

ХҚТУ Шымкент медицина институты

Гинекологиялық науқастарды
диспансерлеу, әйердің репродуктивті жүйесі

Орындаған: Мадибекова Ф
Қабылдаған: Сүлейменова Ж.Ү

Жоспар:

- - I. Кіріспе
 - II. Негізгі бөлім
 - а) Әйелдің репродуктивті жүйесі.
 - б) Ішкі және сыртқы жыныс мүшелері
 - в) Әйел репродуктивті жүйесінің Физиологиясы.
 - г) Қалыпты менструальды цикл және оның қалыптасуы. Етеккір қызметінің бұзылыстары..
 - Гинекологиялық тексерулер
 - III. Қорытынды.
 - IV. Пайдаланылған әдебиеттер.

- Кіріспе:
Әйелдердің репродуктивті жүйелері ішкі және сыртқы жыныс мүшелерінен тұрады.
- Бұл жүйе әйелдерді еркектерден ерекшелеп тұрады, яғни әйел жыныстылардың анатомиясына ғана тән ерекшелік болып табылады.
Репродуктивті жүйелер арқылы әйел жүкті болады, ұрықтың дамып, дүниеге келгенге дейінгі барлық жағдайын жасайды.

Жүкті әйелдерге, босанатындарға және босанған әйелдерге медициналық көмек көрсету

- 6. Әйелдердің жүктілік бойынша және оның сақтау бойынша бірінші жүгіну кезінде акушер-гинеколог дәрігер міндетті түрде:
 - анамнезбен егжей-тегжейлі танысуы керек, туыстарындағы әлеуметтік мәні бар аурулардың бар-жоғын анықтау керек (қант диабеті, артериялық гипертензия, туберкулез, психикалық бұзылулар, онкологиялық аурулар және т.б.) көп ұрықтық жүктілік, туа біткен даму кемістігі бар және тұқым қуалаушылық аурулары бар балалардың тууы;
 - бала кезінде және ер жеткен жаста бастан өткерген ауруларды (соматикалық және гинекологиялық), операцияларды, қан және оның компоненттерін құюға назар аудару;
 - ұрпақты болу функцияларының ерекшелігін зерделеу;

- сәйкесінше тіркелімдердің ақпаратын пайдалану, алдыңғы жүктілік ағымын және өлімді анықтау (гестоздар, жүктілікті аяғына дейін көтере алмау, өлі туылғандар, балалардағы туа біткен даму ақаулары, босанған кездегі операциялар, жаңа туылған нәрестелердің үлесі, босану мен аборттардан кейінгі асқынулар, ерте неонаталды өлім жағдайлары, нәрестелер өлімі, контрацепциялардың әртүрлі әдістерін пайдалану);
 - ерінің денсаулық жағдайын нақтылау, қанының тобы және резус құрамы;
 - өндіріс сипатын зерделеу, ерлі-зайыптылар қайда жұмыс істейді, теріс қылықтары;
 - ерте есепке тұруды жүзеге асыру және акушер-гинеколог дәрігер жүктілікті анықтаған күні тіркелу;
 - уақтылы зерттеп-қарау үшін 12 аптаға дейін жүкті әйелдерді ерте қамту;
 - жүктілікті көтеруге қарсы айғақтардың болуын анықтау;
 - жүкті әйелдер тіркелімінен алдыңғы жүктілік және бұрын анықталған соматикалық аурулар ағымы туралы ақпаратты алу мүмкіндігін пайдалану;

- 7. Акушерге физиологиялық, асқынбаған жүктілікті қадағалап қарауға рұқсат беріледі.
 - 8. Жүктілікті қадағалап қарау кезінде:
 - міндетті зертханалық зерттеп-қараудың бастапқы кешенін (жалпы қанды талдау, жалпы несепті талдау, қанының тобы және резус-фактор, Вассермана, HBsAg (гепатит В) реакцияға қан, адамның иммун тапшылығы вирусы (бұдан әрі - АИТВ) пациенттің келісімі бойынша, тазару дәрежесіне бактериоскопия сүртіндісі);
 - және 10-13 апта 6 күн және 16-20 апта 6 күн мерзімінде ұрықтың хромосомды аурулары мен туа біткен аномалияны анықтау үшін сарысу генетикалық маркерлерге қанды зерттеу;
 - жүктіліктің 10-14, 20-22, 32-34 апта мерзімінде ультра дыбыстық зерттеудің үш реттік скринингі;
 - жүктіліктің 30 апта мерзімінде және медициналық айғақтар бойынша бірінші баруда терапевтің тексеріп-қарауы. Терапевт медициналық айғақтар жағдайында жүкті әйелді бейінді мамандарға жібереді, экстрагениталды патология болған жағдайда жүкті әйел акушерлік-гинекологиялық бөлімшенің терапевт дәрігерінде диспансерлеуге жатады;
 - жүкті әйелдерді босануға дайындау бойынша мектепке жіберу;
 - зертханалық-диагностикалық зерттеулер мен консультациялардың барлық нәтижелерін енгізе отырып, жеке жүкті әйелдер тіркелімін жүргізу.

- 9. Әйелдер арасындағы сұрату және зерттеп-қараудың барлық деректері, сондай-ақ тағайындаулар мен кеңестер жүкті әйелдер мен босанатын әйелдердің жеке картасына және алмастыру-хабарлау картасына ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген әрбір бару кезінде [№ 111/е](#), [№ 113/е](#) нысаны бойынша жазылады.

10. Зерттеп-қарау нәтижесін алғаннан кейін:

1) мынадай қауіп факторларын:

бала көтеру;

гестоздың дамуы;

ұрықтың дамуының тежелуі;

экстрагениталды аурулардың өршуі;

қан кету;

жатырдың жыртылуы;

ірің-септикалық асқынулардың дамуы;

- 2) ана мен ұрықты қазіргі заманғы зерттеп-қарау технологияларын пайдаланумен жүкті әйелдерді бақылаудың жеке жоспары құрылады.

11. Одан кейінгі тексеріп-қарау және зерттеулердің қосымша деректері жүкті әйелдердің акушер-гинеколог дәрігерге әр баруы кезінде картада белгіленеді.

12. [№ 111/е](#) нысанында дәрігер немесе акушер әрбір бару уақытында әйелдердің жағдайын айқындайды, әрбір баруы кезінде 20 аптадан бастап гравидограмма (жатыр түбінің биіктігінің графикалық көрінісі) толтырылады. Жүктілік кезінде дене салмағының қосылу мөлшерін бағалау кезінде дене бітіміне қарай жүкті әйелдің бойының-салмағының көрсеткіші ескеріледі (дене салмағының индексі саналады). Дене салмағының индексінде ауытқулары бар пациенттердің есебін жүргізу қажет.

13. Форма [№ 111/е](#) нысаны әрбір акушер-гинеколог кабинетіндегі картотекада сақталады. [№ 113/е](#) нысаны жүкті әйелге бірінші бару кезінде беріледі және картотека бақылау орны бойынша және басқа медициналық ұйымдарға ұсыну үшін барлық жүктілік кезінде онда болады.

- 14. Картотекада патронажға жататын, стационарлық емдеудегі, уақытша есептен шыққан және босанған әйелдердің картасы бөлек бөлінеді.

15. Белгіленген күннен кейін 3 күн ішінде қабылдауға келмеген жүкті әйелдер үйінде акушер немесе патронаж мейіргердің патронажына жатады, оның өзімен бірге тонометрі және стетоскобы болуы тиіс. Патронажды бару нәтижесі туралы деректерді акушер № 111/е нысанына және [№ 113/е](#) нысанына енгізеді. Айғақтар бойынша үйдегі патронажды акушер-гинеколог дәрігер жүргізеді.

16. Жүкті әйелдердің қауіп факторларымен патронажға учаскелік терапевтер, жалпы практика дәрігері, учаскелік педиатрлар мен мейіргерлер тартылады.

17. Экстрагениталды патология бойынша жүктілікке қарсы айғақтармен әйелдердің жүктілікті көтеру мүмкіндігі туралы мәселесі Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2009 жылғы 20 қарашадағы № 5864 тіркелген денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекіткен 2009 жылғы 30 қазандағы № 626 жүктілікті жасанды үзуді жүргізу [қағидаларына](#) сәйкес аумақтық емхананың комиссиялық дәрігерлік-консультациялық комиссиясы айқындайды.

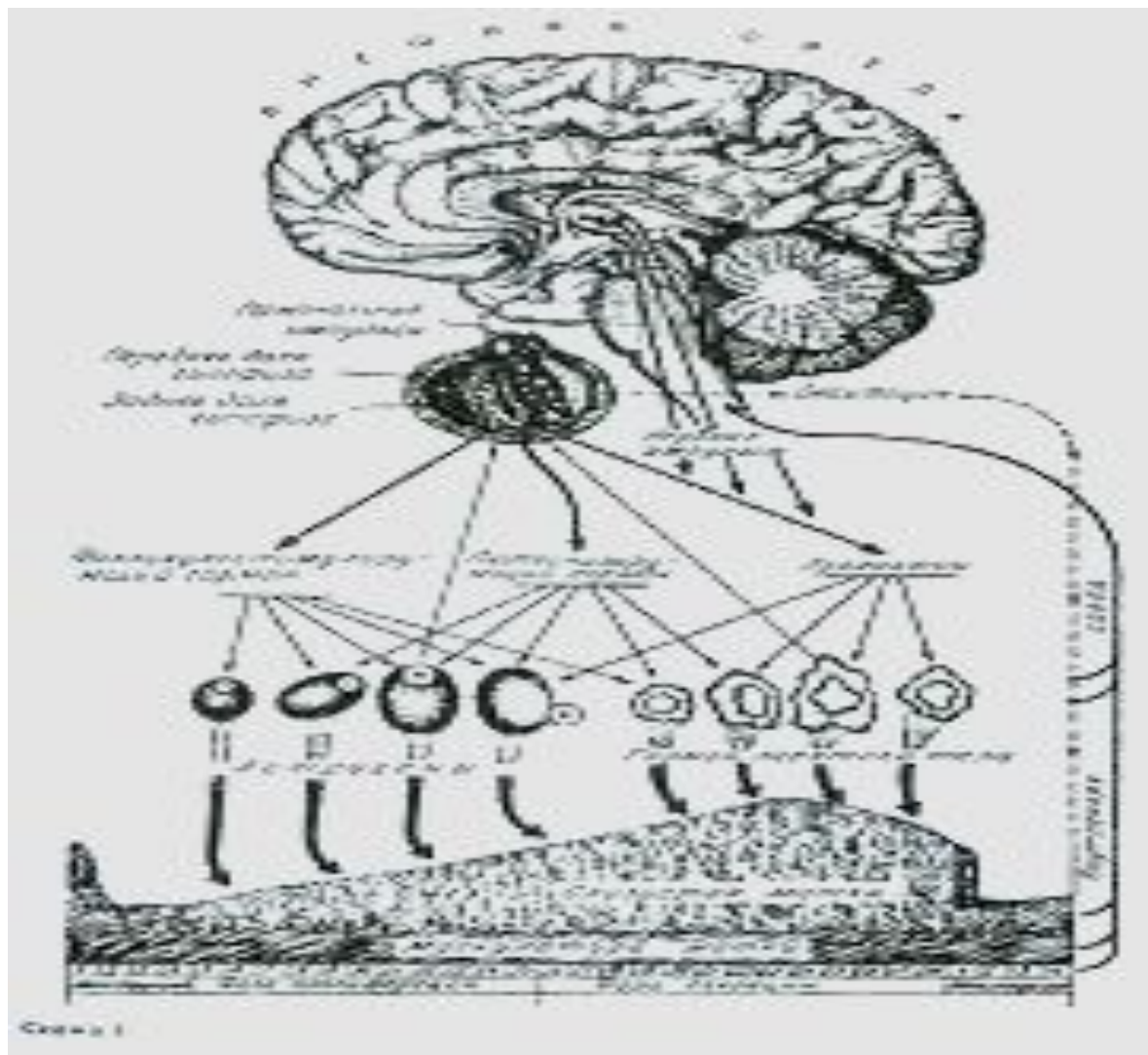
Репродуктивті жүйе туралы түсінік

Репродуктивті жүйе организмнің өзінен кейін ұрпақ қалдыру қабілетін қамтамасыз ететін жүйе. Репродуктивті жүйенің дамуы антенатальды кезеңде басталады да екіншілікті жыныстық жетілудің толық дамығанымен сипатталады. Жыныстық жетілу кезеңі тек жыныстық мүшелермен емес, сонымен қатар организмнің толық соматикалық дамуымен аяқталады. қалыпты жыныстық даму кезінде балалық шақта жыныстық дамудың негізгі көрсеткіші ол дене салмағы мен ұзындығының сәйкестігі болады.

Репродуктивті жүйенің реттелуі

Репродуктивті жүйенің реттелуі бірыңғай функциональды нейроэндокринді жүйе арқылы қамтамасыз етіледі. Нейроэндокринді жүйе центральды-интеграциялаушы және перифериялық – эффекторлы орындаушы мүшелерден тұрады. Репродуктивті функцияның нейроэндокринді реттелуінде бір-бірімен кері және оң байланысқан негізгі **5 тізбекті** ажыратамыз. Жыныстық толық жетілген әйел организмнің репродуктивті функциясының негізгі көрсеткіші – менструальды цикл болып табылады.

Менструальды циклдың реттелуі



Менструальды цикл

- Менструальды цикл – алдыңғы менструацияның бірінші күні мен келесі менструация арасындағы уақыт. Әр әйел организмнің индивидуальды ерекшелігіне байланысты орташа 21 ден 35 күнге дейін созылады. Менструация — бірінші күні менструальды циклдың басталғанымен сипатталатын жатырдың функциональды қабатынан қан ағу болады. Бірінші менструация (менархе) 12—14 жаста болады, қалыпты менструация 3—7 күнге созылады, осы кезде 50—150 мл қан жоғалады.

- Көптеген гинекологиялық ауруларды қарау диагностиканы жеңілдетеді. Тері түсі мен шырышты қабаттардың бозғылттығы қан кету (фибромиома, менструальды функция бұзылысы) екендігін көрсетеді; арықтау, терісінің бозғылттау немесе жер түстес болуы қатерлі ісіктерді көрсетеді; скелеттің рахит тәрізді деформациясы босанудан кейінгі травма нәтижесінде (жыланкөз, жатыр мойны жарылуы, шат аралық) болады. Аурудың дамуы негізгі қолайлы фактор әртүрлі социалды жағымсыз факторлар. Кейбір аурулардың өршуіне негізгі конституциялық ерекшелік те әсерін тигізеді.

Жалпы қарау

- Көптеген гинекологиялық ауруларды қарау диагностиканы жеңілдетеді. Тері түсі мен шырышты қабаттардың бозғылттығы қан кету (фиброміома, менструальды функция бұзылысы) екендігін көрсетеді; арықтау, терісінің бозғылттау немесе жер түстес болуы қатерлі ісіктерді көрсетеді; скелеттің рахит тәрізді деформациясы босанудан кейінгі травма нәтижесінде (жыланкөз, жатыр мойны жарылуы, шат аралық) болады. Аурудың дамуы негізгі қолайлы фактор әртүрлі социалды жағымсыз факторлар. Кейбір аурулардың өршуіне негізгі конституциялық ерекшелік те әсерін тигізеді.

Гинекологиялық классификация бойынша негізгі екі: инфантильді және интерсексуальды типті ажыратамыз. Инфантильді тип: орташа бой, сүт бездерінің және сыртқы жыныс мүшелерінің дамымауы болады.

Инфантилизмде жиі менструальды цикл мен детородты қызметтің бұзылысы дамиды. Интерсексуализм : ұзын бойлы, массивті скелет, кең кеуделі, еркектік тәрізді жыныс мүшелерінің түктері кіндікке қарай бағытталған, аяқтары мен анус тұсында көптеген түк анықталады.

Интерсексуальды типті әйелдерде жыныс мүшелерінің гипоплазиясы менструальды цикл бұзылысы, бедеулік, жыныстық индифференттілік дамиды

Пальпация

Несеп қуықты босатқаннан кейін құрсақ қабырғасын босату мақсатында горизонтальды жағдайда аяқ бүгілген ұалыпта жүргізіледі. Алдын ала ішекті де босатып алған жөн. Пальпация арқылы құрсақ қабырғасының жағдайын (тонус, бұлшықеттік қорғаныс) анықтайды.

Пальпация арқылы жоғары дәлділікпен ісіктер мен инфилтраттардың көлемін, формасын, шекарасын, консистенциясы мен ауырсынуын анықтаймыз. Жатыр қабырғасы мен ішастардың жамбастық бөлігінің жедел қабынуы кезінде пальпация еріксіз қысым іштің төменгі бөлігінде бұлшықеттік қорғаныс реакциясын береді.

Перкуссия

- *Гинекологияда қосымша зерттеу әдісіне жатады. Перкуссия көмегімен ісіктердің шекарасы мен контурын , сонымен қатар жыныс мүшелерінің қабынулық аурулары кезінде үлкен көлемді экссудат пен инфилтраттарды анықтауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар перкуссия параметрит пен пельвиоперитониттың дифференциальды диагностикасында көп қолданылады. Параметрит кезінде инфилтрат шекарасы пальпация мен перкуссия кезінде сәйкес келеді, пельвиоперитонит кезінде инфилтраттың перкуторлы шекарасы жіңішке ішеке жабысу салдарынан пальпацияға қарағанда аздау болып көрінеді. Сонымен қатар перкуссияны ісік пен ішектің конгломераты дифференциальды диагностикасында қолданамыз.*

Негізгі синдромдар

□ *Адреногенитальды синдром*

□ *Гипоталамикалық синдром*

□ *Дисгинезия*

□ *Жыныстық гермафродитизм*

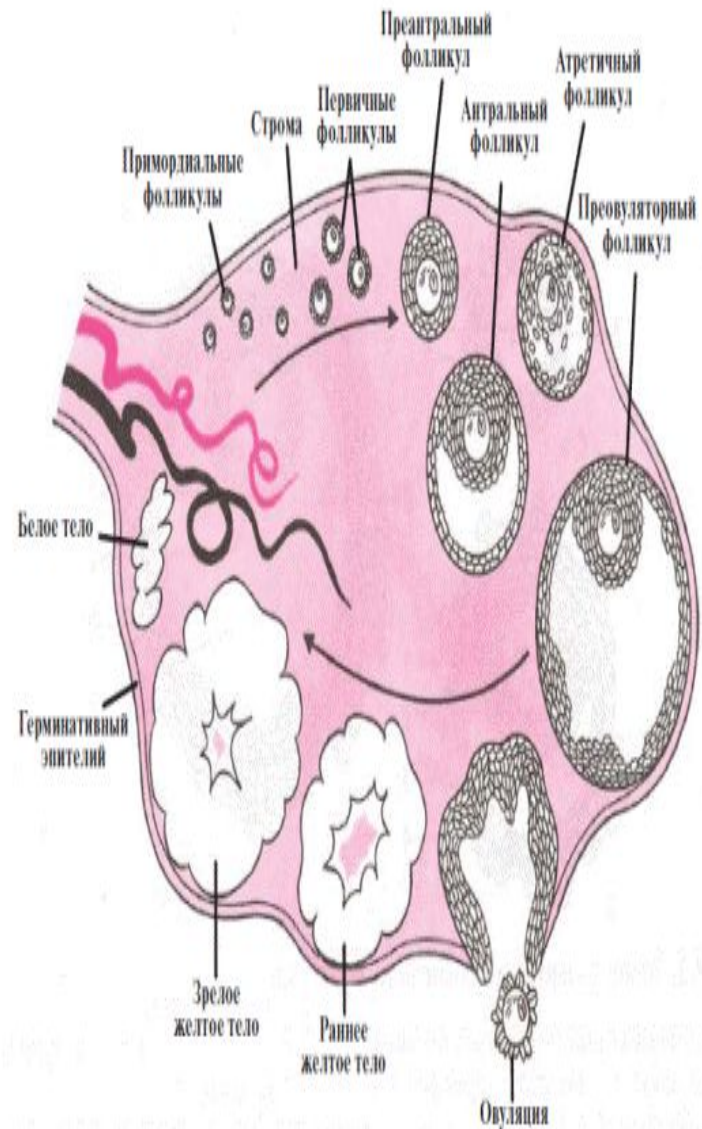
- Ағзаның басқа жүйелеріне қарағанда репродуктивті жүйе еркек дара мен ұрғашы дара арасында көбіне қатты ерекшеленеді [\[1\]](#). Кейбір биологиялық белсенді заттар ([гормондар](#) және [феромондар](#)) жануарлардың репродуктивті жүйесінің жұмысына қатты әсер етеді.
- Омыртқалардың репродуктивті жүйелері көбіне жалпы бір-біріне ұқсас:
- жыныстық бездері (гонадалар)
- арнайы шығарушы жолдар (VAS efferens

- Репродуктивті жүйенің реттелуі бірыңғай функциональды нейроэндокринді жүйе арқылы қамтамасыз етіледі. Нейроэндокринді жүйе центральды-интеграциялаушы және перифериялық – эффекторлы орындаушы мүшелерден тұрады. Репродуктивті функцияның нейроэндокринді реттелуінде бір-бірімен кері және оң байланысқан негізгі 5 тізбекті ажыратамыз. Жыныстық толық жетілген әйел организмнің репродуктивті функциясының негізгі көрсеткіші – менструальды цикл болып табылады.

Схема 2. Причины развития нарушений репродуктивного здоровья



- .1 сурет Овуляция- Овуляция
 Раннее желтое тело- Ерте сары дене
 Зрелое желтое тело- Жетілген сары дене
 Герминативный эпителий- Герминативті эпителий
 Белое тело- Ақ дене
 Примордиальные фолликулы- Примордиальды фолликулдар
 Строма- Строма
 Первичные фолликулы- Біріншілік фолликулдар
 Преантральный фолликул- Преантральды фолликул
 Антральный фолликул- Антральды фолликул
 Атретичный фолликул- Атретикалы фолликул
 Преовуляторный фолликул- Преовуляторлы фолликул



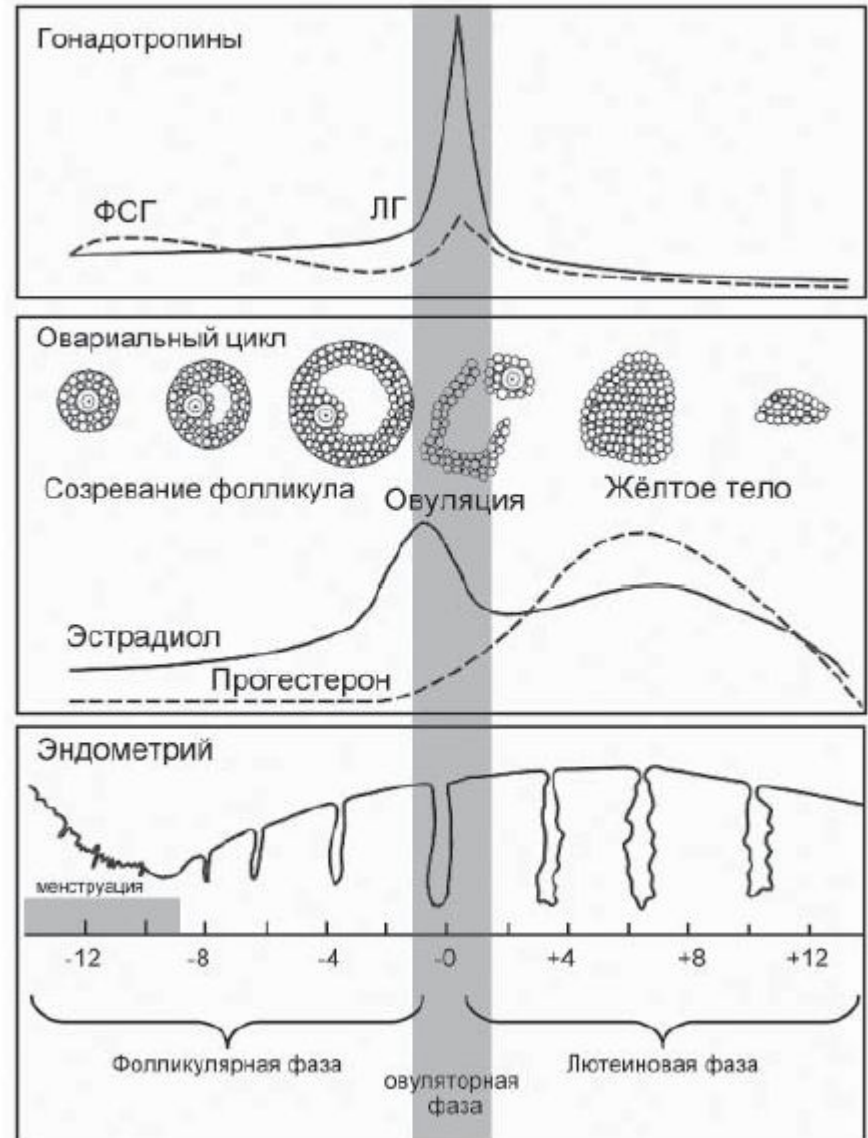
Аналық без қызметі

- Аналық безден бөлінетін басты *стероидты* гормондарға *эстрогендер*, *прогестерон және андрогендер* жатады. Эстрогендерге эстрадиол, эстрон және эстриол жатады. **Эстрадиол** (E2) гранулеза жасушаларымен секрецияланады. Эстрон (E1) эстроидиолдың шеткері ароматизация жолы арқылы түзіледі; эстриол (E3) аналық бездерде қалдықты мөлшерде синтезделеді; эстроидиолдың басты көзі бауырда эстрадиол мен эстронның гидроксильденуі болып табылады. Басты прогестагенді гормонға (прогестин) сары денемен синтезделетін **прогестерон** жатады. Негізгі аналық без андрогені, тека жасушаларымен синтезделетін андростендион болып табылады. Қалыпты жағдайда әйел ағзасындағы андрогендердің басым көпшілігі бүйрек үсті безінде синтезделеді.
- Эстрогендер мен прогестерон синтезіне қажетті қосылыс холестерин болып табылады. Жыныс гормондарының биосинтезі кортикостероидтар секілді өтеді. Аналық бездің стероидты гормондары бүйрек үсті безінің гормондары секілді жасушаларда жиналмайды, яғни синтез үрдісі барысында секрецияланады. Қан арнасында стероидты гормондардың басым бөлігі транспортты ақуыздармен байланысады: эстрогендер — жыныс гормондарын байланыстырушы глобулинмен (ЖГБГ), прогестерон — кортизол байланыстырушы глобулинмен (транскортин). Эстроген, прогестин және андрогендердің әсер ету механизмі басқа стероидты гормондардың әсер ету механизміне ұқсас. Эстрогендердің басты метаболиттеріне әлсіз эстрогенді белсенділікке ие катехолэстрогендер (2-оксиэстрон, 2-метоксиэстрон, 17-эпистриол) жатады; ал прогестеронның негізгі метаболиті- прегнандиол.

- Пабуртатты кезеңнің басталуына дейін аналық бездерде гонадотропиндерге тәуелсіз біріншілік фолликулалардың баяу өсіп дамуы жүреді. Жетілген фолликулалардың бұдан әрі қарай дамуы тек гипофиздің гормондары арқылы ғана іске асады: **фолликулстимулдеуші (ФСГ), лютеиндеуші (ЛГ)** гормондар; аталған гормондардың өндірілуі гипоталамустың гонадолибериндері арқылы реттеледі. **Овариальды** циклде екі фазаны ажыратады— фолликулярлы және лютеинді, бұл өз кезегінде екі жағдаймен

)

5.2 сурет Гонадотропины-
Гонадотропиндер ФСГ- ФСГ ЛГ-ЛГ
Овариальный цикл- Овариальды
цикл Созрев.фолликула-
Фолликуланың жетілуі Овуляция-
Овуляция Желтое тело- Сары дене
Эстрадиол- Эстрадиол Прогестерон-
Прогестерон Эндометрий-
Эндометрий Менструация- Етеккір
Фолликулярная фаза-
Фолликулярлы фаза Овуляторная
фаза- Овуляторлы фаза Лютеиновая
фаза- Лютеинді фаза



- **Фолликулярлы** фазада гипофизбен ФСГ секрециясы біріншілік фолликулалардың өсуі мен дамуын ынталандырады, сонымен қатар фолликулярлы эпителий жасушаларымен эстрогендер өндірілуін үстемелейді. Гонадотропиндердің овуляция алдындағы бөлінуі овуляция үрдісін анықтайды. ЛГ овуляторлы кезеңде бөлінуі мен аз мөлшерде ФСГ бөлінуі гипофиздің гонадолибериндер әсеріне сенсibiliзациядлануына және 24 сағат барысында эстроиол деңгейінің кенет түсуіне байланысты, сонымен қатар мұны эстрогендер мен ЛГ тым жоғары

- Овуляторлы кезеңдегі ЛГ деңгейінің жоғарылауынан прогестерон бөлетін сары дене түзіледі. Прогестрон жаңа фолликулалардың өсуі мен дамуын тежейді, сонымен қатар эндометрийге ұрықтанған аналық без жасушасының енуіне қолайлы жағдай жасайды. Прогестронның сарысулық концентрациясының платосы ректальды (базальді) температура платосына сай келеді (37,2–37,5 °С), яғни бұл өткен овуляцияны диагностикалау әдістеріне негіз болады. Егер ұрықтану болмаса 10–12 күннен кейін сары дене кері қарай дамиды, ал ұрықтанған аналық жасуша эндометрийге енсе, түзілген бластула хориондық гонадотропин (ХГ) бөліп, сары дене жүктіліктің сары денесіне айналады.
- Овариальды (менструальды) циклдің ұзақтығы қалыпты жағдайда 21- 35 күн. Кең таралған 28-күндік цикл, бұл жалпы әйелдердің 30–40 % ғана тән. Менструальды кезеңнің үш фазасын ажыратады: менструальды (эндометрийдің десквамация

- Ерлер мен әйелдердің репродуктивті денсаулығы туралы айтқанда, тек ауруының және репродуктивті жүйедегі физикалық ақаулардың, оның қызметі немесе үдерісіндегі бұзылулардың жоқтығы ғана емес, толық физикалық жағдайы, рухани және әлеуметтік саулығы қарастырылады. Әйелдердің репродуктивті қызметіне әсер ететін аурулар қатарына экстрагенитальді аурулар (тыныс ағзаларының аурулары, жүрек-қан тамыры жүйесі, онкологиялық аурулар, асқазан-ішек жолдары және зәр шығару жүйесі аурулары), сондай-ақ

- Репродуктивті денсаулықты қорғау – бұл репродуктивті денсаулықпен байланысты мәселелердің алдын алу және оны шешу жолдары арқылы репродуктивті денсаулыққа қолдау көрсететін және отбасы немесе жеке адамның саулығына ықпал ететін факторлардың, әдістердің, процедуралар мен қызметтердің жиынтығы. Халықтың денсаулық жағдайына 4 факторлар тобының әсер ететіні белгілі, солардың ішінде негізгі топты қауіп-қатердің мінез-құлықтық факторы (55-60%), немесе әйелдер мен ерлердің өмір салты, қоршаған орта факторы (20% - экологиялық факторлар), генетикалық (15-18%) және медициналық (10%) факторлар құрайды. Осы әдістемелік ұсынымдарында ДББА

Пайдаланылған әдебиеттер:

- 1. Р.С. Бейсембаева, Ә.Т. Раисова, Р.Ғ. Нұрқасымова Акушерия: 2006 ж 36п-55 п.
 2. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской
Практическая гинекология:
Клинические лекции, 3-е изд. доп.-М.:
МЕДпресс-информ, 2006.-736с – 30 экз.
 3. Акушерство. В.И. Бодяжина, К.Н.
Жмакин, А.П. Кирюшенков М.,
Медицина, 1995 42с -51
 4. А Рақышев. Адам анатомиясы..., 2004 ж
64п-72 п