

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті
Акушерлік және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: «Экстрагенитальды патология және жүктілік».

Орындаған: Сабденова М.С.
Тексерген: Жанабаева С.У.

Қарағанды 2015 жыл

Кіріспе

Қалыпты босанудың дұрыс жағдайы көбінесе ішкі мүшелердің аурулары әсерінен бұзылады. Бұл дегеніміз экстрагенитальді патология, яғни жыныстық аппараттың функциясының, құрылымының бұзылуынсыз босанумен бірге жүретін терапевтикалық, хирургиялық, жедел және созылмалы инфекциялық аурулар.

Экстрагенитальді патологиясы бар жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсетудің өзіндік ерекшелігі бар. Ішкі мүшелер аурулары мен жүктіліктің қабаттасуы 12-14% кездеседі. Мұның көбі жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезең ағымын қиындатып, нәресте дамуына кері әсерін тигізеді. Ал жүктілік өз кезегінде экстрагенитальді аурулы әйелдердің жағдайын төмендетеді. Осының бәрі жүктілік пен босануға байланысты емес ауыр науқастармен ауыратын әйелдерге көрсетілетін мамандандырылған көмекті дамыту қажеттілігін анықтап отыр.

Мұндай көмекті ұйымдастыру, әсіресе, жүрек-тамыр патологиясы (жүрек ақаулары, миокард зақымдалулары, гипертониялық ауру), бүйрек аурулары (пиелонефрит, гломерулонефрит) және эндокрин жүйесінің аурулары бар жүктілер үшін өте маңызды.

Экстрогениталды аурулар баланың дамуының бұзылыстары мен оның өлімінің себепші факторының бірі болып табылады. Босанушы әйел адамның жедел инфекциялық ауруға шалдығуы, оның терісінде, мұрын-жұтқыншақ, қынап бөлімдерінде болатын микрофлораның қозуының себебі болады. Бірінші көзқарасқа қарай қауіпсіз көрінетін аран, тістер, мұрын маңы қойнауларынағы инфекция ошақтары кейіннен температура көтерілуімен сипатталатын ауыр асқыныстарға әкеледі. Және де осы фактор әйел адамның жүктілік кезеңін тоқтатуының ауруларының себебі болып табылады, өйткені қоздырғыш ұрыққа плацента, қан, ананың лимфа системасы арқылы таралып, плацента қабынуы мен жатырішілік ұрықтың ауруға шалдығуына әкеледі.

Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары.

- Жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезең жүрек және тамыр ауруларының көпшілігінің ауыр түрде өтуіне жағдай жасайды. Жүректің тарылуымен қабаттасқан екі қақпалы клапанының ақауы және ревматоидтік этиологиялы аурулар (эндокард, миокардтың зақымдануы), септикалық эндокардит, стенокардия өте қауіпті болып саналады. Жиі жүктілікті ұзу себепшісі болып табылатын жүрек әрекетінің декомпенсациясы және қан айналымның бұзылысы (ентігу, цианоз, ісінулер, т.б.) пайда болады. Жүрек әрекетінің бұзылысы және жүрек қан айналымының аурулары босану, әсіресе қудалау кезеңінде оңай пайда болады. Толғақ кезінде жүйке және бұлшық ет жүйесінің қатты шырығуы жүрек әрекетінің бұзылысына әкеліп соғады. Нәресте туғаннан кейін коллапс (іш қуысы қысымының төмендеуі әсерінен) басталуы мүмкін.

- Жүрек жұмысының бұзылуы әйел өміріне қауіп төндіреді. Декомпенсацияланған жүрек ақаулары кезінде жүктілік мезгілінен бұрын босанумен аяқталуы мүмкін; босану кезінде жиі нәресте асфиксиясын байқауға болады. Жаңа туған нәрестелерде өмірінің алғашқы күндерінде қаңқаішілік босану жарақаты симптомдары аңғарылады. Митральді клапанның компенсирленген жетіспеушілігі кезінде жүктілікке байланысты жүрек жұмысы мен қан айналысының бұзылысы сирек болады. Босану да әдеттегідей қалыпта өтеді, тек компенсация болуы мүмкін.
- Жүрек ақаулары бар кейбір науқастарда жүрек жұмысының компенсация босанудан кейінгі кезеңде басталады.

- Жүрек-тамыр жүйесінің ауруларын дер кезінде анықтап отыру үшін барлық жүкті әйелдерді кеңеске алғаш келген бетінде-ақ мұқият тексеріске (анамнез, қарап тексеру, аускультация, перкуссия, тамыр соғысын, артерия қысымын тексеру) алу қажет. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары бар жүктілерді акушер-гинеколог және терапевт дәрігерлерге бағыттайды. Денсаулыққа қауіпті саналатын ауруларды (митральді саңылаудың тарылуы, эндокардит, миокардтың зақымдалуы, стенокардия, т.б.) емдеу барысында әсері тиімсіз болса, жүктілік ерте кезеңде (12 апта) үзіледі. Егер әйел кеңеске жүктіліктің 12 аптасынан кейін келсе, жүйелі түрде емдеу және жүктілікті одан әрі жүргізу сұрақтарын шешу үшін стационарға жатқызылады. Егер қолданылған емнен кейін де жүкті әйел жағдайы жақсармаса, жүктілікті үзу (кесар тілігі, т.б.) туралы сұрағы шешіледі.

- Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары кезінде босану әрекеті жүрек дәрілерін, глюкоза, оттегіні кең қолдану арқылы өткізіледі. Толғақты болдырмау мақсатында босануды акушерлік қысқыштар салу жолымен аяқтайды. Клапан жетіспеушілігі басым келетін компенсирленген митральді ақауы бар әйелдерде босану өз бетімен болуы мүмкін.
- Бала туысымен коллапстың алдын алу үшін ішке ауырлық (құм салынған қапшық) қояды немесе жедел түрде дәкемен орап тастайды.
- Босанудан кейінгі кезеңде науқастар қатаң төсек тәртібін сақтайды. Босану үйінен босанудан кейінгі 3 аптадан соң ғана шығарылады. Босану үйінен шыққан әйел жүйелі түрдегі дәрігер бақылауына алынады, себебі жағдайдың төмендеуі босанған соң бірнеше апта немесе айлардан кейін басталуы мүмкін.

Гипертониялық ауру.

- Жүктілік гипертониялық ауру ағымын қиындатады. Осы аурудың жеңіл түрінде ғана жүктілік пен босану қалыпты жағдайда өтуі мүмкін. Артериялық қысымның тұрақты және біршама артуы кезінде жүктілік гипертониялық аурудың клиникалық көрінісін ауырлатады.
- Тек жүктіліктің басында ғана артериялық қысымның уақытша төмендегені байқалады, ал кейіннен ол қайта өсіп, жоғары деңгейге дейін жетуі мүмкін. Гипертониялық ауру жиі кештелген токсикоздың болуымен асқынады.
- Тамырлар ұстамасының ұлғаюына байланысты ұлпалардың тамақтануы және оттегімен қамтамасыз етілуі төмендейді, маңызды мүшелер қызметтерінің бұзылуы және дистрофиялық процестер пайда болады. Жатыр-плаценталық тамырлардың ұстамасы нәрестеге қоректік заттар мен оттегінің қажетті мөлшерінің жеткізілуін төмендетеді. Сол себепті гипертониялық аурудың ауыр формаларында нәресте дамуының кідіруі, түсіктер және мезгілінен бұрын босанулар жиі байқалады; өлі туғандар кездеседі. Қудалау кезеңінде әйелдің түрлі мүшелеріне, соның ішінде миға да қан кетуі мүмкін.
- Жүкті әйелдерде гипертониялық ауруды дер кезінде анықтау жоғарыда аталған асқынулардың алдын алудың ең тиімді шаралары болып табылады. Кеңеске алғаш келгенде осы ауруға байланысты анамнездік көрсеткіштерді анықталып, артерия қысымы өлшенеді. Артериалық қысымы жоғары жүктілерді міндетті түрде дәрігерлерге бағыттайды. Гипертониялық аурудың тұрақталған айқын түрлерінде жүктілікті үзу көрсетіледі. Егер әйел жүктілікті сақтап қалғысы келсе, оны жүйелі түрде бақылап, емдеп отыруы керек.

Қан ауруы.

- Жүктілік кезінде жиі анемия ауруын байқауға болады. Гемоглобин санының төмендеуін ағзадағы темірдің нәресте қажеттілігіне жұмсалыуымен байланыстыруға болады. Анемия қабылданған ас құрамынан темірді қажетті түрде өндіру алмауына апарып соғатын дұрыс тамақтанбау, ас қорыту мүшелер жұмысының бұзылуы және басқа ауруларға байланысты пайда болады.
- Тамақтанудың дұрыс тәртібі және емдеу әсерінен гемоглобин саны өседі. Жүкті әйелге жеміс пен көкөністер, бауыр, дәрумендер, темір препараттарын қабылдау ұсынылады.
- Ас қорыту мүшелерінің зақымдалуы және басқа аурулар кезінде сәйкес ем түрі қолданылады.
- Қатерлі қан аздық жүктілік кезінде тез өрбиді, сол себепті жүктілікті ұзу көрсетілген.
- Жүктілік л е й к о з ауруының ағымына кері әсер тигізеді, науқас жағдайы әдетте төмендейді, науқас соңы босану кезінде немесе босанудан кейін қан кетуден болған өліммен аяқталуы мүмкін. Лейкозды диагностикалау кезінде шешуші рольді қанды тексеру процесі атқарады.

Жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын жүкті, босанған әйелдерге көмекті көрсету.

- Шамамен 5,0-6,0% босанатын әйелдерде кездесетін ауру диагнозын анықтау жүктілікті әрі қарай жүргізуді немесе оны медициналық көрсеткіш бойынша үзуді шешуді талап етеді.
- Жүрек-қан тамыр ауруларымен ауырса да жүктілігін сақтап қалған әйел адам жүктілік мерзімінің барлық ағымында және босанғаннан кейін терапевтің, акушер-гинекологтың үнемі бақылауында болуы керек. Көрсеткіштер бойынша оны окулист, ревматолог және басқа дәрігерлер қарайды.
- Жүрек ақаулары, гипертониялық және басқа да жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын жүкті әйелдер осы аурулардың асқынулары және акушерлік патология болмаса да үш реттік жоспарлы госпитализацияға алынады:
 - а) диагностикалық мақсатпен (жүктілікті сақтау сұрағын шешу үшін) жүктіліктің 12-аптасында терапиялық стационарға; жүктілікті үзу қажеттілігі туған жағдайда - білікті акушер-гинекологиялық стационарға;
 - б) алдын алу, қажет болған жағдайда емдеу мақсатында жүктіліктің 28-30 аптасында (жүрекке максималды гемодинамикалық күш түсу кезеңінде) - терапиялық стационарға;
 - в) босануға дайындау және босану жоспарын әзірлеу және жүргізу үшін босануға дейінгі 2-3 апта бұрын арнайы акушерлік стационарға.

- Асқазан- ішек жолдарының аурулары және жүктілік
- Асқазан- ішек жолдарының аурулары жүктілік үшін абсолютті кері көрсеткіштер болып табылмайды. Созылмалы гастрит және дуоденит жүктілік кезінде жақсы өткізіледі, ойық-жара ауруы да ешқандай көзге көрінетін бұзылыстарға әкелмейді. Жүктілік кезінде асқазан- ішек жолдарынан болатын бұзылыстар рефлюкстер жатады, оның ішінде қатты қыжылмен жүкті әйелді мазалайтын эзофагит-рефлюкс, сонымен қатар іш қату.

- Бауыр ауруы мен жүктілік. Бауырда эстрогендердің инактивтелуі салдарынан созылмалы гепатиттер мен бауыр цирроздар әсерінен бедеулік дамуы мүмкін. Ал егер де жүктілік пайда болса ол өте жағымсыз түрде өтеді, түсік тастау, мерзіміне дейін жеткізбеу, өлі бала босануға әкелуі мүмкін, сонымен қатар аналық және перинаталдық өлімдер болуы мүмкін. Егер бұл аурулар жүктілік бастапқы кезеңдерінде көрінсе, ол аборт жасау, а көрсеткіш болып табылады. Ал баланы сақта, ан жағдайда глюклкортикостероидтарды 20 мг дозасында тәулігінде қабылдау керек. Жүктілік кезінде абсолютті қарсы көрсеткіштер: цитостатиктер, делагил, Д-пенициламин.

- **HELLP-синдром**

- HELLP-синдром бауыр ферменттерінің белсенділігінің көтерілуімен және тромбоциттер деңгейінің төмендеуімен байланысты болып келеді. Клиникасы гемолитикалық анемия мен геморрагиялық синдроммен көрінеді. Бауыр ферменттерінің және билирубин көрсеткіштері 10-2- ретке дейін көтеріледі. Бұл синдром жүктіліктің 35—37 аптасында дамиды. Жүкті әйелдің жағдайы тез арада нашарлап, лоқсу, қанды құсу және геморрагиялық басқа белгілер, сарғаю, қырысуларға әкеледі. Бұл белгілер әсерінен кома дамуы мүмкін. Егер де тез арада баланы туылтып алса, кейіннен жағдайы жақсарады.

Жүктілік кезінде ревматизм

Жүктілік кезінде ревматизм өтуінің ерекшеліктері. Ревматизм – дәнекер тіннің жүйелі сырқаттылығы. Жүктілік кезінде ревматизм белсенділігінің диагностикасы маңызды болып табылады, себебі типті клиникалық сипаттар және лабораторлы белгілер – субфибралитет, ентігу, әлсіздік, шаршағыштық, тахикардия, аритмия, лейкоцитоз және СОЭ физиологиялық жүктілік кезінде де болады.

Сондықтан ревматизмнің диагностикасы кезінде мыналар маңызды: а) анамнез – факторлар, соңғы асқынудың басталуы. Б) ЭКГ – сипаттар: әрбір екінші әйелде синусты тахикардия немесе брадикардия, жүрекше-қарынша өткізгіштігі, аритмия және коронарлық қанайналымының бұзылысы.

Жүктілік кезінде ревматизмнің асқыну жиілігі ревматизммен ауыратындарда 10-12-16% құрайды.

Р.дың екіншілік асқынуы – жүктіліктен кейінгі кезең иммунитеттің әлсіздігінен.

Ревматизм асқынуы кезіндегі тактика

Жүктіліктің 1 үшсеместрінде белсенді үрдістің болуы ол жүктілікті тоқтату көрсеткіші болып табылады, себебі белсенділік үрдісін тоқтатуға болмайды, ал салицилаттармен глюкокортикоидтарды қолдану кері көрсеткіштер бар. Салицилаттар ерте органогенез кезінде қан жасауды бұзады. Глюкокортикоидтар ұрықтың бүйрегiнiң органо-, функциогенезін бұзады.

Тоқтаусыз рецидивирлеуші жедел және жеделдеу Р. жүктіліктің кез-келген айында.

Егер Р. дың белсенуіне бір жыл болса онда жүктілікті үзеді.

Р. кезінде профилактикалық емдеу жүктілік кезінде жүргізбейді, себебі дәрілердің зақымдау қасиетіне байланысты. Мұрынжұтқыншақта ошақты инфекцияның белсенді санациясы жүргізіледі, жүктіліктен кейінгі кезде спецификалық профилактикалық ем қажет.

Анасында ревматизм бар туған балаларында инфекционды-аллергиялық ауруларға бейім болады, туа пайда болған иммунитеттегі ақау.

Несеп шығару жолдарының аурулары.

- Н е ф р и т - жүктіліктің маңызды асқынуларының бірі. Жіті нефрит жүктілік кезінде бұрындары ауырған баспа және басқа жұқпалы ауруларға байланысты туындауы мүмкін. Нефрит кезінде жүктіліктің өздігінен үзілуі жиірек кездеседі. Жіті және созылмалы нефрит кезінде де жүктілікті үзу көрсетіледі.

- Жүктілік кезінде п и е л о н е ф р и т т і жиі байқауға болады. Пиелонефриттің пайда болуына зәр ағар атониясы және соған байланысты болатын зәр ағудың іркілуі ықпал етеді. Жұқпа ішектен лимфа жолдары арқылы, сирек қуықтың кірер жолымен енеді. Пиелонефриттің ең жиі қоздырғыштары – ішек таяқшалары.
- Пиелонефрит әдетте жүктіліктің екінші жартысында, алғаш босанушыларға қарағанда қайталай босанушыларда жиі кездеседі. Ауру әдетте жіті, сирек біртіндеп басталады. Температура жоғарылайды (жиі қалтыраумен қабаттасып), бел аумағында ауырсынулар пайда болады, жалпы жағдайы төмендейді. Зәрінде лейкоциттер саны, бүйрек түбегі эпителиінің жасушалары мен бактериялары көп. Жұмылдырықпен бел (бүйрек) аумағын ұрғылау кезінде түбектің қабынған жағында (Пастернацкийдің жағымды симптомдары) ауырсыну сезіледі.
- Ауру әдетте тиімді емделеді және жүкті әйел мен нәресте үшін ауыр салдары болмайды. Тек сирек жағдайда жүктілікті жасанды түрде үзуге себеп болады.

Гломерулонефрит

Жүктілер гломерулонефрит-0,1% тен 9%дейін кездеседі.Бұл бүйрек шумақтарын иммунокомплекті зақымдауға әкелетін инфекционды-аллергиялық ауру.Қоздырғышы-гемалитикалық стрептококк.Көбінесе бұл ауру ангина, тұмаудан кейін жиі дамиды.

Клиникасы

Белде ауырсынулар , бас ауруы, жұмыс істеу қабілетінің төмендеуі, жиі зәршығару.Жүктілік кезіндегі негізгі симптом – бетте көз астында, аяғында, іштің алдыңғы қабырғасындағы ісінулер.АҚ жоғарлауы, ретиноангиопатия.Зәрде- белок, эритроциттер, лейкоциттер, цилиндрлер. Нечепоренко бойынша зәр анализінде лейкоциттер санына қарағанда эритроциттер саны көп.Ауыр ағымы кезінде-креатинан, мочевиная, қалдық азот жоғарлайды.Анемия.

Несептас ауруы (НТА)

Бұл патология жүктілермен босанушылармен 0,1-0,2% кездеседі. НТА дамуында роль атқарады: фосфор-кальций алмасуының өзгерісі, шавел және зәр қышқылы алмасуының бұзылысы, бүйрек қуысы және несептағардың кеңеюі, олардың тонусының төмендеуі, зәрдің ағуының қиындауы және концентрациясының жоғарлауы - осының бәрі тастың түзілуіне әкеледі. Инфекция үлкен роль атқарады. Жүктілердің 85% інде созылмалы пиелонефрит несептас ауруымен асқынады, 80% інде несептас ауруына пиелонефрит қосарланады. Уродинамикалық өзгерісі және несептағардың гипертрофиясы тастың қозғалуына бейімдейді, сондықтан жүктілік кезінде несептас ауруы ағымы нашарлайды. Ауруды жиі жүктілік уақытысында анықтайды.

- Жүктілік кезінде ц и с т и т (қуықтың қабынуы) пайда болуы мүмкін. Циститтің пайда болуына қуықтың жатырмен немесе алда жатқан нәресте басымен басылуы, қабырғаларының ісінуі ықпал етеді. Жұқпа уретра арқылы, жиірек катетеризация арқылы келіп түседі. Зәр шығару жиілеп, ауырсынулар пайда болады, температура жоғарылайды.

Бүйрек ауруларымен науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету.

- Көп жағдайда жүктілік бүйрек патологиясының ағымына кері әсер етеді. Осыған байланысты бүйрек патологиясы бар жүктілер үнемі терапевт және акушер-гинекологтың бақылауында болып, оларға уролог (нефролог), окулист және басқа мамандық дәрігерлерінің кеңесі қажет болады.
- Жүктілікті сақтап қалу немесе оны үзу, сонымен қатар бүйрек патологиясының асқынуы, ағымының төмендеуі, амбулаторлық жағдайда емдеуге жатпайтын симптомсыз бактериурия және лейкоцитурия кезеңінде госпитализациялау туралы сұрақтарды шешу үшін арнайы стационар ретіндегі профильді терапиялық (нефрологиялық немесе урологиялық) стационарды пайдаланған дұрыс. Жүктілердің кеш басталған гестозы, нәресте гипотрофиясы (алғаш белгілердің пайда болуы кезінде) және басқа да патология түрлері кезінде жүктілер акушерлік стационарға жатқызылады және арнайы кеңес берулер ұйымдастырылады.
- Бүйрек патологиясы бар жүктілер жүктіліктің 37-38 аптасында босануға дайындалу және босану жоспарын әзірлеу үшін акушерлік стационарға жатқызылуды қажет етеді.
- Жүктілер патологиясы бөлімшесінде керует санының көп мөлшерде (40-50% керует қоры) болуы осы акушерлік стационар құрылымының ерекшелігі болып табылады.
- Науқас жүктілерді қандай да бір бөлімшеге (акушерлік немесе акушерлік емес профильді) жатқызу сұрақтары әйел қалауы мен жергілікті жағдайлар есепке алына отырып шешіледі. Босанғаннан кейін бұл әйелдерге үнемі акушер-гинеколог бақылауы ғана емес, сонымен қатар уролог немесе нефролог бақылауы қажет болады.

Ішкі секреция бездерінің аурулары.

- Қалқанша безінің ауруы - гипертериоз (базедов ауруы), гипотериоз (микседема). Олар жүктілік кезінде асқынады. Қалқанша безінің ауруы жүктілікті үзуге көрсеткіш болады. Диабет ауруымен ауыратын әйелдердің жүктілігі де аз кездеспейді. Диабет ауруымен ауыратын әйелдер жүктілік кезінде комаға түсуі мүмкін. Себебі, әйел де, ұрық та инсулинді көптеп қажет етеді. Диабетпен ауыратын жүкті әйелдердің ұрықтары өте үлкен болады, босану кезінде ұрық асфиксиясы да даму мүмкін. Осы ауру кезінде жүкті әйелдер арнайы диета сақтап, көптеп дәрумендер және инсулин қабылдаулары керек. Жүкті әйел үнемі дәрігерлердің қадағалауында болуы тиісті.

Қант диабеті ауруымен ауыратын науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету.

Жүктілік кезінде, әдетте, диабет ауруының ағымы төмендейді. Әсіресе, жүктіліктің II жартысында диабет ауруы кезінде ауыр ағымды гестоздар, көпсулылық, пиелонефрит, жүктілікті мерзімінен бұрын ұзу жағдайлары жиі байқалады. Диабетпен ауыратын әйелдердің босануы барысында босану әрекетінің әлсіздігі, қағанақ суларының мерзімінен бұрын немесе ерте ағып кетуі жиірек байқалады. Бұл әйелдердің нәрестелері ерекше бақылауда болуы керек. Қант диабеті кезіндегі босанулар жалпы босану сандарының 0,3-0,5 % құрайды.

Әйелдер кеңесінде ауру диагнозын, қауіп-қатер дәрежесін нақтылап, жүктілікті сақтау мүмкіндігі туралы сұрақты шешу керек.

Диабетпен ауыратын жүкті әйелде жүктілік сақталып қалатын жағдайда акушер-гинеколог оған терапевт және эндокринологпен келісілген жеке жоспар құрады. Осы науқастар тобына көрсетілетін стационарлық көмек арнайы мамандандырылған мекемелерде жүзеге асуы керек. Эндокринологиялық бөлімшелері және соған сәйкес зертханалық қызметтері бар көп профильді ауруханалар құрамына кіретін ірі акушерлік стационарларда осы топқа арнайы палаталар бөлу бойынша оңтайлы тәжірибелер жинақталған.

Госпитализациялау үшін көрсеткіштер:

- Ø диагнозды, жүктілікті сақтау мүмкіндігін нақтылау, емдеу курсы, соңымен қатар жүктілікті сақтап қалу кезінде инсулин мөлшерін анықтау үшін әиелдер кеңесіне қаралуын;
- Ø диабет декомпенсациясы басталатын (инсулин мөлшерінің өзгертілуін және сәйкес емнің белгіленуін қажет етеді) 22-24 апталық жүктілік кезінде эндокринологиялық бөлімшеге немесе жүктілер патологиясы бөлімшесіне міндетті түрдегі эндокринолог кеңесі;
- Ø 30-32. апталық жүктілікте акушерлік стационарға тексерілу және босану мерзімі мен әдісі сұрақтарын шешу үшін.
- Жедел госпитализация қант диабеті декомпенсациясы басталған, ана мен (немесе) нәресте жағдайы нашарлаған, акушерлік патология пайда болған кезде көрсетіледі.
- Денсаулық сақтаудың жергілікті органдары акушерлік стационарға науқас баланы балалар ауруханасының сәйкес бөлімшесіне (мерзімінен бұрын туған нәрестелер, неврологиялық бөлімшелер, т.б.) жедел түрде ауыстыруына мүмкіншілік жасауы қажет.

Жұқпалы аурулармен ауырған науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету.

- Тұмаумен ауыратын жүкті әйел акушерлік стационар жағдайында болуды қажет ететін акушерлік патология кезінде жүктілік мерзіміне қарамастан сондай стационардың обсервациялық бөлімшесіне жатқызылады және сол жерде босандырылады. Сонымен бірге жұқпаның таралуын ескертетін шаралар жүргізіледі.
- Туберкулездің белсенді формасымен ауыратын науқасқа абортты туберкулезге қарсы стационардың операция бөлмесінде, ал ондай мүмкіндік болмаған жағдайда оңашалау шараларын сақтай отырып аурухананың гинекологиялық (жүктілікті үзу үшін) немесе жалпы хирургиялық бөлімшесінде акушер-гинеколог жасайды.
- Туберкулезбен ауыратын науқастарға жергілікті денсаулық сақтау органдарымен көрсетілетін стационарлық акушерлік көмек туберкулезге қарсы аурухана жүйесінде ұйымдастырылуы мүмкін. Туберкулездің белсенді формасы жоқ және ондай науқастармен қарым-қатынасы жоқ жүктілер мен босанатын әйелдер акушерлік стационардың обсервациялық бөлімшесіне (жеке палата), ал туберкулездің белсенді формасы бар босанатын әйелдер (туберкулез стационарына жатқызу мүмкіншілігі болмаған жағдайда) – акушерлік бөлімшенің босану бокстеріне жатқызылады.
- Вирусты гепатитпен ауыратын жүктілер жұқпалы аурухананың сәйкес бөлімшелерінде оларға бөлінген палаталарға (бокстарға) жатқызылады. Бақылауды, емдеу және босануды акушер-гинеколог пен осы бөлімше дәрігерлері бірлесе жүргізеді.
- Жүктілік кезінде міндетті түрде АИТВ-жұқпасына тексерілу қажет емес. Залалданудың жоғарғы қауіпті тобына жататындар: бірнеше жыныстық серіктері барлар, есірткіні парентералды жолмен қабылдайтындар, көп рет қан және оның компоненттерін қабылдағандар міндетті түрде тексерілуі керек.

- Жүктілік кезінде кездесетін экстрогениталды аурулар ішінде ең көп қиыншылық тудыратын аурулар жүрек-қантамыр, қан ауруы, туберкулез, инфекционды гепатит, холецистит, қант ауруы, пиелонефрит пен аппендицит болып табылады.
- Жүктілі кезінде дене массасы ұлғаяды, циркуляцияда жүретін қанның мөлшері артады, құрсақ ішілік қысым артады, зат алмасу процессі жоғарылайды, осының бәрі тіпті дені сау адамда жүрекке ауыртпашылық әкеледі. Егер жүктілік уақытында әйелде жүрек ақауы мен гипертония болатын болса, ол бала дамуында өте қауіпті проблемалар тудырады.
- Қан аурулары ішінен жиі кездесетін темір тапшылық анемия. Бұл анемияның түрі жиі болатын инфекциялық ауруларды қоздырады.

Пайдаланылған 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 Эрол 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.