

Қ. А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ – түрік университеті
Жалпы медицина факультеті

СӨЖ

Тақырыбы: Антенатальды патология.

Ұрықтың іштей өсуінің тежелуі

Орындаған: Мұхаметхан М

Нәлібай М

Қабылдаған: Байзакова А

Тобы: ЖМ – 316А

ЗЕРТТЕУ СҰРАҒЫ

Аntenатальды патология қандай ұғым?және оның себептері мен жіктемесі қандай?

Зерттеу мақсаты

Жалпы антенатальды патология ұғымын мағынасын ашып түсіндіру

Жоспар

Кіріспе

1. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуі анықтамасы және АХЖ 10бойынша кодтары

Негізгі бөлім

1. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуінің түрлері
2. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуінің қауіп факторлары
3. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуінің диагностикасы
4. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуінің емдеу тактикасы
5. Ұрықтың құрсақ ішілік дамуының тежелуінің профилактикасы

Аntenatalды патология

Қорытынды

Пайдаланған әдебиеттер



АНЫҚТАМАСЫ

Анықтамасы: ұрықтың құрсақта дамуының тежелуі – фетометрия мәліметтеріне немесе нәрестені алғашқы УЗ-сканирлеу мәліметтеріне қарай соңғы етеккірдің бірінші күні бойынша жүктілік мерзімінен нәресте өлшемдерінің төмен болуы.

Хаттама коды: P-O-005 "*Ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі*"

Акушерлік-гинекологиялық саладағы поликлиникалар үшін

АХЖ-10 бойынша коды (кодтары):

O36.5 Анаға медициналық жәрдем көрсету талап етілетін ұрық өсуінің жеткіліксіздігі.

P05. Ұрық өсуінің баяулауы және қоректенуінің жеткіліксіздігі.

P05.0 Ұрықтың гестациялық жасына қарай «салмақ аздығы».

P05.1 Ұрықтың гестациялық жасына қарай мөлшерінің (көлемінің) кішілігі.

P05.2 Гестациялық жасына қарай мөлшерінің (көлемінің) кішілігі немесе «салмақ аздығын» ескермегенде, нәресте қоректенуінің жеткіліксіздігі.

-гестациялық жасына қарай «салмақ аздығы». (P05.0),

-гестациялық жасына қарай мөлшерінің (көлемінің) кішілігі (P05.1) туралы ескерілгенде, нәресте қоректенуінің жеткіліксіздігі болмайды.

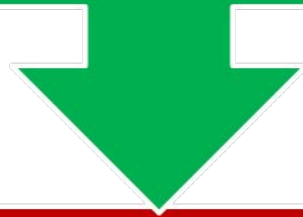
P05.9 Ұрық өсуінің баяулауы анықталмаған.



1. Пайда болу уақытына қарай :

Ерте

Кеш



2. Даму типіне қарай:

Симметриялы

Ассимметриялы

Қауіп қатер топтары



Тамақтану:

Жүкті әйелдің бастапқы дене салмағы төмен;

Жүктілік кезінде дене салмағының жеткіліксіз қосылуы;

Ұзақ ашығу;

Вегетариандық емдәм, белгілі бір ғана тағамға құштарлық.

Қосарлас аурулар:

- * созылмалы артериялық гипертензия;
- * тамырларды зақымдаушы сусамыр ауруы;
- * бүйрек ауруы;
- * аутоиммундық аурулар;
- * гемоглобинопатия;
- * ауыр анемия;
- * жүректің қан айналымы жеткіліксіздігінің белгілері бар туа біткен ақаулары.

Жүктіліктің асқынулары:

- * преэклампсия;
- * 2 және 3-триместрде қан кету;
- * мерзімінен асқан жүктілік;
- * кіндік пен бала жолдасы орналасуының ауытқулары (плацентаның алда жатуы) ;
- * көп ұрықтылық;



Диагностика критерилері:

1. Соңғы етеккірдің бірінші күні бойынша жүктілік мерзімімен және жүктіліктің 12-аптасына дейін екі қолмен зерттеу мәліметтерімен (дәлдігі 7 күнге дейін) немесе нәрестені алғашқы УДЗ-сканирлеу фетометриясының нәтижелерімен салыстырғанда нәрестенің фетометрия көрсеткіштері төмен;
2. Жүкті әйелдің дене салмағының қосылуы күткендегіден төмен;
3. ЖТТБ (ВСДМ) жүктіліктің осы мерзіміне тән қалыптан төмен (3 см және одан да көп). Жүктіліктің 20-36-апталарының арасында ЖТТБ (ВСДМ) аптасына 1см.аз үлкейуі сезік тудыруы керек. ЖТТБ -нің жүктілік мерзіміне сай келмеуі 3-4 см-ден артық болғанда, УДЗ жүргізу қажет болады, бұл клиникалық мәліметтерді едәуір толықтыруы мүмкін.

Ананың жұқпалы аурулары:

- * **Вирустық:** қызамық, цитомегаловирус, қарапайым ұшық, шешек;
- * **Бактериялық:** листериоз, түбіркүлез, полиомиелит, мерез;
- * **протозойлық:** токсоплазмоз, малярия.

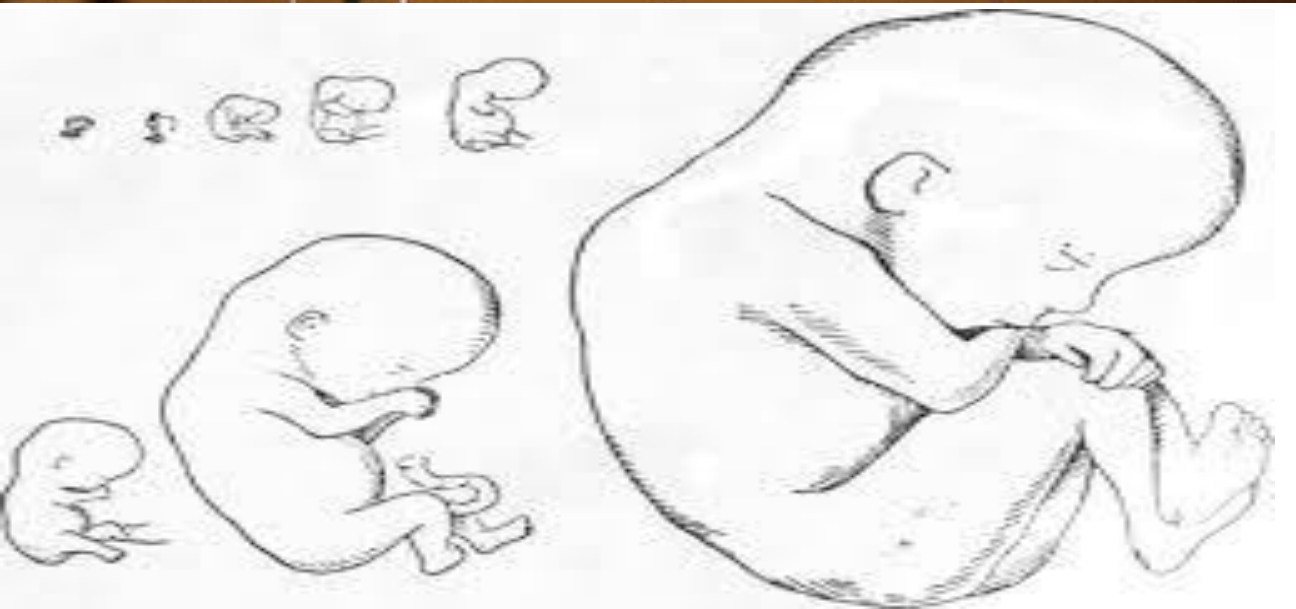
Акушерлік белгілер.

- * балаларының ҰҚДТ (ВЗРП) белгілерімен тууы (қайталану ықтималдығы 25%);
- * өлі туу;
- * жүктілік мерзімінің белгісіздігі, есепке кеш алыну;
- * ананың жасы (16-дан төмен, 35-тен жоғары).

Ребенок - это чудо,



даже если он недоношенный



Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жатыр түбінің тұру биіктігін динамикада өлшеу;
2. ҰҚДТ даму қаупі бар топқа жататын жүкті әйелдерге келесі параметрлер бойынша ультрасонография жасау:
 - ұрыққа әр 4 аптада, 3-триместрде әр 2-3 аптада фетометрия жасау;
 - алғашқы УДЗмен салыстырғанда нәрестенің даму динамикасы;
 - қағанақ суының (амниотикалық сұйықтық) көлемін бағалау (су аздық – нәресте аурушандығы және өлім қаупі факторы, су аздықта аптасына 1-2 рет, көрсетімдер бойынша одан да жиі);
 - нәрестенің қимылдау белсенділігін бағалау;
 - биофизикалық профиль;
 - нәрестені дамуының туа біткен ақаулары немесе хромосомдық маркерлер патологиясының болуына зерттеу.

3. Жатыр - бала жолдасы-нәрестелік қан журуді келесі параметрлер бойынша доплерометриялық зерттеу:

- кіндік күре тамырында қан жүруі;
- жатыр күре тамырларында қан жүруі;
- нәрестенің ми күре тамырларында қан жүруі;
- нәрестенің ми күре тамырлары мен жатыр күре тамырларында қан жүруі көлемінің ара

қатынасы.

4. Стрестік тест;

5. Дәстүрлі және модификацияланған биофизикалық профиль;

6. Стрестік емес тест;

Емдеу тактикасы:

Ем мақсаты:

1. Жүкті әйелдің ҰҚДТ – не алып келетін қосарланған ауруларын емдеу;
2. Ана мен нәресте күйіне динамикалық бақылау;
3. Акушерлік тактиканы дер кезінде өзгерту (көрсетімдері бойынша);

Ем тиімділігінің индикаторлары:

1. Құрсақтағы нәрестенің фетометриялық параметрлерінің елеулі артта қалуы;
2. Қағанақ суы көлемінің азаюы;
3. Нәрестенің тыныс алу белсенділігінің және жүрек қызметі реактивтілігінің азаюы;
4. Нәрестеге доплерометрия жасағанда аномалды белгілердің қосылуы;
5. НҚДТ-нің жүктіліктің ауыр асқынуларымен қосарлануы;
6. НҚДТ мен бірге экстрагениталдық патологияның дамуы;
7. Диагностикалаудың инвазиялық тәсілдерін жүргізу қажеттілігі- (амниоцентез, кордоцентез).

ПРОФИЛАКТИКА

Біріншілік профилактика:

Ауру дамуына әсер ететін қауіп-қатерлі факторларды жою бойынша профилактикалық шаралар.

Профилактикалық шаралар:

1. Жүктілік кезінде шылым шегуден сақтандыру;
2. Созылмалы жұқпалар ошағын анықтап, емдеу.

Ұрықтың құрсақ ішілік тежелуіндегі кезінде жүктілікті жүргізу

Консультацияға жүктілік бойынша әйелдер бірінші рет қаралған кезде және әйелдердің тілегі бойынша жүктілікті сақтау үшін:

1) отбасылық анамнезге, балалық шағындағы және ересек кезіндегі ауырған ауруларына (жалпы және гинекологиялық), операцияларға, қан құюға, етеккірлік, секреттік, жыныстық және генеративтік функцияларының ерекшеліктеріне көңіл аудара отырып, жалпы және арнайы анамнезбен мұқият танысу. Атап айтқанда, бұрынғы жүктіліктің ағымы мен нәтижесін (уыттанулар, жүктілікті аяғына дейін көтермеу, өлі туу, балалардағы туа біткен даму кемістіктері, босану кезіндегі операциялар, жаңа туған нәрестелердің салмағы, босанғаннан кейін және аборттан кейінгі асқынулар және басқалар) білу қажет; күйеуінің денсаулық сақтау жағдайын, жұбайлардың жұмыс істейтін өндірістерінің сипаттамасын, зиянды әдеттерін анықтау;

Жоғары қатер тобындағы (жүктіліктің асқынуы, экстрагениталдық аурулар және басқа да қатер факторлары) жүкті әйелдерге ерекше көңіл бөлінуі тиіс.

Клиникалық және зертханалық тексерулерден кейін (жүктіліктің 12 аптасына дейін) жүкті әйелдің қатердің қайсыбір тобына жататындығы анықталады.

"Жүкті және жаңа босанған әйелдердің жеке карталарында" (111/у нысанды) ана мен ұрықтың жағдайын тексерудің осы заманғы әдістерін пайдалана отырып жүктілерді байқаудың жеке жоспарын құрады. Жоғары қауіп-қатер тобындағы жүктілерді босану үшін перинаталдық орталыққа немесе мамандандырылған перзентханаға (бөлімшеге) жіберу қажет.

Жүктілікті бірінші анықтаған кезде әйелдің өзі болжаған мерзімімен келісу қажет. Жүктіліктің мерзімі туралы мәселеде айырмашылық болған жағдайда әйелдер консультациясының (кабинетінің) меңгерушісімен немесе басқа да дәрігермен (орталық) кеңесе отырып, шешіледі.

2) Бірінші және келесі қабылдау кезіндегі жүктіліктің қалыпты өтуі және асқынулары бар әйелдерді жалпы тексерудің, сондай-ақ акушер-гинеколог дәрігердің және басқа мамандардың байқау жиілігі, зертханалық және басқа да диагностикалық зерттеулердің, емдік-сауықтыру іс-шараларының жиілігі тәртібін сақтау қажет.

Дәрігердің әрбір кіріп шығуы кезіндегі барлық сұрау мен әйелдерді тексеру мәліметтері, сондай-ақ кеңестер мен тағайындаулар "Жүкті және жаңа босанған әйелдердің жеке картасында" (111/у нысанды) "Жүкті әйелдің айырбастау-хабарлау картасында" (N 113/у нысанды) жазылады және дәрігердің қолымен бекітіледі.

Ұрықтың құрсақішілік дамуының тежелуі бар жүкті әйелді қабылдау бөлімінде қарауды дәрігер жүргізеді. Егер жүкті әйел босану қызметімен немесе ұрық маңы суының босануға дейінгі төгілуімен түссе, онда бірден босану блогына жатқызылады. Науқастың жағдайына байланысты дәрігер акушер- гинеколог пен анестезиолог – реаниматолог бірлесе отырып, көпсалалы бөлімге жатқызу туралы сұрақты шешеді (ЖПБ, ҚТП). Науқасты бөлімнен бөлімге тасымалдау түрі тек каталкада жүзеге асырылады.

Ұрықтың құрсақ ішілік тежелуіндегі кезінде жүктілікті жүргізу

Жүктілікті жүргізу мақсаты- ұрықтың құрсақ ішілік тежелуіндегі болатын асқыныстардың уақытылы алдын алу мен асқынысты болдырмау. Жүктіліктің 35-36 аптасында ұрықтың жағдайын толық анықтауға болады, осы уақытта жүктілікті одан әрі қалай жүргізу керектігін анықтап, әйелге хабарлау керек. Жүкті әйелді жүктіліктің 36-37 аптасында госпитализациялау керек және уақытында госпитализациялау босанудың сәтті аяқталуына әкелетінін түсіндіру қажет.

Босану үйінде жүктілерді тексереді, босануға психопрофилактикалық дайындайды; әйелді толғақ басталғанда не қағанақ суы кетіп жатқанда кезекші дәрігерді не акушерді шақыру керектігін ескерту керек.

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Аntenатальный период
(от образования зиготы до 40 недели беременности)

эмбриональный
(до 12 недели беременности)

фетальный

ранний
(от 12 до 29 недели)

интранатальный
(роды)

поздний
(от 27 недели до родов)

Перинатальный
(от 27 недель до 7 суток после родов)

Неонатальный
(от рождения до 28 суток)

КРИТИЧЕСКИЕ ПЕРИОДЫ

фазы внутриутробной жизни, в течение которых эмбрион и плод особо чувствителен к воздействию различных повреждающих факторов

период имплантации
7-12 сутки

период образования
зачатков органов
9-12 неделя

развитие плаценты
7-16 сутки

период формирования
важнейших функций
20-24 неделя

гибель плода, ПВР, нарушение функций органов и систем (**особенно ЦНС и ССС**)

КОЛ-ВО МЕРТВОРОЖДЕННЫХ

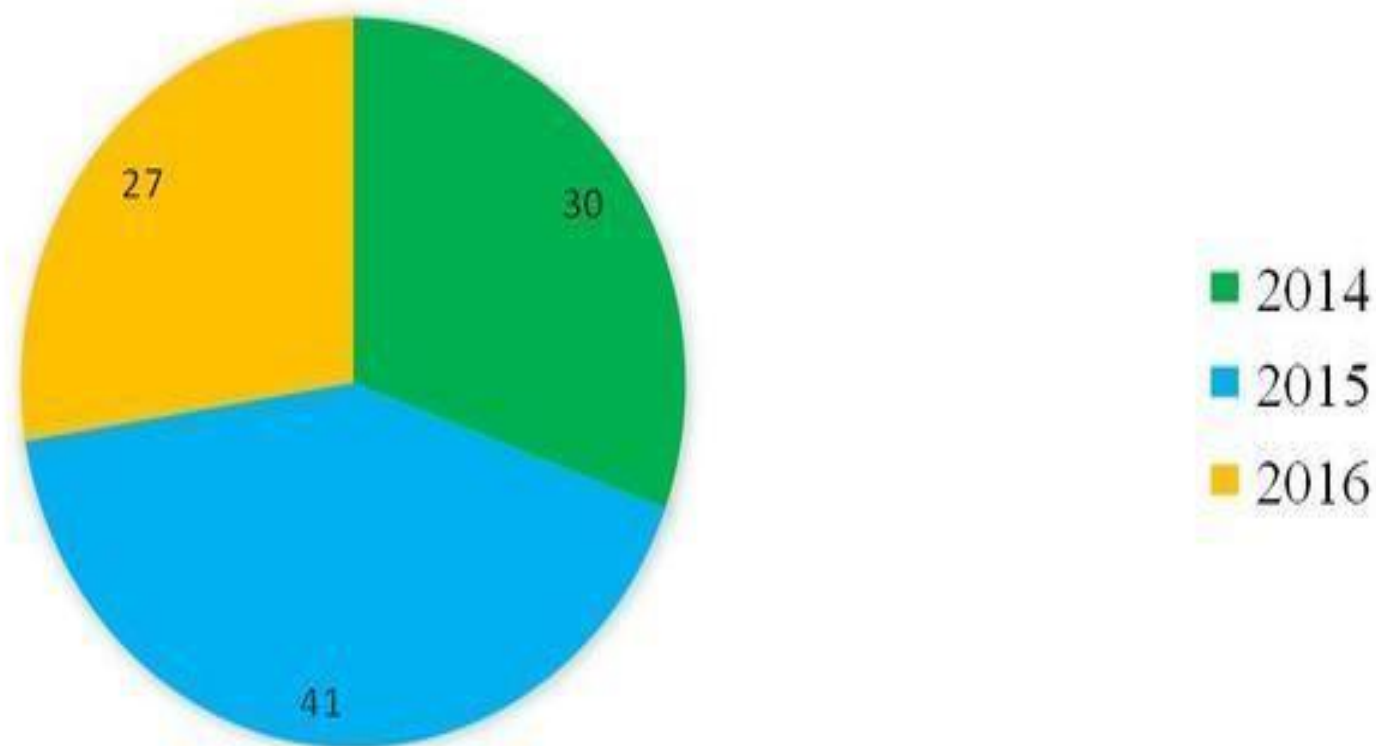


Рис.3- Всего мертворожденных за 2014-2016 гг.

Из таблицы и диаграммы видно, что за 2014-2016 годы количество антенатальных потерь было не много. За 2014 год всего было случаев 30, а в 2015 году 41, что возросло по сравнению прошлым годом на 72,1%. А в 2016 году снизилось на 65,0% по сравнению с 2015 годом. Почему такая динамика антенатальных потерь нам предстоит выяснить при многомерном статистическом анализе женщин со случаями мертворождений.

МАТЬ

**Соматические
заболевания матери**

болезни ССС, инсульты, болезни почек, хронические заболевания, инфекции

Акушерско-гинекологические осложнения

Эндокринопатии матери

ПЛАЦЕНТА

Нарушение маточно-плацентарного кровообращения

Задержка роста, поражение мозга, гипоплазия

Нарушение морфогенеза, становления функций органов

ПЛОД

ГАМЕТОПАТИИ

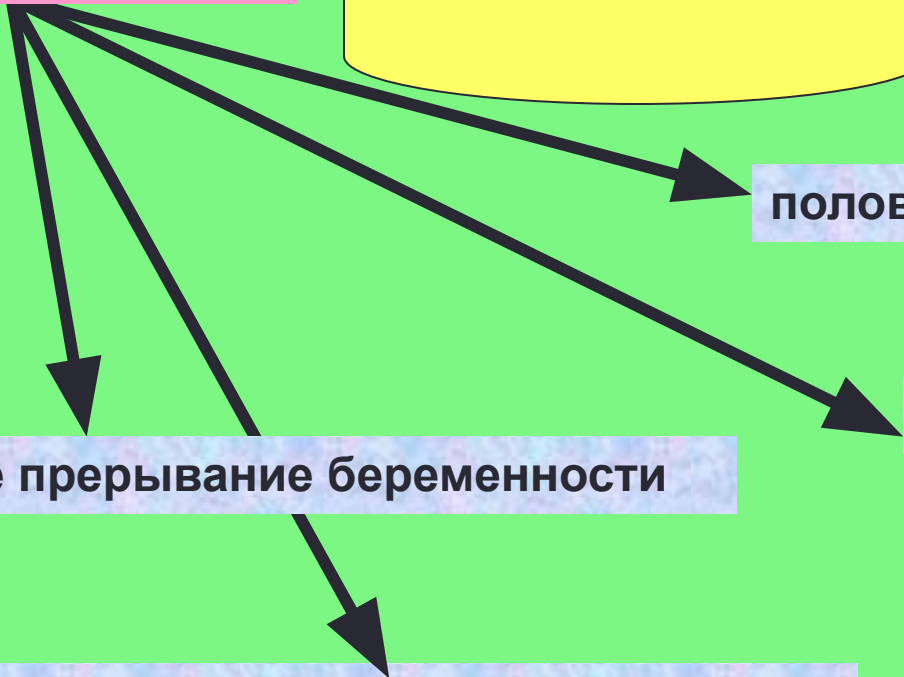
Мутации в половых клетках родителей и ненаследственные изменения в **яйцеклетках** и **сперматозоидах**, происходящие до оплодотворения, во время и на первых стадиях дробления зиготы

половая стерильность

ВПР

спонтанное прерывание беременности

наследственные заболевания и синдромы



Соматические
заболевания матери

Эндокринопатии
матери

Хромосомные
абберации

БЛАСТОПАТИИ

Поражение **бластоцисты** в
первые
15 дней после оплодотворения

до имплантации

после имплантации

при обратимых повреждениях
клеток характеризуется их
восстановлением, при
необратимых изменениях в
клетках приводит к его **гибели**

заместительные механизмы
репарации поврежденных
клеток не действуют, любое
нарушение может приводить к
формированию **пороков**

спонтанный аборт
гибель зародыша

Эктопическая
имплантация

ВПР

ЭМБРИОПАТИИ

Поражения зародыша в период от 16 дня до конца 8 недели обусловленные действием различных факторов

неинфекционные

инфекционные

вирусы

физические факторы

химические факторы

биологические факторы

тератогенный эффект

эмбриотоксический эффект

пороки развития, уродства

поражения хориона

Гибель эмбриона

ВПР



Поражения плода в период от **9** недели до конца беременности

ФЕТОПАТИИ

неинфекционные
ранние

инфекционные
поздние

ВПР, редкие пороки дистопий
и гипоплазий органов

врожденные болезни (энцефалит,
гепатит, пневмония, нефрит)

преждевременные роды

асфиксия в родах

неонатальные болезни и
смертность

CO – 0,01- 0,05 мг

КУРЕНИЕ

МАТЬ

CO – 16-20 тыс. мг

ПЛАЦЕНТА

CO – 25-100 мг

НИКОТИН

ПЛОД

4,8 – 10,0 %

ГИПОКСИЯ

КАРБОКСИГЕМОГЛОБИН
0,7 – 2,0 %

нарушает проницаемость клеточных мембран, суживает маточные артерии,

гипотрофия, расщелина неба и губы, асфиксия в родах, синдром внезапной смерти; увеличение перинатальной заболеваемости и смерти до 28%

выкидыши, недонашивание, гестозы, отслойка плаценты, кровотечения в родах

АЛКОГОЛЬ

ЭТАНОЛ

ОБЛАДАЮТ:

АЦЕТАТАЛЬДЕГИД

ЭМБРИОТОКСИЧЕСКИМ
ДЕЙСТВИЕМ

МУТАГЕННЫМ
ДЕЙСТВИЕМ

ТОРМОЗЯТ ВКЛЮЧЕНИЕ
ТИМИДИНА В ДНК

РАННИИ СТАДИИ
ЭМБРИГЕНЕЗА

ЛЕТАЛЬНЫЕ ХРОМОСОМНЫЕ
МУТАЦИИ

ГИБЕЛЬ КЛЕТОК

НАРУШЕНИЕ МИГРАЦИИ
НЕРВНЫХ КЛЕТОК

4 – 10 НЕДЕЛЯ

НАРУШЕНИЕ СИНТЕЗА
НЕЙРОМЕДИАТОРОВ,
ПРОТЕИДОВ,

НАРУШЕНИЕ МИЕЛИНИЗАЦИИ
НЕРВНЫХ ВОЛОКОН

ГРУБЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ
МОЗГА

МИКРОЦЕФАЛИЯ

НЕДОРАЗВИТИЕ КОРЫ
ГОЛОВНОГО МОЗГА

УМЕНЬШЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА
ИЗВИЛИН

Отставание в росте и умственном развитии; пороки сердечно-сосудистой и половой системы

Қорытынды

Қорытындылай келе Жаңа туылған нәрестелер арасында құрсақішілік даму кідірісін алдын алу үшін болашақ ананың және жүкті әйелдің жүктілікті жоспарлау алдында экстаргениталды ауруларын анықтап ем жүргізу керек. Қауіп – қатер тобына жататын жүкті әйелдермен консультация жүргізіп, есепке алу қажет.

ҚІДК-не дамуына алып келетін факторлардың ішінде, егер жүкті әйел зиянды аймақта тұратын болса, эвакуациялануы керек, себебі нәресте үшін де ана үшін қоршаған ортаның әсері маңызды.

Жүкті әйел өзі үшін де нәресте үшін де уақтылы сринингтен өтіп, қорғануы қажет.

Әдебиеттер

- Раисова А.Т., Нұркасымова Р.А. Акушерия және гинекология: Оқулық/. Алматы: АсемСистем, 2006.-296 б
- Абисатов Х.А. Клиническая онкология, 2-х т.-Алматы: Арыс. Т.2.-2007.-640 с.:ил.
- Акушерство : учебник / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд., испр. и доп. - Минск : Адукацыя і выхаванне, 2007. - 656 с. : ил
- Айламазян Э.К. Акушерство : Нац. рук-во / [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200 с. - (Национальные руководства)
- Гинекология : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. - СПб. : Спец Лит, 2008. - 415 с. : ил.
- Подзолкова Н.М., Кузнецова И. В., Глазкова О. Л. Клиническая гинекология: учеб. пособие. - М. : Мед. информ. агентство, 2009. - 616 с. : ил.
- Акушерство : учеб. для мед.вузов / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., испр. и доп.- СПб.: Спец Лит, 2010.- 543с.: ил.
- Акушерия және гинекология : оқулық / А. Т. Раисова, Р. А. Нурқасымова. - Алматы : Эверо, 2011. - 404 б.