

**Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы
Акушерия және гинекология курсымен алғашқы
медициналық – санитарлық жәрдем (ОПО)**

Босану физиологиясы

Орындаған: Дайрабаева Ш.Б.

Қабылдаған:

Топ: ЖТД-733

Шымкен 2018 ж.

Жоспары:

I. Босану ұғымы

II. Негізгі бөлім

а) босану үрдісіне әйел ағзасының дайындығы

Ә) Эстрогендер әсері

Б) Простагландиндер

В) Пісіп жетілген жатырдың сипаттамасы:

Ғ) Босанудың ізашарлары

Г) Босану кезеңдері


Д) босану кезеңдерін жүргөзу

III. Қорытынды

Қолданылған әдебиеттер

Босану – физиологиялық құбылыс, бұл кезеңде жатырдан ұрық және бала жолдасы қағанақ суымен бірге босану жолдарынан ығыстырылып шығарылуы.

Физиологиялық босану – деп гестацияның 37-41 апталығында, кенеттен басталған, асқынуларсыз болған, нәресте спонтанды баспен туылуы, босанудан кейін босанушы және нәрестенің жалпы жағдайының қанағаттанарлық болуын айтады.



**Босану –
бұл ұзақ
физиологи
ялық
құбылыс:**

- Жатыр мойны ашылуы
- Босану жолдарынан кіші жамбас қусына ұрықтық жылжуы
- ұрық жолдасының ажырауымен сұйықтықтардың бөлінуі

- ❖ *Ерте босану (partus preamaturus)* - жүктіліктің 37 аптасына жетпей;
- ❖ *Мезгілінен, мерзімінен кеш босану (partus seretinus)* - жүктіліктің 42 аптасынан жоғары болғанда кездеседі.
- ❖ *Қалыпты босану мерзімі (partus maturus normalis)* - жүктіліктің 37-41 аптасында.

- ✓ Жылдам босану – ұзақтығы ≤ 6 сағат
- ✓ Үдемелі босану ≤ 3 сағат
- ✓ Қалыпты босану – 10-12 сағат

Дайындық кезеңі

Ұрық:

- Бүйрекүсті безінің функциясының активациясы
- Бүйрекүсті безінің өлшемі ұлғайып, фетальді бүйрек өлшеміне жетеді
- DHEA-S және кортизолдың – гормондардың продукциясы
- Эстрадиолдың деңгейінің ұлғаюы
- E2 және E2a простагландиндердің активті синтезі
- ЖЖҮ рецепторларының қалыптастыруы

*Эстрогендер толғақтың
пайда болуының факторы
болып табылмайды, бірақ
олар ана ағзасының
(жатырды, туу жолдарын)
босануға дайындалуына
қатысады.*

Эстрогендер әсері:

- Жатырдағы қан айналымын жылдамдатады, простогландиндер синтезін жоғарлатады
- Актиомиозин синтезін жоғарлатады
- Миоетридің окситоцинге сезімталдығын жоғарлатады, содан жатыр мойының «пісіп жетілуіне» әсер етеді.
- P_gE₂, F_{2a} синтезін белсендіреді
- Жатырдың энергетикалық қажеттілігін қамтамасыз етеді.

Кортизол

- Антистресті гормон
- Ұрықтағы сурфактанттың түзілуін қамтамасыз етеді.

Окситацинмен простогландиндердің қызметтері:

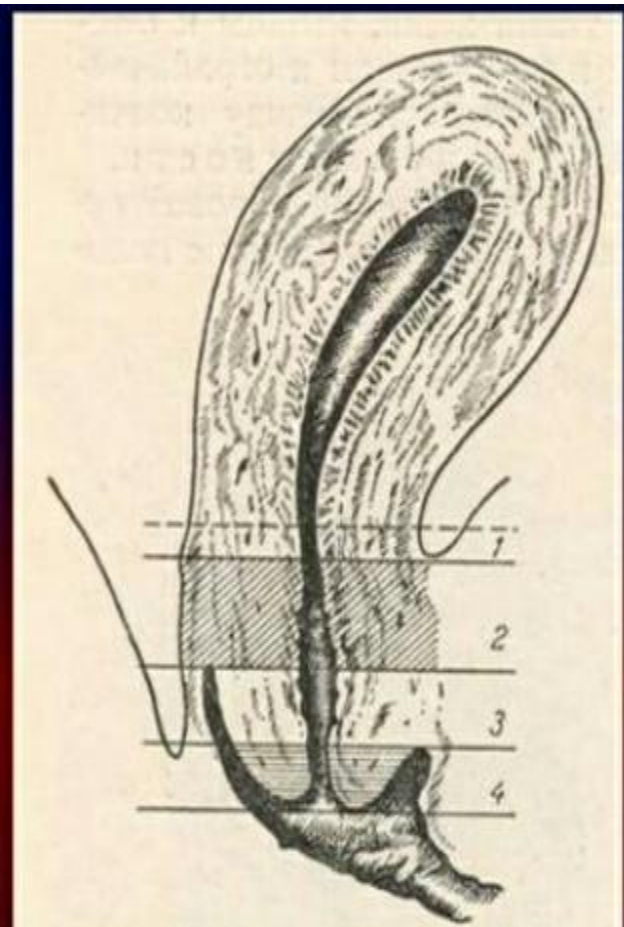
Негізгі өзгерістер аналық және ұрық тіндерінің шекарасында болады (амнион, децидуальды оболочка, миометрииде)

- ❖ Простагландиндер синтезінің каскады (жатырдың жиырылуының ең мықты стимуляциясы)
- ❖ P_gE₂, F_{2a} әсері
- ❖ P_gE₂ – ұрықтық генез (*мақсаты*- босану барысындағы бірнеше циклды жиырылулар кезде қолайды жағдай туғызады, жатыр мойнын босануға дайындау.)
- ❖ P_gE_{2a}-аналық генез (*мақсаты* – белсенді босануды қамтамасыз ету)

Простагландиндер:

- Жатыр жиырылуын үдетеді
- Босану толғақтарын автоматизмін қамтамасыз етеді
- а – адренорецепторларды қалыптасуын белсендіреді
- Қандағы окситоциннің мөлшерін ұлғайтады.

Босанудың басталу барысы біріккен *окситоцинмен простагландиндер* және *катехоламиндерге* байланысты.



Жатыр мойнының пісіп жетілуі.
Жатыр мойны тіні 85% коллагенді талшықтармен фибробластар, эластин, протеогликиндардан тұрады.

Жатыр мойнының дайындалуы:

- Негізгі құрлымның дестабилизациясы
- Гидратация және разрыхление
- Жатыр мойнының механикалық құрлымының өзгеруі.

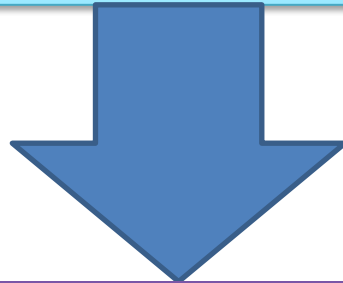
Пісіп жетілген жатырдың сипаттамасы:

- ✓ орталықтандырылған (жамбастың осі бойынша орналасқан)
- ✓ Қысқарған 1-1,5 см дейін
- ✓ Толықтай босаңсыған
- ✓ Ішкі ернеу жұмсақ, төменгі сегментке еркін өтеді
- ✓ Цервикальды канал ашылған, 1,5-2 см өтеді.

«Пісіп жетілген» жатыр мойны - бұл анамен ұрықтың синхронды дайындығының ең басты критеріі.

Нәтижесінде:

- Жатыр мойнының «пісіп жетілуі»
- Жатырдың төменгі сегментінің ашылу
- Симпатикалық жүйке жүйесінің қызметінің парасимпатикалық жүйеден басымырық болуы
- Жатырдық координаторлық дайындығының әсерінен



Ұрық өзіне ыңғайлы оптимальды бүгілген қалыпта болып, кіші жамбас қуысына кіре берісіне басын тығыз немесе фиксациялайды. Көлденең немесе қиғаш өлшемге жебе тәрізді жүлгесі орнығады.

Балльная оценка состояния шейки матки

Основные признаки	0	2	4	6
Положение ш/м по отношению к оси таза	кзади	кпереди	по центру	по центру
Консистенция	плотная	частично размягчена	мягкая	мягкая
Степень укорочения и сглаживания (%)	нет	10-30	40-50	60 и >
Раскрытие ш/м (см)	нет	1-2	2-3	3 и >
Нахождения головки по отношению к плоскости входа в м/таз	слегка прижата	прижата	плотно прижата	малым сегментом

**Жатыр мойнының «пісіп
жетілуін» бағалау:**

0-5 балл – ж/м босануға дайын емес
(пісіп жетілмеген),

6-8 балл- толық емес пісіп жетілуі,

9-15 балл – толық пісіп жетілу.

Босанудың ізашарлары:

- Іштің төмен түсуі 2-3 апта бұрын
- «шалқайған» жүріс
- Кіндіктің шағыңқы болуы
- Дене салмағының төмендеуі 1-2 кг
- Ұрық қозғалысының азаюы
- Жүкті әйелдің қозғыштығы немесе апатия
- Сегізкөзбен іштің төменгі бөлігінің ауырсынуы
- Жыныстық жолдардан қою, созылмалы бөліністердің бөлінуі, кейде қан араласқан болуы мүмкін, себебі ішкі ернеу шеттері аздап жыртылуы мүмкін.
- Жатыр мойнының пісіп жетілуі.

Шкала степени зрелости шейки матки (E.H.Bishop)

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция	Плотная	Размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1 -2 см	Менее 1 см
Пройодимость цервикального канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
Положение шейки матки по отношению к проводной оси малого таза	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси малого таза

Босанудың мақсаты – ұрық!

- Ұрық эпифизи ұрықтық фактор – АКТГ бөледі.
- АКТГ әсерінен бүйрекүсті гормондары кортизолмен DHEA-S бөлінеді.
- Эпифизде мелотонин синтезі тоқтап, ол алдын ұрықтың гипоталамус қызметін блоктаған.
- Кортизол – ұрықтағы сурфактанттың түзілуін қамтамасыз етеді.
- Кортизол ұрықтың зәрімен бірге ОПВ ға түседі, содан PgE2 түзілуін қамтамасыз етеді.

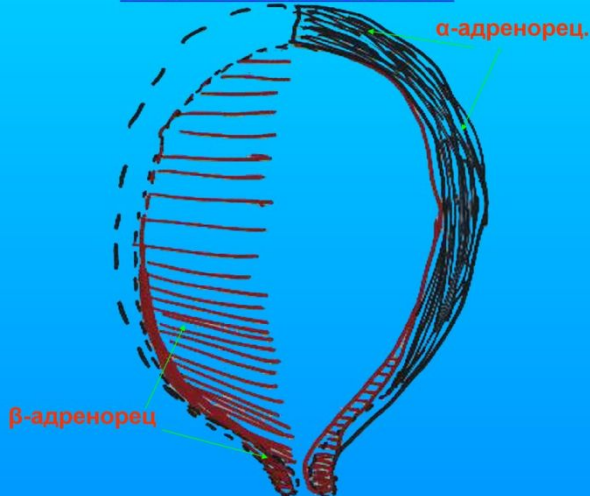


**Жатырдың барлық бөлімдері екі
иннервациямен қамтамасыз етілген.**

Жатыр денесінде – көлденең және қиғаш
өрімдердің миометриде орналасуы, а- және в
– адренорецепторлары түзіледі.

Төменгі сегментте – қилысқан,
циркулярлы орналасқан талшықтар және в₂-
адренорецепторлар.

СХЕМА СЛОЕВ МИОМЕТРИЯ



Босану күшінің сипаттамасы:

- Жатырдың қозғыштығы
- Миометрий тонусы
- Базальды тонус
- Толғақ систоласымен диастоласы
- Жиырылу амплитудасы
- Жатыр циклі
- Толғақ жиілігі
- Толғақтар арасындағы ұзақ үзілістер
(жатыр релаксациясы)

**Босану
барысындағы
толғақтар
ерекшеліктері:**

- ❖ **Ұзақтығымен**
- ❖ **Жилігімен**
- ❖ **Күшімен**
- ❖ **Ауырсынуымен**



Босану кезендері:

Первая стадия

Латентная (скрытая) фаза

Активная фаза



Вторая стадия

Третья стадия



Босанудың I –кезеңі:

- Ол жатыр мойнының қысқарып, жазылуына және өзегінің ашылуына ықпал етеді.

Босанудың алғашқы кезеңі жатыр мойнының толық ашылуымен аяқталады.

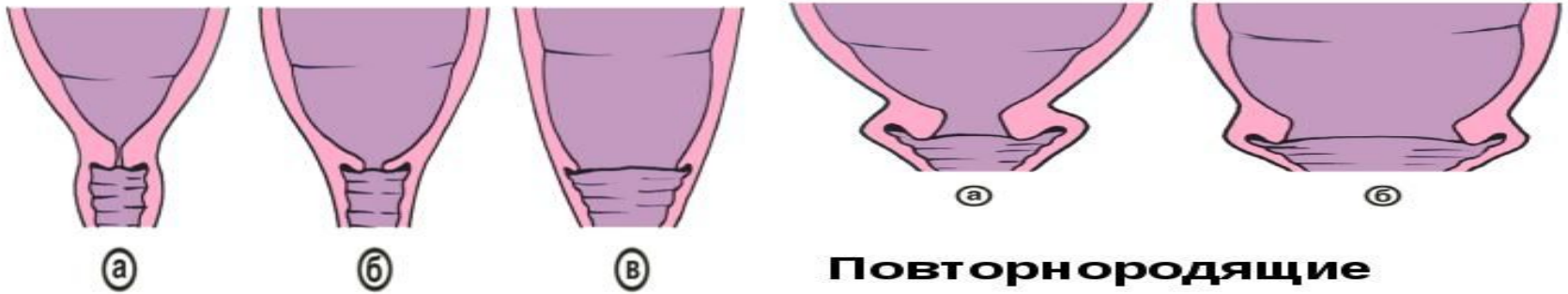
- Ұзақтығы:

- Алғаш босанушыларда -10-12 сағат,
- Қайталап босанушыларда -7-9 сағат.

ЖМА әсер етеді:

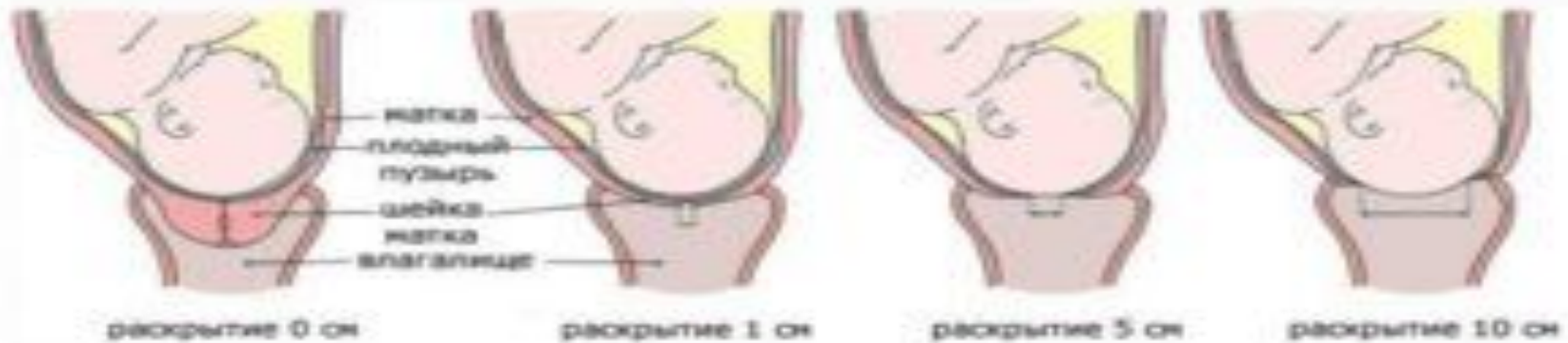
- ❖ Бұлшық еттердің тек жатырға тән өзіндік жиырылуы (контракция, ретракция, дистракция)
 - контракция* жатырдың бұлшықет талшықтарының жиырылуы,
 - ретракция* жатыр бұлшықет пластарының бір-біріне қатынасының ығысуы
 - дистракция* жатырдың төменгі бөлігінің дөңгелең талшықтарының созылуы.
- ❖ Жатыр мойнының қағанақ көпіршігінің, ал қағанақ суы кеткеннен кейін жатыр қуысы қысымының ұлғаюына байланысты келіп тұрған бөліктің қысым көрсетуі.
- ❖ **Босанудың бұл кезеңі:** жатыр мойнының толық ашылуымен аяқталады да, ұрықтың туылу кезеңі басталады.

Раскрытие шейки матки у рожениц



Первородящие

Повторнородящие



раскрытие 0 см

раскрытие 1 см

раскрытие 5 см

раскрытие 10 см

II-кезеңі:

Туылу кезеңі – жатырдың алдыңғы ішкі қабырғасының бұлшық етінің, диафрагманың және жамбас түбі бұлшық етінің жиырылуы болып табылады, *күшену* пайда болады.

Форгюст рефлексі – әйелде шексіз күшенуге ықыластың пайда болуы.

Ұзақтығы – 30-40 минуттан 1-2 сағатқа дейін.

III-кезең:

Бала жолдасының туылу кезеңі, ұрықтың туылуынан кейін басталып, бала жолдасының туылумен аяқталады.

Плацентаның ажырауына әсер етеді.

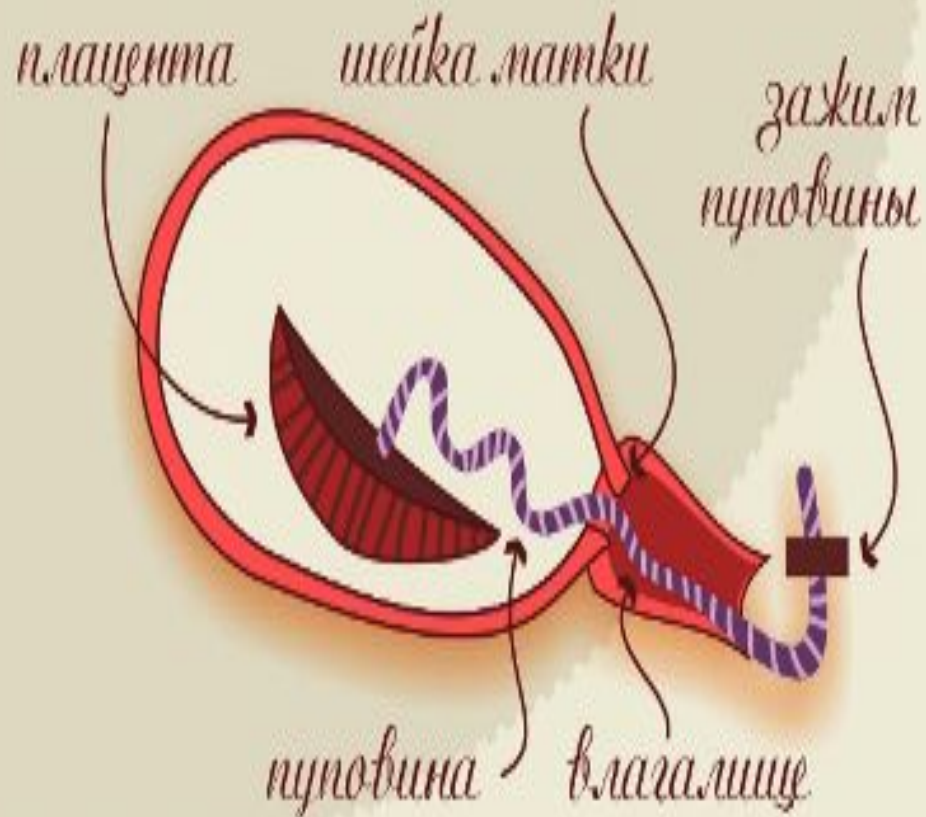
- Ұрық туылғаннан кейін жатыр көлемінің едәуір кішіреуі,
- Жатырдың толғақ тәрізді жиырылуы.
- Плацентаның жатырдың функциональды қабатына бекуі, ол базальді қабықшадан оңай ажырайды.
- Плацентаның жиырылу қабілетінің болмауы.
- ❖ *Шульце бойынша* ажырау плацентаның ортасынан бастап ажырауы.
- ❖ *Дункан бойынша* ажарауы- перифериядан бастап.

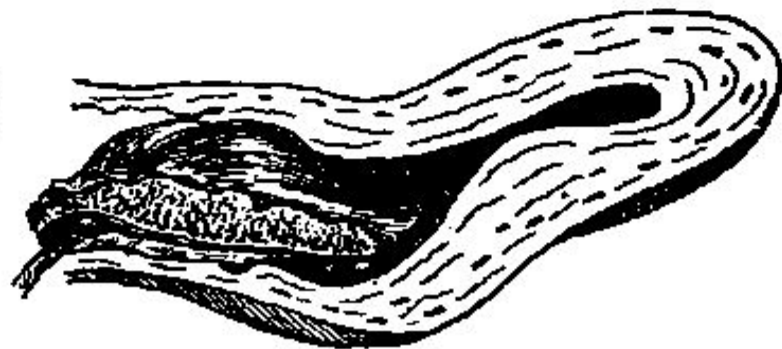
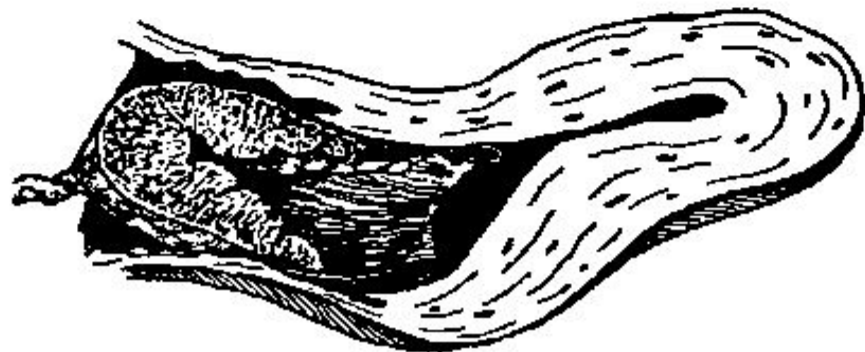
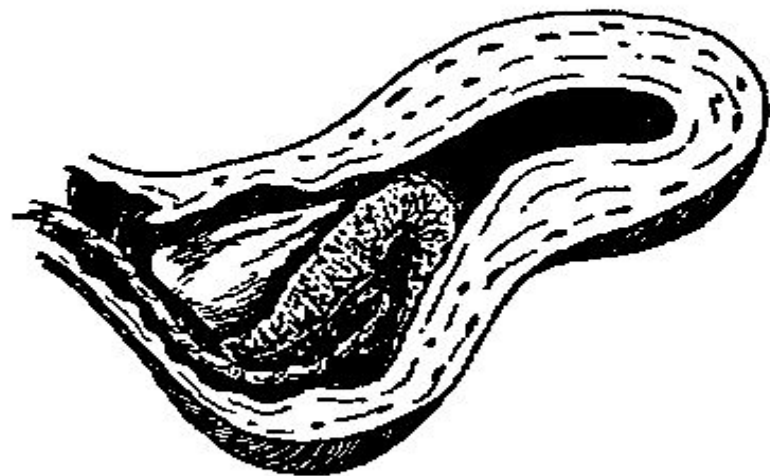
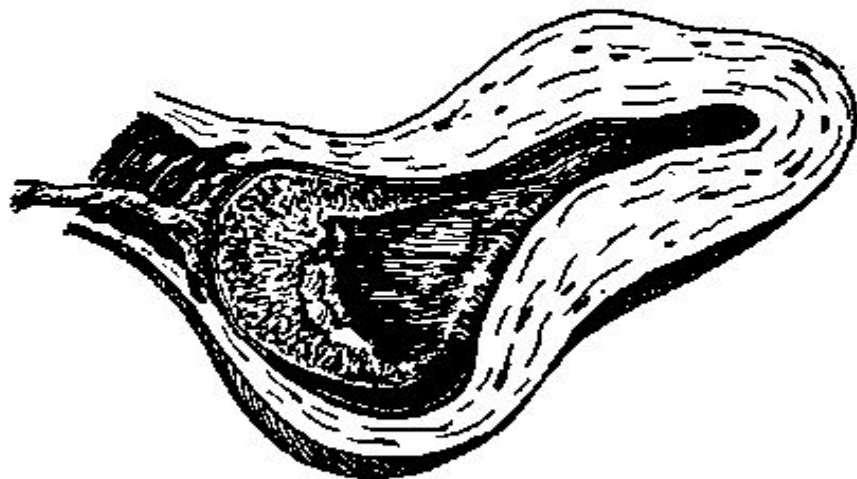
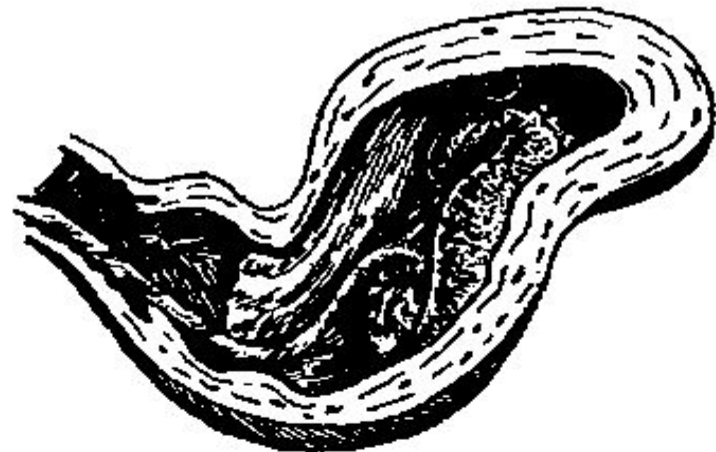
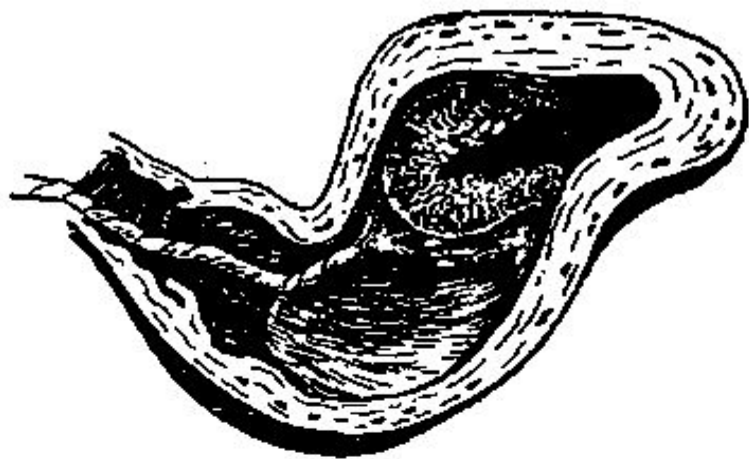
Ұзақтағы – 5 тен 30 минут.

3 период - выход плаценты



не более
30 минут





III период родов

20.30



6. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки

20.20



5. Разгибание головки
Этап завершается рождением головки.

20.00



4. Внутренний поворот головки
Головка опускается на тазовое дно

19.00



3. Окончание крестцовой ротации
Полное раскрытие шейки матки. Опускание головки в полость малого таза. Начинаются потуги.

II период родов



7. Рождение плечиков и всего тела



00.00

21.00

20.35

II период родов

20.00

19.00

17.00

14.00

13.00

12.00

11.00

Открытие 1 см

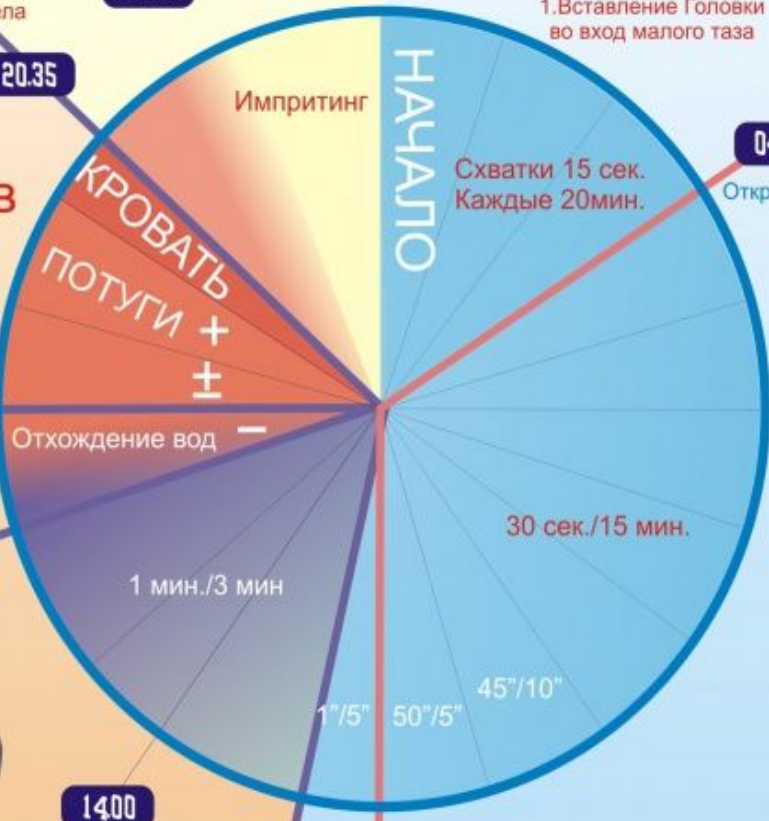
30 сек./15 мин.

1 мин./3 мин

1"/5"

50"/5"

45"/10"



I период родов

00.00



1. Вставление Головки во вход малого таза

04.00



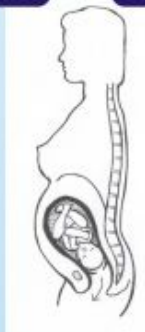
2. Сгибание Головки

04.00

Открытие 1 см

04.00

11.00



Начало крестцовой ротации. Кости черепа находят друг на друга

Ранняя фаза первого периода
00.00-13.00

Активная фаза первого периода
14.00-19.00

В РОДДОМЕ

ДОМА

Едем, когда схватки через 10 мин. по 45 сек.

Босану ағымын жүргізу

Дәрігер бірінші кезеңде әйелдің:

- жалпы жағдайын (қан қысымын, тамыр соғуын),
- толғақ күшінің жиілігін, ұзақтығын, жатыр мойнының ашылу қарқынын және нәресте басының жылжуын анықтайды.
- Жатырды қолмен сипап, толғақтың күшін толық анықтау жеткіліксіз, сондықтан жатырдың жиырылу қасиетін гистерография, реография, радиотелеметрия арқылы анықтаған жөн.
- Босану ағымын бағалау үшін партографиялық әдісті қолданады (босану ағымын графикалық тұрғыда бағалау).

Бірінші кезеңде – нәрестенің күй–жағдайын, жүрек соғуын бақылау өте қажет. Қазіргі кезде оның жүрек соғуын мониторлық әдіспен бақылайды (КТГ). Босану ағымында КТГ–нің диагностикалық маңызы зор – ұрықтың күй–жағдайын және жатырдың жиырылу қасиетін анықтайды.

Босану ағымында тек сыртқы акушерия тәсілі арқылы жатыр мойнының ашылуын, нәресте басының жылжуын анықтау қиын. Сондықтан қынаптық зерттеу әдісін кеңінен қолданады.

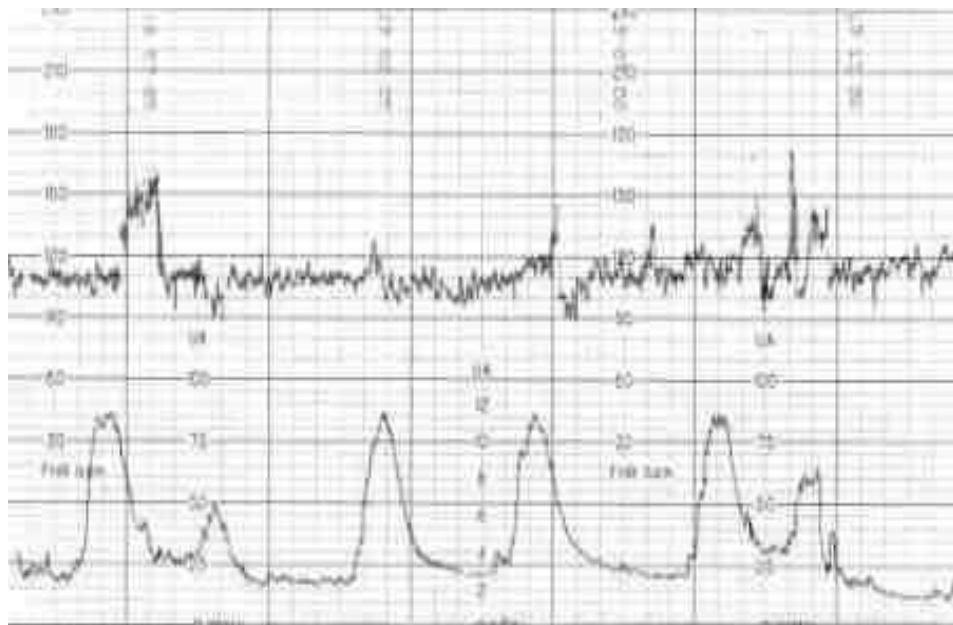
Босану кезеңдеріндегі қынаптық зерттеуге көрсеткіштер:

- 1) жүкті әйел перзентханаға түскенде;
- 2) қағанақ суы кеткенде;
- 3) жыныс жолдарынан қан кеткенде;
- 4) нәрестенің жүрек соғуы нашарлағанда;
- 5) босану қарқынын анықтау үшін (тұңғыш босанғандарда 6 сағаттан кейін; бұрын босанғандарда 3 сағаттан кейін);
- 6) екінші кезеңнің алдында.

Қынаптық зерттеуде: жатыр түбі бұлшық еттерінің, қынап қабырғасының (кеңдігін, ұзындығын т.б.) жағдайын анықтай отырып, жатыр мойнының ашылу қарқынын, ернеуінің қалың-жұқалығын, жұмсақтығын, қағанақ қуығының жағдайын және ұрықтың төменгі бөлігі – басының еңбектерін, жіктерін және оның жамбас қуысының жазықтықтарына қатынасын анықтайды.

I-кезеңді жүргізу:

- ❖ Сыртқы және ішкі акушерлік қарау
- ❖ Анамен ұрық жағдайын бақылау
- ❖ КТГ-бақылау

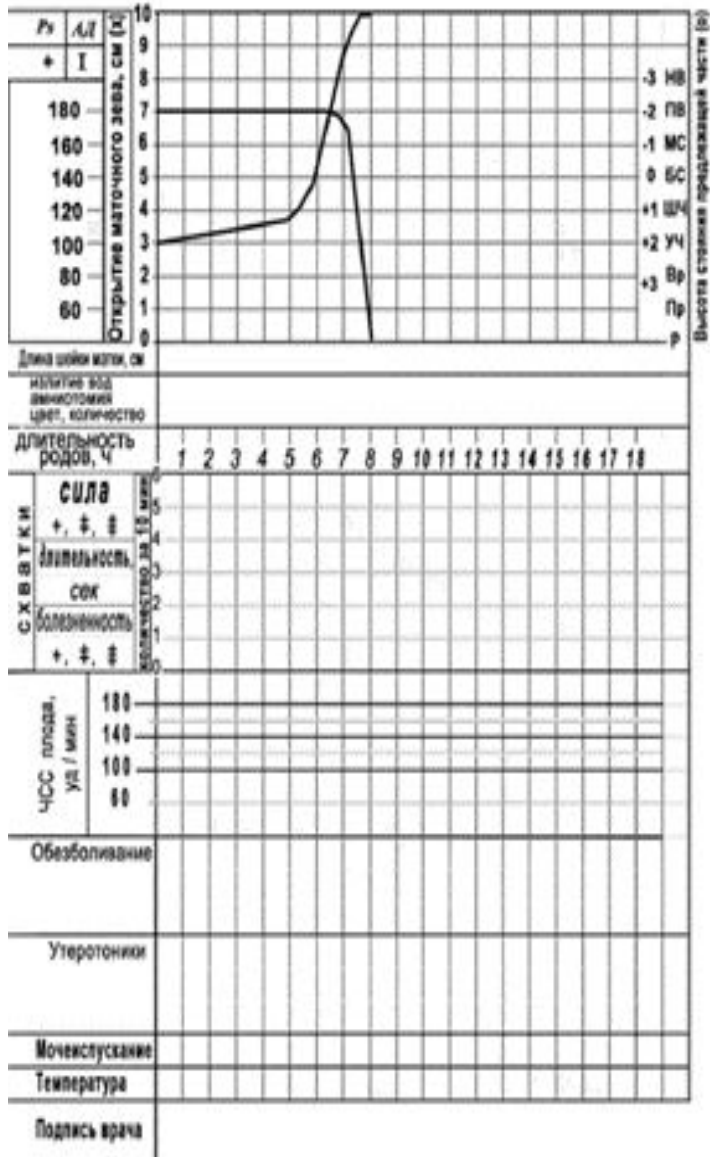


Қалыпты босану барысында ешқандай медикаментозды коррекция қажет емес.

Партограмма

ФИО

ИР №



Партограмма Фридманна



Екінші кезеңде босану ағымын жүргізу

Екінші кезеңде дәрігер әйелдің жалпы күй-жағдайын, толғақтың күшін, ұзақтығын, ұрықтың жүрек соғуын (әрбір күшенуден 1–2 минуттан соң, плацента–жатыр қанайналымы қалыптасқаннан кейін), оның жамбас қуысынан жылжу жылдамдығын анықтайды. Күшену кезінде жатырдың жиырылу қасиетін бағалай отырып, оның төменгі сегментінің жағдайына көңіл бөлу қажет. Акушерия көмегі. Нәресте басы жыныс қуысынан көрінгеннен бастап, акушерия көмегіне дайындалады. Біріншіден, анаға түсініктеме береді – акушерия көмегі кезінде дұрыс терең тыныс алуды, күшену ережелерін үйретеді.

Нәресте басымен жатқанда көрсететін акушерия көмегі ("аралықты қорғау") бірнеше қол әрекеттерінен тұрады.

- ❖ Бірінші тәсілде – нәресте басының мезгілінен бұрын шалқаймауын қамтамасыз ету. Ол үшін акушерка сол қолын шат үстіне және жыныс қуысынан "кесіп-жарып" шығып келе жатқан бас үстіне қойып, жайлап бастың мезгілінен бұрын шалқаймауына және босану жолдарынан тез жылжымауына кедергі жасайды.
- ❖ Екінші тәсілде – аралық ұлпасына түсетін күшті азайту. Ол үшін: оң қолды алақан жағымен аралыққа қойып, төрт саусақты сол, үлкен саусақты оң жыныс ернеуіне тірейді. Бармақ ұштарымен үлкен жыныс ернеуінің жұмсақ ұлпаларын жайлап басыңқырап, төмен түсіреді, бір мезгілде оң қол алақанымен аралық ұлпасын басып, оны қорғайды, сөйтіп оған түскен күшті азайтады.



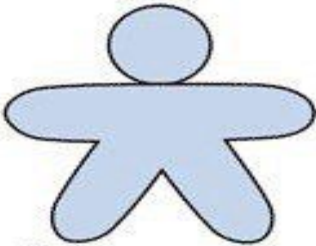
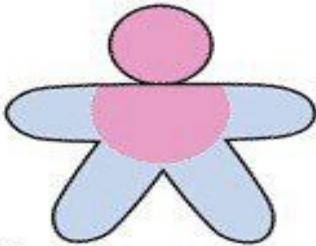






Үшінші тәсілде – әйелдің күшену күшін реттейді.

Бас төбе бұдырмақтарымен сыртқы жыныс ернеуіне тірелгенде, аралықтың жыртылу қаупі артады (әйел қатты күшене бастайды).

Күшену күшін реттеу үшін: шүйде шұңқыры симфиздің төменгі жиегіне тірелгенде, әйел күшенуін тоқтатып, терең және жиі тыныс алуы керек. Акушерка әйелдің күшенуі біткенше, қолдарымен бастың жылжуын ұстап, біртіндеп, оң қолының саусақтарымен жыныс ернеуін созып, сол қолымен басты жоғары көтеріп, шығарып алады.

Төртінші тәсілде - нәресте иығын босатып, оны тудырып алу. Нәресте басы туылғаннан кейін, иық іштей, бас сырттай бұрылады. Әйел күшенген кезде, бас бетімен ананың оң не сол санына бұрылады (позициясына карама–қарсы), иық ішкі бұрылыс жасап, жамбастың шығаберіс жазықтығының тік өлшеміне сәйкес келеді. Алдымен алдыңғы, содан кейін артқы иық шығады. Ол үшін акушерка нәрестенің басын екі қолымен ұстап, алдыңғы иығы босап шыққанша, оны ақырындап төмен тартады, содан кейін оң қолын аралыққа қойып, сол қолымен басты жоғары көтеріп, артқы иықты босатып алады. Иық белдеуі шыққан соң қолтық астына екі қолдың сұқ саусақтарын енгізіп, оны жоғары көтеріп, нәрестені тартып тудырып алады.

Таблица для оценки новорожденного по шкале Апгар

Признаки	Баллы	0 баллов	1 балл	2 балла
A – appearance Внешний вид (цвет кожных покровов)		 Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	 Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	 Розовая окраска всего тела и конечностей
	P – pulse Пульс (ЧСС за 1 минуту)		Отсутствует	< 100
G – grimace response Мимический ответ (рефлексы и раздражительность)		 Не реагирует	 Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	 Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
	A – activity Активность и мышечный тонус		 Отсутствуют, конечности свисают	 Снижены, некоторое сгибание конечностей
R – respiration Дыхание		Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый (гиповентиляция)	Нормальное, крик громкий

III- кезенді жүргізу.

Ұрық жолдасының бөлінгендігі туралы белгілер:

- Шредер – жатыр күмбезі кіндікке дейін көтеріліп, оңға иіледі.
- Альфельда - кіндікке байланған жіп 8-10 см және одан жоғары түседі.



Метод Креде-Лазаревича



Метод Абуладзе



Метод Гентера

Қолданылған әдебиеттер:

1. Бисембаева Р.С., Раисова Ә.Т., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия». – Алматы 2004
2. А.Т. Раисова., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия және гинекология». – Алматы 2002

Орыс тілінде:

1. Акушерство: учебник + CD. Раздинский В.Е.- М., 2008-904с.
2. «Гинекология. практикум» В.Б. Цхай., Т.А. Макаренко, Е.К. Шаламова, И.О.Ульянова. – Ростов - на – Дону 2006.
3. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учебник. Дзигуа М.В.-М., 2011.-528с.
4. «Акушерство и гинекология. Практикум» под редакцией Т.Е. Белокриницкой. Ростов-на-Дону. 2007.