

Қ.А.Ясауи атындағы ХҚТУ медицина факультеті



Қабылдады:Кулжабаева Ж.М. Орындаған:Касимова
М.М.

Тобы:ЖТД 729

ДА Ауруханаға дейінгі
акушерлік гинекологиялық көмек
көрсету . Жүктілерді
диспансеризациялау. Жүктілік
диагностикасы . Ана және
перинаталдық өлім бойынша
қауіп қатер топтарын анықтау.



Жоспар



- I.Кіріспе Акушерия гинекология саласы
- II.Арнайы Акушерлік гинекологиялық көмекті ұйымдастыру.Жүктілік диагностикасы мен диспансеризациясы. Перинатология ғылымы.
- III.Қорытынды
- IV.Пайдаланылған әдебиеттер



Акушерлік ғылымы - жүкті, босанатын және босанған әйелдерге дәрігерлік көмек көрсететін медицина ғылымының бір саласы.

Ол француздың *accoucher* – босану деген сөзінен алынған. Бұл ғылым ұрықтану, жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі әйел ағзасындағы физиологиялық, патологиялық құбылыстарды және жүктіліктің, босанудың асқынуларын, емін, алдын алу шараларын зерттейді.



Жүкті әйелдерге, босанатындарға және босанған әйелдерге медициналық көмек көрсету

Әйелдердің жүктілік бойынша және оның сақтау бойынша бірінші акушер-гинеколог дәрігер міндетті түрде:

»Анамнезбен егжей-тегжейлі танысуы керек

«Ұрпақты болу функцияларының ерекшелігін зерделеу;
сәйкесінше тіркелімдердің ақпаратын пайдалану, алдыңғы жүктілік ағымын және өлімді анықтау керек



Жұбайының денсаулық жағдайын нақтылау,
қанының тобы және резус құрамы;
өндіріс сипатын зерделеу, ерлі-зайыптылар
қайда жұмыс істейді, теріс қылықтары;
ерте есепке тұруды жүзеге асыру және акушер-
гинеколог дәрігер жүктілікті анықтаған күні
тіркелу;
уақтылы зерттеп-қарау үшін 12 аптаға дейін
жүкті әйелдерді ерте қамту;
жүктілікті көтеруге қарсы айғақтардың болуын
анықтау;



Жүктілікті диспансеризациясында:

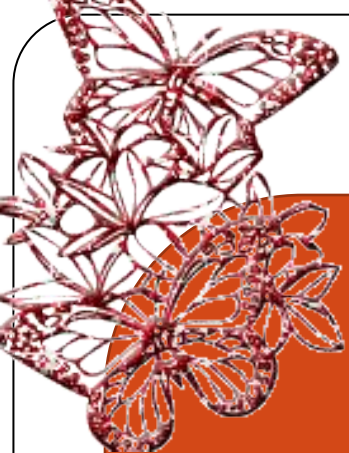
міндетті зертханалық зерттеп-қараудың бастапқы кешенін (ЖҚА, ЖЗА, қанының тобы және резус-фактор, Вассермана, HBsAg (гепатит В) реакцияға қан, АИТВ тексеру пациенттің келісімі бойынша, тазару дәрежесіне бактериоскопия сүртіндісі);

және 10-13 апта 6 күн және 16-20 апта 6 күн мерзімінде ұрықтың хромосомды аурулары мен туа біткен аномалияны анықтау үшін сарысу генетикалық маркерлерге қанды зерттеу;

жүктіліктің 10-14, 20-22, 32-34 апта мерзімінде ультрадыбыстық зерттеудің үш реттік скринингі;

жүктіліктің 30 апта мерзімінде және медициналық айғақтар бойынша бірінші баруда терапевтің тексеріп-қарауы. Терапевт медициналық айғақтар жағдайында жүкті әйелді бейінді мамандарға жібереді, экстрагениталды патология болған жағдайда жүкті әйел акушерлік-гинекологиялық бөлімшенің терапевт дәрігерінде диспансерлеуге жатады





Әйелдер арасындағы сұрату және зерттеп-қараудың барлық деректері, сондай-ақ тағайындаулар мен кеңестер жүкті әйелдер мен босанатын әйелдердің жеке картасына және алмастыру-хабарлау картасына ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген әрбір бару кезінде № 111/е, № 113/е нысаны бойынша жазылады

Зерттеп-қарау нәтижесін алғаннан кейін:

1) мынадай қауіп факторларын:

бала көтеру;

гестоздың дамуы;

ұрықтың дамуының тежелуі;

экстрагениталды аурулардың өршуі;

қан кету;

жатырдың жыртылуы;

ірің-септикалық асқынулардың дамуы;

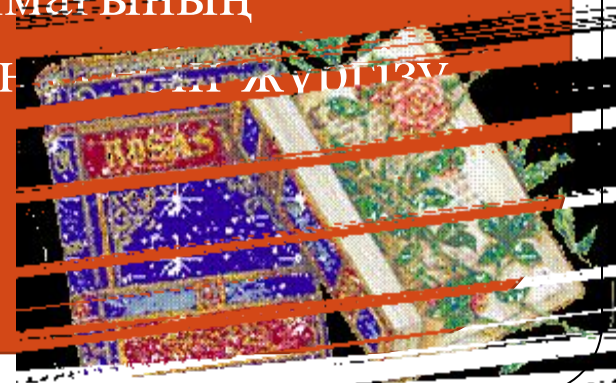
ұрықтың туа біткен ақауларының дамуы және хромосомды патологиясын есепке ала отырып жүкті әйелдің осы және өзге топқа жататын айқындалады.

2) ана мен ұрықты қазіргі заманғы зерттеп-қарау технологияларын пайдаланумен жүкті әйелдерді бақылаудың жеке жоспары құрылады



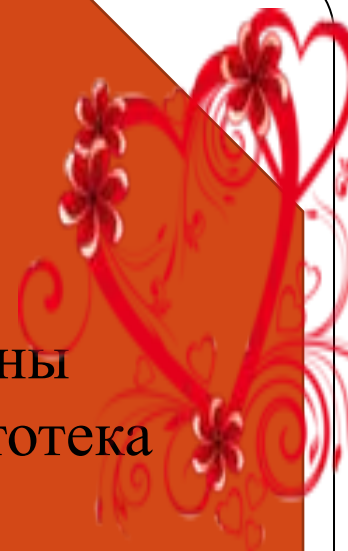
Одан кейінгі тексеріп-қарау және зерттеулердің қосымша деректері жүкті әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерге әр баруы кезінде картада белгіленеді.

№ 111/е нысанында дәрігер немесе акушер әрбір бару уақытында әйелдердің жағдайын айқындайды, әрбір баруы кезінде 20 аптадан бастап гравидограмма (жатыр түбінің биіктігінің графикалық көрінісі) толтырылады. Жүктілік кезінде дене салмағының қосылу мөлшерін бағалау кезінде дене бітіміне қарай жүкті әйелдің бойының-салмағының көрсеткіші ескеріледі (дене салмағының индексі саналады). Дене салмағының индексінде ауытқулары бар пациенттердің қажет.



Форма № 111/е нысаны әрбір акушер-гинеколог кабинетіндегі картотекада сақталады. № 113/е нысаны жүкті әйелге бірінші бару кезінде беріледі және картотека бақылау орны бойынша және басқа медициналық ұйымдарға ұсыну үшін барлық жүктілік кезінде онда болады.

Белгіленген күннен кейін 3 күн ішінде қабылдауға келмеген жүкті әйелдер үйінде акушер немесе патронаж мейіргердің патронажына жатады . Патронажды бару нәтижесі туралы деректерді акушер № 111/е нысанына және № 113/е нысанына енгізеді. Айғақтар бойынша үйдегі патронажды акушер-гинеколог дәрігер жүргізеді



Акушерлік асқынулармен жүкті әйелдер перинаталдық көмекті өңірлендіру қағидатын есепке ала отырып, босандыру ұйымдарында жүктілік патологиясы бөлімшесінде емдеуге жатқызылады. Экстрагениталды аурулары болған жағдайда бейіні бойынша мамандандырылған бөлімшеге жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу жүзеге асырылады.



30 апта мерзімінде міндетті қайта зерттеп-қарау кешеніне: қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, Вассерман реакциясына, пациентті ақпараттандырып келісім бойынша АИТВ-ға тазару дәрежесіне қынаптағы сүртіндіні бактериоскопиялық зерттеу кіреді. Айғақтары бойынша терапевтің, басқа мамандардың қайта консультациясы қажет.



Патронаж кезінде сұрау, босанғандарды дұрыс тексеріп-қарау, АҚ, пульсты, дене қызуын өлшеу және сүт безі және ішін пальпациялау, жыныстық жолдардан шығындыларды бағалау жүзеге асырылады. Қынаптық зерттеу айғақтар бойынша жүргізіледі. Босанғандармен баланы сүтпен қоректендіру кезеңіне, отбасын жоспарлау және контрацепциялық құралдар, сондай-ақ контрацепцияны іріктеу үшін консультацияға жүгіну мерзімдері бойынша жаңа түскен жүкті әйелдерге түсіндіру жұмыстары жүргізіледі

Халыққа амбулаториялық-емханалық гинекологиялық көмекті ұйымдастыру гинекологиялық аурулардың профилактикасы бойынша, оларды ерте анықтау, диспансерлік бақылау, гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарға емдеу және оңалту көмегін көрсету, мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмекті көрсету үшін жіберу бойынша іс-шаралар жүргізуді көздейді.



Гинекологиялық ауруларды анықтау акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) жүгінген әйелдерді қабылдау, оның ішінде жүктілік бойынша, МСАК ұйымдарының тексеріп-қарау кабинеттерінде әйелдерді тексеріп-қарау, әйелдерді профилактикалық тексеріп-қарау жүргізу бойынша жүзеге асырылады.

Акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинетке) бірінші рет жүгінген әрбір әйелге ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің медициналық картасы ашылады.

Анамнезді анықтау кезінде тұқым қуалаушылық, бастан өткерген аурулар және операцияларға (соның ішінде гинекологиялық), менструалды функция, жыныстық өмір, ерінің денсаулығы, жүктіліктің ағымы және одан болған өлім, контрацепция әдістерін қолдану және еңбек жағдайы мен тұрмыстық жағдайы, қазіргі ауруларының дамуы ерекшелігіне назар аудару қажет. Ұрпақты болу жасындағы әйелдерді акушер-гинеколог дәрігер контрацепция әдістері туралы ақпарат және әйелдердің денсаулық жағдайын есепке ала отырып жеке әдістерді таңдауға көмек береді.

Әйелдердің барлық зерттеп-қарау, манипуляциялар мен операциялар, тағайындаулар мен кеңестердің деректері амбулаториялық пациенттің медициналық картасына акушер-гинеколог дәрігер жазады (№ 025/е нысаны).

Әйел жүгінген кезде оны міндетті сүртінділердің цитологиялық бактериоскопиялық зерттеулермен, қанның RW-ға зерттеп-қараумен акушер-гинеколог дәрігер тексеріп-қарайды. Акушерлік-гинекологиялық бөлімшеге (кабинет) жүгінген барлық пациенттердің сүт бездерін тексеріп-қарау және пальпациялау жүргізіледі.

Түпкілікті диагнозды белгілеу кезінде диагностика және емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес науқасты емдеу және диспансерлік бақылау туралы мәселе шешіледі. Диспансерлік бақылауға жататын әрбір әйелге ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысаны бойынша диспансерлік қадағалау бақылау картасы толтырылады.

Кіші гинекологиялық операциялар мен манипуляциялар амбулаториялық қарсы айғақтар болмаған кезде жүргізіледі: жатыр мойнының биопсиясы, цитологиялық зерттеулер жатыр қуысының ішіндегіні (шприцпен) аспирациялау жатыр мойнының диатермокоагуляциясы / эксцизиясы, крио және лазеротерапия, вакуум-аспирация (қауіпсіз аборт), дәрі-дәрмекпен аборт, жатыр ішілік контрацептивтерді енгізу және оны сылып тастау. Кіші гинекологиялық операциялар амбулаториялық операциялар жазбасы журналында ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген 069/е нысаны бойынша тіркеледі.

Стационарлық емдеу көрсетілген науқасқа емдеуге жатқызуға жолдама беріледі, ал жоспарлы науқастарға Емдеу жатқызу бюросы порталы арқылы жолдама беріледі. Учаскенің акушері амбулаториялық пациенттің медициналық картасына (№ 025/е нысаны) әйелдерді нақты емдеуге жатқызу туралы жазба жасайды. Науқас стационардан шыққан кейін бөлімшенің (кабинеттің) акушер-гинеколог дәрігері гинекологиялық бөлімше дәрігерінің ұсынымдарын назарға алады. Стационарлық науқастың медициналық картасының үзіндісінен мәлімет амбулаториялық пациенттің медициналық картасына ауыстырылады (№ 025/е нысаны). Үзінді науқаста қалады.

Жүкті әйел жүктілікті жасанды үзу үшін жолдама алуға жүгінген кезде жүктілік мерзімін анықтағаннан кейін және медициналық абортқа медициналық қарсы айғақтардың болмауын акушер-гинеколог дәрігер жүктілікті үзу қаупі мен зиянын түсіндіреді, ұрпақты болу денсаулығын сақтау және контрацепцияның қазіргі заманғы құралдар мен әдістерін жеке таңдау мәселелері бойынша консультация жүргізеді. Жүктілікті жасанды үзу (аборттар) үшін зерттеп-қарау және емдеуге жатқызу заңнамада белгіленген тәртіпте жүргізіледі.

Перинатальды кезең үшке бөлінеді:

- *1) Антенатальды кезең-босануға дейінгі уақыт.*
- *2) Интранатальды кезең-босану кезіндегі уақыт.*
- *3) Неонатальды кезең-босанғаннан кейінгі уақыт.*

Перинатальды кезең бұл әрі қарай адамның дамуы үшін аса маңызы бар кезең, себебі жүктіліктің соңында нәрестенің құрсақ ішілік қалыптасуы бітеді, босану үрдісі кезінде нәресте көп факторладың әсеріне ұшырайды, ал бірінші 7 күнде сыртқы өмірге бейімделу үрдісі жүреді. Нәрестелердің және жаңа туылған балалардың анте-, интра- немесе постнатальды кезеңдерде өлген саны, перинатальды өлім-жітімнің көрсеткішін анықтайды, ал осы кезеңдерде пайда болған аурулар перинатальды ауру-сырқаулық деп аталады.



- “Перинатальдық өлім” деген анықтаманы 1949ж. тұңғыш рет американдық ғалым **Пеллер** енгізген, біздің елде 1965ж. енгізілген.
- **Перинатальдық өлім**-өлі туылған және ерте неонатальдық өлімнен тұрады.
- **Өлі туылғандар деп** жүктілік немесе босану кезеңдерінде тыныс алмай туылған нәресте өлімін айтады. Перинатальдық өлімнің көрсеткіштерін анықтаған кезде мезгіліне жетіп туылғандар мен шала туылғандар үшін талдау бөлек жасалады. Перинатальдық өлімнің ең жоғарғы көрсеткіштері салмағы 1500г. дейінгі нәрестелерде байқалады. Шала туылған нәрестелер өлі туылғандардың 50%-ын, ерте неонатальдық өлімнің 60-70%-ын құрайды.
- Перинатальдық өлімнің ең төменгі көрсеткіші нәресте салмағы 3000-3500г. дейінгі аралықта.



Ана өлімі

Ана өлімі әйелдің жүктілікпен (оның ұзақтылығына және орын алған жеріне байланыссыз) себептелген, жүктілік кезеңінде немесе ол аяқталған соң 42 күннің ішінде жүктілікпен байланысты себептен, сонымен немесе соны алып жүрудің ауырлығы түскеннен, бірақ сәтсіз жағдайдан немесе кездейсоқ пайда болған себептен емес, болған өлімі ретінде белгіленеді.

Кеш болған ана өлімі

Кеш болған ана өлімі әйелдің тікелей акушерлік себептен немесе сонымен жанама түрде байланысты себептен, босанудан кейін 42 күннен асатын, бірақ босанудан кейін 1 жыл өтпеген кезеңде болған өлімі ретінде белгіленеді.



Жүктілікпен байланысты өлім

Жүктілікпен байланысты өлім, себебіне байланыссыз, әйелдің жүктілік кезінде немесе босануынан кейінгі 42 күннің ішінде болған өлімі ретінде белгіленеді.

Ана өлімі жағдайларын екі топқа бөлу қажет:

Акушерлік себептермен тікелей байланысты

өлім: жүктілік күйінің (жүктіліктің, босанудың және босанудан кейінгі кезеңінің) акушерлік асқынулар нәтижесінде, сонымен қатар араласулардың, аңғармай жіберілген қателердің, дұрыс емдемеудің немесе аталған себептердің кез келгенінің соңынан болған оқиғалар тізімінің нәтижесінде болған өлім.



Акушерлік себептермен жанама түрде байланысты

өлім: тікелей акушерлік себеппен байланыссыз, бірақ жүктіліктің физиологиялық ықпалымен ауырлатылған, бұрын соңды болған аурудың немесе жүктілік кезеңінде пайда болған аурудың нәтижесінде болған өлім.

Ана өлім-жітімі туралы деректердің сапасын көтеру және жүктілік кезінде немесе сонымен байланысты өлім жағдайлары туралы деректерді жинаудың альтернативтік әдістерін енгізу, сонымен қатар жүктілік аяқталған соң 42 күннен астам уақытта акушерлік себептер салдарынан болған өлім туралы деректерді тіркеуге алады.



Vce!!!

