**«Семей қаласының Д. Қалматаев атындағы мемлекеттік жоғарғы медицина колледжі» ШЖҚ КМК**

**Теориялық сабақтың әдістемелік әзірлемесі**

****

 **Тақырып:** «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары»

**Пән:** «Акушерия және гинекология»

**Мамандық:** 030100 0 «Емдеу ісі»

**Біліктілік:** 030101 3 «Фельдшер»

IV курс 8 семестр

**Оқытушы**: Адильханова Ғ. Е.

 ӘБК мәжілісінде қаралды

 Хаттама №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 ж.

 ӘБК төрайымы \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Тақырып:** «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары»

**Сабақтың түрі:** Теория

**Сабақтың типі:** Жаңа материалды игеру сабағы.

**Сағат саны:** 2

**Сабақтың өтетін орны:** Оқу аудиториясы

**Сабақтың мақсаты:**  Беріліп отырған тақырыпты мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандартына сәйкес оқу бағдарлама негізінде білім алушылардың білімін дамыту және жаңа технологияларды қолдана отырып қалыптастыру. «Акушерия және гинекология» пәні бойынша әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары туралы мәліметтер беру, аурудың этиологиясы, клиникалық түрлері, белгілері, жұғу жолдары, диагностикасы, сақтану шаралары, емі туралы білімдерін кеңейту.

Білім алушыларда клиникалық ойлауды дамыту. Денсаулық сақтау, ауруды анықтауда, алдын алу шаралар жүргізуде фельдшердың манызды роль атқаратынын және бүгінгі тақырып болашақ мамандықтарымен тікелей байланысты екенін жеткізу.

**Сабақтың міндеттері:**

**Білімділік:** Жыныс мүшелерден қабыну аурулардың түрлерін, ағымын, асқынуларын түсіндіру. Емдеу терапиясын дұрыс тағайындай білу.

**Дамытушылық:** Анатомия, физиология, педиатрия, мейірбике ісі негіздері пәндері бойынша оқушылардың білімдерін терең дамыту, бекіту, оны акушерліктегі тақырыптармен байланыстыра отырып, оқушының логикалық ойлау қабілетін жетілдіріп, ой-өрісін кеңейту.

**Тәрбиелік:** Студенттердің акушерлік пәніне қызығушылығын арттыру. Оларда медицина қызметкерлеріне сай тазалық, ұқыптылық, әдептілік, адамгершілік, жауапкершілік, қайырымдылық сияқты қасиеттерін қалыптастыру.

**Сабақтың жабдықтары:**  Оқу әдістемелік кешең, дәріс, суреттер, кестелер, презентация «Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары», видеофильмдер.

**Пәнаралық байланыс:**

Анатомия және физиология**,** терапиядағы мейіргер ісі, мейірбике ісі негіздері.

**Пәнішілік байланыс:**

Әйел жыныс мүшелерінің анатомиясы және физиологиясы.Босану физиологиясы.

**Студент қолданатын оқулықтар:**

1. Г.М. Савельева «Акушерство Гинекология» 2015ж.

2. А.Т Раисова, Р.Ғ Нұрқасымова «Акушерия және Гинекология» 2011ж.

**Оқытушы қолданатын оқулықтар:**

1. Э.К. Айламазян Э.К. «Акушерство». Санкт-Петербург, СпецЛит. 2000ж

2. Г.М. Савельева «Акушерство Гинекология» 2015ж.

3. А.Т. Раисова, Р.Ғ Нұрқасымова «Акушерия және Гинекология» 2011ж.

**Теориялық сабақтың кезеңдері**

**1. Ұйымдастыру кезеңі.**

Сәлемдесу, студенттердің сабаққа дайындығын тексеру және сабаққа қатысуын тексеру.

Студенттердің сабаққа қатысуын тексеру - тізім бойынша тексеріп шығу.

Сабаққа дайындығын тексеру-студенттердің киімін, оқу құралдарының болуын тексеру.

Сабаққа бөлменің дайындығын тексеру – аудиторияның санитарлық жағдайы, студенттермен жақсы қарым - қатынас орнатуға ыңғайлы жұмыс орнын қалыптсатыру.

**2. Сабақтың мақсатты ұстанымы. Оқытушының кіріспе сөзі.**

Бүгінгі өтетін тақырыбымыз: «Әйелдің жыныс мүшелерінің қабыну аурулары**».** Алдыңғы сабақта өткен тақырыбымыз:«Акушерлік жарақаттар. Акушерлік операциялар» туралы еске түсіріп, сұрақтарға жауап беріп қайталайық.

***Сабақтың тақырыбы:*** «Әйелдің жыныс мүшелерінің қабыну аурулары**».**

***Сабақтың мақсаты****:* Беріліп отырған тақырыпты мемлекеттік жалпыға міндетті білім беру стандартына сәйкес оқу бағдарлама негізінде білім алушылардың білімін дамыту және жаңа технологияларды қолдана отырып қалыптастыру. «Акушерия және гинекология» пәні бойынша әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары туралы мәліметтер беру, аурудың этиологиясы, клиникалық түрлері, белгілері, жұғу жолдары, диагностикасы, сақтану шаралары, емі туралы білімдерін кеңейту. Білім алушыларда клиникалық ойлауды дамыту. Денсаулық сақтау, ауруды анықтауда, алдын алу шаралар жүргізуде фельдшердың манызды роль атқаратынын және бүгінгі тақырып болашақ мамандықтарымен тікелей байланысты екенін жеткізу.

***Тақырыптың өзектілігі:*** Қазіргі таңда гинекология саласында әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары гинекологиялық науқастардың 65% құрайды. Ерекшелік белгі – ол 30 жасқа дейінгі әйелдер арасында аурудың өсуі. Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының этиологиясын, патогенезін, анықтау және емдеу әдістерін білу өте маңызды, себебі уақытында емделмеген қабыну аурулары ауыр гинекологиялық патологияға және ауырудың асқынуына алып келуі мүмкін.

Болашақ мамандықта жүкті әйелдерді босандыру және гинекологиялық науқастарды емдеу үшін, аурудың этиологиясын анықтау үшін және медициналық көмек көрсету кезіңде алған білімдеріңіз қажет болады.

***Әрекеттік уәждеме:*** Бүгінгі сабақта алған білімдері акушерия және гинекология саласында жүкті, босанушы, босанған әйелдерді қарап тексеру кезінде, медициналық көмек көрсету кезінде және алдағы еңбек қызметінің сәтті өтуіне көмектеседі.

**3. Білімнің негізін өзектілеу. Үй тапсырмасын тексеру. Кроссворд шешу.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ш | а | т | а | р | **А** | л | ы | қ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **К** | е | с | а | р |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | а | к | **У** | ш | е | р | л | і | к |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | ү | **Ш** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **Е** | к | і | н | ш | і |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | п | е | **Р** | и | н | е | о | т | о | м | и | я |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ж | ы | **Л** | а | н | к | ө | з |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | е | к | **І** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | е | **К** | і | н | ш | і |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| б | о | с | а | н | у |  | **Ж** | а | р | а | қ | а | т |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | г | е | м | **А** | т | о | м | а |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ж | ы | **Р** | т | ы | л | а |  | б | а | с | т | а | у | ы |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | **А** | к | у | ш | е | р | л | і | к |  | ж | а | р | а | қ | а | т |
|  |  |  |  |  |  |  | **Қ** | ы | с | қ | ы | ш |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | а | м | п | у | т | **А** | ц | и | я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ж | ы | р | **Т** | ы | л | у |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Сұрақтар:**

1. Ең жиі кездесетін жарақат, босанған әйелдер арасында 10-12%, тұңғыш босанушыларда 2-3 есе жиі. **Шатаралықтың** жыртылуы.
2. Бұл операция кезінде әйелдің құрсағы арқылы жатырды кесіп, нәресте мен бала жолдасын алады. Операцияны атаныз? **Кесар тілігі (sectio caesorea).**
3. Әйелдің дене ыстығы қалыпты болуы, тірі нәресте, әйелдің операцияға келісімі Кесар тілігінің қандай шарттары болып табылады? **Акушерлік.**
4. Шатаралықтың жыртылуының неше дәрежесі бар? **Үш**
5. Қай дәрежеде шатаралықтың терісі және бұлшық еттері, қынаптың қабырғасы жыртылады? **Екінші**.
6. Шат аймағындағы артқы тесік пен қынаптың арасын кесу қалай аталады? **Перинеотомия.**



1. Босанғаннан кейінгі ең ауыр жарақат қуық және тікішек-қынап жолында орын алады.
**Жыланкөз (fistula).**
2. Жатырдың жыртылуы мезгіліне қарай қалай жіктеледі? **Екіге (жүктілік және босану мезгілінде).**
3. Жатыр мойнының жыртылуы – 2 см-ден артық, бұл қандай дәреже болып табылады? **Екінші.**
4. Нәрестенің мүшелері мен ұлпаларының босану ағымында жарақаттануы қалай аталады? **Босану жарақат.**
5. Сыртқы жыныс мүшелерінің және қынап қабырғасының жарақаттануы салдарынан пайда болатын көбінесе үлкен жыныс ернеуінде, аралықта, қынап қабырғасының астында (қынап шелінде) кездесетін ісік түрі? **Гематома (қанды ісік).**
6. Бұл ауытқуда босану жолдарынан қан аға бастайды; зәрге қан араласады; нәресте тұншығады, ауру сезімі қатты артып, әйелде қорқыныш үрей пайда болады. Егер әйелге жедел жәрдем көрсетілмесе қандай жағдай болуы мүмкін? Жатырдың **жыртыла бастауы.**
7. Жүктілік және босану кездерінде кездесетін, анаға және нәрестеге қауіп туғызатын патологиялық процесс қалай аталады? **Акушерлік жарақат.**
8. Тірі нәрестені басынан тартып шығаруға арналған құрал. Акушерлік **қысқыш.**
9. Жатыр жыртылғанда бірден операция көлемі? **Ампутация.**
10. Бұл ауытқуда қатты айғайлап жатқан әйел тынышталып, толғақ сап тоқтайды; босану жолдарынан қан кетеді; нәрестенің жүрек соғуы естілмейді; геморрагиялық шоктың белгілері пайда болады; жатырдың пішіні өзгереді; нәресте ішперде қуысында анықталады. Қандай жағдай? Жатырдың **жыртылуы**.

**4. Бастапқы білім деңгейінің қорытындысы.** Әрбір білім алушының жауабының толықтығына, сауаттылығына, ойлау қабілетіне көңіл бөліп, жеке – жеке бағалау жүргізіп, топтың білім деңгейілерін тексеріп журналға баға қойылды.

1. **Жаңа тақырыпты түсіндіру. Жоспар бойынша студент білу керек:**

1. Жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының негізгі этиопатогенезі.

2. Макро және микроорганизмдердің ролі.

3. Әйел өмірінің кезеңдеріндегі жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының ерекшеліктері.

4. Сыртқы жыныс мүшелерінің қабыну аурулары.

5. Бартолин безінің қабыну аурулары.

6. Қынап, жатыр, параметрий, кіші жамбас қуысының қабыну аурулары.

7. Гонорея, клиникасы, диагностикасы, емделу критерийлері.

**6. Жаңа тақырыпты бекіту. Сұрақ - жауап арқылы «Білімді сандық» атты ойын түрінде жүргізіледі.**

1. Сұрақ: Жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының этиологиясы бойынша жіктелуі:

Жауап: Бейспецификалық, спецификалық.

1. Сұрақ: Эндометрит дегеніміз не?

Жауап: Жатырдың шырышты және бұлшықетті қабаттарының қабынуы.

1. Сұрақ: Параметриттің 3 дәрежесін ажыратады:

Жауап: Инфильтрация, экссудация, тығыздалған экссудат.

1. Сұрақ: Қынаптың шырышты қабатының қабынуы қалай аталады?

Жауап: Кольпит.

1. Сұрақ: Физиологиялық қорғаныс механизмдері?

Жауап: Әйел жыныс мүшелерінің анатомо – физиологиялық ерекшеліктері, әсіресе нақты жоғарғы және төменгі бөлімдерінің бөліністері.

6. Сұрақ: Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының жиілігі:

жауап: Барлық гинекологиялық патологиялардың 80% құрайды.

7. Сұрақ: Спецификалық қабыну қоздырғыштары:

жауап: Хламидий, уреаплазмоз, гонококк, трихомонада, тбз.микобактериясы, вирустар, ашытқы тәріздес саңырауқұлақтар.

8. Сұрақ: Сыртқы жыныс мүшелерінің қабынулары қалай аталады?

жауап: Вульвит, вульвавагинит.

9. Сұрақ: Жатырдың ішкі қабатының қабынуы қалай аталады?

жауап: Эндометрит.

10. Сұрақ: Жатыр қосалқыларының қабынуы қалай аталады?

жауап: Сальпингоофорит.

**7. Сабақты қорытындылау**:

Бүгін тақырып бойынша қысқаша талқыладық.

Тәжірибелік сабақта ары қарай толықтырамыз, қажетті дағдыларды фантомдарда, муляжда үйреніп, перзентхана бөлімдерінде жұмыс істеп ары қарай білімімізді толықтырып, жетілдіреміз. Болашақта сіздер акушерия және гинекология пәнін жақсы меңгеріп, тәжірибеде қолдана білерсіздер деп сенемін. Назарларыңызға рахмет.

**8. Үй тапсырмасы.**

Тақырып «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары». Әдебиет: Э. К Айламазян « Акушерство» 2003 ж. 360-380 бет.

**Студент қолданатын оқулықтар:**

1. Дәрістер

2. Э. К Айламазян « Акушерство» 2003 ж. 360-380 бет.

3. Г.М. Савельева «Акушерство Гинекология» 2015 ж.

4. А.Т Раисова, Р.Ғ. Нұрқасымова «Акушерия және Гинекология» 2011 ж.

**Теориялық сабақтың кезеңдерін құрастырудың технологиялық картасы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Сабақ бөлімдерінің атауы** | **Уақыт****90 минут** |
| 1 | Ұйымдастыру кезеңі | 2 мин |
| 2 | Сабақтың мақсатты ұстанымы. | 3 мин |
| 3 | Білімнің негізін өзектілеу (негіздеу).  | 15 мин |
| 4 | Бастапқы білім деңгейінің қорытындысы. |
| 5 | Жаңа тақырыпты түсіндіру | 50 мин |
| 6 | Видеофильм | 5 мин |
| 7 | Жаңа тақырыпты бекіту | 10 мин |
| 8 | Сабақты қорытындылау. | 3 мин |
| 9 | Үй тапсырмасы. | 2 мин |
|  | **Барлығы** | 90 мин |

 **Теория**

**Тақырып: «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары»**

**Микробтардың ену және таралу жолдары.**

1) жыныстық қатынас арқылы (пассивті) жол сперматозоидтардың, трихомонадалардың көмегімен (микробтар сперматозоидтар мен трихомонадтарға жабысуға бейім, ол қынаптың экоорталығына тәуелді болады)

2) гематогенді жол

3) лимфогенді жол

**Физиологиялық қорғаныс механизмдері**

1. Әйел жыныс мүшелерінің анатомо – физиологиялық ерекшеліктері, әсіресе нақты жоғарғы және төменгі бөлімдерінің бөліктеністері.

Ең бастысы ол қынап және сыртқы ортаның өзара қарым – қатынас байланыстың үзілуінен жүзеге асады. Шат аралық пен жамбас түбі бұлшықеттерінің өзгеше дамуы жыныстық саңылауының бірігуін қамтамасыз етіп, былайша айтқанда вульварлы сақинаның пайда болуына ықпал етеді. Оған қынап кіреберісінің үлкен бездерінің спецификалық бөліністері де итерме болып табылады.

**ЖМҚА ЖІКТЕЛУІ**

І. Этиологиясы бойынша:

1. бейспецификалық (стафилококк, ішек таяқшасы, стрептококк, эшерихия т.б.)

2. спецификалық (гонококк, трихомонада, хламидия, кандида, вирус, микоплазма).

II. Патологиясының құрылымына:

 1. гениталийдің гинекологиялық қабынулық үрдіс (процесс)

 2. жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі асқынулармен байланысты

 3. операциядан кейінгі қабынулық асқынулармен

III. Орналасуы бойынша:

 1. төменгі жыныс бөлімдерінің қабынуы.

 2. жоғарғы жыныс бөлімдерінің қабынуы.

IV. Клиникалық зақымдалуы бойынша:

 1. жедел

 2. созылмалы

 3. жеделдеу

**ВУЛЬВИТ**

Вульвит – сыртқы жыныс мүшелерінің зақымдалуы.

Біріншілік және екіншілік түрлерін ажыратады.

Біріншілік әдетте балалық шақта дамиды.

Оның дамуы жеке бас гигиенасының сақтамауы, механикалық тітіркендіргіштер немесе сыртқы жыныс мүшелерінің қышуының салдарынан вульваның зақымдалуына итермелейді. Сыртқы жыныс мүшелерінің қышу себептері қант диабет, энтеробиоз, кейбір тері аурулары, зәрді ұстай алмаушылық болып табылады. Бөлек жағдайларда вульваның жарақаты онанизммен байланысты болады.

Кольпит – қынаптың шырышты қабатының қабынуы.

 Бұл аурудың пайда болуына аналық без гипофункциясы, жабындының эпителиальді механикалық немесе химиялық бүтіндігінің бұзылуы, жедел инфекциялық аурулар (қызылша, скарлатина, дифтерия), тамақтанудың бұзылуы мүмкіндік жасайды.

**Эндоцервицит және цервицит**.

Босану немесе аборттар кезінде пайда болатын жатыр мойны мен деформациясы дамиды. Өздігінен пайда болатын эндоцервицит мүлдем кездеспейді. Әдетте ол вульвовагинттің, эндометриттің немесе жатыр түттікшелерінің қабынулық ауруларын тудыруға қабілетті болады.

Эндометрит – жатырдың шырышты және бұлшықетті қабықтарының қабынуы (метроэндометрит).

Жедел эндометрит жиі аборттан, босанудан, жатыр қуысының диагностикалық қырудан, жатырішілік контрацепциядан кейін пайда болады. Әдетте қабыну көрсеткіштері инфекция енген соң 3-4 күннен кейін байқалады.

Сальпингоофорит – жатыр түтікшелерінің қабынуы.

Шағымдары: ішінің төменгі бөлігінің ауырсынуына, тік ішек пен бел аймағына берілуіне, жүрек айнуына, қалтырауға, жалпы әлсіздікке, ауыздың құрғауына, дизуриялық көріністерге, ішектің үрленуіне. Пульсі жиіленген, температура жоғарлаған. Қанда лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарлаған.

Параметрит – жатыр маңы клетчатканың қабынуы.

Аурудың алғашқы күндерінде қынаптық зерттеу сирек анық клиникалық көрініс береді, тек айқын ауырсыну, жиі қынаптың бүйірлік күмбезінде болады.

Аурудың алғашқы күндерінде қынаптық зерттеу сирек анық клиникалық көрініс береді, тек айқын ауырсыну, жиі қынаптың бүйірлік күмбезінде болады.

2-3 күннен кейін көрініс өзгереді: қабыну ошағында ауырсынбалы инфильтрат анықталады, басында жұмсақтау, содан соң тығыз консистенциялы, жатырдың беткей бүйірімен тығыз жабысқан және жамбас қабырғаларына дейін жетеді.

Жатыр сау жағына немесе жоғары қарай ығысады (екі жақты параметрит кезінде). Бүйірлік (алдыңғы, артқы) қынап күмбезі тегістелген, шырышты қабаты қозғалғыштықты жоғалтады, сегізкөз – жатыр байламдары анық анықталмайды. Инфильтраттың тік ішекке ығысқан кезінде тенезмдер және артқы тесіктен шырыштың бөлінуі пайда болады. Қуыққа ығысқанда – жиіленген және ауырсынбалы зәрдің бөлінуі болады.

Параметриттің 3 дәрежесін ажыратады:

- инфильтрация

- экссудация

- Тығыздалған экссудат

Пельвиоперитонит – кіші жамбас құрсағының қабынуы.

Әдетте екіншілік болып дамиды, инфекцияның жатыр түтікшелерінен, аналық безінен, кіші жамбас клетчаткасынан, аппендикстан және т.б. мүшелердің енуінен пайда болады.

Пельвиоперитониттің жіктелуі.

•ағымы бойынша – жедел және созылмалы

•экссудаттың сипаты бойынша – серозды – фибринозды және іріңді

**Соз (гонорея)**

Қоздырғышы – гонококк, жасушаішілік болып орналасады (лейкоциттердің ішінде), бұршақ тәрізді түрі, грамм – теріс. Гонококктар жасушадан тыс көп қабатты эпителийдің, мүмкін трихомонадты гонококктардың фагоцитозы ретінде де орналасуы мүмкін.

 Қынаптың көп қабатты эпителийі гонококктарға резистентті болады; оның зақымдалуы тек жүктілік, балалық және егде жастағылар кезінде ғана қынаптың өзгерген шырышты қабатында болады.

Септикалық инфекциялардан айырмашылығы соз (гонорея) үшін эпителиальді жабындыныңы бұзылуы мен «кіру қақпасын» қажет етпейді.

**Клиникасы**

зақымдалған соң 3-4 күннен кейін анықталады.

 инкубациялық кезеңінің ұзақтығы 7-15 күннен 3 аптаға дейін.

гонококктар субэпителиальді қабыққа енеді.

 Қоздырғыштың өлуінен кейін эндотоксин босатылады, ол эпителийдің дегенеративті – деструктивті өзгерістерін шақырады, одан кейін дәнекер тіннің регенерациясы мен пролиферациясы дамиды.

Егер де процесс үдесе, дәнекер тін тыртықтыға ауысады, ол жатыр түтікшелерінің өтімсіздігі мен бедеулікке, үрпінің тыртықты тарылуы мен зәр шығуының бұзылуына алып келеді.

**Жіктелуі**.

2 түрін аждыратады:

 1. Жаңа (аурудың ұзақтығы 2 айға дейін):

1) Жедел – процесс 2 аптадан ұзамай басталған

2) Жеделдеу - процесс ұзақтығы 2-8 апта құрайды

3) Торпидті – аз симптомды соз (гонорея)

2. Созылмалы – ауру ұзақтығы 2 айдан көп немесе анықталмаған басталуы

Гонореяның таралу дәрежесіне байланысты 2 түрін ажыратады:

1. Зәр шығару мүшелерінің төменгі бөлімі – үрпінің, үрпі маңы жолдары мен крипталардың, вульваның, қынаптың, үлкен вестибулярлы бездерінің және жатыр мойнының (эндоцервикс) гонореясы. Жиі 60-65% жағдайларда байқалады.

2. Өршімелі – эндометрий, жатыр түтікшелерінің, аналық бездерінің және құрсақ жамбасының созы (гонорея). Жиілігі 35-40 %.

**Диагностикасы**

1) уретрит екі жақты бартолинитпен немесе каналикулитпен қосарлануы;

2) Эндоцервицит біріншілік бедеулікпен, ешқандай диагностикалық және басқа кірісулері болмаған, жатыр мойын жарақатын дамытатын, бейспецификалық инфекцияларына «кіру қақпасы» болатын әйелдерде болады;

3) әйелдерде екі жақты сальпингоофорит аборттар, босанулар, жатырішілік манипуляциялар, әсіресе эндоцервицит және уретритпен қосарлауынан болатын.

Лабораторлы диагностика

Зерттеу әдістері:

1. Бактериоскопиялық

2. Культуральді

3. Серологиялық.

Провокация әдістері:

1. Химиялық

2. Биологиялық

3.Термиялық

4. Механикалық

5. Алиментарлы

6. Аралас провокация

**Трихомониаз**

Генитальді трихомониаздың түрлері:

1) жаңа: жедел, жеделдеу, торпидті түрлері;

2) созылмалы, оған торпидті ағым мен аурудың 2 айдан көп болуы тән;

3) Трихомонад тасымалдаушы

**Клиникасы.**

Жедел және жеделдеу кезеңдерінде шағымдары: көп мөлшердегі бөліністерге, сыртқы жыныс мүшелерінде қышу мен ашу сезімдеріне, іштің төменгі бөлігінде ауырлық сезіміне, зәр шығару кезінде ауырсынуға, ұйқының бұзылуына.

Қараған кезде: қынаптың шырышты қабаты гиперемирленген, ісінген, жеңіл қанталайды, көптеген сұйық, іріңді (кейде көпіршікті) бөліністермен қапталған.

**Генитальді хламидиоз**

Клиникалық ағымының ерекшеліктеріне, диагностиканың ауырлығына, жиі нәтижесіз еміне және көптеген асқынуларға байланысты ол репродуктивті денсаулыққа үлкен зиян келтіреді.

Қоздырғышы хламидиялар – Chlamidia trachomatis адамда. Ол серотип тізбекті құрайды. Көптеген D-K серотиптер генитальді жолдарының ауруын шақырады. D-K серотипі әсіресе цилиндрлік эптелийге сезімтал болып келеді.

**Клиникасы.**

Ең жиі хламидиоз жеделдеу, созылмалы және персистентті түрлерінде, сирек жедел қабынулық процесс ретінде өтеді. Аурудың жедел ағымында зәр шығару жолдарының шырышты қабатының гиперемиясы байқалады, қынап бөліністер шырышты – іріңді, зәр шығаруы жиі – жиі болады.

1. Ауру әлсіз, шырышты – іріңді бөліністерге қарамастан созылған ағым симптомдар айқындылығының аздығымен сипатталады.

Хламидиоздың жасырын ағымы бар әйелдерде шағым болмайды және оларда жыныстық жолдарынан бөліністер мен шырышты қабатының гиперемиясы болмайды.

Хламидиялық инфекцияның тасымалдаушыларында ұқыпты қараған кездің өзінде зәр шығару жолдарының өзгерістері анықталмайды.

 **Емі**:

Тетрациклиндер, макролидтер, сульфаниламидтер, азитромицин, таривид, абактал, рифампицин клиндамицин.

Бір уақытта саңырауқұлаққа қарсы препараттарды тағайындайды.

**Генитальді кандидоз**

Қоздырғышы – Candida тұқымдас дрожжи тәрізді саңырауқұлақ. Кандидозбен кез келген жастағы әйелдер зақымдалады, бірақ та жиірек босанушылар және босанған әйелдер ауырады.

Генитальді кандидоздың патогенезі экзо- және эндогенді факторларға тәуелді болады:

- антибиотиктермен,

- кортикостероидтармен,

- цитостатиктермен ұзақ емделу;

- операция және аурулардан кейін стационарда ұзақ жату;

- эндокринді патология;

- экстрагенитальді аурулар, әсіресе зат алмасулар (қантты диабет).

Генитальді кандидоздың лактобациллалардың төмендеуіне әкелетін барлық факторлар итермейлейді. Бұл жағдайларда қынап кандидозы саңырауқұлақтардың сыртқы ортадан кіруімен қатар эндогенді болғанның салдарынан да дамуы мүмкін.

Кандидозды вульвит пен вульвовагиниттің **клиникасы**:

көп мөлшерде ақ түсті (сүт түстес) бөліністер, қышу, сыртық жыныс мүшелерінің маңайында ашу немесе тітіркену сезімдері.

Жедел түрлерінде қабынулық реакция айқын болады: гиперемия және ісіну, кейде қынап пен вульваның тері және шырышты қабаттарында везикула түрінде көпіршіктенуі.

**Емі**. Жергілікті және жалпы терапияларды ажыратады. Жедел процестерді емдеуінде антимикотикалық заттарды қолданылуы жеткілікті болады.

Леворин, нистатин май күйінде, қынаптың және ректальді свечалар, дәрілер.

Клотримазол (канестен) қынаптық дәрілер, майлар, дәрілер, кремдер.

Миконазол (гино-дактанол 0,2 г дәрі түрінде, гино-дактарин 0,1 г қынаптық свечаларды қынапқа бір уақыт түнде ғана енгізеді).

Эконазол (гипо-певарил - крем, гранулалар, свечалар), дифлюкан (флуконазол)

**Генитальді герпес**

 Бұл адамның ең таралған вирусты дерт болып табылады. Қоздырғышы – қарапайым герпес вирусы, жиі ҚГП – 2. Герпес вирусы латентті өмір сүруге қабілетті, кезеңді түрде реактивациясымен, осының салдарынан аурудың өршулері болады.

**Клиникасы**: жергілікті симптомдары – гиперемирленген, ісінген шырышты қабатында көптеген везикулалар пайда болады. Везикулалар 2-3 күннен кейін жарылады және сарғыш түсті жабындысы бар жаралар болып, 2-3 аптадан кейін толығымен жазылады. Қышу, ашу, ауырсыну сезімдері мазалайды. Регионарлы лимфа түйіндер үлкеюі мүмкін. Жалпы симптомдардан басының ауруы, миалгия, жүрек айну, температура, ашуланшақтық, ұйықысының бұзылуы байқалынады.

**Диагностикасы**

вирусологиялық, серологиялық, иммунофлуоресцентті микроскопия, цитоморфологиялық әдістер.

**Емі**

Вирусқа қарсы препараттар, интерферон, иммуномодуляторлар және жерлігікті заттар.

Ацикловир (Зовиракс, виролекс) – дәрілер, суспензиялар.

Фоскарнет (фосфорлы құмырсқа қышқылы), фамвер (пецикловир).

**Уреаплазмоз**

Қоздырғышы – микоплазмалар. Олар бактериядан ригидті жасушалардың болмауымен ерекшеленіп, грам теріс коккобациллярлы микроағзалар болып табылады.

Әйелдерде, m.hominis көп болады, олар эндометриттің, сальпингиттің, аборттан және босанудан кейінгі асқынулардың, сонымен қатар өздігінен болған түсіктердің, өлі ұрық, босану кезінде нәрестенің аз салмағы мен бедеуліктің себептері болып табылады.

Уреаплазмалар әдетте зәр шығару жүейісінің зақымдалуы кезінде қабынған зәрде анықталады, бірақ қандайда бір жағдайларда олар қан тамыр ағысына түсіп, уреаплазмалы уретриттермен науқастанатын адамдарда қысқа уақытты кейбір экстрагенитальді асқынуларды шақыруы мүмкін: артриттер, сепсис.

**Клиникасы**

Жиі аз симптомды өтуі мүмкін.

Инкубациялық кезеңінің орташа ағым ұзақтығы 19 күн.

Шамалы 4% микоплазмалы уретриттері бар науқастарда жедел қабынулық өзгерістер, әдетте жедел гонореялы уретритке ұқсас болып келеді.

**Диагностикасы**

Әдетте диагностика үшін бактериологиялық әдіс уреазаға тест түрінде өткізіледі.

**Емі**

антибиотиктер тетрациклинді топтар және макролидтар, аминогликозидтер – гентамицин.

Бір уақытта ошақ инфекцияларды жою үшін жергілікті ем өткізеді.

**Гарднереллез**

Қоздырғышы – gardnerella vaginalis. Бұл ұсақ грам- немесе грамвариабельді таяқшалар, қозғалыссыз, ұзындығы 1-2 мм.

Гарднереллезді вагинит жиі жатырішілік заттарды (ЖІЗ) қолданатын әйелдерде, басынан жасанды түсікті өткірген науқастарда көрінеді, ал ол жиі қоздырушы фактор болып табылады.

**Клиникасы**

урогенитальді жолдары жағынан жедел айқын қабынулар жиі болмайды.

қынап және жатыр мойнының қынаптық бөлігінің шырышты қабаттарында, сонымен қатар үрпінің сыртқы тесігінде шамалы айқын гиперемия байқалынады.

Көптеген қыныптық бөліністер , ақ – сұр түсті, гомогенді, ұнтақ тәрізді пастаға ұқсас болып келеді, әдетте көпіршікті, аз ғана созылыңқы және жабысқақ, қынап қабырғаларында біркелкі таралған. Науқастар айқын иісі бар қынаптық бөліністерге, қышуға және ашуына шағымданады. Гарднереллездің инкубациялық кезеңі 7-10 күн.

**Диагностикасы**

«Кілтті жасушалардың» болуы – қынаптың жасушалары немесе уретральді эпителийдің, біркелкі үлкен емес грамвариабельді коккобактериялармен қапталған.

Қосымша критерийі – рН бөліндісі 5,0-тен 6,5 дейін сүт қышқыл бактериялар мен лейкоцитоздың жоқ болуының есебінде.

**Емі**

Тинидазол, трихопол

Әйелдерде – қынапты 1% сутегінің асқын тотығымен жуып шаю.

**АЛДЫН АЛУЫ**

Салауатты өмір салтын өткізу, науқас әйелді партнерімен қоса уақытылы анықтау және рациональді емдеу. Науқастарды емдеу, тасымалдаушылардың санациясы, жеке қорғаныстардың өлшемдерін орындау аурудың таралуын сақтап қалуға мүмкіндік береді.

**Әйел жыныс мүшелерінің туберкулезі**

Туберкулез микобактериялармен шақырылады және өздігінен ауру болып саналмайды, ол ағзаның туберкулезді инфекциялардың көрінуі болып табылады.

Жыныс мүшелердің зақымдалуы екіншілік болады, жиі инфекцияның кіруі өкпеден және басқа ошақтардан гематогенді жол арқылы инфекцияның кіруі жүзеге асады.

**Клиникасы**

Аз, ұзақ ағымды, жиі өршу, әдеттегі қабынуға қарсы терапияның нәтижессіздігі. Ең жиі шағымдарының бірі бедеулік (жиі біріншілік) немесе етеккір циклінің бұзылуы болып табылады. Сонымен бірге ішінің төменгі бөлігінің тартып немесе сыздап ауырсынуы, дене температурасының жоғарлауы болады.

Жиі аурудың клиникалық көрінісі мен анатомиялық зақымдалу ауырлығының арасында сәйкессіздігі байқалынады.

 Туберкулез кезінде жатыр қосалқыларында кейбір науқастарда жатыр түтікшелерінің бойымен тәспі тәрізді (четкообразные) қалыңдаулар, жамбас құрсағымен бірге тығыз бекулері және пальпация кезінде аздап ауырсынуы; жамбас – жатыр байламдарының маңайында ұсақ тәспі тәрізді түйіншектер анықталады.

Қап тәрізді (мешотчатые) ісіктер немесе жатыр түтікшелерінің түйіншекті зақымданулар экссудативті – продуктивті туберкулез түрінде кездеседі.

Жатыр қосалқыларының туберкулезді казеозді түрлерінде жоғары дене температурасымен, қан кетумен және жиі жатырдың, висцеральді және париетальді құрсақтың зақымдалуымен қоса жүреді; созылмалы кезеңдерінде айқын клиникалық көрінуінсіз өтеді. Жатыр түтікшелерінің туберкулезі әдетте екі жақты болады.

Туберкулезге тән өзгерістерді гистеросальпингографияда көруге болады: түтікшелердің ригидтілігі, көптеген құрылымдар, кеңеюлер, түтікшелер мен аналық бездер аймағында кальцификациялар, лимфа түйіндер.

Жатыр туберкулезі – жиі эндометрит. Негізгі шағымы – етеккір функциясының бұзылуы. Аурудың ұзақ ағымы кезінде жатырдың шырышты қабықшасының дәнекер тінмен алмасуы, жабысқақтар (синехиялар) пайда болады, олар жатыр қуысын деформирлеп, оның жартылай немесе толық облитерациясына алып келеді. Осының салдарынан тұрақты аменорея дамиды.

Жатыр мойнының туберкулезі – жиі цервикальді өзектің шырышты қабаты зақымдалады, сирек – жатыр мойынның қынаптық бөлігі. Продуктивті және жаралы түрлерін ажыратады. Жаралар дұрыс емес формалы болады, шеттері қопарылған. Қол тигізген кезде жеңіл қанталайды. Түбі ақ жабынмен жабылған.

**Диагностикасы**

анамнез, клиникасы, туберкулинді сыналамлар, биоптаттың гистологиялық және микробиологиялық зерттеулері, еттеккір қанының себулері, рентгенологиялық, эндоскопиялық зерттеулер.

**Емі**

Туберкулезге қарсы диспансерде өткізіледі.

Туберкулезге қарсы терапия үшін химиотерапиялық заттарды, әдетте екі препараттар кем емес препарат комбинациясымен: изониазид, стрептомицин, тубазид, фтивазид, метазид, ПАСК, канамицин, рифампицин өткізеді.

Алдын алуы

Туберкулездік гениталий екіншілік ауруы ретінде алдын алуы туберкулезге қарсы алдын алуына ұқсас болып келеді. Осында тірек арнайы туберкулезге қарсы мекемелер торларына жалпы емдік – алдын алу жүйелерімен қосарлана жүреді.

Қыз балаларда қабынулық аурулардың ағым ерекшеліктері.

Гениталийдің қабынулық процестері (үрдістер) – қыз балаларда ең жиі таралатын гинекологиялық аурулар болып табылады

Жыныс мүшелердің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктері

Қынаптың шырышты қабатының көп қабатты жалпақ эпителийдің әлсіз айқындылығы

Қынаптың шырышты қабатының жоғарлаған бұдырлығы

Төменгі эстрогенді қоюлылығы

Сілтілі реакция

Жыныс мүшелердің регенераторлы тіндік мүмкіншіліктерінің төмендігі

Жергілікті иммунитеттің жетіспеушілігі

Қынаптың өздігінен тазару механизмінің толықтай дерлік болмауы

Қынапта коккты флораның көптеп болуы

Жатыр мен түтікшелерінің қабынулық аурулары қыз балаларда екіншілік сипатқа ие – құрсақ қабырғаларының мүшелерінен (аппендикулярлы – генитальді синдром) қабынулық процестің жайылуы, сонымен қатар инфекцияның алшақтатылған мүшелерден (тонзиллит, паротит) түсуі.

ЖМҚА (ВЗПО) алдын алуы

Жүкті әйелдерде жеке бас гигиенасын қатаң сақтау, босануларды асептика жағдайларында өткізу, босанудан кейінгі кезеңді мұқият өткізу.

Босану жолдарының жарақаттарынан, қағанақ суының уақытанан бұрын кетуінен, босану қызметінің аномалиясынан және қан кетулерден сақтау, себебі олар ағза инфекциясының қарсыласуын төмендетеді.

Жеке бас гигиенасын орындау, жыныстық өмірінің қалпын сақтау, некеден тыс байланыстарға теріс қарау, өйткені олар тек гонорея мен трихомиониаздың қаупін тудырып қана қоймай, сонымен қатар вирустар мен бейспефикалық ауруларына әкеліп соғады.

Егер де ауру созылмалы процесс сипатына ие болса, онда өршу есептерін, жыныстық функциясының бұзылысы мен басқа да ағзалардың жүйелерін сақтау қажет. Оған рациональді ем, еңбек және тұрмыстың дұрыс ұйымдастырылуы; суықтану, ысыңқырау («күнге күю» мақсатымен шамадан тыс көп инсолциялану), жеке бас гигиенасының ережелері мен жыныстық гигиена деген факторлардан сақтану көмектеседі.

**Тақырып «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары».**

**1нұсқа.**

1.Перитонитпен ауыратын науқасқа көрсетілетін ота көлемі:

А) жатырды қосалқыларымен экстирпация жасау;

Б) жатырды қосалқыларымен қынапүстілік ампутация жасау;

В) жатырды түтікшемен бірге экстирпациялау;

Г) жатырды түтікшемен бірге қынапүстілік ампутациялау;

Д) жатырды экстирпациялау

2. ӘЖМҚА гинекологиялық құрылымы құрайды:

А) 10-15%

Б) 20-25%

В) 40-45%

Г) 60-65%

Д) 75-80%

3. Бактерияскопиялық зерттеу кезінде көру аймағында лейкоциттер табылды,флора жоқ.Бұл кезде не істеу керек?

А) қабыну провокациюсын жүргізу;

Б) қабынуға қарсы ем;

В) антибактериалды терапия;

Г) қайталап жағынды алу;

Д) жергілікті қабынуға қарсы терапия;

4. Кандидозды кольпит сипатталады:

А) көп мөлшерде крем тәрізді сұр бөлінді,жағымсыз «балық» иісіндей

Б) гиперемия,ісіктер,қынап қабырғасына жабысқан ақ немесе ақ сұр ірімшік тәрізді бөлінді

В) жыныс жолдарынан көпіршік тәрізді сұр-сарғыш түсті бөлінді

Г) цервикалды каналдан іріңді-кілегейлі бөлінді

Д) сыртқы жыныс мүшелерінде,аралықтағы көпіршікті дақтар

5. Қынаптың үшінші тазалық дәрежесіндегі лейкоцит саны?

А) көру аймағында 10-15,аз ғана кокктар

Б) үлкен көлемде,аралас флора, гонококктар, трихомонадалар

В) аз ғана, аралас флора, гонококктар, трихомонадалар

Г) аз ғана, таяқшалы флора.

Д) көру аймағында 30-40кокктар

 6. Жедел сальпингит кезінде келесі гинекологиялық тексеру жүргізіледі:

А) жатыр тығыз,қосалқылар ұлғайған, ауырсыну,көп бөлінді

Б) жатыр және қосалқылары аймағы кенеттен ауру сезімінде пальпацияланбайды.

В) шырышты қынап гиперемирленген, ісіну, іріңді бөлінділер.

Г) жатыр ауырады, үлкейген,қосалқылар анықталмайды.

Д) жатыр тығыз,қалыпты өлшемдер,қосалқылар үлкеймеген.

7. Бактериалды вагиноз-сипатталады:

А) көп мөлшерде крем тәрізді сұр бөлінді,жағымсыз «балық» иісі

Б) гиперемия,ісіну,қынап қабырғасына жабысқан ақ немесе ақ сұр ірімшік тәрізді бөлінді

В) жыныс жолдарынан көпіршікті сұр-сарғыш түсті бөлінді

Г) цервикалды каналдан іріңді-кілегейлі бөлінді

Д) сыртқы жыныс мүшелерінде,аралықтағы көпіршікті дақтар

8. Жедел метроэндометритте келесі гинекологиялық тексеру жүргізіледі:

А) жатыр тығыз,қосалқыларды пальпациялағанда ауырады,көп бөлінді

Б) жатыр және қосалқылар аймағында кенеттен ауру сезіміне байланысты пальпацияланбайды

В) шырышты қынап гиперемирленген, ісінген,іріңді бөлінді

Г) жатыр ауырады,қосалқылары анықталмайды,іріңді-қан аралас бөлінді

Д) жатыр өлшемдері қалыпты,қосалқылары үлкейген,ауырсыну,іріңді бөлінді

 9. Науқас 25 жаста,зәр шығаруда,іштің төменгі бөлігінде ауру сезімі,көп мөлшерде іріңді бөліністер,температура 38,5°С, пульс 98 минутына.Қынапты тексергенде жатыр тығыз,қосалқылары үлкейген,ауырады.Сіздің диагнозыңыз:

А) жатырдан тыс жүктілік

Б) жатыр қосалқыларының жедел қабынуы

В) аппендицит

Г) аналық бездік кистаның жарылуы

Д) жатырлық жүктілік

10. Пельвиоперитонитті емдеуде консервативті ем қай кезде жүргізіледі?

А) 2 - 3 сағатта;

Б) 4 - 6 сағатта;

В) 8 сағатта;

Г) 6 сағатта;

Д) 12 сағатта.

**Тақырып «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары».**

**2-нұсқа**

1.Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының спецификалық түрінің қоздырғыштары:

А) стафилококктар, стрептококктар

Б) ішек таяқшасы, клебсиелла

В) гарднереллалар, кандида

Г) трихомонадтар, гонококктар

Д) трихомонадтар, стафилококктар

2. Трихомонадты колпитке тән:

А) Көп кремтәрізді сұр бөлінділер «балық»тәрізді иіс

Б) гиперемия, ісіну,ақ немесе ақшыл-сұр түсті ірімшік тәрізді

В) жыныстық жолдан көпіршікті,сарғыш-сұр түсті бөлінділер

Г) цервикалды каналдан іріңді кілегей тәрізді бөлінді

Д) сыртқы жыныс мүшелерінде,аралықта көпіршікті жабындылар

3. Енді басталып келе жатқан гонореяның оперативті емінің көрсеткіші

А) эндоцервицит

Б) жедел сальпингит

В) пиосальпинкс

 Г) эндометрит

 Д) уретрит

3. Трихоманадты инвазияның көбірек зақымдайды:

А) жатыр түтігін

Б) жатырды

В) қынапты

Г) тік ішекті

Д) уретраны

4. Суретте көрсетілген:

А) Gardnerella vaginalis

Б) Candida albicans

В) Chlamidia trachomatis

Г) Neisseria gonorrhoeae

Д) Trichomonas vaginalis



5. Гонореяның негізгі лабароториялық диагностикалық әдісі

А) бактериоскопиялық, бактериологиялық

Б) цитологиялық, иммунологиялық

В) бактериологиялық, иммунологиялық

Г) иммунологиялық, биологиялық

Д) биологиялық, бактериоскопиялық

6. Қай жасуша эпителийінде хламидиялар жоғарғы төзімділік көрсетеді:

А) көп қабатты жалпақ мүйізделмеген

Б) көп қабатты жалпақ мүйізделген

В) кірпікшелі

Г) цилиндрлік

Д) кубтық

7. Жатыр түтігінің туберкулезінде негізгі шағымдары:

А) біріншілік бедеулік

Б) етеккір циклінің бұзылысы

В) іштің төменгі жағындағы ауру сезімі

Г) екіншілік бедеулік

Д) аменорея

8. ДДДҰ:

А) бірінші бедеулік

Б) хромосомдық аурулар

В)жыныстық серіктерін жиі ауыстыру

Г) дисфункционалды жатырдан қан кету

Д) гиперпролактинемия

9. Генитальды герпестің спецификалық («алтын стандарт») лабораториялық диагностикалық әдісіне жатады :

А) бактериоскопиялық

Б) цитологиялық

В) бактериологиялық

Г) культуральды

Д) иммунологиялық

10. Урогенитальды хламидиозбен қай аймақ көп зақымдалады:

А) эндрцервикс, эндосальпинкс, уретра

Б) аналық без, эндометрий, қынап

В) эндометрий,қынап, кіші жыныс еріндері

Г) үлкен жыныс еріндері, қынап, эндоцервикс

Д) уретра, тік ішек, қынап

**Тақырып «Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары».**

1-нұсқа

1. В
2. Г
3. В
4. Б
5. Д
6. А
7. А
8. Г
9. Б

 10. Д

2-нұсқа

1. Г
2. В
3. В
4. Д
5. А
6. Г
7. А
8. В
9. Г
10. А

1. **Сұрақ**: Акушерлік жарақат дегеніміз?

**Жауап**: Жүктілік және босану кездерінде кездесетін, анаға және нәрестеге қауіп туғызатын патологиялық процесс.

2. **Сұрақ**: Босану жарақаты дегеніміз не?

**Жауап**: Нәрестенің мүшелері мен ұлпаларының босану ағымында жарақаттануы.

3. **Сұрақ**: Жатырдың жыртылуы мезгіліне қарай жіктелуі:

**Жауап**: жүктілік мезгілінде және босану мезгілінде.

4. **Сұрақ**: Жатырдың жыртылу қаупі кезіндегі клиникалық белгілері:

**Жауап**:

1. Толғақ қатты аурушаң; кейде «талмалы» түрде болады

2. Жатырдың сырт пішіні ұзынша, оның түбі бір жағына қарай қисаяды, төменгі сегменті созылып, жұқарып қолмен ұстағанда ауыртпалы

3. Контракциялы сақина өте жоғары (кіндікте), қисық тұрады.

4. Жатыр мойны, қынап қабырғалары, аралық, сыртқы жыныс мүшелері домбығып ісінеді

5. Жатырдың жұмыр байламы ауыртпалы

6. Әйелдің кіші дәретке отыруы қиындайды

7. Нәрестенің жүрек соғуы нашарлайды

5. **Сұрақ**: Механикалық босану жарақаты қандай жағдайларда дамиды?

**Жауап**: Нәресте басының және жамбас өлшемдерінің сәйкес келмеуінен (клиникалық және анатомиялық тар жамбаста т.б.), акушерия операцияларының әдістерін дұрыс қолданбағандықтан.

6. **Сұрақ**: Акушерлік қысқыш дегеніміз не?

**Жауап**: Тірі нәрестені басынан тартып шағаруға арналған құрал.

Қысқыш үш бөліктен құралған:

1. Нәресте басын қамтитын қалақ (ортасы ашық).

2. Тармақтар айқасып бекітілетін кілт.

3. Сабы.

7. **Сұрақ**: Акушерлік қысқышты салудың шарттарын атап шығыңыз:

 **Жауап**:

1. Тірі нәресте.

2. Көмекшінің болуы.

3. Жатыр мойны толық ашылған, қағанақ суы жоқ.

4. Нәресте басының өте кіші немесе өте үлкен болмауы.

5. Қалыпты жамбас өлшемдері.

6. Нәресте басының жамбас қуысында немесе түбінде орналасуы.

8. **Сұрақ**: Жатыр мойнының жыртылуы дәрежелері:

**Жауап**: І дәрежесінде ж.м.ж. – 2 см.

 ІІ дәрежесінде ж.м.ж. – 2 см-ден артық.

 ІІІ дәрежесінде ж.м.ж. – қынап күмбезіне дейін жетеді.

9. **Сұрақ**: Шатаралықтың жыртылуының неше дәрежесі бар?

**Жауап**:

Бірінші дәрежесі - тек артқы жабысқақ (шамалы аралық терісі және қынап қабырғасы) жыртылады, аралықтың бұлшық еттері сау.

Екінші дәрежесі - аралықтың терісі және бұлшық еттері, қынаптың қабырғасы жыртылады.

Үшінші дәрежесі - жоғарыда аталған ұлпалармен бірге, тік ішектің артқы сфинктері, кейде тік ішектің қабырғасыда жыртылады.

10. **Сұрақ**: Қынаптың гематомасы дегеніміз не?

**Жауап**: Гематома (қанды ісік) - сыртқы жыныс мүшелерінің және қынап қабырғасының жарақаттануы салдарынан пайда болады, ол көбінесе үлкен жыныс ернеуінде, аралықта, қынап қабырғасының астында кездеседі. Гематоманың мөлшері жарақаттанған қан тамырларының көлеміне және қанның ұю қасиетіне байланысты.

11. **Сұрақ**: Кесар тілігі (sectio caesorea) дегеніміз?

**Жауап**: Әйелді құрсағы арқылы босандыру, бұл операция кезінде жатырды кесіп, нәресте мен бала жолдасын алады.

 12. **Сұрақ**: Кесар тілігінің тұрақты көрсетілімдері:

**Жауап**: жамбас қуысының анатомиялық тарлығының ІІІ, ІҮ дәрежесі;

-нәресте салмағының ірілігі;

-бала жолдасының толық төмен жатуы;

-қалыпты орналасқан плацентаның мезгілсіз бөлінуі;

-жатырдың жыртылу қаупі және оның басталуы;

-бұрынғы кесар тілігінен кейінгі тыртықтың әлсіздігі;

-гестоздың ауыр түрлері;

-қынаптың көк тамырының кеңеюі;

-миопияның жоғары дәрежесі;

-нәресте басының маңдайымен қондырылуы;

-нәрестенің жатырда көлденең жатуы;

-жатыр мойнының қатерлі ісігі.

13. **Сұрақ**: Кесар тілігінің акушерлік шарттарын атап шығыңыз:

**Жауап**:

1. Әйелдің дене ыстығы қалыпты болуы керек.

2. Тірі нәресте (бұл шарт ана өміріне қауіп туғанда ескерілмейді, тек плацента мезгілсіз бөлінгенде).

3. Әйелдің операцияға келісімі.