

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра: Акушерия және гинекология.

Тақырыбы: *Дамымаған түсік.*



Орындаған: Шарифова Б.Қ.
Факультет: ЖМ
Курс: 5
Топ: 11-04-2к
Қабылдаған: Мукашева А.Б.

Алматы 2016

Жоспар:

I. Кіріспе

II. Негізгі бөлім

- *Дамымаған түсік дегеніміз*
- *Эпидемиологиясы*
- *Дамымаған түсік себептері*
- *Патогенезі*
- *Клиникалық көріністері*
- *ДТ жіктелуі*
- *ДТ сатысы*
- *Диагностикасы*
- *Емі*

III. Қорытынды

IV. Пайдаланылған әдебиеттер

Дамымаған түсік

Дамымаған түсік - ұрық жасушасы кез келген гестациялық мерзімде (0-ден 28 аптаға дейінгі) белгісіз себептерге байланысты дамуын тоқтатады, бірақ қанды-етті-тасты түзілу кезеңінен өтеді. (литонедион). Оны баламасы болып 28 аптадан кейін ұрықтың шала туылуы болып табылады. Агрессивті фактор – ұрық жасушасының тіндік тромбопластині жатады. Ол ТШҰҚ синдромы, спонтанды және иницирленген түсік кезіндегі қан жоғалтумен белгіленеді.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Халық арасында жүктілікті көтере алмаушылық 20% жиілігін құрайды. Жүктілікті көтере алмаушылықтың өзі ішінде әдеттегі түсік 5% - тен 20% - ға дейін ,ал ерте кезеңде пайда болатын өздігінен жүретін дамымаған түсік 45–88,6% құрайды.

Дамымаған түсіктің пайда болу себептері

:

- **Дамымаған түсіктің пайда болу себептері әртүрлі:** Ең жиі себебі инфекциялар (хламидия, микоплазма, уреаплазмалар), бактериялық инфекциялар (гонорея, стрептококк), вирусты инфекциялар.

Генетикалық себептер, ұрықтың толық жетілмеуіне және оның тіршілікке қабілеттілігін төмендетеді. Бұл аталық жыныс жасушасының ядросының аналық жыныс жасушаның қосылуы кезінде пайда болған мутациялық өзгерістер.

- Эмбрионның жетілмеуіне және эмбриогенездің бұзылуына жедел инфекциялар, токсикалық заттар және басқа да себептер әсер етеді.

Эндокриндік себептер аз кездеседі. Прогестеронның жеткіліксіздігі эндометридің ишемиясына, ұрық жасушасының

- **Иммундық** өте аз кездеседі (резус-конфликт, ХГЧ қарсы антидене) и **аутоимунды** (антифосфолипидті синдром және т.б.) себебі.
- **Истмикалық-цервикальдық жеткіліксіздік** (жатыр мойынының әлсіздігінен ұрықты ұстап тұра алмауы), **жатыр миомасы** (миоматоздық түйін ұрық жасушасын деформациялайды), **жатыр аномалиясы** (екітүтікті жатыр, ертоқым тәрізді жатыр, инфантилизм).
- **Қан ұю жүйесінің бұзылыстары** ұрықтың дамуына әсер етеді. Өте тұтқыр қан ұрық қан тамырын тромбымен бітеп тастайды, соның әсерінен ана-ұрық жолдас-ұрық жүйесінде қанайналым тоқтап ұрық өледі
- Ана ағзасына әсер еткен **ұзақ стрестік жағдайлар** да спонтанды түсік пен нәрестенің өлі туылуына себепші болуы мүмкін.

ДТ патогенезі

- ДТ дамуның патогенезінің негізінде созылмалы эндометрит жатыр. Жедел және созылмалы вирустық инфекциялар кезінде ағзада жергілікті және жалпы иммунитет белсенеді. Бұзушы цитокиндердің синтезінің жоғарылауы, өсу факторы синтезінің төмендеуі жүктіліктің ерте кезеңінде аномальды инвазиялардың және трофобластардың бұзылысына әкеледі.
- Кейбір вирустар, мысалы адам папилломасының вирусы (АГВ), ЦМВ, эндотелийдің одан әрі бұзылуына әкелетін, протромбиназаның өндірілуінің күшеюін шақыратын, соңында трофобласт пен тамырлардың эндотелийін зақымдайды.

ДТ патогенезі

- Жүктілікті сақтауға көмектесетін жүйенің бір уақытта қорғаныштық механизмдері бұзылады: HLA – трофобласт экспрессиясы төмендейді, өсу факторының секрециясы төмендейді, TN-2- жолында лимфоциттердің дифференциясы белсенбейді. Қынаптың микроценозын және цервикальды каналдың түрлік және сапалық зерттеуге алғанда эндометрийдегі шартты – патогенді персистенциялық микроэкожүйесіндегі дисбиотикалық байланыс бар екенін көреміз.
- Иммуножетіспеушілік жағдайларында түзілетін, әйел жыныс ағзаларының вирусты аурулары, екіншілік иммуножетіспеушіліктегі асқынулардың дамуына әкеледі. Сондықтан да созылмалы эндометрит дамуында созылмалы вирусты инфекцияларды маңызды факторлар ретінде санайды.

Патогенезі :

Дамымаған түсік патогенезін бас-ми негізінің тұрақты қызметінің бұзылуымен, жүкті әйелдің организміндегі экстроген гормонының төмендеуімен, жатыр гипоплазиясына байланысты жатыр бұлшықеттерінің қозғыштығының бұзылуымен және ондағы қабыну процессінің болуымен байланыстырады.

Клиникалық көрінісі

- Науқаста жүктіліктің субъективті белгілері жойылады, сүт бездерінің өлшемі кішірейеді және жұмсарады. Сүт бездерінің жұмсаруы ұрық өлімінің 3-6 апталығына сәйкес келеді. Сүт бездерінде уыздың орнына сүт пайда болады. Сүт бездерінің жарықшақтануы және уыздың айтарлықтай бөлінуін ұрық өлімі 25 аптадан кейін болған әйелдерден байқауға болады. Етеккір қалпына келмейді. Күтілген уақытта ұрықтың қозғалуы болмайды. Бірақ та ұрықтың қозғалуы болғанмен, кейін ол да жоғалады.
- Өлі ұрықтың кідіруінде 3-4 апталықта жатырда 10% әйелде жалпы әлсіздік, бас айналу, дене температурасының көтерілуіне шағымданады. Локсудың, құсудың, сілекей ағуының жоғалуы – жүктіліктің алғашқы 12 апталығындағы ұрық жұмыртқасының өлімінің субъективті белгілеріне тән.

Клиникалық көрінісі:

- Жұмыртқа жасушасы ана жатырында өліп, сонда қалып қояды. Іштің төменгі бөлігінде толғақ тәрізді ауру сезімі, жыныс жолдарынан қанды бөлініс кетеді. Көп ұзамай бұл көріністер азайып, мүлдем тоқтап қалады. Жатыр көлемі азайып, ұзындығы кішірейеді. Кей кезде жатырда ұзақ уақыт қалып қойған өлген ұрық бұзылып бір мезетте қанды сініреді. Қан пайда болады. Біраз уақыт өткеннен кейін қанның сұйық бөлігі сорылып кетеді. Қан дақтары гемоглобинге түс береді. Тұтқыр бөлігі ет сияқты сары-қызыл түске енеді. Кей жағдайларда қатты қалдықтан әк тұздары жиналып, тас тәрізді болады. (литопедион).

ДТ сатысы

- ДТ үзілу сатысы өздігінен дамиды түсікпен сәйкес келеді:
- Қатерлі түсік;
- Басталған түсік;
- Түсік жолымен;
- Толық емес түсік.

Жіктелуі

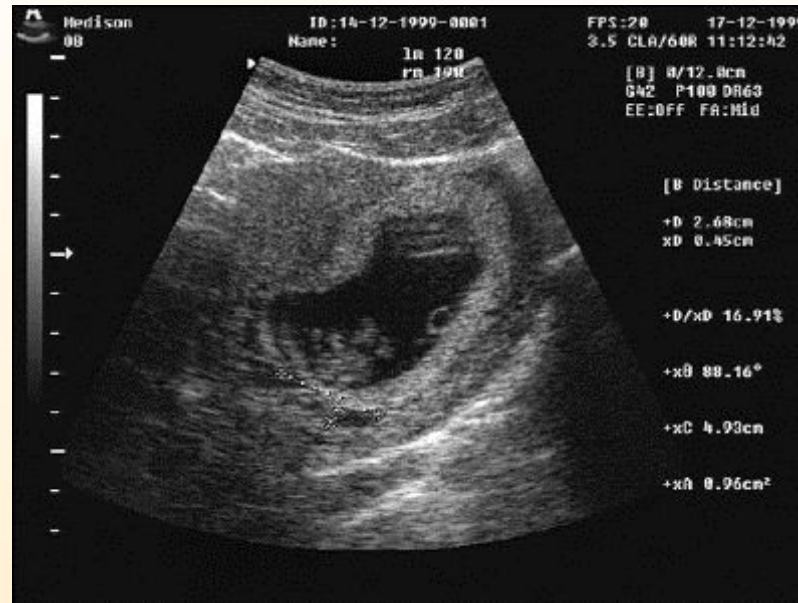
- УДЗ нәтижелері бойынша дамымаған түсіктің 2 түрін ажыратамыз:
- Анэмбриония;
- Эмбрион (ұрық) өлімі.
- Анэмбрионияның эхографиялық I және II типін ажыратады.

Анэмбриония I типі



- Анэмбрионияның I типінде эмбрион байқалмайды, ұрықтық жұмыртқаның орташа диаметрі 2,0–2,5 см – ден аспайды, жатырдың өлшемі жүктіліктің 5-7 апталығына сәйкес келеді. Динамикалық бақылауда жатырдың өсуінің қысқаруы, жатыр өлшемінің және ұрықтық жұмыртқаның жүктілік мерзімінен қалуының шешуші диагностикалық мәнісі бар.

Анэмбриония II типі



- Анэмбрионияның II типінде эмбрионның болмауына немесе оның қалдықтарының көрінбеуіне қарамастан (әдетте омыртқалық бүгілу түрінде), ұрықтық жұмыртқа қалыпты жылдамдықпен өседі. Жүктіліктің 10-11 апталығында ұрық жұмыртқасының диаметрі 4,5–5,5 см – ге жетеді. Бұл кезде ворсинчатый хорионның қайырмалары анық көрінбейді, қалыптыда жүктіліктің 8 аптасында көрінуі қажет.

Ұрық өлімі



Диагностика

- **1 Гинекологиялық анамнез**
- Токсикоздық белгілер жоқ , сүт бездері ауырмайды, гинекологиялық қарап тексергенде базальды температура төмендейді, жүктіліктің мерзіміне байланысты жатыр көлемінің сәйкес келмеуі болады, дәрігер қарап баға береді.
- **2. Анализ ХГЧ** – егер дамымаған жүктілік болса, қалыпты жүктілік кезіндегі мөлшерден аз болады,
- **3. УДЗ-** егер, дамымаған жүктілік болса зерттеу барысында баланың жүрек соғысы болмайды.



Емі:

- Дамымаған жүктілік анықталса, шұғыл жағдайда акушерлі-гинекологиялық стационарға госпитализациялау қажет!
- Вена ішіне гепарин 20 - 30 ЕД/кг
- Сонымен қатар, в/і 50000 ЕД контрикал, плазмин белсенділігін басу үшін.
- этамзилат (дицинона) - по 2 - 4 мл 12,5% б/е. Сосын реанимациялық бөлімде жұмыртқа жасушасын хирургиялық жолмен алып тастайды.

Изгнания замершего эмбриона - это только вопрос времени, и в такой ситуации лучше не ждать наступления кровотечения, а обратиться к процедуре, называемой выскабливанием (чисткой) матки. Обычно чистка матки, длящаяся несколько минут, выполняется врачом-гинекологом внутрибольничных условиях, пациентка при этом находится под общей анестезией. Процедура заключается в осторожном, но тщательном очищении полости матки с помощью специальных инструментов. Тщательное очищение матки способствует ее сокращению, что предотвращает кровотечение и инфицирование после выкидыша.

Иногда с профилактической целью после мини-операции выписывают антибиотик.

Возможно также фармакологическое очищение полости матки с использованием простагландина - гормонального препарата, приводящего к сокращениям матки и открывающим ее шейку. Однако данное средство применяют не очень часто, поскольку оно не всегда высокоэффективно.

Профилактика

- - Салауатты өмір салтын ұстану (темекі, алкаголь қолданбау)
- Дұрыс тамақтану, ауыр жұмыстар жасап шаршамау қажет!
 - Іштің төменгі аймағы ауырып, қан бөліністері көрінген жағдайда дәрігерге көріну керек!
 - Егер ауыру сезімі бірденен басталып, қан кету болса жақын аймақтағы ауруханаға тез жеткізу керек!
 - Егер жыныстық жолдардан қанды бөлінділер бөлінген болса, оны өзіңізбен алып барып дәрігердің зерттеуіне тапсырыңыз .

Пайдаланылган әдебиеттер:

- “Гинекология” Г.М. Савельева; В.Г. Бреусенко., Москва, 2003
- Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2006.
- Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии. — М.: МИА, 2005.
- “Акушерия және гинекология” А.Т. Райсова, Р.Ф. Нұрқасымова Алматы, 2006.

