

ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ
АКУШЕРИЯ ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ

СӨЖ

Тақырыбы: Бедеу жұпты тексеру алгоритімі.

Орындаған: Ниязбек Р.Е

4-030 топ ЖМ

Тексерген: Отарбаева Ш.П

Қарағанды 2016 ж

ЖОСПАР

Кіріспе

Негізгі бөлім

□ Бедеулік

□ Себебі

□ Клиникасы

□ Диагностика

□ Емдеу

Қорытынды

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

КІРІСПЕ

- Бедеулік (sterilitas) – кәмелетке толған әйел немесе еркек ағзасының ұрпақ бермеуі. Әйел бедеулігі екі түрлі. Біріншісі – іштен туа біткен, екіншісі жүре пайда болған бедеулік. Іштен туа біткен бедеулікке жатыр түтігінің бітеу болып, немесе жыныс мүшелерінің жетілмей тууы басты себеп. Жүре пайда болған бедеулік - әртүрлі аурулардың зардабы, түсік жасатудың салдары, жатырдың қисаюынан, жыныс мүшелерінің қабынуынан (түсік тастау, эрозия, т.б.) және де жатырдан тыс жүктілік те 70-80 пайыздық жағдайда бедеулікке алып келеді.
- Өмір тәжірибесі көрсеткеніндей, көп жағдайда, нақтылап айтсақ, 45-50 пайыздық деңгейде отбасында бала болмау еркек бедеулігінен. Еркек бедеулігіне басты себептер: жүрек-қан тамыр жүйесі сырқаты, қант диабеті, созылмалы жұқпалы аурулар, аталық ұрық безіндегі ісік және тағы да басқа жағдайлар. Сондай-ақ еркек бедеулігі оның ағзасында түзілетін шәуһеттің (сперманың) аздығы мен әлсіздігінен де болады. Түрлі мерез, сал ауруларымен сырқаттанған еркектер де бедеулікке ұшырайды. Радиацияның да әсері мол.

□ Белсіздік, импотенция (латынша: impotentia – әлсіздік, дәрменсіздік) – еркектің жыныс қабілетінің нашарлауы немесе оған мүлдем қабілетсіз болуы. Мамандар белсіздікті дербес ауруға жатқызбайды, оны орталық жүйке жүйесінің бұзылуынан, эндокриндік бездердің сырқатынан, ұзаққа созылған аурудың (мерез, соз, т.б.) салдарынан пайда болатын жағдай санайды. Белсіздік туғаннан және кәріліктен, маскүнемдіктен де, ретсіз жыныстық азғындану жолына түсушіліктен де орын алады. Егерде адам миының қызметі бұзылса, оның жыныстық шабытының күшеюі немесе тежелуі мүмкін. Жыныстық шабытқа адамның көңіл күйі де әсер етеді.



ЖІКТЕЛУІ:

- Абсолютті (организмде кері қайталанбайтын патологиялық өзгерістердің болмауы)
- Салыстырмалы (бедеуліктің себептерін жоюға болатын жағдайлар)
- Біріншілік (егер жүктілік ешқашанда болмаса)
- Екіншілік (егер жүктілік бұрын болып, содан кейін 1 жыл арасында болмаса)

НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІ:

- Жыныс мүшелерінің анатомиялық және функционалды өзгерістері;
- Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары;
Жарақаттар;
- Ісіктер;
- Түсіктер;
- Жатыр мен оның қосалқыларының ақаулары;
- Стресс жағдайлар

СЕБЕПТЕРІ:

- Ұрықсыздық. Кейбір адамның организмі өмір бойы бала жасай алмайтындай боп қалыптасады, яғни мұндай жандар тумысынан ұрықсыз болып жаралады.
- Әлсіздік немесе тамақтанудың жетімсіздігі. Кейбір әйелдерде қаны аздық тамақтың аздығы немесе организмде иод қоспасының жетімсіздігі оны жүкті боп бала көтеру мүмкіндігінен айырады. Осындай себептерге байланысты әйел өзінің жүкті боп қалғанын сезініп үлгергенше, түсік тастайды. Бала көтере алмай жүрген және түсік тастауға бейім әйелдер дұрыс тамақтанып, иодталған тұзды күнделікті аста көбірек пайдаланғаны жөн, ал мүлдем қан аздық жағдайында (анемия), темір қоспалы дәрілер ішу керек. Бұл оның екіқабат боп, дені сау бала көтеруіне қолайлы жағдай туғызады.

- Созылмалы инфекция, бұл, әсіресе, жамбастың қабынып ісінуіне қатысты болады да, әйелдің бала көтере алмауына әкеп соқтырады. Егер ауру асқынып кете қоймаған жағдайда, оны емдеп жазуға болады. Соз бен хламидия ауруының алдын-алу және оны кешеуілдетпей емдеп, жазу әйелдің ұрықсыздығын болдырмаудың бірден-бір кепілі.
- Ер адамдардың кейбірінде әйелдерді ұрықтандыра алмайтын жағдайлары да кездеседі, мұның себебі олардың организмінен жасалып, жинақталып шығатын шәуеттің(сперматозоидтың) көлемі тиісті мөлшерден аз болады. Мұндай еркектер бірқатар уақыт бойына, әйелінің етеккір цикліндегі ұрықтануға қолайлы сәті түскенше, яғни жүкті болу мүмкіндігінің алғашқы және соңғы уақыты аралығындағы мезетке дейін жыныстық қатынас жасаудан өзін тежей тұруы қажет

ЕРКЕКТЕР БЕДЕУЛІГІ:

- Еркектер бедеулігі **секреторлы, экскреторлы, аралас, ИММУНДЫҚ** болып бөлінеді.
- Секреторлық бедеуліктің негізінде сперматогендік эпителийге, оның даму сатыларында әртүрлі әсерлердің ықпалы болады. Оларды ішкі және сыртқы факторларға бөледі. Ішкі себепті факторлар туа біткен немесе жүре пайда болған болуы мүмкін. Секреторлық бедеуліктің туа біткен түріне: хромасомдық және генетикалық факторлар - Клайнфельтер синдромы, жыныс жүйесінің дамуының аномалиялары (еннің және ен қосалқысының гипоплазиясы мен аплазиясы, крипторхизм) жатады. Секреторлық бедеуліктің басқа түрлерінде аЙКБ|Н зақымдалу байқалмайды, бірақ бұл топ әжептәуір көлемді – гипоталамо-гипофиз жүйесінің қалқанша және бүйрек бездерінің жеткіліксіздігі, қант диабеті жеткіліксіздігімен ұштасқан бүйректер және бауыр аурулары, ен қабының шемені, еннің ширатылуы, шәует бауының көктамырларының варикоzy. Секреторлық бедеулік ен және оның қосалқыларының жарақаттану салдарынан да болады. Бастан өткізген жұқпалы аурулар: паротит, туберкулез, мерез, сүзек және басқа қабыну ауруларының зардаптары ерекше топты құрайды.

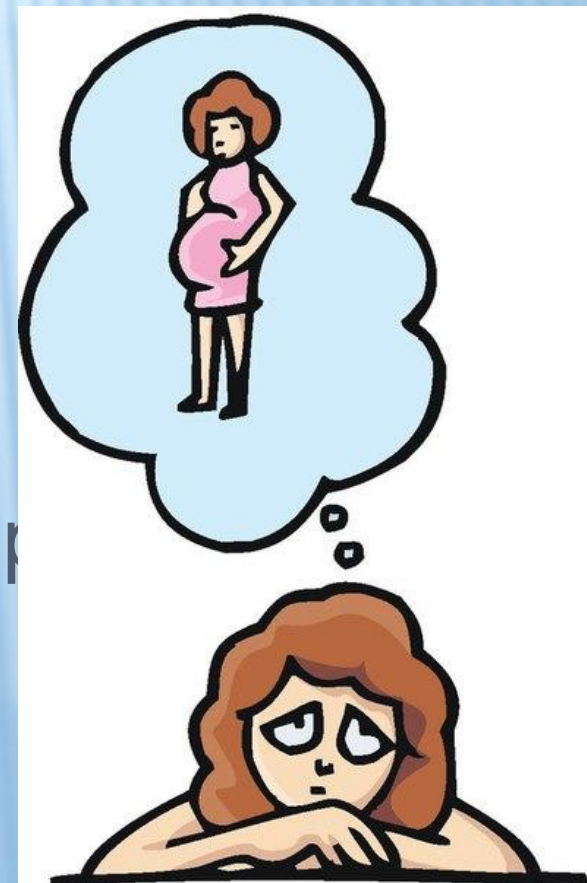
□ Экскреторлық бедеулік немесе бедеуліктің обтурациялық түрі. Бедеуліктің бұл түрінде негізгі - еннің шығарушы өзекшелерінен бастап, шәуеттік төмпешіктің шәует шашатын түтігіне дейінгі бітелулер. Бітелулердің түрлері ертүрлі жиілікте кездеседі: ен қосалқысының агенезиясы-13%, ен қосалқысы басының және құйрығының бітелу бітелуі-11%, екі жақты шәует түтігінің болмауы -18%, бір жақты болмауы - 5%, шәует шығару түтіктің бітелуі - 4%. Экскреторлық бедеуліктің этиологиясы әртүрлі - туа біткен, жарақат салдарынан, ятрогендік инфекциялық қабынудан кейін, несеп-жыныс жолдарының операцияларда жарақаттануы. Экскреторлық (обтурациялық) бедеулікті анықтау рентгенконтрасты генитография орындалуымен аяқталады, ол көбінесе операция алдында немесе үстінде орындалады. Соңғы уақытта генитографияның шәует түтігін зақымдау қауіптілігіне байланысты, оның қолдануы едәуір шектелді.

- Бедеуліктің иммундық түрі. Әдетінше, ол гематотестикулярлық кедергінің зақымдалуынан туындайды. Мұндай зақымдалулардың себептері: ең паренхимасының жарақаты, шәует шығатын түтіктің бұзылуы, жыныс жүйесі мүшелерінің қабынуы. Крипторхизмді кеш аңғарымдаудан аутоиммундық бедеуліктің туындауы мүмкін.
- Бедеуліктің аралас түрі, әдетте секреторлық және экскреторлық факторлардың қосыла кездесуінде болады.

ӘЙЕЛ БЕДЕУЛІГІ:

Әйел бедеулігі – репродуктивті жастағы әйелдің бала көтере алмау қабілеті. Негізгі себептері:

- Психогенді факторлар;
- Овуляцияның бұзылуы;
- Түтікті-перитонеалді фактор
- Әртүрлі гинекологиялық фактор
- Иммунологиялық себептер;



- Психогенді фактор. Жанұядағы конфликтті жағдай, жұмыстағы стресс, жыныстық өмірге қанағаттанбау, жүктіліктен қорқу, немесе керісінше қатты бала қалау да әйел ағзасындағы овуляцияны (аналық без дамуы) бұзып, бедеулікке алып келеді.
- Эндокринді бедеулік. Овуляцияның өзгеруімен, соның ішінде етекірдің лютеинді фазасының жетіспеушілігінен болады.
- Ановуляторлы бедеулік. Репродуктивті жүйенің кез келген бөлімінің зақымдалуынан пайда болады. Негізгі себептері: гиперандрогения, гиперпролактинемия, гипоэстрогенемия, зат алмасу бұзылыстары (семіру, дене салмағының жеткіліксіздігі), сонымен қатар Иценко – Кушинг, қалқанша без ауруы жатады.

□ **Етекірдің лютеинді фазасының жетіспеушілігі.** Аналық бездің сары денесіндегі гипофункциясымен (яғни, қызметінің төмендеуінен) пайда болады. Ол өз алдына жатыр бұлшықетінің (эндометрий) трансформациясын бұзады. Нәтижесінде ұрықтану калыпты өтіп, бірақ эмбрион жатыр қуысына жабыса алмайды. Яғни ұрық имплантациясы жүрмейді. Жүктіліктің алғашқы уақытында ақ түсік пайда болады. Лютеиндік фазаның жетіспеушілігі гипоталамо-гипофизарлы-аналық без жүйесінің дұрыс қызмет атқармауынан, травма, нейроинфекциядан, стресстен, қабыну жағдайларынан кейін пайда болады.

- Түтікшелі және перитонеальді бедеулік. Түтіктік бедеулік жатыр түтігінің функциональді белсенділігінің бұзылуынан немесе олардың органикалық зақымдалуынан пайда болады. Бұл көбінесе стресс, простогландиндер синтезінің бұзылуы, стероидты гормондар бұзылысы, гиперандрогения кезінде байқалады. Жатыр түтігінің органикалық зақымдалуы оның өтімсіздігіне алып келеді. Мұның себебі жыныс ағзаларының қабыну аурулары (гонорея, хламидиоз, жыныс ағзасының туберкулезі), кіші жамбас органдарына операциялар, эндометриоз және басқа себептерден болады. Перитонеальді бедеулік жатыр қосымшаларының бір біріне жабысуынан (спаечный процесс). Мұның себебі де жыныс ағзаларының қабыну аурулары, кіші жамбасқа операция жасалу болып келеді.

- Гинекологиялық аурулардағы бедеулік. Жатыр қуысына эмбрионның жабысуының (имплантация) бұзылуынан пайда болады. Оның себебі: жатыр ішілік перде (туа пайда болады), синехияларда, эндометриоз, жатыр миомасы, эндометрий полипі кезінде байқалды.
- Иммунды бедеулік. Әйел ағзасында ер адамның сперматозоидтарына қарсы антиспермалді антиденелердің түзілуімен түсіндіріледі. Олар өз кезегінде сперматозоидтарды жатыр мойынында, эндометрийді (жатыр бұлшықетінде), жатыр түтікшелерінде фагацитозға ұшыратып жойып жібереді.

КЛИНИКАСЫ:

- Жас ерекшелігі
- Әйел ағзасындағы майдың көптігі
- Әрекет факторы және өмір сүру дағдысы
- Жамбас мүшелерінің қабынуы



ДИАГНОСТИКАСЫ

- Анамнезінде жыныстық қатынас аурулары, орхит, эпидидимит, элидемиялық паротит, шап жарығы немесе ұмаға операциялар, жыныс қызметінің бұзылулары, есірткелер, алкоголь, темекі тарту туралы сұрастыру қажет.
- Сыртқы жыныс мүшелерін тексеру: ендердің орналасуы, көлемі және тығыздығы, варикоцеленің болуы, болмауы. Артқы ішек арқылы простатаны тексеру.
- Зерттеулер. Бедеулікті анықтауда сперманы (шәуетті, ен уызды) зерттеу қажет. Шәуетті зерттеуге тапсыру алдында еркектің жыныс қатынасында 3-4 күн үзіліс болуы керек. Шәуетті мастурбация (қоптыру) немесе үзілген жыныс қатынасы арқылы алады. Эякулятті 30 минуттен кейін тексереді.



- Қазіргі уақытта қолданылатын шәуеттің көрсеткіштері: көлемі 2-6 мл, рН - 7,2-8,0, түсі - ақшылдау, тұтқырлығы - 30 минут, кейін сұйылғанда, капиллярлы түтіктен тамшылайды. Сперматозоидтардың (аталық жасушалар) шоғырлануы >20 млн/мл, сперматозоидтардың жалпы саны >40 млн, жылжымалылығы >50%, морфологиясы-сперматозоидтардың қалыпты түрлері >50%. Агглютинация болмауы қажет. Сперматозоидтардың патологиялық түрлері былайша жіктеледі: сперматозоидтардың басының, мойнының, құйрығының деформациясы, қосарлануы.
- Эякуляттің силаттамалары: нормозоспермия - барлық көрсеткіштері қалыпты; олигозооспермия - сперматозоидтардың шоғырлануы <20 млн/мл немесе жалпы саны <40 млн-нан аз. Тератозоспермия - қалыптғы морфологиялық сперматозоидтардың саны <50%-дан төмен. Астенозооспермия - сперматозоидтардың жылжымалылығы < 50%-дан аз. Некрозоспермия - сперматозоидтардың жылжымалылығының жоқтығы. Олигоастенотератозоспермия – үш түрінің қалыптан ауытқуының біріктірілуі. Полиозоспермия - сперматозоидтар саны >200 млн/мл-ден көп. Азооспермия - эякулятта сперматозоидтардың жоқтығы, бірақ сперматогенез жасушалары бар. Аспермия - эякуляттың жоқтығы.

ЕМІ



- Емдеу күрделі. Бедеулік көп факторлардың әсер етуінен, олардың үдемелі ықпал етуінен болады. Емдеу айқындалған бедеулік себептерін жоюға бағытталады - кәсіби зияндылық ортасынан кету, еңбек жағдайын өзгерту, жыныс қызметіне ықпал ететін дәрі-дәрмекгерді жою, инфекция ошақтарын санациялау, зиянды әдеттерден бастарту. Кейбір жағдайларды, осы шарттарды орындағанның өзі сперматогенезді қалпына келтіреді.
- Инфекциялық қабынуды антибактериальды емдеу алдында, эякулятты немесе простата сөлін егу қажет. ПТР (полимеразды тіркеу реакциясы), РИФ (иммундық флуоресценция реакциясы) әдістерін қолданып, жасуша ішіндегі инфекцияларды (хламидий, микоплазма, уреоплазма, герпес, цитомегаловирус) анықтау қажет. Антибиотиктермен емдеу кезінде жыныс қатынасы болмауы немесе презерватив қолдануы қажет. Емнің нәтижелілігін емдеу мерзімі соңынан 8-10 апта өткенде тексеріп бағалайды.



- Гипоталамо-гипофизарлық жеткіліксіздігінде орын толтырушы терапия. ЛГ аналогтарымен (профаза, хориондық немесе менопаузальық гонадотропин, хоригонин) және ФСГ (пергонал, неопергонал) жүргізіледі. Тапшылығына байланысты бір немесе бірнеше жоғарыда аталған препараттармен аптасына үш рет, екі ай мерзімде емделеді, емдеу мерзімінің арасы 1-2 ай. Бір берілетін доза жеке айқындалады. Гипотиреоз кезінде орын толтырушы тиреоидты гормондар қолданылады. Секреторлық бедеуліктің жиі кездесетін салдары олигоозоспермия.
- Антиэстрогендермен (тамоксифен, кломифенцитрит, зитозонеум) қатар андрогендер қолдануға болады. Тестостерон пропионат 25-30 мг бұлшықетке жетісіне 2-3 рет, 6 апта мерзімінде немесе «сустанон 250» бұлшықет ішіне айына екі рет мерзімде 2-5 рет егеді.
- Астенозоспермияны емдеуде А, В, С, Е витаминдер, ен қан айналымын жақсарту үшін трентал қолданылады.
- Шәует жолдарының бітелуін қалпына келтіру операцияларының түрлері - шәует шығатын түтік пен ен қосалқысын жалғастыру - вазоэпидидимоанастомоз, шәует шығатын түтіктің бітелуінде - вазовазоанастомоз. Сперматогенез сақталған болса, экскреторлық бедеуліктің емдеу нәтижелілігі 40-60%-ға дейін болады. Қазіргі уақытта олигозоспермияның ауыр түрлері жасанды ұрықтандыру әдістерін қолданумен емделеді.

ЖҮКТІЛІКТІ БОЛДЫРУДЫҢ ЖӘРДЕМШІ ҰРЫҚТАНДЫРУ ӘДІСТЕРІ БАР.

- Күйеуінің шәуетін стерильді ыдысқа жинап, әйелінің жатыр мойнына немесе қуысына енгізу (жасанды инсеминация). Бұл әдіс гинекологиялық креслода жанұя жоспарлау орталықтарында өткізіледі. Нәтижелілігі әртүрлі зерттеушілердің айтуынша 0-30% шамасында.
- Донордың шәуетімен әйелді жасанды ұрықтандыру. Донордың шәуеті СПИД және гепатит ауруларының жоқтығын анықтайтан арнаулы тексерулерден өткеннен кейін, алты айдан соң, криоконсервант күйінде пайдаланылады. Донор шәуетімен жасанды ұрықтандыру нәтижелілігі, әдетте 30-50%.

- Экстракорпоральды ұрықтандыру (ЭКҰ) арнаулы жабдықталған мекемелерде жүргізіледі. әйелдің аналық жасушаларын лапароскоптық әдіспен алып, оған күйеуінің (донордың) шәуетін қосады. Ұрықтандырылған аналық жасушалары жатыр қуысына енгізіледі. Бұл әдістің нәтижелілігі - бір мәрте енгізуде 15-20-30% шамасында.
- Аталық әйелдің жыныс жасушасы цитоплазмасына (ИКСИ) жасушаны инъекциялау. Бұл әдісте - өз бетімен аналық жасушаға еруге қабілетсіз, бірен-саран аз қозғалатын немесе қозғапмайтын сперматозоидтарды пайдаланады. Бұл әдістің нәтижелілігі -10-15-18%.

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
- Жұмыртқа жасушасының цитоплазмасына сперматозоидтарды егу
- Сперманың доноры
- Ооциттардың доноры
- Суррогатты аналық
- Жатырішілік инсеминация

- Экстрокарпоральді ұрықтандыру: (лат. extra — сыртынан, және лат.corpus — дене, яғни денеден тыс ұрықтандыру) — бедеулік кезінде қолданылатын репродуктивті технологияның көмекші әдісі болып табылады. Синонимы: «пробиркада ұрықтандыру», «ұрықтандыру in vitro», «жасанды ұрықтандыру». ЭКҰ әдісінің мағынасы: жұмыртқажасушаны әйел ағзасынан алып және «in vitro» жағдайында жасанды ұрықтандырады, алынған эмбрионды 2-5 күн аралығында инкубаторда дамытады, сонан соң эмбрионды одан ары дамуы үшін жатыр қуысына ауыстырады.

- Жатырға эмбрионды тасымалдау: Жатырға эмбрионды ұрықтанған соң 2-5 күндері ғана тасымалдайды. Емшара анестезияны қажет етпейді және бірнеше минут ішінде гинекологиялық креслода жүзеге асады. Эмбрионды арнайы эластикалық катетермен жатыр мойны арқылы жатырға енгізеді. Ұрықты көтереалмаушылықта науқас әйел суррогатты ананың көмегіне жүгінуіне болады.
- Инсеминация: Жатыр ішіне сперма жақсартылып енгізіледі. Бұл операция емдеу циклы кезінде бір рет қана жасалады. Бұл сперманы түтіктің шыға берісіне дейін пластиктан жасалған жіңішке катетермен енгізетін тез әрі ешқандай ауырсынусыз жүретін процедура.

КӨРСЕТКІШТЕР:

•Ер адам жағынан:

- 1. Сперманың субфертилілігі – сперманың ұрықтандыру қабілеті төмен;
- 2. эякуляторлы-сексуалды бұзылыстар.

•Әйел жағынан:

- 1. Цервикалды бедеулік – жатырға енетін қажетті сперматозоидтардың санын шектейтін жатыр қасиетінің өзгеруі
- 2. вагинизм – жыныстық қатынаспен шақырылған қорқыныштан қынап бұлшықетінің өзіндік жиылылуы.

ҚАРСЫ КӨРСЕТІЛІМДЕР:

•Әйел жағынан:

- Жүктілік қарсы көрсетілген аурулар;
- Жатыр патологиялары (жүктілік көтереалмаушылық);
- Аналық без ісігі;
- Қатерлі ісіктер;
- Жедел қабыну аурулары.

ҚОРЫТЫНДЫ

Дұрыс өмір сүру сатын ұстану

- ▣ Уақытылы дәрігерге қаралу
- ▣ Гинекологиялық ауруарға немқұрайы қарамау



ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- «Гинекология» Г.М.Савеева, В.Г.Бреусенко
.«Геотар-Медиа баспасы» Мәскеу 2015 ж;
- «Гинекология» Вл.И.Дуда, В.И.Дуда, И.В.
Дуда. «Книжный дом баспасы» Минск 2002
ж;
- www.google.ru

Назарларыңызға рахмет!!!

