

Қарағанды Мемлекеттік Медицина Университеті

Акушерия және гинекология кафедрасы

СӨЖ

Тақырыбы: “Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық.”



Орындаған: Абдрахманова А.

413-топ, ЖМФ

Тексерген: Джураева Ф.Н

Қарағанды-2012

Жоспары:

- Кіріспе
- Жүктілікті көтере алмаушылық
- Классификациясы
- Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылықтың себептері
- Клиникалық көрінісі, емі, болжамы
- Профилактикасы
- Қорытынды
- Пайдаланылған әдебиеттер



КІРІСПЕ:

Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының анықтамасы бойынша, жүктілікті көтере алмаушылық деп әйел анамнезінде қатарынан үш рет 22 апта мерзіміне дейінгі өздігінен түсік тастауды айтады. Қазіргі кезде осы мәселемен айналысатын мамандар қатарынан екі рет өздігінен түсік тастаған әйелдерді жүктілікті көтере алмайтындардың қатарына жатқызып, әрі қарай оларды тексеріп себебін анықтап, келесі жүктілікке дайындау қажет екенін айтады.

- **Жүктілікті көтере алмаушылық** деп ұрық пайда болғаннан жүктіліктің 37 аптасына дейін (соңғы менструальдық циклдан 259 күнге дейін) жүктіліктің үзілуін айтамыз.

● **Бұл уақыт аралығы бөлінеді:**

- Ерте түсік – жүктіліктің 12 аптасына дейін
- Кеш түсік - жүктіліктің 12-22 аптасына дейін
 - Жүктіліктің үзілуі – жүктіліктің 22-27 аптасына дейін
- Мезгілінен бұрын босану - жүктіліктің 28 аптасынан бастап

- ДДҰ анықтамасы бойынша, **үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық** деп жүкті әйел анамнезінде қатарынан 3 рет болған жүктіліктің 22 аптасына дейін үзілуін айтамыз.



**Үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық
барлық жүктіліктің 1% - 5% құрайды.**

**Жүктілікті көтере алмаушылық
қайталануының көрсеткіштері:**

- 1 дейін кейін – 15%
- 2 дейін кейін – 30%
- 3 дейін кейін – 40 – 45%

ҮЖКА негізгі себептері

Ата-ананың генетикалық факторлары(5%)

- Хромосомалық бұзылыс
- Бір геннің дефектісі
- Х-хромосомамен байланысты бұзылыс
- Көпфакторлы себеп

ГЕНЕТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАР

Жүктіліктің бірінші триместрінде ұрықтың хромосомды ақаулары 60% жағдайда өздігінен түсік тастауға әкеледі. Эмбриональды тінде анеуплоидия анамнезінде екіден тоғызға дейін түсік тастаған әйелдерде кездеседі. Ал 16 хромосоманың трисомиясы ең кең тараған хромосомды ауру болып табылады, сирек моносомия да өздігінен түсік тастауға әкеледі. Ата-анасының хромосомды ақаулары 3-6% жағдайда жүктілікті көтере алмаушылыққа әкеледі.

Анатомиялық себептер (12%)

- Туа пайда болған
 - Мюллер өзегінің немесе жатыршілік перегородкасының толық жабыспауы
 - Диэтилстилбестролдың әсері
 - Жатыр артериясының аномалиясы
 - Жатыр мойнының аномалиясы
- Жүре пайда болған
 - Жатыр мойнының патологиясы
 - Синехиялар
 - Жатыр лейомиомасы
 - Эндометриоз, аденомиоз

Анатомиялық фактор

Механизмі:

- **Ұрық дамуына жатыршілік қуыстың жетіспеушілігі**
- **Жатыр мойнының бұзылысы**
- **Имплантация процесінің бұзылысы**
- **Эндометрия қанайналысының бұзылысы**
- **Жатырдың өзіндік жиырылу активтілігінің күшеюі**
- **Қабықтануының жоғарылауының айқындылығы**

МЮЛЕР ӨЗЕКТЕРІНІҢ АНОМАЛИЯЛАРЫ

- **1. Жатыр ішілік бөгет.** Жатыр ішінде қанмен қамтамасыз етілуі нашар тіннің болуы. Әсіресе жатырдың түбінен түзіледі. Эмбрионның жатыр ішілік бөгетте имплантациялануы жүктіліктің мерзімінен бұрын үзілуіне әкеледі.
- **2 Бір мүйізді жатыр** Мюллер өзектерінің бірінің дамуының бұзылуы. Даму барысында Мюллер өзегінің бірінің миграциясы бұзылып өзінің қалыпты орнына барып қосыла алмауынан ол жойылған, мұндай жағдайда тек бір ғана жатыр түтігі болады. Қазіргі кезде мұның эффективті емі жоқ.

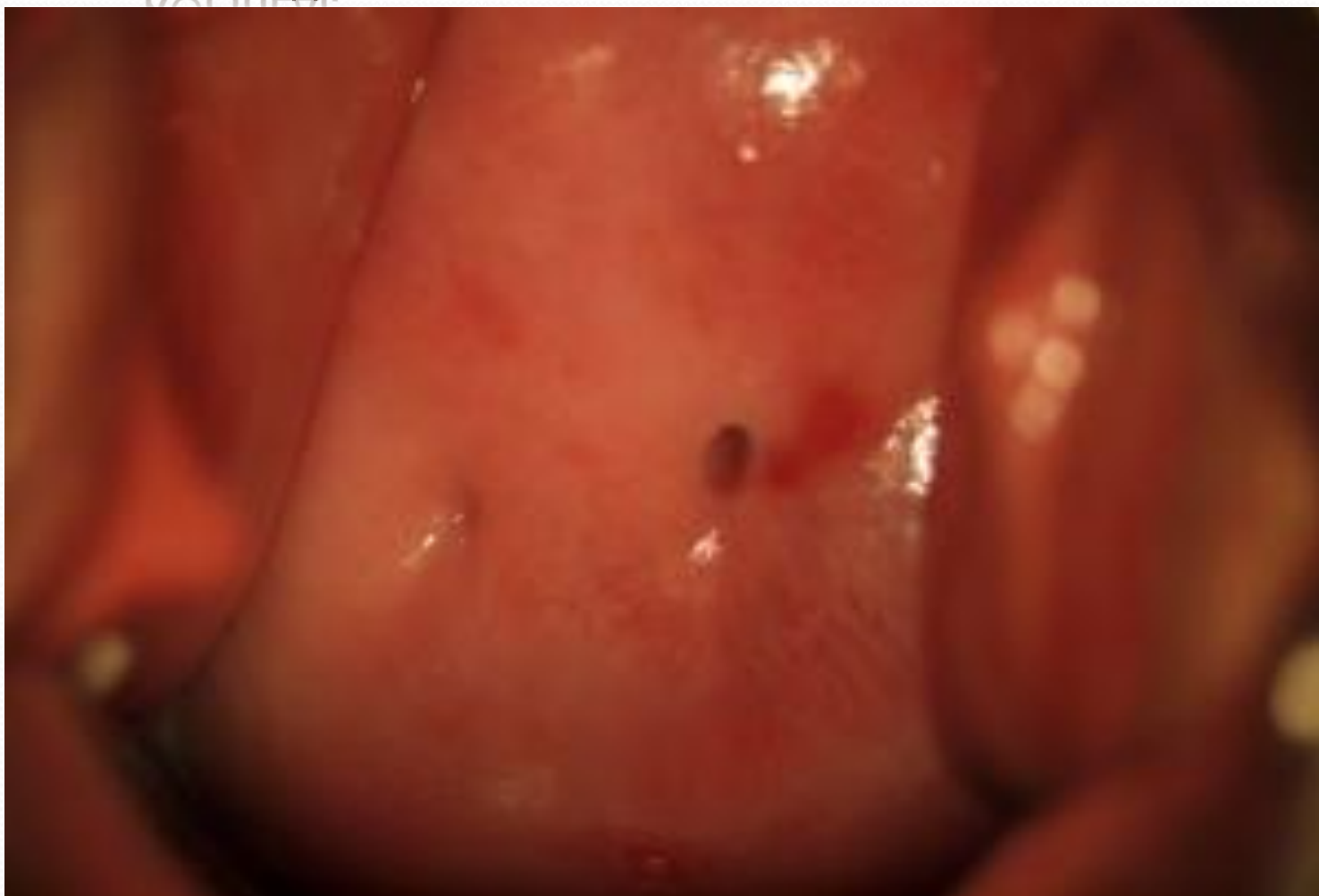
- **3.Екі мүйізді жатыр.** Мюллер өзектерінің қосылуының бұзылуынан жатырдың бір мойны,екі жатыр қуысы болады.Бұл кезде жүктілік қалыпты өтуі мүмкін,бірақ мұндай ақауы бар әйелдерде жүктілікті көтере алмаушылық жиі кездеседі. Операциялық жолмен лапоратомия жасалынады бұл кезде жүктілікті көтере алмаушылық 90-95% тен 25-30% дейін төмендейді.
- **4.Жатырдың қосарлануы.** Мюллер өзектерінің толығымен қосылмауынан жатыр мен жатыр мойнының қосарлануы кездеседі. Жиі қынапта бөгеттердің болуы,немесе бір өзектің обструкциясы да кездесуі мүмкін.

ҚАЛЫПТЫ ЖАТЫР

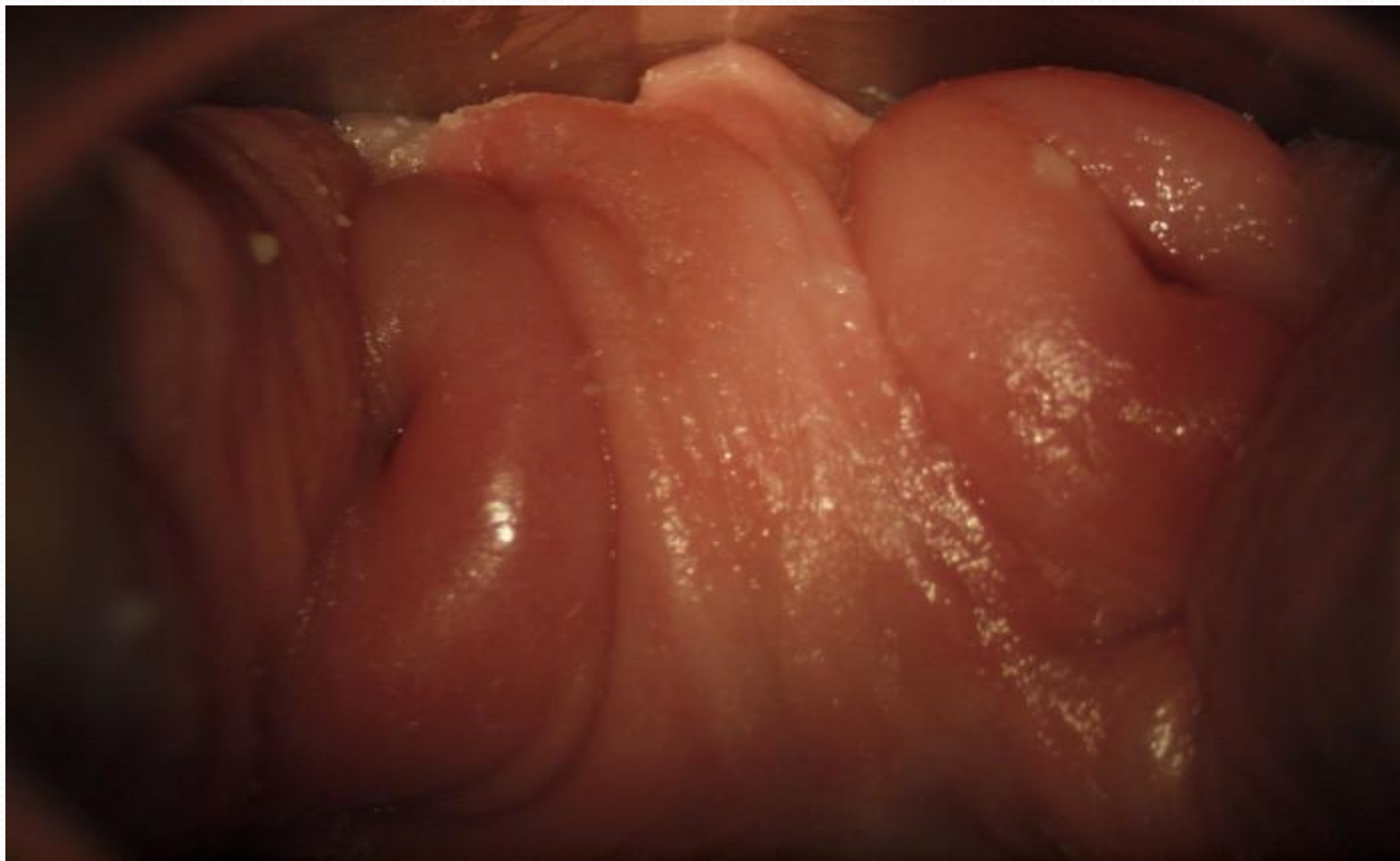
ЕКІ МҮЙІЗДІ ЖАТЫР



ЖАТЫР МОЙНЫНЫҢ ТОЛЫҚ ЕМЕС
ҚОСАРЛАНУЫ. ЕКІ ЦЕРВИКАЛЬДЫ КАНАЛ
КӨРІНЕДІ.



ЖАТЫРДЫҢ ТОЛЫҚ ҚОСАРЛАНУЫ: ЖАТЫРДЫҢ ЕКІ МОЙНЫ ЖӘНЕ ҚЫНАПТЫҢ ТОЛЫҚ ЕМЕС БӨГЕТІ



ЖҮРЕ ПАЙДА БОЛҒАН АНАТОМИЯЛЫҚ АҚАУЛАР

- Жүре пайда болған жатырдың анатомиялық ақаулары әсіресе жүктілікті көтере алмаушылыққа себеп болатын олар жатырдың лейомиомасы, синехиялар, эндометриоз және аденомиоз. Бұл патологиялық жағдайлар қан айналымның жеткіліксіздігінен және жатырдың жиырылғыш қасиетін күшейтуін ынталандыруы плацентацияны бұзып нәтижесінде плацентаның сыдырылуын туғызып жүктіліктің өздігінен үзілуімен аяқталады. Ал аденомиоз және жатырдың миомасы жүктілік кезінде синтезделетін ақуыздарды тежейді.

ЖАТЫР МИОМАСЫ

- **Жатыр миомасы**– Жатыр қабырғасындағы бірыңғай салалы бұлшықеттің ісігі. Миома қатерсіз ісік, егерде ісік субмукозды болса жатыр ішіне қарай өссе имплантация үшін механикалық бөгет жасайды. Егерде миоматозды түйін жатырды толығымен алып жатса онда имплантация аймағымен оның айналасында қан айналымды бұзып жүктіліктің үзілуіне әкеледі.

ЖАТЫР МИОМАСЫ

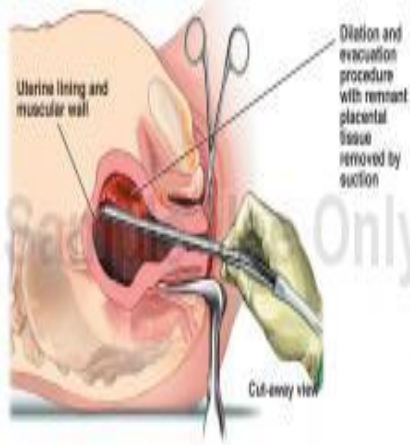


АШЕРМАН СИНДРОМЫ

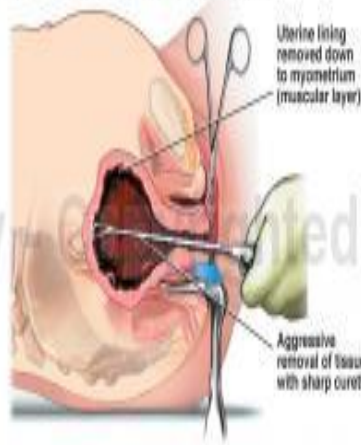
Ашерман синдромы – эндометрийдің зақымдалуы салдарынан жатыр қуысына дәнекер тіннің өсуі. Синихиялар әсерінен туындайды. Спайкалар фиброзды талшықты тіннен құралып арасында қан тамырлар, бұлшық ет тіні кездеседі мұндай синихияларды алып тастау өте қиын мұндай жағдайда жүктілік кезінде имплантация бұзылыстары мен жүктілікті көтере алмаушылық жиі кездеседі.

Remove Retained Placenta with Subsequent Asherman's Syndrome

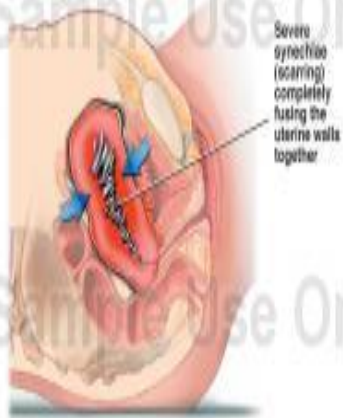
1. D&E with Vacuum Extraction



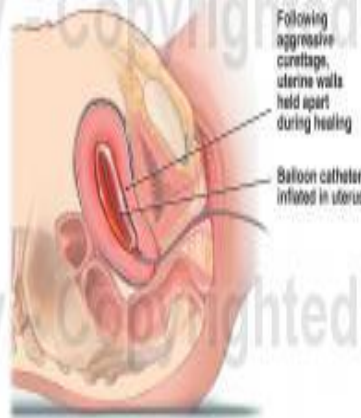
2. D&E with Sharp Curettage



3. Asherman's Syndrome

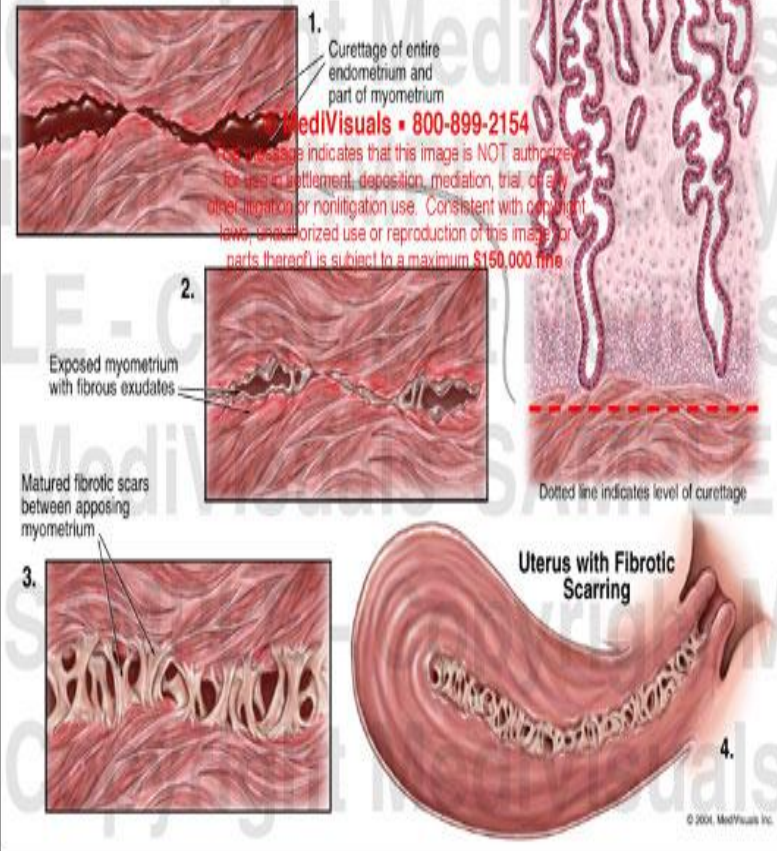


4. Prevention of Asherman's Syndrome

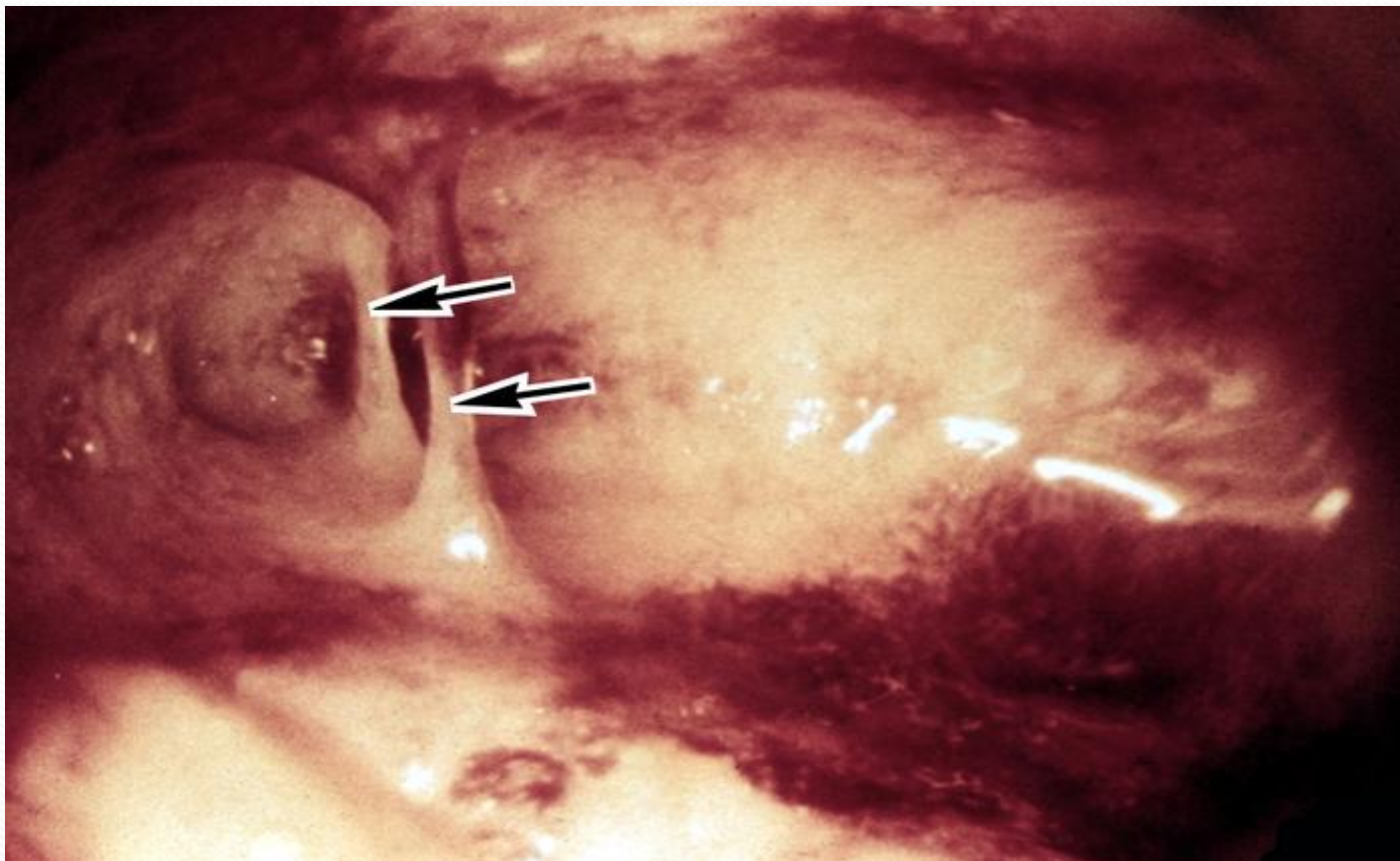


Overly Aggressive Curettage Resulting in Asherman's Syndrome

Normal Endometrium Prior to Curettage

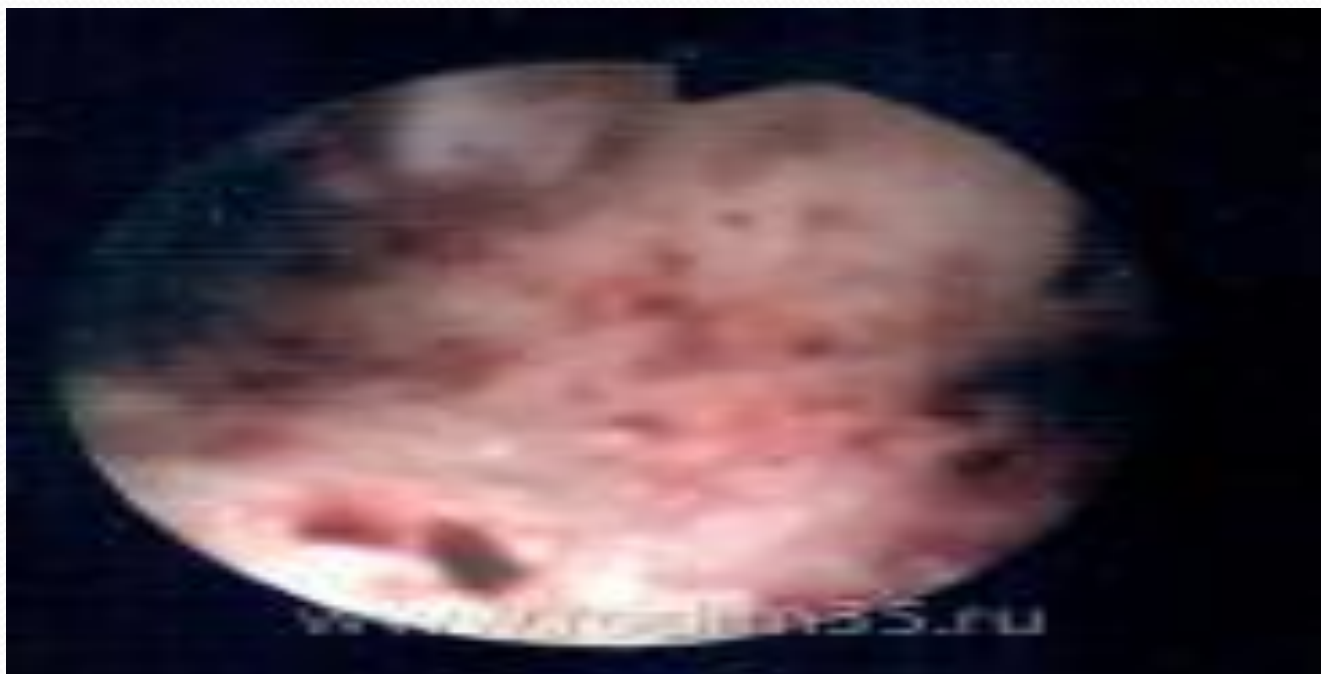


АШЕРМАН СИНДРОМЫ.



ЭНДОМЕТРИОЗ

ЭНДОМЕТРИОЗ — ЭНДОМЕТРИДІҢ ЖАТЫРДЫҢ БАСҚАДА
ҚАБАТТАРЫНА ЖАЙЛАУЫ

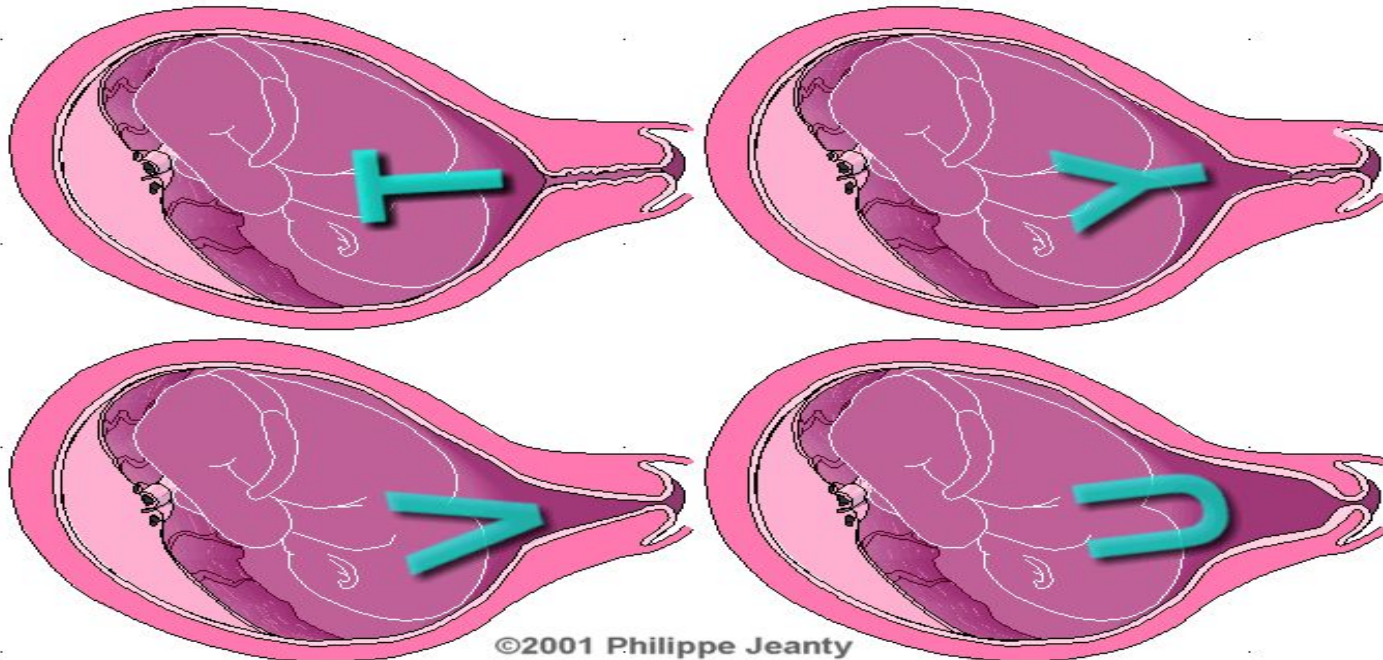


Иетмиқо-цервикальды жетіспеушілік

Жиілігі барлық жүктіліктің - 1% құрайды

Негізгі механизмі – дәнекер тінінің метаболизмінің бұзылысы, коллагенді талшықтардың тығыздығының төмендеуі, жасушасыртылық матрикстің созылуының төмендеуі.

Профилактика ретінде жүктіліктің 14-16 аптасында жатыр мойнына жіп салу.



ИСТМИКО - ЦЕРВИКАЛЬДЫ ЖЕТКІЛІКСІЗДІК

Истмико - цервикальды жеткіліксіздік жатыр мойнының истмикалық бөлігінің шамасыздығы. Истмико - цервикальды жеткіліксіздік кезінде жатырдың ішкі аңқасының тарылу механизмі жойылып жатыр ішінде ұрықтық жұмыртқаның ұсталу қабілеті жойылады. Ұрық жатыр ішінде ұсталынбай төмен жатыр мойнына келеді да, әрі қарай ашық ішкі аңқадан өткенде, жатырдың жиырылуы болып әйел түсік тастайды. Истмико -цервикальды жеткіліксіздік кезінде екінші триместрде немесе ерте өздігінен салыстырмалы тез ауырсынусыз түсік тастау жиі кездеседі. Осындай диагноз қойылған жоғары қауіп тобына жататын әйелдерде жатыр мойнының мониторингісі жүктіліктің 12 аптасынан бастап әр екі апта сайын жүргізілуі тиіс.

ИЦЖ қауіпті факторлары

- Анамнезінде жатыр мойнының жарақаты
- босану кезіндегі зақымдалу
 - жатыр мойнының патологиясының инвазивті емдеу әдістері(конизация,жатыр мойнының ампутациясы)
 - жүктіліктің кеш мерзімінде жасанды аборт жасату
- ⑥ Функционалды бұзылыс – гиперандрогения,дәнекер тінінің дисплазиясы,қан құрамында релаксиннің көп болуы
- ⑥ Жатыр мойнына көп күш түсу-қағанақ суының көп болуы, көпұрықтық,ірі ұрық

Эндокринді фактор (17%)

ЭНДОКРИНДІ ФАКТОРЛАР

- Лютеинді фаза циклінің жетіспеушілігі
- Аналық без поликистоз синдромы
- Қалқанша без ауруы
- Қант диабеті
- Гиперандрогенді жағдай
- Пролактин секрециясының бұзылысы

Инфекциялық фактор (5%)

- Бактериалды
- Вирусты
- Паразитарлы
- Зоонозды
- Саңырауқұлақты

Инфекциялық - 5%

- **Бактерия**
- *Listeria monocytogenes*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Ureaplasma urealiticum*
- *Mycoplasma hominis*
- Bacterial vaginosis
- **Вирус**
- CMV
- Rubella
- HSV
- HIV
- **Паразит**
- *Toxoplasma gondii*
- Спирохета – *trepanema pallidum*
- Саңырауқұлақ

ИНФЕКЦИЈАЛЫҚ ФАКТОРЛАР

Жүктілікті көтере алмаушылық инфекциялық факторлар әсерінен кеш түсік тастауға және ерте босануға әкеледі. Инфекция әсерінен активтелген иммунды клеткалар жоғарылап созылмалы эндометрит қалыптасып жүктіліктің ерте мерзімінде көтере алмаушылыққа әкеледі.

Иммунологиялық фактор (50%)

- Гуморальды механизм
- Антифосфолипидті антидене
- Антиспермальды антидене
- Антитрофобласттық антидене
- Блокадалаушы антидене дефициті

- Қазіргі кезде 80% жағдайда иммунологиялық бұзылыстар салдарынан жүктілікті өздігінен үзілуі болатыны анықталды.
- Иммунды бұзылыстар

Аллоиммунды

Аутоиммунды

АУТОИММУНДЫ ПРОЦЕСТЕР

Аутоиммунды процесс кезінде иммунды жүйенің агрессиясына ана организмнің өзінің тіндері ұшырайды яғни иммунды жауап өз антигендеріне қарсы бағытталады. Бұл жағдайда ұрық анасының тіндерінің зақымдалуы салдарынан зардап шегеді.

АЛЛОИММУНДЫ ПРОЦЕСТЕР

Аллоиммунды бұзылыстар кезінде иммунды агрессия ұрыққа қарсы бағытталады өйткені ұрықтың әкесінен алынған антигендері анасының организіміне бөгде болып табылады.

Аллоиммунды факторларға ХГ антиденелердің түзілуін жатқызамыз. 26,7% Жүктілікті көтере алмайтын әйелдерде қан сарысуында осындай антиденелер табылған. Бұл антиденелердің әсер ету механизмі ХГ сары дененің рецепторларымен байланыстырмайды және эмбриональды трофэктодермасына зақымдаушы әсер етіп өздігінен түсік тастауға әкеледі.

АНТИФОСФОЛИПИДТТІ СИНДРОМ (АФС).

Антифосфолипидтті синдром – жүктілікті көтере алмаушылықпен көрінетін аутоиммунды дисфункция. Антифосфолипидтті синдром жатырлық, плаценталық қаң тамырларда қан ұюдың жоғарлауымен тромбоз түзілуіне әкеліп ол өз кезегінде жүктіліктің үзілуіне әкеледі. Тромбоздардың себебі эндометридің простоциклин өндіруінің төмендеуі, простоциклин вазодилататор және антиагрегант болып табылады. Жүктілікті көтере алмаушылық диагнозы қойылған 27–42% әйелдерде АФС синдромы кездеседі. Фосфолипидттерге аутоантиденелері бар жүкті әйелдер емделмеген жағдайда, бұл 85–90% ұрықтың өліміне әкеледі.

АФС-Ң КЛИНИКАЛЫҚ КРИТЕРИЛЕРІ

- Анамнезінде венозды, артериалды тромбоздардың болуы
- Бір немесе одан да көп морфологиялық жағынан қалыпты ұрықтың түсініксіз өлімі
- Бір немесе одан көп преэклампсия және айқын түрдегі плацентарлық жетіспеушілік салдарынан 34апталық морфологиялық жағынан қалыпты ұрықпен ерте босану;
- Үш немесе одан көп 10апталық мерзімге дейін түсініксіз өздігінен түсік тастау

Басқа факторлар (10%)

- Сыртқы орта әсері
- Кейбір дәрілік препараттарды қабылдау
- Плацента аномалиясы
 - Соматикалық ауру
- Жүрек-кантамыр жүйесі
- Бүйрек
- Гемолитикалық
 - Ерлер факторы
- Диссинхронды фертилизация
- Коитус
- Физикалық жаттығулар



АЛДЫН АЛА ТЕКСЕРУ

Жүктілікті көтере алмаушылық диагнозы қойылған әрбір әйелді тексеру мұқият анамнез жинаудан басталады. Әсіресе анамнезінде гинекологиялық ауруларының бар жоқтығына, хирургиялық операциялардың болғанын, кәсіби зиянды факторлардың, интоксикациялардың бар жоқтығын сұрастыру. Қанша жүктілік болғанын және әр жүктіліктің ағымын мұқият қарастыру.

Жүктілік тарихынан:

- Бұрын болған жүктіліктің саны
- Әр жүктіліктің ағымы қалай болды
- Қандай мониторинг жүргізілді
- Қандай дәрілік препараттар қолданылды
- Жүктілік қай мерзімде үзілген
- Жүктілікті сақтап қалу үшін қандай шаралар қолданылған
- Ол үшін қандай препараттар қолданған қандай дозада
- Жүктілік кезіндегі анализдердің және жүргізілген зерттеулердің қорытындылары
- Өлген ұрықтың қалдықтарының зерттеу қорытындылары

ДИАГНОСТИКАСЫ

- **Әйелдің репродуктивті жүйесін ультрадыбысты зерттеу.** УДЗмен аналық бездің жағдайы анықталады, жатырдың өзгеше түрлері (даму ақауларын, ісіктер, эндометриоз, жатыр ішіндегі өзгерістер) жатырдың шырышты қабығының созылмалы қабынулық аурулары анықталады.
- **Гистеросальпингография және гистероскопия** Негізінен жатыр ішілік патологияларға, жатырдың даму ақауларына күдік туғанда жүргізіледі.

- **Қанды зерттеу, құрамында жыныстық гормондардың және аналық жұмыртқаның қызметін реттейтін гормондарды анықтауға негізделеді.**

Екі рет жүргізіледі: бірінші рет менструальды-овариальды циклдің бірінші фазасының ортасында (орташа еттекірдің басталғанынан алғашқы 7 – 8 күнінде), екінші рет екінші фазаның ортасында (орташа еттекір басталғаннан кейін 20 – 24 күні). Аналық бездің қызметінің бұзылыстары ерте 16 аптаға дейінгі мерзімде жүктіліктің үзілуіне әкеледі. Жүктілікті көтере алмаушылық диагнозы қойылған әр бір үш әйелде гиперандрогения анықталған, ал бұл жағдай өз кезегінде истмико-цервикальды жеткіліксіздікке әкеледі. Қанда тек әйел және еркектің гормондарын ғана емес сонымен қатар қалқанша бездің гормондарын да анықтайды.

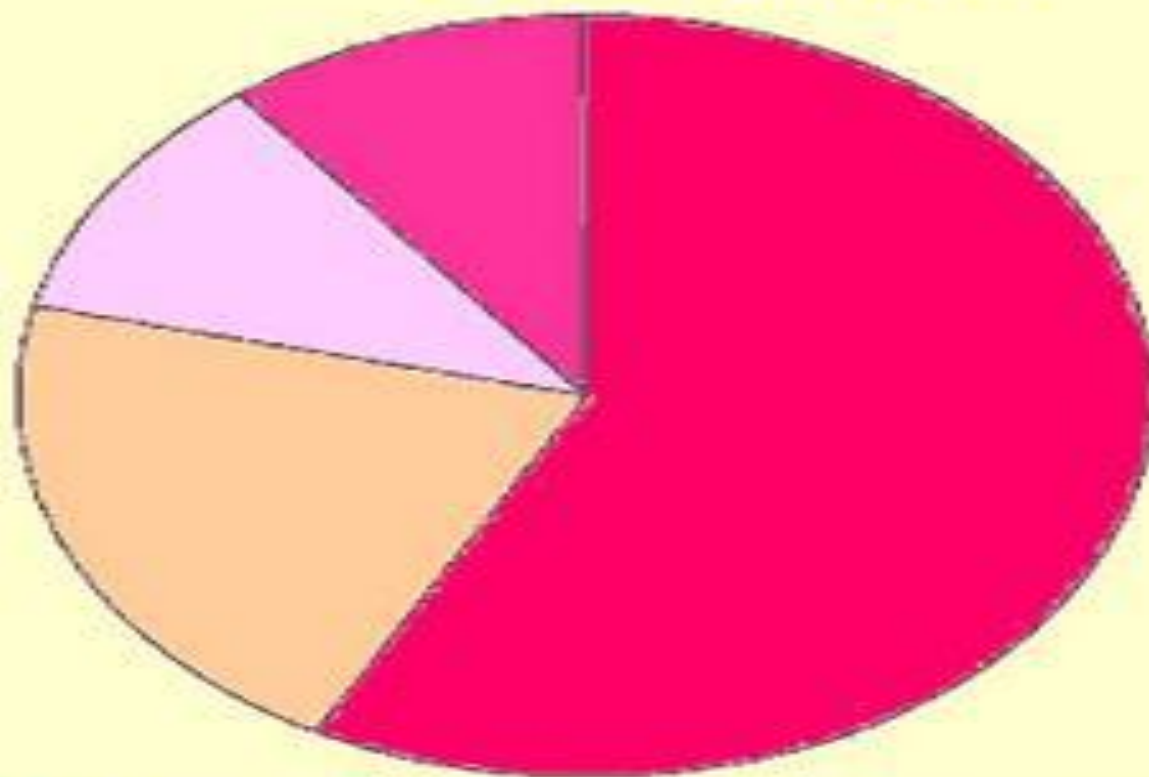
ЛАБОРАТОРЛЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Лабораторлы диагностикасы жүкті әйелде генетикалық, анатомиялық, эндокринді, инфекциялық, иммунологиялық бұзылыстарды анықтау үшін жүргізіледі.

Жүктілікті көтере алмаушылыққа күдік туған жүкті әйелде келесі тесттерді жүргізеді

- Ерлі зайыптыларды кариотиптеу
- Жатыр қуысының жағдайын бағалау гистеросальпингография, УДЗ, соногистерография және гистероскопия арқылы
- Етеккір циклінің лютеинді фазасын анықтау базальды температураны өлшеу, прогестерон концентрациясын анықтау, ультрадыбысты мониторинг және эндометридің биопсиясы
- IgG және IgM класының антикардиолипінді антиденелерін анықтау
- IgG және IgM класының антифосфатидилсеринді антиденелерін анықтау
- Эмбриотоксикалық факторларды анықтау микоплазм, уреоплазм, хламидий және бактериальды вагинозды және токсоплазмаға, қызылша вирусына, цитомегаловирусқа және герпес вирусына қарсы антиденелер титрін анықтау
- Тромбоциттер санын анықтау қажет

Привычное невынашивание беременности



- Иммунологические факторы и нарушения гемостаза (тромбофилии)
- Эндокринные факторы
- Анатомические факторы
- Хромосомные и другие генетические нарушения

ЕМДЕУ ТАКТИКАЛАРЫ

Жүктілікті көтере алмаушылықты емдеу, оны тудырған себептерге байланысты жүргізіледі.

- **Генетикалық себептерді емдеу**

Егер ерлі зайыптылардың біреуінде тума генетикалық аурулары болса генетикпен консультацияда болып егер гомологиялық хромосомалардың робертсонды транслокациялары анықталса донорлық жұмыртқа клеткасымен немесе спермасымен ЭКО жасау ұсынылады өйткені робертсонды транслокациялар бар партнердің хромосомалары үнемі анеуплоидиямен гамета түзетін болады ал бұл кездегі жүктіліктің ақыр соңы түсік тастаумен аяқталады



АНАТОМИЯЛЫҚ СЕБЕПТЕРДІ ЕМДЕУ

- Барлық Мюллерлік аномалиялар тек оперативті жолмен емделеді, мысалы жатыр ішілік бөгеттерді жою үшін гистероскопиялық әдіс қолданылады.
- Етеккір циклінің лютеинді фазасын емдеу прогестерон препараттарын қолдану арқылы жүргізіледі. әсіресе дюфостон күніне 2 таблеткадан .Егер жүкті болса да дюфастонды қолдануды тоқтатпайды 8 таблекадан , біртіндеп мөлшерін азайтады күніне 1-2 таблеткаға. Дюфостонды клостилбегитпен комбинирлеп етеккірдің 5 ,9күнінде 100 мг бір рет түнде қолдану жақсы әсер етеді.

ИЦЖ ЕМІ

- Истмико - цервикальды жеткіліксіздік кезінде ең кең тараған хирургиялық коррекция McDonald әдісі бойынша жіп салу, немесе П тәрізді Любимов бойынша жіп салу. Сонғы жылдардың зерттеуі бойынша истмико-цервикальды жеткіліксіздік кезінде жатыр мойынын тігу ерте түсік тастаудың алдын алады. ИЦЖ байланысты жүктілікті көтере алмаушылығы анықталған әйелдерді емдеу созылмалы эндометритті емдеуден және қынаптың микрофлорасын қалпына келтіруден басталады. Қынаптық бөлінісін бактериологиялық зерттеуден кейін антибиотиктерді индивидуальды таңдау жүргізеді.

ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ СЕБЕПТЕРДІ ЕМДЕУ

Антифосфолипидтті синдром

- Антифосфолипидтті синдром плацентада тромбоздар түзілуіне әкелетіндіктен емінде антикоагулянттарды қолдану гепарин 15000ЕД бірінші триместрде күніне, 20000 ЕД екінші триместрде
- күніне аспирин 80 мг
- 30-60мг преднизалон

ҚОРЫТЫНДЫ

Жүктілікті көтере алмаушылық қазіргі кезде өзекті мәселелердің бірі. Кей аурулардың емінің нәтижесін алдын ала болжау қиын екені белгілі, жүктілікті көтере алмаушылықты сондай аурулар қатарына жатқызуға болады. Сондықтан осындай диагноз қойғанда дәрігердің алдында үлкен жауапкершілік қойылады. Өйткені дұрыс диагноз қойылып оның емдік тактикасының дұрыс таңдалғаны тек келесі жүктіліктің нәтижесінен көре аламыз, ал кателесудің нәтижесі өте ауыр екенін ескерген жөн. Өйткені әр бір үзілген жүктілік әйелге тек психологиялық жарақат қана емес оның репродуктивті жағдайына да кері әсерін тигізеді. Сондықтан әр бір сәтсіз жүктіліктен кейін оны тудырған себептердің де өршуі болатынын ескерген жөн. Бірақ қазіргі кезде осындай диагноз қойылған әйелдер дұрыс ем қабылдаған жағдайда болашақта ана аталуына мүмкіндігі жоғары.

Қолданылған әдебиеттер:

1.« Акушерство » В.И Бодяжина

К.Н Жмакин

2. « Акушерство » В.Н Соловьев

3.«Медицина » - Манухин И.Б

4.« Иммунология » - Ярилин А.А.

5 Акушерия және гинекология А.Т Раисова

Р .Г Нұрқасымова

6 Интернет желісі



Назар қойып тыңдағандарыңыз үшін көп рахмет!