

**Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ – Түрік университеті**
Медицина факультеті
«Ішкі аурулар» кафедрасы

Нәрестелердің асфиксиясы



Орындаушы: Керімбек А.Н.
409Т - ЖМ
Ғылыми жетекші:
Иманбетова Куралай
Амангельдиевна

Түркістан, 2016-2017 оқу жылы

Жоспар

I.	Кіріспе	5
II.	Негізгі бөлім	
1.	Терминология.....	6
1.1.	Өзектілік.....	9
1.2.	Классификациясы.....	10
1.3.	Этиологиясы.....	11
1.4.	Патогенезі.....	13
1.5.	Клиникасы.....	16
2.	Емі.....	25
2.1.	Реанимациялық іс - шаралар.....	28
III.	Қорытынды.....	30
IV.	Пайдаланылған әдебиеттер тізімі.....	31

Ғылыми жоба тақырыбының мақсаты

Нәрестелердің асфиксиясы
кезінде көрсетілетін шұғыл
іс-шараларды орындаумен
жіті танысу және оны
тәжірбие жүзінде орындау

Ғылыми жоба тақырыбының міндеттері

Нәрестелердің асфиксиясы кезінде көрсетілетін шұғыл іс-шараларды орындауды уақытылы және дұрыс жасауды болашақ әріптестеріммен тәжірибе жүзінде бөлісу

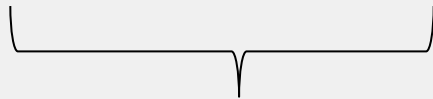
Кіріспе

- Нәрестелердің асфиксиясы – бұл оттегі тапшылығының ұзақ немесе жедел әсерінен туындайтын баладағы патологиялық жай-күй. Онда газ алмасу қызметі бұзылады: оттегі қанда (*гипоксемия*), ұлпада (*гипоксия*) жетіспейді; көмір қышқыл газы көбейеді (*гиперкапния*), сондай-ақ зат алмасудың басқада қалдықтары көбейіп *ацидоз* пайда болады, ішкі ағзадағы басты мүшелердің: ОЖЖ мен жүрек-қан тамырларының, бауырдың қызметі бұзылады.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- **Асфиксия** «пульс жоқ»
- а – жоқ, sfigmos – пульс

Асфиксия Гипоксия



клиникалық практикада синоним ретінде қолданылады.

Асфиксия- оттегі жетіспеушіліктің нәтижесі.

- Биохимиялық
- Гемодинамикалық өзгеріс
- Клиникалық



ТЕРМИНОЛОГИЯ

- Ұрық асфиксиясы(жатырішілік гипоксия)- жедел немесе созылмалы жатыр-плацентарлы қанайналым бұзылысы нәтижесінде O_2 түсуінің шектелуіне жауап ретінде пайда болатын патологиялық жағдай.

Терминология

Нәресте асфиксиясы – нәресте өмірінің бірінші минутында көрінетін , клиникалық синдром.

- ✓ нәрестенің тыныс алуының қиындауы / мүлдем болмауы
- ✓ жедел жүрек-қан тамыр жеткіліксіздігі
- ✓ сөзсіз нервті-рефлекторлы қызметін ауырлату
- ✓ биохимиялық көрініс- гипоксемия, гиперкапния, патологиялық ацидоз

Өзектілік

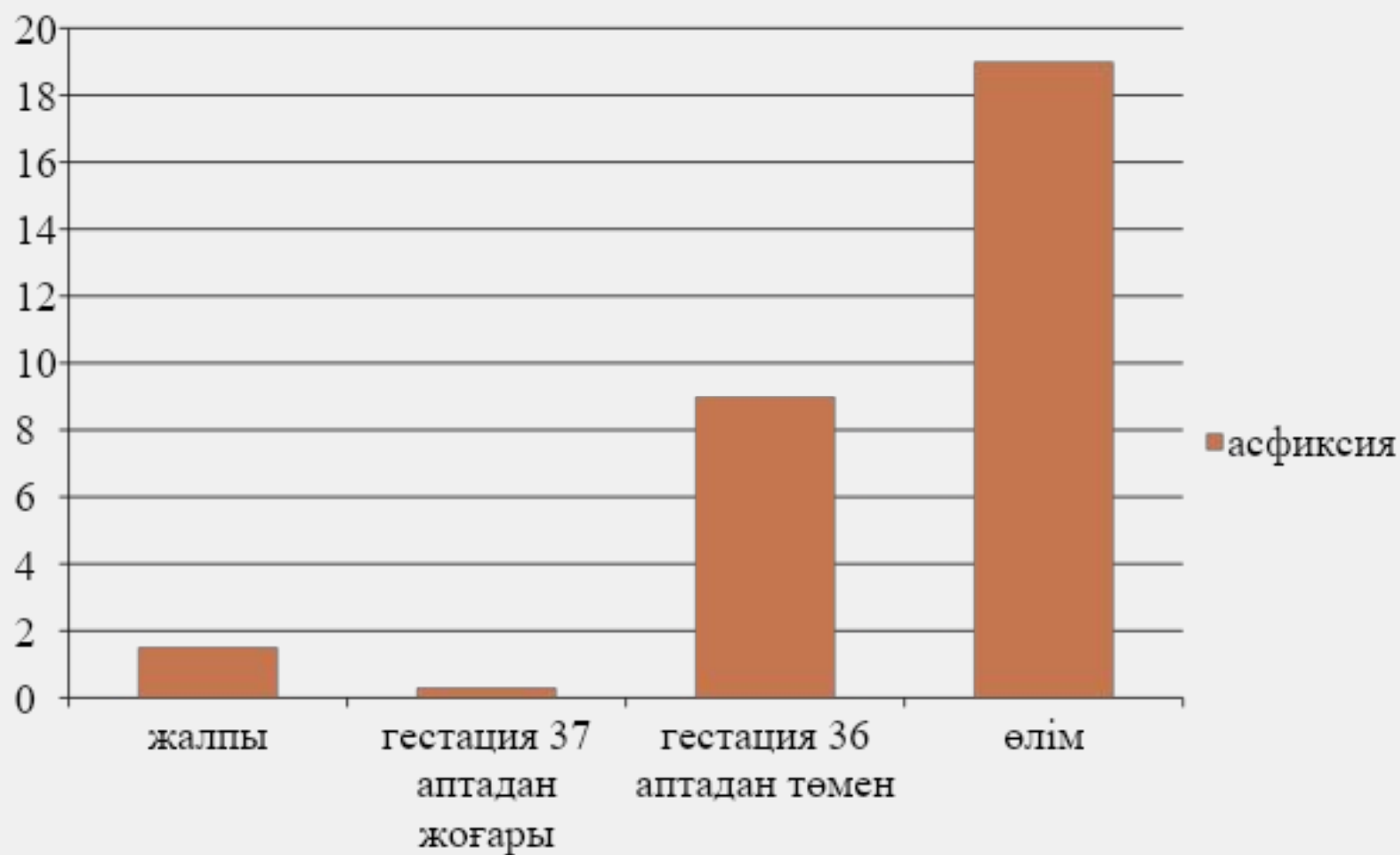
Нәресте асфиксиясының таралаушылығы

- Жалпы 1-1,5%
- Гестациялық мерзімнің 37 аптасынан жоғары 0,3%
- Гестациялық мерзімнің 36 аптасынан төмен 9%

Перинатальды өлім себептерінің ішінде бастаушы орынды алады.

- Нәресте өлімі Жер бетінде жыл сайын 5млн-нан жоғары , оның ішінде 19% асфиксия

Диаграмма



Классификация

1. Біріншілік
Екіншілік(басқа аурудың фонында)
2. Антенатальды
Интранатальды
3. Жедел
Созылмалы
4. Ауырлық дәрежесі- жеңіл, орташа
ауырлық, ауыр



Этиология

Аntenatalды фактор

- Кеш гестоз
- Қант диабеті
- Анемия
- Ана инфекциясы
- Жүктіліктің 2 немесе 3 триместрінде қан кету
- Жүктілікті көтере алмау
- Көп ұрықты жүктілік
- Қағанақ суының көптігі немесе аздығы
- Зиянды әдеттер, дәрілік терапия

Этиология

Интранатальды фактор

- Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы немесе плацентаның ұрық жолында орналасуы
- Ұрықтың патологиялық орналасуы
- Кесар тілігі және жалпы жансыздандыру
- Сусыздану аралығы 18сағаттан жоғары
- Босану қызметінің аномалиясы
- Босану уақытында ұрықтың жүрек ритмінің бұзылысы

Асфиксия кезінде патогентикалық өзгеріс

Ұрық гипоксиясы



Бүйрекүсті безінің активизациясы (катехоламиндердің шығарылуы)



Қанайналымды орталықтандыру - (ЖҚА қайта бөлу) ЖЖЖ , АҚҚ, эритроциттер



- Плацентарлы қанағым жылдамдығы жоғарлайды;
- Плацента гиперплазиясы;
- Ұрық қанағымы күшейеді;
- Анаэробты гликолиз активациясы;
- Эритропоез күшейеді – эритроцит саны жоғарлайды, ЖҚА;
- Бүйрекүсті безінің қыртысының функциясы активтеледі.

Клиникасы

1 минуттан кейін Апгар шкаласы нәтижесінде бағалау

7-9 – асфиксия жоқ

4-6 – орташа асфиксия

0-3- ауыр асфиксия

Апгар шкаласының болжамды мағынасы

1 және 5 минутта бағалау- жаңа туған нәрестенің өміршеңдігін

10 және 20 минутта бағалау- нәрестенің 1-ші жылғы өмірінің
неврологиялық дамуын

Апгар шкаласы

Симптом	0	1	2
Жүрек соғысының жиілігі	Жоқ	100 кем	100 артық
Тынысы	Жоқ	Брадикапноз, тұрақты емес	Қалыпты айғай
Бұлшық ет тонусы	Жоқ	Жеңіл бүгілу	Белсенді қозғалыс
Рефлекстері	Жоқ	Төмендеген	Толық
Терісінің түсі	Боз, жайылған цианоз	Акроцианоз	Қызғылтым

- Жетіліп туған нәрестенің өзі жетілген және жетілмеген болуы мүмкін, яғни, кейбір жүйелері толықтай дамиды да, кейбірінің дамуы нашар болады. Нашар жетілген балалардың жиірек терморегуляциясы бұзылған болады, асқазан-ішек жолының дисфункциясы байқалады.
- Нәрестенің жетілгені, сондай-ақ, гестацияның нақты мерзімі үшін анықталады. Жетілмей туған балалардың барлығы жетіліп туған балаларға қарағанда жетілмеген болып, бірақ белгілі бір гестационды мерзім үшін дұрыс жетілген болып саналады. Ұпайларды санау жолымен баланың жетілгенін анықтауға және оны гестационды жаспен салыстыруға арналған арнайы кестелер бар .
- «Ең төмен жетілген» термині 1000 г кем дене салмағымен туған нәрестелерге қолданылады.

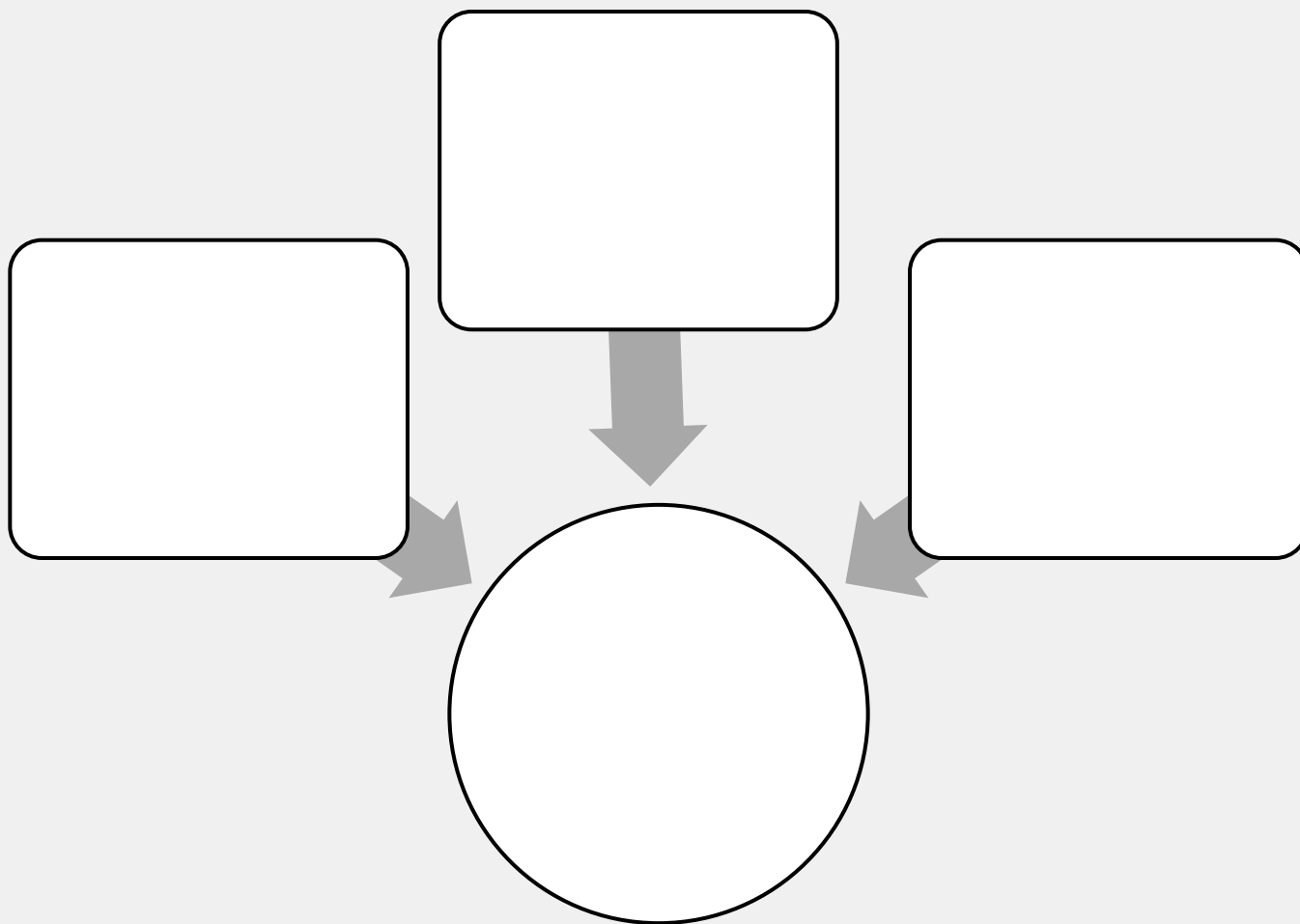
- Жаңа туған нәресте, сондай-ақ, физикалық дамуымен де бағаланады, бұл жерде туған кездегі дене салмағы мен бой ұзындығының ара қатысы есепке алынады. Егер бұл көрсеткіш 45 – 55 құраса, жетіліп туған нәрестенің физикалық дамуы қалыпты саналады. Баланың дене ұзындығы мерзімге сәйкес болғанымен, салмағы гестация мерзімімен салыстырғанда аз болуы мүмкін. Бұндай жағдай *гипотрофия* деп аталады. Егер оның дене салмағы сақталған дене ұзындығы кезіндегі салмақтан артық болса, бұндай жағдай *паратрофия* деп аталады.

Аз дене салмағымен туған нәрестелер арасында келесі топтар ажыратылады:

- 1) анасының генетикалық ерекшеліктеріне байланысты аз салмақпен туған сау балалар;
- 2) гипотрофиялы балалар;
- 3) жатырішілік дамудың, яғни, дене салмағы және бойының кешігуімен туған балалар.

«Дене салмағы өте төмен балалар» термині 1000 г кем дене салмағымен туған нәрестелерге қолданылады.

Клиникасы



ОЖЖ жағынан симптоматикасы

- Гипоксиялы-ишемиялы энцефалопатия
- Гиперқозғыштық
- Ми ісінуі
- Ұстамалар
- Бассүйек ішілік гипертензия
- Бассүйек ішілік қан құйылу
- Қысым

Шоктың 2-3 стадиясы

- Сұр немесе мраморлы тері
- Терінің перифериялық аймағында температураның төмендеуі
- Артериальды гипотензия
- Тахикардия немесе брадикардия
- Тахипноэ немесе апноэ
- Диурез төмендеуі
- Метаболитикалық ацидоз

Полиорганды жетіспеушілік

- Өкпе- екіншілік дефицит
- ЖҚЖ- патологиялық шунтирлеу, гиповолемия, гиперволемия, миокардтың ишемиялық некрозы, ритм бұзылысы
- Бүйрек – жедел бүйрек жеткіліксіздігі

- АІЖ- функциональды өтімсіздік, некротикалық энтероколит, бауыр дисфункциясы
- Гемостаз – геморрагиялық синдром, ДВС-синдромы
- Иммунитет- екіншілік иммунодефицит
- Зат алмасу – патологиялық ацидоз, гипогликемия, қанда натрий, кальций, магний концентрациясының төмендеуі

Аурудың нәтижесі

- Асфиксия ауырлығы
- Пайда болу уақыты және әсер ету ұзақтығы
- Индивидуальды көтере алушылықтың деңгейі
- Дұрыс шешім қабылдауда жылдамдық және сауатты реанимация

Емі реанимация іс-шарасының принципі-АВС

- А- тыныс алу жолының өткізгіштігін қамту
- В- вентиляцияны қамту
- С- жүрек қызметі мен гемодинамиканы қалпына келтіру



Реанимциялық іс – шараны тоқтату

- Реанимация басталғаннан 10 минуттан кейін жүрек соғуы жоқ болғанда.

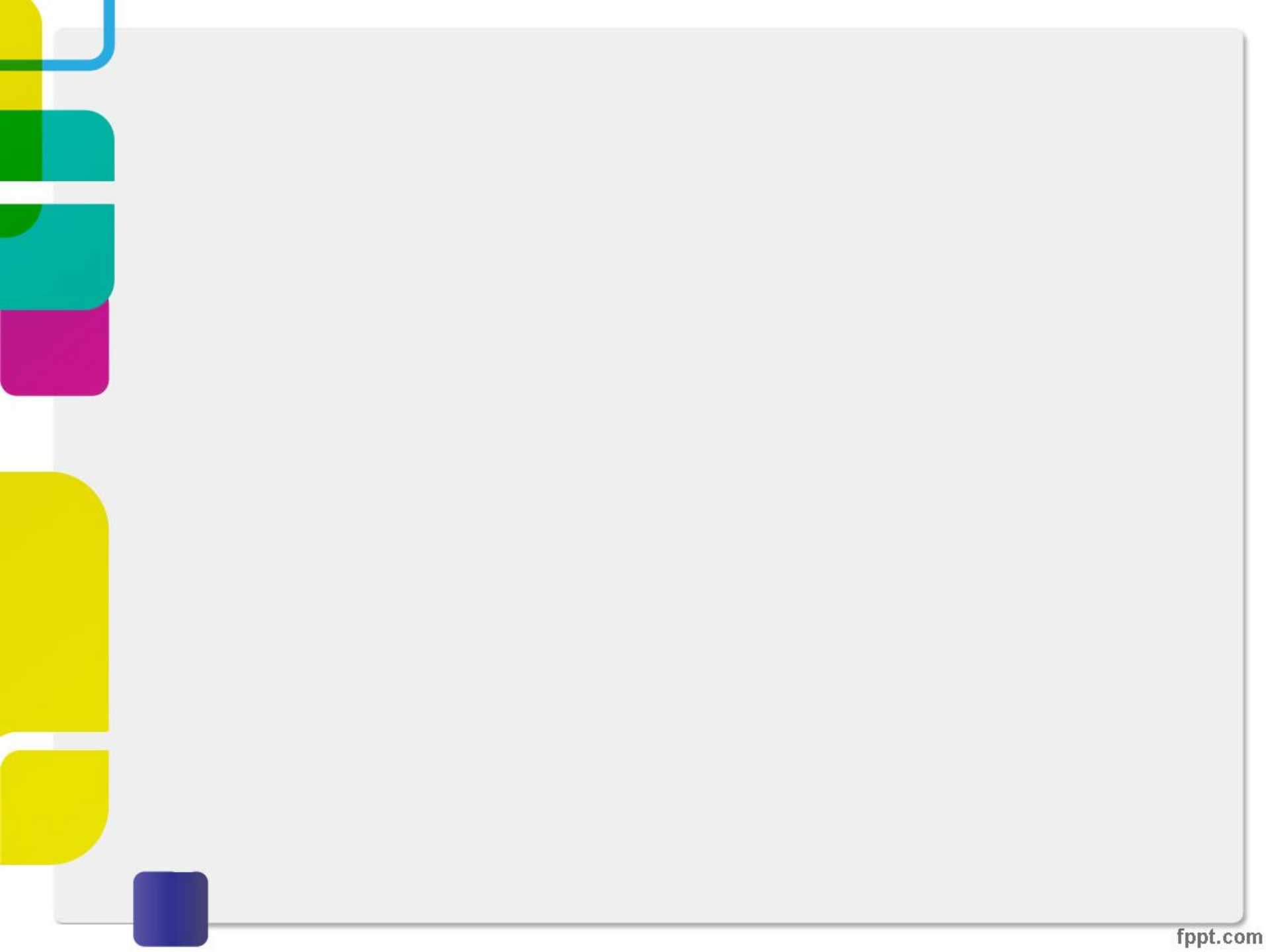
- Реанимационды іс ұсынылмайды:

Анэнцефалия

Трисомия 13 немесе 18

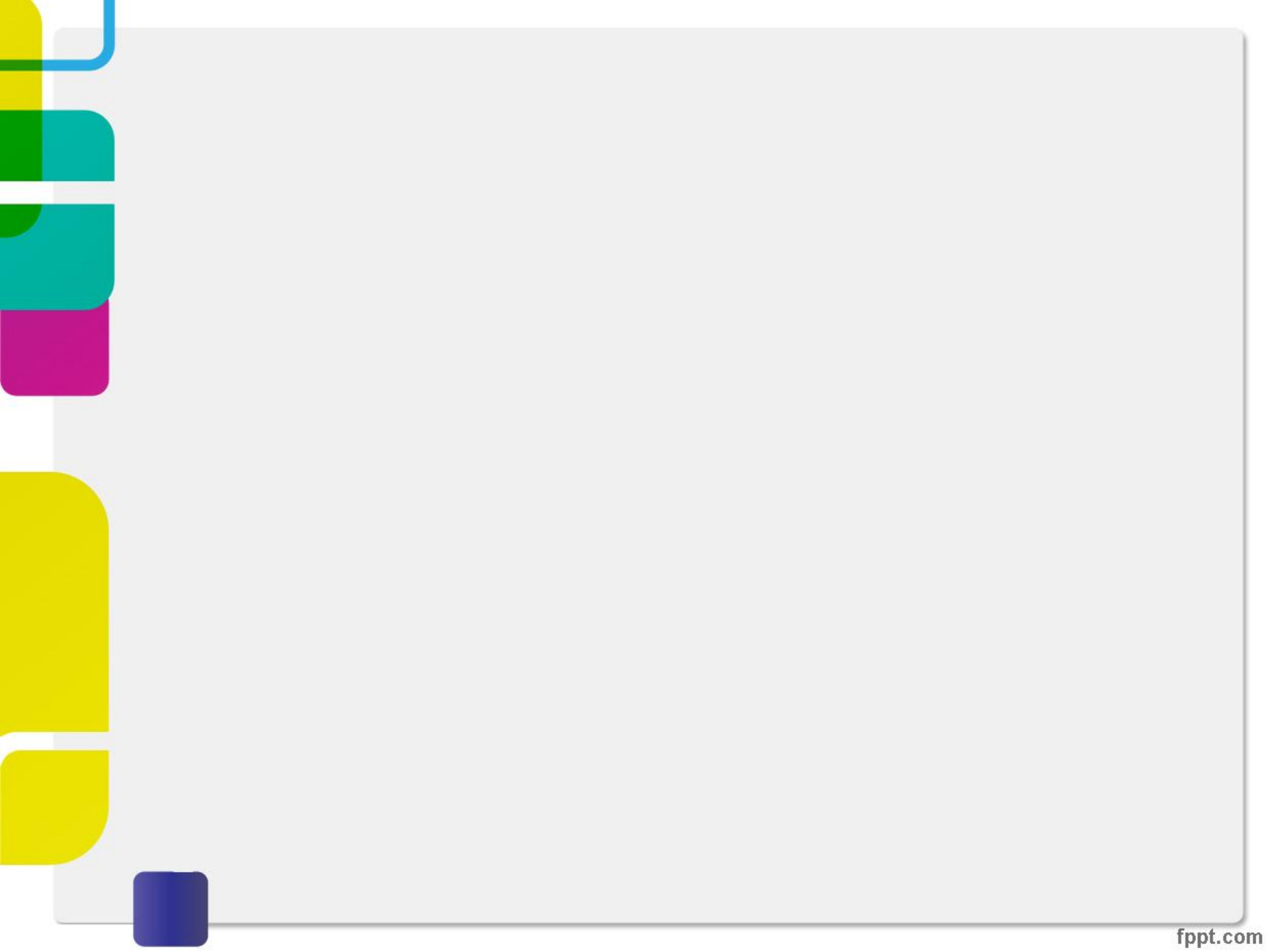
Гестацияның 23 аптасында және
массасы 400г – нан төмен.





Нәресте асфиксиясында дәрілік терапия

Препарат	Концентрация	кол-во р-ра в шприце	Доза/Путь введения	Общая доза мл (мг)	Примечания
Адреналин	1:10000	1 мл	0,1-0,3 мл/кг	вес мл 1 кг -0,1-0,3 2 кг -0,2-0,6 3 кг -0,3-0,9 4 кг -0,4-1,2	С "А" начинается медикаментозная терапия. Вводится эндотрахеально или в/в струйно
Восполнители ОЦК	альбумин 5% NaCl 0,9% Рингер-Лактат	40 мл	10-15 мл/кг	вес мл 1 кг 10-15 2 кг 20-30 3 кг 30-45 4 кг 40-60	Вводить в/в микроструйно или болюсно фракционно в течение 10-15 мин
Гидрокарбонат Na	0,5 мэкв/мл 4,2% р-р	20 мл	2 мэкв/кг или 4-5 мл/кг	вес мл 1 кг 4-5 2 кг 8-10 3 кг 12-15 4 кг 16-20	Вводить медленно в течение 4-5 мин Только при адекватной ИВЛ
Допамин	0,5% или 4 %	Расчет дозы: $6 \cdot \text{вес (кг)} \cdot \text{доза (мкг/кг/мин)} / \text{скорость введения жидкости (л/час)} = \text{мг допмина на 100 мл}$	Начать с 5 мкг/кг/мин, увеличивая дозу на 5 мкг/кг/мин каждые 2-5 мин до 20 мкг/кг/мин	вес мкг/мин 1 кг 5-20 2 кг 10-40 3 кг 15-60 4 кг 20-80	Вводить в/венно микро-струйно Непрерывный мониторинг ЧСС и АД!
Налоксон	0,4 мг/мл 1 мг/мл	1 мл	0,1 мг/кг 0,25 мл/кг в/в в/трахеально	вес мл 1 кг 0,1 2 кг 0,2 3 кг 0,3 4 кг 0,4	Струйно в/в или эндотрахеально при использовании в родах наркотических анальгетиков



Қорытынды

Қорытындылай келе, нәресте асфиксиясы қазіргі таңда ананың жүктілік мерзімі, оның ағымы және босану жағдайына байланысты болғандықтан , әрбір босанушы анамыз өз денсаулығын күтіп, босану алды дайындық курстарына барып сабақ алып, өз-өзін дайындап жоспарлы түрде келешек ұрпақты дүниеге алып келсе, нәрестелер өлімі азайып, Қазақстан санын көбейтер еді. Сонымен қатар сәбилерге шұғыл түрде дұрыс көмек көрсете алсақ , өлім санын азайтуға болады.

Кері байланыс

- Екінші жүктілік, бірінші босанушы 25 жаста. Ұрық ұзына бойы орналасқан, баспен келген. Босанудың екінші периодында, 35 минут жалғасуда, ұрықтың жүрек соғуы бірден 80-100 рет минутына бәсеңдеді. Кіндігі мойнына оратылып ұл бала дүниеге келді. АПГАР шкаласы бойынша 1 минутта бағалау – 4 балл.
- Диагноз? Ем?

Пайдаланылган әдебиеттер

1. <http://ppt-online.org/23973>
2. <http://xn--80ahc0abogjs.com/akusherstvo-ginekologiya/patogenez10090.html>
3. <http://bigslide.ru/medicina/7750-asfiksiya.html>



**Назарларыңызға
рахмет!**