



Экстрагенитальды патология жəне жүктілік

м.ғ.к. доцент Садуакасова Ш.М.

Мазмұны

- * Жүрек қан тамыр жүйесі ауруларындағы жүктілік пен босанудың ағымы.
- * Бүйрек аурулары мен жүктілік
- * Эндокринді жүйе ауруларындағы жүктілік пен босанудың ағымы
- * Тыныс алу ауруларындағы жүктілік пен босанудың ағымы.

Жүрек қан тамыр жүйесінің аурулары.

- * Экстрагенитальды патологиясы бар жүкті әйелдердің ішінде бірінші орынды алады.
- * Жүрек ауруларының жиілігі 0,4 до 4,7 %.
- * Жүрек ауруларының ішінде жиі кездесетіндер:
 - * Ревматизм
 - * Туа және жүре пайда болған жүрек ақаулары
 - * Магистральды қан тамырларының даму ақаулары
 - * Миокард аурулары
 - * Жүрекке жасалған операция
 - * Жүрек ритмінің бұзылыстары

ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК

- * Физиологиялық жүктілік кезінде қан айналымының көлемі /ОЦК/- 30-50% дейін көтеріледі. Ол өзгеріс жүктіліктің I триместрден басталып, ал 36 аптада ең жоғары деңгейге жетеді.
- * Қандағы плазма деңгейі 35-47 % көтерілуі гиповолемияға әкеледі, ал қан айналымдағы эритроциттер көлемі 11-30% жоғарласа да оған әсер етпейді.
- * Сонымен, проценттік плазманың көлемінің жоғарлауы эритроциттер көлемінен көп болғандықтан, физиологиялық жүктілік анемиясы орын алады.
- * Гематокрит төмендейді -30 %
- * Гемоглобин концентрациясы 135-140 тан 110-120 г/л дейін төмендейді.

Ревматизм

- * Жүкті әйелдерде ревматизм 2,3 - 6,3 % жағдайда кездеседі, ал асқынуы 2,5 - 25 % кездеседі. Көбінесе жүктіліктің алғашқы 3 және соңғы 2 айында, сонымен қатар босанғаннан кейінгі алғашқы жылында кездеседі.
- * Жүкті әйелдер арасында жүрек ақауларының ішінде жүректің жүре пайда болған ревматикалық ақаулары
- * 75-90 % құрайды.
- * Ревматикалық ақаулардың барлық формалардың арасында митральды ақаулар жиі кездеседі.

Жүктілік пен босану ағымын болжау үшін

- * Келесі факторторлардың мағынасы зор:
- * Ревматикалық процесстің белсенділігі
- * Ревматикалық ақаудың формасы мен сатысы
- * Қанайналымның компенсациясы немесе декомпенсациясы
- * Өкпелік гипертензияның дәрежесі
- * Жүрек ритмінің бұзылыстары
- * Акушерлік патологияның қосылуы

**Жүрек ақаулары бар жүкті әйелдердегі жүктілік ағымына
қолайсыз қауіп топтарының әсерінің жіктелуі
(Л.В. Ванина бойынша, 1972)**

- * 1 сатысы.** Жүктілік кезінде жүрек жеткіліксіздігінің айқын белгілерінің болмауы және ревматикалық процесстің өршу белгілері жоқ.
- * 2 сатысы.** Жүктілік кезінде жүрек жеткіліксіздігінің алғашқы симптомдарының болуы (ентігу, тахикардия), ревматизмнің активті фазасының белгілерінің пайда болуы

• **Жүрек ақаулары бар жүкті әйелдердегі жүктілік ағымына қолайсыз қауіп топтарының әсерінің жіктелуі (Л.В. Ванина бойынша, 1972)**

- * **3 сатысы.** Жүктілік кезіндегі жүректің декомпенсирленген ақауы, оң қарыншалық жетіспеушілік, жыпылықтаушы аритмия, өкпелік гипертензия.
- * **4 сатысы.** Жүктілік кезіндегі жүректің декомпенсирленген ақауы, сол қарыншалық жетіспеушілік, өкпе гипертензиясының тромбоэмболиялық көріністерімен көрінетін жыпылықтаушы аритмия.

• Жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларындағы жүктілік пен босанудың ағымы

- * Осы кесте бойынша стационарға 3 ретті жатқызумен амбулаторлы кардиоакушерлік мекемелердің бақылауында қадағалау арқылы 1 және 2 қауіп тобында жүктілікті сақтауға болады.
- * Соңғы жылдары жүкті әйелдер арасында жүктілікке дейін және жүктілік кезінде жасалған операциялармен жиі кездеседі.
- * Көп жағдайда хирургиялық емнен кейін негізгі аурудың рецидиві байқалады, мысалы комиссуротомия кезіндегі рестеноз түрінде көрінеді. Сондықтан жүктілікті сақтау туралы сұрақтар жүктілікке дейін және де науқастың жалпы жағдайын ескере отырып әр науқасқа жеке шешілуі керек.

• Жүрек қан-тамыр жүйесі ауруларындағы жүктілік пен босанудың ағымы

- * Жүрек аурулары бар жүкті әйелдер жүктілік кезінде ауруханаға 3 реттен кем жатпауы керек.
- * Алғашқы 12 аптаға дейін, мүмкіндігінше арнайы мекемелерге жатқаны дұрыс, кардиологиялық және ревматологиялық зерттеулер үшін және жүктілікті сақтау мүмкіндіктерін шешу үшін.
- * Екінші рет 26-32 аптасында жүрек қан-тамыр жүйесінің функциясын зерттеу үшін
- * Үшінші рет 36-37 аптасында босану әдісін шешу үшін
- * 3 және 4 сатысында, кардиальды және антиревматикалық терапиядан кейін жүктілікті үзу көрсетіледі.

Жүктілікті үзуге көрсеткіштер

- * Кез-келген жүрек ақауларының декомпенсация белгілері, яғни жүрек жеткіліксіздігі (ентігу, ісіну, пульстің жиілеуі, жөтел, жүрек өлшемдерінің ұлғаюы)

Артериальды гипертензия кезіндегі жүктілік пен босану

- * 5% жүкті әйелдер арасында артериальды гипертензия кездеседі: солардың ішінен
- * 70% жағдай жүкті әйелдердің гипертензиясы
- * 15-25% - гипертониялық ауру
- * 2-5% - екіншілік гипертензия

Гипертониялық аурулардың асқынуы

- * Плацента қызметінің бұзылыстары:
- * Гипоксияға әкеледі
- * Нәрестенің құрсақ ішілік дамуының кідіру синдромына
- * Сонымен қатар нәрестенің өліміне
- * ҚОПМББ

Емі

- * Гипертониялық аурудың емінің мақсаты: науқасқа психоэмоциональды жағдай жасау, қатаң түрде күн тәртібін орындау, медикаментозды ем және физиотерапия.

Бүйрек аурулары

- * Экстрагенитальды патологияның ішінде бүйрек аурулары мен несеп жолдарының аурулары жүрек ақауларының ауруларынан кейін 2 орынды алады да анасы мен баласына да қауіп төндіреді.

Жүктілік кезінде

- * Гипотония байқалады және тостағанша-түбекше жүйесі мен несепардың ұлғаюы байқалады
- * Жатыр оңға қарай ығысады

Инфекция несеп жолдарына енеді :

- * Өрлеуші жолмен (қуықтан),
- * Төмендеуші жолмен – лимфогенді (ішектен, әсіресе іш кебу кезінде),
- * Гематогенді (әр түрлі инфекциялық аурулар кезінде)

Қоздырғыштары

- * Қоздырғыштары – энтерококктар (ішек таяқшасы, клебсиелла, протей), стрептококк, Candida тобының саңырауқұлақтары, көк ірің таяқшасы, алтын стафилакокк.

Клиникалық формалары

- * Жиі кездесетін клиникалық формалары –
- * пиелонефрит, гидронефроз, симптомсыз бактериурия.
- * Сирек жағдайда - гломерулонефрит, бүйрек туберкулезі, зәр тас ауруы, несеп шығару жолдарының даму ақаулары.

• Пиелонефрит

- * **Пиелонефрит** – жүктілік кезінде ең жиі кездесетін ауру болып табылады (6 - 12% ға дейін), бұл кезде бүйректің концентрациялық қызметі бұзылады. Пиелонефрит жүктіліктің ағымы мен нәресте жағдайына қолайсыз әсер етеді.

Гломерулонефрит

- * Гломерулонефрит- 0,1 – 0,2% жүкті әйелде кездеседі. Қорздырғышы А тобының В-гемолитикалық стрептококк.
- * Көбінде ангинадан кейін 10-15 күннен кейін кездеседі.
- * Жедел және созылмалы түрде өтеді.
- * Келесі клиникалық түрлері кездеседі - гипертониялық, нефротикалық, аралас және латентты.
- * Латентты түрінде жүктілікті әрі қарай жалғастыруға қарсы көрсеткіштер жоқ.
- * Гипертониялық, нефротикалық және
- * аралас түрлерінде жүктілікті үзу қажет.



Қант диабеті және жүктілік

- * Қант диабеті бар жүкті әйелдердегі жүктілікті жүргізу ерекшелігі дүние жүзіндегі өзекті мәселе болып отыр.
- * Қолайсыз әсер етеді:
- * Нәрестенің құрсақ ішілік дамуына
- * Даму ақауларының жиілігі ұлғаюына
- * Перинатальды ауру мен өлім көрсеткіші жоғарлауына

Қант диабетінің түрлері

- * Қант диабеті I типі – инсулин тәуелді (ИТ);
- * Қант диабеті II типі – инсулин тәуелсіз (ИТЗ);
- * Қант диабетінің III типі – гестациялық диабет (ГД), жүктіліктің 28 аптасынан кейін дамиды, жүктілік кезіндегі әйелдердегі глюкозаның утилизациясының транзиторлы бұзылуымен сипатталады.

Қантты диабет түрлері

- * Ең жиі ИТҚД кездеседі. Ауру көбінесе қыз балада кездеседі және балалық шағында анықталады, әсіресе жыныстық жетілу кезінде.
- * ИТЗҚД жасы үлкен әйелдерде кездеседі (30 жастан кейін), және де ол ауыр өтеді.
- * ГД сирек жағдайда анықталады.

Қант диабетінің ағымы

- * Жүктіліктің I триместрінде. Көптеген жүкті әйелдерде қант диабетінің ағымы жақсарады, инсулинге сезімталдылық жоғарлайды.
- * Жүктіліктің II триместрінде көмірсуларға толеранттылығы бұзылады, диабеттік шағымдары көбейеді.
- * Жүктіліктің соңына қарай қайтадан көмірсуларға толеранттылығы жақсарып, гликемия мен енгізетін инсулин дозасы азаяды.

Босану кезінде

- * Жүкті әйелдерде жоғары гипергликемия, ацидоз жағдайы, сонымен қатар гипогликемиялық жағдай кездеседі.

Жүктіліктің екінші жартысындағы акушерлік асқынулар :

- * Презклампсия;
- * Көпсулық;
- * Мерзімінен бұрын босану қаупі;
- * Нәрестенің гипоксиясы;
- * Несеп жолдарының инфекциясы.

Босану ағымын асқындырады:

- * Ірі нәресте болуы;
- * Босану күшінің әлсіздігі;
- * Қағанақ суының мерзімінен бұрын кетуі;
- * нәресте гипоксиясының ұлғаюы;

Босану ағымын асқындырады:

- * Функциональды-тар жамбастың дамуы;
- * Иық белдеуінің туылуының қиындауы;
- * Босанудан кейін эндометриттің дамуы;
- * Ана мен нәрестенің босану кезіндегі жарақаттары.

EMI

- * Жүктілік кезінде қант диабетінің жеңіл түрі болса да инсулинді терапия қажет.

Қант диабеті кезінде жүкті болуға қарсы көрсеткіштер

- * қан тамырлар асқынуының тез өршуі :
- * ретинопатия;
- * инсулин резистентті түрі;
- * қант диабетінің лабильді түрі;

Қант диабеті кезінде жүкті болуға қарсы көрсеткіштер

- * Ата анасының екеуінде де қант диабеті болса;
- * қант диабетінің анасындағы резус-сенсбилизациясымен қосылуы,
- * қант диабетінің өкпе туберкулезінің белсенді түрімен қосарлануы

Қалқанша безінің аурулары және жүктілік

- * Қалқанша безі - бұл эндокринді мүше, организмге қажетті гормондарды бөледі - тироксин (немесе тетраiodтиронин - Т4) және трийодтиронин (Т3).

Диффузды токсикалық зоб

- * Жүктілік кезінде диффузды токсикалық зоб жиі кездеседі. (ДТЗ) (0,2 - 8%), негізгі симптомдары гиперплазия және қалқанша безінің гиперфункциясы.

Жүктіліктің ағымы

* Жүктіліктің I жартысында –барлық әйелдерде аурудың өршуі байқалады.

Жүктіліктің II жартысында – гормон өндірілуінің бөгелуіне байланысты тиреотоксикоздың жеңіл дәрежесі байқалып, әйел өзін жақсы сезінеді.

Жүктіліктің ағымы

- * Жүктілер гипертензиясы
- * Мерзімінен бұрын босану

Босану кезінде

- * Босану кезінде көбінесе ЖҚЖ декомпенсациясы тууы мүмкін, ал босанғаннан кейінгі ерте кезеңдерде қан кету болуы мүмкін.

Босанғаннан кейінгі кезеңде

- * Босанғаннан кейінгі кезеңде тиреотоксикоздың тез өршуі қажет етеді:
- * 1) мерказолилмен емдеуді (ол сүт арқылы нәрестеге өтеді)
- * 2) лактацияны басу.

Акушер-гинеколог пен эндокринологтың тактикасы

- * Толық зерттеулер жүргізу үшін 12 аптаға дейін жатқызу және жүктілікті жалғастыру туралы сұрақтарды шешу.

Жүктілік және қарсы көрсеткіш

* Диффузды зобтың және түйінді зобтың орташа дәрежесінде, егер әйел 14 аптаға дейін операцияға бармаса

Диффузды зоб

- * Диффузды зобтың жеңіл дәрежесінде сонымен қатар дийодтирозинмен емдеген емнен нәтижесі болса жүктілікті жалғастыруға болады

Өкпенің белсенді туберкулезі

- * 12 аптаға дейін жүктілікті үзуге көрсеткіш :
 - емге нашар берілетін, өкпеденің жайылмалы деструктивті процессі;
 - алдыңғы жүктілікте процесстің өршуі;
 - өткерген миллиарлы туберкулезден кейінгі 2 жылдан соң;

Алдын алу

- * ЭГА алдын алу шаралары – әйелдер кеңесінде ретті бақылап отыру:
- * акушер-гинеколог,
- * терапевт,
- * эндокринолог,
- * Міндетті түрде стационарға үш рет жату және амбулаторлы емнің нәтижелілігі.

Қолданылған әдебиет

- * 1. Гинекология: учебник / под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 3-е изд. – М., 2008. – 432 с.
- * 2. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология,- 3-е изд., стереотип.- М., Медицинское информационное агентство, 2002.
- * 3. Вихляева Е.М. Руководство по эндокринной гинекологии. – М., 2002.
- * 4. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность, М., 2006г.

НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!

