



«ОңтүстікҚазақстан медицина академиясы»
АҚ жанындағы медицина колледжі

ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән: «Акушериядағы мейіргер ісі»
Мамандығы: 09130100 «Мейіргер ісі»
Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»
Курс: 2
Семестр: 3
Қорытынды бақылау түрі: емтихан
Жалпы еңбек сыйымдылығы сағат/кредиттер: КЗ: 96 / 4
Аудиториялық: 24
Симуляция: 72

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 2 беті

Дәріс кешені «Акушериядағы мейіргер ісі» пәнінің оқу жұмыс бағдарламасы (силлабусы) негізінде құрастырылды.

Оқытушы: Сламхан А.Г.

Мамандығы: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Дәріс кешені «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде бекітілді.

Хаттама № 1 «15» 2024ж.

Кафедра меңгерушісі:  Контасва А.К.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 3 беті		

1-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: «ҚР акушерлік көмекті ұйымдастыру.

Акушериядағы мейірбикенің міндеті мен қызметі. Акушериядағы деонтология»

4.2. Сабақтың мақсаты: Акушерлік стационарды ұйымдастыру, құрылысы мен жұмысы.

ҚР ана денсаулығын қорғау қағидаларын оқып үйрену.

акушерлік стационардың құрылымымен және ұйымдастырумен, медициналық құжаттардың формалық тізімімен, акушерлік бөлімшелердің міндеттерімен, жүкті әйелдермен босанатын әйелдерді қабылдау реттілігімен, акушерлік стационардың жұмыс көрсеткіштерімен студенттерді таныстыру. Нормативті құжаттармен қатар акушерлік- гинекологиялық мекемелерде эпидемияға қарсы режимді және санитарлы – гигиенаны бақылау және қадағалау. Акушерия және гинекологиядағы этика және деонтология негіздерін үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

1. Акушерлік және гинекологиялық стационарлардың құрылысы

2. Акушерлік және гинекологиялық стационарлардың жұмысын ұйымдастыру

Акушерия және гинекология-медицина саласындағы өзінің даму тарихы бар ғылым бағыты.

Гинекология деген ұғым гректің «gynе»- әйел, ал «logos»-ғылым, деген сөздерінен шыққан, әйел туралы ғылым деген ұғымды білдіреді.

Оның мақсаты- әйел жыныс мүшелерінің анатомиялық ерекшеліктерін, жыныс мүшелерінің ауруларын, олардың емдеу, алдын алу жолдарын зерттеу.

Акушерия осы гинекологияның бір саласы, ол француздың «accoucher »- туу, босану деген сөзінен шыққан. Оның негізгі міндеті- әйелдің жүктілікке, босануға және босанғаннан кейінгі кезеңдеріне байланысты кездесетін физиологиялық және патологиялық өзгерістерді емдеу, алдын алу жолдарын қарастыру.

Акушерлік-гинекологиялық көмек – әйелдерге жүктілік, босану, босанудан кейінгі кезеңде, гинекологиялық аурулар кезінде, профилактикалық байқау және әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын сақтау және отбасын жоспарлау бойынша іс-шаралар кезінде көрсетілетін медициналық қызметтердің кешені;

Перинаталдық көмекті өңірлендіру – бұл жүктілік және босану барысының қауіп дәрежесіне қарай әйелдерге және жаңа туған нәрестелерге перинаталдық стационарлық көмек көрсетудің үш деңгейі бойынша облыс аумағында медициналық ұйымдарды бөлу;

ҚР ана өлімі себептерінің құрылымы

Себептері:

1. Қан шығыны(патологиялық)
2. Түсіктер
3. Гестоздар
4. Сепсис
5. Жатырдан тыс жүктілік

Басқа себептері:

-Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдермен байланысты

- 1.Өкпе артериясының және ми қантамырларының тромбоэмболиясы
- 2.Дәрілік анафилактикалық шок
- 3.Жатырдың жыртылуы
- 4.Қағанақ суының эмболиясы

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 4 беті

5.Анестезиологиялық тәсілдердегі асқыну

-Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдермен байланысы жоқ

- 1.Асқазан-ішек аурулары
2. Өкпе аурулары
3. Жүрек-қан тамыр аурулары
4. Онкология аурулары
5. Инфекциялық аурулар

Перинаталдық өлім-өлі туылған және ерте неонаталдық өлімнен тұрады. 1941 жылы тұңғыш рет америкалық ғалымы Пеллер енгізген, біздің елде 1965 жылы енгізілген.

Өлі туылғандар: а) Антенаталды- жүктілік кезіндегі нәресте өлімі .

ә) Интранаталды -босану кезіндегі нәресте өлімі.

Өлі туылғандар деп – жүктілік немесе босану кезеңдерінде тыныс алмай туылған нәресте өлімін айтады.

Перинаталдық өлімнің көрсеткіштері әр мәліметте әр түрлі 12-50% аралығында, оның деңгейі дәрігерлік көмектің сапасына, ұйымдастыруына, халықтың әлеуметтік жағдайына, әйелдің жалпы денсаулығына байланысты.

Перинаталдық өлім көрсеткіші туылған 1000 нәстесінің 24-26,4% -ін құрайды; дамыған капиталистік елдерде 6-15%-ке тең.

Перинаталдық өлімнің себептері: **тікелей** және **негізгі** болып екіге бөлінеді.

Тікелей себептердің ішінде бастысы – нәрсете асфиксиясы (58,4%), босану жарақаты (13,1%) , туа пайда болған даму ақаулары (12%), гемолитикалық және септикалық аурулар (10,2%). Соңғы жылдары жатырышлық инфекция (пневмония), респираторлық бұзылыстар синдромы аруда.

Негізгі себептері: босанудың асқынуы (22%), кеш гестоздар (20%), плацента, ананың созылмалы аурулары (10,2%), резус қайшылықты жүктілік (3,2%), басқа себептер (19%), себептер (16,8%).

Перинаталдық патологияның «қауіп-қатер» деректері

Перинаталдық ауру, өлім, белгілі бір жүкті, босанушы әйелдер тобында жоғары болады, бұл топты **жоғары «қауіп-қатер» тобы** дейді. Бүкіл жүктілер арасында бұл топтың жиілігі 30-40% аралығында, перинаталдық өлімнің 2\4 бөлігін құрайды. Сондықтан бұл топтағы аналарға ерекше көңіл бөлу.

Перинаталдық патологияның «қауіп-қатер» деректері:

1. Әлеуметтік – биологиялық деректер
2. Акушерия – гинекология мәліметтерінің ерекшеліктері
3. Ананың жыныс мүшелерінің тыс экстрагениталды аурулары
4. Жүктіліктің асқынуы
5. Босану кезеңдеріндегі асқынулар
6. Ұрықтың фетоплацентарлық жүйесінің жетіспеушілігі

Жүкті, босанған, босанғаннан кейінгі әйелдердің және жаңа туған нәрестелердің негізгі құжаттары

1. Жүкті әйелдің алмастыру картасы (№113/ у-02 формасы)
2. Жүкті әйелдердің жеке бас картасы (№111 формасы, әйелдер кеңес үйінің архивінде қалады)
3. Туу тарихы (№096/у-02 формасы)
4. Жүкті, босанған, босанғаннан кейінгі әйелдердің тізім журналы (№002/у формасы)
5. Стационардағы босанғандарды (№110/у формасы)
6. Жаңа туған нәрестенің даму тарихы (№097/у-02 формасы)
7. Нәрестенің туу куәлігі (№131 формасы)

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 5 беті

8. Туу туралы медициналық куәлік (№103/у- 02 формасы) неке тіркеуіне беріледі
9. Жаңа туған нәрестенің жылу тіркеуі және медициналық көмек көрсету журналы (№102/у формасы)

Өлім туралы фельдшерлік куәлік (№106-1/у формасы)

Босану мекемелерінде гинекологиялық көмекті көрсетудегі мейірбикенің ролі:

Босану мекемелерінде мейірбикенің басты міндеті ол жанұяны жоспарлауда әйел денсаулығын қорғау, сақтауға бағытталған. Акушерлік және гинекологияда мейірбике әйелдерге емдік-профилактикалық шаралар жүргізу, тексерулер, күтім жасау, реабилитацилау, керекті акушерлік-гинекологиялық көмекті көрсетуі тиіс.

Мейірбике пациентке көмекші, ақылшы болып келеді. Ол барлық мейірбикелік үрдістің сатыларын жүргізуі қажет: жағдайларды анықтау, біріншілік баға беру, мейірбикелік іс шараны жоспарлау, жоспарланған күтімді орындау, күтімнің қорытындысын шығару.

Мейірбике ФАП-та, әйелдер кеңесінде, гинекологиялық бөлімде, егу бөлмесінде, хирургиялық және физиотерапия бөлімінде, перзентханада жұмыс атқарады.

Мейірбике қауіп топтарын, аурудың клиникалық көрінісін, асқынуын, алдын алуын, пациенттерді диагностикалық шараларға дайындауды, пациент және медицина қызметкерін инфекциялық қауіптінің алдын алу шараларын білуі қажет.

Сонымен қатар мейірбике акушерлік және гинекологиядағы жедел көмекті қажет ететін жағдайларда жедел көмек көрсете білуі қажет.

4.4. Иллюстрациялы материалдар:

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Акушерлік стационардың құрылымы мен жабдықтануы.
2. Перзентханаға қабылдау ережелері.
3. Акушерлік стационардың жұмысын ұйымдастыру.
4. Акушерлік стационардың жұмысын статистикалық бағалау және медициналық құжаттары.
5. Санитарлы – эпидемиологиялық тәртібтің ерекшеліктері.
6. Медицинадағы «этика» туралы түсінік.
7. Медицинадағы «деонтология» туралы түсінік.

2-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Қазіргі замандағы акушериядағы перинатологияның талаптары, ҚР ана мен бала денсаулығын қорғау. Ұрықты антенаталды қорғау.

4.2. Сабақтың мақсаты: акушериядағы перинатологияның талаптары түсіндіру, ҚР ана мен бала денсаулығын қорғаудағы жұмысқа шолу.

4.3. Дәріс тезистері: Қазақстан Республикасының ана мен бала денсаулығын қорғау саласында нормативтік-құқықтық құжаттары

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау саласын дамытудың 2020-2025 жылдарға арналған мемлекеттік бағдарламасында, Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау мен медициналық көмекті дамыту тұжырымдамасында, Денсаулық сақтау саласындағы басқа да негіз қалаушы құқықтық құжаттарда оны дамытудың басым міндеттері арасында ұрпақты болу жасындағы әйелдердің денсаулығын сақтау және нығайту қажеттілігі айқындалған. Бұл міндетті шешу кезінде әйелдердің жалпы соматикалық және репродуктивті денсаулығына әсер ететін факторлардың барлық алуан түрлілігін ескеру қажет, соның ішінде: қолайсыз экологиялық және өндірістік жағдайлар, әлеуметтік-экономикалық мәртебе, жалпы және санитарлық мәдениет деңгейімен анықталатын өмір салтының ерекшеліктері. Сонымен қатар,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 6 беті		

халыққа акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұтымды ұйымдастыру маңызды рөл атқарады, оның үстіне бірқатар зерттеулердің деректері оны көрсетуде проблемалар мен ақаулардың едәуір санының болуын куәландырады. Сондықтан оларды талдау көмектің осы түрін жақсартуға, сондай-ақ әйелдердің ұрпақты болу денсаулығын нығайтуға бағытталған шараларды әзірлеу үшін өте маңызды. Ана мен бала денсаулығын қорғау қызметінің ұйымдық құрылымы

-ҚР ДСМ директивалық құжаттарына сәйкес ДСБ бастығының емдеу мәселелері жөніндегі орынбасарының басшылығымен облыстың акушерлік-гинекологиялық қызметіне басшылықты жүзеге асыру;

- Облыстық семинарлар, көшпелі циклдер, клиникалық және патологоанатомиялық конференциялар өткізу, дәрігерлер мен орта медицина қызметкерлерінің біліктілігін арттыру үшін аттестаттау комиссияларының жұмысына қатысу;

- Еңбекке қабілеттілігін уақытша жоғалтумен сырқаттанушылықты төмендету бойынша ведомстволық бағынысты денсаулық сақтау ұйымдарында іс - шаралардың орындалуына талдау жүргізу;

- Контрацептивтік құралдарды сапалы және тиімді пайдалану бойынша бақылауды жүзеге асыру;

- ЕАҰ үшін медициналық жабдықтар мен аппаратураларды тиімді бөлу және пайдалану;

- ЕАҰ-да балаларға гинекологиялық көмек көрсету бойынша жұмыстарды ұйымдастыру және бақылау;

- Аудандық және облыстық денсаулық сақтау ұйымдарына өңірлік жоғары медициналық білім беру мекемесінің акушерия және гинекология кафедрасымен бірлесіп консультативтік және әдістемелік көмек көрсету;

- ЕАҰ-да әйелдер мен балаларға медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерге халықтың хаттарына, шағымдарына, өтініштеріне талдау жүргізу және оларды жою жөніндегі іс-шаралар кешенін әзірлеу;

- ЕАҰ жылдық статистикалық есептерін қабылдауға қатысу, деректерге талдау жүргізу және анықталған кемшіліктерді жою бойынша іс-шаралар әзірлеу.

Перинаталдық көмек көрсету деңгейлері

1. IV деңгей-төртінші деңгейдегі ұйымдарға акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы (Алматы қ.), ана мен баланы қорғау ұлттық ғылыми орталығы (Астана қ.) жатады.

2. III деңгей-үшінші деңгейдегі ұйымдарға облыстық және қалалық перинаталдық орталықтар жатады.

3. II деңгей-екінші деңгейдегі ұйымдарға қалалық және облыстық перзентханалар, ірі Көпбейінді қалалық және облыстық ауруханалардың жанындағы перзентханалар жатады.

4. I деңгей-бірінші деңгейдегі ұйымдарға орталық аудандық ауруханалар (ОАА) жанындағы босандыру бөлімшелері жатады.

Жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу Қазақстан Республикасында акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес перинаталдық көмекті өңірлендіру деңгейі бойынша акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарлық деңгейдегі медициналық ұйымдарға жүкті әйелдерді емдеуге жатқызу үшін көрсетілімдерге байланысты жүзеге асырылады.

Бірінші деңгейдегі медициналық ұйымдар жүктілік пен босанудың асқынбаған ағымы бар жүкті және босанған әйелдерге медициналық көмек көрсетуге арналған.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 7 беті

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің бірінші деңгейіндегі медициналық ұйымдардың құрылымында: жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімше, жаңа туған нәрестелерге арналған қарқынды терапия палаталары, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық зертхана ұйымдастырылады.

Екінші деңгейдегі ұйымдар асқынбаған жүктілік, 34 аптадан бастап және одан да көп гестация мерзімдеріндегі мерзімінен бұрын босану кезінде әйелдерге, сондай-ақ перинаталдық патологияны іске асырудың орташа тәуекелдері және осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес көрсетілімдері бар жүкті, босанатын және босанған әйелдерге арналған.

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің екінші деңгейіндегі МҰ құрылымында: жеке босандыру палаталары, ана мен баланың бірге болуына арналған бөлімше, жаңа туған нәрестелердің реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық зертхана ұйымдастырылады.

Үшінші деңгейдегі МҰ күрделі жүктілік, 22-ден 33 аптаға дейінгі гестация мерзімінде мерзімінен бұрын босану кезінде әйелдерді, сондай-ақ осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес перинаталдық патологияны іске асыру тәуекелі және көрсетілімі жоғары жүкті, босанатын және босанған әйелдерді емдеуге жатқызуға арналған. Үшінші деңгей мамандандырылған Акушерлік және неонаталдық көмекке мұқтаж жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге, босанған әйелдерге және науқас жаңа туған нәрестелерге, оның ішінде дене салмағы 1500,0 грамм және одан аз, төменгі деңгейдегі ұйымнан ауыстырылған шала туған нәрестелерге медициналық көмектің барлық түрлерін көрсетеді.

Перинаталдық көмекті өңірлендірудің үшінші деңгейіндегі МҰ құрылымында: жаңа туған нәрестелердің реанимация және қарқынды терапия бөлімшесі, анасымен бірге болу бөлімшесі, Жаңа туған нәрестелердің патологиясы және шала туған нәрестелерді күту бөлімшесі, сондай-ақ клиникалық-диагностикалық және бактериологиялық зертханалар ұйымдастырылады.

4.4. Иллюстрациялы материалдар:

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Ана мен бала денсаулығын қорғау дегеніміз не?
2. Антенаталды ұрықты қорғау дегеніміз не?
3. Перинаталды көмек дегеніміз не?
4. Акушериядағы перинатологияның талаптары қандай?

3-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Перинаталды орталықтар мен акушерлік стационарлардың жұмысын ұйымдастыру принциптері.

4.2. Сабақтың мақсаты: Акушерлік стационарды ұйымдастыру, құрылысы мен жұмысы. ҚР ана денсаулығын қорғау қағидаларын оқып үйрену.

4.3. Дәріс тезистері:

Перзентхананың құрылысы мен жұмысы

Перзентхана ең ірі дәрігерлік мекемелердің бірі, оның негізгі міндеті жүктілікті сақтау, босану, босанғаннан кейін бала мен ананың денсаулығын қорғау. Перзентхана- наның сапалы жұмысы дәрігерлердің мамандылық дәрежесіне, материалдық-техникалық жабдыққа, санитарлық-эпидемиологиялық жағдайына және анестезиологиялық жағдайына және анестезиологиялық-реанимациялық көмектің ұйымдастырылуына байланысты.

Перзентхананың құрамына: қабылдау, әйелдер босанатын, патология (жүкті әйелдер алдын ала жататын бөлімше), босанғаннан кейінгі физиологиялық, ішкі обсервация, бөбектер,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 8 беті

анестезиология, реанимация, шығарып салу, емдеу мен басқарма шаруашылық бөлімдері және әйелдер кеңес орны кіреді.

Қабылдау бөлмесі. Қабылдау бөлмесінде беті клеенкамен жабылған кереуетше, стол, орындық, тумбочка, әйел кишін уақытша қоятын шкаф, заттарды сақтайтын сейф болуы керек. Тумбочка үстінде дезинфекциялайтын ерітіндіге толық батырылған термометр. Қолданылған термометр мен шпательді салатын ыдыс және стерилденген корнцанг сақтайтын қоңыр шыны ыдыс болуы керек.

Тумбочка ішінде залалсыздандырылған аяқ киім, сонымен бірге стерилді бикс болуы қажет.

Жүкті әйелдер алдын ала жататын бөлім. Бұл бөлімде жоғары, орта және төмен дәрежелі қауіп-қатер тобын-дағы әйелдер тексеріліп, емделеді. Құрамына қарау, емдеу, асхана бөлмелері кіреді. Бөлімге түскен әйелдерден қажетті мәліметтер жинап, арнайы акушерлік зерттеулер жүргізіп, клиникалық-лабораториялық, анализдер алып, сырқаттың түрін анықтап, оның босану жолдарын шешеді.

Босанатын бөлім. Оның құрамына: босанар алдындағы бөлімше, босанатын және операция бөлімдері кіреді. Бұдан басқа қызметкерлер үшін буфет, санитарлар бөлмесі т. б. болу керек. Босану бөлмесіне кіреберісте дәкемен жабылған бикс тұру керек.

Босанар алдындағы белмедегі төсектің саны физиологиялық бөлімге арналған барлық төсектердің 12 проценті (екі төсектен кем болмауға тиіс), Рахманов төсегінің саны 7—8% болғаны жөн. Ал босануға арналған бөлмелердің саны өкі есе көп болу керек. Себебі тазалап, желдетіп, кварцпен аластау кезінде оларды кезекпен ауыстырып отырады Әрбір әйелдің бөлек босану бөлмесі болғаны дұрыс.

Босанар алдындағы бөлме. Бұл белмеде никелденген төсек, астауша, наркоздық, қан қысымын өлшейтін аппараттар, стетоскоп, жамбас өлшегіш болады. Бұл бөлмеде кезекші акушер жүкті әйелдің жалпы жағдайын, қан қысымын, тамыр соғуын, толғақтың сипатын, нәрестенің жүрек қағысын бақылап, күнделікке жазып отырады. Қынаптық зерттеуді босанып жатқан әйелдерде керсеткіштері бойынша кіші операция бөлмесінде, ал жыныс мүшелерінен қан кеткен кезде үлкен операция белмесінде жүргізеді.

Босану бөлмелері. Бұл белмеде әйелдер босанатын Рахманов төсектері, дәрі-дәрмек, залалсыздандырылған құрал-аспаптар қоятын шкаф, стол, жылжымалы рефлектор шамы, дәрі тамызуға арналған штативтер және залалсыздандырылған материалдармен (халат, мақта жұмыршасы, резинка қолғаптар т. б.) жабдықталған бірнеше бикстер болады. Сонымен қатар бұл бөлмеде нәрестенің тыныс жолдарын сорып тазартатын электро-сорғыш, оттекті баллондар, наркоз беретін аппарат, танометр, стетоскоп болады. Босанатын екі бөлменің арасында жаңа туған сәбиге арналған тиісті дәрі-дәрмек, арнайы құрал-аспаптармен жабдықталған бөлме бар.

Босануға арналған белмелерге таяу шағын операция бөлімшесі орналасады. Бұл бөлмеде баланы жатырдан жарып алудан басқа операциялардың бәрі жасалады, ал кесар тілігі үлкен операция бөлмесінде жасалады. Әйелдер босанатын бөлмелер мұқият оңашалануға тиіс Сонымен қатар тез арада дәрігерлік көмек көрсету үшін, залалсыздандырылған аспаптар, қан, қан орнына жүретін ерітінділер, дәрі-дәрмектермен жабдыкталуы керек.

Босанғаннан кейінгі физиологиялық бөлім. Физиологиялық бөлімде босанған аналар жатады. Олардың, дене қызуын, тамыр соғысын, қан қысымын әр күн сайын өлшейді. Сонымен қатар жалпы жағдайын, емшек бездерін, жатырдың, жиырылуын және зәрі мен қанын тексеріп тұрады. Бұл бөлімдегі төсек саны перзентхананың жалпы төсек санының 50—55%-ін құрайды, тағы 10%-тей артық төсек болғаны жөн. Мұнда нәрестенін.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 9 беті

денсаулығына байланысты перзентханада қалдырылған ана-лар жатады. Бұл бөлмелердің санитарлық тазалығы қатаң түрде сақталуы қажет. Босанған әйелге беті-қолын сүртетін, сүт бездеріне арналған сүлгілер, емізу кезінде бөбөкке төсеу үшін жаялық беріледі. Төсектік жайылымдар әр үш күн сайын ауыстырылып тұруы керек. Босанған әйелдің жаялық-төсеніштерін алғашқы үш күнде күніне төрт рет, одан кейінгі күндері екі рет, жейдесі мен сүлпілерін күнара, ал бөбөкке арналған жаялықты күніне екі рет ауыстырып тұрады.

Обсервациялық-акушерлік бөлім. Мұнда физиологиялық бөлімде ұстауға болмайтын, жұкпалы ауру таратуға себепші болатын жүкті, босанған және босанатын әйелдер, жаңа туған жас бөбектерге дәрігерлік көмек көрсетіледі, Обсервацияға әйелдер тікелей қабылдау, босанатын және басқа бөлімдерден келеді. Сол сияқты әдетте жүкті әйелдер патология, физиология бөлшінен ауыстырылады Жоғарыда айтылғандай ауру, сырқат әйелдер мен бөбектер обсервацияға тікелей үйден де түсуі ықтимал.

Гинекологиялық көмек көрсетудің негізгі принциптері:

1. Гинекологиялық көмектің барлық науқастарға бірдей болуы;
2. Гинекологиялық көмек 100% барлық жүкті болған әйелдерді және гинекологиялық ауруларды қамтамасыз ету;
3. Ең негізгі маңызды мәселе-гинекологиялық аурулардың алдын алу және созылмалы ауруларды емдеп, әйелдің репродуктивтік жүйесінің қызметін қалпына келтіру.
4. Гинекологиялық көмек әр уақытта да ғылым жаңалықтарына сүйенеді және оның жетістіктерін күнделікті тәжірибеге енгізіп, іске асыру;
5. Медициналық көмектің ауыл, қала тұрғындарына бірдей деңгейде болуын қамтамасыз ету және соған байланысты көмекті ұйымдастыру түрлерін жетілдіру.

Акушерлік- гинекологиялық мекемелердің профильдік түрлері

1.Фельдшер-акушерлік пункт (ФАП)-алғашқы дәрігерлікке дейінгі ауыл тұрғындарына профилактикалық ем және санитарлық -эпидемиологиялық көмек көрсететін медициналық мекеме: жүкті әйелдерді тізімге алу, жүкті әйелдердің денсаулығын бақылау және олардың денсаулықтарының жағдайының бақылауын қамтамасыз ету, гинекологиялық науқастарды бақылауын және жанұя жоспарлау жұмыстарын ұйымдастырады.

2.Жанұя дәрігерлік амбулаториясы (ЖДА)-алғашқы медико-санитарлық көмектің негізгі номенклатуралық медициналық мекемесі. ЖДА науқас медициналық көмекке келгенде алғашқы дәрігермен қарым-қатынаста болатын мекеме. ЖДА-бұл ересектерге, жүкті әйелдерге, босанатын әйелдерге,босанған әйелдерге және гинекологиялық науқастарға дәрігерлік ем және профилактикалық көмекпен қамтамасыз ететін медициналық мекеме.

3.Базалық әйелдер консультациясы-тұрғындарға амбулаторлы акушерлік-гинекологиялықкөмек көрсететін мамандырылған мекеме. Базалық әйелдер кеңес үйі-перзентхананың, орталық аудандық ауруханасының, консультативті диагностикалық емханасының тәуелсіз бөлімі және жоғарғы қауіпті топтағы әйелдерге мамандандырылған көмек көрсететін екінші этап болып табылады.

4.«Неке және жанұя» кеңес үйі немесе Адам репродукция орталығы-әйелдер кеңес үйінің бөлімі немесе тәуелсіз мекеме болуы мүмкін және некелік қатынастардың бұзылуына келтіретін жағдайларда және ауруларда консультативті, профилактикалық емі көмек көрсетеді.

5.Перзентхана-ауылдық, қалалық, облыстық, ауруханаларының акушерлік, гинекологиялық бөлімдері-әйелдерге мамандандырылған дәрігерлік, акушерлік-гинекологиялық стационарлық көмек көрсететін мекеме болып табылады.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 10 беті

6.Перинатальді орталық-қала, облыс ішінде, ауылдық және қалалық тұрғындарға мамандандырылған арнайы көмек беретін консультативті ұйымдастыру-методикалық, емдеу және оқу мекемесі.

7. Республикалық ана және нәресте денсаулығын қорғау ғылыми зерттеу орталығы.

ҚР профилактикалық ем көмек көрсететін және акушерлік -гинекологиялық қызметін жетілдіретін, ғылыми зерттеуді үйлестіретін, жоғары квалификациялық мамандарды дайындайтын және халықаралық қарым-қатынастарын қамтамасыз ететін бас мекеме.

Әйелдер кеңес үйінің мақсаты: осы аймақта тұратын барлық әйелдерге амбулаторлы профилактикалық ем көмек көрсету.

Міндеттері:

1. Жүкті, босанған әйелдерді жәнегинекологиялық науқастарды тізімге алу және профилактикалық ем көмек көрсету.
2. Жанұя жоспарлау жұмысын жүргізу.
3. Санитарлық ағарту жұмысын жүргізу.
4. Жүкті, босанған әйелдерге және гинекологиялық науқастарға диагностикалық және емнің жаңа әдістерін тәжірибеге енгізу.
5. Өлеуметтік-құқықты көмек.
6. Жүкті, босанған әйелдерге және гинекологиялық науқастарды зерттегенде басқа мекемелермен қатысты қамтамасыз ету.
7. Перзентхана мен балалар емханасымен, жедел жәрдем станциясымен, санитарлы-эпидемиологиялық мекемемен және басқа мекемелермен (тері венерологиялық, туберкулезге қарсы, онкологиялық) ұдайы байланыста болу

Әйелдер кеңес үйінің құрылысында болу керек: шешінетін жер,тіркеу орны, күтім бөлмесі, жүкті, босанған әйелдерді, гинекологиялық науқастарды қабылдайтын бөлмелер, манипуляциялық бөлме (гинекологиялық емдеу процедуралары үшін) процедуралық бөлме, жануя жоспарлау кабинеті, клиникалық зертхана, УДЗ-бөлмесіфизиотерапиялық бөлме. Ірі кеңес үйлерінде болады: терапевт,стоматолог, генетик бөлмелері, жатыр мойнының аурулары және бедеулік, жүктілікті сақтай алмағандағы әйелдерді қабылдайтын бөлмелер.

Әйелдер кеңес үйінің негізгі көрсеткіштері:

1. Ана өлімнің көрсеткіші
2. Перинатальді аурулардың және өлімнің көрсеткіші
3. Жүкті әйелдердің ерте келуі(12-аптаға дейін). Аймақта жүкті әйелдер диспансерлік тізімге 12-аптаға дейін 70 және одан көп пайызда алынса жаксы көрсеткіш болып саналады
4. Берілген аймақтағы репродуктивті жастағы әйелдердің аборт пайызы
5. Тізімде тұрған жүкті әйелдің терапевтке қаралған пайызы
6. УДЗ-ге міндетті түрде қаралған пайызы
7. Мерзімінен бұрын туудың пайызы
8. Ауыр гестозтардың жиілігі
9. Септикалық асқынудың жиілігі
10. Экстрагенитальді аурулардың жиілігі (жүкті әйелдің денсаулық индексі)

Әйелдер кеңес үйінде акушерканың міндеттері:

1. Жүкті, босанған (перзентханадан шыққаннан кейін) әйелдерге қызмет көрсету.
2. Нәрестені антенатальді қорғау
3. Әйелдердің арасынан жоғарғы қауіпті топтарды анықтау және оларды тізімге алу.
4. Белсенді патронаж өткізу
5. Басқа мекемелермен ұдайы байланысты қамтамасыз ету
6. Жанұя жоспарлау жұмысын жүргізу

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 11 беті

7. Гинекологиялық науқастарға көмек көрсету
8. Денсаулық сақтау және басқа медициналық сұрақтар бойынша санитарлық ағарту жұмысын жүргізу.

Перзентхана құрамы:

Перзентхана-ең ірі медициналық мекемелердің бірі, оның негізгі мақсаты жүктілікті сақтау, босану, босанғаннан кейін сәби мен ананың денсаулығын қорғау.

Перзентхана бөлімшелер 3 блоктан құралады:

1-ші блок-клиникалық: қабылдау бөлім(физиологиялық, обсервациялық, физиологиялық бөлімі өзінің босану бөлімімен , обсервациялық бөлімі өзінің босану бөлімімен, босанғаннан кейінгі бөлім (ана, нәресте бірге болатын бөлімшелерімен), жүктіліктегі патология бөлімі, жаңа туған нәресте бөлімі, операциялық бөлім, реанимациялық және интенсивті терапия бөлімі, гинекологиялық бөлімінен тұрады.

2-ші блок-лабораториялы-диагностикалық. Заласыздандыру бөлімі. Автоклав бөлімі. УДЗ-кабинеті. Физио-кабинеті. Барокамера

3-ші блок-Әкімшілік -емханалық

Ана өлімі (АӨ)- жүктілік , босану кезеңдеріндегі және босанғаннан кейінгі 42 кун аралығындағы өлім жатады.

Жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі

Ана өлімі,%= $(42\text{кун аралығында}) \frac{\text{өлген әйелдердің саны} \times 100000}{\text{тірі туылғандар саны}}$

Ана өлімінің көрсеткіші-жылына өлген аналардың 100000 мың тірі туылғандардың санымен анықталады. Емдеу профилактикалық мекемелердің негізгі сапалы көрсетімдерінің бірі-ана өлімінің деңгейі

4.4. Иллюстрациялы материалдар: презентация

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Перзентхананың құрылымы мен жұмысы?
2. Босану мекемелерінде гинекологиялық көмекті көрсетудегі мейірбикенің ролі?
3. Акушерлік стационардың эпидемияға қарсы шараларын ұйымдастыру қалай жүзеге асырылады?
4. Перзентхананың күнделікті тәртібі қандай?

4-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Жүктілік физиологиясы. Жүктілік диагностикасы. Ұрықтың құрсақішілік даму сатылары.

4.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларды жүктіліктің физиологиялық ерекшеліктерімен таныстыру. Жүктіліктің белгілерін (күмәнді, күмәнсіз, шынайы); жүктіліктің мерзіміне байланысты жатыр түбі биіктігінің өзгеруі; үлкен жамбас өлшемдерін өлшеу, сыртқы акушерлік зерттеу әдісінің төрт тәсілін қолдану, ұрықтың орналасуын, позициясын, түрін, келіп тұрған бөлігін анықтау, ұрықтың жүрек соғысын тындауды меңгерту.

4.3. Дәріс тезистері:

Физиологиялық жүктілік 40 аптаға, немесе 10 акушерлік айға ұзарады. Ұрықтану от сперматозоид пен аналық жыныс жасушасының қосылуы. Нәтижесінде зигота пайда болады. Әйел өмірі ұрық дамуына оптимальды жағдай жасауға бағытталған.

Имплантациядан бастап ұрықтанған жасушаның нәресте тууна дейін эмбрион - ұрыққа

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 12 беті

қажетті жағдайлар дамиді. Әйел организмнің адаптациялық-компенсаторлы механизмдерін ұрықтың дұрыс дамуына нығайту керек

Әйел өмірінде жатыр ішілік ұрық дамуының 2 кезеңін ажыратады: эмбриональды және фетальды. Эмбриональды кезең ұрықтанудан басталады, жүктіліктің 3-айының аяқталуына дейін жалғасады. Осы кезеңде барлық ағзалармен жүйелерінің бастамасы дамиды, денесінің, бетінің, аяқ қолының.

Фетальды кезең 3-айдың басынан басталады, бала туылғанда аяқталады. Осы кезде ұрық тез өседі, тіндердің дифференцировкасы болады, ағзалармен жүйелер дамиды, ұрық өміріне қажетті жаңа жүйелер пайда болады. Фетальды кезең 13-40 аптаға дейін созылады. Осы кезде жыныс ағзаларының даму ақаулары болуы мүмкін. Қыз балада, дәрілердің андрогенді әсеріне байланысты сыртқы жыныс ағзаларының кеш дамуымен (12-14 аптада) көрінуі мүмкін.

Адам -өмірінің жатыр ішілік кезеңін келесі сатыларға бөледі:

- Предимплантацияны даму
- Имплантация
- Органогенез
- Ұрық кезеңі

Ұрықтанудан кейін зиготаның бөлінуі болады: бластомерлер көбейіп оның комплексы Морула деп аталады. Бластомерлердің бөліну процесінде 2 түрін ажыратады: 1 - ірі және қаралау, 2 - ұсақ ашық. Моруланың ортасында ірі және қаралау бластомерлер ол - Эмбриобласт. Одан кейін ұрық жасушалары пайда болады. Ұсақ және ашық бластомерлер эмбрионбластті қоршап трофобласт бастамасы болып саналады - кейін ол имплантациямен тамақтануын қамтамасыз етеді. Трофобластпен эмбрионбласт ортасында суға толған қуыс пайда болады - Бластоциста. Бластомерге бөліну сатыда жатырға жылжиды. Миграция 4-5 күн жалғасады. Содан кейін морула сатысында жатырға түседі да бластоцистаға айналады. Осы сатыда имплантация (Нидация) болады. Имплантациядан кейін ұрықтың тез дамуы байқалады. Трофобластта біріншілік бүрілер пайда болады. Осы бүрілер ұрықтың эмбриотрофпен қатынасын үлкейтеді.

Ұрық келесі 3 жапырақтан тұрады: эктодерма, мезодерма және энтодерма. Осы жапырақтардан ұрықтың тіндері мен ағзалары пайда болады. Жұмыртқа компактті қабатқа еніп жан жағынан дицидуальды қабатпен қоршаланады. Дицидуальды қабат келесі 3 бөліктен тұрады:

- Dicipua parietalis - жатыр ішін жабатын ішкі қабат
- Dicipua capsularis - жұмыртқа жағынан жабылатын бөлігі жатыр ішінде
- Dicipua basalis - жұмыртқамен жатыр қабырғасы арасындағы бөлік

Физиологиялық аспектіде функциональды жүйеде Ана-Жатыр жолдасы (плацента)-ұрық деп 3 бөлікті ажыратады:

- Ұрық пен ана организмі
- Ана мен жатыр жолдасының организмі
- Жатыр жолдасымен ұрық

Жатыр жолдасы - негізгі ағза, ана мен ұрық организмдерін байланыстырушы ағза.

Функциялары:

- ◆ Трофикамен белок синтезі
- ◆ Газоалмасу
- ◆ Гормон бөлу және гормонды регуляциялау
- ◆ Артериалды қан қысымының регуляциясы
- ◆ Қан құю регуляциясы

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 13 беті

- ◆ Антитоксикалық функциясы
- ◆ Биологиялық активті заттарды жинау
- ◆ Иммунды регуляция

Ұрық дамуы 1-ай: 1-күн ұрықтану

- 6 күн имплантация
- 18 күн жүрек соғу пайда болу
- айдың соңында аяқ-қолы пайда болуы

2-ай: - негізгі жүйелер пайда болады

- қозғалысы пайда болады
- сүт тістері дамиды

3-ай: - жынысы ажыратылады

- тыныс алу
- жұту пайда болады

4-ай: - адам бейнесі пайда болады

- ұзындығы 20-25см, салмағы 170 гр.

5-ай: - қозғалысын сезеді

- шаштар пайда болады
- салмағы 450гр, жүрек соғысы естіледі

6-ай: - өмір сүру қабілеті бар

- ұстау рефлексі дамиды

7-ай: - салмағы 1300-1400гр.

- аналық иммунитеті бар
- лануга жоғалады

8-ай: - салмағы 2200-2300гр

- баспен келуі

9-ай: - салмағы 3200-3400гр, бойы 50см.

- ұрық төмен түседі

Жүктілерді диагностикалау әдістері.

Жүкті әйелдерді диагностикалауды көптеген маңызда сұрақтарды түсіндіреді. Ең алдымен жүкті болудың пайда болу фактысын анықтайды. Кейін жүктілік мерзімін, босануға дейінгі демалысты және босану уақытын жобалап анықтау. Әйелді тексергенде жүктілік қалыпты ма әлде асқынулар дәрігерлік көмекті қажет ететін бар ма анықтайды. Әйелдің жағдайын бағалап, дер кезінде мүмкін болатын жасайды. Диагностика жасауда маңызды ұрық жағдайы мен оның дамуы. Аталған сұрақтарды шешу босану болжамын жасаушы анықталады. Жүкті әйелді сурастыру белгілі жоспар бойынша жүргізіледі. Барлық алынған мәліметтер жүкті әйел картасы немесе ауру тарихына жазылады.

1. Паспорттық мәліметтер

2. Әйелді мед. көмекпен қаралуға әкелген себептері (шағымдары).

Жүктілер көбінесе менструациялық тоқтауымен жүктілікке қауіптенумен қаралады. Кейде олар демнің өзгеруі, жүрек айну, құсу және басқа бұзылыстарға, жүктіліктің алғашқы кезеңінде негізгі белгілерге шағымданады. Жыныс мүшелеріне қан ағу симптомдарымен де шағымдалап көптеген асқынулар (түсік, жатырдан тыс жүктілік).

3. Тұрмыс жағдайы

4. Басынан кешкен, тұқым қуалаушылық аурулар

5. Менструальды функция сурау кезінде а) ең алғашқы менустрация қай жастан бастап және қанша аралық тан кейін қалыпты менустрация және менустрация характерін

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 14 беті

сурастырады. в) жыныстық қатынас, түсік, туғаннан кейін менустрация характері өзгереді ма г) ең соңғы менустрация қашан болды.

6. Секреторлық қызмет. Жыныс жолдарынан бөлінулер жоқпа анықтайды. Патологиялық бөліністер қабыну процесін көрінісі.

7. Жыныстық функция. Қай жастан бастап жыныстық қатнас басталғанын, саны бойынша нешенші үйлену екенің анықтау.

8. Күйеуінің денсаулығы

9. Бала табу қызметі. Анықтайды:

а) осы жүктілік нешінші,

б) бұрынғы жүктіліктердің ағымы,

в) бұл жүктіліктің мінездемесі,

г) босанғаннан кейін аурулар болады ма, яғни олар келесі босануда қиындық туғызуы мүмкін.

10. Жыныстық қатынастан жүктілік болғанға дейінгі уақыт.

Объективті зерттеу жалпы әдістерден тұрады, ол әйелдердің денсаулығын анықтауда және акушерлік зерттеулер осыларды негіздей отырып жүктілікті, оның уақыты, ұрық жағдайы мен өлшемін анықтау. Жүкті әйелдерді *қарау* жалпы қараудан басталады. Бойын, дене бітімін, дене салмағын, тері жамылғысын бағалайды. 150см және одан төмен бойы бар әйелдер қауыпті жатады. Оларда жамбастың тарылуы немесе деформациясы болуы мүмкін. Семіздіктегі әйелдерде жүктілік кезінде асқынулар жиі байқалады. (кеш гестоз, жүкті катередау) босану кезінде (босану қызметінің әлсіздігі, шарама және ерте босанудан кей кезеңдерде қан кету) жүктілік кезінде бетінде пигментацияның күшеюі, бетің терсінде , сан терсінде, сүт бездерінде көгілдір қызыл түсті нем қызыл түсті немта жүктілерде тыртықтарды көреміз. Іштің формасын анықтау үлкен маңызға ие ұрықтың ұзыннан орналасуын немесе көлденең және қиғаш созылынды болып келеді. Қосағанда түктерге, ақ сызық астындағы, аяқтардағы ерекше көңіл аударады. Түктің ұзын болып өсуі организмнің гормональды бұзылуынан болады (адрегелитальды синдром). Мұндай әйелдерде көбінесе қаупке әкеледі, босану кезінде жатырдың жиырылу қызметінің.

Ішті өлшеу және пальпациялау. Сантиметрлік лентамен іштің шеңберін кіндік деңгейінде өлшейді, мерзімі жеткен жүктілерде 90 – 95 см, ері ұрықты әйелдерде, көп сулы, көп ұрықты, іштің шеңберінің семіздігі кезінде 100 см жоғары, жатыр түбінің биіктеген өлшейді. Қасағаның жоғарғы бөлігінен жатыр түбіне дейін. Іш шеңбері биіктігі мен жатыр түбі биіктігі жүктілікті анықтауға көмектеседі.

Ұрық салмағын шамамен анықтау үшін іш шеңберін жатыр түбі биіктігіне көбейтеді.

Шамамен ұрық массасын анықтау Джонс формуласымен жүргізіледі. $M = (\text{жатыр түбі биіктігі} - 11) * 155,11 - 90$ кг дейін жүкті әйел салмағының белгіліген коэфулценті, егер әйел салмағы 90 кг жоғары болса кофф – 12 тең. Іш пальпациясы – негізгі сырқы акушерлік зерттеу болып табылады. Іш пальпациясын әйелді қатты кушеткаға арқасымен жатқызып жасайды. Ққық және тік ішек босатылған дәрігер жүкті әйелдің оң жағында тұрады. Пальпация әдісімен іштің қабырғасын жағдайын, терінің эластикалық, тері асты май қабатының қалыңдығы, іштің тік бұлшықеті жағдайы, операциядан кейінгі тыртықтар жағдайы. Акушерияда жатыр ішілік ұрықтың орналуын анықтауда келесі түсініктемелер қолданылады: орналасу, позициясы, түр мүшелердің орналасуы, Ұрықтың орналасуы – ұрық осі мен жатыр осі қатынасы. Егер ұрық осі және жатыр осі сәйкес келсе онда ұрықтың орналасуы ұзынан деб аталады. Егер ұрық осі жатыр осі мен тік бұрыш жасап қосылса онда ұрықтың орналасуы – көлденен, егер бұрыш қиғаш болса – қиғаш деп аталады. Ұрық позициясы – ұрық қабы жатырдың бүйір қабығының қатынасы. Егер ұрық қабырғасы

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 15 беті

жатырдың сол жақ бүйір қабырғасына қарап жатса бұл 1-ші позиция. Егер ұрық қабырғасы жатырдың оң жақ қабырғасына қарап жатса – 2-ші позиция.

Позиция түрі – ұрықтың қабырғасы жатыр қабырғасының алдыңғы немесе артқы қабырғасына қатынасы. Егер қабырға алдыңғы қабырғаға сәйкестенсе – алдыңғы түрі, артқы түр.

Мүшелерінің орны – аяқ қолдары және ұрық басының денесіне қатынасын айтады. Қалыпты мүшенің орны басы иілген, және денесіне жабысқак, қолдары шынтақ буынына бүгілген, олар кеудесіне жабысқан, аяқтары жамбас сан және тізе буындарымен бүгілген және озара ішке жақындаған.

Леопольд – Левицкий тәсілі.

Ұрық орналасқан анықтауы 4 тәсілмен жүргізіледі. дәрігер жүкті әйелдің оң жағында тұрады.

1. Тәсіл – жатыр түбінің биіктігі және ұрық бөлігінің түбінде орналасқан қос қолдың алақаны жатыр түбіне жалғасады, қол саусақтары бір – біріне біріктіреді жамбас сүегі күрделі, жұмсақ және анықталады. Ұрық басы күрделі тығыз болады.

Көлденен және қиғаш орнда жатыр түбі бос болады, күрделі бөлімдері олға және солға кіндігі деңгейде мықын сүйек деңгейде болады.

2. Тәсіл – орын, позиция, ұрықтың позициясы, түрі – қол сасақның жатыр түбінен бүйірлік бөлшектерден тұрады. Алақандар беткейнен қол саусақтарымен жатырдың бүйір аймақтарынан бастайды. Ұрықтың қабырғасы тегіс, жұмсақ томпешіксіз анықталады.

3. Тәсіл – жатқан бөлік кіші жамбастың шығар бөлігі қалындап тесіледі оң қолмен жүргізіледі. Бұл тәсілмен анықтайды.

Дәрігер қол саусақтарымен ортанғы сызықтан латеральды орналасуы. Қол саусақтарының қиғашта отырып орналасуы орны анықтырып. Бас қозғалмайтын болуы мүмкін.

Жамбасты өлшеу.

Жамбасты анықтайтын курал – Мартин тәсілімен жүргізіледі. Зерттелетін әйелге отырып немесе тұрып тазалау аяқтамасын ұстап алып 1 саусақпен ал жатырды 2 саусақпен жүктілігін табады. 3 көлденен өлшемін өлшейді.

1 Distancia spinarum мықын сүйегінің жоғары осі арадағы қашықтық – 25– 26 см.

2 Distancia cristarum мықын сүйегінің өте алшақ қашықтығы 28 – 29 см.

3 Distancia trohahterica - ұршық бастарының ара қашықтығы 30-32см

4 Conjqata externa – симфиздің жоғарғы сыртқы қырымен Михаелис ромбысының ойығы – 20-21см.

Жүктіліктің болуының нақты ерте белгілері болып табылады: ХГЧ субъединицасына оң тест, 7 тәулік өткеннен кейін анықталады (акушерлік мезгілі 3 апта), ал ұрпақтанудан кейін 2 аптасында – ұрықтық жұмыртқаның сонографиялық верификациясы (акушерлік мезгілінің 4 аптасы). Жүктіліктің нақты белгілері болып ұрықтың жатырда болуы: оның қозғалысын анасының сезуі және пальпация кезінде анықталуы, ұрықтың жүрек тонын тыңдау, ұрықтың бөліктерінің анықталуы, ультрадыбысты зерттеуде ұрықты анықтау.

ЖҮКТІЛІК МЕРЗІМІН ЖӘНЕ БОСАНУ УАҚЫТЫН АНЫҚТАУ

Жүктілік мерзімін анықтау анамнездік мәліметтер негізінде (етеккірдің тоқтауы, іштегі нәрестенің бірінші қозғалған күні), объективті зерттеулер (жатыр ұзындығы мен ұрық өлшемі) және қосымша зерттеулер негізінде (УДЗ) жасалады. Жүктілік мерзімін және босану уақытын анықтайды:

Соңғы етеккірдің күніне қарайды. Соңғы етеккірдің бірінші күнінен бастап, жүкті әйелдің қаралған кезінің күніне дейін санап шығаруға болады. Босану уақытын анықтау үшін соңғы етеккірдің бірінші күніне 280 күнді қосады немесе Негеле формуласын пайдаланады. Соңғы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		

67/11

67 беттің 16 беті

етеккірдің бастапқы күніне 3 айды алып тастаймыз және 7 күнді қосамыз. Бұл әдіс етеккір циклы тұрақты емес әйелдерге қолдануға болмайды.

Овуляция бойынша. Егер сол немесе басқада жағдайлар күшінде болса, әйел шамаланған ұрықтану күнін айтуы мүмкін. (сирек жыныстық, экстрокорпоральды ұрықтандыру операциясы, донор спермасының инсесенациясы) онда жүктілік мерзімін шамамен 2 апта қосып, ұрықтану күнінен бастап санап шығарады, ал босану күнін, 38 апта, шамаланған овуляция күнінен бастап санап шығарылады немесе келесі формуланы қолданады: овуляция күнінен 3 ай 7 күнді алып тастайды.

Бірінші қаралуға келуінен бастап жүктілікке байланысты есепте тұрғанда, жүкті әйелді міндетті зерттеу әдісі қынаптық болып табылады. Жүктілік мерзімін анықтауға болатын қынаптық зерттеу болып табылады. (табл. қараңыз) Бірінші қозғалуына қарап; жүктілік мерзімінің қозғалуының бірінші күніне қарап, оның екінші жартысында ғана анықтауға болады. Орташа алғанда бірінші босанатын әйелдер ұрықтың қозғалуын 20 аптада, ал екінші рет босанатын әйелдер - жүктіліктің 18 аптасында сезеді.

Ультрадыбысты зерттеу мәліметтеріне қарап УДЗ арқылы жүктілік мерзімін анықтау дәлдігі жоғары, әсіресе жүктіліктің 1 триместрінде. II және III триместрде бұл әдіспен жүктіліктің мерзімін анықтауда қателесу жоғарылайды. Ол ұрық дамуының конституционалды ерекшеліктерімен немесе жүктілік асқынуларымен байланысты (ұрық гипотрофиясы, диабетикалық фетопатия және т.б.), сондықтан іштегі нәрестені динамикалық ультрадыбысты бақылау айқын бағалы болып табылады.

Босануға дейінгі демалысқа шығуына қарап Заң бойынша 30 аптадан бастап әйел босануға дейінгі демалыс алуға құқығы бар. Жүктілік мерзімімен босану уақытын тез есептеу үшін арнайы акушерлік календарлар шығарылды. Жүктілік мерзімін анықтау үшін шаттан жоғары жатыр түбінің биіктігін және іштің айналымын дұрыс өлшеу керек. Шаттан жоғары жатыр түбі биіктігін сантиметрлік жолақпен немесе тазомермен өлшейміз. Өлшер алдында әйел қуығын босату керек және аяғын қосып, арқасымен жатады.

Симфиздің жоғарғы қыры мен жатыр түбінің шығыңқы нүктесі аралығын өлшейді. Жүктіліктің екінші жартысында іштің айналымын сантиметрлік жолақпен өлшейді, оны алдынан - кіндік деңгейінде, артынан - бел аймағының ортасынан өткізеді. Жүктіліктің кеш мерзімін анықтау ерте мерзімін анықтаудан оңай, себебі осы кезде жүктіліктің жеткілікті белгілері болады. Акушер-гинеколог үшін жүктілік мерзімін және оның босанатын уақытын анықтау кейде қиын болады.

Жүктіліктің уақытын және баланың босанатын мерзімін анықтау үшін жүкті әйелді қарау және одан анамнез жинау қажет, лабораториялық, аспаптық және қосымша әдістер арқылы тексереміз. Ең соңында гемолитикалық, иммунологиялық (серологиялық), бектариологиялық, биохимиялық, гистологиялық, цитологиялық зерттеулер, жүрек соғуын тексеру, эндокринологиялық, математикалық әдіспен мүмкін болатын сырқаттарын, жүктіліктің асқынуын және ұрықтың өсуінің бұзылысын зерттеу. Осыларды тексеріп болған соң рентгеноскопиялық, рентгенография, амниоцентез, ультрадыбыс және де басқа жаңа әдістер арқылы диагностикалаиды.

Жүктілік мерзімі

4 апта - Жатыр көлемі тауық жұмыртқасындай

8 апта - Жатыр көлемі қаз жұмыртқасындай

12 апта - Жатыр көлемі ер адамның жұдырығындай, түбі шаттың жоғарғы қыры деңгейінде

16 апта - Жатыр түбі шат пен кіндік арасында(шаттан 6 см жоғары)

20 апта - Жатыр ұлғаяуынан іш ұлғайады, шаттан 11-12 см жоғары, ұрық қозғалысы пайда болады, жүрек қағысы естіледі.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 17 беті

24 апта - Жатыр түбі кіндік деңгейінде, шаттан 22-24 см жоғары

28 апта - Жатыр түбі кіндіктен 4 см жоғары, шаттан 25-28 см жоғары.

32 апта - Жатыр түбі кіндіктен төстің қылыш тәрізді өсіндісі аралығында, шаттан 30-32 см жоғары, кіндік деңгейінде іштің айналымы 80-85 см, кіндік аздап жазылған, бастың тік өлшемі 9-10 см.

36 апта - Жатыр түбі қабырға доғасы деңгейінде, іштің айналымы 90 см, кіндік жазылған, бастың тік өлшемі 10-12 см.

40 апта - Жатыр түбі төстің қылыш тәрізді өсіндісі мен кіндікке дейінгі қашықтық аралығына төмендеген, шаттан 32 см жоғары., іштің айналымы 96-98 см, кіндік шығыңқы, бастың тік өлшемі 11-12 см. Алғашқы босанушыда ұрық басы кіші жамбасқа қысылған, ал қайта босанушыда- қозғалмалы.

Ең негізгі және нақты диагноз УДЗ көмегімен қойылады.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: фантом, ұрық муляждары, плакаттар, презентация.

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Жүктілік физиологиясы дегеніміз не?
2. Жүктілік диагностикасы қалай өткізіледі?
3. Ұрықтың құрсақішілік даму сатылары қандай?
4. Жүктілік мерзімін қалай анықтайды?

5-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Жүктілерді тексерудің инвазивті емес инструменталды зерттеу әдістері.

4.2. Сабақтың мақсаты: Жүктілерді тексерудің инструменталды зерттеу әдістерін қолдануды үйрену, диагностика және алғашқы медициналық көмек дағдыларын игеру бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру

4.3. Дәріс тезистері:

Акушерия және гинекологияда қолданатын тексеру әдістері келесідей болып бөлінеді:

1. жалпы медицинадағы зерттеу әдістері
2. арнайы зерттеу әдістері

Тексерудің құрылымды элементтері:

- анамнез жинау
- жалпы қарау, соматикалық статусты бағалау
- акушерлік-гинекологиялық зерттеу
- қосымша зерттеу әдістері

Анамнез және шағымдар:

- актуальды 50-70% дұрыс диагнозды анықтайды
- диагнозды нақтылау үшін объективті зерттеу әдістері қолданылады
- медико-социалды мәліметтер (жасы, отбасылық-әлеуметтік жағдайлар, профессия, тамақтану)
- өмір анамнезі (аурулаар және операциялар, тұқым қуалаушы аурулар, аллергияанамнез)
- шағымы және жүктілік ағымы
- зиянды әдеттер
- күйеуі туралы мәліметтер
- ағзалардың функциясы (зәр шығару, нәжісі)

Жалпы қарау:

- дене бітімі

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 18 беті		

- терісі мен шарышты қабаттардың жағдайы
- жүйе бойынша ішкі ағзалардың жағдайы
- ішті қарау (формасы, тыныс алуда қатысу, пальпация, перкуссия, аускультация, өлшемдері)
- жамбасты өлшеу
- сыртқы акушерлік зерттеу
- іштің аускультациясы
- сыртқы жыныс мүшелерін қарау
- гинекологиялық айнамен қарау
- қынаптық зерттеу, бимануалды, тік ішекті және қынап-тікішекті тексеру

Жүктілерді тексеру алғашқы сұраудан, қараудан, қосымша зерттеу әдістерін жүргізуден тұрады.

Жүктілік мерзімін анықтау: - етеккірдің 1-і күнімен

- овуляциямен
- 1-ші ұрық қимылымен
- объективті көрінісімен
- УДЗ

Акушериядағы лабораторлы зерттеу әдістері:

- қан және зәрді зерттеу
- биохимиялық
- иммунологиялық
- бактериоскопиялық
- бактериологиялық

Акушериядағы қосымша зерттеу әдістері:

- медико-гинетикалық әдістер
- УДЗ
- ультрадыбысты доплерометрия әдісі

Иммунологиялық әдістер:

- жүктілік диагностикасы – сарысуда және зәрде ХГ анықтау
- гипоталамус гормоны (фолиберин)
- гипофиз (ФСГ, ЛГ, пролактин, АКТГ, ТТГ)
- аналық безі (Э1 Э2 Э3 прогестерон, андроген)
- бүйрекүсті безі (кортизол, тестостерон, альдостерон)
- қалқанша безі (Т3, Т4)

Медико-генетикалық әдістер қолданылады:

- жыныстық даму ақауларын, бедеулікті диагностилау үшін
- тұқым қуалау ауруларын анықтау үшін
- ұрықтың даму ақауларын анықтау үшін
- жүктілікті көтере алмаушылықты анықтау үшін

Кардиотокография

- Ұрық жағдайын бағалаудың негізгі әдісі
- Ұрық жүрек әрекетінің сипатын бағалау
- Жатырдың жиырылу белсенділігін бағалау

Осы әдісті жүктілік және босану кезінде кең қолдану перинатальды өлімді 4 есе төмендетті. УДЗ скринингтің қарауы жүктілерде УДЗ бақылауды үш ретті жүргізу болып табылады. Ол 10-12 20-22 30-32 аптада. 36-37 аптада жүктіліктің физиологиялық ағымында плацентаның қалыңдығы 3,3-3,6см құрайды. Етеккір циклінің 5-7 күнінде жасалады. Жатыр, аналық безі

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 19 беті

ісіктерінің, аденомиоз, эндометрий патологиясын, аналық безінің поликистозын даму ақауларын диагностикалаиды. Әдістің нақтылығы 74,8%.

Ультрадыбысты доплерометрия. Өртүрлі тамырларда қан ағымының инвазивті емес тура өлшемдерін анықтайды. Ұрық, кіндік, жатыр артериялыры қантамырларында қан ағымының жағдайын динамикада бақылайды.

Эндоскопиялық тексеру әдістері: - амниоскопия, фетоскопия; - лапароскопия; - гистероскопия; - кольпоскопия

Қосымша зерттеу әдістері: - инструменталды әдістер (жатырды зондтау, жеке диагностикалық қыру, биопсия, аспирациялық кюретаж, құрсақ қуысын пункциялау артқы күмбез арқылы)

- Функционалды диагностикалық әдістер
- Зерттеудің лабораторлы әдістері
- Гормоналды зерттеулер

4.4. Иллюстрациялы материалдар: жүкті әйел муляжы, жамбас өлшегіш, сантиметрлік таспа, презентация.

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Жүктілерді тексерудің қандай түрлері бар?
2. Инструменталды зерттеу әдістерін атаңыз?.
3. Анамнез қалай жиналады? Түрлері?
4. Шағымдардың маңызы бар ма?.

6-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Босану физиологиясы. Толғатқан әйел мен жаңа босанған әйелге бақылау және күтім жүргізу. Тексеру әдістері.

4.2. Сабақтың мақсаты: Оқушыларға босану физиологиясын түсіндіру. Толғатқан әйел мен жаңа босанған әйелге бақылау және күтім қалай жүргізу керек екенін түсіндіру. Тексеру әдістерімен таныстыру.

4.3. Дәріс тезистері: Босану (partus) – жатыр қуысынан ұрықтың, плацентаның қабықшаларымен және қағанақ суының шығуымен сипатталатын физиологиялық процесс. Босанудың басталу себептері - Босану қызметінің пайда болып, дамуының негізінде тізбекті шартсыз рефлекс жатыр. - Рефлексер тітіркеністі ұрық жұмыртқасынан, нәрестеден қабылдайтын жатыр рецепторларынан басталады. - Босанудың басталуын морфологиялық, биохимиялық, биофизикалық жағдайлардың байланысы ретінде, біртіндеп болатын интеграцияның нәтижесі деп қарайды

Мерзімі жеткен жүктілік кезінде босанудың басталуы жатырдағы өзгерістер мен утеротропин – утреотониктердің жедел, синхронды түзілуімен түсіндіріледі.

Утеротропиндер- жатырды босануға дайындайды. Олардың әсерінен болады: * жатыр мойнының жұмсаруы мен пісіп жетілуі, *миометрий жасушаларының арасындағы байланыстың пайда болуы, *миометридегі окситоцинді рецепторлар санының көбеюі, *миометрийдің утеротониндерге контрактильді сезімталдығының жоғарылауы.

Утеротониндер – миометрийдің жиырылуын шақыратын заттар.

Утеротропиндер - эстрогендер - кортикостероидтар (↑кортизол) - простагландиндер F2α, E2 - серотонин - кинин - ферменттер - интерлейкин 1

Утеротониндер - простагландиндер F2α, E2 и I - окситоцин - ангиотензин II - аргивин - вазопрессин - брадикинин

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 20 беті		

*Босанудың басталу гипотезасы *Прогестерон деңгейінің төмендеуі *окситоцинді теория *

нәресте мен ана арасындағы байланыстың өзгерістері

Жүктіліктің босануға жақындаған уақытында: -Әйел организмнің дайындығы өседі, - Белгілі бір мерзімде ретті босану әрекеті басталады - және босану акты іске асырылады. Жинақталған босану доминантасы пайда болғанда ғана босанудың физиологиялық кезеңі болады. «босану доминантасы» түсінігі жоғарғы нерв жүйесі мен орындаушы ағзаларды қосатын динамикалық жүйе ең алдымен жыныс жүйесін. Әйел ағзасының босануға дайындығы Әйел ағзасының босануға дайындығы бірнеше себептерге байланысты, босанудың бірден басталуымен немесе жақын арада босануды қоздыратын дәрі дәрімектерді қолданғанда оң нәтижелі болуымен көрінеді. «Жетілген" жатыр пальпаторлы зерттеу әдісімен анықталады : -жатыр мойнының консистенциясы (жұмсару дәрежесі), -қынаптың және оның бөліктерінің ұзындығы, -жатыр мойны каналының өткізгіштігі, -жамбастың өткізу осіне қатынасы. -Алда жатқан бөлігінің орналасқан жері. Әрбір белгісі баллмен бағаланады.Жатыр мойнының жетілуін анықтау кестесі *«жетілмеген» және «жетілген»" жатыр мойнын ажыратады Шет елдерде Е.Н. Bishop (1964г.) шкаласы жиі таралған және Y.E. Burnett (1966г.), модификациясы қабылданған және Ресейде М. S. Burnhill ұсынған кестесі (1962г.), Чернуха Е.А. өзгерткен. Ағзаның босануға дайындығының негізгі клиникалық белгілері немесе босанудың ізашарлары болып табылады - Жатыр мойнының құрылымдық өзгерістері – «жетілген" жатыр мойны * шырышты тығынның кетуі *толғақтардың – ізашарлардың болуы, яғни миометридің белсенді жиырылуының жоғарылауы.

Босанудың ізашарлары *Іштің төменгі жағы мен бел аймағының тартып ауруы (дайындық толғақтары), *Цервикалды каналдан шырышты тығынның кетуі, *Алда орналасқан бөліктің кіші жамбасқа түсуіне байланысты жатыр түбі биіктігінің төмен орналасуы, *Босану алдында дене салмағының төмендеуі (1000 г дейін), *Қағанақ суы көлемінің азаюы, *Ұрықтың қимылының азаюы

Босану кезеңдері Босанудың үш кезеңін ажыратады: * I кезең – жатыр мойнының ашылу кезеңі, ретті толғақтардың басталуынан жатыр мойнының толық ашылуына дейінгі аралық . * II кезең – шығару кезеңі: жатыр мойнының толық ашылуынан мен басталады да нәрестенің туылуымен аяқталады. * III кезең – нәрестенің туылуымен басталып, бала жолдасының туылуымен аяқталады.

Босанудың бірінші кезеңі *Жатыр мойнының ашылуына екі механизм әсер етеді: 1) Жатыр бұлшықеттерінің жиырылуы (толғақтар), 2)Жатыр ішілік қысымның жоғарылауына байланысты алда орналасқан бөліктің немесе қағанақ қуығының жатыр мойнына ішінен әсер етуі. Жатыр мускулатурасының жиырылуы жатыр мойнының ашылуының негізгі механизмі болып табылады. *Жиырылудың сипаты жатыр денесіндегі (көбіне ұзын), жатырдың төменгі сегментіндегі (көбіне циркулярлы) бұлшықет талшықтарының орналасу ерекшеліктеріне байланысты. *Көрсетілген түзілістердің күшіне жатырдың денесі мен төменгі сегменті әр түрлі қызмет атқарады: жатыр мойнын ашу мен нәрестені және бала жолдасын шығару үшін жатыр мойны ашылады, ал денесі жиырылады. Әрбір толғақ кезінде жатыр мускулатурасында үш процесс бір уақытта жүреді: *1 – жатырдағы бұлшықет талшықтарының жиырылуы (контракция), *2 – талшықтардың бір бірімен өзара араласуы (ретракция), *3 – бұлшықет талшықтарының созылуы (дистракция). жатыр денесінде көбінесе контракция және ретракция болады. Толғақ кезінде бұлшықет элементтері, ұзынша созылуы, жиырылу кезінде қысқарады, араласады, бір - бірімен қосылады. *Үзіліс кезінде талшықтар бастапқы кезіндегі қалпына оралмайды, бұлшықеттердің кейбір бөліктері жатырдың төменгі бөліктерінен жоғары бөліктеріне араласады. *Нәтижесінде жатыр

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 21 беті		

денесінің қабырғасы үдемелі түрде қалындайды. *Бұлшықеттердің ретракциялық топталуы жатыр мойнының дистракциясына бағытталған процесспен тығыз байланысты. * жатыр мойнының айналмалы мускулатурасының созылуы. * жатыр мойнының ұзынша орналасқан бұлшық ет талшықтары жатыр мойнының ашылуына әсер етеді. Жатыр мойнының ашылу механизмінде бір - біріне қарама - қарсы бағытталған екі күштің әсері маңызды : * Жатыр денесіндегі көлденең орналасқан мускулатураның төменнен жоғары қарай бағытталуы * Алда жатқан бөлігінің немесе қағанақ қуығының әсерінен қысымның жоғарыдан төмен берілуі Жатырдың жиырылуы жатырдың тонусымен және толғақтармен сипатталады. *Жатырдың тонусы: базалды (төмендеген) тонус 8-12 мм с.б. құрайды. *Жатыр мойнының жетілуі мен ашылуына 21-22 с.б. тонусы алып келеді, босану актының үдеуіне байланысты тонусы жоғарылайды. *Жатырдың әрбір жиырылуы жүргізу ритмінде орналасқан түтіктердің бір бұрышынан басталады («пейсмейкер») *Жиырылу толқыны жоғарыдан төмен қарай бағытталады (бірінші градиент), осы кезде күшеюінің азаюы мен ұзақтығы қысқарады (екінші және үшінші градиенттер) *Жатырдың барлық бөліктеріндегі жиырылулардың шегі уақытқа сәйкес келеді. Босанудың бірінші кезеңі 2 фазадан тұрады: - латентті - активті. *Латентті фазасы – бұл кезеңде жатыр мойнының қысқаруы мен жатыр мойнының ашылуы баяу жүреді 0 ден 3 см-ге дейін. *Активті фазасы – жатыр мойнының тез ашылу кезеңі 3 тен 10 см-ге дейін жетеді.

Жатыр мойнының ашылу жылдамдығы.

Фаза	Алғаш босанатындар	Қайта босанушылар
латентті	0,5 см/сағ	1,0 см/сағ
активті	1,0 -1,5 см/сағ	2 -2,5 см/сағ

*Латентті фазасы – ретті толғақтардан бастап жатыр мойнының құрылымдық өзгерістері пайда болғанға дейінгі аралықты айтады. (жатыр ернеуінің ашылуы 3-4 см). *Ашылу жылдамдығы 0,35 см/сағ. *Латентті фазаның ұзатығы 4-8 сағатты құрайды.

I кезеңнің активті фазасы *Активті фазасы – 3- 4 см - ден бастап жатыр мойнының толық ашылуына дейінгі кезең. * Алғаш босанушыларда, активті фазасындағы жатыр мойнының ашылу жылдамдығы 1,5-2 см/сағ, қайта босанушыларда 2,0-2,5 см/сағ

*Босанудың I кезеңінің орташа ұзақтығы : - Алғаш босанушыларда – 11- 12 сағат, - Қайта босанушыларда 7-8 сағат. Босану әрекетінің ауытқулары: *Ұзаққа созылған босану – босану18 сағаттан артыққа созылады. *Қарқынды – босану ұзақтығы: -Алғаш босанушыларда 4 сағаттан аз, -Қайта босанушыларда 2 сағаттан аз. *Шапшаң босану – босану ұзақтығы: - Алғаш босанушыларда 6 сағаттан 4 сағатқа дейін, - Қайта босанушыларда 4 сағаттан 2 сағатқа дейін.

Босану әрекетінің диагностикасы *Жүктіліктің бастапқы кезеңінде жатырдың жиырылу әрекетін объективті бағалау үшін, босанудың басталуын анықтау үшін, босану процессінде әр түрлі әдістерді қолданады, оларды шартты түрде сыртқы және ішкі гистерография деп бөледі (токографию).

II кезең – шығару кезеңі. Ұзақтығы 1 сағатқа дейін созылады. *Жатырдың жиырылуына құрсақ прессінің көлденең жолақты мускулатурасының жиырылуы, диафрагманың және жамбас түбінің жиырылуы қосылады, ол күшенудің дамуымен сипатталады. *Күшенулер рефлекторлы акт болып табылады және алда орналасқан бөліктің жатыр мойны мен жамбас түбі бұлшықеттерінің нерв талшықтарына қысым түсіру нәтижесінде пайда болады.

*Күшену еркі еріксіз және оны бақылау мүмкін емес. *Пайда болып жатқан күшенулердің нәтижесінде жатыр ішілік қысым одан ары жоғарылайды, олардың күші жатырдағы нәрестені шығаруға бағыттылған. * II кезеңде жатырдың тонусы бірінші кезеңге қарағанда 2

QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 22 беті		

есе жоғары болады, -толғақтардың интенсивтілігі 90-100 мм с. б., жетеді -толғақтардың ұзақтығы шамамен 90 секунд, -Толғақтардың арасындағы интервал шамамен 40 секунд.

*Босанудың ІІІ кезеңі: бала жолдасы кезеңі. Миометрийдің жиырылуымен сипатталады.

*Жатыр тонусы төмендейді және босанудың І кезеңін сипаттайтын көлемге тән. *Бала туылғаннан кейін жатырдың жиырылу күші бірден жоғарылайды, жатыр ішлік қысым 70-80 мм.с.б, ал миометрийдің ішіндегі қысым 250-300 мм с.б., жоғарылайды, нәтижесінде плацента бөлінеді.

*Босанудың ІІІ кезеңі 20-30 минутқа созылады. *Физиологиялық қан шығыны: - Дене салмағының 0,5% құрайды - немесе анемия, ЭГА бар болса 0,3% құрайды.

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетуді тоқтату үш негізгі компоненттен тұрады : 1)

Жатыр бұлшықеттерінің жиырылу нәтижесінде қан тамырларының бір бірімен қосылып деформациялануы (бұралуы, иілуі, созылуы), қан тоқтатудың механикалық факторы болып табылады;

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан кетуді тоқтату үш негізгі компоненттен тұрады : 2)

Артериялардың шеткі бөліктерінің өзіндік құрылымының ерекшеліктері. Плацентаның бөліну кезінде жатыр қан тамырларының жырталуы артерияның терминальды бөлігінің тарылу деңгейінде жүреді, спиральды құрылымы бұлшықет тіндерінің терең қабаттарына енуі мен жиырылуына мүмкіндік береді, өйткені сол жерде жатыр бұлшықеттерінің жиырылуынан қосымша жиырылуларға ұшырайды; Босанғаннан кейінгі кезеңдегі қан

кетуді тоқтату үш негізгі компоненттен тұрады : 3) Тромбтың түзілуі, тіндердің жарақатына организмді механикалық қорғау түрінде көрінеді. Тромбтың түзілуі майда қан тамырларындағы, әсіресе капиллярлардағы қан кетуді тоқтатуға бағытталған.

***БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ** *Босанғаннан кейінгі кезеңнің қалыпты ағымында

жоғарыда көрсетілген факторлардың барлығы бір уақытта көрінеді. *Бала жолдасын босанғаннан кейін босанушы әйел «босанған әйел» деп аталады. *Босанудың І кезеңін жүргізу *Босану ағымын бағалау үшін Е. Friedman (1955) партографияны (partus – босану), енгізуді ұсынды, яғни жатыр мойнының ашылу жылдамдығына негізделетін босану ағымын графикалық сипаттау. *Сонымен қатар босану каналы арқылы жылжитын нәрестенің алда орналасқан бөлігі сипатталады (басы, жамбасы). *Партограмма *Партограмманы немесе интенсивті бақылау картасын енгізу арқылы босану қалыпты өтіп жатырма жоқ па соны анықтаймыз. *Сонымен қатар бірінші босануы ма немесе қайта босануыма соны білу қажет. *партограмманың қисықты жоғарылауы босанудың нәтижелілігін көрсетеді: көтерілу қанша жоғары болса, босану соншалықты нәтижелі өтіп жатыр. *Жатыр мойнының ашылу темпі миометрийдің жиырылу қабілетіне, жатыр мойнының резистенттілігі мен олардың комбинациясына байланысты.

*Партограмма *Босанушы әйелдің жағдайын бағалау; *Ұрықтың жағдайын бағалау;

*Босану әрекетін бағалау; *Босанудың ІІ кезеңін *Босанушы әйелдің ыңғайлы жағдайда

босануы жүргізу *Психологиялық қолдау *Босанушы әйелдің жалпы жағдайын, босану

әрекетінің сипатын бағалау (күшенулер) *Ұрықтың жүрек соғысын тындау *Нәресте

басының жылжуын қадағалау * «аралықты қорғау», ережесі БДҰ ұсынысы бойынша алдын алу мақсатында аралықты кесуге болмайды, себебі олардың нәтижелілігі дәлелденбеген.

*Нәресте туылғаннан кейін, пульсациясы тоқтағасын, дезинфекциялық ерітіндімен (70% этил спиртіне хлоргексидин глюконатының 0,5% ерітіндісі)өңдеп, кіндік сақинасынан 10 см төмен кіндігіне қысқыш салынады. *Екінші қысқыш біріншісінен 2 см төмен салынады.

*Қысқаштар арасындағы аймақты қайтадан өңдейді де, сонан соң кіндікті кеседі. *Нәрестені жаялықпен құрғатып, анасының ішіне жатқызады («тері - теріге»), құрғақ жаялықпен және жылы жапқышпен жабады. *Бір уақытта нәрестенің жағдайын бақылау *Босанудың ІІІ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 23 беті		

кезеңін жүргізу *Кешенді күту тактикасы *Активті жүргізу (массивті қан кету жиілігінің азайғандығы дәлелденген)

Бала жолдасы толық туылғаннан кейін оның бүтіндігін тексеру қажет. * Ол үшін тегіс ыдысқа салып, аналық бетін жоғары қаратады немесе акушерканың қолына салып мұқият қарап шығады, алдымен плацентаны сонан соң қабықтарын тексереді.

Жаңа туылған нәрестенің жағдайын 5 негізгі критерий бойынша Апгар шкаласымен бағалау : -жүрек соғысы, - тыныс алуы, -тері жамылғыларының түсі, -бұлшықет тонусы, - рефлекстері. Босанғаннан кейін алғашқы 1 және 5 минуттан кейін бағалау. *Нәресте туылғаннан кейін көздерін өңдеуге кіріседі және гонобленореяның алдын алу жүргізіледі.

*Соңғысы, нәрестенің бірінші өңдеуі кезінде және 2 сағаттан кейін қайталайды. *Осы мақсатты 1% күміс нитратының ерітіндісі немесе натрий сульфатының 30% ерітіндісі қолданылады (альбуцид). *Алдымен қабақтарын, сыртқы бұрышынан ішке қарай бағыттап құрғақ тампонмен сүртеді. *Содан соң жоғарғы және төменгі қабақты көтереді, ақырындап жоғарғы қабағын жоғары көтеріп, төменгісін төмен тартып, ерітіндінің бір тамшысын төменгі өтпелі қатпардың шырышты қабатына тамызады. *Кіндікті өңдер алдында акушерка қолдарын мұқият жуып, спиртпен сүртіп, стерильді қолғап пен маска киеді. *Нәресте жағында қалған кіндік қалдығын 70% этил спирті мен 0,5% хлоргексидин глюконатының ерітіндісінен малынған стерильді тампонмен сүртеді, содан кейін кіндікті үлкен және сұқ саусақтар арасында қысады. * Арнайы стерильді қысқышқа стерильді металлдық скобканы Роговин кіргізеді, теріге жақын кіндік сақинасынан 0,5 см төмен кіндікке салады. *Кіндіктің қалдығын скобкадан 0,5-0,7 см жоғары кеседі. *Кіндік жарасын 5% калий перманганатының ерітіндісімен немесе 70% этил спирті мен 0,5% хлоргексидин глюконатының ерітіндісімен өңдейді. *Кіндікке скобканы салғаннан кейін пленка тәрізді препараттарды қолдануға болады.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: фантом, муляж, презентация.

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Босану физиологиясы дегеніміз не?
2. Толғатқан әйелге бақылау және күтім қалай жүргізіледі?
3. Жаңа босанған әйелге бақылау және күтім қалай жүргізіледі?.
4. Тексеру әдістерін қалай жүзеге асырады?.

7-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Жүктілік және экстрагенитальды патология.

4.2. Сабақтың мақсаты: Жүктілік кезінде экстрагенитальды патологияны түсіндіру және түрлерімен, асқынуларына шолу.

4.3. Дәріс тезистері: Қалыпты босанудың дұрыс жағдайы көбінесе ішкі мүшелердің аурулары әсерінен бұзылады. Бұл дегеніміз экстрагенитальды патология, яғни жыныстық аппараттың функциясының, құрылымының бұзылуынсыз босанумен бірге жүретін терапевтикалық, хирургиялық, жедел және созылмалы инфекциялық аурулар. Экстрагенитальды патологиясы бар жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсетудің өзіндік ерекшелігі бар. Ішкі мүшелер аурулары мен жүктіліктің қабаттасуы 12-14% кездеседі. Мұның көбі жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезең ағымын қиындатып, нәресте дамуына кері әсерін тигізеді. Ал жүктілік өз кезегінде экстрагенитальды аурулы әйелдердің жағдайын төмендетеді. Осының бәрі жүктілік пен босануға байланысты емес ауыр науқастармен ауыратын әйелдерге көрсетілетін мамандандырылған көмекті дамыту қажеттілігін анықтап отыр.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 24 беті

Мұндай көмекті ұйымдастыру, әсіресе, жүрек-тамыр патологиясы (жүрек ақаулары, миокард зақымдалулары, гипертониялық ауру), бүйрек аурулары (пиелонефрит, гломерулонефрит) және эндокрин жүйесінің аурулары бар жүктілер үшін өте маңызды. Экстрогениталды аурулар баланың дамуының бұзылыстары мен оның өлімінің себепші факторының бірі болып табылады. Босанушы әйел адамның жедел инфекциялық ауруға шалдығуы, оның терісінде, мұрын-жұтқыншақ, қынап бөлімдерінде болатын микрофлораның қозуының себебі болады. Бірінші көзқарасқа қарай қауіпсіз көрінетін аран, тістер, мұрын маңы қойнауларынағы инфекция ошақтары кейіннен температура көтерілуімен сипатталатын ауыр асқыныстарға әкеледі. Және де осы фактор әйел адамның жүктілік кезеңін тоқтатуының ауруларының себебі болып табылады, өйткені қоздырғыш ұрыққа плацента, қан, ананың лимфа системасы арқылы таралып, плацента қабынуы мен жатырышілік ұрықтың ауруға шалдығуына әкеледі.

Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары.

Жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезең жүрек және тамыр ауруларының көпшілігінің ауыр түрде өтуіне жағдай жасайды. Жүректің тарылуымен қабаттасқан екі қақпалы клапанының ақауы және ревматоидтік этиологиялы аурулар (эндокард, миокардтың зақымдануы), септикалық эндокардит, стенокардия өте қауіпті болып саналады. Жиі жүктілікті ұзу себепшісі болып табылатын жүрек әрекетінің декомпенсациясы және қан айналымның бұзылысы (ентігу, цианоз, ісінулер, т.б.) пайда болады. Жүрек әрекетінің бұзылысы және жүрек қан айналымының аурулары босану, әсіресе қудалау кезеңінде оңай пайда болады. Толғақ кезінде жүйке және бұлшық ет жүйесінің қатты ширығуы жүрек әрекетінің бұзылысына әкеліп соғады. Нәресте туғаннан кейін коллапс (іш қуысы қысымының төмендеуі әсерінен) басталуы мүмкін.

Жүрек жұмысының бұзылуы әйел өміріне қауіп төндіреді. Декомпенсацияланған жүрек ақаулары кезінде жүктілік мезгілінен бұрын босанумен аяқталуы мүмкін; босану кезінде жиі нәресте асфиксиясын байқауға болады. Жаңа туған нәрестелерде өмірінің алғашқы күндерінде қаңқаишілік босану жарақаты симптомдары аңғарылады. Митральді клапанның компенсирленген жетіспеушілігі кезінде жүктілікке байланысты жүрек жұмысы мен қан айналысының бұзылысы сирек болады. Босану да әдеттегідей қалыпта өтеді, тек компенсация болуы мүмкін.

Жүрек ақаулары бар кейбір науқастарда жүрек жұмысының компенсация босанудан кейінгі кезеңде басталады.

Жүрек-тамыр жүйесінің ауруларын дер кезінде анықтап отыру үшін барлық жүкті әйелдерді кеңеске алғаш келген бетінде-ақ мұқият тексеріске (анамнез, қарап тексеру, аускультация, перкуссия, тамыр соғысын, артерия қысымын тексеру) алу қажет. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары бар жүктілерді акушер-гинеколог және терапевт дәрігерлерге бағыттайды. Денсаулыққа қауіпті саналатын ауруларды (митральді саңылаудың тарылуы, эндокардит, миокардтың зақымдалуы, стенокардия, т.б.) емдеу барысында әсері тиімсіз болса, жүктілік ерте кезеңде (12 апта) үзіледі. Егер әйел кеңеске жүктіліктің 12 аптасынан кейін келсе, жүйелі түрде емдеу және жүктілікті одан әрі жүргізу сұрақтарын шешу үшін стационарға жатқызылады. Егер қолданылған емнен кейін де жүкті әйел жағдайы жақсармаса, жүктілікті ұзу (кесар тілігі, т.б.) туралы сұрағы шешіледі.

Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары кезінде босану әрекеті жүрек дәрілерін, глюкоза, оттегіні кең қолдану арқылы өткізіледі. Толғақты болдырмау мақсатында босануды акушерлік қысқыштар салу жолымен аяқтайды. Клапан жетіспеушілігі басым келетін компенсирленген митральді ақауы бар әйелдерде босану өз бетімен болуы мүмкін.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 25 беті

Бала туысымен коллапстың алдын алу үшін ішке ауырлық (құм салынған қапшық) қояды немесе жедел түрде дәкемен орап тастайды.

Босанудан кейінгі кезеңде науқастар қатаң төсек тәртібін сақтайды. Босану үйінен босанудан кейінгі 3 аптадан соң ғана шығарылады. Босану үйінен шыққан әйел жүйелі түрдегі дәрігер бақылауына алынады, себебі жағдайдың төмендеуі босанған соң бірнеше апта немесе айлардан кейін басталуы мүмкін.

Гипертониялық ауру.

Жүктілік гипертониялық ауру ағымын қиындатады. Осы аурудың жеңіл түрінде ғана жүктілік пен босану қалыпты жағдайда өтуі мүмкін. Артериялық қысымның тұрақты және біршама артуы кезінде жүктілік гипертониялық аурудың клиникалық көрінісін ауырлатады. Тек жүктіліктің басында ғана артериялық қысымның уақытша төмендегені байқалады, ал кейіннен ол қайта өсіп, жоғары деңгейге дейін жетуі мүмкін. Гипертониялық ауру жиі кештелген токсикоздың болуымен асқынады.

Тамырлар ұстамасының ұлғаюына байланысты ұлпалардың тамақтануы және оттегімен қамтамасыз етілуі төмендейді, маңызды мүшелер қызметтерінің бұзылуы және дистрофиялық процестер пайда болады. Жатыр-плаценталық тамырлардың ұстамасы нәрестеге қоректік заттар мен оттегінің қажетті мөлшерінің жеткізілуін төмендетеді. Сол себепті гипертониялық аурудың ауыр формаларында нәресте дамуының кідіруі, түсіктер және мезгілінен бұрын босанулар жиі байқалады; өлі туғандар кездеседі. Қудалау кезеңінде әйелдің түрлі мүшелеріне, соның ішінде миға да қан кетуі мүмкін.

Жүкті әйелдерде гипертониялық ауруды дер кезінде анықтау жоғарыда аталған асқынулардың алдын алудың ең тиімді шаралары болып табылады. Кеңеске алғаш келгенде осы ауруға байланысты анамнездік көрсеткіштерді анықталып, артерия қысымы өлшенеді. Артериялық қысымы жоғары жүктілерді міндетті түрде дәрігерлерге бағыттайды. Гипертониялық аурудың тұрақталған айқын түрлерінде жүктілікті үзу көрсетіледі. Егер әйел жүктілікті сақтап қалғысы келсе, оны жүйелі түрде бақылап, емдеп отыруы керек.

Қан ауруы.

Жүктілік кезінде жиі анемия ауруын байқауға болады. Гемоглобин санының төмендеуін ағзадағы темірдің нәресте қажеттілігіне жұмсалудымен байланыстыруға болады. Анемия қабылданған ас құрамынан темірді қажетті түрде өндіру алмауына апарып соғатын дұрыс тамақтанбау, ас қорыту мүшелер жұмысының бұзылуы және басқа ауруларға байланысты пайда болады.

Тамақтанудың дұрыс тәртібі және емдеу әсерінен гемоглобин саны өседі. Жүкті әйелге жеміс пен көкөністер, бауыр, дәрумендер, темір препараттарын қабылдау ұсынылады. Ас қорыту мүшелерінің зақымдалуы және басқа аурулар кезінде сәйкес ем түрі қолданылады.

Қатерлі қан аздық жүктілік кезінде тез өрбиді, сол себепті жүктілікті үзу көрсетілген. Жүктілік **л е й к о з** ауруының ағымына кері әсер тигізеді, науқас жағдайы әдетте төмендейді, науқас соңы босану кезінде немесе босанудан кейін қан кетуден болған өліммен аяқталуы мүмкін. Лейкозды диагностикалау кезінде шешуші рольді қанды тексеру процесі атқарады.

Жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын жүкті, босанған әйелдерге көмекті көрсету.

Шамамен 5,0-6,0% босанатын әйелдерде кездесетін ауру диагнозын анықтау жүктілікті әрі қарай жүргізуді немесе оны медициналық көрсеткіш бойынша үзуді шешуді талап етеді.

Жүрек-қан тамыр ауруларымен ауырса да жүктілігін сақтап қалған әйел адам жүктілік мерзімінің барлық ағымында және босанғаннан кейін терапевтің, акушер-гинекологтың

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 26 беті		

үнемі бақылауында болуы керек. Көрсеткіштер бойынша оны окулист, ревматолог және басқа дәрігерлер қарайды.

Жүрек ақаулары, гипертониялық және басқа да жүрек-қан тамыр ауруларымен ауыратын жүкті әйелдер осы аурулардың асқынулары және акушерлік патология болмаса да үш реттік жоспарлы госпитализацияға алынады:

а) диагностикалық мақсатпен (жүктілікті сақтау сұрағын шешу үшін) жүктіліктің 12-аптасында терапиялық стационарға; жүктілікті ұзу қажеттілігі туған жағдайда – білікті акушер- гинекологиялық стационарға;

б) алдын алу, қажет болған жағдайда емдеу мақсатында жүктіліктің 28-30 аптасында (жүрекке максималды гемодинамикалық күш түсу кезеңінде) – терапиялық стационарға;

в) босануға дайындау және босану жоспарын әзірлеу және жүргізу үшін босануға дейінгі 2-3 апта бұрын арнайы акушерлік стационарға.

Асқазан- ішек жолдарының аурулары және жүктілік

Асқазан- ішек жолдарының аурулары жүктілік үшін абсолютті кері көрсеткіштер болып табылмайды. Созылмалы гастрит және дуоденит жүктілік кезінде жақсы өткізіледі, ойық-жара ауруы да ешқандай көзге көрінетін бұзылыстарға әкелмейді. Жүктілік кезінде асқазан-ішек жолдарынан болатын бұзылыстар рефлюкстер жатады, оның ішінде қатты қыжылмен жүкті әйелді мазалайтын эзофагит-рефлюкс, сонымен қатар іш қату.

Бауыр ауруы мен жүктілік. Бауырда эстрогендердің инактивтелуі салдарынан созылмалы гепатиттер мен бауыр цирроздар әсерінен бедеулік дамуы мүмкін. Ал егер де жүктілік пайда болса ол өте жағымсыз түрде өтеді, түсік тастау, мерзіміне дейін жеткізбеу, өлі бала босануға әкелуі мүмкін, сонымен қатар аналық және перинаталдық өлімдер болуы мүмкін. Егер бұл аурулар жүктілік бастапқы кезеңдерінде көрінсе, ол аборт жасау, а көрсеткіш болып табылады. Ал баланы сақта,ан жағдайда глюкокортикостероидтарды 20 мг дозасында тәулігінде қабылдау керек. Жүктілік кезінде абсолютті қарсы көрсеткіштер: цитостатиктер, делагил, Д-пенициламин.

HELLP-синдром

HELLP-синдром бауыр ферменттерінің белсенділігінің көтерілуімен және тромбоциттер деңгейінің төмендеуімен байланысты болып келеді. Клиникасы гемолитикалық анемия мен геморрагиялық синдроммен көрінеді. Бауыр ферменттерінің және билирубин көрсеткіштері 10-2- ретке дейін көтеріледі. Бұл синдром жүктіліктің 35—37 аптасында дамиды. Жүкті әйелдің жағдайы тез арада нашарлап, лоқсу, қанды құсу және геморрагиялық басқа белгілер, сарғаю, қырысуларға әкеледі. Бұл белгілер әсерінен кома дамуы мүмкін. Егер де тез арада баланы туылтып алса, кейіннен жағдайы жақсарады.

Жүктілік кезінде ревматизм

Жүктілік кезінде ревматизм өтуінің ерекшеліктері. Ревматизм – дәнекер тіннің жүйелі сырқаттылығы. Жүктілік кезінде ревматизм белсенділігінің диагностикасы маңызды болып табылады, себебі типті клиникалық сипаттар және лабораторлы белгілер – субфибрилитет, енгігу, әлсіздік, шаршағыштық, тахикардия, аритмия, лейкоцитоз және СОЭ физиологиялық жүктілік кезінде де болады.

Сондықтан ревматизмнің диагностикасы кезінде мыналар маңызды: а) анамнез – факторлар, соңғы асқынудың басталуы. Б) ЭКГ – сипаттар: әрбір екінші әйелде синусты тахикардия немесе брадикардия, жүрекше-қарынша өткізгіштігі, аритмия және коронарлық қанайналымының бұзылысы.

Жүктілік кезінде ревматизмнің асқыну жиілігі ревматизммен ауыратындарда 10-12-16% құрайды.

Р. дың екіншілік асқынуы – жүктіліктен кейінгі кезең иммунитеттің әлсіздігінен.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 27 беті		

Ревматизм асқынуы кезіндегі тактика

Жүктіліктің 1 үшсеместрінде белсенді үрдістің болуы ол жүктілікті тоқтату көрсеткіші болып табылады, себебі белсенділік үрдісін тоқтатуға болмайды, ал салицилаттармен глюкокортикоидтарды қолдану кері көрсеткіштер бар. Салицилаттар ерте органогенез кезінде қан жасауды бұзады. Глюкокортикоидтар ұрықтың бүйрегінің органо-, функциогенезін бұзады.

Тоқтаусыз рецидивирлеуші жедел және жеделдеу Р. жүктіліктің кез-келген айында.

Егер Р. дың белсенуіне бір жыл болса онда жүктілікті үзеді.

Р. кезінде профилактикалық емдеу жүктілік кезінде жүргізбейді, себебі дәрілердің зақымдау қасиетіне байланысты. Мұрынжұтқыншақта ошақты инфекцияның белсенді санациясы жүргізіледі, жүктіліктен кейінгі кезде спецификалық профилактикалық ем қажет.

Анасында ревматизм бар туған балаларында инфекционды-аллергиялық ауруларға бейім болады, туа пайда болған иммунитеттегі ақау.

Несеп шығару жолдарының аурулары.

Н е ф р и т – жүктіліктің маңызды асқынуларының бірі. Жіті нефрит жүктілік кезінде бұрындары ауырған баспа және басқа жұқпалы ауруларға байланысты туындауы мүмкін. Нефрит кезінде жүктіліктің өздігінен үзілуі жиірек кездеседі. Жіті және созылмалы нефрит кезінде де жүктілікті ұзу көрсетіледі.

Жүктілік кезінде **п и е л о н е ф р и т т і** жиі байқауға болады. Пиелонефриттің пайда болуына зәр ағар атофиясы және соған байланысты болатын зәр ағудың іркілуі ықпал етеді. Жұқпа ішекте лимфа жолдары арқылы, сирек қуықтың кірер жолымен енеді.

Пиелонефриттің ең жиі қоздырғыштары – ішек таяқшалары.

Пиелонефрит әдетте жүктіліктің екінші жартысында, алғаш босанушыларға қарағанда қайталай босанушыларда жиі кездеседі. Ауру әдетте жіті, сирек біртіндеп басталады. Температура жоғарылайды (жиі қалтыраумен қабаттасып), бел аумағында ауырсынулар пайда болады, жалпы жағдайы төмендейді. Зәрінде лейкоциттер саны, бүйрек түбегі эпителиінің жасушалары мен бактериялары көп. Жұмылдырықпен бел (бүйрек) аумағын ұрғылау кезінде түбектің қабынған жағында (Пастернацкийдің жағымды симптомдары) ауырсыну сезіледі.

Ауру әдетте тиімді емделеді және жүкті әйел мен нәресте үшін ауыр салдары болмайды. Тек сирек жағдайда жүктілікті жасанды түрде үзуге себеп болады.

Гломерулонефрит

Жүктілер гломерулонефрит-0,1% тен 9%дейін кездеседі.Бұл бүйрек шумақтарын имунокомплекті зақымдауға әкелетін инфекционды- аллергиялық ауру.Қоздырғышы- гемалитикалық стрептококк.Көбінесе бұл ауру ангина, тұмаудан кейін жиі дамиды.

Клиникасы

Белде ауырсынулар , бас ауруы, жұмыс істеу қабілетінің төмендеуі, жиі зәршығару.Жүктілік кезіндегі негізгі симптом – бетте көз астында, аяғында, іштің алдыңғы қабырғасындағы ісінулер.АҚ жоғарлауы, ретиноангиопатия.Зәрде- белок, эритроциттер, лейкоциттер, цилиндрлер.Нечепоренко бойынша зәр анализінде лейкоциттер санына қарағанда эритроциттер саны көп.Ауыр ағымы кезінде-креатинан, мочевиная, қалдық азот жоғарлайды.Анемия.

Несептас ауруы (НТА)

Бұл патолоия жүктілермен босанушылармен 0,1-0,2% кездеседі. НТА дамуында роль атқарады:фосфор-кальций алмасуының өзгерісі,шавел және зәр қышқылы алмасуының бұзылысы,бүйрек қуысы және несепардың кеңеюі, олардың тонусының төмендеуі,зәрдің ағуының қиындауы және концентрациясының жоғарлауы- осының бәрі тастың түзілуіне

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 28 беті		

әкеледі. Инфекция үлкен роль атқарады. Жүктілердің 85% інде созылмалы пиелонефрит несептас ауруымен асқынады, 80% інде несептас ауруына пиелонефрит қосарланады. Уродинамикалық өзгерісі және несепағардың гипертрофиясы тастың қозғалуына бейімдейді, сондықтан жүктілік кезінде несептас ауруы ағымы нашарлайды. Ауруды жиі жүктілік уақытысында анықтайды.

Жүктілік кезінде **ц и с т и т** (куықтың қабынуы) пайда болуы мүмкін. Циститтің пайда болуына қуықтың жатырмен немесе алда жатқан нәресте басымен басылуы, қабырғаларының ісінуі ықпал етеді. Жүкпа уретра арқылы, жиірек катетеризация арқылы келіп түседі. Зәр шығару жиілеп, ауырсынулар пайда болады, температура жоғарылайды. Бүйрек ауруларымен науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету. Көп жағдайда жүктілік бүйрек патологиясының ағымына кері әсер етеді. Осыған байланысты бүйрек патологиясы бар жүктілер үнемі терапевт және акушер-гинекологтың бақылауында болып, оларға уролог (нефролог), окулист және басқа мамандық дәрігерлерінің кеңесі қажет болады.

Жүктілікті сақтап қалу немесе оны үзу, сонымен қатар бүйрек патологиясының асқынуы, ағымының төмендеуі, амбулаторлық жағдайда емдеуге жатпайтын симптомсыз бактериурия және лейкоцитурия кезеңінде госпитализациялау туралы сұрақтарды шешу үшін арнайы стационар ретіндегі профильді терапиялық (нефрологиялық немесе урологиялық) стационарды пайдаланған дұрыс. Жүктілердің кеш басталған гестозы, нәресте гипотрофиясы (алғаш белгілердің пайда болуы кезінде) және басқа да патология түрлері кезінде жүктілер акушерлік стационарға жатқызылады және арнайы кеңес берулер ұйымдастырылады.

Бүйрек патологиясы бар жүктілер жүктіліктің 37-38 аптасында босануға дайындалу және босану жоспарын әзірлеу үшін акушерлік стационарға жатқызылуды қажет етеді.

Жүктілер патологиясы бөлімшесінде керует санының көп мөлшерде (40-50% керует қоры) болуы осы акушерлік стационар құрылымының ерекшелігі болып табылады.

Науқас жүктілерді қандай да бір бөлімшеге (акушерлік немесе акушерлік емес профильді) жатқызу сұрақтары әйел қалауы мен жергілікті жағдайлар есепке алына отырып шешіледі.

Босанғаннан кейін бұл әйелдерге үнемі акушер-гинеколог бақылауы ғана емес, сонымен қатар уролог немесе нефролог бақылауы қажет болады.

Ішкі секреция бездерінің аурулары.

Қалқанша безінің ауруы – гипертериоз (базедов ауруы), гипотериоз (микседема). Олар жүктілік кезінде асқынады. Қалқанша безінің ауруы жүктілікті үзуге көрсеткіш болады. Диабет ауруымен ауыратын әйелдердің жүктілігі де аз кездеспейді. Диабет ауруымен ауыратын әйелдер жүктілік кезінде комаға түсуі мүмкін. Себебі, әйел де, ұрық та инсулинді көптеп қажет етеді. Диабетпен ауыратын жүкті әйелдердің ұрықтары өте үлкен болады, босану кезінде ұрық асфиксиясы да даму мүмкін. Осы ауру кезінде жүкті әйелдер арнайы диета сақтап, көптеп дәрумендер және инсулин қабылдаулары керек. Жүкті әйел үнемі дәрігерлердің қадағалауында болуы тиісті.

Қант диабеті ауруымен ауыратын науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету.

Жүктілік кезінде, әдетте, диабет ауруының ағымы төмендейді. Әсіресе, жүктіліктің II жартысында диабет ауруы кезінде ауыр ағымды гестоздар, көпсулылық, пиелонефрит, жүктілікті мерзімінен бұрын үзу жағдайлары жиі байқалады. Диабетпен ауыратын әйелдердің босануы барысында босану әрекетінің әлсіздігі, қағанақ суларының мерзімінен бұрын немесе ерте ағып кетуі жиірек байқалады. Бұл әйелдердің нәрестелері ерекше

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 29 беті		

бақылауда болуы керек. Қант диабеті кезіндегі босанулар жалпы босану сандарының 0,3-0,5 % құрайды.

Әйелдер кеңесінде ауру диагнозын, қауіп-қатер дәрежесін нақтылап, жүктілікті сақтау мүмкіндігі туралы сұрақты шешу керек.

Диабетпен ауыратын жүкті әйелде жүктілік сақталып қалатын жағдайда акушер-гинеколог оған терапевт және эндокринологпен келісілген жеке жоспар құрады. Осы науқастар тобына көрсетілетін стационарлық көмек арнайы мамандандырылған мекемелерде жүзеге асуы керек. Эндокринологиялық бөлімшелері және соған сәйкес зертханалық қызметтері бар көп профильді ауруханалар құрамына кіретін ірі акушерлік стационарларда осы топқа арнайы палаталар бөлу бойынша оңтайлы тәжірибелер жинақталған.

Госпитализациялау үшін көрсеткіштер:

- Ø диагнозы, жүктілікті сақтау мүмкіндігін нақтылау, емдеу курсы, сонымен қатар жүктілікті сақтап қалу кезінде инсулин мөлшерін анықтау үшін әйелдер кеңесіне қаралуын;
- Ø диабет декомпенсациясы басталатын (инсулин мөлшерінің өзгертілуін және сәйкес емнің белгіленуін қажет етеді) 22-24 апталық жүктілік кезінде эндокринологиялық бөлімшеге немесе жүктілер патологиясы бөлімшесіне міндетті түрдегі эндокринолог кеңесі;
- Ø 30-32 апталық жүктілікте акушерлік стационарға тексерілу және босану мерзімі мен әдісі сұрақтарын шешу үшін.

Жедел госпитализация қант диабеті декомпенсациясы басталған, ана мен (немесе) нәресте жағдайы нашарлаған, акушерлік патология пайда болған кезде көрсетіледі.

Денсаулық сақтаудың жергілікті органдары акушерлік стационарға науқас баланы балалар ауруханасының сәйкес бөлімшесіне (мерзімінен бұрын туған нәрестелер, неврологиялық бөлімшелер, т.б.) жедел түрде ауыстыруына мүмкіншілік жасауы қажет.

Жұқпалы аурулармен ауырған науқас жүктілерге, босанатын және босанған әйелдерге көмек көрсету.

Тұмаумен ауыратын жүкті әйел акушерлік стационар жағдайында болуды қажет ететін акушерлік патология кезінде жүктілік мерзіміне қарамастан сондай стационардың обсервациялық бөлімшесіне жатқызылады және сол жерде босандырылады. Сонымен бірге жұқпаның таралуын ескертегін шаралар жүргізіледі.

Туберкулездің белсенді формасымен ауыратын науқасқа абортты туберкулезге қарсы стационардың операция бөлмесінде, ал ондай мүмкіндік болмаған жағдайда оңашалау шараларын сақтай отырып аурухананың гинекологиялық (жүктілікті үзу үшін) немесе жалпы хирургиялық бөлімшесінде акушер-гинеколог жасайды.

Туберкулезбен ауыратын науқастарға жергілікті денсаулық сақтау органдарымен көрсетілетін стационарлық акушерлік көмек туберкулезге қарсы аурухана жүйесінде ұйымдастырылуы мүмкін. Туберкулездің белсенді формасы жоқ және ондай науқастармен қарым-қатынасы жоқ жүктілер мен босанатын әйелдер акушерлік стационардың обсервациялық бөлімшесіне (жеке палата), ал туберкулездің белсенді формасы бар босанатын әйелдер (туберкулез стационарына жатқызу мүмкіншілігі болмаған жағдайда) – акушерлік бөлімшенің босану бокстеріне жатқызылады.

Вирусты гепатитпен ауыратын жүктілер жұқпалы аурухананың сәйкес бөлімшелерінде оларға бөлінген палаталарға (бокстарға) жатқызылады. Бақылауды, емдеу және босануды акушер-гинеколог пен осы бөлімше дәрігерлері бірлесе жүргізеді.

Жүктілік кезінде міндетті түрде АИТВ-жұқпасына тексерілу қажет емес. Залалданудың жоғарғы қауіпті тобына жататындар: бірнеше жыныстық серіктері барлар, есірткіні парентералды жолмен қабылдайтындар, көп рет қан және оның компоненттерін қабылдағандар міндетті түрде тексерілуі керек.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 30 беті		

Жүктілік кезінде кездесетін экстрагениталды аурулар ішінде ең көп қиыншылық тудыратын аурулар жүрек-қантамыр, қан ауруы, туберкулез, инфекциянды гепатит, холецистит, қант ауруы, пиелонефрит пен аппендицит болып табылады.

Жүктілі кезінде дене массасы ұлғаяды, циркуляцияда жүретін қанның мөлшері артады, құрсақ ішілік қысым артады, зат алмасу процессі жоғарылайды, осының бәрі тіпті дені сау адамда жүрекке ауыртпашылық әкеледі. Егер жүктілік уақытында әйелде жүрек ақауы мен гипертония болатын болса, ол бала дамуында өте қауіпті проблемалар тудырады.

Қан аурулары ішінен жиі кездесетін темір тапшылық анемия. Бұл анемияның түрі жиі болатын инфекциялық ауруларды қоздырады.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: фантом, муляж, презентация

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Жүктілік кезінде экстрагениталды патологиялардың түрлері?
2. Қан аурулары туралы түсінік?
3. Несеп шығару жолдарының аурулары туралы түсінік?
4. Жұқпалы аурулар туралы түсінік?

8-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Жүктілер гестоздары. Гестоздар кезіндегі зертханалық өзгерістер.

4.2. Сабақтың мақсаты: Гестоздардың түрлерімен таныстыру, қандай зертханалық өзгерістер болатынын және асқынуларына шолу.

4.3. Дәріс тезистері: Гестоз — жүктіліктің ең жиі кездесетін асқынуларының бірі. Гестоз немесе токсикоз деп — тек жүктілік кезінде пайда болатын патологиялық құбылыстар мен аурулар тобын айтады. Гестозда барлық жүйелер, мүшелер, әсіресе жүрек-қантамырлар, жүйке, бүйрек, бауыр, плацента, зат алмасу жүйелері патологиялық өзгерістерге ұшырайды. Бұл патологиялық өзгерістерден әйел тек босанғаннан кейін, немесе түсік тастағаннан кейін ғана айығады.

Гестоз екі үлкен жікке бөлінеді:

I. ерте гестоздар жүктіліктің I-ші жартысында (1-3 ай аралығында) пайда болады.

II. кеш гестоздар — жүктіліктің екінші жартысында дамиды. Ерте гестоздар (токсикоздар): құсу, сілекей ағу, жүктілік дерматозы, сары ауру, остеопороз, бауырдың жедел сарғайып солуы.

Кеш гестоздар: жүктілік шемені, нефропатия, преэклампсия, эклампсия. Шет елде гестоздың екі клиникалық түрін ажыратады: преэклампсия және эклампсия. Преэклампсияға — жүктілік шеменін, нефропатияны және преэклампсияны жатқызады. Қазақстанда 1998 жылы акушер-гинекологтардың республикалық ғылыми-практикалық конференциясында гестоздың даму дәрежесіне қарай оның жіктелуі және дәрігерлік тактикасы анықталды (11-кесте). Жүктіліктің екінші жартысындағы гестоздың жиілігі 7-16 % аралығында, шет ел авторларының зерттеулері бойынша 23 %-ке дейін.

Республикада жоғары дәрежедегі «қауіп-қатер» тобындағы әйелдерді ерекше есепке алып бақылау жүргізгенде жүкті әйелдер арасында гестоздың жиілігі жыл сайын артуы анықталған. Мысалы бұдан 10 жыл бұрын гестоздың жиілігі 6-10 % болса, қазіргі кезде 16 %-23 % дейін артты, әсіресе оның ауыр қатерлі түрлері акушерия тәжірибесінде жиі кездеседі. Эклампсия — 50%, преэклампсия — 27,3%, нефропатияның ауыр дәрежесі — 22,7% (1997ж).

Гестоздың себептері мен даму жолдары:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 31 беті		

Гестоздың себептері мен даму жолдары толық анықталмаған, ғылыми тұрғыда 30-ға жуық теориялар бар. Көптеген авторлар гестоздың дамуын тек жүктіліктің пайда болуымен байланыстырады. Мысалы тоқтаусыз құсумен ауырған әйелдің жүктілігін үзсе, әйел жағдайы бірден жақсарады, сол сияқты гестоз белгілері босанған әйелдерде бірден кетеді.

Қазіргі кездегі көп теориялардың ішіндегі негізгілері:

1. Нейрогенді теориясы
2. Иммуно-генетикалық теориясы
3. Адаптация (бейімделу) теориясы

Нейроген теориясы бойынша: жүктілік кезінде жатырдан орталық жүйкеге патологиялық толқындар келіп түседі, соның әсерінен жатыр мен орталық жүйкенің қарым-қатынасы бұзылып, мүшелер мен жүйелердің қызметтері қалыптан тыс ауытқиды. Бұл патологиялық құбылыстардың дамуында негізгі өзгеріс орталық жүйке жүйесінде (о.ж.ж.) байқалады, осыған орай қан-тамыр жүйесінің реттелу қызметі бұзылып, жүктілік гестозында мүшелермен ұлпаларда қанайналымы бұзылады. Осының салдарынан ішкі сөлденіс бездерінің, мидың, бауыр, бүйрек т.б. мүшелердің қызметі патологиялық өзгерістерге ұшырайды, зат алмасудың барлық түрлері бұзылып, организмде дистрофиялық процестер дамиды.

Иммуно-генетикалық теория бойынша: жүктілік кезінде ана-бала жолдасы — ұрық өзара қалыпты иммунологиялық қарым-қатынаста болады. Жүктіліктің даму барысында осы қалыпты жағдай көптеген сыртқы және ішкі факторлардың (әйел организміндегі) әсерінен плацента жүйесі, ұрық патологиялық өзгерістерге ұшырайды. Сөйтіп ана мен ұрықтың арасында иммуно-генетикалық сыйыспаушылық байқалады, яғни ана мен ұрықтың антигендік құрылыстары әртүрлі болады. Жүктілік гестозында плацента жүйесінде патологиялық өзгерістер болады, ұрық антигені ана қанына өтіп, антиденелердің пайда болуына душар етеді. Осы жағдайда пайда болған иммунологиялық өзгерістер жүйке, қан-тамыр т.б. жүйелердің өзгеруіне әсер етеді.

Адаптация (бейімделу) теориясы: жүктілік кезеңі әйел организмне елеулі өзгерістер енгізеді, осыған байланысты бұл кезең организмге ең жоғарғы талаптар қояды. Осы жаңа талаптарға сәйкес әйел организмнің бейімделуі физиологиялық немесе патологиялық салада болуы мүмкін.

Жүктіліктің екінші жартысындағы гестоз кезінде ана организмі жаңа талаптарға бейімделу саласында үлкен патологиялық өзгеріске ұшырайды. Бұл өзгеріске бірден-бір әсер ететін ана-ұрық және плацента жүйесіндегі иммунологиялық қозғалыстар. Бұл патологиялық өзгерістер мен нейро-гуморалдық қарым-қатынастың бұзылуы салдарынан, жүктілік гестозы кезінде бүкіл организмде қан тамырларының түйілуі (тамыр спазмы) пайда болады. Бүкіл әйел организміндегі қан тамырларының түйілуіне байланысты, қан тамырлардың барлық физиологиялық қасиеттері бұзылып, қан айналымы патологиялық өзгерістерге ұшырайды. Аталған жоғарыдағы өзгерістер бүкіл организмдегі оттегінің азаюына себеп болып, осының салдарынан мүшелерде, клеткаларда оттегі жетіспейді. Осындай патологиялық құбылыстар, жүктіліктің екінші жартысында әйелдің токсикозға шалдығуына душар етеді. Кеш гестоздың ауырлық дәрежесін бағалауда және нәрестеге оның әсерін анықтау үшін Виттлингер шкаласын қолданады.

Ерте гестоздар. Клиникасы, емдеу жолдары

Ерте гестоздар жүктіліктің тұңғыш айларында пайда болады. Жүкті әйелдің құсуы. Ерте гестоздар арасында ең жиі кездесетін науқас, әдетте әйелдердің 80-85 проценті жүктіліктің алғашқы айларында таңертең жүректері айнып, анда-санда құсады, бірақ жалпы күй-жағдайлары өзгермейді, бұл құбылыс гестозға жатпайды, тек жүктіліктің бір белгісі болып

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 32 беті		

есептеледі. Ал гестоз кезінде әйел тек таңертең ғана емес, тәулігіне бірнеше рет жүрегі айнып, лоқсып, құсып, тәбеті төмендеп, жалпы күй-жағдайы нашарлайды. Аурудың асқыну дәрежесіне қарай оның үш түрін ажыратады: жеңіл, орташа, ауыр түрі.

Жеңіл түрінде құсық күніне 3-4 рет ғана болады, көбіне тамақ ішкеннен кейін, тамақ ішу қабілеті сақталады, кейде ащы-тұщы тағамдарды сүйсініп жейді, жалпы жағдайы өзгермейді. Жеңіл түрінде жүйке жүйесі тек функционалдық өзгерістерге ұшырайды. Орташа түрінде әйелдің құсуы жиілене бастайды, тәулігіне 10-нан да астам болады, жүрегі айнып, тамақ ішуі нашарлайды, ал ішсе жедел құсып тастайды, әлсіреп жүдей бастайды. Сонымен бірге жүйке жүйесінде вегетативтік бұзылыстар байқалады. Зат алмасуында, көміртегінің алмасуында өзгеріс болып, кетоацидоз пайда болады. Дене қызуы көтеріледі, жүрек пен тамыр соғуы жиілейді. Тілі құрғайды, тәуліктік зәр мөлшері төмендейді. Қан құрамында гемоглобин, қызыл түйіршіктер азаяды. Уақытында емделмесе, келесі ең ауыр түріне көшеді.

Құсықтың ауыр түрін тоқтаусыз құсық деп атайды. Бұл науқастың ең ауыр түрі — негізгі жүйелер мен мүшелердің қызметі бұзылады, құсықтың саны 20-дан да асады, жүрегі айниды, бұған сілекей ағу қосылады. Ішкен тағаммен бірге сұйық затты да құсып тастайды, организм сусызданып, әлсізденіп, жүдейді. Кейде салмағы 8-10 кг-ға дейін кемиді. Организмде зат алмасуының ақырына дейін тотықтырылмаған қалдықтары көбейіп, қанның мочевины, калдық азот және креатининнің мөлшері молаяды, зәрде ацетон пайда болады, дене қызуы көтеріледі, тамыр соғысы жиілейді, (100-120-ға дейін жетеді). Дем алғанда аузынан ацетонның иісі келіп тұрады. Бүйрек, бауырда дистрофиялық өзгерістер пайда болады, кейде әйелдің терісі сарғайып кетеді. Сонымен организм қатты уланып, әйел есінен танып — кома болуы мүмкін. Ауруды анықтау жолдары жоғарыдағы белгілерге байланысты.

Емдеу жолдары. Құсу науқасының орташа, ауыр түрлерімен ауырған әйелдер, тек емханада емделулері қажет. Ем жан-жақты, комплексті болуы керек. Жүйке жүйесінің жұмысын қалыпқа келтіру: ол үшін бром, кофеин дәрілерін, электро-анальгезия, электро-ұйқы, психотерапияны пайдаланады.

Кеш гестоздар

Жүктіліктің екінші жартысында гестоздың таза және аралас түрін ажыратады. Гестоздың таза түрі — дені сау (ешқандай соматикалық ауруы жоқ) жүкті әйелдің жүктілік гестозына шалдығуы. Аралас түрі — сырқат жүкті (жүрек, өкпе, бауыр, бүйрек т.б. аурулармен ауыратын) әйелдің жүктілік гестозына шалдығуы. Бүгінгі күні гестоздың белгілі және белгісіз түрлері жиі кездеседі. Мысалы: жүктілік нефропатиясына тән бірнеше белгілері бар: әйелдің қан қысымының көтерілуі, аяқ — қолының ісінуі, зәрінде белоктың пайда болуы. Белгісіз түрінде зәрде тек қана белок пайда болып, шамалы аяқ-қолы ісінуі мүмкін. Жүктілік гестозын ең бастапқы басталған мерзімінен анықтаудың маңызы зор, себебі гестоз мерзімі екі жұмадан асып кетсе, (жеңіл дәрежесінің өзі) оны ұзаққа созылған гестоз дейді, ананы тез арады босандыру қажет.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: фантом, муляж

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Жүктілер гестозы дегеніміз не?
2. Гестоздар кезіндегі зертханалық өзгерістер?.
3. Гестоздардың түрлері?
4. Гестоз кезіндегі дәрігердің тактикасы?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 33 беті

9-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Жүктіліктің екінші жартысындағы қан кету. Зертханалық өзгерістер. Дәрігерге дейін жәрдем көрсету.

4.2. Сабақтың мақсаты: Босануға дейінгі акушерлік қан кетулер, әсіресе шарананың алда жатуы мен мерзімінен ерте сыдырылуы кезінде болатын қан кетулерді анықтап, шұғыл көмек көрсетуді үйрету.

4.3. Дәріс тезистері: Әдетте жүктіліктің қалыпты жағдайында, босанудың бірінші, екінші кезеңдерінде ешқандай қан шығыны болмайды. Жүктіліктің екінші жартысында және босану кезеңдеріндегі қан кету себептері: плацентаның төмен орналасуы; қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз белінуі; қабыққа жабысқан кіндік тамырларының үзілуі; жатыр мойнының аурулары (қатерлі ісік, мойын жарасы), қынап қабырғасындағы варикоз түйіндерінің жарылуы.

Плацентаның төмен орналасуы

Плацентаның төмен орналасуы — жүктіліктің ең жиі және ең қауіпті асқынуларының бірі, оның жиілігі 0,4—0,6% аралығында. Әдетте плацента ткані жатырдың алдыңғы немесе артқы қабырғасына, ішкі жатыр мойын тесігінен 5—7 см жоғары орналасады. Плацентаның төмен орналасуы деп плацента тканінің жатырдың төменгі сегментіне жапсырылып, оның ішкі мойын тесігін тұтас немесе жартылай жауып жатуын айтады. Плацентаның төмен орналасуының екі түрі бар.

1. Толық төмен орналасу.
2. Жартылай төмен орналасу.

Толық төмен орналасуында, плацента ткані жатырдың ішкі мойын тесігін түгелімен жауып жатады, бұл плацентаның орталық орналасуы деп аталады.

Плацентаның жартылай төмен орналасуында, жатырдың ішкі мойын тесігі жартылай жабылып, тек қана бір іргелес жағынан плацента ткані анықталады.

Плацента тканінің төмен орналасуының тағы бір сирек кездесетін түрі — оның төмен орналасуы (низкая плацентация). Мұнда плацента жатырдың төменгі сегментіне, жатыр мойнының ішкі тесігіне 5—7 см жетпей орналасады. Себептері: бұл асқынудың пайда болуының негізгі себебі, жатырдың шырышты қабатының қабынуының салдарынан дегенеративтік өзгерістерді болуы. Осыған байланысты ұрық өзіне ыңғайлы орын іздеп, жатырдың төменгі бөлігіне қарай жыл-жып жабысады. Белгілері: жатырдан қанның кетуі, бұл көбінесе жүктіліктің екінші жартысында, әсіресе 27—28-ші апталарында кездеседі. Жүктіліктің соңғы айларында жатырдың төменгі сегменті пайда болады. Жүктілік өскен сайын төменгі сегмент ұлғая береді де, плацента жатыр қабырғасынан біртіндеп ажырап бөлінеді, сөйтіп сол жерден қан кете-ді. Егер қан тамыры түйіліп, тромб пайда болса қан тоқ-тайды, бірақ біршамадан кейін тағы қайталануы мүмкін. Аққан қанның мөлшері әртүрлі болады, аз уақыттың ішінде 1—2 л-ге дейін жетеді немесе шамалы етеккір сияқты болады. Қанның мөлшері әрқашан тканінің орналасу түріне байланысты емес, бірақ көп қан кету көбіне плацентаның толығымен төмен орналасқан түрінде кездеседі. Толғақ басталған кезде, қағанақ суы кеткеннен кейін, қан ағуы бірден тиылуы мүмкін, себебі нәрестенің басы төмен жылжып, қан аққан тамырларды бітейді.

Плацентаның төмен орналасуының келесі бір белгісі — *жүктіліктің үзілу қаупі, нәрестенің жүрек соғысының нашарлауы, оның жатырда дұрыс жатпауы* (көлденең, не қиғаш, не болмаса құйрығымен жатуы). Оның себебі нәресте басының төмен қарай жылжып, дұрыс орналасуына плацента ткані кедергі жасайды.

Сонымен қатар төмендегідей қосымша белгілерге де көңіл бөлген жөн:

1. Нәресте басының жамбастың кіре-беріс жазықтығынан жоғары тұруы.

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		67/11 67 беттің 34 беті

2. Қасаға сүйегінен жоғары жұмсақтау томпақшаны қолмен сипап анықтау.
 3. Қынаптық зерттеу де жатыр мойны ашылған жағдайда плацента тканін анықтау.
- Есте сақтайтын бір жағдай, қынаптық зерттеуді тек перзентханада операция бөлмесінде жүргізеді.
4. Ультрадыбысты қолданып нақты мәлімет алуға болады.

Емдеу және дәрігерлік амал

Егер жүкті әйел, қан кетіп әйелдер кеңес орнына кел-се, оны тездетіп перзентханаға жатқызу керек. Онда бір-ден жатыр мойнын арнаулы айнамен қарап, онын, ауруларынан ажыратады. Егер әйелдің босанатын мерзімі жақын болса, қан шығыны шамалы болса, ойда операцияға дайындай отырып, қынаптық зерттеу жасайды. Егер жатыр мойнының ашылуы жеткілікті, қан шығыны аз, әйелдің жалпы жағдайы жақсы болса, қағанақ су-ын ағызады. Осыдан кейін нәресте басы төмен түсіп плацентаның, қан тамырларын қысып, қан тоқтауы мүмкін. Ал жатыр мойнының ашылуы жеткізсіз болып, қан шығыны артса тез арада әйелді кесар тілігі арқылы босандырып, қан құю керек. Егер әйелдің босанатын мерзімі жақын болмаса, жатырдағы нәресте әлі өсіп — жетілмесе, әйелдің жағдайы өзгермесе, қан шығыны аз болса, жүкті әйелді перзентханаға жатқызып босанғанға дейін дәрігер бақылауға алады.

Дәрігерлік амалдар. 1. Қатаң төсектік тәртіп. 2. Жатыр қозуын бәсеңдететін дәрі-дәрмектер: маг- незияны, но-шпа, папаверин, дексаметазон (нәресте өк- песінің жетілуі үшін). 3. Бөлшектеп қан құю. 4. «С», «В» тобындағы витаминдерді тағайындау. Содан кейін лабораториялық анализ жасап, ана мен баланың жағдайын жақсартатын емдерді қолданып, жүктілік мерзімі жеткен кезде босандырып алады. Ем-деу тәсілдері әйелдің жалпы жағдайына (қан шығыны, қан қысымына), жүктілік мерзіміне, плацентаның төмен орналасуының түріне байланысты. Егер қан кетуі күшейіп, әйелдің жалпы жағдайы нашарласа, онда оны бірден кесар тілігі арқылы босанды-рады. Ал плацентаның төмен орналасуының толық түрінде, әйелді тек кесар тілігі арқылы босандырады, егер жатыр жиырылуы төмендеп, қан кетуі артса, онда операция жасап жатырды түгелімен алып тастайды (ампутация, экстирпация).

Плацентаның төмен орналасуының алдын алу — жасанды түсік тастаумен күресу, босану кезеңдерін дұрыс жүргізу.

Қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі

Әдетте плацента нәресте туғаннан кейін бөлінеді, кейбір жағдайларда жүктілік босану кезеңдерінде пла-цента жатыр қабырғасынан бөлініп, ана мен баланың еміріне қауіп төндіреді. Жүктіліктің осындай асқынуын қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі дейді. Жиілігі — 0,1—0,5% аралығында.

Негізгі себептері: 1. Жатыр қабаттарының аурулары—(ұзаққа созылған қабыну, ісік, жатыр тыртығы).

2. Жатыр қабырғасының, созылуы (қаранақ суы көбейгенде, егіз жүктілікте). 3. Плацентаның дегенеративтік өзгерістері (ұзаққа созылған жүктілікте). 4. Жүрек-қан тамыр аурулары және гестоздар. Жатырдың жаракат-тануы, бала кіндігінің қысқа болуы да плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуіне тікелей себепкер болады, плацента ең алдымен бір азғантай жерден, шетінен не орталық жағынан бөліне бастайды. Плацента мен жатыр қабырғасының арасынан қан ағып, ұйиды, бұл ұйыған қан плацентаның ары қарай бөлінуіне әсер етеді. «Кувелер» жатыры тромбопластин сияқты қанның ұюын жоғарылататын заттарға өте бай. Сол себепті тромбоге-моррагиялық синдром пайда болып, босану кезеңі қатты асқынуы мүмкін. Ұйыған қан жатырдың қуысына жиналып, қуыстың қысымын ұлғайтады, жатыр қатайып, ауыратын болады. Плацента бөлінген кезде ана қанына көптеген тромбопластиндік заттар еніп, қанның ұю жүйесін бұзады, қанның тамыр ішіндегі шашыранды ұюы деп аталатын синдром басталады (ДВС).

ÖNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 35 беті

Клиникалық белгілері: іш ауырып жатыр қуысына қан құйылады. Бұл белгілердің айқындалуы қан кетуі мен плацентаның бөліну дәрежесіне байланысты. Әйелдің кенеттен іші қатты ауыра бастайды, басы айналып, әлсірейді, денесін тер басады. Өңі, еріндері бозарады, қан қысымы төмендеп, тамыр соғуы жиілейді. Жүкті әйелді қараған кезде жатыры қатайып, оның барлық жері не болмаса бір ғана бөлігі ауырып, пішіні езгереді, көбінде қан сыртқа ақпайды. Жатырдағы нәрестенің жағдайы нашарлап, оның жүрек соғысы езгереді. Плацентаның 50%-тейі мезгілінен бұрын бөлінген жағдайда, жатырдағы нәресте түншығып, шетінеуі мүмкін.

Клиникалық белгілеріне байланысты бұл асқыну үш түрлі болады:

Жеңіл түрі — бұл түрі кейде елеусіз етіп кетуі мүмкін, әсіресе толғақ кезінде, тек баланы туғаннан кейін плацентаның бетінде ұйыған қанды және оның жаншылған орнын баңқауға болады. Бұл жағдайда плацентаның бөлінген жері кішкентай болады, нәресте түрі, жардайы көп өзгермейді.

Орташа түрі — әйел ішінің аздап ауыратынын, жатырдың қай жері ауырып тұрғанын көрсетуі мүмкін. Жатыр аздап қатайды, қан аға бастайды, нәрестенің жүрек қағысы нашарлайды.

Ауыр түрі — жоғарыда көрсетілгендей, әйелдік жағдайы тез ауырлай бастайды, нәресте жатырда еліп те қалуы мүмкін. Бұдан кейін тромбогеморрагиялық синд-ромның ете ауыр түрі басталып, қанның ағу тоқтамай ана да өліп кетуі мүмкін. Аурудың бұл асқынуы мәлімет жинау, объектілік және қынаптық зерттеулер арқылы анықталады. Қынаптық зерттеуде плацента ткані анық-талмайды.

Емдеу жолдары. Бұл асқынуды емдеу оның түріне байланысты. Егер жеңіл түрі болса, толғақ басталып, жатырдың мойны 5—6 см-ге ашылса, қан ақпаса, ананың жағдайы езгермесе, ол өзі босанады. Егер қалыпты ор-наласқан плацентаның мезгілінен бұрын бөлінуі жүктілік кезінде байқалса, ішке қан кету белгілері артқан кезде, тіпті нәресте өлі болса да әйелді тез арада кесар тіліп арқылы босандырады. Егер операция кезінде «Ку-велер» жатыры байқалса, онда жатырды түгел алып тастайды. Босанудың екінші кезеңінде дұрыс орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі байқалса, әйелді тез ара-да босандыру қажет. Егер нәресте басы жатыр қуысын-да немесе жатыр қуысының шығаберіс жазықтығында орналасқан болса, онда акушерлік қысқаш арқылы бо-сандырады.

Бұл асқыну егіз жүктілікпен босану кезінде кездесе, екінші нәрестені ішкі бұру операциясы арқылы тез ара-да босандыру қажет. Ал нәресте өлі болған жағдайда оны бөлшектеп шығарады.

Босанғаннан кейін бала жолдасын қолмен беліп ала-ды, әйелге қан құйып, геморрагиялық шокпен күреседі.

Үшінші және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі қанның кетуі

Бала жолдасының жатырдан бөліну кезеңін — III ке-зең деп атайды. Адамның плацентация түрі гемохориал-ды сондықтан плацентаның сылынып бөлінуі, міндетті түрде қан кетуге әкеліп соғады.

III кезінде физиологиялық қан шығыны 250 мл-ге дейін, ал 250 мл-ден 400 мл-ге дейін болса оны *шекаралық*, 400 мл-ден жоғары болса *патологиялық қан шығыны* деп атайды.

Бала жолдасының бөлінуі мен босанғаннан кейінгі кезеңдердегі қан шығынының жиілігі 4,1—38,2% аралығында.

Негізгі себептері: 1. Босану жолдарының зақымдалуы.

2. Плацентаның жатыр қабырғасына жабысуы мен бөлінуінің бұзылуы.

3. Жатырдың жиырылу қасиеттерінің темендеуі.

4. Қан ұйыту жүйесінің бұзылуы.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 36 беті		

Босану кезеңдерінде ананың босану жолдарының жарақаттануы жиі кездеседі. Плацента жатырдан бөлініп түскеннен кейін, арнаулы үлкен қынап айналарымен әйелдің босану жолдарын (жатыр мойнын, қынап қабырғаларын т. б.) түгел қарап, жыртылған жерді тігіп, қанның ағуын тоқтатады.

Бала жолдасының бөлінуі кезеңіндегі қанның кетуі

Соңғы кездерде ғылыми тұрғыдан үшінші кезең — тереңделіп тексерілуде. Плацентаның бөліну белгілері, мерзімі басқаша қаралуда.

Бала жолдасының бөліну кезеңі үш сатыдан тұрады:

I — Нәресте туғаннан бастап, плацентаның жатыр қабырғасынан беліне бастауы.

II — Плацентаның толық бөлінуі.

III — Плацентаның босану жолдарынан етіп туылуы. Үшінші кезеңде қан кетудің негізгі себептері: 1. Плацентаның жатыр қабырғасынан бөлінуінің бұзылуы. 2. Жатырдың жиырылу қасиетінің төмендеуі, әлсіреуі.

Босанудың үшінші кезеңін ұстамды және де ықшамды жүргізеді.

1. Әйел босанысымен зәрді жұмсақ түтікшемен шығарады;

2. Әйелдің жалпы жағдайын бақылайды (қан қысымын, тамыр соғысын) және қан шығынын есептейді;

3. Плацентаның бөліну белгілерін анықтайды. Физиологиялық жағдайда жатыр қабырғасынан бөлінген плацента ананың босану жолдарынан өз бетінше сыртқа бөлініп шығады. Ал, өз бетінше бөлінбеген жағдайда Гентер, Креде — Лазаревич тәсілдерін қолданады. Босану кезеңдері асқынбаған, плацентаның бөліну белгілері және қан шығыны болмаған жағдайда, жатырдың жиырылуын күшейту үшін 20 минут аралығында метилэргометринді немесе окситоцинді (3 ед.— 250 мл 5% глюкозамен) тамырға тамшылатып күяды (30 минуттай). Осыдан кейін 40—50 минуттың аралығында, плацентаның бөліну белгілері болмаса, бірден жатыр . қуысынан плацентаны қолмен бөліп шығару қажет. Ба-ла жолдасы жатыр қабырғаларынан бөлінбеген жағдай-да жатырдың жиырылуы бұзылып нашарлайды. Плацен-та бірден бөліне алмай, кейбір жекеленген бөліктері бөлінеді, ал кейбір бөліктері бірден бөлінбейді. Бөлінген жерден қан аға бастайды. Бала жолдасының бөліну белгілері болмайды, аққан қанның мөлшері тез көбейіп, қан шығыны артады.

Осы жағдайда әйелдің зәрін шығарып, қысқа уақытқа әсер ететін наркоз беріп, бала жолдасын қолмен жатыр қабырғасынан бөліп шығарады. Содан кейін жатыр-дың жиырылуын күшейтетін дәрі-дәрмектерді венаға салады.

Үшінші кезеңде қан кетудің негізгі себептерінің бірі — ол плацентаның жатыр қабырғасына нығыздала жапсырылуы.

Плацентаның жатыр қабырғасына нығыздала жабысуы.

Бұл жағдайда хорион түгі, тек қана жатырдың сы-лынып қалатын (спонгиоздық, қабат) қабатына жабысып қана қоймай, одан да тереңірек базальдық қабатына ене бастайды, сондықтан оның бөлінуі қиындайды. Бұны плацентаның нығыздала жапсырылуы дейді. Бұл жағдайда қан шығыны мол, 250 мл-ден артады, бала жолдасының бөліну белгілері болмайды. Бірден әйелге наркоз беріп, бала жолдасын жатырдан қолмен бөліп шығарады.

Плацентаның жатыр қабырғасы мен терең бітіп кетуі (ріазепіа асгеіа) — деп хорион тугінің тереңдеп еніп, кейде жатырдың сыртқы сір қабатына дейін жетуі. Қей-де плацента түгелімен жатырдың қабырғасымен бітіп кетеді, оны *толық бітіп жабысуы* дейді. Бұл ең асқынған қауіпті түрі болып есептеледі, бірақ сирек кездеседі. Жиілеу кездесетін тағы бір түрі — плацентаның тек жарымжартылай ғана бітігі жабысуы, ал оның кейбір жер-лері дұрыс жапсырылып уақытында бөлінетін болады. Бұны *плацентаның жартылай бітіп жабысуы* дейді.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 37 беті		

Ал *жартылай бітіп жапсырылған түрінде* қан кетеді, кейде ете көп кетіп, әйел тез арада қансырап қалуы мүмкін. Егер дәрігер, қолмен плацентаны жатыр қабырғасынан бөлгенде, оның бірден белінбей қиын белінуін сезсе, тез арада жатырды түгел алып тастау (ампутация) керек.

Жатырдың төменгі сегментінің жиырылуының бұзылу салдарынан бала жолдасының және оның бөліктерінің қысылуы.

Бұл ауытқу босанудың үшінші кезеңін дұрыс жүргізбеуден болуы мүмкін. Бұл әсіресе жатырды қатты уқалаудан, дәрілерді жөнсіз кеп мөлшерде пайдаланудан, плацентаны жатырдан бөлу үшін Креде, Гентер әдістерін өте күш жұмсап қолданудан болады.

Бұл түрінде плацентаның беліну белгілері анықта-лады, бірақ оны туғызып алу қиынға соғады, қан кету артады. Сондықтан тез арада жатыр мойнының жиыры-луына қарсы және сезімсіздендіретін дәрі-дәрмектерді қолдаднған жөн. Бірден қысқа уақытқа әсер ететін наркоз беріп, Креде әдісімен тудырып алу керек. Егер бұл әдіс нәтижесіз болып, қан кету артса, плацентаны қол-мен бөліп алу керек.

Қан кету барысында мейірбике үрдісінің ерекшеліктері.

Жағдайды анықтауда анамнез жинау өте мәнді.

Субъективті ақпарат: *науқас бастың* айналуы, құлақтағы шуыл, әлсіздік.

Объективті ақпарат: *тері жамылғысы, пульс, АҚҚ, жатыр түбі биіктігі, плацентаның бөліну белгілері, қан кету көлемі, сыртқы жыныс мүшелерінің жыртылуы.*

Негізгі жағдай: *қан кету.*

Потенциальды жағдай: қан кету, анемия, геморрагиялық шок, ДТҰ-синдром, плацентарлы полип, жатырдың инфицирленуі.

Плацентарлы полип — жатырда қалған плацента бөлігі жатырға жабысып, тін түзеді.осыдан полип кезеңдеп жатырдан ажыраған сайын қан кетеді. Емі оперативті. Жатыр қуысын кезеңдеп қыру. Жатырды жиырылғыш дәрі дәрмк беру.

Мейірбикенің мақсаты: қанды тоқтату. (*дәрігералдылық көмек көрсету, дәрігерді шақырту, интенсивті терапия бөліміндегі науқас күтімі, тігісі бар әйеледр күтімі*).

Босану және босанудан кейінгі кезеңдегі қан кетудің алдын алудағы мейірбикенің үрдісі.

Мейірбике қан кетудің алдын алуда жүкті әйелдер арасында дұрыс денсаулық кепілі туралы санитарлы ағарту жұмыс шараларын жүргізу қажет.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: фантом, муляж

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Жүктілік кезінде қан кетулер?.
2. Зертханалық өзгерістер?.
3. Қан кетулердің себептері?
4. Дәрігерге дейін жәрдем көрсету

10-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Босану және босанудан кейінгі ерте кезеңдердегі қан кетулер. Зертханалық өзгерістер. Дәрігерге дейін жәрдем көрсету.

4.2. Сабақтың мақсаты: Оқушының жеке тәжірибесінің жоқтығын ескере отырып, үйренетін практикалық іс-әрекеттерді тұрғыда зерттеу, жаттықтырушылық әрекетті оқып, білімін пысықтауға үйрету. Оқушыларға «Босану,босанудан кейінгі кезеңде қан кетулер» тақырыбына жаңа көз қарастар бойынша толық ақпарат беру.

4.3. Дәріс тезистері: АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУ

Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі аса ауыр әрі жиі кездесетін

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 38 беті		

асқынулардың бірі акушерлік қан кетулер болып табылады. Осы патологияның аналар өліміндегі үлесі де зор, перинатальді асқынулар ішінде де маңызды орын алады.

Акушерлік қан кету деп жүктілік, босану және босанудан кейінгі кезеңді асқындыратын, 500мл артық (дене салмағының 0,5%) мөлшердегі жыныстық жолдардан кеткен қанды бөліністерді айтады. Жоғалған қан мөлшерінің маңыздылығы қандағы гемоглобиннің бастапқы мөлшеріне байланысты.

Қазақстан республикасында акушерлік қан кетулер әрбір 20-шы жүктілік пен босанудың ағымын ауырлата түседі. Қазақстанда осы асқынудың жиілігі соңғы жылдарда тұрақты жоғары деңгейде қалып отыр. Күнделікті жұмыста 1000-1200мл көлемдегі қан жоғалту ауқымды болып саналады. Мұндай қан кетулер ана өлімінің себептерінің бірі болып, оның құрамында негізгі себепшісі ретінде – 20-25%; қосымша себеп ретінде — 42%; ал фондық себеп ретінде — 78% алады.

Акушерлік қан кету жіктелуі

I. Жүктіліктің ерте мерзіміндегі акушерлік қан кетулер – жүктіліктің 22 аптасына дейін пайда болған жыныстық жолдардан қанды бөліністер. Оған себеп болатын патологиялық жағдайлар: - Өздігінен болған түсік - Жатырдан тыс жүктілік

II. Жүктіліктің кеш мерзіміндегі акушерлік қан кетулер – жүктіліктің 22 аптасынан кейін пайда болған жыныстық жолдардан қанды бөліністер: Плацентаның алда жатуы
Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сыдырылуы (ҚОПМБС)

III. Босанудан кейінгі кезеңдегі акушерлік қан кетулер – плацентаның бөлінуі және босанғаннан кейінгі ерте кезеңдегі жыныстық жолдардан қанды бөліністер.

- плацентаның бітісіп өсуі немесе ажырау патологиясы

- жатыр атониясы

- босану жолдарының жарақаттары.

Жүктілік кезіндегі ауқымды қан кетулер плацентаның жолда жатуы мен қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын үзілуі кезінде байқалады; босану кезінде – плацентаның бөлінуімен байланысты патология, жатырдың атониясы себебінен болады. Сонымен қатар, қағанақ суымен эмболия, плацентаның тығыз бекітілуі, коагулопатиялық қан кетулер, бауыр патологиясы себебінен болған қан кетулер кездеседі. Қан кетулер геморрагиялық шок және ТШҰ синдромның дамуына алып келеді.

Акушерлік қан кетулердің ерекшелігі – кенеттен дамуы мен ауқымдылығы. Барлық босануларға бөлгенде олардың үлесі 2,7 — 8% кездеседі.

Физикалық тексеру

Қан кету белгілері (сыртқы-жыныс жолдарынан қан кету немесе ішкі).

БК екіншілік Қ себептерінің біреуі болуы (жатыр атониясы, босану жұмсақ жолдарының (жатыр мойны, іншек) жыртылуы немесе қан құйылуы, жатыр жыртылуы немесе айналып кетуі, жатырдың жалпақ байламының қан құйылуы, жыныс мүшелерінен қан кету).

Геморрагиялық шок симптомдары (систолия АҚ деңгейі 80 мм с.б.төмен, тахикардия, тері жабынның бозаруы, демікпе, олигурия).

Инструменталдық зерттеулер: тән емес.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер: көрсетімдер бойынша.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Босанушының қан тобы мен Rh - факторы.

2. Қанның жалпы анализі (жазылған: гемоглабин, гематокрит, тромбоциттер шоғырлануы).

3. Коагулограмма (протромбиндік, тромбиндік уақыт, протромбиндік индекс, фибриноген шоғырлануы, фибриноген азғындауының өнімдері).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 39 беті

4. Қан ұю уақыты.

5. Іш қуысы мүшелерін ультрадыбыспен зерттеу. (плаценталық тіндер қалдықтары, жатыр қуысында, іш қуысында және іш перденің сыртында қан жиналуы, гематома (қан құйылу) болуы.

6. Жүрек соғу жиілігі, артериялық қысым деңгейі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

Босанудан кейін ауқымды екіншілік қан кетуде қосымша диагностикалық шаралар болатындар:

- электрокардиография;
- фoleyдің тұрақты катетері арқылы диурезді бағалау;
- орталық веналық қысым мониторингі;
- Hbs Ag;
- Анти HCV.

ОСАНУДАН КЕЙІНГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Тән симптомдар	Мүмкін симптомдар	Болжамды диагноз
Қалдықтар шыққаннан соң жыныс жолдарынан қан кету; Жатырдың жұмсақ консистенциясы; Жатыр жиырылмайды	Геморрагиялық шок симптомдары	Жатыр атониясы
Профузды жатырлық қан кету; Іштегі жіті ауырсыну	Геморрагиялық және жарақаттық шок симптомдары; Пальпация кезінде жаты түбі анықталмайды; жатыр түбі іншекте көрінеді	Жатырдың айналып кетуі
Қан кету Айқын ауыру синдромы;	Геморрагиялық және жарақаттық шок симптомдары; Іштің кебуі, құрсақ қуысындағы бос сұйықтық	Жатырдың жыртылуы
Қан кету Алшақтау белгілерінің болмауы және 30 минут ішіндегі қалдықтардың шығуы	Жатыр консистенциясы тығыз	Жартылай тығыз жабысу немесе плацентаның жартылай жабысуы
Қан кету; Қалдықты тексеру кезінде плацентарлық тіннің немесе қабықтың ақауы	Жатыр консистенциясы тығыз	Қалдық бөліктерінің жатырда бөгелуі
Сыртқы қан кету Жатырдың тығыз		Жұмсақ босану жолдарының жыртылуы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 40 беті		

консистенциясы Қалдықтың бүтіндігі		
---------------------------------------	--	--

Емдеу тактикасы

Босанудан кейін екіншілік қан кетуде ана аурулық-сырқаулығының және өлім-жітімі көбеюінің негізгі себебі айналадағы сұйықтықтың кідірісі және көлемді орынсыз толтыруы, коагуляция бұзылуы, қан кетудің жарақаттық сипаты. Босанудан кейін екіншілік қан кетуде қан жатыр қуысында, іш қуысында және ретроперитонель жиналуы мүмкіндігін ескерту қажет.

Ем мақсаты

Қан кету көлемін дәл бағалау, күттірмес шараларды уақытылы өткізу, екіншілік БКҚ себебін дәл анықтап қою, оның себебін ескеріп қан кетуді орынды емдеу, хирургиялық гемостаз жүргізу қажеттігі азаюы.

Дәрі-дәрмексіз ем: жоқ

БОСАНУДАН КЕЙІНГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІ ЕМДЕУ АЛГОРИТМІ

1 Қадам - бастапқы бағалау.

Сонымен бірге:

Бос персонал мобилизациясы (толық көлемде оперативті техниканы меңгерген тәжірибелі акушер-гинекологты, анестезиолог-реаниматологты, лаборантты шақыру).

Қан кету көлемін бағалау.

Ахуалды бағалау және организмнің өмірге маңызды функцияларын бақылау (АҚ, пульс, температура, тыныс жиілігі).

Қуықты катетерлеу - қуық бос болуы қажет.

Қан кетуге қатысты 3:1 көлемінде инфузияны бастау үшін 1 немесе 2 перифериялық венаны катетерлеу (№ 14-16G).

Қан тобын, Rh-факторды анықтау, үйлесімділікті анықтауға қан алу.

Себепті анықтау:

- жатырды зерттеу (тонус)
- плацентаны зерттеу (тін);
- босану жолдарын тексеру (жарақат);
- ДВС-синдромды алып тастау (тромбин).

Босанушыны жылыту (көрпемен жабу, ылғал төсеніштерді құрғаққа ауыстыру).

2 Қадам - этиотропты терапия

«Тонус» жатырдың жиырылу функциясының бұзылыстары	«Тін» жатыр қуысында тіндердің бөгелуі	«Жарақат» Босану жолдарының жарақаты	«Тромбин» Коагуляция бұзылыстары
Жатырдың сыртқы массажы Утеротониктер Жатыр қуысын қолмен тексеру	Жатыр қуысын қолмен тексеру (амалсыз жағдайда кюретаж) Плацентаның шынайы өсуі -	Айнада қарау Босану жолдары жұмсақ тіндерінің жыртылуын тігу Жатырдың айналып кетуін коррекциялау	Ұю факторларын құю (ЖМП, криопреципитат, тромбоцитарлық масса) НовоСевен 90 мкг/кг

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 41 беті

Жатырдың бимануальді компрессиясы	лапаротомия, гистерэктомия	Жатыр жыртылуындағы лапаротомия	қажет болса 1-2 сағаттан кейін қайталау
-----------------------------------	----------------------------	---------------------------------	---

ЖАТЫР АТОНИЯСЫН ЕМДЕУ (ЖА)

Гипо/атониялық қан кетуді емдеу үшін келесі топтағы утеротониктер келесі реттілікте пайдаланылуы мүмкін:

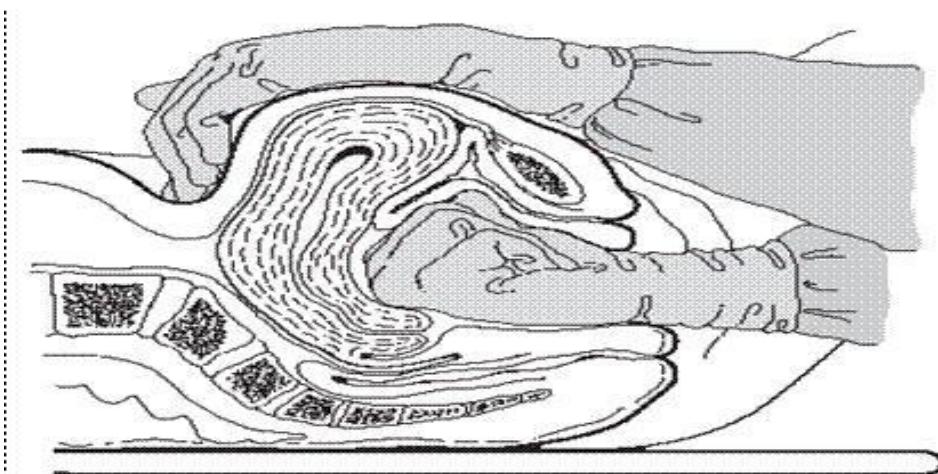
Енгізу реттілігі және препараттар

	1-ші кезекте Окситоцин	2-ші кезекте Эргометрин Метилэргометрин	3-ші кезекте Простагландин F2α
Бастапқы доза және енгізу амалы	10 БІР б/і немесе 5 БІР в/і тамшылатып, 40 тамшы/мин	0,2 мг б/і немесе в/і (жайлап)	0,25 мг б/і бұлшықетке немесе жатыр мойнағына мүмкін
Қайталама доза	20 БІР в/і тамшылатып 1 л ерітіндіні 60 тамшы мин жылдамдықпен	0,2 мг б/і әр 15 мин сайын (қажет болса - 0,2 мг б/і немесе в/і (жайлап) әр 4 сағат сайын	0,25 мг әр 15 мин сайын
Максимальді доза	Құрамында лкситоцин бар 60 БІР сұйықтықтан көп емес,	5 доза (1,0 мг)	8 доза (2 мг)
Қауіпті жанама әсерлер	Қантамырлардың бұлшықет қабырғасының босаңсуы, ОПСС төмендеуі	Перифериялық вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), жатырдың тонустық жиырылуы	Гипотония, тахикардия, тыныс жиілігінің ұлғаюы, жүрек айну, құсу, бас ауыру, гипертониялық криз түріндегі парадоксальді реакция
Қауіпті жанама әсерлер		Преэклампсия, артериалды гипертензия, жүрек аурулары	Вена ішіне енгізуге болмайды. Бронх демікпесі

Жатырдың бимануальді компрессия техникасы

1. Стерильді қолғаппен іншекке қолмен кіріп, қолды жұдырыққа түю.
2. Жұдырықты алдыңғы күмбезде орналастыру және онымен жатырдың алдыңғы қабырғасын басу.
3. Екінші қолмен алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы іншекке кірген қолдың бағыты бойынша жатырдың артқы қабырғасын басу (жатырды қол арасымен басу).
4. Қан ағу тоқтағанша және жатыр жиырылғанша басуды тоқтатпаңыз.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		67/11 67 беттің 42 беті



Әрі қарай жалғасқан қан кетулерде

Сонымен бірге:

Бос персонал мобилизациясы, консультанттар, басшылар, бөлімше меңгерушісі, анестезиолог-реаниматолог, лаборант, стационардағы қан құюға жауапты маманды.

Қан кету көлемін бағалау.

Ахуалды бағалау және организмнің өмірге маңызды функцияларын интенсивті бақылау картасын жүргізумен бақылау (АҚ гемодинамикалық мониторингі, пульс, температура, тыныс жиілігі).

Орталық венаны катетерлеу.

Инфузиялық заттарды барынша тез енгізу қан жоғалту көлеміне 3:1 қатынаста (инфузиялық-трансфузиялық хаттаманы қара). Әрі қарай инфузиялық терапия бағдарламасы анестезиолог-реаниматологпен бірлесіп құрастырылады.

Операция бөлмесін дайындау.

Лабораторлық тест жүргізу:

- қанның клиникалық анализі (гемоглобин, гематокрит, тромбоциттер, ұю уақыты);
- коагулограмма;
- қанның ұю уақыты.

ВИВЛ, ИВЛ маскасы арқылы оттегі ингаляциясы.

Қан препараттарымен қамсыздандыру: жаңа мұздатылған плазма, қажетті көлемде эритромаасса.

1000,0 мл және одан көп қан жоғалтуда және коагулопатия көрінісінде -90 мг/кг есебімен Ново-Севэн енгізу, әрі қарай қан кетуде хирургиялық әдіспен қан тоқтату көрсетімдерін анықтау.

3 қадам

Операция бөлмесіне тасымалдауды қамтамасыз ету үшін қан кетуді уақытша тоқтату әдісі: құрсақ аортасын басу.

4 қадам

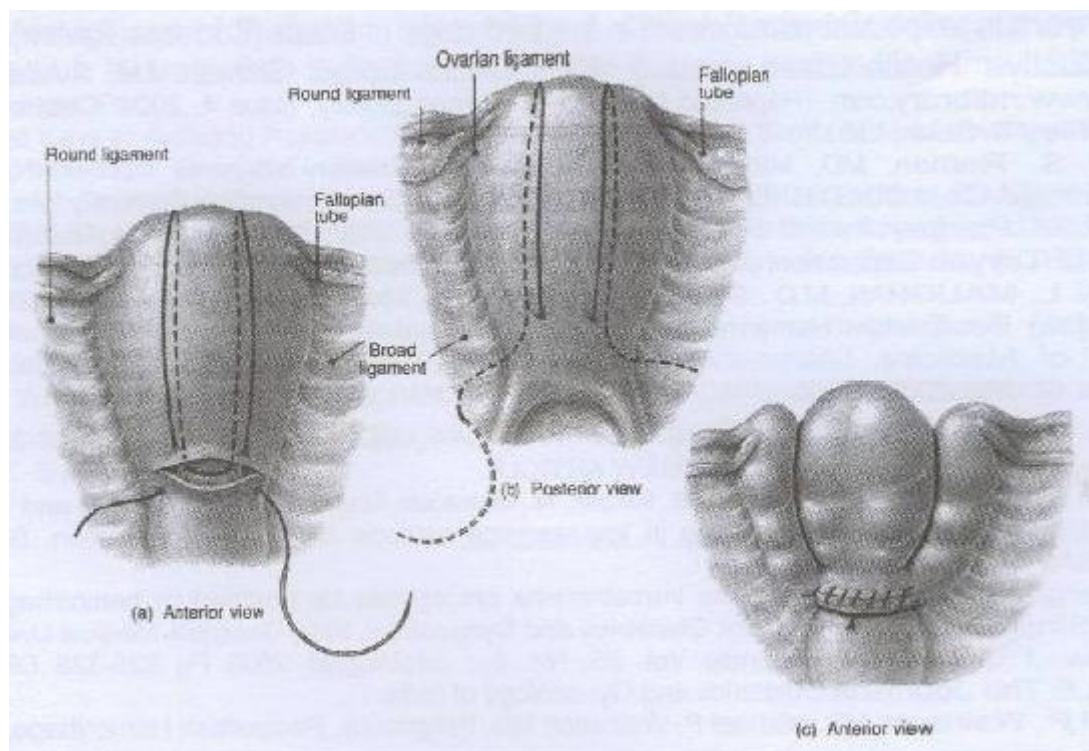
Акушерлік қан кету кезіндегі хирургиялық гемостаз

Лапаротомия Жатырға 1 доза (0,25 мг) простагландин инъекциясын қайталау. Жатырлық бұрышқа және	ДВС-синдром белгісізсіз атониялық қан кетуде, Кювелер жатырының белгісі болмағанда, жатыр мойнағының жарақаты болмағанда
---	---

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 43 беті

жатыр денесіне 4 бөлікпен инъекция. О' Лири бойынша жатыр артериясын байлау (төменнен қара)	
Б-Линч (B-Lynch) әдісі бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу	ДВС-синдром белгісіз атониялық қан кетуде, Кювелер жатырының белгісі болмағанда, жатыр мойнағының жарақаты болмағанда, простагландиндерді енгізуден тиімділік болмағанда
1000,0 мл аспайтын қан кету кезінде, қосалқыларсыз жатыр ампутациясы	ДВС-синдром белгісіз қан кетулерде, компрессиялық тігіс салудан тиімділік болмағанда, босану жолдарының жарақаты болмағанда Кювелер жатырының белгісі болмағанда Жатырдың корригирленбеген айналуында Плацентаның шынайы ішке өсуінде
Жатыр экстирпациясы	Қан кетуде, және/немесе Кювелер жатырында, және/немесе жатыр мойнағының жарақатында; Жатыр жыртылуында Шынайы өсуінде, плацентаның мойнақтық жабысуында
Ішкі мықын артериясын байлаумен жатыр экстирпациясы	Атониялық қан кетуде және ДВС-синдромы белгісінде Коагулопатиялық қан кетуде

Б-Линч әдісі бойынша хирургиялық компрессионды тігіс



**БОСАНУДАН КЕЙІН МАССИВТІ (1000 мл. АСТАМ) ҚАН КЕТУ КЕЗІНДЕ
ОПЕРАЦИЯЛЫҚ АРАЛАСУЛАРДЫҢ МҮМКІН КӨЛЕМІ**

Оперативті араласулар көлемі	Орындау техникасы
О'Лири бойынша жатырлық артерияны байлау	Жатырды ішкі аңқа деңгейінде жатырдың жалпақ байламы зонасы арқылы хромды кетгутпен 1/0 үлкен атравматикалық инемен тігеді. Лигатураны байламастан алдын оның зәрағарға түсіп кетпеуін байқау қажет. Байланған қантамырларды кеспейді. Жатыр артерияларын байлағаннан кейін қан ағу тоқтайды, бірақ жатыр атониясы бірнеше уақыт сақталуы мүмкін (10 минут бойы). Жатыр қантамырларын кеспегендіктен, жатырға қан келу қалпына түседі және одан әрі жүктілік болуы мүмкін.
Ішкі мықын артериясын байлау	Жатырдың домалақ байламын кеседі және жамбастың бүйірлік қабырғасын жалаңаштайды. Зәрағарды ығыстырып, жалпы мықын артериясының бифуркациясын табады. Мұнымен аты бірдей төменде жатқан венаны абайлап өтіп, ирек қысқышпен ішкі мықын артериясын шығарады және екі рет байлайды.
Анабездік артерияны байлау	Тиімділігі аз, себебі жүктілік кезінде жатыр 90% жатырлық артерия есебінен қанмен қамсызданады. Мұнан өзге, анабездік артерияны байлағаннан соң, бедеулік болы мүмкін.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 45 беті

Жатыр экстирпациясы	Егер тамырларды байлағаннан кейін қан ағу тоқтамаса, жатыр экстирпациясы немесе іншекүстіңгі ампутация жүргізіледі. Кесарь тілігінен кейін шұғыл жатыр экстирпациясы 0,7% құрайды, ал табиғи жолмен босанудан соң — 0,02%.
----------------------------	--

ЖАТЫРДЫҢ АЙНАЛЫП КЕТУ КЕЗІНДЕГІ ЖҮРГІЗУ АЛГОРИТМІ

Анықтамасы	Түрлі факторлар нәтижесінде жатыр транспозициясы, ол кезде оның сыртқа сілемейлі қабатқа айналып кетуі.
Клиникалық варианттар	Дәрежесі бойынша: I дәреже - жатыр түбі ішкі аңқа деңгейінен жоғары; II дәреже - жатыр түбі іншекте анықталады; III дәреже - жатыр түбі жыныстық қуыстан төмен.
Клиникалық симптомдар	-профузды жатырлық қан кету; -іш аумағындағы жіті ауыру; -ішті сыртқы пальпациялау кезінде жатыр түбі анықталмайды; -жатыр түбі іншекте көрінеді; -ауырулық және гиповолемиялық шок симптомы.
Зерттеу көлемі	Гемодинамикалық көрсеткіштер және диурез мониторингі; Жатыр пальпациясы оның орналасу орнын және әр 15 минут сайын жиырылғыштық қасиетін; анықтау мақсатында Қан кетуді ескеру.
Жүргізу тактикасы	Неғұрлым аталған асқынулар байқалса, соғұрлым оны емдеу қиынға соғады! Ем миорелаксанттар фонында жалпы наркозбен анестезиолог бақылауында жүргізіледі Жатыр түбі тез арада жатыр мойнағы арқылы кіші жамбас қуысына орналастырылады. Көп жағдайда қалдық бөлінеді. Жатырды орналастырғаннан кейін және қалдық бөлінгеннен кейін в/і тамшылатып 10 БІР окситоцинмен инфузия қажет. Егер қалдық бөлінбесе, қалдықтың шынай жабысуына күдік болады, ол кезде гистерэктомия көлемінде хирургиялық ем көрсетілген.

ЖАТЫРДЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ КЕЗІНДЕГІ ҚАН АҒУДА ЖҮРГІЗУ АЛГОРИТМІ

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 46 беті

Анықтамасы	Массивті қан ағу себебі болатын эндогенді және экзогенді себептер нәтижесінде жатыр қабырғасы бүтіндігінің бұзылуы.
Клиникалық варианттар	Жатыр қабырғасының зақымдалу дәрежесі бойынша: Толық емес - жатыр қабырғасының ақауы, құрсақтың висцеральді беті немесе жатырдың жалпақ байламымен шектелген; Толық - жатыр барлық қабаттарының жыртылуы.
Клиникалық симптомдар	Массивті сыртқы және ішкі қан ағу; Айқын ауыру синдромы; Анасындағы айқын тахикардия; Іштің кебуі, құрсақ қуысындағы бос сұйықтық; Ауыру және гиповолемиялық шок симптомдары.
Зерттеу көлемі	БКҚ қауіп дәрежесін бағалау; Гемодинамикалық көрсеткіштер және диурез мониторингі; Жатыр пальпациясы оның орналасу орнын және әр 15 минут сайын жиырылғыштық қасиетін; анықтау мақсатында Қан кетуді ескеру.
Жүргізу тактикасы	Инфузиямен перифериялық және орталық веналарды катетерлеу; Тез арадағы лапаротомия; Жатырлық немесе түтіктік артерия байлау есебінен гемостаз; Операция көлемі жатыр жыртылуының шетіне, емделушінің бала сүю ынтызарлығына байланысты. Көп жағдайларда гистерэктомия жүргізіледі

ТЫҒЫЗ ЖАБЫСҚАН ҚАЛДЫҚ КЕЗІНДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕРДЕ ЖҮРГІЗУ АЛГОРИТМІ

Анықтамасы	Плацентаның жабысуы қалыптағысынан қарағанда тығыздау.
Клиникалық варианттар	Өсу дәрежесі бойынша: Қалдықтың тығыз жабысуы; Қалдықтың шынайы өсуі
Клиникалық симптомдар	-сыртық немесе ішкі қан кету; -қалдықтың бөліну белгілері жоқ 30 минут ішінде ; -жатырдың тығыз консистенциясы.
Зерттеу көлемі	БКҚ қауіп дәрежесін бағалау; Гемодинамикалық көрсеткіштер және диурез мониторингі;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 47 беті

Жатыр пальпациясы оның орналасу орнын және әр 15 минут сайын жиырылғыштық қасиетін; анықтау мақсатында
Қан кетуді ескеру.

БӨГЕЛГЕН ҚАЛДЫҚ КЕЗІНДЕ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫ

1 қадам	Қуықты босату
2 қадам	Емделушінің витальді функциясын бағалау.
3 қадам	Қан жоғалту дәрежесін бағалау
4 қадам	Топтық және Rh-тық және гемоглобин деңгейіне қан алу (қан қоры болмаған кезде донорларды іздестіру), сонымен бірге венамен жанасу.
5 қадам	В/і натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісін инфузиялау, 15 минутта 1 литр жылдамдықпен
6 қадам	Гемотрансфузия жүргізу қажеттілігін бағлағаннан кейін оны қолмен алу және бөліп шығару
7 қадам	Қалдықты қолмен алып шыққаннан кейін, в/і окситоцин немесе эргометрин енгізу қажет және жатыр массажы
Қолмен қалдықты алып шығу кезінде қалдықтың шын мәнінде ішке өсуінде хирургиялық ем - ампутация немесе жатыр экстирпациясы	

ЖҰМСАҚ БОСАНУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖАРАҚАТЫ КЕЗІНДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІ ЖҮРГІЗУ АЛГОРИТМІ

Анықтамасы	Босану каналы арқылы өту нәтижесінде босану жолдары жұмсақ тіндерінің жыртылуы.
Клиникалық варианттар	Жатыр мойнағының жыртылуы; Іншек қабырғасының жыртылуы; Бұтараның жыртылуы; Гематомалар; Эпизио- или перинеотомиялар.
Клиникалық симптомдар	-сыртқы қан кету (әрқашан!); -жатырдың тығыз консистенциясы; -қалдықтың бүтіндігі.
Зерттеу көлемі	ПРК көлемін бағалау; Гемодинамикалық көрсеткіштер мен диурез және т.б мониторингі;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 48 беті

	Қан кетуді есептеу; Айнада босану жолдарын қарау.
--	--

ЖАРАҚАТТЫҚ ГЕНЕЗДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІ ЖҮРГІЗУ ТАКТИКАСЫ

1 қадам	Қан тобына және Rh- қан анализі және гемоглобин деңгейі.
2 қадам	в/і натрий хлориді изотониялық ерітіндісімен инфузия
3 қадам	Массивті, терең жарақаттарда -консультантты шақыру.
4 қадам	Қан ағып жатқан тамырларды іздеу және байлау, жыртылуларды тігу
5 қадам	Қан жоғалтуды бағалау
6 қадам	Витальді функцияларды бағалау

ГИПОВОЛЕМИЯЛЫҚ ШОК

Өмірге маңызды ағзалар адекватты перфузиясын қамсыздандыратын, қан айналу жүйесі функцияларының бұзылыстарымен мінезделеді. Геморрагиялық (ГШ) өмірге қатер төндіретін жағдай болып табылады және кезек күттірмейтін интенсивті терапиялық шаралар жүргізуді қажет етеді.

ГШ диагностикалық белгілері

- тахикардия, пульстің әлсіз толуы (ЖЖЖ миутына 110 соққы);
- АҚ төмен деңгейі (систолалық АҚ 90 мм.с.б. төмен)
- тері жабындыларының бозғылттығы;
- тері жабындыларының терлегіштігі және гипотермиясы;
- ентікпе (тыныс қозғалысының жиілігі минутына 30 және одан көп);
- мазасыздық, естің шатасуы;
- олигурия (сағатына 30 мл зәр).

Гиповолемиялық шоктың жіктелімі

Ауырлық дәрежесі	Симптомдар	Қан жоғалту көлемі (%)
I-компенсацияланған шок	Тахикардия	15% (5-10мл/кг) қан жоғалту 650-700,0 мл аз
II-субкомпенсацияланған шок	Тахикардия (100-120 соққы 1мин) Гипотония (АҚ сист.90-100мм.с.б.) Тері жабындыларының бозғылттығы	15-20% (11-18 мл/кг) қан жоғалту 650-1000,0 мл
III-некомпенсацияланған шок	Тахикардия (120-130 соққы 1мин) Гипотония (АҚ сист.80-60мм.с.б.) Тері жабындыларының күрт бозғылтануы, суық тер	25-45% (19-30 мл/кг) қан жоғалту 1000,0 до 2000,0мл көп

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 49 беті

IV-декомпенсацияланған шок	Тахикардия (140-160 соққы 1мин), ірі тамырлардағы пульс Гипотония (АҚ сист.60-0 мм.с.б.) Естің бұзылуы немесе жоқ	45% (35 мл/кг) көп қан жоғалту 2000,0мл көп
-----------------------------------	---	---

ГШ кезіндегі әрекет

Шұғыл шаралар	ГШ күресу үшін медициналық персонал мобилизациясы;
	Организмнің өмірге маңызды функцияларының мониторингі
	Өмірге маңызды ағзалардың қанмен толығын жақсарту үшін жылулық режимін қамсыздандыру;
	Өмірге маңызды ағзалардың қанмен толығын жақсарту үшін емделушінің аяғын көтеру
Әрі қарайға шаралар	Канюля немесе үлкен диаметрдегі инені (G №№14-16) пайдаланумен венаішілік инфузия (2 венаға). Орталық венаны катетерлеу
	Гемоглобин деңгейін, топтық және Rh-тық және донор қанымен үйлесімділікті, қанның ұю уақытын және лабораторлық зерттеулерді анықтау үшін қан алу
	Тұрақты катетер арқылы диурезді бақылау
	Оттегіні ингаляциялау
Себептерді анықтау және ГШ күрес тактикасы	Жоғарыда көрсетілген материалдарға сәйкес, себептерге байланысты қан кету себептері мен көздерін анықтап, оны жою;
Емделушінің ахуалын қайта бағалау	Трансфузия басталғаннан кейін 30 минуттан соң жүргізіледі; Ахуалдың жақсару критерилері болып табылады: - пульстің тұрақтануы (ЖЖЖ минутына 90 соққы және аз); - АҚ жоғарылауы (систоалық қысым деңгейі 90 мм.с.б.және жоғары); - диурездің жоғарылауы (сағатына 30 мл зәр және одан көп);
	Әйелдің ахуалы жақсарған кезде сұйықтық инфузиясының жылдамдығын 6 сағатта 1 л дейін төмендету;

Акушерлік қан кетулердің инфузиялы-трансфузиялық терапиясының хаттамасы

ГШ I дәреже (<650-700 мл)	ГШ II дәреже (700-1000 мл)	ГШ III дәреже (1000-2000 мл)	ГШ IV дәреже (>2000 мл)
Кристаллоидтар 1500 мл	Кристаллоидтар 1000- 1500 мл	Кристаллоидтар 1500- 2000 мл	Кристаллоидтар 2000 мл
ГЭК 500 мл	ГЭК 500-1000 мл	ГЭК 1000 мл	ГЭК 1000 мл
	Жаңа мұздатылған плазма 250-500 мл	Жаңа мұздатылған плазма 1000 мл	Жаңа мұздатылған плазма 1000-1500 мл
		Эритроцитарлық масса 500-1000 мл	Эритроцитарлық масса 1500-2000 мл

Ескертпе:

- 1) Жаңа мұздатылған плазмамен трансфузия қан ұюының плазмалық факторын енгізумен алмастырылуы мүмкін.
- 2) Эритроцитарлық масса трансфузиясы -гемоглобиннің 80 г/л төмендеуінде, гематокриттің 25%- тен төмендеуі кезінде
- 3) Тромбоцитарлық масса трансфузиясы үшін көрсетімдер -тромбоциттер санының 70x10³мл-дан төмендеуінде.

Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:

1. Инфузиялар мен инъекциялар үшін біркұрамды және құранды ерітінділер.
2. Плазмаауыстырушы заттар.
3. Окситоцин инъекциялар үшін ерітінді 5 БРЛК ампулада
4. Метилэргометрин инъекциялар үшін ерітінді 0,2 % ампула, . мл, 10 мл.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- қан кету тоқтауы;
 - босанғанның өмірлік қызметтерінің қалпына келуі;
 - лабораторлық көрсеткіштердің қалыпқа келуі.
- 4.4. Иллюстрациялы материалдар:** муляж, презентация.
- 4.5. Әдебиет.** Соңғы бетте
- 4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)**

1. Босану кезінде қан кетуде қандай көмек көрсету керек?
2. Босанудан кейінгі ерте кезеңдердегі қан кетулердегі тактика?
3. Зертханалық өзгерістер?
4. Дәрігерге дейін қалай жәрдем көрсету керек?
5. Гиповолемиялық шок дегеніміз не?

11-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Гинекологиялық тексерудің негізгі тәсілдері.

4.2. Сабақтың мақсаты: оқушыларды анамнез жинау, шағымдарын сұрастыру, негізгі зерттеу әдістерін жүргізуге үйрету; гинекологияның маңызды мәселелерін білу; пациенттермен жұмыс атқаруға үйрету

4.3. Дәріс тезистері:

Гинекологиялық тексерудің әдістерін негізгі және қосымша деп бөлуге болады. Негізгі тексеру әдістері барлық науқастарды міндетті түрде тексеру мақсатында қолданылады. Қосымша тексеру әдістері алдын-ала қойылатын диагнозға байланысты көрсетулер бойынша қолданылады.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 51 беті

Негізгі әдістерге: 1/сыртқы жыныс мүшелерін қарау, 2/ айнаның көмегімен қарау, 3/қынаптық тексерулер-бір қолды және екі қолды/ қынаптық-құрсақты не іш қабырғалы/, көрсетулер бойынша көтеншекті және көтеншекті-қынаптық тексерулержатады.

Диагнозды анықтау үшін /көрсетулер бойынша/ қосымша тексеру әдістері қолданылады. Оған жатады: 1. Кольпоскопия 2. Цитологиялық тексерулер 3. Бактериоскопиялық тексерулер 4. Жатырды зонд арқылы тексеру 5. Қысқыштар /пулевые щипсы/ көмегімен тексеру 6. Жатыр мойыны мен жатыр денесінің шырышты қабаттарын жекеше диагностикалық қыру. 7. Биопсия, соның ішінде аспирациялық әдістер 8. Іш қуысының пункциясы. 9. Рентгенологиялық әдістер /гистеросальпингография, газды және биконтрасты рентгенопельвиография, лимфография, флебография/. 10. Эндоскопиялық әдістер /кульдоскопия, лапароскопия, гистероскопия/ 11. Аналық бездің қызметін тексеру /функциональды диагностикалық тестер , гормон мөлшерін тексеру,гормондық сынаулар/, соның ішінде жатыр денесінің шырышты қабатын диагностикалық қыру. 12. Түкікшенің қызметін тексеру /пертубация, гидротубация/. 13. Ультрадыбысты тексеру 14. Көршілес мүшелерді тексеру /куықты қатетерлеу, хромоцистоскопия, ректороманаскопия, колоноскопия, ирригоскопия, асқазан және ішек рентгеноскопиясы/.

Сыртқы жыныс мүшесін қарау Гинекологиялық тексеру науқас қуығын /зәрді өздігінен шығару мүмкіндігі болмаған жағдайда қатетер арқылы босатады/ және ішекті босатқаннан кейін /үлкен дәретті босату/, науқасты гинекологиялық креслоға, аяқтарын тізе мен жамбас-сан буындарында жартылай бүгіп, арқасына жатқызады. Тексеруді зарасыздандырылған резеңкі қолғапигип жүргізеді. Сыртқы жыныс мүшесін қарау барысында түктенудің сипаты мен деңгейіне, үлкен және кіші жыныс еріндерінің дамуына көңіл бөледі. Ерлер типті түктену /кіндікке дейін/ ісік не аналық без қызметінің бұзылуына күмән келтіреді. Жыныс еріндерінің гипоплазиясы жыныс жүйесінің толық жетілмеуіне тән. Жыныс саңылауының ашылуы қынап пен жатыр қабыр,аларының төмен түсуі мен түсіп қалуына тән, ол күшенгенде жақсы білінеді. Қарау кезінде патологиялық процестерді: жараларды /ктерлі ісік, мерез/, қызарған және ісінген жерлерді, кандилома, жыланкөз, тыртықты, көк қан тамырының варикозды кеңеюін артқы тесік маңайының жарықтарын, қынап пен көтеншек бөлінділерін анықтайды. Кіші жыныс ернін сол қолдың саусақтарымен ашып, қынап сағасын және осы жерде орналасқан үрпінің сыртқы тесігін және үрпі маңайының жолдарын, қыздықты және үлкен вестибулярлы бездің шығару өзегін қарайды. Патологиялық сұйықтық барлығы /іріңдік/, шырышты қабаттың қызарған аймақтары сөз не арнайы емес қабыну процестеріне тән. Қыздықтың жағдайы /оның бүтіндігі, тесіктің пішіні / анықталынады.

Айнаның көмегімен қарау Қарау жұмысы қынаптың тексеруге дейін жүргізілуі тиіс, өйткені соңғы тексеру барысында патологиялық процестер суреттемесінің өзгеруі мүмкін /ісіктің немесе жатыр мойыны полипының бұзылуы және т.б./. Тексеру барысында бактериоскопиялық және цитологиялық тексерулерге айнаның көмегімен жұғынды алады, оны қынаптық тексеруге дейін жасаған дұрыс. Жыныстық қатынаста болмаған науқастарды әдетте айнамен тексеруге болмайды, ерекше көрсетулер бойынша, мысалы қыз балалардағы ювенильды қан кетуде жатыр мойнын қарау қажет. Балалар тәжірибесінде балалардың гинекологиялық айналары қолданылады. Қынап айнасының бірнеше: цилиндрлік, ашпалы /қақпалы/ және қасықша тәрізді түрлері бар. Металдық құралдары дайындау ережесіне сәйкес айналарды зарасыздандырады. Қолданылған айналарды щеткімен су ағынында жуады, сосын құрғатылған ыстық шкафында, автоклавта немесе 1% натрий гидрокарбонат ерітіндісіне 12-15 минут көлемінде зарасыздандырады. Алдын-ала сол қолмен кіші жыныс

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 52 беті

ернін ашып, қасықша тәрізді айнаны сақтықпен қынаптың артқы қабырғасына кіргізеді, оны қынаптың артқы күмбезіне дейін апарады. Содан кейін оң қолмен көтергішті /подъемник/ кіргізеді, ол қынаптың алдыңғы қабырғасын көтереді, жатыр мойнын ашып, оны қарайды, оның пішініне, тыртық, жара, жыланкөз, полип барлығына, бұрын салынған қысқаштар орнына сипаттама береді. Жатыр мойнының конус пішінді, нүктелі ернеуі тумаған әйелдерде кездеседі. Тыртықты деформация босану кезіндегі жарақатты көрсетеді. Жатыр мойнының гипертрофиясы созылмалы қабынуды көрсетеді. Ернеудің саңылаулы түрі туған әйелдерде кездеседі. Ернеудің орналасуына көңіл аударады. Оның бүйірінде табылу /эксцентрілі/, еніне қарай өсуі жатыр мойнының ісігін білдіреді, сонымен қатар мойынша жүктілігінің белгісі болуы мүмкін. Жүктілікке жатыр мойнының көгеруі тән. Сыртқы ернеуде поиптер, ісіктер /катерлі ісік, субмукозды миома/ болуы мүмкін. Бөліндіге /ірінді, қанды/ сипаттама берілуі тиіс. Патологиялық өзгерістерді /жыланкөз, қызарған жерлер/ теріске шығару үшін айнаны шығара отырып, қынап қабырғаларын қарау керек.

Ішкі тексеру. Ішкі тексеру бір қолды қынаптық, екі қолды қынаптық /ныпаты-ішті қабырғалары/, көтен ішекті –ректальды және көтен-қынапты-ректовагинальды болып бөлінеді. Қынаптық тексеруді оң қолдың саусақтарымен алдын-ала кіші жыныс еріндерін ашып, саусақтарды біртіндеп/алдымен 3-ші саусақты, сосын 2-ші саусақты/ қынапқа кіргізеді. Тексеру барысында үлкен вестибулярлы бездің маңайын /1-ші және 2-ші саусақтармен /, үрпіні /үрпіні қынаптың алдыңғы қабырғасы арқылы 2-ші саусақпен / сипалайды және құрсақ түбінің бұлшық еттерінің жағдайын анықтайды. Қынаптың жағдайын: көлемін, қыртысын және созылуын, патологиялық процестер /ісіктер, тыртықтар, тарылуы/ барлығын анықтайды.

Қынап күмбездерін тексереді. Артқы күмбез әдетте ең тереңдеуі, бүйір күмбездері қалыпты жағдайда симметриялы болады. Күмбездің салбырау, жалпаюы қан, инфильтрат немесе іш қуысында, құрсақтың шел қабатында ісіктің барлығын білдіреді. Жатыр мойнының қынапты бөлігін тексеру кезінде оның пішіні, тығыздылығы, қозғалу деңгейін және ығысудағы сезімталдығы, сыртқы ернеудің пішіні, мойынша каналының өзкізгіштігі, ондағы патологиялық ісіктер барлығы анықталынады. Жатыр мойнының жұмсаруы-жүктілікке, ал қатаюы-қабыну процестеріне, ісікке тән болуы мүмкін. Жатыр мойнының қозғалмауы оны қоршап жатқан шел қабатының ісікпен не қабыну инфильтратымен зақымдануында, ал шектен тыс қозғалуы-жатырдың төмен түсуінде байқалады. Жатыр мойнының ығысуы кезіндегі оның ауруы жатыр қосалқысы мен жамбас іш пердесінің қабынуына, түтікті жүктіліктің бұзылуына тән. Жатыр мойнының тыртықты деформациясында, сонымен қатар басталған немесе толық абортта сыртқы ернеу сәл ашық болады. Жамбастың өткізу өсі мен оның жазықтықтарына сәйкес қатынастағы жатыр мойнының кіші жамбастағы орналасуына көңіл бөлінуі тиіс. Қалыпты жағдайда жатыр мойны өткізу сызығының бойында, ал сыртқы ернеу-интерспинальды сызық бойында /отырғыш сүйегінің қырлары арасындағы/ орналасады. Жатыр мойнының төмен қарай ығысуы жатырдың төмен түсуінде, жатыр мойнының ұзаруында /мүмкін. Жатыр мойнының жоғары қарай немесе қапталына ығысуы жатыр ісігінде байқалады.

Қынаптық ішті қабырғалы тексеру Жатырдың жатыр қосалқысының, сіңірлер аппаратының, жамбас іш пердесінің және шел қабатының, сонымен қатар көршілес мүшелердің жағдайлырын анықтауға мүмкіндік береді. Тексеру кезінде оң қолдың саусақтары қынапта болуы керек, ал сол қолды алақанымен науқастың ішіне қояды. Біртіндеп жатырды сипалай бастайды, бұл жағдайда оның орналасуын /иілуі, бүгілуі, горизонтальды және вертикальды осьтерде ығысуы/, көлемін /қалыпты жағдайда, қалыпты жағдайлардағыдан артық немесе кем/, пішінін /қалыптағыдай, шар тәрізді, дұрыс емес/,

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 53 беті		

тығыздығын /әдеттегідей ,жұмсарған, қатайған/, қозғалысын /қалыптағыдай, шектелген, қозғалмайды, шектен тыс қозғалуы/ анықтайды. Жатырдың бүгілуі және ығысуы онан тыс патологиялық процестерге, атап айтсақ аналық бездің, аралас мүшелердің ісігіне, жабысулар, а байланысты. Жатырдың көлемі мен пішіні жүктілікке, жатыр ісігіне, оның қуысына қан, іріңнің жиналуына байланысты. Жатыр өлшемінiң кiшiреуi оның толық жетiлмеуiн көрсетедi: жатыр бетiнiң кедiр-бұдырлығы, қаттылығы жатыр миомасына тән. Жатыр қозғалысының шектелуi жатыр маңайының шел қабатындағы iсiк немесе қабыну инфильтратына кiшi жамбастың жабысу процестерiне байланысты болады. Жатырдың шектен тыс қозғалысы көп жағдайда iш қуысындағы сұйықтық барлығына /қан, асцит, экссудат/ байланысты. Сосын жатыр қосалқысын сипалайды, ол үшiн iшкi /оң /қолдың саусақтарын сол жақ, сосын оң бүйiрлi күмбезге қарай, ал сыртқы /сол/ қолды-сәйкес жақтағы шапты-мықын маңайына жылжытады. Қалыпты жағдайда түтiкшелер мен аналық бездер бiлiнбейдi. Жатыр қосалқысы түсiндағы iсiк анықталынса, оның көлемiне, пішiнiне, тығыздығына, өлшемiне, бетiне, қозғалғыштығына және сезiмталдығына сипаттама беру керек. Анық тұйықталған, дөңгелек пішiндi iсiк анықталынса, киста, iсiк екендiгiне күмән туады. Кедiр-бұдырлық, қатты тығыздылық, шектеулi қозғалғыштық қатерлi iсiктерге тән. Кiшi жамбастың шел қабатындағы патологиялық процестер қозғалмайтын, қатты инфильтрат түрiнде анықталынады, кейде жатырды қарама-қарсы жағына ығыстырады. Екi қолды тексеруде сегiзкөз- жатырлы сiңiрдi, әсiресе оның эндометриозды зақымдануында сипалап анықтауға болады. **Көтеншек және көтеншектi-қынаптық тексерулер** қыздарда, стенозы-тарылуы не қынаптық атрезиясы бар науқастарда немесе диагноз қою мақсатында қосымша мәлiметтер алу үшiн, мысалы жатыр мойнының қатерлi iсiгiне жамбастың шел қабатына немесе көтеншектiң қабырғасына процестiң таралуын анықтау үшiн, эндометриозде және қабыну процестерiнде қолданылады. Көтеншектi тексеру көтеншектiң ауруына күмән туғанда, iрiң қан бөлiнгенде жасалады. Көтеншектi тексерудi бiр саусақпен жасайды, көтенiшек ампуласының, жатыр мойнының , сегiзкөз жатырлы сiңiрдiң, жамбастың шел қабатының жағдайлырын анықтайды. Көтеншектi-қынаптық тексеруде қынапқа 2-шi саусақты, көтенiшек-қынаптық тасада, қынап қабырғаларында, iшекте /эндометриозде, жатырдың қатерлi iсiгiнде /патологиялық процестер барлығында 3-шi саусақты кiргiзедi. Сыртқы қолдың көмегiмен /көтеншек –iштi тексеру/ жатыр денесi мен қосалқысын тексередi.

Қосымша тексеру әдiстерi Диагнозды анықтау үшiн қосымша тексеру әдiстерiн қолданады. Бұл әдiстердiң iшiнен қазiргi кезде барлық гинекологиялық науқастарға, сонымен қатар алдын-ала медициналық қарауынан өтетiн денi сау әйелдерге қолданылатынын iрiктеп алу керек. Осындай қосымша әдiстерге цитологиялық, бактериоскопиялық тексерулердi және кольпоскопияны жатқызуға болады.

Цитологиялық тексеру Жатыр мен жатыр түтiкшелерiнiң қатерлi iсiктерiн табу мақсатында жүргiзiледi. Жатыр мойнының бетiнен материалды жұғынды-таңба көмегiмен алады. /шыны, пинцет арқылы алынған, жатыр мойнының бетiне салады немесе Эйра шпателiн жатыр мойнын айналдыра өткiзедi. Жатырдың мойнын каналынан материалды арнайы қасықшамен немесе науа тәрiздес зондпен алады. Материалды зат шынысына тамызады және оны ауада құрғатады. Арнаулы бояудан кейiн жұғындыны қарайды. Алдын-ала медициналық қарау кезiндегi жаппай цитологиялық тексерулер әйелдер тобын /биопсия, диагностикалық қыру, атипиялық клеткалар табылғанда /егжей-тегжейiне дейiн тексерудi талап ететiн әйелжыныс мүшесiнiң қатерлi iсiгiн терiске шығару немесе анықтау үшiн бөлуге мүмкiндiк бередi.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 54 беті		

Кольпоскопия Бұл әдіс жатыр мойны мен қынап қабырғаларын кольпоскоп көмегімен, 10-30есе үлкейтіп қарауға мүмкіндік береді. Кольпоскопия ісік алдындағы жағдайлардың ерте түрлерін анықтауға, биопсия жасауға өте қажетті аймақтарды табуға, емдеу барысында жараның жазылуын бақылауға мүмкіндік береді. Кольпоскоптың көптеген түрлері бар, соның ішінде фотоқондырғылы түрі, ол суретке түсіруге және табылған өзгерістерді құжаттауға мүмкіндік береді.

Бактериоскопиялық тексеру Қабыну проейестерін және микробты /фактордың / әсердің түрлілігін анықтауда қолданылады. Қынап бөліндісінің бактериоскопиясы қынаптың тазалық дәрежесін анықтауға көмектеседі, оның гинекологиялық операциялар мен диагностикалық шаралар алдында керектігі бар. Бактериоскопиялық тексеру бір қатар жағдайда аз белгімен өтетін мерез ауруын анықтауға көмектеседі. Бактериоскопиялық тексеруге материалды үрпіден, жатыр мойнының каналынан және қынаптың жоғарғы үштен бір бөлігінен алады. Жұғындыны алар алдында қынапқа дәрі-дәрмек жіберуге байланысты жүргізілетін жуып-шаю сияқты емдеу процедуралары жасалмайды. Жұғынды зәр шығаруға дейін алынуы тиіс. Үрпіден жұғындыны үрпінің артқы қабырғасына сұқ саусақты жо, арыдан төмен қарай жылжытып отырып жеңіл массаж жасағаннан кейін фолькман қасықшасымен немесе зондпен алады, оны зат шынысына жұқа қабатпен жағады. Мұнан кейін қынапқа айнаны кіргізіп, осындай құралдармен жатыр мойнының каналынан және қынаптың артқы күмбезінен жұғынды /әр жұғындыны жеке құралмен / алады.

Жұғындының сипатына сәйкес қынап тазалығының 4 дәрежесі бар: **тазалықтың 1-ші дәрежесі** -жұғынды да жалпақ эпителий мен қынаптық бацилдер /қалыпты жағдайдағы флора / анықталынады, реакциясы-қышқыл.

Тазалықтың 2-ші дәрежесі -1-ші дәрежеге қарағанда эпителий клеткалары, лейкоциттер, қынаптық бацилдер азаяды, бірен-саран коккилер анықталынады, реакциясы қышқыл /тазалықтың 1-ші және 2-ші дәрежелері қалыпты жағдай болып есептеледі/.

Тазалықтың 3-ші дәрежесі-қынаптық бацилдер азайған, басқа бактериалардың түрлері көбейген, лейкоциттер көп, реакциясы әлсіз, сілтілі. Тазалықтың 4-ші дәрежесі-қынаптық бацилдер жоқ, патогенді микробтар көбейген, тіпті гонококк пен трихомонады да бар, лейкоциттер көп, реакциясы әлсіз, сілтілі /тазалықтың 3-4-ші дәрежелері патологиялық процестерге сәйкес келеді/.

Жатырды зондылау Зондылау арқылы жатыр қуысының ұзындығын өлшейді және оның конфигурациясын, қабырғысының рельефін, мойынша каналының ұзындығын және өткізгіштігін анықтайды. Бұл мақсатта металды жатыр зонды қолданылады. Қажетті құралдар жиынтығы: қасықша тәрізді айна, қысқаштар /2/, корнцанг және жатыр зонды. Барлық құралдар зарасыздандырылған күйде қолданылады. Қынапты тазалауға спирт, иод тұнбасын, дәкелі шариктер қажет. Жатырды зондылау емханада жүргізіледі, асептика және антисептика ережелері сақталынады. Дәрігер бұл іс-әрекетті тек қана қынап тазалығының 1-2-ші дәрежелерінде, науқастың қуығы босатылғаннан кейін жүргізеді. Қарсы көрсетулері: Ірінді бөліндінің барлығы /қынап тазалығының 3-4-ші дәрежелері/, жатыр мен жатыр қосалқысының жедел немесе жедел үсті қабынулары, жүктілік. Қысқаштар көмегімен тексеру. Бұл тексеру ісіктің жыныс мүшелерімен байланысын анықтауға көмектеседі. Бұған түсініксіз жағдайларда білу үшін сүйенеді. Қажетті құралдар жиынтығы: қасықша тәрізді айна, корнцанг, қысқаштар, барлық құралдар зарасыздандырылған күйде қолданылады. Жатыр мойныны айнамен ашылғаннан кейін, оны спиртпен сүртеді, қысқашпен алдыңғы ернін қысып алады. Айнаны шығарады, қысқаштың қолмен ұстайтын жерін көмекшіге береді. Оң қолдың саусақтарын қынапқа немесе көтеншекке кіргізеді, сол қолмен ісікті жоғары қарай итереді. Бұл жағдайда ісіктің аяғы тартылып, анық білінеді, ісіктің жатыр

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 55 беті

қосалқысымен байланысын анықтауға мүмкіндік туады. Қысқаштар көмегімен жасалатын келесі әдіс төмендегідей. Жатыр мойнына салынған қысқаштар қынаптан бос салбырап тұрады, ал тексеретін адам іштің қабырғасы арқылы ісікті жоғарыдан жылжытады. Бұл жағдайда жатырдың ісігі қынапта тартылып тұрған қысқашты немесе ішектің ісігінің ығысуы, ережеге сәйкес қысқаштарға берілмейді. Қарсы көрсетулер: қынап тазалығының 3-4 дәрежесі, жүктілікке күмәнді жағдайлар, ішкі жыныс мүшесінің жедел немесе жедел үсті қабынуы. Жатыр мойны мен жатыр денесінің шырышты қабаттарын диагностикалық қыру. Жатырдың шырышты қабатын қыру мен ырындыны гистологиялық тексеруден өткізудің диагностикалық маңызы зор және эндомиометрийдің циклді өзгерістерін, ондағы патологиялық пролиферацияны /қатерлі ісік, хорионэпителиома, полипоз/, ұрық жұмыртқасының қалдығын көрсетеді.

Жатыр денесінің шырышты қабатын диагностикалық қыру ациклды/кейде циклды/ қан кетуде және эндомиометрийдің патологиясын /қынап жұындысында атипиялық клетканың барлығын / білдіретін басқа белгілерінде жасалады. Қажетті құралдар. Қынаптық қасық тәрізді айна, корнцанг /2/, қысқаштар /2/, жатыр зонды, кеңейткіштер мен кюреткалар жиынтығы. Сонымен қатар спирт, иод тунбасы, зарарсыздандырылған таңу материалдары /шариктер, сұлыктар не салфеткалар / қажет. Бөтелкеде науқастың аты-жөні, іс-әрекеттің жасалған уақыты, орны, материалдың алынған жері /жатыр мойны, жатыр қуысы /, клиникалық диагнозы көрсетілген белгі болады. Қарсы көрсетулері. Қынап тазалығының 3-4-ші дәрежелері. Жатыр мен жатыр қосалқысының жедел және жедел үсті қабыну процестері, жұқпалы аурулар, дене қызуының көтерілуі. Бұлар жоспарланған түрде жасалатын операциялар құрамына кіреді және өмір көрсетулері бойынша жасалатын қыру жағдайына /жатырдың кең көлемінде қан кету / тарамайды, ол диагностикалық, сонымен қатар емдік мақсатта да қолданылады.

Асептика мен антисептика ережелерін сақтау міндетті. Науқасты дайындау үшін міндетті түрде сыртқы жыныс мүшесіндегі түктерді қырады, қуықты босатады. Операция гинекологиялық креслода, асептика және антисептика жағдайында жасалады. Көп жағдайда жатыр мойны мен жатыр денесінің шырышты қабаттарын қыруды көп жағдайда жеке-жеке жүргізеді. Ол дәл диагностиканы қамтамасыз етеді /бұл жағдайда алынған материалды 2 жеке бөтелкеге /флаконға/ жинайды.

Биопсия Биопсия және алынған тіндерді гистологиялық зерттеу жатыр мойны, қынап, сыртқы жыныс мүшесіндегі патологиялық процестерге сипаттама береді. Операцияға дайындық диагностикалық қыру операциясының дайындығымен бірдей. Асептика мен антисептика ережелерін сақтау міндетті болып табылады. Қажетті құралдар жиынтығы. Қасық тәрізді айна, корнцанг, пинцет, қысқаштар /2/, скальпель, қайшылар, ине, ине ұстағыш пен кетгут. Зарарсыздандырылған материал спирт, иод тунбасы қажет. Алынған тіннің бір бөлігін формалин ерітіндісіне салып, оны гистологиялық тексеруге арнайы жолдамамен жібереді. Жатыр мойнының қатерлі ісігіне күмәнді жағдайда тіннің бір бөлігін кесіп алумен қатар, жатыр мойнының каналын қырады.

Жатыр қуысынан материал алу үшін аспирациялық биопсияны қолданады. Бұл мақсатта арнайы Браун шприцы қолданылады, ол тегістеліп дөңгеленген ұзын тығынмен қамтамасыз етілген. Браун шприцынан басқа, зат шынысы қажет, оған аспиратты алады, ауада құрғатып, лабораторияға жібереді. Іш қуысына пункция жасау Іш қуысына пункцияны қынаптың артқы күмбезі және іштің алдыңғы қабырғасы арқылы жасайды. Қынаптың артқы күмбезі арқылы пункцияны түтікті жүктілік күмән туғанда, кейде жатыр қосалқысы мен жамбастың іш пердесінің жедел қабуында, іш қуысына жиналған қанды, серозды немесе іріңді сұйықтықты табу мақсатында жасайды. Асцит барлығында алдыңғы

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 56 беті		

іш қабырғасы арқылы пункция жасалады. Асцитты сұйықты қатерлі ісікті теріске шығару үшін атипиялық клеткалар мөлшеріне тексеріледі. Асцитты сұйықты атипиялық клеткалар жоқ болса, бұл жағдайда асцитті жүректің қай бір аурулармен, бауыр циррозымен байланыстылығына мүмкіндік туады. Қынаптың артқы күмбезі арқылы жасалатын пункцияға қажетті құралдар жиынтығы: қасық тәрізді айна, корнцанг /2/, қысқаштар, бүйір тесікті ұзын инелі шприц /12-15 см/, зарарсыздандырылған материал, спирт, иод түнбасы қажет. Науқасты диагностикалық қыруға дайындағандай дайындайды. Асептиканы сақтау міндетті. Түтікті жүктілікте өте ұсақ, ұйыған қоңыр түсті қан алады. Егер серозды немесе іріңді сұйықтық алынса, бактериологиялық тексеру /егуге арналған пунктатты тығыны бар зарарсыздандырылған пробиркаға жинайды/ жүргізіледі. Операциядан кейін науқасты каталкімен палатаға ауыстырады.

Рентгенологиялық әдістер. Гистеросальпингография жатыр түтікшесінің өткізгіштігін анықтау үшін және көп жағдайда бедеу әйелдерге қолданылады. Көрсетулері: жатырдың шырыш асты миомасына күмән туса, эндометриоз, жатырдың дұрыс жетілмеуі және даму ақаулығы, жатыр қуысының жабысулары, бедеулік. Жатыр қуысына 2-5 мл мөлшерінде рентген контрасты затты /иодолипол, верографин, кардиотраст және т.б./ жібереді, сосын рентгенге түсіреді. Қарсы көрсетулері: қынап тазалығының 3-4-ші дәрежесі, қабыну процестерінің жедел үсті түрлері, жүктілік. Гистеросальпингографияға қажетті құралдар жиынтығы: Браун шприцы, рентгенді контрасты заттар, цилиндрлік немесе қақпалы айна, қысқыштар /2/, корнцанг. Асептика және антисептика ережелерін сақтау міндетті. Жатыр ішіне контрасты затты жібергеннен кейін, науқасты жатқызып /каталкіге/, рентген кабинетіне әкеледі. Түсірімді қалыпты жағдайда жатыр қуысы анық контурлы, пішіні үш бұрышты болып келеді. Жатыр түтігі өткізсе, контрасты зат іш қуысына құйылады.

Газды рентгенді пельвиографияда /пневмопельвиография/ іш қуысына көмір қышқыл газын жібереді /пневмоперитонеум жағдайын жасайды/, сосын рентгенге түсіреді /түсірімде жатыр сіңірлерінің, жатыр қосалқысының кескіндері анық көрінеді/.

Көрсетулері: жатыр мен оның қосалқысының дамуының аномалиясына күдік туса, ісіктер /екі қолды тексеру патологиялық процеске анық сипаттама бере алмаған жағдайда/. Қарсы көрсетулері: орталық жүйке жүйесінің аурулары, жүрек-тамырлы жетіспеушілік, қолға демікпесі, өкпеэмфиземасы, туберкулез, жыныс мүшесінің қабыну аурулары, іш қуысындағы кең көлемдік ісіктер. Науқасты дайындау жолдары төмендегідей: бір күн бұрын және тексеретін күні тазалау клизмасын қояды, ал процедура алдында қуықты босатады. Тексеруден кейін науқасты іштің кебуі мазалайды, бұл жағдайда науқастың басын төмен түсіреді және жамбасын жоғары көтеріп, бүлмелі жәй жасайды. Биконтрасты рентгенді пельвиография- жыныс мүшесін көмірқышқыл газымен және рентгенді контрасты заттармен, яғни қосарлап контрастау.

Эндоскопиялық әдістер Гинекологиялық тәжірибеде кең таралған эндоскопиялық әдістерге гистероскопия, кульдоскопия, лапароскопия жатады. Барлық эндоскопиялық әдістерде оптикалық жәйе, жарығы бар приборлар қолданылады. Қазіргі приборлар манипуляторлармен қамтамасыз етілген, олар көз арқылы бақылайтын іш қуысына және жатыр жатыр қуысына жасалатын кейбір диагностикалық және емдік манипуляцияларды жүргізуге мүмкіндік береді. Барлық эндоскопиялық тексерулер асептика мен антисептика ережелерін қатаң сақтауды талап етеді.

Гистероскопия Жатырдың шырышты қабатын қарауға және патологиялық процестерді: полиптерді, гиперплазияны, қатерлі ісікті, өсінділерді, сонымен қатар жатырдың субмукозды миомасын, аденомиозды анықтауға мүмкіндік береді. Диагнозды, көзделген биопсияны анықтауда, сонымен қатар жатырдың шырышты қабатын қыруды бақылауда,

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 57 беті

полиптерді алып тастауда гистероскопия жасалады. Лапароскопия және кульдоскопия іш қуысының ішкі мүшелерін, оның ішінде кіші жамбастың мүшелерін қарауға мүмкіндік береді. Кульдоскопия қынаптың артқы күмбзі арқылы жасалады. Лапароскопия іштің қабырғасы арқылы жасалады. Көрсетулері: Аналық без бен жатыр ісіктеріне айырма диагностикасын жасаудың қажеттілігінде немесе оның қиындығында, экстрагенитальды-жыныс мүшелерінен тыс ісіктерде, жатырдан тыс жүктілікте, аналық бездің склерокистозды синдромында, жатыр қосалқысының қабыну процестерінде, жедел аппендицитте, іш қабырғасының семіздігінде аналық безді қарау қажеттілігі туған жағдайда лапароскопияға сүйенеді. **Лапароскопия** тумаған әйелдерге жасалады, сонымен қатар құрт тәрізді кесіндіні немесе жатырдың алдында орналасқан ісіктерді қарау қажеттілігі туған жағдайда жасалады. Қарсы көрсетулері: Жүректің декомпенсиялы ақауы, гипертония ауруы және басқа ауыр түрдегі жалпы аурулары. Науқасты кульдоскопия немесе лапароскопия дайындау барысы төмендегідей: жасардан бір күн бұрын және тексеретін күні тазалау клизмасын қояды. Сыртқы жыныс мүшесі тұсындағы түктерді қырады. Тексеруді емханада жүргізеді. Жергілікті жансыздандыруды /новокаиінның 0,5 ерітіндісін қынаптың артқы күмбезіне немесе алдыңғы іш қабырғасына егеді. Жатырдың түтікшесінің қызметін тексеру. Жатыр түтікшесінің өткізгіштігін және функцияналды икемділігін анықтау үшін түтікшеге ауа /пертубация/ немесе сұйықтық /гидротубация/ жіберу әдісі қолданылады. Көрсетулері: Жатыр қосалқысының бұрынғы қабыну процестеріне байланысты пайда болған бедеулік.

Петрубация және гидротубацияны жасауда арнайы /аппаратурасы/ құралы болады, ол ауаны, сұйықтықты жіберуге арналған құрал-баллонмен жалғасқан түтікшелер жүйесімен байланысқан тығыннан тұрады және ауаның не сұйықтың қысымын көрсететін манометрден тұрады. Петрубация кезінде түтікшенің жиырылу қозғалысының кимографиялық асептика және антисептика ережелері міндетті түрде сақталуы тиіс. Қарсы көрсетулері: қынаптың 3-4-ші дәрежелі тазалығы, кольпит, цервицит, жатыр мен оның қосалқысының жедел және жедел түсті қабыну процестері. Жоғарыда аталған жағдайлар сақталмаса жатыр түтікшелерінің, іш қуысының қабынуларына және ауыр түрдегі тасқынуларға әкеліп соқтыруы мүмкін. Процедура науқастың гинекологиялық креслода әдеттегідей жатуында жүргізіледі. Алдын ала науқас қуығын босатуы қажет. Қажетті құралдар жиынтығы : қынаптық айна, қысқаштар, корнцанг, зарарсыздандырылған материалдар, спирт, иод тунбасы. **Гидротубация** диагностикалық, сонымен қатар емдік мақсатта қолданылады. Аналық бездің қызметін тексеру Аналық бездің қызметін функционалдылық тесттер көмегімен /қынап жұғындысының цитологиялық суреттемесі, көз қарашығының феномені, мойынша шырыштысының арборизациясы, көтен ішектің температурасы, эндометрий биопсиясы, сонымен қатар қан плазмасындағы, кіші дәреттегі гормон мөлшерін анықтау және сынау жүргізу / арқылы анықталынады. Қынап жұғындысының цитологиялық суреттемесін оқу үшін қынаптың артқы күмбезінің бөліндісін зат шынысына жұқа қабатпен жағып, ауада құрғатады, спирт пен эфир қосындысында қатырады, сонан кейін гматоксилинмен эозин немесе фуксил бояуларымен бояйды. Қынаптың көп қабатты жалпақ эпителийінде эстроген гормонының әсерімен мүйіздену процесі жүреді, бұл процестің жетілу деңгейі эстроген гормонының жоғарғы мөлшеріне байланысты. Жұғындыда мүйізденген клеткалардың көбеюі эстрогеннің жоғарғы мөлшерін /гиперэстрогения/ көрсетеді. Эстрогеннің бір қалыпты мөлшерінде қынап қабырғаларынан аралық клеткалар деп аталатын клеткалар үгітіліп түседі. Эстрогеннің төменгі мөлшерінде /аналық бездің гипофункциясындағы немесе менопаузадан кейінгі гипоэстрогения / терең қабаттағы базальды клеткалар түседі және жұғындыда оның мөлшері басым болады. Эпителий клеткаларының типті қатынасына

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 58 беті

сәйкес қынап тазалығының 4 типі бар: 1-ші типі-жұғынды базальды /антрофиялық/ клеткалар мен лейкоциттерден тұрады, бұл эстрогенді жетіспеушіліктің ең күшті жетілген түріне тән. Менопаузадан кейінгі, ал жас әйелдерде-аналық бездің гипофункциясында, бедеулікте байқалады. 2-ші типі-жұғындыда базальды және аралық клеткалар, базальды клеткалар мен лейкоциттер басым болады. Бұл анағұрлым эстрогенді жетіспеушілікте /аналық бездің гипофункциясы, менопаузадан кейінгі кезең/ байқалады. 3-ші типі-жұғындыда аналық клеткалар басым болады. Орташа эстрогенді жетіспеушілікте байқалады. 4-ші типі- жұғынды мүйізденген клеткалардан тұрады. Эстрогеннің жеткілікті, қанған мөлшерінде байқалады. Етеккір циклының қалыпты жағдайында 3-ші және 4-ші типтер байқалады/ циклдың сатысына сәйкес/. Цитологиялық суреттемеге сандық баға беруге болады, мұнда пикнотикалық ядросы бар үстіңгі клетканың үстіңгі клеткалардың жалпы саңына % -тік қатынасы анықталынады. Кпи-кариопикнотикалық индекс. Қарашық белгісі немесе феномені Циклдың фолликулин сатысында мойынша бездері шырышты секрет бөліп шығарады, оның анағұрлым көп мөлшері циклдың ортасына қарай жиналады. Мойынша каналының сыртқы тесігі бұл секретпен кеңейіп, көз қарашығын еске түсіреді, оны айнамен қарау арқылы көруге болады. Бұл симптом циклдың 10-шы күнінен 17-ші күніне дейін байқалады, анағұрлым жақсы жетілуі циклдың 14-15-ші күндері байқалады. Эстрогенді жетіспеушілікте қарашық симптомы әлсіз не жоқ болады, ал эстрогеннің көп мөлшерінде бұл симптом көпке дейін сақталады. Мойынша шырышының арборизациясы /папоротник симптомы/. Мойынша шырышын зат шынысына жағып, оны ауада құрғатқанда, папоротниктің жапырағы тәріздес кристалдар түзеді. Папоротник симптомы қарашық симптомына параллель байқалады /шырыштың 2-3 тамшысын пинцет арқылы алып, оны зат шынысына жағады, ауада 10-15 мин құрғатады, изотониялық натрий хлоридінің ерітіндісінен бір тамшы тамызып, микроскоппен қарайды/.

Ректальды-көтеншектің /базальды/ температурасын көтеншекте таңертең ұйқыдан тұрған соң, тыныштық қалыпта өлшейді. Қалыпты жағдайдағы циклде, цикл көлемінде температура өзгеріп отырады: фолликулин сатысында температура 36,2-36,7 градус С, лютеин сатысында ол 0,4-0,5 градус С-ге дейін көтеріледі, ал етеккір басталысымен қайта төмендейді. Әдетте екі сатылы температуралы қисық овуляцияны /овуляторлы немесе екі сатылы, етеккір циклы/ білдіреді. Овуляция жоқ болса, температуралы қисық монотонды-бір қалыпты, бір сатылы /ановуляторлы, немесе бір сатылы, етеккір циклі/ болады. Овуляция және лютеин сатысының барлығын эндометрийдің гистологиялық тексеруі, атап айтсақ оның секретті айналым дәлелдейді. Қырындыны етеккір циклының 2-ші жартысында /циклдың 22-24-ші күндері / алады. Эндометрийдің секретті айналымының жетіспеушілігі немесе жоқтығы сары дене қызметінің бұзылуын көрсетеді. Аналық бездің қызметін қан мен зәр құрамындағы гормон мөлшеріне қарап бағалауға болады. Бұзылу деңгейін /гипоталамус, гипофиз, аналық бездер, бүйрек үсті қабығы/, эндокрин жүйесінің зақымдану себебін анықтау үшін, әр түрлі функционалды сыңаулар /рилизинг гормонымен, ЛГ, ФСГ, ХГ, АКТГ синтетикалық прогестиндер, прогестеронды, циклды глюкокортикоидты сыңаулар/ жүргізіледі. Ультрадыбысты тексеру Ішкі және мүшесінің ісіктерін анықтауға, сонымен қатар ісік пен жүктілік арасындағы диагностикасын жасау мақсатында қолданылады. Әдіс түрлі тығыздықты тіндердің ультрадыбысты энергияны түрліше жұту қасиетіне негізделген. Көршілес мүшелерді тексеру Кейбір жағдайларда әйел жыныс мүшесінің ісігін ішектердің ісігінен, бүйректің төмен түсуінен ажырату қажеттілігі тууына байланысты, кіші жамбастың мүшелерін тексеру гинекологпен жүргізіледі. Мұнан басқа аналық бездің, жатырдың қатерлі ісіктерінде, процестің ішекке, қуыққа таралу дәрежесін анықтау қажеттілігі туады. Кіші жамбастың мүшелерін тексеруде қуықты қатетерлеу,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 59 беті		

цистоскопия, хромоцистоскопия, тексерудің рентгенді әдістері /ирригоскопия, экскреторлы урография/ қолданылады. Қуықты қатетерлеу диагностикалық, емдік мақсаттарда жасалады/операцияға дайындық, зәрдің кешігуінде, қалған зәрді шығару үшін және т.б./.

Қуықты босату кейде киста немесе аналық бездің ісіктерін анықтауда қателік жіберуден сақтайды. Цистоскопия вен көк қан тамырына индигокармин затын жібереді, сонан кейін цистоскоппен несеп жолдарының тармағын қарауға негізделген. Бүйректің қалыпты қызметінде индигокарминді ескеннен кейін 4-5 минуттан соң, индигокармин удемелі /интенсивті / ағыспен құйылады. Индигокарминнің бөлінбеуі несеп жолының өткізбейтіндігін /тастың болуы, ісікпен қысылуы/ білдіреді. Экскреторлы урография /венаның ішіне рентгенді контрасты қатты жіберу / бүйрек түбегінің, несеп жолының және қуықтың рентгенді түсірімін көруге және бүйректің төмен түсуі мен аналық бездің ісігін айыруға мүмкіндік береді.

Ректороманоскопия тік, сигма тәрізді ішектердің шырышты қабаттарынан жағдайын, ішектің осы бөліктеріндегі яны анықтауға мүмкіндік береді және көрсетулер бойынша биопсия жасалады. Иррагоскопия тоқ ішекті тексеру Науқасты комплексті тексеру гинекологиялық аурудың диагнозын, сонымен қатар ілеспелі ауруларын қоюға және емнің жоспарын жасауға мүмкіндік береді. Секретті және жыныстық қызметі туралы не білеміз. Қынаптың қабыну аурулары себептері мен клиникалық суреттемесі. Аналық без және жатыр түтікшелерінің рагы анықтау және алдын-алу.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: техникалық құралдар медициналық инструментарий, көрнекі және дидактикалық құралдар: кестелер, жатыр муляжы, хаттамалар, оқыту бөлмесі, презентация.

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Гинекологиялық тексерудің негізгі тәсілдері қандай?
2. Айнамен қалай қарайды?
3. Қынаптық ішті қабырғалы тексеру?
4. Қандай қосымша тексеру әдістері бар?

12-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Әйел жыныс ағзаларының спецификалық және бейспецификалық этиологиялы қабыну аурулары. Зертханалық көрсеткіштер.

4.2. Сабақтың мақсаты: Әйел жыныс ағзаларының спецификалық және бейспецификалық этиологиялы қабыну ауруларының түрлерімен танысу. Зертханалық көрсеткіштерінің өзгеруіне шолу.

4.3. Дәріс тезистері: Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары

Гинекологиялық аурулардың 60-75% қабыну аурулары құрайды (әйелдер кеңесіне қаралғандардан алынған мәліметтер бойынша). Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары пайда болғанда әйел мүшелерінің және жүйелерінің функциялары жиі бұзылады. Қабыну процесстеріне спецификалық және бейспецификалық этиологиялы деп ажыратады. Бейспецификалық қабыну процесі стафилококктар, ішек таяқшасы, стрептококктар, көк іріңді таяқшаларымен қоздырылады, екінші топты — трихомонадтар, гонококктар, кандидалар, вирустар, микоплазмалар, хламидиялар қоздырады. Қазіргі уақытқа дейін септикалық этиологиялы жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының негізгі қоздырғышы стрептококк болып табылады. Бірақ қазіргі уақытта жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының қоздырғыштары ішінде антибиотикке төзімділік штаммдарын тез шығаратын

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 60 беті		

шартты патогенді стафилококктар және грамм теріс бактериялар әсіресе ішек таяқшасы кең орын алған. Стрептококктармен және көк ірің таяқшасымен қоздырылатын аурулар сирек кездеседі. Қабыну патогенді қоздырғыш әсеріне қарсы және қоздырғыш микробты иммобилизациялауға оны жоюға организмнен шығаруға бағытталған организмнің қорғаныштық-бейімделу реакциясы. Қабыну процесі жедел, жеделдеу және созылмалы деп ажыратылады. Созылмалы қабыну процесі өз кезегінде жиі өршулермен өтеді немесе жыныс мүшелерінің тыртықтық-жабысқақтық өзгерісі түрінде жүреді. Қабыну реакциясының маңызды звеносы дәнекер ұлпасы болады. Бұлар алдымен қан тамыр өткізгіштігін жоғарылататын, тонусын өзгертетін, микроциркуляцияны реттейтін биологиялық активті заттар және гистамин, серотонин құрамына кіретін ірі клеткалар. Қабыну реакциясына қатысатын жасушалық элементтерге қорғану тосқауылын құрайтын нейтрофильдер, гистиоциттер, фибробластар жатады. Қабыну ошағында күрделі биофизикалық өзгерістер жүреді: қан айналым бұзылысы, тіндік ыдырау өнімдерінің жиналуы, ацидоз дамиды, нуклеинді қышқылдар, лейкотоксиндер түзіледі, кең мөлшерде серотонин, гистамин ацетилхолин бөлінеді, олар қан тамыр өткізгіштігін арттырады. Әйел жыныс мүшелері тініндегі жергілікті қабыну реакциясының түзілуі қоздырған микроб түрінде, науқастың жалпы жағдайына және организмнің иммунологиялық реактивтілігіне байланысты. Жиі қабыну аурулары инфекциялық текті болады. Сирек олар өнеркәсіп факторларымен байланысты механикалық, химикалық, термиялық және эндогенді әсерлер нәтижесінде дамиды. Кез-келген зақымдаушы фактор әсерінен дамиды қабыну реакциясын тізбекті биохимиялық реакциялар түрінде жүретін екі фазаға бөледі. Бірінші фаза-тез (тез арада) 35 минут өтеді және серотонин, гистамин, ацетилхолин және басқа биохимиялық активті заттар түзілуі нәтижесінде дамиды веналар өткізгіштігінің бұзылысымен суреттеледі. Екінші фаза — баяуланған 1-8 сағат, кейде 1-7 тәулік ішінде дамиды кининдер, жоғары молекулалық глобулиндердің және басқа брадикинин тәрізді заттардың капиллярларға әсері нәтижесінде қантамыр өткізгіштігінің өзгеруімен байланысты болады. Науқастардың 60-70% да қабыну процесі септикалық микрофлорамен байланысты, ал 15% — гонорейямен, 8% — туберкулезбен байланысты. Қайталап өршуге және созылмалы түрге өтуге бейім болып, ол әйел организмнің функцияларының бұзылуымен жүреді (етеккір, жыныстық, репродуктивті, секреторлы). Сирек емес жағдайда жыныс мүшелерінің қабыну аурулары уақытша, кейде тұрақты еңбекке жарамсыздыққа себеп болады.

Вульвит - әйелдің сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы. Біріншілік, екіншілік вульвит болып ажыратылады. Біріншілік ол жарақат әсерінен дамып, сол жердің инфекциялануымен жүреді. Жарақат кезінде диабетте, гельминтозда, тері ауруларында (пиодермия, фурункулез және басқаларында вульвит, вульвовагинит) кездесетін сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы болуы мүмкін. Екіншілік вульвит әйелде кіші жыныс мүшелерінің қабыну процесі болғанда дамиды. Қынаптан, жатыр мойынынан патологиялық бөліністердің ағуы вульваның эпителиальды жабындысын бұзып, микробтың енуіне қолайлы жағдай (стафилококктар, ішек таяқшасы, стрептококктар және т.б.) тудырады.

Клиникасы. Жедел және созылмалы вульвитті ажыратады. Жедел вульвит тіндер ісінуімен, диффузды гиперемиямен, ірінді бөліністермен, шап катпары мен санның ішкі бетінің гиперемиясымен, кейде сыртқы жыныс мүшелерінен лимфа келіп ағатын шап лимфа түйіндерінің ұлғаюымен жүреді. Кейде вульвит тік ішекте және жыныс қуысында орналасатын жедел кандиломалармен бірігіп келеді. Науқастар жыныс мүшелерінің ашуына, қышуына, әсіресе зәрге шыққаннан кейінгі ірінді бөліністерге және ауырсынуларға шағымданады. Вульва ішек таяқшасымен зақымдалғанда болатын бөліністері сұйық және жағымсыз иіспен, сарғыш жасыл түсті, ал стафилококк зақымдағанда бөліністері қою және

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 61 беті

сары-ақшыл түсті. Созылмалы вульвит қышумен, ашумен гиперемиямен сипатталады.
Диагностикасы. Диагнозы анамнез мәліметтеріне (өндірістік шандар, жыныстық гигиена бұзылуы, химиялық және физикалық әсер етуі), шағымдарына гинекологиялық қарау нәтижесіне вульвадан бөлінген бөліністерді бактериологиялық және бактериоскопиялық зерттеу мәліметтеріне негізделіп қойылады.

Емі. Комплексі болып, құрамына жергілікті және жалпы әрлендіргіш заттар кіреді. Жедел вульвитте төсектік режим сақтау және жыныстық қатынастан бас тарту қажет, жылы (36-370C) калия перманганаты ерітіндісімен (1000 г), түймедақтың жылы тұнбасымен (1 ас қасық түймедақ 1 стакан қайнаған су құйып 20 минутқа қоямыз), 2-3% бор қышқылы ерітіндісімен сыртқы жыныс мүшелерін тәулігіне 2-3 рет жуу керек. Фурацилин ерітіндісі (1000 г) сіңірілген таңғышты қолданамыз және анестезин майымен майлаймыз. Жеделдеу ағымда перманганат калиймен немесе түймедақ тұнбасымен ванна жасау тағайындалады. Тәулігіне 2-3 рет 10 минуттан.

Кольпит - қынаптың кілегей қабатының қабынуы. Бейспецификалық кольпит стафилакоккпен, ішек таяқшасымен, стрептококкпен қоздырылуы мүмкін. Кольпит дамуының қауіп факторларына қосалқылардың созылмалы қабынулары кезінде байқалатын аналық безінің эндокриндік функциясының төмендеуі, пубертатты және қартайған жаста эпителиальды жабынды бүтіндігінің бұзылуы жатады.

Клиникасы. Кольпиттің негізгі бөліністеріне аурудың жедел және созылмалы сатысына тән серозды, ірінді бөлініс болады. Жедел кольпитте науқас қынап, вульва аймағының қышуына және ашуына шағымданады, зәрге шыққанда ауырсыну мен ашу күшейеді. Созылмалы сатысында бұл белгілер басылады.

Диагностикасы. Көтергіш және қасық тәрізді айна көмегімен қынапты қарағанда аурудың жедел қынаптық гиперемиясы байқалады, серозды немесе ірінді жабындымен жабылады, тигенде қансырайды. Кольпиттің созылмалы сатысында кілегейлі қабаттың аздаған гиперемиясы болады, ауырсыну азаяды. Кольпоскопиялық зерттеу қынаптың кілегей қабатының өзгерісін дәл анықтауға және диагноз қоюға мүмкіндік береді.

Емі. Бейспецификалық кольпитте жергілікті және жалпы ем жүргізіледі. Жергілікті емде сыртқы жыныс мүшелерінің туалетінде перманганат калий, түймедақ, цинк сульфаты ерітінділерін қолдану керек. Қынапқа галоспоринмен, облепиха майымен қаныққан тампонды енгізеді.

Эндоцервицит - жатыр мойыны каналының кілегей қабатының қабынуы. Қоздырғыштары стафилакокктар, стрептококктар, ішектаяқшалары, энтерококктар, гонококктар, вирустар, кандидалар болып табылады. Эндоцервициттің дамуына босану, аборт кезінде жатыр мойынының жыртылуы және жыныс жүйесінің басқа бөліктерінің аурулары (кольпит, сальпингоофорит, жатыр мойынының псевдозерозиялары) себеп болады.

Клиникасы. Жедел сатысындағы науқастар кілегей-ірінді немесе ірінді бөліністерге, кейде іштің төменгі бөлігіндегі және белдің сыздап ауырғандығына шағымданады. Дене қызуының көтерілуі жиі болмайды. Айна көмегімен сыртқы жатыр каналы айналасының гиперемияланғаны және жатыр мойынынан бөліністер анықталынады (лейкоциттер жинағы) Созылмалы сатысында аурулар шағымданбайды, сирек жыныс жолдарынан кілегейлі сипаттағы бөлініс болады. Ауру ұзаққа созылса, жатыр мойны гипертрофияланып, жиі жалған эрозия дамиды.

Диагностика. Клиникалық суреті мен кольпоскопия мәліметтеріне сүйеніп қойылады. Жиі өзгерген жерден алынған биоптатты морфологиялық және цитологиялық зерттеуге аламыз.

Емі. Жедел сатысында антибиотиктер немесе сульфаниламидті препараттар, эвкалипт немесе 2%, натрий бикарбонаты ерітіндісімен ванночкалар, цинкпен электрофорез

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ		67 беттің 62 беті

(эндоцервикалды) тағайындайды. Жатыр мойны жыртылысы фонында дамыған эндоцервицитке қабынуға қарсы еммен, кейін жатыр мойнына пластикалық операция жасау қажет. Емнің түрі жатыр мойны жарақатының ерекшелігіне байланысты.

Эндометрит - жатырдың кілегей қабатының қабынуы. Асқынған аборттар, босанулар, жатыр қуысын диагностикалық қыру, гистеросальпингография және басқа да жатыр ішілік араласуларынан кейін жиі кездеседі. Қабыну процесі барлық кілегей қабатқа тарауы мүмкін немесе ошақты сипатта болады. Эндометриттің ауыр түрінде процесс диффузды және ошақты түрде болып бұлшық етке тарайды.

Клиникасы. Дене қызуының көтерілуі, іштің төменгі бөлігіндегі және шап аймағындағы ауырсынуға, іріңді сұйық, кейде жағымсыз иісті (ішек таяқшасы) бөлініске шағымданады; эндометрийдің эпителий жабындысының кейбір аймақтары десквамацияланып, нәтижесінде іріңдіге қанды бөлініс қосылады. Қынап арқылы зерттегенде жұмсақ консистенциялы, аздап ауырсынатын жатырды анықтаймыз. Жиі қабыну процесі лимфатикалық капиллярлар және қан тамырлар арқылы бұлшық ет қабатқа (эндомерит) және қоршаған қабатына тарайды.

Диагностика. Ауруды анықтау қиындықтар тудырмайды. Жатыр қуысындағы түзілісті бактериокопиялық және бактериологиялық зерттеу микробтық флораны анықтауға мүмкіндік береді.

Емі. Жедел эндометритте төсектік режим, іштің төменгі бөлігіне салқын қою.

Антибиотиктер мен сульфаниламидтер, ауырсынуды басатын (натрий салицилаты, ацетилсалицил қышқылы). Седативті (бромкамфора, валерьяна), ал қанды бөліністерде жатырды жиыратындар (эрготал 0,001 г тәулігіне 2-3 рет, хинин 0,15 г тәулігіне 3 рет) қолданылады.

Созылмалы эндометрит. Ұзақ уақыт дамығанда қабыну процесі бұлшық ет қабатына тарайды; бұл кезде бұлшық ет тіні дәнекер тінмен алмастырылады (эндометрит). Жатыр тығыздау, ұлғайған болады. Бөліністер кілегейлі-іріңді болады. Іштің төменгі бөлігіндегі, сегізкөзде, белде ауырсыну болады, жиі ұзақ және көп мөлшерде етеккір (гиперплоименорея), қан кету болады. Жатырды жабатын іш перденің және көрші органдардың қабынуы (периметрит) әсерінен жатырдың қозғалғыштығы тежеледі.

Диагностикасы. Анамнездік мәліметтер, клиникалық көріністер, сонымен қатар жатыр қуысының түзілістері мен эндометрийден алынған жағынды дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді.

Емі. Жиі преформирленген физикалық факторлар (сантиметрлі диапазондағы микротолқындар, УВЧ магниттік аймақ, импульстік режимдегі ультрадыбыс, магний мен цинкпен электрофорез) қолданылады; эффективті емдік балшықтар, озокерит, парафин, сульфиттік және радонды сулар (ванна.). Аналық бездер гипофункциясы кезінде гормонотерапия тағайындалады.

Трихомониаз. Қынаптың трихомонадпен қоздырылатын инфекциялық ауруы. Адамда трихомонадтың үш түрі паразит түрінде кездеседі: қынаптық, ішектік және ауыз қуысындағы. Жыныс мүшелері мен зәр шығару жолдары тек қынаптық трихомонадтармен зақымдалады. Трихомониаз егер қызымен бір төсекте ұйықтаса жұғуы мүмкін.

Трихомонадтар екі немесе төрт клеткаға бөліну арқылы көбейеді.

Клиникасы. Инкубациялық кезеңі 3-5 күннен 20-30 күнге созылады. Трихомонадтар жиі қынапты зақымдайды, сирек – зәр шығарғыш каналды, қуықты, қынаптың кіреберіс безінің шығарғыш өзегін, жатыр мойны каналының кілегей қабатын, жатыр қосалқыларын зақымдайды. Трихомониазға гонорея сияқты көп ошақты зақымдану тән. Негізгі белгісі сыртқы жыныс мүшелерінде қышу мен ашуды тудыратын сұр – сарғыш түсті көп мөлшерде

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 63 беті		

сұйық көпіршікті бөліністер болып табылады. Жедел трихомонадты кольпитте сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы, вульва мен қынаптың ісінуі болады. Қынап қабырғасының және жатыр мойнының қынаптық бөлігінің кілегей қабаты гиперемияланған, жеңіл қансырағыш, ірінді бөліністермен жабылған. Бөліністер қынап қабырғасында орналасқан лимфатикалық және қантамырлық экссудатынан тұрады. Бөліністің көпіршікті болуы газ түзетін стрептококктардың болуымен байланысты.

Диагностикасы. Клиникалық көріністеріне және трихомонадтар табылуына негізделеді. Грам бойынша боялған жағындыны бактериологиялық зерттеу теріс болғанда және трихомонадты кольпитке күмән келтіргенде, бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Трихомонадты зерттеудің көмекші әдісі ретінде люминесценттік микроскопияны анықтау үшін кольпоскопияны кең қолданады.

Емі. Әйел мен күйеуінің емі бірдей бір уақытта жүргізіледі. Спецификалық еммен басқа ілеспелі микрофлораға әсер ететін заттар тағайындалады. Трихомониаздың негізгі тиімді емі метронидазол (трихопол, флагил). Препаратты ішуге береді: 1-күні — 0,5 г трихополды тәулігіне 2 рет 12 сағат интервалмен; 2-күні – 0,25 г тәулігіне 3 рет: олардың арасындағы интервал 8 сағат. Қалған 4 күнде препаратты 0,25 г тәулігіне 2 рет (12 сағат сайын). Метронидазолды басқа схемада тағайындауға болады: 0.25 г препаратты таңертең және кешке 0,5 г метронидазолы бар свеча немесе таблетка енгізіледі. Соңғы жылдар трихомониазды емдеу үшін фасижеск препараттары (имидазол тобы) қолданылады, оны тәулігіне таблеткадан 0,5 г 4 рет тамақ кезінде немесе тамақтан соң тағайындалады. Метронидазол тобындағы препараттарды қан және ОНЖ ауруларында беруге болмайды. Оларды жүктіліктің ерте мерзімінде (8-10 аптаға дейін) беруге болмайды.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: көрнекі және дидактикалық құралдар: кестелер, жатыр муляжы, хаттамалар, оқыту бөлмесі, презентация.

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Әйел жыныс ағзаларының спецификалық қабыну ауруларын атаңыз?
2. Бейспецификалық қабыну ауруларын атаңыз?.
3. Зертханалық көрсеткіштерде қандай өзгерістер болады?
4. Дифференциалды диагностика өткізіңіз?

13-сабақ

4.1. Сабақтың тақырыбы: Түсік. Түрлері. Асқынулары. Емдеу.

4.2. Сабақтың мақсаты: Түсік ұғымымен, түрлерімен, кездесетін асқынуларымен және емдеу әдістерімен таныстыру.

4.3. Дәріс тезистері: Түсік - өздігінен болатын аборт, өз-өзінен болатын патологиялық жүктіліктің үзілуі.

Аборт (лат. abortus — түсік) медицинада — құрсақтағы ұрықтың 28 апталық мерзімге жетпей тіршілігі үзілуі немесе түсік түсуі. Жүктіліктің 14-15 аптасына жетпей ұрық тіршілігінің үзілуін ерте, ал 14-15 аптадан кейін үзілуін кеш түсік дейді.

Аборт өздігінен түсік тастау және жасанды түсік жасату болып бөлінеді. Қолдан жасалатын аборт медициналық мамандардың әйел адамның өмірін және денсаулығын сақтап қалу мақсатында, зорлау немесе инцест салдарынан болатын еріксіз жүктілік кезінде, сәби ауыр науқасқа шалдыққан кезде немесе әйелдің жатырындағы сәбиді асырай алмайтын жағдайы болған кезде жасалады. Ру-486 препаратын жүктіліктің алғашқы бірнеше аптасында қабылдаса, қолдан түсіктің болуына мүмкіндік жасайды. Жүктіліктің 19 аптасына дейін жатырды қысқарту мен іштегі нәрестені түсіру үшін тұз ерітінділерін немесе гормондарды

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ  SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы	67/11
ДӘРІС КЕШЕНІ	67 беттің 64 беті

шашуға болады. Жатырдағы сәбиді хирургиялық жолмен алдыру жүктіліктің екінші немесе үшінші айында ғана жүзеге асыруға болады.

Әйелдің өздігінен түсік тастауы әртүрлі жағдайларға (жығылу, ренжу, шошыну, ауыр жүк көтеру т.б.) байланысты болады. Алдын-алу шаралары: қыз балаларының денсаулығына жас кезінен көңіл бөлу, науқас әйелдерді диспансерлік бақылауға алып, емдеу.

Спонтанды аборт – ішкі құбылыстардың салдарынан болатын түсік

Өздігінен түсік тастау - жүктіліктің 20-шы аптасына дейін ұрықты өздігінен жоғалту.

(Жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін бұл мезгілінен бұрын босану саналады). Өздігінен

түсік тастау - табиғи құбылыс, медициналық немесе хирургиялық түсікке жатпайды.

Өздігінен түсіктердің келесі түрлері болады: Толық түсік: жүктіліктің барлық өнімдері ана

денесінен шығады. Жартылай түсік: жүктілік өнімдерінің бөліктері ғана ана денесінен

шығады. Тоқтатуға келмейтін түсік. Инфекциялық (сепсистік) түсік: жатырдың жабындысы

жұқпаланған. Болмай қалған түсік: жүктілік үзілген, бірақ, жүктілік өнімдері ана денесінен

шықпаған. Сондай-ақ, түсік қаупі термині де қолданылады.

Симптомдары – іштің түйілуі, іншектен қан кетуі мүмкін – түсік тастау мүмкіндігін

көрсетеді. Өздігінен түсік тастау қаупі жүктіліктің 7-12 аптасы аралығында 10% жағдайда

орын алады. симптомдары: іштің түйілуі, іншектен қан кетуі, арқаның төменгі тұсындағы

ауырсыну. Себептері Түсіктердің көпшілігі ұрықтың хромосомасының зақымдануынан

туындайды, бұл оның қалыпты дамуына кедергі келтіреді. Әдетте, бұл ақаулар ата-

анасының гендерімен байланысты емес.

Түсіктердің басқа себептері:

- Есірткі және алкоголь қолдану
- Сыртқы уыттардың әсері
- Гормондық ауытқу
- Инфекция
- Семіздік
- Ананың бала өрбіту ағзаларының дайын болмауы
- Ана организмнің иммундық жауабындағы мәселелер
- Ананың жүйелік аурулары, мысалы, бақылауға алынбаған қант диабеті
- Темекі шегу.

Ұрықтанған аналық жасушалардың шамамен жартысы жойылады және өздігінше түсік тасталынады, әйел жүктілік туралы білмей де қалады. Алғашқы 7 апта ішінде жүктілік туралы білген әйелдердің 15-20% түсік тастауы мүмкін. Ұрықтың жүрегі соға бастағанда түсік ықтималдығы азаяды. Түсік қаупі келесі әйелдерде жоғары: Жасы 30-дан, әсіресе, 40-тан асқан әйелдер Бұрын түсік болған әйелдер. Симптомдары Мүмкін симптомдары: Арқаның немесе іштің төменгі бөлігіндегі әлсіз немесе жіті ауырсыну немесе түйілу Іншектен босану материалдарының немесе қан ұйындысының шығуы Іш аумағындағы ауырсынумен/ ауырсынусыз болатын іншектен қан кетуі

Диагностика Гинекологиялық қарау кезінде жатыр мойнының ашылуы немесе күшті эрозияға ұшырауы және жіңішкеруі анықталады. Сондай-ақ, УДЗ (УЗИ) жасап, ұрықтың дамуын, жүрек соғуын және қанталау дәрежесін анықтау қажет. Қан талдауы: Қан тобын анықтау (егер теріс резус-фактор болса, сізге теріс резусты иммуноглобулин инъекциясы қажет болады). Қан жоғалту дәрежесін анықтау үшін жалпы қан талдауы Жүктілікті растау үшін АХГ(ХГЧ) АХГ(ХГЧ) бірнеше күн немесе апта сайын қайталау қажет Лейкоциттерге талдау (жеке немесе бірге) мүмкін жұқпаны анықтау үшін.

Емдеу Түсікте босану материалы зерттеледі және плацента жағдайы анықталады (қалыпты немесе кірме болуына). Түсіктен кейінгі 2 апта ішінде әйел бақылауға алынады. Егер босану

QONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 65 беті		

материалы толығымен ана денесінен шықпаса, оны хирургиялық немесе медикаментоздық (мезопростол тағайындалады) жолмен алып тастау қажет. Емдеуден кейін етеккір айналымы 4-6 апта ішінде қалпына келеді. Кез келген қан кетуі мұқият тексерілуі тиіс. Келесі жүктілік алдында бір толық етеккір айналымын өткізген жөн.

Асқынулары Толық түсіктің асқынуы сирек болады. Плацента қалдығының толық шықпауы жағдайында жұқпаланған түсіктің салдары – қызу, тоқтамай іншектен қан кетуі, түйілу және нашар иісті бөлінділер. Жұқпалану күрделі болуы мүмкін, шұғыл медициналық араласуды қажет етуі мүмкін. Егер әйел нәрестесін жүктіліктің 20-шы аптасынан кейін жоғалтса, оған медициналық көмекке жүгіну қажет. Бұл мезгілінен бұрын босану немесе ұрықтың өлім-жітімі, бұл жағдайды бақылау үшін дәрігердің назары қажет. Түсіктен кейін әйел және оның жақындары басыңқылық немесе қайғыру сезіміне ұшырайды. Бұл қалыпты жағдай, бірақ, басыңқы күй өтпесе немесе ушығатын болса, туыс-туғандарыңызға, достарыңызға немесе дәрігерге айту қажет.

Қашан дәрігерге көріну қажет Жүктілік кезінде түйілумен/түйілусіз іншектен қан кетуі пайда болса, дәрігерге көрініңіз. Сондай-ақ, жүктілік кезінде іншектен қан ұйындысы немесе босану материалы шығатын болса, дәрігерге көріну қажет. Материалды жинап, дәрігерге тексеруге беру қажет.

Алдын алу Жүкті әйелге ерте және кешенді күтім көрсету - жүктіліктің түсік секілді асқынуының алдын алу шарасы. Ауруларды жүктілікке дейін ерте анықтау және емдеу арқылы аурудан болатын түсіктің алдын алуға болады. Жүктілік барысында зиянды әсерден алшақ болсаңыз, түсік ықтималдығы аз болады. Оларға ренген сәулесі, есірткілер, алкоголь, кофеинді жиі тұтыну және инфекциялық аурулар жатады. Ана организміне жүктілікті сақтау қиын болса, аздаған іншектік қан кетуі байқалуы мүмкін. Бұл түсік қаупін көрсетеді. Бірақ, бұл міндетті болатындығы емес. түсік қаупінің белгілері мен симптомдары байқалған әйел шұғыл түрде өзінің дәрігеріне қаралуы қажет.

Басқа атаулары Өздігінен түсік тастау; жол берілген түсік; жол берілмеген түсік; жартылай түсік; толық түсік; тоқтатуға келмейтін түсік; жұқпаланған түсік; кездейсоқ түсік.

4.4. Иллюстрациялы материалдар: техникалық құралдар медициналық инструментарий, көрнекі және дидактикалық құралдар: кестелер, жатыр муляжы, хаттамалар, оқыту бөлмесі, презентация.

4.5. Әдебиет. Соңғы бетте

4.6. Бақылау (сұрақтар, тесттер, тапсырмалар және т. б.)

1. Түсік дегеніміз не?
2. Түсік түрлері?
3. Түсіктің алдын алу шаралары?
4. Түсіктің емі?

Әдебиеттер.

1. Раисова А.Т., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия және гинекология». – Алматы 2006
2. Көзденнова Р.С., Сейітмәмбетова Н.Қ оқулық «Гинекология» Алматы 2000 ДДҰ бағдарламасы 2008ж. «Қауіпсіз босану».
3. Айламазян, Эдуард Карпович. Акушерство : Учеб. для медвузов – СПб. : СпецЛит, 2005.
4. Раисова А.Т., Нұрқасымова Р.А. Акушерия және гинекология: Оқулық/.Алматы:АсемСистем,2006.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер-1» кафедрасы		
ДӘРІС КЕШЕНІ		
67/11		
67 беттің 66 беті		

5. Акушерство : учебник / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, И. В. Дуда. – 2-е изд., испр. и доп. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2007.
6. Норвиц Эрол Р., Шордж Джон О., Наглядное акушерство и гинекология : учеб. пособие для вузов: пер. с англ. / – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

Электронды деректер көзі:

<https://erketai.kz/genekologiya/ginekologiyalyikh-tekseruler/>

<https://www.zdrav.kz/kk/azbuka/tusik-ozdiginen-tusik-tastau>

<https://kk.dzvrnje.org/2312-gynecology.html>

<https://kazmedic.org/archives/11876>

<https://skma.edu.kz/files/>