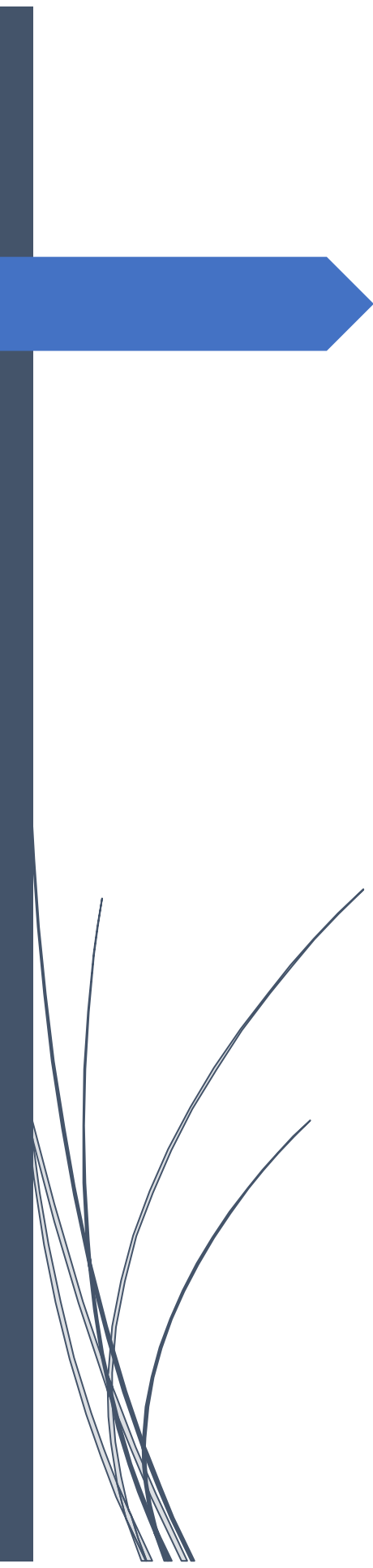




АНТЕНАТАЛДЫ КҮТІМ БОЙЫНША ЖЕТЕКШІ ҚАҒИДАЛАР

(әдістемелік нұсқаулықтар)

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚСАҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
БҰҰ ХАЛЫҚТЫҚ (ЮНФПА) ҚОРЫ

**Г.А. Гребенникова, И.Л. Копобаева,
Г.О. Абуова**

АНТЕНАТАЛДЫ КҮТІМ БОЙЫНША ЖЕТЕКШІ ҚАҒИДАЛАР

(Әдістемелік нұсқаулықтар)

**Алматы
2024**

УДК: 618.2

ББК: 57.1

Г12

Рецензенттер:

Абугалиева Г.О., м.ғ.к, проф., КеАҚ«Қарағанды медицина университеті» Отбасылық медицина кафедрасының меңгерушісі

Авторлар:

Гребенникова Г.А. – медицина ғылымдарының магистрі, Қазақстандық жыныстық және репродуктивті денсаулық қауымдастығының атқарушы директоры, ЮНФПА-ның Қазақстандағы өкілдігінің ұлттық сарапшысы.

Копобаева И.Л. –Қарағанды қаласының отбасын жоспарлау және репродуктивті денсаулық орталығының басшысы, денсаулық сақтау магистрі, КеАҚ «Қарағанды медицина университеті» акушерия, гинекология және перинатология кафедрасының профессоры.

Абуова Г.О. - м.ғ.д., профессор.

Әдістемелік нұсқаулықты Мемлекеттік тілге аударған:

Қ.А.Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, акушерлік - гинекология кафедрасының меңгерушісі, м.ғ.к., доцент Л.М. Бегімбекова

Г 12 Антенаталды күтім: Әдістемелік нұсқаулықтар/ Г.А. Гребенникова, И.Л. Копобаева, Г.О. Абуова // Астана: БҰҰ халықтық қоры(ЮНФПА), 2024. – 172 с.

Бұл әдістемелік нұсқаулық бойынша мәселелер Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жетекші нұсқаулары мен ұсыныстары, халықаралық және ұлттық стандартталған құжаттар негізінде әзірленген.

Әдістемелік нұсқаулықта жүктілік кезіндегі жүктілік кезіндегі тексеру және зертханалық зерттеулер, жүктілік кезіндегі патологиялық емес және патологиялық жағдайлар, жүктілік кезіндегі дәрілік терапия және босанғаннан кейінгі контрацепция, бар тәжірибені жетілдіруге қатысты тәсілдер қарастырылған.

Осы құжатта айтылған пікірлер авторлардың көзқарастары болып табылады және Біріккен Ұлттар Ұйымының Халық қорының (ЮНФПА), Біріккен Ұлттар Ұйымының немесе олардың еншілес ұйымдарының көзқарастарын білдірмейді.

УДК: 618.2

ББК: 57.1

@ БҰҰ халықтық қоры (ЮНФПА)

@ Гребенников Г.А, Копобаева И.Л. және т.б., 2023

Бұл әдістемелік нұсқаулықтарды «Жыныстық және репродуктивтік денсаулық жөніндегі Қазақстандық қауымдастығы (КМПА)», ТШО - «Теңізшевройл» ЖШС-ның (ТШО) қаржылық қолдауымен шығарған.



Мазмұны

Кіріспе.....	4
1-БӨЛІМ.Прегравидарлы дайындық.Жүктілік кезіндегі зертханалық тесттер және зерттеулер ..	5
Тақырып 1. Жүктілікке прегравидарлы дайындық.....	5
Тақырып 2. Антенаталды кезеңдегі тексерулер және зертханалық сынамалар (зерттеу және бақылау жоспары, антенаталды кезеңдегі зертханалық зерттеулер). Қауіптілігін бағалау	12
Тақырып 3. Жүктілік физиологиясы және жүктілік кезіндегі ыңғайсыздық жағдайлар	27
Тақырып 4. Жүктілік және босану кезіндегі ұрықтың жағдайын бағалау. Гравидограмма ...	40
2-БӨЛІМ. Жүктілік кезіндегі патологиялық емес жағдайлар	57
Тақырып 1. Мерзімінен бұрын босану. Көпұрықты жүктілік. Мерзімінен асқан жүктілік(41апталық гестациядан асқан). Ұрықтың жамбаспен келуі.....	57
3 БӨЛІМ. Жүктілік кезіндегі патологиялық жағдайлар.....	66
Тақырып 1. Жүктілік кезіндегі артериальды гипертензия	66
Тақырып 2. Жүктілік кезіндегі анемия	83
Тақырып 3. Жүктілік кезіндегі қант диабеті.....	94
Тақырып 4. Жүктілік кезінде резус конфликт	101
Тақырып 5. Жүктілік кезіндегі инфекциялар	110
4-БӨЛІМ. Босанғаннан кейінгі контрацепция.....	130
Тақырып 1. Босанғаннан кейінгі контрацепция: заманауи әдістер, таңдау критерийлері, кеңес беру	130
5-БӨЛІМ. Антенаталды күтімнің сапасын бағалау, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құралы	147
Тақырып 1. Антенаталды күтімнің сапасын бағалау, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құралы	147
Пайдаланылған әдебиеттер	170

Кіріспе

«Аntenаталды күтім бойынша жетекші қағидалар» атты әдістемелік нұсқаулықта авторлар тобы ДДҰ ұсынымдары негізінде дайындалды, жүкті әйелдерге көмек көрсетудің озық клиникалық тәжірибесін тарату мақсатында пренаталды күтім технологияларының дәлелді деректері пайдаланылды.

Аntenаталды күтім - бұл жүкті әйелдер мен жасөспірім қыздарға жүктілік кезінде ана мен ұрықтың денсаулығы үшін қолайлы жағдайларды қамтамасыз ету үшін білікті медицина мамандары ұсынатын көмек. Пренаталды күтім жүкті әйелдің Денсаулық сақтау және мәдениет жүйесі аясында медициналық және психоәлеуметтік қажеттіліктеріне бағытталған.

Нұсқаулықта антенаталды күтімнің келтірілген компоненттері: қауіп факторларын анықтау, жүктілікке байланысты қолайсыз жағдайлар мен қатар жүретін аурулардың алдын алу және емдеу, денсаулық сақтау саласындағы білім беру. Бұл модель өлі туылу жиілігін төмендетуге және әйелдердің өз өміріне қамқорлығын арттыруға бағытталған.

Осылайша, антенаталды күтім шеңберіндегі ақпарат әртүрлі топтардағы әйелдердің денсаулық жағдайының айырмашылықтарын азайтуы мүмкін. Ана мен оның баласының денсаулығын жақсарту, медициналық көмектің сапасын қамтамасыз ету барлық қызметтердің ажырамас және маңызды құрамдас бөлігі болуы керек

Оқу құралында қалыпты, патологиялық және шұғыл жағдайлар, скринингтік бағдарламалар және зертханалық диагностикалық ем-шаралар сипатталған. Жүктілік кезіндегі физикалық және эмоционалдық өзгерістер, психикалық денсаулық және жүктілік кезіндегі қарым-қатынастың өзгеруі. ҚР ДСМ және ДДҰ вакцинациялау жөніндегі ұсынымдарына сәйкес жүкті әйелдерде, маусымдық және жүктілік кезіндегі басқа инфекцияларда резус теріс қан факторы кезінде иммундау туралы деректер ұсынылған.

Бұл құжат жүктілік немесе босану кезінде анаға, ұрыққа әсер етуі мүмкін инфекцияларды жүргізу тәсілдерін (В гепатиті, стрептококк, қарапайым герпес және цитомегаловирус), инфекция қаупін азайту, жүктілік кезінде дәрі-дәрмектерді қауіпсіз қолдану және босанғаннан кейінгі контрацепция әдістерін қамтиды. Нұсқаулықта ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросының құралы негізінде антенаталды көмектің сапасын одан әрі жақсарту бойынша ресурстар қарастырылған.

Оқу құралында өз бетінше жұмыс істеуге және алған білімдерін бағалауға арналған тәжірбиелік сабақтарға арналған тапсырмалар бар.

Пренаталды күтімнің көптеген аспектілері бойынша қазіргі уақытта қолжетімді нақты деректердің қысқаша мазмұнын ұсына отырып, оқу құралы пренаталды көмек көрсететін медицина мамандары үшін сенімді және стандартты анықтама болып табылады.

1-БӨЛІМ.Прегравидарлы дайындық.Жүктілік кезіндегі зертханалық тесттер және зерттеулер

Тақырып 1. Жүктілікке прегравидарлы дайындық



Жүктілікке прегравидарлы дайындық

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Прегравидарлы дайындық (лат. gravis - жүктілік, pre - алды) - ерлі-зайыптыларды сәтті ұрықтануға, жүктіліктің қалыпты ағымына және сау баланың туылуына дайындауға, бар қауіп факторларын бағалауға және олардың әсерін жоюға/азайтуға бағытталған диагностикалық, алдын-алу және емдік шаралар кешені.

Алдын-алу іс-шаралардың мақсаты (медициналық, әлеуметтік) өмір салтын өзгертуге, ана мен баланың денсаулығын жақсарту үшін жеке қауіп факторлары мен зиянды сыртқы әсерлердің әсерін азайтуға бағытталған.

Кеңес берудің маңыздылығы, болашақ жүктілікке дайындық үшін жүктілікке дейінгі әйел/ерлі-зайыптыларға кеңес берудің негізгі кезеңдері мен мақсаттары.

Прегравидальды дайындықтың маңыздылығы жүктілікті жоспарлау мен оған дайындықты насихаттау болып табылады. Денсаулық сақтау және медициналық көмек, отбасын, ана мен баланы мемлекеттік қолдау жөніндегі құқықтарды іске асыруға бағыттау - әрбір медицина қызметкерінің міндеті. ДДҰ (2020) зерттеуге сәйкес, әрбір төртінші жоспарланбаған жүктілік, жыл сайын 25 миллион қауіпті түсік түсіруге және 47 мың әйел өліміне әкеледі. Сарапшылар отбасын жоспарлау бойынша кәсіби қызметтерді алудың қиындығын негізгі себеп деп санайды (нәтижесінде жүкті әйелдердің 56%-дан астамы жүктілік алдында 5 жыл бұрын контрацептивтерді мүлдем қолданбайды, ал 10%-ы үзілген жыныстық қатынас немесе күнтізбелік әдіспен айналысады).

Адекватты прегравидальды дайындық белгілі бір жүкті/босанушы/босанған және ұрық/баланың өмірі мен денсаулығына қауіп-қатерді айтарлықтай төмендетеді. Сәтті ұрықтану мүмкіндігіне (оның ішінде көмекші репродуктивті технологияларды қолдана отырып), жүктілік және дені сау баланың туылу мүмкіндігі серіктестердің жаман әдеттерден бас тартуы және өмір салтын өзгерту, дене салмағын қалыпқа келтіру, сондай - ақ дәрігердің қатысуымен жыныстық гормондардың деңгейін түзету, витаминдер мен микроэлементтердің жетіспеушілігін жою, бар ауруларды емдеу кезінде артады.

Болашақ жүктілікке дайындық үшін ерлі-зайыптылармен жұмыс істеудің негізгі кезеңдеріне анамнез жинау, кеңес беру, тексеру, алдын-алу және емдеу кіреді (қажет болған жағдайда)¹.

Қосымша 1

Прегравидальды дайындық алгоритмі

¹Bellizzi S. et al. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries // Contraception. 2020

```
graph TD; A[Толық анамнез] --> B[Қарау Терапевт (ЖТД), акушер-гинеколог]; B --> C[Жалпы қан талдауы, жалпы зәр талдауы]; C --> D[ЭКГ]; D --> E[Кіші жамбас мүшелерінің, бүйректің УДЗ]; E --> F[Көрсеткіштерге қарай ЖЖБИ тексеру]; F --> G[Ақпараттандырылған келісіммен RW, ВИЧ тексеру]; G --> H[Көрсеткіштеріне қарай медико-генетикалық кеңес]; H --> I[қарай бейін мамандар кеңесі және басқа ымша ерулер]; I --> J[Жүктіліктен 3 ай алдын анықталған және бар экстрагениталды, гинекологиялық ауруларды нәтижелі сауығуға немесе тұрақты ремиссияға дейін емдеу]; J --> K[Жоспарланған жүктілікке дейін 3 ай алдын екі жұпқа және әйелге алғашқы 3 ай жүктілік мерзімінде тағайындалады: - Фолий қышқылы 400 мкг-нан күніне - Ақуыздар, минералдарға және витаминдерге бай диета];
```

Толық анамнез

Қарау Терапевт (ЖТД), акушер-гинеколог

Жалпы қан талдауы, жалпы зәр талдауы

ЭКГ

Кіші жамбас мүшелерінің, бүйректің УДЗ

Көрсеткіштерге қарай ЖЖБИ тексеру

Ақпараттандырылған келісіммен RW, ВИЧ тексеру

Көрсеткіштеріне қарай медико-генетикалық кеңес

қарай бейін мамандар кеңесі және басқа ымша ерулер

Жүктіліктен 3 ай алдын анықталған және бар экстрагениталды, гинекологиялық ауруларды нәтижелі сауығуға немесе тұрақты ремиссияға дейін емдеу

Жоспарланған жүктілікке дейін 3 ай алдын екі жұпқа және әйелге алғашқы 3 ай жүктілік мерзімінде тағайындалады:

- Фолий қышқылы 400 мкг-нан күніне
- Ақуыздар, минералдарға және витаминдерге бай диета

Анамнез жинау

Екі серіктестің де соматикалық тарихы
Екі серіктестің отбасылық анамнезы (генетикалық және тұқым қуалайтын факторлар)
Ерлі-зайыптылардың әлеуметтік мәртебесі, өмір салты
Кәсіби зияндылықтың болуы
Екі серіктесте де зиянды әдеттердің болуы
Акушерлік-гинекологиялық анамнез
Жоспарланған және сау жүктілік сезімін қалыптастыруға көмектесу

Кеңес беру

Ана мен әкеге әкелетін өзгерістер туралы ақпарат беру
Жүктілік кезінде әйел денесіндегі пайда болатын өзгерістер
туралы хабарлау
Әйелге/жұпқа өзіне деген сенімділікті, стресстік
жағдайларға төзімділікті қалыптастыруға көмектесу
Болашақ ата-аналарды салауатты өмір салтын ұстану
маңыздылығы

Тексерулер

Жүктіліктің барысы мен нәтижесіне, ананың денсаулығына, сондай-ақ ұрықтың жатыр ішілік дамуына және туылмаған баланың денсаулығына әсер ететін факторлар мен тологиялық жағдайларды анықтау

Жүктілікке дейінгі медициналық тексеру жүктілікке байланысты көптеген қауіп-қатердің алдын алуға және сау баланың туылу мүмкіндігін арттыруға көмектеседі

Ұрықтың жүйке жүйесі ақауларының алдын алу үшін фоллий қышқылын тағайындау

Әйелдің қызамыққа қарсы вакцинациясын қамтамасыз ету

Алдын алу

Темекі шегуді тоқтату
Алкогольді тұтынуды тоқтату
Дене жаттығуларын жасауға кеңес беру
Дәрілік заттарды қолдануды азайту
Нашақорлықпен күрес

Емдеу (қажет жағдайда)	болған	Жүктіліктің барысына, ұрықтың дамуына әсер ететін, аналық және перинаталдық теріс нәтижелерге әкелетін жағдайлар анықталған кезде-жүктілік басталғанға дейін (қажет болған жағдайда бейінді мамандарды тарта отырып) емдеу
------------------------------	--------	--

Прегравидаарлы дайындық кезеңіндегі профилактикалық шаралардың базалық көлемі мыналарды қамтиды

Медикаментозды емес емдеу:

- Тұзды тұтынуды шектеу <5 г/тәул (ДД (дәлелдеу деңгейі) – IA)
- Алкогольді тұтынуды шектеу: әйелдер үшін 8 бірліктен аз*/апта (ДД (дәлелдеу деңгейі) – IA)
 - Көкөністерді, жаңа піскен жемістерді, балықты, жаңғақтарды және қанықпаған май қышқылдарын (зәйтүн майы) тұтынуды арттыру, ет тұтынуды азайту; майы аз сүт өнімдерін тұтыну (ДД (дәлелдеу деңгейі) – IA)
 - Семіздіктің дамуын болдырмау үшін дене салмағын бақылау (ДМИ >30 кг/м² немесе идеалды индекске ұмтылуға сәйкес дене салмағы (шамамен 20-25 кг/м²) және әйелдерде бел шеңбері <80 см (ДД (дәлелдеу деңгейі) – IA)
 - Тұрақты аэробты жаттығулар (кем дегенде 30 мин орташа қарқынды динамикалық жаттығулар 5-7 күн/апта) (ДД (дәлелдеу деңгейі) – IA)
 - Темекі шегуді тоқтату, психологиялық қолдау және темекі шегуді тоқтату бағдарламаларын орындау (ДД (дәлелдеу деңгейі) – I B)
 - Акушерлік және перинаталдық асқынулардың (преэклампсия, плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы, ұрықтың өсуінің тежелуі, мерзімінен бұрын босану) қаупін азайту мақсатында гипертензияға қарсы препараттармен жүктілікке дайындық кезінде қан қысымын үнемі өлшеу және тұрақтандыру

Прегравидаарлы дайындық бағдарламасының мақсаты және ұсынылған тексерулер.

Репродуктивті білім беру - бұл жыныстық және репродуктивті функцияларды жүзеге асыру кезінде денсаулықты сақтау үшін және азаматтардың өз құқықтары, мүмкіндіктері және ең қолайлы тактикасы туралы хабардар болуын арттыруға бағытталған іс-шаралар кешені. ДДҰ (ВОЗ 2018) басшылығына сәйкес, мұндай зерттеудің мақсаты - балалар мен жастарда өз денсаулығына, әл-ауқатына және жеке қадір-қасиетіне жауапкершілікпен қарауға көмектесетін ғылыми негізделген білім, білік және құндылық көзқарастарын қалыптастыру; сыйластық қарым-қатынас орнату; өз құқықтарын білу және қорғау². ДДҰ репродуктивті білім берудің тиімділігін арттыру бойынша ұсыныстарды үнемі жариялайды.

Отбасын жоспарлау-жүктіліктің қалыпты ағымы мен дені сау баланың туылу ықтималдығын арттыратын мерзімдерде қалаған жүктіліктің басталуына, сондай-ақ ана мен нәресте аурушандығы мен өлімін азайту мақсатында түсік жасатудың алдын алуға бағытталған іс-шаралар кешені. ДДҰ (2018) нұсқаулығына сәйкес, қашан және қанша бала туу керектігін адамның негізгі құқықтарының бірі. Медицина мамандары адамдарға оны жүзеге асыруға көмектесуге, соның ішінде белгілі бір жұп үшін оңтайлы контрацепция әдісін таңдауға көмектесуге міндетті³.

ДДҰ интергенетикалық аралықты сақтауды ұсынады. Бұл баланың туылуы мен келесі жүктіліктің басталуы арасындағы уақыт кезеңі. Акушерлік қауіпті түсіну маңызды — жүктілік кезінде, босану кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдің өлімі немесе патологиялық жағдайы, сондай-ақ ұрықтың/жаңа туған нәрестенің өлімі/ауыр жағдайы қаупі.

²Международное техническое руководство по сексуальному образованию / ЮНЕСКО, Секретариат ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, «ООН-Женщины», ВОЗ. 2018

³Family Planning. A global handbook for providers. Updated 3rd ed. WHO, 2018

Акушерлік тәуекел стратегиясы жүктілік пен босану ұрықтың бұзылуымен, акушерлік немесе экстрагениталды патологиялық жағдайлармен қиындауы мүмкін әйелдер тобын бөлуді қамтиды.

Жүктілікке дайындық кезінде кеңес берудің мақсаты:

- Сау және қалаған жүктілік сезімін қалыптастыруға көмектесу
- Ата-ана болған кезде өзгерістер болатыны туралы ақпарат беру
- Жүктілік кезінде пайда болатын әйел денесіндегі өзгерістер туралы хабарлау
- Әйелге/жұпқа өзіне деген сенімділікті, стресстік жағдайлар болуы мүмкін жағдайда төзімділікті қалыптастыруға көмектесу
- Болашақ ата-аналарды салауатты өмір салтын ұстану қажеттілігіне сендіру.

Жүктіліктің барысы мен нәтижесіне, ананың денсаулығына, сондай-ақ құрсақшілік дамуына және туылмаған баланың денсаулығына әсер ететін факторлар мен патологиялық жағдайларды анықтау.

Жүктілікке дейінгі медициналық тексеру жүктілікке байланысты көптеген қауіптердің алдын алуға және сау баланың туылу мүмкіндігін арттыруға көмектеседі.

Зерттеулердің мақсаты. Прегравидарлы дайындық көлемі жұпты тексеру нәтижелеріне байланысты жеке анықталады, бұл полипрагмазияны болдырмауға ғана емес, сонымен қатар пациенттердің сәйкестігін арттыруға мүмкіндік береді. Жүйелі түрде жүргізілетін прегравидарлы дайындық популяция көрсеткіштерінің жақсаруына әсер етеді.

Прегравидарлы дайындықпен қамтудың ұлғаюы ана мен бала өлімі мен сырқаттанушылықтың төмендеуіне; туа біткен ақаулар мен хромосомалық ауытқулардың таралуына; мерзімінен бұрын босану жиілігіне; өздігінен түсік түсіру санына; ауруханаға жатқызуды талап ететін жүктіліктің асқынуларына; мүгедек балаларды күту мен оңалтуға байланысты әлеуметтік және экономикалық салдарларды азайтуға ықпал етуі мүмкін.

Жүктілікке қарсы емес (оны үзбейтін) репродуктивті жастағы кез келген әйелге қатысты диагностикалық, емдік және алдын-алу іс-шаралар прегравидарлы дайындық тұрғысынан қарастырылуы керек. Жүктілік фактісі анықталғаннан кейін жүктіліктің қалыпты ағымын қамтамасыз етуге және дені сау баланың туылуына бағытталған алдын алу шараларының басталуы кеш деп саналуы керек. Ұрықтың көптеген мүшелері мен жүйелерінің дамуы болып қойған соң, алдын-алу шаралары тиімсіз болып табылады.

Жүргізілетін тексерулердің түрлері: серіктестердің Rh- тиесілігі, инфекцияларға байланысты: АИТВ, мерез, токсоплазмоз, В және С гепатиттері, қызамық, туберкулез.

Экстрагенитальды патология анықталған кезде-бейінді мамандарға жолдама. Генетикалық патологияның қауіп факторлары болған кезде-генетикалық кеңес беруге және ата-аналық жұпқа генетиктерге тексеруге жолдама беріледі.

Ерлі-зайыптыларды тексеруге арналған көрсеткіштер: ұрық жұмыртқасының қалыптан тыс кариотипі, ерте жүктілік кезінде өз еркімен екі және одан да көп түсік болу; бір немесе екі серіктестің хромосомалық ауытқулары және тұқым қуалайтын аурулары; отбасында хромосомалық аурулары бар немесе туа біткен ақаулары бар баланың болуы; эмбрион/ұрықтың хромосомалық ақаулары бар дамымаған жүктілік.

Ұрықтың туа біткен ақауларының қауіп факторлары: жоспарланбаған жүктілік, ананың үлкен жасы, вирустық инфекциялар, соның ішінде қызамық, қызылша, желшешек. Тератогендік әсері бар дәрілерді қабылдау, өзін-өзі емдеу. Алкогольді қабылдау, темекі шегу, нашакорлық, жеткіліксіз тамақтану, кәсіби зияндылық.

Прегравидарлы дайындықтың тиімді алдын алу келесі шаралар болып табылды:

- Ұрықтың жүйке жүйесінің ақауларының алдын алу үшін фолий қышқылын тағайындау
- Қызамыққа қарсы әйелді вакцинациялауды қамтамасыз ету
- Темекі шегуді, алкогольді тұтынуды тоқтату, нашакорлықпен күресу
- Дене жаттығуларын насихаттау
- Дәрі-дәрмектерді минимумға дейін және/немесе шамадан тыс пайдалануды азайту

Ұрықтың жүйке жүйесінің ақауларының, сондай-ақ аяқ-қол мен денесіндегі ақауларының дамуын болдырмау үшін ең маңыздысы-жүктіліктен екі ай бұрын және жүктіліктің алғашқы үш айында күніне 0,4 мг фолий қышқылын қолдану жөніндегі кеңес. Профилактиканың тиімділігі 100% - ға жетпейді, бірақ бұл ақаулардың санын айтарлықтай азайтады.

Жүктілікке дайындық шеңберінде ауруларды анықтау кезінде прегравидарлы дайындық және ұсыныстар.

Жүктіліктің барысына, ұрықтың дамуына әсер етуі мүмкін жағдайлар анықталған кезде, аналық және перинаталдық теріс нәтижелерге әкелуі мүмкін-жүктілік басталғанға дейін емдеу (қажет болған жағдайда бейінді мамандарды тарта отырып) немесе жүктіліктің орындылығы туралы мәселені шешу қажет.

1) Семіздік жағдайында (ДДҰ критерийлері бойынша – 30 кг/м² бастап) дене

салмағын төмендетуге бағытталған іс-шараларды жүргізу қажет: диетотерапия, дене белсенділігінің режимін оңтайландыру, эндокриндік бұзылуларды түзету. Семіздікпен ауыратын науқастарға FIGO ұсыныстары (2015): фолаттар – жүктілікке дейін 1 ай бұрын тәулігіне 4000-5000 мкг; D дәрумені тәулігіне кемінде 600-800 ХБ мөлшерде. Гестация үшін қолайлы D дәрумені көрсеткіші 75 нмоль / л-ден асады (30 нг/мл-ден жоғары)^{4, 5}.

2) Қалқанша безінің ауруы гипофункция түрінде анықталған кезде-жаңа туған нәрестеде өздігінен түсіп қалу, мерзімінен бұрын босану, нейрокогнитивті бұзылулар қаупін арттырады. L-тироксин ұсынылады, бұл препарат Food and Drug Administration (FDA) классификациясы бойынша А санатына жатады, оны қабылдауды жүктілік кезеңінде жалғастыруға болады. Қалқанша безді ынталандыратын гормонның (TSH-ТТГ) деңгейі 2,5 2,5 мЕд/л-ден аз болуы керек. Жүктілікке дейін қан плазмасындағы қалқанша безді ынталандыратын гормонның қалыпты концентрациясы І триместрде қалқанша безді ынталандыратын гормонның жоғарылау қаупін азайтады. Қалқанша безге қарсы АТ овуляцияны тежеп, бедеулікке әкелуі мүмкін. Осы себептерге байланысты аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын әйелдер 2 мЕд/л-ден асатын қалқанша безді ынталандыратын гормон деңгейінде L-тироксинді алмастыру терапиясын қажет етеді. Қалқанша безінің гиперфункциясы бар әйелдерде қалқанша безді ынталандыратын гормонның концентрациясы 0,1 мЕд/л-ден аз, бос тироксиннің (Т4) жоғары деңгейімен бірге өздігінен түсік түсіру, мерзімінен бұрын босану, преэклампсия, ұрықтың өсуінің тежелуі, перинаталдық өлім мен сырқаттанушылық көрсеткіштері артады. Ауруды тиреостатиктермен немесе хирургиялық әдіспен уақтылы алдын-ала түзету (ішінара резекция) жүктіліктің барысы мен нәтижесін жақсартады.

3) Қант диабеті болған кезде әйел компенсация жағдайында жүктілікті жоспарлау керек. Жүктілікті жоспарлау глюкозаның мақсатты деңгейіне жеткеннен кейін ғана мүмкін болады: аш қарынға - 6,1 ммоль/л дейін, тамақтанғаннан кейін 2 сағаттан кейін-7,8 ммоль/л дейін, гликатталған концентрация (HbA1c) - 6% және одан аз. Аш қарынға глюкоза деңгейі 5,1 ммоль/л-ден аз болса, әйелді егжей-тегжейлі тексеру үшін науқасты эндокринологқа жіберу керек⁶.

4) Жүрек-тамыр жүйесі және артериялық гипертензия аурулары болған кезде артериялық гипертензияны түзету, нысаналы органдардың функционалдық бағалау және артериялық қысымның жоғарылау дәрежесін және гипертония сатысын айқындау мақсатында кардиологтың, кардиохирургтың консультациясы қажет. Артериялық қысымның фармакологиялық емес төмендеуі аурудың ауырлығына және дәрілік терапияға қарамастан артериялық гипертензиямен ауыратын барлық науқастарға ұсынылады: темекі шегуді тоқтату; тұтынуды шектемей қалыпты теңдестірілген тамақтану; ас тұзы мен сұйықтық; орташа

⁴Hanson M.A. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: «Think Nutrition First» // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2015

⁵WHO. Periconceptional daily folic acid (400 µg) supplementation for prevention of neural tube defects. Ссылка: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/Folic_acid.pdf

⁶Клинический протокол «Сахарный диабет во время беременности, в родах и послеродовом периоде», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «18» августа 2017 года, № 26

аэробты жаттығулар, жеткілікті 8-10 сағаттық түнгі ұйқы, 1-2 сағаттық күндізгі ұйқы қажет. Оларға гипертензияға қарсы агенттердің үш тобына рұқсат етілген: орталық әсер ететін препараттар (метилдоп); дигидропиридин қатарындағы кальций антагонистері (ұзақ әсер ететін нифедипин); кардиоселективті β -адреноблокаторлар (Метопролол сукцинаты, бисопролол)^{7, 8}.

5) **Анемия.** ДДҰ-ның босанғанға дейінгі көмек көрсету жөніндегі ұсынымдары (2017): «қаназдықтың, босанғаннан кейінгі сепсистің, салмағы аз балалардың туылуының және мерзімінен бұрын босанудың алдын алу үшін жүкті әйелдерге темір мен фолий қышқылына 400 мкг (0,4 мг) мөлшерінде 30-60 мг дозада темір препараттарын күнделікті қабылдау ұсынылады». Жүкті әйелдердегі анемия күрделі мәселе болып табылатын жағдайларда (яғни, жүкті әйелдердің кем дегенде 40% - гемоглобин НВ деңгейі 110 г/л-ден аз) темір препараттарын Темірге қайта есептегенде 60 мг дозада күнделікті қабылдау төмен дозада қабылдаудан артық. Егер жүкті әйелге қаназдық диагнозы қойылса, темір препараттарының күнделікті мөлшерін темірге 120 мг-ға дейін, Нв деңгейі қалыпты болғанша (Нв 110 г/л немесе одан жоғары) арттыру керек.

Содан кейін қаназдық қайталануын болдырмау үшін жүкті әйелдерге арналған стандартты мөлшерде темір препараттарын қабылдау қайта басталуы мүмкін. Прегавидарды дайындық кезінде алдын-алу мөлшері (тәулігіне 60 мг темір), оның ішінде витаминді-минералды кешендердің құрамында қолданумен жалғасады. Ауыр қаназдық немесе ауызша терапия аясында гемоглобиннің баяу өсуімен (аптасына 7-8 г/л-ден аз) темір препараттары көктамыр ішіне^{9, 10}.

Жүктілікті жоспарлайтын әйелдерге арналған қосымша кеңестер: ыстық ванналардан, сауналар мен джакузилерден, жұмыста және үйде қауіпті химиялық заттардан аулақ болу, шикі немесе жеткіліксіз пісірілген ет жеу, мысықтардың нәжісімен байланыс, стресстік жағдайлар. Дене шынықтыру және спортпен шұғылдану. Ауыр семіздікке шалдыққан әйелдер жүктілікке дейін салмағын төмендету керек.

⁷Клинический протокол «Артериальная гипертензия у беременных, одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «27» декабря 2017 года, № 36

⁸Прегавидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. - М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. - 128 с

⁹Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017 год

¹⁰Клинический протокол «Дефицитные анемии у беременных», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «30» октября 2020 года, №119

Әдебиет

1. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017 год
2. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000
3. Bellizzi S. et al. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries // Contraception. 2020
4. Международное техническое руководство по сексуальному образованию / ЮНЕСКО, Секретариат ЮНЭЙДС, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, «ООН-Женщины», ВОЗ. 2018. Ссылка: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770_rus
5. Family Planning. A global handbook for providers. Updated 3rd ed. WHO, 2018. Ссылка: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf;jsessionid=9FCE120789E38CBD7180182E22F8E0E0?sequence>
6. Hanson M.A. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: «Think Nutrition First» // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2015
7. Клинический протокол «Дефицитные анемии у беременных», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «30» октября 2020 года, №119
8. Клинический протокол «Артериальная гипертензия у беременных, одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «27» декабря 2017 года, № 36
9. Клинический протокол «Сахарный диабет во время беременности, в родах и послеродовом периоде», одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения РК от «18» августа 2017 года, № 26
10. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / [Коллектив авторов]. - М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2020. - 128 с.
11. WHO. Periconceptional daily folic acid (400 µg) supplementation for prevention of neural tube defects. Ссылка: https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/Folic_acid.pdf

Тақырып 2. Антенаталды кезеңдегі тексерулер және зертханалық сынамалар (зерттеу және бақылау жоспары, антенаталды кезеңдегі зертханалық зерттеулер). Қауіптілігін бағалау



Антенаталды кезеңдегі тексерулер және зертханалық сынамалар (зерттеу және бақылау жоспары, антенаталды кезеңдегі зертханалық сынамалар). Қауіп - қатерді бағалау

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Соңғы зерттеулер¹¹ көптеген жалпы қабылданған зерттеулердің пайдасыз екенін көрсетті, осыған байланысты жүктілік кезінде жасалатын қажетсіз сынамалардың санын азайту қажеттілігі туралы мәселе туындады.

Жүктілік ауру болып саналмайды. Жүктіліктің 85%-дан астамы дәрігерлердің араласуын қажет етпейді. Алайда, жүктілік кезіндегі кейбір сынамалар өте маңызды.

Антенаталды көмек көрсететін медицина қызметкері пренаталды күтімнің негізгі мақсаты болашақ ата-аналарды қолдау және хабардар ету, сондай-ақ жүктілік кезінде туындайтын мәселелерді шеше білу екенін білуі керек. Сондықтан әйел үшін жүктілік басталғанға дейін және антенаталды кезеңде мүмкіндігінше ертерек көмек алу маңызды. Антенаталды көмек қызметтерін пайдаланатын әйелдер оны үздіксіз көрсетуді, сенімді ақпарат беруді және олардың әлеуметтік қажеттіліктері мен міндеттерін түсінуді қажет етеді көмек көрсету тәуекелге емес, нақты мәселені шешуге бағытталуы керек.

Маңызды мәселе-пренаталды сапарлардың азды-көпті саны емес, тиімділігі дәлелденген және әйелдердің көрсетілетін көмекке қанағаттануын арттыруға ықпал ететін іс-шараларды жүргізу. Жүктіліктің табиғи процесіне кез-келген араласу зияннан гөрі көп пайда әкелетіндігімен негізделуі керек.

Қауіптілікті бағалаудың дәстүрлі жүйелерін қолдану көбінесе негізсіз мамандандырылған көмекке әкеледі, ал ауыр асқынулары бар әйелдерге мұндай көмек сирек көрсетілмейді.

ДДҰ қауіптілікті бағалаудың дәстүрлі жүйелерін қолдануды ұсынбайды. Барлық жүкті әйелдер үшін ұқыптылықпен қарау ұсынылады. Бұл барлық әйелдер «жоғары қауіп» тобында болуы керек дегенді білдірмейді. Керісінше, олар асқынулардың болуын көрсететін айқын белгілер пайда болғанға дейін қалыпты жүктілігі бар топқа сілтеме жасауы керек

1 бөлім. ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ СКРИНИНГ ЖӘНЕ ТЕКСЕРУЛЕР

Антенаталды көмек көрсететін медицина қызметкерлері қандай да бір тексеруді немесе емдеуді тағайындамас бұрын өз әрекеттерін бағалауға көмектесетін сұрақтар қоюы керек:

- Мен не істеп жатырмын?
- Мен мұны не үшін жасап жатырмын?
- Бұл мақсатқа жетуге көмектеседі ме?
- Бұл мақсатқа жетудің жақсы немесе қолайлы жолы бар ма?

¹¹Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности, 2017

Біздің әрекетімізді бағалауға арналған сұрақтар

1. Мен не істеп жатырмын?
2. Мен мұны не үшін жасап жатырмын?
3. Бұл мақсатқа жетуге көмектеседі ме?
4. Бұл мақсатқа жетудің жақсы немесе қолайлы жолы бар ма?



Барлық пренаталды қараулар кезінде жақсы байланыс орнатыңыз; әйелді өзін қалай сезінетіні туралы айтуға және оны не мазалайтыны туралы хабарлауға шақырыңыз. Әйелдің жалпы келбетіне, белгілеріне назар аударыңыз: стресс, мазасыздық, кез-келген бұзылулар, ұйқының болмауы.

Жатыр түбінің биіктігін динамикалық өлшеу

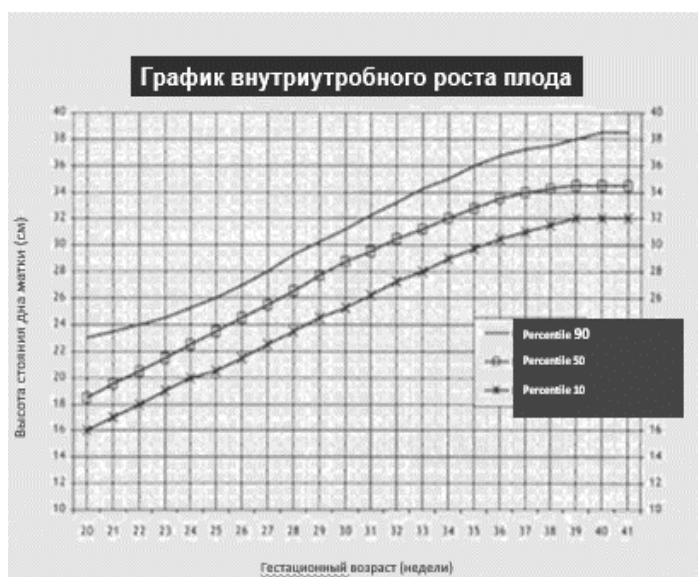
Жатыр түбінің биіктігін өлшеу құрсақшілік дамудың кешігуін болжауда шектеулі диагностикалық дәлдікке және сенімділікке (сезімталдық - 27%, ерекшелік – 88%¹²) ие және перинаталдық өлімді азайтпайды.

Жатыр түбінің биіктігін өлшеу үшін арнайы жасалған графиктерді қолдану дәлдікті жақсартады. Құрсақшілік өсу кестесін толтыратын өлшемдер сериясы ұрықтың гестациялық жасына арналған ерте мерзімін болжауда сезімталдық пен ерекшелікті арттырады.

Іштің шеңберін өлшеу әдісі осы уақытқа дейін дұрыс бағаланбаған.

1-сурет. Ұрықтың өсуінің графигі

Аntenatalды күтімде жатыр түбінің биіктігін өлшеуді және өлшеу нәтижелерін antenatalды даму кестесінде тіркеуді қамтитын қарапайым және арзан әдіс қолданылады. Бұл әдіс динамикада



ұрықтың дамуын бағалауға және тиісті

гестациялық жас үшін ұрықтың кіші немесе үлкен мөлшерін диагностикалауға мүмкіндік береді және қосымша зерттеулер жүргізу үшін скринингтік сынақ ретінде пайдаланылуы мүмкін.

«Ұрық өсуінің тежелуі» (ҰӨТ) термині даму динамикасының бұзылуының белгілі бір дәлелдері бар ұрықтарға ғана қолданылуы керек. Бұл жағдайда жаңа туған нәрестелер міндетті түрде «жүктіліктің осы кезеңі үшін кіші» болмайды. Жүктіліктің динамикасында салыстырмалы дене салмағы қысқа уақыт ішінде 90-дан 30-шы перцентилге дейін ауытқитын ұрық ұрыққа қарағанда үлкен қауіп төндіреді, оның массасы жүктілік дамыған сайын 10-шы перцентилде тұрақты болады¹³.

2-сурет. Ұрық өсуінің тежелуі

¹²Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002

Neilson JP. Symphysis-fundal height measurement in pregnancy (Cochrane Review) In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005

¹³Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000



Күнделікті ультрадыбыстық зерттеу

Туа біткен ақауларды анықтау үшін ұрықтың анатомиясын жеткілікті дәл зерттеу жүктіліктің 18 аптасына дейін мүмкін емес. Әдетте, 18-20 апта скринингтік ультрадыбыстық зерттеу үшін таңдаулы мерзім болып саналады. Алайда, жүктіліктің осы кезеңінде ұрықтың дамуындағы барлық ауытқуларды анықтауға мүмкін болмайды. Скринингтік ультрадыбыстық зерттеу үшін жүктіліктің 18-20 аптасы-бұл тексеру мүмкіндігінше кеш, бірақ жүкті әйел жүктілікті сақтау немесе тоқтату туралы мәселесінде ерте шешім қабылдауға тиімді мерзім болып табылады.

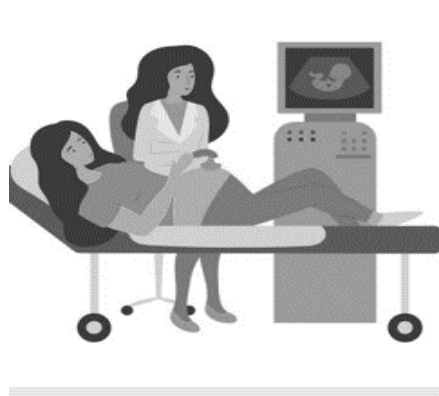
Жүктіліктің ерте кезеңдерінде (жүктіліктің 22 аптасына дейін) ультрадыбыстық зерттеу жүргізу жүктілік мерзімін дұрыс анықтауға мүмкіндік береді, көп жүктілікті ерте анықтауға, сондай-ақ жүктілікті жасанды түрде тоқтату мүмкін болған кезеңде

Ұрықтың асимптоматикалық бұзылыстарын

ерте анықтауға ықпал етеді¹⁴.

РУТИНДІ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ

ЗЕРТТЕУ Не үшін?	Ұрықтағы құрылымдық ақауларды анықтау үшін
Қашан?	жүктіліктің 18 және 20 апталық аралығында
Кім?	Мүмкіндігінше, қолданылатын құрал жабдықтары қабылданған стандарттарға сәйкес құрылымдық патологияны анықтауда ультрадыбыстық мониторингті тәжірбиелі маман жүргізуі керек



Қан қысымын өлшеу

Қан қысымын өлшеу преэклампсия скринингінің басты негізі және оны диагностикалаудың негізгі әдісі болып табылады. Қан қысымын өлшеу үшін стандартталған жабдықты, стандартты техниканы пайдалану керек және өлшеуді жүргізетін барлық қызметкерлер шарттарды сақтауы керек.

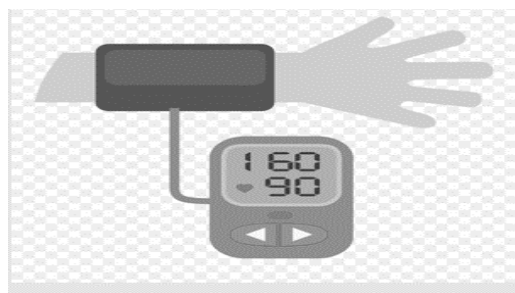
Пренаталды кезеңдегі әйелдерді басқарудың барлық хаттамаларында гипертензия белгілерін жіберіп алмау үшін әр қаралуға келген кезінде қан қысымын өлшеу керек.

Қан қысымын өлшеу әдісі өте маңызды, оны сақтамау нәтижелердің болжамды мәнін төмендететін қателіктерге әкелуі мүмкін. Жүкті әйелдің позициясында, сол жағында немесе отыру күйінде қан қысымын өлшеген жөн. Бұл жағдайда қысым тіркелген қол жүрек деңгейінде орналасуы керек, ал манжеттің мөлшері қолдың көлеміне сәйкес келуі керек.

¹⁴WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience, 2017.

АРТЕРИАЛДЫ ҚАН ҚЫСЫМЫН ӨЛШЕУ

Не үшін?	Гипертензия көріністерін анықтау
Қашан?	Әр қаралуға келгенде
Кіммен?	Стандартталған құралдармен және стандартқа сәйкес техникалармен барлық мамандар жүргізеді

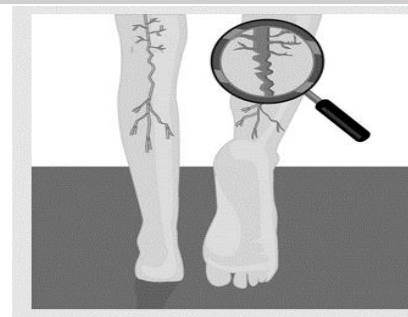


Аяқтың жағдайын бағалау

Көк тамырларының варикозды кеңеюлері мен ісінулерге арналған аяқтың жағдайы әр келген сайын бағаланады. Алайда, ісінудің болуы (беттің немесе төменгі арқаның қатты немесе тез пайда болатын ісінуін қоспағанда) патологиялық жағдайдың белгілері ретінде қарастырылмауы керек, өйткені аяқтың ісінуі жүкті әйелдерде 50-80% жағдайда болады¹⁵.

АЯҚТЫҢ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Не үшін?	Веналардың варикозды кеңеюі және ісінуі жағдайын бағалау
Қашан?	Әр қаралуға келгенде
Кіммен?	Медициналық мекемелер мамандарымен



Зәр анализі

Симптомсыз бактериурияны анықтау үшін скрининг мақсатында медициналық ұйымға тіркелу кезінде зәр анализін жүргізу керек. Бактериялар көп болған кезде (мл-де 100000 колониядан көп) антибиотиктермен емдеу қажет. Емдеу аяқталғаннан кейін зәр анализін қайталау қажет¹⁶.

Жүктілік кезіндегі протеинурияның негізгі сынамасы сенімді сандық әдісті (мысалы, Эсбах әдісі) қолдана отырып, 24 сағат ішінде жиналған зәрдегі жалпы ақуызды анықтау болып табылады. Бұл әдіс скрининг ретінде пайдалану үшін тым күрделі, сондықтан зәрдің жеке бөліктерін скринингті қарастыруға болады (клиникалық тұрғыдан ең азы, 0,3 г/л немесе 1+деп саналады).

Симптомсыз бактериурияны жою және ананың бүйрегіндегі клиникалық айқын инфекциялық зақымданулардың алдын алу үшін антибиотиктерді қолдану керек. Бактериуриямен антибиотиктермен емдеу сонымен қатар салмағы төмен балалардың туу жиілігін және мерзімінен бұрын босану жиілігін төмендетуге көмектеседі.

¹⁵Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002

¹⁶What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005.

Зәр анализі

**Бактерия бар жоқтығын анықтау
(симптомсыз бактериурияға скрининг жүргізу)**

Бірінші қаралуға келгенде жүргізіледі

Ақуыз бар жоқтығын анықтау

Бірінші қаралуға келгенде және келесі қаралуларда жүргізіледі



Қан анализі

Қан анализі жүктіліктің ерте кезеңінде, егер олар бұрын белгілі болмаса, қан тобы мен түрін анықтау үшін жасалуы керек. Гемоглобин деңгейі жүктілік кезінде кем дегенде бір рет, тиімдісі гемодинамика ең жоғары болған кезде шамамен 32 апта ішінде бағаланады. Кейде бұл тест жүктіліктің 36 аптасында, әсіресе гемоглобин аз болған кезде қайталанады.

Айта кету керек, жүктілік кезіндегі қан жүйесіндегі физиологиялық өзгерістер – «физиологиялық анемия» көбінесе темір тапшылығының дәлелі ретінде дұрыс қарастырылмайды.

ҚАН АНАЛИЗИ



**Қан тобын анықтау
(Егер алдын қан тобы белгісіз болса)**

Жүктіліктің ерте кезеңінде жүргізіледі

Гемоглобин деңгейін анықтау

Минимум бір рет жүктілік мерзімінде жүргізіледі, 32 апта жүктілікте де болады

Темір препараттарын қабылдау сарысудағы темірді арттырады және сақтайды. Жүкті әйелдердегі анемия денсаулық сақтаудың маңызды мәселе болып табылатын жағдайларда (яғни, жүкті әйелдердің кем дегенде 40% - гемоглобин деңгейі $[Hb] < 110$ г/л), темірге есептегенде 60 мг темір препараттарын күнделікті қабылдау төмен дозада қабылдағаннан гөрі қолайлы¹⁷.

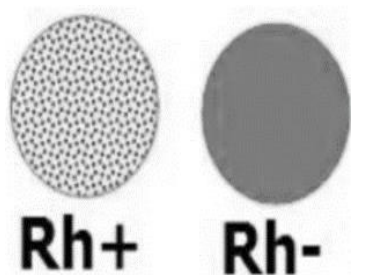
Резус-факторын анықтау

Резус факторын анықтау және антиденелердің бар-жоғын тексеру, сондай-ақ теріс резус факторы бар сенсбилизацияланбаған әйелдерге анти-D гаммаглобулинді енгізуге дайындалу қажет:

- (1) фето-аналық трансфузияға әкелуі мүмкін кез келген процедурадан немесе оқиғадан кейін;
- (2) жүктіліктің 28-ші аптасында; және
- (3) босанғаннан кейін алғашқы 72 сағат.

¹⁷Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

РЕЗУС-ФАКТОРЫН АНЫҚТАУ



Резус-факторын анықтау және антиденелердің бар-жоғын тексеру

Жүктіліктің ерте кезеңінде жүргізіледі

Анти-D гаммаглобулинді енгізуге дайындау

-фето-аналық трансфузияға әкелуі мүмкін кез келген процедурадан немесе оқиғадан кейін;

-жүктіліктің 28-ші аптасында;

- босанғаннан кейін алғашқы 72 сағат.

Инфекцияға Скрининг (2-қосымша)

Мерезге тестілеу

Мерезді антенаталды анықтау және емдеу оңай және үнемді араласу болып табылады.

Мерезге арналған әдеттегі скрининг тек жоғары қауіпті топтарды скринингтен немесе скринингтің толық болмауынан гөрі тиімдірек. ДДҰ-ның соңғы шолуы сонымен қатар мерез скринингі дамыған және дамушы елдер үшін экономикалық тиімділікке ие деген қорытындыны қамтиды.

АИТВ-ға сынама

Жүктіліктің оң тәжірибесін қалыптастыру үшін ДДҰ-ның пренаталды көмек көрсету жөніндегі ұсыныстары¹⁸. Жүкті әйелдерде АИТВ-инфекциясын ерте анықтау оларға медициналық көмек пен психоэмоционалдық қолдауды жақсартуға ықпал етеді, анадан балаға «тік» берілу жиілігін төмендетеді және жыныстық серіктестердің «көлденен» жұқтыру қаупін азайтады. Үшінші буын АИТВ-ның жаңа сынақтары жалған позитивтердің төмен пайызымен сипатталады.

Барлық жүкті әйелдер арасында АИТВ-ға скрининг жүргізу туралы шұғыл ұсыныс бар. Тек жоғары қауіпті топтар арасында жүргізілетін бұл инфекцияны анықтау скринингі жұқтырған әйелдердің аз ғана бөлігін анықтай алады.

Қосымша 2. Инфекцияға скрининг

МАҢЫЗДЫ

СИМПТОМСЫЗ БАКТЕРИУРИЯ	- Жүктіліктің ерте кезеңінде күнделікті скринингті ұсыну керек - Бактериурияны анықтау және емдеу пиелонефрит қаупін азайтады (2008) - Скринингті 12-16 аптада ұтымды жүргізу - Егер бактериялардың деңгейі 1 мл-ге 100000 немесе 105 колониядан асса, антибиотиктермен емдеу қажет - Кейіннен барған кезде ақуызға зәр анализін жүргізу керек
СИМПТОМСЫЗ БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗ	- Бактериялық вагинозға күнделікті скринингті ұсынбау керек, өйткені анықтау және емдеу мерзімінен бұрын босану және басқа да жағымсыз репродуктивті нәтижелер қаупін төмендетпейді
АИТВ	• Босанғанға дейінгі бақылаудың басында АИТВ-инфекциясын скринингтен өткізу ұсынылуы керек, өйткені тиісті антенаталды араласулар АИТВ-ның анадан балаға берілуін төмендетуі мүмкін
МЕРЕЗ	• Босанғанға дейінгі күтімнің ерте кезеңінде скринингті ұсыну керек, өйткені мерезді емдеу ана мен балаға пайдалы

¹⁸Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2017 г. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

МАҢЫЗДЫ ЕМЕС

CHLAMYDIA TRACHOMATIS	Хламидиозға скринингті әдеттегі пренаталды көмек аясында ұсынбау керек
ЦИТОМЕГАЛОВИРУС	Жүкті әйелдерде цитомегаловирустың әдеттегі скринингін ұсынбау керек
ГЕПАТИТ С ВИРУСЫ	С гепатиті вирусына күнделікті скрининг ұсынылмауы керек, өйткені оның клиникалық және экономикалық тиімділігін растайтын деректер жоқ
В ТОБЫНДАҒЫ СТРЕПТОКОКК	В тобындағы стрептококкқа жоспарлы пренаталды скрининг ұсынылмауы керек, өйткені оның клиникалық және экономикалық тиімділігі туралы дәлелдер белгісіз болып қалады.
ТОКСОПЛАЗМОЗ	Токсоплазмозға арналған әдеттегі пренаталды серологиялық скрининг ұсынылмауы керек, өйткені скринингтік тәуекелдер ықтимал пайдадан асып түсуі мүмкін.

2 бөлім. КҮНДЕЛІКТІ ҚОЛДАНУҒА ҰСЫНЫЛАТЫН ШАРАЛАР

Медициналық қоғамдастықта жүктілік кезінде қандай шаралар мен сынақтар жүргізілуі керек және қай уақытта болатындығы туралы пікірталастар жалғасуда.

ҚАН ҚЫСЫМЫН ӨЛШЕУ	КҮН ДЕЛ ІКТІ ЗЕР ТТЕ УЛЕ Р
ЖАТЫР КҮНІНІҢ БИҚТІГІН ӨЛШЕУ + ГРАВИДОГРАММА	
ІШТІҢ ПАЛЬПАЦИЯСЫ	
Аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар)	
ҚАН ТОБЫ, RH ФАКТОРЫ	
ОАК (гемоглобин деңгейі)	
Зәр анализі (асимптоматикалық бактериурия, ақуыз)	
БІР РЕТТІК УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ І	
ДЕНЕ САЛМАҒЫНЫҢ ИНДЕКСІН АНЫҚТАУ	

Зерттеулер көрсеткендей, көптеген жалпы тексерулер бекер, бұл өз кезегінде қажет емес пренаталды зерттеулерді шектеу мәселесін көтерді. Алайда кейбір талдаулар өте қажет, оларға мыналар жатады¹⁹:

Қан анализі (қан тобы және гемоглобин деңгейі). Қан тобын анықтауға арналған талдау (егер ол әлі белгісіз болса) жүктіліктің басында жасалуы керек. Гемоглобин деңгейін жүктілік кезінде кем дегенде бір рет, тиімдірек жүктіліктің шамамен 32 аптасында анықтау керек.

Резус-факторын тексеру. Жүкті әйелдің Rh факторын және антиденелердің болуын анықтау керек, сондай-ақ теріс Rh факторы бар әйелдерге D-гаммаглобулинге қарсы (1) ана мен ұрықтың қанының өзара әрекеттесуіне әкелуі мүмкін кез келген шарадан немесе оқиғадан кейін, (2) жүктіліктің 28 аптасында және (3) босанғаннан кейін.

Қан қысымы. Мүмкін гипертензияның белгілерін анықтау үшін әйелдер консультациясына барған сайын өлшеу керек.

Зәр анализі. Симптомсыз бактериурияның болуын анықтау үшін әйелді медициналық ұйымға тіркеу кезінде жүргізу керек. Кейінгі келу кезінде протеинурияға зәр анализі жүргізілуі керек.

Аяқ тытексеру. Әйелдер консультациясына барған сайын варикозды тамырларды диагностикалау үшін науқастың аяқтары мен аяқтарын тексеру қажет. Ісіну (жаппай ісінуден

¹⁹Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002; Guideline for Perinatal care American Academy of pediatrics and of the ACOG 2017

немесе беттің немесе белдің тез дамып келе жатқан ісінуінен басқа) патологиялық жағдайдың көрсеткіштері болып саналмауы керек, өйткені олар жүкті әйелдердің 50-80% - байқалады.

Расталған қауіпсіздік пен тиімділікке ие пренаталды күтімнің араласуы мен қағидалары²⁰:

- бірінші рет барған кезде және жүктілік кезінде қан қысымын өлшеу арқылы преэклампсияға скрининг;
- протеинурияға зәр анализі және жүкті әйелді преэклампсия белгілерін тануға үйрету;
- Симптомсыз бактериурияға скрининг және емдеу;
- жүктіліктің ерте кезеңінде АИТВ-инфекциясына скрининг, инфекция анықталған кезде-антиретровирустық палдын-алу немесе терапия жүргізу;
- мерезге скрининг және көрсетілімдер болған жағдайда емдеу курсы жүргізу;
- жүктіліктің ерте кезеңінде (18-20 апта) ультрадыбысты күнделікті жүргізу жүктілік мерзімін барабар анықтауға мүмкіндік береді, көп жүктілікті ерте анықтауға, ең бастысы, жүктілікті жасанды түрде тоқтату мүмкін болған кезеңде ұрықтың асимптоматикалық ақауларын ерте анықтауға ықпал етеді.

Күнделікті қолдануға ұсынылмайтын шаралар

Әйелдің салмағын өлшеу. Жақында алынған мәліметтер²¹ әр келген сайын салмақ қосуды өлшеу негізсіз екенін көрсетеді және әйелдерге салмақ қосуды шектеу үшін диеталық шектеулерді енгізуге кеңес берудің қажеті жоқ. Тамақтануды шектеу тек ұрықтың өсуінің баяулауына әкеледі және ешқандай оң нәтиже бермейді²².

Пельвиометрия. Белгілі болғандай, рентгенологиялық де, клиникалық пельвиометрия да жамбас пен ұрықтың мөлшерінің сәйкессіздігін жеткілікті дәлдікпен болжай алмайды, бұл әдістерді ұрықтың басына жоспарланған кесарь тілігі операциясының негізі ретінде пайдалану үшін, сондықтан оларды жүктіліктің әдеттегі тәжірибесінде қолдану пайдалы емес. Ең жақсы жолмен, жамбас пен ұрықтың мөлшерінің сәйкес келмеуі босану кезінде босануды мұқият бақылау арқылы диагноз қойылады. Көптеген зерттеулердің нәтижелері²³, сондай-ақ олардың жалпы нәтижелері, пельвиометрия жүргізілген пациенттер тобында кесарь тілігі жиілігінің айтарлықтай жоғарылағанын көрсетті.

Ұрықтың жүрек соғуының ультрадыбыстық зерттеуі. Ұрықтың жүрек соғуын бағалау үшін ультрадыбыстық зерттеуді қолдану, егер ол барлық әйелдер үшін скринингтік зерттеу ретінде қолданылса, жүктіліктің нәтижесіне айтарлықтай әсер етпейтін сияқты. Рандомизацияланған зерттеулердің қолда бар деректері жүктіліктің үшінші триместрінде ұрықтың жүрек соғуын күнделікті ультрадыбыстық зерттеуді ұсынбайды²⁴.

Жүктіліктің кез-келген кезеңінде ультрадыбыстық зерттеу кезінде әйел монитор экранын көре алуы керек, баланың бейнесін көрсету өте маңызды және ол кез-келген қажетті ақпаратты алуы керек.

Ұрықтың қозғалыс санын есептеу. Көбінесе қалыпты қалыптасқан жүктілік кезінде жатырышілік кеш өлімінің айқын себебі болмайды. Мұндай өлім-жітімнің көпшілігін болжау мүмкін емес және олар жүктілігі асқынусыз болған сау әйелдерде болады.

Аntenаталды күтім кезінде дәрігерлер ұрыққа қауіп төніп тұрғанын анықтау және оны өлімнен сақтауға тырысу үшін аналардың ұрықтың қозғалысын азайту сезімін басшылыққа алады. Ұрықтың нашарлауының таралуы төмен және 90-дан 95% - ға дейінгі бағалау

²⁰What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005.

²¹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

²²Там же

²³Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности

²⁴Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

ерекшелігі болғандықтан, ұрықтың нашарлауы үшін ұрықтың қозғалысының төмендеуін аналық қабылдаудың оң болжамдық маңыздылығы 2-ден 7%²⁵ - ға дейін төмен.

Ұрықтың антенаталды өлімінің жиілігін азайту үшін "онға дейін санау" әдісінің тиімділігін бағалау үшін рандомизацияланған бақыланатын сынақ (РКИ)²⁶ жүргізілді. Күн сайын әйелдер ұрықтың 10 қозғалысын санау үшін күн ішінде қанша уақыт кеткенін жазды. Берілген рандомизацияланған бақыланатын сынақта ұрықтың қозғалысын күнделікті ресми санау немесе стандартты күтім үшін 68000 әйел кездейсоқ тағайындалды. Тестілеу тобында перинаталдық өлім-жітімнің төмендеуі байқалмады. Ұрықтың бір жатырышілік өлімінің алдын алу үшін 1250 әйелде «онға дейін санау» әдісін қолдану керек.

Жүргізілген зерттеулер²⁷ ұрықтың қозғалу санын күнделікті санау бір жүктілік кезінде жүктіліктің кеш кезеңінде ұрықтың құрсақішілік өлімінің алдын алу үшін маңызды екенін көрсетпейді.

Егер әйел ұрықтың қозғалысының төмендегенін байқаса, ол медициналық маманмен байланысып, одан әрі тексеру үшін медициналық ұйымға баруы керек.

Жүктіліктің кеш кезеңдерінде күнделікті қайта ультрадыбыстық зерттеу

Қазіргі уақытта жүктілік кезінде барлық әйелдерде жүктіліктің кеш кезеңдерінде әдеттегі қайталама ультрадыбыстың орындылығы дәлелденбеген.

Рандомизацияланған зерттеулердің қолда бар деректері²⁸ жүктіліктің 3-ші триместрінде әдеттегі қайта ультрадыбысты ұсынуға мүмкіндік бермейді.

Жүктіліктің кез-келген кезеңінде ультрадыбыстық зерттеу кезінде әйел монитор экранын көре алуы керек, баланың бейнесін көрсету өте маңызды және ол кез-келген қажетті ақпаратты алуы керек.

Барлық әйелдер үшін әдеттегідей ұсынылмаған шаралар²⁹

Бірнеше рет өлшеу. Жақында жүргізілген зерттеулер³⁰ әйелдер консультациясына барған сайын салмақ қосуды анықтау негізсіз екенін көрсетті және дене салмағының өсуін бәсеңдету үшін әйелдерге тамақтануды шектеуге кеңес берудің қажеті жоқ.

Пельвиометрия. Клиникалық немесе рентгендік пельвиометрия ананың жамбас мөлшері мен ұрық басының мөлшері арасындағы сәйкессіздікті жеткілікті дәлдікпен болжауға мүмкіндік бермейтіні дәлелденді, сондықтан ұрықтың бас тұсаукесері кезінде жоспарлы кесарь тілігі үшін көрсеткіш бола алмайды. Осылайша, бұл шара әдеттегі пренаталды күтім үшін маңызды емес.

Ультрадыбыстық көмегімен ұрықтың жүрек соғуын бағалау. Ұрықтың жүрек соғуын бағалау үшін ультрадыбысты қолдану жүктіліктің нәтижесіне айтарлықтай әсер етпейді, егер ол барлық әйелдерге скрининг ретінде жасалса.

Ұрықтың қозғалыс санын есептеу. Жүргізілген зерттеулер³¹ ұрықтың қозғалыс санын күнделікті санау жүктіліктің кеш кезеңінде ұрықтың өлу ықтималдығын төмендететінін растамайды.

Жүктіліктің 20 аптасынан кейін қайталанған ультрадыбыстық. Жүктілік кезінде әйелдердің әдеттегі қайталанатын жоспарлы ультрадыбыстық зерттеуінің орындылығы қазіргі уақытта расталмаған.

Кардиотокография (стресстік және стресстік емес тест). Қолда бар мәліметтерге сәйкес, пренаталды жоспарлы тағайындаудың орындылығы туралы ешқандай дәлел жоқ

²⁵What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

²⁶Routine care for the healthy pregnant woman. Antenatal care Clinical Guideline # 6. National Institute for Clinical Excellence. October 2003

²⁷Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

²⁸Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности, 2017

²⁹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

³⁰Там же

³¹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

кардиотокография (КТГ) ұрықтың жағдайын қосымша бағалау құралы ретінде; бұл тек жоғары қауіпті жүктіліктер үшін қолайлы.

Биофизикалық мәртебені бағалау. Болжамдық мәні бар, бірақ нәтижелердің жақсаруына әкелмейді.

Кіндік артериясының доплерометриясы. Кіндік артериясындағы қан ағымының жылдамдығының доплерометриясын барлық жүкті әйелдер үшін скринингтік әдіс ретінде қолдануға болмайды. Бұл зерттеу жоғары қауіпті жүктілікте пайдалы болуы мүмкін; дегенмен, пациенттердің нақты топтарын анықтау үшін көбірек зерттеулер қажет.

3 бөлім. АКУШЕРЛІК ТӘУЕКЕЛДІ БАҒАЛАУ

Тәуекелді бағалау тұжырымдамасы үш болжамға негізделген:

- әйелдердің белгілі бір топтары босану кезінде өлу ықтималдығы жоғары;
- мұндай тәуекелге ұшыраған әйелдерді анықтау мүмкіндігі бар;
- егер бұл әйелдер анықталса, өлімнің алдын алуға болады.

Тәуекелді анықтаудың артықшылықтары:

Бірқатар белгілер пренаталды күтімнің қажеттілігін көрсетеді. Айта кету керек, мұндай белгілері бар әйелдерде асқынбаған жүктілік және босану болуы мүмкін, ал мұндай белгілері жоқ әйелдерде күтпеген асқынулар дамуы мүмкін.

Соңғы зерттеулердің нәтижелері тәуекел тобына кіретініне немесе кірмейтініне қарамастан, барлық әйелдерге мұқият және қамқор көзқарас қажет екенін көрсетеді.

Тәуекелді анықтаудағы қиындықтар:

- екінші және кейінгі жүктілік кезінде тәуекелді бағалау дәлірек болады;
- ең дәл бағалауды жүктіліктің соңында жасауға болады;
- көптеген факторлар болжамның статистикалық тұрғыдан дұрыс сәйкестігін растайды.

Тәуекел тұжырымдамасы

Тәуекелді бағалаудың дәстүрлі сандық (балдық) жүйесін қолдану көбінесе негізсіз мамандандырылған күтімге әкеледі, ал ауыр асқынулары бар әйелдер мұндай күтімнен жиі айырылады.

Соңғы уақытқа дейін пренаталды күтім тәуекел тобына жататын әйелдерді анықтауды

«ТРАДИЦИОННЫЙ» ПОДХОД К ОЦЕНКЕ РИСКА	
НЕДОСТАТОК	ПОСЛЕДСТВИЯ
✓ Высокий уровень ложноположительных и ложноотрицательных результатов; ✓ Только 10-30% женщин, отнесенных к группе риска, могут иметь негативный исход беременности Murray W. Enkin et al, 2000	✓ Предоставление специализированного ухода без необходимости; ✓ Отсутствие необходимой помощи и направления женщин с серьезными осложнениями в медицинские учреждения третьего уровня помощи в тех случаях, когда это необходимо

көздеді, ал бүгін біз ана өліміне әкелетін факторларды анықтау әрқашан мүмкін емес екенін түсінеміз. Пренаталды күтімге неғұрлым шынайы көзқарас-бұл бәріне дұрыс бақылау мен назар аударуды қамтамасыз ету. Ең алдымен, әр әйелдің денсаулығын мұқият бақылау қажет. Бұл аналықты қорғауға алғашқы көзқарастың «балама

жолы». ДДҰ тәуекелді бағалаудың дәстүрлі жүйелерін әр әйелге мұқият қарауға ауыстыруды ұсынады. Барлық жүкті әйелдерге мұқият болу керек. Бұл барлық әйелдерді тәуекел тобына жатқызу керек дегенді білдірмейді; керісінше, егер әйелде бар асқынулардың айқын белгілері болмаса, оны жүктіліктің асқынбаған ағымы бар топқа жатқызу керек.

ДДҰ тәуекелді бағалаудың дәстүрлі жүйелерін ұнай бойынша ұсынбайды.

Әрбір жүктіліктің белгілі бір қаупі бар. Әрқашан бәрі дұрыс емес болуы мүмкін, бірақ жүктілікті пессимистік тұрғыдан қарастыруға болмайды.

Басынан бастап жүктілікті табиғи физиологиялық құбылыс ретінде қабылдау керек, бірақ медициналық қызметкерлер үнемі сергек болып, жақындап келе жатқан немесе бар қауіптің белгілерін қадағалап отыруы керек.

Жүктілік кезінде қауіпті белгілердің пайда болуын мұқият бақылау өте маңызды және бұл пренаталды күтімнің негізгі функцияларының бірі.

Өзгерістер ұрыққа немесе босанатын әйелге қатысты әртүрлі себептерге байланысты болуы мүмкін. Әдетте бұл өзгерістерді анықтау қиын емес және бұл үшін акушер-гинеколог болудың қажеті жоқ.

Шамадан тыс диагноз қоюдан аулақ болу керек-бұл әйелге де, балаға да пайдалы болмайды.

Тәуекелді бағалаудың жаңа тәсілі

Асқыну диагнозы қойылғаннан кейін, әйелді қандай да бір қауіп санатына жатқызудың орнына, әйел мен оның ұрығы үшін ықтимал қауіп дәрежесін анықтау үшін оны мұқият қадағалап, талдау қажет.

Тәуекел топтары бойынша жіктеу барлық әйелдер үшін күнделікті емдеу шараларына автоматты түрде әкелмеуі керек.

Мысалдар³² :

1) Гестациялық қант диабетінің (ГСД) даму қаупінің факторлары:

- * дене салмағының индексі (BMI) 30 кг / м²-ден жоғары;
- * алдыңғы макросомалық баланың салмағы 4,5 кг немесе одан жоғары;
- * алдыңғы гестациялық қант диабеті;
- * қант диабетінің отбасылық тарихы (қант диабетімен ауыратын бірінші дәрежелі туыс).

Ұсыныстар: осы қауіп факторларының кез келгені бар әйелдерге глюкозаға төзімді тест тапсыруды ұсыныңыз

2) Преэклампсияның даму қаупі факторлары:

- * 40 жастан асқан;
- * анамнезінде босанудың болмауы;
- * жүктілік аралығы 10 жылдан асады;
- * преэклампсияның отбасылық тарихы;
- * преэклампсияның алдыңғы тарихы;
- * дене салмағының индексі 30 кг/м² немесе одан жоғары;
- * гипертония сияқты бұрыннан бар қан тамырлары аурулары;
- * бұрын болған бүйрек аурулары;
- * көп жүктілік.

Жоғарыда аталған қауіп факторларының кез келгені бар жүкті әйелдер үшін қан қысымын жиі өлшеуді және үйдегі жазбаларды – өзін-өзі бақылау күнделігін жүргізуді ұсыну керек.

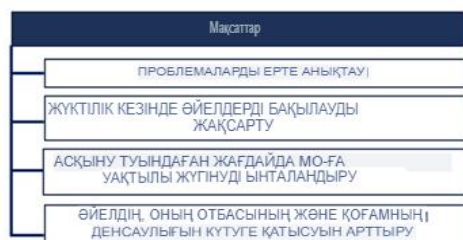
Үй жазбаларын жүргізу

Жүкті әйелге өзінің денсаулық жағдайын анықтауға және одан әрі әрекеттерді анықтауға Әйелдерге және олардың отбасына жүктіліктің асқынуы пайда болған кезде және шұғыл көмекті қажет ететін жағдайларда ұсыныстарды орындау кезіндегі алдын алу шаралары туралы еске салады. Екі кішігірім рандомизацияланған клиникалық зерттеулер жүкті әйелдердің мінез-құлқын бағалайды, олар өздерінің жүктілік тарихын өздері жазуға мүмкіндік берді³³. Қолданыстағы тәжірибедегі бұл қарапайым өзгеріс жүктілік нәтижелеріне теріс әсер етпеді және жүктілік кезінде жауапкершілік сезімін арттырды.

³²Antenatal care for uncomplicated pregnancies. Clinical guideline [CG62] Published date: 26 March 2008 Last updated: 04 February 2019

³³Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

ҮЙ ЖАЗБАЛАРЫН ЖҮРГІЗУ



- ☒ Жүктілікке өз денсаулығын анықтауға және одан әрі әрекеттерді анықтауға көмектеседі
- ☒ Өйелдерге және алардың отбасына жүктіліктің асықуы пайда болған кезде және шұғыл көмекті қажет ететін жағдайларда ұсыныстарды орындау кезінде алдың алу шаралары туралы еске салады

[illegible]

**4 бөлім. АНТЕНАТАЛДЫ КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ ОҢТАЙЛЫ
ЖИЛІГІ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ МАЗМҰНЫ (ДДҰ ҰСЫНЫМДАРЫ ЖӘНЕ БАСҚА
ЕЛДЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІ)**

Пренаталды күтім тәсілдері

Пренаталды күтім бағдарламалары ана мен перинаталдық өлімді, сондай-ақ перинаталдық ауруды азайту жолдарын табу үшін әзірленген. Уақыт өте келе медицина ғылымының дамуы мен технологиялық жаңалықтар қолданыстағы модельдерді жаңа технологиялармен толықтырды; дегенмен, бұл инновациялар көбінесе олардың тиімділігі мен қауіпсіздігі туралы дәлелдер жеткіліксіз болған кезде енгізіледі.

Пренаталды күтімге қатысты бірқатар маңызды сұрақтар бар, соның ішінде барлық әйелдерге берілетін күтім түрі, сондай-ақ қиындықтары немесе асқынулары бар әйелдерге күтім жасау талаптары.

Басқа сұрақтар әйелдер кеңесіне қаншалықты жиі бару керек, әр келу кезінде әйелге қандай қызметтерді ұсынуға болады, қандай зерттеулерді қамтамасыз ету керек екенін қарастырады. Пренаталды күтімнің сапасы үлкен рөл атқарады, сондықтан әйелдің оған көрсетілетін қызмет туралы пікірін білу қажет.

Пренаталды күтімнің мақсаты–әйелдің денсаулығын сақтауға және сол арқылы болашақ баланың денсаулығын сақтауға көмектесу. Пренаталды күтім сонымен қатар жүкті әйелге және оның серіктесіне немесе отбасына көрсетілетін көмек пен қолдауды, атап айтқанда ата-аналық рөлдерді игеруге көмектесуді қамтиды. Бұл денсаулық сақтау мамандары күтімді қамтамасыз етіп қана қоймай, жүкті әйелді және оның серіктесін немесе отбасы мүшелерін хабардар етіп, оқытуы керек дегенді білдіреді.

Медицина қызметкерлерінің рөлі

Пренаталды күтім саласында жұмыс істейтін мамандардың рөлі:

- әйелдің жүктілікке, босануға, емізуге және ата-ана рөліне психологиялық бейімделуін қолдау;
- ана мен ұрықтың денсаулығы мен әл-ауқатын қамтамасыз ету үшін жүктіліктің барысын қадағалаңыз;

- әйелді тексеріп, ықтимал асқынулардың белгілерін анықтаңыз;
- әйелдерге олардың денсаулығы туралы маңызды ақпарат беріңіз: дұрыс тамақтану, темекі шегуден бас тарту, АИТВ-ның алдын алу, отбасын жоспарлау, зорлық-зомбылықтың алдын алу.

Әйелдерге жүктілік кезінде өзін-өзі бақылауға үлкен мүмкіндіктер беру олардың қажеттіліктері мен тілектеріне сәйкес келеді.

Екі шағын зерттеу³⁴ әйелдерге медициналық картасын алу құқығын беруді бағалады. Дәстүрлі тәжірибедегі бұл қарапайым өзгеріс көрінетін жағымсыз салдарларды тудырмады, бірақ жүктілік кезінде әйелдің өзін бақылауда сезіну ықтималдығын арттырды. Бұл зерттеулердің нәтижелері әйелдің медициналық картасын алуды, сондай-ақ әйелге жүктілік кезінде өзін-өзі бақылауға көбірек мүмкіндік беретін босанғанға дейінгі күтімнің басқа түрлерін бағалауды қарастыруды көрсетеді.

Ең алдымен, әйелге жүктілік кезінде пайда болатын мазасыздық белгілері, соның ішінде асқынулардың пайда болуы туралы хабарлау қажет. Пренаталды жаттығулар әйелге және оның отбасына жүктілік пен босану туралы ақпарат беруде маңызды рөл атқарады.

ДДҰ әзірлеген пренаталды күтімнің жаңа моделінің негіздері

Пренаталды тексерулер ана мен ұрықтың денсаулығын қорғау үшін қажет. Әйелдер консультациясына барудың уақыты мен санын таңдау әйелдің өзіне беріледі.

ДДҰ ӨЗІРЛЕГЕН ПРЕНАТАЛДЫ КҮТІМНІҢ ЖАҢА МОДЕЛІНІҢ НЕГІЗДЕРІ

ДДҰ ӨЗІРЛЕГЕН ӘЙЕЛДЕР КОНСУЛЬТАЦИЯСЫНА БАРУДЫҢ ЖАҢА КЕСТЕСІ

Келу	Мерзімі
1	12 аптаға дейін
2	26 апта
3	32 апта
4	38 апта

Villar J, Bergsjo J., 2002

Пренаталды көмек аясында қанша байланыс болуы керек ?

12 аптаға дейін
26 апта

Перинаталдық өлімді азайту және әйелдердің пренаталды көмек көрсету тәжірибесін жақсарту үшін кемінде сегіз контактілі пренаталды көмек үлгілері қолданылады

* 1-ші триместрдегі бірінші байланыс;
• 2-ші триместрдегі екі байланыс;
• 3-ші триместрдегі бес байланыс

Негізгі фактор-әйелдер консультациясына барудың көп немесе аз саны емес, әйелдің оған көрсетілетін күтімнен қанағаттануын арттыратын дәлелденген тиімділігі бар процедураларды жүргізу

Дәстүрлі тәсіл жүктіліктің 28-ші аптасына дейін, содан кейін екі апта сайын 36-шы аптаға дейін, содан кейін босанғанға дейін апта сайын әйелдер консультациясына баруды қамтиды. Алайда, зерттеулер көрсеткендей, қалыпты жүктілік кезінде әйелдер кеңесіне жиі барудың қажеті жоқ³⁵.

ДДҰ ұсынған әйелдер консультациясына барудың қайта қаралған кестесі 2001. Барлық рандомизацияланған клиникалық зерттеулер әйелдердің денсаулығында айтарлықтай айырмашылықтардың жоқтығын және әйелдердің консультациясына бес рет барғаннан кейін олардың қанағаттану дәрежесін сегізге қарағанда анықтады³⁶.

Қолданыстағы дәлелдер 1990 жылдары жасалған фокусталған пренаталды күтім моделі кем дегенде сегіз пренаталды контактіні қамтамасыз ететін модельдерге қарағанда перинаталдық өлімнің көп болуымен байланысты екенін көрсетеді. Сонымен қатар, дәлелдер пренаталды байланыстардың көп болуы, ресурстармен қамтамасыз етілу дәрежесіне қарамастан, пренаталды байланыстардың аз санына қарағанда ананың үлкен қанағаттануымен байланысты болуы мүмкін деп болжайды³⁷.

Айта кету керек, 8 байланыс 8 ультрадыбысты білдірмейді³⁸.

³⁴Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

³⁵Villar J, Bergsjo J. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Geneva, World Health Organization (WHO), 2002

³⁶Тамже

³⁷Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

³⁸Рекомендации ВОЗ по оказанию рододовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 2016

Әйелдер консультациясына бару саны

Пренаталды күтім негіздері:

- жүктілік пен босанудың табиғи жолына кез келген араласуды ақтау керек, ол зиян емес, пайда әкелуі керек;
- тәуелсіздікті, ананы таңдау еркіндігін және оның балаға қол жетімділігін шектейтін кез келген әдіс оның зиян емес, пайда әкелетінін дәлелдеуді талап етеді.

Пренаталды күтім мазмұны

Жүктілік пен босанудың табиғи процесіне кез-келген араласу оның зияннан гөрі көп пайда әкелетіндігімен негізделуі керек. Ананың тәуелсіздігін, оның таңдау еркіндігін және баласына қол жетімділігін шектейтін кез-келген әдіс мұндай тәжірибенің зияннан гөрі көп пайда әкелетіні туралы сөзсіз дәлелдерді қажет етеді³⁹.

Медицина мамандары үшін жүкті әйелмен және оның отбасымен сенімді қарым-қатынас жасау мүмкіндігін табу маңызды. Әйелдер мен олардың отбасылары қажетті білім мен тәжірибе жинай алуы үшін ақпаратты қолжетімді, түсінікті (медициналық терминдермен шамадан тыс жүктелмеген) тілде ұсыну маңызды. Жүкті әйел мен оның отбасы медициналық ұйымдағы ең маңызды адамдар екенін есте ұстаған жөн.

³⁹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

Әдебиет

1. Жүктіліктің оң тәжірибесін қалыптастыру үшін ДДҰ-ның пренаталды көмек көрсету жөніндегі ұсынымдары, 2017
2. Antenatal care NICE guideline [NG201]Published: 19 August 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
3. Antenatal care for uncomplicated pregnanciesClinical guideline [CG62]Published: 26 March 2008 Last updated: 04 February 2019 <https://www.nice.org.uk/guidance/CG62>;
4. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Presentation, 2022 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/who-postnatal-guidelines-presentation.pptx?sfvrsn=d5469c5f_7
5. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
6. Maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy, WHO 2022 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415100/retrieve>
7. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

Тақырып 3. Жүктілік физиологиясы және жүктілік кезіндегі ыңғайсыздық жағдайлар



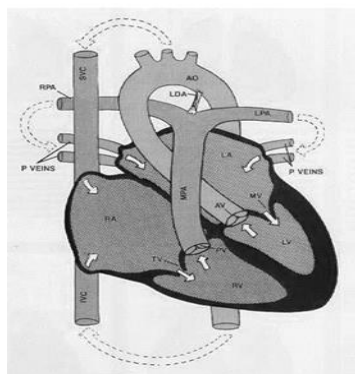
Жүктілік кезіндегі физиологиялық өзгерістер және ыңғайсыздық жағдайлар

бірге жүреді. Жүктілік ананың барлық мүшелері мен жүйелерінде физиологиялық өзгерістер тудырады, олардың көпшілігі босанғаннан кейін өтеді. Өзгерістердің айқын сипаты бірнеше жүктілік кезінде пайда болады. Әйелдің денесінің барлық мүшелері мен жүйелері жүктілікке бейімделеді. Дененің жеке жүйелерінде бейімделудің деңгейі мен уақыты әр түрлі, сонымен қатар олар жеке өзгергіштікке ұшырайды.

1 бөлім. ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫ, ТЫНЫС АЛУ, АС ҚОРЫТУ, ЗӨР ШЫҒАРУ ЖӘНЕ ЭНДОКРИНДІК ЖҮЙЕЛЕРДЕГІ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕР

Жүрек-тамыр жүйесіндегі өзгерістер

Жүктіліктің 6-8 аптасынан бастап қан көлемі біртіндеп артып, 32-34 аптада максимумға жетеді. Қосымша қан көлемінің көпшілігі жатырдың, сүт бездерінің, жолақты бұлшықеттердің және перитонеальды тамырлардың көлемінің ұлғаюына арналған, сау жүкті әйелде қан айналымының шамадан тыс жүктелуіне ешқандай дәлел жоқ. Плазма көлемінің ұлғаюы (40-50% - ға) эритроциттік массаның ұлғаюына (20-30%) қарағанда салыстырмалы түрде жоғары, бұл гемодилюцияға және гемоглобин концентрациясының төмендеуіне әкеледі⁴¹.



Жүктіліктің басынан бастап өседі және 32 - ші аптада максимумға жетеді, бұл жүктіліктен тыс жүктілікке қарағанда 35-45% жоғары

2600 мл-ден 45% - ға артады; плазма көлемінің ұлғаюы эритроциттер массасының өсуінен (Hb массасы) асып түседі, нәтижесінде гемодилюция (физиологиялық анемия) пайда болады

Жатыр мен ұрықтың жоғары

талаптарына сәйкес көлемді Артқы жағындағы гипотензия синдромынан қорғайды

Босану кезінде сұйықтықтың жоғалуынан қорғайды

Қан көлемінің жоғарылауы екі мақсатқа қызмет етеді. Бірінші мақсат-ана мен ұрық арасындағы тыныс алу газдарының, қоректік заттардың және метаболизм өнімдерінің алмасуын реттеу. Екінші мақсат-бұл ананың қан жоғалтуының босану процесіне әсерін азайтады.

⁴⁰Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

⁴¹Christopher F. Ciliberto, Gertie F. Marx. Physiological Changes Associated with Pregnancy. PHYSIOLOGY, 1998, Issue9, Article 2.

Қан компоненттері. Эритроциттердің массасы 20-30%-ға артады. Лейкоциттердің деңгейі жүктілік кезінде өзгереді, бірақ әдетте қалыпты шектерде қалады. Алайда, босану кезінде және одан кейінгі кейбір көрсеткіштердің жоғарылауы байқалады:

- фибриноген мен VII, X және XII коагуляция факторлары айтарлықтай артады;
- тромбоциттер саны артады, бірақ норманың жоғарғы шегіне дейін емес.

Фибринолитикалық белсенділіктің төмендеуімен бірге бұл өзгерістер босану кезінде шамадан тыс қан кетудің алдын алуға әкеледі. Осылайша, жүктілік салыстырмалы гиперкоагуляция жағдайы болып табылады, бірақ сонымен бірге жүктілік кезінде қанның шамадан тыс қоюлануы да, қан кету де қалыпты жағдай емес.

Жүктілік кейде лейкоциттердің орташа өсуімен бірге жүреді, бірақ лейкоциттердің формуласы өзгеріссіз қалады. Орташа тромбоцитопения (150x10⁹/л-ден аз) жүкті әйелдердің 10% - у байқалады, бұл гемодилюцияға байланысты және сирек клиникалық маңызды болады. Гиперкоагуляция жағдайы қан ұю факторларының концентрациясының жоғарылауымен байланысты және босану кезінде шамадан тыс қан жоғалтудың алдын алады, бірақ сонымен бірге тромбоэмболияның пайда болуына бейім.

Жүректің шығуы қан көлемімен бірдей дәрежеде артады. Жүректің шығуы жүктіліктің 6 аптасынан бастап 30-50% - ға артады және 16 мен 28 апта аралығында шыңына жетеді (әдетте шамамен 24 апта). 30 аптадан кейін ол ең жоғары деңгейге жақын қалады⁴². Содан кейін жүректің шығуы дененің орналасуына байланысты өзгере бастайды. Жатырдың ұлғаюы төменгі қуыс Венаны ең көп қысатын позиция (мысалы, жату жағдайы) жүрек шығарындыларының ең үлкен төмендеуіне әкеледі. Орташа алғанда жүрек шығарындылары 30 аптадан кейін және босанғанға дейін біршама төмендейді. Босану кезінде, жүрек шығарындылары қайтадан 30%-ға артады. Босанғаннан кейін жатыр жиырылады және жүрек шығарындылары қалыпты деңгейден 15-25% - ға дейін тез төмендейді, содан кейін босанғаннан кейін шамамен 6 аптаға дейін бастапқы деңгейге жеткенше біртіндеп төмендейді (негізінен келесі 3-4 апта ішінде).

Тұрақты өсулер доплерлік эхокардиографияда орташа есеппен 8-11 аптада 6,7 л/мин-ден 36-39 аптада шамамен 8,7 л/мин-ге дейін көрінеді; олар негізінен жүрек соғу көлемінің ұлғаюы (35%) және аз дегенде жылдам жүрек соғуы (15%) нәтижесінде пайда болады. Жүктілік кезінде байқалатын гипердинамикалық айналымға «үлес қосатын» жүйелі тамырларға төзімділіктің тұрақты төмендеуі де бар⁴³. Жүктілік кезінде жүрек шығысының жоғарылауы негізінен жатыр-плацентарлы қан ағымының қажеттілігіне байланысты, оның көлемі айтарлықтай артады және талшықаралық кеңістіктегі қанайналым ішінара артериовенозды шунт ретінде әрекет етеді. Плацента мен ұрық дамыған сайын жатырға қан ағымы толық мерзімді жүктілік кезінде шамамен 1 л/мин (қалыпты жүрек шығарылымының 20%) дейін артуы керек. Терінің (терморегуляция үшін) және бүйректің (ұрықтың қалдықтарын шығару үшін) қажеттіліктерінің артуы да жүрек шығарылымының жоғарылауына ықпал етеді.

Жүрек шығарындыларын арттыру үшін жүрек соғу жиілігі қалыпты 70-тен минутына 90 соққыға дейін артады және инсульт көлемі де артады. Екінші триместр кезінде жүрек шығарындылары мен ренин мен ангиотензин деңгейлері жатыр-плацентарлы айналымның кеңеюіне (плацентарлы талшықаралық кеңістік дамыған сайын) және жүйелік қан тамырларына төзімділіктің төмендеуіне байланысты жоғарылағанына қарамастан, қан қысымы төмендейді (және импульстік қысым кеңірек диапазонда өзгереді). Қарсылық төмендейді, өйткені, ангиотензин деңгейінің төмендеуіне қанның тұтқырлығы мен сезімталдығы артады. Үшінші триместр кезінде қан қысымы қалыпты мәндерге оралуы мүмкін. Көп жүктілік кезінде жүрек шығарындылары едәуір артады және 20 аптада диастолалық қан қысымы жалғыз жүктілікке қарағанда төмен болады. Физикалық белсенділік жүктілік кезінде жүрек шығарындыларын, жүрек соғу санын, оттегін тұтынуды және тыныс алу көлемін минутына одан тыс жерлерге қарағанда арттырады.

⁴²Справочник MSP профессиональная версия, Raul Artal-Mittelmark, MD, Saint Louis University School of Medicine <https://www.msdmanuals.com/ru>

⁴³ Учебный пакет ВОЗ по эффективной перинатальной помощи (ЭПП) 2е издание, 2015

Жүректің мөлшері мен орналасуы. Жүректің мөлшері мен орналасуы өзгереді, бұл ЭКГ-да өзгерістерге әкеледі. Жүрек екі камераның кеңеюі және гипертрофия арқылы үлкейеді. Трикуспидті клапан арқылы өтетін кеңею қалыпты I немесе II дәрежелі систолалық шуға әкелетін қалыпты регургитация ағынын тудыруы мүмкін. Жүктілік кезіндегі гипердинамикалық гемоциркуляция функционалды шудың жиілігін арттырады және жүрек тондарын күшейтеді. Диафрагманың жатырдың ұлғаюымен жоғары қарай жылжуы жүректің солға және алдыңғы жағына мещысуына әкеледі, сондықтан жүректің жоғарғы жағы сыртқа және жоғары қарай мещысады. Бұл өзгерістер тән ЭКГ құбылыстарына әкеледі: жүректің электр осінің солғамещысуы, ST сегментінің депрессиясы және көбінесе үшінші стандартты қорғасындағы T толқынының инверсиясы немесе тегістелуі.

Рентгендік зерттеу немесе ЭКГ жүректің көлденең қалыпқа ауысуын, көлденең өлшемнің ұлғаюымен солға айналуын анықтай алады. Жүктілік кезінде ерте атриальды және қарыншалық соққылар жиі кездеседі. Бұл өзгерістердің барлығы физиологиялық болып табылады және оларды жүректің бұзылуымен қателесуге болмайды; науқасты тыныштандыру жеткілікті. Алайда, пароксизмальды атриальды тахикардия жүктілік кезінде жиі кездеседі және профилактикалық цифрландыруды немесе басқа антиаритмиялық терапияны қажет етуі мүмкін. Жүктілік кардиоверсия көрсеткіштеріне немесе оның қауіпсіздігіне әсер етпейді.

Қан қысымы. Жүктіліктің ерте кезеңінде прогестерон концентрациясының жоғарылауы нәтижесінде қан тамырларының жалпы перифериялық кедергісі төмендейді, бұл қан қысымының төмендеуімен бірге жүреді. Бұған жауап ретінде жүректің шығуы 30-50%-ға артады. Ренин-ангиотензин жүйесін белсендіру айналымдағы ангиотензин II концентрациясының жоғарылауына әкеледі, ол организмде натрий мен судың сақталуына ықпал ете отырып, айналымдағы қан көлемін (БЦК) 40% - ға арттырады және тікелей вазоконстрикторлық әсерге ие.

Екінші триместрдегі қан қысымы әдетте төмендейді (импульстік қысым жоғарылайды), дегенмен жүректің шығуы және ренин мен ангиотензин деңгейі жоғарылайды, өйткені жатыр-плацентарлы айналым кеңейеді (плацентарлы версикальды кеңістік дамиды) және жүйелі васкулярлық төзімділік төмендейді. Төзімділік төмендейді, өйткені қанның тұтқырлығы мен ангиотензинге сезімталдығы төмендейді, мүмкін вазодилататорлы простагландиндер арқылы. Үшінші триместр кезінде қан қысымы қалыпқа келуі мүмкін. Мультипликация жағдайында жүректің шығуы жоғарылауы мүмкін және диастолалық қысым 20-шы аптада жалғыз жүктілікке қарағанда төмен болады⁴⁴.

Жүкті әйелдің позасының қан қысымына әсер. Науқастың сол жағында немесе отырған



жоғары



Төмен



Орташа :

күйінде қысымды өлшеген жөн, оның қысымы жазылған қолы жүрек деңгейінде орналасуы керек, ал манжеттің мөлшері қолдың көлеміне сәйкес келуі керек⁴⁵.

Перифериялық вазодилатация.

Бала жолдасы адренотропикотропты гормонның шығуын ынталандыратын кортикотропин-релизинг гормонын шығарады. АСТН деңгейінің жоғарылауы бүйрек үсті безінің гормондарының, әсіресе альдостерон мен кортизолдың жұмысын ынталандырады және осылайша ісінуге

әкелуі мүмкін.

⁴⁴Physiology of Pregnancy. The MERCK MANUALS online medical library. 2019.

⁴⁵Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. OxfordUniversityPress, 3rdEdition, 2000

Сонымен қатар, жүктіліктің 12 аптасынан кейін бала жолдасы шығаратын прогестерон ағзадағы бұлшықет тінін босаңсытып, тамырлардың варикозды кеіеюіне әкеледі ол жағдай ісінуге әкеледі. Тыныс алу жолдарының айтарлықтай гиперемиясы мен ісінуі жүрек шығарылымының жоғарылауы нәтижесінде пайда болуы мүмкін.

Күтілетін ыңғайсыз жағдайлар және оларды жеңілдету жолдары

Жүктіліктің соңында аяқтың ісінуі және көк тамыр кеіеюі жиі кездеседі; мұның негізгі себебі-жатырдың ұлғаюы арқылы төменгі қуыс венаның қысылуы.



Ісіну. Жүктілік кезінде ісіну кең таралған көрініс болып табылады, бұл қауіп тобын ажыратуға мүмкіндік бермейді, олардың дамуы жүктілік кезіндегі гипертензиялық бұзылулардың белгісі бола алмайды. Сыртқы уақытша пневматикалық қысу және ваннаға шамамен бір сағатқа батыру сияқты аяқтың ісінуін жеңілдету әдістері аяқтың көлемін азайтуы немесе зәр шығаруды арттыруы мүмкін. Ісіну кезінде әйелдің басты алаңдаушылығы-бұл шаралар босатпайтын ыңғайсыздық.

Варикозды тамырлар кеіеюі. Жүктілік кезінде варикозды тамырлар мен ісіну кезінде дәрі-дәрмексіз әдіс қолдануға болады, мысалы, қысу трикотажын кию, аяқтың көтерілуі және аяқ ванналары, көрсетілген құралдардың қол жетімділігі мен жүкті әйелдің қалауына байланысты⁴⁶.

Серпімді шұлықтар жүктілік кезінде варикозды емдеудің стандартты әдісі болып табылады, олар жеңілдік береді, дегенмен бұл үшін рандомизацияланған зерттеулер жүргізілмеген. Екі кішігірім клиникалық зерттеулерде рутозидтер (рутин, аскорутин) варикозды тамырлардың белгілерін, соның ішінде құрысуларды, шаршауды және ісінуді плацебомен салыстырғанда жақсырақ жеңілдететіні дәлелденді. Алайда оларды жүктілік кезінде қолданудың қауіпсіздігі жеткіліксіз дәлелденген. Зерттеулер сонымен қатар варикозды тамырлардағы симптоматикалық терапияның дәрілік және физикалық әдістерінің тиімділігін салыстыру үшін жүргізілуі керек, мысалы, серпімді колготки және жүзу сияқты жаттығулар.

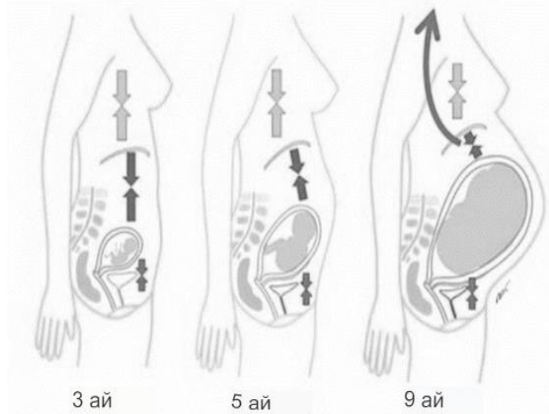
Геморрой. Іш қатудың сәтті алдын-алу немесе емдеу геморройдың ауырлығын төмендетуге көмектеседі. Бұл аурудың алдын алудың немесе емдеудің оңтайлы құралдары жүкті емес науқастар үшін бірдей болып қалады, атап айтқанда: демалу, аяқтары көтерілген дене қалпы, іш қатудың алдын алу және емдеу. Әйелдер босанғаннан кейін геморройдың көрінісі азаятынын түсіндіруі керек.

Ас қорыту жүйесіндегі өзгерістер

Жүктілік дамыған сайын жүкті жатырдың тік ішекке және төменгі тоқ ішекке қысымы іш қатуды тудыруы мүмкін. Асқазан-ішек моторикасы төмендейді, өйткені прогестерон деңгейінің жоғарылауы тегіс бұлшықеттерді босаңсытады. Төменгі эзофагальды сфинктер мен өңештің босаңсуына байланысты асқазанның босатылуы мен гастроэзофагальды рефлюкстің кешігуіне байланысты күйдіргі мен кекіру жиі кездеседі. Тұз қышқылының өндірісі төмендейді; осылайша, асқазан жарасы жүктілік кезінде сирек диагноз қойылады, ал бұрыннан бар жаралар жиі ауыр болмайды.

⁴⁶ Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017

Өт қабының патологиясының жиілігі біршама артады. Жүктілік бауырдың жұмысына, әсіресе өт өтуіне аз әсер етеді.



Бауыр функциясының стандартты зертханалық көрсеткіштері сілтілі фосфатаза деңгейінен басқа қалыпты болып қалады, олар үшінші триместрде біртіндеп жоғарылайды және мерзімінен бұрын қалыптыдан 2-3 есе көп болуы мүмкін; бұл өсу бауыр функциясының бұзылуынан гөрі осы ферменттің плацентарлы өндірісіне байланысты.

Күтілетін ыңғайсыз жағдайлар және оларды қалай жеңілдетуге болады

Күйдіргі. Жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде барлық жүкті әйелдердің шамамен 2/3 бөлігі күйдіргішпен ауырады. Бұл көптеген ауыр жағдайлармен салыстырғанда айтарлықтай ыңғайсыздық пен күйзеліске әкелетін жүктілік кезіндегі шағын бұзылыс деп аталады.

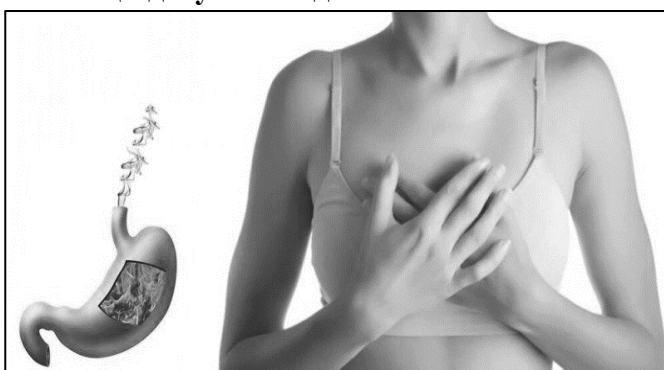
Көбінесе күйдіргі тамақтанумен, дененің қисаюымен немесе ұзақ уақыт жатумен байланысты, бұл оның пайда болуының ең айқын факторы - дененің орналасуы туралы айтады.

Ең алдымен, күйдіргіден зардап шегетін жүкті әйелдерге майлы және ащы тағамдардан бас тартуға кеңес беру керек және денеге бейімділікті азайту үшін тамақтан кейін бірден төсекке жатпау керек.

Егер өмір салтының өзгеруіне қарамастан, айқын белгілер сақталса, антацидтер тағайындалуы мүмкін⁴⁷. Сонымен қатар, әртүрлі антацидтік препараттардың тиімділік дәрежесі жеткілікті зерттелмеген. Циметидин немесе ранитидин сияқты қышқыл супрессорлар және басқалары қазіргі уақытта ауыр тұрақты күйдіргішті немесе кардиоэзофагеальді рефлюксті емдеуде жоғары тиімді агенттер ретінде қарастырылады. Бір шағын зерттеу жүкті әйелдерде ринитидинді қолдануға қатысты жігерлендіретін деректерді жариялады. Барлық H₂-блокаторлар плацента арқылы өтеді, бірақ жануарларға арналған эксперименттерде де, эпидемиологиялық зерттеулерде де адамдарда олардың тератогенділігі тіркелмеген және оларды кейінірек қолданған кезде жүктілік нәтижелерінің немесе жаңа туған нәрестелердің денсаулығының кез келген критерийлері бойынша ешқандай айырмашылықтар анықталған жоқ. Сонымен қатар, H₂ блокаторларының жүктіліктің кеш кезеңінде қолданудағы қауіпсіздігін дәлелдеу үшін қосымша зерттеулер қажет.

Жүрек айнуы, құсу – жүктіліктің ерте кезеңіндегі ең жиі кездесетін, тән және мүмкін ең ауыр белгілер. «Таңертеңгі әлсіздік» деген жалпы атауға қарамастан, көптеген әйелдер күні бойы жүрек айну белгілерін сезінеді. Жүктілік кезіндегі жүрек айнуының даму себебі әлі белгісіз және ұсынылған емдеу әдістерінің әртүрлілігі оның пайда болуының болжамды себептері туралы көптеген теорияларды көрсетеді.

ДДҰ ұсыныстарына сәйкес, жүктіліктің ерте кезеңінде жүрек айнуын азайту үшін зімбір, түймедақ, B6 дәрумені препараттары және/немесе акупунктура көрсетілген құралдардың қол жетімділігіне және жүкті әйелдің қалауына байланысты ұсынылады. Әйелдерге жүрек айнуы мен құсу әдетте жүктіліктің екінші жартысында жойылатыны туралы хабарлау керек.



⁴⁷Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017

Дегидратацияға және электролит алмасуының бұзылуына әкелетін жүрек айнуы мен құсудың ең ауыр түрлері ауруханаға жатқызуды және белсенді емдеуді қажет етеді. Жүктілік кезінде доксиламин немесе метоклопрамид сияқты жүрек айнуы мен құсуды емдеуге арналған дәрі-дәрмектік емес әдістерді қолданғанда және дәрігердің бақылауымен жойылмайтын ауыр белгілер болған кезде қолданылуы керек.

Зімбір. Бірнеше кішігірім зерттеулердің сенімділігі төмен дәлелдері зімбірді қабылдау жүрек айнуы мен құсуды азайтуы мүмкін екенін көрсетеді⁴⁸.

Түймедақ. Бір шағын зерттеуден алынған сенімділік деңгейі төмен дәлелдер түймедақ қабылдау жүрек айнуы мен құсудың баллдық бағасын төмендетуі мүмкін екенін көрсетеді⁴⁹.

В6 дәрумені (пиридоксин) препараттары. Екі зерттеудің орташа сенімділік деңгейі бар дәлелдер (біреуінде В6 дәрумені 3 күн ішінде әр 8 сағат сайын 25 мг, екіншісінде 5 күн ішінде әр 8 сағат сайын 10 мг ішке тағайындалды) В6 витаминінің препараттары жүрек айнуының баллдық балын төмендететінін көрсетеді (388 әйел, зерттеулерде бастапқы баллдан 3-ші күнге дейін өзгерту; МС 0,92-ге үлкен балл өзгерісі, 95% сі 0,4-1,44-ке көп)⁵⁰.

Нүктеге акупрессура Найгуан Р6 (Neiguan), білектің үстінде қолдың ішкі жағында орналасқан. плацебо бақылауы бар екі рандомизацияланған сынақта бағаланды. Екі зерттеу де тұрақты жүрек айнуы мен құсу жағдайларының төмендеуіне айқын әсер етті⁵¹. Акупрессура әдісі-белгілі бір нүктелерді қатты басу, уқалау немесе акупунктура.

Іш қату. Жүкті әйелдер арасындағы іш қату жиілігі тұтынылатын сұйықтық мөлшеріне және олардың физикалық белсенділігіне байланысты. Жүкті әйелдерге темір препараттарын

күнделікті тағайындау жағымсыз жанама әсерлерді тудыруы мүмкін, сонымен қатар асқазан-ішек жолдарының тітіркенуі, жүрек айнуы, ең бастысы іш қату. Бұл жағдайды жеңілдету үшін іш жүргізетін дәрілерге көшпес бұрын диетаны диетаға талшық, пектин (көкөністер, жемістер, жидектер, ірі жарма) енгізіп, тұтынылатын сұйықтық көлемін ұлғайту керек. Іш қатуды емдеу ретінде диетаға бидай кебегін немесе басқа талшық көздерін қосқан жөн.

Бақылаулар негізінде жүргізілген⁵² зерттеулерде іш қатуды физиологиялық тәсілдерді қолдана отырып емдеу (диетаның өзгеруі, тұтынылатын сұйықтық мөлшері, физикалық белсенділіктің жоғарылауы) әйелдердің 1/3 бөлігінде оң нәтижеге әкелді. Кебек

қосылған диетаны қолдану бойынша рандомизацияланған клиникалық зерттеуде бұл ішек моторикасының жоғарылауымен және іш қатудың төмендеуімен біріктірілгені анықталды⁵³.

Іш жүргізетін дәрілердің ішінен, диетаның әсері болмаған кезде, ең алдымен, ішектегі сұйықтық көлемін арттыратын дәрілерді (полисахаридтер мен глюкоза туындылары) қолдану керек. Олар ішекте адсорбцияланбайды және іс жүзінде теріс әсер етпейді.

Тітіркендіргіш іш жүргізетін дәрілер (сенна сияқты) тұрақты іш қату үшін қысқа мерзімге резервтік нұсқа болуы керек.

Тұзды іш жүргізетін дәрілерді (магний, натрий және калий тұздары), сондай-ақ любриканттарды (минералды майларды) жүктілік кезінде қолдануға болмайды, біріншіден, электролит балансының бұзылу қаупіне байланысты, өйткені олар майда еритін дәрумендердің сіңуіне жол бермейді.

Эндокриндік жүйедегі өзгерістер⁵⁴



30-40%

жүкті
әйелдер іш қатудан зардап шегеді

⁴⁸Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017

⁴⁹Там же

⁵⁰Там же

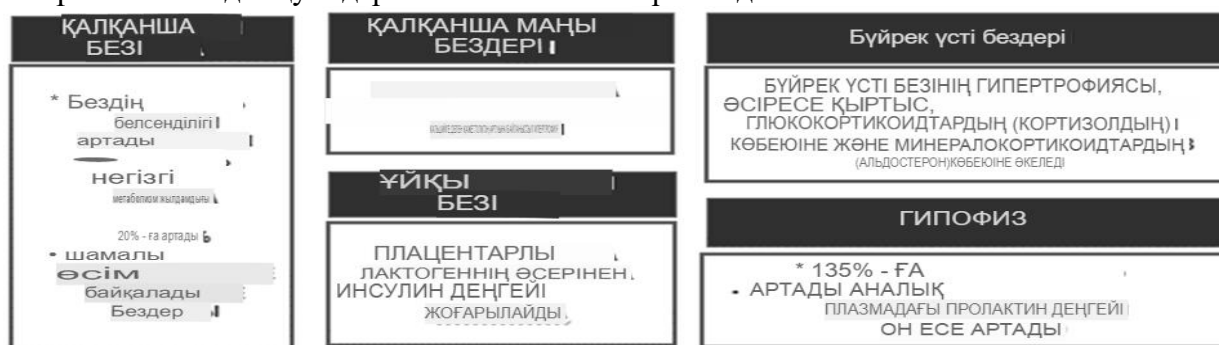
⁵¹Там же

⁵²Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017

⁵³Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017

⁵⁴Physiology of Pregnancy. TheMERCCKMANUALSonline medical library. 2019

Жүктілік барлық дерлік эндокриндік бездердің қызметін өзгертеді, ішінара плацента гормондар түзетіндіктен және ішінара гормондардың көпшілігі ақуыздармен байланысады және жүктілік кезінде ақуыздармен байланыс жоғарылайды.



Плацента адамның хорионикалық гонадотропинінің (бета-hCG) бета суббірлігін шығарады-фолликулды ынталандыратын және лютеинизациялайтын гормондар сияқты сары дененің дамуын қолдайтын және овуляцияның алдын алатын трофикалық гормон. Жүктілік кезінде эстроген мен прогестерон деңгейінің ерте жоғарылауы байқалады, өйткені бета-hCG аналық бездерді үздіксіз синтездеу үшін ынталандырады. Жүктіліктің 9-10 аптасынан кейін плацента жүктілікті сақтау үшін эстроген мен прогестеронның көп мөлшерін өздігінен шығарады.

Плацента қалқанша безді ынталандыратын гормон шығарады (қалқанша безді ынталандыратын гормонға ұқсас), бұл гиперплазияны, артық тамырлануды және орташа өсуді тудырады. Эстрогендер гепатоциттерді ынталандырады, бұл қалқанша безді байланыстыратын глобулин деңгейінің жоғарылауына әкеледі; сондықтан жалпы тироксин деңгейі жоғарылауы мүмкін болса да, қалқанша безінің бос гормондарының деңгейі қалыпты болып қалуы мүмкін. Қалқанша безді ынталандыратын гормонның әсері гипертиреозға ұқсас өзгерістерді тудыруы мүмкін: тахикардия, қалтырау, терлеудің жоғарылауы және эмоционалды тұрақсыздық. Алайда, шынайы гипертиреоз жүктіліктің 0,08% - ы ғана пайда болады. Плацента анада адренотропты гормонның (ACTH) секрециясын ынталандыратын кортикотропинді босататын гормон (CRH) шығарады. Адренотропты гормонның жоғарылауы, өз кезегінде, бүйрек үсті безінің гормондарының, әсіресе альдостерон мен кортизол деңгейінің жоғарылауына әкеледі, бұл ісінудің пайда болуына ықпал етеді.

Кортикостероидтардың көбеюі және плацентаның прогестерон секрециясының жоғарылауы инсулинге төзімділікке және инсулинге деген қажеттіліктің жоғарылауына әкеледі, жүктілік кезіндегі стресс және адамның плацентарлы лактогенінің жоғарылауы мүмкін. Плацента шығаратын Инсулиназа инсулинге деген қажеттілікті арттыруы мүмкін, нәтижесінде гестациялық қант диабетімен ауыратын көптеген әйелдер қант диабетінің ауыр түрлерін дамытады.

Плацента жүктіліктің кеш кезеңінде терінің пигментациясын күшейтетін меланоцит-ынталандырушы гормон (МСГ) шығарады.

Жүктілік кезінде Гипофиз шамамен 135% - ға артады. Ананың пролактин деңгейі он есе артады. Пролактин деңгейінің жоғарылауы эстрогенмен ынталандырылған тиреотропинді босататын гормон өндірісінің жоғарылауымен байланысты. Пролактин деңгейінің жоғарылауының негізгі міндеті-лактацияны индукциялау. Бұл гормонның деңгейі босанғаннан кейін, тіпті емізетін әйелдерде де қалыпты жағдайға оралады.

Тері. Эстроген, прогестерон және мсг деңгейінің жоғарылауы пигментацияның өзгеруіне ықпал етеді, дегенмен нақты патогенез белгісіз. Бұл өзгерістерге мыналар жатады:

- Мелазма (жүкті әйелдердің маскасы) - маңдай мен бет сүйектеріндегі теріде біркелкі емес боялған қоңыр пигментті дақтар;
- Сүт бездерінің, қолтық асты терісінің және сыртқы жыныс мүшелерінің ареолаларының қараюы;

- «Қара сызық» (Linea nigra) – іштің ортасында оның төменгі бөлігінде пайда болатын қара сызық.

Мелазма жүктілік аяқталғаннан кейін бір жыл ішінде регрессияға ұшырайды.

Жұлдызды гемангиомалардың таралуы, әдетте тек белден жоғары және жұқа қабырғалы, кеңейтілген капиллярлар, әсіресе аяқтың төменгі бөлігінде, артады.

Бірнеше кішігірім зерттеулер терінің созылу белгілерін болдырмауға арналған кремдердің (жүкті стрийлер), қартаю дақтарын емдеуге арналған күннен қорғайтын кремдердің тиімділігін бағалауға тырысады. Жоғарыда аталған құралдарды қолданған кезде осы белгілердің барлығын жақсартудың немесе жоюдың сенімді әдісі анықталмаған⁵⁵.

Бұлшықеттердегі өзгерістер

Бел аумағындағы ауырсыну. Әйелдердің шамамен 3/4 бөлігі жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде белдегі ауырсынуды атап өтеді, ал олардың 1/3 бөлігінде белдегі ауырсыну күрделі мәселе болып табылады. Бел аумағындағы ауырсыну көбінесе түнде күшейеді, бұл ұйқының бұзылуына әкеледі, әсіресе жүктіліктің соңғы үш айында. Жүктілік кезіндегі белдегі ауырсынудың ықтимал себептеріне жүкті әйелдің позасының өзгеруі, бел лордозының жоғарылауы, сондай-ақ байлам аппаратының созылуына және тіңдердегі судың көбеюіне ықпал ететін гормоналды өзгерістер жатады. Әйелдерге ауырсыну босанғаннан кейін өздігінен жойылатынын түсіндіру керек, әсіресе жүктілікке дейін болмаса. Егер сіз салмақты көтеруіңіз керек болса, арқаңызды емес, тізеңізді бүгуіңіз керек.

Аяқтың құрысуы. Аяқтың құрысуы барлық жүкті әйелдердің жартысында, әсіресе жүктіліктің кеш кезеңінде байқалады. Ұстамалар түнде пайда болады және апталар мен айларда қайталануы мүмкін, бұл айтарлықтай алаңдаушылық тудырады.

Жүктілік кезінде аяқтың құрысуын азайту үшін магний, кальций препараттары немесе дәрілік емес әдістер көрсетілген құралдардың қол жетімділігіне және жүкті әйелдің қалауына байланысты қолданылуы мүмкін⁵⁶.

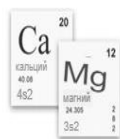


МАССАЖ



3s2
МАССАЖ

Бүгінгі таңда



КАЛЬЦИЙ МЕН
МАГНИЙ ТҰЗДАРЫН
ҚОЛДАНУ
КАЛЬЦИЙ
ҚОСЫМША ЗЕРТТЕУДІ
ҚАЖЕТ ЕТЕДІ

Тыныс алу жүйесіндегі өзгерістер⁵⁷

Өкпенің қызметі ішінара прогестерон деңгейінің жоғарылауына байланысты өзгереді және ішінара жатырдың ұлғаюы тыныс алу кезінде өкпенің кеңеюін

шектейді. Прогестерон миға көмірқышқыл газының (CO₂) деңгейін төмендету туралы сигнал береді. CO₂ деңгейін төмендету үшін тыныс алу және минуттық көлем мен тыныс алу жиілігі жоғарылайды, осылайша плазманың РН жоғарылайды.

Ұрықтың, плацентаның және ананың кейбір мүшелерінің метаболизміне қажеттіліктің артуын қамтамасыз ету үшін оттегін тұтыну шамамен 20% - ға артады. Ингаляция және дем шығару резерві, қалдық көлемі мен сыйымдылығы және плазманың CO₂ парциалды қысымы төмендейді. Өкпенің өмірлік сыйымдылығы мен плазмадағы оттегінің ішінара қысымы өзгермейді. Кеуде шеңбері шамамен 10 см өседі.

Тыныс алу жолдарының айтарлықтай гиперемиясы мен ісінуі дамиды. Кейде симптоматикалық мұрын-фарингалды обструкция және мұрынның бітелуі, эвстахия түтіктерінің өтпелі блогы және дауыстың өзгеруі пайда болады.

Кернеу кезінде жеңіл еңтігу жиі кездеседі және тыныс алу тереңдігі артады.

Несеп-жыныс жүйесіндегі өзгерістер

Бүйрек функциясының өзгеруі жүрек функциясының өзгеруіне параллель жүреді. Гломерулярлық фильтрация жылдамдығы (GFR) 30-50%-ға артып, 16 мен 24 апта аралығында

⁵⁵Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. OxfordUniversityPress, 3rdEdition, 2000

⁵⁶Рекомендации ВОЗ по оказанию дорожной помощи для формирования положительного опыта беременности. ВОЗ, 2017

⁵⁷Physiology of Pregnancy. The MERCK MANUALS online medical library, 2019

шыңына жетеді және бұл деңгейде толыққандылық кезеңіне дейін қалады, ол сәл төмендеуі мүмкін, өйткені жатырдың қуыс Венаға қысымы көбінесе төменгі аяқтардағы веноздық стазды тудырады. Бүйректегі плазма тогы гломерулярлық фильтрацияға пропорционалды түрде артады. Нәтижесінде қандағы мочеви́на азотының (АМК) концентрациясы төмендейді, әдетте <10 мг/дл (<3,6 ммоль мочеви́на/л), ал креатинин деңгейі пропорционалды түрде 0,5–0,7 мг/дл (44–62 мкмоль/л) дейін төмендейді. Несепағардың айқын кеңеюі (гидроуретер) гормондардың (негізінен прогестерон) әсерінен, сондай-ақ жатырдың несепағарға қысымынан туындайды, бұл гидронефрозды да тудыруы мүмкін. Босанғаннан кейінгі кезеңде зәр шығару жүйесінің қалыпты жұмысына оралуы 12 аптаға созылуы мүмкін.

Дене күйінің өзгеруі жүктілік кезіндегі бүйрек қызметінің одан тыс жерлерге қарағанда көбірек әсер етеді; атап айтқанда, артқы позиция бүйрек қызметін көбірек ынталандырады, ал тік позиция, керісінше, оны көбірек төмендетеді. Бүйрек қызметі бүйірлік қалыпта да айтарлықтай артады, әсіресе сол жақта жатып; бұл позиция жүкті жатырдың әйелдің артқы жағындағы үлкен тамырларға тигізетін қысымын әлсіретеді. Бүйрек қызметінің жоғарылауы-ұйықтауға тырысқанда жиі зәр шығаруға деген ұмтылыстың себептерінің бірі.

Прогестеронның әсерінен несеп-ағар ілмектерінің пайда болуы мүмкін, зәр шығару жолдарының инфекциясы дамуы мүмкін. Сонымен қатар, жатырдың ұлғаюы мен ұрықтың қуыққа өсіп келе жатқан қысымына байланысты жүкті әйелдерде жиі зәр шығару байқалады⁵⁸.



Жатырдағы өзгерістер. Ультрадыбыстық зерттеу кезінде жиырылу толқыны (Брекстон-Хикс жиырылуы) жиі тіркеледі, бұл жүктіліктің тоқтатылуына шамадан тыс диагноз қоюы мүмкін.

Несеп-жыныс жүйесіндегі өзгерістер. Жүктілік кезінде қалыпты ұынаптың бөліністері эстрогеннің шамадан тыс мөлшеріне байланысты жоғарылайды, бұл әйелдің шағымдарын тудыруы мүмкін. Патологиялық бөліністі жоққа шығару керек, мысалы, жүктілік кезінде жиі кездесетін кандидоз инфекциясы кезінде, өйткені кейбір әйелдер үшін кандидоз белгілерін қалыпты қынаптың бөліністерінен ажырату қиын болуы мүмкін.

Жүйке жүйесіндегі өзгерістер

Шаршағыштық. Шаршаудың әйелдің күнделікті өміріне жағымсыз әсеріне қарамастан, бұл жағдайдың себептері мен түзетулеріне қатысты ғылыми зерттеулер⁵⁹ өте аз. Шаршау мен жұмыстан босату, шаршау мен жүрек айнуының пайда болуы арасындағы байланыс қызығушылық тудырады.

Шаршау мәселесі бойынша бақыланатын клиникалық зерттеулердің жоқтығын ескере отырып, жүкті әйелге шаршау қалыпты жүктіліктің симптомы екенін, екінші триместрде

⁵⁸Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002

⁵⁹Physiology of Pregnancy. The MERCK MANUALS online medical library. 2019

азаятынын түсіндіру, сондай – ақ тым шаршағандарға кез келген мүмкіндікте демалуға және үйде және жұмыста көмек алуға тырысу ұсынылады.

2 бөлім. ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

Жүктілік кезіндегі психологиялық жағдайға гормоналды және физиологиялық өзгерістер, жеке ерекшеліктер, әлеуметтік-экономикалық мәртебе, отбасылық қатынастар, жеке тәжірибе сияқты әртүрлі факторлар әсер етеді.



Денсаулық сақтау мамандары жүкті әйелдерге өздерінің сезімдері мен сезімдері туралы сөйлесуге шақыру, бұл қалыпты жағдай деп сендіру және оларға қажетті ақпаратты ұсыну арқылы қарама-қайшы эмоционалды жағдайларды жеңуге көмектесе алады. Жүкті әйелдерге алкогольді асыра пайдаланудың ықтимал қаупі туралы ескерту керек. Жүктіліктің алғашқы апталары кейде жүкті әйелдерде депрессия мен мазасыздықтың көрінісі болып табылады, бұл эмоционалды шиеленісті жеңілдету үшін алкогольді тұтынудың әдеттен тыс жоғарылауына әкелуі мүмкін.

Жүктілік кезінде көптеген органдар мен жүйелерде физиологиялық өзгерістер болады. Ерте өзгерістер ішінара ұрықтың, плацентаның және жатырдың метаболикалық талаптарына байланысты және ішінара жүктілік гормондарының, атап айтқанда прогестерон мен эстрогендердің жоғарылауы нәтижесінде пайда болады. Кейінірек өзгерістер жүктіліктің соңында басталады, олар анатомиялық сипатқа ие және жатырдың ұлғаюының механикалық қысымының нәтижесінде пайда болады.

3 бөлім. ҮЙДЕГІ ЖҮКТІЛІК КҮНДЕЛІКТЕРІН ҚОЛДАНУДЫҢ МАҢЫЗДЫЛЫҒЫ МЕН ҚАЖЕТТІЛІГІ

Ананың үйдегі жазбалары-Бұл антенаталды бақылаудың тиімділігін арттырудың қарапайым әдісі, ананың ауруы мен өлімінің төмендеуіне әсер етеді, перинаталдық теріс нәтижелердің алдын алады. Бұл әдіс әлемнің көптеген елдерінде 30 жылдан астам уақыт бойы кеңінен және сәтті қолданылып келеді. Әйелдердің өздері «жүктілік күнделігін» жүргізетін жүйені енгізу клиникалық қауіпсіздік деңгейін арттыруға ықпал етеді. Сонымен қатар, жүктіліктің барысын тіркеудің бұл тәжірибесі әйелдерде жағдайды бақылау сезімін қалыптастыруға ықпал етеді және оның қанағаттану дәрежесін арттырады.

Үйдегі жазбаларды жүргізу жүкті әйелге өзінің денсаулығын анықтауға және одан әрі әрекет ету қадамдарын анықтауға көмектеседі. Әйелдерге және олардың отбасына жүктіліктің

асқынуы пайда болған кезде және шұғыл көмекті қажет ететін жағдайларда ұсыныстарды орындау кезіндегі алдын алу шаралары туралы еске салады.

Әйелге және оның отбасына дабыл белгілері туралы ақпарат беріледі, онда ол дереу емдеу мекемесіне жүгінуі керек. Жүктілік кезінде әйелдерге өзін-өзі бақылауға көбірек мүмкіндік беру адамның табиғи қажеттіліктері мен қажеттіліктеріне сәйкес келуі мүмкін.

ЕСКЕРТУ БЕЛГІЛЕРІ

Егер аталған дабыл белгілерінің кем дегенде біреуі пайда болса, дереу медициналық көмекке жүгіну керек:

- Таңертең шамадан тыс құсу (3-5 реттен көп)
- Жыныс жолдарынан қанды бөліністер;
- Қынаптан мол сұйық бөліну;
- Тұрақты бас ауруы, көздің дақтары немесе жыпылықтауы бар көру қабілетінің бұзылуы;
- Қолдың немесе беттің кенеттен және тез ісінуі;
- Температураның 38°C және одан жоғары көтерілуі;
- Қынапта қатты қышу және жану сезімі немесе қынаптық бөліністің жоғарылауы;
- Зәр шығару кезінде жану және ауырсыну;
- Жатып, босаңсыған кезде де іштің қатты, басылмайтын ауыруы;
- Бір сағат ішінде 4-5-тен астам толғақ;
- Егер сіз құлаған кездеішіңізді көгертсеңіз, жол апаты болса немесе біреу сізді ұрса;
- Жүктіліктің алты айынан кейін-егер сіздің балаңыз 12 сағат ішінде 10-нан аз қимыл жасаса.

Екі кішігірім, рандомизацияланған бақыланатын сынақтар өздерінің жүктілік тарихын жазуға рұқсат етілген жүкті әйелдердің мінез-құлқын бағалайды. Қолданыстағы тәжірибедегі бұл қарапайым өзгеріс жүктілік нәтижелеріне теріс әсер етпеді және жүктілік кезінде жауапкершілік сезімін арттырды⁶⁰.

Үйдегі жазбалар әйелдер мен олардың отбасыларына жүктіліктің асқынуы, емдеу мекемесіне уақтылы жүгіну кезіндегі алдын алу шаралары туралы еске салуы керек. Жүкті әйел мен оның отбасы бұл шаралардың нәтижесінен маңызды екенін және егер олар қабылданбаса не болуы мүмкін екенін түсінуі керек.

Кесте 1. Жалпы ыңғайсыз жағдайларды алдын алудың немесе жеңілдетудің кейбір әдістері

Типтік белгілер	Әйелдерге кеңес	Жағдайды жеңілдету үшін мүмкіндіктер қосымша
Жүрек айнуы және құсу	1. Таңертең ерте бірнеше құрғақ крекер немесе бір тілім нан алыңыз. 2. Ащы және майлы тағамдардан аулақ болыңыз. 3. Жиі және аз мөлшерде тамақтаныңыз. 4. Әйелге жүрек айнуы мен құсудың көп жағдайда жүктіліктің алғашқы үш айынан кейін өздігінен тоқтайтынын хабарлаңыз	Тағайындау ұсынылады: зімбір, түймедақ инфузиясы, B6 дәрумені және/немесе акупунктура, олардың болуына және жүкті әйелдің жеке қалауына байланысты

⁶⁰Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

Қыжыл	1. Жиі және аз мөлшерде тамақтаныңыз. 2. Ащы және майлы тағамдардан аулақ болыңыз. 3. Құрамында кофеин бар кофе мен газдалған сусындардан аулақ болыңыз. 4. Тамақтанғаннан кейін жатпаңыз немесе еңкеймеңіз. 5. Ұйқы кезінде сіздің басыңыз жоғары жастықта болуы керек. 6. Қыжыл кезінде сүт немесе айран ішіңіз немесе йогурт ішіңіз	Өмір салты мен диетаның өзгеруіне қарамастан, қыжыл мазалайтын әйелдерге антацидтік препараттар ұсынылады.
Іш қату	1. Күніне кем дегенде 8 стакан су мен басқа сұйықтықтарды ішіңіз. 2. Жасыл көкөністер мен кебек ботқалары сияқты диеталық талшыққа бай тағамдарды тұтыныңыз	Егер диетаның өзгеруіне қарамастан іш қату сақталса, оларды жеңілдету үшін бидай кебегі немесе құрамында өсімдік талшықтары бар басқа қоспалар, жүкті әйелдің жеке қалауына байланысты тағайындалуы мүмкін.
Геморрой	Дөрекі, талшықты тағамның көлемін ұлғайту	Антигеморроидальды кремдер
Аяқтың ісінуі	1. Күніне бірнеше рет аяғыңызды көтеріңіз. 2. Бүйіріңізде ұйықтаңыз.	
тамырлардың варикозды кеңеюі	Әйелдерге бұл зиян келтірмейтін жалпы симптом екенін хабарлаңыз.	Компрессиялық шұлықтар кию, аяқты көтеру және суға батыру, қолда бар мүмкіндіктерге және жүкті әйелдің жеке қалауына байланысты компрессиялық серпімді шұлықтар аяқтың ісінуін азайтуы мүмкін, бірақ варикозды тамырлардың алдын алмайды
Бел аумағындағы ауырсыну	1. Өкшесі жоқ аяқ киім киіңіз. 2. Аыр салмақ көтеруден аулақ болыңыз. 3. Егер сіз ауыр салмақты көтеруіңіз керек болса, арқаңызды емес, тізеңізді бүгіңіз	Жаттығу, физиотерапия, ортопедиялық жолақ және акупунктура

Әдебиет

1. Жүктіліктің оң тәжірибесін қалыптастыру үшін ДДҰ-ның пренаталды көмек көрсету жөніндегі ұсынымдары, 2017
2. MSP анықтамалығы кәсіби нұсқасы, Raul Artal-Mittelmark , MD, Saint Louis University School of Medicine. Сілтеме: <https://www.msdmanuals.com/ru>
3. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

Тақырып 4. Жүктілік және босану кезіндегі ұрықтың жағдайын бағалау. Гравидограмма



Жүктілік кезіндегі ұрықтың жағдайын бағалау. Гравидограмма

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Пренаталды күтімнің мақсаты-ұрықтың жағдайын бағалау-әйелдерге қолайсыз жағдайларды анықтау және түзету арқылы дені сау болуға көмектесу, осылайша ұрықтың денсаулығына ықпал ету.

Әдетте, акушер-гинекологтар мен акушерлер әртүрлі жіктеулерді қолдана отырып, ұрықтың патологиялық жағдайын «ұрықтың дистресс синдромы», «ұрықтың оттегі ашығуы/перинаталдық аноксия/гипоксия», «жатырышілік дамудың кешігуі», «ұрықтың зақымдануы», «ұрықтың ацидемиясы», «фето-плацентарлы» терминдерімен белгілейді жеткіліксіздік «және т.б., мұндай» күйлерді» неонаталдық нәтижелермен қатаң байланыстырады.

«Фето-плацентарлы жеткіліксіздік» және «ұрықтың гипоксиясы» терминдері диагнозсыз патофизиологиялық және метаболикалық процестерді білдіретінін және олар негізсіз ауруханаға жатқызу мен емдеудің негізгі себептерінің бірі екенін түсінуге қол жеткізу маңызды.

Ана мен ұрықтың денсаулығын бақылайтын әрбір медицина қызметкері асқыну пайда болған кезде бірнеше сұрақтарға жауап беруге тырысуы керек.

- Ұрық сау ма?
- Ұрық қоршаған ортаға шыдай ала ма және ол өзін жақсы сезінеді ме?
- Ұрықтың анасының құрсағында қалуы қауіпсіз бе?
- Оның туылуы ұрық үшін қауіпсіз бе?

Осы сұрақтарға жауап беру үшін клиникалық тәжірибеде белгілі бір сынақтар мен технологиялар қолданылады.

1 бөлім. ҰРЫҚТЫҢ ӨСУІ МЕН ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ ҮШІН ПРЕНАТАЛДЫ БАҚЫЛАУ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН СЫНАҚТАР⁶¹

1тест. Ұрықтың келіп тұрған бөлігін анықтау үшін іштің пальпациясы

	Қалай анықталады?	ішті пальпациялау арқылы
	Қай аптада анықталады?	36-шы аптада немесе одан кейін, ұрықтың келіп тұрған бөлігі

⁶¹Antenatal care NICE guideline [NG201] Published: 19 August 2021. Ссылка: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>

		босануды жоспарлауға әсер етуі мүмкін кезде, анықтау керек
	Қашан жоспарлы түрде анықталады?	ұрықтың келіп тұрған бөлігі жоспарлы түрде анықтау- әрдайым дәл болмауына және ыңғайсыздық тудыруы мүмкіндігіне байланысты жүктіліктің 36 -аптасына дейін ұсынуға болмайды
	Немен дәлелденеді?	Ұрықтың келіп тұрған бөлігін анықтау кезінде күмән болған жағдайда ультрадыбыстық зерттеу арқылы расталуы керек

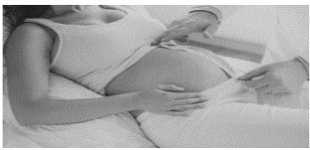
Ұсыныстар⁶²:

– ішті пальпациялау арқылы ұрықтың келіп тұрған бөлігін 36-шы аптада немесе одан кейін, ұрықтың келіп тұрған бөлігі босануды жоспарлауға әсер етуі мүмкін кезде, анықтау керек.

- ұрықтың келіп тұрған бөлігі жоспарлы түрде анықтау- әрдайым дәл болмауына және ыңғайсыздық тудыруы мүмкіндігіне байланысты жүктіліктің **36-аптасына дейін ұсынуға болмайды.**

- Ұрықтың келіп тұрған бөлігін анықтау кезінде күмән болған жағдайда **ультрадыбыстық зерттеу арқылы расталуы керек.**

2 тест. Ұрықтың өсуін анықтау үшін іштің пальпациясы

	Қалай анықталады?	Жатыр түбінің биіктігін сантиметрлік лентамен өлшеу және оның динамикасын гравидограммаға тіркеу
	Қандай артықшылығы бар?	босанғанға дейінгі бақылаудың қарапайым, арзан және қолайлы әдісі
	Қашан анықталады?	жүктіліктің 20-шы аптасынан бастап

Жатыр түбінің биіктігін сантиметрлік лентамен өлшеу және оның динамикасын гравидограммаға тіркеу-босанғанға дейінгі бақылаудың қарапайым, арзан және қолайлы әдісі⁶³.

3тест. Ұрықтың белсенділігін бағалау-қимыл санын санау

Ұсыныс⁶⁴

Ұрықтың қозғалыс санын жоспарлы ресми санауды ұсынбау керек.

Қалыпты бір ұрықты жүктілік кезінде ұрықтың кеш өлуінің айқын себебі жиі болмайды. Көптеген өлім жағдайларын болжау мүмкін емес. Олар жүктілігі басқа асқынуларсыз болған сау әйелдерде кездеседі.

Ананың ұрықтың қозғалысының азаюы ұзақ уақыт бойы ұрықтың қауіптілікке ұшырауын анықтау және өлімнің алдын алу үшін араласу мақсатында пренаталды бақылау процесінде ескерілді. Баланың жағдайын тексеру үшін оның құрсағындағы қозғалыстарын санау туралы дәлелдер жеткіліксіз⁶⁵. Ұрықтың қауіпті жағдайларының төмен жиілігін және осы тесттің 90-

⁶²Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание,

⁶³Там же

⁶⁴Antenatal care NICE guideline [NG201] Published: 19 August

2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201> Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁶⁵Mangesi L, Hofmeyr G, Smith V, Smyth RMD. Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD004909. DOI: 10.1002/14651858.CD004909.pub3

95% ерекшелігін ескере отырып, ананың ұрықтың қауіпті жағдайына қатысты қозғалыс санының төмендеуінің оң болжамдық мәні төмен, 2-7%⁶⁶. Ұрықтың антенаталды өлімінің жиілігін төмендету үшін «онға дейін санау» әдісінің мүмкіндіктерін бағалайтын бір рандомизацияланған клиникалық сынақ табылды⁶⁷. Осы әдіске сәйкес графикте күн сайын 10 қозғалысты сезіну үшін қажетті уақыт аралығы жазылады. Бұл кластерлік РКЗ үшін 68000 әйел ұрықтың қозғалыс санын жоспарлы түрде ресми санау үшін немесе стандартты бақылау үшін рандомизацияланды. Зерттеу тобында перинаталдық өлім-жітімнің төмендеуі байқалмады және түсініксіз өлімнің бір жағдайын болдырмау үшін бұл әдісті 1250 әйелде қолдану қажет болады.

Ұрықтың қозғалысы азайған кезде әйелдерге ұрықтың жағдайын одан әрі бағалау үшін акушерлерге немесе босандыру ұйымына хабарласуға кеңес беру керек. Дәлелдер ұрықтың қозғалыс санын ресми санаудың орындылығын қолдамайды.

4 тест. Ұрықтың жүрек соғуының аускультациясы

Ұсыныс⁶⁸

Ұрықтың жүрек соғуының аускультациясы ұрықтың тірі екенін растауы мүмкін, бірақ оның белгілі бір болжамды құндылығы болмағандықтан **күнделікті тыңдау ұсынылмайды**. Алайда, егер анасы сұраса, ұрықтың жүрегінің аускультациясы оны тыныштандыруы мүмкін

Ұрықтың жүрек аускультациясы жүкті әйелді зерттеудің құрамдас бөлігі болып табылады және стандартты антенаталды зерттеудің ажырамас бөлігін құрайды. Ұрықтың жүрегін тыңдау ұрықтың тірі екенін растайтынына қарамастан, оның басқа клиникалық немесе болжамды мәні жоқ сияқты. Себебі аускультация кезінде ұрықтың жүрек соғуының баяулауы немесе жүрек ырғағының өзгергіштігі сияқты нюанстарын есту ықтималдығы аз. Дәрігерлер мен акушерлер арасында ұрықтың жүрек соғу жиілігін аускультациялау жүкті әйелге қуаныш беруге бағытталған, сондықтан пайдалы деген түсінік бар. Алайда, бұл жарияланған дәлелдерге негізделмеген және дұрыс емес болжам болуы мүмкін. Босану кезіндегі ұрықтың электронды мониторингімен салыстырғанда әйелдердің аускультацияға қатынасын зерттеу⁶⁹ көптеген әйелдердің аускультация кезінде іштің қысымын ыңғайсыз деп санайтынын анықтады, сондықтан олардың оң болуы мүмкін, медицина мамандарының пікірінше, антенаталды аускультацияға деген көзқарасты негізді деп санауға болмайды.

3-қосымша

ҚАЛАЙ АНЫҚТАЛАДЫ?	ҰРЫҚТЫҢ БЕЛСЕНДІЛІГІН БАҒАЛАУ	ҰРЫҚТЫҢ СОҒУЫНЫҢ АУСКУЛЬТАЦИЯСЫ	ЖҮРЕК
	Ұрықтың қозғалыс санын санау	Стетоскоптың көмегімен	
ҚАШАН ӨТКІЗІЛЕДІ?	Жоспарлы ресми санауды ұсынбау керек	Ұрықтың жүрек соғуының аускультациясы ұрықтың тірі екенін растауы мүмкін, бірақ оның белгілі бір болжамды құндылығы болмағандықтан күнделікті тыңдау ұсынылмайды . Егер анасы сұраса, ұрықтың жүрегінің аускультациясы оны тыныштандыруы мүмкін	

5тест. Бірінші триместрдегі ультрадыбыстық зерттеу

Ұсыныс⁷⁰

⁶⁶Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. 2-ое издание, 2015

⁶⁷Grant A., Elbourne D, Valentin L, Alexander S. Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet. 1989 Aug 12;2(8659):345-9. doi: 10.1016/s0140-6736(89)90535-7. PMID: 2569550

⁶⁸Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁶⁹Там же

⁷⁰Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

- Жүктіліктің ерте кезеңдеріндегі ультрадыбыстық зерттеу (24 аптаға дейін) тиімді:

- жүктілік мерзімін бағалау;

- көп ұрықты жүктілікті ерте анықтау;

- жүктілікті ұзу мүмкін болатын мерзімде клиникалық болжамы нашар ұрықтың даму ақауларын ерте анықтау.

Кейінгі уақыттағы ультрадыбыстық зерттеу ерте ультрадыбыстық зерттеуге қарағанда қосымша артықшылықтарға ие емес, сонымен қатар ерте ультрадыбыстық зерттеудің жоқтығын өтей алмайды. Сондықтан жүктіліктің 24-ші аптасынан кейінгі ультрадыбыстық зерттеу (кеш ультрадыбыстық зерттеу) ерте ультрадыбыстық зерттеу жүргізілмеген жүкті әйелдерге ұсынылмайды⁷¹.

Алайда, мүдделі тараптар ұрықтың санын, ұрықтың келіп тұрған бөлігін және плацентаның орналасуын анықтау мақсатында ультрадыбыстық зерттеуді ерте жүргізбеген жүкті әйелдерге кеш ультрадыбыстық зерттеудің орындылығын қарастыруы керек.

бтест. Кардиотокография (4-Қосымша)

Ұсыныс⁷²



Ультрадыбысты зерттеу

Нақты деректер асқынбаған жүктілігі бар әйелдердегі ұрықтың жағдайын бағалау үшін ұрықтың жүрек соғу жиілігін және олардың антенаталды кезеңдегі өзгерістерін (кардиотокография) тіркеудің жоспарлы тәжірибесін қолдамайды, сондықтан оны **қолдануға болмайды**.

Қалыпты жүктілік кезінде ұрықтың жағдайын жоспарлы бағалау кезінде антенаталды кардиотокографияның орындылығы туралы ешқандай дәлел жоқ. Асқынбаған жүктілігі бар сау әйелдерді қамтитын рандомизацияланған клиникалық сынақтар табылған жоқ.

Осылайша, антенаталды күтім кезінде қолданылатын сынақтарды екі топқа бөлуге болады - биометриялық және биофизикалық.

Биометриялық сынақтар бірнеше рет өлшенген жағдайда ұрықтың мөлшерін болжауға арналған.

Биофизикалық сынақтар бірнеше рет өлшенген жағдайда ұрықтың жағдайын болжауға арналған.

«Ұрықтың күйзелісі» және «босану кезіндегі ұрықтың гипоксиясы»⁷³

Бұл терминдер нақты да, дәл де емес және оларға тән:

- жоғары тәуекел топтарында да төмен оң болжамдық мән;

- көп жағдайда нәрестелер сау болады;

— бұл терминдерді қолдану **дұрыс емес әрекеттерге** әкелуі мүмкін.

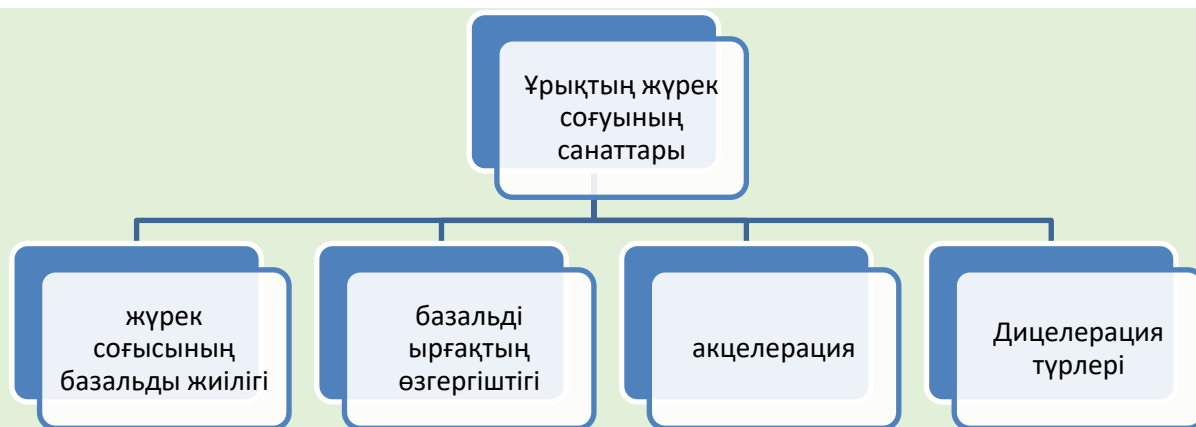
«Ұрықтың күйзелісі» терминін «ұрықтың қанағаттанарлықсыз жағдайы» ұғымымен алмастыру, содан кейін алынған мәліметтерді сипаттау (мысалы: қайталанатын өзгермелі децелерация, ұрықтың тахикардиясы немесе брадикардия, кеш децелерация немесе төмен биофизикалық профиль) әйелдер мен әйелдерді бақылайтын клиникалар арасындағы өзара түсінушілікті жеңілдетеді. жаңа туған нәрестелер үшін әйелдерді бақылайтындар.

4- қосымша

⁷¹ Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, ВОЗ, 2017

⁷² Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁷³ Там же



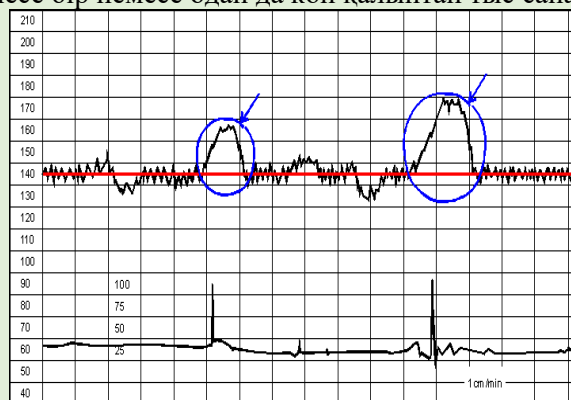
Кардиотокография түрлері

Көрсеткіштер	Қалыпты КТГ	Қауіпті КТГ	Патологиялық КТГ
Базальды ырғақ соққы/мин	110-160	100-109, 161-180	100 ден аз, 180-ден жоғары
Базальді ырғақтың өзгергіштігі, соққы/мин	6-25	25-тен астам	Амплитудасы 5 тен аз немесе өзгергіштік жоқ
30-40 минут ішінде акцелерация	Спорадикалық	1-2 немесе сақталатын өзгергіштіктің болмауы	Монотонды тіркеу кезінде төмен ырғақты немесе сиусоидты ырғақтың болмауы
Децелерация	Жоқ немесе терең емес, өзгермелі, ерте	Терең, ұзартылған, өзгермелі (3 мин дейін) немесе 1-2 кеш бірлік	Кеш қолайсыз өзгермелі (1 минутта 70 соққыдан астам және ұзақтығы 60 сек.тан көп жалғасқан)
Әрекет	Босанғанға дейін динамикалық бақылау	КТГ күнделікті динамикалық бақылау	Жалпы жағдайды бағалау, қосымша тексеру кейбір жағдайларда босандыру.

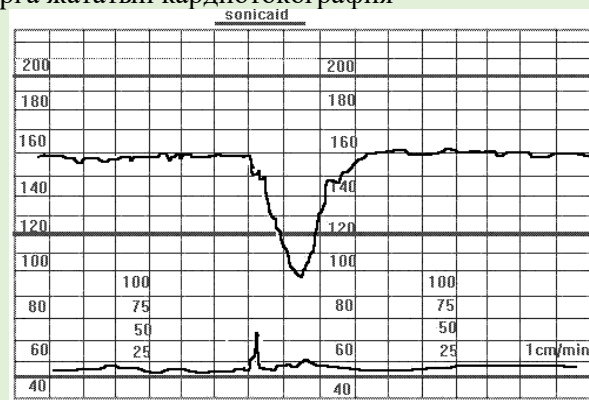
Қалыпты кардиотокография - онда барлық 4 параметр қанағаттанарлық

Қауіпті кардиотокография - оның параметрлерінің бір бөлігі күмәнді санаттардың біріне жатады, ал қалғандары қанағаттанарлық

Патологиялық кардиотокография - параметрлері екі немесе одан да көп күмәнді санаттарға немесе бір немесе одан да көп қалыптан тыс санаттарға жататын кардиотокография



Реактивті стресстік емес тест. Ұрықтың қозғалысына жауап ретінде екі акцелерация.



Монотонды ритм және қозғалысқа жауап ретінде терең ұзартылған (2 минуттан астам) децелерация ұрықтың ауыр күйзелісін көрсетеді

«Күдікті» және «патологиялық» кардиотокография кезіндегі іс-әрекет

«Күдікті» кардиотокографияда

Бақылауды жалғастырыңыз және ұрықтың жүрек соғу жиілігі мен жиырылуын тіркеудің тиісті сапасын қамтамасыз етіңіз

Егер кардиотокография "күдікті" болып қалса:

* күмәнді немесе қалыптыдан тыс параметрлерді бақылауды жалғастырыңыз;

* әрқашан клиникалық жағдайға байланысты қарастырыңыз;

* қажет болған жағдайда ғана босануды тездетіңіз

«Патологиялық» кардиотокографияда

Жатырішілік реанимация техникасы:

✓ **Ананың жағдайын өзгерту;**

✓ **Жатырдың белсенділігінің төмендеуін азайту (окситоцин, токолиз енгізуді тоқтату)**

✓ **Сұйықтықты көктамыр ішіне енгізу болжосы**

✓ **Оттегін енгізу**

✓ **Ананың гипотензиясын түзету**

✓ **Амниоинфузия**

✓ **Босанудың екінші кезеңіндегі әрекеттерді түзету**

✓ **Ұрықтың қан анализі (мүмкіндігінше) немесе жақсару болмаған кезде босануды жеделдету**

2 бөлім. «ГЕСТАЦИЯЛЫҚ ЖАС ҮШІН КІШІ ҰРЫҚ» ҰҒЫМЫНЫҢ АНЫҚТАМАСЫ ЖӘНЕ ҰРЫҚТЫҢ ӨСУІНІҢ ТЕЖЕЛУІ

Терминология:

Ұрықтың гестациялық мерзіміне сай емес кіші ұрық -бұл әлеуетті өсуге қол жеткізе алмаған ұрықтың гетерогенді тобы (ұрықтың өсуінің тежелуі) және конституциялық жағынан кіші ұрық.

Салмағы аз ұрық-екі патологиялық және бір қалыпты жағдайды біріктіреді.

Қалыпты жағдай: ұрықтың гестациялық жасына байланысты кіші ұрық-бұл белгілі бір гестациялық жасқа дейін антропометриялық көрсеткіштердің немесе дене салмағының белгілі бір шегіне жетпеген ұрық (бала сау, бірақ конституция бойынша кішкентай).

Патологиялық жағдайлар:

1) мерзімінен бұрын босану;

2) ұрықтың өсуінің тежелуі.

Ұрық өсуінің тежелуіне күдік туындаған кезде жүктілікті бағалау және басқару

Ұрық өсуінің тежелуі-бұл патологиялық жағдай, ол жүктілік мерзіміндегі кіші ұрықтың кіші тобы болып табылады (30-50%), онда ұрық белгілі бір жүктілік жасына қарай антропометриялық немесе болжамды дене салмағына жетпейді⁷⁴. Ұрықтың өсуі тежелген нәрестелер бойлары гестациялық жасқа сәйкес келетіндерге қарағанда аурушандық пен өлімге көбірек ұшырайды. Ұрықтың өсуі тежелуімен жаңа туған нәрестелерде респираторлық дистресс синдромынан өлу немесе азап шегу ықтималдығы жоғары, нәтижесінде қарыншаішілік қан кетулер мен некротикалық энтероколит⁷⁵ дамиды.

Ұрықтың өсуінің тежелуінің этиологиясы:

-Анасының аурулары:

- прегестациялық қант диабеті;

- бүйрек жеткіліксіздігі;

- атоимунды ауру (мысалы: жүйелі қызыл жегі);

- цианотикалық жүрек ауруы;

- жүктілік кезіндегі гипертензиялық бұзылулар (мысалы: созылмалы гипертензия, гестациялық гипертензия және преэклампсия)

- антифосфолипидті синдром

⁷⁴Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁷⁵Там же

- Зиянды заттарды қолдану және тәуелділік (мысалы: темекі, алкоголь, кокаин немесе есірткі)
- Көп жүктілік
- Тератогендік әсері бар дәрілік терапия (мысалы: цилофосфамид, вальпрой қышқылы немесе антитромботикалық препараттар);
- Жұқпалы аурулар (мысалы: безгек, цитомегаловирустық инфекция, қызамық, токсоплазмоз немесе мерез)
- Генетикалық немесе құрылымдық бұзылулар (мысалы: трисомия 13, трисомия 18, туа біткен жүрек ауруы немесе гастрошизис)
- Плацентарлы бұзылулар және кіндік аномалиялары.

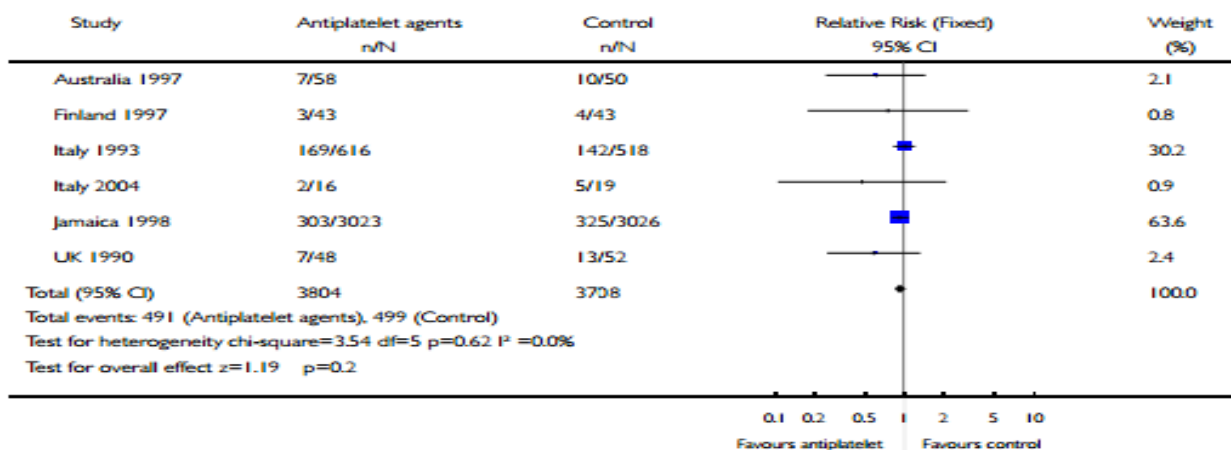
3 бөлім. ҰРЫҚТЫҢ ӨСУІНІҢ ТЕЖЕЛУІН БОЛДЫРМАУ ҮШІН ТИІМДІ АРАЛАСУЛАР

Ұрықтың дамуын кешіктірудің алдын алу үшін тиімді араласулар:

- жүкті әйелдердің темекі шегуін тоқтату;
- дұрыс тамақтанбау кезіндегі тағамдық қоспалар; әйелдер
- безгекті емдеу;
- ауру тарихында преэклампсия бар әйелдерге арналған аспирин

Егер көрсеткіштер болса, **аспиринді жүктіліктің ерте кезеңінде қабылдау керек.** Преэклампсия қаупі бар әйелдер үшін аспиринді қабылдауды бастау уақытын таңдау өте маңызды деп болжануда, Соңғы екі жүйелі шолуда жүктіліктің 16-шы аптасынан бастап немесе одан ертерек аспиринді қолданған кезде ұрықтың гестациялық мерзімінен кіші ұрықтың дамуы азайған⁷⁶.

3-сурет-преэклампсия қаупі бар әйелдерге арналған аспиринді қабылдау уақыты бойынша жүйелі шолулардың нәтижелері



Ұрықтың дамуының пренаталды тежелуін БОЛДЫРМАУ ҮШІН ұсынылмайтын араласулар

Прогестерон және кальций қабылдау арқылы гестациялық мерзіміне кіші ұрықтың туылуының алдын алуы туралы нақты деректер жоқ. Бұл араласуларды осы көрсеткіштер бойынша қолдануға болмайды.

Жүктілік кезінде стационарлық немесе амбулаториялық/үйдегі төсек демалысы және диетаны өзгерту арқылы ұрықтың дамуының кешеуілдеуі немесе жасына байланысты кіші ұрық болуының алдын-алуға болатыны туралы нақты дәлелдер жоқ.

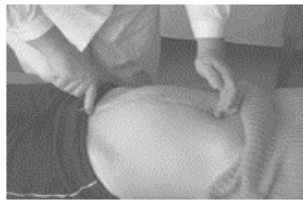
⁷⁶Bujold E, Morency AM, Roberge S, Lacasse Y, Forest JC, Giguere Y. Acetylsalicylic acid for the prevention of preeclampsia and intrauterine growth restriction in women with abnormal uterine artery Doppler: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynecol Can 2009; 31:818–26. The investigation and management of the small for gestational age fetus. Green Top Guideline # 31 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2013

Прогестерон мен кальций презклампсияның және оның жоғары және төмен қауіпті популяциялардағы асқынуларының алдын алу үшін қолданылған. Бұл тұрғыда прогестерон (4 зерттеу, 1445 әйел) немесе кальций (4 зерттеу, 13615 әйел) ұрықтың гестациялық мерзім үшін кіші ұрықтың туу жағдайларын азайтудың тиімді құралы екендігі туралы ешқандай дәлел жоқ⁷⁷.

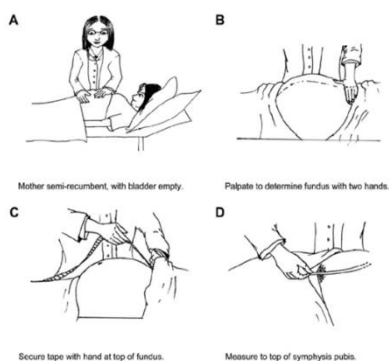
Ұрықтың өсуінің тежелуіне жол бермеу үшін тағамдық қоспалар мен диетаны қолданудың көптеген стратегиялары зерттелді, бірақ олардың ешқайсысы тиімді болмады. Олардың ішінде жеке тамақтану бойынша кеңес беруге болады; яғни балықты, майсыз ет сорттарын, дәнді дақылдарды, жемістер мен көкөністерді тұтынуды арттыру; тұз мөлшері төмен диетаны ұстану; құрамында темір, мырыш, кальций, ақуыз, магний және D дәрумені бар қоспалар мен жемістер қолдану тиімді емес және ұсынылмайды⁷⁸.

Ұрықтың өсуінің тежелуін анықтау үшін антенаталды клиникада қолданылатын жалпы сынақтар

- Іштің пальпациясы;
- Жатыр түбінің биіктігін өлшеу;
- Ультрадыбыстық биометрия;
- Ұрықтың өсуінің тежелуін диагностикалауға арналған биофизикалық сынақтар

	Іштің пальпациясы	Жатыр түбінің биіктігін өлшеу	
	Ультрадыбыстық биометрия	Ұрық дамуының тежелуін диагностикалауға арналған биохимиялық сынақтар	

Іштің пальпациясы ұрықтың гестациялық жасына арналған кіші ұрықты болжау үшін шектеулі дәлдікке ие, сондықтан бұл тұрғыда жоспарлы түрде жасалмауы керек⁷⁹.



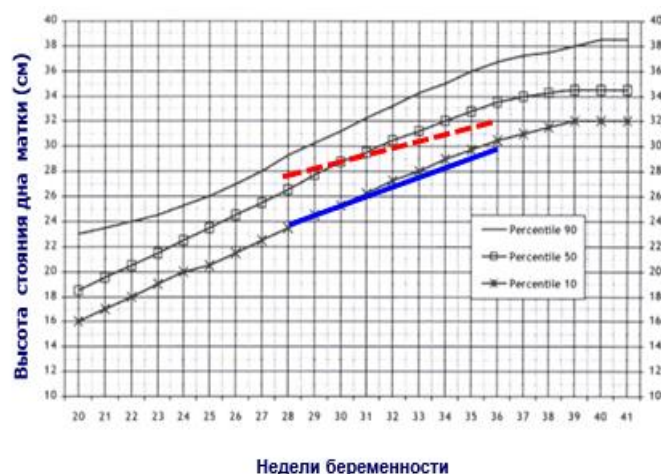
Жатыр түбінің биіктігін өлшеу ұрықтың гестациялық жасына арналған ұрық мөлшерін болжау үшін шектеулі диагностикалық дәлдікке ие. Популяция көрсеткіштеріне негізделген жатыр түбінің биіктік диаграммасын қолдану ұрықтың гестациялық мерзім үшін кіші ұрық болжау дәлдігін жақсартады. Сериялық өлшеу (жатыр түбінің биіктігін өлшеу графигі - гравидограмма) осы әдістің сезімталдығы мен ерекшелігін арттырады.

⁷⁷American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 134: fetal growth restriction. Obstet Gynecol. 2013 May; 121(5):1122-33.

⁷⁸Тамже

⁷⁹The investigation and management of the small for gestational age fetMГBus. Green Top Guideline # 31 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2013

Ұрықтың мөлшерін сериялық өлшеу кезінде ұрықтың салмағының реттелген анықтамалық мәндерін қолдану қалыпты перинаталдық нәтижені болжауды жақсарты алады. Салмағы, бойы, ұлты, паритеті және т.б. бойынша реттелген диаграммалар сезімталдықты 49% дейін жақсартады⁸⁰. Бұл екі өлшем жиынтығы, олар диаграммада ұсынылған кезде, ұрықтың өсуінің тежелуі мен жүктілік мерзіміндегі кіші ұрық арасындағы айырмашылықты көруге болады. **Өсу динамикасының көрсеткіштері (тенденция) жатыр түбінің биіктігінің абсолютті мәндеріне қарағанда маңыздырақ⁸¹.**



Жатыр түбінің биіктігін өлшеу ұрықтың гестациялық жасына арналған кіші мөлшерін болжау үшін шектеулі диагностикалық дәлдікке ие. Алайда, жүктіліктің 24-ші аптасынан бастап антенаталды кезеңде дәрігерге барған сайын жатырдың түбінің биіктігін мезгіл-мезгіл өлшеу ұсынылады, өйткені бұл жүктілік мерзіміне арналған кіші ұрық болжамын жақсартады.

Популяция көрсеткіштеріне негізделген жатыр түбінің биіктік диаграммасын қолдану ұрықтың гестациялық мерзімінінен кіші екеніне болжау дәлдігін жақсартады. Сериялық өлшеу (жатыр түбінің биіктігін өлшеу кестесі) осы әдістің сезімталдығы мен ерекшелігін арттырады. Ұрықтың мөлшерін сериялық өлшеу кезінде ұрықтың салмағының реттелген анықтамалық мәндерін қолдану қалыпты перинаталдық нәтижені болжауды жақсарты алады. Салмағы, бойы, ұлты, паритеті және т.б. бойынша реттелген диаграммалар сезімталдықты 49% дейін жақсартады⁸².

5- Қосымша

Жүктіліктің 24-ші аптасынан бастап антенаталды кезеңде дәрігерге барған сайын жатырдың түбінің биіктігін мезгіл-мезгіл өлшеу ұсынылады, өйткені бұл ұрықтың гестациялық мерзімінінен кіші екеніне болжау дәлдігін жақсартады

В

Жатыр түбінің биіктік көрсеткіштері популяция көрсеткіштеріне негізделгеннен гөрі жеке диаграммаға енгізілуі керек, өйткені бұл ұрықтың гестациялық мерзімінінен кіші екеніне болжау дәлдігін жақсартады

✓

Жатыр түбінің биіктігін бір рет өлшегенде диаграммадағы көрсеткіші 10 центильден төмен немесе центильдерді кесіп өткен кездегі мәндері ұрықтың өсуінің тежелуін немесе тоқтауын көрсететін өлшемдер сериясы бар жүкті әйелдерде ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуден өтуі керек

✓

Жатыр түбінің биіктігін өлшеу дәл емес әйелдер (мысалы: жатыр түбінің биіктігі 35-тен жоғары, үлкен миома, полигидрамниоз) ұрықтың мөлшерін бағалау үшін мерзімді ультрадыбыстық тексеруден өтеді

✓

Жатыр түбінің биіктігін бір рет өлшегенде диаграммадағы көрсеткіші 10 центильден төмен немесе центильдерді кесіп өткен кездегі мәндері ұрықтың өсуінің тежелуін немесе тоқтауын көрсететін өлшемдер сериясы бар жүкті әйелдерде ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуден өтуі

⁸⁰Royal College of Obstetricians and Gynecologists The Investigation and Management of the Small-for-Gestational-Age Fetus Green-top Guideline No. 31 RCOG 2nd Edition February 2013

⁸¹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁸² Там же

керек⁸³. Жатыр түбінің биіктігін өлшеу дәл емес әйелдер (мысалы: жатыр түбінің биіктігі 35-тен жоғары, үлкен миома, полигидрамниоз) ұрықтың мөлшерін бағалау үшін мерзімді ультрадыбыстық тексеруден өтеді⁸⁴.

Ультрадыбыстық биометрия. Жүктілік кезінде ультрадыбыстық биометрияны қолдану арқылы 10-шы және 90-шы центильдер арасындағы ұрықтың салмағын анықтаудағы қателік кем дегенде 10% құрайды. Бірақ бұл әдіс ұрықтың болжамды салмағын анықтау үшін тек іштің шеңберін өлшеуде де, бастың өлшемімен (бипариетальды өлшем немесе бас шеңбері) және/немесе жамбас ұзындығымен біріктірілгенде де бірдей тиімді⁸⁵.

Екі жүйелі шолу ультрадыбыстық биометриялық өлшемдердің дәлдігін, жеке және өлшеу коэффициенттерін және олардың комбинациясын (ұрықтың болжамды салмағы ретінде) бағалады. 10-шы центильді қолдану басқа қабылданған центильдерге қарағанда сезімталдық пен ерекшеліктің жақсы көрсеткіштеріне ие болды. Тәуекел дәрежесі төмен популяцияда сезімталдық 0%-дан 10%-ға дейін, ал ерекшелік кез келген параметр үшін 66% - дан 99%-ға дейін өзгереді. Тәуекел дәрежесі жоғары популяцияда 10-шы центильден төмен іш шеңберінің көрсеткіші 72,9–дан 94,5%-ға дейінгі сезімталдыққа ие, ал ерекшелігі 50,6-дан 83,8%-ға дейін. 10-шы центильден аз ұрықтың болжамды салмағы үшін сезімталдық 33,3–89,2%, ал ерекшелігі 53,7–90,9% болды. Ұрықтың болжамды салмағының потенциалды артықшылығы-теңшелген стандарттар бар және дәлдікті туу салмағына сәйкес оңай анықтауға болады.

Ұрықтың теңшелген болжамды салмағы 10-центильден аз болса, ұрықтың гестациялық мерзімінен кіші екенін болжауға болады (сезімталдық 68%, ерекшелігі 89%). Теңшелдік центильмен ұрық салмағын анықтау-ұрықтың гестациялық мерзімнен кіші екенін анықтай отырып, қолайсыз перинатальды нәтижелерді болжауды жақсартты.

Ультрадыбыстық биометрияда ұрықтың гестациялық мерзімінен кіші диагнозын қою үшін қолдану керек:

- іштің айналымын және ұрықтың болжамды салмағын өлшеу;
- іштің айналымы мен ұрықтың болжамды салмағы үшін 10 центиль шегінен төмен мәндер;
- теңшелген ультрадыбыстық графиктер;
- өлшемдерге қосымша өсу жылдамдығының көрсеткіштері.

Іштің айналымын немесе ұрықтың болжамды салмағын өзгерту туу гипотрофиясын және қолайсыз перинаталдық нәтижені болжауды жақсарты алады.

Өсу қарқынын есептеу үшін іштің айналасы мен ұрықтың болжамды салмағының екі өлшемін қолданғанда, ұрықтың өсуінің тежелуі диагнозында жалған оң қорытындылардың санын азайту үшін бұл көрсеткіштерді кем дегенде 3 апта аралықпен өлшеу керек. Ұрықтың мөлшерін жиі өлшеу, егер ұрықтың гестациялық жасына/ұрықтың өсуінің тежелуіне диагноз қою контекстіне қарамастан, туу массасының болжамы маңызды болса, орынды болуы мүмкін. Іштің шеңберлері немесе ұрықтың болжамды массасы 10 центильден аз немесе ұрықтың өсуінің баяулау белгілері болған жағдайда, әйелге ұрықтың мөлшерін сериялық бағалауды және кіндік артериясын доплерлік зерттеуді ұсыну керек.

Ұрықтың мөлшері 10-шы центильден аз болған жағдайда, ұрықтың болжамды салмағына немесе іштің шеңберінің көрсеткішіне сүйене отырып, әйелдер анамнезді егжей-тегжейлі талдау арқылы жатырышілік өсудің кешігуінің клиникалық қауіп факторларының бар-жоғына скринингтен өтуі керек.

Ұрықтың өсуінің тежелуінің себебін ұрықтың анатомиялық құрылымдарын егжей-тегжейлі бейнелеуді, плацентаның морфологиясын және жатыр мен кіндік артерияларының доплерографиясын қамтитын сараптамалық ультрадыбыстық зерттеу арқылы анықтауға болады.

Жатырышілік өсудің тежелуі жағдайында жатырышілік өсудің тежелуінің дифференциалды диагнозын жеңілдету және плацентарлы жеткіліксіздік диагнозының дәлдігін арттыру үшін

⁸³Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁸⁴Там же

⁸⁵SOGC Clinical practice guidelines. Intrauterine Growth Restriction: Screening, Diagnosis, and Management. No 295 Aug 2013

амниотикалық сұйықтықтың көлемін анықтау керек. Кіндік артериясын доплерлік зерттеу 10-шы перцентильден аз ұрықтың салмағы немесе іш шеңбері бар барлық ұрықтар үшін жүргізілуі керек. Бұл ұрықтың дамуын кешіктірудің этиологиясын дұрыс түсінуге ықпал етуі мүмкін, өйткені кіндік артериясындағы тамырларға төзімділіктің жоғарылауы жүктіліктің плацентарлы жеткіліксіздікпен қиындағанын көрсетеді.

Ұрықтың гестациялық жасына сәйкес келмейтін зерттеу

Егер ұрықтың өлшемі жүктілік гестациялық мерзімі үшін өте кішкентай болса, ұсыныңыз⁸⁶:

- ұрықтың анатомиялық құрылымын егжей-тегжейлі зерттеу мақсатында ұрық медицинасы бойынша маманға жолдама;
- кариотиптеу, әсіресе құрылымдық ауытқулар анықталса және жатыр артериясының доплерлік зерттеу нәтижелері қалыпты болса;
- туа біткен цитомегаловирустық немесе токсоплазмоздық инфекцияны анықтау үшін серологиялық скрининг;
- тәуекел дәрежесі жоғары популяцияларда мерезге және безгекке талдаудың орындылығын қарастыру керек.

Жатыр артериясының доплерометриясын тәуекелі төмен популяцияда қолдану негізсіз болып саналады. Тәуекел дәрежесі жоғары популяцияларда жүктіліктің 24ші аптасындағы бұл зерттеу ұрықтың гестациялық мерзімі үшін өте кішкентай мөлшердің орташа болжамды маңыздылығына ие.

3-тапсырма. ГЕСТАЦИЯЛЫҚ ЖАСЫНАН КІШІ ҰРЫҚТЫ БАҚЫЛАУ

Жүктілік жасынан кіші ұрық диагнозы қойылған кезде бақылауды келесідей бастау керек:

- ұрықтың болжам салмағын сериялық ультрадыбыстық бағалау;
- ұрықтың доплерлік велосипедиметриясы (кіндік артериясы, ортаңғы ми артериясы, веноздық канал);
- кардиография;
- амниотикалық сұйықтық көлемі;
- биофизикалық профиль.

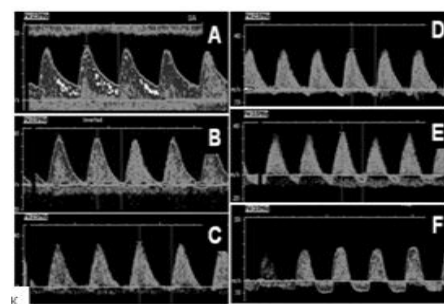
Кіндік артериясының доплерометриясы⁸⁷ гестациялық мерзімінен кіші ұрықты бақылаудың негізгі құралы болуы керек

- егер кіндік артериясының доплерометриясының көрсеткіштері қалыпты болса, бақылауды әр 14 күн сайын қайталаған жөн;
- ұрықтың гестациялық жасынан кіші болған жағдайда жиі зерттеу орынды болуы мүмкін;
- егер кіндік артериясының доплерометрия көрсеткіштері нормадан ауытқып кетсе (пульсация индексі немесе +2 SD-ден жоғары қарсылық индексі гестациялық мерзім үшін орташа мәннен жоғары болса) және босану көрсетілмесе, бақылауды аптасына екі рет жиілікте, әсіресе-диастолалық жылдамдықты байқайтын ұрық үшін және күн сайын – ақырлы-диастолалық мәндері жок/кері ұрық үшін қайталаңыз

⁸⁶Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

⁸⁷Там же

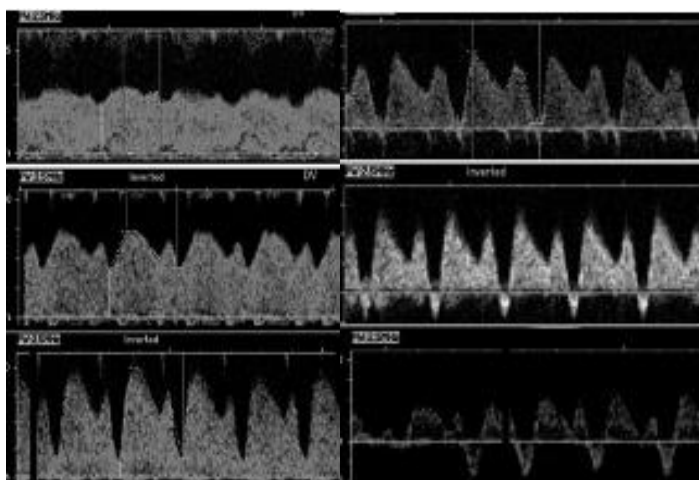
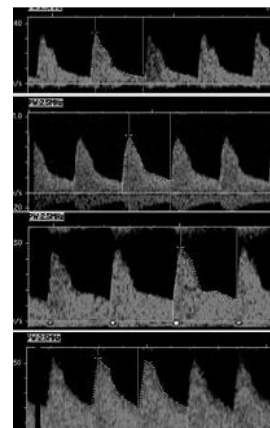
- Асқынбаған жүктілік үшін тиісті скрининг әдісі болып табылмайды
- Қауіптілігі жоңары популяцияда доплерометрияны қолдану перинаталдық аурумен өлімді азайтады
- Кіндік артериясының доплерометриясы МГВП бақылауының негізгі құралы болу керек.



Ортаңғы ми артериясы және веноздық канал⁸⁸

Плацентарлы жеткіліксіздікке байланысты оттегі деңгейі төмендегенде, мидағы қан ағымы жоғарылайды («brain sparing»). Қан айналымын қайта құруды басқаратын факторларды және олардың әсер ету механизмін білу толық болмаса да, оттегі мен көмірқышқыл газының парциалды қысымы, олардың химорецепторларға әсері арқылы белгілі бір рөл атқарады. Церебральды вазодилатация диастолалық қан ағымының жоғарылауының көрінісі болып табылады, бұл созылмалы гипоксиядағы «миды қорғау» әсерінің белгісі және пульсациялық индекс сияқты ортаңғы ми артериясының доплерометриясының төмендеуіне әкеледі.

Осылайша, ортаңғы ми артериясының пульсациялық индексінің немесе ортаңғы ми артериясының пульсациялық индексінің кіндік артериясының пульсациялық индексіне қатынасының төмендеуі (церебро-плацентарлы қатынас) жүктілік жасынан кіші ұрықтың гипоксияның ерте белгісі болып табылады.



Веноздық түтіктегі қан ағымының доплерограммасы жүрек циклі кезінде атриальды қысымның/көлемнің өзгеруін көрсетеді. Жүрек циклі кезінде қалыпты жағдайда веноздық каналдағы қан ағымы әрқашан антеград болып табылады. Ұрықтың өсуінің тежелу синдромы тереңдеген сайын, жүктеме мен жүктеменің жоғарылауына, сондай-ақ гипоксия/ацидемия мен адренергиялық әсердің тікелей әсерінен туындайтын соңғы диастолалық қысымның жоғарылауына байланысты веноздық каналдағы қан ағымының жылдамдығы төмендейді. Жүрек қызметі бұзылған кезде

атриальды систола кезінде қан ағымының төмендеуі байқалады. Прогрессия кезінде атриальды қан ағымы тоқтауы немесе кері бағытта болуы мүмкін.

Шала туылған ұрықта ортаңғы ми артериясының доплерометриясы ацидемия мен қолайсыз нәтижені болжау үшін шектеулі дәлдікке ие және оны босану уақытын анықтау үшін қолдануға болмайды.

Ортаңғы ми артериясының доплерлік сынағы кіндік артериясының доплерометрия көрсеткіштері негізінен қалыпты болған жағдайларда 32 апталық жүктіліктен кейін анықталған гестациялық мерзімінен кіші ұрыққа пайдалы сынақ болуы мүмкін.

Веноздық түтіктің доплерометриясы ацидемияны және қолайсыз нәтижені анықтау үшін орташа болжамды мәнге ие. Веноздық түтікті доплерлік зерттеу кіндік артериясының

⁸⁸Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

доплерометриясының патологиялық көрсеткіштері бар гестациялық жастағы шала туылған нәрестені бақылау және босану уақытын анықтау үшін қолданылуы керек.

Аntenatalды кардиотокография (стресстік емес тест)

Кардиотокографияны ұрықтың гестациялық жасынан кіші болуын бақылаудың жалғыз әдісі ретінде қолдануға болмайды. Мүмкін болған жағдайда кардиотокографияны түсіндіру ұрықтың жүрек соғу жиілігінің қысқа мерзімді ауытқуы туралы компьютерлік деректерді талдауға негізделуі керек.

Жүрек соғу жиілігінің қысқа мерзімді ауытқуларының компьютерлік кардиотокографиясы⁸⁹(STV)

Жүрек соғу параметрлерін автоматтандырылған бағалаумен компьютерлік кардиотокография стандартты кардиотокографияның кейбір мәселелерін жеңуге ықпал етуі мүмкін, мысалы, қайталанудың төмендігі, нәтижелерді бір және әртүрлі бақылаушылардың түсіндіруінің өзгергіштігі және жалған позитивті қорытындылардың жоғары жиілігі. Бір және әртүрлі бақылаушылардың нәтижелерді түсіндіруінде жоғары өзгергіштігі бар дәстүрлі кардиотокографиядан айырмашылығы, компьютерлік кардиотокографияның нәтижелері объективті және бір мәнді:

- жүрек соғу жиілігінің қысқа мерзімді ауытқуы жүктілік жасына қарай артады;
- ұрықтың ацидемиясы жүрек соғу жиілігі 4 м/сек-тен аспайды;
- гипоксия +/- ацидемия 28-35 аптада жүрек соғу жиілігі 4 м/с-тан аз болатын ұрықтардың көпшілігінде анықталады;
- анықтамалық мәндер гестациялық мерзімінен кіші ұрықты бақылау қажеттілігін көрсетеді.

Амниотикалық сұйықтық және ұрықтың өсуінің тежелуі

Амниотикалық сұйықтықтың мөлшерін ультрадыбыстық бағалауды ұрықтың жүктілік жасына арналған бақылаудың жалғыз түрі ретінде қолдануға болмайды. Амниотикалық сұйықтықтың мөлшері әдетте тік қалтаның ең терең мәнін немесе амниотикалық сұйықтық индексіні қолдану арқылы бағаланады.

2-кесте-амниотикалық сұйықтық/ амниотикалық индекс көлемін анықтау

	НЕ ҮШІН ҚАЖЕТ?	ҚАЛАЙ БОЛАДЫ?	ӨЛШЕУГЕ
Амниотикалық сұйықтық/ амниотикалық индекс көлемін анықтау	● Амниотикалық сұйықтықтың азаюы созылмалы гипоксияға жауап ретінде бүйрек қан ағымы көлемінің төмендеуінен туындаған бүйрек сүзілуінің төмендеуінің жанама белгісі болып табылады	● Тікқалтаның максималды тереңдігі. Әдістеме қалтаның тереңдігін 2-8 см қалыпты, 1-2 см шекара ретінде, 1 – ден аз – төмендетілген және 8 см-ден жоғары-жоғары деп анықтайды.	
	● Амниотикалық индекстің төмендеуі немесе судың азаюы ұрықтың қауіпті жағдайының белгісі болуы мүмкін	● Амниотикалық сұйықтық индексі Амниотикалық сұйықтықтың жалпы мөлшері төрт шаршы жатырдағы сұйықтықтың ең терең тік қалтасын қорытындылау арқылы бағаланады, орталық нүкте кіндік болып табылады.	

Ұрықтың биофизикалық профілі

⁸⁹ Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

Ұрықтың қозғалысы оның өмірінің алғашқы белгілерінің бірі болып табылады және ұрықтың әл-ауқатының көрінісі болып саналады (Marsal 1983; Rayburn 1990)⁹⁰. Ұрықтың белсенділігінің төмендеуі оның өлімінен бұрын болатынын байқау оның әл-ауқатын болжау механизмі ретінде ұрықтың қозғалысын бақылауды зерттеуге түрткі болды.

Ұрықтың биофизикалық профилі-ұрықтың жалпы денсаулығын бағалау мақсатында бес биофизикалық айнымалы шаманы өлшеу комбинациясына негізделген ұрықты бағалау әдісі. Ұрықтың биофизикалық профилі, ұрықтың жағдайын пренаталды бағалаудың басқа әдістері сияқты, әдетте ұрықтың жатырдан тыс өмір сүру мүмкіндігі болған кезде немесе ұрықтың патологиясы болған кезде белсенді араласу орынды деп саналатын гестациялық жаста басталады (24-ші аптадан бастап).

Бұл биофизикалық параметрлер тестілеу кезінде орталық жүйке жүйесінің гипоксемиясы/ацидемиясының болмауын болжайды. Салыстыру үшін, қолайсыз жағдайдағы ұрық жүрек соғу жиілігінің төмендеуімен, қозғалыс белсенділігі мен тыныс алу қозғалыстарының төмендеуімен, ал амниотикалық сұйықтық көлемінің азаюымен сипатталады.

Ұрықтың биофизикалық профилінің көрсеткіштерінің клиникалық құндылығы-бұл тест инвазивті емес, оны үйрену және орындау оңай.

Ұрықтың қолайсыз жағдайын сонографиялық анықтау ұрықтың қолайсыз салдарын оңтайлы болдырмайтын тиісті араласуға мүмкіндік береді.

Жоғары қауіпті жүктілікті бақылау үшін биофизикалық тестілеуді қолдану әдеттегідей болғанымен, бұл әдіс осы әдісті қолдайтын шектеулі ғылыми дәлелдермен дамыды. Сонымен қатар, рандомизацияланған зерттеулер жүргізілмеген, олар жүктіліктің жоғары қауіпті нұсқалары үшін ең жақсы бастапқы зерттеу әдісіне, емтиханды бастаудың оңтайлы мерзіміне, нәтижелерге әсер етуі мүмкін жағдайларға және гестациялық жастың әсеріне байланысты емтихан жиілігіне қатысты ұсыныстарға негізделуі мүмкін.

Ұрықтың биофизикалық профилінің көрсеткіштері (төрт дискретті биофизикалық айнымалылардың шамаларын сонографиялық бағалауға жатады):

- ұрықтың қозғалысы;
- (жүрек) ұрықтың тондары;
- ұрықтың тыныс алуы;
- амниотикалық сұйықтықтың көлемі
- стресстік емес тест

6 Қосымша

Ұрықтың биофизикалық профилі бойынша ПС және жүктілікті басқару қаупін бағалау кестесі

Балл сомасы	Интерпретация	тәуекел ПС	ұсынылған араласу
10 нан 108 ден 10 (қалыпты амниотикалық индекс)8 ден 8	Аntenаталды өлім қаупі өте төмен	1/1000	Қалыпты жүргізу
8 ден 10(0 балламниотикалық индекс бойынша)	Ұрықтың созылмалы қиналуы болуы мүмкін	89/1000	Ұрық қапшығының бүтіндігін тексеру.Жүктіліктің толық мерзімінде 34 аптадан аз мерзімде босану-респираторлық дистресс-синдромның алдын алу курсы жүргізу

⁹⁰ Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

6 дан 10(2 балл амниотикалық индекс бойынша)	Күмәнді тест, ұрықтың аздап қиналуы мүмкін	?	Тестті 24 сағаттан кейін қайталаңыз
6 дан 10(0 балл амниотикалық индекс бойынша)	Ұрықтың қиналуы мүмкін	89/1000	Толық мерзімді жүктілік кезінде – тез босану (тәулік ішінде), 34 аптадан аз мерзімде-ұрықтың жай-күйін қарқынды бақылаумен респираторлық дистресс-синдромның алдын алу курсы (24 сағат) өткізу
4 тен 10	Ұрықтың қиналу ықтималдығы жоғары	91/1000	Жедел босандыру
2 ден 10	Дәлелденген ұрықтың дистресі	125/1000	Жедел босандыру
0 ден 10	Жедел гипоксия	600/1000	Жедел босандыру

Ұрықтың өсуі тежелген кезде мерзімінен бұрын босануға көрсеткіштер⁹¹:

Жүктілік мерзімі 29 апта + 0 күнге дейін.

- доплерометрия бойынша: веноздық каналдағы қан ағымының кері диастоалалық компоненті;

- кардиотокография деректері бойынша STV көрсеткішінің мәні-2,6 және одан аз.

Жүктілік кезінде 29 апта + 1 Күн-31 Апта+6 күн

- доплерометрия бойынша: веноздық түтіктегі нөлдік диастоалалық компонент;

- кардиотокография деректері бойынша STV көрсеткішінің мәні-2,9 және одан кем.

Жүктілік кезінде 32 апта +0 күн-33 апта + 6 күн

– доплерометрия бойынша: веноздық түтіктегі нөлдік диастоалалық компонент және / немесе кіндік артериясындағы қан ағымының кері диастоалалық компоненті;

- кардиотокография деректері бойынша STV көрсеткішінің мәні-3,5 және одан кем.

Жүктілік кезінде 34 апта + 0 күн немесе одан да көп

Қосымша 7

Дифференциальды диагностика

Ұрықтың өсуінің тежелуі

Гипертензия

Төмен ИАЖ

Қан ағымының патологиялық деректері (НСТ, биофизикалық бейін)

Ұрық белсенділігінің төмендеуі

Динамикадағы жеткіліксіз өсу

Конституциялық кіші ұрық

Анамнез, анасы мен әкесінің конституциясы

Қалыпты жағдай

Қалыпты қан ағымы деректері (НСТ, биофизикалық профиль)

Белсенді жеміс

Динамикада жеткілікті жеміс

Ұрықтың өсуінің тежелуін ерте анықтау үшін динамикалық

бақылау

Биофизикалық сынақтар

Қандай?

Допплерометрия

Қашан?

Әр 2 апта сайын

⁹¹ Недостаточный рост плода (внутриутробная задержка развития плода) РЦРЗ (Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК) Версия: Клинические протоколы МЗ РК - 2014



- доплерометрия бойынша: кіндік артериясындағы және/немесе веноздық каналдағы нөлдік диастолалық компонент;

- кардиотокография деректері бойынша STV көрсеткішінің мәні 4,0-ден төмен

Негізгі ережелер

- Антенаталды өсу кестесін қолдану сау жүкті әйелдерде ұрықтың өсуін кешіктірудің қажетті скринингтік әдісі болып табылады.
- Мүмкін болса, диагнозды растау үшін ультрадыбыстық биометрияны қолданыңыз.
- Гестация мерзімінен кіші ұрықты бақылау үшін көптеген сынақтар бар. Олар уақыт пен персоналға байланысты, оларды жүргізу және түсіндіру үшін қажет. Бақылаудың мақсаты-ұрықтың болжамды ацидемиясын анықтау, бұл мақсатты органдардың тұрақты зақымдануы мен жатырішілік өлім пайда болғанға дейін уақтылы босануға мүмкіндік береді.
- Бақылауды ұрықтың салмағын сериялық ультрадыбыстық бағалау, доплерометрия, кардиотокография, амниотикалық сұйықтықтың көлемін және биофизикалық профильді анықтау арқылы жүргізу керек.
- Доплерометрия асқынбаған жүктілік үшін тиісті скрининг әдісі емес.
- Жоғары қауіпті популяцияда кіндік артериясының доплерометриясын қолдану перинаталдық ауру мен өлімді азайтады.
- Ұрықтың ерте және кеш құрсақішілік өсуінің тежелуі клиникалық нашарлаудың әртүрлі даму нұсқаларына ие.
- Шала туылған нәрестеде кішкентай ұрықтың гестациялық жасы үшін ортаңғы ми артериясының доплерометриясының көрсеткіштері ацидемия мен қолайсыз нәтижені болжау үшін шектеулі дәлдікке ие және босану уақытын анықтау үшін пайдаланылмауы керек.

Ортаңғы ми артериясының доплерометриясы кіндік артериясының доплерометриясының көрсеткіштері қалыпты болған кезде 32 апталық жүктіліктен кейін ұрықтың гестациялық жасын анықтау үшін пайдалы сынақ болуы мүмкін.

Әдебиет

1. ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросы. Тиімді перинаталдық көмек бойынша оқу пакеті. Екінші басылым, 2015
2. Ұрықтың жеткіліксіз өсуі (ұрықтың дамуының жатырішілік тежелуі) РДРЗ (ҚР ДСМ Денсаулық сақтауды дамытудың республикалық орталығы) нұсқасы: ҚР ДСМ – 2014 клиникалық хаттамалары
3. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd Edition, 2000

2-БӨЛІМ. Жүктілік кезіндегі патологиялық емес жағдайлар

2 Тарау. Жүктілік кезіндегі патологиялық емес жағдайлар

Тақырып 1. Мерзімінен бұрын босану. Көпұрықты жүктілік. Мерзімінен асқан жүктілік(41апталық гестациядан асқан). Ұрықтың жамбаспен келуі



Жүктілік кезіндегі патологиялық емес жағдайлар

Теориялық мәліметтер

1-бөлім. ЖҮКТІЛІК МЕРЗІМІ 41 АПТАДАН АСҚАН ЖҮКТІЛІК

Мерзімінен асқан жүктілік түсінігінде көпшілік шатасуларға бел алуда. «Мерзімінен кейінгі», «ай-күнінен асқан», «мерзімінен асқан» немесе «мерзімі ұзарған» секілді ұғымдардың барлығы өзара синоним секілді қолданылады. Дегенмен де, әр ұғымның өзіне тән мағынасы бар. Мерзімінен асқан жүктілік деп жүктілік мерзімі толық 42 аптадан (294 күн) асқан жүктілікті айтамыз.

Мерзімінен асқан жүктілік кезіндегі босануды ынталандыру.

Мерзімінен асқан жүктілік дегеніміз – соңғы етеккір циклінің алғашқы күнінен 294 күн асқан (42 апта) жүктілік. Зерттеулерге сүйенсек ананың аурушандық көрсеткіші мен жүктілігі асқынусыз өткен дені сау әйелдің өлім көрсеткіші 42 апталық жүктіліктен кейін өседі. 37 апталық жүктілікте өлі туылу қаупі 1:3000, 42апталық жүктілікте 3:3000, 43 апталық жүктілікте 6:3000 көрсеткішті құрайды⁹².

Жүктілік мерзімін нақтылау үшін УДЗ тексеру 20 апталық жүктілікке дейін жүргізілуі керек, себебі бұл арқылы жасырын мерзімі асқан жүктілік кезінде босануды ынталандыру қажеттілігін



⁹²Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 2

төмендетеді⁹³. Жүктіліктің ерте мерзіміндегі УДЗ-тексеруді қолдану босануды ынталандыру көрсеткішінің төмендеуіне алып келді (1,9% по сравнению с 2,8% ОР 0.69; 95% CI 0.58–0.82; NNT 111). Жүктілігі асқынусыз өткен дені сау әйелге босануды ынталандыру 41 апталық жүктіліктен кейінгі уақытта ұсынылады. 41 аптадан асқан асқынусыз өткен жүктілік кезінде босануды жалпылама ынталандыру перинатальды өлім көрсеткішін төмендетеді. Босануды ынталандырудың стандартты әдістерін қолдану кесарь тілігі жағдайына, оталық араласумен болған қынаптық босану жағдайына, босану кезіндегі нәрестенің ЖСЖ аномалиясына, неонатальды конвульсия және әйелдің босану процесіне қанағаттану санына әсер етпейді. 41 апталық жүктіліктен асқаннан кейін босануды ынталандырудан бас тартқан әйелдерге тиынақты антенаталды бақылау, яғни аптасына екі рет ұрық электрокардиографиясы және амниотикалық сұйықтық көлемін бақылаумен УДЗ-зерттеу ұсынылады^{94, 95}.

Босану әрекетін ынталандыру үшін ең алдымен босануды ары қарай жалғастыру қаупі мен босануды ынталандыру қаупін тиынақты тексеріп алу керек. Босануды ынталандыруды қолдану жиілігі түрлі босану үйі мен географиялық аймақтарда, тіпті бір мемлекеттің өзінде әр түрлі аралықта өзгеріп отырады. 41 апталық жүктіліктен асқан әйелдерге жалпылама босануды ынталандыру әдісі перинатальды өлім көрсеткішінің азаюына алып келеді. 19 рандомизирленген зерттеулердің мета-анализі нәтижесінде анықталды: жоспарлы босануды ынталандырылған 4000-нан аса әйел арасында тек 1 ғана перинатальды өлім көрсеткіші анықталған, ал дәл сондай 4000-нан аса әйел арасында шұғыл босану кезіндегі перинатальды өлім көрсеткіші 9 жағдайда тіркелген. Дәл осылай әрбір 500 индукцияланған босануға бір перинатальды өлім кездеседі екен. 41 апталық жүктіліктен кейінгі уақытта дүниеге келген жаңа туған нәрестелерде ерте постнатальды кезеңдегі асфиксияның салдарынан пайда болған нәрестелердегі тырысу 2-5 есе жиі кездеседі⁹⁶.

41 аптаға дейінгі жүктілікте босануды ынталандыруға оң нәтиже беретіндей нақты дәлелдер жоқ. Мерзімі жеткен жүктілік енемес мерзімінен асқан жүктілікте «қағанақ қабын ажырату» (қағанақ қабын ішкі өзек арқылы жатыр қабырғасының ішкі беткейінен саусақ арқылы ажырату) индукцияланған босану жиілігін азайтқандай, жүктілік мерзімін 42 аптаға дейін ұзару жиілігін азайта алады. Осы арқылы бұл процедура босану сипатына да, инфекция даму қаупінің жоғарылауына да әсер етпейді.

Ультрадыбыстық зерттеу. Жүктіліктің ерте мерзімінде (1 скрининг) УДЗ жасауға болатын жағдайда, зерттеуді босанудың болжамды уақыты мен қате мерзімінен асқан жүктілік диагноз қойылған жағдайда негізделмеген босануды ынталандырудың алдын-алу мақсатында жүргізеді.

Босануды ынталадырудың кесарь тілігінің жиілігіне әсері. Жалпы босануды ынталандыру тактикасы кесарь тілігі жиілігінің ұлғаюына алып келмейді. Соған қарамастан клиникалық зерттеулер көп көрсеткіш көрсетпеді, алайда 41 апталық жүктіліктен кейінгі босануды ынталандырылған әйелдердің статистикалық мәні аз.

Амбулаторлы деңгейдегі тактика. Көп жағдайда 41 апталық жүктілік уақыты калыпты жүктілік үлгісі ретінде көрсетіледі және босануды жүргізу тактикасына қарамастан қолайлы нәтижемен аяқталады. Мерзімі асқан жүктіліктің нақты диагностикасы гестациялық мерзім жөнінде нақты ақпаратқа байланысты. Уақытында жасалған диагностика босануды жүргізу тактикасын анықтау үшін аса маңызды. Жүктілік мерзімін нақты анықтауға көсектесетін барлық қолжетімді клиникалық мәліметтерді қолдану маңызды.

40 апта және 0 күн гестациялық мерзімге жеткен уақытта:

- мерзімі асқан жүктілік, аналық және перинатальды қауіп сұрақтары бойынша консультация жүргізу;

⁹³Там же

⁹⁴Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol, 1998, 105, 169-173

⁹⁵Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001

⁹⁶Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

- жатыр мойны жағдайын бағалау үшін қынаптық зерттеу жүргізуді және қағанақ қуысын төменгі сегменттен ажыратуды толық ақпараттандырғаннан кейін, ақпараттық келісім толтырылғаннан кейін ұсыну(А-1а)^{97,98}. Қағанақ қуысын төменгі сегменттен ажырату кезіндегі мүмкін болатын асқынулар: дискомфорт және ауырсыну сезімі, қанды бөліністер, манипуляциядан кейінгі 24 сағат ішіндегі тұрақты емес толғақтар.

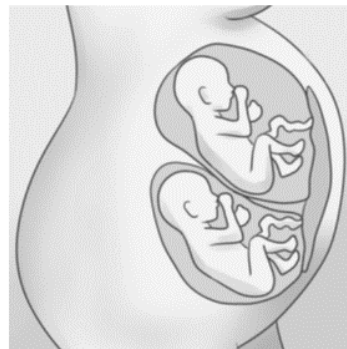
41 апта және 0 күн гестациялық мерзімге жеткен уақытта госпитализациялау:

- ұрық жағдайын бағалау, ұрықтың биофизикалық профилін жүргізу;
- ары қарайғы бақылау жоспарын талқылау, 41апта+0күннен 42апта+0күн аралығында мүмкін босануды ынталандыру мәселесін талқылау.

Ұсыныстар. Көп жағдайда 41апталық жүктілік уақыты калыпты жүктілік үлгісі ретінде көрсетіледі және босануды жүргізу тактикасына қарамастан қолайлы нәтижемен аяқталады. Мерзімінен асқан жүктілік кезінде перинатальды өлім көрсеткіші мен ерте неонатальды кезеңдегі тырысу жиілігі аз кездеседі. Босануды ынталандыру кезіндегі ең жақсы тактика – әйелге болуы мүмкін перинатальды асқынуларды ескере отырып толық ақпарат беру. Жүктілік мерзімі толық 41 аптаға жеткен кезде босануды ынталандыруды таңдаған әйелдерге барлық мүмкін әдістерден ең ыңғайлысын таңдау ұсынылу керек.

2-бөлім. КӨПҰРЫҚТЫ ЖҮКТІЛІК

Көпұрықты жүктілік мүмкіндігі жасы ұлғайған сайын, жүкті әйел немесе серіктесі отбасында егіз туу жағдайы орын алған болса, егер әйел бедеулікпен емделсе немесе жасанды ұрықтандыру жүргізілген болса жиілігі ұлғаяды. Көпұрықты жүктілік жүкті әйелге, жаңа туылған нәрестеге және босандыру қызметкерлеріне атаулы мәселе туындатады. Көп ұрықпен жүкті әйелдерге міндетті түрде қосымша қолдау керек. Бұл жағдайда шынайы көмек - көпұрықты жүкті әйелдерге арналған босанғанға дейінгі арнайы сабақтарға қатысу. Көпұрықты жүктілік кезінде жүкті әйелдің темір препараттары мен фолаттарға қажеттілігі артады, сондықтан бірұрықты жүкті әйелдерге қарағанды анемия деңгейі жиі кездеседі. Көпұрықты жүкті әйелдерде көп жағдайда бірұрықты жүкті әйелдермен салыстырғанда жалпы жағымсыз сипмтомдар басым кездеседі:



- Қыжыл
- Арқадағы ауырсыну
- Геморрой
- Жоғары шаршағыштық

Сонымен қатар бұл әйелдерде патологиялық жағдайлар жиі кездеседі:

- Анемия
- Артериялық қысымның жоғарылауы
- Пре-эклампсия
- Мерзімінен ерте босану

Сонымен қатар бұл әйелдерде ота арқылы босану жиі кездеседі.

Көпұрықты жүктіліктің клиникалық классификациясы

Зиготалыққа байланысты:

- монозиготалық, идентикалық, біржұмыртқалы (барлық егіздердің 1/3 бөлігі). Бірдей генотипке ие, сол себепті біржынысты. Генетикалық «композиция» ұқсастығы бір

⁹⁷Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 2000; 765-775

⁹⁸Heimstad Runa et al. Induction of Labor or Serial Antenatal Fetal Monitoring in Postterm Pregnancy. A Randomized Controlled Trial, Obstetrics & Gynecology Vol. 109, No. 3, March 2007

сперматозоидпен ұрықтанған, екі клеткалық массаға бөлінген, бірдей генетикалық ақпараты бар жұмыртқажасушасының ерте бөлінуімен байланысты.

- дизиготалық, екіжұмыртқалы, идентикалық емес (барлық егіздердің 2/3 бөлігі). Екі жұмыртқажасушасы екі сперматозоидпен ұрықтанудан пайда болады, нәтижесінде әрбір эмбрион анасынан және әкесінен бөлек-бөлек генетикалық ақпаратты алады.

Хорион типіне байланысты(плацентация):

дихориальді - диамниотикалық (екі плацента – 80%); монохориальді (бір плацента – 20%); монохориальді, диамниотикалық; және монохориальді, моноамниотикалық.

Ұрық үшін қауіптер. Екіұрықты жүктілікте бір ұрықтың құрсақішілік өлімі жоғары. Екінші ұрықтың тірі қалу мүмкіндігі бірінші ұрықтың шетінеу себебіне, гестация мерзіміне, ортақ хорион барына, бірінші ұрықтың шетінеген уақыты мен екінші ұрықтың туылғаны аралығындағы уақытқа байланысты. Дизиготалы егізжүктілік кезінде өлі ұрық толығымен резорбциялануы мүмкін немесе қағанақ қабымен бірігіп кетуі мүмкін. Жүкті әйелдерде кантамырішілік ұю синдромы (ҚІҰ) салыстырмалы түрде сирек дамиды. Монозиготалы егізжүктілікте екінші ұрық 99% жағдайда шетінейді. Егер ол тірі қалса, ол ұрықта мультикистозды энцефаломалияция даму қаупі жоғары болады.

УДЗ мәліметтері бойынша фетофетальды трансфузионды синдром белгілері:

- ұрықтардағы қағанақ суы көлемінің әртүрлілігі (көпсулық/азсулық);
- қуық көлемінің әртүрлілігі (кіші өлшем/азсулықты донор ұрықта қуық болмауы және көпсулықты реципиент ұрықта қуық көлемінің үлкен болуы);
- ұрықтардың бірінде водянка, асцит;
- ұрық салмақтарының әртүрлілігі (20%-дан көп). Дене салмағының айырмашылығы 25-30%-дан көп болуы қауіпті жағдай болып есептеледі.

Монохориальды моноамниотикалық егіз жүктілікте кіндіктің түйінді түзілісі және кіндікпен оралуы 70% жағдайда кездеседі, ал бұл көрсеткіш монохориальды моноамниотикалық егіз жүктілікте перинатальды өлім көрсеткішінің 50%-дан аса жиілігін құрайды. Егер ұрықтың бірі 32 апталық жүктіліктен кейін шетінесе, бұл асқыну қаупі төмендейді.

Босануға дейінгі күтім әсері. Көпұрықты жүктілікпен әйелді жүргізу- акушер-гинеколог пен жалпы тәжірибелі дәрігермен бірге 20 апталық жүктілікке дейін апта сайын бақылау. Қандай да бір жүргізу тактикасы жақсы деп айту үшін нақты дәлелдер жоқ. Дегенмен де дәрігердің қабылдауына тұрақты барып тұру қауіпті симптомдарды алдын ала анықтауға көмектеседі.

Көпұрықты жүктілік кезіндегі УДЗ. Көпұрықты жүктілікті ерте анықтау арқылы ұрық үшін қолайлы нәтиже болатыны әлі күнге дейін дәлелденбеген. Басқа тараптан қарағанда, көпұрықты жүктілік кезінде жүйке түтігі дефектісі, жүрек ақауы және асқазан-ішек жолдарының атрезиясы қаупі көбейеді. Сол себепті, ұрықтың даму аномалиясын ерте анықтау адекватты. Поэтому раннее выявление аномалий развития плода позволяет провести адекватное консультирование и выиграть время для всестороннего обсуждения тактики ведения беременности. УДЗ мәліметтері бойынша хориальді типті 14 апталық жүктілік мерзімге дейін анықтау керек.

Көпұрықты жүктілік кезіндегі мерзімінен ерте босану іштегі ұрық пен жаңа туған нәресте өміріне айтарлықтай қауіп төндіреді. Жүкті әйелді жан-жақты пренаталды консультация өткізу құнды болып табылады. Көпұрықты жүктілік кезіндегі мерзімінен ерте босануболжамы келесі жағдайларға негізделеді: жатыр мойны пальпациясы, жатыр мойны ұзындығының ультрадыбысты зерттеуі және цервикальды каналдағы фетальды фибронектинді анықтау. Осы аталған тексерулерді қаншалықты жиі жасау керектігі және зияндығынан пайдасы қаншалықты екені әлі де белгісіз жағдай.

Мерзімінен ерте босану профилактикасы. Қазіргі таңда бірнеше әдістер қолданылады: жатыр мойнына шеңберлі тігіс салу, жатыр белсенділігінің үй жағдайындағы мониторингі, төсек режимін қамтамасыз ету мақсатында госпитализация, бета-миметиктерді қабылдау.

Бірақ, бұл әдістердің ешқайсысында мерзімінен ерте босану қаупін төмендететіні дәлелденбеген.

Көпұрықты жүктілік кезіндегі босандыру әдістері. Егіз жүктілік кезінде егер екінші ұрық баспен келмесе, кесарь тілігі арқылы босандыру тиімділігі зерттеулерден дәлелденген. Соған сәйкес ана аурушандығы мен кесарь тілігі кезіндегі жалпы анестезияның қажеттілігі артты. Мерзімі жеткен көпұрықты жүктілік кезінде перинатальды немесе неонатальды аурушандық пен өлімді төмендету критерийлері бойынша ешқандай артықшылықтары анықталмады⁹⁹.

Жүргізу тактикасы:

1. Қазіргі таңда төсек режимін сақтау үшін жүкті әйелдің барлығын госпитализациялау пайдасы жеткіліксіз. Бұл режим мерзімінен ерте босану қаупін және перинатальды өлім қаупін төмендетпейді. Асқынбаған жүктілік кезінде госпитализациялау мерзімінен ерте босану қаупін арттырады¹⁰⁰.

2. Жүктіліктің асқынбаған ағымында босандыру:

- дихориальды диамниотикалық - 38 апталық мерзімде. Бұл мерзімнен ерте мерзімде жоспарлы босандыру пайдасы жайында мәліметтер жеткіліксіз;

- монохориальды диамниотикалықегіз жүктілікте госпитализация 36-37 аптада, монохориальды моноамниотикалық егіз жүктілікте госпитализация 33-34 аптада;

- үшем жүктілікте - 35-36 апта мерзімде.

3. Мерзімі жетпеген жүктілік кезінде (34 аптаға дейін) ұрықтың бірі антенаталды өлген жағдайда жүктілікті созуға болады. Монохориальды егіз жүктілікте ұрықтың бірі өлсе, екінші ұрықта кесарь тілігі арқылы шұғыл босандыру арқылы да алдын-ала алмайтын жедел қанкету жағдайы жиі дамиды. Сондықтан кіші гестациялық мерзімде жүктілікті 34 аптаға дейін созады.

4. Резус-теріс мәнді қан тобы болған жағдайда ұрықтың бірінде антенаталды өлім болса анти - Д резусты иммуноглобулин енгізу көрсетілген.

Жоспарлы кесарь тілігін жүргізуге көрсеткіштер:

- бірінші ұрықтың немесе екі ұрықтың да көлденең орналасуы;
- алғаш босанушыларда бірінші ұрықтың жамбаспен келуі;
- егіздердің бір-бірімен жабысуы;
- 35-36 апталық жүктілікте үшем немесе одан көп ұрықты жүктілік;
- монохориальды, моноамниотикалық егіздік 33-34 апталық жүктілікте.

Екінші ұрықтың баспен келуі болмаған жағдайда кесарь тілігі отасы арқылы туылуы анасындағы септикалық жағдайдың артуымен сәйкес келеді. Дегенмен де, жаңа туылған нәресте жағдайының жақсыруы байқалмайды.

Көпұрықты жүктілік кезіндегі ұсыныстар. Көпұрықты жүктілік кезінде жатыр мойнына шеңберлі тігіс салу, бета-миметиктерді пероральды қабылдау, үй жағдайында жатыр белсенділігінің мониторингісі жақсы бақылауды ұстайтын клиникалық зерттеулерде қолданбаса, басқа жағдайда ұсынылмайды¹⁰¹. Көпұрықты жүктілік кезінде жүкті әйелді жүргізу кезінде берілетін ең көп таралған ұсыныстар:

- Босанғанға дейінгі тиянақты бақылау;
- Ұрықтардың құрсақішілік жағдайының динамикалық мониторингі;
- Босандыру мерзімі мен жүргізу тактикасының адекваттылығы.

3- бөлім. ҰРЫҚТЫҢ ЖАМБАСПЕН КЕЛУІ

⁹⁹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

¹⁰⁰Кокрановское руководство: беременность и роды, 2010

¹⁰¹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000



Ұрықтың жамбаспен келуі ана тарапынан да, ұрық тарапынан да асқынулардың артуына алып келеді. Ұрықтың жамбаспен келу жиілігі 29-30 апталық жүктілікте 15%-дан, босану мерзімінде 3-4%-ға дейін төмендейді. Ұрықтың жамбаспен орналасуынан баспен орналасуына толық айналуы жүктілік мерзімі ұлғаюына байланысты үшінші триместрде сирек кездеседі, қайтабосанушы әйелдерде жүктілік мерзіміне байланыссыз жиірек кездеседі.

Ұрықтың жамбаспен келуі кезіндегі мүмкін болатын асқынулар. Мерзімі жеткен жүктілік кезінде жамбаспен келу әйелдердің 3-4%-да кездеседі. Жамбаспен келу перинатальды өлім мен шала туылу, туа пайда болған аномалия (барлық жамбаспен келудің 6%-да кездеседі), босану травмасы және

асфиксиямен байланысты аурушандық санының артуына алып келеді¹⁰².

Ұрықтың жамбаспен келуі кезіндегі сыртқы акушерлік бұру. Ұрықты сыртқы акушерлік бұру – бұл әйелдің алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы баспен келу жағдайына ұрықтың орналасуын ауыстыру. Мерзімі жеткен немесе мерзімі жетіп қалған жүкті әйелдерде ұрық жамбаспен келген жағдайда әйелді сыртқы акушерлік бұру жөнінде ақпараттандырып, егер қажет жағдайда манипуляцияны ұсыну керек. Сыртқы акушерлік бұру кесар тілігі отасының санын азайтуға негізделген манипуляция. Бұл манипуляцияны босану үйінде жүргізсе, мүмкін болатын қолайсыз жағдайлардың жиілігі көп емес. Бірақ, сыртқы акушерлік бұру әдісін жасау кезінде келесідең асқынулар болуы әбден мүмкін: плацентаның ажырауы, кіндікбаудың түсуі немесе іштегі ұрық жағдайының жедел бұзылуы. Манипуляцияның сәтті өтуі дәрігердің біліктілігі мен аналық факторларға байланысты.

Егер жамбаспен келу **мерзімі жеткен жүктілік** кезінде диагностикаланса, мүмкіндік болса ұрықтағы немесе анасындағы бар патологиялық жағдайды анықтау мақсатында тиянақты ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) жүргізу керек (мысалы, ұрықтың даму ақауы немесе диагностикаланбаған плацентаның жағдайы). УДЗ сонымен қатар плацентаның орналасуын, қағанақ суының көлемін, ұрық салмағын анықтау және ұрық басының гипертензиясы кіндікбаудың патологиялық жағдайы немесе аяқпен келуі сияқты ұрықтың қолайсыз жағдайын диагностикалау үшін жүргізіледі. Бақыланбайтын зерттеулерде айтылғандай, тізе-кеуделік қалыпта болу ұрықтың толық айналуына және табиғи босану жолы арқылы асқынусыз босануға алып келеді. Ал бақыланатын зерттеулерде бұл әдіс жамбаспен келудің санының, кесар тілігі отасының жиілігінің және алғашқы 1 минуттағы Апгар шкаласының төмен көрсеткішінің аз ғана азаюына алып келген, бірақ, зерттеудің аз көлеміне байланысты бұл нәтижелер толық нәтижелі деп айтуға келмейді. бұл әдістің шындығында нәтижесі бар немесе жоқ екендігін анықтау үшін кең көлемді зерттеулер өткізілуі керек¹⁰³.

УДЗ: ұрық орналасуы, плацента орналасуы, кіндікбау орналасуы, қағанақ суының жағдайы, туа пайда болған даму ақауының болуы¹⁰⁴ және ұрық жамбаспен келген мерзімі жеткен жүктілікті жүргізу¹⁰⁵ сияқты маңызды ақпараттарды бере алады.

¹⁰²Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

¹⁰³Рекомендация № 161 вБюллетене АCOG поакушерскойпрактике: АCOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Practice bulletin No. 161: External cephalic version. 2016г. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26942387>).

¹⁰⁴Management of breech presentation at term RANZCOG 2001, reviewed July 2016. Рекомендация № 20 RCOG наружноакушерскомповоротениуменьшенииислучаевтазовогопредлежания: External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. RCOG guideline No.20a Reviewed 2010.

¹⁰⁵Bergenhengouwen, Lester; Vlemmix, Floortje; Ensing, Sabine. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology. 126(6):1223-1230, December 2015

Мерзімі жетпеген және жамбаспен келген жүктілікті жүргізу. Жүргізілген зерттеулерге сүйенсек, 1500гр салмаққа тең немесе одан асатын жаңа туылған нәрестелердің туылуы босандыру әдісіне байланысты емес. 31-35 апталық жүктілік мерзімінде босану әрекеті басталғаннан кейін ұрықтың таза жамбаспен келуі немесе аралас жамбаспен келуі кездескен жағдайда, ұрық массасы 1500гр-нан 2500гр-ға дейін болған жүкті әйелдерге жоспарлы қынаптық босандыру ұсынылуы керек¹⁰⁶.

**Ұрық салмағы
1500 гр-ға тең
немесе одан көп
болса**

**Ұрық салмағы
1500 гр-нан аз
болса**



Мерзімі жеткен және жамбаспен келген жүктілікті босандыру әдісі. Зерттеулер көрсеткендей, ұрықтың жамбаспен келуі кезінде босандыру стандарты кесар тілігі, егер ота жасау мүмкін болса. Дегенмен пациент таңдау себебіне, кесар тілігін жасау үшін қауіпсіз жағдай болуына, босанудың кеш кезеңіне, диагноз қою кезіндегі кезіндегі мүмкін қателіктерге байланысты, жамбаспен келген жүктілікте босануды табиғи жолмен жүргізу сұрағы әлі күнде дейін қаралып және зерттеліп жатыр^{107, 108}.

Жамбаспен келген кезіндегі табиғи босану жолмен босану. Ұрық салмағы 4000гр-нан көп және аралас немесе таза жамбаспен келу кезінде табиғи босану жолы арқылы босандыру ұсыну үшін нақты дәлелденген мәліметтер жоқ. Босандыру әдісін таңдау сұрағы маманның өз таңдауында қалады. Жамбаспен келген жүктілікте кесар тілігі отасы табиғи жолымен босандырумен салыстырғанда барынша қауіпсіз, және келесі жағдайларда ұсынылады:

- толық аяқпен келу;
- тар немесе деформацияланған жамбас;
- ірі ұрық;
- әйелдің жамбасы мен ұрықбасының сәйкескелмеуі салдыранына алдыңғы жүктілікте кесар тілігі;
- ұрық басының гиперэкстензиясы немесе шалқаюы^{109, 110}.

Жамбаспен келген кездегі перинатальды нәтижелер. Рандомизирленген клиникалық зерттеулерде сыртқы акушерлік бұрудың асқину қаупі жүкті әйел үшін нақты анықталмаған. Бұл процедура үшін ана үшін асқину қаупі мардымсыз. Ол көбінесе сыртқы акушерлік бұруды жеңілдету үшін қолданылатын дәрілік заттың жағымсыз әсеріне, сирек кездесе де мүмкін болатын плацентаның ажырауына байланысты. Ұрық үшін сыртқы акушерлік бұруды арнайы асқинулардың болуына байланысты инвазивті әдіспен теңестіруге болады. Бұл асқину ұрықтың гестациялық жасымен және бұру үшін қолданылатын әдіспен тығыз байланысты. Клиникалық бақылауларға сүйенсек, 37 аптаға

¹⁰⁶Berghenhenegouwen, Lester; Vlemmix, Floortje; Ensing, Sabine. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 126(6):1223-1230, December 2015

¹⁰⁷SOGC. *Advances in Labour and Risk Management Course*. 11th ed. Ottawa: SOGC, 2004

¹⁰⁸Lyons, Janet; Pressey, Tracy; Bartholomew, Sharon; More Delivery of Breech Presentation at Term Gestation in Canada, 2003–2011. *Obstetrics & Gynecology*. 125(5):1153-1161, May 2015

¹⁰⁹Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998, 105, 169-173

¹¹⁰Berghenhenegouwen, Lester; Vlemmix, Floortje; Ensing, Sabine. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 126(6):1223-1230, December 2015

дейін жасалған сыртқы акушерлік бұру әдісі жансыздандырумен жасалса және плацента жатырдың алдыңғы қабырғасында орналасса асқыну деңгейі жоғары болады^{111, 112}.



¹¹¹Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000

¹¹²SOGC. Advances in Labour and Risk Management Course. 11th ed. Ottawa: SOGC, 2004

1. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000
2. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. Br J Obstet Gynaecol, 1998, 105, 169-173
3. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 2
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9. RCOG Press, 2001
5. SOGC. Advances in Labour and Risk Management Course. 11th ed. Ottawa: SOGC, 2004
6. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов: руководство для акушеров и врачей. ВОЗ, Женева, 2007
7. Bakketeig L., Bergsjø P. Post-term pregnancy: magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. Effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press, 2000;765-775
8. Heimstad Runa et al. Induction of Labor or Serial Antenatal Fetal Monitoring in Postterm Pregnancy. A Randomized Controlled Trial, Obstetrics & Gynecology Vol. 109, No. 3, March 2007
9. Протокол диагностики и лечения «Переношенная беременность» одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2017 года, протокол №36
10. Видео ссылки:
11. <https://www.youtube.com/watch?v=O6rld5nyJIc>
12. <https://www.youtube.com/watch?v=UKzc0uxQOGQ>
13. Bergenhenegouwen, Lester; Vlemmix, Floortje; Ensing, Sabine. Preterm Breech Presentation: A Comparison of Intended Vaginal and Intended Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology. 2015
14. Lyons, Janet; Pressey, Tracy; Bartholomew, Sharon; More Delivery of Breech Presentation at Term Gestation in Canada, 2003–2011. Obstetrics & Gynecology. 2015
15. ACOG Committee Opinion No. 745 Summary: Mode of Term Singleton Breech Delivery. Obstetrics & Gynecology, 2018

3 БӨЛІМ. Жүктілік кезіндегі патологиялық жағдайлар

3 Тарау. Жүктілік кезіндегі патологиялық жағдайлар

Жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайлар, преэклампсия, эклампсия.

Резус-қайшылық

Анемия

Қант диабеті

Жүктілік кезіндегі инфекциялар

Тақырып 1. Жүктілік кезіндегі артериальды гипертензия



Жүктілік кезіндегі артериальды гипертензия

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Жүктілік кезіндегі гипертензиялық жағдайларды төмендегідей жіктеуге болады:

Созылмалы: жүктілікке дейін немесе жүктіліктің 20 аптасына дейін артериялық қан қысымының жоғары болуы. Жүктілік барысында созылмалы артериялық қан қысымы 1–5% асқынумен жүреді.

- **Гестациялық:** жүктіліктің 20 аптасынан кейін пайда болған гипертензия (әдетте 37 аптадан кейін) және босанғаннан кейін 6 аптаға дейін сақталады; ол жүктіліктің 5-10%, көбінесе егізжүктілікте байқалады.

Гипертензияның екі түрі де преэклампсия және эклампсиялық асқынуларға апарады, сондай-ақ ана аурулары мен өлімінің себебі болады. Соның ішінде :

- гипертониялық энцефалопатия
- инсульт
- бүйрек жеткіліксіздігі
- сол жақ қарынша жеткіліксіздігі
- HELLP синдромы (гемолиз, бауыр ферменттерінің деңгейінің жоғарылауы, сондай-ақ тромбоциттер құрамының төмендеуі).

Преэклампсия жүкті әйелдердің 3–7% кездеседі. Преэклампсия және эклампсия жүктіліктің 20 аптасынан кейін дамиды; 25% дейін босанғаннан кейінгі кезеңде кездеседі, әдетте, босанғаннан кейін алғашқы 4 (төрт) күн ішінде, бірақ кейде босанғаннан кейін 6 аптаға дейін сақталады. Емделмеген преэклампсия біраз уақытқа баяу ағыммен өтеді, содан кейін кенеттен эклампсияға ауысады, ол преэклампсиямен ауыратын 1/200 пациентте дамиды. Емделмеген эклампсия өліммен аяқталады¹¹³.

¹¹³Ссылка: <https://www.msmanuals.com/ru>

Преэклампсия кезінде ұрықтың өлімі немесе аурушандық қаупі жатыр плацентарлы қан ағымының төмендеуіне байланысты артады, бұл вазоспазм, өсудің шектелуі, гипоксия және плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуін тудыруы мүмкін.

Жүктілік кезіндегі гипертониялық жағдайларды анықтау

Созылмалы артериальды гипертензия: жүктілікке дейін диагноз қойылған немесе бірінші қабылдауда немесе жүктіліктің 20 аптасына дейін болған гипертензия.

Гестациялы (жүктілікпен шақырылған) гипертензия: жүктіліктің 20 аптасынан кейін алғаш пайда болған гипертензия, айқын протеинуриясыз.

Преэклампсия: жүктіліктің 20 аптасынан кейін алғаш пайда болған гипертензия, айқын протеинуриямен.

Ауыр преэклампсия: Ауыр гипертензиясы және/немесе симптомдары және/немесе гематологиялық ауытқулары бар преэклампсия.

Эклампсия: преэклампсиямен байланысқан құрысулы жағдайлар.

HELLP синдромы: гемолиз, бауыр ферменттерінің деңгейінің жоғарылауы және тромбоцитопения.

Әйелдер бірнеше кіші топтардың критерийлеріне сәйкес келуі мүмкін екенін ескеру қажет. Уақыт өте келе бір санаттан екінші категорияға ауысуы мүмкін.

Қорытынды диагноз тек қана ретроспективті түрде босанғаннан кейінгі кезеңде анықталады¹¹⁴. Кеш (20 аптадан кейін) келген әйелдерде созылмалы және гестациялық артериялық гипертензияны ажырату қиын. Қорытынды диагнозды тек босанғаннан кейінгі кезеңде ретроспективті түрде қоюға болады (созылмалы артериялық гипертензия босанғаннан кейін жойылмайды). Гипертонияның қауіп факторлары жоқ (семіздік, қант диабеті) жас әйелдер арасында созылмалы гипертензия гестациялық гипертензияға қарағанда әлдеқайда аз кездеседі.

Ауыр преэклампсия, эклампсия және HELLP синдромы ана өлімі мен сырқаттануының ең көп тараған себебі болып табылатын бұзылулар болып табылады. Уақытылы диагноз дұрыс емдеу үшін өте маңызды.

Резистентті гипертензияны жүктіліктің 20 аптасынан кейін қан қысымын бақылау үшін антигипертензивті препараттарға қажеттілік ретінде анықтау керек¹¹⁵. Дәрілік заттарды таңдау жеке жүргізіледі.

Созылмалы гипертензия; Жүктілікке дейін немесе алғашқы келген кезде немесе жүктіліктің 20 аптасына дейін пайда болған;
Гестационды (жүктілікпен шақырылған) гипертензия;
Преэклампсия: 20 аптадан кейін алғаш пайда болған, айқын протеинуриямен
Преэклампсия: Ауыр преэклампсия: Ауыр гипертензиялы преэклампсия немесе гемолитикалық синдром бұзылысымен
Эклампсия: Преэклампсиямен байланысқан құрысулы жағдай
HELLP синдромы: Преэклампсиямен байланысқан құрысулы жағдай
HELLP синдром: судорожное состояние, связанное с преэклампсией

1 бөлім. АРТЕРИАЛЬДЫ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериальды гипертензияның диагностикасы

Артериялық қысымды дұрыс өлшеу гипертонияны бағаламау немесе шамадан тыс диагностикалауды болдырмау үшін өте маңызды. Автоматтандырылған құрылғылар преэклампсиямен ауыратын әйелдерде қан қысымын төмендетуі мүмкін; Нәтижелерді сынапты сфигмоманометрдің көрсеткіштерімен салыстыру ұсынылады. ДДҰ жүкті әйелдерде қан қысымын өлшеу және протеинурияны диагностикалау бойынша нұсқауларды енгізді¹¹⁶.

¹¹⁴NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹¹⁵Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Dadds P; Hypertension Guideline Committee; Strategic training initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH) Scholars. Diagnosis, Evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2008 Mar; 30(3 Suppl):S1-48

¹¹⁶WHO document: detecting preeclampsia, a practical guide: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_92_3/en/index.html

3 кесте - Артериальды гипертензияның жіктелімі

Артериальды гипертензия	Диастолалық қысым(мм. с.б.)	артериальды	Систолалық артериальды қысым (мм. с. б.)
Орташа	90-109		140-159
Ауыр	≥ 110		≥ 160
Тұрақты	20 аптаға дейінгі жүктілік кезінде 3 гипертензияға қарсы препараттар қажет		

Ауыр артериялық гипертензия диагнозы екі рет өлшеу кезінде критерийлер расталғаннан кейін қойылады¹¹⁷. Гипертензияны диагностикалау медициналық ұйымдағы қан қысымын өлшеу көрсеткіштеріне негізделуі керек. Жүктілік кезіндегі гипертензия бір қолында 15 минуттық интервалмен кем дегенде екі өлшемнің орташа көрсеткішіне систолалық қан қысымы 140 мм.сын. бағ. жоғары ($\geq$) және/немесе диастолалық қан қысымы ($\geq$) 90 мм.сын. бағ. жоғары болуына сүйене отырып анықтау керек. Транзиторлы гипертензия систолалық артериялық қысым ($\geq$) 140 мм.с.б жоғары немесе диастолалық артериялық қысым ($\geq$) 90 мм.с.б., жоғары, бұл демалғаннан кейін немесе осы немесе кейінгі қайта өлшенгенде анықталмайды. Бұзылуларды емдеу ауырлық дәрежесіне байланысты өзгереді^{118, 119}.

Созылмалы артериальды гипертензия

Созылмалы артериальды гипертензия – жүктілікке дейін немесе дәрігерге бірінші рет барғанда немесе жүктіліктің 20 аптасына дейін диагноз қойылған гипертензия. Гипертензия анықталғаннан кейін қайталама гипертензия мен органдардың зақымдануын тексеру қажет.

Тексеру алгоритмі.



• Этиологияны анықтау қажет: ауру тарихын, белгілерін зерттеу, қосымша тексерулер жүргізу. Жүктіліктің ерте кезеңінде антенаталды күтімнің негізгі талдауларын жасау керек. Қосымша тексерулер медицина қызметкерінің қалауы бойынша жүргізілуі

мүмкін.

• Созылмалы артериялық гипертензиясы бар барлық әйелдерде бірінші рет барған кезде бүйрек қызметін зерттеу қажет: сарысулық креатинин, сарысулық калий және жалпы зәр анализі. Ұрықтың даму параметрлерін тексеріңіз және қадағалау керек¹²⁰.

• Әйелге созылмалы артериялық гипертензияның жағымсыз нәтижелердің жоғары қаупімен байланысты екенін хабарлау қажет: мерзімі жеткен жүктілік кезінде жүретінілеспелі прэклампсия (20%), мерзімінен бұрын босану (33% жуық), қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауы (1,8%), ұрықтың құрсақ ішілік дамуының кідіруі (15%), өлі туылу (36 аптаға 0,1% (бұл төмен қауіпті жүктілік кезіндегі 41 аптадағы тәуекелге тең) және жаңа туған нәрестелерді қарқынды емдеу бөліміне ауыстыру (50% дейін). National Institute for Health

¹¹⁷ASSHP Consensus Statement, 2000.RCOG, 2006

¹¹⁸NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹¹⁹The Management of Hypertension in Pregnancy – Clinical Practice Guideline – Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College College Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version, May 2016

¹²⁰NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

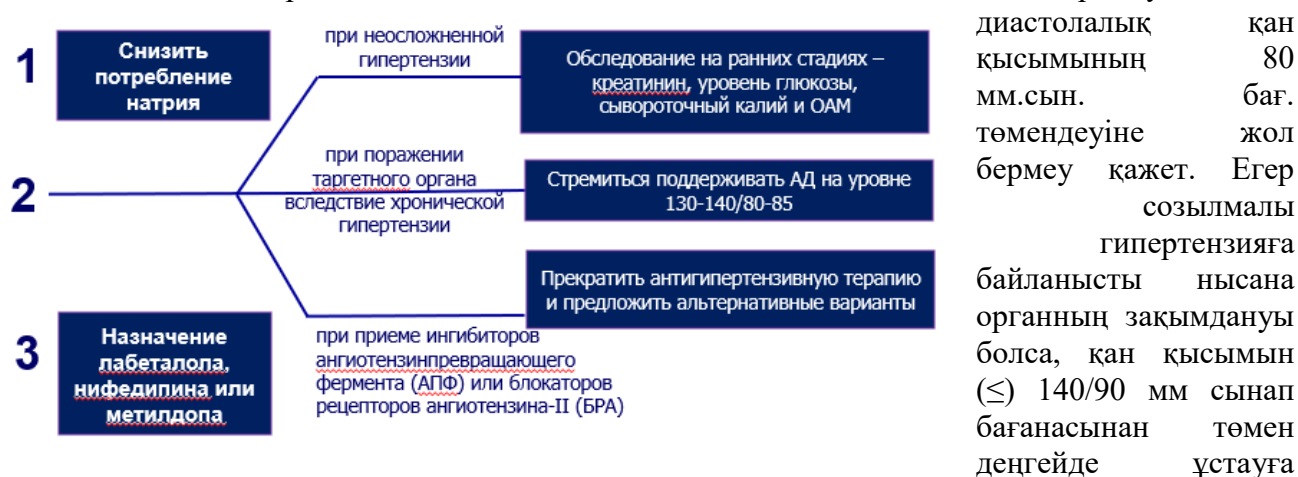
and Care Excellence (NICE) нұсқаулығы қазірдің өзінде тағайындалған емдеуге, жанама әсерлерге және дәрілік тератогенділікке байланысты емдеуді ұсынады.

- Әйелге жүктілік кезінде ангиотензин түрлендіретін фермент (АПФ) тежегіштерін немесе ангиотензин рецепторларының блокаторларын (БРА) қабылдау кезінде ұрықтың туа біткен ауытқулары мен неонатальды асқынулар қаупінің жоғарылауы туралы хабарлау қажет.

Созылмалы артериальды гипертензия.

Натрийді тұтынуды күнделікті қажеттілікке 3-5 граммға дейін азайту керек.

Асқынбаған гипертензия кезінде қан қысымын 150/100 мм.сын. бағ. жоғарылауына және



қажет. Лабеталол, нифедипин немесе метилдопа созылмалы гипертензияға арналған дәрілік терапияның бірінші кезегі болып табылады. Ангиотензин түрлендіретін фермент (АПФ) тежегіштерін немесе ангиотензин-II рецепторларының блокаторын (БРА) қабылдайтын әйелдерде гипертензияға қарсы терапияны тоқтатып және оларға жоғарыда аталған балама препараттарды ұсыну керек.

Созылмалы артериялық гипертензиямен ауыратын әйелдің босану уақыты. Созылмалы артериялық гипертензиясы бар әйелдер үшін босану мерзімі туралы арнайы дәлелдер жоқ. Созылмалы артериялық гипертензиясы бар әйелдердің босану мерзіміне қатысты NICE¹²¹ олардың гестациялық артериялық гипертензиясы бар әйелдермен бірдей болуы керек екенін көрсетеді, ал протеинурия дамыған жағдайда емдеу презклампсиямен ауыратын әйелдер үшін сипатталғандай болады. NICE нұсқаулығына сәйкес, «егер қан қысымы антигипертензивті емдеу кезінде ($\leq$) 160/110 мм сын.бағ. төмен болса немесе 37 аптаға дейін болмаса, мұқият бақылау мүмкін болмайтын жағдайларды қоспағанда, босануды ұсынбау керек».

Егер қан қысымы ($\geq$) 160/110 мм.сын. бағ. жоғары болса және емдеу нәтижесіз болғанда жүкті әйелді босандыру қажет. Егер жүктілік мерзімі ($<$) 34 аптадан төмен болса, кортикостероидтармен емдеу курсын өткізу керек. Егер артериальды қан қысымы ($\leq$) 160/110 мм.сын.бағ төмен және жүктілік мерзімі ($<$) 37 аптадан төмен болса - босану индукциясын жасау қажет емес (бірақ бақылауда ұстау қажет). Егер артериальды қан қысымы ($\leq$) 160/110 мм.сын.бағ төмен және жүктілік мерзімі ($>$) 37 аптадан жоғары болса - әйелдің қауіп тобын және жеке емдеу жоспарын ескере отырып босану уақытын шешу.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)¹²² мәліметтері бойынша созылмалы артериялық гипертензиясы бар әйелдерге, ана мен ұрыққа қауіп төнбеген жағдайда толық 38 аптаға дейін босану ұсынылмайды. Қарастырылатын факторлар-бақылау мүмкіндігі, ананың жағдайының сипаттамалары және қауіп факторлары (жатыр мойнының жағдайы, ананың жасы, алдыңғы жүктілік және т.б.).

Созылмалы артериясы бар әйелдерді босанғаннан кейінгі тексеру және емдеу жоспары.

¹²¹NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹²²American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

Nice¹²³ нұсқаулығына сәйкес, метилдопаны босанғаннан кейінгі кезеңде гипотензивті терапия ретінде қолдануға болмайды, өйткені кейбір зерттеуде мұндай емдеудің босанғаннан кейінгі депрессия қаупімен байланысы анықталды. Босанғаннан кейін гипертензияны емдеуді жалғастыру керек (егер тиісті емдеу жүргізілсе) және қан қысымы ($\leq$) 140/90 мм сынап бағанасынан төмен деңгейде ұстау керек. Гипертензияға қарсы емнің нәтижелерін босанғаннан кейін екі аптадан кейін бағалау керек. Егер қан қысымы ($\leq$) 140/90 мм.сын. бағ. төмен болса, препараттың дозасын төмендетіп және гипертензияның сақталуын бақылауда ұстау қажет¹²⁴.

Гестационды артериальды гипертензия

Жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін пайда болған, көптеген органдардың бұзылуының белгілері жоқ және босанғаннан кейін 6-8 апта ішінде жоғалатын гипертензия. Жүктіліктен туындаған жеңіл және орташа гипертензия ана мен ұрық үшін төмен қауіп болып табылады. Ауруханаға жатқызу және төсектік тәртіп ұсынылмайды.

Егер гестационды артериялық гипертензияға протеинурия қосылса, ананың немесе ұрықтың жағдайындағы кез келген өзгерістерді уақытылы анықтау үшін жүкті әйелді бағалау және мұқият бақылау үшін ауруханаға жатқызу қажет. Пайда болатын қауіп-қатер жүктілік мерзіміне және преэклампсияның дамуына байланысты болады. Жүктіліктің ерте кезеңінде (34 аптаға дейін) пайда болатын гестациялық артериялық гипертензия преэклампсияның жоғары қаупімен (35%) байланысты, сондықтан әйел мен ұрықты мұқият бақылауды қажет етеді. Орташа алғанда, преэклампсияға өту қаупі шамамен 5 апта ішінде жүреді (мүмкін одан тезірек)^{125, 126}. Төменде гипертензияның ауырлығына байланысты тексеру жоспары көрсетілген кесте берілген¹²⁷.

4 кесте - артериялық гипертензияның ауырлығына байланысты жүкті әйелдерді тексеру

Гипертензия дәрежелері	Орташа (140-159/99-109)	Ауыр ($\geq 160/110$)
Артериальды қысымды өлшеу	Аптасына кемінде 2 рет	Күніне кемінде 4 рет
Протеинурияға талдау	Сынақ жолағы арқылы әр келген сайын: немесе зәрдегі ақуыз/ креатинин қатынасын талдау	Күнделікті сынақ жолағы арқылы: немесе зәрдегі ақуыз/ креатинин қатынасын талдау
Қан талдауы	Бүйрек функциясын талдау, электролиттер, ОАК, трансаминазалар, билирубин Егер протеинурия анықталмаса, одан әрі қан анализін тағайындау қажет етпейді	Бірінші рет барғанда, содан кейін апта сайын: бүйрек қызметін талдау, ЖҚА, трансаминазалар, электролиттер, билирубин

¹²³NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹²⁴Redman CW, Beilin LJ, and Bonnar J. Treatment of hypertension in pregnancy with methyl dopa: blood pressure control and side effects. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1977; 84:(6)419-26

¹²⁵Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Dadds P; Hypertension Guideline Committee; Strategic training initiative in Research in the Reproductive Health Sciences (STIRRH) Scholars. Diagnosis, Evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2008 Mar; 30(3 Suppl):S1-48

¹²⁶The Management of Hypertension in Pregnancy – Clinical Practice Guideline –Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College College Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version, May 2016

¹²⁷NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

Медициналық ұйымда тиімді емдеуден кейін амбулаториялық бақылаудағы жүкті әйелдерге мыналар ұсынылады:

- 32 аптаға дейін жеңіл гипертензиямен немесе преэклампсия қаупі жоғары болса, аптасына екі рет қан қысымын өлшеу және зәр анализі.

- міндетті гипотензивті терапия аясындағы ауыр гестациялық артериялық гипертензиямен ($\geq 160/110$) апта сайын қан анализі және аптасына екі рет қан қысымын өлшеу, зәр анализі.

Қан қысымының кенеттен және күрт төмендеуінен аулақ болу керек, бұл ұрықтың қанмен қамтамасыз етілуін бұзуы мүмкін, сондықтан ұрықтың жүрек соғу жиілігін бақылау және терапияға жауабымен, реакциясына байланысты терапияны өзгерту қажет. Преэклампсия мен эклампсияның барлық жағдайларында бірдей принциптерді сақтау керек.

Ауыр систолалық гипертензия - жүктілік кезінде инсульттің дамуының тәуелсіз қауіп факторы (преэклампсиялық церебральды қан айналымының ерекше сезімталдығына байланысты). Осы себепті оны мүмкіндігінше тезірек емдеу керек. Ұрықтың жүрек соғуын бақылау ананың қан қысымы тұрақталғанға дейін жүйелі түрде жүргізілуі керек^{128, 129, 130}.

Жүктілік кезіндегі гипертензиялық бұзылуларды диагностикалау, бағалау және емдеу туралы шолуда гипертензияға қарсы терапия преэклампсияның немесе жағымсыз нәтижелердің алдын алмайды, бірақ ауыр гипертензия қаупін екі есе азайтады¹³¹.

Жүктілік кезінде ауыр артериялық гипертензияға қарсы препараттарды таңдау және енгізу әдісі туралы ДДҰ сарапшылары оңтайлы дәрілік терапия гидралазин, альфа-метилдопа, бета-блокаторлар (лабеталолды қоса) және нифедипин екенін атап өтті.

Қауіпсіздік мақсатында ангиотензин түрлендіретін фермент ингибиторларын, ангиотензин рецепторларының блокаторларын, сондай-ақ натрий нитропруссидін қолданудан аулақ болу керек. Гидралазинді парентеральды енгізу ананың гипотензия қаупін арттыруы мүмкін (систолалық қан қысымы 90 мм.сын. бағ.немесе одан аз), ал лабеталолды парентеральды енгізу жаңа туған нәрестеде брадикардияны тудыруы мүмкін және демікпесі немесе жүрек жеткіліксіздігі бар әйелдерге қолдануға болмайды.

Жедел ауыр гипертензияны жедел емдеу үшін көктамыр ішіне қол жетімділік болмаған жағдайда, 200 мг лабеталолды пероральды енгізуге болады және бұл дозаны ем нәтижесіз болған кезде 30 минуттан кейін қайталауға болады. Нифедипин сублингвальды емес,

¹²⁸NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹²⁹WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014 Chen Z., Zhang G., Lerner A., et al. Risk factors for poor outcome in posterior reversible encephalopathy syndrome: systematic review and -analysis. Quant Imaging Med Surg. 2018; 8(4): 421–432

¹³⁰Chen Z., Zhang G., Lerner A., et al. Risk factors for poor outcome in posterior reversible encephalopathy syndrome: systematic review and -analysis. Quant Imaging Med Surg. 2018; 8(4): 421–432 Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145. <http://isshp.org/wp-content/uploads/2011/08/diagnosis-evaluation-and-management-of-the-hypertensive-disorders-of-pregnancy.pdf>

¹³¹Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145. <http://isshp.org/wp-content/uploads/2011/08/diagnosis-evaluation-and-management-of-the-hypertensive-disorders-of-pregnancy.pdf> Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 514: emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension With Preeclampsia or Eclampsia. Obstet Gynecol 2011 Dec; 118(6):1465-8

пероральды енгізіледі. Жалпы, жедел ауыр гипертензия жағдайында гипертензияға қарсы емдеу режимдері бірқатар құжаттарда ұсынылады^{132, 133, 134}.

Қиын жағдайда бірінші кардиотокография (КТГ) көмегімен ұрықтың жағдайын бағалау қажет, бұл стресстік емес сынақ және көптеген медициналық ұйымдарда ұрық мониторингінің негізі болып табылады¹³⁵. Жүктіліктің кеш кезеңіндегі немесе преэклампсиямен ауыратын әйелдер кардиотокографиямен ұрықтың жағдайын бағалауды қайта жүргізуі керек, егер:

- ұрықтың қозғалысының өзгеруі;
- қынаптық қан кетулер;
- іштегі ауырсыну;
- ананың жалпы жағдайының нашарлауы.

Гестационды артериялық гипертензиямен босану уақыты

Егер қан қысымы ($\geq$) 160/110 мм.сын. бағ. жоғары болса және емдеуге болмайды:

- босануды ұсыну;

- егер жүктілік мерзімі ($<$) 34 аптадан кем болса, кортикостероидтар курсын жасау керек

егер қан қысымы ($\leq$) 160/110 мм.сын. бағ. төмен болса және жүктілік мерзімі ($<$) 37 аптадан кем болса:

- босануды индукциялауға ешқандай көрсеткіш жоқ (бірақ бақылау қажет)

егер қан қысымы ($\leq$) 160/110 мм.сын. бағ. төмен болса және жүктілік мерзімі ($>$) 37 аптадан асса:

- әйелдің жеке сипаттамалары мен қауіп факторларын талқылау және босану уақытын анықтау¹³⁶.

37 аптадан кейін шешім қабылдау кезінде ескеру қажет факторлар: бақылау мүмкіндігі, ананың сипаттамалары және қауіп факторлары (жатыр мойнының жағдайы, ананың жасы, алдыңғы жүктілік және т.б.).

Гестационды артериялық гипертензияны емдеу

Жеңіл гестационды артериялық гипертензияға арналған гипертензияға қарсы терапия ауыр гипертензияның дамуына жол бермейді, бірақ преэклампсияның даму қаупіне әсер етпейді. Сондай-ақ, терапияның перинаталдық аурушандық пен өлім-жітімге, мерзімінен бұрын босану немесе гестациялық жастағы кішкентай балалардың туылу қаупіне әсері анықталмаған¹³⁷. Екінші жағынан, емдеу ұрықтың өсуінің тежелу қаупін арттыруы мүмкін.

Қолданыстағы ұсыныстар

ACOG, 2013: тек ауыр гипертензияны емдеу керек.

ВОЗ, 2014: ауыр гипертензиясы бар әйелдер жүктілік кезінде гипотензивті препараттарды қабылдау керек.

NICE, 2018: орташа гипертензияны лабеталолмен (немесе балама ретінде нифедипин мен метилдоппен) емдеу. Мақсаты-систолалық артериалды қан қысымы ($<$) 150 мм.сын. бағ. төмен және диастолалық 80-100 мм.сын. бағ. арасында болуды қолдау. Ауыр гипертензияны емдеу қан қысымы ($\geq$) 160/110 мм.сын. бағ. жоғары барлық әйелдер үшін міндетті болып табылады. Қан қысымының кенеттен және күрт төмендеуінен аулақ болу керек, бұл ұрықтың қанмен қамтамасыз етілуіне кедергі келтіруі мүмкін. Ұрықтың жүрек соғу жиілігін және жүкті әйелдің терапияға реакциясын үнемі қадағалап отыру, қан қысымының төмендеуіне көз жеткізу және оған жауап ретінде терапияны өзгерту. Босанғаннан кейінгі кезеңде антенаталды антигипертензивті терапияны жалғастыру керек, егер қан қысымы ($<$) 140/90 мм.сын. бағ.

¹³²Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no. 514: emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension With Preeclampsia or Eclampsia. Obstet Gynecol 20011 Dec; 118(6):1465-8

¹³³Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, on behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145 Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Hypertensive disorders of pregnancy. August 2010

¹³⁴Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Hypertensive disorders of pregnancy. August 2010

¹³⁵Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006

¹³⁶NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹³⁷Enkin MW et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. OxfordUniversityPress, 3rd edition, 2000

төмен болса оны азайту керек. Жүктілік кезінде гипертензияға қарсы препараттарды қабылдамаған әйелдер қан қысымы ($>$)149/99 мм.сын. бағ. жоғары болса, емдеуді бастауы керек (босанғаннан кейінгі гестациялық гипертензияны емдеуге қатысты NICE нұсқаулары).

NICE ұсыныстары бойынша: метилдопа мен депрессияның ықтимал байланысын атап өтіп, босанғаннан кейінгі депрессияның пайда болу қаупін ескере отырып, мүмкіндігінше метилдопаны қолданудан аулақ болу ұсынылады.

2 бөлім. ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия-бұл гипертензиямен және ананың және/немесе ұрықтың бір немесе одан да көп жүйесінің қатысуымен сипатталатын көп жүйелі бұзылысы.

Преэклампсия барлық жүкті әйелдердің 3% дамиды, дүние жүзінде жыл сайын 100 000 әйелдің өлімінің себебі болып табылады, бұл ана өлімінің негізгі үш себебінің бірі¹³⁸. 25% жағдайда дене салмағы төмен (<1500 г) балалардың туылуымен және 15% жағдайда мерзімінен бұрын босанумен бірге жүреді. Ана үшін қауіп салдары-эклампсияның дамуы, бүйрек және бауыр жеткіліксіздігі, өкпе ісінуі, бас ми ісілігі қан кетулер және т. б.

Преэклампсияның қауіп факторлары^{139, 140, 141, 142}



- жасөспірімдердің жүктілігі және 40 жастан асқан;
- алдыңғы жүктіліктегі преэклампсия;
- 10 жылдық бедеулік, көмекші репродуктивті технологиядан кейінгі жүктілік (ВРТ);
- семіздік;
- созылмалы артериялық гипертензия;
- қант диабеті;
- сәтті жүктілік пен босану тарихының болмауы;
- алғашқы жүкті әйелдер;
- гипер плацентацияға және ірі плацентаның дамуына әкелетін аурулар (көп жүктілік).

Преэклампсияны диагностикалау критерийлері: артериялық гипертензия, зәрдегі ақуыз ($>$) 0.3 г көп /тәулік $\pm$ ісіну.

Ауыр преэклампсияны диагностикалау критерийлері: ауыр гипертензия + протеинурия немесе кез келген ауырлық дәрежесіндегі гипертензия + протеинурия + келесі белгілердің бірі:

¹³⁸Учебный пакет ВОЗ по эффективной перинатальной помощи (ЭПП) 2е издание, 2015 год

¹³⁹Phipps E, et al. Clin J Am Soc Nephrol. 2016;11(6):1102-13; Bartsch E, et al. BMJ. 2016;353:i1753

¹⁴⁰O'Gorman N. et al. Multicenter screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation: comparison with NICE guidelines and ACOG recommendations //Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. – 2017

¹⁴¹Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145

¹⁴²NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

- * жоғары протеинурия (5 г/24 сағат немесе $\geq 3+$);
- * бас ауруы, көру қабілетінің бұзылуы;
- * төс сүйегінің астындағы немесе оң жақ қабырғаның астындағы ауырсыну;
- * қандағы ферменттердің концентрациясының жоғарылауы (АСАТ, АЛАТ, ЛДГ);
- * тромбоцитопения 100 000/микролитрден аз¹⁴³;
- * HELLP синдромы;
- * олигурия (4 сағат үшін <100 мл немесе 24 сағат үшін <500 мл);
- * өкпе ісінуі;
- * ұрықтың жеткіліксіз өсуі;
- * беттің, қолдың немесе аяқтың кенеттен ісінуі;
- * плацентаның бөлінуі;
- * ДВС.

Зәрдегі ақуызды анықтау. Сынақ жолағы арқылы протеинурияны бағалаудың болжамды мәні төмен, шамамен эквиваленттілігі: 1+=0,3 г/л, 2+=1г/л және 3+=3г/л. Жедел босанудың клиникалық көрсеткіштері болған жағдайларды қоспағанда, маңызды протеинурияны растау үшін тәуліктік зәрді зертханалық зерттеу ұсынылады. Айқын протеинурия-тәуліктік зәрдегі 300 мг-нан астам ақуыз, креатинин деңгейі (>)30 мг/ммольден жоғары. Протеинурия дәрежесі ана мен ұрық үшін болжамды нәтиже факторы емес. Осы себепті, массивті протеинурия (>5 г) ауыр преэклампсия белгілерінен алынып тасталды, сондықтан оны бір рет диагностикалау арқылы протеинурияға қайталама сынақтар жүргізудің қажеті жоқ^{144, 145}. Зәр шығару жолдарының инфекцияларын болдырмау керек^{146, 147, 148, 149}.

Ісіну. Шамадан тыс ісіну гипертониялық жағдайлардың диагностикалық критерийі емес. Ісінудің жоғарылауы емдеуді анықтайтын симптом емес. Тек кенеттен және/немесе жалпыланған ісіну преэклампсияның диагностикалық маңызды критерийі болып табылады. Қол мен аяқтың ісінуі-бұл қан айналымының ұлғаюына және жүктілік кезінде салмақтың өсуіне қалыпты физиологиялық жауабы (жүкті әйелдердің 50-80%). Кез-келген ісінуді преэклампсияның диагностикалық критерийі ретінде қарау дұрыс емес диагноз қоюға әкеледі^{150, 151}.

Жүктілік кезіндегі гипертензияға арналған АСОГ (2013)¹⁵² шолуына сәйкес, жоғарыда аталған белгілердің кез келгені преэклампсияның ауыр симптомы болып табылады. Тромбоцитопения (тромбоциттер саны) және бауыр функциясының бұзылуы (бауыр ферменттерінің концентрациясының екі еселенген деңгейіне дейін қалыптан тыс жоғарылауы), баламалы диагноздармен түсіндірілмейтін, дәрі-дәрмектермен тоқтатылмайтын эпигастрий аймағының ауырсыну ықтималдығын ескеру қажет. Қан сарысуындағы креатинин деңгейі 1.1 мг/дл-ден жоғары болған кезде немесе бүйректің басқа аурулары болмаған кезде креатинин деңгейінің екі есе жоғарылауы болған кезде бүйректің прогрессивті жеткіліксіздігінің ықтималдығын ескеру қажет. Преэклампсияның синдромдық сипатын

¹⁴³American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

¹⁴⁴WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014

¹⁴⁵American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

¹⁴⁶NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹⁴⁷American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

¹⁴⁸Brown M.A., Magee M.A., Kenny L.C., et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. Hypertension. 2018; 72:24-43

¹⁴⁹Tochio A., Obata S., Saigusa Y., et al. Does pre-eclampsia without proteinuria lead to different pregnancy outcomes than pre-eclampsia with proteinuria? J Obstet Gynaecol Res. 2019; 45(8): 1576-1583

¹⁵⁰Enkin MW et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000

¹⁵¹Dong X., Gou W., Li C., et al. Proteinuria in preeclampsia: Not essential to diagnosis but related to disease severity and fetal outcomes. Pregnancy Hypertens. 2017; 8: 60-64. DOI: 10.1016/j.pre

¹⁵²American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

мойындай отырып, АСОГ мәліметтері бойынша, егер осы белгілердің бірі қан қысымының жоғарылауымен бірге жүрсе, преэклампсияны диагностикалау және оны протеинурия болмаса да дұрыс емдеу қажет. Ауыр жағдайларда, науқастың жағдайын жиі бағалап тиісті түрде емдеу керек.

Жүкті әйелдерде (атап айтқанда, жоғары қауіпті әйелдер, мысалы, бұрын преэклампсия, гипертензия, диабетиктер, жас және т. б.) аталған белгілердің кез келгені пайда болған кезде (қатты бас ауруы; көздің алдында бұлыңғырлануы немесе "шыбындардың" жыпылықтауы сияқты көру проблемалары; өткір оң қабырға астындағы ауырсыну, құсу; беттің, қолдың немесе аяқтың, белдің кенеттен ісінуі) медициналық маманға шұғыл түрде жүгінуі керек.

Преэклампсиядан ауыр преэклампсияға дейінгі даму өте тез, кейде бірден пайда болуы мүмкін.

Преэклампсиямен босану уақыты

Босану жақсы жоспарланған және оңтайлы уақытта ең жақсы жерде, ең жақсы жолмен, ең жақсы мамандар тобының қатысуымен жүргізілуі керек.

Ауыр преэклампсия мен ұрықтың өміршеңдігі үшін 34 аптаға дейін, егер ананың емделуге төзімді гипертензиясы, ананың мүшелерінің дисфункциясы немесе ұрықта дистресс синдромы болмаса және белгілі бір уақытта бақылау мүмкін болса күтілетін тактика ұсынылады. Күту тактикасы әйелді үшінші деңгейдегі босану орталықтарында жаңа туған¹⁵³ нәрестелерге қарқынды көмек көрсету бөліміне жатқызуды және мыналарды қамтиды:

- ұрықтың дистресс синдромының (СДР)алдын алу үшін стероидтарды енгізумен стационарлық емдеу;
- магний сульфаты (қажет болса);
- гипертензияға қарсы препараттар (қажет болса);
- босану көрсеткіштерін анықтау үшін ана мен ұрықтың жағдайын мұқият бақылау.

Преэклампсия үшін ұсынылған профилактикалық шаралары:

кальций: ДДСҰ-ның пікірінше, қолда бар дәлелдер кальцийді қосымша қабылдау кальцийді тұтынудың жетіспеушілігін толтыра отырып, преэклампсияның даму қаупін азайтады деген гипотезаны қолдайды; бұл жағдайда кальцийді қосымша қабылдау емдеу әдісі болып табылмайды. Кальцийді жеткілікті мөлшерде қабылдайтын популяцияда кальцийді қосымша қабылдау жүктілік кезінде преэклампсиямен және гипертониялық бұзылулармен байланысты нәтижелерді жақсартпайды^{154, 155}.

аспирин (ацетилосалицил қышқылы): Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)қоғамының ұсыныстарына сәйкес, 2008: жоғары қауіпті әйелдер арасында (NNT 19, 95% CI 13–34), 16 аптаға дейін күніне (>) 80мг-ден жоғары дозада; және ұйықтар алдында қабылдаған кезде аспирин преэклампсия жағдайларының жиілігін төмендетуде тиімді препарат болған. Аспиринді босанғанға дейін жалғастыруға болады. Аспириннің төмен дозасы төмен тәуекел тобындағы босанбаған әйелдерде преэклампсияның даму қаупін төмендетпейді (RR 0.93; 95% CI 0.81–1.08). Терапегендік немесе басқа қысқа немесе ұзақ мерзімді педиатриялық әсерлер туралы деректер жоқ¹⁵⁶.

Нисе нұсқаулығы аспиринді жүктіліктің 12-ші аптасынан бастап 75 мг-дан бастауды ұсынады. АСОГ бірінші триместрдің соңынан бастап төмен дозалы аспиринді (60-80 мг) ішуді ұсынады. ДДҰ мәліметтері бойынша, төменде келтірілген бір немесе бірнеше қауіп факторлары бар әйелдер преэклампсияның даму қаупіне жатады: алдыңғы преэклампсия, қант

¹⁵³NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹⁵⁴WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014

¹⁵⁵Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, (8)

¹⁵⁶Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145. <http://isshp.org/wp-content/uploads/2011/08/diagnosis-evaluation-and-management-of-the-hypertensive-disorders-of-pregnancy.pdf>.

диабеті, созылмалы артериялық гипертензия, бүйрек аурулары, аутоиммунды аурулар және бірнеше жүктілік^{157, 158, 159, 160}.

Прееклампсия үшін ұсынылмаған профилактикалық шаралар

Төсектік тәртіп: ауруханаға жатқызылған әйелдердегі қатаң және қатаң емес төсектік тәртіп және РКЗ (рандомизацияланған клиникалық зерттеулер) кезіндегі күнделікті үй әрекеттеріндегі әйелдерді салыстыру эклампсияның, перинаталдық өлімнің және жаңа туған нәрестелердің реанимация бөліміне орналастырудың айтарлықтай айырмашылықтарды таппады.

Тұзды тұтыну: тұзды тұтыну бойынша прееклампсия, перинаталдық өлім-жітім, неонатальды реанимация бөліміне орналастыру үшін маңызды айтарлықтай айырмашылықтар анықталған жоқ.

- D дәрумені: ДДҰ жұмыс тобы жүктілік кезінде прееклампсияның алдын-алу үшін D дәруменін қабылдауды ұсынбайды¹⁶¹.

- Диуретиктер: прееклампсияның және оның асқынуларының алдын алу құралы ретінде диуретиктерді (әсіресе тиазидтер қатарын) қабылдау ұсынылмайды¹⁶².

3 бөлім. ЭКЛАМПСИЯ

Прееклампсия белгілері бар құрысулар эклампсияның болуын көрсетеді. Ұстамалар гипертензия дәрежесіне қарамастан пайда болуы мүмкін. Оларды болжау қиын және әдетте бас ауруы немесе көру қабілетінің бұзылуы болмаған кезде болады. Олар босанғаннан кейін әйелдердің 25% кездеседі, клиникалық тұрғыдан үлкен эпилепсиялық ұстамаға ұқсас. Эпилепсиялық ұстама сияқты тез реттілікпен қайталануы мүмкін, тіпті өлімге әкелуі мүмкін.

Егер әйел жалғыз болса және құрысулардың салдары оның жиілігіне байланысты бірнеше минутқа немесе сағатқа созылатын комаға дейін айналуы мүмкін Медициналық ұйымдарда эклампсиямен ауыратын науқастарды басқаруға қажетті жабдық болуы керек¹⁶³.

Құрысуларды бақылау.

Әйелді жалғыз қалдырмаңыз, көмекке шақырыңыз. Ұстамалардан кейінгі құсу аспирациясы әйел мен ұрықтың өліміне әкелуі мүмкін. Әйелді сол жағына қойып, оттегін беріңіз. Тыныс алу жолдары мен тыныс алу жағдайларын бағалаңыз және тамыр соғу жиілігімен қан қысымын тексеріңіз. Құрысуға қарсы терапияның негізгі факторы- құрысуға қарсы препараттарды тұрақты енгізу. Ауруханаға жатқызылған әйелдердегі құрысулар көбінесе емделмегендіктен болады. Магний сульфаты-ауыр прееклампсия мен эклампсиядағы құрысулардың алдын алу және емдеу үшін таңдаулы препарат болып саналады.

Эклампсияда магний сульфатына балама ретінде диазепамды, фенитоинді қолданбаңыз. Магний сульфаты Д баллдан төмен балалардың пайызын және ерекше күтім қорабында болу ұзақтығы 7 күннен асатын иазепам мен фенитоинмен салыстырғанда Апгар баллы 5 минут ішінде 7 балалардың санын айтарлықтай төмендетеді¹⁶⁴. Егер магний сульфаты болмаса, диазепамды қолдануға болады. Диазепамның бір реттік дозасы жаңа туған нәрестелерде тыныс алудың бұзылуын сирек тудырса да, ұзақ, үздіксіз көктамыр ішіне енгізу жатыр-плацентарлы ишемияның әсерінен зардап шегетін балаларда тыныс алу

¹⁵⁷Loussert L. et al. Aspirin for prevention of preeclampsia and fetal growth restriction //Prenatal Diagnosis. – 2020

¹⁵⁸NICE «Hypertension in pregnancy: diagnosis and management» 2019. URL:<https://www.nice.org.uk/>

¹⁵⁹Fox R. et al. Preeclampsia: risk factors, diagnosis, management, and the cardiovascular

¹⁶⁰Cui Y., Zhu B., Zheng F. Low-dose aspirin at ≤ 16 weeks of gestation for preventing preeclampsia and its maternal and neonatal adverse outcomes: A systematic review and meta-analysis //Experimental and therapeutic medicine. – 2018

¹⁶¹Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи как средству формирования позитивного опыта беременности, 2017

¹⁶²WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2014

¹⁶³Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2007

¹⁶⁴Duley L, Henderson-Smart D. Magnesium sulphate versus diazepam for eclampsia. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003

депрессиясының қаупін арттырады және ерте босануға әкеледі^{165, 166}.



Бұлшықетке енгізу

Бастапқы доза	4 г 20% магний сульфатын вена ішіне 5 минут ішінде енгізу, сосын 10 г 50% магний сульфатын (немесе 5 г-нан әр жамбасқа 1 мл 2% лидокаинмен бірге) енгізу
Демеуші доза	5 г 50% магний сульфатын 1 мл 2% лидокаинмен бірге бұлшықетке терең әр 4 сағ сайын енгізу

Көктамыр ішіне енгізу

Бастапқы доза	4 г 20% магний сульфатын вена ішіне 5 минут ішінде енгізу(20 минутқа дейін, әртүрлі протоколдарға сәйкес)
Демеуші доза	1 г –нан 24 сағат бойы

¹⁶⁵ WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014

¹⁶⁶ Pascoal A.C.F., Katz L., Pinto M.H., et al. Serum magnesium levels during magnesium sulfate infusion at 1 gram/hour versus 2 grams/hour as a maintenance dose to prevent eclampsia in women with severe preeclampsia: A randomized clinical trial. Medicine (Baltimore). 2019; 98(32)

✓ **Бақылау:**

- ✓ сананың сақталуы
- ✓ тізе рефлексі
- ✓ тыныс алу жиілігі(минутына 16 реттен жоғары болуы шарт)
- ✓ зәрдің шығуы (сағатына 20-30 мл төмен болмауы шарт)
- ✓ магний сульфатының антидоты-10% кальций глюконатты (10 минут ішінде) енгізу,

қолда бар болуы тиіс

✓ Магний сульфатының жүктеме дозасы 5 минут ішінде көктамыр ішіне енгізілген 4-5 г 25% құрайды (әртүрлі хаттамаларға сәйкес 20 минутқа дейін). Содан кейін 24 сағат бойы сағатына 1 г енгізіледі (нақтырақ инфузомат арқылы).

✓ Бақылау қажет:

- ✓ - сананың сақталуы;- қанның оттегімен қанығуы және тізе рефлексі (алғашқы екі сағат 10 минут сайын, содан кейін әр 30 минут сайын бақылау керек);
- тыныс алу жиілігі (минутына 16-дан жоғары болуы керек);
- сағаттық диурез ((<)сағатына 20-30 мл-ден кем болмауы керек.).

Артық дозаланған жағдайда– магний сульфатының антидоты 10% кальций глюконаты енгізіледі (10 минут ішінде көктамыр ішіне 10 мл), болуы керек.

Магнийдің емдік деңгейі: 2.0-4.0 ммоль/л. Сұйықтық балансы мен қан жоғалтуды ескере отырып емдеуді қайта қарау керек. Тыныс алу тоқтаған жағдайда: жасанды желдетуді жүргізу (Амбу маскасы мен қапшығы, анестезия аппараты, интубация). 1 г (10 мл 10%) кальций глюконатын көктамыр ішіне магний сульфатына қарсы тұра бастағанша және тыныс алу қалпына келгенше баяу енгізу керек^{167, 168, 169}.

Магний сульфатын бұлшықет ішіне енгізу ауыратындықтан және 0,5% жағдайда жергілікті абсцесс түзілуімен қиындайтындықтан көктамыр ішіне енгізу жолы қолайлы.

Қайталанатын құрысуларды емдеу

- 15 минуттан кейін магний сульфатының қосымша дозасын 2 г (10 мл 20%) көктамыр ішіне енгізу немесе енгізу жылдамдығын сағатына 1,5-2 г дейін арттыру);
- егер құрысулар жалғасатын болса диазепам беру (2 минут ішінде 10 мг);
- ұстамалар сақталған жағдайда: тыныс алу жолдарын қорғау және оттегімен қамтамасыз ету үшін интубация қажет болуы мүмкін, өкпені мезгіл-мезгіл оң қысыммен желдету мүмкіндігімен реанимацияға ауыстыру керек.

Эклампсия: босану уақытын шешу

- егер ұрық 33 апта және 6/7 күн немесе одан аз мерзімде өміршең болса, кортикостероидтарды тағайындау керек, бірақ эклампсия жағдайында ананың бастапқы тұрақтануынан кейін жүктілік мерзіміне қарамастан босануды кейінге қалдырмау керек;
- босану құрысулар басталғаннан кейін 12 сағат ішінде болуы керек;
- табиғи босану жолы арқылы босану жақсырақ болады.

Эклампсияда түпкілікті емдеу-босану. Дегенмен, ананың тұрақсыз жағдайында босану қажет емес. Босануды құрысуларды тоқтатып, гипертония мен гипоксияны түзеткеннен кейін ғана жүргізуге болады. Ауыр гипертонияның қауіп факторы трахея интубациясы екенін есте ұстаған жөн, кейде шұғыл терапевтік араласуды қажет ететін жоғары деңгейлі қан қысымын көтеретіні белгілі. Жалпы анестезия мен интубация ешқашан интубацияға гипертониялық реакцияны жоюға немесе азайтуға бағытталған алдын-ала шараларсыз жүргізілмеуі керек. Эклампсияда босану құрысулар басталғаннан бастап 12 сағаттан кешіктірілмей болуы керек. ДДҰ егер табиғи босану каналы арқылы 12 сағат ішінде босану болмаса, кесарь тілігі арқылы

¹⁶⁷NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹⁶⁸Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2007

¹⁶⁹Management of severe pre-eclampsia and eclampsia. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). August 2001

босануды ұсынады^{170, 171, 172}.

4 бөлім. HELLP-синдромы

Бұл ауыр преэклампсия жағдайларының 10-20% және барлық жүктіліктің 0,5-0,9% - кездеседі¹⁷³. HELLP синдромы жағдайларының шамамен 50%-ы мерзімінен бұрын жүктілік кезінде, 20%-ы кеш жүктілік кезінде, 30%-ы босанғаннан кейін пайда болады. Бауырға және қан ұю жүйесіне қатты зақымдайтын әсері бар. Бауыр жеткіліксіздігі мен қан кетудің жоғары қаупі бар екендігі байқалады. Ол гемолизбен, бауыр ферменттерінің жоғарылауымен және тромбоциттер деңгейінің төмендігімен сипатталады. Гипертония мен протеинурия болмауы мүмкін, бірақ эпигастрийдегі немесе оң жақ қабырға астының ауырсынуы, жүрек айну, құсу, жалпы әлсіздік белгілері байқалады. HELLP синдромы бар әйелдер мүмкіндігінше тезірек босануы керек.

Босану мерзімі

- ұрықтың өміршең жасына дейін-ананың жағдайы тұрақтанғаннан кейін көп ұзамай босану;
- 33 аптаға дейін +6/7 күн - егер ана мен ұрықтың жағдайы тұрақты болып қалса, ұрықтың пайдасына стероидтер курсы аяқтау үшін босануды 24-48 сағатқа кешіктіру;
- 34 апта + 0/7 күн немесе одан да көп болса- ананың жағдайы тұрақтанғаннан кейін босану.
- Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP)^{174, 175} Канадалық (HDP) жұмыс тобы ұсынады:
 - HELLP синдромының аясында $<20 \times 10^9/L$ тромбоциттер санында босану әдісіне қарамастан тромбоциттер массасын құю ұсынылады;
 - HELLP синдромы аясында тромбоциттер саны $20-49 \times 10^9/L$ болған кезде кесарь тілігі алдында тромбоциттер массасын құю ұсынылады;
 - HELLP синдромының аясында тромбоциттер саны $20-49 \times 10^9/L$ болған кезде, егер шамадан тыс белсенді қан кету, тромбоциттер дисфункциясы, тромбоциттер санының тез төмендеуі немесе коагулопатия болса, табиғи босану жолдары арқылы босанар алдында тромбоциттер массасын құюдың орындылығын ескеру қажет;
 - HELLP синдромы аясында тромбоциттер саны $\geq 50 \times 10^9/L$ болған кезде, егер белсенді қан кету, тромбоциттер дисфункциясы, тромбоциттер санының тез төмендеуі немесе коагулопатия орын алса, кесарь тілігі немесе табиғи босану жолдары арқылы босану алдында тромбоциттер массасын және/немесе эритроциттер массасын құю орынды болуы мүмкін.

HELLP синдромын емдеу

Мерзіміне жеткен жүктілікке жақын кезеңдерде HELLP синдромы болған жағдайда босануды жеделдету қажет. Мерзіміне жеткен жүктіліктен алыс мерзімде кейбір жағдайларда қырағылықпен күту тактикасы қажет болуы мүмкін, бірақ мұндай тактиканы елеулі тәуекелдерсіз қолдануға болатындығы туралы ешқандай дәлел жоқ.

¹⁷⁰Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006

¹⁷¹Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2007

¹⁷²ACOG Hypertension in pregnancy. vol 122, no.5, November 2013. Committee on obstetric Practice. Committee opinion no. 514: Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension with preeclampsia or eclampsia. ObstetGynecol 2011 Dec; 118(6):1465-8

¹⁷³Учебный пакет ВОЗ по эффективной перинатальной помощи (ЭПП) 2е издание

¹⁷⁴Magee LA, Pels A, Helewa M, Rey E, von Dadelszen P, On behalf of the Canadian Hypertensive Disorders of Pregnancy (HDP) Working Group; Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health 4 (2014) 105–145. <http://isshp.org/wp-content/uploads/2011/08/diagnosis-evaluation-and-management-of-the-hypertensive-disorders-of-pregnancy.pdf>

¹⁷⁵American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

Бұл тәжірибені преэклампсияны емдеуде үлкен тәжірибесі бар мекемелерде қолдануға болады. HELLP синдромын емдеуде қолданылатын кортикостероидтар пренаталды немесе босанғаннан кейінгі кезеңдегі клиникалық маңызды нәтижелерді жақсартпайтыны туралы көптеген сапалы дәлелдер бар. HELLP синдромы бар әйелдерді емдеу үшін арнайы кортикостероидтарды қолдану ұсынылмайды^{176, 177, 178}.

Преэклампсия, эклампсия, HELLP синдромы үшін босанғаннан кейінгі емдеу,

- босанғаннан кейін гипотензивті терапияны біртіндеп қысқартумен жалғастыру;
- егер емдеу жүргізілмесе, гипертензияға қарсы препараттарды қан қысымы ($\geq$)150/100 жоғары болған кезде қабылдауды бастау;
- ПЭ/эклампсия белгілерін қадағалаңыз: эпигастрий аймағындағы ауырсыну, қатты бас ауруы, бұлыңғыр көру;
- қан сарысуындағы тромбоциттер санын, трансаминазалар мен креатинин деңгейін клиникалық көрсеткіштер бойынша және жақсартулар болмаған кезде қайта бағалау;
- егер гипертензияны бақылау мүмкін болмаса, олигурияда немесе креатинин деңгейінің жоғарылауында немесе тромбоциттер санының төмендеуінде стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды қолдануға болмайды.

NCIE (2010) нұсқауларына сәйкес «ауыр преэклампсия/эклампсиямен ауыратын әйелдер босанғаннан кейін 4 күн ішінде ауруханада болуы керек». Босанғаннан кейінгі кезеңде негізгі скринингтік әдістерді қолдануды қолдайтын дәлелдер аз, сондықтан сынақтардың нұсқалары мен жиілігі клиникалық негізделуі керек. Қан қысымы босанғаннан кейін 3-5 күннен кейін төмендейді, сондықтан дәл осы кезеңде қан қысымын өлшеу ұсынылады. Метилдопаның клиникалық депрессиямен белгілі байланысы бар, сондықтан бұл құралды мүмкіндігінше босанғаннан кейінгі кезеңде қолданудан аулақ болу керек. Қайта бақылау 6 аптадан кейін жүргізілуі керек және гипертензия немесе протеинурия болған жағдайда қосымша тексерулер тағайындалуы керек»¹⁷⁹. ACOG «босанғаннан кейінгі кезеңдегі бас ауруы немесе бұлыңғыр көру немесе ауыр преэклампсиямен байланысқан ауыр артериялық гипертензиясы бар әйелдерге магний сульфатын парентеральды енгізу ұсынылады» деп кеңес береді¹⁸⁰.

SOGC^{181, 182, 183} егер гипертензияны емдеу қиын болса немесе бүйректің зақымдану белгілері болса (олигурия және/немесе креатинин $\geq$ 90 мкМ) немесе тромбоциттер саны < 50 to $10^9/\text{л}$ «стероидты емес қабынуға қарсы препараттарды (NSAIDs) босанғаннан кейін тағайындауға болмайды деп болжайды». Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар (көптеген акушерлік мекемелерде еркін қол жетімді анальгетиктер) гипертензияға, креатининнің жоғарылауына немесе бүйрек жеткіліксіздігіне ықпал етуі мүмкін.

Қорытынды

- Гипертониялық бұзылулардан болатын өлім-жітімнің көпшілігін тиімді және уақтылы көмек көрсету арқылы болдырмауға болады.
- Кальцийді аз тұтынатын аймақтарда кальцийді барлық әйелдерге, бірақ әсіресе преэклампсия қаупі жоғары әйелдерге беру керек.
- Ацетилсалицил қышқылының төмен дозасы осы аурудың даму қаупі жоғары әйелдерде преэклампсияның алдын алу үшін ұсынылады.

¹⁷⁶NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹⁷⁷WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014

¹⁷⁸Steevers E, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet 2010, Aug 21;376(9741):631-44

¹⁷⁹NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>

¹⁸⁰ACOG Hypertension in pregnancy. VOL 122, NO.5 November 2013

¹⁸¹Magee LA, Helewa M, Moutquin JM, Dadelszen P; Hypertension Guideline Committee; Strategic training initiative in Research in the Reproductive Health Sciences(STIRRHs)

¹⁸²Scholars. Diagnosis, Evaluation and management of the hypertensive disorders of pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2008 Mar;30(3 Suppl):S1-48

¹⁸³Ukah U.V., De Silva D.A., Payne B., et al. Prediction of adverse maternal outcomes from pre-eclampsia and other hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review. Pregnancy Hypertens. 2018; 11: 115–123. DOI: 10.1016/j.preghy.2017.11.006

● Жүктілік кезінде ауыр гипертензияны дәрі-дәрмекпен емдеу қажет ($\geq$) 160 мм. сын. бағ. жоғары систолалық қан қысымы немесе одан ($\geq$) 110 мм. сын.бағ. жоғары диастолалық қан қысымы).

- Босану-преэклампсия мен эклампсияны емдеудің жалғыз тиімді әдісі.
- Егер ұрықтың өмір сүру мүмкіндігі артса, жүктілікті ұзарту мүмкіндігін қарастырған жөн.
- Босану алдында әйелдің жағдайын тұрақтандыру керек.
- Шұғыл кесарь тілігі ауыр ПЭ/эклампсия үшін артықшылық бермейді.
- Босану әдісі туралы шешім жүктілік мерзімі, ұрық пен жатыр мойнының жағдайы, жеделдігі сияқты факторларды ескере отырып, жеке көрсеткіштерге сүйене отырып қабылданады.
- Ауыр эклампсия кезінде магний сульфатын әрқашан қолдану керек.
- Магний сульфаты эклампсиямен ауыратын әйелдерді емдеу үшін ұсынылады және басқа антиконвульсанттарға артықшылық беру керек.
- Қан қысымын бақылау нәтижелері бойынша босанғаннан кейін гипертензияға қарсы терапияны жалғастыру керек.

1. NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31
3. Enkin MW et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 20
4. The Management of Hypertension in Pregnancy – Clinical Practice Guideline –Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College College Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version, May 2016
5. WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014
6. ACOG Hypertension in pregnancy. VOL 122, NO.5 November 2013
7. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/13/eurheartj.eht151.full>
8. Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. The management of severe pre-eclampsia/eclampsia. Guideline No. 10(A), RCOG Press, March 2006
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31
10. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research, 2007
11. Management of severe pre-eclampsia and eclampsia. Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST). August 2001
12. NICE «Hypertension in pregnancy: diagnosis and management» 2019. URL:<https://www.nice.org.uk/>

Тақырып 2. Жүктілік кезіндегі анемия



Жүктілік кезіндегі анемия

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

1 бөлім. ТЕМІРДІҢ МАҢЫЗЫ ЖӘНЕ ТЕМІР ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Анемияның барлық түрлерінің ішінде темір тапшылық анемия ең көп таралған, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (бұдан әрі-ДДҰ) бағалауы бойынша әлем халқының жартысына жуығы және жүкті әйелдердің 40% - ы зардап шегеді. Тиісінше, 95% жағдайда темір тапшылық жүкті әйелдердің анемиясының себебі болып табылады.

Темір тапшылығының алдын алу және оны жүктіліктің ерте кезеңдерінде анықтау денсаулық сақтаудың өзекті мақсаты болып табылады, өйткені темір адам ағзасында физикалық, репродуктивті, когнитивті денсаулықты, иммунитетті нығайту үшін маңызды функцияларды орындайтын өмірлік маңызды элемент болып табылады. Сонымен, темір оттегі тасымалдайтын маңызды ақуыздардың маңызды бөлігі болып табылады (гемоглобин және миоглобин), тірі жасушаның қалыпты жұмысын қамтамасыз етеді және көптеген ақуыздардың, ферменттердің, соның ішінде цитохромдардың құрамына кіреді. Темір тотығу-тотықсыздану процестеріне, оттегіге тәуелді еркін радикалды тотығу және антиоксиданттық жүйенің реакцияларына, жалпы және тіндерге төзімділік механизмдеріне, бірқатар ферменттердің белсендірілуіне және тежелуіне, стероидты және қалқанша безінің гормондарының синтезіне, дәрілік заттардың метаболизміне, ДНҚ синтезіне, жасушалардың көбеюіне және дифференциациясына және гендердің реттелуіне қатысады.

Темір организмде гемоглобин (68%), миоглобин (~ 4%), трансферрин (~0,1%), каталаза ферменттері мен цитохромдар (~ 5%) және сақталған темір (ферритин және гемосидерин) түрінде болады, бұл ағзадағы барлық темірдің 22% мөлшерін құрайды.

Темір тапшылықтың пайда болуы және оның даму жылдамдығы темірдің бастапқы жеке қорларымен анықталады, бұл өз кезегінде адамның жасына, жынысына, өсу жылдамдығына және темірдің сіңуі мен жоғалуы арасындағы тепе-теңдікке байланысты. Денедегі темір қорының негізгі көрсеткіші ферритин болып табылады, оның ең көп мөлшері бауырда, сүйек кемігінде, көкбауырда және мида шоғырланған. Сондықтан ферритинге қан анализі организмдегі темір қорын бағалау үшін қолданылады.

Пероральды темірдің сіңуі 3 кезеңнен тұрады.

Бірінші кезеңде ішектің ішкі саңылауларынан шырышты қабықтың жасушаларына темір сіңірілуі болады, жануарлар мен құстардың етінде, ет өнімдерінде, балықта кездесетін гемді темір (Fe^{+2}) оңтайлы сіңеді. Екі валентті, гемдік темір гемдік емес үш валентті темірге (Fe^{+3}) қарағанда тиімдірек сіңеді, өйткені энтероциттер темірді екі валентті металл тасымалдағыштар арқылы сіңеді. Гемдік емес үш валентті темір бұршақ пен жасымықта, жармада және басқа да дәнді дақылдарда, жұмыртқада, сүтте және сүт өнімдерінде, көкөністерде кездеседі. Гемдік емес темір әдетте өнімдерде темірді сіңіру ингибиторларымен

бірге жүреді (бұршақ дақылдары мен жармалардағы фитаттар; шайдағы таниндер), сондықтан темірді ингибиторлардан босату үшін темірдің сіңуін жақсарту үшін тамақтану кезінде сіңіруін жақсартатын стимуляторлары бар тағамдарды тұтыну қажет, мысалы, ет (амин қышқылдары), жемістер, көкөністер (С дәрумені), органикалық қышқылдар (қырыққабат, сүзбе және т. б.).

Екінші кезең — темірді эритроциттерде сақталуы / метаболизмі.

Үшінші кезеңде өз кезегінде бүкіл ағзаға таралуы үшін ферропортин мен құрамында мыс бар гепестиннің тікелей қатысуымен темірді эритроциттен қан плазмасына тасымалдануы болады.

Ересек адамның темірге күнделікті қажеттілігі шамамен 2 мг құрайды. Әдеттегі диета күніне 5-тен 15 мг-ға дейін негізгі темірді қамтамасыз етеді, оның тек 10%-ы асқазан-ішек трактісінде сіңеді (0,5-1,5 мг). Тамақтан түсетін темірдің бұл мөлшері күнделікті шығындарды (зәр, тер, өт шығару), сондай-ақ етеккір кезінде қан кетуімен байланысты шығындарды өтеу үшін жеткілікті.

Жүктілік кезінде темірдің қосымша жоғалуымен бірге жүреді: 320-500 мг темір, ол гемоглобиннің өсуіне және жасушалық метаболизмнің жоғарылауына, плацентаның құрылысына 100 мг, жатырдың көлемінің ұлғаюына 50 мг, ұрықтың қажеттіліктеріне 400-500 мг¹⁸⁴. Осылайша, жүктілік үшін қосымша 1200 - 1140 мг темір жұмсалады. Темірді қабылдау негізінен тамақ арқылы 760 мг құрайды. Жетіспейтін 460 мг ағзадағы темір қорымен немесе темір препараттарын қабылдау арқылы толтырылады. Алайда, темірдің қоры ұзақ және көп етіккір келу салдарынан, жүктілік немесе бірнеше жүктіліктің, көп ұрықты жүктілік, жүктілік кезінде қан кетудің салдарынан азаймаса, темірдің орнын толтыру мүмкін.

Темір тапшылықтық дамуының негізгі себептері:

- Алиментарлы темір тапшылық – тамақ арқылы темірдің жеткіліксіз түсуі (*темірге бай тағамдарды аз қабылдау; стимуляторларды аз қолдану, темірдің сіңірілу ингибиторларын рационда артық қабылдау*)

Таблица 5 – Темірдің сіңуіне әр түрлі заттардың әсері

Сіңімділігін (стимуляторлар)	нығайтады	Сіңімділігін тежейді (ингибиторлар)
Аскорбиновая кислота		Ас тұзы
Сорбит		Сүт және сүтқышқылы өнімдері
Фруктоза		Фитат, оксалат, танин, карбонат, фосфат
Органикалыққышқылдар (вино, лимон, сүт, алма, янтарь)		Кальций тұзы
Медь		Полифенолдар
Марганец		Сое протеині
Алкоголь		Өсімдік талшықтары
Белок (ет, құс еті)		Антацидтер
Амин қышқылдары (гистидин, лизин, цистеин)		Энтеросорбенттер
		Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар
		Глюкокортикоидтар

- Асқазан-ішек жолындағы темірдің сіңуі мен сіңуінің бұзылуы (ас қорыту жүйесінің аурулары (мальабсорбция, ішек флорасының дисбиозы, хирургиялық араласу, ойық жара ауруы және т. б.), гормоналды бұзылулар, Д витаминінің жетіспеушілігі, омега 3 майлары және т. б.)

¹⁸⁴Адаптировано из Bothwell T.H. Am. J. Ch. Nutr. 2000; 72: 257-264

• Темірдің жоғалуының жоғарылауы (жедел және жасырын қан жоғалту, ауыр етеккір, жиі босану).

• Темірді қажеттіліктің жоғарылауы – жүктілік кезінде (екінші және үшінші триместрдің соңы), лактация кезінде, белсенді өсу кезеңінде (ерте балалық шақ, жасөспірім), жиі және ұзақ инфекциялар мен қабыну процестері, бұл бауырда өндірілетін және темірдің қанға енуіне жол бермейтін гепцидинге тән ақуыз синтезінің жоғарылауына әкеледі.

Клиникалық картинасы темір тапшылығы анемиясы сидеропениялық (тіндік темір тапшылығы) және анемиялық (эритропоэздің бұзылуы және гипоксия) синдромдарымен анықталады. Ағзадағы темір функциясының рөлін жан-жақтылығын ескере отырып, оның жетіспеушілігінің клиникалық белгілері арнайы симптом емес, сондықтан анемияны ерте анықтау үшін анамнезді мұқият жинап, клиникалық көріністі және зертханалық зерттеулердің деректерін жан-жақты бағалау қажет.

Темір тапшылық жағдайларды және анемияны диагностикалау критерийлері

ДДҰ темір тапшылығы анемиясының зертханалық критерийлері ретінде 3 көрсеткішті қолдануды ұсынады:

- гемоглобин деңгейінің қалыптыдан төмен түсуі;
- қан сарысуындағы ферритиннің төмендеуі;
- еритін трансферрин рецепторларының деңгейін жоғарылауы.

Қабыну болмаған кезде плазмадағы немесе сарысудағы ферритин концентрациясы организмдегі темірдің жалпы қорының мөлшерімен оң корреляцияланады. Қан сарысуындағы ферритиннің төмен мәні темір қорының азаюын көрсетеді, бірақ ол дамыған сайын азаю дәрежесін міндетті түрде көрсетпейді. Ферритиннің сарысу деңгейі организмдегі темір қорын бағалаудың «алтын стандарты» болғанымен, оның концентрациясын темір күйін анықтау үшін бөлек қолдануға болмайды.

Гемоглобин (Hb) – 155 г/л дейінгі норма, гематокрит (Hct) – 55% дейінгі норма, эритроциттің орташа көлемі (MCV) – 90 fl шамасындағы норма, эритроциттегі гемоглобиннің орташа мөлшері (MCH) – 32 пг норма, гемоглобиннің орташа концентрациясы в эритроцит (MCHC) – 350 Пг/дл нормасы, эритроциттердің анизоцитозы (RDW) – 11.5-14.5 нормасы, қан анализіндегі осы клиникалық көрсеткіштерді анықтау маңызды.

Клиникалық қан анализінің көрсеткіштері
НОРМА:
Hb - 155 г/л дейін,
Hct – 55% дейін
MCV – 90 fl,
MCH 32 пг,
MCHC – 350 пг/дл.
RDW – 11.5-14.5.

Қосымша нақтылау критерийлері-Сарысудың жалпы темірмен байланысу қабілеті (ОЖСС), трансферрин (Tf) және оның темірмен қанығу дәрежесі (НТЖ), ал ферритиннің жоғарылауы немесе қалыпты болуы және созылмалы ауруларға күдік болса, гепцидинді анықтау міндетті болып табылады.

Таблица 6 – Лабораториялық көрсеткіштер

Көрсеткіштер	Темір тапшылығының кезеңдері	
	Темір жағдайы немесе темір тапшылығы (депо тапшылығы)	Темір тапшылығы анемиясы
Ферритин	↓	↓
Hb	N	↓
Ht	N	↓
MCV	N	↓
MCH	N	↓
MCHC	N	↓
RDW	-	+

ОЖСС	N	↑
Tf	N	↑
sTfR	N	↑
Гепсидин	көтерілмеген	көтерілмеген

Сарысулық темір деңгейіне назар аудару **ұсынылмайды**, өйткені оның өзгергіштігі, жас және жыныстық айырмашылықтары кең, оның деңгейі тәулік бойы өзгереді (циркадиялық ритактар), темір деңгейі төмен болған кезде «үмітсіз» анықтау әдістері қолданылады.

2 бөлім. ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ АНЕМИЯНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Жүктілік кезінде анемия диагнозын қою кезінде жүктіліктен ерекше физиологиялық өзгерістерді ескеру қажет. Жүктілік кезінде айналымдағы қан көлемі орта есеппен 30%-ға артады. Бұл ретте, плазма көлемінің өсу жылдамдығы мен шамасы нысанды элементтерге қарағанда жоғары: плазма көлемі кемінде 40%-ға артады, ал қызыл жасушалардың массасы 18-25%-ға артады (Темірдің бастапқы деңгейі жеткілікті болған жағдайда). Сондықтан 32-ші аптада физиологиялық гемодилюция деп аталатын гемоглобин деңгейінің физиологиялық төмендеуі байқалады. Жалпы қан айналымының жоғарылауы нәтижесінде **гемодилюциялық** физиологиялық анемия дамиды. Эритропоэтин түзілуінің жоғарылауы эритроциттердің абсолютті санының компенсаторлық өсуіне әкеледі.

Гемодилюцияның тән белгілері:

- гемоглобин мен эритроциттердің параллельді төмендеуі, соның салдарынан түс көрсеткіші 1,0 шегінде сақталады немесе кем дегенде 0,85-тен төмендемейді;
- темір тапшылығы жағдайына байланысты эритроциттердің өзгерістері болмауы (анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз, гипохромия);
- перифериялық қан нейтрофильді лейкоцитозбен, лимфопениямен, эозинофилдердің болмауымен, тромбоциттердің қалыпты төмендеуімен (150 000-ға дейін) сипатталады. Клиникалық тұрғыдан бұл жағдай асимптоматикалық болып табылады.

Физиологиялық анемия кезінде гемоглобин деңгейінің жасанды жоғарылауы қанның тұтқырлығын плацентарлы қан ағымын нашарлататын деңгейге дейін арттыруы мүмкін.

Жүкті әйелдердің физиологиялық анемиясы түзетілмейді, бірақ **темір тапшылығы анемиясының алдын алу келесі жүкті әйелдерге көрсетілген:**

1. темір тапшылығы халықтың популяциялық проблемасы болып табылады (зерттеулерге сәйкес, халықтың 30% немесе одан да көп бөлігі темір тапшылығы анемиясынан зардап шегеді);
2. жүктіліктің алдындағы ауыр және ұзақ етеккірмен;
3. бір-бірінен кейінгі жүктілік кезінде (босану мен жиі босану арасында 2 жылдан аз);
4. көп ұрықты жүктілік кезінде;
5. темекі шегушілерге;
6. әлеуметтік-экономикалық мәртебесі төмен;
7. вегетарианшыларға;
8. қан кету қаупі жоғары әйелдерге және т. б.

Темір тапшылығы анемиясының алдын алу үшін жүкті әйелдердегі темір препараттарын саплементтеу (толықтыру) (ДДҰ ұсынымдары):

1) жүктіліктің II, III триместрінде (жүктіліктің 14 аптасынан бастап) және 3 ай лактация кезінде тәулігіне 30-60 мг дозада темір препараттарын күнделікті профилактикалық қабылдау.

2) темір препараттарын күнделікті қабылдауда көтере алмаушылық болған кезде - аптасына бір рет темір 120 мг және фолий қышқылы 2,8 мг дозасында мерзімді пероральды препараттарды қабылдау.

Жүктілік кезіндегі анемияның ең көп тараған себебі темір мен фолий қышқылының жетіспеушілігі. Бұл жетіспеушілік жағдай босану аралығындағы интервал (екі жылдан аз), АИТВ инфекциясы, анкилостомия, шистосомоз немесе басқа паразиттік аурулар туындатуы мүмкін.

Темір тапшылығының кезеңдері

Прелатентті (жасырын) темір тапшылығы – темірдің резервтік қорының шығыны

- сарысудағы қалыпты темір концентрациясы;
- қалыпты гемоглобин концентрациясы;
- ферритин мөлшерінің азаюы.

Латентті (клиникалық) темір тапшылығы - тіндегі, тасымалдаушы, қордағы темір дәрежесінің төмендеуі:

- сарысудағы ферритин мен темірдің төмендеуі;
- сарысудың жалпы темір байланыстыру қабілетінің артуы;
- қалыпты гемоглобин концентрация;
- сидеропения симптомы.

Темір тапшылық анемия

• ферритин мөлшерінің төмендеуі;

• гипохромды микроциттік анемия (гемоглобиннің төмендеу дәрежесі эритроциттер санының төмендеу дәрежесінен басым);

- сидеропениялық симптом және и анемиялық синдром.

Анемияның ауырлық дәрежелері¹⁸⁵:

- Орта – гемоглобин 7,0-10,9 г/л, гематокрит 24-37%;
- Ауыр – гемоглобин 4,0- 6,9 9 г/л, гематокрит 13-23 %;
- Өте ауыр – гемоглобин 4,0 г/л аз , гематокрит 13 % аз.

Қазақстан Республикасында анемияның гемоглобин мөлшеріне байланысты классификациясы¹⁸⁶:

- жеңіл– Hb 100-109 г/л;
- орта – Hb 70-99 г/л;
- ауыр – Hb ниже 70 г/л.

Анемияның клиникалық көрінісі

Анемияны диагностикалау үшін шағымдар мен физикалық тексерулер маңызды. Мұндай жүкті әйелдерде **анемиялық синдром** анықталады: әлсіздік, шаршаудың жоғарылауы, бас айналу, бас ауруы (көбінесе кешке), жаттығу кезінде енгігу, жүрек соғу сезімі, қан қысымының төмен деңгейінде көздің алдында «шыбындардың» жыпылықтауы, температураның орташа жоғарылауы, күндіз ұйқышылдық және түнде нашар ұйықтау, ашуланшақтық, жылау, есте сақтау қабілетінің төмендеуі болуы мүмкін және назар аударудың, тәбеттің төмендеуі. Шағымдардың ауырлығы анемияға бейімделуге байланысты. Анемияның баяу даму темпі жақсы бейімделуге ықпал етеді. Темір тапшылығы кезінде жүкті әйелдерде тез шаршау, әлсіздік пайда болады, миоглобин синтезінің төмендеуіне байланысты тәбеттің төмендеуі, енгігу және ісіну мүмкін; лейкоциттердің миелопероксидазаларының белсенділігінің бұзылуына байланысты иммунитеттің төмендеуі. Ауыр анемияда эритроциттердің негізгі қызметі бұзылады, дене тіндеріне оттегін жеткізу және анемия кезінде пайда болатын патологиялық өзгерістер гипоксиямен байланысты.

¹⁸⁵Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO/EURO, Copenhagen, 2002

¹⁸⁶Протокол «Дефицитные анемии у беременных» 2019, Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Ұрықтың қанағаттанарлық жағдайы анемияның жеңіл түрлерімен ғана байқалады. Айқын темір жетіспеушілігі мерзімінен бұрын босану, ұрықтың өсуінің тежелу қаупін арттыруға көмектеседі. Ұрықта темір иондары жетіспеушілігі байқалмайды, өйткені ол анадан плацента арқылы белсенді түрде тасымалданады. Алайда, анада темірдің жетіспеушілігінің ауыр түрлерінде, әсіресе жүктіліктің соңғы екі айында, жаңа туған нәрестелерде ерте балалық шақтағы анемияға, ас қорыту және тыныс алу жолдарының инфекцияларына бейім болады.

Анемиялық синдромның клиникалық көріністері әртүрлі болып келеді. Темір тапшылығы анемияның В12 тапшылығы және фолий тапшылығы анемиядағы анемиялық синдромның айырмашылығы сарғаюмен, көкбауырдың аздап ұлғаюымен бірге жүруі мүмкін. Анемиялық синдромнан басқа, әрбір тапшылық анемияның өздеріне тән клиникалық және зертханалық ерекшеліктері бар.

Темір тапшылық анемия **сидеропениялық синдроммен** сипатталады:

- терінің және оның қосымшаларының өзгеруі (құрғақтық, қабыршақтану, жеңіл жарықтар, бозару);
- шаш сиреген, сынғыш, «бөлінген», қатты түсіп кетеді;
- тырнақтың өзгеруі: жұқару, сынғыштық, көлденең сызаттар, кейде қасық тәрізді ойыс (койлонихия);
- шырышты қабықтың өзгеруі (папиллярлық атрофиямен глоссит, ауыздың бұрыштарындағы жарықтар, бұрыштық стоматит);
- асқазан-ішек жолдарының өзгеруі (атрофиялық гастрит, өңеш шырышты қабығының атрофиясы, дисфагия);
- құрғақ және қатты тағамдарды жұтудың қиындығы;
- сфинктердің әлсіреуіне байланысты миастения, зәр шығара беру, күлгенде және жөтелгенде зәрді ұстай алмау, кейде қыздарда түнде зәр ұстай алмау. Миастенияның салдары жүктілікті көтере алмаушылық, жүктілік пен босану процесінің асқынуы (миометрияның жиырылу қабілетінің төмендеуі) болуы мүмкін;
- ерекше иістерге тәуелділік және дәмнің бұрмалануы (pica chlorotica), ол жеуге жарамсыз нәрсені (мысалы, бор, саз және т. б.) жеуге деген ұмтылыспен көрінеді;
- тахикардияға, гипотензияға бейімділік.

Ауыр жағдайларда ортопноэ, ісіну, пульсация V. Jugularis сияқты жүрек жеткіліксіздігінің көріністері болуы мүмкін. Айта кету керек, темір тапшылық анемияның клиникалық көріністері зертханалық диагностикалық әдістермен салыстырғанда ерекшелігі аз болып келеді.

Темір тапшылық анемия кезіндегі зертханалық зерттеулер

Темір тапшылығы анемиясы микросфероциттік ($MCV < 80$ fl) және гипохромды ($MCH < 27$ pg) болып сипатталады. Сонымен қатар, темір тапшылық анемиясы бар жүкті әйелдердің 40% - қалыпты MCV көрінеді, жүктілік кезінде гемопоздді ынталандыру темір тапшылығынан туындаған микроцитозбен жасырынады. Төмен MCV темір тапшылығы анемиясының ерекше белгісі емес екенін есте ұстаған жөн. Алайда, темір алмасуының көрсеткіштерін зертханалық зерттеу мүмкін болмаған жағдайларда, RDW жоғарылауымен бірге төмен MCV темір препараттарымен терапияны бастау үшін негіз ретінде пайдаланылуы мүмкін. Қан сарысуындағы темірдің, ферритиннің төмендеуі және қан сарысуындағы жалпы темір байланыстыру қабілетінің жоғарылауы темір тапшылық анемияның диагнозын растайды. Қабыну процесі (соның ішінде операциядан кейінгі кезеңде) немесе жүктілік кезіндегі инфекция жағдайында ферритин деңгейі С-реактивті ақуыз деңгейімен бір мезгілде жалған жоғарылауы мүмкін.

Қабыну процессі болған кезде темір тапшылық анемияның диагностикалаудың «алтын» стандарты жоқ. Бұл жағдайда $Tsat < 16\%$ төмен деңгейін пайдалануға болады (трансферриннің сатурациясы (ағылш. Трансферрин қанықтылығы) немесе трансферриннің темірмен қанығу коэффициенті) және ферритиннің төмендеуі (< 100 lg/dl).

Жүктілік кезіндегі ферритинді зерттеуге арналған көрсеткіштер

- гемоглобинопатия диагнозы қойылған науқастарда емдік мөлшерде темір препараттарымен терапияны бастамас бұрын;
- микросфероцитарлы анемияның (созылмалы қабыну, интоксикация, сидеробластикалық анемия) мүмкін себептерін жоққа шығару мүмкін болмаған жағдайда;
- темірді ішуге арналған препараттармен емдеуде субоптимальды жауап болғанда (реакцияға түспейтін немесе жеткіліксіз жауап беретін), егер нақтылықтың жоқтығын жоққа шығаруға болмайтын болса (препараттарды мұқият қолдану);
- темір қорының азаю қаупі жоғары анемиясы жоқ әйелдерде (анемнезде анемия, бірнеше жүктілік, жасөспірімдер, қан кету қаупі жоғары жүктілік, жүктілік аралығы бір жылдан аз);
- темір препараттарымен және жасырын темір тапшылығын емдеуден 8 аптадан кейін кейін (сарысулық ферритин <30 мкг/дл. анемия жоқ);
- темір тапшылығын растау үшін парентеральды темір препараттарымен терапияны бастамас бұрын.

Сарысудағы ферритин құрамының көрсеткіштерін интерпретациялау:

- $Hb \geq 110$ г/л кезінде $CF \geq 40$ мкг/л – зерттеу кезінде ағзада темір тапшылығының болмауы;
- $Hb \geq 110$ г/л кезінде $CF \geq 20^*$ мкг/л < 40 мкг/л - зерттеу кезінде темір қорының азаюы;
- $Hb \geq 110$ г/л кезінде $CF < 20^*$ мкг/л – латентті темір тапшылық;
- $Hb < 110$ г/л кезінде $CF < 20^*$ мкг/л – темір тапшылық анемия.

3 бөлім. ТЕМІР ТАПШЫЛЫҚ АНЕМИЯНЫ ЕМДЕУ

Тапшы анемия аныққан кезде, ең алдымен, оның себептерін анықтап жою керек. Әр әйелге тамақтану бойынша кеңес беру керек және темірдің тамақпен толық қамтамасыз етілуін қамтамасыз ету үшін оның тамақтануының ерекшеліктері туралы айтылу керек. Темір тапшылық анемиясы бар жүкті әйелге құрамында темір бар препараттармен бірге тағайындайды, өйткені темір тапшылықты тамақпен толықтыру мүмкін емес. Темір препараттарын қолдану толық клиникалық-гематологиялық ремиссияға жеткенге дейін (қан мен ферритиннің жалпы клиникалық талдауының көрсеткіштерін қалыпқа келтіру); қажет болған жағдайда темір препараттарымен профилактикалық терапияны жүргізу қажет. Темір препараттарын және оларды енгізу әдісін таңдағанда клиникалық көріністі, темір тапшылығы мен гипоксияның ауырлығын, препараттың фармакокинетикасы мен биожетімділігін ескеру қажет.

Жүкті әйелге арналған тамақтану туралы ақпарат

Темір біз тұтынатын барлық дерлік тағамдарда кездеседі. Алайда, ағзаға кіретін темірдің барлығы адам ішегінде сіңіп кете алмайды. Бұл, ең алдымен, әртүрлі тағамдардан алынған темірдің әртүрлі биологиялық сіңімділігіне байланысты. Темірдің жақсы көзі-ет, ет өнімдері және балық. Олардың құрамында ағзаға оңай сіңетін гем темірі (Fe^{2+}) жеткілікті. Темірдің тағы бір түрі (гемдік емес немесе Fe^{3+}) дәнді дақылдардан (нан, жарма – жүгері, қарақұмық, құмай, күріш және т.б.), бұршақ дақылдарынан (бұршақ, бұршақ, жасымық, маш), сүт өнімдерінен, жұмыртқадан ағзаға күрделі қосылыс түрінде келеді. Бұл темірдің адам ағзасына сіңуі темірді байланыстыратын компоненттердің немесе ингибиторлардың көп болуына байланысты шектеулі. Бұл тағамдардан темірдің сіңуін тек С дәрумені бар жемістер мен көкөністерді немесе ет, балық қосу арқылы, сондай-ақ тағамға ашытылған сүт өнімдерін немесе қырыққабат қосу арқылы жақсартуға болады. Сонымен, біздің аралас тағамдардағы темірдің жақсы сіңуі үшін әр түрлі тамақ өнімдерін бірге тұтыну керек және негізгі тағамдарды қалыптастыру кезінде келесі комбинацияларды сақтау керек: I ет немесе балық + II бұршақ

дақылдары, жарма, макарон өнімдері, картоп; немесе II бұршақ дақылдары, жарма, макарон өнімдері, картоп + III көкөністер мен жемістер (жаңа піскен және кептірілген жемістер). Бұл жағдайда ең жақсы максималды әсерге = I + II + III комбинациясы арқылы қол жеткізіледі.

Сондықтан түскі/ кешкі ас кезінде анемияның алдын алу үшін сізге қажет:

- ет немесе балықты күнделікті тұтыныңыз барлық жүкті әйелдерге кемінде 3 порция (1 порция 70-100 грамм);
- темірге бай тағамдарды (бұршақ дақылдары, жүгері, қарақұмық, кептірілген жемістер, шөптер - аскөк, ақжелкен, кинза) жиі қолданыңыз;
- негізгі тағамды қалыптастыру кезінде С дәруменіне бай тағамдарды қосу керек: жаңа піскен көкөністер немесе салаттар, жемістер мен жидектер;
- тағамға ашытылған сүт өнімдерін (сузбе, құрт немесе катык, айран, айран) және қырыққабат қосыңыз.

Сондай-ақ, шай темірмен ерімейтін кешендер түзу арқылы жеген тағамнан темірдің сіңуін едәуір төмендететінін есте ұстаған жөн. Демек, шай негізгі тамақтан кейін 2 сағаттан ерте емес, тамақ арасында тұтынылуы керек. Тамақтану кезінде шайды таза ауыз сумен ауыстыру керек.

Темір тапшылығы анемиясын емдеу бағдарламасы мыналарды қамтиды:

- этиологиялық факторларды жою (тамақтануды түзету және негізгі ауруды емдеу);
- құрамында темір бар препараттармен емдеу;
- темірдің қорын толықтыру (қанықтыру терапиясы);
- рецидивке қарсы терапия.

Темір тапшылық анемияның қандай да бір қосымша этиологиялық факторлар болған кезде жүктілікті, ұрық пен ана үшін пайда мен қауіпті бағалауды ескере отырып түзету ұсынылады. Темір тапшылық анемияның патогенетикалық терапиясының негізі темір препараттары болып табылады. Трансфузиялар ферротерапияны алмастырмайды. Ферротерапия темір препараттары ішуге арналған және парентеральды препараттармен жүргізілуі мүмкін. Жүкті әйелдердегі темір тапшылық анемияда темірді қалпына келтіру әдісін таңдау анемияның ауырлығымен, жүктілік мерзімімен, акушерлік қан кету қаупімен, ананың экстрагенитальды патологиясымен анықталады. Ішуге арналған темір препараттары темір тапшылық анемияны емдеуге арналған бірінші қатардағы препараттар болып табылады.

Пероральды темір препараттарымен емдеудің негізгі принциптері:

- құрамында темірдің жеткілікті мөлшері бар препараттарды тағайындау;
- құрамында темір мен фолий қышқылы бар аралас препараттарды қолдану. Айта кету керек, бұл препараттарды қолдану жүктіліктің алғашқы 12 аптасында жүйке түтігі ақауының алдын алу үшін фолий қышқылының ұсынылған дозасын қабылдау қажеттілігін тоқтатпайды;
- ішекте сіңірудің бұзылу белгілері болған кезде темір препараттарын ішке тағайындамаңыз;
- қорды толтыру мақсатында терапияның жеткілікті ұзақтығы;
- босанғаннан кейін 3 ай ішінде пероральді темір препараттарымен емдеуде қолдау терапиясын жүргізу қажеттілігі.

Ең жиі тағайындалған препараттар-темір сульфаты, темір глюконаты және темір fumarаты. Темір тұздары (III) темір тұздарымен (II) салыстырғанда әлдеқайда аз сіңеді. Пероральді темірдің сіңуі дозаның тәулігіне 160 мг-ға дейін көтеруіне болады, осыған байланысты жүкті әйелдерде темір тапшылық анемияны емдеуге арналған қарапайым темірдің ұсынылатын дозасы тәулігіне 100-120 мг (1A) құрайды.

Таблица 7. Темір препараттары мг темірге қайта есептегенде

60 мг темір	300 мг темір сульфаты
	180 мг темір fumarаты

Жеңіл және орташа анемияны емдеу (Hb <110 г/л-ден 70г/л дейін):

Темір препараттарының күнделікті дозасы темірге және фоль қышқылының препараттарына есептегенде 120 мг, 400 мкг (0,4 мг) дозада, Hb деңгейі қалыпты болғанша (Hb 110 г/л немесе одан жоғары).

Анемияның ауыр дәрежесін емдеу (Hb <70 г/л) немесе жүктілік мерзімі бар анемия (>34 апта):

Бастапқы доза темірге (2В) есептегенде 200 мг құрайды. *Жоғары дозаларды қолдану тиімсіз, өйткені темірдің сіңуі жоғарыламайды.*

Тәуліктік дозаны 1-3 дозаға бөлуге болады. Барлық жүкті әйелдерге препаратты тамақтанар алдында немесе тамақтанғаннан кейін 1 сағаттан кейін апельсин шырыны сияқты С дәруменіне бай тағамдармен бірге қабылдаған кезде препараттың сіңуі жақсы екендігі туралы хабарлау керек. Гемоглобин деңгейі қалыпқа келгеннен кейін анемияның қайталануын болдырмау үшін профилактикалық дозада темір препараттарын қабылдау қайта ұсынылады.

Ферротерапияның жанама әсерлері және оларды жою:

Ауызша ферротерапия кезінде гастроинтестинальды жанама әсерлер жиі кездеседі. Оларға металл дәмі, жүрек айнуы, диарея, іш кату, нәжістің қараюы жатады.

Жанама әсерлердің ауырлығын төмендету үшін дозаны азайтуға болады (бір реттік қабылдауға ауысу, қабылдау аралығын ұлғайту, басқа темір препаратын аз элементар темірмен қабылдау), тамақтану кезінде темір препараттарын қабылдау, таблеткадан сұйық дәрілік формаларға ауысу, бұл қабылдауға төзімді дозаны оңай таңдауға мүмкіндік береді, пероральді препараттарды алып тастау және парентеральді тағайындау.

Темір тапшылық анемияның амбулаториялық деңгейіндегі терапияның тиімділік критерийлері:

1. клиникалық симптомдарды шешу;
2. темір препараттарымен терапия басталғаннан бастап 7-10 күнге ретикулоциттік дағдарыс, жеңіл дәрежелі анемия кезінде байқалмауы мүмкін;
3. 2 аптадан кейін гемоглобин деңгейінің 10 г/л жоғарылауы;
4. емдеу басталғаннан бастап 6-8 аптаға дейін гемоглобин деңгейін қалыпқа келтіру;
5. гемоглобин деңгейін қалыпқа келтіргенде, темірді толықтыру үшін емдеуді босанғаннан кейін 3 ай немесе 6 аптаға дейін жалғастыру керек (1А).

Ауызша ферротерапияның тиімсіздігінің себептері:

- темір тапшылықтың болмауы (гипохромды анемия және дәрі-дәрмектерді қате тағайындау);
- дозаның жеткіліксіздігі (препараттағы темір мөлшерін ескермеу);
- емдеу ұзақтығы жеткіліксіздігі;
- тиісті патология болған кезде ішке тағайындалған препараттардың сіңуінің бұзылысы;
- темірдің сіңуін бұзатын дәрілерді бір мезгілде қабылдау;
- созылмалы (оккультті) қан жоғалтудың болуы, көбінесе асқазан-ішек жолдарынан;
- пациенттің сауаттылығының болмауы;
- темір тапшылық анемияның басқа анемиялық синдромдармен үйлесуі (В12 тапшылығы, фоль тапшылығы).

Парентеральды темір препараттарын тағайындауға арналған көрсеткіштер:

- пероральді темір препараттарымен емдеудің нәтижесіздігі;
- пероральды терапияның гастроинтестинальды айқын жанама әсері;

- ішек патологиясы кезінде сіңірудің бұзылуы (энтериттер, сіңірілу жеткіліксіздігі синдромы, аш ішектің резекциясы, он екі елі ішекпен бірге Бильрот II әдісі бойынша асқазанның резекциясы);
- созылмалы бүйрек ауруы бар жүкті әйелдерде рекомбинантты эритропоэтин комбинациясында, қан
- дағы эритропоэтин деңгейінің зертханалық көрсеткіштерде төмендеуі болған кезде
- анемияның ауыр дәрежесі бар, қауіп факторлары бар (коагуляцияның бұзылуы, placenta previa), анемияны тез түзетуді қажет ететін клиникалық белгілер (бозару, тахикардия, енгігу, синкоп және т. б.

Парентеральды темір препараттарын тағайындауға қарсы көрсеткіштер

- жүкті әйелді реанимациялау мүмкіндігінің болмауы;
- 12 аптаға дейінгі жүктілік кезеңі;
- темірдің шамадан тыс жүктелуі.

Парентеральды темір препараттарымен терапияны 2 триместрден ерте бастауға болады. Пероральды препараттардан тамырішілік темір препараттарына ауыспас бұрын немесе көктамырішілік терапияны бастамас бұрын пайдалы жағы мен қауіпті жақтарын бағалау керек. Бұл бағалау әр пациент үшін жеке жүргізілуі керек (1А).

Босанғаннан кейінгі темір тапшылығы анемиясы

Босанғаннан кейінгі анемия дамуы өмір сапасының төмендігімен байланысты (QOL) және әйелдерде депрессия жоғарылауы себептеріне байланысты. Жалпы қан анализін босанғаннан кейін 48 сағат ішінде > 500 мл қан жоғалтқан барлық әйелдерде, сондай-ақ антенаталды кезеңде емдемеген анемиясы бар немесе босанғаннан кейінгі анемияның клиникалық көрінісі бар әйелдерде (1В) тексеру керек. $Hb < 100$ г/л, гемодинамикалық тұрақты, симптомсыз немесе аз симптоматикалық клиникалық көрінісі бар әйелдерге күніне кемінде 3 айға созылатын 100-120 мг темір тағайындалуы керек, ары қарай терапияның соңында жалпы қан анализы мен ферритин сынағы (1в) бақылау тексеруімен. Пероральді ферротерапия алатын пациенттер үшін одан әрі басқару жалпы қан анализы бақылау зерттеулері емдеу басталғаннан кейін 2 аптадан кейін жүргізілуі керек. Парентеральды препараттармен емдеу кезінде, әсіресе бір реттік инъекциямен, жалпы қан анализін бақылау зерттеулері препаратты енгізуден 4-8 аптадан кейін жүргізіледі. Ұздіксіз қан кетулері бар науқастар (мысалы, тұқым қуалайтын геморрагиялық телангиэктазия) жиі бақылауды қажет етеді. Қайталанудың себептері пероральді препараттарды қабылдаудың жеткіліксіздігі, қан жоғалтудың жалғасуы, темір тапшылық анеминың диагнозының дұрыс еместігі, басқа да қосымша себептер анемияның дамуына алып келеді.

Қорытынды:

- Гемодилуция жүктілік кезінде дамиды, бірақ жүктілік кезінде оттегіге төзімділік қалыпты болып қалады.
- Жүктілік кезіндегі анемияның ең көп тараған себептері темір тапшылығы және фолий қышқылының жетіспеушілігі.
- Анемия ананың мерзімінен бұрын босану және босанғаннан кейінгі инфекциялық асқыну қаупін арттырады.
- Егер жүктіліктің басында $Hb < 11,5$ г/дл болса, профилактикалық емдеуді қарастыру қажет.

1. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. WHO EURO, Copenhagen, 2002.
2. Murray W. Enkin et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition, Oxford University Press, 2000
3. Antenatal care. Report of a technical working group. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. Geneva, 31 October - 4 November
4. Pavord S, Myers B, Robinson S et al (2012) UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol. 156(5):588–600
5. Haddad L, Hawkes C, Udomkesmalee E et al (2016) Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Mal-nutrition by 2030. International Food Policy Research Institute, Washington
6. World Health Organization (2016) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, World Health Organization, Switzerland
7. Galloway M, Rushworth L. Red cell or serum folate? Results from the National Pathology/Alliance benchmarking review. J Clin Pathol. 2003;56(12):924-926
8. Lloyd C (2009) Medical disorders associated with pregnancy: Myles Textbook for Midwives, 15th edn. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 361–396
9. Okam MM, Koch TA, Tran MH. Iron deficiency anemia treatment response to oral iron therapy: a pooled analysis of five randomized controlled trials. Haematologica. 2016;101(1):e6-e7
10. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]/2017. 13. Camaschella C. Iron-Deficiency Anemia /N Engl J Med 2015; 372:1832-1843

Тақырып 3. Жүктілік кезіндегі қант диабеті



Жүктілік кезіндегі қант диабеті

ТЕОРИЯЛЫҚ МӘЛІМЕТ

Қант диабетінің айқын клиникалық формасы шамамен 325 жүктіліктің 1-інде кездеседі, бұл жүктіліктегі қант диабетінің барлық жағдайларының 10% құрайды. Жүктілік кезіндегі қант диабетінің қалған 90% немесе барлық жүкті әйелдердің 4% гестациялық қант диабетінің үлесіне тиесілі¹⁸⁷.

Жүкті әйелдерде қант диабеті үшін арнайы шараларды қолдану, мысалы, тамақтану бойынша кеңес беру, қандағы глюкоза деңгейін бақылау және инсулин терапиясы (қажет болған жағдайда) ана мен ұрық үшін жүктілік пен босану нәтижелерін жақсартатынына сенімді дәлелдер бар¹⁸⁸. Барлық жүкті әйелдердің шамамен 4%, айқын гормоналды өзгерістерге байланысты орташа инсулин тапшылығы жағдайы пайда болады, бауырдағы глюкоза өндірісі артады, гликоген қоры жұмылдырылады, глюкозаға қалыпты төзімділік бұзылады, бұл жүкті әйелдерде гестациялық қант диабетінің дамуына әкеледі. Бұл жүкті әйелдердегі қант диабетінің барлық жағдайларының 90% құрайды. Популяциялық зерттеулер қант диабетіндегі жүктіліктің нәтижелері әдебиетте ұсынылғаннан да нашар екенін көрсетеді^{189, 190}.

Жүктілік кезіндегі шынайы қант диабетінің жағымсыз әсерлері туралы жалпы көзқарас бар болса да, гипергликемия дәрежесін төмендету үшін емдеудің мәні мен сипаты туралы әлі де пікірталастар бар. Қант диабеті метаболизмнің көптеген аспектілеріндегі бұзылуларына алып келеді және бұл өзгерістер тек глюкоза метаболизмінен асып түседі, дегенмен көмірсулар алмасуына әсері бұл ауруда айқын көрінеді.

Мамандандырылған күтім және диципинааралық кеңес беру ең жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдердің көпшілігі үшін антенаталды күтім қандағы глюкоза деңгейін мұқият бақылау және оларды қажетті деңгейде ұстау қажеттілігін қоспағанда, басқа пациенттердің басым көпшілігінен іс жүзінде еш айырмашылығы жоқ.

Гестациялық қант диабетінің алдын алу және болжау үшін жүктілікке тіркелу кезінде барлық әйелдер дене салмағының индексі бойынша анықталады, егер ол асып кетсе (30 немесе одан да көп), бұл қандағы қантты анықтау және оны жүктіліктің 24 аптасында бақылау үшін көрсеткіш болып табылады¹⁹¹.

Қант диабеті – инсулин секрециясының бұзылуынан немесе организмнің өндірілген инсулинді тиімді пайдалануынан туындайтын созылмалы гипергликемиямен сипатталатын метаболикалық аурулар тобы. Қант диабетіндегі созылмалы гипергликемия әртүрлі

¹⁸⁷Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000

¹⁸⁸What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe – Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

¹⁸⁹Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000

¹⁹⁰What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe – Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

¹⁹¹Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. 2017

органдардың, әсіресе көздің, бүйректің, жүйкенің, жүректің және қан тамырларының зақымдануымен, дисфункциясымен және жеткіліксіздігімен бірге жүреді^{192, 193, 194}. Жүктілік кезіндегі қант диабетінің гестациялық қант диабетінен айырмашылығы, гипергликемия неғұрлым ауыр және гестациялық қант диабеті сияқты жүктіліктен кейін жойылмайды.

Гестациялық қант диабеті – бірінші рет жүктілік кезінде анықталған, бірақ «манифест» қант диабеті критерийлеріне сәйкес келмейтін гипергликемиямен сипатталатын ауру^{195, 196}. Гестациялық қант диабеті - жүктілік кезінде пайда болатын немесе алғаш рет анықталған әртүрлі ауырлықтағы глюкозаға төзімділіктің бұзылуы.

Жүкті әйелдердегі қант диабетінің түрлері¹⁹⁷:

- осы жүктілік кезінде пайда болған және жүктілік кезеңімен шектелген «шынайы» гестациялық қант диабеті;

- жүктілік кезінде көрінетін 2 типті қант диабеті;
- Жүктілік кезінде көрінетін 1 типті қант диабеті.

Диагностикалық критерийлер

Қазіргі уақытта ең жақсы диагностикалық сынақ - бұл қант жүктемесі сынағымен ұштастыра отырып аш қарынға плазмадағы глюкозаны анықтау. Жүктілік кезіндегі қандағы глюкоза скринингінің пайдасы анықталмаған, сондықтан барлық жүкті әйелдерде глюкозаға төзімділікке тестілеу практикалық емес және тек тәуекел топтарымен шектеледі^{198, 199}.

Гестациялық қант диабеті жүктіліктің кез келген кезеңінде келесі критерийлердің біреуі немесе бірнешеуі болған жағдайда диагноз қойылуы керек²⁰⁰:

- аш қарынға плазмадағы глюкоза деңгейі - 5,1-6,9 ммоль/л (92-125 мг/дл);
- плазмадағы глюкоза деңгейі глюкозаны қабылдағаннан кейін 1 сағаттан кейін 75 г - $\geq 10,0$ ммоль/л (180 мг/дл);
- плазмадағы глюкоза деңгейі глюкозаны қабылдағаннан кейін 2 сағаттан кейін 75 г - 8,5-11,0 ммоль/л (153-199 мг/дл).

Жүктілік кезіндегі қант диабеті диагнозын келесі критерийлердің біреуі немесе бірнешеуі болған жағдайда қою керек²⁰¹:

- аш қарынға плазмадағы глюкоза деңгейі - $\geq 7,0$ ммоль/л (126 мг/дл);
- плазмадағы глюкоза деңгейі глюкозаны қабылдағаннан кейін 1 сағаттан кейін 75 г - $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл);
- қан плазмасындағы глюкоза деңгейі кез келген уақытта қант диабеті симптомдары болған кезде $\geq 11,1$ ммоль/л (200 мг/дл).

8-кесте. Жүктілік кезіндегі айқын (алғаш анықталған) қант диабетін диагностикалау үшін веноздық плазмадағы глюкозаның шекті мәндері^{202, 203}

¹⁹²Walkinshaw SA. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software

¹⁹³What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

¹⁹⁴NICE Guideline. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, 2015

¹⁹⁵What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

¹⁹⁶Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes 2013;37(suppl 1): S1-S212

¹⁹⁷What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe – Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

¹⁹⁸Walkinshaw SA. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software

¹⁹⁹What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

²⁰⁰Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности. 2017

²⁰¹Там же

²⁰²World Health Organization. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. Abbreviated Report of a WHO Consultation. World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/CHP/CPM/11.1)

²⁰³NICE Guideline. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, 2015

Жүкті әйелдердегі манифесттік (жаңадан анықталған) қант диабеті	
Веналық плазмадағы глюкоза аш қарынға	≥7,0 ммоль/л
HbA1c ²	≥6,5%
Гипергликемия симптомдары болған кезде тәулік уақытына және тамақ қабылдауға қарамастан веноздық плазмадағы глюкоза	≥11,1 ммоль/л

9-кесте. Гестациялық қант диабетін ауызша глюкозаға төзімділік сынағы арқылы диагностикалау үшін веноздық плазмадағы глюкозаның шекті мәндері

Гестациялық қант диабеті, пероралды глюкозаға төзімділік тесті 75 г глюкозамен

Глюкоза веноздық плазмадағы	ммоль/л
Ашқарынға	≥5,1, но <7,0
1 сағаттан кейін	≥10,0
2 сағаттан кейін	≥8,5 и <11,1

Глюкозалық жүктемеден кейін екі сағаттан кейін 11 ммоль/л-ден жоғары глюкоза деңгейі қант диабетінің белгісі болып саналады, ал 8 мен 11 ммоль/л арасындағы деңгейлер «глюкозаға төзімділіктің бұзылуы» деп аталады²⁰⁴.

Қант диабетінің клиникалық көріністері болса, диагнозды қосымша растау қажет емес.

Гестациялық қант диабеті.

Гестациялық қант диабетін әдетте жүктіліктің 24-28-ші апталары арасында диагностикаланады. Кейбір жағдайларда тәуекел факторының скринингі ауызша глюкозаға төзімділік сынағы көрсеткіштерін анықтау үшін қолданылады. Оларға дене салмағының индексі 30 кг/м²-ден жоғары, анамнезінде гестациялық қант диабеті, анамнезінде макросомия, қант диабетімен ауыратын отбасы, қант диабетінің таралуы жоғары этникалық топтарға мүше болуы жатады.

Гестациялық қант диабеті жиі симптоматикасыз өтеді немесе симптомдар жеңіл және жүкті әйелде алаңдаушылық тудырмайды. Кейде полиурия, шөлдеу және тәбеттің жоғарылауы туралы шағымдар болуы мүмкін, бірақ бұл көбінесе жүктілік алдындағы емделмеген клиникалық айқын қант диабетінде кездеседі. Компенсацияланған гестациялық қант диабеті үшін жалпы тексеру деректері нормадан ерекшеленбейді. Ерекшелік гипертониясы бар семіз жүкті әйелдер болуы мүмкін, оларда глюкозурия мен бактериурия анықталуы мүмкін.

Компенсацияланбаған гестациялық қант диабеті жағдайында ультрадыбыстық тексеруде ұрықтың макросомиясын, көпсулылық және «плацентарлы гиперплазияны» (плацентаның қалыңдығы 4 см-ден астам) анықтауы мүмкін.

I типті қант диабеті

I типті қант диабетінің клиникалық белгілері:

- құрғақ тері және шырышты қабаттар, тері тургорының төмендеуі, «диабеттік» қызару, бауыр көлемінің ұлғаюы;
- кетоацидоз белгілері болса, келесілер пайда болады: терең Куссмауль тынысы, ступор, кома, жүрек айну, «кофе қйыртпағы» құсу, оң Щеткин-Блюмберг белгісі, іштің алдыңғы қабырғасының бұлшықеттерінің қорғанысы;
- гипокалиемия белгілері (экстрасистолалар, бұлшықет әлсіздігі, ішек атониясы).

Қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдердің жүктілігін жүргізу

²⁰⁴Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. OxfordUniversityPress, 3rd

I-II типті қант диабеті және гестациялық қант диабеті бар жүкті әйелдерді бақылау эндокринологпен бірлескен тексерулер және талқылаулар арқылы жүзеге асырылуы керек.

Қант диабетімен асқынған жүктілік кезінде стандартты акушерлік тексеруден басқа, бүйрек функциясын және көз түбін зерттеуді бақылау қажет. Барлық осы зерттеулер әр триместрде жүргізіледі.

Диетотерапия

I типті қант диабеті үшін эндокринолог тағайындаған адекватты диетаны ұстану ұсынылады.

Гестациялық қант диабеті және II типті қант диабеті үшін диеталық терапия жеңіл сіңетін көмірсуларды алып тастау және майларды шектеу арқылы жүзеге асырылады; тағамның тәуліктік көлемін 4-6 қабылдауға біркелкі бөлу.

Дене салмағының индексі қалыпты ($18-25 \text{ кг/м}^2$) әйелдер үшін 30 ккал/кг (2000-2500) тең тағамның күнделікті калория мөлшері ұсынылады; артық салмақ (жағдайдың массалық индексі $25-30 \text{ кг/м}^2$) 25 ккал/кг; семіздікпен (дене салмағының индексі $\geq 30 \text{ кг/м}^2$) – 12-15 ккал/кг. (2000-2200).

Физикалық белсенділік

I-II типті қант диабеті және гестациялық қант диабеті үшін аптасына кемінде 150 минут жаяу жүру, бассейнде жүзу түрінде дозаланған аэробты дене белсенділігі ұсынылады; өзін-өзі бақылауды науқас жүзеге асырады, нәтижелер дәрігерге беріледі. Артериялық қысымды жоғарлататын және жатырдың гипертониясын тудыруы мүмкін жаттығулардан аулақ болу керек.

Гестациялық қант диабетін дәрілік емдеу

Жүкті әйелдердің көпшілігінде гестациялық қант диабетін емдеу үшін диеталық терапия және физикалық белсенділік жеткілікті. Егер бұл шаралар тиімсіз болса, инсулин терапиясы тағайындалады.

Гестациялық қант диабеті үшін инсулин терапиясының көрсеткіштері. Өзін-өзі бақылаудың 1-2 аптасында мақсатты гликемиялық деңгейге (екі немесе одан да көп мақсатты емес гликемиялық мәндер) қол жеткізу мүмкін еместігі, созылмалы гипергликемияның жанама дәлелі болып табылатын сараптамалық ультрадыбыстық зерттеуге сәйкес диабеттік фетопатия белгілерінің болуы.

Инсулин терапиясын тағайындау кезінде жүкті әйелді эндокринолог/терапевт және акушер-гинеколог бірлесіп басқарады.

Ауыз арқылы қабылдайтын гипогликемиялық препараттар жүктілік кезінде және емшек сүтімен емізу кезінде қарсы көрсеткіш!²⁰⁵

Ауруханаға жатқызу

Гестациялық қант диабетіне ерте босану немесе жоспарланған кесар тілігі үшін ауруханаға жатқызу көрсеткіш емес.

I типті қант диабеті болған жағдайда жоспарлы госпитализация келесі кезеңдерде жүргізіледі:

1. Алғашқы госпитализация жүктіліктің 12 аптасына дейін эндокринологиялық/терапевтік стационарда инсулинге қажеттіліктің төмендеуіне және гипогликемиялық жағдайдың даму қаупіне байланысты жүргізіледі. **Госпитализацияның мақсаты** - жүктілікті ұзарту мүмкіндігі туралы мәселені шешу; қант диабетінің метаболикалық және микроциркуляциялық бұзылыстарын және қатар жүретін экстрагениталды патологияны анықтау және түзету, «Қант диабеті мектебінде» оқыту (жүктілік мерзімін ұзарту үшін).

²⁰⁵Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Сахарный диабет при беременности, родах и послеродовом периоде» одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «18» августа 2017 годаПротокол № 26

2. Екіншігоспитализация– жүктіліктің 24-28 аптасында эндокринологиялық/терапевтік стационарда. **Ауруханаға жатқызудың мақсаты**-қант диабетінің метаболикалық және микроциркуляциялық бұзылыстарының динамикасын түзету және бақылау болып табылады.

3. Үшіншігоспитализация – перинаталдық көмекті аудандастырудың 2-3 деңгейіндегі акушерлік ұйымдардың жүкті әйелдер патологиясы бөлімшесінде жүзеге асырылады:

- жүктіліктің 36-38 аптасында 1 және 2 типті қант диабетімен;
- гестациялық қант диабеті үшін – жүктіліктің 38-39 аптасында.

Госпитализацияның мақсаты - ұрықтың жағдайын бағалау, инсулин терапиясын дұрыс жүргізу, босану әдісі мен уақытын таңдау. Қант диабетімен ауыратын жүкті әйелдерді егер қант диабеті компенсирленген болса және барлық қажетті тексерулер жүргізілсе амбулаториялық жағдайда қанағаттанарлық жағдайда емдеуге болады.

I-II типті қант диабеті және гестациялық қант диабеті бар жүкті әйелдерге кеңес беру

Жүкті әйелге ұрықтың туа біткен ақауларының қаупі (егер қант диабеті компенсирленген болса, бұл қауіп сау әйелдердегіден аспайды), жүктіліктің нәтижесі мен инсулин терапиясы мен диетаның уақтылы және сәйкестігі арасындағы байланыс туралы хабардар болуы керек. терапия, балада қант диабетінің даму қаупі туралы: жүкті әйелдедекомпенсациялық қант диабетімен - ересек жаста 9% ға дейін.

Даму аномалияларының (жүйке түтіктерінің ақаулары) ықтималдығын азайту үшін жүктіліктің алғашқы 12 аптасында фолий қышқылын күніне кемінде 0,8 мг дозада енгізу ұсынылады, ал анамнезінде ұрықтың даму ақаулары болса 4 мг/тәу.

Жүктіліктің екінші триместрінде қант диабетімен ауыратын жүкті әйелге тамақтану, жүктілік ағымының ерекшеліктері, жүктілік кезінде болуы мүмкін асқынулар, ұрық пен жаңа туған нәресте үшін (аномалиялардың даму қаупі) және өзі үшін кеңес беру керек. Әйелдерге қант диабеті балаларының физикалық немесе зияткерлік дамуына теріс әсер ететіні туралы ешқандай дәлел жоқ, ал балалардағы кәмелетке толмаған қант диабеті қаупі 2% -дан аз екенін ескерту керек²⁰⁶.

I-II типті компенсацияланбаған қант диабеті және гестациялық қант диабеті кезіндегі ұрықтың дамуының мүмкін бұзылыстары

Компенсацияланбаған қант диабетімен ауыратын аналардан туған балалар сау аналардың ұрпақтарынан ерекшеленеді, бұл «диабеттік эмбриопатия» және «диабеттік фетопатия» ұғымдарын енгізуге мүмкіндік берді. Диабеттік фетопатияның салдары мыналарды қамтиды:

- ұрықтың антенаталды өлімі жүктіліктің ауыр асқынуларының бірі болып табылады;
- макросомия, ол үлкен балалардың туылуымен сипатталады (4000 г астам).

Макросомиямен ауыратын кейбір балаларда бүйрек пен ұйқы безінің ұлғаюымен сипатталатын органомегалия болуы мүмкін. Глюкозамен «артық тамақтандыру» салдарынан ұрықтың гиперинсулизмі:

- липогенез;
- сұйықтықтың сақталуы;
- ісіну (ұрықтың инсулиндік ісінуі);
- дене салмағының жоғарылауы;
- семіздіктің дамуы, кейіннен II типті қант диабеті.
- көптеген ақаулар (7-8 есе жиі);
- ферментативті жетілмегендіктен көптеген мүшелер қызметінің бұзылуы;
- жаңа туған нәрестедегі респираторлық дистресс синдромы. Ұрықтағы гиперинсулинемия альвеолярлы эпителий жасушаларында фосфолипидтердің синтезіне қатысатын ферменттерге кортизолдың белсендіруші әсерін блоктайды, бұл сурфактант өндірісінің төмендеуіне әкеледі;
- қан тамырларының зақымдануы бар қант диабеті болған кезде ұрықтың өсуінің тежелуі.

²⁰⁶Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University

I-II типті қант диабеті және гестациялық қант диабеті бар әйелдерді босануы

- жоспарланған мерзімінен бұрын босану (жүктіліктің 37 аптасына дейін) перинаталдық өлім көрсеткіштерінің жақсаруына алып келмейді;
- қынаптық босану – босанудың екінші кезеңін басқаруға ерекше көңіл бөлу (иық дистоциясының жоғары ықтималдығы және оның макросомиясына байланысты ұрықтың иық өрімінің зақымдануы).

Қынаптық босану кезінде босану кезінде ұрықтың иық дистоциясының дамуына акушерлік көмек көрсету әдістерімен таныс жоғары кәсіби маманның болуын қамтамасыз ету қажет.

Гестациялық қант диабеті бар науқастарда босанғаннан кейінгі тактика

- босанғаннан кейін гестациялық қант диабетімен ауыратын барлық науқастарда инсулин терапиясы тоқтатылады;
- туылғаннан кейінгі алғашқы үш күн ішінде көмірсулар алмасуының ықтимал бұзылыстарын анықтау үшін веноздық плазмадағы глюкоза деңгейін міндетті түрде өлшеу қажет;
- гестациялық қант диабетімен ауыратын науқастарда оның кейінгі жүктілікте және болашақта 2 типті қант диабетімен ауыру қаупі жоғары. Бұл әйелдер эндокринолог пен акушер-гинекологтың тұрақты бақылауында болуы керек;
- Босанғаннан кейінгі 6–12 аптада аш қарынға веноздық плазмадағы глюкоза $<7,0$ ммоль/л бар барлық әйелдер көмірсу алмасуының бұзылу дәрежесін қайта анықтау үшін 75 г глюкозамен ауыз арқылы глюкозаға төзімділік сынағынан өтеді;
- гестациялық қант диабеті диагнозы қойылған әйелдер үшін жыл сайынғы HbA1c сынамасын жүргізу;
- артық салмақ болса, салмақты азайтуға бағытталған диета;
- дене белсенділігін арттыру;
- кейінгі жүктілікті жоспарлау.

Қант диабетімен ауыратын науқастарда босанғаннан кейінгі тактика

Бала туылғаннан кейін инсулин дозасын азайту ұсынылады. Бұл әйелдер эндокринолог пен акушер-гинекологтың тұрақты бақылауында болуы керек;

Жүкті әйелдерде қант диабеті болған кезде жүктілікке қарсы көрсеткіштер қант диабетінің инсулинге төзімді түрі, прогрессивті ретинопатия және нефроангиосклерозбен асқынған қант диабеті және ерлі-зайыптылардың екеуінде де қант диабетінің болуы.

Қорытындылар:

- Қант диабетімен ауыратын науқаста жүктілікті жүргізу бұрынғы кездегідей акушерлік араласуды қажет етпейді.
- Қандағы глюкоза деңгейін мұқият бақылау қажеттілігін қоспағанда, қант диабетімен ауыратын көптеген әйелдердің жүктілігі қалыпты жүкті әйелдер сияқты жүргізіледі.
- Қант диабетімен ауыратын әйелдің мерзімінен бұрын босануы мүмкін, ал таңдаулы мерзімінен бұрын босану перинаталдық өлім-жітім көрсеткіштерін төмендетпейді.
- Ең жақсы нәтижеге мамандандырылған күтім және әртүрлі мамандар арасындағы ынтымақтастық арқылы қол жеткізіледі. Мамандандырылған орталықта көмек көрсетудің қажеті жоқ.
- Қандағы глюкоза деңгейін мұқият бақылау қажет.

1. Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000
2. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe – Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005
3. World Health Organization. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus. Abbreviated Report of a WHO Consultation. World Health Organization, 2011 (WHO/NMH/CHP/CPM/11.1)
4. Walkinshaw SA. Very tight versus tight control for diabetes in pregnancy (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
5. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005
6. NICE Guideline. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, 2015
7. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes 2013;37(suppl 1): S1-S212
8. Singh SR, Ahmad F, Lal A, et al. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. CMAJ 2009;180:385-97
9. Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Сахарный диабет при беременности, родах и послеродовом периоде» одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «18» августа 2017 года, Протокол № 26

Тақырып 4. Жүктілік кезінде резус конфликт



Жүктілік кезіндегі резус конфликт

ТЕОРИЯЛЫҚ МӘЛІМЕТТЕР

Кіріспе

Rh-изоиммунизация (Rh конфликті, Rh сенсбилизациясы, аллоиммунизация) - ана мен ұрықтың қанының Rh жүйесіне сәйкес келмеуіне байланысты сенсбилизацияланған науқастарда екіншілік иммундық жауаптың көрінісі ретінде ананың қанында IgG антиденелерінің болуы.

Ұрықтың гемолитикалық ауруы (ұрық эритробластозы, гемолитикалық сарғаю) — ананың антирезус (D) антиденелерінің әсерінен ұрықтың резус-оң эритроциттерінің гемолизі, плацентарлы тосқауыл арқылы ұрық қанына енуімен, Rh жүйесіне сәйкес ана мен ұрықтың қанының сәйкес келмеуімен және ұрық/жаңа туған нәрестеде анемияның дамуымен, эритроциттердің бласт формаларының санының жоғарылауымен және қандағы билирубин концентрациясының жоғарылауымен сипатталатын ауру.

МКБ-10 бойынша жіктелуі: XV класс «Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезең (O00-O99):

O36 Ұрықтың басқа анықталған немесе күдікті патологиялық жағдайлары кезінде анаға медициналық көмек көрсету;

O36.0 Ананың медициналық көмегін қажет ететін Rh иммунизациясы;

O36.1 Анаға медициналық көмекті қажет ететін иммундаудың басқа түрлері.

Бөлім 1. ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ Резус -конфликт

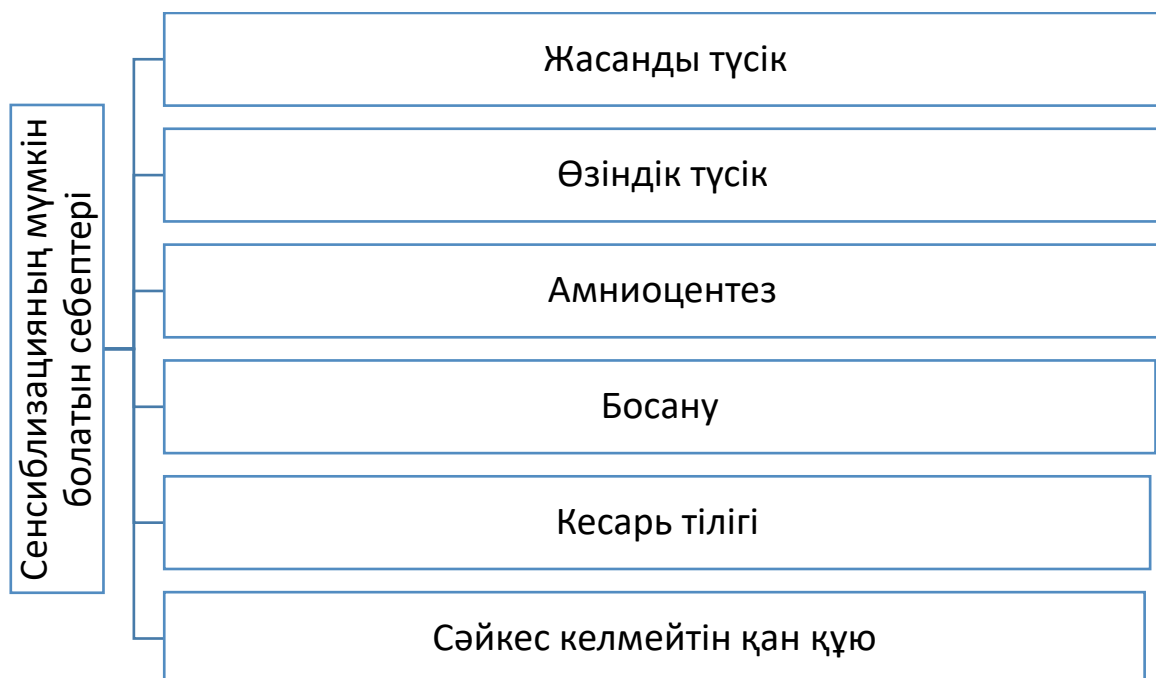
Резус-иммунизация—бұл фетальдық эритроциттердің резус антигеніне жауап түрінде жүкті әйелде антиденелердің пайда болуы. Антидене, плацента арқылы еніп,, ұрықтың эритроциттерін бұзып, анемия тудырады, бұл компенсаторлық экстрамедуллярлық гемопоэзды тудырады. Ол негізінен ұрықтың бауырында дамиды, бұл порталдық гипертензияға, бауыр функциясының бұзылуына және одан кейін гипопроотеинемия асцитке және ұрықтың эритробластозына алып келеді. Анти-Rho(D) әйелдердегі барлық жүктіліктің шамамен 1,5% эритроциттердің сенсбилизациясымен асқынады. Бұл жиілік Анти-Rho(D) иммуноглобулиндерді қолданғанда айтарлықтай төмендейді²⁰⁷

Сенсбилизацияға алып келетін мүмкін себептер. Көбінесе ұрықтың резус-оң мәнді эритроциттерінің босану барысында ана қанына енуі.Изоиммунизацияның даму қаупінің дәрежесі ана қанына енетін резус антигенінің енген мөлшеріне байланысты²⁰⁸. Қалыпты жүктілік кезінде плацентарлық барьер арқылы жүктіліктің алғашқы үш айлығында 5%, үш айлығында 15% және 3-ші үш айлығында 30% өтеді. Басым көпшілігінде, ананың қанына енетін ұрық жасушаларының саны аз бастапқы иммундық жауапты бастауға жеткіліксіз.

²⁰⁷Rosemary D McBain, Caroline A Crowther, Philippa Middleton. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. The Cochrane Library, 2015. Oxford: Update Software

²⁰⁸Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000

Бірінші жүктілік кезінде резус үйлесімсіздік сәйкесіздігі босануға дейінгі жиілігі 1% аз. Жиі ананың изоиммунизациясы босану кезінде анаға ұрық қанының түсуінің салдары болып табылады, бұл ерекшелік емес қалыпты жағдай болып табылады. Босанудан кейін изоиммунизация Rh (+) оң жұбайы бар Rh (-) аналарда тек 10-15% дамиды. Иммунизацияның қаупі спонтанды немесе индукциялық түсік түсіру жүктілік кезінде қан кету плацентаның қолмен бөлу және босану кесарь тілігі және амниоцентез кезінде, әсіресе плацента зақымданған жағдайда, ұрық-ана трансфузиясы көлемінің ұлғаюына байланысты артады.



Осы жүктілік кезіндегі ұрық-ана трансфузиясы және Rh иммунизациясы (сенсибилизациялық құбылыстар) үшін қауіп факторлары:

- өздігінен түсік тастау;
- хорион бүршіктерінің биопсиясы, амниоцентез, кордоцентез;
- 12 аптадан кейін іштің жарақаты (тікелей/жанама, өткір/доғал, ашық/жабық);
- қалыпты орналасқан плацентаның немесе плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуінен туындаған босануға дейінгі қан кету;

- кесарь тілігі;
 - плацентаны қолмен бөлу және плацентаны босату;
- Жаппай FMT келесі жағдайларда пайда болуы мүмкін:

- үшінші триместрдегі іштің жарақаты;
- түсіндірілмеген гидропс ұрық;
- көп жүктілік;
- өлі туу және ұрықтың құрсақішілік өлімі;
- аспаптық босану және кесарь тілігі;
- плацентаны қолмен бөлу және босату;
- кеуде тұсын көрсету кезінде ұрықты басына айналдыру.

Резус конфликт – диагностика

Жүктіліктің ерте кезеңдеріндегі барлық әйелдер топтық және Rh мәртебесін тексеру керек. Одан кейін теріс резуссы бар әйелдер жүктіліктің басында олардың қан тобын және жанама Кумбс сынағы арқылы антиэритроциттерге қарсы антиденелердің титрін анықтау арқылы қанында Rh антиденелерінің бар-жоғын тексеруі керек. Антиэритроциттерге қарсы антиденелер ұрықтың және резус-сенсибилизациясы бар жаңа туған нәрестенің

гемолитикалық ауруының ауыр түрлерінің дамуын болжау мақсатында олардың субкласстары мен концентрациясын анықтау арқылы анықталады (ішкі сыныптарды анықтау (IgG1, IgG3)).

Жүктіліктің 18-20 аптасынан бастап ультрадыбысты жүргізген жөн, ұрықтың гемолитикалық ауруының ерте белгілерін анықтауға болады. Қайталанатын зерттеулер жүктіліктің 24-26 аптасында, 30-32 аптасында, 34-36 аптасында және тікелей босанғанға дейін жүргізіледі. Ұрықтың жағдайын бақылау үшін ұрықтың ортаңғы церебральды артериясындағы қан ағымын динамикалық доплерографиялық бағалау жүргізіледі. УДЗ арқылы ұрықтың гемолитикалық ауруы болған жағдайда – жұлын бұлшықеттерінің атрофиясын күнделікті доплерографиялық бағалау, күнделікті кардиотокография. Әрбір жүкті әйел үшін қайталанатын ультрадыбыстық сканерлеудің уақыты жеке тағайындалады. Қажет болса, зерттеулер арасындағы аралық 1-2 аптаға дейін, ал аурудың ауыр түрлерінде 1-3 күнге дейін қысқарады.

Ұрықтың гемолитикалық ауруын диагностикалаудың қосымша диагностикалық шаралары кардиотокография, кордоцентез және диагностикалық және кейінгі терапевтік мақсаттар үшін ұрықтың қанын талдау болып табылады (дәлелдеу деңгейі В). Оның жалғыз көрсеткіші - ұрықта анемияның болуын көрсететін доплерографиялық деректер, өйткені тек ауыр анемия жатырішілік емдеуге көрсеткіш болып табылады. Сенсибилизацияланған науқастарға инвазивті араласуды жүргізудің басқа көрсеткіштері жоқ, өйткені олардың барлығы сенсибилизацияны арттырады.

Кордоцентез жүргізу кезінде ұрықтың қаны антигендердің Rh тобы мен фенотипіне, Hb және Ht деңгейлеріне зерттеледі, жанама Кумбс сынағы және билирубинді анықтауға болады (дәлелдеу деңгейі В). Кордоцентезге қарсы көрсеткіштер: түсік тастау қаупі, қанның ұюының бұзылуы, мембраналардың мерзімінен бұрын пренаталды жыртылуы, плацентаның бөлінуі және т.б. кордоцентез және ұрықтың қанын сынау.

Кордоцентез арқылы алынған ұрықтың қанын зерттеу ұрықтың гемолитикалық ауруының 100% диагнозын қоюға және аурудың ауырлығын бағалауға ғана емес, сонымен қатар жатырішілік қан құю көрсеткіштерін анықтауға мүмкіндік береді.

Қосымша әдістерге теріс Rh қаны бар жүкті әйелдің перифериялық қанындағы RHD генін анықтау кіреді (ананың қанындағы еркін айналымдағы ұрықтың ДНҚ-сын пайдалану).

Rh антиденелерін анықтау ұрықтың зақымдану қаупін көрсетеді. Антиденелер титрінің деңгейі ұрықтың гемолитикалық ауруының болуын немесе ауырлығын болжамайды. Негізгі болжамдық құндылық антидене титрлерінің қатарымен салыстырғанда акушерлік анамнез болып табылады.

Аспаптық зерттеулер

Ұрықтың гемолитикалық ауруының қазіргі пренаталдық диагностикасы ортаңғы церебральды артериядағы қан ағымының максималды систолалық жылдамдығын инвазивті емес анықтауға негізделген, оның мәні жүктіліктің 1-ші аяғынан бастап және жүктіліктің 3-ші триместрінде болады. кордоцентез арқылы алынған ұрық қанындағы гематокрит пен гемоглобин деңгейлерімен күшті корреляция [дәлелдеу деңгейі Ib].

Осылайша, 21 ғасырдың басында гемолитикалық аурудың ауырлығын бағалау үшін бұрын қолданылған инвазивті пренаталды араласулар (амниоцентез және кордоцентез) ұрықтың жұлын бұлшықет атрофиясы кезінде қан ағымын доплер арқылы бағалаудың инвазивті емес әдісімен ауыстырылды. ұрықтың жағдайын жеткілікті сенімді бақылауға мүмкіндік береді. Ұрықтың ортаңғы церебральды артериясындағы қан ағымының максималды жылдамдығының жоғары сезімталдықпен және ерекшелікпен 1,55 МоМ-ден жоғары, белгілі бір жүктілік жасы үшін МоМ (Медианның еселігі) ұлғаюы қанның гипердинамикалық түрінің дамуын көрсетеді. ауыр анемияға тән ұрықтағы қан айналымы. Анемияның жеңіл дәрежесі 1,29 МоМ-ге, анемияның орташа дәрежесі 1,5 МоМ-ге сәйкес келеді. Ұрықтың гемолитикалық ауруының ауырлығының маркері ретінде ұрықтың ортаңғы церебральды артериясындағы қан ағымының жылдамдығын пайдалану изоиммунизацияның жоғарылауымен асқынуы және жүктіліктің

жоғалуына әкелуі мүмкін инвазиялық процедуралардың жиілігін 70% азайтуға мүмкіндік береді. -4% жағдайлар.



УДЗ анықтайды: плацентаның көлемін қалыңдығын көп суылықты, ұрықтағы асцит, гепатоспленомегалия, гидроторакс, гидроперикард, тері астылық ісіну (контурдың екі еселенуі).

Ультрадыбыстық: гепато-, сплено-, плацентомегалия, асцит, гидроторакс, гидроперикард, тері астындағы ісіну (қос контур), қан ағымының доплерометриялық көрсеткіштері (ұрық қолқасында, венада және артерияларда) сияқты басқа инвазивті емес ультрадыбыстық фетометриялық көрсеткіштер кіндік) тек тарихи маңызы бар және ұрықтың гемолитикалық ауруының ауырлығын анықтауда төмен дәлдікке ие. Амниоцентез кезінде алынған амниотикалық сұйықтықтағы билирубиннің оптикалық тығыздығын зерттеу инвазивті диагностикалық әдіс болып табылады және ақпараттың төмен болуына байланысты қазіргі уақытта қолданылмайды. УДЗ арқылы асцит пен анасарканы анықтау – гидроперикард, гидроторакс, ұрықтың бас, дене және аяқ-қол тері асты тіндерінің ісінуі ұрықтың гемолитикалық ауруының өте ауыр ағымының кешіктірілген дәлелі болып табылады. Rh сенсбилизациясы бар жүкті әйелдерде ультрадыбыстық зерттеудің уақыты мен жиілігі аурудың сонографиялық белгілерінің пайда болу уақытына, жүктіліктің 18-20 аптасынан бастап осы белгілердің саны мен ауырлығына байланысты.

Ұрықтың жас-күйінің көрсеткішін анықтайтын кардиотокография. Ұрықтың гемолитикалық ауруының орташа және ауыр түрлерінде монотонды ырғақ және ұрықтың гемолитикалық ауруының ісіну түрінде «синусоидты» ырғақ анықталады.



Кардиотокография ұрық жағдайының көрсеткіштерін анықтау (орта және ауыр формадағы ұрық гемолитикалық ауруында монотонды ырғақ және ұрықтық гемолитикалық ауруының ісінумен жүретін формасында синусоидалды ритм).

Пренаталды профилактика

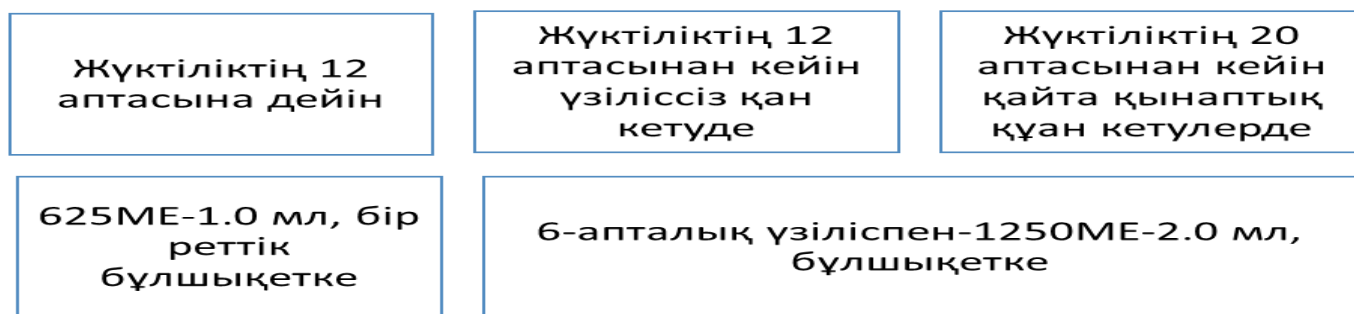
ПМСП деңгейінде жүргізілді. Репродуктивті жастағы ерлі-зайыптылардың қанын зерттеу және қанның антигендік құрамын фенотиптеу керек. Әйелдің және биологиялық әкесінің антигендік құрамы сәйкес келмесе, паритетіне қарамастан, қандағы антидене титрлерінің бар-жоғын зерттеңіз. Жүктілік бойы динамикалық бақылаумен изоиммунизацияланған жүкті әйелде эритроциттерге қарсы антиденелердің титрін анықтау. Динамикалық бақылау жүктіліктің әртүрлі кезеңдерінде ультрадыбыстық (фетометрия және доплерография) көмегімен жүзеге асырылады.

Имплантацияға дейінгі генетикалық диагностиканы жүргізу – ұрықтың әкесінің ЭКҰ кезінде Rh факторы бойынша гетерозиготалы генотипі болған жағдайда Rh (-) эмбрионды таңдау. Имплантацияға дейінгі генетикалық диагностикадан кейін (хорион виллусының биопсиясы, плацентоцентез, короцентез, амниоцентез); жүкті әйелдің және баланың биологиялық әкесінің қан антигендерін фенотиптеу; Rh факторын ескере отырып қан кұю.

Rh-теріс қаны бар әйелде бірінші жүктілікті сақтау. Бірінші жүктілік кезінде изоиммунизация қаупі шамамен 1,5% болатыны дәлелденді. Жүктіліктің 28 және 34 аптасында екі рет тағайындалған анти-Ro(D) иммуноглобулиннің 100 мкг (500 ХБ) дозасы бірінші жүктіліктегі әйелдерге бұл қауіпті 0,2%-ға дейін төмендетуі мүмкін. Осыған байланысты, жүктіліктің 28 және 34 апталарында барлық резус-теріс, иммунизацияланбаған жүкті әйелдер

(теріс анти-D титр), ұрықтың әкесі Rh-оң болса, профилактикалық мақсатта 100 мкг (500 ХБ) қабылдауы керек. анти-Rho(D) иммуноглобулиндері²⁰⁹.

Спецификалық профилактика – антирезус иммуноглобулинді енгізу ұрық-анаға қан құюға әкелетін кез келген процедурадан немесе оқиғадан кейін – жүктіліктің 12+0 аптасына дейін – 625 ХБ – 1,0 мл, бір рет, бұлшықет ішіне енгізіледі. Жүктіліктің 12+0 аптасынан кейін бірден қан кетуі жалғасып жатқан әйелдерге анти-резус Rho (D) иммуноглобулинін 6 апта аралықпен – 1250 ХБ тағайындау керек. – 2,0 мл, бұлшықет ішіне (дәлелдеу деңгейі D). Жүктіліктің 20+0 аптасынан кейін қайталанатын қынаптық қан кетулер үшін анти-резус Rho(D) иммуноглобулинді кем дегенде 6 апта аралықпен (1250 ХБ – 2,0 мл, бұлшықет ішіне) тағайындау керек. Жүктілік кезінде сенсбилизациясыз резус-теріс қаны бар жүкті әйелдерге иммуноглобулинді енгізу жүктіліктің 28 аптасында бір рет бұлшықет ішіне 1250 ХБ (250 мкг) дозада енгізіледі. Егер профилактика 28 аптада жүргізілмесе, оны 34 аптада бірдей дозада енгізуге болады. Немесе жүктіліктің 28 және 34 аптасында екі рет, 625 ХБ (125 мкг). Әдеттегі антенаталды профилактикаға арналған жалпы доза 1250 ХБ (250 мкг) құрайды (дәлелдеу деңгейі D).



Анти-D иммуноглобулинді енгізу жүктіліктің <12 аптасында медициналық немесе хирургиялық түсік үшін ұсынылмайды²¹⁰.

Босанғаннан кейінгі алдын алу

Босанғаннан кейінгі профилактика анти-D иммуноглобулинімен Rh-позитивті баланы немесе Rh-мәртебесін анықтау мүмкін емес баланы туылған барлық резус-теріс әйелдерге, олардың АВО үйлесімділігіне қарамастан, туғаннан кейін 72 сағат ішінде жүргізілуі керек. Туылғаннан кейін барлық босанған әйелдер (алғашқы 72 сағат ішінде), егер Rh-оң ұрық туылса, кем дегенде 100 мкг (500 ХБ) анти-Ro (D) иммуноглобулинді қабылдауы керек, бұл кейінгі кезеңде изоиммунизация қаупін азайтады. жүктілік 0,06% дейін. Rh-теріс, иммунизацияланбаған жүкті әйелдерге анти-Rho (D) иммуноглобулинді енгізу қосымша дозаны қажет ететін фетоматернальды трансфузия қаупімен қатар жүретін процедуралардан кейін қажет. 625 ХБ (125 мкг) бұлшықет ішіне және Клейхауэр сынамасы арқылы ұрық-ана трансфузиясының мөлшерін анықтағаннан кейін қосымша доза. Немесе 1250 ХБ (250 мкг) бұлшықет ішіне бір рет Клейхауэр сынамасын жүргізу мүмкіндігі болмаған жағдайда^{211, 212}.

Резус-сенсбилизацияның спецификалық профилактикасын жүргізген кезде препараттың бір дозасындағы немесе бір мл-дегі ХБ немесе мкг мөлшеріне назар аудару керек, өйткені антирезус иммуноглобулиндерінің шығарылу формалары әртүрлі болуы мүмкін. Жүктілік кезінде анти-Rh0(D)-Ig оңтайлы дозасына қатысты ешқандай дәлел жоқ. Басқарудың әртүрлі

²⁰⁹Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000

²¹⁰Medical management of abortion, 2022 ISBN 978-92-4-003948-3- © World Health Organization 2022

²¹¹What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005

²¹²Клинический протокол «Изоэрологическая несовместимость крови матери и плода» утвержден на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, протокол № 10 от «04» июля 2014 года

әдістері қолданылды. Rh-әйелдерді профилактикалық иммундау принциптері көптеген елдерде ұқсас, бірақ Канада, Австралия, Ұлыбритания және АҚШ-тың соңғы ұлттық нұсқауларында көрсетілген анти-D-Ig дозалары әртүрлі²¹³.

Босанғаннан кейінгі анти-Rh0(D)-Ig дозасына қатысты АҚШ-та стандартты доза 1500 ХБ болатыны белгілі; Канадада – 500-600 ХБ; көптеген еуропалық елдерде, Ұлыбритания, Ирландия және Франциядан басқа - 1000 - 1250 ХБ. Постнатальды профилактиканың оңтайлы уақыты босану кезеңінің алғашқы 72 сағаты болып табылады, бірақ анти-Rh0(D)-Ig енгізу босанғаннан кейінгі кезеңнің 10 күніне дейін рұқсат етіледі.

Rh-конфликт жағдайларын емдеу

Жүктілік кезіндегі араласудың оңтайлы уақытын анықтау үшін қажет: ультрадыбыстық, амниоцентез кезінде алынған амниотикалық сұйықтықтағы билирубиннің спектрофотометриялық талдауы, ұрықтың тобын және Rh тиесілігін және кордоцентез кезінде алынған оның қанының гематокрит деңгейін анықтау. Бұл зерттеулерді кейде анықталған өзгерістердің динамикасы мен ауырлығын ескере отырып, қайталау қажет. Ұрыққа тамырішілік құюды жүктіліктің 16-аптасынан бастап, қажет болған жағдайда қайталауға болады. Ерте босану ұрық тым ауыр зардап шеккенге дейін көрсетіледі, ал жаңа туған нәрестенің кейінгі босанғаннан кейінгі қарқынды терапиясы ананың изоиммунизациясы болған кезде жүктілікті басқарудың негізгі бағыты болып қала береді.

Хирургиялық ем

Құрсақішілік қан құю – 32 аптаға дейінгі жүктілікте бірінші топтағы ж лейкофилтрленген сәулеленген эритроциттер О (I), Rh (-) теріс қан факторын тамыр ішіне құю арқылы емдік кордоцентез. Терапевтік кордоцентездің көрсеткіші ұрықта анемияның болуын көрсететін доплерографиялық деректер болып табылады, өйткені тек ауыр анемия жатырішілік емдеуге көрсеткіш болып табылады. Терапияның жалғыз патогенетикалық негізделген әдісі, нәтижесінде гемоглобин мен гематокрит деңгейі критикалық деңгейден жоғарылайды, гемолитикалық аурудың ісіну түрін дамыту қаупі төмендейді және жүктілікті ұзарту мүмкіндігі бар (дәлелдеу деңгейі В)^{214, 215, 216}. Босану уақыты мен әдісі әр жағдайда акушерлік анамнезді, ұрықтың жай-күйін және белгілі бір акушерлік мекеменің акушерлік және неонаталдық қызметінің мүмкіндіктерін ескере отырып, жеке анықталады. Ұрықтың ауыр анемиясында, ұрықтың гемолитикалық ауруының ісінуі кезінде, сондай-ақ ұрықтың жатырішілік трансфузиясынан кейін хирургиялық босану қолайлы, өйткені кесар тілігі босану кезінде науқас ұрықтың қосымша жарақаты мен гипоксиясын болдырмайды.

2-бөлім. ЖҮКТІЛІКТІ БАСҚАРУ ТАКТИКАСЫ

Бірінші пренаталды қабылдау кезінде антирезус антиденелерінің титрлері болмаған кезде жүктілікті басқару тактикасы

Жүктіліктің 28 аптасында (антирезус иммуноглобулиннің профилактикалық дозасын енгізгенге дейін) немесе 34 аптада, егер резусқа қарсы иммуноглобулинмен профилактика жүргізілмесе, ананың қанында резусқа қарсы антиденелердің болуын және олардың титрін қайталап анықтау. 28 апта.

Ультрадыбысты физиологиялық жүктілікке антенаталдық бақылау стандарттарына сәйкес жүргізу керек (3 скрининг).

²¹³Rosemary D McBain, Caroline A Crowther, Philippa Middleton. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. The Cochrane Library, 2015. Oxford: Update Software

²¹⁴Abdalla M- K., Beattie B., Alfievic Z. Intrauterine transfusion techniques in fetuses with Rhesus incompatibility (Protocol for a Cochrane Review) // The Cochrane Library. – Chichester: John Wiley and Sons, 2004. – Issue 2

²¹⁵Клинический протокол «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода» утвержден на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, протокол № 10 от «04» июля 2014 года

²¹⁶Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG Press, 2008

Жатыр-ұрық-плацентарлы қан ағымының доплерологиялық зерттеуі физиологиялық жүктілік кезінде 18-22 аптада босанғанға дейінгі бақылау стандарттарына сәйкес жүргізілуі керек (ұрықтың туа біткен аномалияларына скрининг бөлігі ретінде).

Жүктілік кезінде резусқа қарсы иммуноглобулинді профилактиканы жүйелі түрде жүргізіңіз 28 аптада немесе 28 және 34 аптада. Антирезус иммуноглобулинді қосымша енгізу осы жүктілік кезінде қауіп факторлары (сенсбилизациялық құбылыстар) болған жағдайда ғана көрсетіледі.

3-деңгейдегі ауруханада босану, босанудың өздігінен басталуын немесе 41 аптадан кейін күтіңіз. Туылғаннан кейін 72 сағат ішінде антирезус иммуноглобулинімен профилактика жүргізіңіз.

Резусқа қарсы антиденелердің титрі болған кезде жүктілікті басқару тактикасы (анамнезде қауіп факторларының болуына байланысты)

Жүкті науқасты резус-изоиммунизациясы болған кезде ұрықтың жағдайын бағалау және жұлын бұлшықет атрофиясы МоМ анықтау үшін доплерографиялық ультрадыбысты қайталау ұсынылады. Жұлын бұлшықет атрофиясы кезінде МоМ 1,5 - әрбір 1-3 күн сайын (ұрықтағы ауыр анемияның даму ықтималдығы жоғары), жүктіліктің ұзақтығын және осы араласудың болуын ескере отырып, кордоцентез және ұрыққа кейінгі жатырышлық трансфузия көрсетіледі²¹⁷. Ұсыныстың сенімді деңгейі С.

Тәуекелдің төмен сезімталдығы. Антирезус антиденелерінің титрі әр 4 апта сайын анықталады. Әр 4 апта сайын ұрықтың гемолитикалық ауруының белгілерін анықтау үшін жатыр-ұрық-плацентарлы қан ағымының доплерографиялық өлшеуін және ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуін жүргізіңіз. Егер доплерографиялық өлшеулер мен ультрадыбыстық зерттеуге сәйкес, ұрықтың гемолитикалық ауруының белгілері болмаса, 38 аптадан астам босануды тудырыңыз.

Жоғары тәуекелді сенсбилизация. Резусқа қарсы антидене титрлерінің сериясының салыстырмалы талдауы Доплерлік өлшемдермен және/немесе ультрадыбыстық деректермен салыстырғанда ғана болжамдық мәнге ие болады. Егер динамикада антидене титрінің 2 есе немесе одан да көп жоғарылауы байқалса, ұрықтың гемолитикалық ауруының белгілерін анықтау үшін ұрықтың плацентарлы қан ағымының доплерографиясын және ұрықтың ультрадыбыстық зерттеуін жасаңыз. Жүктіліктің 34-ші аптасына дейін ұрықтың гемолитикалық ауруының белгілері бар антидене титрі бар Rh теріс қаны бар жүкті әйелдер (УДЗ, допметрия) ерте босану үшін көрсетілген.

Босану әдісі акушерлік жағдайға және ұрықтың функционалдық жағдайына байланысты. Жүктілік кезінде және босанғаннан кейін антирезус иммуноглобулинімен профилактика жүргізілмеуі керек.

Резус-конфликттік жүктілік кезінде кесарь тілігіне көрсеткіштер:

- ұрықтың гемолитикалық ауруының ауыр түрлері Р;
- ұрықтың қауіпті жағдайы;
- жүктілік кезіндегі хориоамнионит;
- ұрықтың примигравидандағы бөртпе көрінісі;
- еңбек индукциясының тиімсіздігі;
- ұрықтың көлденең орналасуы.

Қорытындылар

Диагностика:

- барлық әйелдер жүктіліктің ерте кезеңдерінде Rh статусын анықтау үшін жоспарлы тестілеуден өтуі керек;
- теріс резус (D) әйелдер қанда Rh антиденелерінің бар-жоғын тексеруден өтуі керек;

²¹⁷ Abdalla M- K., Beattie B., Alfirevic Z. Intrauterine transfusion techniques in fetuses with Rhesus incompatibility (Protocol for a Cochrane Review) // The Cochrane Library. – Chichester: John Wiley and Sons, 2004. – Issue 2

- Rh (D) теріс әйелдердің серіктестеріне де анти-D иммуноглобулинді профилактика қажеттілігін анықтау үшін скрининг ұсынылуы мүмкін.

Алдын алу:

- оң Rh (D) бар баланы немесе Rh (D) анықтау мүмкін емес баланы туылған теріс Rh (D) бар барлық әйелдерге туылғаннан кейін 72 сағат ішінде анти-D иммуноглобулинімен босанғаннан кейінгі профилактиканы жүргізу керек, ABO жүйесі бойынша олардың үйлесімділігіне қарамастан;

- анти-D иммуноглобулинді ұрықтың қан кету қаупі жоғары жүктілік кезінде теріс Rh (D) бар барлық әйелдерге енгізу керек;

- жүктіліктің 28 және 34 аптасындағы барлық резус-теріс әйелдерге анти-D иммуноглобулинін жүйелі түрде қолдану да тиімді болып көрінеді.

Емдеу:

- кейінгі босанғаннан кейінгі терапия тиімді болуы үшін ұрық тым ауыр зардап шеккенге дейін мерзімінен бұрын босануды индукциялау;

- ұрықтың гемолитикалық ауруының ауыр түрлерінің дамуымен, жүктілікті ұрықтың жеткілікті жетілу кезеңіне дейін жалғастыру үшін қауіпті және таңдау әдісі донордан Rh (D) теріс эритроциттерді жатыршілік трансфузия болып табылады.

Әдебиеттер

1. Rosemary D McBain, Caroline A Crowther, Philippa Middleton. Anti-D administration in pregnancy for preventing Rhesus alloimmunisation. The Cochrane Library, 2015. Oxford: Update Software;
2. Murray W. Enkin et al, A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, 3rd edition, 2000;
3. What is the effectiveness of antenatal care? WHO Regional Office for Europe - Health Evidence Network report, Copenhagen, 2005;
4. Abdalla M- K., Beattie B., Alfievic Z. Intrauterine transfusion techniques in fetuses with Rhesus incompatibility (Protocol for a Cochrane Review) // The Cochrane Library. – Chichester: John Wiley and Sons, 2004. – Issue 2;
5. Клинический протокол «Изосерологическая несовместимость крови матери и плода», утвержденный на Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 04 июля 2014 года, протокол №10;
6. ACOG Practice Bulletin No.192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. 2018;
7. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG, 2018;
8. Medical management of abortion, World Health Organization 2

Тақырып 5. Жүктілік кезіндегі инфекциялар



Жүктілік кезіндегі инфекциялар

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Жүктілік кезіндегі инфекцияларды 2 топқа бөлуге болады:

1-топ: жүктілікке әсер ететін инфекциялар (олардың кейбіреулері тек ана үшін қауіпті, тек ұрық үшін немесе/және ана мен ұрық үшін де қауіпті болуы мүмкін);

2-топ: жүктілікке әсер етпейтін инфекциялар.

Көптеген жағдайларда перинаталдық инфекциялар алаңдаушылық туғызбайды, бірақ қажетсіз тексерулер мен зерттеулерге, ауруханаға жатқызуға және емдеуге, ана мен баланы бөлуге, емшек сүтін тоқтатуға, ресурстарды ысырап етуге әкеледі.

Жүктілік кезіндегі көптеген инфекциялар алаңдаушылық тудырмайтынын біле отырып, әйелге күтім жасайтын дәрігерлер оған қажетсіз шектеулер қоймауы немесе ресурстарды қажетсіз ысырап етпеуі маңызды. Әрине, кейбір инфекциялар анаға да, ұрыққа да әсер етуі мүмкін, бірақ олар әдетте сирек кездеседі.

Ресурстары шектеулі елдерде, ең алдымен, әйелдер мен балалар үшін қолайсыз нәтижелерді азайтуда тиімді болатын негізгі шаралардың шектеулі жиынтығына назар аудару керек²¹⁸.

Перинаталдық инфекцияларды жұқтыру жолдары

Кейде инфекция бірнеше жолмен берілуі мүмкін. Инфекция анадан эмбрионға эмбрионға қынаптың жоғарғы бөлігінен жатыр мойны каналы арқылы амниотикалық сұйықтыққа көтеріліп немесе гематогенді жолмен анадағы вирусемия, бактериемия немесе паразитемия нәтижесінде беріледі.

Жалпы алғанда, жүктілік кезіндегі бастапқы инфекциялар қайталанатын немесе қайталанатын инфекцияларға қарағанда айтарлықтай қауіпті. Сондай-ақ жүктіліктің ерте кезеңдерінде пайда болатын және дамып келе жатқан инфекциялар әдетте аса ауыр жұқпалы ауруларға әкеледі.

Перинаталдық инфекциялармен жұқтыру жолдары мен кезеңдері:

²¹⁸Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015 г.; РАНО-WHO. Perinatal infections transmitted by the mother to her infant. Educational material for health personnel. 2008. <http://bvshalud.org/portal/resource/en/lil-518926>

Во время беременности	Во время родов	После родов
✓ Трансплацентарно ✓ Через амниотическую жидкость	✓ Через кровь матери или отделяемое родовых путей	✓ Из-за неправильного ухода, питания, через руки (перекрестная контаминация)
		

Жалпы скрининг туралы түсініктер

Скрининг - бұл адамның немесе адамдар тобының аурудың немесе басқа жағдайдың бар-жоғын тексеру.

Ұлттық саясатқа сәйкес²¹⁹, әртүрлі елдерде әртүрлі скринингтік бағдарламалар бар. Нәтиже жергілікті контексте практикалық мәнге ие болмаса, инфекцияларға скрининг ұсынылмайды, бұл егер скринингтің оң нәтижелері бар науқастарды емдеу шектеулі ресурстарға байланысты мүмкін болмаса. Скринингтің пайдасы физикалық және психологиялық зиянның ықтималдығынан асып түсуі керек. Кейбір жұқпалы аурулар үшін жүктілік кезінде жоспарлы скринингтің шығын мен пайда арақатынасы анықталмаған.

Егер мұндай скрининг пайдасы дәлелденбесе, инфекцияларға скрининг ешқашан жүргізілмеуі керек, яғни скрининг қоғамдық денсаулық мойындаған проблема үшін болуы керек; аурудың тарихы айқын болуы; скринингтік сынақтар дәл және сенімді және олардың әрі қарай диагностикадағы рөлі жұртшылық үшін қолайлы; емдеу тиімді екендігі дәлелденуі және скринингтің ықтимал пайдасы оның құнын ақтауы керек.

Жүктілік кезіндегі инфекциялар

Гепатит В. Негізгі фактілер

Қоздырғыш: *Hepatitis B Virus*

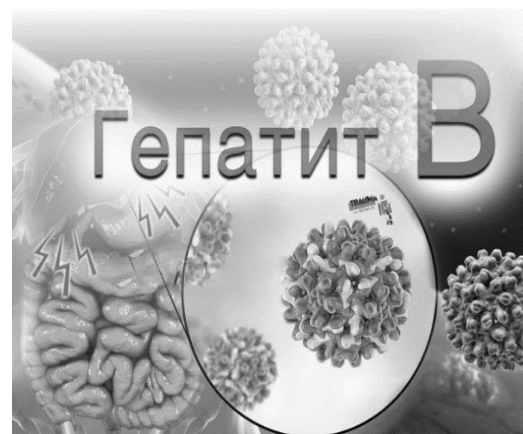
В гепатиті вирусының инкубациялық кезеңі инфекция жұқтырғаннан бастап симптомдар басталғанға дейін 6 аптадан 6 айға дейін созылады²²⁰.

Берілу жолы ұрыққа плацента арқылы немесе босану кезінде ананың қаны және/немесе босану жолының секрециясы арқылы берілуі мүмкін.

Нәресте салмағының төмен болуына әкелуі мүмкін.

Вирустың ең жоғары концентрациясы қанда, төмен концентрациясы басқа дене сұйықтықтарында, соның ішінде жара бөліндісінде, тұқымдық сұйықтықта, вагинальды секрецияда және сілекейде кездеседі. В гепатиті С гепатиті мен АҚТҚ-ға қарағанда жұқпалы және қоршаған орта жағдайларына төзімдірек.

Созылмалы инфекция қаупі инфекция кезіндегі жасқа кері байланысты; ауру жұқтырған нәрестелердің шамамен 90% және 5 жасқа дейінгі жұқтырған балалардың 30%-ы созылмалы инфекцияға ұшырайды, ересектерде жұқтырғандардың 2%-6%-ы²²¹. Жаңадан жұқтырған ересектердің жартысына жуығы ғана симптомдарды дамытады, ал шамамен 1% ауру бауырдың ауыр жеткіліксіздігіне және өлімге әкеледі²²².



²¹⁹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²²⁰CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2021. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guideline>

²²¹Там же

²²²CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2021. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>

Жүктілік кезіндегі В гепатитін диагностикалау және емдеу²²³

Барлық жүкті әйелдер бұрын болғанына немесе вакцинацияланғанына қарамастан, HBsAg үшін анализ тапсыруы керек. Вакцинацияланбаған HBsAg-теріс жүкті әйелдер В гепатитіне қарсы вакцинаны алуы керек.

Негізгі скрининг әдісі HBsAg антигеніне қан анализі болып табылады:

теріс болса – вакцинация;

оң болса, HBeAg антигеніне және оның антиденелеріне қан сынағы, мұнда HBeAg вирустың ағзадағы белсенді көбеюін көрсететін В вирустық гепатитінің маркері болып табылады.

Бірлескен АИТВ-инфекциясы В гепатитіне қарсы вакцинацияға реакцияны нашарлатуы мүмкін. АИТВ-жұқтырған әйелдер вакцинаның үшінші дозасын енгізгеннен кейін 1-2 айдан кейін HBs антиденелерінің бар-жоғын тексеру керек. HBsAg-оң әйелдердің барлық отбасы мүшелері (балалары мен жыныстық серіктестері) В гепатитіне тестілеуден өтуі керек және егер оларда антиденелер болмаса және жұқтырмаған болса, вакцинациялануы керек.

Барлық медицина қызметкерлері В гепатитіне қарсы вакцинациялануы және қан мен дене сұйықтықтарымен жұмыс істегенде стандартты сақтық шараларын сақтауы керек.

В гепатиті созылмалы немесе жасырын болуы мүмкін. Жедел В гепатиті үшін арнайы терапия жоқ, тек қолдау терапиясы ғана. Жүктіліктің үшінші триместрінде иммунопрофилактиканың сәтсіздікке ұшырау қаупі жоғары әйелдерде вирустық жүктемені және сәйкесінше инфекцияның балаға перинаталды берілу қаупін азайту үшін вирусқа қарсы терапия мүмкін, бірақ вирусқа қарсы терапия жеке болуы керек. Әйелді ауруханаға жатқызу туралы шешім оның жағдайының ауырлығына байланысты. Науқасты оқшаулаудың қажеті жоқ. Әйелдер мен балалар бірге болуға шақырылады.

В гепатиті бар әйелден туылған жаңа туған нәреслерді жүргізу

Жаңа туған нәрестеге В гепатитіне қарсы вакцинаны туылғаннан кейін бірден бұлшықет ішіне 0,5 мл көлемінде (туғаннан кейінгі алғашқы 12 сағатта жақсырақ) және В гепатитіне қарсы 200 бірлік көлемінде иммуноглобулинді туылғаннан кейін 24-48 сағат ішінде (48 сағаттан кешіктірмей) енгізу керек²²⁴.

Емшекпен емізу В гепатиті үшін қарсы емес.

Жаңа туған нәресте анасымен бір бөлмеде болуы керек

В гепатитінің алдын алу²²⁵

жүкті әйелдер үшін:

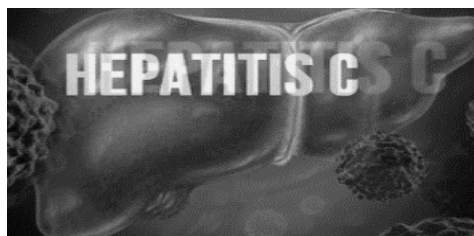
жұқтырған қанмен ықтимал жанасуға байланысты қауіпсіздік талаптарын сақтау

(татуировка, пирсинг, маникюр, стоматологиялық кабинет және т.б.);

презервативтерді дұрыс және дәйекті қолдану арқылы қауіпсіз жыныстық қатынас.

ұрық/жаңа туылған нәресте үшін: - ананың диагнозы;

- туған кездегі иммунизациялау.



Гепатит С. Негізгі фактілер:

• Қоздырғыш: Hepatitis C Virus²²⁵

• ДДҰ деректері бойынша 2019 жылы әлемде 58 миллион адам созылмалы С гепатитін жұқтырған, бірінші кезекте С гепатитін жұқтырғандар саны шамамен 1,5 миллион адамды құрады.

• С гепатитінің инкубациялық кезеңі екі аптадан алты айға дейін.

• Шамамен 80% жағдайда бастапқы инфекция симптомсыз өтеді.

²²³Management of Hepatitis B in Pregnancy (C-Obs 50). RANZCOG Board and Council. 2013

²²⁴РАНО-WHO. Perinatal infections transmitted by the mother to her infant. Educational material for health personnel. 2008

WHO. Managing Newborn Problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, Geneva, 2003

²²⁵Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

Ссылка: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

- Жұқтырған әйелдерден туылған балалардың 4-8% жұқтырған, АҚТҚ жұқтыру қаупі артады 17-25%.

- Жұқтыру жолдары: жұқтырылған қан, тіндер, жұқтырған донорлардың ағзалары, жұқтырған науқстармен қарым-қатынас кезінде және перинаталдық кезеңде.

С гепатиті вирусы қан арқылы таралатын ең көп таралған созылмалы инфекция болып табылады. Кең тарағанымен, көптеген адамдар жұқтырғанын білмейді. Созылмалы ауру жұқтырған адамдардың 75-85% -ында дамиды.

Инфекция өте сирек жыныстық қатынас арқылы беріледі. Дегенмен, соңғы деректер жыныстық жолмен берілу мүмкіндігін көрсетеді, әсіресе АИТВ жұқтырған адамдар арасында. Ауруды жұқтырған әйелдерден туған 100 жаңа туған нәрестенің шамамен 6-сы жұқтырады²²⁶. С гепатитін анадан балаға беру қаупі 17-25% құрайды²²⁷. В және С гепатитінің коинфекциясы Азия, Африка және Оңтүстік Америкада жиі кездеседі. Кейбір аймақтарда С гепатиті бар адамдардың 25%-ы В гепатитін жұқтыруы мүмкін²²⁸.

Жүктілік кезіндегі С гепатитін диагностикалау және емдеу

С гепатитіне скрининг ұсынылмайды.

Ешқандай емдеу немесе босану әдісі (мысалы, кесар тілігі) тәуекелді азайтатыны көрсетілмеген.

Жұқтырған әйелдерден туған балалар С гепатитіне тексерілу керек.

Аурудың созылмалы түрі үшін таңдау әдісі: пегинтерферон және рибавирин.

Оқшаулау көрсетілмеген, бала мен анасы бір бөлмеде болуы мүмкін.

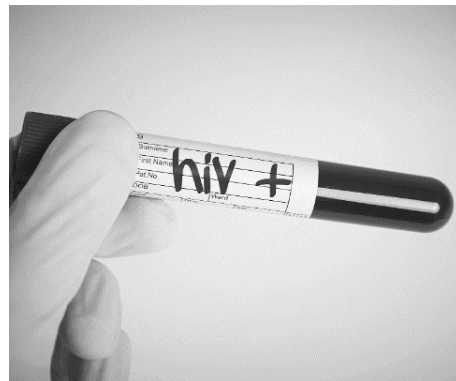
Емшек сүтімен емізуге қарсы көрсетілімдер жоқ.

Жүктілік кезінде ВИЧ

Анасында ВИЧ-инфекциясы анықталса, нәресте жүктілік кезінде, босану кезінде және аз дәрежеде емшек сүтімен емізу кезінде жұқтыруы мүмкін. Жүктілік және босану кезінде кейбір антивирустық препараттарды қолдану инфекцияның ұрыққа берілу қаупін айтарлықтай төмендетуі мүмкін. Дегенмен, барлық әйелдер ВИЧ инфекциясын жұқтырғанын біле бермейді. Сондықтан сарапшылар барлық жүкті әйелдерге АИТВ-ға тестілеуден өтуге кеңес береді²²⁹.

ДДҰ сатысына қарамастан, CD4 жасушаларының саны ≤ 350 жасуша/мм³ бар барлық жүкті әйелдерге антиретровирустық емді бастау ұсынылады. Терапияны жүктілік кезеңіне қарамастан мүмкіндігінше тезірек бастау керек және бүкіл жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде жалғасуы керек²³⁰.

Жүкті әйелдерге арналған антиретровирустық терапия²³¹ және жаңа туған нәрестелердегі инфекцияның алдын алу бойынша жаңа нұсқаулықтардың негізгі ұсыныстары: антиретровирустық терапия неғұрлым ерте басталса, ана денсаулығы үшін де, жүктілік және емшек сүтімен емізу кезінде вирустың балаға берілуінің алдын алу үшін де соғұрлым көп пайда әкеледі. Өздері терапияны қажет етпейтін салыстырмалы түрде күшті иммундық жүйесі бар АИТВ-оң жүкті әйелдерге ұзақ мерзімді антиретровирустық терапия ұрыққа берілу қаупін азайтады. Анаға немесе балаға антиретровирустық профилактика да емшек сүтімен берілу қаупін азайтады.



²²⁶CDC Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2021. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/default.htm>

²²⁷Там же

²²⁸Там же

²²⁹UPTODATE. <http://www.uptodate.com/contents/hiv-and-pregnancy-beyond-the-basics> Accessed SEPT 2013

²³⁰Там же

²³¹Там же

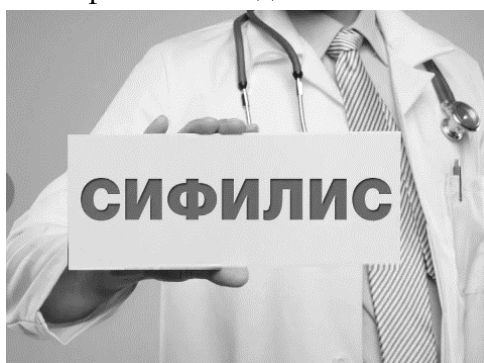
АИТВ-ның анадан балаға берілуінің алдын алу екі негізгі әдісті қамтиды:

- өмір бойы антиретровирустық терапия АИТВ жұқтырған әйелдерге денсаулығын сақтау үшін көрсетілген, сонымен қатар инфекцияның балаға берілу қаупін азайтуда тиімді;
- терапияны қажет етпейтін АИТВ жұқтырған әйелдерге жүктілік, босану және емізу кезінде инфекцияның берілуін болдырмау үшін қысқа мерзімді антиретровирустық профилактика көрсетілген.

Сифилис. Негізгі фактілер²³²:

- Жыныстық жолмен берілетін - *Treponema pallidum*
- Дамушы елдерде және өтпелі экономикасы бар Шығыс Еуропа елдерінде аурушандық өсуде
- Кейбір елдерде аурушандықтың артуы АИТВ/ЖИТС-пен күшейеді
- Өздігінен түсік түсіруге, мерзімінен бұрын босануға, өлі тууға, төмен салмаққа, неонатальды өлімге немесе ауыр зардаптарға әкелуі мүмкін.

Сифилис - жедел және созылмалы ауру, клиникалық сипатталады: бірінші кезекте



қоздырғышты енгізу орнында зақымданумен, екіншілік теріде және шырышты қабаттарда бөртпемен (жүйелі ауру); ұзақ инкубациялық кезең (симптомдар аз немесе жоқ) және ұзақ мерзімді кезеңде терінің, сүйектердің, ішкі ағзалардың, орталық жүйке жүйесінің (нейросифилис) және жүрек-тамыр жүйесінің зақымдануы.

Treponema pallidum – грам-теріс спирохеталы бактерия.

Адамдар *T. pallidum*-тың табиғи иесі, сонымен қатар вектор қызметін атқарады. Әдетте, бастапқы зақымдану инфекциядан кейін 2-6 аптадан кейін патогеннің ену орнында дамиды. ДДҰ бағалауы бойынша, емделмеген мерезбен ауыратын жүкті әйелдердің шамамен 50% инфекцияны ұрыққа жіберіп, ауыр зардаптарға әкеледі²³³.

Жүктілік кезіндегі мерездің диагностикасы

- бірінші босанғанға барғанда мерезге скрининг жүргізу ұсынылады;
- серологиялық зерттеулер: трепонемалық емес және трепонемалық сынақтар;
- жұқтырған науқастардың жыныстық серіктестері клиникалық және серологиялық тексеруден өтуі керек, өйткені олар тәуекелге ұшырайды.

Тек қауіп тобындағы әйелдерді емес, барлық жүкті әйелдерді мерезге тексеру керек. Барлық жүкті әйелдерді мерезге скринингтік тексеру ресурсы шектеулі жағдайларда да мүмкін болатын қарапайым және арзан технологияларды қолдану арқылы жүзеге асырылады.

Серологиялық зерттеулердің екі негізгі түрі бар: трепонемальды және трепонемалды емес. Екі трепонемальды емес зерттеу, венерологиялық ауруларды зерттеу зертханасы (VDRL – Veneral Disease Research Laboratory) сынағы және жылдам плазмалық реагин (RPR – Rapid Plasma Reagin) сынағы, бастапқы зақымдану басталғаннан кейін 4-7 күннен кейін мерездің ерте сатысында оң реакцияны көрсетеді. Трепонемалық емес зерттеулердің негізгі артықшылықтары олардың салыстырмалы түрде төмен құны және жоғары сезімталдығы болып табылады, бұл олардың скринингтік тексерудің орындылығын негіздейді; сонымен қатар, бұл сандық зерттеулер терапияға жауапты бақылау үшін пайдаланылуы мүмкін. Трепонемалық емес сынама оң болса (және мерездің тарихы болмаса), диагнозды флуоресцентті трепонемалық сынама (FTA-ABS) сияқты трепонемалық серологиялық сынама арқылы растау керек. Көптеген адамдар үшін трепонемалық сынақ нәтижелері терапияның

²³²Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²³³WHO. World Health Organization and Department of Reproductive Health and Research: Investment case for eliminating congenital syphilis: promoting better maternal, child health outcomes, and stronger health systems. World Health Organization 2012

берілген-берілмегеніне қарамастан шексіз оң болыпқалады. Трепонемалық зерттеулер қымбатырақ және техникалық тұрғыдан қиын болуы мүмкін.

Сифилис жағдайында ана мен бала бірге тұруға шақырылады. Сифилистің барлық тасымалдаушылары басқа жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды жұқтыру қаупі жоғары, сондықтан барлық жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға, соның ішінде АИТВ-ғаскрининг ұсынылады. Трепонемалық емес зерттеулердің жалған-оң нәтижелерін болдырмау үшін оларды серологиялық трепонемалық зерттеулермен бақылау ұсынылады²³⁴.

Жүктілік кезінде мерезді емдеу

Пенициллинді ересектерді (соның ішінде жүкті әйелдерді) емдеу үшін қолдану ұсынылады²³⁵:

- біріншілік, екіншілік және ерте жасырын сифилис – бензатин пенициллин G 2,4 млн ЕД бұлшықет ішіне бір рет;
- кеш жасырын сифилис немесе белгісіз ұзақтығы жасырын мерез және үшінші дәрежелі мерез – бензатин пенициллин G барлығы 7,2 млн ЕД – бұлшықет ішіне 3 доза 2,4 млн ЕД (аптасына бір рет)

Парентеральді енгізілетін пенициллин G мерездің барлық кезеңдері үшін ең қолайлы ем болып табылады. Қолданылатын препарат (натрий хлориді немесе прокаин ерітіндісіндегі бензатин пенициллиннің суспензиясы), дозалау және емдеу ұзақтығы аурудың кезеңіне және клиникалық көріністеріне байланысты. Парентеральді пенициллин G жүктілік кезінде мерезді емдеудің жалғыз дәлелденген тиімді әдісі болып табылады. Жүктілік кезінде мерезді емдеудің басқа дәлелденген баламалары жоқ.

Анамнезінде пенициллинге аллергиялық реакциясы бар жүкті әйелдер пенициллиндік терапиядан кейін десенсибилизациядан өтуі керек (әдетте жүктілік кезінде тетрациклин мен доксициклин қолданылмайды).

Эритромицин мен азитромицин де ұсынылмайды, өйткені бұл препараттар ана мен ұрық үшін сенімді емдеу нәтижелерін бермейді. Цефтриаксонды анаға емдеу және туа біткен мерездің алдын алу үшін ұсыну үшін деректер жеткіліксіз).

Втобындағы стрептококктар. Негізгі фактілер²³⁶:

• *Streptococcus agalactiae* асқазан-ішек немесе несеп-жыныс жолдарында тіршілік етеді; барлық жүкті әйелдердің шамамен 10-30% тасымалдаушы болып табылады.

• Ұрыққа плацента арқылы (сирек) немесе босану кезінде ананың босану каналының секрециясы арқылы берілуі мүмкін.

• Мыналар себеп болуы мүмкін:

• несеп-жыныс жүйесінің инфекциялары (симптомсыз бактериурия);

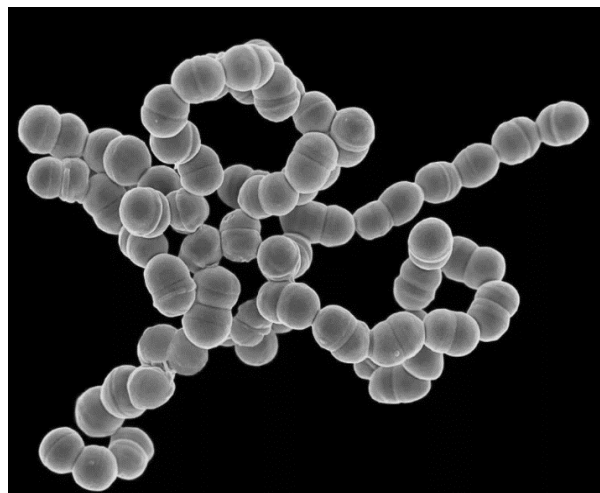
• хориоамнионит;

• босанғаннан кейінгі эндометрит немесе кесар тілігінен кейінгі эндометрит;

• неонатальды сепсис.

• неонатальды сепсис.

В тобының стрептококктары жаңа туған нәрестелердегі (7 күнге дейін) ауыр ерте инфекцияның ең көп тараған себебі ретінде танылады. Өмірдің бірінші аптасында пайда болатын жаңа туған нәрестелердегі инфекциялар ерте инфекциялар болып саналады. Аурудың басталуының жиі кездесетін клиникалық синдромдары сепсис және пневмония; сирек –



²³⁴WHO. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus. Geneva. 2013

²³⁵ Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No. 4

²³⁶Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

менингит. Шала туылған нәрестелер арасында өлім-жітім жоғары, толық туған нәрестелердегі 2-3% салыстырғанда жүктілік мерзімі ≤ 33 апталық нәрестелерде 20%-30%-ға жетеді²³⁷.

В тобындағы стрептококктармен колонизацияның таралуы әртүрлі популяция топтарында өзгереді. Ұлыбританияда ерте басталу жиілігі (жүйелі скрининг немесе жоспарлы босану ішілік антибиотикалық профилактика болмаған жағдайда) Канададағыдан төмен, 1000 туылған нәрестеге 0,5 құрайды²³⁸. Осыған ұқсас аурушандық В тобындағы стрептококк инфекцияларының алдын алуда қауіп факторына негізделген тәсілді жақтайтын еуропалық клиникалық нұсқауларды ұстанатын Швецияда 1000 туылған нәрестеге шаққанда 0,4 тіркелді²³⁹. В тобындағы стрептококктармен ауыр колонизация мерзімінен бұрын босану және мембраналардың мерзімінен бұрын жарылуы сияқты жүктіліктің қолайсыз нәтижелерімен байланысты. В тобындағы стрептококктары бар бактериурия жүктіліктің 2-4%-ында кездеседі және ананың несеп-жыныс жүйесінің ауруларымен және жаңа туған нәрестеде ауру қаупінің жоғарылауымен байланысты²⁴⁰. В тобындағы стрептококктармен колонизация эндомиетритпен және кесар тілігінен кейін жара инфекциясымен байланысты.

Жүктілік кезінде В тобындағы стрептококк тудыратын инфекциялардың тактикасы²⁴¹:

- Канадада: В тобындағы стрептококк тасымалдаушыларында, сондай-ақ қауіп факторлары бар әйелдерде босану кезінде 100% скрининг және антибиотикалық профилактика;
- АҚШ-та: жүктіліктің кеш кезеңінде 100% скрининг және В тобындағы стрептококк тасымалдаушыларында немесе нуклеин қышқылының күшейту сынамасы оң болған әйелдерде босану кезінде антибиотикалық профилактика;
- Ұлыбританияда²⁴²: В тобындағы стрептококктарды тасымалдау үшін барлық жүкті әйелдерді жоспарлы бактериологиялық скринингтен өткізу ұсынылмайды.
- Ағымдағы жүктілік кезінде несепте немесе вагинальды жағындыда анықталған В тобындағы стрептококктары бар әйелдерге босану кезінде антибиотикалық профилактика ұсынылуы керек.
- Босану кезінде дене температурасы 38,0°C-тан жоғары әйелдерге В тобындағы стрептококктарды қамтитын кең спектрлі антибиотиктерді көктамыр ішіне енгізу ұсынылады.
- В тобындағы стрептококктарды тасымалдаушы әйелдің мерзімінде жарғақшалары жарылған болса, босану кезінде оған босануды индукциялау және антибиотикалық профилактиканы ұсыну керек.

Жүктілік кезіндегі В тобындағы стрептококк инфекцияларын емдеу

Протоколдар арасында айырмашылықтар бар Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) и Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC).

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша, егер инфекция белгілері болмаса, жүктілік мерзімі 37 аптадан асса және сусыз аралық 18 сағаттан артық болса, босану кезінде пенициллин немесе ампициллинді профилактикалық енгізу ұсынылады, бұл жаңа туылған нәрестелерде инфекцияның ықтималдығын төмендетеді.

Гонорея. Негізгі фактілер²⁴³:

- *Neisseria gonorrhoea* бактериясы тудыратын жыныстық жолмен берілетін ауру.

²³⁷ Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²³⁸ Там же

²³⁹ Там же

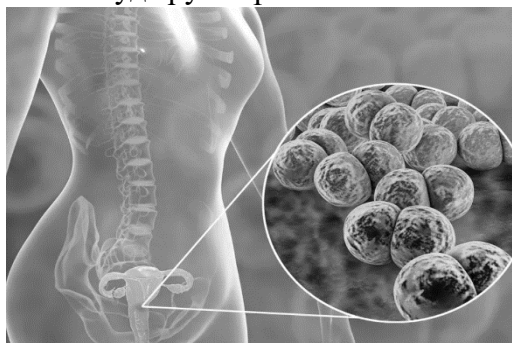
²⁴⁰ Там же

²⁴¹ Там же

²⁴² For a comment on the RCOG guideline on GBS read RCOG-update of GBS guideline- July 2013

²⁴³ Европейско-региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

- Балаға босану кезінде ананың босану жолдары арқылы беріледі.
- Тудыруы мүмкін



- мембраналардың мерзімінен бұрын жарылуы;
- мерзімінен бұрын босану;
- босанғаннан кейінгі инфекциялық асқынулар;
- жаңа туған нәрестедегі конъюнктивит.

Гонорея - Еуропада жыныстық жолмен берілетін инфекциялар арасында (хламидиоздан кейін) екінші орын алады. Дегенмен, кейбір елдерде нашар диагностика, жағдай туралы хабарлау және қадағалау себебінен ауру деңгейі төмен бағаланады. ДДҰ мәліметтері бойынша, күн сайын 15-49 жас

аралығындағы 1 миллионнан астам адам емделетін жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды жұқтырады. Нәтижесінде жыл сайын 376 миллионнан астам инфекция 4 инфекциямен кездеседі: хламидиоз, гонорея, трихомониаз және мерез²⁴⁴.

Медициналық қызмет көрсетушілер скринингтің орынды екенін шешкен кезде жергілікті гонорея эпидемиологиясын ескеруі керек.

Жыныстық белсенді әйелдер, соның ішінде жүкті әйелдер үшін инфекция қаупінің жоғарылауы мыналармен байланысты болуы мүмкін:

- гонорея анамнезінде;
- басқа жыныстық жолмен берілетін инфекциялар;
- жыныстық серіктестердің немесе бірнеше жыныстық серіктестердің жиі өзгеруі;
- қорғаныс құралдарын пайдаланбау;
- жыныстық жұмыс және есірткі қолдану;
- белгілі бір демографиялық топтарға жататындығы; аурудың таралуы жоғары қауымдастықтарда тұру.

Жүктілік кезіндегі гонореяны диагностикалау және емдеу

Әйелдердің шамамен 30-80% және ерлердің 5% асимптоматикалық болып табылады. Диагноз вагинальды жағындыларды зерттеу нәтижелері бойынша қойылады. Граммен боялған жағындыларды зерттеу тиімсіз және ұсынылмайды. Асқынбаған урогенитальды, аноректалды және фарингальды гонореяны емдеу үшін CDC азитромицинмен (ішке бір рет 1 г) немесе доксициклинмен (100 мг пероральді түрде күніне екі рет 7 рет) цефтриаксонмен (бір реттік дозада бұлшықет ішіне 250 мг) біріктірілген емді ұсынады. күн)²⁴⁵.

N. gonorrhea тұрақты геномдық мутацияға және ішкі рекомбинацияға жақсы қабілетті көрсетті, нәтижесінде антибиотиктерге төзімді гонококк популяциясының қарқынды дамуына әкелді. Егер гонококк инфекциясы бар препараттарға бұдан былай жауап бермесе, балалардың, әйелдер мен ерлердің өлімі мен сырқаттанушылық көрсеткіштерінің салдары айтарлықтай болады.

Көбінесе ілеспе хламидиоз байқалады, сондықтан гонореяны анықтау және хламидиозға қарсы емдеу көрсетіледі. Азитромициннің жүктілік кезіндегі қауіпсіздігі дәлелденбеген, бірақ клиникалық тәжірибе оны қолданудың қауіпсіз екенін көрсетеді. Емдеу тек дәрігердің бақылауымен және ана үшін күтілетін пайдасы ұрық үшін ықтимал қауіптен жоғары болған жағдайда ғана жүргізілуі керек. Жұқтырған әйелдердің жыныстық серіктестері хабардар болуы және гонорея мен хламидиоз бойынша кеңес беру және емдеуді ұсынуы керек.

Гонореямен ауыратын әйелден туған баланы жүргізу жолы

Конъюнктивит негізгі клиникалық белгі болып табылады.

Әрекет алгоритмі:

²⁴⁴<https://www.who.int/ru/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>

²⁴⁵Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No. 4

- баланың көзінен бөлінді үлгісін зерттеу;
- цефтриаксонды бұлшықет ішіне бір рет 50 мг/кг енгізу;
- көзіңізді тұзды ерітіндімен немесе таза қайнаған сумен күніне 4 рет толық айыққанша жуыңыз;
- емшекпен емізуге тыйым салынбайды;
- жаңа туған нәресте анасымен бір бөлмеде болуы керек;
- әйелге ауруханаға жатқызу немесе басқа әйелдерден оқшаулау қажет емес.

Краснуха. Негізгі фактілер²⁴⁶:



- Қоздырғышы: *rubellavirus*
 - Плацента арқылы ұрыққа жұғуы мүмкін
 - 16 аптаға дейінгі жүктілік кезіндегі ана ауруы тератогенді болып табылады және мыналарды тудыруы мүмкін:
 - ұрықтың өлімі;
 - нәресте салмағының аз болуы;
- катаракта;
 - туа біткен жүрек ақаулары;
 - ақыл-ойдың артта қалуы;
 - есту қабілетінің бұзылуы.

Бұл вирустық инфекция мерзімінен бұрын босануды тудыруы және перинаталдық өлімді арттыруы мүмкін. Жүктіліктің алғашқы 16 аптасында бірінші реттік қызамықтың ұрық үшін қаупі ауыр және әртүрлі туа біткен ауытқулардың дамуы тұрғысынан өте ауыр және қауіпті. Жүктілікке дейін немесе жүктіліктің 20 аптасынан кейін пайда болған қызамық ешқандай қауіп төндірмейді.

Жүктілік кезінде қызамықтың диагностикасы

- Бұрын қызамыққа қарсы екпе алмаған жүкті әйелдердің барлығы босану емханасына алғаш барған кезде және жүктіліктің 17 аптасына дейін тексерілуі керек.
- Ешқандай ем жоқ. Ұрықты зерттеу ПТР көмегімен жүзеге асырылады, егер жүктіліктің 16 аптасына дейін анасында инфекция анықталса, жүктілікті тоқтату ұсынылады.
- Әйелді басқа жүкті (немесе жүкті болуы мүмкін) әйелдерден оқшаулау керек

Қызамыққа қарсы антиденелерге әдеттегі антенаталды тестілеу вирусқа сезімталдықты анықтау және босанғаннан кейін вакцинация алуы керек әйелдерді анықтау үшін қажет. Диагноз нақты IgM және IgG антиденелерін сынау нәтижелеріне негізделген. Егер сынама инфекциядан кейін бірден сынақ үшін алынса, жалған теріс нәтиже алынуы мүмкін. Жедел инфекцияға және қайта жұқтыруға антиденелердің жауап түрі қолданылатын талдауға байланысты өзгереді; Нәтижелерді сарапшылық түсіндіру қажет болуы мүмкін. Арнайы IgM антиденелері үшін оң бір сынақ негізінде қызамық диагнозын қоюға болмайды. Нәтижелер толық клиникалық және эпидемиологиялық ақпаратқа сәйкес түсіндірілуі керек. Егер сероконверсияның дәлелі болмаса, онда баламалы спецификалық IgM антиденелеріне қосымша тестілеу, аурудың басталуында IgG сынамасын және 10-14 күннен кейін алынған үлгіні сынау және спецификалық IgG күшін өлшеу ұсынылады. байланыстыру (аудиттілік). IgG авидтілігі бастапқы инфекциядан кейін бірден төмен болады, бірақ ол бірнеше аптадан кейін күшті байланыстыру қабілетіне жетеді. Жүктіліктің алғашқы 16 аптасында ананың қайта жұқтыруымен байланысты ұрық үшін төмен, бірақ белгілі қауіп-қатерді ескере отырып, оның жұқтыру мүмкіндігін нақтылау үшін ұрықтың одан әрі ПТР зерттеулерінің орындылығын қарастыру ұсынылады.

²⁴⁶<https://www.who.int/ru/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>

Жедел инфекциясы бар әйелдерді (босанудан және пневмониядан басқа) ауруханаға жатқызудан аулақ болу керек.

Қызамықпен ауыратын әйелден туған баланы жүргізу жолы²⁴⁷

- Диагноз мұрыннан бөліну және зәр шығару арқылы расталады.
- Ешқандай ем жоқ.
- Емшекпен емізу қарсы көрсетілмейді.
- Жаңа туған нәрестені басқа балалардан оқшаулау керек (вирус дене сұйықтықтарында болады), бірақ ол анасымен бір бөлмеде болуы керек.

Туа біткен қызамықпен ауыратын жаңа туған нәрестелер 1 жасқа дейін жұқпалы болып саналуы керек, сондықтан мұрын-жұтқыншақ және зәр культуралары теріс болғанша басқа жаңа туған нәрестелерден оқшаулануы керек, бірақ аналарымен бірге ұстау керек.

Емшекпен емізу қарсы көрсеткіш емес. Вакцинацияланған бала емізетін әйелдер үшін: қызамыққа қарсы вакцина құрамындағы вирус емшек сүтінен табылуы мүмкін; дегенмен, емшек сүтімен емізу вакцинацияға қарсы көрсетілім болып табылмайды, өйткені вакцина вирусының балаға зияны туралы ешқандай дәлел жоқ. Ана мен балаға көмекті қызамыққа қарсы екпе алған қызметкерлер көрсете алады.

Қызамық: алдын алу

Ерлер мен қыздарды әмбебап вакцинациялау қызамық инфекциясы, оның ішінде туа біткен қызамық жағдайларының айтарлықтай төмендеуіне әкеледі. Вакцинация жүкті әйелдерге көрсетілмейді және босанғаннан, түсіктен немесе түсіктен кейін жасалуы мүмкін. Вакцинациядан кейін әйел 3 ай бойы жүктіліктен қорғалуы керек.

Қызамыққа қарсы вакцина 1969 жылдан бері бар. Вакцинаның бір реттік дозасы (мысалы, қызылшаға, паротитке және қызамыққа қарсы вакцина) өмір бойы иммунитетті қамтамасыз етуде 95% тиімді. Зерттеулер көрсеткендей, серопозитивтілік деңгейі 16 жыл бойы жоғары болып қалады²⁴⁸. Жанама әсерлері шамалы. Егер әйелдер жүктілік кезінде кездейсоқ иммунизацияланса, жүктілікті тоқтату көрсетілмейді. Әйелге жүктілік кезінде вакцинацияға байланысты қауіп жоқ екенін хабарлау керек.

Токсоплазмоз. Негізгі фактілер²⁴⁹:

- *Toxoplasma gondii* паразитінен туындаған
- Инфекция көбінесе бала туу кезінде жиі кездеседі
- Мысықтың нәжісімен және/немесе жұқтырған сүтпен және/немесе етпен байланыс арқылы жұғады
- Балаға плацента арқылы берілуі мүмкін – туа біткен инфекцияның жиілігі 1/1000 - 1/10 000 тірі туылғандар
- Гидроцефалия, хориоретинит және интракраниальды кальцинация тудыруы мүмкін.

Адамның инфекциясы кистасы бар шала пісірілмеген немесе шикі етті жеуден туындауы мүмкін. Сонымен қатар, инфекция мысықтармен тікелей байланыста немесе жұқтырған мысықтардың нәжісімен шығарылған ооцисттермен ластанған суды немесе тағамды тұтыну арқылы пайда болуы мүмкін.

Туа біткен токсоплазмоз инфекцияны анадан жұқтырған кезде пайда болады. Ұрықтың өлімін, түсік түсіруді және неврологиялық және нейрокөгнитивтік бұзылуларды және хориоретинитті қамтитын синдромдарды тудыруы мүмкін.

Жүктілік кезіндегі токсоплазмоздың диагностикасы

- Жиі симптомсыз (>90%)

²⁴⁷Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs, 7e Eds. Tricia Lacy Gomella, et al. McGraw Hill, 2013, <https://accesspediatrics.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1303§ionid=79657319>

²⁴⁸РАНО-WHO. Perinatal infections transmitted by the mother to her infant. Educational material for health personnel. 2008. <http://bvsalud.org/portal/resource/en/lil-518926>; Health Protection Agency (HPA). Rash Guidance Working Group. Guidance on Viral Rash in Pregnancy. London, Jan 2011.

²⁴⁹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

- Жұқтыру қаупі инфекция кезіндегі жүктілік мерзіміне байланысты
- Ең жоғары қауіп жүктіліктің 3-ші триместрінде, бірақ 1-ші триместрде пайда болған ауру ең ауыр түрінде дамиды.

- Скрининг жергілікті нұсқауларға байланысты және Францияда, Австрияда және Данияда ұсынылады

- Сероконверсия
- IgG антиденелерінің авидтілік индексі анықтау
- Амниоцентез

Жүкті әйелдерде токсоплазмозға спецификалық IgM антиденелерінің болуы жақында жұқтырғанын көрсетеді, өйткені бұл антиденелердің өмір сүру ұзақтығы қысқа. Дегенмен, олар жүктіліктен кейін ұзақ уақыт бойы қанда анықталуы мүмкін.

Антидененің авидіттік индексінің таралуы IgG-нің ағзамен байланысу күшін көрсетеді. Авидіттің көпшілігі (бірақ әрқашан емес) 5 ай ішінде төменнен жоғарыға өзгереді. Авидіт жоғары болса, инфекция 5 айдан ерте емес.

T. gondii анықтау үшін амниоцентез жүктіліктің 18 аптасынан аз әйелдерге ұсынылмауы керек, себебі жалған-оң нәтиженің пайда болу қаупі жоғары; зерттеу ананың жедел инфекциясына күдік туындаған сәттен бастап кемінде 4 апта ішінде жүргізілуі керек.

Тәуекел жұқтыру кезіндегі жүктілік мерзіміне байланысты. Инфекцияның ұрыққа берілу қаупі 3-ші триместрде жоғары, бірақ ауру 1-ші триместрде алынған болса, оның ең ауыр түрінде дамиды.

***Жүктілік кезінде токсоплазмозды емдеу*²⁵⁰**

Арнайы емдеу әдістері: спирамицин (қымбат және барлық елдерде жоқ) және пириметамин (жоғары уытты (фоллий қышқылының антагонисті) және жүктіліктің 18 аптасына дейін ұсынылмайды).

Егер инфекция расталса, ата-аналарға жүктілікті тоқтату (морфологиялық өзгерістер анықталса) немесе ұрықты жатырда сульфаниламидтермен және пириметаминмен емдеуді таңдау ұсынылады. Емдеу және бақылау туғаннан кейін бірден жалғасуы мүмкін.

Емдеу ұрықтағы туа біткен инфекцияны немесе ұрықтың аномалиясын болдырмауға көмектесетіні туралы нақты дәлелдер жоқ.

Әйелге ауруханаға жатқызу немесе басқа әйелдерден оқшаулау қажет емес.

***Токсоплазмоз: алдын алу*²⁵¹**

- Бала туатын жастағы әйелдерде токсоплазмоздың алдын алу бағдарламаларын қолдану сырқаттанушылықтың төмендеуіне әкелді.

- Жүкті әйелдер келесілер туралы хабардар болуы керек:

- тағам тиісті термиялық өңдеуден өтуі керек;
- жемістер мен көкөністерді тазарту немесе жуу қажет;
- жерге немесе құмға тиген кезде қолғап кию керек;
- мысықтың қоқысын өзгертуден аулақ болу керек;
- қол гигиенасын сақтаңыз.

Цитомегаловирус инфекциясы (ЦМВ). Негізгі фактілер²⁵²:

- Қоздырғыш: *Cytomegalovirus*
- Ұрыққа плацента арқылы, босану кезінде ана қаны немесе босану жолдарының бөлінуі және емшек сүті арқылы жұғуы мүмкін.

- Бөртпе (пурпура), жатырішілік өсудің шектелуі, төмен салмақ/шала туылу, өлі туу/неонаталдық өлім, сепсис және неврологиялық бұзылулар тудыруы мүмкін.

²⁵⁰Там же

²⁵¹Di Mario S, Basevi V, Gagliotti C, Spettoli D, Gori G, D'Amico R, Magrini N. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 4, Art. No. CD006171. DOI: 10.1002/14651858.CD006171.pub1.2013

²⁵²Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

Цитомегаловирустық инфекция қазіргі уақытта туа біткен вирустық инфекцияның ең көп тараған себебі болып табылады. Ұлыбританияда 1000 туылған нәрестеге 3 бала туа біткен цитомегаловирусты инфекциямен ауырады, серонегативті әйелдердің 1-4% жүктілік кезінде цитомегаловирусты инфекцияны алады, ұрыққа берілу жылдамдығы 24 - 75%, орта есеппен - шамамен 40%, 40% құрайды. жұқтырған ұрықтың, 10% туғаннан кейін, туа біткен инфекция белгілері пайда болады²⁵³.

Неврологиялық бұзылыстарға дамудың бұзылуы, ақыл-ойдың артта қалуы және сенсорлық есту қабілетінің жетіспеушілігі жатады. Туа біткен цитомегаловирус инфекциясы бар жаңа туған нәрестелерді басқа балалардан оқшаулау керек, өйткені олардың зәрі жұқтырылған, бірақ оларды аналарынан және басқа отбасы мүшелерінен оқшаулауға болмайды.

Жүктілік кезіндегі ЦМВ инфекциясын диагностикалау және емдеу

- Біріншілік цитомегаловирусты инфекция әдетте симптомсыз өтеді.
- Жүктілік кезінде цитомегаловирусты инфекцияға жоспарлы тестілеу көрсетілмейді.
- Тиімді ем жоқ.
- Егер анада біріншілік инфекция расталса, амниоцентез оң болса және УДЗ-де спецификалық емес белгілер анықталса (туа біткен аномалиялар, дамудың кешігуі және т.б.) жүктілікті 22 аптаға дейін тоқтатуға болады.

90%-дан астам жағдайларда жүктілік кезінде бастапқы цитомегаловирусты инфекция анада симптомсыз және ұрықта симптомсыз қалуы мүмкін²⁵⁴. Жүктілік кезіндегі анадағы біріншілік цитомегаловирусты инфекцияның диагностикасы бұрын серонегативті болған жүкті әйелдің қан сарысуындағы спецификалық IgG антиденелерін анықтауға немесе IgG төмен авидтілігімен (II-2A) байланысты спецификалық IgM антиденелерін анықтауға негізделуі керек. Ұрықтың пренаталды диагностикасы амниоцентез нәтижелеріне негізделуі керек, ол ананың инфекциясына күдікті болғаннан кейін 7 аптадан ерте емес және жүктіліктің 21 аптасынан ерте емес жүргізілуі керек. Бұл аралық маңызды, өйткені ұрықтың инфекциясынан кейін 5-7 апта өтуі керек және амниотикалық сұйықтыққа шығарылатын вирус анықталғанға дейін бүйректе вирустың кейінгі репликациясы (II-2A). Екіншілік инфекцияның диагностикасы IgM бар немесе онсыз IgG антиденелерінің айтарлықтай жоғарылауына және IgG жоғары авидтілігіне негізделуі керек. Егер қайталама инфекция расталса, амниоцентез қарастырылуы мүмкін, бірақ тәуекел-пайда арақатынасы төмен берілу жылдамдығына байланысты өзгермелі (III-C).

Жыныстық герпес. Негізгі фактілер²⁵⁵:

- Жыныстық жолмен берілетін, қоздырғыш: қарапайым герпес вирусы
- Кең тараған (халықтың 60%-на дейін)
- Ұрыққа плацента арқылы (сирек) және босану кезінде туу каналынан инфекциялық бөлінділер арқылы берілуі мүмкін.
- Мерзімінен бұрын босану, төмен салмақ, неонатальды герпес және жиі деформацияланатын ақауларды тудыруы мүмкін.
- Өлім деңгейі - 60%

Жыныстық герпес – созылмалы, өмір бойына созылатын инфекция. Герпес вирусының екі түрі анықталды: HSV-1 және HSV-2. Көп жағдайда инфекция жұқтырғанын білмейтін немесе жұқтырған кезде симптомсыз адамдар арқылы беріледі. Кез келген вирусты жұқтыру аурудың бірдей бастапқы көріністерін тудыруы мүмкін, бірақ нақты клиникалық көріністер алдыңғы инфекцияға және инфекцияның алдыңғы орындарына байланысты болуы мүмкін. Берілуге әсер ететін факторларға аналық инфекцияның түрі (бастапқы немесе қайталанатын), трансплацентарлы аналық бейтараптандыратын антиденелердің болуы, босанғанға дейінгі

²⁵³SOGC Clinical Practice Guideline. Cytomegalovirus Infection in Pregnancy. No. 240, April 2010. J Obstet Gynaecol Can 2010;32(4):348-354

²⁵⁴Тамжес Адлер SP. Screening for Cytomegalovirus during Pregnancy. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology Volume 2011, Article ID 942937, 9 pages doi:10.1155/2011/942937

²⁵⁵Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

сусыз аралықтың ұзақтығы, босану кезінде ұрықты бақылау кезінде бас терісінің электродтарын орналастыру және босану тәсілі жатады. Әйел жүктіліктің 3-ші триместрінде, әсіресе соңғы 6 апта ішінде жаңа инфекцияны (бастапқы жыныс герпесімен) жұқтырған кезде қауіп ең жоғары болады, өйткені вирустың бөлінуі жалғасуы мүмкін және нәресте ананың қорғаныш антиденелері пайда болғанға дейін туылуы мүмкін.

Жүктілік кезіндегі жыныс герпесінің диагностикасы

- Ана жұқпалы ауруларының көпшілігі симптомсыз немесе анықталмай қалады
- Барлық жағдайлардың 2/3-нен астамында неонатальды герпес әйелдерден туылған балаларда симптомсыз және ауру тарихында кездеседі.
- Қайталанатын және біріншілік жыныс герпестерін ажырату қиын
- Жүктілік кезіндегі HSV спецификалық антиденелерге скринингтің орындылығы неонатальды герпестің жиілігіне, скрининг құнына және артықшылықтарға байланысты қарастырылуы керек.
- Оқшаулау көрсетілмеген, бала анасымен бір бөлмеде болуы керек

***Жүктілік кезіндегі жыныстық герпестің бірінші эпизодын емдеу*²⁵⁶**

- Неонатальды герпестің жоғары қаупі
- Жеткізу кезіндегі бірінші эпизод
- Кесар тілігі барлық әйелдерге ұсынылады
- Бірінші эпизод күтілетін мерзімінен кейін 6 апта ішінде немесе мерзімінен бұрын босану басталғанда
- 36 аптадан бастап күніне 3 рет 400 мг ацикловирмен күнделікті супрессиялық ем
- Кесар тілігін қарастырыңыз
- Қынап арқылы босану кезінде инвазивті процедуралардан аулақ болыңыз.
- Жатыр ішілік көктамыршілік ацикловир жаңа туған нәрестеде герпес қаупін азайтуы мүмкін.

Жүктілік кезінде қайталанатын жыныстық герпесті емдеу

- Босану кезінде зақымданулар болмаса, қынаптық босану көрсетіледі.
- 36 аптадан бастап күніне үш рет 400 мг ацикловирмен күнделікті вирустық супрессия босану кезінде зақымданулардың пайда болуына жол бермеуі және кесар тілігі қажеттілігін азайтуы мүмкін.
- Жыныс мүшелерінің қайталанатын герпесімен және босану кезіндегі зақымданулары бар әйелдерде кесарь тілігін қарастыру.
- Қынап арқылы босанғаннан кейін неонатальды герпес қаупі өте төмен және анаға кесарь тілігі жасау қаупімен салыстыру керек.

***Жыныстық герпеспен ауыратын әйелден туған баланы жүргізу жолы*²⁵⁷**

- Туылғаннан кейін 24-48 сағат ішінде культураны қарастырыңыз (қан, сарысу және везикуланың құрамы)
- Туылғанға аз уақыт қалғанда ананың біріншілік инфекциясы
- Қынаптық босану
- Инфекцияның жалпы белгілері немесе терідегі көпіршіктер
- Вирусқа қарсы емді қарастырыңыз, егер: ананың біріншілік инфекциясы туылғанға дейін аз уақыт болса; инфекцияның жалпы белгілері; терідегі көпіршікті бөртпелер; және оң мәдени нәтиже.
- Профилактикалық вирусқа қарсы емдеу ұсынылмайды

²⁵⁶Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁵⁷Kimberlin DW, Baley J. Guidance on management of asymptomatic neonates born to women with active genital herpes lesions. Pediatrics. Volume 131, Number 2, February 2013. Originally published online January 28, 2013. DOI: 10.1542/peds.2012-3216 Additional resources: American Academy of Pediatrics, Red Book. Available online <http://aapredbook.aappublications.org/> (accessed 19 September 2014)

Жыныс герпес: алдын алу

- Жүкті әйелдер үшін:
 - презервативтерді дұрыс және тұрақты пайдалану арқылы қорғалмаған жыныстық қатынастан аулақ болыңыз
- Ұрық/жаңа туған нәресте үшін:
 - аналарды уақтылы және адекватты диагностикалау және емдеу;
 - босану әдісін таңдау жаңа туған нәресте үшін қауіпті бағалауға негізделген;

Жаңа туған нәрестелерге күтім көрсететін белсенді герпес инфекциясы бар қызметкерлердің жалпы қабылданған сақтық шараларын сақтауы.

Медицина қызметкерлері мен олардың жанұялары герпес витлоу немесе герпес orolabialis сияқты белсенді герпес инфекциясы бар жаңа туған нәрестеге вирусты бермеу үшін шаралар қабылдауы керек.

Сүт безінің герпетикалық зақымдануы жағдайында ғана емшек емізу қарсы көрсеткіш.

Зәр шығару жолдарының инфекциялары. Негізгі фактілер²⁵⁸:

- Бактериялар қоздырғышы: ішек таяқшасы (ең таралған)
- Еуропалық аймақтың көптеген елдерінде зәр шығару жолдарының инфекцияларының жиілігі жоғары
- Жүктілік кезіндегі негізгі клиникалық формалар: симптомсыз бактериурия (3-8%); цистит (1,3-3,4%) және пиелонефрит (1%)

Көптеген зәр шығару жолдарының инфекциялары симптомсыз немесе әдеттегі жүктілікке тән белгілерден (мысалы, жиі зәр шығару) ажырату қиын.

Зәр шығару жолдарының инфекциялары, соның ішінде пиелонефрит, ана мен жаңа туған нәрестенің елеулі сырқаттануына және өліміне әкелуі мүмкін ауыр асқынуларға ие.

Жүктілік кезінде симптомсыз бактериурия жиі кездеседі, жиілігі 10% жетеді²⁵⁹. Жедел цистит дизурия, зәр шығаруды ұстамау және жүйелі ауру белгілері жоқ фебрильді науқастарда жиі зәр шығару сияқты белгілердің болуымен диагноз қойылады. Асимптоматикалық бактериуриямен ауыратын әйелдердің 20-40% жүктілік кезінде пиелонефрит дамиды²⁶⁰.

Пиелонефрит диагнозы бактериурия жүйелі белгілермен немесе қызба, жүрек айнуы, құсу және бүйірдегі ауырсыну сияқты белгілермен - төменгі зәр шығару жолдарының инфекциясының жалпы белгілерімен бірге болғанда қойылады.

Жүктілік кезіндегі жедел пиелонефрит – аналық сепсиске және мерзімінен бұрын босануға ұласатын ауыр жүйелі ауру.

Жүктілік кезіндегі зәр шығару жолдарының инфекцияларының диагностикасы

- Жүктіліктің 1-ші триместріндегі скрининг барлық жүкті әйелдерге ұсынылады
- Сандық бактериологиялық талдау жалғыз сенімді диагностикалық әдіс болып табылады
- Тиісті белгілері бар жүкті әйелдерде >103 КҚБ/мл зәр шығару жолдарының инфекциясын көрсетеді

Жүктілік кезіндегі зәр шығару жолдарының инфекцияларын емдеу

- Антибактериалды терапия. Симптомсыз бактериурия немесе цистит кезінде: ауруханаға жатқызудың қажеті жоқ, 5-7 күн бойы ауызша антибиотиктер
- Жүкті әйелдерде пиелонефриттің даму қаупі айтарлықтай. Пиелонефрит кезінде: ауруханаға жатқызу және ішілік антибиотикалық терапия
- Оқшаулау көрсетілмеген, бала анасымен бір бөлмеде болуы керек
- Зәр шығару жолдарының инфекцияларын емдеуге арналған антибиотиктерді таңдау жергілікті қолжетімділікке байланысты болады: әдетте ампициллин, цефалоспорин немесе нитрофурантоин қолданылады.

²⁵⁸Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁵⁹Там же

²⁶⁰Там же

Хламидиоз. Негізгі фактілер²⁶¹:

- Chlamydia trachomatis бактериясынан туындаған жыныстық жолмен берілетін ауру, көбінесе симптомсыз
- Таралу – Еуропалық аймақта 37/1000 әйел
- Жүктілік кезінде амниотикалық сұйықтық немесе босану каналының секрециясы арқылы жұғуы мүмкін
- Шырышты-іріңді цервицит – ең жиі кездесетін клиникалық белгі
- Босану кезінде жұқтыру қаупі әртүрлі. Орташа және ауыр конъюнктивитке әкелетін анадан балаға жұғу қаупі шамамен 15-25%, пневмония 5-15% құрайды.
- Мерзімінен бұрын босану, жарғақшалардың мерзімінен бұрын жыртылуы, неонатальды конъюнктивит және пневмония тудыруы мүмкін.

Жүктілік кезіндегі хламидиозды диагностикалау және емдеу

- Асимптоматикалық инфекция әйелдерде жиі кездеседі
- 25 жастан асқан немесе жұқтыру қаупі жоғары әйелдерге (мысалы, жаңа немесе бірнеше жыныстық серіктесі бар әйел) жүктілік кезінде жоспарлы скринингтен өту ұсынылады.
- Пероральді антибиотикалық терапия²⁶²: Амоксицилин 500 мг күніне 3 рет 7 күн немесе азитромицин 1 г 1 рет
- Ана мен баланың саналы болуы ынталандырылады

Анасынан хламидиозбен ауыратын жаңа туған нәрестені емдеу

Жаңа туылған нәрестелердегі *C. trachomatis* инфекциясы көбінесе конъюнктивитпен көрінеді, ол туғаннан кейін 5-12 күннен кейін дамиды. Конъюнктивитпен ауыратын ≤ 30 күндік барлық балаларда хламидиозды этиологияны ескеру керек, әсіресе анасында емделмеген хламидиоздық инфекция болса. Жергілікті антибиотикалық терапия хламидиозды инфекцияны емдеу үшін жеткіліксіз және жүйелі емдеу үшін қажет емес.

Үлгілерді жаңа туған нәрестенің төңкерілген қабағынан Dacron тампонын немесе культураға және басқа сынақ жинақтарына енгізілген арнайы жағындыларды пайдаланып жинау керек және оларда экссудат емес, конъюнктивта жасушалары болуы керек.

C. Trachomatis инфекциясының анықталған диагнозы жаңа туған нәрестені ғана емес, сонымен қатар анасы мен оның жыныстық серіктестерін емдеу қажеттілігін растайды. Хламидиозды жұқпаларға сыналған үлгілерді де *N. gonorrhoea* үшін сынау ұсынылады.

Емшекпен емізу қарсы емес. Жаңа туған нәресте анасымен бір бөлмеде болуы керек.

Трихомониаз. Негізгі фактілер²⁶³:

- *Trichomonas vaginalis* қарапайым микроорганизмінен туындаған жыныстық жолмен берілетін аурулар
- Жыл сайын аурудың 270 миллионға жуық жаңа жағдайы тіркеледі
- Себептері болуы мүмкін: мембраналардың мерзімінен бұрын жарылуы, мерзімінен бұрын босану, төмен салмақ
- Трихомониаз АИТВ және гонореяның таралуына ықпал етеді
- Алдын алу: презервативтерді дұрыс және дәйекті қолдану

Жүктілік кезіндегі трихомониазды диагностикалау және емдеу

²⁶¹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁶²Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No. 4

²⁶³Там же

Инфекция сары-жасыл қалың қынаптан бөлінумен, диспареуниямен, вульва мен уретраның тітіркенуімен сипатталады, нәтижесінде вульва мен қынапта ауырсыну сезімі, қышу және зәр шығару проблемалары. Диагноз әдетте жағындыдағы патогенді анықтау негізінде қойылады.

Жағынды тестілеу жеңіл микроскопия көмегімен қозғалмалы қарапайымдыларды анықтаудың арзан және жылдам әдісі болып табылады. Культура, иммунофлуоресценция және ферментпен байланысты иммуносорбенттік талдаулар сияқты сезімтал әдістер де бар, бірақ олар қымбатырақ және уақытты қажет етеді. OSOM жылдам иммунохроматографиялық талдауы (ICA) және Affirm VP III жылдам нуклеин қышқылы сынағы қынаптан ағуды тексереді және сезімталдығы >83% және ерекшелігі >97%. Екі сынақ три хомониязды диагностикалауда негізгі болып саналады.

Жүктіліктің кез келген кезеңінде трихомониаз белгілері бар жүкті әйелдерге жүктіліктің кез келген кезеңінде 2 г метронидазолды бір рет қабылдау ұсынылады²⁶⁴. Көптеген зерттеулер мен мета-талдаулар метронидазолды жүктілік кезінде қолдану мен балалардағы тератогендік немесе мутагендік әсерлері арасында ешқандай байланыс жоқ екенін көрсетті.

Жұқтырған әйелді оқшаулау немесе «патологиялық» адам ретінде емдеу қажет емес, ол балаға қауіп төндірмейді, сондықтан ана мен баланың бірге болуы құпталады.

Бактериялық вагиноз. Негізгі фактілер²⁶⁵:

- Қоздырғыштар: *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Mobiluncus* және *Mycoplasma hominis*
- Бұл анаэробты бактериялардың шамадан тыс жылдам өсуімен және қалыпты ашытылған сүт микрофлорасының болмауымен вагинальды микрофлораның теңгерімсіздігі.
- ұрыққа амниотикалық сұйықтық арқылы және босану кезінде туу каналының бөлінділері арқылы жұғуы мүмкін.
- Инфекцияға хориоамнионит, шала туылу, аз салмақ, мембраналардың мерзімінен бұрын жырттылуы, босанғаннан кейінгі эндометрит және кесар тілігі жатады.

Бактериялық вагиноз: жүктілік кезіндегі диагностика

Грам әдісімен бояу (зертханалық диагностиканың алтын стандарты) лактобактериялардың (мысалы, ұзын грам-позитивті таяқшалар), грам-теріс және грам-айнымалы таяқшалар мен кокктардың (мысалы, *G. vaginalis*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, және пептострептококктар) және қисық грам оң таяқшалар (мысалы, *Mobiluncus*), бактериалды вагинозға тән.

Зертханалық диагностика мүмкін болмаса, келесі үш симптом немесе белгілер болған жағдайда клиникалық критерийлерді (Амсель диагностикалық критерийлері) қолдануға болады:

- 1) қынаптың қабырғаларын біркелкі жабатын біртекті сұйық ақ разряд;
- 2) микроскопиялық зерттеу кезінде негізгі жасушалардың болуы; және 3) вагинальды разрядтың рН >4,5; немесе 10% калий гидроксидімен (яғни, амин сынағы) сынау алдында немесе одан кейін қынаптан ағудың «балық» иісі.

G. vaginalis мәдениетіне негізделген диагноз ұсынылмайды, өйткені бұл диагностикалық құрал спецификалық емес.

Қазіргі уақытта жүктілік кезінде асимптоматикалық бактериалды вагинозға скринингтің дәлелді негіздемесі жоқ. Инфекцияның кез келген жағымсыз салдары ерте диагностика мен емдеуге байланысты.

Бактериялық вагиноз: жүктілік кезінде емдеу

Қазіргі уақытта жүктілік кезінде асимптоматикалық бактериалды вагинозға скринингті растайтын дәлелдер жеткіліксіз.

Көптеген зерттеулер мен мета-талдаулар метронидазолды жүктілік кезінде қолдану мен жаңа туған нәрестелердегі тератогендік немесе мутагендік әсерлері арасында ешқандай

²⁶⁴Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁶⁵Там же

байланыс жоқ екенін көрсетті²⁶⁶. Жүкті әйелдерді емдеу үшін қолданылатын микробқа қарсы агентке қарамастан, жоғарғы жыныс жолдарының субклиникалық инфекциясының ықтималдығына байланысты ауызша терапияға артықшылық беріледі²⁶⁷. Метронидазолға немесе тинидазолға аллергия немесе төзімсіздік жағдайында клиндамицин вагинальды кремі қолайлы. Метронидазолды ішке қабылдауға шыдамайтын әйелдер үшін қынапқа арналған метронидазол гелін қолдану қарастырылуы мүмкін.

Метронидазолға аллергиясы бар әйелдерге вагинальды қолдануға арналған метронидазолды қолдануға болмайды.

Емдеу режимдері²⁶⁸

Ұсынылатын режим: метронидазол 500 мг ішке күніне 2 рет 7 күн бойы; немесе метронидазол гелі 0,75%, бір жаққыш 5 г қынап ішіне, 5 күн бойына күніне 1 рет; немесе клиндамицин кремі 2%, бір жаққыш 5 гинтравагинальды, түнде 7 күн.

Балама режим: клиндамицин 300 мг ішке күніне 2 рет 7 күн бойы; немесе клиндамицин жұмыртқасы 3 күн бойы ұйықтар алдында қынап ішіне 100 мг.

Вагинальды кандидоз. Негізгі фактілер²⁶⁹:

- Адамның қалыпты флорасының (*Candida albicans*) бөлігі болып табылатын саңырауқұлақ тудыратын жалпы инфекция

- Жүктілік пен ұрыққа іс жүзінде әсер етпейді

- Симптомдар пайда болғанша емдеу ұсынылмайды

- Ұсынылатын қолдану: клотримазол, миконазол, бутконазол, терконазол, тиокконазол немесе нистатин

Әдетте *C. albicans* қоздырады, бірақ кейде басқа *Candida* sp. немесе ашытқы саңырауқұлақтары. Вульвовагинальды кандидоздың типтік белгілеріне вагинальды қышу, нәзіктік, диспареуния, дизурия және вагинальды аномалия жатады. Вагинальды кандидозға скрининг ұсынылмайды.

Диагнозды вагинит белгілері мен белгілері бар әйелдерде тексеру кезінде қоюға болады:

1. Граммен боялған қынаптан бөлінетін жағындыда ашытқы, гифа немесе псевдохифа анықталады.

2. Культура немесе басқа сынақ ашытқы саңырауқұлақтарының болуын көрсетеді.

Жүкті әйелдер үшін 7 күн ішінде тек азол препараттарымен жергілікті терапия ұсынылады. Инфекция әрқашан жыныстық қатынас арқылы берілмейтіндіктен, жыныстық серіктестерді емдеуді растайтын дәлелдер жоқ.

Листерия. Негізгі фактілер²⁷⁰:

- Қоздырғыш: *Listeria monocytogenes*

- Инфекция өте сирек кездеседі, бірақ жүктілік инфекция қауіпін арттырады.

- Ұрыққа плацента және амниотикалық сұйықтық арқылы және босану кезінде қан және туу каналының секрециясы арқылы жұғуы мүмкін.

- Түсікті, мерзімінен бұрын босануды, өлі тууды, неонатальды менингитті (үшінші жиі кездесетін себеп) және неонаталдық өлімді тудыруы мүмкін.

Бұл ауру негізінен егде жастағы адамдарға, жүкті әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге және иммунитеті әлсіреген ересектерге әсер етеді. Дегенмен, кейде бұл қауіп факторлары жоқ адамдар да жұқтырылуы мүмкін. Жүкті әйелдер бұл инфекцияны басқа тұрғындарға қарағанда 10-24 есе жиі жұқтырады және барлық листериоз жағдайларының шамамен 16-27% жүкті

²⁶⁶Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 4, Art. No. CD000262. DOI: 10.1002/14651858.CD000262.pub4. 2013

²⁶⁷Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR / July 23, 2021 / Vol. 70 / No. 4

²⁶⁸ Там же

²⁶⁹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁷⁰ Там же

әйелдерде кездеседі²⁷¹. CDC мәліметтері бойынша, Америка Құрама Штаттарында жыл сайын шамамен 1600 ауру және листериоздан 160 өлім тіркеледі²⁷². Еуропада аурушандық миллион халыққа шаққанда 0,1-ден 11,3-ке дейін ауытқиды және жағдайлардың шамамен 20% неонатальды инфекциямен байланысты²⁷³. Басқа қауіп факторлары болмаған кезде ана ауруының ауыр жағдайлары өте сирек кездеседі.

Жүкті әйелдерде ауру қызба, шаршау және ауырсыну сияқты спецификалық емес белгілермен көрінеді. Дегенмен, жүктілік кезіндегі инфекция жаңа туған нәрестеде түсік түсіруге, өлі тууға, мерзімінен бұрын босануға немесе өмірге қауіп төндіретін инфекцияға әкелуі мүмкін.

Жүктілік кезіндегі листериозды диагностикалау және емдеу²⁷⁴

- Ауру әдетте асимптоматикалық немесе тұмауға ұқсас немесе асқазан-ішек белгілері бар
- Күнделікті скринингке арналған сынақтар жоқ
- 14 күн бойы емдеу
- Бірінші қатардағы терапия: ампициллин ≥ 6 г тәулігіне IV
- Екінші қатардағы терапия: эритромицин 4 г тәулігіне көктамыр ішіне
- Ауыр жағдайларда ауруханаға жатқызу басқа әйелдерден оқшауланбай-ақ мүмкін.

Егер жүкті әйелде қызба болса немесе тұмауға ұқсас симптомдар немесе гастроэнтерит болса, тамақтану тарихын бағалау және қан мен вагинальды жағынды культураны алу ұсынылады. Симптоматикалық емделушілер үшін диагноз қан немесе жұлын сұйықтығы (жүйке жүйесі зақымдалған болса) немесе амниотикалық сұйықтық/плацента (жүктілік кезінде) сияқты қалыпты стерильді тіндерден *Listeria monocytogenes* оқшауланған соң ғана расталады.

Жүктілік кезінде анадағы листериозды емдеу және босануды кешіктіру дені сау нәрестенің толық мерзімінде туылуына әкелуі мүмкін.

Листериозбен ауыратын анадан туған баланы жүргізу жолы

- Өлімнің жоғары деңгейі (10-50%)²⁷⁵
- Мерзімінен бұрын босану, салмағы аз
- Сепсис
- Менингит
- Жаңа туған нәрестені пенициллинмен және гентамицинмен емдеу
- Емшекпен емізу қарсы көрсетілмейді
- Жаңа туған нәресте баланың жағдайына қарай анасымен бір бөлмеде болуы керек

Листериоз: алдын алу²⁷⁶

Жүкті әйелдер үшін:

- жануарлардан алынатын барлық өнімдер мұқият термиялық өңдеуден өтуі керек (сиыр еті, шошқа еті, құс еті, жұмыртқа);
- көкөністерді тамақтанар алдында мұқият жуу керек;
- Пастерленбеген сүтті немесе мұндай сүттен жасалған сүт өнімдерін тұтынудан аулақ болыңыз.

Ұрық/жаңа туылған нәресте үшін: жүктілік кезінде антибиотикалық терапия ұрық пен жаңа туған нәрестедегі инфекцияның алдын алады.

²⁷¹CDC. Listeria (Listeriosis). <http://www.cdc.gov/listeria/index.html> Accessed May 25, 2014, Lamont RF et al. Listeriosis in Human Pregnancy: a systematic review. J Perinat Med. 2011 May ; 39(3): 227–236. doi:10.1515/JPM.2011.035

²⁷²CDC. Listeria (Listeriosis). <http://www.cdc.gov/listeria/index.html> Accessed May 25, 2014

²⁷³Lamont RF et al. Listeriosis in Human Pregnancy: a systematic review. J Perinat Med. 2011 May ; 39(3): 227–236. doi:10.1515/JPM.2011.035

²⁷⁴Тамже

²⁷⁵РАНО-WHO. PERINATAL INFECTIONS Transmitted by the mother to her infant. Educational material for health personnel. 2008

²⁷⁶CDC. Listeria (Listeriosis). <http://www.cdc.gov/listeria/index.html> Accessed May 25, 2014

Туберкулез. Негізгі фактілер²⁷⁷:

- Қоздырғыш: *Mycobacterium tuberculosis*
- 2012 жылы әлемде туберкулезді жұқтырудың 8,6 миллион жаңа жағдайы тіркелді және туберкулезден 1,3 миллион адам қайтыс болды (0,3 миллион АҚТҚ жұқтырған кезде)
- Мыналарға жұғуы мүмкін: ұрыққа плацента және амниотикалық сұйықтық арқылы және босану кезінде амниотикалық сұйықтықты сору арқылы
- Себептері: түсік түсіру, мерзімінен бұрын босану, төмен салмақ және перинаталдық өлім.

Жүктілік кезіндегі туберкулезді диагностикалау және емдеу²⁷⁸

- Туберкулезге шалдығу қаупі жоғары барлық жүкті әйелдерді скринингтік тексеру ұсынылады (кеуде қуысының рентгенографиясы – сезімтал диагностикалық әдіс).
- Егер жүкті әйелдерде туберкулезге күдік болса, емдеуді дереу бастау керек
- Бастапқы емдеу режимі: изониазид (ИНГ) + рифампин (RIF) + этамбутол (ЭМБ) (2 ай бойы күн сайын); немесе изониазид + рифампин күн сайын немесе аптасына екі рет 7 (барлығы 9 ай)
- Қажет болса, ауруханаға жатқызу мүмкіндігін қарастырыңыз.

Туберкулезді ерте кезеңдерде диагностикалау жүктілікке байланысты қиын болуы мүмкін, өйткені аурудың белгілері жүктілік кезіндегі физиологиялық өзгерістерге ұқсас болуы мүмкін, мысалы, тез тыныс алу, тез шаршау, жөтел (74%), салмақ жоғалту (41%), дене қызуы (30%) жүктілік кезінде де, туберкулез кезінде де жиі кездесетін симптом болып табылады²⁷⁹. Салмақты жоғалтудан басқа (жүктілік кезінде салмақтың жоғарылауы белгілі бір дәрежеде өтелуі мүмкін), басқа белгілердің ешқайсысы медициналық қызметкерді туберкулездің ықтималдығы туралы ескертпейді. Туберкулинді тері сынағы жүктілік кезінде тиімді және қауіпсіз диагностикалық әдіс болып табылады. Аурудың болуын растау үшін басқа диагностикалық әдістер қажет.

Туберкулез: алдын алу

- Жүкті әйелдер үшін: жұқтыруы мүмкін адамдармен байланыста болмаңыз
- Ұрық/жаңа туған нәресте үшін:
 - Барлық жаңа туған нәрестелерге БЦЖ вакцинасы
 - жұқтырған әйелдерді адекватты емдеу

Негізгі нүктелер

- Емдеуден күтілетін пайдаға сенімді болмасаңыз, ешқашан әйелге емдеуді бастамаңыз.
- Ауруханаға жатқызу, егер аурухана әйелге адекватты ем ала алатын жалғыз орын болса ғана ұсынылады.
- Ешқашан әйелді баласынан, оның отбасы мүшелерінен және басқа әйелдерден оқшауламаңыз, егер оның басқалармен қарым-қатынасы оған және айналасындағы адамдарға қауіп төндірмесе.
- Емшекпен емізу қарсы көрсетілмейді.

²⁷⁷Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

²⁷⁸WHO. Systematic screening for active tuberculosis—principles and recommendations. WHO/HTM/TB/2013.004. Geneva. 2013; CDC Centers for Disease Control and Prevention Division of Tuberculosis Elimination TB and Pregnancy

<http://www.cdc.gov/TB/topic/populations/pregnancy/default.html> Accessed 12 May 2014

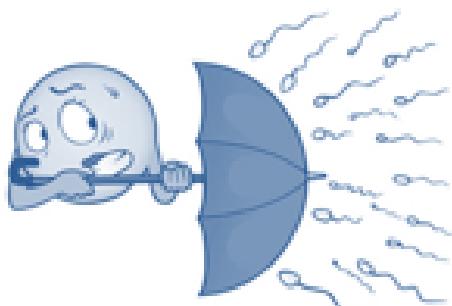
²⁷⁹WHO. Systematic screening for active tuberculosis—principles and recommendations. WHO/HTM/TB/2013.004. Geneva. 2013

1. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention MMWR/ July 23, 2021/ Vol. 70/ No. 4;
2. Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Инфекции мочевых путей при беременности, родах и послеродовом периоде», от 12 декабря 2013 год, протокол № 23;
3. Рекомендации ВОЗ по оказанию дородовой помощи для формирования положительного опыта беременности, 2017 год;
4. Antenatal care NICE guideline [NG201] Published: 19 August 2021. Ссылка: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201> № 23
5. Antenatal care for uncomplicated pregnancies Clinical guideline [CG62] Published: 04 February 2019. Ссылка: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG62>;
6. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Presentation, 2022. Ссылка: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/who-postnatal-guidelines-presentation.pptx?sfvrsn=d5469c5f_7

4-БӨЛІМ. Босанғаннан кейінгі контрацепция

4 Тарау.Босанғаннан кейінгі контрацепция

Тақырып 1. Босанғаннан кейінгі контрацепция: заманауи әдістер, таңдау критерийлері, кеңес беру



Босанғаннан кейінгі контрацепция: заманауи әдістер, таңдау критерийлері, кеңес беру

ТЕОРЕТИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Отбасын жоспарлау және босанғаннан кейінгі контрацепция мәселесі Медициналық және әлеуметтік аспектілерде маңызды. Зерттеулер көрсеткендей, босану мен кейінгі жүктілік арасындағы аралық 2 жылдан астам уақыт ішінде ана өлімі 32% — ға, ал нәресте өлімі 10%-ға төмендейді; босанғаннан кейінгі отбасын жоспарлау медициналық түсік түсіру жиілігін 90% - ға төмендетуге мүмкіндік береді²⁸⁰. Босанғаннан кейін бір жыл ішінде жүктіліктің басталуы жүктіліктің асқыну қаупінің едәуір жоғарылауымен бірге жүреді: өздігінен түсік түсіру, мерзімінен бұрын босану, плацентарлы жеткіліксіздік, ұрықтың өсуінің тежелу синдромы²⁸¹.

Овуляция және жүктіліктің басталуы етеккір циклі қалпына келгенге дейін мүмкін, бұл туралы босанғаннан кейінгі барлық әйелдер хабардар болуы керек. Контрацепцияның тиімді және қауіпсіз әдістері жоспарланбаған жүктіліктің алдын алуға ғана емес, сонымен қатар босанғаннан кейін ана ағзасын толық қалпына келтіруге және қажетті кейінгі прегравидаарлы дайындықты жүргізуге мүмкіндік береді.

Босанғаннан кейінгі отбасын жоспарлаудың негізгі мақсаттары: босану мен кейінгі жүктілік арасындағы оңтайлы аралық, аналық тәуекелдерді, перинаталдық және балалық шақтағы сырқаттанушылық пен өлім-жітімді, медициналық түсік түсіру санын азайту, осыған байланысты ерлі-зайыптылар үшін контрацепцияның оңтайлы әдісін таңдауда көмек көрсету қажет.

Медицина қызметкерінің бала туылғаннан кейін әйелдерге контрацепция бойынша кеңес берудің кем дегенде үш мүмкіндігі бар.

Босанғаннан кейінгі контрацепция бойынша әйелдерге кеңес берудің үш мүмкіндігі.

босанғанға дейін (антенаталды күтім кезінде);

босанғаннан кейін (перзентхана);

босанғаннан кейін емханаға бару кезінде (гинекологқа немесе жалпы тәжірибелік дәрігерге/педиатрға)

²⁸⁰Cleland J., Bernstein S., Ezeh A. et al. Family planning: The unfinished agenda. The Lancet, 2006;368(9549):1810–1827. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)69480-4.

²⁸¹Бахарева И.В. Контрацепция после родов: оптимальный выбор. РМЖ. Мать и дитя. 2020;3(1):31-38. DOI: 10.32364/2618-8430-2020-3-1-31-38.

Босанғаннан кейінгі контрацепция нәрестенің денсаулығы үшін өте маңызды болуына байланысты емшек сүтіне теріс әсер етпеуі керек. Сонымен қатар, лактация жатырдың жақсы инволюциясына ықпал етеді және табиғи контрацепция әдісі болып табылады (лактациялық аменорея әдісі). Кейбір жағдайларда контрацепцияның әртүрлі әдістері емшек сүтімен біріктіріледі, бұл босанғаннан кейінгі босанған әйелдерге кеңес беруді қажет етеді. Жаңа туған нәрестені жасанды тамақтандыру кезінде контрацепция әдісін таңдау шектелмейді және әйелдің қалауымен анықталады.

Емшекпен емізу және контрацепция бойынша ұсыныстар:

Емшекпен емізу барлық әйелдерге ұсынылады;

Контрацепцияны қолдану басталған кезде емшек емізу тоқтамайды;

Контрацепция әдісі емшек сүтімен және жаңа туған нәрестенің денсаулығына теріс әсер етпеуі керек.



Босанғанға дейін (антенатальды күтім кезінде)



Босанғаннан кейін (перзентхана)

Босанғаннан кейін емханаға бару кезінде (гинекологқа немесе жалпы тәжірибелік дәрігерге/педиатрға)

1 бөлім. Босанғаннан кейінгі контрацепция әдістері

Лактациялық аменорея әдісі

Лактациялық аменорея әдісі-лактацияны ынталандыратын пролактин гормонының овуляцияны басуына байланысты емшек сүтімен емізу кезінде ұрықтанудың мүмкін оеместігіне негізделген контрацепцияның табиғи әдісі. Әдіс әйелді жүктіліктен қорғайды және баланың дұрыс тамақтануын қамтамасыз етеді.

Бұл әдіс барлық үш шартты ескере отырып тиімді:

- 1) лактация аменореямен бірге жүруі керек;
- 2) бала күндізгі уақытта 4 сағаттан және түнде 6 сағаттан аспайтын, қосымша азықты пайдаланбай, азықтандыру арасындағы оңтайлы үзілістермен баланың талабы бойынша ғана емізеді.
- 3) 6 айдан аспайтын бала.

Бұл әдіс босанғаннан кейінгі алғашқы 6 айда ғана тиімді екенін есте ұстаған жөн. Егер осы шарттардың кем дегенде біреуі орындалмаса, контрацепцияның басқа әдістерін қолдануды бастау керек.

Әдістің тиімділігі

Бұл әдісті қолданудың кең таралған сипатымен лактациялық аменорея әдісін қолданатын 100 әйелге босанғаннан кейінгі алғашқы 6 айда пайда болған Жүктіліктің 2 жағдайы келеді. Бұл лактациялық аменорея әдісінің контрацепцияға қарсы әсеріне сенетін 100 әйелдің 98-і жүкті болмайды дегенді білдіреді²⁸².

Лактациялық аменорея әдісі-қашан бастау керек?

Емшекпен емізуді бірден (босанғаннан кейін бір сағат ішінде) немесе мүмкіндігінше тезірек бастау ұсынылады. Босанғаннан кейінгі алғашқы күндерде сүт бездері шығаратын сарғыш

²⁸²Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

түсті сұйықтық (уыз сүті) жаңа туған нәрестенің қалыпты дамуы үшін қажетті құнды қоректік заттармен қамтамасыз етеді.

Лактациялық аменорея әдісінің келесі маңызды артықшылықтары бар:

- қолдану оңай;
- ана мен баланың денсаулығына теріс әсер етпейді;
- босанғаннан кейінгі асқынулардың алдын алу қызметін атқарады;
- қарсы көрсетілімдері жоқ;
- жыныстық қатынасқа байланысты емес.

Бұл әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- шектеулі тиімділік (емшек сүтімен емізу ережелерін қатаң сақтаған жағдайда ғана);
- жыныстық жолмен берілетін инфекциялардан қорғаудың болмауы;
- сүт мөлшерін азайту және/немесе қосымша тағамдарды енгізу кезінде бұл әдісті контрацепцияның басқа әдістерімен біріктіру қажеттілігі.

Аменорея әдісінің тиімділігін бағалау алгоритмі

ЛАКТАЦИЯЛЫҚ АМЕНОРЕЯ ӘДІСТЕРІ



Лактациялық аменорея әдісі-контрацепцияның басқа әдісіне көшу

Лактациялық аменорея әдістерін қолданатын әйел кез келген уақытта контрацепция әдісін өзгерте алады. Егер қолданудың барлық үш критерийі қанағаттандырылса лактациялық аменорея әдістері, және әйел жүкті емес деп айтуға жеткілікті негіз бар, ол жүктілік сынағын өткізбестен немесе алдын-ала тексеруден өтпестен басқа әдісті қолдана бастайды.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

бұл бірден болады.

Презервативтер

Презервативтер (ерлер мен әйелдер) босанғаннан кейін бірден қолдануға болатын контрацепцияның тосқауыл әдістеріне жатады.

Әдістің тиімділігі

Әдеттегі қолдану кезінде серіктестері жыл бойы ерлер презервативтерін пайдаланатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің шамамен 13 жағдайы келеді. Бұл дегеніміз, серіктестері презервативті қолданатын 100 әйелдің 87-сі қажетті нәтижеге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)²⁸³.

Әдеттегі қолдану кезінде бірінші жылы әйел презервативтерін қолданатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 21 жағдайы келеді. Бұл дегеніміз, әйел презервативтерін қолданатын 100 әйелдің 79-ы қажетті әсерге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)²⁸⁴.

Қашан бастау керек?

Ер адам немесе ерлі-зайыптылар ЖЖБИ немесе қажетсіз жүктіліктен қорғанғысы келетін кез келген уақытта.

Презервативтерді қолданудың басты артықшылығы:

- жыныстық жолмен берілетін инфекциялардан, соның ішінде АИТВ-дан қорғау;
- жанама әсерлердің болмауы;
- лактация мен баланың денсаулығына әсер етпейді;
- босанғаннан кейін бірден қолдануға болады;
- контрацепцияның басқа әдістерімен біріктірілуі мүмкін.

Әйелдер мен лат латекс презервативтерін латекс резеңке аллергиясының ауыр түрімен ауыратындарды қоспағанда, барлық әйелдер мен ер адамдар қауіпсіз және тиімді қолдана алады.

Маңызды! Әр жыныстық қатынас кезінде жаңа презервативті қолдану керек.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

бұл бірден болады.

Спермицидтер

Спермицидтер-бұл сперматозоидтардың байланыс процесінде жасушалық құрылымының бұзылуына әкелетін заттар, бұл жүктіліктің пайда болу ықтималдығын болдырмайды.

Спермицидтер құрамында химиялық қосылыстар (бензалконий хлориді, ноноксинол-9 және т.б.) бар кремдер, қынаптық таблеткалар, суппозиторийлер түрінде болады.

Әдістің тиімділігі

Спермицидтерді әдеттегі қолдану кезінде бірінші жылы 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 21 жағдайы келеді. Бұл спермицидтерді қолданатын 100 әйелдің 79-ы қажетті әсерге қол жеткізгенін білдіреді (жүктіліктен қорғау)²⁸⁵.

Қашан бастау керек?

Спермицидтерді қолдану емшек сүтімен де, емшек сүтімен де жыныстық қатынасты қалпына келтірген кезде мүмкін болады. Бұл дәрі-дәрмектерді контрацепцияның басқа әдістерімен біріктіруге болады.

Спермицидтер жыныстық қатынасқа дейін 5-20 минут бұрын енгізіледі (нақты уақыт белгілі бір препаратқа арналған нұсқаулықта көрсетілген). Контрацептивтік әсер енгізгеннен кейін бірнеше минуттан кейін пайда болады және препараттың түріне байланысты 1-ден 6



²⁸³Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

²⁸⁴Там же.

²⁸⁵Там же



сағатқа дейін созылады. Бұл құралдардың артықшылығы-лактация кезінде жиі кездесетін қынаптың құрғауы кезінде қосымша майлаудың пайда болуы.

Маңызды! Спермицидтерді жыныстық қатынасқа дейін қынапқа енгізу керек және әр жыныстық қатынас кезінде қолдану керек.

Спермицидтердің артықшылықтары:

- жыныстық қатынас кезінде вагинальды секрецияны төмендетпейді;

- жатыр мойны обырының немесе ұрықтың ішілік ақауларының себебі емес;
- мужчин немесе әйелдердің жыныстық құмарлығына әсер етпейді және мужчин көпшілігінде жыныстық сезімнің өткірлігін төмендетпейді;
- менструальды қан кетуді тоқтатуға ықпал етпейді.

Бұл әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- ЖЖБИ, АИТВ алдын алуды қамтамасыз етпейді;
- әдістің төмен тиімділігі;
- белсенді затқа аллергиялық реакция болуы мүмкін;
- сирек: ноноксинол-9-ны жиі қолдану АИТВ - инфекциясын жұқтыру қаупін арттыруы мүмкін.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

бұл бірден болады.

Гормоналды контрацепция

Босанғаннан кейінгі гормоналды контрацепция әдістері құрамында эстроген мен прогестин (біріктірілген гормоналды контрацептивтер) немесе тек прогестиндер (прогестиндік контрацептивтер) бар контрацептивтерді қолдануды қамтиды.



Прогестин қатарындағы контрацептивтер

Прогестин қатарындағы контрацептивтерге таблеткалар, инъекциялық контрацептивтер (Депо-провера, норэтистерон энантаты), импланттар және құрамында левоноргестрел бар жатыр ішілік құралдар жатады.

Әсер ету механизмі мөлшердің азаюына және жатыр мойны шырышының тұтқырлығының жоғарылауына (бұл сперматозоидтардың жатырға енуіне жол бермейді) және етеккір цикліне, соның ішінде жұмыртқаның аналық безден шығуын (овуляция) блоктауға негізделген.

1) прогестин қатарындағы босануды бақылау таблеткалары.

Таблеткаларда прогестиннің аз дозалары бар-бұл әйелдің денесінде табиғи түрде өндірілетін прогестеронға ұқсас синтетикалық гормон. Құрамында тек прогестин немесе прогестин бар таблеткалар «мини-пили» деп те аталады.

Әдістің тиімділігі

Әдеттегі қолдану кезінде прогестин сериялы таблеткаларды бірінші жылы қабылдаған 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 1 жағдайы келеді. Бұл прогестин таблеткаларын қабылдаған 100 әйелдің 99-ы қажетті әсерге қол жеткізетінін білдіреді (жүктіліктен қорғау)²⁸⁶.

Егер әйел емізбесе, прогестин таблеткаларының тиімділігі төмен болады

Қашан бастау керек?	Егер етеккір циклі әлі қалпына келмесе және нәресте толық немесе толық емшек сүтімен қоректенсе!	Босанғаннан кейінгі алғашқы 6 айда кез келген уақытта бастаңыз *
	Егер нәресте ішінара емшек сүтімен қоректенсе немесе әйел емізбесе	кез келген уақытта, егер ол жүкті емес деп айтуға жеткілікті негіз болса

*Бұл ретте контрацепцияның көмекші әдісін қолданудың қажеті жоқ

Қашан бастау керек?

Егер етеккір циклі әлі қалпына келмесе және нәресте толық немесе дерлік емшек сүтімен қоректенсе, онда прогестин бар таблеткаларды босанғаннан кейінгі алғашқы 6 айда кез келген уақытта бастауға рұқсат етіледі. Бұл жағдайда контрацепцияның көмекші әдісін қолданудың қажеті жоқ.

Егер нәресте ішінара емшек сүтімен қоректенсе немесе әйел емізбесе, онда ол жүкті емес деп санауға жеткілікті негіз болса, кез келген уақытта прогестин бар таблеткаларды қабылдауды бастауы мүмкін.

Прогестин бар таблеткаларды қолдану ережелері

Бұл күні әйелдің жыныстық қатынасқа түскеніне немесе болмағанына қарамастан, күн сайын бір уақытта 1 таблеткадан қабылдау керек. 3 сағаттан кешіктірілген таблеткаларды қабылдау олардың тиімділігін төмендетеді. Бір пакеттік таблеткаларды қабылдауды аяқтағаннан кейін, әйел келесі күні жаңа пакеттен бірінші таблетканы қабылдауы керек.

Төменде көрсетілген жағдайлардың кез-келгені бар әйелде прогестин бар таблеткаларды қабылдауға болмайды²⁸⁷:

- терең тамырлардың төменгі аяқтардың немесе өкпе тамырларының жедел тромбозы;
- әйелде сүт безі қатерлі ісігі 5 жылдан астам уақыт бұрын қайталанбастан болған;
- ауыр цирроз немесе бауыр ісігі;
- антифосфолипидті антиденелер бар жүйелі қызыл жегі немесе егер бұл антиденелер анықталмаса;

Әйел барбитураттар, карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, примидон, топирамат, рифампицин немесе рифабутин қабылдайды.

Мұндай жағдайларда контрацепцияның көмекші әдісін қолдану ұсынылады, өйткені жоғарыда аталған препараттар прогестин бар таблеткалардың тиімділігін төмендетеді.

Прогестин сериялы таблеткалардың артықшылықтары:

- емшек сүтінің сапасына, мөлшеріне және лактация ұзақтығына теріс әсер етпейді;
- емшек сүтімен қоректенетін нәрестеде диарея тудырмайды;
- әйелдер бедеулікке әкелмейді;
- әйел кез-келген уақытта медициналық маманның көмегінсіз прогестин бар таблеткаларды қабылдауды тоқтата алады.

Әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- бұл күні жыныстық қатынас орын алатынына немесе болмайтынына қарамастан, күнделікті қабылдауды қажет етеді;
- олардың бірқатар қарсы көрсетілімдері бар (ДДҰ контрацепция әдістерін қолдану үшін медициналық жарамдылық критерийлерін қараңыз²⁸⁸);

²⁸⁶Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

²⁸⁷Там же

²⁸⁸Там же

Қашан?	босанғаннан кейінгі 6-шы аптадан бастап емшек сүтімен емізу кезеңінде, сондай-ақ құрамында эстроген бар контрацепция әдістерін қолдануға қарсы көрсетілімдер кезінде
Қалай?	бұлшықет ішіне инъекция арқылы. Тұрақты инъекциялар (әр 3 ай сайын немесе DMPA үшін 13 апта және NET - өп үшін әр 2 ай сайын) жүктіліктен сенімді қорғауды қамтамасыз етеді
Нәліктен?	аналық безден жұмыртқаның шығуын блоктау (овуляция)

- контрацепцияның әсері препаратты қабылдау режимін бұзған кезде, сондай-ақ контрацепцияның қосымша әдістерін қолдануды қажет ететін кейбір антибиотиктерді, антиконвульсанттарды және седативті препараттарды қабылдаған кезде төмендейді;
- менструальды қан кету сипатының өзгеруі.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

препаратты тоқтатқаннан кейін бірден қалпына келеді.

2) Құрамында Прогестин бар инъекциялық контрацептивтер

Депо-медроксипрогестерон ацетаты және норэтистерон энантаты (НЭТ-ЭН) сияқты Прогестин бар инъекциялық контрацептивтерде табиғи прогестерон гормонының жасанды аналогы болып табылатын прогестин бар. Депо-медроксипрогестерон ацетаты-құрамында прогестин бар инъекциялық контрацептивтерден ең көп қолданылатын препарат.

Негізгі әсер ету механизмі жұмыртқалардың аналық безден шығуын (овуляция) блоктау болып табылады.

Әдістің тиімділігі

Әдеттегі қолдану кезінде прогестин бар инъекциялық контрацептивтерді бірінші жылы қолданатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің шамамен 4 жағдайы келеді. Бұл құрамында прогестин бар инъекциялық контрацептивтерді қолданатын 100 әйелдің 96-сы қажетті әсерге қол жеткізгенін білдіреді (жүктіліктен қорғау)²⁸⁹.

Қашан бастау керек?

Депо-медроксипрогестерон ацетаты мен норэтистерон энантатында эстроген жоқ, бұл оларды босанғаннан кейінгі 6-шы аптадан бастап емшек сүтімен емізу кезеңінде, сондай-ақ құрамында эстроген бар контрацепция әдістерін қолдануға қарсы көрсетілімдерде қолдануға мүмкіндік береді.

Қолдану ережелері

Бұлшықет ішіне инъекция арқылы енгізіледі. Тұрақты инъекциялар (депо-медроксипрогестерон ацетаты үшін әр 3 ай сайын немесе 13 апта сайын және норэтистерон энантаты үшін әр 2 ай сайын) жүктіліктен сенімді қорғауды қамтамасыз етеді²⁹⁰.

Төменде көрсетілген жағдайлардың кез келгені бар әйел құрамында прогестин бар инъекциялық контрацептивтерді қабылдамауы керек²⁹¹:

- әйел емшек сүтімен емізеді; босанғаннан кейін 6 аптадан аз уақыт өтті (кейінгі жүктілікке байланысты қауіптер және болашақта инъекциялық контрацептивтердің шектеулі мүмкіндіктері ескерілуі керек);
- өте жоғары қан қысымы (систолалық – 160 мм.сын. бағ. және одан жоғары, диастолалық-100 мм. сын.бағ. және одан жоғары);
- терең тамырлардың төменгі аяқтардың немесе өкпе тамырларының жедел тромбозы;

²⁸⁹Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

²⁹⁰ Там же

²⁹¹ Там же

- артериялық люменнің толық немесе ішінара тарылуынан туындаған жүрек ауруының тарихы немесе қазіргі уақытта болуы (жүректің ишемиялық ауруы);
- инсульт тарихы;
- жүрек-қан тамырлары ауруларының бірнеше қауіп факторлары, соның ішінде қант диабеті немесе жоғары қан қысымы;
- түсініксіз генездің жыныс жолдарынан қан кету (ауыр ауруларды анықтау үшін тексеруге дейін);
- әйелде сүт безі қатерлі ісігі 5 жылдан астам уақыт бұрын қайталанбастан болған;
- 20 жылдан астам уақыт бойы әйел қант диабетімен ауырады немесе артериялық тамырларға, көру қабілетіне, бүйрекке немесе жүйке жүйесіне диабеттік зақым келеді;
- ауыр цирроз немесе бауыр ісігі;
- әйелде оң антифосфолипидті антиденелері бар жүйелі қызыл эритроциттердің тоздың болуы немесе иммуносупрессивті терапиясыз антиденелер анықталмаса немесе ауыр тромбоцитопенияның болуы.

Әдістің артықшылықтары:

- пайдаланушының назарын тек 2-3 айда бір рет қажет етеді;
- күнделікті белгілі бір процедураларды орындауды қажет етпейді;
- жыныстық қатынасқа кедергі жасамаңыз;
- құпиялылықты қамтамасыз ету: әйелдің контрацепцияны қолданатынын ешкім білмейді;
- менструальды қан кетуді тоқтату (көптеген әйелдерде);
- қажетті салмақтың өсуіне ықпал етуі мүмкін;
- бедеулікке әкелмейді.

Әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- менструальды қан кету үлгісінің өзгеруі;
- бірқатар қарсы көрсеткіштер бар (ДДҰ контрацепция әдістерін қолдану үшін медициналық жарамдылық критерийлерін қараңыз²⁹²);
- жанама әсерлері бар (салмақ қосу, бас ауруы, бас айналу, көңіл-күйдің өзгеруі);
- жыныстық тартымдылықтың төмендеуі;
- сүйек тығыздығының төмендеуі.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

Құнарлылықты қалпына келтіру көбінесе ұзақ уақытты алады. Орташа алғанда, депо-медоксипрогестерон ацетаты мен норэтистерон энантаты жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру кезеңі контрацепцияның басқа әдістерімен салыстырғанда тиісінше 4 айға және 1 айға ұзағырақ созылады²⁹³.

Біріктірілген гормоналды контрацептивтер

Біріктірілген гормоналды контрацептивтер құрамында эстроген мен прогестин бар. Инъекция, таблетка (ауызша контрацептивтер), вагинальды сақина және патч түрінде қол жетімді. Қазақстанда ең жиі қолданылатын аралас ауызша контрацептивтер болып табылады.



²⁹²https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf

²⁹³Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

Біріктірілген гормоналды контрацептивтердің әсер ету механизмі овуляцияны басуға, эндометрияның жұқаруына және жатыр мойны шырышының қоюлануына негізделген.

Аралас ауызша контрацептивтер

Біріктірілген ауызша контрацептивтер немесе босануды бақылау таблеткаларында эстроген мен прогестин сияқты эстроген мен прогестерон бар, олар организмде табиғи түрде өндіріледі.

Әдістің тиімділігі

Әдеттегі қолдану кезінде бірінші жылы біріктірілген ауызша контрацептивтерді қолданатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің шамамен 7 жағдайы келеді. Бұл дегеніміз, қолданатын 100 әйелдің 93-і біріктірілген ауызша контрацептивтер, қажетті әсерге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)²⁹⁴.

Біріктірілген ауызша контрацептивтер?

Емшек сүтімен емізетін әйелдерге біріктірілген ауызша контрацептивтерді қабылдауды босанғаннан кейін 6 айдан кейін бастау ұсынылады. Емшек сүтімен емізбейтін әйелдер босанғаннан кейін 21-42 күннен ерте емес біріктірілген ауызша контрацептивтерді қолдана бастайды (қан ұйығышының пайда болу қаупі).



Қолдану ережелері

Максималды нәтижеге қол жеткізу үшін таблеткаларды күнделікті бір уақытта қабылдау және таблеткаларды жаңа қаптамадан уақтылы бастау ұсынылады. Егер қабылдау ережелері сақталмаса, бұл әдістің тиімділігі күрт төмендейді.

Төменде көрсетілген жағдайлардың кез келгені бар әйел біріктірілген ауызша контрацептивтерді қабылдамауы керек²⁹⁵:

- босанғаннан кейін үш аптадан аз уақыт өтті, әйел емізбейді, веноздық тромбоэмболизмнің даму қаупі жоқ;
- әйел емізбейді; босанғаннан кейін үш апта өтті, бірақ алты айдан аз; веноздық тромбоэмболизмнің даму қаупі бар;
- босанғаннан кейін алты апта өтті, бірақ алты айдан аз; әйел баланы негізінен емізеді;
- әйелдің жасы 35 немесе одан да көп және күніне 15-тен аз темекі шегеді;
- жоғары қан қысымы (систолалық – 140-159 мм.сын. бағ. диастолалық-90-99 мм. сын.бағ. ст.);
- бақыланатын гипертензия, егер әйелдің денсаулығын үнемі бағалау мүмкіндігі болса;
- қысымды өлшеу мүмкіндігі болмаған кезде гипертензия тарихы (жүктілік кезіндегі гипертензияны қоса);
- біріктірілген ауызша контрацептивтерді қабылдау аясында сарғаю тарихы;
- өт қабының ауруы (қазіргі уақытта немесе анамнезінде);
- әйелдің жасы 35 жастан аспайды және біріктірілген ауызша контрацептивтерді қабылдау кезінде пайда болған немесе күшейген аурасыз мигрендік бас ауруы бар;
- әйел бес жылдан астам уақыт бұрын сүт безі катерлі ісігіне шалдыққан;

Қашан?	емшек сүтімен емізетін әйелдер -босанғаннан кейін 6 айдан кейін. Емшек емізбейтін әйелдер - босанғаннан кейін 21-42 күннен ерте емес (ВТЭ дамуының қосымша қаупі).
Қалай?	Максималды нәтижеге қол жеткізу үшін күн сайын бір уақытта және жаңа пакеттен таблеткаларды уақтылы бастау ұсынылады .

²⁹⁴Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

²⁹⁵Там же

- 20 жылдан астам уақыт бойы әйел қант диабетімен ауырады немесе артериялық тамырларға, көру қабілетіне, бүйрекке немесе жүйке жүйесіне диабеттік зақым келеді;
- жүрек-қан тамырлары ауруларының бірнеше қауіп факторлары, соның ішінде егде жас, темекі шегу, қант диабеті немесе жоғары қан қысымы;
- әйел барбитураттар, карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин, примидон, топирамат, рифампицин немесе рифабутин қабылдайды. Мұндай жағдайларда контрацепцияның көмекші әдістерін қолдану ұсынылады, өйткені жоғарыда аталған препараттар біріктірілген ауызша контрацептивтердің тиімділігін төмендетеді;
- ламотриджинді қабылдау.

Біріктірілген гормоналды контрацепция әдістерін қолдану ламотриджиннің тиімділігінің төмендеуіне әкелуі мүмкін.

Біріктірілген ауызша контрацептивтердің артықшылықтары:

- әйелдер медициналық маманның көмегінсіз аралас ауызша контрацептивтерді қабылдауды тоқтата алады;
- әйелдер денесінде жиналмайды;
- әйелдің жыныстық мінез-құлқына әсер етпейді;
- бұрыннан бар жүктіліктің ағымын бұзбаңыз;
- болашақта туа біткен ақаулардың пайда болуына немесе мультипликацияға әкелмейді;
- біріктірілген ауызша контрацептивтерді қолдану қатерлі ісіктердің екі түрінен – аналық без обырынан және жатырдың ішкі қабығының обырынан (эндометрия обыры) қорғайды.

Әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- ЖЖБИ-ден, оның ішінде АИТВ-дан қорғамайды;
- бұл күні әйелдің жыныстық қатынасқа түскеніне немесе болмағанына қарамастан, оны күнделікті қабылдау керек;
- эстрогендер емшек сүтінің мөлшері мен сапасына әсер етеді, лактация ұзақтығын азайтады. Құнарлылықтың жоғалуына әкелмейді;
- әдістің қысқа мерзімді жанама әсерлері бар (сүт бездерінің ісінуі, бас ауруы, жүрек айнуы, етеккір циклінің өзгеруі);

Контрацепцияның қосымша әдістерін қолдануды қажет ететін кейбір антибиотиктермен, антиконвульсанттармен және седативтермен контрацепцияның әсері төмендейді.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

бұл бірден болады.

Жатыршілік құралдар

Жатыршілік құралдар - әлемдегі ең көп қолданылатын контрацепция әдістерінің бірі. Құрамында мыс бар жатыршілік құралдар (бұдан әрі - Си-жіс) және құрамында левоноргестрел (бұдан әрі - ЛНГ-жіс) бар жатыршілік құралдар бар. Жатырға спираль енгізуді

арнайы дайындалған медицина қызметкері жүзеге асырады.



Спираль ұзақ мерзімді контрацептивтік әсерге ие. Үшін сенімді контрацептивтік әсердің белгіленген ұзақтығы құрамында мыс бар құрсақішілік құралдар 12 жылға дейін, құрамында левоноргестрел бар құрсақішілік құралдар үшін - 5 жыл.

Әдістің тиімділігі

Бірінші жылы құрамында мыс бар құрсақішілік құралдарды қолданатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 1-ден азы келеді (тиісті қолдану кезінде 1 мың әйелге 6 жағдай және типтік қолдану кезінде 1 мың әйелге 8 жағдай). Бұл құрамында мыс бар жатырышілік құралдарды пайдаланатын 1 мың әйелдің 992-ден 994-ке дейін қажетті әсерге қол жеткізілетінін білдіреді (жүктіліктен қорғау)²⁹⁶.

Типтік қолдану кезінде бірінші жылы левоноргестрел бар жатырышілік құралдарды қолданатын 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 1-ден аз жағдайы келеді (1 мың әйелге 2 жағдай). Бұл дегеніміз, левоноргестрел бар жатырышілік құралдарды қолданатын әрбір 1 мың әйелдің 998-і қажетті әсерге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)²⁹⁷.

Қашан бастау керек?

Босанғаннан кейінгі 18 зерттеуді жүйелі шолуда жатырышілік құралдар оны босанғаннан кейін 48 сағат ішінде қолдану контрацепцияның қауіпсіз әдісі болып табылады²⁹⁸. Дегенмен, босанғаннан кейін бірден немесе босанғаннан кейін 48 сағатқа дейінгі аралықта жатырышілік препараттарды енгізу кезіндегі экспульсия жиілігі босанғаннан кейін 4-6 аптадан кейін енгізілгеннен жоғары. Кесариялық босану кезінде жатырышілік құралдарды енгізу вагинальды босану кезінде енгізумен салыстырғанда төмен экспульсия жиілігімен бірге жүреді²⁹⁹.

Енгізу уақыты босанғаннан кейінгі жатырышілік құралдар

Плацентадан кейінгі/48 сағат ішінде немесе босанғаннан кейін 4 аптадан кейін табиғи босану каналы арқылы немесе инфекция немесе қан кету болмаған кезде кесарь тілігі арқылы.

Енгізу техникасы:

- қолмен-қолмен тексеруден және плацентаның бөлінуінен кейін; кесарь тілігі кезінде;
- соңғы қысқыштарды пайдаланып, босанғаннан кейін бірден.

²⁹⁶Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018.

²⁹⁷Там же

²⁹⁸Sonalkar S., Kapp N. Intrauterine device insertion in the postpartum period: A systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2015; 20(1):4–18. DOI: 10.3109/13625187.2014.971454

²⁹⁹Там же

Төменде көрсетілген жағдайлардың кез келгені бар әйел құрамында левоноргестрел³⁰⁰ бар мыс бар құрсақшілік құралдарды/ құрсақшілік құралдарды пайдаланбауы керек

- сусыз кезең 24 сағаттан асады;
- инфекция белгілері;
- босану кезінде немесе одан кейін қан кету;
- Дик преэклампсия немесе эклампсиядан туындаған синдром;
- босанғаннан кейін 48 сағаттан 4 аптаға дейін уақыт өтті;
- қатерсіз гестациялық трофобластикалық ауру;
- аналық без қатерлі ісігі;
- жатыршілік құралдарды енгізу кезінде ЖЖБИ жоғары қаупі;
- АИТВ-инфекциясының ауыр түрі;
- ауыр тромбоцитопениямен жүйелі қызыл жегі.

Құрамында левоноргестрел бар жатыршілік препараттарға қосымша қарсы көрсеткіштер³⁰¹:

- төменгі аяқтың немесе өкпенің терең тамыр тромбозы;
- әйелде сүт безі қатерлі ісігі 5 жылдан астам уақыт бұрын қайталанбастан болған;
- жедел бауыр циррозы немесе ісік;
- қатерсіз гестациялық трофобластикалық ауру;
- аналық без қатерлі ісігі.

Артықшылықтары

- баланың лактациясы мен денсаулығына теріс әсер етпеуі;
- контрацептивтік әсерді дереу қамтамасыз ету;
- жүктіліктен ұзақ мерзімді (5 жылдан 12 жылға дейін) қорғау;
- жою мүмкіндігі жатыршілік құралдар кез келген уақытта;
- жатыршілік құралдарды алып тастағаннан кейін тұжырымдама қабілетін тез қалпына келтіру;
- VMK орнатқаннан кейін қосымша шығындар қажет емес.

Әдістің кемшіліктеріне мыналар жатады:

- егер әйел орнатылғанға дейін қандағы темір деңгейі төмен болса, анемияға ықпал етуі мүмкін құрамында мыс бар құрсақшілік құралдар, және бұл контрацептив ауыр етеккір қан кетуін тудырады.
- егер әйелде жатыршілік құралдарды орнату кезінде хламидиоз немесе гонорея болса, жамбастың қабыну аурулары (PID) пайда болуы мүмкін.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

Тұжырымдама қабілеті жатыршілік құралдарды алып тастағаннан кейін дереу қалпына келеді.

Хирургиялық стерилизация

Хирургиялық стерилизация (әйелдер мен ерлер) - қайтымсыз контрацепция әдісі, онда фаллопиялық түтіктерді байлау, қиылысу, терминалдарды қою немесе окклюзиялау (әйелдерде) немесе Вас-дефендерді байлау (мужчинерде) операциялық жолмен жүзеге асырылады.

Контрацепция әдісі ретінде хирургиялық стерилизация құқығы ҚР 2020 жылғы 7 шілдедегі «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексінде 79-бапта көрсетілген. Қазақстан Республикасы азаматтарының және отбасының ұрпақты болу құқықтарын қорғау саласындағы құқықтары. ҚР «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы»

³⁰⁰Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018.

³⁰¹Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018.

Кодексінің 151 – бабына сәйкес, қажетсіз жүктіліктің алдын алу әдісі ретінде хирургиялық зарарсыздандыру отыз бес жастан кем емес немесе кемінде екі баласы бар пациентке қатысты, ал медициналық айғақтар мен кәмелетке толған азаматтың келісімі болған кезде-жасына және балаларының болуына қарамастан жүргізілуі мүмкін. Хирургиялық зарарсыздандыру осы қызметті жүзеге асыруға лицензиясы бар денсаулық сақтау субъектілері пациенттің ақпараттандырылған келісімімен ғана осы операцияның қайтымсыздығы туралы міндетті алдын ала хабардар ете отырып жүргізіледі.

1) әйелдерді түтікшесін байлау

Сондай-ақ, «түтіктерді байлау», «түтіктерді байлау», «ерікті хирургиялық контрацепция», «түтіктерді байлау», «минилапаротомия» деп аталады.

Өрекет ету механизмі фаллопиялық түтіктердің люменін оларды байлау немесе қиылысу арқылы жабудан тұрады. Осыған байланысты аналық безден босатылған жұмыртқа жасушалары фаллопиялық түтіктер арқылы қозғала алмайды және сәйкесінше сперматозоидтармен байланысқа түсе алмайды.

Әдістің тиімділігі

Бірінші жылы стерилизация 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 1-ден азы келеді (1 мың әйелге 5 жағдай). Бұл зарарсыздандыруға жүгінген 1 мың әйелдің 995-і қажетті әсерге қол жеткізетінін білдіреді (жүктіліктен қорғау)³⁰²

Қашан бастау керек?

Әйелдерді зарарсыздандыру жедел босану кезінде немесе босанғаннан кейін алғашқы 7 күнде әйелдің қалауы бойынша және ақпараттандырылған келісімімен жүргізілуі мүмкін. Хирургиялық зарарсыздандыру, егер әйел жүкті емес деп санауға жеткілікті негіз болса, босанғаннан кейін 6 апта немесе одан да көп уақыттан кейін кез келген уақытта жасалуы мүмкін. Стерилизация процедурасын келесі етеккір басталғаннан кейін 7 күн ішінде жүргізуге болады.

Әйелдерді түтікшесін байлау:

- * әйел денесін әлсіретпейді.
- * белде немесе іште созылмалы ауырсынуды тудырмайды.
- * жатырды алып тастауды қарастырмайды және мұндай қажеттілікке әкелмейді.
- * гормоналды тепе-теңдікті бұзбайды.
- * ауыр немесе тұрақты емес қан кетудің немесе етеккір циклінің басқа өзгерістерінің себебі емес.
- * әйелдің салмағына, тәбетіне немесе сыртқы түріне әсер етпейді.
- * әйелдің жыныстық мінез-құлқына немесе жыныстық тартымдылығына әсер етпейді.
- * эктопиялық жүктілікті тудырмайды. Эктопиялық жүктіліктің даму қаупін айтарлықтай төмендетеді.

Мұқият кеңес беруді қажет етеді!

1) Еркектерді ұрыссыздандыру

Серіктесстерилизациясы (вазэктомия) жергілікті анестезиямен Вас-деферендерді хирургиялық байлаудан тұрады, бұл әдіс потен потенциалына әсер етпейді. Операцияның тиімділігін бақылау үшін эякулятта сперматозоидтардың жоқтығын растайтын спермограмма зерттеледі.

Әсер ету механизмі қан тамырларының өткізгіштігін жою және сперматозоидтардың тұқым сұйықтығына енуіне жол бермеу болып табылады. Бұл жағдайда Эякуляция функциясы сақталады, бірақ бұл тұжырымдамаға әкелмейді.

³⁰²Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

Әдістің тиімділігі

Серіктес вазэктомиядан кейінгі бірінші жыл ішінде 100 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 1-ден аз жағдайы келеді (1000 әйелге жоспарланбаған жүктіліктің 2-ден аз жағдайы келеді). Бұл дегеніміз, серіктестері вазэктомиядан өткен 1000 әйелдің 998-і

Әдістің тиімділігі

Серіктестері вазэктомиядан өткен 1000 әйелдің 995-і қажетті әсерге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)

қажетті әсерге қол жеткізеді (жүктіліктен қорғау)³⁰³

Серіктесстерилизациясы (вазэктомия):

- контрацепцияның қауіпсіз, тұрақты және ыңғайлы әдісін ұсынады;
- әйелдердің контрацепциясының көптеген әдістерімен салыстырғанда жанама әсерлері мен асқынулары аз;
- ер адам жүктіліктің алдын алу үшін жауапкершілікті өз

мойнына алады, бұл ауыртпалықты әйелден алып тастайды;

- ерлі-зайыптыларға жыныстық қатынастан көбірек ләззат алуға және жыныстық белсенділікті арттыруға мүмкіндік береді.

Хирургиялық зарарсыздандыру туралы шешім қабылдаудың айрықша құқығы клиентке (әйелге немесе ер адамға) тиесілі.

Еркек немесе әйел зарарсыздандыру туралы шешім қабылдаған кезде серіктесімен немесе басқалармен кеңесіп, олардың пікірімен санасуы мүмкін, бірақ түпкілікті шешімді серіктес, басқа отбасы мүшесі, медицина қызметкері немесе басқа біреу емес, клиенттің өзі қабылдауы керек.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру:

Стерилизация тұрақты (өмір бойы) контрацептивтік әсерді қамтамасыз етеді және әдетте қайтымсыз сипатқа ие.

Контрацепцияның табиғи (биологиялық) әдістері

Отбасын жоспарлаудың табиғи әдістері тұжырымдамаға қолайлы күндерде мезгіл-мезгіл бас тартуға негізделген және оларды тек тұрақты етеккір циклінде қолдануға болады. Табиғи әдістерге мыналар жатады: күнтізбелік әдіс, симптоматикалық әдістер.

Күнтізбелік әдіс қынаптық кезенді болдырмайтын құнарлы кезеңнің басталу және аяқталу уақытын анықтау мақсатында етеккір циклінің күндерін үздіксіз есепке алуды көздейді

менструальдық циклдің 8-ші күнінен 19-шы күніне дейін жыныстық қатынас. Әйел стандартты күндер әдісін қолдана алады, егер оның етеккір циклінің ұзақтығы 26-32 күн болса.

Симптоматикалық әдістер әйел денесінің тұжырымдамаға дайындық белгілерін бақылауға негізделген:

1) жатыр мойны шырышы: егер әйел жатыр мойны шырышының пайда болуын көзбен немесе басқаша анықтаса, онда осы кезеңде тұжырымдама мүмкін.

2) базальды дене температурасы: жұмыртқа аналық безден шыққаннан кейін (овуляция) әйелдің демалу температурасы біршама жоғарылайды. Әйелдің келесі етеккір басталғанға дейін температура көтерілгеннен кейін 3 күннен кейін жүкті болуы екіталай.

Әдістің тиімділігі

Әдеттегі қолдану кезінде мерзімді жыныстық қатынастан бас тартатын 100 жұпқа жоспарланбаған жүктіліктің шамамен 15 жағдайы келеді. Бұл осы әдісті қолданатын әрбір 100 әйелдің 85-і қажетті әсерге қол жеткізетінін білдіреді (жүктіліктен қорғау). Зерттеуге қатысқан жұптардың көпшілігі контрацепцияның күнтізбелік әдісін қолданды³⁰⁴.

³⁰³Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018

³⁰⁴Там же

Контрацепцияның биологиялық әдістерін тиімді қолдану екі серіктестің өзара түсіністігі мен келісілген әрекеттерін қажет етеді. Ерлі-зайыптылар жыныстық қатынастан бас тарту немесе құнарлы күндерде контрацепцияның басқа әдісін қолдану принципін дәйекті түрде сақтауы керек.

Табиғи контрацепция әдістері:

- жанама әсерлер тудырмайды;
- олар белгілі бір манипуляцияларды орындауды қарастырмайды және, әдетте, қандай да бір шығын материалдарын қажет етпейді;
- әйелдерге өз денесінің ерекшеліктерін және құнарлылық кезеңдерін білуге көмектеседі;
- кейбір ерлі-зайыптыларға контрацепцияға қатысты діни және мәдени сенімдерін ұстануға мүмкіндік береді;
- жүкті болғысы келетін әйелдер мен жоспарланбаған жүктіліктен қорғанғысы келетін әйелдер құнарлы күндерді анықтау үшін пайдаланылуы мүмкін.

Әдіс жойылғаннан кейін құнарлылықты қалпына келтіру: бірден қалпына келеді.

Кесте 10 - контрацепция бойынша нұсқаулық

Жағдайы	контрацепция бойынша нұсқаулық
Бала емізу босанғаннан кейін 6 аптадан аз уақыт өтті	қолдануға болады: лактациялық аменорея әдісі, тек "мини-пили" прогестині бар таблеткалар, тосқауыл әдістері (презервативтер), спермицидтер. Босанғаннан кейін 4 аптадан кейін жатырішілік құралдарды ұсынуға болады.
Бала емізу босанғаннан кейінгі 6 апта мен 6 ай арасындағы кезең	лактациялық аменорея әдістерін, жатырішілік құралдарды, тек "мини-пили" прогестині бар таблеткаларды, тосқауыл әдістерін (презервативтер), спермицидтерді қолдануға болады.
Емшекпен емізу-босанғаннан кейін 6 айдан астам уақыт	жатырішілік құралдарды, тек "мини-пили" прогестині бар таблеткаларды, тосқауыл әдістерін (презервативтер), спермицидтерді, аралас гормоналды контрацептивтерді (таблеткалар, қынаптық сақина) қолдануға болады.
Босанғаннан кейін 21 күннен аз уақыт және емшекпен бала емізбеу.	Жатырішілік құралдарды, құрамында тек "мини-пили" прогестині бар таблеткаларды, тосқауыл әдістерін (презервативтер), спермицидтерді қолдануға болады.
Босанғаннан кейін 21 күннен артық уақыт және емшекпен бала емізбеу.	Құрамында тек "мини-пили" прогестині, тосқауыл әдістері (презервативтер), спермицидтер, аралас гормоналды контрацептивтер (таблеткалар, қынаптық сақина) бар таблеткаларды қолдануға болады. Босанғаннан кейін 4 аптадан кейін жатырішілік құралдарды ұсынуға болады.

Қойынды 8

Босанғаннан кейін контрацепцияның онтайлы әдісін таңдау ережелері(ДДҰ ұсынымдары, 2018 ж).

Контрацепция әдісі	нәресте толығымен емшек қоректенеді	бала ішінара емшек сүтімен немесе жасанды тамақтандырумен немесе айналысады
лактациялық аменорея әдісі Вазэктомия Ерлер мен әйелдердің презервативтері Спермициды	Босанғаннан кейін бірден босанғаннан кейін немесе босанғаннан кейін бірден	(қолданылмайды)
құрамында мыс бар жатырышлық құралдар. Құрамында левоноргестрел бар жатырышлық құралдар	Егер босанғаннан кейін 48 сағаттан астам уақыт өтсе, ЖИА орнатуды босанғаннан кейін 4 аптаға дейін кейінге қалдырыңыз.	
Әйел зарарсыздандыру	Босанғаннан кейінгі алғашқы 7 күн ішінде қолданады. Әйтпесе процедураны босанғаннан кейін 6 аптадан кейін жүргізуге болады	
Әйелдердің құнарлылығының циклдік сипатына негізделген контрацепцияның табиғи	әдістері әйелдің әдеттегі секреторлық разрядын қалпына келтіргеннен кейін (симптоматикалық әдістер жағдайында) немесе үш қалыпты етеккір циклі өткеннен кейін (күнтізбелік әдістер жағдайында) осы әдістерді қолдануды бастау ұсынылады. Әдетте, емшек сүтімен емізетін әйелдер мұндай әдістерді емшек сүтімен емізбейтін әйелдерге қарағанда кешірек қолдана бастайды.	
прогестин сериясының босануды бақылау таблеткалары	Босанғаннан кейін бірден	
Инъекциялық прогестиндік контрацептивтер	босанғаннан кейін 6-шы аптадан бастап	егер нәресте ішінара емшек сүтімен қоректенсе, босанғаннан кейін 6 аптадан кейін. Егер әйел емізбесе, босанғаннан кейін бірден.
Біріктірілген гормоналды контрацептивтер (таблеткалар, вагинальды сақина)	(қолданылмайды)	Босанғаннан кейін 6 айдан кейін, егер нәресте ішінара емшек сүтімен қоректенсе. Егер әйел емізбесе, босанғаннан кейін 21 - 42 күннен кейін,

Әдебиет

1. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>
2. Контрацепция әдістерін қолдануға жарамдылықтың медициналық критерийлері, ДДҰ 2015 ж, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf
3. Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы
4. Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ кодексі. <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K20000000360#z2260>
5. Контрацептивтік әдістер бойынша оқу және әдістемелік құралдар, the European Society of Contraception and Reproductive Health https://escrh.eu/education/training-improvement-programme/kontratseptivnym_metodam/
6. ДДҰ оқу құралын толықтыратын кеңейтілген слайдтар жинағы <http://www.fptraining.org>

5-БӨЛІМ. Антенаталды күтімнің сапасын бағалау, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құралы

5Тарау.Антенаталдыкүтімніңсапасынбағалау

Тақырып 1. Антенаталды күтімнің сапасын бағалау, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құралы



Антенаталды күтімнің сапасын бағалау, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының құралы

ТЕОРИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛ

Кіріспе

Медициналық көмектің сапасын жақсарту барлық денсаулық сақтау қызметкерлері үшін, әсіресе медициналық көмекті ұйымдастыруға және көрсетуге жауапты адамдар үшін негізгі міндеттердің бірі болып табылады. Бұл модульдің мақсаты медициналық көмек сапасының негізгі тұжырымдамаларымен танысу және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) ұсынатын және аналар мен жаңа туған нәрестелерге медициналық көмек сапасын жақсарту үшін еуропалық аймақта қолданылатын тәсілдер мен құралдар туралы хабардар ету болып табылады.

1 бөлім. МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫНЫҢ НЕГІЗГІ ҰҒЫМДАРЫ

Қазіргі уақытта ДДҰ және басқа да халықаралық ұйымдар көмек сапасын арттыруға, әсіресе аналар мен жаңа туған нәрестелерге басымдық береді. Орнықты даму саласындағы мақсаттарға сәйкес денсаулық сақтау қызметтерімен (ОЖСБ) жалпыға бірдей қамтудың негізгі компоненттерінің бірі сапа болып табылады³⁰⁵.

Сапа денсаулықты сақтаудың маңызды аспектісі болып табылады³⁰⁶, өйткені дұрыс емес немесе жеткіліксіз күтім барлық елдерде, әсіресе босану қызметінде білікті медициналық көмекпен қамту деңгейі жоғары елдерде алдын алуға болатын ана мен неонаталды өлім мен сырқаттанушылықтың маңызды факторы болып табылады. Сапасыз көмекке қол жеткізу Денсаулық сақтау жүйесіне қымбатқа түседі, жеткіліксіз көмек аналар мен жаңа туған нәрестелердің денсаулығына зиян тигізуі мүмкін. Көмек сапасының айырмашылығы (Өлеуметтік, гендерлік немесе этникалық айырмашылықтарға байланысты) денсаулық нәтижелеріндегі теңсіздіктің маңызды факторы болып табылады. Жеткіліксіз және құрметтемеушілік көмек адам құқықтарының жалпыға бірдей декларациясына сәйкес келмейді. Медициналық көмектің сапасы-бұл жеке адамдар мен популяцияларға көрсетілетін

³⁰⁵ВОЗ, 2020 <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

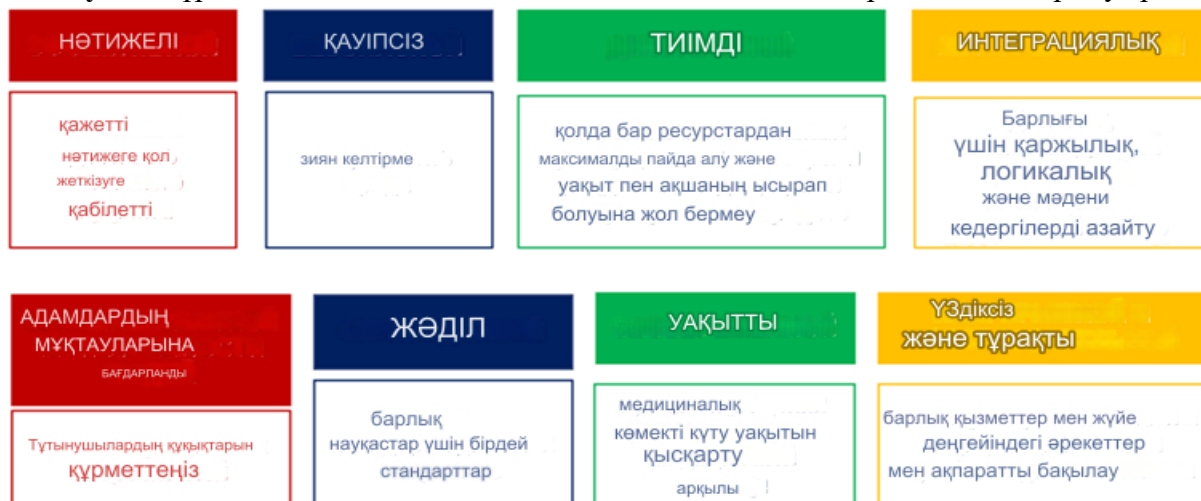
³⁰⁶Tamburlini G, Siupsinskas G, Bacci A; Maternal and Neonatal Care Quality Assessment Working Group. Quality of maternal and neonatal care in Albania, Turkmenistan and Kazakhstan: a systematic, standard-based, participatory assessment. PLoS One. 2011; 6(12):e28763.

Денсаулық сақтау қызметтері Денсаулық сақтау саласындағы қажетті нәтижелерге қол жеткізу ықтималдығын арттыратын және дәлелді кәсіби білімге сәйкес келетін дәреже³⁰⁷.

Медициналық көмектің сапа критерийлері

Соңғы онжылдықтарда көптеген сапа элементтері тұжырымдалды. Бүгінгі таңда сапалы Денсаулық сақтау қызметтері болуы керек деген нақты консенсус бар³⁰⁸:

- **тиімді** ұсыну арқылы мұқтаж адамдарға дәлелді деректерге негізделген денсаулық сақтау қызметтерін;
- **қауіпсіз** тұрғыда медициналық көмек тағайындалған адамдарға зиян келтірмеу арқылы;



- **адамдардың қажеттіліктеріне бағытталған** адамдардың қажеттіліктерін ескере отырып ұйымдастырылған Денсаулық сақтау қызметтері шеңберінде жеке қалауына, қажеттіліктеріне және құндылықтарына сәйкес медициналық көмек көрсету;

- **күту уақытын қысқарту** арқылы уақытылы, медициналық көмек алатындарға да, оны көрсететіндерге де зиян келтіретін кідірістер;

- жасына, жынысына, жынысына, нәсіліне, этникалық тегіне, географиялық орналасуына, дініне, әлеуметтік-экономикалық жағдайына, тілдік немесе саяси байланысына қарамастан **бірдей сапалы медициналық көмек көрсету** арқылы әділ;

- **барлық деңгейлерде** және қызмет провайдерлері арасында үйлестірілген және өмір бойы денсаулық сақтау қызметтерінің барлық кешеніне қол жеткізуді қамтамасыз ететін медициналық көмек көрсету арқылы біріктірілген; және

- қолда бар ресурстардан максималды тиімді артықшылықтар алу және уақыт пен қаражаттың жоғалуына жол бермеу арқылы.

Осылайша, Денсаулық сақтау жүйесінің қызметтері, егер олар жоғарыда аталған жеті тәсілге сәйкес келмесе, сапалы бола алмайды. Бұл ретте денсаулық сақтаудың барлық буындарында медициналық көмек көрсетудің сабақтастығы мен үздіксіздігін қамтамасыз ету маңызды.

Аналар мен балаларға сапалы медициналық көмек

Сапалы көмек дегеніміз-барлық әйелдер мен балаларға қауіпсіз, тиімді және жергілікті мәдени дәстүрлерді құрметтейтін араласу, олардың құрметпен көмек көрсету құқықтарын сақтау және барлық кезеңдерде және барлық қызметтерде көмек сабақтастығын қамтамасыз ету³⁰⁹.

Сапа қай жерде қалыптасады: деңгейлер мен өзара әрекеттесу

³⁰⁷ВОЗ, 2020 <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

³⁰⁸ Там же

³⁰⁹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

Медициналық көмектің сапасы жеке адамдар, команда және ұйым деңгейінде де, денсаулық сақтаудың ұлттық және аймақтық деңгейлерінде де жауапкершіліктің мәні болып табылады.

- жеке деңгей (кәсіби білім мен дағдылар, кәсіби қарым-қатынас, пациенттермен қарым-қатынас);
- команда деңгейі (ұйымдастыру, хаттамалар, бірлескен қатынас);
- медициналық ұйымдардың деңгейі (пайымдау, басшылық ету, басқаруды ұйымдастыру және т. б.);
- аудандық деңгей (жоспарлау, қарым-қатынас, үздіксіздік, ынтымақтастық және т. б.);
- ұлттық деңгей (стратегия, заңнама, оқыту және т. б.)



Бұл деңгейлердің барлығы өзара әрекеттеседі және өзара тәуелді. Мысалы, ұлттық нұсқаулар олардың жеке сәйкестігінсіз жұмыс істей алмайды, ал егер кейбір негізгі жағдайлар (жабдық, зертхана, материалдар)³¹⁰ болмаса, жеке адамның еркі Көмек сапасын жақсартта алмайды.

Көмек сапасын жақсартудың төрт маңызды компоненті

Медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін төрт негізгі компонент қажет: стандарттар, әдістер, стратегиялар және қозғаушы күштер.

- **Стандарттар** (клиникалық практикалық нұсқаулықтар, құрылымдық стандарттар, оқыту стандарттары) ;

- **Әдістер мен құралдар** (жүйелі бағалау, ана мен перинаталдық өлім-жітім мен сырқаттанушылық жағдайларына шолу, қолдаушы бақылау, индикаторларға негізделген ынталандыру және аккредиттеу жүйелері сияқты сапаны жақсарту құралдары);

- **Өзгерістерді ілгерілету** стратегиялары (басшылар мен медицина қызметкерлерін ынталандыру) ;

- **Қозғаушы күштер** (Денсаулық сақтау министрліктері, халықаралық агенттіктер, қоғамдық-саяси ұйымдар, кәсіби қоғамдастықтар)

Сапа циклі³¹¹

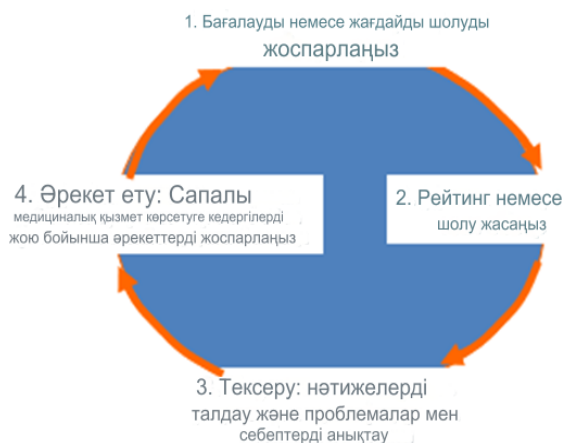
Медициналық қызметтердің сапасын жақсартудың белгілі және кеңінен қолданылатын әдісі шешім қабылдау циклы болып табылады:

«жоспарлау - жасау-үйрену-әрекет ету» ("PDSA"); және

«жоспарлау – жасау – тексеру – әрекет ету» ("PDCA"). Walter Shewhart және Edward Deming циклдік қайталанатын процестер ұғымын тұжырымдады, олар ақырында төрт кезең ретінде белгілі болды. "PDSA" және "PDCA" терминдері көбінесе осы әдіске қатысты бір-бірінің орнына қолданылады. "PDSA"/"PDCA" әдісін қолданушылар жақсартуға бағытталған өзгерістерді бейімдеу үшін ұсынылған төрт сатылы циклдік оқыту тәсілін ұстанады:

³¹⁰Tamburlini, UNICEF and European School for MNCAH, Introduction to quality of care, Trieste, 2013, personal communication

³¹¹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015



«жоспарлау» кезеңінде жақсартуға бағытталған өзгеріс анықталады;
 «жасау кезеңінде бұл өзгерісті тексеру жүргізіледі;
 «үйрену» кезеңінде өзгерістердің сәттілігі қарастырылады;
 «әрекет ету» кезеңінде бейімделу дәрежесі және жаңа цикл туралы хабарлаудың келесі қадамдары анықталады. Бұл процесс циклдік және үздіксіз.

Медициналық көмектің сапасын үздіксіз арттыру

Үздіксіз сапаны арттыру-бұл өте қызықты басқару тәсілі. САПАНЫҢ үздіксіз өсуі ұйымның кез-келген деңгейінде кез-келген адам жұмысты жақсарту үшін құнды ұсыныстар жасай алады деген болжамға негізделген. Тек жақсы жұмыс істемейтін процестерді жақсартуға бағытталған дәстүрлі басқару тәсілдерінен айырмашылығы, сапаны үздіксіз арттыру ұйымдағы кез келген процесс шағын өзгерістерден пайда көруі мүмкін екенін көрсетеді. Үздіксіз сапаны жақсарту жұмысты үнемі жақсарту процесіне назар аударатындықтан, ол ұйымның ұзақ мерзімді міндеттемесін және бірлескен топтық жұмысты талап етеді. Үздіксіз сапаны жақсартуды енгізу ұжымның рухын көтереді, өнімділікті, тиімділікті және пациенттердің қанағаттану дәрежесін арттырады.

Сапаны үздіксіз арттыру принциптері

Үздіксіз сапаны жақсарту процесін бастайтын менеджерлер өздерінің менеджерлік стиліне үздіксіз сапаны арттырудың бес негізгі қағидасын енгізуі керек.



1) Басшылық сапаның үздіксіз жақсаруын толық қолдауы керек.

Бұл жаңа ойлау тәсілін қолдануды, өзгерістер енгізуге деген ұмтылысты және әкімшілік пен ұжым арасында өзара қолдауды қажет етеді. Медициналық ұйымның басшысы/менеджері сапаны үздіксіз жақсартуды енгізуді қалауы керек және процестің әр кезеңінде көшбасшы және команданы басқаруы керек. Атап айтқанда, менеджерлер сапаны арттыру ең басты басымдық болып табылады деген көзқарасты ұстануға, ұжымды қызмет көрсету сапасының маңыздылығына сендіруге, сапаны үздіксіз арттыру процесін сәтті жүзеге асыру үшін жеткілікті ресурстар бөлуге және ұжым ұсынатын өзгерістерді енгізуге дайын болуға тиіс.

2) Медицина қызметкерлері мен пациенттердің қажеттіліктерін қанағаттандыру

Менеджерлер, қойма және Жабдықтаушылар қажетті дәрі-дәрмектер мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың жеткілікті қорын қамтамасыз еткен кезде медицина қызметкерлері жабдықтау жүйесіне қанағаттануы керек. Қызметкерлердің қанағаттануын жақсарту үшін менеджер ұжымның барлық деңгейлерін тартуға дайын болуы керек және ынтымақтастық ортасын құруы керек.

Медициналық ұйымның пациенттері қанағаттанған кезде, МСАК жаңа қызмет алушыларды сатып алып қана қоймай, медициналық көмектің денсаулыққа оң әсерін айтарлықтай арттырады. Сапаның үздіксіз өсуі менеджерлерден пациенттердің қажеттіліктері мен үміттерін қанағаттандыру күтімді жақсартады және бұл науқастарды көбірек қанағаттандырады деген сенімді талап етеді.

3) Мәселені шешу үшін процеске назар аударыңыз.

Процесс немесе жүйе-бұл үнемі қайталанатын қызмет көрсету әрекеттері немесе әрекеттері. Үздіксіз сапаны жақсарту жүйесі қызмет көрсету мәселелерін жұмысшылардың өздері тиімсіз жұмыс істегеннен гөрі жеткіліксіз жұмыс істеген, нашар жеткізілген немесе жұмыс істемейтін процестің нәтижесі ретінде қарастырады. Мәселе анықталған процестің немесе жүйенің тиісті байланысын жақсарту кезінде мәселе әдетте шешіледі. Сондықтан сапаны үздіксіз арттыру ұйымның медициналық қызмет көрсету саласындағы мақсаттары мен нәтижелеріне қол жеткізу үшін процестерді жақсартуға баса назар аударуы керек.

4) Сіздің команданың процестерді жақсарту қабілетін құрметтеңіз.

Өз жұмысшыларының шеберлігі мен дағдыларын құрметтейтін менеджерлер оларды қызмет көрсету сапасын төмендететін мәселелердің алдын алу немесе шешу үшін бірлесіп жұмыс істеуге бағыттай алады. Үлкен жүктемесі бар медициналық ұйым үшін, тіпті ең білімді менеджер үшін де қызмет көрсетудің әр кезеңін толық білу қиын. Күнделікті жұмысқа қатысатын жұмысшылар жұмыстың қай бөлімдері жақсы қойылғанын және қайсысы жоқ екенін біледі. Олардың өз білімдерін өздері енгізетін практикалық өзгерістерді ұсыну үшін пайдаланудың тамаша мүмкіндігі бар. Сапаны үздіксіз арттыруға жауапты менеджерлер жұмысшылардың өз идеяларын енгізуге, шешім қабылдауға және басшылықтың жауап беруінен немесе қудалауынан қорықпауға шақыратын атмосфера құруы керек. Мұндай жағдай ұжымды жігерлендіреді және өз жұмысынан қанағаттануды арттырады, бұл өз кезегінде пациенттердің қанағаттануы мен қызмет көрсету сапасын арттыруға ықпал етеді.

5) Процесті жақсарту үшін деректерді жинаңыз және пайдаланыңыз. Процесті жақсарту қажеттілігі туралы шешімдер фактілерге негізделуі керек. Жиналған деректерді ықтимал шешімдерді әзірлеу үшін талдауға болады. Сапаны үздіксіз жақсарту кезінде менеджерлер проблемалардың сипаты мен ауқымын анықтау және процестерді жақсарту үшін қабылданған шешімдерді негіздеу үшін деректерді пайдалануы керек.

Денсаулық сақтау қызметкерлерін өзгерістерге қалай ынталандыруға болады³¹²

Кәсіби қоғамдастықта Денсаулық сақтау мамандарын сапаны жақсарту процесіне қалай ынталандыру және тарту туралы пікірталас әлі де жалғасуда, бұл әдетте сыни ойлауды және мінез-құлықты өзгертуді қажет етеді.

Сапаны жақсарту үшін жасалған араласу деректері әлі де шектеулі болғанымен, аудиторлық тәсіл барекендігі туралы дәлелдер бар (participatory approach), яғни. қызметкердің шығармашылық белсенділігін босатуға және денсаулық сақтау саласындағы мамандардың да, әкімшіліктің де қатысуымен жеке жетістіктер үшін кеңістік құруға бағытталған тәсіл жақсы нәтижелерге қол жеткізуге мүмкіндік береді. Барлық мамандарды сапаны бағалауға және істі талдауға жеке тарту проблемалар мен олардың себептері туралы хабардарлықты арттыруға, шешімдерді анықтауға және ынтымақтастық атмосферасын құруға көмектеседі.

2 бөлім. АНТЕНАТАЛДЫ КҮТІМНІҢ САПАСЫН ЖАҚСARTY: ДДҰ ЕУРОПАЛЫҚ АЙМАҚТЫҚ БҮРОСЫНЫҢ ҚҰРАЛЫ

³¹²Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе

Әйелдер мен балаларға көрсетілетін медициналық көмектің сапасы жүктілік пен босанудың нәтижелеріне әсер ететін негізгі фактор болғандықтан, тәжірибедегі қарапайым өзгерістер көптеген адамдардың өмірін сақтап қалуы мүмкін³¹³. Осыған байланысты ДДҰ сарапшылары жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге амбулаториялық көмектің сапасын бағалау құралын әзірледі (ДДҰ, 2013).

ДДҰ - ның босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі күтімнің сапасын бағалау құралының негізгі мақсаты денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органдарға, негізгі серіктестерге және мүдделі ұйымдарға тиісті іс-қимыл жоспарларын жетілдіруді және әзірлеуді қажет ететін салаларды анықтау үшін ұйым деңгейінде көрсетілетін көмекті бағалау мен талдауды жүргізуге көмек көрсету болып табылады.

ДДҰ сапасын бағалау құралының негізгі принциптері³¹⁴

1. Дәлелденген халықаралық стандарттар мен нұсқаулықтар негізінде әзірленген;
2. Негізгі ақпаратты бірыңғай және сенімді бағытта жинауды қамтамасыз етуге қабілетті;
3. Денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын (менеджерлерін) және медицина мамандарын проблемаларды анықтау және оларды шешудің мүмкін жолдарын анықтау процесіне тартуға көмектеседі;
4. Медициналық ұйымдардың қажеттіліктерін анықтайды және денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органдар мен жергілікті деңгейдегі басшыларға жоғары әкімшілік немесе саяси деңгейде шешілуі қажет мәселелер туралы медициналық көмектің сапасына қатысты негізгі ақпаратты ұсынады;
5. Медициналық қызметтерді пайдаланушыларға өз көзқарастарын білдіруге және басшылар мен медициналық мамандарға медициналық көмектің сапасын арттыру мақсатында көмек ұйымдастыру жүйесіндегі кемшіліктерді анықтау және жою үшін пайдаланушылардың пікірін ескеруге мүмкіндік береді.

Құралдың құрылымы³¹⁵

Бұл нақты іс-әрекетке негізделген құрал пренаталды және босанғаннан кейінгі күтімнің сапасына әсер ететін ұйымның барлық жұмыс салаларын мұқият бағалауға арналған, мысалы:

- инфрақұрылым;
- дәрілік заттар мен материалдардың қолжетімділігі;
- штат кестесі;
- қызметті ұйымдастыру;
- принциптер және істерді басқару;
- пайдаланушыларға арналған ақпарат;

³¹³Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, ВОЗ 2013

³¹⁴ Там же

³¹⁵ Там же

- қайта бағыттау жүйесі.



Ақпарат көздері және ұпайларды есептеу жүйесі³¹⁶

Құрал төрт түрлі ақпарат көздерін қамтиды: деректер мен статистика, медициналық жазбалар, жағдайларды тікелей бақылау, қызметкерлермен және пациенттермен/клиенттермен сұхбат. Әр түрлі ақпарат көздерінің үйлесімі арқасында құрал сапалы медициналық қызмет көрсетуге кедергі болатын нақты бағыттарды бөліп көрсетуге мүмкіндік береді.

Әрбір тармақ 3-тен 0-ге дейінгі жалпы баллды есептей отырып, әртүрлі көздерден жиналған ақпарат бойынша бағаланады:

3 = жақсы немесе стандартты емдеу;

2 = стандартты емдеуге қол жеткізу үшін біраз жақсарту қажет (көмек оңтайлы емес деп бағаланады, денсаулыққа елеулі қауіп жоқ, медициналық көмек сапасының негізгі принциптері сақталады);

1 = стандартты емдеуге қол жеткізу үшін айтарлықтай жақсарту қажет (денсаулыққа айтарлықтай қауіп төндіретін оңтайлы күтім);

0 = өте маңызды жақсартулар қажет (ананың және/немесе жаңа туған нәрестенің денсаулығына елеулі қауіп төндіретін мүлдем жеткіліксіз күтім және/немесе зиянды тәжірибе).

Құралды пайдаланудың негізгі қадамдары³¹⁷

1-қадам-бейімделу және пайдалану

ДДҰ құралы ауру мен өлімнің эпидемиологиялық ерекшеліктерін, Денсаулық сақтау жүйесінің құрылымын, сондай-ақ елдің ресурстық әлеуетін ескере отырып, оны әр елге бейімдеу қажеттілігін көздейді. Бұл құрал отбасылық медицина орталықтарын, ФАП-ларды, емханаларды, аудандық ауруханалар ауруханаларының амбулаториялық бөлімшелерін, сондай-ақ жоғары мамандандырылған медициналық көмек орталықтарын қоса алғанда, МСАК ұйымдарының әртүрлі түрлерінің жұмысын бағалауды пайдалануға арналған. Сондықтан, әрбір нақты жағдайда сарапшылар тобы бағалауды жоспарлау кезінде МСАК ұйымының түріне сәйкес құралдың қажетті бөлімдерін анықтауы қажет, өйткені бұл ұйымдардың барлығында аспапта көрсетілген барлық диагностикалық және емдік шаралар мен пренаталды күтім процедуралары бола бермейді. Мұндай жағдайларда құралдың тиісті бөлімі «қолданылмайды»деп жіктеледі. Бейімделу белгілі бір элементтерді немесе бөлімдерді жоюды, әртүрлі стандарттарды таңдауды қамтуы мүмкін.

2-қадам - бағалау тобының құрамы

³¹⁶Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, ВОЗ 2013

³¹⁷Там же

Пренаталды күтімді талдау және бағалау Денсаулық сақтау саласындағы сарапшылардың нақты кәсіби білімін, сондай-ақ пациенттер мен медициналық ұйымдардың қызметкерлерімен сұхбат жүргізу дағдыларын қажет етеді. Сондықтан бағалау тобын құру кезінде осы қабілеттер мен құзыреттерді ескеру өте маңызды. Бағалау сапарларының бірінші шеңберін өткізгенге дейін ұлттық сарапшылар медициналық көмектің сапасын бағалау құралымен танысып, бағалау жүргізу әдістеріне оқытылуы тиіс.

Сарапшылар тобында құралды өз бетінше пайдалану, құпия тергеулер жүргізу және тең - тең қағидаты бойынша қолдау көрсету үшін жеткілікті білім, Дағдылар мен тәжірибе алғанға дейін тәжірибелі халықаралық немесе ұлттық сарапшылардың қолдауымен алынған осындай іс-шараларды өткізу тәжірибесі болуы тиіс.

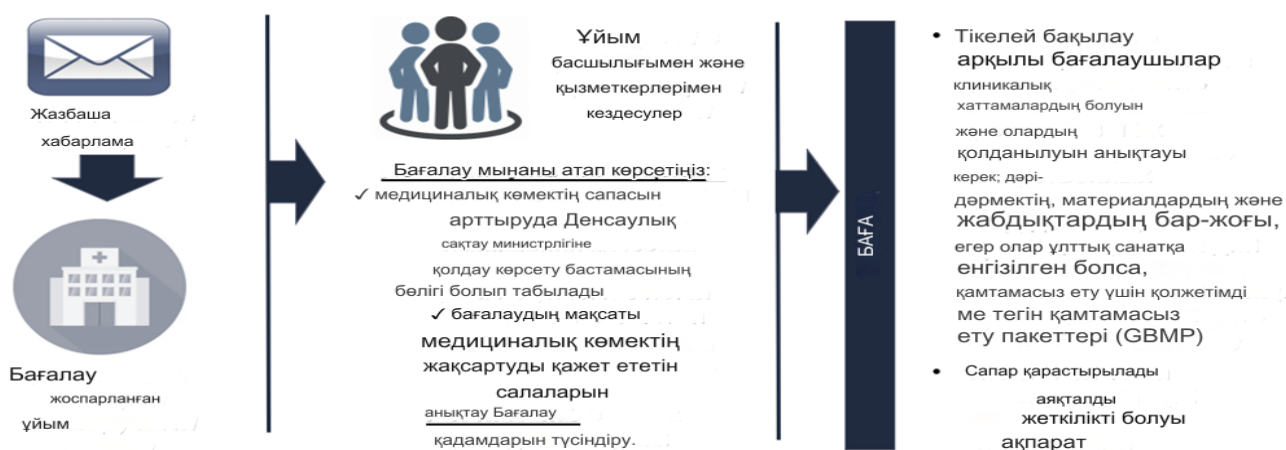
3-қадам-бағалау сапарларын ұйымдасты

Жазбаша ақпарат бағалау мақсаттары мен ұсынылатын жұмыс кестесі міндетті түрде көрсетіле отырып, бағалау жүргізу жоспарланып отырған барлық медициналық ұйымдарға (жергілікті денсаулық сақтау басқармасы органдарын қоса алғанда) алдын ала жіберілуі тиіс. Сапар негізгі қызметкерлер мен басшыларды бағалаудың мақсаттары мен әдістері туралы хабардар етуден басталады. Кездесу барысында бағалау медициналық ұйымның медициналық көмектің сапасын жақсартудағы қолдау бастамасының бөлігі болып табылатынын және бағалаудың мақсаты жақсартылуы тиіс медициналық көмектің проблемалық салаларын анықтау болып табылатынын атап өту қажет.

Сонымен қатар, бағалау кезінде жергілікті деңгейде және қажет болған жағдайда жоғары әкімшілік деңгейде, соның ішінде министрлік деңгейінде қабылданатын шаралар ұсынылады. Сондай-ақ, қызметкерлер де, пайдаланушылар да күнделікті процедуралар мен тәжірибелер және сарапшылар не қалайтыны туралы сұхбат алатынын түсіндіру қажет, клиникалық тәжірибелерді тікелей бақылау, медициналық карталарды (соңғы және өткен) және журналдарды талдау.

Сапарлар кезінде медициналық көмек пен күтімге қатысты барлық аспектілер, соның ішінде бар болса дәріханалар мен зертханалар талданады.

Денсаулық сақтау қызметтеріне қолданылатын деп саналатын құралдың барлық бөлімдерін бағалау үшін жеткілікті ақпарат болған кезде сапар аяқталды деп саналады. Сондықтан сапардың ұзақтығы ұйымда көрсетілетін қызметтердің мөлшеріне байланысты өзгеруі мүмкін.



Тікелей бақылау арқылы Сарапшылар клиникалық хаттамалардың бар-жоғын және олардың қолданылуын анықтауы керек; дәрілік заттардың, материалдар мен жабдықтардың болуы, олар пациенттер үшін қол жетімді ме, жоқ па және Ұлттық тегін қамтамасыз ету пакеттеріне қандай қызметтер кіреді (тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі, міндетті әлеуметтік және медициналық сақтандыру қоры). Олар сондай-ақ пациенттерге медициналық қызметкерлерге берілетін ақпараттың сапасын тексеруі керек. Дәрігерді немесе

басқа медициналық персоналды қабылдағаннан кейін пациенттермен әңгімелесу ұсынылатын ақпараттың сапасын бағалауға мүмкіндік береді.

4-қадам-медициналық ұйымдар деңгейіндегі кері байланыс және ел деңгейіндегі есептілік

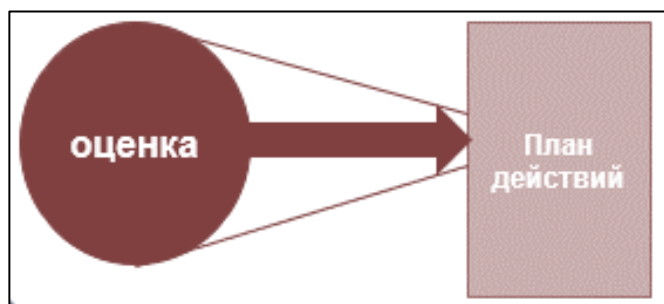
Басқосу соңында ұйымдарға кері байланыс алу және ұйым қызметкерлерін талдау мен бағалау нәтижелерін талқылауға, сондай-ақ ұсынылған әрекеттерді талқылауға тарту үшін қызметкерлермен кездесулер өткізіледі. Қорытынды отырыстың мақсаты қызметкерлер мен басшылардың өздері ұсынатын қызметтердің сапасы туралы, сондай-ақ медициналық көмек пен күтімнің сапасын жақсарту үшін жіберіп алған мүмкіндіктер мен әлеует туралы хабардарлығын арттыру болып табылады.

Аналармен/Ата-аналармен оларға көрсетілетін медициналық көмектің сапасы туралы сұхбат көптеген кәсіпқойлар үшін жаңалық болады. Жүкті әйелдер мен аналардың медициналық көмектің әртүрлі аспектілері туралы пікірін ескеру қазірдің өзінде қызметкерлер арасында әйелге және отбасына достық қарым-қатынасты ілгерілету әдісін білдіреді, сонымен қатар әйелдердің денсаулық мәселелері туралы білімін арттыру, олардың өз денсаулығына қатысты шешім қабылдау процесіне қатысу мүмкіндігі, сондай-ақ пациенттердің хабардарлығын арттыру тәсілі болып табылады олардың құқықтары туралы.

Бағалаудан кейін әр ұйым жиынтық қорытындылар мен ұсыныстармен толық есеп алуы керек. Бағалаудың кешенді жазбаша есебі ұйымға ұсынылады, бұл оларға іс-шаралар жоспарын әзірлеуге және басым әрекеттерді анықтауға мүмкіндік береді. Бұл жағдайда осы құрал аясында ұсынылған шаблон мен іс-әрекеттің тұжырымдамасын ұстану қажет. Бұл медициналық ұйымдар мен сарапшылардың іс-қимыл тәсілдерін үйлестіруге көмектеседі.

5-қадам-іс-шаралар жоспары (іс-шаралар жоспары)

Тек іс-шаралар жоспарын әзірлеу сапаны жақсарту үшін жеткіліксіз. Ұйымдар қызметкерлері мен басшыларының міндеттемесі және олардың өзгерістерге бағытталған іс-әрекеттерінің дәйектілігі, үздіксіздігі маңызды фактор болып табылады. Іс-қимыл жоспары, оның ішінде алға қойылған міндеттерге қол жеткізу және қызметкерлердің алған міндеттерін сақтау олардың қолданыстағы бағалау және сапаны жақсарту процесінің әдеттегі тәжірибесінің ажырамас бөлігі болуы өте маңызды. Құрал іс шаралар жоспарын әзірлеу бөлімінің негіздерін ұсынады.



Медициналық ұйым деңгейіндегі іс-қимыл жоспарының құрылымы

Бұл форма медициналық ұйымда іс-қимыл жоспарын құру үшін ұсынылады. Осы нысанда қабылдануы тиіс іс-әрекеттер, жауапты тұлғалар және орындалу мерзімдері жазылады³¹⁸.

БІРІНШІ КЕЗЕКТЕГІ МӘСЕЛЕЛЕР (маңызды мәселелерді, әсерлер мен мүмкіндіктерді қарастырыңыз)	ҚАЖЕТТІ ӘРЕКЕТТЕР (ТОСҚАУЫЛДЫ ЖОЮДЫ ҚОСА)	Жауапты ТҮЛҒАЛАР ЖӘНЕ ОРЫНДАУ КЕСТЕСІ

³¹⁸Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

Ұлттық деңгейдегі іс-қимыл жоспарының құрылымы

Бұл ұлттық деңгейде перинаталдық көмектің сапасын жақсарту бойынша іс-қимыл жоспарын әзірлеу үшін ұсынылатын нысан.

Пішін құрылымы Денсаулық сақтау жүйесінің төрт компонентін бөлетін ДДҰ Денсаулық сақтау жүйесінің құрылымына сәйкес келеді: басқару, ресурстар, қызмет көрсету және қаржыландыру³¹⁹.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҚЫЗМЕТТЕРІНІҢ ФУНКЦИЯЛАРЫ	БАСЫМ МӘСЕЛЕЛЕР	ҚАЖЕТТІ ӘРЕКЕТТЕР (КЕДЕРГІЛЕРДІ ЖОЮДЫ ҚОСА)	ЖАУАПТЫ ТҮЛҒАЛАР ЖӘНЕ ОРЫНДАУ КЕСТЕСІ
Басқару			
Ресурстар			
Қызмет көрсету			
Қаржыландыру			

Талдау және іс-қимыл жоспары

1. Денсаулық сақтау ұйымының басшылығымен және қызметкерлермен жүргізілген бағалаудың негізгі нәтижелерін талқылаңыз. Қажет болса, нүктені көрсету үшін мәліметтерді беріңіз.
2. Жүкті әйелдер мен сауалнамаға қатысқан аналардың пікірін қосыңыз.
3. Басшылар мен қызметкерлерге олардың гипотезасы мен бағалау нәтижелері туралы болжамдарын ұсынуға уақыт беріңіз.
4. Жергілікті басшылар мен қызметкерлер жауапты болатын іс-шараларды, сондай-ақ медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін жасалуы мүмкін қажетті өзгерістерді талқылаңыз. Сонымен қатар, бағалау тобы ең проблемалы деп анықтаған аймақтарды немесе тармақтарды көрсетіңіз.
5. Денсаулыққа әсер етудің маңыздылығын (ауру мен өлімнің алдын алу) және орындылығын ескере отырып, іс-шаралар мен іс-шараларға басымдық беріңіз.
6. Осы құралда қарастырылған және денсаулыққа әсер ету үшін қажетті әрекеттерді, ең мұқтаж деп анықталған салалардағы орындылықты қамтитын шеңберді қолдана отырып, іс-қимыл жоспарын жасаңыз.

Бағалауды жоспарлау мен жүргізудің негізгі қадамдары³²⁰

1-қадам: бағалау құралы мен әдістері Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органмен бейімделген және бекітілген.

2-қадам: ДДҰ-ның антенаталды күтімдегі дәлелді тәжірибелерін (іс-шараларын) және ұсынымдарын енгізу критерийлері мен тәжірибесіне сәйкес ұлттық сарапшылар топтары анықталады.

³¹⁹Европейское региональное бюро ВОЗ. Учебный пакет по эффективной перинатальной помощи. Второе издание, 2015

³²⁰Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, ВОЗ 2013

3-қадам: Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бағалау жүргізу үшін ұйымды(ларды) айқындайды, ұйым басшыларына сапардың мақсаты, күндері туралы хабардар етілуі тиіс.

4-қадам: перинаталдық көмекті бағалау құралының бірінші бөлігінің көшірмесі (1-кесте) өткен жылғы деректерді пайдалана отырып толтыруды сұрай отырып, әрбір таңдалған медициналық ұйымға алдын ала жіберіледі.

5-қадам: әрбір медициналық ұйымға келгеннен кейін сарапшылар тобы ұйым басшыларымен, қажет болған жағдайда қала\облыс\ аудан әкімшілігінің өкілдерімен кездеседі.

6-қадам: әрбір медициналық ұйымға бару бағалау тобының мүшелері өздерін таныстыратын және сапардың мақсаты мен міндеттері туралы айтатын барлық қызметкерлермен пленарлық отырыстан басталады.

7-қадам: әрбір медициналық ұйым үшін оңтайлы келу ұзақтығы, соның ішінде нысандарды толтыру, сондай – ақ медициналық ұйым қызметкерлерімен талқылау және кері байланыс алу үшін кездесулер. Ірі ұйымдарда сапардың ұзақтығы алдағы жұмыс көлеміне байланысты ұлғайтылуы мүмкін.

8-қадам: бағалау тобының мүшелері бағалау құралына сәйкес бағалауды жүргізеді, бағалауды медициналық ұйымның қызметкерлерімен бірлесіп жүргізеді. Топ әр медициналық ұйымның барлық қызметтері мен бөлімшелеріне барады; пациенттермен және қызметкерлермен кездесіп, амбулаториялық-емханалық картаның статистикалық және журнал деректері мен клиникалық жазбаларына терең талдау жасайды. Сарапшылар медициналық көмек көрсету тәжірибесін олардың дәлелді медицина принциптеріне және қолданыстағы стандарттарға, клиникалық хаттамаларға сәйкестігін тексереді, сондай-ақ ұйым басшыларымен және қызметкерлермен бірге жүкті әйелдердің босанғанға дейінгі бақылау сапасына әсер ететін қиындықтар мен факторларды бағалайды. Интервьюерлер ретінде анықталған топ мүшелерінен медицина қызметкерлерімен, сондай-ақ онымен бірге қабылдауға келген жүкті әйелдер мен олардың туыстарымен сұхбаттасады (әңгімелесу түрінде). Жүргізілген сұхбаттардың жиналған деректерін сарапшылар тобы кешенді бағалау үшін жинақтайды және пайдаланады, сондай-ақ бұл нәтижелер қызметкерлерді хабардар ету үшін ұсынылады.

9-қадам: әрбір ұйымның сапарының соңында сараптама тобы ұйымның ұжымымен олардың тәжірибесінің анықталған күшті және әлсіз жақтарын ұсынғаннан кейін, сондай-ақ жіберіп алған мүмкіндіктерді талқылағаннан кейін ұйымда медициналық көмек пен күтімді жақсарту бойынша қорытындыларды (есептелген бағалау ұпайларын қоса алғанда) және ұсыныстарды талқылау үшін кездеседі. Бұл соңғы жиналыс әдетте шамамен 1 сағатты алады.

10-қадам: әр сапардың соңында бағалау тобының мүшелері ұйымның басшылары мен қызметкерлеріне бағалаудың негізгі нәтижелерін, қорытындылар мен ұсыныстарды ұсынады.

11-қадам: бағалау нәтижелеріне сүйене отырып, ұжыммен талқылануы және ұйым деңгейіндегі көмекті жақсарту бойынша басым іс-шаралар келісілуі керек. Құпиялылықты қамтамасыз ету және бағалау нәтижелері бойынша жазалардың алдын алу үшін есеп тек барған ұйымға беріледі. Жоғары тұрған ұйымдарға (денсаулық сақтау басқармасы, министрлік) олардың деңгейінде шешуді талап ететін іс-шаралар туралы ғана ақпарат беріледі.

12-қадам: сапар аяқталғаннан кейін сарапшылар тобы ұйымға ұсыну үшін жазбаша есеп дайындайды. Ол үшін бағалау құралы нақты және егжей-тегжейлі бағалау деректерімен, есептелген ұпайлармен және әр бөлім бойынша сарапшының түсініктемелерімен толтырылады. Бірнеше ұйымды бағалау кезінде қажетті іс-қимылдардың негізгі қорытындылары мен басым бағыттары туралы қорытынды анықтама дайындалады. Бұл анықтамада ақпарат анонимді нысанда беріледі, онда барған ұйымдар туралы Сәйкестендіру ақпараты көрсетілмейді.

13-қадам: бірнеше ұйымдарда бағалау жүргізу кезінде сапардың соңғы күнінде Денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органдардың өкілдерімен, негізгі мүдделі тараптармен Кеңес

өткізіледі. Жалпы қорытындылары мен ұсынымдары бар түйіндеме ұсынылады, сондай-ақ денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті органдар деңгейінде басым іс-шаралар талқыланады.

14-қадам: ұсынымдарды жүзеге асыру кезеңінен кейін (бір жылдан екі жылға дейін), прогресті (жетістіктерді) айқындау және осы кезеңде медициналық көмектің сапасын жақсарту жөніндегі іс-шараларды әзірлеу үшін кедергілерді, жіберіп алынған мүмкіндіктерді бағалау мақсатында сарапшылардың көпсалалы тобы бағалаудың сол құралдары мен әдістерін пайдалана отырып, қайта бағалау жүргізу жоспарлануда.

Мониторинг және бағалау

Жақсартуларды ынталандыру мақсатында сапаны үнемі бағалау және бақылау қажет. Бұл процесс нақты, уақтылы және практикалық мәні бар статистикалық мәліметтердің қол жетімділігіне байланысты. Үшін жаһандық және ұлттық күш-жігерді біріктіру Денсаулық сақтау жүйесі ұсынатын қызметтерді түрлендіру және жетілдіру мүмкіндігі үшін елдер деңгейінде тиімді ақпараттық жүйенің болуы өте маңызды.

Мысалы, төмендегі кестеде келтірілген статистика:

Кесте 11. Индикаторлар³²¹

Акушерлік-гинекологиялық және педиатриялық бейіндегі ұйымдар жұмысының кейбір көрсеткіштері

Қызмет көрсетілетін халықтың саны

- әйелдер

- жаңа туған нәрестелер

Қызмет көрсету учаскелерінің саны

Сайттағы әйелдердің орташа саны

Қызмет көрсету радиусы (ең алыс елді мекенге дейінгі қашықтық)

Медициналық мекемедегі медицина қызметкерлерінің саны

- отбасылық дәрігерлер

Пренаталды бару саны 4 және одан көп жүкті әйелдер үшін

12 аптаға дейінгі жүктілік кезінде абортпен ауыратын науқастардың пайызы

Жүктілік кезінде өздігінен түсік түсіретін науқастардың пайызы 12-ден 22 аптаға дейін.

12-ден 22 аптаға дейінгі жүктілік кезінде абортпен ауыратын науқастардың пайызы.

Ауыр HB анемиясының жиілігі (%) <70 г/л (7 г%)

HB анемиясының жиілігі (%) 70-тен 110 г/л-ге дейін (11г%)

Жүктіліктің бірінші триместрінде фолий қышқылын қабылдаған әйелдердің пайызы

Профилактикалық темір препараттарымен емделген әйелдердің пайызы

Жүктілік кезінде ультрадыбыстық скрининг жүргізген әйелдердің пайызы 18-22 апта.

Мерез скринингінен өткен әйелдердің пайызы

Мерез скринингінің оң нәтижелерінің пайызы

АИТВ скринингінен өткен әйелдердің пайызы

Жүкті әйелдер арасында (немесе бала туу жасындағы әйелдер арасында)

АИТВ жағдайларының жиілігі (%)

Сіреспе токсоксинімен иммунизацияланған әйелдердің пайызы

Айғақтарға сәйкес көмек көрсетудің неғұрлым жоғары деңгейіне ауыстырылған әйелдердің пайызы

³²¹Инструмент для оценки качества амбулаторной помощи во время беременности и в послеродовом периоде женщинам и новорожденным, ВОЗ 2013

Босанғаннан кейінгі контрацепцияның заманауи әдістеріне қол жеткізген әйелдердің пайызы

Ұлттық егу күнтізбесіне сәйкес иммундау жүргізілген жаңа туған нәрестелердің пайызы

6 ай ішінде тек емшек сүтімен қоректенетін жаңа туған нәрестелердің пайызы

Босану мүмкіндігі бар медициналық ұйымдар шеңберінде акушерлік-гинекологиялық бейіндегі клиникалар жұмысының қосымша көрсеткіштері

Жылына босану саны

Жылына кесарь тілігі бойынша босану пайызы

Медициналық мекемелерден тыс босану пайызы

Аntenatalды бақылаусыз босану пайызы (0 пренаталды бару)

Өлі туу көрсеткіші (тірі туылғандар мен өлі туылғандарды қосқанда 1000 жаңа туған нәрестеге шаққандағы өлі туылғандар саны)

Перинаталдық өлім деңгейі (өлі туылғандар саны және 1000 босануға ерте неонаталдық өлім жағдайлары)

Ана өлімінің деңгейі (100.000 тірі туылғандарға шаққандағы ана өлімінің саны)

Жүктілік кезіндегі босану пайызы 37 аптадан аз

Жүктілік кезіндегі мерзімінен бұрын босану пайызы 22-28 апта

Жүктілік кезіндегі босану пайызы 28-34 апта

Жүкті әйелдерді босанғанға дейінгі бақылау сапасын бағалаудың ұсынылатын әдісі мен құралы 2013 жылы бекітілген ана мен баланы қорғау қызметі ұйымдары үшін өзін-өзі бағалау және сыртқы бағалау индикаторларын пайдалану жөніндегі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығы шеңберінде пайдаланылуы мүмкін (1-қосымшаны қараңыз).

Ана мен баланы қорғау қызметінің ұйымдары үшін өзін-өзі бағалау және сыртқы бағалау индикаторларын пайдалану жөніндегі нұсқаулықтар.

1. Жалпы ережелер

1. Осы Нұсқаулық акушерлік - гинекологиялық бейіндегі медициналық көмек көрсететін медициналық ұйымдарда Дүниежүзілік Денсаулық сақтау ұйымы (бұдан әрі-ДДҰ) ұсынған тиімді технологияларды енгізуді және өзін-өзі бағалауды және енгізуді сырттай бағалауды ұйымдастыруды айқындайды.
2. Өзін - өзі бағалау және сыртқы бағалау индикаторлары (бұдан әрі-Индикаторлар) ДДҰ әдіснамасы бойынша аналар мен жаңа туған нәрестелерге медициналық көмектің сапасын бағалау индикаторлары негізінде әзірленді.

2. Бағалау индикаторларының мақсаттары

1. Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне, негізгі қатысушылар мен серіктестерге медициналық ұйым деңгейінде үлгілік және пәрменді тәсілмен ұсынылатын перинаталдық медициналық көмекті бағалауды жүргізуде жәрдем көрсету.
2. Жетілдіруді қажет ететін антенаталды күтімнің, босанудың және жаңа туған нәрестелерге күтім жасаудың негізгі бағыттарын анықтау.

3. Өзін-өзі бағалау индикаторларының принциптері

1. Ғылыми негізділік және халықаралық стандарттар.
2. Сенімді ақпарат жинау.
3. Индикаторларды пайдалану ыңғайлылығы.
4. Медициналық ұйымдар қызметкерлерінің проблемаларды анықтауға және шешім қабылдауға қатысу мүмкіндігі.
5. Өңіраралық үйлестірушілермен және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігімен келісім бойынша жылына 1 рет индикаторларды өзгерту.
6. Медициналық ұйымның бірінші басшысының өзін-өзі бағалауға жауапты адамды тағайындауы (статистик дәрігер, статистик медбике, эпидемиолог).
7. Тоқсан сайын деректерді жинау және тиісті есеп беру нысандарын толтыру.

4. Өзін-өзі бағалау индикаторларын қолдану

1. Акушерлік-гинекологиялық бейіндегі барлық медициналық ұйымдар тоқсан сайын өзін-өзі бағалауды жүргізеді.
2. Есептіліктің тиісті нысандары тоқсан сайын толтырылғаннан кейін деректерді жинауға жауапты тұлға деректерді жинақтау және талдау үшін тиімді перинаталдық көмек жөніндегі облыстық үйлестірушіге (бұдан әрі - ЭҰП Өңірлік үйлестірушісі) қосымшалар жібереді.
3. ЭПП өңірлік үйлестірушісін ана мен баланы қорғау саласындағы тиімді технологияларды енгізуді үйлестірудің республикалық орталығымен келісілгеннен кейін денсаулық сақтау жүйесінің уәкілетті органы тағайындайды.
4. ЭПП Өңірлік үйлестірушісі ана мен баланы қорғау саласындағы тиімді технологияларды енгізуді үйлестірудің республикалық орталығына өңір бойынша жиынтық пен талдау жібереді.
5. Ана мен баланы қорғау саласындағы тиімді технологияларды енгізуді үйлестірудің республикалық орталығы (бұдан әрі-ОО):
 - 1) процестің мониторингінде техникалық және әдістемелік көмек көрсету үшін өңірлік үйлестірушілермен өзара іс-қимыл жасайды;

2) өңірлік үйлестірушіден ақпарат жинауды жүргізеді және Қазақстан Республикасы бойынша түпкілікті жиынтық талдауды қамтамасыз етеді;

3) қорытындылар мен ұсынымдарды жинақтайтын тоқсан сайынғы жиынтық есепті ресімдейді және ақпаратты Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне және жергілікті мемлекеттік басқару органдарына және басқаларға ұсынады.

5. Сыртқы бағалау индикаторларын қолдану

1. РО тоқсан сайынғы есептердің қорытындысы бойынша жартыжылдықта 1 рет сыртқы бағалау жүргізеді.
2. Медициналық ұйымдар денсаулық сақтау министрлігімен және денсаулық сақтау жүйесіндегі уәкілетті органмен жалпы келісілгеннен кейін сыртқы бағалауға жатады.
3. Келісілгеннен кейін сыртқы бағалау жүргізілетін медициналық ұйымдарға бағалау жүргізілетін күн туралы ақпарат жіберіледі.
4. Сыртқы бағалау кезінде ОО барлық бағыттағы мамандарды (Акушерлік және педиатрия /неонатология) қамтуы тиіс бағалау тобын тағайындайды.
5. Бағалау тобы тиімді перинаталдық көмек (бұдан әрі - ЭҮП) және балалар жасындағы ауруларды интеграцияланған басқару (бұдан әрі - ИВБДВ) бойынша өңіраралық үйлестірушілерден, сондай-ақ халықаралық сарапшыларды тарта отырып, тұруы мүмкін.
6. Сыртқы бағалау медициналық ұйымның барлық құрылымдық бөлімшелерін қамтиды. Жиналған ақпарат негізгі бөліктердің әрқайсысында көмек сапасына негізделген бағалау жүргізу үшін жеткілікті деп есептелген кезде бағалау аяқталды деп саналады.
7. Сыртқы бағалауды жүргізу қорытындылары медициналық ұйымның қызметкерлерімен талқыланады. Мақсаты: қызметкерлерді қорытындыларды талқылауға және шаралар қабылдауға тарту. Әрбір медициналық ұйымға сыртқы бағалаудан кейін берілген ұпайлары бар толық есеп және ақаулар мен олқылықтарды жою үшін негіздеме беріледі.
8. РО сыртқы бағалауды жүргізу қорытындысы бойынша Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігіне, өңірдің денсаулық сақтау жүйесінің уәкілетті органына және т.б. белгіленген мерзімде ақпарат беріледі.

**Алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдары үшін антенаталдық
көмектің сапасын сыртқы бағалау индикаторлары
(ҚР үшін бейімделген)**

Медициналық ұйым _____

Күні: _____

Бағалау клиникалық тәжірибені бақылау, тарих пен медициналық жазбаларды іріктеп бағалау, медициналық персоналмен және аналармен сұхбат арқылы жүзеге асырылады. РО тәуелсіз кеңесшісі бағалайды. Өлшеу жиілігі: жарты жылда 1 рет.

Бағалау:

0-мүлдем енгізілмейді

1 - айтарлықтай жақсарту қажет /

2-кейбір жақсартулар қажет

3-кеңінен енгізілді

№ п/п	БАҒАЛАУ БӨЛІМІ	0/1/2/3
1. Негізгі инфрақұрылым және ұйымдастыру		
1.	Шолукезеңділігі және статистикалық деректерді бағалау (перинаталдық сырқаттанушылық пен өлім-жітімді талдау, ана өлімін талдау)	
2.	Медициналық жазбалар күні, диагноздары мен ұсыныстары нақты көрсетілген	
3.	Перинаталдық (айырбастау) карталар аналардың қолында	
4.	Аналармен жаңа туған нәрестелерге шұғыл көмек көрсетуге арналған дәрі дәрмектердің барлық тізімі бар	
5.	Тиімділігі дәлелденбеген дәрі дәрмектерді тағайындаудан бас тарту	
6.	Ана мен баланың күтімін қамтамасыз етуге арналған базалық жабдықтың болуы	
7.	Зертханалық зерттеулердің тиісті көлемі	
8.	Мекеме пациенттердің барлық деңгейлері үшін қол жетімді ме (лифт, мүгедектер арбасына арналған пандустар)	
9.	Тұрақты ағынды су бар	
10.	Мекемеде қосымша жылу көздері (жылытқыштар, сәулелі жылу көздері) бар	
11.	Дәретханалардың жеткілікті саны және олардың жағдайы бар ма	
12.	Акушерлік және неонатология бойынша заманауи нұсқаулықтарға еркін қол жеткізу	
13.	Жергілікті хаттамалар үнемі қайта қаралып жаңартылып отырады	
14.	Ішкі аудит жүргізу	

15.	Жоғарыдеңгейдегі медициналық мекемелерге проблемалар туындаған кезде жүкті және босанған әйелдерді, жаңа туған нәрестелерді жіберу /ауыстыру жөніндегі хаттамалар	
16.	Жекеөмірге қол сұғылмаушылық қағидаты және құпиялылықты сақтау (медициналық тексеруге арналған орын, медициналық құжаттаманы сақтау)	
17.	Әйелдердізерттеу нәтижелері, емдеу, ықтимал асқынулар мен пайда туралы хабардар ету қағидаттарын сақтау. Дәрі-дәрмектерді дұрыс қабылдау	
2. Пренаталды алғашқы сапар		
18.	Әйелдердіңкөпшілігі 12 аптаға дейін жүгінеді	
19.	Тәуекелфакторларын бағалау	
20.	Жаманәдеттер мен тұрмыстық зорлық-зомбылыққа, психикалық ауруларға Скрининг	
21.	Хаттамағасәйкес тексеру	
22.	Профилактикалықпрепараттарды тағайындау (фолий қышқылы, темір препараттары және басқалар)	
23.	Зәрдіңбактериологиялық культурасы	
24.	Әйелгежүктіліктің асқынуының қауіпті белгілері мен белгілері туралы хабарлау (айырбастау картасында жазбаша ақпарат беру)	
Бақылау		
25.	Қанқысымын өлшеу (картаға жазу)	
26.	Жатыртүбінің биіктігін өлшеу (VDM), гравидограмманы толтыру және талдау және сызу (24 аптадан бастап)	
27.	Ұрықтыңжүрек соғуының аускультациясы	
28.	Хаттамағасәйкес тексеру	
29.	Скринингжүргізу үшін 18-20 аптада ультрадыбысты күнделікті жүргізу (барлық деректер жүкті әйелдің перинаталдық картасына енгізіледі)	
30.	Жүктіліктің36 аптасынан кейін ұрықтың орнын анықтау	
31.	Пренаталдыөмір салты, тамақтану, жүктілік кезіндегі ыңғайсыздық туралы кеңес беру	
32.	Босанужоспарын әзірлеу	
3. Аналарда босанғанға дейінгі және босанғаннан кейінгі ерекше асқынуларды басқару		
33.	Критерийлербойынша диагноз қойылады және жүктілік кезінде гипертензиялық жағдайлар дұрыс жүргізіледі	
34.	Анемияны скрининг және емдеу	
35.	Босанғанғадейінгі және босанғаннан кейінгі қан кетуді бағалау және басқару	
36.	Мерзіміненбұрын босану қаупін дұрыс басқару. Түсік түсіру қаупі	

	жоғары әйелдер екінші триместрде жоғары деңгейдегі Кеңеске жіберіледі	
37.	Резус-теріс қаны бар жүкті әйелдерді басқару	
38.	41 аптадан астам жүктілік	
39.	Ерекше инфекциялық жағдайларды жүргізу (АИТВ, мерез, гонорея және басқаларына тексеру)	
40.	Пиелонефритті бағалау және басқару	
41.	Босанғаннан кейінгі кезеңде ананы тексеру және күту	
42.	Жатыр ішілік инфекция жағдайында жылдам бағалау және аудару	
5. Инфекциялық бақылау		
43.	Қолды дұрыс жуу техникасы	
44.	Әр қол жуғышта қол жуу техникасы бойынша плакаттар	
45.	Сұйық сабын	
46.	Бір рет қолданылатын Сүлгілер	
47.	Қолғапты пайдалану	
48.	Өткір заттарды жою	
49.	Қалдықтарды қауіпсіз жою ережесі, ластанған жабдықты тазарту (дезеркуралдарды дайындау)	
50.	50 зарарсыздандыру және зарарсыздандыру алдындағы өңдеу	
6. Жүкті әйелдерге арналған курстар		
51.	Жүкті әйелдерге арналған курстарды өткізу үшін арнайы бөлінген және оқытылған қызметкерлер	
52.	Сабақ өткізуге арналған арнайы үй-жай, жұмыс кестесі.	
53.	Перинаталдық білім берудің әртүрлі аспектілері бойынша ақпарат (4 сабақ).	
54.	Күйеулердің/серіктестердің қатысуы ынталандырылады	
7. Жаңа туған нәрестеге дұрыс күтім жасау		
55.	Жаңа туған нәрестенің анамнезін Жинау (баланың жасы, шұғыл немесе мерзімінен бұрын босану, жүктілік және босану тарихы)	
56.	Баланы барабар объективті тексеру (терінің, тыныс алудың, бұлшықет тонусының жағдайын бағалау, ақаулар мен даму ақаулары және т. б.)	
57.	Шалатуылған балалары бар аналардың "Кенгуру" әдісі туралы хабардар болуы	
58.	Баланы В және БЦЖ гепатитіне қарсы вакцинациялау	
59.	Аналарға арналған жадынамалар (жаңа туған нәрестенің қауіпті белгілері үшін көмекке жүгіну қажет болғанда)	
60.	Емшек сүтімен емізу тиімділігін бағалау (нәрестені қаншалықты жиі тамақтандыру, қиындықтар, қосымша тамақтану)	
61.	Анағалакция бойынша кеңес беру (күндіз-түні тамақтандыру, қосымша тамақ бермеу, уақтылы ауруханаға жатқызу егер бала емізе	

	алмаса)	
62.	Ананыңсүт бездерін тексеру (егер ауырсыну туралы шағымдар болса)	
8. Жаңа туған нәрестеде ауыр аурулар мен жергілікті бактериялық инфекциялар болған жағдайда жағдайды бағалау		
63.	Баланыңобъективті жағдайын бағалаудың дұрыстығы (өздігінен сору; құрысулар болды ма; температураны өлшеу; тыныс алу бұзылыстары белгілерінің болуы; кіндік пен теріні тексеру; баланың қозғалыс белсенділігін тексеру және бағалау)	
64.	Қауіптібелгілердің бірін анықтаған кезде тиісті әрекеттер (антибиотиктерді тағайындау, гипогликемияның, гипотермияның алдын алу). Стационарға шұғыл ауыстыру	
65.	Сусызданубелгілерінің бар жоғын тексеру және диарея кезінде сусыздану дәрежесін бағалау	
66.	Регидратациялықтерапияны тағайындау, стационарға ауыстыру	
67.	Сарғаюкезіндегі жас, қан тобы және ата-аналардың Rh факторы, алдыңғы балаларда сарғаю болған ба	
68.	Сарғаюдынауырлығын бағалау	
69.	Мамандарғажолдаудың көрсетілген жолдары бар жаңа туған нәрестелерге көмекті аймақтандыру бойынша хаттамалардың, жоғары деңгейдегі стационарлардың болуы. Әр түрлі деңгейдегі мекемелерде емделуге арналған жағдайлардың жазбаша тізімі	
70.	Құжаттаманыресімдеу және арнайы көлік	
	Максималды мәні: барлығы 24	

1-қосымшаға 2-қосымша

Алғашқы медициналық-санитарлық көмекті ұйымдастырудың өзін-өзі бағалауы үшін
антенаталды/босанғаннан кейінгі көмек сапасын ішкі бағалау индикаторлары
(ҚР үшін бейімделген)
(тоқсан сайынғы есеп нысаны)

№	Индикатор	Өлшеу жиілігі	Қажетті көрсеткіш	Нақты көрсеткіш	Есептеу/бағалау әдісі
1.	ҚР ДСМ ұсынған стандартты медициналық құжаттаманы пайдалану	Тоқсанына 1 рет	100%		Қаралған 100 медициналық картаның стандартына сәйкес келетін карталар саны (111, 113-Нысандар)
2.	Жүкті әйелдерді ерте есепке алу	Тоқсанына 1 рет	> 80%		(12 аптаға дейін есепке алынған жүкті әйелдердің саны) / (есепке алынған жүкті әйелдердің жалпы саны) * 100%
3.	Асимптоматикалық бактериурияға Скрининг	Тоқсанына 1 рет	100%		(12-16 аптада скринингтен өткен жүкті әйелдердің саны) / (есепке алынған жалпы саны) * 100%
4.	Гравидограмманы жүргізу	Тоқсанына 1 рет	100%		(Нақты уақыт режимінде дұрыс толтырылған гравидограммалар саны) / (есепке алынған жүкті әйелдердің жалпы саны) * 100%
5.	Босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерді ауруханаға жатқызу (42 тәулікке дейін)	Тоқсанына 1 рет	< 0,5%		(Босанғаннан кейін 42 күн ішінде кез келген себеппен ауруханаға жатқызылған әйелдер саны) / (босанғандардың Жалпы саны) * 100%
6.	Жаңа туған нәрестелерді вакцинациялау	Тоқсанына 1 рет	>95%		(Акушерлік стационардағы күнтізбеге сәйкес вакцинацияланған балалардың саны) / (есепке алынған жаңа туған нәрестелердің Жалпы саны) * 100%
7.	Тек емшек сүтімен емізу (IGV)	Тоқсанына 1 рет	>95%		(ИГВ-дағы жаңа туған нәрестелер саны) / (есепке

8.	Жүкті әйелдегі гипертензия жағдайында алгоритмді сақтау	Тоқсанына 1 рет	100%	алынған жаңа туған нәрестелердің Жалпы саны) * 100% (Дұрыс диагноз қойылған және көмек көрсету алгоритмін толық сақтаған жағдайлардың саны / (гипертензиялық жағдайлардың жалпы саны) * 100%
9.	Жүктілік кезінде қан кету алгоритмін сақтау	Тоқсанына 1 рет	100%	(Дұрыс диагноз қойылған және көмек көрсету алгоритмін толық сақтаған жағдайлар саны / (қан кету жағдайларының жалпы саны) * 100%
10.	Амбулаториялық кезеңде антенаталды стероидты профилактиканы тағайындау	Тоқсанына 1 рет	100%	(Амбулаториялық кезеңде стероидтер мен токолиз алған 35 аптадан аз мерзімде амниотикалық сұйықтықтың мерзімінен бұрын пренаталды төгілуі бар жүкті әйелдердің саны / амбулаториялық деңгейге көмек сұраған 35 аптадан аз мерзімде пдпо бар жүкті әйелдердің жалпы саны) * 100%
11.	Акушерлік стационардан шыққаннан кейін өмірдің алғашқы 28 күнінде жаңа туған нәрестені шұғыл ауруханаға жатқызу	Тоқсанына 1 рет	<3%	(Туылғаннан кейін 28 күн ішінде кез келген себеппен шұғыл ауруханаға жатқызылған балалар саны/ есепте 28 күнге дейінгі балалардың жалпы саны) * 100%
12.	Үйге шығарылғаннан кейін сарғаюы бар жаңа туған нәрестелерді ауруханаға жатқызу жиілігі	Тоқсанына 1 рет	-	(Туылғаннан кейін 28 күн ішінде сарғаюға байланысты ауруханаға жатқызылған балалар саны/ есепте 28 күнге дейінгі балалардың жалпы саны) * 100%
13.	Акушерлік стационардан	Тоқсанына 1 рет	-	(Туылғаннан кейін 28 күн ішінде

шығарылғаннан
кейін ауруханаға
жатқызылған
өмірдің алғашқы 28
күніндегі Жаңа
туған
нәрестелердің өлімі

стационарда қайтыс
болған балалардың
саны/ туылғаннан
кейін 28 күн ішінде
акушерлік
стационардан
шыққаннан кейін
ауруханаға
жатқызылған
балалардың жалпы
саны) * 100%

- | | | | | |
|-----|---|------------------|---|------|
| 14. | Медициналық
ұйымда
инфекциялық
бақылау
бағдарламасының
болуы | Тоқсанына
рет | 1 | Ия |
| 15. | Клиникалық
хаттамалардың
болуы және
қолжетімділігі | Тоқсанына
рет | 1 | Ия |
| 16. | Аймақтандыру
қағидаттарын
сақтау | Тоқсанына
рет | 1 | >95% |

Мекемеде
инфекциялық
бақылау бойынша іс-
шаралар кешені
әзірленді және
қолданылады.
Клиникалық
хаттамалар
Денсаулық сақтау
мамандары үшін қол
жетімді және қол
жетімді.
(II-III деңгейдегі
медициналық
ұйымдарда босанған
жүкті әйелдердің
саны) / (II-III
деңгейдегі көмекке
мұқтаж жүкті
әйелдердің жалпы
саны) *100%

Әдебиет

1. Жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге амбулаториялық көмектің сапасын бағалау құралы. ДДҰ, 2013
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350490>
2. ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросы. Тиімді перинаталдық көмек бойынша оқу пакеті. Екінші басылым, 2015 ж
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/299168/EPC-manual-2nd-edition-2015-ru.pdf

Пайдаланылған әдебиеттер

1. Негізгі әдебиеттер

- 1.1. Оң жүктілік тәжірибесі үшін антенаталды күтім бойынша ДСҰ ұсыныстары, 2017 ж.;
- 1.2. Жыныстық тәрбие бойынша халықаралық техникалық басшылық / ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС Секретариаты, ЮНФПА, ЮНИСЕФ, БҰҰ Әйелдер, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы. 2018. Сілтеме: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000260770_rus;
- 1.3. Family Planning. A global handbook for providers. Updated 3rd ed. WHO, 2018. Ссылка: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf;jsessionid=9FCE120789E38CBD7180182E22F8E0E0?sequence>;
- 1.4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет көрсету сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясының 2020 жылғы 30 қазандағы № 119 қаулысымен бекітілген «Жүкті әйелдердегі тапшылық анемиясы» клиникалық хаттамасы;
- 1.5. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017 жылғы 27 желтоқсандағы № 36 Медициналық қызмет көрсету сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясымен бекітілген «Жүкті әйелдердегі артериялық гипертензия» клиникалық хаттамасы;
- 1.6. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет көрсету сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясының 2017 жылғы 18 тамыздағы № 26 қаулысымен бекітілген «Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі қант диабеті» клиникалық хаттамасы;
- 1.7. Репродуктивті медицина мамандарының пәнаралық қауымдастығының (MARS) «Алдын ала дайындық» клиникалық хаттамасы. 2.0 нұсқасы / [Авторлар тобы]. М.: Status Praesens журналының редакциясы, 2020. - 128 б.;
- 1.8. Antenatal care NICE guideline [NG201] Published: 19 August 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>;
- 1.9. Antenatal care for uncomplicated pregnancies Clinical guideline [CG62] Published: 26 March 2008 Last updated: 04 February 2019 <https://www.nice.org.uk/guidance/CG62>;
- 1.10. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Presentation, 2022 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/who-postnatal-guidelines-presentation.pptx?sfvrsn=d5469c5f_7;
- 1.11. Maternal and fetal assessment update: imaging ultrasound before 24 weeks of pregnancy, WHO 2022 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1415100/retrieve>;
- 1.12. ҚР Денсаулық сақтау министрлігі бекіткен «Ұрықтың жеткіліксіз өсуі (құрсақішілік өсудің шектелуі)» клиникалық хаттамасы, 2014 ж.;
- 1.13. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет көрсету сапасы жөніндегі бірлескен комиссиясының 2017 жылғы 27 желтоқсандағы №36 хаттамасымен «Мерзімінен кейінгі жүктілік» диагностикалық және емдеу хаттамасы бекітілді;
- 1.14. NICE hypertension in pregnancy 2010 Available at: <http://guidance.nice.org.uk/CG107/Guidance>.
- 1.15. The Management of Hypertension in Pregnancy – Clinical Practice Guideline – Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College College Physicians of Ireland and the Clinical Strategy and Programmes Division, Health Service Executive Version, May 2016.
- 1.16. ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. 2013 <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2013/06/13/eurheartj.eht151.full>.
- 1.17. NICE «Hypertension in pregnancy: diagnosis and management» 2019. URL: <https://www.nice.org.uk/>
- 1.18. World Health Organization (2016) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva, World Health Organization, Switzerland.
- 1.19. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2013 жылғы 12 желтоқсандағы «Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдегі зәр шығару жолдарының инфекциялары» диагностикасы мен емдеу хаттамасы, № 23 хаттама;

1.20. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Денсаулық сақтауды дамыту жөніндегі сарапшылық комиссиясының 2014 жылғы 4 шілдедегі қаулысымен бекітілген «Ана мен ұрық қанының изосерологиялық сәйкессіздігі» клиникалық хаттамасы, № 10 хаттама;

1.21. Medical management of abortion, World Health Organization 2022

1.22. NICE Guideline. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period, 2015

1.23. Протокол диагностики и лечения МЗ РК «Сахарный диабет при беременности, родах и послеродовом периоде» одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗ РК от «18» августа 2017 года. Протокол № 26.

1.24. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration, 3rd ed; 2018.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260156>

1.25. Медицинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции, Всемирная организация здравоохранения, 2015,
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/348116/MEC-merged.pdf

1.26. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения». <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360#z2260>

1.27. Әйелдер мен жаңа туған нәрестелерге жүктілік кезінде және босанғаннан кейінгі кезеңде амбулаториялық көмек көрсету сапасын бағалау құралы. ДДҰ, 2013 ж.

2. Қосымша әдебиеттер

2.1. Bellizzi S. et al. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries // Contraception. 2020;

2.2. Hanson M.A. et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: «Think Nutrition First» // Int. J. Gynaecol. Obstet. 2015;

2.3. ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросы. Тиімді перинаталдық күтім бойынша білім беру пакеті. Екінші басылым, 2015 ж

2.4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 745 Summary: Mode of Term Singleton Breech Delivery. Obstetrics & Gynecology, 2018

2.5. American College of Obstetricians and Gynecologists; Task force on hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31

2.6. WHO recommendations for Prevention and treatment of preeclampsia and eclampsia, 2014.

2.7. American College of Obstetricians and Gynecologist. Hypertension in pregnancy. VOL 122, NO.5 November 2013.

2.8. American College of Obstetricians and Gynecologists Task force on hypertension in pregnancy. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol 2013 Nov;122(5):1122-31.

2.9. Haddad L, Hawkes C, Udomkesmalee E et al (2016) Global Nutrition Report 2016: From Promise to Impact: Ending Mal-nutrition by 2030. International Food Policy Research Institute, Washington.

2.10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No.192: Management of Alloimmunization during Pregnancy. 2018;

2.11. Antenatal Care. Routine care for the Healthy Pregnant Woman. NICE&NCCWCH, RCOG, 2018

3. Интернет ресурстары

3.1. Контрацепция әдістері бойынша оқу және әдістемелік нұсқаулықтар, Еуропалық контрацепция және ұрпақты болу денсаулық қоғамы https://escrh.eu/education/training-improvement-programme/kontrateseptivnym_metodam/;

3.2. ДДҰ оқу нұсқаулығын <http://www.fptraining.org> толықтыру үшін кеңейтілген слайдтар жинағы;

3.3. ДДҰ Еуропалық аймақтық бюросы. Тиімді перинаталдық күтім бойынша білім беру пакеті. Екінші басылым, 2015

https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/299168/EPC-manual-2nd-edition-2015-ru.pdf