

Қарағанды мемлекеттік медицина
университеті
Акушерлік және гинекология кафедрасы

**Тақырыбы: «Бедеулікті емдеудегі қазіргі
репродуктивтік технологиялар».**

Орындаған: Турдыбаева Айнура
4-009 ЖМФ

Тексерген: Отарбаева.Ш.Б

Қарағанды 2016

— Жоспары

- — Кіріспе
- ❖ Бедеулік жайлы түсінік
 - Негізгі бөлім
 - Бедеуліктің жіктемесі.
 - Әйел бедеулігінің себептері.
 - Еркек бедеулігінің себептері.
 - Бедеуліктің әртүрлі формаларымен әйелдерді емдеу тактикасы.
 - Бедеуліктің түріне байланысты ЭКҰ көрсеткіш.
 - Репродуктивті технологиялардың әдістері.
 - Бедеулікті алдын-алу.
 - — Қорытынды
 - — Әдебиеттер тізімі

Кіріспе

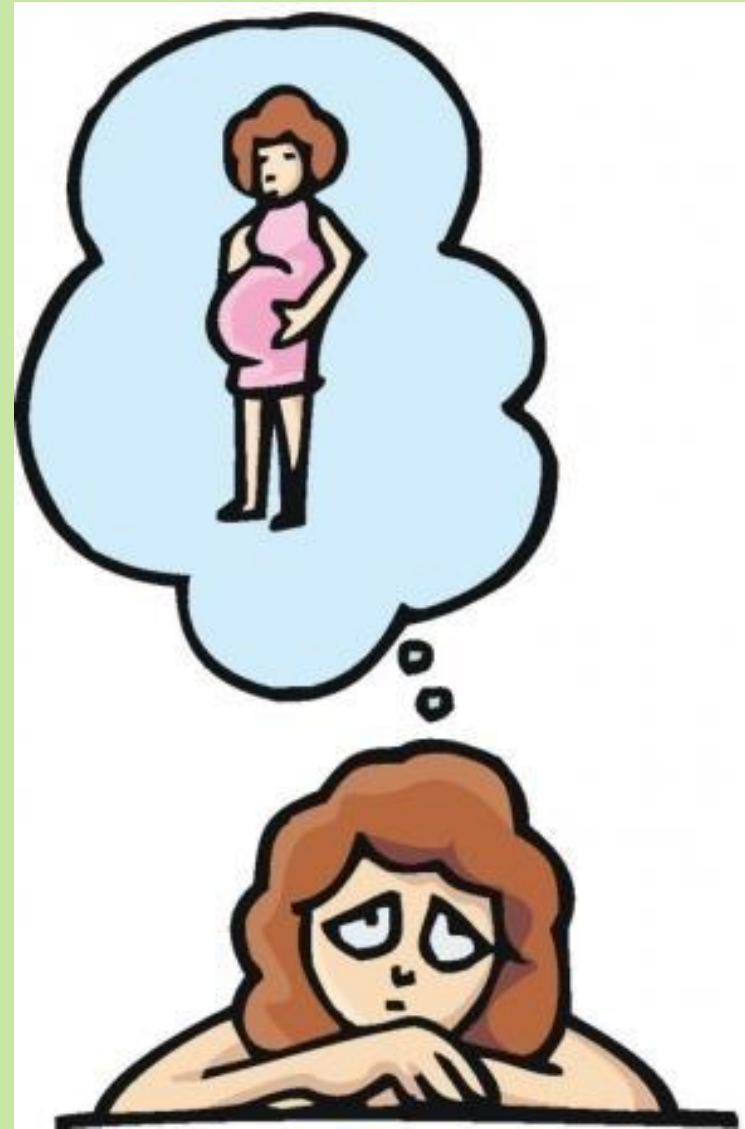
- **Бедеулік** деген етеккірдің 12 орлымында немесе сақтану құралдарын қолданбай 1 жыл тұрақты жыныстық қатынаста жүктіліктің болмауы.



- **Жіктемесі:**

- 1. Алдында жүктіліктің болуына қарай:
 - - алғашқы – анамнезінде бұрын бір де бір жүктілік болмаған;
 - - екінші – қалай аяқталғанына қарамай, анмнезінде әйтеуір бір жүктілік болған
- 2. Себебіне қарай:
 - - эндокриндік себеп;
 - - жүре пайда болған патология (жатыр, аналық без ісіктері);
 - - іншектің туа біткен патологиясы;
 - - жыныс мүшелерінің түбіркүлезі;
 - - жыныстық қатынастан кейінгі тестің теріс болуы;
 - - емқателік себептер;
 - - жыныстық жарамсыздық;
 - - нақтыланбаған (ауруы анықталмаған,эндоскопиялық зерттеулер жасалмаған);
 - - түсініксіз(эндоскопиялықты қоса, барлық әдістермен тексер-генде көпе-көрнеу себебі жоқ) .
- 3. Табиғи жолмен ұрықтану мүмкіндігіне (жүкті болуына) қарай:
 - - үзілді-кесілді (еш мүмкіндіксіз) – табиғи жолмен (өздігінен) ұрықтануы мүмкін емес;
 - - салыстырмалы – фертилдік қызметі төмен болса да, табиғи ұрықтануы мүмкін.

- Әйел бедеулігі – репродуктивті жастағы әйелдің бала көтере алмау қабілеті. Негізі себептері:
- Психогенді факторлар;
- Овуляцияның бұзылуы;
- Түтікті-перитонеалді фактор
- Әртүрлі гинекологиялық фактор,
- Иммунологиялық себептер;

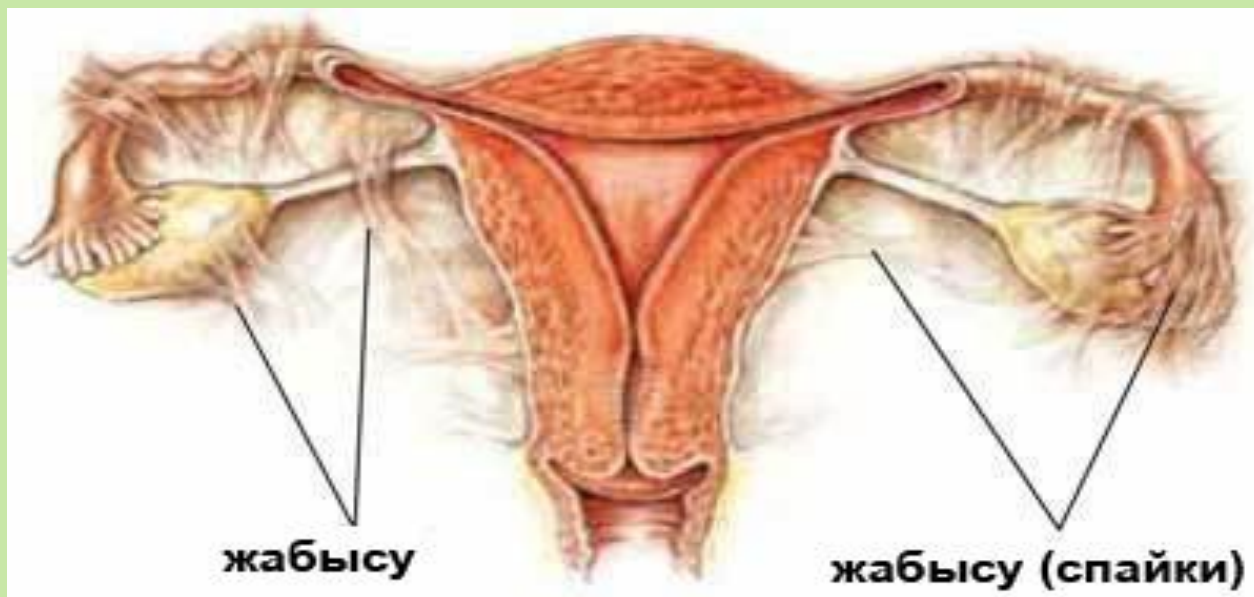


- Психогенді фактор. Жанұядағы конфликтті жағдай, жұмыстағы стресс, жыныстық өмірге қанағаттанбау, жүктіліктен қорқу, немесе керісінше қатты бала қалау да әйел ағзасындағы овуляцияны (аналық без дамуы) бұзып, бедеулікке алып келеді. Эндокринді бедеулік. Овуляцияның өзгеруімен, соның ішінде етекірдің 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.

- 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, эндометрийде (жатыр бұлшықетінде), жатыр түтікшелерінде фагацитозға ұшыратып жойып жібереді.

Еркек бедеулігінің себептеріне жатады:

- Сперматозоидтың әйел қынабына дұрыс тасымалданбауы;
- Сперматозоидтың аналық жасушаның ұрықтандару қабілетінің төмендеуі;
- Сперматозоидтың дұрыс өндірілмеуі
- Еркектік факторлар әйел жыныс ағзаларына әсер ететін;

Бұған себеп:

Сперматозойдтардың қалыптасуын бұзатын әртүрлі гормональды бұзылыстар; варикоцеле, әртүрлі иммунды бұзылыстар мен қабыну процестері; атабездің әртүрлі жарақаттары шәует шығарушы жолдардың бітелуіне әкеледі.



- **Емдеу тактикасы**

-

Ем мақсаты: 1 дені сау бала туылуына қол жеткізу; бедеулікпен байланысты психологиялық стресстің айқындылығын азайту.

Дәрі-дәрмексіз ем:

- Етеккірдің қалыпты тоқтауынан басқа (50 жасқа таман) бедеулікті емдеуге жасына қарай шектеу қойылмайды.
- 1. Психотерапевт консультациясы.
- 2. Бедеулікке әкелген патогенетикалық себептерді емдеу:
 - - эндокриндік патология(гиперпролактинемия, гиперандрогения, лютеиндік фазаның жетіспеушілігі);
 - - жыныс-зәр шығару ағзаларының жұқпасын (соз, трихомониаз, ВПГ, ЦМВ, хламидиоз, микоплазмоз, уреоплазмоз т.б.);
 - - эндометриозды;
 - - басқа себептерді.

- **Дәрі-дәрмектік ем:**
- Овуляцияның индукциясы:
- - кламифен цитраты 50 мг(1 табл) етеккір оралымының 5-9-күндері арасында; тиімсіз болғанда, мөлшері 100-150 мг дейін көбейтіледі;
- - гонадотропиндер (ФГС адамның менопаузальқ гонадотропині таңдалынады) – мөлшері әр адамға жеке таңдалады;
- - гонадотропин- рилизинг гормондарының агонистері мен антогонистері көмегімен жасалады.
Бала көтеруге (репродукцияға) көмектесетін өдістер.
- - жатыр ішіне шәуһетті себу, көбінесе овуляциямен әрекеттестірумен қатар.
- - экстракорпоралдық ұрықтандыру (ЭКҰ): донордың ұрығын пайдалануға болады;
- жатырдың қызметке жарамсыздығы жағдайында сурогат анасын пайдалану.

- **Негізгі дәрі-дәрмектер тізімі:**

- 1. Кломифен 50 мг. табл.
- 2. Голодотропины (ФСГ мелопаузаның голодотропині таңдалылады)
- 3. Голодотропин-рилизнг гормондардың агонистері мен антогонистері.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

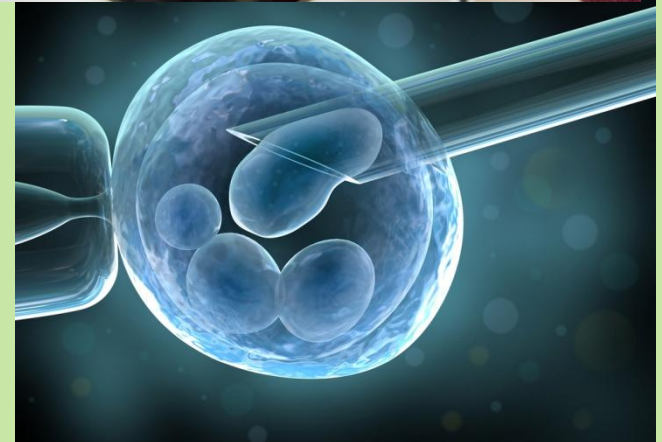
- - жүктіліктің болу жиілігі;
- - тірі нәрестенің туылуы;
- - өзіндік аборттар;
- - көпұрықты жүктіліктің болуы;
- - анабез гиперстимуляциясы синдромының даму жиілігі;
- - медициналық жәрдем сапасына және ем нәтижесіне көңілі толуы;
- - ем тиімсіздігі жағдайында бала көтере алмау фактін психологиялық қабылдау;
- - овуляция жиілігі.

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
 - Жатыршілік 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

- Көрсеткіші:
әйел мен ерлердің әртүрлі
бедеулігі
- Қарсы көрсетілімдері: жүктілік
пен босанудың ана мен бала
өміріне қауіп төндірілген кезде
Науқастың спермасын
мастурбация көмегімен алады.
Сперманы әйелінің
фолликулдарын пункциялау
күні алады. Жұмыртқа
жасушамен ұрықтандыру
алдында сперматозоидтарды
сұйықтығынан ажыратады. Ол
үшін қоректік ортада көп
қайтара центрифугалайды.



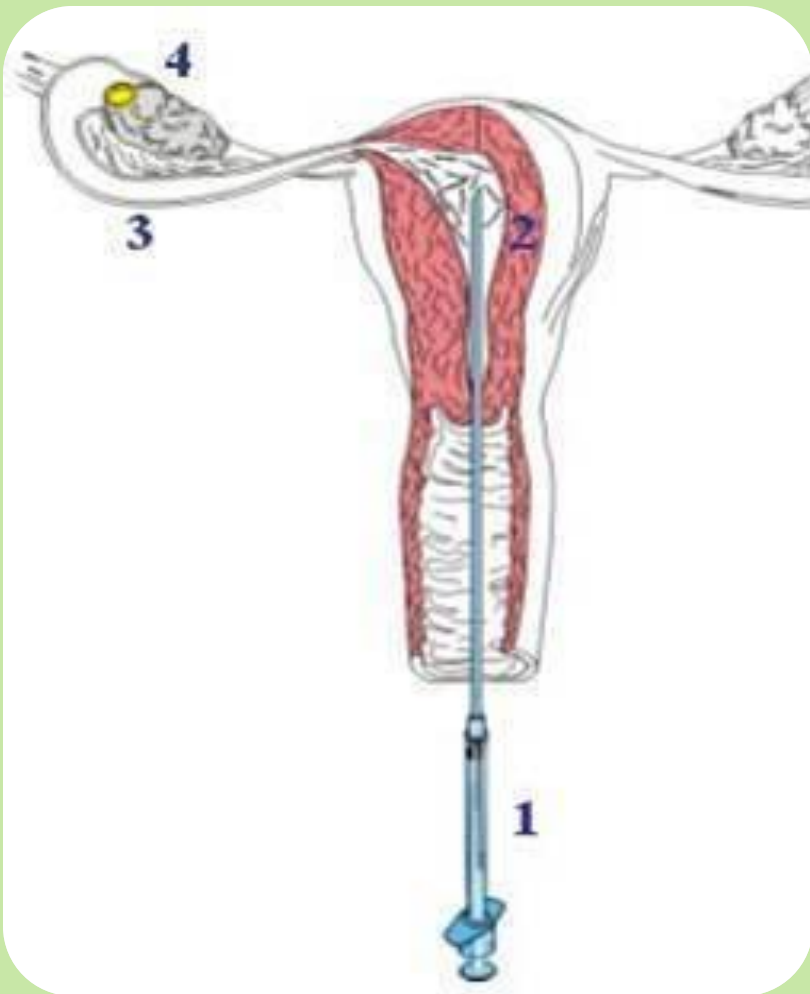
- Ұрықтандыруды екі тәсілдің біреуімен жасайды: 1) инсеминация *in vitro*; 2) сперматозоидтардың интраципотлазмалық инъекциясы (ICSI, ИКСИ). •Біріншіде, 100-200 мың сперматозоидты қоректік ортадағы жалғыз жұмыртқажасушасына қосады. 2-3 сағ соң сперматозоидтардың біреуі жасуша ішіне кірген соң ұрықтану болады. •Екінші тәсілде (ИКСИ) микрохирургиялық құрал көмегімен сперматозоидты жұмыртқажасуша ішіне енгізеді. Сперматозоид жұмыртқажасушаға енген соң эмбрион болады. Эмбриондарды жасанды жағдайда 2-5 күн ұстайды. Ол үшін CO₂-инкубатор-шкафын қолданады. Эмбриондарды қоректік ортасы бар пластикалық тостағаншада сақтайды. Эмбриондардың қоректік орталарында негізгі физиологиялық иондар (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, Cl⁻, CO₃²⁻ и т. б.), энергетикалық субстраттар (глюкоза, пируват, лактат), аминқышқыл, жиі витаминдер сарысу ақуыздары.

- 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.

- Ер адам жағынан: 1. Сперманың субфертилділігі – 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 қарсыкөрсетілген аурулар; Жатыр патологиялары (жүктілік көтереалмаушылық); Аналық без ісігі; Қатерлі ісіктер; Жедел қабыну аурулары. Инсеминация процедурасы келесі кезеңдерден тұрады: •Овуляцияның стимуляциясы; •Жұмыртқажасушаның дамуы мен жатырдың шырышты қабатының дайындалу процесстерін бақылау; •Инсеминацияны жасаудың дәл уақытын анықтау; •Спермаларды өңдеу; •Өңделген сперматозоидтарды жатыр қуысына енгізу.



- 1- өңделген спермасы бар катетр; 2- жатыр қуысы; 3- жатыр түтігі; 4- аналық без (фоликуласымен); Инсеминация ұзақтығы 2 минут. Инсеминациядан кейін әйел 20-30 минут бойы горизонтальді қалпын сақтайды.

- Ооциттердің донация (ДО) — әйелдің немесе еркектің гаметалары жоқ болған жағдайда донорлы жыныс жасушаларын қолдану арқылы бедеулікті емдейді. Ооциттердің донациялық программасы өздерінің жұмыртқажасушасы жоқ немесе жетілмейтін әйелдерге арналған. ОД программасы келесі кезеңдерден тұрады:
 - Донор мен реципиенттің менструалдық циклдарының синхронизациясы (бедеу әйелде);
 - Донор ооциттерінің стимуляциясы;
 - Ооцит донорының аналық без пункциясы;
 - Эмбриологиялық кезең
 - Реципиент жатыр қуысына эмбрионды тасымалдау;
 - Реципиенттің лютеинді фазасын қолдау.

- Суррогатты аналық. Әйел өз еркімен жүкті болып, биологиялық бөгде баланы дүниеге әкелген соң басқа генетикалық әке-шешесіне тәрбиелеуге беруді пайдалатын репродуктивті технологияның көмекші әдісі. Суррогатты ана баланы 9 ай көтеріп және туғанына қарамастан заң жүзінде баланың ата-анасы басқа болады.



Преимплантационды диагностикалау әдісі

- Эмбриондардың жатыр қабырғасына бекімей тұрғанда генетикалық аномалияларын диагностикалау. Мұндай диагностиканы ЭЖҰ негізделген репродуктивті технологияны қолданғанда ғана жүзеге асуы мүмкін. Преимплантационды диагностиканы жүргізу үшін көрсетілімдер:
 - Хромосомды транслокация, инверсия және де хромосоманың басқа генетикалық патологияны таситын сонымен қатар ген және хромосомды аурулар бар науқастар;
 - Жыныс жасушаларында хромосомды аномалиялардың жиілігі жоғары науқастар

- ПД жүргізу үшін екі негізгі генетикалық зерттеу қолданылады
- хромосомды бұзылыстардың саны үшін және транслокацияда қолданылатын әдіс FISH (флуоресцентная гибридизация in situ).
- Моногенді аурулары анықтау үшін ПТР әдісі қолданылады.

ПД артықшылықтары:

Хромосомды патологиялары жоқ эмбриондарды таңдап және жатырға тасымалдау;

Генетикалық ақауы бар балалардың туылу қаупін төмендетеді

Көтереалмаушылық қаупін төмендету;

Көпұрықты қаупін төмендету;

Жақсы имплантацияға мүмкіндіктің өсуі

Баланың сау туылуына мүмкіндіктің өсуі

Бедеуліктің алдын алу



Жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды жұқтырудан сақтанып, күтпеген және жоспарланбаған жүктілікті болдырмай (аборттың алдын алу), жұқпалы және созылмалы ауруларды, етеккір айналымының бұзылуы анықталып, емдеу арқылы, кейбір жағдайларда, бедеуліктің алдын алуға болады.

- Бедеулік себебінің басым көпшілігі жүре келе пайда болатындықтан, оның алдын алуға болады. Салауатты өмір салтын ұстану, дұрыс тамақтану, зиянды әдеттерден аулақ болу (темекі тарту, алкогольді ішімдіктерді пайдалану, ретсіз жыныстық қатынас), неке гигиенасын сақтау қажет.
- Физиологиялық тұрғыдан қыз баланың ағзасы ана болуға тек 19-20 жастан кейін дайын болады, жыныстық жетілу кезеңінде ерте басталған жыныстық қатынас ағза қызметінің тепе-теңдігін бұзады. Ер балаларда жыныстық қатынасты жасөспірім кезеңде бастау импотенцияға ұшыратуы мүмкін. Сондай-ақ қыз-келіншектердің карьера қуып, бала сүю бақытын кейінге ысырып қоюы, аналық без қызметінің 35 жастан кейін жас ұлғайған сайын әлсірейтіндігі де бедеуліктің бір себебі.

Қорытынды

- Қорытындылайтын болсақ қазіргі таңда әйел және еркек бедеулігі теңесті деуге болады. Бала табуға қабілетсіздік отбасы үшін ауыр психологиялық салдары бар қайғы болса, жалпы қоғам үшін экономикалық және әлуметтік салдары бар күрделі мәселе болып табылады. Бедеулікке әкеліп соқтыратын патология өте күрделі және жан жақты қаралуды, көптеген мамандардан кеңес алуды, әрі ұзақ мерзімді емдеуді талап етеді.

—Әдебиеттер тізімі

- Гинекология : учеб.для мед. вузов / Э. К. Айламазян. - СПб. : СпецЛит, 2008.
- Акушерство и гинекология, /Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д, 2000.
- Гинекология: / Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, 2015
- <https://diseases.medelement.com/disease/view/MTM4Mjc%253D/fDB8>
- <http://kazmedic.kz/archives/449>