

С.Ж. Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық медициналық университеті
Кафедра: Гинекология және акушерия

СӨЖ: Жатырдан тыс жүктіліктен кейінгі сауықтыру

*Орындаған: Жумабаева Г.
Тексерген: Юлдашева А.И.
Топ: ЖМ30-1К*

Кіріспе

Беременность называется эктопической (внематочной), если имплантация произошла вне полости матки.

Наиболее частое место имплантации – фаллопиевы трубы (98%), реже – яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость. В редких случаях плодное яйцо имплантируется в брыжейке кишечника, широкой связке матки или других органах брюшной полости – возникает первичная брюшная беременность. Вторичная брюшная беременность возникает при выталкивании плодного яйца из трубы в брюшную полость. В некоторых случаях происходит донашивание брюшной беременности до срока родов.

Көп проблема біріншілік жүктілік те болады себебі 50% науқастардың хирургиялық емнен кейін репродуктивті функциясы бұзылады Қайтадан аурудың қайталауы 7-17%. В связи с этим сохранение репродуктивной функции после эктопической беременности представляет важную медико-социальную проблему.

Эктопиялық жүктілік көбінесе мына факторларға байланысты көбейеді:

а) ішкі жыныс органдарының инфекциялық ауруларының көбеюі аборттардың көп болуы жыныстық қатнастықтың активті болуы, половой партнерларды ауыстыры беруі

б) бедеулік емдегенде экто жатыр түтүктің операциялық қатысулар болғанда

в) әйелдердің жатыр ішілік контрацепция көп қабылдауы

Анамнезінде 2 көп аборт жасаған әйелдерде болуы мүмкін

Негізгі классификациясы эктопиялық жүктіліктің аналық без локализациясына негіделген :

Жиі формасы :

жатыр түтігіндегі: ампулярлы бөлігінде, немесе интерстициалды бөлікте.

Сирек формасы :

аналық безде: *аналық без үстінде немесе или интрафоллику: Құрсақтық жүктілік біріншілік (имплантация құрсақ бетінде) екіншілік жүктілік рудиментарлы мүйізде байлам аралық жүктілік жатыр мойындағы жүктілік көп ұрықтық (развивающаяся в полости матки в сочетании с эктопической).*

Клиникасы:

Іштің төменгі бөлігінде ауру сезімі қан кетулер сол себепті дәрігер бірінші кезкете жедел іш кезіндегі дифференциялды диагностиканы тағайындау керек анық диагноз қою қиын себебі клиникалық көрінісі дұрыс мәлімет бермейді паталогилыө процестін анық емес болуы

Гинекологиялық тексеру кезінде жедел абдоминалды және төменгі жыныс мүшелерінің ауруы гинекологиялық патология екенінін айтады жедел іш кезінде тексеру қиын себебі іштін төменгі бұлшық еттері аурады пальпация кезінде аз мәлімет алады шағымдары аз анық емес

Клиникалық көрінісі төменгі іш бөлігінің асқынып қатты аурунан қан кетуі анемиясы болса геморрагиялық шок болады

Заманауи емдер :

Жатырдан тыс жүтілік кезінде хирургиялық емдер мен медикаментозные. Қазіргі кездік операциялық ем мен эндохирургиялық ем қолданылады Қазір жатырдан тыс жүктілік кезіндегі аборттың жатыр түтіктік абортта лапароскопия қолданады Лапароскопия жасау үшін науқастың қалапты гемодинамикасы болуы керек

Комплексті ем мен емдеу:

Операция.

Қан көп кетуін болдырмау шокка жеткізбеу.

Операциядан кейінгі баламалалы жүргізу.

Репродруктивті функциялардын оңалуы.

Труба жарылгандагы коп кан кеткенде экстреннды опреция жасау: лапаротомия, жатыр түтігін алу, есеңгіреумен, қан жоғалтумен күресуге бағытталған шараларды өткізу.

Жатырдан тыс жүктіліктен кейінгі сауықтыру.

Сауықтыру барлық емдік кезеңде жасалауы тиіс:

Операция алдында ерте жасау операциядан кейін.

Реанимациялық ем кешенді өтуі керек (операция аурсыздандыру гемотранфузия), барі бір уақатта өтуі тиіс, сәтті сауықтырудың кепілі ретінде жеделдігі және оны қолданудың жүйелілігі болып есептелінеді.

На сегодняшний день общепризнанным способом оперативного вмешательства является лапароскопия. В случаях разрыва трубы нижнесрединный продольный разрез выполняется проще и быстрее, дает лучшую возможность обзора органов брюшной полости. Кроме того, если при операции возникают технические затруднения (спайки и др.), этот разрез можно продлить выше пупка. Однако возможен и поперечный надлобковый разрез. При тяжелом состоянии больной, повторных чревосечениях, отсутствии окончательной ясности в диагнозе, при ожирении передней брюшной стенки, безусловно, следует предпочесть нижнесрединный продольный разрез.

сауықтыру осы этаптарға байланысты жүргізіледі:

қан аздыққа қарсы терапия;

физиотерапия (қан өтуінің жеделдеуі және жасушалық метаболизмнің, фагоцитоздың күшеюі , ферменттердің белсенділенуі репарация процесстердың күшеюі);

екіншілік менструалды циклдың қайта қалпына келуі (гормоналды терапия), гипоталамус гипофиз аналық без жүйесінің бұзылуының қайта қалпына келтіру

Қынаптың нормабиоценозын сол қалпында ;

иммуномодуляция;

репродуктивті ұрықтандыруды жоспарлау (контрацепция, жүктілікті жоспалау).

Операциядан кейін мыналар жүргізіледі

Емдік дене шынықтыру тыныс алу гимнастикасы .

Жатырдан тыс жүктілікке жасалған операциядан кейін мына сызба бойынша қалпына келтіру : физикалық фактор– контрацепция – қайта терендетілген лапароскопия – емдік гидротубация – физикалық фактор – контрацепция.

Репродуктивті функцияның отадан кейінгі басты шарттары физиотерапияның мынаған байланысты :

- раннее начало лечения(первые 6-12 часов) после хирургического вмешательства, так как именно в эти сроки начинают формироваться фибринозно-спаечные процессы в полости малого таза;
- использование методик, предусматривающих возможность внутривлагалищного воздействия (низкоинтенсивное лазерное излучение, переменное магнитное поле).

Заключение

Контрацепция является обязательным компонентом восстановительного лечения пациенток после внематочной беременности. Методом выбора считается прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), содержащих прогестаген третьего поколения. Женщины, перенесшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства.

Список использованной литературы

Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. М.: Медицинская книга. – Н.Новгород: НГМА, 2003.

Возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью / А.И. Ищенко, А.Д. Липман, А.А. Бахвалова, А.А. Ищенко. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – №3. – С.16-20.