

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Акушерлік және гинекология кафедрасы	044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені	17 беттің 1 беті

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: Акушерия және гинекология

Пән коды: AG 4309

БББ атауы: «Стоматология»

Оқу сағаттары / кредиттерінің көлемі: 90/(3)

Курс және семестрлік оқу: 4/ 7

Дәріс көлемі: 5 сағ.

Шымкент, 2024 ж.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Акушерия және гинекология» силлабусына сай өңделген.
 Акушерлік және гинекология кафедрасының мәжілісінде қаралған.

Хаттма №1 «28» 08 2024ж.

Кафедра меңгерушісі PhD докторы, қауымд.профессор Кулбаева С.Н.



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		044-34/16- 17 беттің 3 беті

Дәріс №1

1. Тақырып: ҚР әйелдердің репродуктивті денсаулығын қорғауды ұйымдастыру. Жүкті әйелдердің диспансеризациясы.

2. Мақсаты: студенттердің Қазақстан Республикасында әйел денсаулығын қорғаудың ұйымдастыру, босануға көмек беретін ұйымдарының құрылымы, жұмысының мазмұны мен әдістері бойынша білімдері мен істей алу қабылеттерін қалыптастыру.

3. Дәрістің тезистері:

1. Кіріспе.
2. Әйелдерге акушерлік-гинекологиялық көмектің принциптері.
3. Әйел денсаулығын қорғау бойынша заңды актілер.
4. Босануға көмек беретін ұйымдарының құрылымы, жұмысының мазмұны мен әдістері туралы негізгі мәліметтер.

Акушерия және гинекология – әйел организмдегі жүретін физиологиялық және патологиялық процестер туралы бір ғылымның екі бағыты.

Акушерия – бұл ұрықтанумен, жүктілікпен, босану және босанудан кейінгі кезеңмен байланысты әйел организміндегі физиологиялық және патологиялық өзгерістерді зерттейтін, сонымен қатар, босануда көмек беретін тәсілдерді өңдейтін, жүктілік пен босанудағы, ұрық және нәрестеде кездесетін асқынуларды емдеп алдын алатын клиникалық медицинаның түрі.

Гинекология – әйелдер жыныс мүшелерінің аурулары, оларды анықтау, емдеу және алдын алу туралы ғылым.

Емханалық акушерлік-гинекологиялық көмекті ұйымдастыру.

Емханалық акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін медициналық мекемелер жүйесіндегі басты звеносы әйелдер кеңесі (ӘК) болып табылады. ӘК көбісі перзентхана, емхана және мед-санитарлы бөлімнің құрамына кіреді. ӘК жұмысы территорияльді-аймақтық принцип бойынша ұйымдастырылады, оған сәйкес әрбір дәрігер артынан 4000-4500 әйел адам тұратын белгілі бір аймақ тіркеледі. Аймақта дәрігер акушер-гинеколог және акушерка (медбике) жұмыс істейді.

Қазақстан Республикасының заңы «Азаматтардың репродуктивті құқықтары мен кепілдіктері туралы» 16.06.2004 ж-дан. Өмірге деген құқық – бұл адамның негізгі құқығы, бұл әйел жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңде өлмеуіне құқығы бар. Нәрестелер уақытылы және дендері сау болып тууына құқықтары бар.

Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін типтік мекемелер: перзентхана, аудандық аурухананың акушерлік-гинекологиялық бөлімшелері, ФАП, емхана, облыстық аурухананың гинекологиялық бөлімшесі, облыстық перинаталдық орталық.

Акушерлік-гинекологиялық көмек регионализация принциптеріне сүйене келесі деңгейлерде көрсетіледі:

1-і деңгейде тек физиологиялық босану;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 4 беті

2-і- орта қауіпті босану;

3-і—жоғары қауіпті босану;

Жоғары арнайы медициналық көмекті өте ауыр жағдайдағылар бағытталады.

4. Иллюстрациялық материал:презентация, слайдтар

5. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1.Босануға көмек беретін мекемелердің құрылымы

2.Перзентхана жұмыстарын ұйымдастыру

3.Емхананың акушерлік-гинекология блогының жұмысын ұйымдастыру

4.Ана және перинаталды өлімдері туралы анықтама

Дәріс №2

1.Тақырып: Жүктілік кезінде әйел организіміндегі физиологиялық өзгерістер.

2. Мақсаты: Жүктілік кезінде әйел организіміндегі физиологиялық өзгерістер бойынша білімдері мен істей алу қабылеттерін қалыптастыру.

3. Дәрістің тезистері: :

1. Жүктілік кезінде әйел организіміндегі физиологиялық өзгерістер.
2. Жүйке жүйесі
3. Эндокринды жүйесі
4. Зат алмасу
5. Жүрек-қан тамыр жүйесі
6. Қан, ас қорыту және тыныс алу жүйелері
7. Зәр шығару жүйе
8. Тері
9. Жыныс жүйесі
10. Сүт бездері

Құрсақішіндегі ұрыққа даму кезінде оттегі мен ақуыздар, көмірсулар, тузз, дәрумендер және басқа да заттар көп мөлшерде керек . Бұл заттардың бәрі әйел организімінен беріледі. Ана қанына ұрық алмасудың соңғы заттары түседі де әйелдің шығару мүшелерімен организімінен шығарылады. Жүкті әйелдің организімі маңызды мүшелер мен жүйелердің жұмысын күшейтуін талап етеді.

Ұрықтың құрсақішілік дамуына байланысты әйел организімінде күрделі процестер пайда болады. Бұл физиологиялық өзгерістер, олар ұрықтың дұрыс дамуына, жүкті әйелді босануға және босанудан кейін ана сүтімен жаңа туған нәрестені қоректенуге дайындайды. Жүктілікпен байланысты өзгерістер орта нерв жүйесімен қадағаланады. Өсіп жатқан жұмыртқа жатырдың нерв талшықтарын қоздырады, нерв импульстары нерв жолдарымен

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 5 беті

орта нерв жүйесіне барады. Орта нерв жүйесінде тиісті реакция жүріп, төмендегі мүшелер мен жүйелердегі өзгерістерді жүргізеді. Жүктіліктің ең басынан эндокринді мүшелерде өзгерістер жүре бастайды. Осымен байланысты, организмде айналымдада жүретін гормондардың деңгейлері өзгереді. Бұл гормональды өзгерістер нерв жүйесі мен басқа мүшелердегі өзгерістерге әсерін тигізеді.

4. Иллюстративті материал: презентация, слайдтар

5. Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

- Жүктілік кезінде әйел организмінен өзгерістер
- Нерв және эндокринді жүйелердегі өзгерістер
- Жүрек, қан-тамыр жүйелеріндегі өзгерістер
- Ас-қорыту, тыныс алу жүйелеріндегі өзгерістер
- Зәр шығару, жыныс мүшелеріндегі өзгерістер
- Тері, сүт бездеріндегі өзгерістер

Дәріс № 3

1. Тақырыбы: Физиологиялық босану.

2. Мақсаты: Физиологиялық босану, «ана қауіпсіздігі» бағдарламасы бойынша білімдері мен істей алу қабілеттерін қалыптастыру.

3. Дәрістің тезистері:

1. Босану
2. Босанудың басталу себептері
3. Босанудың басталуы мен алдын ала болатын белгілер
4. Босануды белсендіретін күштер
5. Босану кезеңдері
6. Шүйдемен алдыңғы және артқы түріндегі босану механизмдер
7. Босану ұзақтығы
8. «Ана қауіпсіздігі» бойынша босану
9. Босанды жүргізу бойынша БДҰ ұсыныстары

Босану – физиологиялық құбылыс, бұл кезде босану жолдарынан ұрық пен бала жолдасының тууы жүреді. Физиологиялық босану 10 акушерлік айдың соңында басталады (280 күн немесе 40 апта), ол кезде ұрық жетіліп құрсақтан тыс жағдайда өмір сүре алады.

Босанудың басталу себептері қиын және соңына дейін зерттелмеген. Бірақ, көп зерттеулердің нәтижесінде, әйел организмінен босануға себеп болатын жүктіліктің соңында көптеген өзгерістер басталады. Жүктіліктің соңында жұлынның қоздырғышы төмендейді, жатырдың нерв талшықтары мен бұлшықеттердің қоздырғыштары артады. Әйел организмінен және қоршаған ортадан түсетін түрлі механикалық, химиялық және басқада қоздырғыштарға жатыр күштірек жауап береді. Жүктіліктің соңғы айларында, әсіресе босану жақындағанда, эстрогендер мөлшері жоғарылайды, жатырдың жиырылу қызметін жоғарылататын жатыр тонусы және сезімталдығы жоғарылайды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 6 беті

Босануға жақындағанда босануға дейінгі белгілер пайда болады: жүктіліктің соңғы апталарында жатыр түбі төмендейді, босану алдында шырышты тығын қынаптан бөлінеді, босану алдын әйел салмағы төмендейді, жатыр жиырылу сезінеді.

Босанудың қуатын күштері толғақ және күшену деп аталады.

Босанудың үш кезеңі бар: ашылу, туылу, бала жолдасы кезеңдері.

Шүйдемен алға қарап туылу кезіндегі биомеханизм 4 кезеңнен тұрады: бастың иілуі, бастың ішкі бұрылысы, бастың шалқаюы, бастың сыртқы бұрылысы.

Шүйдемен артқа қарап туылу кезіндегі биомеханизм 4 кезеңнен тұрады:

бастың иілуі, бастың ішкі бұрылысы, қосымша бастың иілуі және бастың шалқаюы, бастың сыртқы бұрылысы және иықтарының іштей бұрылысы.

Босанудың ұзақтығы көп себептерге байланысты, әсіресе, босану күштерінің жағдайынан. Толғақтар мен күшенулер не ғұрлым күшті болса, босану ұзақтығы қысқарады. Босанудың ағымына ұрықтың өлшемдері, төмен жатқан ұрық бөлігінің қондырылуы, жамбас өлшемдері, ұрық маңындағы сулардың кету уақыты әсер етеді. Бірінші босану қайта босануға қарағанда ұзақтау жүреді.

4.Иллюстративті материал: презентация, слайдтар

5.Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

- «Босану» туралы түсінік
- Босану алдын белгілер
- Ашылу кезеңі
- Туылу кезеңі
- Бала жолдасы кезеңі
- Босанудың биомеханизмі
- «Ана қауіпсіздігі» бойынша босану туралы түсінік

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 7 беті

Дәріс № 4

1. Тақырыбы: Жүктілердің ерте токсикоздары.

2. Мақсаты: Гинекологиялық аурулардың тексеру әдістері бойынша білімдері мен істей алу қабылеттерін қалыптастыру.

3. Дәрістің тезистері:

1. Ауру анамнезі
2. Ауруларды қарау
3. Гормоналды тексеру әдістері
4. Эндоскопиялық әдістер
5. Ультрадыбыстық зерттеу
6. Рентгенологиялық тексеру әдістері
7. Радионуклидты зерттеу
8. Цитологиялық зерттеу
9. Цитогенетикалық зерттеу

Анамнестикалық деректердің жоғары құндылығын төмендетпей, жан-жақты ақпарат алуға мүмкіндік беретін науқастарды объективті тексерудің қазіргі заманғы әдістері. Бұдан басқа, анамнезбен мұқият танысу, бар деректерді талдау және қорыту алдын ала диагноз қою үшін негіз болып табылады, ол тексерудің кейінгі объективті әдістерінің нәтижелерімен жиі расталады.

Науқасты дәрігерге қарауға мәжбүрлеген шағымдарды талдау кезінде олардың шынайы денсаулық жағдайына сәйкес келмеу мүмкіндігін ескеру қажет. Негізгі шағымдардан басқа, қосымша жетекші сұрақтардан кейін әйелдер хабарлайтын ілеспе да бөлінеді. Маңызды мәліметтерді дәрігер өмір салтын, тамақтануды, пациенттің зиянды әдеттерін, жұмыс сипатын және тұрмыс жағдайын анықтай алады.

Әйелдерді қарау кезінде дененің ұзындығы мен салмағына, дене бітіміне, май тінінің дамуына және оның таралу ерекшеліктеріне назар аударады. Оволосения сипатына, әсіресе артық, оның пайда болу уақытына, терінің жағдайына назар аудару қажет; теріде созылу жолақтарының бар-жоғын, олардың түсін, саны мен орналасуын, олардың пайда болу уақытын, әсіресе тірі емес әйелдерде атап өту керек.

Гинеколог сүт бездерін тексеру және пальпациясы гинекологиялық арнайы зерттеу кезіндегі айнарлармен жатыр мойнын тексеру сияқты қажетті болып табылады. Сүт бездерінің құрылысына, олардың көлеміне назар аудару қажет.

Сыртқы және ішкі жыныс органдарын тексеру, әсіресе етеккір циклі мен бедеулігі бар әйелдерде айтарлықтай ақпарат береді.

Репродуктивті жүйенің функционалдық жағдайын анықтау үшін Функционалдық диагностика тесттері қолданылады. Санау кариопикнотического индексінің эпителий қынаптың феномені, "қарашығын", өлшеуді, тартуды шеечной шырыш, өлшеу базальной температура нық енді, тәжірибеге. Аналық бездің қызметін бағалаудың өте дәл әдісі эндометрия соскобын гистологиялық зерттеу болып табылады.

Соңғы жылдары белокты және стероидты гормондарды анықтау әдістерін әзірлеу мен жетілдіруде үлкен жетістіктерге қол жеткізілді.

Гинекологиялық практикада эндоскопиялық әдістер кеңінен қолданылды. Кольпоскопия жатыр мойнының қынап бөлігін, қынап қабырғаларын және вульваны егжей-тегжейлі

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 8 беті

қарауға мүмкіндік береді. Жатырішілік патологияны анықтау үшін газ және сұйықтық болатын гистероскопия қолданылады.

70-ші жылдардан бастап гинекологиялық практикаға лапароскопия енгізіле бастады, оның көмегімен қосалқыдағы, аппендикстегі қабыну процестерін саралауға, жіті іштің себебін анықтауға, жатыр түтіктерін таңуға болады.

Ультрадыбыстық зерттеу инвазивті емес аспаптық әдістерге жатады және оның жағдайына қарамастан кез келген науқақта іс жүзінде орындалуы мүмкін. Гинекологиялық практикада УДЗ қосалқылардың аурулары мен ісіктерін диагностикалау, жатырдың даму аномалияларын анықтау үшін қолданылады. Әдістің қауіпсіздігі оны дамып келе жатқан ұрықтың жағдайын бақылаудағы негізгілердің бірі болды.

Рентгенологиялық зерттеу әдістері зерттеудің кең таралған әдістерімен қалады. Жатыр түтіктерінің өткізгіштігін анықтау, кіші жамбас қуысындағы анатомиялық өзгерістерді анықтау, кіші жамбас аймағында жабыстыру процесін анықтау үшін гистеросальпингография қолданылады. Гинекологиялық практикада, нейроэндокринді аурулардың диагностикасында бас сүйектің рентгенографиялық зерттеуі кеңінен қолданылады. Компьютерлік томография тіндер тығыздығы бір-бірінен 1% - ға айырмашылығы болған жағдайда да тығыздық коэффициенті бойынша жекелеген тіндер мен ағзалардың бейнесін өзара саралауға мүмкіндік береді. Гиперпластикалық процестерді диагностикалау үшін эндометрия радионуклидтік зерттеу жүргізіледі, ол эндометрияның клеткалық элементтерін пролиферациялау дәрежесі және оның ошақтық сипаты кезінде патологиялық процесті оқшаулау орны туралы болжамды түсінік береді.

Гиперпластикалық процестердің гормоналды терапиясының тиімділігін динамикалық бақылау кезінде эндометрия жатырдың қуысынан аспиратты цитологиялық зерттеу қолданылады. Әдіс әйелдер халқын Жалпыға бірдей диспансерлеуге дайындау жағдайында скринингтік ретінде пайдаланылуы мүмкін.

Цитогенетикалық зерттеуді цитогенетиктер жүргізеді. Жыныстық хроматинді анықтау жыныс бездерінің туа біткен ақауларын диагностикалауда маңызды рөл атқарады; ол заманауи зертханада орындалуы мүмкін. Кариотипті анықтау гонад дисгенезиясы бар науқастарды тексерудің міндетті шарты болып табылады

4.Иллюстрациялық материал: презентация, слайдтар

5.Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

- Гинекологиялық аурулардың тексеру әдістері
- Ауру анамнезінің ерекшеліктері
- Менструалды, репродуктивті қызметі
- Гинекологиядағы арнайы тексеру әдістері

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 9 беті

Дәріс № 5

1.Тақырыбы: Гинекологиялық аурулардың тексеру әдістері.

2.Мақсаты: Гинекологиядағы «жіті іш», этиопатогенезі, диагностикасы бойынша білімдері мен істей алу қабылеттерін қалыптастыру.

3.Дәрістің тезистері:

1. Гинекологиядағы «жіті іш».
2. Этиопатогенезі, клиникасы.

"Жіті іш" ұжымдық терминімен әр түрлі этиологиясы мен клиникалық ағымында кұрсак қуысында туындайтын жіті патологиялық процестерді білдіреді. Әр түрлі себептерге қарамастан, гинекологиядағы "жедел іш" симптоматикасы көптеген жалпы белгілерге ие:толық Денсаулық арасында кенеттен ауырсынудың пайда болуы (пациенттер жиі аурудың басталу сағатын да атауға болады). Ауырсыну көбінесе іштің төменгі жағында басталады, біртіндеп күшеюі және бүкіл ішке таралып, соншалықты күшті болуы мүмкін, бұл естен тану; жүректің айнуы, құсу;ішек газдары мен нәжістің кетуінің бұзылуы (балаларда диарея жиі байқалады)); ішектің тітіркену белгілері.

Гинекологиядағы "жіті іш" себептерін шартты түрде 3 топқа бөлуге болады:

- жіті ішек ішілік қан кету (жатырдан тыс жүктілік, аналық бездің апоплексия);
- ішкі жыныс мүшелерінде қан айналымының бұзылуы (ісіктердің аяқтарын және аналық бездің ісік тәрізді түзілімдерін айналып кетуі, миома түйінінің айналып кетуі және/немесе некрозы);
- іш перденің қабынуымен жүретін ішкі жыныс мүшелерінің жіті қабыну аурулары.

"Жіті іш" белгілері бар бар барлық аурулар науқастарды дереу ауруханаға жатқызуды, дұрыс және уақтылы диагностиканы және шұғыл көмек көрсетуді талап етеді.

Жатырдан тыс жүктілік этиологиясында жатыр қосындыларының қабыну процестеріне бірінші дәрежелі рөл беріледі, оның салдары жатыр түтіктерінде құрылымдық-функционалдық бұзылулар болады. Жатырдан тыс жүктілік кезінде қабыну факторының жиілігі 14-тен 92,5% - ға дейін ауытқиды. Құбырлы жүктіліктің ең типтік нәтижесі - әдетте 4-6-ші немесе 7-8-ші аптада оның бұзылуы. Хорионның ворсиналары жатыр түтігінің қабырғасына енгізіліп, фибринозды некроз қабатын қалыптастыра отырып, оның бұзылуы мен балкуын тудырады, бұл қабырғаның жұқаруы мен созылуына, кейін қан тамырларының қабырғаларын ашуға және жүйке талшықтарының деструкциясына ықпал етеді.

Түтікше жүктіліктің жиі бұзылуы-түтікше аборт (51%), жатырдың үзілу түрі бойынша жүктіліктің үзілуі 31% жағдайда. Кез келген жерде орналасқан құбырлы жүктіліктің сирек нәтижесі гемато - немесе гидросальпинкс пайда болатын ұрықтың ерте өлімі мен резорбциясы болып табылады. Толық түтікше түсік жасағанда, жеміс жұмыртқасы іш қуысына толығымен қуысқанда, ол әдетте өледі, содан кейін өледі және мумификацияланады. Құбырдан қан кету, бұл ретте, өте сирек өздігінен тоқтауы мүмкін.

Жатырдан тыс жүктіліктің түтікше түсік тастау түрі бойынша әртүрлі клиникалық көріністі байқайды: кейбір науқастарда жіті ішкі қан кету белгілері байқалады, ал басқа симптоматикада ауруды анықтау өте қиын. Пациенттер етеккірдің кешігуін, жыныс жолдарының ауырсынуын және қан кетуін әрдайым байқамайды. Жүктіліктің субъективті белгілері де болмауы мүмкін, ал сүт бездерінің кебуі және емізіктерден бөлінулер басқа

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		044-34/16- 17 беттің 10 беті

патологиялық жағдайларға байланысты болуы мүмкін. Мұндай жүктілік көбінесе симптомсыз өтеді.

Жатыр түтігінің жарылуы, әдетте, жігі, айқын клиникалық көрініспен, құрсақ қуысына жедел қан кетумен байланысты: өткір анемизация және артериялық қысымның төмендеуі, бастың айналуы, талу, перитонеалдық шок, түтіктің жарылуы, сондай - ақ құрсақ қанының тітіркенуі (қабырға астындағы ауырсыну, жауырынаралық аймақ, ключица-"френикус-симптом") туындаған ауырсыну пайда болады. Жатыр түтігінің жарылуы кезінде пациенттің 11% - да жаппай қан жоғалту және геморрагиялық шок байқалады.

Үдемелі түтікше жүктілік ерте кезеңде өте сирек танылады, оның клиникалық симптоматикасы аз, өйткені ағзада ерте мерзімдегі жатырдың жүктілігіне тән өзгерістер болады. Болжамды (жүрек айнуы, құсу, иіс сезу сезімінің өзгеруі, ұйқышылдық, әлсіздік) немесе ықтимал (сүт бездерінің кебуі, қынаптың шырышты қабығының цианотикалығы және жатыр мойнының қынаптық бөлігі, жатырдың шамалы ұлғаюы және оның консистенциясын жұмсарту, трофобласт гормондарына оң тесттер) белгілері бар. Етеккірдің кешіктірілуі болмауы мүмкін, етеккір мерзімінде болуы мүмкін, бірақ ерекше көрінеді (қан кету түрінде).

Аналық бездің апоплексиясы (арорехіаovarіі) граафов көпіршігі тамырларының жарылуы кезінде, аналық бездің жиегі, фолликулярлы киста немесе сары дененің кистасы кенеттен пайда болған қан кету ретінде анықталады, оның тінінің бүтіндігінің бұзылуымен және құрсақ қуысына қан кетумен қатар жүреді. Аналық бездің апоплексиясы 14-тен 45 жасқа дейінгі жаста, көбінесе 20-35 жаста кездеседі. Алайда кішкентай қыздарда аналық безге қан кету жағдайлары белгілі. Гинекологиялық патология арасында аналық без апоплексия жиілігі 1-3% құрайды. Аурудың қайталануы 42-69% - ға жетеді.

Апоплексия кіші жамбас мүшелерінің қан толуының физиологиялық циклдік өзгерістерімен байланысты күрделі патогенезге ие. Көптеген зерттеушілер аналық безді зақымдау үшін "сыни сәттерді" бөледі. Мысалы, аналық без апоплексия науқастарының 90-94% - да етеккір циклінің ортасы мен екінші фазасында болады. Бұл аналық без тінінің ерекшеліктерімен, атап айтқанда, тамырлардың жоғары өткізгіштігімен және овуляция кезінде және етеккір алдында олардың қан толуының ұлғаюымен байланысты. Оң аналық бездің апоплексиясы солға қарағанда 2-4 есе жиі кездеседі, бұл оң аналық бездің көп қан айналымымен түсіндіріледі, себебі оң аналық артерия тікелей қолқадан, ал сол жақ - бүйрек артериясынан кетеді.

Аналық бездің жарылуында аналық без тініндегі (строманың склерозы, эпителиалды элементтердің фиброзы, периоофориттер), сондай-ақ оның тамырларындағы (склероз, гиалиноз) склеротикалық өзгерістерге әкелетін кіші жамбас ағзаларының қабыну процестері, сондай-ақ овариалдық көктамырлардың іркіліс гиперемиясы және варикожды кеңеюі бейім. Аналық безден қан кету қан ауруына және қанның ұю жүйесінің бұзылуына әкелетін антикоагулянттарды ұзақ қабылдауға ықпал етуі мүмкін. Көрсетілген жағдайлар аналық без апоплексиясына әкелетін экзогенді және эндогенді факторлар үшін фонды жасайды. Эндогендік себептер жатырдың дұрыс орналаспауы, аналық бездегі қан кетуді бұзатын тамырлардың механикалық қысылуы, ісікке аналық қысым, кіші жамбас пен т.б. сияқты науқастарда аналық бездің жарылуы байқалатын себептерсіз немесе ұйқы кезінде орын алады. Қазіргі уақытта аналық без апоплексия патогенезінде гормоналды мәртебенің бұзылуына жетекші рөл атқарады. Аналық бездің үзілуінің негізгі себептерінің бірі-овариальды тіннің гиперемиясына ықпал ететін гипофиз гонадотропты гормондарының (ФСГ, Л Г, пролактин) арақатынасының шамадан тыс артуы және өзгеруі. Аналық без апоплексия пайда болуында маңызды рөл ЭЭГ және РЭГ кезінде тіркелетін жүйке жүйесінің

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 11 беті

жоғары бөлімдерінің дисфункциясына жатады. Стресстік жағдайлар, психоэмоционалдық лабильділік, экологиялық факторлардың әсер етуі, өмір сүру жағдайлары нәтижесінде.

Аналық без апоплексиясының негізгі клиникалық симптомы іштің төменгі бөліктеріндегі кенеттен ауырсыну болып табылады. Ауырсыну аналық тіннің рецепторлық өрісінің тітіркенуімен және құйылған қанның ішіне әсерімен, сондай-ақ аналық артерия бассейніндегі спазммен байланысты. Әлсіздік, бастың айналуы, жүректің айнуы, құсу, естен тану жағдайы ішін қан кетумен байланысты.

Аналық бездің ауырсыну формаапоплексия фолликулдың тініне қан құйғанда немесе құрсак қуысына қан кетпей сары денеде байқалады. Ауру іштің төменгі жағында иррадиациясыз, кейде жүрек айнуы мен құсу ұстамасымен манифестациялайды. Іштен қан кету белгілері жоқ.

Аналық без апоплексиясының ауыр және жеңіл геморрагиялық түрінің клиникалық көрінісі ұқсас.

Қарау кезінде тері қабаттары мен көрінетін шырышты кәдімгі бояулар. Пульс және артериялық қысым норма шегінде. Тіл таза, ылғалды. Іш жұмсақ, бірақ төменгі бөліктердегі алдыңғы құрсак қабырғасының бұлшықеттерінің шамалы кернеуі болуы мүмкін. Пальпаторлық ауырсыну байқалады, жиі оң жақта, перитонеалды симптомдар жоқ. Іш қуысындағы перкуторлы бос сұйықтық анықталмайды. Қалыпты өлшемдегі жатырды гинекологиялық тексеру кезінде аналық без бірнеше үлкейіп, ауырады. Қынап жинағы терең, еркін. Кіші жамбас ағзаларының УДЗ аналық бездің жарылуын тікелей визуализациялауға мүмкіндік бермейді, бірақ артқы (доға) кеңістікте сұйықтықтың жиналуын анықтауға болады. Аналық бездің апоплексиясының ауырсыну түрінде доғалы кеңістіктегі сұйықтықтың шамалы мөлшері бар, ол ұсақ дисперсті жүзіндісі бар гиповолюменді (қан қоспасы бар фолликулярлық сұйықтық). Қанның клиникалық талдауында айқын өзгерістер жоқ, кейде формуланың солға жылжуынсыз қалыпты лейкоцитоз анықталады.

Аналық без апоплексиясының орташа және ауыр геморрагиялық (анемиялық) формасының клиникалық көрінісінде негізгі симптомдар құрсак ішіндегі қан кетумен байланысты. Ауру өткір басталады, жиі сыртқы себептерге байланысты (жыныстық акт, физикалық кернеу, жарақат және т. б.). Іштің төменгі бөліктеріндегі ауырсыну жиі артқы өту жолына, аяққа, аяқастырмаға, сыртқы жыныс мүшелеріне таралады, әлсіздік, бас айналу, жүрек айну, құсу, талу жүреді. Симптоматиканың айқындылығы ішін қан жоғалтудың көлеміне байланысты.

Жатырдың қосалқандары ісіктерінің аяғын бұрады

Бақылаулардың 15-25% - да аналық без ісігінің аяғын бұрады, бірақ кез келген ісіктің аяғын (мысалы, қосалқы түйін), жатыр түтігін, өзгермеген аналық безді және тіпті бүкіл жатырдың немесе оның қосалқысын бұрауға болады. Айналуға жылжымалы жетілген тератомдар, сондай-ақ параовариальды кисталар, аналық бездің тығыз фибромалары жатады.

Миоматозды түйіннің некроздануы.

Жатыр миомасы—жыныс мүшелерінің ең жиі кездесетін қатерсіз ісі болып табылады. Миоматозды түйіннің некроздануы жатыр миомасы бар аурулардың 7% кездеседі, жиі жүктілік, босанудан кейін немесе аборттан кейінгі кезеңдерде.

Миоматозды түйіннің некроздануы субсерозды орналасуы кезіндегі айналып кеуінде, немесе васкуляризациясының жеткіліксіздігінде кездеседі. Жүктілік кезінде некроздануына келесі жағдайлар себеп болады: миометрийде қанайналымының төмендеуі және венозды қанның қайта шығуының бұзылуы. Жүкті жатырмен қоса миоматозды түйіндердің тез өсуі байқалады. Некроз түйінінде ісіну, қан құйылу, асептикалық қабыну кездеседі. Аурудың өршуінде перитонит дамуы мүмкін.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Акушерлік және гинекология кафедрасы		044-34/16-
«Акушерия және гинекология» пәнінен дәріс кешені		17 беттің 12 беті

Миоматозды түін аяқшасының айналып кетуінде ауру жіті басталады –іштің төменгі бөлігінде толғақ тәрізді ауырклиникалық көрініс анық болмайды, симптомдары жайлап пайда болады. Ішінің және бел аймағында ауырсынуы мазалайды, олар мерзімді түрде күшейеді, әлсізденеді немесе басылады. Ауырсынудың басталған уақытында жүрек айнуы, қалтырауы, дене температурасының жоғарлауы, тахикардия кездеседі.

4. Иллюстративті материал: презентация, слайдтар

5. Бақылау сұрақтары:

1. Гинекологиядағы «жіті іш».
2. Этиопатогенезі, клиникасы.

6. Әдебиеттер

Негізгі:

1. Гинекология: оқулық/ қаз.тілінде аударған Ғ.Ұ.Ахмедьянова; ред.бас.Г.М.Савельева – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2015
2. Гинекология: оқулық - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 448 с.
3. Раисова, Ә. Т. Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Қосымша:

4. Раисова, Ә. Т. Акушерия және гинекология пәнінен студенттердің өзіндік жұмысына арналған оқу құралы [Мәтін]: оқу құралы / Ә. Т. Раисова; ҚР ДСМ; Қазақстан - Ресей мед. ун-ті. - Алматы: Эверо, 2011. - 128 бет.
5. Рейтер, Карен Л. УЗИ в акушерстве и гинекологии: руководство: пер. с англ. - М., 2011.

Электронды әдебиеттер:

9. Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017
11. Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
12. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
13. Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.