ОӘД: 616.248.76.29.35

Кулбаева Л.А[1], Мусахова М.О[2], Сарманова Н.М[2] , Байжан Б.Е[1],Турсынбаева А.Ж.[1]
Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы[1]
Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті[2] , Шымкент қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ БРОНХИАЛДЫ АСТМА

Түйін: *Дүниежүзінде бронхиалды астма ауруы халық арасында 4 - 10% құрайды.Қазақстан республикасында бронхиалды астма 100000 халыққа шаққанда 56,3 құрайды. Бронхиалды астма (БА) — жүктілік кезінде тыныс алу жүйесінің ең көп таралған патологиясы және жүктілікті қиындататын ең көп таралған өкпе ауруы. Акушер-гинекологтар мен пульмонологтардың байқауларына сәйкес, жүкті әйелдердің 33-69%-да аурулардың қоздырылуы байқалады. Анадағы бақыланбайтын демікпе жүктіліктің әр түрлі асқынуларына, ұрықтың құрсақішілік дамуының кідіруіне, мерзімінен бұрын босануға әкеледі. Бұл асқынулар әдетте тұншығу ұстамалары аясында дамитын гипоксиямен немесе ауруды бақылау үшін қажетті дәрілік препараттардың әсерімен байланыстырады.*
Түйінді сөздер: *бронхтық демікпе, жүктілік, тыныс алу жүйесі, өкпе тіні, тұншығу, бронхит, пневмония.*

Актуальдігі. Жүктілерде тыныс алу жүиесінің ішінде ең жиі кездесетін бронхиалды астма ауруы. Соңғы жылдары БА-мен ауыратын науқастарды емдеудің тиімділігін едәуір дәрежеде арттыруға және олардың өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік беретін диагностиканың стандартты халықаралық критерийлері мен фармакотерапия әдістері әзірленді. Алайда, жүктілердегі БА-ның қазіргі заманғы фармакотерапия және мониторингі неғұрлым күрделі міндеттер болып табылады, өйткені мақсаты тек ананың денсаулығын сақтау ғана емес, сонымен қатар ауру асқынуларының және ұрыққа емдеудің жанама әсерлерінің жағымсыз әсерін болдырмау болып табылады.
Жүктілік БА ағымына әртүрлі әсер етеді. Ауру ағымының өзгеруі өте кең шектерде ауытқиды: жақсару – 18-69% әйелдерде, нашарлау – 22-44%, жүктілік ағымында әсердің болмауы 27-43% жағдай анықталды [7, 8]. Бұл бір жағынан, әртүрлі бағыттағы динамикамен, түрлі ауырлық дәрежесі бар науқастарда (жеңіл және орташа ауырлық дәрежесі кезінде БА ағымының нашарлауы 15-22% – да, жақсаруы 12-22% – да байқалады), екінші жағынан-жеткіліксіз диагностикамен және әрдайым дұрыс терапиямен түсіндіріледі. Іс жүзінде БА аурудың соңғы сатыларында ғана жиі диагностикаланады. Сонымен қатар, егер оның басы гестациялық кезеңмен сәйкес келсе, онда ауру танылмаған болып қалуы мүмкін, себебі бұл ретте байқалатындар жиі жүктілік салдарынан болатын өзгерістерге жатады.
Сонымен қатар, адекватты ем кезінде жүктілік пен босанудың қолайсыз нәтижесі сау әйелдерден жоғары болмайды [7, 10]. Осыған байланысты авторлардың көпшілігі БА-ны жүктілікке қарсы көрсеткіш ретінде қарастырмайды [13], ал оның ағымын бақылауды емдеудің заманауи принциптерін пайдалана отырып қамтамасыз етуді ұсынады [14].

Жүктілік кезінде БА кезіндегі респираторлық жүйенің өзгеруі

Жүктілік кезінде гормоналды және механикалық факторлардың әсерінен тыныс алу жүйесі елеулі өзгерістерге ұшырайды: тыныс алу механикасы қайта түзіледі ,желдету-перфузиялық қатынастар өзгереді. Жүктіліктің бірінші триместрінде гиперпрогестеронемия салдарынан гипервентиляция, қанның газ құрамының өзгеруі – $PaCO_2$ құрамының жоғарылауы мүмкін. Жүктіліктің кеш мерзімінде ентігу көп жағдайда жатыр көлемінің артуының салдары болып табылатын механикалық фактордың дамуымен байланысты. Бұл өзгерістер нәтижесінде сыртқы тыныс алу қызметінің бұзылуы қиындайды, өкпенің өмірлік сыйымдылығы, өкпенің жылдамдатылған өмірлік сыйымдылығы, 1-ші с (ЖФВ1) үшін жылдам дем шығару көлемі төмендейді [11].
БА ағымының нашарлауына төмен комплаенттілік ықпал етеді: көптеген пациенттер ингаляциялық глюкокортикостероидтарды (ИГКС) қабылдаудан бас тартуға тырысады, себебі олардың ықтимал жанама әсерінен қорқады. Мұндай жағдайларда дәрігер әйелге бақыланбайтын БА ұрыққа теріс әсер етуіне байланысты базистік қабынуға қарсы ем жүргізу қажеттілігін түсіндірген жөн. Демікпе симптомдары алғаш рет жүктілік кезінде ағзаның реактивті өзгеруінің және f2α (PGF2α) эндогенді простагландинге жоғары сезімталдықтың салдарынан пайда болуы мүмкін. Жүктілік кезінде алғаш пайда болған тұншығу ұстамалары босанғаннан кейін жоғалуы мүмкін, бірақ шынайы БА-ға өзгеруі мүмкін. Жүктілік кезінде БА ағымын жақсартуға ықпал ететін факторлар арасында бронходилатациялық қасиеттері бар прогестерон концентрациясының физиологиялық жоғарылауын атап өткен жөн. Ауру ағымына еркін кортизол, циклдық аминомонофосфат концентрациясының артуы, гистаминаза белсенділігінің жоғарылауы жағымды әсер етеді. Егер ананың қанында фетоплацентарлық пайда болатын глюкокортикоидтар көп мөлшерде түссе, бұл әсерлер жүктіліктің екінші жартысында БА ағымының жақсаруымен расталады [7].

Жүктіліктің ағымы және БА бар әйелдердің ұрығының дамуы

БА-ның жүктілік кезінде әсерін зерттеу және БА зардап шегетін емделушілерде дені сау ұрпақ туу мүмкіндігі өзекті мәселелер болып табылады. Демікпесі бар жүкті әйелдердің ерте токсикоздың (37%), гестоздың (43%), жүктіліктің үзілуі (26%), мерзімінен бұрын босану (19%), фетоплаценалық жеткіліксіздік (29%) қаупі жоғары. Акушерлік асқынулар, әдетте, аурудың ауыр ағымында кездеседі. БА-ға барабар дәрі-дәрмектік бақылау жүргізудің маңызы зор. Аурудың барабар емінің болмауы тыныс алу жетіспеушілігінің, ана ағзасының артериялық гипоксемиясының, плацента тамырларының констрикциясының дамуына әкеледі, соның нәтижесінде ұрықта гипоксия қалыптасады. Фетоплаценалық жеткіліксіздіктің жоғары жиілігі, сондай-ақ көтерілмеуі жатыр-плацентарлық кешен тамырларының айналмалы иммундық кешендермен зақымдануы, фибринолиз жүйесінің тежелуі жағдайында байқалады [1, 7].
БА зардап шегетін әйелдерде дене салмағы аз, неврологиялық бұзылулар, асфиксиялар, туа біткен кемістіктері бар балалардың туылу ықтималдығы жоғары[12]. Бұдан басқа, ұрықтың плацента арқылы ананың антигендерімен өзара іс-қимылы баланың аллергиялық реактивтілігінің қалыптасуына әсер етеді. Аллергиялық аурудың даму қаупі, оның ішінде БА, балада 45-58% құрайды [12]. Мұндай балалар респираторлық-вирустық аурулармен, бронхитпен, пневмониямен жиі зардап шегеді. БА бар жүкті әйелдерден 35% да балаларда төмен салмақ байқалады. Аз салмақпен

туылған балалардың ең үлкен пайызын, стероидқатәуелді демікпемен зардап шегетін әйелдер құрайды. Жаңа туған нәрестелердің төмен массасының себептері БА бақылауының жеткіліксіздігі болып табылады, бұл созылмалы гипоксияның дамуына, сондай-ақ жүйелі глюкокортикоидтарды ұзақ қабылдауға ықпал етеді.
БА зардап шеккен жүкті әйелдерді емдеу және жүргізу
GINA-2014 ережелеріне сәйкес, жүктілердегі БА-ны бақылаудың негізгі міндеттері болып табылады:
* ана мен ұрықтың жағдайын клиникалық бағалау;
* триггер факторларын жою және бақылау;
* жүктілік кезінде БА фармакотерапия;
* білім беру бағдарламалары;
* жүкті әйелдерді психологиялық қолдау.
БА симптомдарын бақылауға қол жеткізудің маңыздылығын ескере отырып, 18-20 апта кезеңінде пульмонологпен міндетті тексеру ұсынылады, гестация, 28-30 апта. туар алдында, тұрақсыз ағыс жағдайында-қажеттілігіне қарай. БА-мен жүкті әйелдерді жүргізген кезде қалыпты жағдайға жақын өкпе функциясын қолдауға ұмтылу керек. ыныс алу функциясының мониторингі ретінде пикфлоуметрия жүргізу ұсынылады.
Фетоплаценалық жеткіліксіздік дамуының жоғары қаупіне байланысты ұрықтың және аналық-плаценалық кешеннің жай-күйін ультрадыбыстық фетометрияны, жатыр тамырларының ультрадыбыстық допплерометриясын, плацентаны және кіндік тамырын қолдана отырып үнемі бағалау қажет. Терапияның тиімділігін арттыру мақсатында емделушілерге аллергендермен қарым-қатынасты шектеу бойынша шаралар қабылдау, темекі шегуден, оның ішінде пассивтен бас тарту, ЖРВИ-ның алдын алуға ұмтылу, шамадан тыс дене жүктемелерін болдырмау ұсынылады. Жүкті әйелдерде БА емдеудің маңызды бөлігі пациенттің дәрігермен тығыз байланысын түзеуге, өзінің ауруы туралы білім деңгейін арттыруға және оның жүктілік кезінде әсерін барынша азайтуға, науқасты өзін-өзі бақылау дағдыларына үйретуге мүмкіндік беретін оқыту бағдарламаларын құру болып табылады. Пациентті емдеу тиімділігін бақылау және аурудың асқынуының ерте симптомдарын тану мақсатында пикфлоуметрияны үйрету қажет. Орташа ауырлықтағы және ауыр ағымдағы БА науқастарына күн сайын таңғы және кешкі сағаттарда пикфлоуметрияны жүргізу, дем шығарудың ең жоғары көлемдік жылдамдығының тәуліктік ауытқуларын есептеу және алынған көрсеткіштерді пациенттің күнделігінде тіркеу ұсынылады.
"Бронх демікпесін диагностикалау және емдеу бойынша Федералдық клиникалық ұсынымдарға" сәйкес, белгілі бір ережелерді ұстану қажет (кесте 1) [10].

Таблица 1 - БА бақылау жөніндегі ереже

D*	БА бақылауы жүктілік кезінде ана үшін де, бала үшін де маңызды-ықтимал асқыну қаупі азаяды
C*	Мұқият бақылау орташа ауыр және ауыр БА-жақсы бақылауды сақтау үшін жүкті әйелді жүргізудің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады
*	Темекі шегетін әйелдер бұл әйелдің өзі үшін де, оның баласы үшін де қауіпті екенін білгені маңызды - темекі шегуден бас тартқан кезде көмек көрсету қажет
Ескерту -C, D- күш көрсеткіштері ұсынымдары(рейтинговая схема)*	

Таблица 2 - БА бар жүкті әйелдердік дәрілік емі

B*	Жүктілік кезінде қысқа әсерлі B2 агонисттерді немесе оларды ипратропия бромидпен комбинациялап қолдану
C*	*Әдеттегі көрсеткіштер бойынша ұзартылған B2 агонистерді пайдалану * Әдеттегі көрсеткіштер бойынша ИГКС тағайындау * әдеттегі көрсеткіштер бойынша оральді және көктамырішілік теофиллиндерді пайдалану
C*	БА белгілері бар болса, стероидты таблетка препараттарын әдеттегі көрсеткіштер бойынша пайдалану. Пероральді ГКС тер жүктілікке байланысты отмен жасалмауы тиіс
D*	Лейкотриеннің антагонистерін қабылдау жүкті әйелдерде жалғасуы мүмкін, олар осы препараттарда жүкті болғанға дейін ауруды бақылауды айтарлықтай жақсартуға қол жеткізді және басқа препараттарда қол жеткізе алмайды
Ескерту- B, C, D- күш көрсеткіштері ұсынымдары (рейтинговая схема)*	

Жүкті әйелдерде БА фармакотерапиясына қағидалық тәсілдері жүкті емес әйелдердегідей (кесте. 2).
Базистік терапия үшін жеңіл ағыс БА монтелукастты қолдануға болады, орташа ауыр және ауыр ағыс үшін ингаляциялық ГКС қолданған дұрыс. Бүгінгі күні бар ингаляциялық ГКС препараттарының арасында тек будесонид 2000 жылдың аяғында В санатына жатқызылған. Жүйелі ГКС қолдану қажет болған жағдайда (шеткі жағдайларда) жүкті әйелдерде триамцинон препараттарын, сондай-ақ ұзақ әсер ететін ГКС препараттарын (дексаметазон) тағайындауды ұсынбайды. Преднизолонды тағайындау дұрыс.

Бронхолитиктердің ингаляциялық формаларынан фенотеролды (В тобы) қолданған жөн. Акушериядағы β2-агонистер мерзімінен бұрын босанудың алдын алу үшін пайдаланылады, оларды бақылаусыз қолдану босану ұзақтығын ұзартуы мүмкін. ГКС препараттарының депо-формаларын тағайындау үзілді-кесілді алынып тасталды.
Жүкті әйелдерде БА асқынуы
Негізгі іс-шаралар (кесте. 3):
Жай-күйін бағалау: тексеру, дем шығару жылдамдығын өлшеу (ПСВ), оттегінің сатурациясы, ұрықтың жай-күйін бағалау.
Бастапқы терапия:

• β2-агонистер, фенотерол, сальбутамол-2,5 мг небулайзер арқылы әрбір 60-90 мин;
• 95% деңгейінде сатурацияны қолдауға арналған оттегі. Егер сатурация <90%, ОФВ1 <1 л немесе ПСВ <100 л/мин болса, онда:
• әр сағат сайын небулайзер арқылы селективті β2-агонистерді (фенотерол, сальбутамол) енгізуді жалғастыру.

Таблица 3 - Жүкті әйелдерде БА асқынған кездегі қажетті іс-шаралар

C*	жүйелі стероидтарды қоса алғанда, жүкті емес әйелдердегідей терапияны тағайындау
D*	* жүкті әйелдерде БА ауыр асқынуы шұғыл іс-шараларды талап етеді және стационарда емделуі тиіс * сатурацияны 94-98 % ұстау үшін оттегінің жоғары мөлшерін дереу тағайындау
*	* БА ауыр асқынған кезде ұрықтың жай-күйін бақылау ұсынылады * БА нашар бақылаудағы әйелдер үшін БА асқынуымен реанимациялық бөлімшеге ерте аудару үшін пульмонолог пен акушерге бірлескен кеңес беру қажет.
Ескерту- B, C, D- күш көрсеткіштері ұсынымдары(рейтинговая схема)*	

Әсер болмаған жағдайда:
• будесонид суспензия – 1000 мкг небулайзер арқылы;
• небулайзер арқылы ипратропия бромидті қосу– 10–15 тамшы, себебі В категориясына жатады.
Әсер ары қарай болмаған жағдайда:
преднизолон – 60–90 мг көк тамырға (бұл препараттың плацентадан өту коэффициенті ең төмен деңгейде).
Жүргізілген емнің тиімсіздігі және ұзартылған теофиллиндердің ауруы асқынғанға дейін емдеуде болмаған кезде:
• әдеттегі терапиялық дозаларда теофиллин енгізу;
• будесонидтің β2-агонисты және суспензиясын әр 1-2 сағат сайын енгізу керек
Терапияны таңдау кезінде Physicians Desk Reference белгілеген жүкті әйелдерге арналған дәрілік заттарды тағайындау қауіп-қатерінің санаттарын ескеру қажет:

• бронхолитиктер-в санатына жататын бромид, Фенотерол ипратропиясынан басқа, барлық С санаттары;
• ИГКС – барлық категориялары С, будесонидтен басқа;
• антилейкотриенді препараттар –В категориясы;
• кромондар – В категориясы.

Босану кезінде БА емдеу
БА бақыланатын ағымында және акушерлік асқынулар болмаған кезде жүкті әйелдерді босандыру жетіліп келе жатқан жүктілік мерзімінде жүргізіледі. Табиғи босану жолдары арқылы босандыру керек. Кесар қимасы тиісті акушерлік көрсеткіштерде орындалады. Босану кезінде әйел стандартты базистік ем қабылдауды жалғастыруы керек (кесте. 4). Босану қызметті ынталандыру қажет болған жағдайда окситоцинге артықшылық беру және бронхонстрикцияны ынталандыра алатын PGF2α қолданудан аулақ болу керек[7].
Емізулі аналарға емшекпен емізу және әдетте базистік астмаға қарсы терапияны қолдану ұсынылады (рейтингтік схема бойынша ұсынымдар күшінің көрсеткіші – С).

Жүктілік кезіндегі Вакцинопрофилактика[4]

Таблица 4 - Босандыру кезіндегі БА терапиясы

C*	* Егер анестезия жүкті әйелге көрсетілсе, онда аймақтық блокада жалпы наркоздан гөрі қолайлы
D*	* үлкен сақтықпен pgf2α қолданылады-шұғыл жағдайларда бронхоспазм тудыруы мүмкін
*	* әйелдерді келесі туралы хабардар ету - БА ұстамасы босану кезінде сирек дамиды - босану кезінде астмаға қарсы препараттарды қабылдауды жалғастыру қажет *босану алдында 2 апта бойы, преднизолонды 7,5 мг жоғары пероральді қабылдап жүрген әйелдер, әрбір 6-8 сағат сайын парентеральді енгізілетін 100 мг гидрокортизонға ауыстырылуы қажет. *асқыну болмаған жағдайда Кесар тілігі әдеттегі көрсеткіштерге сай өткізіледі.
Ескерту- B, C, D- күш көрсеткіштері ұсынымдары (рейтинговая схема)*	

Таблица 5 – Респираторлық инфекция қоздырғыштарына қарсы жүкті әйелдерді вакцинациялау

Грипп	Гестацияның кезкелген мерзімі(жүкті әйелдің денсаулығын және эпиджағдайды ескере отырып)
Гемофильді таяқша b типті	II-III триместрлер
Пневмококтық инфекция	II-III триместрлер

Жүктілікті жоспарлау кезінде қарсы вакцинация жүргізу қажет:
• қызамық, қызылша, эпидемиялық паротит;
• В гепатиті;
• дифтерия, сіреспе;

- полиомиелит;
- респираторлық инфекциялар қоздырғыштары;
- тұмау вирусы;
- пневмококка;
- В типті гемофильді таяқша

Жүктілік алдында вакциналарды енгізу мерзімдері:

Вирустық вакциналар:

- қызамық, қызылша, эпидемиялық паротит-3 айда, және одан да көп;
- полиомиелит, В гепатиті - 1 айда және одан да көп;
- тұмау (суббірлік және сплит-вакциналар) – 2-4 апта ішінде.

Анатоксиндер және бактериялық вакциналар:

- дифтерия, сіреспе - 1 айда және одан да көп;
- пневмококты және гемофильді инфекциялар-1 ай ішінде және одан да көп.

Жүктілік алдында вакцинациялау схемасы:

Вакцинацияның басталуы –ұрықтануға дейн 3 айдан кем емес

I кезең – қызамыққа, қызылшаға қарсы вакциналарды енгізу (3 айға).), эпидемиялық паротит, В гепатиті(1-ші доза), В типті гемофильді таяқша.

II кезең – полиомиелитке қарсы вакциналарды енгізу (2 айға, бір рет), В гепатиті (2-ші доза), пневмококка.

II кезең – дифтерияға, сіреспеге қарсы вакциналарды енгізу (1 айға).), В гепатиті(3-ші доза), тұмау (кесте. 5).

Вакциналардың үйлесімі әйелдің жағдайы мен маусымына байланысты өзгеруі мүмкін.

Жүктілікке дайындық кезінде пневмоккты, В типті гемофильді инфекцияға, балалары бар әйелдер үшін тұмауға қарсы вакцинация аса маңызды, өйткені олар респираторлық инфекциялардың таралуының басты көзі болып табылады.

БА мен жүктілік-өзара қарым-қатынастар, сондықтан БА асқынған жүктілікті жүргізу әйел мен ұрықтың жағдайын мұқият бақылауды талап етеді. БА бақылауына қол жеткізу сау баланың тууына ықпал ететін маңызды фактор болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1 Андреева О.С. Особенности течения и лечения бронхиальной астмы в период беременности: автореф. дис. … канд. мед. наук. - СПб.: 2006. - 21 с.

2 Братчик А.М., Зорин В.Н. Обструктивные заболевания легких и беременность.//Врачебное дело. - 1991. - № 12. - С. 10–13.

3 Вавилонская С.А. Оптимизация ведения бронхиальной астмы у беременных: автореф. дис. … канд. мед. наук. - М., 2005. - С.8-19

4 Иммунизация взрослых : руководство для врачей / под ред. М.П. Костинова. - М.: 2020. - С. 202.

5 Махмутходжаев А.Ш., Огородова Л.М., Тарасенко В.И., Евтушенко И.Д. Акушерская помощь беременным с бронхиальной астмой // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2001. - № 1. - С. 14–16.

6 Овчаренко С.И. Бронхиальная астма: диагностика и лечение // РМЖ. - 2002. - Т. 10. - № 17.

7 Перцева Т.А., Чурсинова Т.В. Беременность и бронхиальная астма: состояние проблемы // Здоровье Украины. - 2008. - № 3/1. - С. 24–25.

8 Фассахов Р.С. Лечение бронхиальной астмы у беременных // Аллергология. - 1998. - № 1. С. 32–36.

9 Черняк Б.А., Воржева И.И. Агонисты beta2-адренергических рецепторов в терапии бронхиальной астмы: вопросы эффективности и безопасности // Consilium Medicum, 2006. - Т. 8, № 10. - С. 66-72. [Chernyak B.A., Vorzheva I.I. Agonists of beta2-adrenergic receptors in the treatment of bronchial asthma: issues of efficacy and safety. Consilium Medicum, 2006, Vol. 8, no. 10, pp. 66-72. (In Russ.)]

10 Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению бронхиальной астмы // http://pulmonology.ru/publications/guide.php (обращение 20.01.2015).

11 Abou-Gamrah A., Refaat M. Bronchial Asthma and Pregnancy // Ain Shams Journal of Obstetrics and Gynecology. - 2005. - Vol. 2. - P. 171–193.

12 Alexander S., Dodds L., Armson B.A. Perinatal outcomes in women with asthma during pregnancy // Obstet. Gynecol. - 1998. - Vol. 92. - P. 435–440.

13 European Respiratory Monograph: Respiratory Diseases in women / Ed. by S. Bust, C.E. Mapp. 2003. Vol. 8 (Monograph 25). - P. 90–103.

14 Global Initiative for Asthma3. 2014. (GINA). http://www.ginasthma.org.

15 Masoli M., Fabian D., Holt S., Beasley R. Global Burden of Asthma. - 2003. - 20 p.

16 Rey E., Boulet L.P. Asthma and pregnancy // BMJ. 2007. - Vol. 334. - P. 582–585.

17 Чучалин А.Г. и др. Пульмонология. - 2007. - № 1. - С. 34.

18 *Справочник* по *пульмонологии* : справочное издание /; под *ред*.: *А. Г. Чучалина*, *М. М. Ильковича*. - *М.* : ГЭОТАР-Медиа, *2009*. – 927 с.

Кулбаева Л.А[1], Мусахова М.О[2], Сарманова Н.М[2], Байжан Б.Е[1], Турсынбаева А.Ж.[1]
Южно-Казахстанская Медицинская академия[1]
Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави[2]

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У БЕРЕМЕННЫХ

Резюме: *Болезнь бронхиальной астмы в мире составляет от 4 до 10% населения. Бронхиальная астма в Республике Казахстан составляет 56,3 на 100000 населения. Бронхиальная астма — БА) - самая распространенная патология дыхательной системы у беременных и наиболее распространенная болезнь легких, осложняющая беременность. Согласно наблюдениям акушеров-гинекологов и пульмонологов, в 33-69% беременных отмечается обострение заболевания. Неконтролируемая астма у матери приводит к различным осложнениям беременности, задержкам внутриутробного развития плода, преждевременным родам. Эти осложнения обычно связывают с гипоксией, развивающейся в время приступов удушья, или действием лекарственных препаратов.*
Ключевые слова: *бронхиальная астма, беременность, дыхательная система, легочная ткань, удушье, бронхит, пневмония.*

Kulbaeva L.A[1]., Musahova M.O[2]., Sarmanova N. M[2]., Baizhan B.E[1], Tursynbaeva A.G.[1]
South Kazakhstan Medical Academy[1]
International Kazakh-Turkish University named after Khoja Ahmed Yasavi[2]

ASTHMA IN PREGNANT WOMEN

Resume: *Bronchial asthma disease in the world is from 4 to 10% of the population. Bronchial asthma in the Republic of Kazakhstan is 56.3 per 100,000 population. Bronchial asthma — BA) - the most common pathology of the respiratory system in pregnant women and the most common lung disease, complicating pregnancy. According to the observations of obstetricians-gynecologists and pulmonologists, in 33-69% of pregnant women there is an exacerbation of the disease. Uncontrolled asthma in the mother leads to various complications of pregnancy, delays in fetal development, premature birth. These complications are usually associated with hypoxia, developing during attacks of suffocation, or the action of drugs.*
Keyword: *bronchial asthma, pregnancy, respiratory system, pulmonary tissue, asphyxiation, bronchitis, pneumonia.*
Авторлар туралы мәлімет: