

**Қарағанды Мемлекеттік Медицина
Университеті**

**Акушерлік және гинекология
кафедрасы**

**Тақырыбы: «Фетоплаценталық
жүйенің физиологиясы мен
патологиясы»**



Қарағанды 2014ж

Мақсаты:

студенттерге фетоплаценталық жүйеге әсер ететін фактоларды, ФПЖ қызметін, құрсақішілік ұрық жағдайын диагностикалау әдістерін оқыту.

ПЛАЦЕНТАНЫҢ ҚЫЗМЕТІ:

- Плацента эмбриогенез үрдісінде, ұрықтың құрсақішілік өсуі мен дамуы кезінде құрылып, босанудың соңына қарай өз қызметін тоқтатады.

Плацента даму барысында мынадай кезеңдерге бөлінеді:

- **Имплантация алды** - ұрықтанғаннан кейінгі алғашқы 5-6 күн (жатырдың спираль тәрізді артериясының жуандауы, бластоцисттердің эндометриймен қосылуы).
- **Имплантация** - ұрықтанғаннан кейінгі келесі 7-9 күндері (бластоцисттердің нидациясы, трофобласттардың пролиферациясы, цитосинцитиотрофобласттардың түзілуі).

Плацентаның түзілуі - жүктіліктің І-ші триместрінің соңында аяқталады (16 - апта)

- Онда мынадай өзгерістер жүреді:
- а) біріншілік, екіншілік, үшіншілік бүртікшелердің түзілуі;
- ә) плацентадан ұрыққа қарай тамырлардың түзілуі;
- б) жатыр-плацента қан жүрісінің түзілуі

II-триместрде (16-32 апталар) ұрықтың фетализациясы байқалады, әрі қарай өсу мен ұрықтың қан айналу дифференциациясы жүреді.

- Ұрық қаны плацентаға 2 артериямен келеді, олар бүртікшенің капиллярлы жүйесімен аяқталады. Қанның капиллярлардан кері ағуы кіндік венасы арқылы жүреді. Жатырдың спираль тәрізді артериясынан ана қаны бүртікше аралық жазықтыққа түседі, онда ана мен ұрық арасындағы зат алмасу жүреді. Бұл алмасуға ұрық маңындағы су да қатысады, жүктілік ағымында оның мөлшері жоғарылап, соңына қарай 1000 мл (500-1500) жетеді, ұрық маңы суы ұрықтың белсенді қозғалуы, ұдайы бірқалыпты температураны ұстап тұруы үшін қажет және бактерицидтік әсері бар

Плацентаны құрайтын элементтер:

- **Котиледон** (бүртікше) - бір-бірінен толық емес бөгеттер арқылы бөлінеді. Олардың негіздерін цитотрофобласттармен жабылған децидуалді торшалар құрайды.
- **Плацента** (2 мембранамен шектелген - хориалды және базалды)
- **Бүртікшеаралық жазықтық** - жатырдың спираль тәрізді артериясынан келіп түсетін қанға толы

Плацентаны құрайтын элементтер 2

Бүртiкшеаралық жазықтық, ана мен ұрық тамырларындағы артериялық қысымның, амниотиялық сұйықтықтың, жатырдың жиырылу қызметiнiң әсерлерiмен өзгерiске ұшырайды. Плацентаның сыртқы пішiнi дөңгелек, толық, жұмсақ тандырнанға ұқсайды. Жүктіліктің соңына қарай плацента диаметрі 15-18 см, жуандығы 2-3 см, салмағы 500-600 гр. құрайды. Плацентаның 2 беткейі бар: аналық және ұрықтық, ол тегіс, жылтыраған су қабықшасы бар, оның астынан тамырлар өтеді.

ПЛАЦЕНТАЛЫҚ ҚАН АЙНАЛЫМ

- Қоректену
- Газалмасу
- Метоболизм қалдықтарының бөлінуі
- Гормоналды және иммунды статустардың құрылуы
- Антигенді қасиеті

ПЛАЦЕНТАЛЫҚ ҚАН АЙНАЛЫМ 2

Ана-ұрық жүйесінің гормоналды кешенін құруда, плацента ішкі секрет бездерінің ролін ойнап, гормондарды синтездейді, ұрықпен бірге, ол бүтін эндокринді жүйені құрайды. Плаценталы гормондар синцитио- және цитотрофобластарда, сондай-ақ децидуалды тіндерде синтезделеді.

Жүктіліктің даму барысында гормондардың белоктық табиғаты жүргізуші орынды алады:

Плаценталы лактоген - оның биологиялық ролі, көмірсу мен май алмасуларын реттеу және ұрық организміндегі белок синтезін күшейтумен қорытындалады.

Хориондық гонадотропин - жүктіліктің ерте мерзімінде, аналық бездің сары денесінде стероидогенезді синтездейді, ал екінші жартысында - плацентадағы эстрогенді синтездеп, андрогендерге иіс беруге қатысады, ана қанына тасымалдайды.

Жүктіліктің даму барысында гормондардың белоктық табиғаты жүргізуші орынды алады (2):

- **Пролактин** - ана мен ұрық гипофиздерімен бірге плацентада өндіріледі, өкпе сурфактанын өндіруде жүргізуші орынды алады.
- **Прогестерон** - синцитиотрофобласта ана қанының холестеринінен синтезделеді. Ана организмінде тез арада метоболизденіп, несеп арқылы прегнандиол түрінде шығарылады.
- **Эстрогендер** - синцитиотрофобласта өндіріледі. Жатырдың өсуі мен алмасу үрдістеріне қатысады, эндомиометрдің гиперплазиясы мен гипертрофиясын шақырады, босану актісінің дамуына белсенді қатысады.

Жүктіліктің даму барысында гормондардың белоктық табиғаты жүргізуші орынды алады (3):

- **Кортизол** - жүктілік үрдісінде оның концентрациясы жоғарылайды, әсіресе босану кезінде 5 есеге дейін өседі. Сонымен қатар, плацентаның гормон өндіруші қызметі, ана мен ұрық организмдері арасындағы қарым-қатынасты анықтайды.

ФЕТОПЛАЦЕНТАЛЫҚ ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ МЕН ПАТОГЕНЕЗІ:

- **Плаценталық жеткіліксіздік (ПЖ)** - ана организмнің патологиялық жағдайын көрсететін клиникалық синдром. Бұл жағдайда, плацентаның ана мен ұрық арасындағы адекватты алмасуды ұстап тұратын қабілеті төмендейді. Плацентаның барлық қызметі бұзылады.

Плаценталық жеткіліксіздік (ПЖ) бөлінеді:

- **біріншілік ПЖ** - жүктіліктің 16 аптасына дейін пайда болады. Плацентаның анатомиялық құрылымдары мен бекітілуінің бұзылуымен, тамырлану ақауы және хорионның пісіп жетілуінің бұзылуымен көрінеді.

Плаценталық жеткіліксіздік (ПЖ) бөлінеді (2):

- **Жедел ПЖ** - ұрықтың жедел гипоксиясына немесе оның өлуіне және жүктіліктің үзілуіне алып келетін, плацентаның тыныс алу қызметінің бұзылуы түрінде көрінеді.
- **Созылмалы ПЖ** - имплантация кезеңінде, генетикалық, эндокринді, жұқпалы, яғни ата-анасының гаметаларына әсер ететін, зигота, бластоцист, плацента және әйелдің жыныс аппаратына бүтіндей әсер ететін факторлардың әсерлерімен плацентация жүреді.

Екіншілік ПЖ - жүктіліктің II-ші жартысында дамиды:

- а) **жедел** - плацентаның мерзімінен алдын сыдырылуы, плацентаның төмен орналасуы кезіндегі қан кетулер;
- ә) **созылмалы** - гестоздар, қант диабеті, экстрагениталды аурулар.

ЖЕДЕЛ ПЛАЦЕНТАЛЫҚ ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТІҢ КЛИНИКАСЫ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ

- **Клиникалық көрінісі** плацентаның орналасуына (қалыпты, төмен), плацентаның ажырау көлеміне және қосымша ауруларға байланысты болады. Ең айқын клиникалық көрініс қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын ажырауында көрінеді.

ЖЕДЕЛ ПЛАЦЕНТАЛЫҚ ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТІҢ КЛИНИКАСЫ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ

- Ауру жедел, плацента ажырау орнының аурысынуымен сипатталады. Қынаптан қанды бөліністердің болуы мүмкін. Осыған қоса әйелде құсу, лоқсу, бас айналу болуы мүмкін. Жалпы жағдайы тез нашарлайды, тері жамылғысы бозғылттанады, АҚҚ төмен, пульс жиілеген, жатыр тонусы жоғары, ретроплацентарлы гематома орны үлкейген, ішті қоздыру симптомы оң мәнді.
- Клиникалық көріністің ауырлығы қосымша аурудың салдарынан болған себептерге байланысты (кеш гестоз, гипертониялық ауру, пиелонефрит, қант диабеті) болады.

СОЗЫЛМАЛЫ ПЛАЦЕНТАЛЫҚ ЖЕТКІЛІКСІЗДІКТІҢ КЛИНИКАСЫ МЕН ДИАГНОСТИКАСЫ

- Созылмалы ФПЖ негізгі клиникалық көрінісі ұрықтың ҚҰДК (гипотрофия) және созылмалы ұрық гипоксиясы, кейбір авторлар жүктілікті көтере алмаушылық, оның үзілуі және антенаталды өлімді осыған жатқызады. ҚҰДК газ алмасу бұзылуымен жүрмейді, өздігімен созылмалы гипоксиямен өтеді.

Құрсақішілік ұрықтың дамуының кідіруі

- симметриялы
- асимметриялы
- аралас формасын ажыратады

Клиникасы:

- Клиникалық көрінісі онша анық емес. Оған жатады: ұрықтың жүрек қағысы өзгерістері (тондарының әлсіреуі, тахикардия, брадикардия) және қимыл әрекеті төмендеген (жоғарылаған, төмендеген), және қағанақ суы мекониямен боялған. ФПЖ жүктіліктің барлық мерзімінде дамуы мүмкін, ал ұрыққа әсерінің асқынуы жүктіліктің үшінші жартысында байқалады.

Диагностикасы:

- сыртқы акушерлік зерттеулер,
- гравидограмма,
- ультрадыбысты фетометриямен анықталады. Сыртқы акушерлік тексеруде жатыр денесінің ұзындығы мен іш көлемін анықтайды. Гравидограммада сызық төмендеген 10 процентивадан төмен. УДЗ фетометрия көрсеткіштері (ұрық басының бипариталды өлшемі, диаметрі, іш көлемі, жамбас ұзындығы т.б.) анықталады.

Емі:

- Терапияны негізгі ауруды емдеуден бастау керек.
- Негізгі ем төсектік режим,
- белокты тағамдар
- витаминдер диетасын беру қажет.

Емі:

- Терапияның негізгі звеносы - жатырлық-плаценталық қан айналымды күшейту, яғни жатыр бұлшықеттерін әлсірету, тамырларды кеңейту, қанның реологиялық және коагуляциялық қабілетін күшейту.

Емі:

- **Эуфиллин** спазмолитикалық, тамыр кеңейткіштік әсер етеді. Ол плацента, бүйрек, жүрекке оң әсер етеді. Эуфиллин көктамырға 5-10 мл 2,4 % ерітінді енгізеді.
- **Компламин** теофиллині және никотин қышқылын қайталайды, 2 мл 15 % бұлшықетке тәулігіне 1-2 рет енгізеді. Эуфиллин мен компламин ішке 0,15-0,3 г тамақтан кейін тәулігіне 3 рет береді.
- **Никотин қышқыл** құрамды никошпан спазмолитикалық және антиагрегантты әсер етеді, ішке 0,1 г күніне 3 рет береді.

Емі:

- Сондай-ақ ФПЖ емінде метоболизмді және қышқыл-негіз үрдісін қалпына келтіру керек. Ұрық үшін негізгі энергия көзі **глюкоза**. Ол газ алмасуды жақсартады, плацента, ана мен ұрық ағзасындағы гликогенді көбейтеді. Глюкозаны ұзақ уақыт көк тамырға 5-10% ерітіндіні инсулинмен қоса енгізеді

Емі:

- Қалыпты босану ағымында айқын ФПЖ, босану стресі ұрық үшін ауыр неврологиялық асқынулар мен ұрықтың өліміне әкеледі. Сондықтан мұндай кезде кесар тілігімен босануды шешкен дұрыс. Табиғи жолмен босану тек ФПЖ компенсирленген сатысында және ҚҰДК I дәрежесінде болады.

- 
- 
- НАЗАРЛАРЫҢЫЗҒА
РАХМЕТ