

М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина
университеті.

Кафедра: Акушерлік іс және гинекология.

Факультет: 409"Б" жалпы медицина.


Тақырыбы: Үйреншікті жүктілікті көтере
алмаушылық.

Орындаған: Айсақай Айгүл.

Тексерген: Сахипова Гульнар Жетебаевна.

2011 ЖЫЛ.



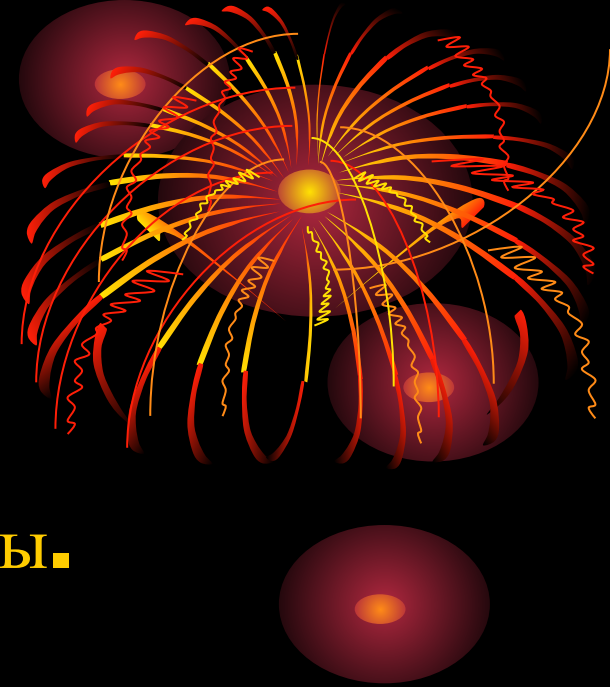


Жүктіліктің алғашқы күнінен **37** аптаға дейін өздігінен үзілуі жүктілікті көтере алмаушылық болып саналады. Егер жүктіліктің үзілуі **2** рет қайталап және оданда көп болса онда ол үйреншілік жүктілік деп аталады. Жүктіліктің үзілу уақыты бойынша өздігінен түсік және ерте босану түрлерін ажыратады.

Өздігінен түсік тастау жиелігі түсік **15%**-ті, мерзі-мінен ерте босану **7%**-ті құрайды.

Этиологиясы:

1. Жатыр ақаулары.
2. Хромосом аппаратының ақаулары.
3. Иммунологиялық бұзылыстар.
4. Эндокринді бұзылыстар
5. Инфекциялық факторлар.
6. Соматикалық аурулар және интоксикация.
7. Психогенді фактолар.
8. Жүктілік ағымындағы асқынулар.






Жатыр ақауларына Мюлер өзегінің даму ақаулары.

Екі мүйізді жатыр. Жатыр қуысының синехиясы, жатыр гипоплазиясы және миома. Жиі кездесетін себептердің бірі истмика цервикальды жетіспеушілік, оның клиникалық белгілері, іштің төменгі жағының белдің ауруы, жатыр мойнының қысқарып, оның жойылуы, қағанақ қабының жатыр мойнына тірелуі.


Емі хирургиялық.

Хромосомдық аппаратының ақаулары. Көбінесе жүктіліктің ерте мерзімінде үзілуіне алып келеді. Ол хромосомалардың көлемді оберацияларымен байланысты немесе құрылымының бұзылыстары.



Иммунологиялық факторларға клеткалық және гуморальдық иммунитеттің бұзылыстары гисто-үйлесімдік антиген рөлі. Изосирологиялық сәйкессіздік ана және бала резус факторларының сәйкессіздігі, фосфолипидтерге аутоиммунды реакциялар.

Эндокринді бұзылыстардың терең өзгеруі бедеулік-ке әкеліп соқтырады. Өзіндік үзілуі көбінесе әйелдерде гормоналды бұзылыстардың жасырын түрінде өтеді. Біріншіден аналық без гипофункциясын оның ішінде лютеинді фазаның жетіспеушілігі.



Көтере алмаушылықтың жиі себебі ана организмнің инфекциясы. Бұл этиологиялық топтарға ана ауруының жедел және созылмалы сонымен қатар жергілік-ті жыныс аппаратының бактериялық флора мико-плазма хламидия токсоплазма, вирустар, саңырау-құлақтармен шақырылған инфекциялық аурулары.

Патогенез. Жоғарыдағы аталған себептер соңында жатыр жиырылу белсенділігін жоғарлатады. Ұрық жұмыртқасының жатыр қабырғасынан ажырауына әкеледі. I және II триместр басында ұрық жұмыртқасы қағанақ қабын ашпай жатыр қабырғасынан ажырайды және бөлінеді.

Жүктіліктің үзілу дәрежесіне қарай ерте түсіктер бірнеше сатыларға бөлінеді:

- 1.** Түсік қаупі.
- 2.** Басталған түсік.
- 3.** Жүрістегі түсік.
- 4.** Жартылай түсік.
- 5.** Толық түсік.




1. Түсік қаупіне жатыр жиырылу белсенділігінің жоғарлауы тән. Бірақ ұрық жұмыртқасы жатырмен байланысын толық сақтайды.

Клиникалық белгілері: іштің төменгі бөлімінде және сегізкөзде әлсіз ауырсынумен сипатталады. Қан кету болмайды.

2. басталған түсікте миометрий жиырылу белсенділігі жоғарлауы, ұрық жұмыртқасының біртіндеп ажырауына және мойын өзегінен аз мөлшерде қанды бөліністердің кетуімен сипатталады, ауырсыну күшейеді, кейде әлсіз толғақ сипатында болады. Қынаптық тексерген кезде жатыр мойнының аз мөлшерде ашылу және қысқаруы айқындалады.





3. Жүрістегі түсікте ұрық жұмыртқасы жатыр қабырғасымен байланысын жоғалтады және жатырдың төменгі бөлігіне немесе жатыр өзегіне түседі. Әйелдің іші толғақ тәрізді қатты ауырып жатыр мойны ашылып, қан көп кетеді.

4. Ұрық жұмыртқасы жатырдан бөлініп жатыр қуысында бір бөлігі қалса, онда бұл түсік жартылай түсік деп аталады. Әйелдің іші толғақ тәрізді қатты ауырып, жатыр мойны ашылып, қан кетеді. Жатырдың көлемі жүктілік мерзіміне сәйкес келмейді. Себебі жатыр қуысында ұрық қалдықтары жартылай қалады.

5. Толық түсік кезінде ұрық жұмыртқасы тұтас жатырдың қуысынан түсіп, жатыр еттері жиырылып оның жатыр мойны жабылып, қан кету тоқталады. Жатыр қуысында кейбір кез-де дециидуалды қабаты қалуы мүмкін. Кейбір жағдайларда ұрық жатыр қуысында өспей шетнеуі мүмкін, бұны жүктіліктің өспей узілуі дейді. Жатырдың мерзімі жүктіліктің мерзіміне сәйкес келмейді. УДЗ арқылы анықтайды. Көбінесе түсіктерден кейін жатыр қуысына немесе басқа жыныс мүшелеріне инфекция еніп улануы мүмкін.



Зерттеу әдістері: клиникалық зерттеулер жүргізіледі, объективті, қынаптық. Қан құрамы резус факторды анықтау бактериялогиялық, гормондық, УДЗ және басқа маман дәрігерлер (терапевт, кардиолог).

Емі. Жүктіліктің түсік қаупінде басталған түсікте әйелді бірден емханаға жатқызып емдейді. Емі төсекте жату ережесін сақтау; жүйке жүйесінің қозуын басатын дәрілерді беру. Түсіктің басқа да түрлерінде жүрістегі, толық түсікте жүктілікті сақтауға болмайды, жатыр қуысын жедел қырып, ұрық қалдықтарын толық тазартады. Содан кейін жатырдың жиырылуын жылдамдататын окситоцин енгізеді.



Мезгілінен ерте босану.

Жүкті әйелдің **22-37** апта аралығында босануын мезгілінен ерте босану дейді. Мезгілінен ерте босану **4-15%** аралығында, ал **33-37** апта аралығында **75%**-на дейін жетеді. Перинаталдық өлімнің **50-70%**-ы мезгілінен ерте босанудың асқынуы салдарынан болады.



Диагностикасы. Мезгілінен ерте босанудың диагнозы қиындық тудырмайды. Ол босанушының шағымына және сыртқы ішкі акушерлік зерттеуге негізделген.

Мезгілінен ерте босанудың қауіп факторлары:

- Әлеуметтік-экономикалық жағдайының төмендеуі.
- Әйел жасының **30**-дан асуы және **16**-дан төмен болуы.
- Ауыр жұмыс.
- Шылым шегу.
- Кокаинды қолдану.
- Жасанды түсікте.
- Асқынған акушерлік анамнез бұрынғы жүктілігі мезгілінен ерте үзілсе.





Емі. Акушерлік ситуациялық қиындығына байланысты консервативті және активті тактика жүргізіледі.

Консервативті тактика қауіптендіретін және бастапқы босануда жүктіліктік **36** аптасы бүтін қағанақ қабының, жатыр өзегінен **4**см ашылуы ұрық жағдайының нашарлауы.

Төсектегі режим. Диета сақтау, дәрі-дәрмектер, физиотерапия.



*Назарларыңызға
Рахмет!*

Пайданылған әдебиеттер:

1. Р.С. Бейсембаева, Ә.Т.Раисова,
Ғ. Нұрқасымова. “АКУШЕРИЯ”

2. www.ya-zdorova.ru

