

ЖҮРЕК, ҚАН-ТАМЫР ПАТОЛОГИЯСЫ

434- Хирургия

*Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары
экстрагенитальды аурулары арасында бірінші орынды
алады. Жүктілік пен босану ағымын жүргізуге әсері
маңызды жүрек ақаулары:*

- 1)Туа пайда болған
- 2)Жүре пайда болған
- 3)Ревматикалық жүрек ақаулары

Туа пайда болған жүрек ақаулары

- Жүкті әйелдерде Туа пайда болған жүрек ақауларының кездесу жиілігі 3-5 % құрайды. Оларға:
 - 1) Жүрекше аралық және қарынша аралық перденің ақаулары, ашық артериялық өзек
 - 2) Фалло тетрадасы
 - 3) Аортальды стеноз
 - 4) Марфан синдромы
 - 5) Эйзенменгер синдромы

Жүрекше аралық және қарынша аралық перденің ақаулары, ашық артериялық өзек

Азғантай ақауларда гемодинамикада айтарлықтай өзгерістер болмайды, ал үлкен ақауларда солдан оңға қарай қанның айдалцы нәтижесінде, сол жақ қарыншаға шамадан тыс жүктеме түсіп, гипертрофия пайда болады. Өкпелік қан ағысының ұлғаю өкпелік гипертензияға әкеледі.

Қайтымсыз өкпелік гипертензия дамуы кезінде жүктілікке қарсы көрсеткіш болады

Аортальды стеноз

Аортальды стеноз жиі екіжармалы аорта қақпақшасында туындайды. Егер аортальды қақпақшаның саңылауының ауданы 1 см (2) кем болса, сол жақ қарыншаның шығарушы жолының обструкциясы содан соң гипертрофия дамиды. Жүктілік кезінде жүрекке түсетін күш жүктеме айтарлықтай ұлғаятындықтың, ауыр аортальды стеноз кезінде болжам қолайсыз. Ауыр аортальды стеноз кезінде жүктілікті ұзу көрсеткіш б.т себебі ана өлімі 15 % жетеді

Марфан синдромы

Дәнекер тінінің тұқым қуалайтын ауруы. Жүрек – қан тамыр жүйесінің зақымдалуы митральды қақпақшаның миксоматозды дегенерациясымен және аортаның кистозды медионекрозымен көрінеді. Митральды қақпақшаның аздаған регуртациялы пролапсында жүктілік ағымы қолайлы өтеді, ал айқын регуртациясында АҚК артуымен байланысты сол қарыншалық жетіспеушіліктің даму қауіпі жоғарылайды.

Жүктілік кезінде тамыр қабырғасының құрылымдық өзгерістерінде аорта түбірінің жыртылуына әкеледі .

Марфан синдромы бар жүкті әйелдердің өлімінің негізгі себебі болып табылады

Туа біткен жүрек ақауларының ұрыққа әсері

Анасының туа біткен жүрек ақауына ұқсас ақаумен ұрықтың туылу қауіпі 10-22% құрайды. Ұрықтың дамуының кідіруі мүмкін, перинотальды өлім көрсеткіші жоғары. Анасында Марфан синдромы бар ұрықтың осы ақаумен туылуы 50 % - ды құрайды

Жүре пайда болған жүрек ақаулары

Митральды стеноз

- ▶ Сол жақ жүрекшеден қан айналуының қиындауынан оның дилатациясына, одан әрі өкпелік гипертензия дамуына әкеледі. Ауыр митральды стеноздың болжамы, себебі жүктілік кезінде жүректің соғу жиілігі мен айналымдағы қан көлемі артуы жүректегі жүктемені жоғарылатады.
- ▶ Жиі жыбыр аритмиясы, көктамырлық іркіліс, өкпе шемені пайда болады.
- ▶ Митральды стеноз кезінде жүктіліктің ағымы жүрекше – қарынша аралық саңылаудың дәрежесіне байланысты
- ▶ 1-ші дәрежеде жүктілік ағымы қолайлы
- ▶ 2-3-ші дәрежеде саңылау диаметрі 1,5 см немесе одан аз болса жүктілікке қарсы көрсеткіш

Жүрек ақаулары бар науқастардың жүктілігі мен босануын жүргізу.

- ▶ Бірқатар туа біткен және жүре пайда болған жүрек ақаулары кезінде жүктілік ана өмірі мен денсаулығына қауіп төндіреді. Жүрек ақаулармен жүктілікті жүргізудің принциптеріне анамнезбен мұқият танысу, лабораториялық, инструментальды тексерулер жатады
- ▶ Жүре пайда болған жүрек ақауларында әйелдерге төнетін қауіп Л.В Ванинаның жіктемесінде көрсетілген

Жүре пайда болған жүрек ақауларында әйелдерге төнетін қауіп Л.В Ванинаның жіктемесінде көрсетілген

Жүрек жетіспеушілігі мен және ревматикалық процестің өршу белгілерінсіз жүрек ақауы кезіндегі жүктілік

Жүрек жетіспеушілігінің бастапқы белгілері

Оң қарыншалық жетіспеушілігі басым, жыбыр аритмиясы және өкпелік гипертензия кезіндегі жүктілік

Сол қарыншалық жетіспеушілік, жыбыр аритмиясы, өкпелік гипертензияның тромбоэмболиялық көріністерімен жүректің декомпенсирленген ақауы кезіндегі жүктілік

Жүктілікті I II ші дәрежелерінде жалғастыруға болады, ал III IV дәрежелерінде жүктілік қарсы көрсеткіш болып есептеледі. Туа біткен және жүре пайда болған жүрек ақаулары бар науқастарды босануға дейін бақылауда және физикалық белсенділікті шектеу жүрек патологиясына және жүрек жетіспеушілігінің айқындылығына байланысты жеке қойылады. Тұз бен майлы тағам шектелген ем дәм тағайындалады

Жүктілікке дейін жүргізілген кардиальды терапияны ұрыққа қолайсыз әсері бар препараттарды алып тастап, әрі қарай жалғастыруға болады.

Жүрек ауруларымен жүкті әйелдердің босануы мамандандырылған перзентханаларда немесе көпсалалы ауруханалардың акушерлік стационарларында терапевт, кардиолог, анестезиолог, мамандардың қатысуымен жүргізген жөн. Жүрек ақаулары бар науқастардың босану әдісі мен мерзімі жеке таңдалады. Мерзімінен бұрын босануға көрсеткіштер:

- 1) жүрек жетіспеушілігіне көрсетіліп жатқан емнің нәтижесіз болуы*
- 2) тұрақты өкпелік гипертензия*
- 3) активті ревматизм*

Жыныс мүшелерінен тыс аурулардың ішінде көбінесе іштегі нәрестеге зиянын тигізетіні ревматизм мен гипертония ауруының II-III-сатысы.

Ревматизм(грек. *rheumatismos* — өту) — дәнекер тіндерді, негізінен жүрек-қантамыр жүйесі мен буындарды зақымдайтын жұқпалы-аллергиялық ауру.

Ревматизм гемостаз жүйесінде өзгерістермен бірге жүреді .

Жүре пайда болған жүрек ақауларымен ревматизм қанның созылмалы тамыр ішілік шашыранды ұю белгілерімен, бұл жүктіліктің өсуіне байланысты күшейеді. Бүкіл елде ревматизді анықтау үшін америкалық ревматологтар ассоциациясы ұсынған үлкен және кіші диагностикалық критерияларын қолданады.

Тромбоздар, тромбоземболиялар

Тромбоздар мен тромбоземболиялардың кездесу жиілігі 1000 әйелге шаққанда 3 – 12 әйелде, яғни жүкті емес әйелдерге қарағанда 6 есе жиі кездеседі. Ал босанудан кейін 1000 босанған арасынан 30 – ға жетеді.

Тромб түзілуге жағдай тамыр қабырғасының зақымдалуымен қосарланған варикозды аурудың әсерінен қан ағысының төмендеуінен туындайды. Тромб түзілуге қосымша қан ұю жүйесінің бұзылысы, осылайша патофизиологиялық факторлар болады – Вирхов триадасы: көктамыр ішкі қабырғасының жарақаты, көктамыр ағысының баяулауы қан ұюдың жоғарлауы.

Тромботикалық аурулардың жиілігі босанудың түріне байланысты: табиғи босану жолы арқылы босануларды кездесу жиілігі 0,08 -1,2% кесар тілігінен соң 2,2-3% құрайды.

Тромбоздар дамуының қосымша факторлары

- Жүкті әйел жасының 30-дан жоғары болуы;
- Жоғары паритет;
- Семіздік;
- Ана мінезінде терең көк тамырлар тромбозы немесе тромбоземболиясы.

Ревматизмнің үлкен және кіші критериялары

А.Н. Нестеров жіктеуі бойынша ревматикалық процесстің 3 дәрежесі бар.

Үлкен критериялар	Кіші критериялар
<ul style="list-style-type: none">• Кардит• Полиартрит• Хорея• Тері асты ревматикалық түйіндер• Аннулярлы эритема	<p><i>Клиникалық:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Бұрын болған ревматизм немесе жүректің ревматикалық ауруы• Артралгия• Қызба <p><i>Лабораториялық</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Жедел реактантты фазасы: ЭТЖС реактивты белок, лейкоцитоз• ЭКГ – де Р-Q интервалының ұзаруы

I дәрежесі – минимальды. Оған активті ревматизмнің әлсіз клиникалық белгілері тән, мүшелер мен тіндерде экссудативті компоненттер мүлдем болмайды. Лабораториялық көрсеткіштер қалыпты немесе аздап өзгерген. Жүктілікке қауіпті көрсеткіш ретінде саналмайды

II дәрежесі – аздаған . Оған ревматикалық атқылаудың аздап және қызбасыз болуы немесе тіптен болмауы, зақымдалған мүшелерде экссудативті компоненттердің жасырын болуы тән.

Процессте лабораториялық белгілер айқын емес. Лейкоцитоз болмауы мүмкін. ЭТЖ және басқа да лабораторлық көрсеткіштер аздап жоғарылаған.

III дәрежесіне тән айқын жалпы және жергілікті қызбамен, зақымдалған мүшелерде қабынудың экссудативті компоненттерінің басым болуы, иммунды белсенділігі қабыну реакциясының жоғарғы көрсеткіштерімен көрінеді. Қанда нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы, С-реактивті белок, фибриноген деңгейінің жоғарылауы, геоксоз анықталады

Артериалды гипертония

Гипертониялық ауру жүкті әйелдерде 4 – 5% кездеседі. ГА көптеген әйелдерде жүктілікке дейін дамиды және анамнез барысында анықталады. Гипертониялық ауру туралы, егер 140/90 мм с.б жоғары болса немесе систолалық қысым 30, ал диастолалық қысым 20 мм с.б жоғарыласа айтамыз.

*1997 жылы Бүкіл Ресейлік кардиологтар қоғамымен
біріншілік артериальды гипертонияның жіктелуі
қабылданды*

I
• Систолалық қысым 140-159, диастолалық – 90-95
мм с.б

II
• Систолалық қысым 160- 179, диастолалық 96-109

III
• САҚ 180-209, диастолалық 110-119
• 4- САҚ 210 жоғары, диастолалық 120 мм с,б жоғары

Жүкті әйелдердегі артериалды қысым бірқатар өзгерістерге әкеледі. Жүктіліктің бірінші жартысында көптеген зерттеушілер артериалды қысымның сәл төмендігін, ал екінші жартысында жоғарылайтынын байқады.

Артериалды қысымның жоғарылауы плацентарлық жетіспеушілікке, созылмалы гипоксияға, нәрестенің құрсақ ішілік дамуының кідіруіне, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуіне, нәрестенің антенатальды өліміне және басқа акшерлік асқынуға әкеледі

□ ГА жүктілікті сақтауға қарсы көрсеткіштер

Жүктілікті ГА- II және III дәрежесінде жүктілікті жалғастырмау ұсынылады. ГА мен жүкті әйелдер әйелдер консультациясында ғана емес, сонымен қатар терапевтпен 2 рет қаралуы тиіс, жағдайы сәл нашарласа оларды стационарға жібереді, сонымен қатар босануға дейін 2 – 3 апта бұрын босануға дайындауға және босандыру әдісін таңдау мақсатында жатқызылады. Жүкті әйелдерде босануды күтумен, табиғи босану арқылы жүргізіледі

Кесар тілігіне көрсеткіш

Жүргізілген емнің нәтижесіз болуы
ана өмірі мен денсаулығына қауіп төнетін жағдай (ми қан айналымының бұзылыстары, көздің торлы қабығының сылынуы)

Жүрек аурулары мен әйелдерді босандыру.

Жүрек аурулары әйелдерді босандыру тек табиғи босану жолдары арқылы жүзеге асқаны дұрыс.

Компенсирленген қан айналымда жүктілік кезінде немесе босануға дейін жойылған жетіспеушіліктің бастапқы сатыларында күшенуді болдырмау көрсетілмеген.

Күшенуді акушерлік қысқыштармен болдырмауға көрсетулер

- Алғаш босанатын әйелдер қан айналым жетіспеушілігін I және II а дәрежесінде*
- Қайта босанатын әйелдерде IIб дәрежесінде жүрек ауруына байланыссыз*
- Жүктілік кезінде қан айналым жетіспеушілік IIб дәрежесінде егер ол босанар алдында I және II а көшсе*
- Босану кезінде қан айналым бұзылыстары*
- Жыбырлағыш аритмия*
- Жоғары өкпе гипертензиясында*

Кесар тілігіне көрсетулер

- Босануға дейінгі сақталған декомпенсацияны шақырған ауруға байланыссыз, қан айналымның II б және III дәрежелі жетіспеушілігінде
- Септикалық эндокардитте жүктілік кезінде байқалған, босану кезінде дамыған жедел жүрек жетіспеушілігі
- қан айналымның II б және III дәрежелі жетіспеушілігімен бірлескен өкпе гипертензиясы

12 аптаға дейін жүктілікті үзу көрсеткіштері

- Жеделдеу бактериалды эндокардит, ревмокардит
- Ауыр ағымдағы миокардит
- Айқын митралды стеноз
- Аортаның коарктациясы
- Кардиомегалия
- Жыбырлағыш аритмия
- Артериалды гипотония немесе созылмалы гломерулонефритпен немесе тиреотоксикоз

Жүрек аурулары мен жүкті әйелдерді жүргізу тактикасы

1. 3 рет стационарға жатқызу (жағдайына байланыссыз)
 - Жүктіліктің 8-10 аптасында диагнозды анықтау және жүктілікті сақтау туралы сұрақты шешу
 - 28-30 аптада жүрекке жоғары гемодинамикалық күштеме түскенде
 - Босанудан үш апта бұрын дайындауда
1. Акушер-гинеколог, терапевт, (кардиолог), реаниматологпен бірге жүргізу