

**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

Жоспары:

- Кіріспе
- Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары
 - Гипертониялық ауру
 - Қан ауруы
 - Жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын жүкті, босанған әйелдерге көмекті көрсету
- Несеп шығару жолдарының аурулары
 - Пиелонефрит
 - Цистит
 - Бүйрек ауруларымен науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету
- Ішкі секреция бездерінің аурулары
 - Қант диабеті ауруымен ауыратын науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету
- Жұқпалы аурулармен ауырған науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету
- Пайдаланылған әдебиеттер

Кіріспе

- 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.

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 ширығуы 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 ұзу 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 ұзу 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.

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.

- Жүктілік кезінде цистит (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 ұзу, 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, сонымен қатар жүктілікті сақтап қалу кезінде инсулин мөлшерін анықтау үшін әйелдер 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.

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 бірлесіп 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.

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.

