыр цилиндр тәрізді.Жатыр денесі қысқа. Жатыр денесі мен мойны арасындағы бұрыш байқалмайды.

Генитальді инфантилизм классификациясы

- Жыныстық толық дамымау (генитальный инфантилизм) орталық генеза (гипоталамустық және гипофизарлы). Гипофиз бен гипоталамустың қабынулық және ісіктің әсерінен гипоталамус және гипофиз гормондарының жеткіліксіздігімен сипатталады.
- Перифериялық генезді жыныстық дамымау (жұмыртқалық). жұмыртқаның деструкциясының немесе гонадалардың дисгенезиясы (ұрықтық кезеңде жұмыртқажасушасының түзілуі мен дамуының ақаулары).
- Идипатиялық жыныстық жетілмеу. Конституциональді (дененің түзілуі мен зат алмасу ерекшелігі) немесе тұқым қуалайтын, эндокриндік және соматикалық (гинеколоогиялық емес)
- аурулардың нәтижесінде.

Диагностика

- Гормондарға анализ(гормондық өзгерістер жасөспірімдік кезде, алгенитальді инфантилизм 15 жастан асқан қыздарда диагностикаланады; егер жыныстың қалыстығымен қоса жалпы даму кешігу белгілері болса, клиникалық инфантилизм 13-14 жаста диагностикалануы мүмкін.
- Гистеросальпингография(контрастты затты пайдалана отырып жатырды және жатыр түтіктерін зерттеу)
- Жатырды зондтау(жатырлық зонд көмегімен деформациялар және даму ақауларын анықтауға болады)
- Антропометриялық зерттеу(физикалық кешігуді анықтау)

Инфантилизм симптомдары

- Менструалдық цикл өте аз мөлшерде және қатты ауырсынумен өтеді. Сыртқы қарауда тар жамбастық, түктенудің азаюы, қолтық астылық түктенудің аздығы, сүт бездерінің әлсіз дамығандығы. Жыныс еріндері толық жетілмеген, қынап тар және қысқа, жатыр мойны ұзын ал денесі қысқа және қалың. Бойы қысқа және ішкі ағзаларының төмен орналасуы тән. Сүйектерінің дамуы мен сыртқы дамудың айырмасы 1-4жыл. Кейде физикалық жеткіліксіздік психологиялық жеткіліксіздікпен сәйкес келеді. Рентген және ультрадыбыстық зерттеуде ұзын иректелген жатыр түтігін, кішкентай жатыр мен ұзарған мойынды көре алады.

Емі

- Көп жағдайда оң нәтижелі болады, егер ауыр түрі болмаса.
 1. Жыныс ағзаларын гормондарға сезімталдығын көтеру
 2. Жыныстық жетілудің себептерін жоң
 3. Тиісті орынбасу терапиясын жүргізу



- Әйелдерде орынбасушы гормональді терапия
- Жасөспірім қыздарға гормональді терапия әрқашан қолданбайды. Алғашқы 3 айда «фон готовности» жүргізіледі. Ол үшін E, C, B₁, B₆ витаминдері тағайындалады, олар қыз ағзасын жыныс ағзаларын жыныс гормондарына сезімталдығын көтеріп, дайындайды. Сонымен қатар ганглерон немесе димедрол немесе тагевилді минималды дозада сол уақыт аралығында қабылдайды.

Емнің мүмкін болатын

нұсқасы

- Циклдің 1 және 5 күндері метилэстрадиола (0,01 мг) жарты таблетка 1 рет күніне, 6-10 күндері метилэстрадиола (0,02 мг) 1 рет күніне, 11-15 күндері 1 таблетка метилэстрадиол күніне 2 рет, циклдің 16-20 күндері метилэстрадиол 2-2,5 таблеткадан 2 рет күніне, циклдің 18-20 күндері прегнин (10 мг) 1 таблеткадан күніне 1 рет, 21-25 күндері прегнин 1 таблеткадан 3 рет.
- Гормональді емнен кейін Зайлық үзіліс жасау тиіс, келесі ем курсы қажеттілік жағдайында ғана тағайындалады.

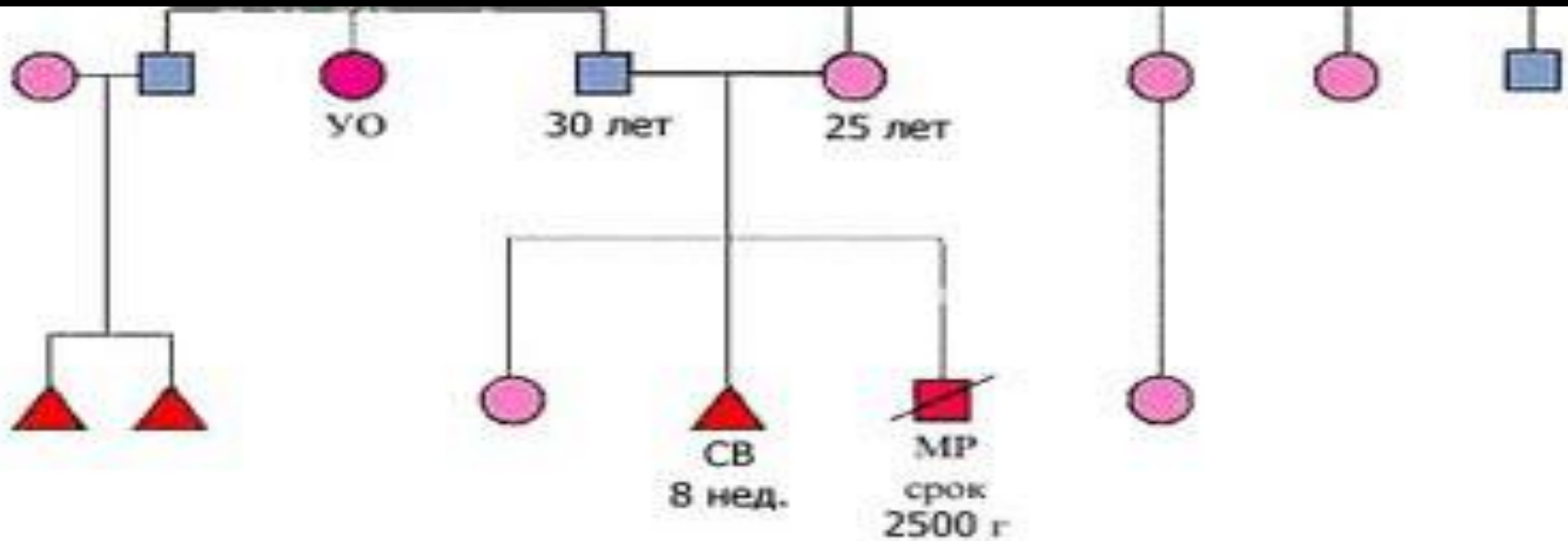
Хромосомалық өзгерістер

- Генетикалық факторлар (хромосомалардың хромосомаішілік және хромосомааралық) үйреншікті түсіктің 3–6% құрайды. Үйреншікті түсік болған отбасылардың кариотипін зерттегенде 7%-да баланстанған хромосомалық қайта құрылу анықталған(көбіне реципрокты транслокациялар). Ол кезде бір сегмент өзіне гомологты емес басқа хромосоманың сегментімен алмасады, инверсия және хромосомалар сақина тәрізді болады. Бұндай жағдайда жаңа жұмыртқа жасушасының мейоздық бөлінуі бұзылады, содан гаметаларда делеция және дупликация болады. Осыдан балансталмаған хромосомалық қайта құрылу болып.







Диагностикасы

- АНАМНЕЗ(отбасында туа біткен даму ақауы бар баланың болуы, олигофрения, бедеулік, алдында өздігінен түсіктердің, перинаталді өлімнің болуы.
- АРНАЙЫ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ
- ·Кариотиптік зерттеу (егер анамнезінде отбасында туа біткен даму ақауы бар баланың болуы және жүктіліктің ерте мерзімдерінде үйреншікті түсік тастаудың болуы)
- · Абортустың цитогенетикалық анализі(үйреншікті түсіктің генетикалық себептерін табу үшін).
- · Өлі тууылған немесе неонатальді өлім жағдайларында нрестенің кариотипін анықтау.

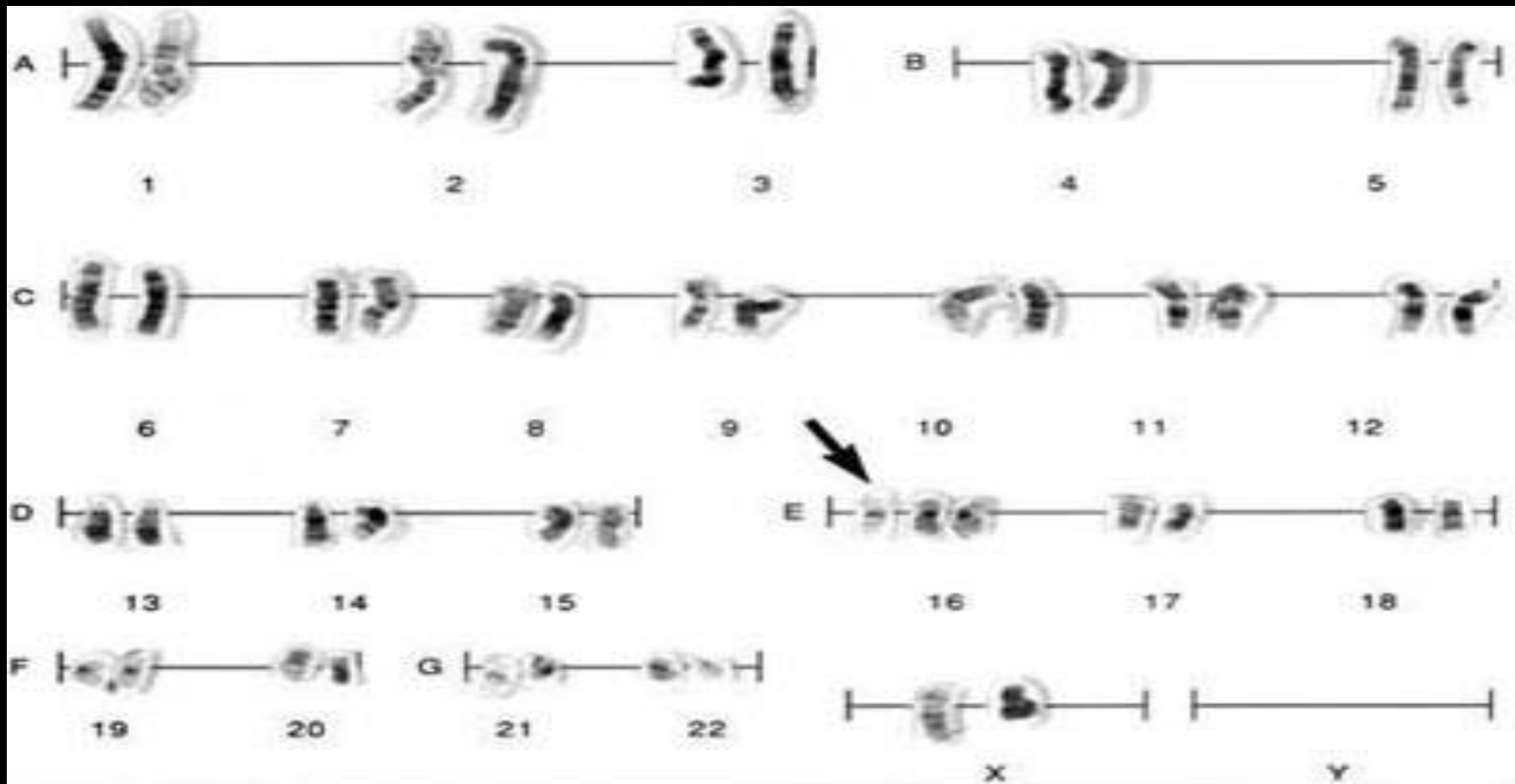
Мысал




Пояснения

	Жен		Женщина с умственной отсталостью		Мертворождение
	Муж		Самопроизвольный выкидыш		МР

Хромосомалық абберациясы бар отбас көрсетілген. Н.ер адамның туыстарында ақыл ойы қалып қарындасы бар, ал інісінің отбасында екі өздігінен түсік болған. Н.ер адамның отбасында өздігінен түсік және жатыршілік кідірумен өлі туылуы мүмкін.




Кариотип 47 XX+16 (трисомия 16) өздігінен түсікке әкелетін хромосомалық өзгерістер.

- 
- Егер ата-анасында кариотипінде өзгерістер анықталған жағдайда, дәрігер-генетикке қаралады. Ол баланың қаншалықты ауытқу дәрежесін және жұмыртқа жасушасын немесе сперматозоидты донациялауды қарастырады.

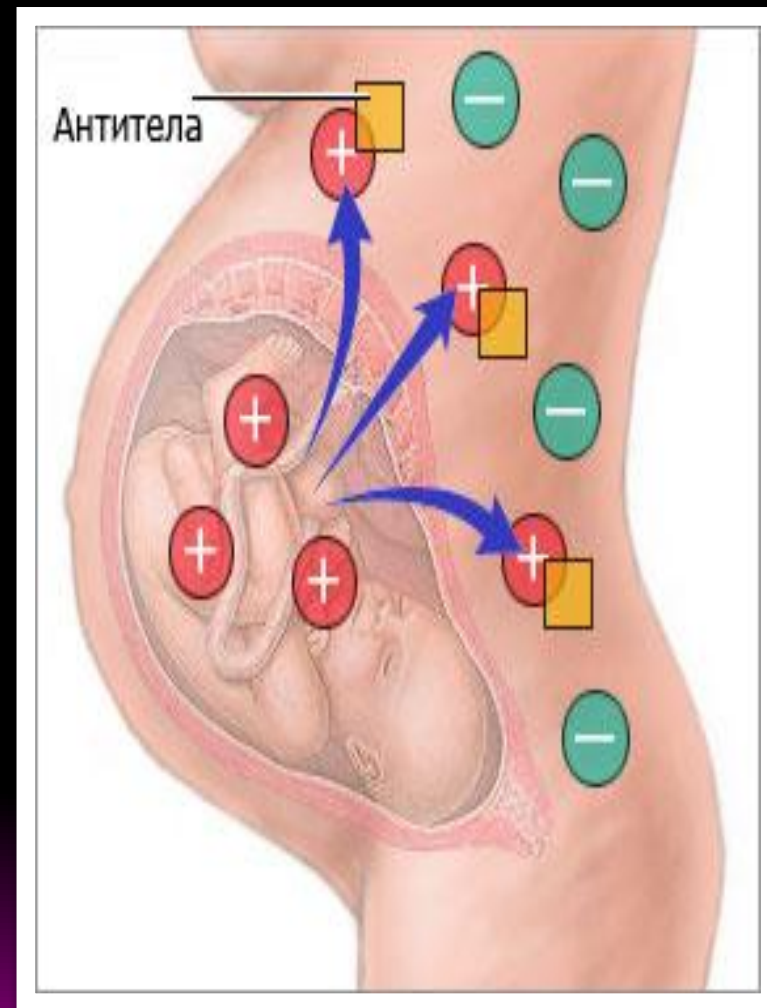
Иммунологиялық себеп

- Антифосфолипидті синдром;
- Антиспермалық антидене;
- Тиреоглобулинге, тироксидазаға, ХГЧ-ға антидене;
- Гистосәйкестік антидене .

- 
- **Аутоиммунды және аллоиммунды өзгерістер**
 - Аутоиммунды өзгерістерде иммундық жүйе ананың өз тіндеріне қарсы агрессиясы болады. Бұл жағдайда бала екіншілік зиян шегеді.
 - Аллоиммунды өзгерістерде иммундық жүйе нәресте антигеніне қарсы.

- Аутоиммунды өзгерістерде жүкті әйелдің қанынан антифосфолипидтік, антитиреоидтық, антинуклеарлық аутоантидене анықталады.
- Фосфолипидтерге антидене –жасушалық мембрананың әр түрлі фосфолипидтерімен байланыс түзетін әртүрлі глобулиндер түрі. Ең көп таныс фосфолипид – кардиолипин. Антифосфолипидтік антиденені тікелей анықтауға немесе гемостаз көрсеткіштері бойынша, фосфолипидтерге тәуелді тесттерді жасаймыз(коалиндік уақыт, плазма ую уақыты, АЧТВ(активтелген бөлшекті тромбопластиндік уақыт)). Бұл тесттер протромбин-активтену комплексінің активтелуіне негізделген, ол тромб түзілуге әсер етеді. Ал антифосфолипидті антидене бұл активтелуді ұзартады.

- Сонымен қатар фосфатидилсерин, фосфатидилинозитол, фосфатидилэтаноламин, фосфатидилхолин, фосфатидилглицеролге қарсы АД анықтайтын тесттер бар.
- Аллоиммунные бұзылыста эмбрионның қарсы АД түзілуі. Бұл жағдай егер нәрестеде әкесінің резус факторы болса және ол анасынікімен сәйкес келмесе.



- Любимова бойынша дөңгелек тігіс салуда полиэтиленді қаппен қапталған мысты проволкамен қынаптың шырышты қабатын көп рет теспей, жатыр түтігінің ішкі тесігін тартуға негізделген.
- Мак-Донелд бойынша кisetті тігісте қынаптың алдыңғы сводының шырышты қабатының жатыр мойнына ауысатын жерге салады. Тігіс материалы ретінде лавсан, жібек, хромирленген кетгут пайдаланады.

ДИАГНОСТИКА

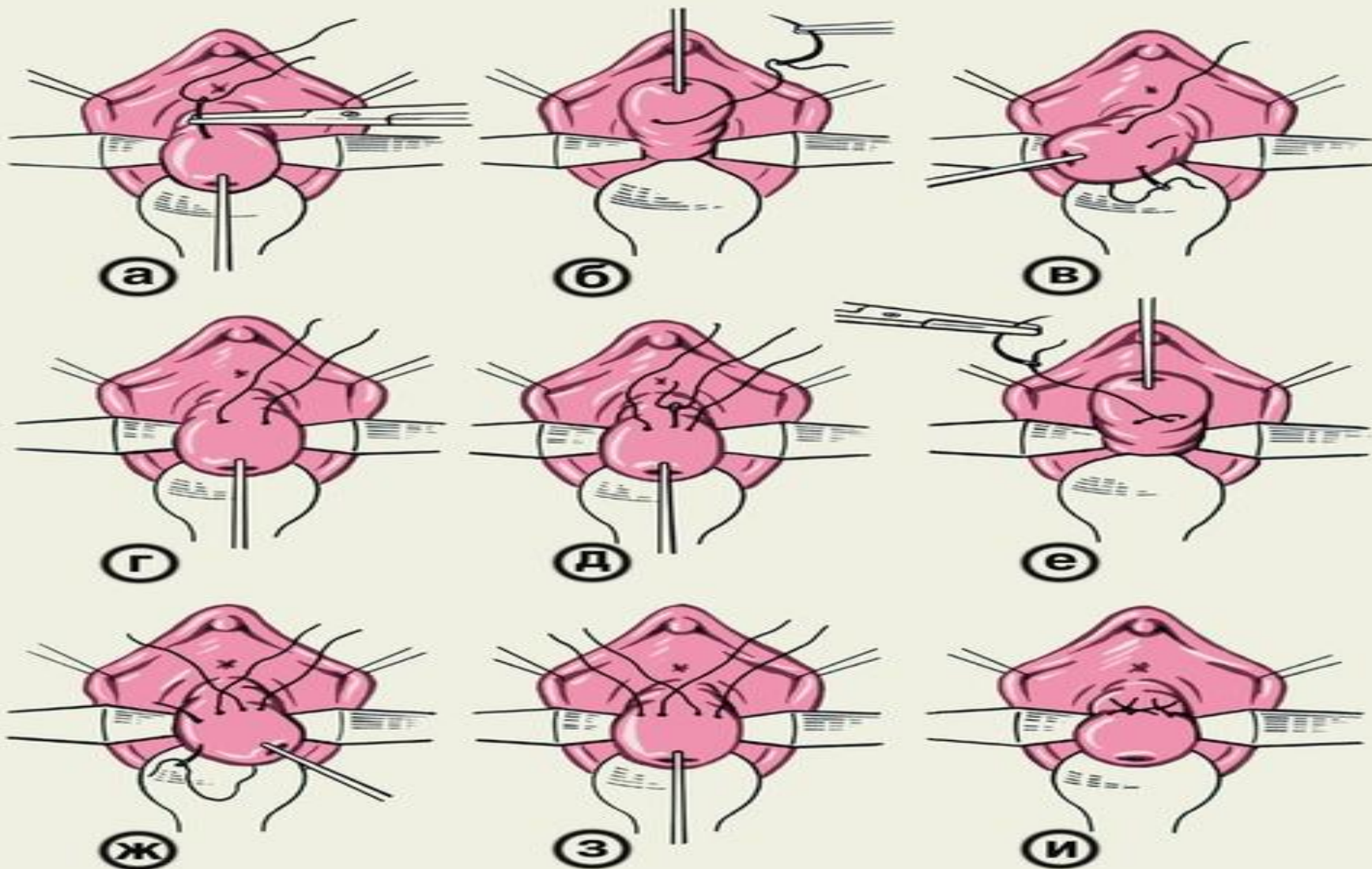
- Біріншілік И.-ц.ж анықтау қиын, егер анатомиялық өзгерістер болған жағдайда мүмін болады. Бұл жағдайда ішкі тесіктің жағдайын анықтау үшін минструациялық циклдің 18-20 күні гистеросальпингография жасайды. Оның 6–8 мм артық кеңеюі нашар белгі болып есептелнеді.
- Жүкті әйелде жүктіліктің 2 триместрінде жарақаттан соңғы И.-ц.ж қауіп болса 12 аптадан бастап аптасына немесе 2 апта сайын жатыр мойнына мониторинг жүргізу керек. Ал егер функциональді И.-ц.ж қауіп болса 16 аптадан бастап жүргізіледі. Мониторингта айнамен жатыр мойнын зерттеу, жатыр мойнын УДЗ және Трансвагинальді УЗИ –дегі ішкі тесіктің өзгерістерін зерттеу кіреді.

- 20аптаға дейін жатыр мойны өзгермелі келеді сондықтан бұл критери бола алмайды.И.-ц.ж көрінісі болып жатыр жатыр мойнының динамикасы бола алады(қысқаруы,ішкі тесіктің ашылуы)
- · Жүктіліктің 24-28аптасында жатыр мойнының орташа өлшемі 35—45 мм,32аптада 35-30мм-ге тең.20-30апталарда жатыр мойнының 25мм және одан да қысқаруы И.-ц.ж көрінісі болып,хирургялық емге жүгінуге мәжбүр етеді.Бірақ сонымен қатар қынаптық тексеруде қысқарумен қатар жұмсаруы тиіс.

- Пальмер 1959 жылы трахелоистмикопластика жасаған, оның негізінде қынаптың қабырғасын ашқан соң, қуықты жоғары ығыстырып, овальді лоскутті кесіп дефектті хромирленген кетгутпен байлауға негізделген.
- 1965 жылы А.И.Любимова өзі ойлап тапқан әдісін 209 жүкті әйелге қолданды. Оң нәтиже 90.7% болды.
- Любимова әдісі
- Жатыр мойнын айна көмегімен ашып, Мюзо щипцалармен ұстап, жоғар қарай тартады.
- Саусақтың бақылауымен сегізкөз жатыр байламы маңында жатыр мойны маңында жібекпен тігіс салады. Онымен 0,2мм болатын полиэтиленді қаппен жабылған жіпті фиксациялайды.

- Истмо-цервикальді жеткіліксіздікке әкелуі мүмкін:
- Жатыр мойны каналының ішкі тесігінің бұлшықетінің зақымдалуы
- Жатыр мойнының дәнекер тіні мен бұлшықет арақатынасының өзгерісі
- Жатыр мойнына нейрогуморальді әсердің өзгерісі

Любимова жəне Мамедалиева бойынша П тəріздi тiгiстi салу



Операциядан соң

- Любимова және Мамедалиева бойынша П тәрізді тігіс салған соң, 10 күннен кем емес төсек режимі жасалады. Нәрестенін жатқан аймағы мен нәресте қабының жатырдың төменгі сегментіне қысымды азайту үшін төсектің төменгі бөлігін 20-25 см көтереміз.
- Ампициллин 2 г күніне 5-7 күн.
- Қынап және жатыр мойнын 3% сутегінің асқын тотығымен өңдейміз.
- (1:5000) фурациллинмен өңдеу жүргіземіз
- Жатыр мойнын 5% немесе 10% линиментпен, синтомицинмен, цигеролмен, операциядан соң 5-6 күннен кейін щиповник, облепихамен өңдеуге болады.



Приоткрытая шейка матки



Круговое ушивание

Эндокриндік бұзылыстар. Лютеинді фаза жеткіліксіздігі

- Ең маңыздылардың бірі ол лютеинді фаза (менструалдық циклдің 2 фазасы) жеткіліксіздігі, бүйрекүсті бұзылыстары (гиперандрогения), гиперлактинемия, қалқанша безінің дисфункциясы және ҚД
- Менструалды циклдің бірінші фазасында ФСГ және ЛГ секреция бұзылысы, ЛГ тым ерте немесе тым кеш бөлінуі, гипоэстргемия фолликулогенездің толық болмауынан.

Диагностика

- Анамнез. Кеш менархе, тұрақты емес менструалды цикл (олигоменорея, аменорея, жедел салмақ қосу, жедел салмақ тастау, жүктіліктің ерте кезіндегі үйреншікті түсік)
- Қарап тексеру: дене бітімінің ерекшелігі, бойы, гирсутизм, стрияның бар болуы, галакторея барлығына сүт безін тексеру.

Арнайы зерттеу әдістері

- Минструалдық циклдің 1 фазасында (5-7күні) ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон, 17-гидроксипрогестерон(17-ОП).
- Минструалдық циклдің 2 фазасында (21-22күні) прогестеронның деңгейін анықтайды.
- УЗИ:
 - Минструалдық циклдің 1 фазасында эндометри патологиясы, жұмыртқалар поликистозы
 - Минструалдық циклдің 2 фазасында (21-22күні) эндометри қалыңдығының өлшемі (қ.ж. 10-11мм)

- Минструалды циклдің 2 кезеңінде гистологиялық зерттеу. Биопсияны болжам минструацияның келу уақытынан 2 күн бұрын алады.
- Егер лютеинді фаза жеткіліксіздігі гиперпролактинемиямен жүрсе, басын миының МРТ-сын зерттейді. Альтернативті әдіс-бас рентгенографиясы. Гиперпролактинемияда гипофиз аденомасының жоқтығын анықтау. Егер өзгеріс болмаған жағдайда бромкриптинді тағайындайды (пролактиннің деңгейін тепе-теңдікте сақтау үшін). Жүктілік кезінде бромкриптинді пайдалануға тиім салады.

ЕМ түрлері

- Овуляция стимуляциясы
- Кломифен цитратымен стимуляция. 1минструалды циклдің фазасында фолликулогенездің бұзылысы 2фазада прогестеронның төмендеіні шақырады.
- Прогестерон препараттарымен орын басушы терапия прогестеронның орын басушы терапиясы.

ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ

Бүйрекүстінің немесе жұмыртқа жасушасының бұзылысы нәтижесінде андрогендердің көп бөлінуі.

Бүйрекүстілік гиперандрогения (адреногенитальный синдром) — аутосомнорецессивті тұқым қуалайтын ауру. стероидогенез ферментінің ақауымен сипатталатын әсіресе 21-гидроксилазы (ген CYP 21 B) өзгерісіне негізделген.

- 44–56% үйреншікті түсік жағдайда жұмыртқа поликистозымен сипатталады.
- **ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ аралас генезді (жұмыртқалық және бүйрекүстілік) гипоталамо-гипофизарлы жүйеде дисфункциясы бар әйелдерде көрінеді.** (гипоталамиялық синдром, нейроэндокринді алмасулық синдром).
- Гиперандрогенемияда жүктілік ерте сатысында үзіледі. Жүктілік кезінде 3 критикалық кезең болады сол уақытта андрогендердің мөлшері жоғарылайды: 12 -13 апта; 23 – 24 апта ; 27 - 28 апта.

Бүйрекүстілік генездегі андрогения диагностикасы

- **Ұзын немесе орташа бойлы**, гирсутизм, бел және жамбаста стрия
- **Жыныстық инфантилизм**
- **Менархе уақыты** лы, МЦ-27-28күн
- базальді температура $<37,2$ °C;
УЗИ жатыр тонусы жоғарылаған, хорион сылынып түсуі
- Кортизол және дегидроэпиандростерон-сульфат жоғарылаған, 7-8аптадан кейін прогестерон мөлшері төмендеді
Ассоцирленген инфкцияның болуы

- **Жұмыртқа жасушаның гипофункции белгілері**
 - астеникалық дене бітімі, бойы ұзын емес сүт бездерінің гипопластикасы, түктену әйел адамына тән;
 - Жамбастың кішкентай болады. индекс Соловьева $\leq 13,5$;
 - Жыныстық инфантилизм;
 - кеш менархе, ұзындығы МЦ – 32-34 күн;
 - базальді температура $< 37,2$ °C;
 - УЗИ жатыр тонусы жоғарылаған, кейде хорионның сылынып түсуі байқалады.;
 - прогестерон және хорионотропты гонадотропин деңгейі төмендеген (ХГЧ) ;
 - ассоциирленген инфекция бар болуы мүмкін.

Бүйрекүстілік андрогенияда емі

- госпитализация
- дексаметазон 0,00025 г 1 рет күніне;
- селективті гестагенмен терапия терапия андрогенсіз метаболиттермен (дидрогестерон):
 - профилактикалық ем: 10 мг препарат 2 рет күніне жүктіліктің 20-22 аптасына дейін;
 - қауіп төндіретін түсікте : 40 мг 1рет, сосын 10 мг 3 рет күніне әр 8 сағат сайын симптом жойылғанша дейін
- комплекстік витамин препараты, оның құрамына 150 мкг калия йодиді кіреді;
- УЗИ-скрининг И.-ц.н-ға;
- маточно-плацентарлы бассейннің, нәрестенің (кіндік, ми артериясы) қанайналымына 28 аптадан бақылау жасау, нәрестеге зоаптасынан бастап кардиотокография.
- вибурколды свеча түрінде 3 рет күніне

Жұмыртқа гипофункциясында келесі тактика

- госпитализация;
- гестагендермен гормональді терапию :
 - профилактическое ем: дидрогестерон 10 мг 2 рет күніне жүктіліктің 20-22 аптасына дейін
 - қауіп төндіретін түсікте : дидрогестерон 40 мг 1 рет, сосын 10 мг 3 рет күніне әр 8 сағат сайын симптом жойылғанша дейін
- плацента жеткіліксіздігіне профилактикалық шара ретінде комплекстік витамин препараты, оның құрамына 150 мкг калия йодиді кіреді
- иммуноглобулина G тип инъекция көктамырға 25-50 мг/кг 1 рет 3 аптада;
- вибурколды свеча түрінде 1-2 рет күніне

Тромбофилиялық ақау

- Тромбофилиялық ақау көп тарлаған ол плацента тамырының тромбозына алып келеді.Ең көп өздігінен түсіктер 1 триместрде болады,бірақ 2,3 триместрлерде де түсіктер жиі болады. Тромботикалық ақауға Жегілік антикоагулянт, антикардиолипидті АД(фосфолипидті синдромның диагностикасы), XII фактордың жеткіліксіздігі, тромбозбен байланысты дисфибриногенемия ,протеин С дефициті, антитромбин дефициті, кофактора II гепарин дефициті,фибринолиз жүйесінің бұзылысы.

- Жүктілікті жоспарлап жатқан жағдайда интенсивті антиромбтық препараттарды пайдаланбай аспиринді 81 мг/күніне дейін тағайындалады.
- Жүктілік болған жағдайда 5000 ЕД күніне гепаринді тағайындаймыз. Одан артық тағайындалған жағдайда қан ағуға алып келуі мүмкін немесе тиісті нәтиже бермеуі мүмкін. Гепаринді аз дозада қабылдау оң нәтижеге әкеледі.

Влияние генов на течение беременности



Клиникасы



Қауіп төндіретін түсік



1. Қанды бөлінді жоқ немесе өте аз мөлшерде
2. Жатыр мойны қысқармаған
3. Жатыр көлемі жүктілікке сәйкес
4. Іштен төмен аймағында тартып ауыру сезімі
5. Көбіне жүктілікті сақтауға болады

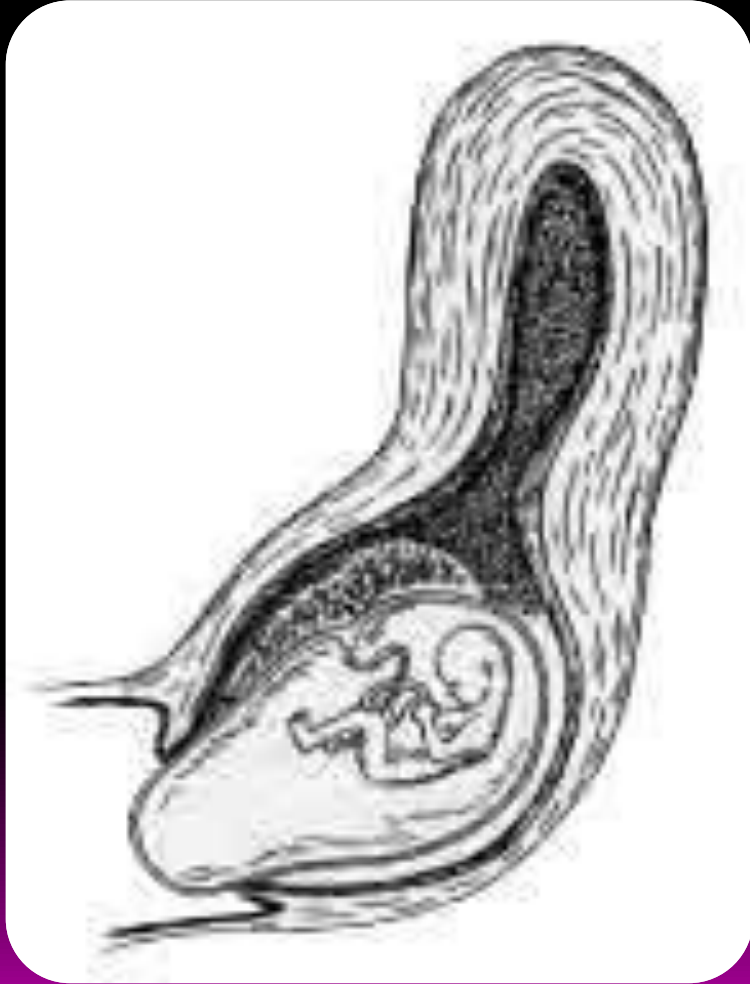
Басталатын түсік



1. Ұстама тәрізді ауру
2. Қанды бөлінді анығырақ
3. Бала жұмыртқасы сәл сылынған, бірақ жатырда
4. Жатыр көлемі жүктілікке сәйкес
5. Жатыр мойны жабық, кішкене ашық та болуы тиіс
6. Жүктілікті сақтап қалу сирегірек

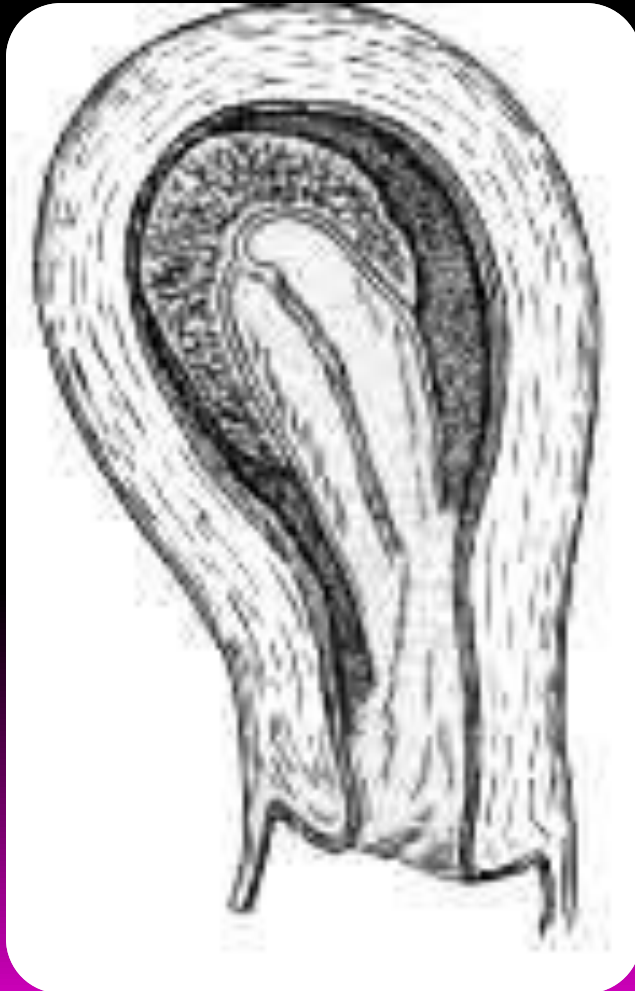


Жүргендегі түсік



1. Жатыр мойны ашылған
2. Үлкен қан ағумен өтеді

Толық емес түсік




1. Нәрестенің белгілі бір бөлігі (көпішікті, децидуалды қабығы, плацента не оның бөліктері) қалып кетсе.
2. Қан ағумен сипатталады: аз, орташа, көп
3. Сыртқы ішкі тесік ашық тұрады
4. Жатыр көлемі жүктілікке сәйкес емес, ол кішкентай себебі жатырдан белгілі бір бөлігі сылынып түсіп отырғандықтан.

Емі

- Қауіп төндіретін түсіктің емі:
- Комплекстік ем негізгі себепті жоюға бағытталған. Орталық жүйесін реттейтін препараттар және психотерапия: валериана, триксазин, пипольфен
- Рациональді тамақтану: қажет жағдайда Е витаминін тағайындайды (10-15 мг/күн), аскорбин қышқылы (100-200 мг/күн), А витамині (6000-10000 МЕ күн)
- Төсектік режим 2 немесе 3 күн ем нәтижесіне қарай
- Прогестерон (5-10 мг/күн 10-12 күн бойы көрсеткіш бойынша одан да ұзақ (жеткіліксіздік болмаса қолданылмайды))

- Инфантилизм белгілері болып,экстрогенжеткіліксіздігі болса прогестеронмен қоса экстрогенді препараттарды қоса тағайындайды.
 - Бүйрек үсті безі және қалқанша безі бұзылыстарында (преднизолон, тиреоидин)
 - Плацентаның эндокриндік функциясын стимулдау мақсатымен гонадотропинді эстрогенді препараттармен және прогестеронмен.
 - Жатырдың бұлшықеттерін босаңсытатын(партусистен,ритодрин)
 - Инфекционды этиологиялы ауруларда(грипп,ангина,пневмония, пиелит,токсоплазмоз,малярия),жүрек жеткіліксіздерінде, гипертоникалық ауруларда яғни түсік тастауға бейім ауруларда ем жалпы ережелер бойынша жүргізіледі.
 - Исмико-цервикалды жеткіліксіздерде хирургиялық емге жүгінеді.
- Жатыр мойнының тиісті орнында ішкі аңқа(зев) тарылту мақсатында қалың циркулярлы тігіс салады.

- Бұндай әйелдер жүктілік кезінде тағам режимін, еңбек және демалыс режимін, таза ауада серуендеу, психотерапия т.б. шараларды жүзеге асыруы тиіс. Үйреншікті жүктілігі бар эндокриндік аурулармен ауыратын әйелдерге гормонотерапию жүргізіледі (эстрогендер және сары дене гормондары немесе оның синтетикалық аналогтары, мысалы оксипрогестерон-капронат).

- 
- Ауыру сезімін басу үшін опи тұнбасын 8—10 тамшы 2 ре күніне, және төсектік режим. При болях назначают длительный постельный режим, настойку опия по разу в день.

Истмико-цервикальді симптомды жеткіліксіздікте жатыр мойнына циркулярді тігіс салады.

- Үйреншікті түсік барлық жүкті әйелдердің 0,2 дан 0,4% дейін құрайды.

Пайдаланылған әдебиеттер

- WWW.GOOGLE.RU
- WWW.GOOGLE.KZ
- «АКУШЕРСТВО» В.И.Бодяжина, К.Н. Жмакин, А.П.Кирющенко

Рахмет

ANNE GEDDES®
www.annegeddes.com

