

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті
Акушерлік және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: «Жүктілікті көтере алмаушылық. Бедеу неке».

Орындаған: Қазақбай Б.А
Тексерген: Жанабаева С.У.

Қарағанды 2015 жыл

Жүктілікті көтере алмаушылық – өте күрделі полиэтиологиялы симптомкомплекс, әйел адам организмінің репродуктивті жүйесінің басқа да өмірлік жүйелермен дисбалансының маркері. Жүктілікті көтере алмаушылық – жүктілікті 22 аптасына дейін жоғалтуды айтады.

Жүктілікті көтере алмаушылық жиілігі барлық жүктіліктің 15 - 20% құрайды.

Жүктілік үзілу – жүктілік ағымының жиі асқынулары. Жүктілікті көтере алмаушылық – перинатальді ауыршандықтың және өлімділіктің негізгі себептерінің бірі



Уақытынан бұрын жүктіліктің үзілуінің белгісіз себептерінің жиілігі әліде жоғары болып қалуда (12-41,2%). Жүктілікті көтере алмаушылықтың себептерін келесі топтарға бөлуге болады:

- Әйел ағзасының патологиялық жағдайлар
- Иммунологиялық факторлар
- Генді және хромосомды бұзылыстар
- Орта факторлары



Жүктілікті көтере алмаушылықпен әйелдерді тексеру және оларды емдеу жүктілік дамымай тұрып жүргізілу керек. Қосымша зерттеу әдістеріне жатады: генетикалық, серологиялық, иммунологиялық. Медико-генетикалық тексеру ерте мерзімде әдетті түсікте хромосомды ақауларды анықтау үшін жүргізіледі.

Өздігінен түсіктің жіктелуі

- ерте (12 аптаға дейін)
- кеш (12-ден 22 аптаға дейін)

Клиникалық формасы бойынша бөлінеді:

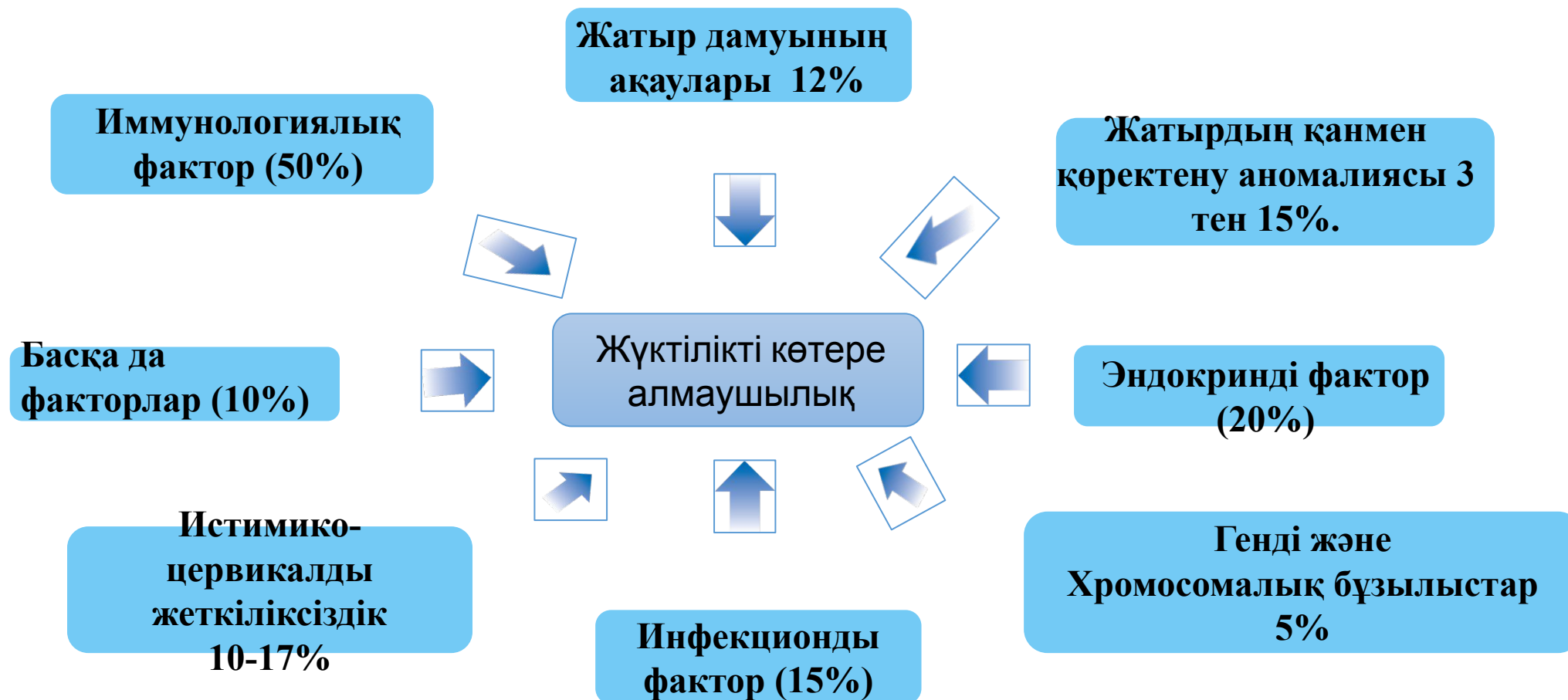
- қауіпті
- басталған
- жолдағы түсік
- толық емес
- толық
- дамымаған
- инфицирленген
- әдетті түсік



Жүктілікті көтере алмаушылық қауіп қатер факторы

- Әлеуметті-биологиялық фактор: төмен әлеуметтік-экономикалық жағдай (ақысын аз табу, толық тамақтанбау); физикалық күшті жұмыс жағдайы, психо-эмоционалды стресстер.
- Акушерлік-гинекологиялық анамнез белгілері: бірінші рет босанайын деп жатқан болашақ ананың жасының 16 жастан төмен және 30 жастан жоғары болуы; анамнезінде мерзімінен ерте босану, ауырлық акушерлік анамнез.
- Экстрогениталды патологияның болуы: қант ауруы, артериалды гипертензия, жүрек-қантaмыр ауруы, бронхиалды астма, бүйрек ауруы, наркомания, жағымсыз әдеттер.
- Жүктіліктің қиындауы : көпұрықтық жүктілік, ұрық маңы судың көп болуы, ұрықтың жамбаспен орналасуы, плацентаның уақытынан ерте сылынуы, жатырішілік инфекция, ұрықтың жатырішілік инфицирленуі, жүкті әйелдердегі гипертензия.

Жүктілікті көтере алмаушылықтың негізгі себебі

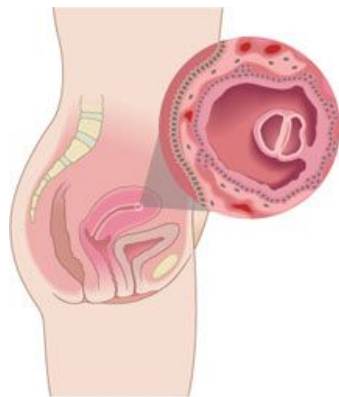


Иммунологиялық себеп



1. Аутоиммунды механизм, кезінде әйелдің иммунды жүйесі өзінің тіндеріне бағытталған болып келеді, бұл кезде ұрық екіншілік зардап шегеді. Солардың бірі антифосфолипидті синдром.
2. Аллоиммунды реакция – бұл кезде иммунды жауап ұрықтың тіндеріне бағытталған болып келеді.

Иммунологиялық фактор



Адекватты иммунлы жауап

Күрделі құрылымы әсерінен иммунды жүйе ұрықты жоюды тоқтатады.



**Жүктіліктің
прогрессирленуі**

Адекватты емес иммунды жауап

Жұмыстрқа жасушаның имплантациясы кезінде болатын анасының организмінде иммунды жауап, ұрыққа фаталды иммунологиялық конфликт тудырады.



Жүктіліктің тоқтатылуы

Баланы жоғалту синдромы:

- Бір немесе бірнеше өзіндік түсік тастау, 10 апта немесе одан да көп уақытта
- Өлі бала босану
- Неонаталды өлім
- Үш немесе одан да көп өзіндік түсік тастау, эмбрионалды кезеңде 8 аптаға дейінгі кезеңде

Истмико-цервикальды жетіспеушілік — жатырдың мойнының және мойыншығының жетіспеушілігі туындайтын жүктіліктің екінші немесе үшінші триметірінде болатын өзіндік түсік тастау.

ИЦЖ жүктілікті көтере алмамайтын 10,0-17,0% әйел адамдарда кездеседі

ИЦЖ әкелуі мүмкін:

- ❖ Аранның ішкі каналының бұлшық етті бөлігін зақымдайды.
- ❖ Жатыр мойнындағы дәнекер тін мен бұлшық етті тіндердің арасындағы қатынастың өзгеруіне әкеледі.
- ❖ Жатыр мойнына нейрогуморалды факторлардың әсер етуінің бұзылысы

Эндокринді факторлар

- Лютеинды фазаның жеткіліксіздігі
- Гиперандрогения
- Қант диабеті
- Поликистозды жұмытқа жасуша синдромы
- Қалқанша без аурулары
- Пролактин секрециясының бұзылысы

- Негізгі инфекционды факторлар спонтанды жүктілік тоқтатуының себебі болып табылады:
 - вирусты (цитомегаловирус, герпесвирус, вирус Коксаки А и В, энтеровирустар),
 - бактериальды (хламидиялар, микоплазмалар, уреоплазмалар, стрептококктар, стафилококктар, гонококктар) инфекциялар.
 - Ұрықтық жұмыртқаның негізгі үш мүмкін болатын инфицирлену жолдары:
 - Эндометрияның созылмалы қабынуы кезінде жеткілікті дәрежеде имплантация процессі жүрмейді.
- Бактериалды вагиноз кезінде, кандидозды вульвовагинит кезінде микроорганизмдер ұрықтық жасушаны зақымдайды.
- Жедел вирусты инфекция кезінде микробтар қан арқылы плацентарлы барьерден өтіп, ұрықты зақымдайды.

Жатырды қанмен қамтамасыз етілуінің аномалиясы:

1. Жатыр миомасы
2. Имплантацияға кедергі келтіретін эндометрия полиптері
3. Ашерман синдром - эндометрия зақымданғаннан кейін болатын жатыр қуысының дәнекер тінмен облитерациясы

Жүктілікті көтере алмаушылықпен әйелдерді қазіргі зерттеу әдістері.

Жүктіліктің мезгілсіз үзілуінің себептерін анықтау үшін әйелден жалпы мәлімет алып, клиникалық, қынаптық зерттеулер жүргізеді.

Жүктіліктің үзілу дәрежесіне қарай түсік тастау бірнеше сатыдан тұрады: түсік қаупі, басталған түсік, босану жолындағы түсік, шала түсік, толық түсік.

1. Түсік тастау қаупінің негізгі белгілері әйелдің белі және ішінің төменгі жағы ауырады, жыныс мүшелерінен қан ақпайды, себебі жатырдағы ұрық жатырдың шырышты қабығынан бөлінбеген, жатыр мойны жабық, кейде шамалы ғана жұмсарып, қысқаруы мүмкін. Жатырдың көлемі жүктілік мерзімімен сәйкес келеді.
2. Басталған түсікте әйелдің ішінің төменгі жағы толғақ кезіндегідей қатты ауырып, жыныс мүшелерінен қан ағады. Жатырдағы ұрық бірте-бірте жартылай шырышты қабықтан бөлініп, жатыр мойны ашылуы мүмкін. Жатыр көлемі жүктілік мерзімімен сәйкес келеді.
3. Босану жолындағы түсікте әйелдің іші толғақ сияқты қатты ауырып, жатыр мойны ашылып қан көп кетеді, себебі ұрық бөліктері мойын қуысында қалады.
4. Шала түсікте әйелдің іші толғақ кезіндегідей қатты ауырып, жатыр мойны ашылып, қан кетеді. Бұл жағдайда жатырдың көлемі жүктілік мерзіміне сәйкес келмейді, себебі жатыр қуысында ұрық қалдықтары жартылай ғана қалады.
5. Толық түсікте ұрық тұтас жатырдың қуысынан шығып, жатырдың көк еттері жиырылып, қан кетуі тоқталады.

Жүктілікті көтере алмаушылықтың емдеу әдістері және алдын алуы

- Жүктіліктің түсік қаупінде әйелді бірден емханаға жатқызады. Онда төсекте жату ережесін сақтап, жүйке жүйесінің қозуын басатын дәрілер (триоксазин, валериана, седуксен), дәрумендер, гормондар (туринал, прогестерон), қан тамырларының түйілуіне қарсы (но-шпа, магний сульфаты, баралгин) дәрілерді, нәрестенің қысылуы мен тұншығуына қарсы Ниқолай үштігін, АТФ, кокарбоксилазаны, реополиглюкинді кеңінен қолданады. Сонымен қатар алупент пен партусистенді тамшылатып көк тамырға жібереді.
- Ал түсіктің басқа түрлерінде жүктілікті сақтауға болмайды, тездетіп жатыр қуысын қырып, ұрық қалдықтарынан толық тазартады. Содан кейін жатырдың жиырылуын жылдамдату үшін окситоцин, метил-эргометрин, эрготал дәрілер, т.б. қолданады. Түсіктен кейінгі инфекциялық асқынудың алдын алу үшін антибиотиктер салады, ал әйел қансыраған жағдайда міндетті түрде қан құяды. Емдеу ұзақтығы екі жұма.

- Емдеу толық болуы үшін мезгілсіз үзілген жүктіліктің негізгі себебі анықтау қажет. Ол үшін ерте түсік тастаған, жүктіліктері мезгілсіз үзілген әйелдер тобын әйелдер кеңес орнында бала көтермей тұрып, күні бұрын зерттеудің маңызы зор.
- Әйелдер кеңес орнында зерттеу әдістері: тиісті мәліметтер алу, клиникалық зерттеулер жүргізу объектілік, қынаптық зерттеу, қан құрамын тексеру (резус-қайшылықты, т.б.), бактериалдық, гормоналдық тексерулер және ультрадыбыстық зерттеу әдісін кеңінен қолданады. Сонымен қатар, басқа маман дәрігерлердің (терапевт, кардиолог, т.б.) тексеруінен өтуі қажет. Әйелді тексеруден өткізіп, түсіктің негізгі себебін анықтағаннан кейін тиісті ем жүргізеді. Мысалы, жыныстық инфантилизмде екі-үш етеккір айналымында гормоналдық емдерді жүргізеді (микрофалин+ прогестерон), ал жатыр мойнының жетіспеушілігінде (ЖМЖ) мойын- пластика операциясын жасайды.

- Бедеулі неке – репродуктивті жастағы жұбайылардың контрацепциялық заттарды қолданбай тұрақты жыныс қатынастардың 12 айдан артық болуына қарамай, жүктіліктің болмауы. Жиілігі: 10-15%-дан 18-20%-ке дейін.
- Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) анықтауы бойынша, егер ұрықтануға қарсы құралдарды қолданбай, тұрақты жыныстық қатынаста тұратын болса, бала тууға қабілетті жастағы ерлі зайыптыларда **бір жыл ішінде** жүктіліктің болмауы - **бедеу неке** деп саналады.



- **Әйел бедеулігінің себептеріне** келсек, әйелдерде болатын бедеулік екі түрде кездеседі. Оның бірі – өмірлік бедеулік. Бұл ешқандай емдеуге көнбейді. Екіншісі, емдеуге болатын бедеулік. Бедеуліктің бірінші түріне ем қонбайтын себебі – әйелдердің жыныс мүшелерінің өсіп, кемеліне келмеуі немесе олардың туғаннан кеміс болып жаралуы. Бірақ, бедеуліктің бұл түрі өмірде сирек кездеседі. Кейде әйелдің жыныс мүшесі әдеттегідей жетіліп туғанымен де өмірде кездесетін түрлі қауіпті аурулардың әсерінен оны сақтау үшін әйелдің жатырын, яки түтігін немесе аналық безін операция жасап, алып тастауға тура келеді. Әрине, мұндай әйел бала көтеру мүмкіншілігінен айрылады. Сөйтіп, бедеулікке душар болады. Дегенмен де дәрігерлік тәжірибеде емге көнбейтін үмітсіз бедеулік сирек ұшырасады. Бала көтермеудің себептері аз емес. Тіпті, режимсіз ішкен бірыңғай тағам, әсіресе онда А,С және Е тәрізді құнды витаминдердің жетіспеуінен жыныстық бездерінің қабілеті бұзылады.

- Жатыр ішіндегі сілекей қабығының қабынуы (эндометрит) еркек пен әйел ұрығының қосылуына кедергі жасамайды. Бірақ сол тұқымдық екі клетка қосылуынан пайда болған ұрық-клетка жатырдың ауырған сілекей қабығына жабысып, табиғи жағдайдағыдай өсе алмайды. Әйелдің бала көтермейтіндігінің тағы бір себебі осы.
- Кейде дәрігерсіз өз бетімен бала түсіргеннен кейін (аборт) қабыну үдерісі басталады. Ғылыми дерек бойынша, бедеуліктің 70 пайызы осы өз бетімен бала түсіргенге байланысты. Әсіресе, тұңғыш көтерген баланы алдыру өте қауіпті, себебі – ондай әйел өмір бойы бедеу болып қалуы ықтимал. Сондықтан да себепсіз абортқа бару, әсіресе, оны дәрігерлік мамандығы жоқ адамға жасату әйелдің өміріне қауіп туғызады.

- Туберкулезбен ауырған әйелдің де бала көтеру қабілеті бұзылады. Алайда, әйел негізгі науқасынан жазылғаннан кейін бедеулігі жойылып, бала көтереді. Сондықтан да туберкулезден әбден айыққанша, емделудің маңызы зор.
- Жыныс органдарының қабынуы да әйелдерді бедеулікке жиі ұшыратады. Өйткені, қабынған ағзаның тіндері қатты өзгереді. Олар бір-біріне және көрші ағзаға жабысып қалады. Міне, осының салдары еркек ұрығының (сперматозойд) әйелдің ұрығымен кездесуіне үлкен кедергі жасайды. Егер жатыр қанатының түтігі қабынса, онық қуысы бітеледі, сөйтіп еркектің ұрығы әйелдің ұрық клеткасына өте алмайды. Сол секілді жатыр мойнының сілекей қабығы қабынғанда да (эндоцервит) әйел бала көтермеуі мүмкін. Қабыну үдерісінде жыныс мүшесі сұйық затын көбірек бөледі. Ол сұйық зат ұрықтың жолын бөгейді. Тіпті, оның қышқыл қасиеті күшті болғандықтан, еркектің тұқым клеткаларын жойып жібереді. Бұл секілді жағдай жатыр мойнының жалағында да (эрозия) жиі аңғарылады. Өйткені, жалағы бар қынапқа жиналған ірің еркек ұрығын өлтіріп жібереді де, әйел бойына ұрық бітірмейді.

- Бедеулік классификациясы:
- Біріншілік бедеулік – анамнезінде көрсетілмеген.
- Екіншілік бедеулік – бұрында жүктілік болған жағдайда
- Абсолютті бедеулік – жүктіліктің биологиялық табиғи түрде дамуы мүмкін емес жағдайда (жатырының, жұмытқа жасушаның, жатырлық түтікшелердің жоқтығы, жыныс мүшелерінің даму аномалиясы);
- Салыстырмалы бедеулік - неке түскенге дейін және некеден шыққаннан кейін сақталған фертильділік, яғни осы некедебаланың болмауы.

Диагностика:

Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық кезінде қажетті зерттеулер:

- ✓ Генетик консультациясы;
- ✓ Кіші жамбас астауының УДЗ (көрсеткіштер бойынша МРТ);
- ✓ Гистероскопия (жатыр қуысын эндоскопиялық зерттеу);
- ✓ Қанды гормонларға тексеру (ФСГ, ЛГ, ТТГ, қалқанша без гормондарын, пролактин, тестостерон);
- ✓ Инфекцияларға қан анализі (герпес, цитомегаловирус);
- ✓ Жыныс жолдары арқылы жұғатын инфекцияларды анықтау үшін, жыныс жолдарынан жұғын алу (хламидия, уреоплазма, микоплазма);
- ✓ Жатыр мойнынан бөлінділердің бактериологиялық анализі (микроорганизмдерді және олардың санын анықтау);
- ✓ Қанды иммунологиялық зерттеу;
- ✓ Қанды ұюға зерттеу;
- ✓ Қанды тромбофилияға генетикалық бейімділігін зерттеу;

- Әйел бедеулігін емдеу

Балшықпен. Халық емінде қолданылатын тәсіл. Мұнымен мамандар жыныс-жатыр жолдарының кейбір сырқатын емдеп, жазады. Балшықпен емдеуді жатыр түтікшелерінің ұрық өткізуге қабілетіздігінде де пайдаланады. Мұндай ем кімге қажет, оны алын-ала жүргізілген медициналық тексеру анықтап береді.

Овуляцияны реттеу. «Эндокриндік бедеулікті» емдеуде оның негізгі себептері анықталып, оны жоюға қажетті дәрі-дермек (гормоналдық, вирустарға қарсы, ағзаның қорғаныс қалпын күшейтедін) беріледі. Сосын адамды ультрадыбыстық аппаратпен үнемі бақылап отырады. Алғашқы етеккір циклі кезінде ем нәтижесін бермесе, бұл емдеу шарасының курсы толықтырылған деңгейде қайта жалғастырылады.

Лапроскопия арқылы. Дәстүрлі ем түрлері көмектеспесе, қаралушыға лапроскопия әдісі қолданылады. Яғни, құрсақ аумағынан ұсақ үш тесік жасалады да, оған лапроскоп (бейнекамера) пен қажетті құралдар ендіріледі, құрсақтағы күрделі операцияны монитор арқылы бақылап отырады. Бұл операцияның бірінші сатысында бедеуліктің себебі анықталады, екінші саты бедеуліктің себебін жоюға арналады.

«Жасанды инсенимация» арқылы. Ерлі – зайыптылардың қанындағы резустар бірін-бірі «тебіп», олар жыныстық жағынан бір-біріне сәйкес келмейтін де жағдай бар. Мұны иммунологиялық бедеулік деп атайды. Осындай ерлі-зайыптылар жыныстық жағынан қабілетті бола тұра, араларында бала болмайды. Сол себепті, мұндай жағдайда «көмекші репродукция» әдісі қолданылып, дәрігерлер еркек ұрығының әйел жатырына түсуіне көмектеседі.

«Түтікше» арқылы. Жатырдың қос түтікшесі де ұрық өткізуге қабілетсіз болса, олардың қалауымен экстрокорпоралды ұрықтандыру тәсілі қолданылады. Яғни, әйелдің бірнеше ұрық клеткалары мен еркектің сперматозоидтары арнайы жабдықталған, жатырдан тыс ортада қосылдырылады да, олар жетілген соң жатырға әкеліп салынады.

Дұрыс тамақтану, қимылдау. Бала туу жасында әйел дұрыс тамақтану кестесін сақтап, үнемі қимыл-қозғалыста жүрсе, бедеулік қатер 80 пайызға дейін төмендейді. Психотерапевтер әйелдерге тым жұмысбасты болмауға, ұрыс-керіске араласпауға, стреске ұрынбауға ақыл-кеңес береді. Мұны сақтамау – бедеулікке жол ашады.

Ерлі – зайыптылардың толық тексерілуі бедеуліктің себебі мен одан емделу әдістерін тағайындауға көмектеседі.



Қолданылған әдебиеттер

- Айламазян, Эдуард Карпович. Акушерство : Учеб. для медвузов - СПб. : СпецЛит, 2005.
- Раисова А.Т., Нұркасымова Р.А. Акушерия және гинекология: Оқулық/.Алматы:АсемСистем,2006.
- Акушерство : учебник / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. - 2-е изд.,испр. и доп. - Минск : Адукацыя і выхаванне, 2007.
- Норвиц Эррол Р., Шордж Джон О., Наглядное акушерство и гинекология : учеб. пособие для вузов: пер. с англ. / - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.