

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА  
УНИВЕРСИТЕТІ  
АКУШЕРИЯ ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

**Тақырыбы: Жүктілікті көтере алмаушылық**



Қарағанды 2014ж

---

Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша, жүктілікті көтере алмаушылық деп әйел анамнезінде қатарынан үш рет 22апта мерзіміне дейінгі өздігінен түсік тастауды айтады. Қазіргі кезде осы мәселемен айналысатын мамандар қатарынан екі рет өздігінен түсік тастаған әйелдерді жүктілікті көтере алмайтындардың қатарына жатқызып, әрі қарай оларды тексеріп себебін анықтап, келесі жүктілікке дайындау қажет екенін айтады.

# ЭТИОЛОГИЯЛЫҚ СЕБЕПТЕРІ:

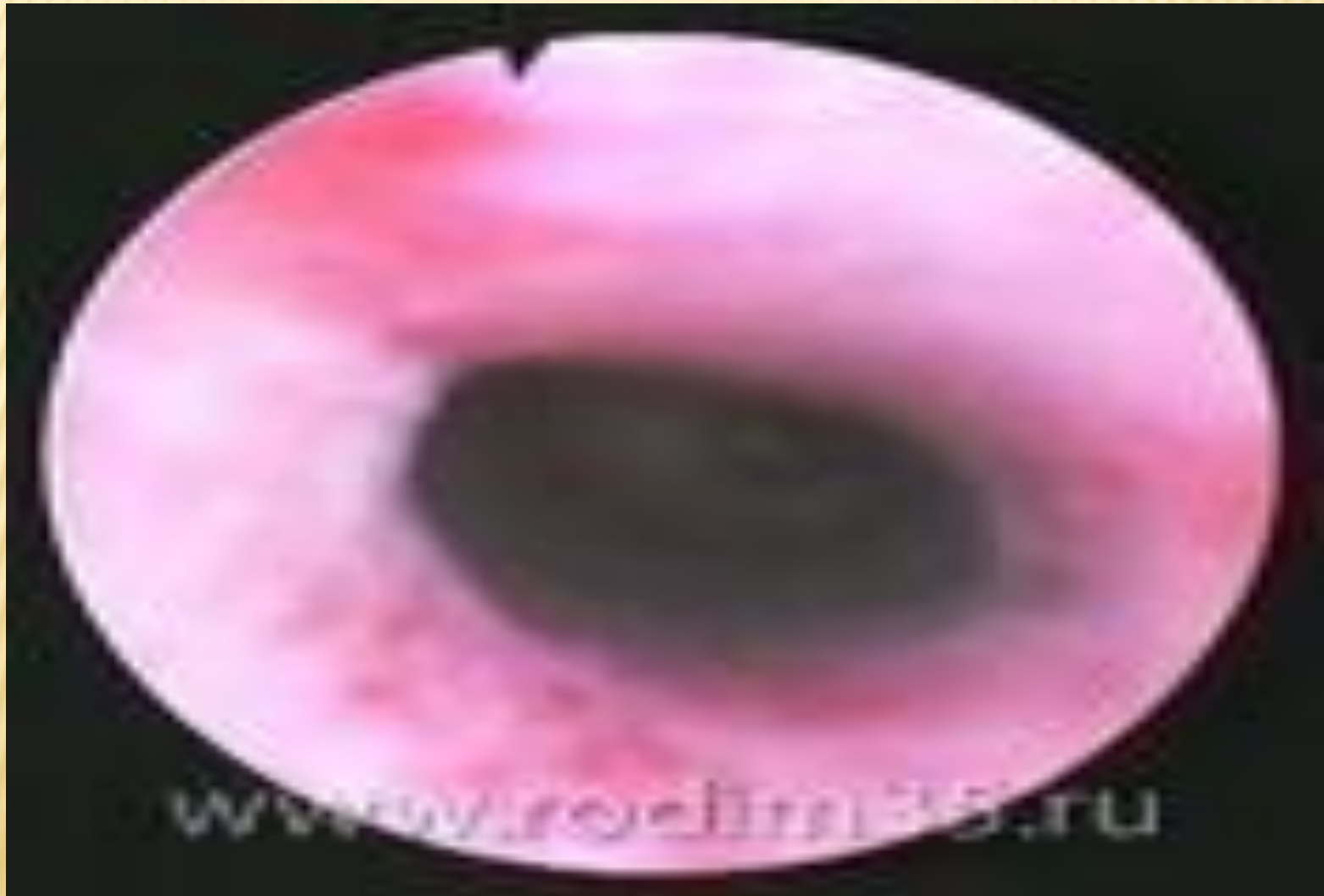
- Ата-анасының генетикалық факторлары
- Хромосомды ауруларды
- Анатомиялық себептер
- Мюллер өзектерінің толық бірікпеуі немесе жатыр ішілік бөгеттер
- Жатырлық артериялардың аномалиялары
- Жатыр мойынының аномалиялары
- Жатырдың лейомиомасы
- Эндокринді факторлар
- Эндометриоз, аденомиоз
- Қалқанша безінің аурулары
- Қант диабеті

- Инфекциялар: Бактериалды
  - Вирусты
  - Саңырауқұлақты
  - Пазитарлы
  - Иммунологялық факторлар
  - Клеткалық механизмдер
  - Супрессорлы клеткалар мен факторлардың жетіспеушілігі
  - Дәрілік препараттарды қолдану
  - Соматикалық аурулар
  - Гематологиялық себептер
  - Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары
  - Қоршаған ортаның әсерлері
- 1) психо-эмоционалдық стресстер
  - 2) физикалық күштер

# ИСТМИКО - ЦЕРВИКАЛЬДЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІК

Истмико - цервикальды жеткіліксіздік жатыр мойнының истмикалық бөлігінің шамасыздығы. Истмико - цервикальды жеткіліксіздік кезінде жатырдың ішкі аңқасының тарылу механизмі жойылып жатыр ішінде ұрықтық жұмыртқаның ұсталу қабілеті жойылады. Ұрық жатыр ішінде ұсталынбай төмен жатыр мойнына келеді да, әрі қарай ашық ішкі аңқадан өткенде, жатырдың жиырылуы болып әйел түсік тастайды. Истмико - цервикальды жеткіліксіздік кезінде екінші триместрде немесе ерте өздігінен салыстырмалы тез ауырсынусыз түсік тастау жиі кездеседі. Осындай диагноз қойылған жоғары қауіп тобына жататын әйелдерде жатыр мойнының мониторингісі жүктіліктің 12 аптасынан бастап әр екі апта сайын жүргізілуі тиіс.

# ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬДЫ ЖЕТКІЛІКСІЗЛІК



# АЛДЫН АЛА ТЕКСЕРУ

Жүктілікті көтере алмаушылық диагнозы қойылған әрбір әйелді тексеру мұқият анамнез жинаудан басталады. Әсіресе анамнезінде гинекологиялық ауруларының бар жоқтығына, хирургиялық операциялардың болғанын, кәсіби зиянды факторлардың, интоксикациялардың бар жоқтығын сұрастыру. Қанша жүктілік болғанын және әр жүктіліктің ағымын мұқият қарастыру.

## Жүктілік тарихынан:

- Бұрын болған жүктіліктің саны
- Әр жүктіліктің ағымы қалай болды
- Қандай мониторинг жүргізілді
- Қандай дәрілік препараттар қолданылды
- Жүктілік қай мерзімде үзілген
- Жүктілікті сақтап қалу үшін қандай шаралар қолданылған
- Ол үшін қандай препараттар қолданған қандай дозада
- Жүктілік кезіндегі анализдердің және жүргізілген зерттеулердің қорытындылары
- Өлген ұрықтың қалдықтарының зерттеу қорытындылары

# ФИЗИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

---

Жүкті әйелді физикалық зерттеу бойы, дене салмағын, артериалды қысымын, метаболизм бұзылыстарының көрсеткіштерін анықтауға бағытталған. Мұқият геникологиялық тексеру және кіші жамбас қуысын УДЗ.



# ДИАГНОСТИКАСЫ

---

- **Әйелдің репродуктивті жүйесін ультрадыбысты зерттеу.** УДЗмен аналық бездің жағдайы анықталады, жатырдың өзгеше түрлері (даму ақауларын, ісіктер, эндометриоз, жатыр ішіндегі өзгерістер) жатырдың шырышты қабығының созылмалы қабынулық аурулары анықталады.
- **Гистеросальпингография және гистероскопия** Негізінен жатыр ішілік патологияларға, жатырдың даму ақауларына күдік туғанда жүргізіледі.

□ **Қанды зерттеу, құрамында жыныстық гормондардың және аналық жұмыртқаның қызметін реттейтін гормондарды анықтауға негізделеді.**

---

Екі рет жүргізіледі: бірінші рет менструальды-овариальды циклдің бірінші фазасының ортасында (орташа еттекірдің басталғанынан алғашқы 7 – 8 күнінде), екінші рет екінші фазаның ортасында (орташа еттекір басталғаннан кейін 20 – 24 күні). Аналық бездің қызметінің бұзылыстары ерте 16 аптаға дейінгі мерзімде жүктіліктің үзілуіне әкеледі. Жүктілікті көтере алмаушылық диагнозы қойылған әр бір үш әйелде гиперандрогения анықталған, ал бұл жағдай өз кезегінде истмико-цервикальды жеткіліксіздікке әкеледі. Қанда тек әйел және еркектің гормондарын ғана емес сонымен қатар қалқанша бездің гормондарын да анықтайды.

- Қанды вирусты инфекцияларға (герпес, цитомегало-вирус), зерттеу.
- Ерлі зайыптыларда жыныс жолдарынан алынған жұғыннан жыныстық жолмен жұғатын инфекцияларды (хламидии, микоплазма, уреоплазма) анықтау.
- Иммунды бұзылыстарға қанды зерттеу
- Қанның ұю жүйесін зерттеу
- Генетик маманның кеңесінде болу
- Сперматозоидтарды зерттеу
- Эндокринолог және терапевттің кеңесінде болу

# ЛАБОРАТОРЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Лабораторлы диагностикасы жүкті әйелде генетикалық, анатомиялық, эндокринді, инфекциялық, иммунологиялық бұзылыстарды анықтау үшін жүргізіледі.

**Жүктілікті көтере алмаушылыққа күдік туған жүкті әйелде келесі тесттерді жүргізеді**

- Ерлі зайыптыларды кариотиптеу
- Жатыр қуысының жағдайын бағалау гистеросальпингография, УДЗ, соногистерография және гистероскопия арқылы
- Етеккір циклінің лютеинді фазасын анықтау базальды температураны өлшеу, прогестерон концентрациясын анықтау, ультрадыбысты мониторинг және эндометридің биопсиясы
- IgG және IgM класының антикардиолипінді антиденелерін анықтау
- IgG және IgM класының антифосфатидилсеринді антиденелерін анықтау
- Эмбриотоксикалық факторларды анықтау микоплазм, уреоплазм, хламидий және бактериялы вагинозды және токсоплазмаға, қызылша вирусына, цитомегаловирусқа және герпес вирусына қарсы антиденелер титрін анықтау
- Тромбоциттер санын анықтау қажет

# ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

- Жүктілікті көтере алмаушылық кезінде негізгі жүргізілетін иммунологиялық зерттеуге IgG және IgM класына жататын антикардиолипінді (aCL) және антифосфатидилсеринді (aPS) антиденелерді анықтау жатады. Антифосфолипидтті синдром кезінде Антифосфатидилсерин (aPS) қан сарысуында анықталады. Антифосфатидилсеринді анықтаудың клиникалық маңызы жоғары өйткені антифосфотидилсерин синцитиотрофобласттың түзілуін тежейді.

# ЖІКТЕЛУІ

---

## □ **Түсіктер:**

□ Өздігінен болатын түсіктер

□ Жасанды түсіктер

## □ **Өздігінен болатын түсіктер:**

1) Қауіп төндіруші өздігінен болатын түсік

2) Басталған өздігінен болатын түсік

3) Жолдағы түсік

4) Шала өздігінен болатын түсік

5) Толық өздігінен болатын түсік

## **Жасанды түсіктер:**

1) Медициналық түсік

2) Криминалдық түсік

# ЕМДЕУ ТАКТИКАЛАРЫ

---

Жүктілікті көтере алмаушылықты емдеу, оны тудырған себептерге байланысты жүргізіледі.

□ **Генетикалық себептерді емдеу**

Егер ерлі зайыптылардың біреуінде тума генетикалық аурулары болса генетикпен консультатцияда болып егер гомологиялық хромосомалардың робертсонды транслокациялары анықталса донорлық жұмыртқа клеткасымен немесе спермасымен ЭКО жасау ұсынылады өйткені робертсонды транслокациялар бар партнердің хромасомалары үнемі анеуплоидиямен гамета түзетін болады ал бұл кездегі жүктіліктің ақыр соңы түсік тастаумен аяқталады

# АНАТОМИЯЛЫҚ СЕБЕПТЕРДІ ЕМДЕУ

---

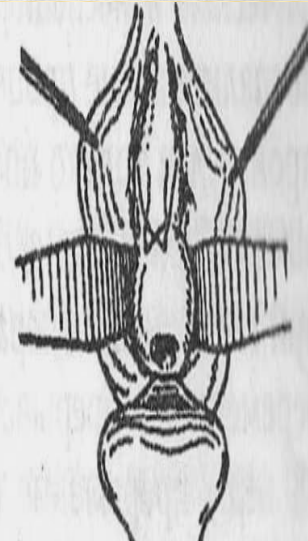
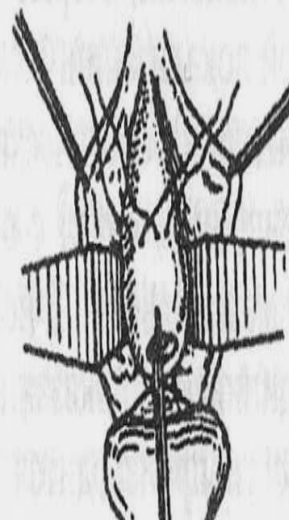
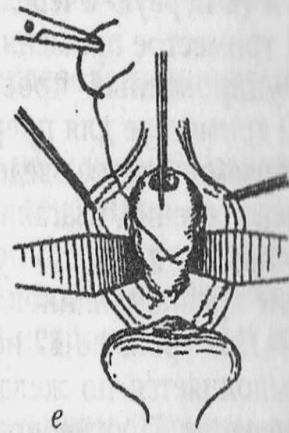
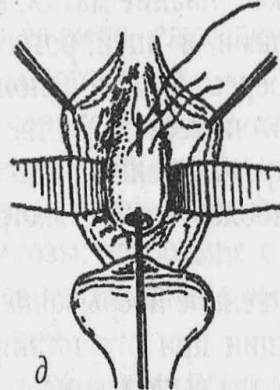
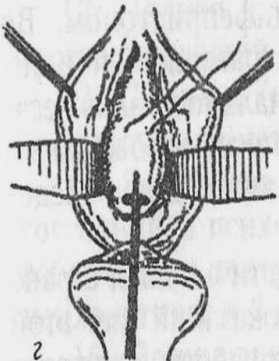
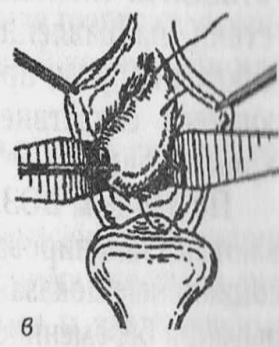
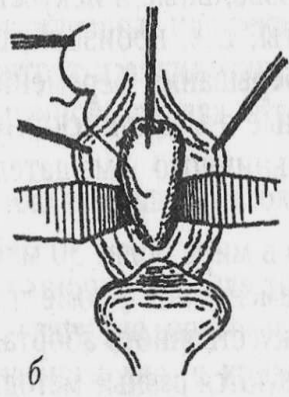
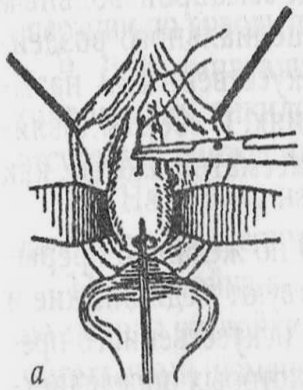
- Барлық Мюллерлік аномалиялар тек оперативті жолмен емделеді, мысалы жатыр ішілік бөгеттерді жою үшін гистероскопиялық әдіс қолданылады.
- Етеккір циклінің лютеинді фазасын емдеу прогестерон препараттарын қолдану арқылы жүргізіледі. әсіресе дюфостон күніне 2 таблеткадан .Егер жүкті болса да дюфастонды қолдануды тоқтатпайды 8 таблекадан , біртіндеп мөлшерін азайтады күніне 1-2 таблеткаға. Дюфостонды клостилбегитпен комбинирлеп етеккірдің 5 ,9күнінде 100 мг бір рет түнде қолдану жақсы әсер етеді.



# ИЦЖ ЕМІ

---

- Истмико - цервикальды жеткіліксіздік кезінде ең кең тараған хирургиялық коррекция McDonald әдісі бойынша жіп салу, немесе П тәрізді Любимов бойынша жіп салу. Сонғы жылдардың зерттеуі бойынша истмико-цервикальды жеткіліксіздік кезінде жатыр мойынын тігу ерте түсік тастаудын алдын алады. ИЦЖ байланысты жүктілікті көтере алмаушылығы анықталған әйелдедерді емдеу созылмалы эндометритті емдеуден және қынаптың микрофлорасын қалпына келтіруден басталады. Қынаптық бөліндісін бактериологиялық зерттеуден кейін антибиотиктерді индивидуальды таңдау жүргізеді.



# ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ СЕБЕПТЕРДІ ЕМДЕУ

---

## **Антифосфолипидтті синдром**

- Антифосфолипидтті синдром плацентада тромбоздар түзілуіне әкелетіндіктен емінде антикоагулянттарды қолдану гепарин 15000ЕД бірінші триместрде күніне, 20000 ЕД екінші триместрде
- күніне аспирин 80 мг
- 30-60мг преднизалон

# ҚОРЫТЫНДЫ

---

**Жүктілікті көтере алмаушылық қазіргі кезде өзекті мәселелердің бірі. Кей аурулардың емінің нәтижесін алдын ала болжау қиын екені белгілі,жүктілікті көтере алмаушылықты сондай аурулар қатарына жатқызуға болады.Сондықтан осындай диагноз қойғанда дәрігердің алдында үлкен жауапкершілік қойылады. Өйткені дұрыс диагноз қойылып оның емдік тактикасының дұрыс таңдалғаны тек келесі жүктіліктің нәтижесінен көре аламыз,ал қателесудің нәтижесі өте ауыр екенін ескерген жөн. Өйткені әр бір үзілген жүктілік әйелге тек психологиялық жарақат қана емес оның репродуктивті жағдайына да кері әсерін тигізеді.Сондықтан әр бір сәтсіз жүктіліктен кейін оны тудырған себептердің де өршуі болатынын ескерген жөн.Бірақ қазіргі кезде осындай диагноз қойылған әйелдер дұрыс ем қабылдаған жағдайда болашақта ана аталуына мүмкіндігі жоғары.**

# ЗЕЙІН ҚОЙЫП ТЫҢДАҒАНДАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ !!!

