

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

АКУШЕРИЯ ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

- Тақырыбы: Көп нәрестелі жүктілік диагностикасы, жүктілік пен босануды жүргізу

Тексерген: Колдасбаева А.С.
Орындаған: Амирова Альфия
Тобы:043-2
Курс:4
Факультет:Жалпы медицина

Алматы, 2016жыл

Жоспар:

- Кіріспе
- Негізгі
- Этиологиясы
- Даму механизмі
- Классификация
- Зерттеу әдістері
- Қорытынды

- Әйел организмінде екі немесе одан да көп ұрықтың дамуын көп ұрықты жүктілік деп атайды. Ұрықтың санына байланысты көп ұрықты жүктілікті егіз, үшем, төртем т.с.с. атайды. Екі немесе одан да көп ұрықпен босануды көп ұрықты босану деп атайды.
- Көп нәрестелі жүктілік әйелдерде 0,5-2% жиілікте кездеседі және көп жағдайда егіздермен сирек жағдайда үшемдер босануымен аяқталады. Оданда көп туылуы мүмкін.

ЭТИОЛОГИЯСЫ

- Көп нәрестелі жүкті болу жалпықабылданған себептерге байланысты : тұқымқуалаушылық әсерінен анасы жағынан-7,5% , ал әке жағынан- 1,7% кездеседі. Соңғы уақытқа дейін көп жүктілік жасы 35-тен асқан әйелдерде болады. Қазіргі кезде жасы 26-28 жастағы әйелдердің ұрықтарының салмағы 3 есе жоғарылаған , бұған себеп бедеулікті емдеудің арқасында. Көп жүктілік бірнеше жұмыртқа жасушасының ұрықтануының нәтижесі, немесе бір жұмыртқа жасушасынан екі немесе бірнеше ұрықтың дамуынан болады.

Екі жұмыртқалы (көп жұмыртқалы) егіздердің даму механизмі:

бір жұмыртқада бірмезгілде екі немесе одан да көп фолликулдардың жетілуі (овуляция) (ovulatio uniovarialis). Екі жұмыртқада екі немесе көп фолликулдардың жетілуі және овуляция болуы мүмкін (ovul. biovarialis). Екі жұмыртқалы егіздердің 3-ші механизмі болуы мүмкін- бір фолликулда жетілген екі және одан көп жұмыртқа жасушасын ұрықтандыру (ovul. unifollicularis).

Бір жұмыртқалы егіздердің дамуы:

-көбінесе бір жұмыртқалы егіздердің дамуы екі немесе одан көп ядроны құрайтын жұмыртқа жасушасын ұрықтандыруымен байланысты.

-біріккен эмбриональды ұрық бөліну кезеңінде екі бөлімге бөлінеді, әр бөлімнен ұрық пайда болады.

И.Ф Жорданияның мәліметтері бойынша, екі жұмыртқалы егіздік бір жұмыртқалы егіздікпен салыстырғанда 10 есе жиі кездеседі. Г.Г Гентер бойынша, 100 жүктіліктің ішінде екі жұмыртқалы егіздер 85%, ал бір жұмыртқалы егіздер – 15% жағдайда кездеседі.

Классификация

Көп нәрестелі жүктілікте ұрық санына байланысты атайды. Егіздердің екі түрін ажыратады:

- екі жұмыртқалы (дизиготалы)
- біржұмыртқалы (монозиготалы).

Дизиготалы егіздерде әр эмбрионда өзінің плацентасы қалыптасады. Және әрқайсысы өзінің амниотикалық және хориальды қабықтарымен қоршалған. Сонда ұрықаралық перде 4 қабаттан тұрады. Бұндай екіжұмыртқалы егіздерді бихориальды биамниотикалық егіздер деп атайды.

- Біржұмыртқалы егіздердебір ана без ұрықтанады. Бұл жердегі қалыптасатын плацента ана безінің бөліну уақытына байланысты. Егер бөліну ұрықтанғаннан кейін алғашқы 3 күнде,яғни морула сатысында болса,онда екі эмбрион, екі амнион, екі хорион қалыптасады. Ұрықаралық перде, екіжұмыртқалы егіздердікіндей 4 қабаттан тұрады. Осындай біржұмыртқалы егіздерді де бихориальды биамниотикалық егіздер деп атайды.
- Егер бөліну 3-8 тәулікте, бластоциста сатысында болса, онда екі эмбрион ,екі амнион, бір плацента қалыптасады. Ұрықаралық перде екі амнион қабатынан тұрады. Осындай біржұмыртқалы егіздерді монохориальды биамниотикалық егіздер деп атайды.
- Ал егер ана безінің бөлінуі 8-13 күнде болса,онда бір амниотикалық қабатпен қоршалған бір плацента және 2 эмбрион болады. Яғни ұрықаралық перде жоқ.

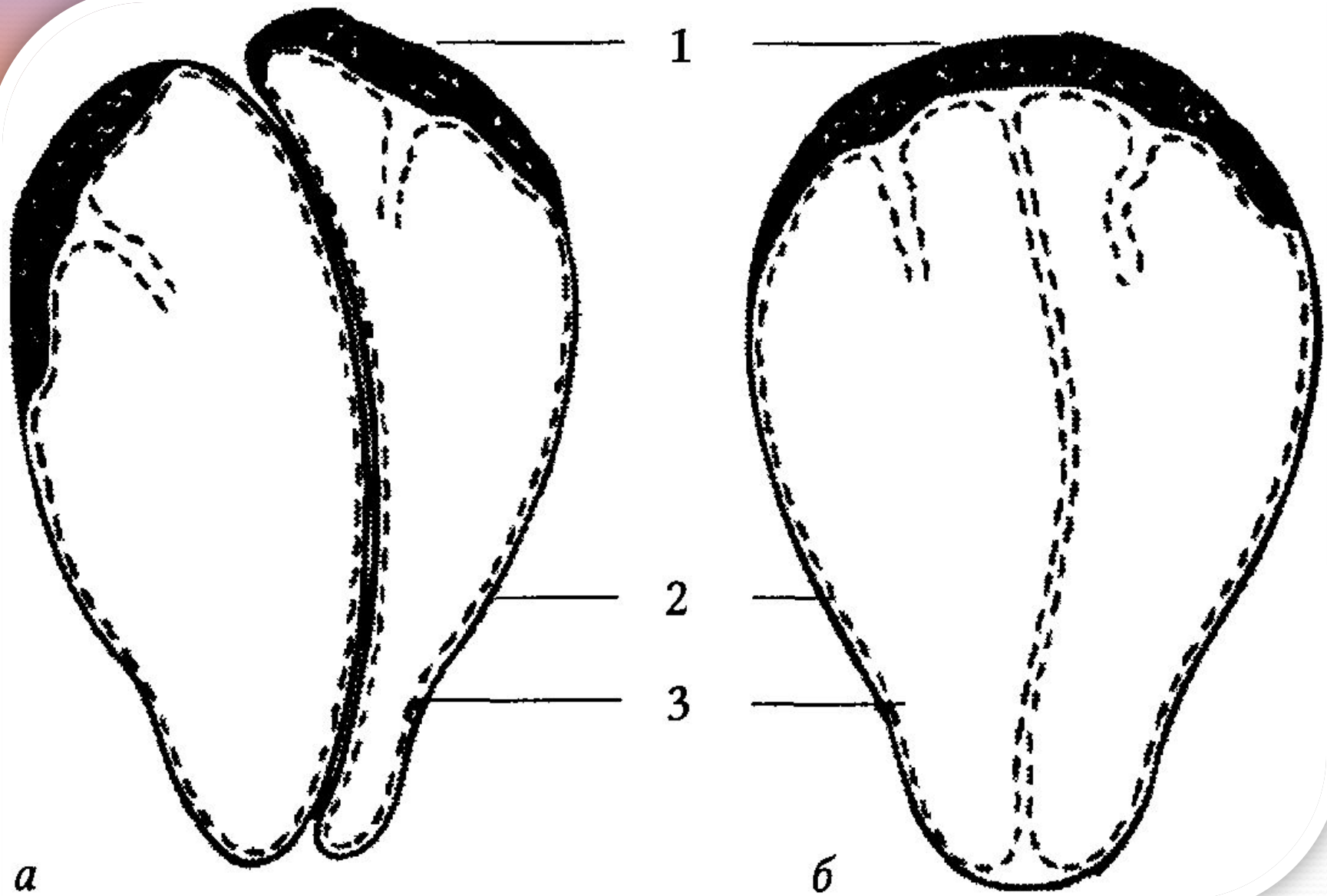
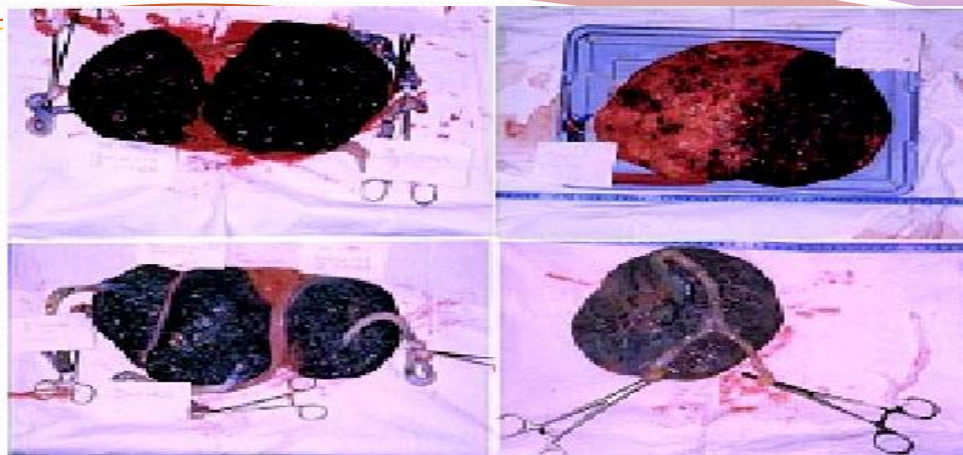


Рис. 80. Двухйцевая (а) и однойцевая (б) двойня: 1 — плацента; 2 — хорион; 3 — амнион

Диагностикасы

- Көп жүктілікті анықтау үшін I триместрде тек ультрадыбысты сканирлеу көмегімен анықтаймыз. II триместрде жатырдың өлшеміне қараймыз, қорытынды диагнозды ультрадыбысты зерттеуден қоямыз. Ал III триместрде айқын жатыр өзгерістеріне , жүктіліктің ұзаруына қараймыз. Іш аймағы мен жатыр түбінің биіктігімен пальпациялайтын бастар сәйкес келмейді, өйткені дәрігерге тағы басты іздеуге тура келеді. Жүктілік мерзімі ұзақ болған сайын оңай анықталады.

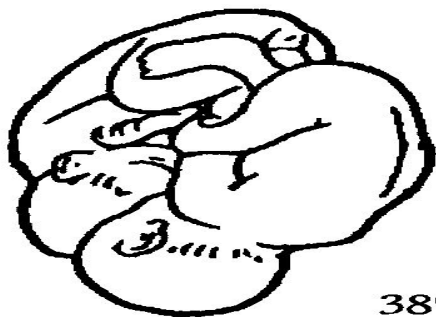
- Жүктіліктің соңғы кезеңдерінде (2-3 триместрінде) нақты диагностика тек екі бөлек орналасқан плацентадан анықтауға келеді.
- Сонымен қатар ерте мерзімдерден бастап ультрадыбыстық фетометрия жүргізуі қажет. Ол ұрықтың жетілуінің артта қалды ма жоқ па анықтайды. Ультрадыбыстық фетометрияда әр ұрықтың дамуын көрсетеді. Диссоциирленген (дискординантты) дамуы (салмақ айырмашылығы 20 пайыз), әр ұрықтың бойының өспеуі.
- Ұрықтың жағдайына баға беру үшін үйренген функциональды диагностика жүргізу қажет. Олар КТГ, доплерометрия. Көп нәрестелі жүктіліктің диагностикалаудың негізі –УДЗ. Көп нәрестелі жүктілікті ультрадыбыстық диагностика арқылы ерте мерзімде 4-5 аптада анықтауға мүмкіндік береді. Ол жатырда бірнеше ұрықтық жұмыртқалар мен эмбрионды көрінуіне негізделген .



- Кей жағдайда оттегі мен қоректік заттардың жеткіліксіздігінен егіздердің біреуі өлі тууы да мүмкін. Бұл жиі бір жұмыртқалы егіздікте кездеседі. Өлген ұрық екінші, қалыпты өсіп келе жатқан ұрықпен қысылады, ұрық аралық су сіңіріліп, плацента регресске ұшырайды. Мумифицирленген ұрық (“бумажный плод”) жатырдан тірі егіз шыққаннан кейін артынша шығарылады. Айқын қағанақ суы қалыптан тыс болған жағдайда ұрықтың даму ақаулары байқалады.
- Егіздіктің дамуы, уақытында босанған, көп жағдайда қалыпты болады. Бірақ дене салмағы әдетте бір нәрестеліге қарағанда аз. Егіздердің дене салмағының айырмашылығы 200-300г болуы мүмкін, кейде одан да көп.

- Жүктілік мерзімі жақындаған сайын ақпараттылығы жоғары болады. Іш аймағы 100см жоғары , жатыр түбінің биіктігі 40см жоғары болады. Леопольд – Левицкий әдісі бойынша 3 және одан да көп ірі бөліктерді және көптеген майда бөліктерді сипап сеземіз. Ұрықтардың орналасу орны әртүрлі болады .

Орналасу түрлері



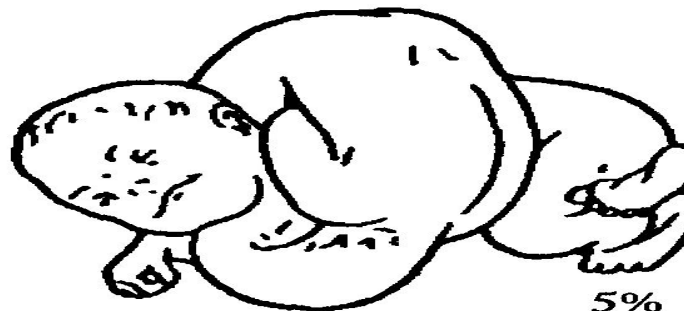
38%



42%



10%



5%



3,7%

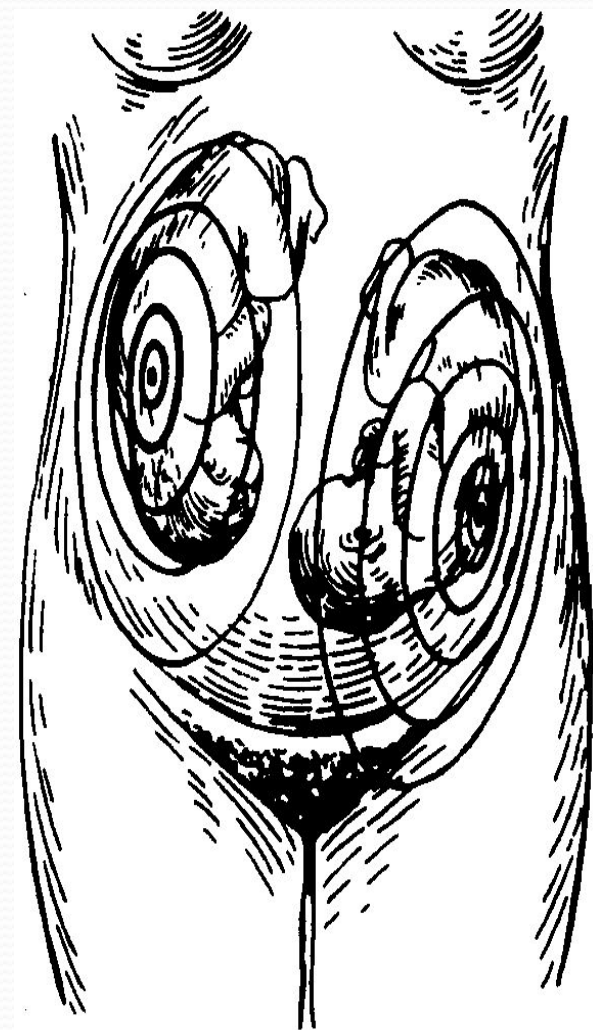


0,2%

Варианты расположения плодов при двойне

Егіз жүктілікті анықтау

1. Жатырдың көлемі жүктіліктің мерзіміне сәйкес келмейді.
2. Жүкті әйел нәресте қимылын ерте сезінеді.
3. Жүкті әйелдің дене салмағы 14-16 апталық жүктіліктен бастап артық өсе бастайды.
4. Жатырдың жиырылуы жоғары болады.
5. 20-24 апталық жүктіліктен бастап анемия белгілері пайда болады.
6. Жатырдың әр жерінен нәрестенің екі жүрек соғуы естіледі.
7. Нәрестенің жатырда үш ірі бөлігі анықталады (екі бас және бір жамбасы)
8. УДЗ зерттеу арқылы егіз жүктілікті 6 аптадан бастап анықтайды.
9. Жүктіліктің 20-22 апталығынан бастап фоноэлектрокардиографияны қолдана отырып, егіздердің жүрек соғуын анықтауға болады.



Аускультация арқылы тексергенде ұрықтардың жүрек тондары 2 фокуста естіледі.

Ультрадыбысты сканирлеу тек қана нақты диагноз қоймай (егіздер, үшемдер, төртеулер ...), сонымен қатар ұрықтардың нақты өлшемін береді. КТГ –ға тіркеу көпжүктілікті нақтылайды және ұрықтың жағдайын бағалайды.

Көп жүктілікті жүктіліктің ірі ұрықпен, көпсулықпен салыстырады.

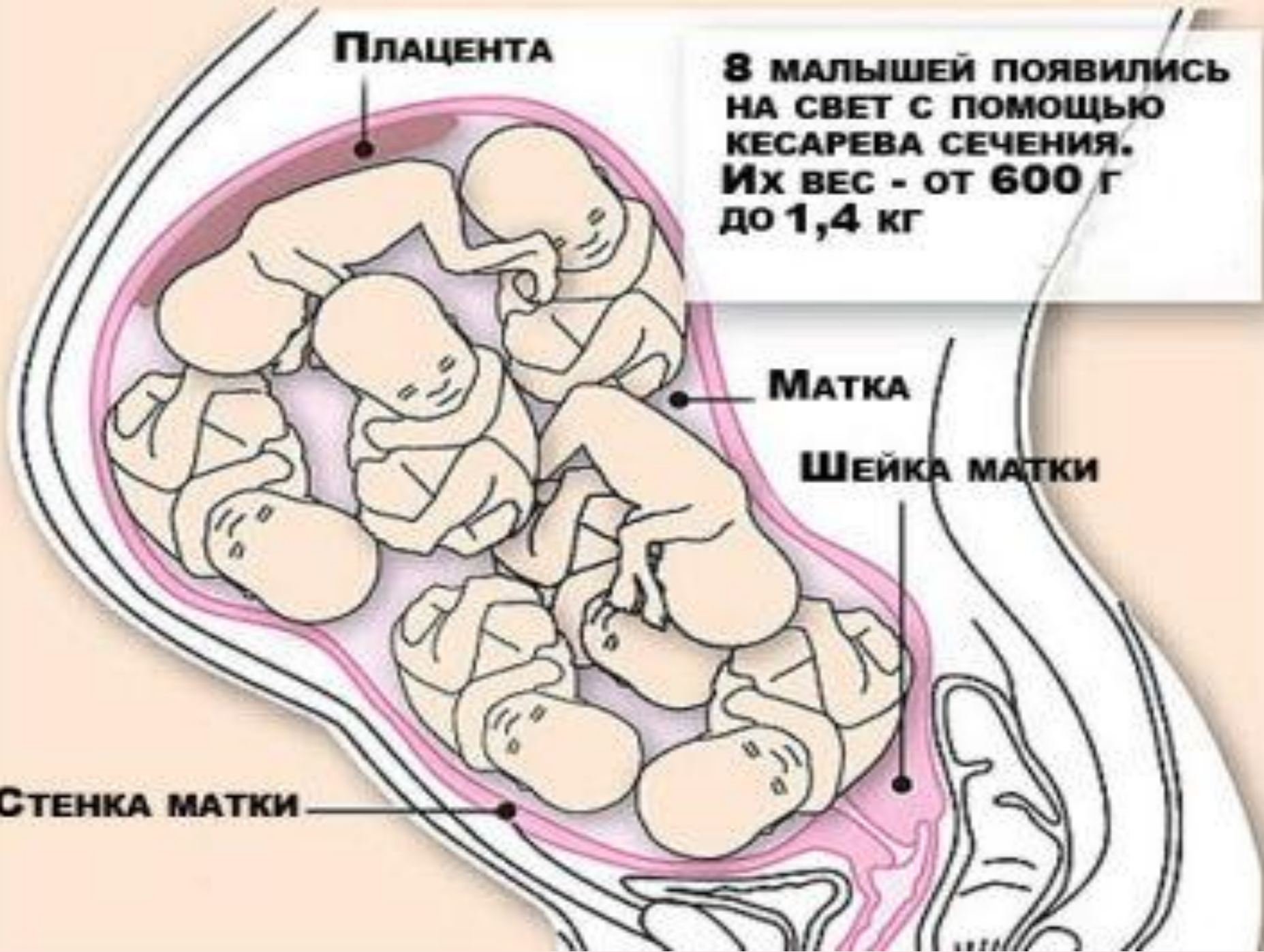
ПЛАЦЕНТА

**8 МАЛЫШЕЙ ПОЯВИЛИСЬ
НА СВЕТ С ПОМОЩЬЮ
КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.
ИХ ВЕС - ОТ 600 Г
ДО 1,4 КГ**

МАТКА

ШЕЙКА МАТКИ

СТЕНКА МАТКИ



● Босану ағымы

- Босану ағымы қалыпты жағдайда өтуі мүмкін. Жатыр мойны жайылып, толық ашылып, қағанақ қуығы жарылып бірінші нәресте туылады. Бірінші нәресте туылғаннан кейін толғақ 5 -10 минутқа бәсеңдейді. Содан жатры бұлшықеттері жиырылып, содан кейін толғақ қайта басталады. Екінші нәресте қағанақ қуығын жарғаннан ейін шығады. Содан кейін бала жолдасы жатыр қабырғасынан бөлініп, босану жолдарынан шығады. Көп нәрестелі жүктілікте босану кезінде : қағанақ суының мезгілінен бұрын кетуі, босану әрекеттерінің ауытқуы, патологиялық қан шығыны, егіздердің ілінісуі, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі көп жағдайда кездеседі.

- 1.Егіз жүктілікте босану кезінде төмендегідей асқынулар кездеседі: қағанақ суының мезгілінен бұрын кетуі, босану әрекеттерінің ауытқуы, патологиялық қан шығыны, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі, егіздердің ілінісуі.

1. 2.Егіз жүктілікте босану әрекетінің ауытқуы жиі кездеседі, жатырдың қатты созылуының салдарынан жатыр бұлшық еттерінің жиырылу қасиеті төмендейді, сөйтіп босанудың I-II кезеңдері ұзаққа созылады.

Бірінші нәресте туылғаннан кейін, қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі байқалады; бұл жағдайда қан шығыны артып, ана өміріне қауіп туады және жатырдағы нәресте гипоксияға ұшырайды.

3. Ауыр асқынудың бірі жамбастың к іреберіс жазықтығына бір нәресте басымен, екіншісі құйрықпен орныққанда. Егер нәрестенің біреуі құйрығымен, ал екіншісі басымен туылған жағдайда **егіздердің бастарының коллизиясы (нәресте бастарының ілігуі)** байқалады.

4. Үшінші және босанғаннан кейінгі ерте кезеңде патологиялық қан шығыны болуы мүмкін.

5. Босанғаннан кейінгі кезеңде жатырдың жиырылу қасиетінің төмендеуіне және босанудағы асқынуларға байланысты әйелде септикалық аурулар жиі кездеседі.

Босандыру ерекшеліктері

Әйелді босандырғанда дәрігер ұқыпты, ұстамды болуы керек.

1. Әйелдің, нәрестенің күй-жағдайын, босану ағымын бақылау.

2. Нәресте асфиксиясының алдын алу (кешенді емді қолдану).

3. Бірінші нәресте туылғаннан кейін кіндік баудың аналық жағын мықтап байлау. Бұл маңызды болып табылады, себебі бірінші нәресте туылғаннан кейін анықтау мүмкін емес, бұл қандай егіз екені: бір жұмыртқалы немесе әртүрлі жұмыртқалы. Бір жұмыртқалы егіздікте екінші нәресте қан жоғалтудан өліп кетуі мүмкін (бірінші нәрестенің кіндік бауы арқылы егер ол байланбаса).

4. Бірінші нәресте туылғаннан кейін, екіншісінің нәрестенің жатырдағы орналасу бағытын және жүрек соғуын анықтап, 10-15 минуттан кейін қағанақ қуығын жарып, егер екінші нәресте жатырда көлденең орналасса, классикалық сыртқы- ішкі бұру операциясын қолданып, нәрестені тудырып алады.

5. Егер нәресте жатыр қуысында жамбаспен орналасса, шаптан тартып тудырады.

6. Патологиялық қан шығынының алдын алу үшін, III кезеңнің басында метилэргометрин, питуитринді немесе окситоцинді венаға тамшылатып енгізеді.

● Босанғанан кейінгі алғашқы сағаттарда әйелдің жағдайын, жатырдың жиырылуын және жыныс жолдарынан шыққан қанның мөлшерін бақылап тұруы керек. Жатырдың әлсіз жиырылуында окситоцин (қайталап), метилэргометрин және жатырды жиыратын басқа да заттар енгізеді, мұз қосылған қапшық; керек болған жағдайда жатырдың массажын, патологиялық қан шығынымен күресу үшін басқа да әдістер қолданылады.

Көп нәрестелі жүктілік кезінде, босанғаннан кейінгі кезеңде (бір нәрестені туғаннан кейінгіге қарағанда) жатырдың инволюциясы ақырындап болады. Сондықтан босанған әйелдің жалпы жағдайын, жатыр жиырылуын, жыныс жолынан бөлінетін бөліністердің көрінісін міндетті түрде қадағалау қажет. Мұндай босанған әйелдерге жамбас қуысын және құрсақ қабырғасының бұлшықеттерін қалпына келтіретін гимнастикалық жаттығулар пайдаланылады.

Алдын ала босануды болжау үшін жатырдың мойнын тексеру қажет. Осыны тексерудегі әдіс трансвагинальды первикография. Ол тек жатыр мойнының ұзындығын ғана емес, ішкі зевті анықтауға мүмкіндік береді.



Жүктілік зояпта. Жатыр мойнының қысқаруы. Алдын ала туу қауіпі бар.

Кесар тілігіне көрсеткіш

- Жатырдағы нәрестенің күй - жағдайы нашарлап (гипоксия), босану жолдары дайын болмағанда,
- Тұңғыш босанатын әйелде жамбастың кіреберіс жазықтығына нәрестенің екеуіде құйрығымен орналасқанда,
- Нәрестенің біреуі көлденең жатқанда,
- Босану кезеңінде толғақтың әлсіздігінде,
- Гипоксияда кіндік баудың қынапқа түсуінде.

Қолданылған әдебиеттер:

- Акушерия. Р.С. Бейсембаева, Ә.Т.Раисова, Р.Ғ. Нұрқасымова. Алматы 2004.
- Г.М. Севельева “Акушерство” Москва – 2000
- В.И Бодяжина. К.И Жмакин “Акушерство” Москва – 1995
- Клинические протоколы МЗ РК - 2013

