



ӘЙЕЛ БЕДЕУЛІГІ

Орындаған студент:
Саниязова Анеля
Нәбиева Дидар
Жақсылық Мәдина

Курс: 4

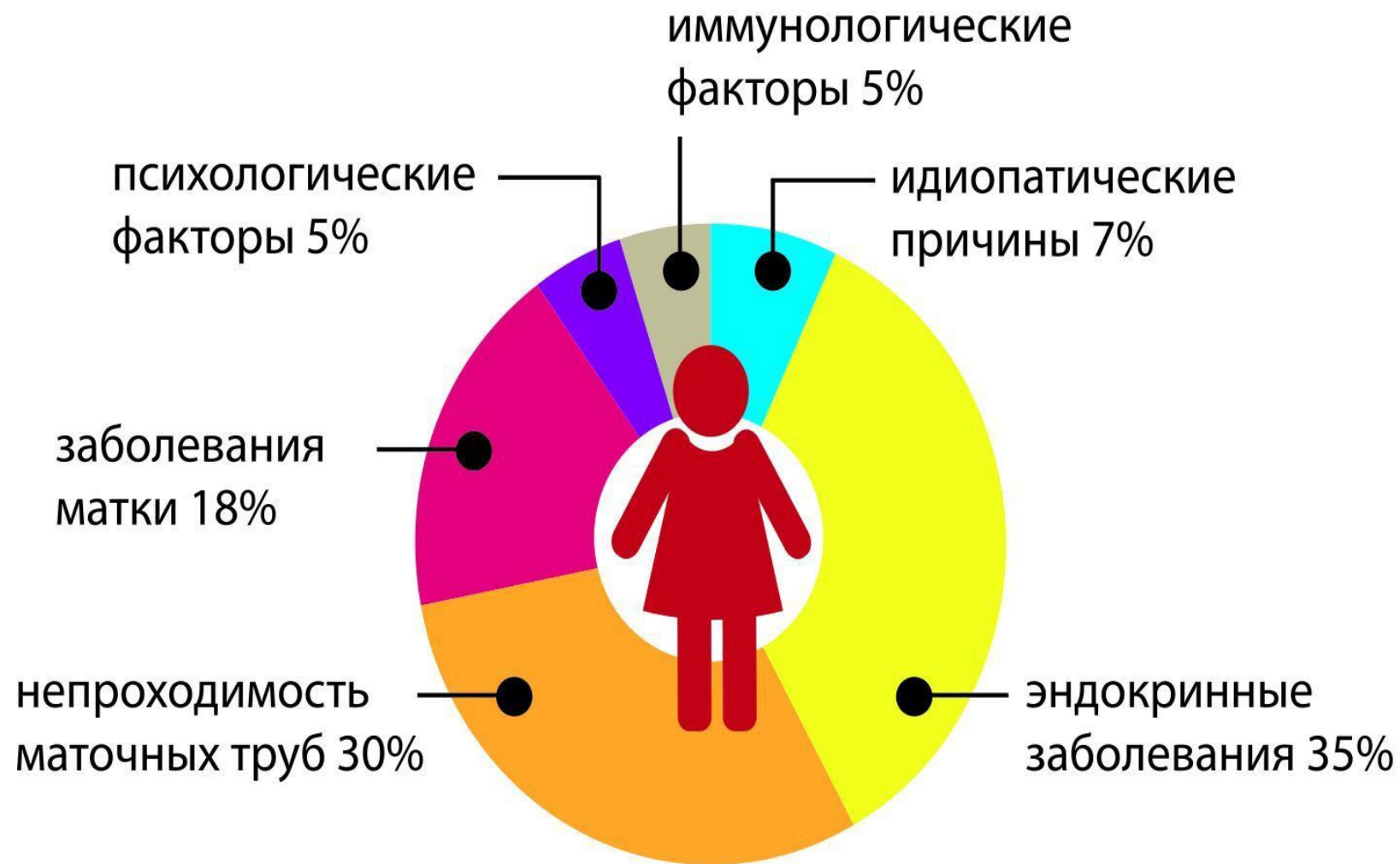
Топ: ЖМ17-21-02

Қабылдаған: Садуакасова Ш.М

- **Репродуктивтік жастағы ерлі-зайыптылардың 1 жыл ішінде ретті түрде жыныстық қатынасқа түсіп, ешқандай жүктілікке қарсы дәрілерді қолданбаған кезде жүктіліктің болмауы бедеу неке деп аталады. Бедеуліктің жиілігі – әртүрлі мәліметтер бойынша 10-нан 20%-ке дейін ауысып тұрады. Бедеуліктің негізгі себебі: ерлі – зайыптылардың біреуінде немесе екеуінде де репродуктивті қызметінің бұзылуы салдарынан дамиды. Бедеу некеге әйел адам 45 %, ер адам 40 %, екеуі де 30 % себепші болады.**



ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ЖЕНСКОГО БЕСПЛОДИЯ



ӘЙЕЛ БЕДЕУЛІГІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ҮЛГІЛЕРІ

- бедеуліктің түтіктік, перитонеалды, түтіктік-перитонеалды үлгісі – репродуктивті жол бойынша аталық ұрықтың жылжуының бұзылуы;

- **эндокриндік бедеулік – овуляцияның бұзылуы;**

- **бедеуліктің жатыр түріндегі үлгісі – эндометрийдің гиперпластикалық үдерістері, миома, аденомиоз, синехия, даму ақаулары, жатыр қалыбының ақаулары, жатырдың өзге денелері, жатыр мойнағының патологиясы (бедеуліктің цервикалды факторы).**

Овуляцияның бұзылу түріне байланысты эндокриндік бедеулікті жіктеу:

- **ановуляция: аменорея, олигоменорея, тұрақсыз етеккір, тұрақты цикл;**

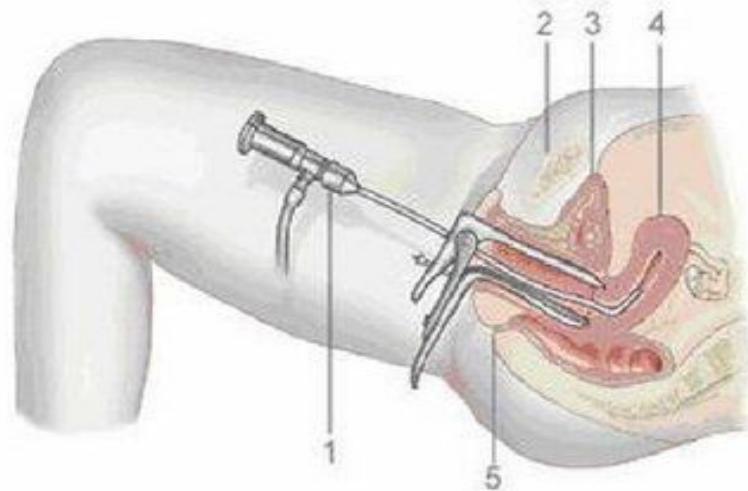
- **лютеиндік кезеңнің жеткіліксіздігі.**

ЖІКТЕЛУІ:

- Абсолютті: Организмде кері қайталанбайтын патологиялық өзгерістердің болу салдарынан, бедеуліктің себептері емделмейді.
- Салыстырмалы: Бедеуліктің себептерін жоюға болатын жағдайлар.
Біріншілік: Егер жүктілік ешқашан болмаса.
Екіншілік: Егер бұрын жүктілік болып, содан кейін болмаған жағдайда
- Біріншілік: Егер жүктілік ешқашан болмаса.
Екіншілік: Егер бұрын жүктілік болып, содан кейін болмаған жағдайда

Бедеулі некедегі диагностикалық алгоритмі

- Инфекционды скрининг;
- Гормоналды скрининг (циклдың 5-7 күні);
- Иммунологиялық скрининг (посткоитальды тест, цервикальды есеп, МАР-тест);
- Кіші жамбас мүшелерінің УДЗ ;
- Маммография;
- Гистероальпингография (циклдің 16-20 күні, аменорея кезінде – кез келген күні) ;
- Бас сүйегінің және түрік ершігінің рентгенограммасы;
- МРТ, КТ (пролактин деңгейінің жоғарылауы кезінде);
- Қалқанша безінің УДЗ (олиго- аменорея кезінде) ;
- Эндоскопиялық зерттеу әдістері (эндометрийдің патоморфологиялық зерттеуімен бірге ЛС, ГС),



АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЖҮРГІЗІЛЕТІН НЕГІЗГІ (МІНДЕТТІ) ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУЛЕР:

- ~~соматикалық, гинекологиялық, репродуктивтік (ұрықты болу қабілеті)~~
анамнездерін жинау;
- физикалды тексеру;
- ИФА әдісімен қан сарысуындағы пролактинді анықтау:
тұрақты етеккірі бар әйелдерде циклдың 2-4 күндері;
олигоменорея/аменорея болса кез-келген күні немесе гестандармен
индукцияланған циклдың 2-4 күндері;
- кіші жамбас ағзаларының УДЗ (тұрақты етеккірі бар әйелдерде циклдың 5-7
күндері, аменорея/олигоменорея болғанда кез-келген күні);
- гистеросальпингография (тұрақты етеккірі бар әйелдерде циклдың 6-8 күндері,
аменорея/олигоменорея болса кез-келген күні).

ҚОСЫМША ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУЛЕР:

- тұрақты етеккір циклы бар әйелдерде ректальды температураны өлшеу немесе 2-3 етеккір циклы ішінде овуляцияға арналған тестті жүргізу;

- қан гормондарын **ИФТ** тәсілімен анықтау;

әйелдердегі прогестеронді циклдың 21-23 күндері;

олигоменореясы/аменореясы бар әйелдердің **ФЫГ**, **ЛГ** кез-келген күні немесе гестагендермен индукцияланған етеккірдің 24-ші күні;

гиперандрогенияның клиникалық белгілері бар әйелдерде тестостеронды циклдың 4-7 күні;

қалқанша без патологиясы бар әйелдерде **ТТГ**, **Т4св**, **Анти ТПО** (тұрақты етеккірі бар әйелдерде циклдың 4-7 күні, олигоменореясы/аменореясы бар әйелдерде кез келген күні);

- онкоцитологияға сүртінді алу (жатыр мойнағында эктопия болғанда);

- кольпоскопия (жатыр мойнағында эктопия болғанда);

- бассүйектің және түрік ершігіне **КТ** немесе **МРТ** (гиперпролактиемия, қандағы **ФЫГ** төменгі концентрациясы кезінде);

- сүт бездерінің **УДЗ** (сүт бездерін саусақпен басып көру кезінде өзгерістер анықталғанда);

- қалқанша безге **УДЗ** (қалқанша бездер өзгерістерін анықтаған кезде) тұрақты етеккірі бар әйелдерде сары дененің қызметін диагностикалау мақсатында әрі қарай гистологиялық зерттеулермен циклдың 21-23 күндері эндометрий биопсиясы;

- гистероскопия циклдің 6-8 күндері (жатыр қуысы мен эндометрий патологиясына күдік туғанда).

ЖОСПАРЛЫ ГОСПИТАЛЬДАУҒА ЖІБЕРУГЕ ҚАЖЕТТІ ТЕКСЕРУ:

- НЖТ;

~~- коагулограмма (ПВ, фибриноген, БІТУ, МНО);~~

- қанды биохимиялық талдау (жалпы ақуыз, АлАТ, АсАТ, глюкоза, жалпы билирубин);

- АВО цоликлон жүйесі бойынша қан тобын анықтау;

- қанның резус-факторын анықтау;

- қан сарысуындағы Вассерман реакциясы;

- ИФТ әдісімен қан сарысуындағы АИТВ р24 антигенін анықтау;

- ИФТ әдісімен қан сарысуындағы В гепатитінің HbeAg вирусын анықтау;

- ИФА әдісімен қан сарысуындағы С гепатитінің вирусына қарсы жалпы антиденелерді анықтау;

- гинекологиялық сүртіндінің тазалық деңгейін анықтау;

- кіші жамбас ағзаларының УДЗ;

- ЭКГ.

Шағымдар:

- некеде контрацепциясыз тұрақты жыныстық өмір бола тұра, бір жыл ішінде жүктіліктің болмауы;
- денеде түктің өсуі, акне вульгарис (гиперандрогения белгілері);
- ауырлық синдром (дисменорея, диспареурия, етеккір кезінде күшейетін іштің төменгі жағындағы тұрақты аурулар) (эндометриоз белгілері);
- сирек, мардымсыз етеккір (аналық бездің дисфункция белгілері);

Анамнез:

- анамнезде жатыр қосалқыларының асқынуы, кіші жамбас ағзаларына ота жасау, босанғаннан кейінгі кезеңде жатыр қабырғасының жұмсақ бөлігіндегі қанмен тексеру, медициналық түсініксіз сияқты нәтижелер болуы мүмкін немесе

ФИЗИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУ:

- дене массасы индексын анықтау:

ДМИ 30 н/е одан артық болса, семірудің айғағы (аналық без дисфункциясының белгісі);

ДМИ 18,5-тен төмен – дене салмағының аздығы туралы (аналық без гипофункциясы);

- дене құрылысын бағалау: кең иық, гирсутизм, акненің бар болуы – гиперандрогения белгісі (аналық без дисфункциясы);

- гирсутизмнің көрініс табуы деңгейін бағалау (D.Ferriman, J.Galwey шкаласы бойынша бағалау) – гирсуттік сан 12 балдан артық гиперандрогенияның белгілері (а. б. дисф.);

- екінші жыныстық белгілердің дамуын бағалау: Таннр бойынша сүт бездерінің дамуы, қолтық және қасаға үстіндегі түктену деңгейі (даму деңгейінің төмендеуі - аналық без гипофункциясы – эндокриндік бедеуліктің белгісі);

- арнайы гинекологиялық тексеру:

сыртқы жыныс ағзаларын тексеру (гипоплазияның, екінші жыныстық белгілердің бар болуы – аналық бездің гипофункциясының белгісі);

екі қолмен тексеру (екі қолмен тексеру кезінде жатыр көлемінің азаюы – аналық без гипофункциясының белгісі; жатыр ұлғаяды, кедір-бұдырлы не шеттерін саусақпен басқанда түйіндер айқындалса - жатыр миомасы; жатыр ретропозициясы, оның жылжымалылығының шектелуі, жатыр мойнағының қозғалтқан кезде сезімталдығы, етеккір алдында жатырдың ұлғаюы, жатыр ассиметриясы - эндометриоз)

Зертханалық зерттеулер:

Онкоцитологияға жағынды: жатыр мойнағының дисплазиясы – бедеуліктің цервикальды факторы (бедеуліктің жатыр үлгісі);

ИФТ әдісімен қан гормондарын анықтау:

Пролактиннің артуы (гиперпролактинемия кезінде);

ФЫГ–тің құрамы төмен (гипофизарлық тапшылық кезінде);

ЛГ шоғырлануы ФЫГ-тен жоғары (аналық бездің поликистозы кезінде);

Тестостероннің артуы (гиперандрогенемия кезінде);

ТТГ өсімі (гипотиреоз кезінде);

ТТГ төмендеуі және Т3св артуы (тиреотоксикоз кезінде).

Аспаптық зерттеулер:

Гистеросальпингография:

Түтіктік бедеулік:

- түтіктердің интерстициалды немесе истмикалық бөлімдерінде жатыр түтігінің түйнелуі (жатыр түтіктерінде визуалдаудың жоқтығы, жатыр түтіктерінен истмикалық бөлімге дейін визуалдау);

- жатыр түтігінің ампулярлы бөлімінде жатыр түтіктерінің түйнелуі (жатыр түтіктерінің барлық ұзындықта визуализациялауы, құрсақ қуысына контрастілеу затын төгілудің жоқтығы);

- жатыр түтіктері көлемінің ұлғаюы (сактосальпинкстер)

Перитонеалды бедеулік: кіші жамбаста контрастілеу затының әр түрлі бөлу, түтіктердің жамбас сүйектеріне созылуы, контрастілеу затының шамалы мөлшерде төгілуі (түтіктердің түйнелу қиындығы).

Жатыр бедеулігі:

- «пішіннен тыс» көлеңкелердің бар болуы – аденомиоз белгісі (ішкі эндометриоз);
- жатырдың шырышты қабығының қалыңдығы және әртүрлілігі - эндометрий гиперплазиясы;
- жатыр қуысының деформациясы (миома тұсы немесе түймешігі (эндометрий түймешігі));
- жатыр дамуындағы ақаулықтар (екі мүйізді жатыр, ершік тәрізді жатыр).

Ректалды температураның өзгерісі:

- бір фазалы температура (овуляция жоқ кезде);
- екінші фазаның ұзақтығы 10 күннен кем емес (сары дене қызметі жеткіліксіз болғанда) (УД Ш,С).

Кіші жамбас органдарына УДЗ:

эндометрий қалыңдығы ЕЦ 21-23 күндері 15 мм кем емес (сары дене қызмет жеткіліксіз кезде).

Одан әрі биоптатты **гистологиялық зерттеумен** эндометрий **биопсиясы**:

ЕЦ 21-23 күндері пролиферацияның соңғы фазасының немесе ерте фазасының бар болуы (сары дене қызмет жеткіліксіз кезде).

Бассүйек пен түрік ершігінің КТ немесе МРТ:

гипофиз микро- және макропролактиномдары немесе «бос» түрік ершігі синдромы (эндокриндік бедеулік).

Қалқанша безге УДЗ: қалқанша бездің қызметінің бұзылуы нәтижесінде қалқанша бездің үлкеюі, қалқанша без көлемінің кішіреюі.

Сүт бездеріне УДЗ: аналық без қызметінің әсерінен диффуздік мастопатияның болуы.

Гистероскопия: жатыр түріндегі бедеулік кезінде синехиялардың, түймешіктердің, миоматозды субмукоздық түйіндердің, эндометриялық гетеротопиялардың болуы.

Мамандардың кеңесі үшін көрсетімдер:

- жалпы соматикалық ауруларды болдырмау мақсатында терапевтің кеңесін алу;
- қалқанша без патологиясы болғанда эндокринологтың кеңесі;
- гипофиз макроаденомасына күдік туғанда нейрохирургтың кеңесі;
- сүт бездері патологиясына күдік туғанда маммологтың кеңесі.

EMI

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

Жалпы режим.

Диета: 3-4 ай төмен калориялы диетаны пайдалану, денеге жүктеме салу (семірумен қатар эндокринді бедеуліктің болуы (дене салмағының индексі 30-дан артық) қарастырылады.

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Эндокриндік бедеулікте алдымен гормонды теңгерімдеуді қалпына келтіруге бағытталған ерекше терапияның қандай да бір түрі жүргізіледі және бедеулік әрі қарай сақталса, тек содан кейін ғана, осындай терапия овуляцияны ынталандыратын дәрілермен толықтырылуы мүмкін. Овуляцияны ынталандыру өзіндік терапия ретінде овуляцияның бұзылуы кезінде себептерін сәйкестендірусіз жүргізілуі мүмкін.

- **Бедеулікті емдеу әдістері:**

- **Репродуктивті технологияның көмекші әдісі (РТК) бедеулікті емдеуде кеңінен қолданылады. Бұл кезде ұрықтану мен эмбрионның даму кезеңдері ағзадан тыс болады. РТК көмегімен бедеуліктің барлық белгілі формалары емделеді.**

Бұған жататындар:

Экстракорпоральді ұрықтандыру – ЭКҰ

Жұмыртқажасушасының цитоплазмасына сперматозоидтарды егу

Сперманың доноры

Ооциттардың доноры

Суррогатты аналық

Жатырішілік инсеминация;