



“Астана Медицина Университеті ” АҚ
№1 Акушерия және гинекология кафедрасы

Тақырыбы: Жүктіліктің бірінші триместріндегі токсикоз кезінде көмек көрсету.

**Орындаған: Маркабаева А .М
Тексерген :**



Анықтамас

ы

Жүкті әйелдер токсикозы (құсу) – әдетте жүктіліктің бірінші жартысында көрінетін және диспепсиялық бұзылыстармен және зат алмасудың барлық түрінің бұзылуымен сипатталатын жүктіліктің асқынуы.





Клиникалық жіктемесі

Ауырлық дәрежесі бойынша:

- жеңіл
- орташа
- ауыр немесе шамадан тыс





<u>Симптомдар</u>	Жеңіл	Орташа	Ауыр (шамадан тыс)
Тәулік ішіндегі құсу жиілігі	3-5 рет	6-10 рет	11-15 рет және жиі (толассыз болуға дейін)
Тамыр соғуының минут ішіндегі жиілігі	80-90	90-100	100-ден астам
Систолалық АҚ	120-110мм рт.ст	110-100 мм рт.ст	100 мм рт.ст төмен
Салмақтың апта ішіндегі төмендеуі	1-3 кг (бастапқы салмағының 5%-ына дейін)	3-5 кг (аптасына 1-1,5 кг, бастапқы салмағының 6-10%-ы)	5 кг-нан астам (аптасына 2-3 кг, бастапқы салмағының 10%-ынан астам)
Дене қызуының субфебрильді сандарға дейін көтерілуі	Болмайды	Сирек байқалады	Жиі байқалады (науқастардың 35%-ында)
Көз ағы мен тері жабынының сарғыштығы	Болмайды	Науқастардың 5-7%-ында	Науқастардың 20-30%-ында
Гипербилирубинемия	Болмайды	21-40мкмоль/л	21-60мкмоль/л
Тері жабынының құрғақтығы	+	++	+++
Дәрет	Күнделікті	2-3 күнде бір рет	Дәреттің кідіруі
Несеп шығару	900-800мл	800-700мл	700мл-ден аз
Кетонурия	+,++	+,++,+++ (оқтын-оқтын науқастардың 20-30%-ында)	+++,++++ (науқастардың 70-100%-ында)



Диагностикалық критерилері

Шағымдар:

- жеңіл дәрежесі кезінде – күніне 4–5 ретке дейін құсу, лоқсу, апатия және еңбекке қабілеттіліктің төмендеуі
- орташа дәрежесінде – тәулігіне 10 ретке дейін және одан да көп құсу, сілекей ағу, едәуір әлсіздік, апатия, іш қату.
- ауыр дәрежесі кезінде – тәулігіне 20 ретке дейін және одан да көп құсу, мол сілекей ағу, бастың ауыруы, басы айналу, едәуір әлсіздік, апатия, оң жақ қабырға астындағы ауырсынулар, іш қату.



Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау:

- шағымдарды, анамнезді жинау;
- физикалық тексеру (дене салмағын бақылау).

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау: [1, 2]

- ЖҚА;
- ЖНА;
- қанның биохимиялық талдауы (билирубин, қалдық азот, несепнәр, электролиттер - калий, натрий, хлоридтер, жалпы ақуыз және ақуыздық фракциялар, -трансаминазалар, глюкоза, креатинин)
- күрсақ қуысы ағзаларының УДЗ
- бүйректің УДЗ

Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет зерттеп-қараудың аз тізбесі:

- ЖҚА;
- ЖНА;

Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық зерттеп-қарау (шұғыл емдеуге жатқызу кезінде амбулаториялық деңгейде өткізілмеген диагностикалық тексерулер жүргізіледі) [1, 2]:

- ЖҚА;
- ЖНА;
- несепті кетондық денелерді анықтауға талдау;
- қанның биохимиялық талдауы (билирубин, қалдық азот, несепнәр, электролиттер - калий, натрий, хлоридтер, жалпы ақуыз және ақуыздық фракциялар, -трансаминазалар, глюкоза, креатинин)
- қандағы НКЖ көрсеткіштері
- күрсақ қуысы ағзаларының УДЗ



Физикалық зерттеп-қарау:

-жеңіл дәрежесі – бірқалыпты тахикардия, артериялық гипотензия.

-орташа дәрежесі – терінің құрғақтығы, дененің субфебрильді температурасы, тахикардия, артериялық гипотензия.

-ауыр дәрежесі – терінің құрғақтығы және божырауы, субфебрильді температура, ауыздан ацетонның иісі шығуы; айқын тахикардия, артериялық гипотензия, «шанды із» симптомы (теріде саусақпен жүргізген кездегі эпидермистің түлеген қабыршақтарының жолағы).

Зертханалық зерттеулер

Жеңіл дәрежесі – зертханалық деректер қалыпты шекте

Орташа дәрежесі

ЖҚА: жеңіл қаназдық

Қанның НКЖ анықтау: метаболизмдік ацидоз

ЖНА: ацетонның болуы

Ауыр дәрежесі:

ЖҚА: Ht ұлғаюы (42%-дан көп) және лейкоцитоз (9×10^9 /л-ден көп),

Қанның биохимиялық талдауы: қалдық азот, несепнәр, билирубин деңгейінің жоғарылауы, жалпы ақуыздың аздап төмендеуі, альбуминдердің, холестериннің, калийдің, хлоридтердің азаюы.

ЖНА – протеинурия, цилиндрурия, уробилинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия, сары пигменттердің пайда болуы.

Несепті кетондық денелерді анықтауы талдау: несептің ацетонға айқын оң реакциясы.

Аспаптық зерттеулер:

Құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ: бауырдың майлық дистрофиясы (жүкті әйелдердің ауыр дәрежедегі құсуы/шамадан тыс құсу кезінде).



Жүкті әйелдің токсикозы кезіндегі көмек көрсету

Емдеу мақсаттары

Емдеу мақсаттары – сулы-тұзды теңгерімді, метаболизмді, өмірлік маңызды ағзалардың қызметтерін қалпына келтіру.

Емдеу тактикасы:

Жүкті әйелдердің жеңіл дәрежедегі құсуы:

-жүкті әйелдің дене салмағының динамикасын бақылау

-жағдайды ауырлаған кезде несепті ацетонның болуына қайта зерттеу.

Жүкті әйелдердің орташа ауырлықтағы құсуы: амбулаториялық ем, жағдайы нашарлағанда – стационарлық ем.

Ауыр дәрежедегі құсу: стационарлық ем көрсетілген.

Емдеуге жатқызу үшін көрсетімдерді жоғарыдан қараңыз.

Дәрі-дәрмексіз емдеу

Режим: емдік-қорғау, теріс эмоцияларды жою. Науқасты жеке палатаға орналастыру. Бір палатаға құсатын екі жүкті әйел бірге жатқызылмасын (ДД III).

Емдәм: жеңіл сіңірілетін, дәруменге бай әртүрлі тағамдар. Тағамды аз мөлшермен жиі қабылдау.

Қорытуға ауыр болатын өнімдерді – қақталған өнімдерді, майлы етті, ащы және тұзды тағамдарды тұтынуды шектеу (ДД III).

Сусын: сілтілі – минералды газдалмаған су, шөп шайлар, лимон қосылған қою емес шай, бөлме температурасындағы немесе салқын сұйықтықтар (ДД III).



Күсубасқыш терапия:

- дофаминнің тікелей тайталастары (антагонистері): метоклопрамид 2 мл (10 мг) б/і немесе в/і күніне 1-2 рет – 5-7 күн (ДД I-B)
- М-холинбөгеуіштері (ДД III): атропин, ерітінді, 0,1%-1мл б/і күніне 1-2 рет, 5-7 күн
- серотониндік рецепторларды бөгейтін, орталық әсері бар препараттар: ондансетрон 2 мл (4 мг) б/і немесе в/і – күніне 1-2 рет, 2-3 күн (ДД I-B)

Тыныштандырғыш терапия:

- нейролептиктер: дроперидол 0.25%-2 мл б/і (ДД III)
- регидратация, уытсыздандыру мақсатымен инфузиялық терапия (ДД III):
 - кристаллоидтар тәулігіне 2500-3000 мл-ге дейін;
 - Рингер–Локк ерітіндісі (1000 мл) в/і;
 - лактасол (1000 мл) в/і;
 - трисоль (1000 мл) в/і;
 - хлосоль (1000 мл) в/і.
- Парентералдық қоректендіру мақсатымен инфузиялық ем (ДД III):
 - амин қышқылдары ерітіндісі күнара, тәулігіне бір рет;
 - коллоидтық ерітінділер (ДД III) (қандағы жалпы ақуыз 50 г/л-ге дейін төмендеген кезінде): 10% альбумин ерітіндісі күнара, тәулігіне бір рет 200–400 мл-ге дейін;
- Инфузиялық терапияның жалпы көлемі тәулігіне 1–3 л-ді, АҚ, ОВҚ, гематокрит пен несеп шығаруды бақылай отырып, науқас дене салмағы мен сусыздану дәрежесіне қарай 3-5 күнді құрайды.
- метаболизмдік бұзылыстарды түзету:
 - тиамин 1 мл 5% ерітіндіні б/і күніне 1 рет, 5-7 күн (ДД I-B)
 - аскорбин қышқылы 5 мл 5% ерітіндіге дейін в/і, б/і, күніне 1 рет, 5-7 күн (ДД III)
 - рибофлавин 1 мл 1%, күніне 1 рет, 5-7 күн (ДД III)
 - эссенциалды фосфолипидтер 5 мл в/і күніне 1 рет, 5-7 күн (ДД III) [7,8]



Жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде көрсетілетін дәрі-дәрмектік ем:

- метоклопрамид, ерітінді, ампула 2 мл;
- атропин, ерітінді, ампула, 1мл;
- натрий хлоридінің физиологиялық ерітіндісі 0,9%, құты, 500 мл.

Емдеудің басқа түрлері:

Емдеудің амбулаториялық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

- электрұйқы (1 емшараның ұзақтығы 60-90 минут, емдеу курсы 6-8 сеанстан тұрады (ДД - III).
- электроанальгезия (емшараның ұзақтығы 60-90 минут, емдеу курсы 6-8 сеанстан тұрады (ДД - III);
- нүктелі уқалау, курс 5-7 күн;
- жанжабіл (имбирь) (ДД - I).

Емдеудің стационарлық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

- электрұйқы (1 емшараның ұзақтығы 60-90 минут, емдеу курсы 6-8 сеанстан тұрады (ДД - III).
- электроанальгезия (емшараның ұзақтығы 60-90 минут, емдеу курсы 6-8 сеанстан тұрады (ДД - III);

Емдеудің жедел кезек күттірмейтін көмек кезеңінде көрсетілетін басқа түрлері: жүргізілмейді.

Хирургиялық араласу

Хирургиялық араласудың түрлері: медициналық түсік:

Жүргізіліп отырған терапияның тиімсіздігі (оң нәтиже бермеуі) кезінде жүктілікті тоқтату қажет.

Жүктілікті тоқтату туралы шешім пациентті стационар жағдайында тексеріп-қарағаннан кейін алқалық/комиссиялық түрде қабылданады: емдеуші акушер-гинеколог тиісті бейін мамандарымен (терапевт, хирург, онколог, психиатр және т.б) бірге [9, 11,12].



Жүктілікті тоқтату үшін көрсетімдер:

- РҚТБ-де емдеу жағдайында 3 күн бойына толассыз құсу;
- несеп шығарудың тәулігіне 300 мл-ге дейін төмендеуі;
- 3-4 күн бойына өрістеуші ацетонурия;
- дене салмағының өрісті төмендеуі;
- айқын көрінетін тахикардия (минутына 100-120);
- нерв жүйесі қызметінің бұзылуы (адинамия, апатия, сандырақтау, эйфория);
- көз ағы мен терінің сарғыш түске боялуы;
- НҚЖ өзгеруі, гипербилирубинемия (100 мкмоль/л-ге дейін).

Ем тиімділігінің және хаттамада сипатталған диагностикалау мен емдеу әдістері қауіпсіздігінің индикаторлары

- ағзаның сусыздануының болмауы (тері тығыздығының (тургор) үлкеюі, Нt биіктігінің қалыптануы);
- несеп шығарудың қалыптануы (1500-3000 мл);
- несепте ацетонның болмауы.



Емдеуге жатқызу түрі көрсетілетін емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер

Шұғыл емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер: ауыр/шамадан тыс құсу (ауру симптомдарын тоқтату және жүктіліктің әсерін ұзарту мәселесін шешу мақсатында).

Жоспарлы емдеуге жатқызу үшін көрсетімдер: келесі симптомдардың бірі болған кезіндегі орташа және ауыр/шамадан тыс дәрежедегі құсу:

- тамыр соғуы минутына 100-ден астам,
- АҚ 100мм рт.ст төмен,
- көз ағының сарғыштығы,
- қызудың көтерілуі,
- кетонурия ++ (барабар (адекватты) терапияны таңдау, ауру симптомдарын тоқтату және жүктіліктің әсерін ұзарту мәселесін шешу мақсатымен).



Арнаулы мамандардың консультациясы үшін көрсетімдер:

- терапевт –соматикалық ілеспелі патологияны жоққа шығару мақсатында;
- гастроэнтеролог – АІЖ ауруларын жоққа шығару мақсатында;
- хирург – жіті хирургиялық патологияны жоққа шығару мақсатында;
- уролог – несеп шығару жолдары жұқпасының жолын кесу мақсатында;
- онколог – АІЖ қатерлі өспелерін жоққа шығару мақсатында;
- инфекционист – инфекциялық патологияны жоққа шығару мақсатында;
- эндокринолог – эндокриндік патологияны жоққа шығару мақсатында;
- невропатолог – нерв жүйесінің – жұлын мен мидың, шеткі нервтердің сырқаттарын жоққа шығару мақсатында.



Пайдаланылган әдебиеттер тізімі

1. Акушерство: Национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011
2. М.М.Шехтман «Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных» 2007
3. Руководство «Беременность и экстрагенитальные заболевания»/ под ред. проф. Кудайбергенова Т.К. -, Алматы, 2013
4. Практическое руководство «Экстрагенитальная патология и беременность» под ред. Логутовой Л.С. – Москва, 2013