

**Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
№1 акушерия және гинекология кафедрасы**

**ӘЙЕЛ ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҚАБЫНУ
АУРУЛАРЫ**

Лектор: м.ғ.д., доцент Г.К. Омарова

Дәрістің жоспары:

- Әйел жыныс мүшелерінің қабыну процестерінің жиілігі және сұрақтың өзектілігі.
- Әйел жыныс аппаратының анатомиялық-физиологиялық ерекшеліктері.
- Қазіргі кездегі әйел жыныс мүшелерінің қабыну процесінің этиологиясы және ерекшеліктері.
- Қабыну процесінің этиологиялық факторларына және орналасуына байланысты жіктелуі.
- Жыныс аппаратының төменгі бөлімінің қабыну ауруларының клиникасы, диагностикасы, емі.
- Жыныс аппаратының жоғарғы бөлімінің қабыну ауруларының клиникасы, диагностикасы, емі.

ӘЙЕЛ ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

- ӘЖМҚА – гинекологиялық аурулар ішінде кеңінен таралған топ.
- ӘЖМҚА госпитализацияны қажет ететін барлық гинекологиялық аурулардың 20-30 % құрайды.
- ӘЖМҚА ӘК қаралған гинекологиялық аурулардың ішінде 60-65 % құрайды.
- Ішкі жыныс мүшелеріндегі қабыну ауруларының жиілігі 17,8-28%, олардың ішінде 2/3 жатыр және жатыр қосалқыларының қабыну аурулары алады (70,4%).

Өзектілігі

□ ӘЖМҚА :

1. Созылмалы рецидивті ағыммен, жиі өршумен сипатталады;
2. Антибиотикке төзімді флорамен шақырылады;
3. Тұрақты ауру синдромын береді;
4. Жұмыс қабілетін төмендетеді;
5. Репродуктивті функцияны бұзады (менструалды функцияның бұзылыстары, бедеулік, жүктілікті көтере алмаушылық).

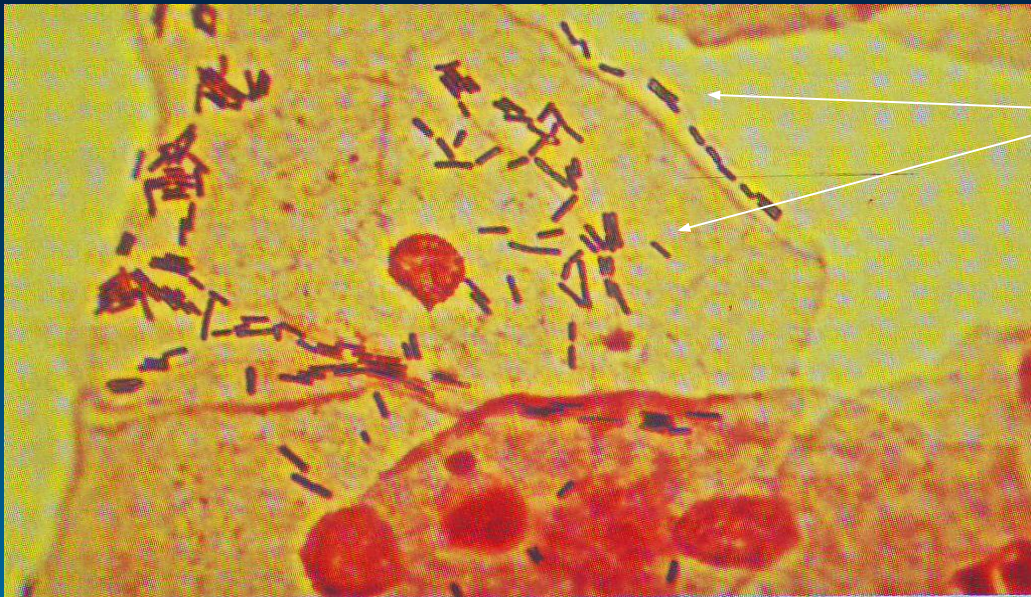
Биологиялық тосқауыл – бұл әйел организмiнiң қорғаныстық анатомиялық-физиологиялық ерекшелiгi

1. Жыныс саңылауының жабылып тұруы, қынапты сыртқы ортадан бөліп тұрады.



Биологиялық тосқауыл

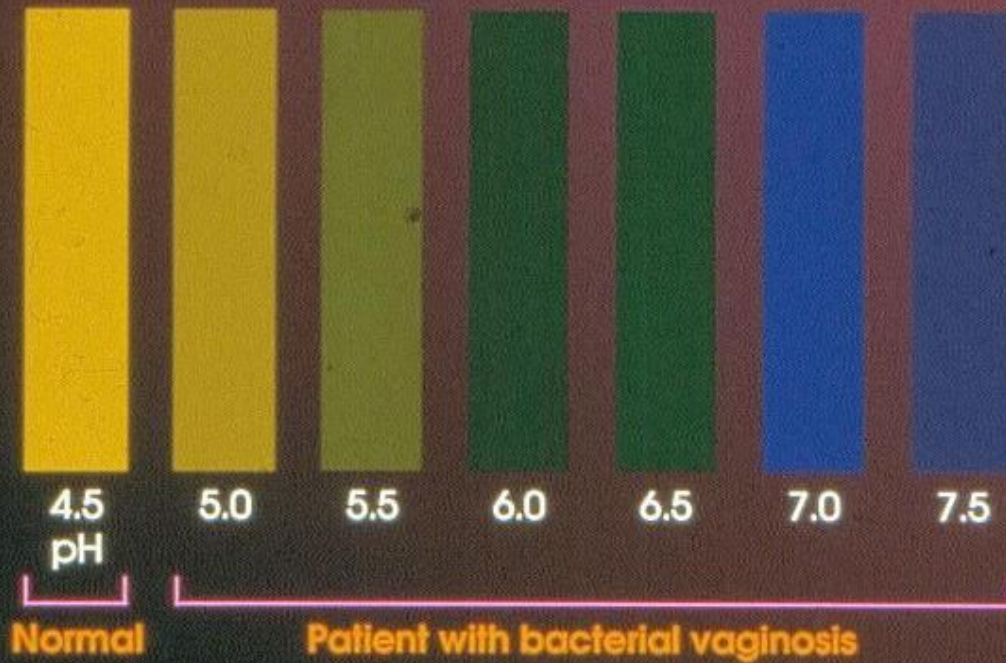
2. Қынаптың өзіндік тазалану қабілеті, ол аналық бездердің функционалды белсенділігіне байланысты. Эстрогендер әсерінен қынаптың көп қабатты жалпақ эпителийінде гликоген түзіледі, ол қынаптың қалыпты микрофлорасы Додерлейн таяқшаларының әсерінен сүт қышқылына дейін ыдырайды. Қынап сұйықтығының ішінде сүт қышқылының концентрациясы 0,3-0,5%, ол қынаптың қалыпты микрофлорасының өмір сүруіне әсер етеді және патогенді микробтардың дамуын тежейді.



Додерлейн
таяқшалары

pH = 4 - 4,5

Vaginal pH >4.5



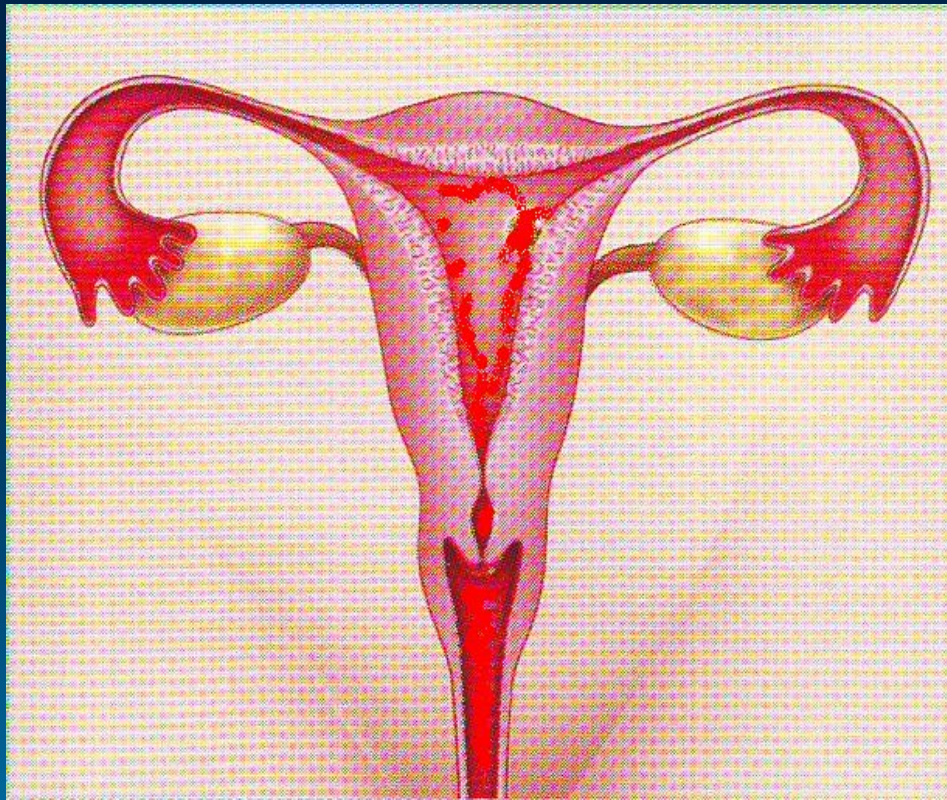
Биологиялық тосқауыл:

3. Жатыр мойны, мойын каналының жіңішке болуы, цервикалды каналдағы шырышты секрет, оның бактерицидті қасиеті бар.



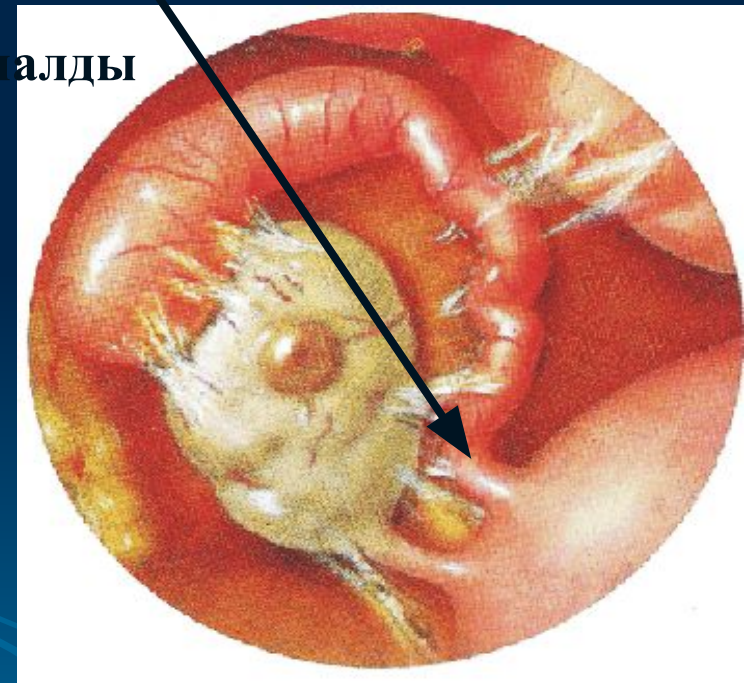
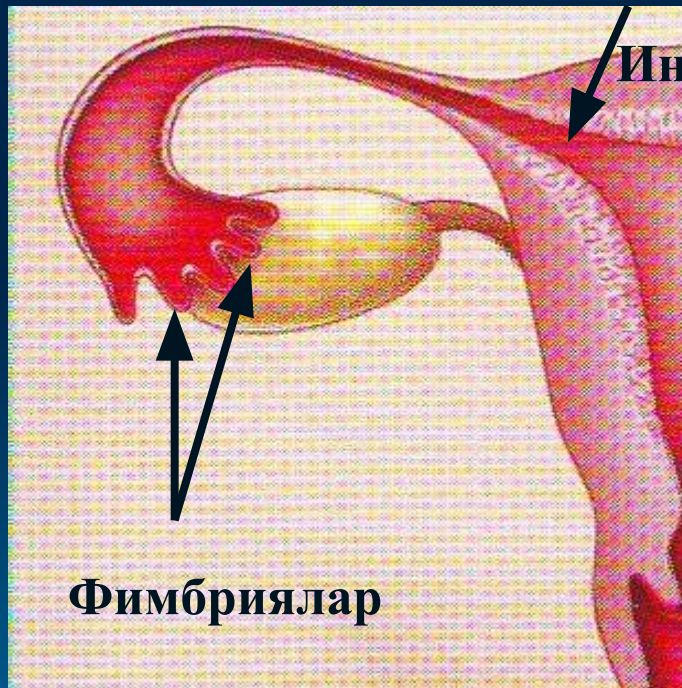
Биологиялық тосқауыл:

4. Етеккір - ай сайын жатыр шырышының сылынуы. Егер микробтар жатыр қуысына енсе, онда етеккір кезіндегі жатырдың микробпен зақымдалған функционалды қабаты қабыну процесінің шектелуіне әкеледі;

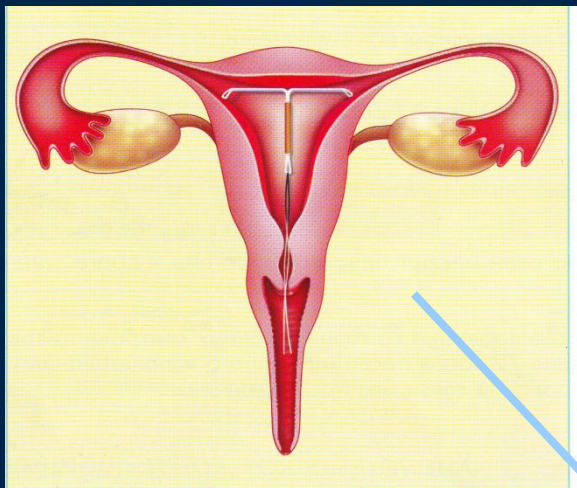


Биологиялық тосқауыл:

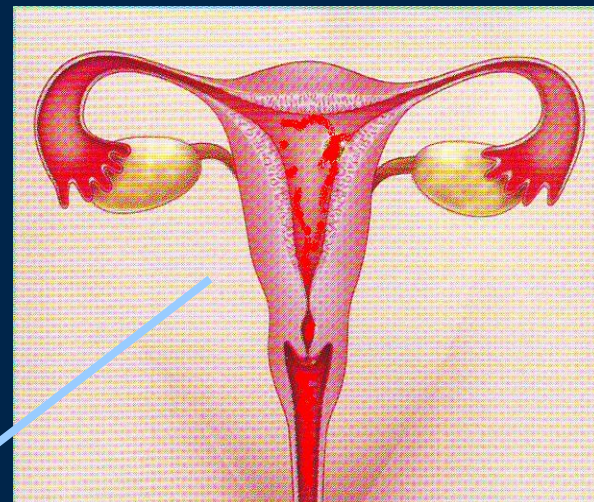
5. Жатыр түтіктеріндегі интерстициалды бөлімінде сфинктердің болуы, жатыр түтіктерінің фимбрияларының жабысу қасиеті қабыну процесін шектеуге әкеледі.



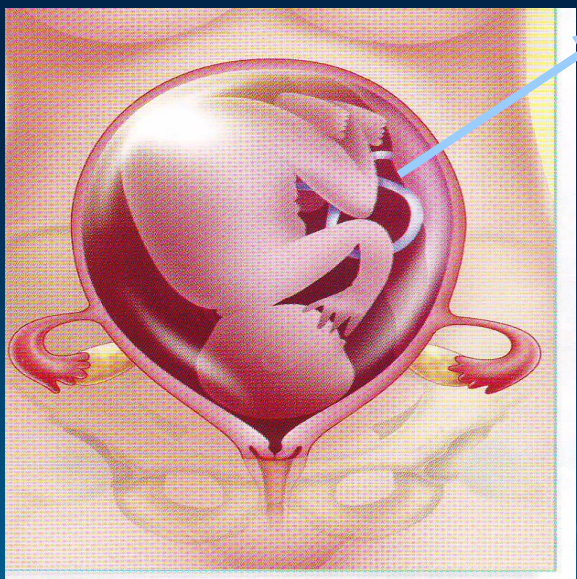
Иммунитеттің төмендеу жолдары



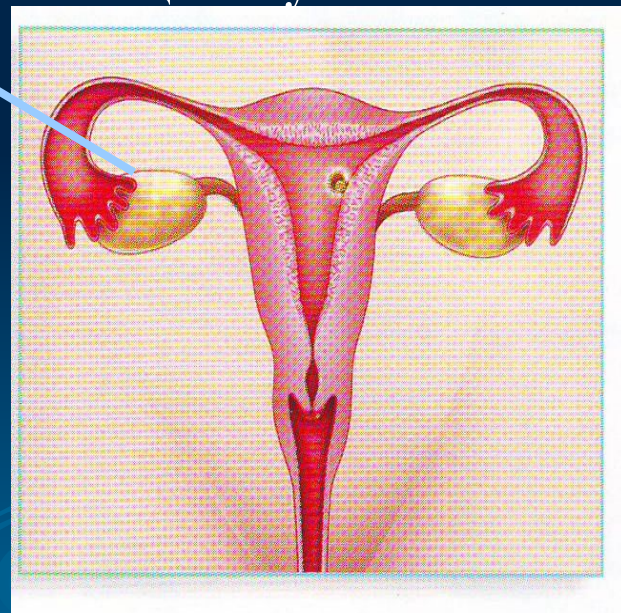
Жатыршілік
шаралар



Етеккір күндері жеке
бастың гигиенасын
сақтамау



АСҚЫНҒАН БОСАНУ



ТҮСІК

Биологиялық
тосқауыл
бұзылыстыраы

Этиологиясы

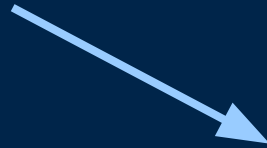
Инфекциялық агент

Механикалық факторлар

ӘЖМҚА

Химиялық
факторлар

Термиялық
факторлар



ӘЖМҚА жіктелуі

▶ Этиологиялық факторлары бойынша:

1. **Ерекшеліксіз** (стафило-, стрептококктар, ішек таяқшалары, көк ірінді таяқша);
2. **Ерекшелікті** (гонококктар, трихомонадалар, хламидия, кандида, микоплазма, вирустар, туберкулез микобактериясы).

▶ Орналасуы бойынша:

1. **Төменгі бөлімнің ҚА:** қынаптың, жатыр мойнының, сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы
2. **Жоғарғы бөлімнің ҚА:** эндометрит, метрозэндометрит, сальпингит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит.

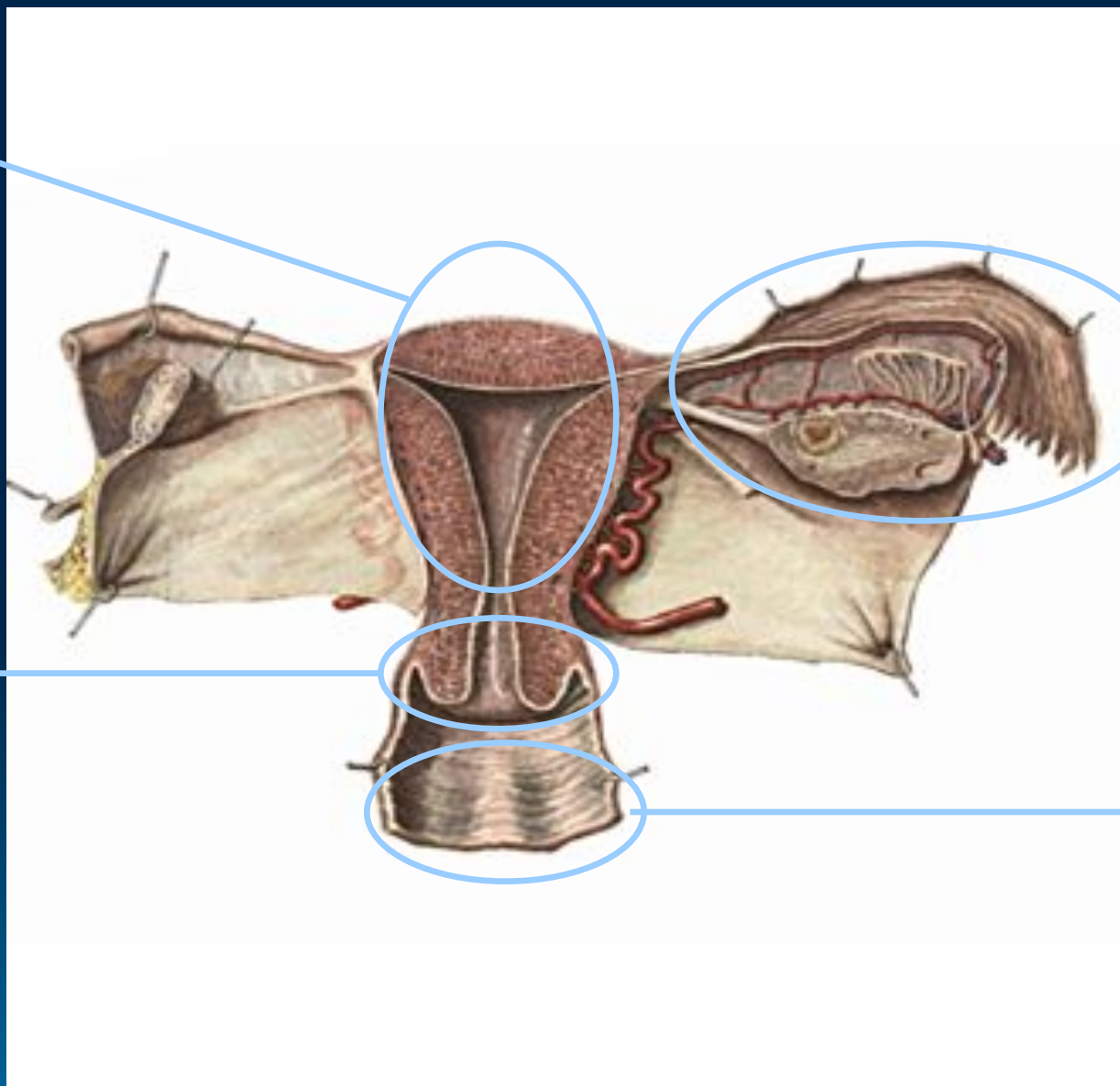
ӘЖМҚА құрылымы

2,8%

70,4%

17,2%

10,6%



Инфекцияның жиілігі

- Бактериалды вагиноз - 23 - 44,6%
- Ерекшеліксіз вагинит - 43,9%
- Микоздар - 33,1%
- Популяциядағы хламидиоз - 23,1%
- Трихомоноз - 21,1%
- Уреаплазмоз - 11,5%
- Вирусты инфекция - 9,2%
- Гонорея - 7,9%

- Микст-инфекция - 52%

Вульвит

біріншілік

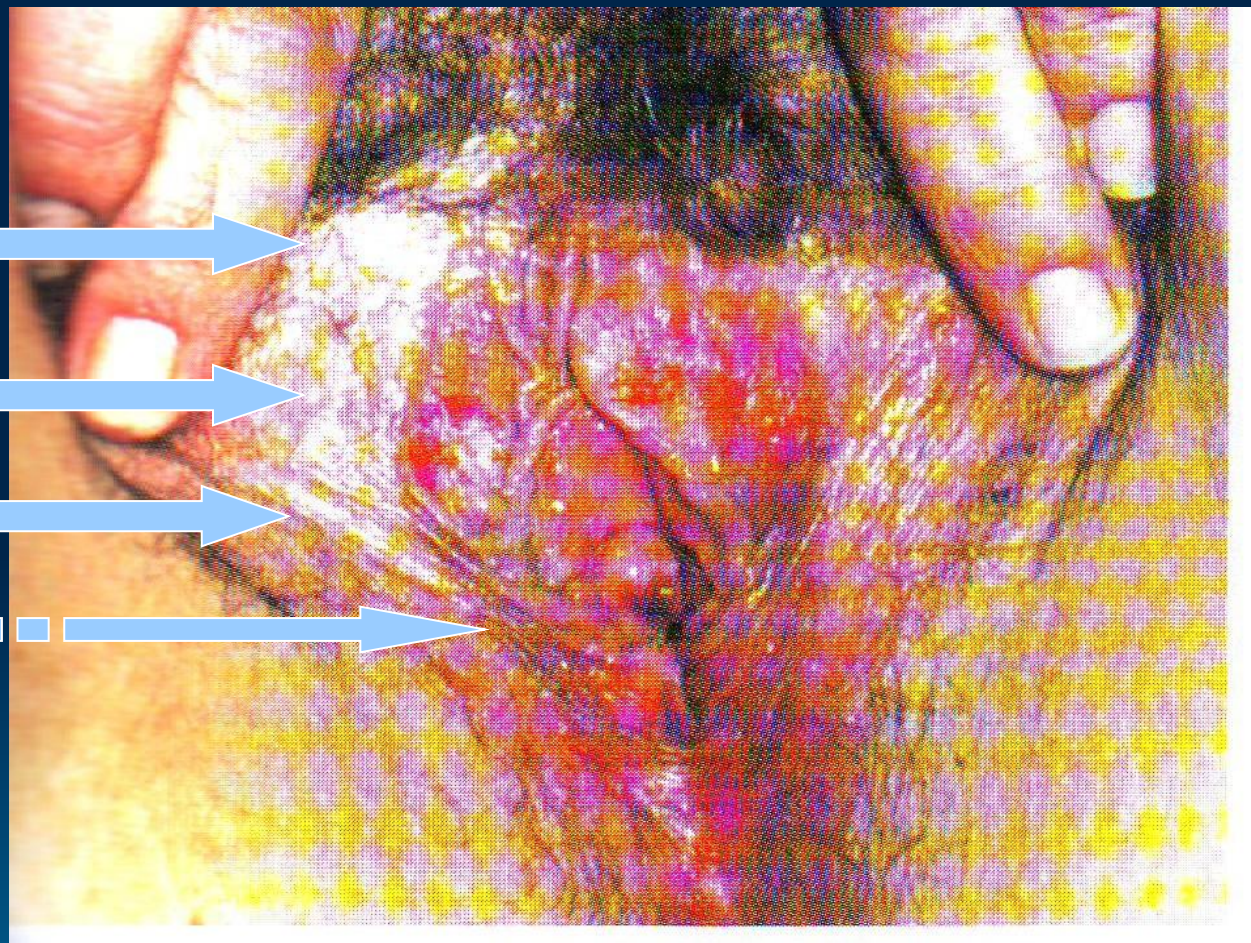
екіншілік

қышу

ашу

ауыру

гиперемия



Бартолинит

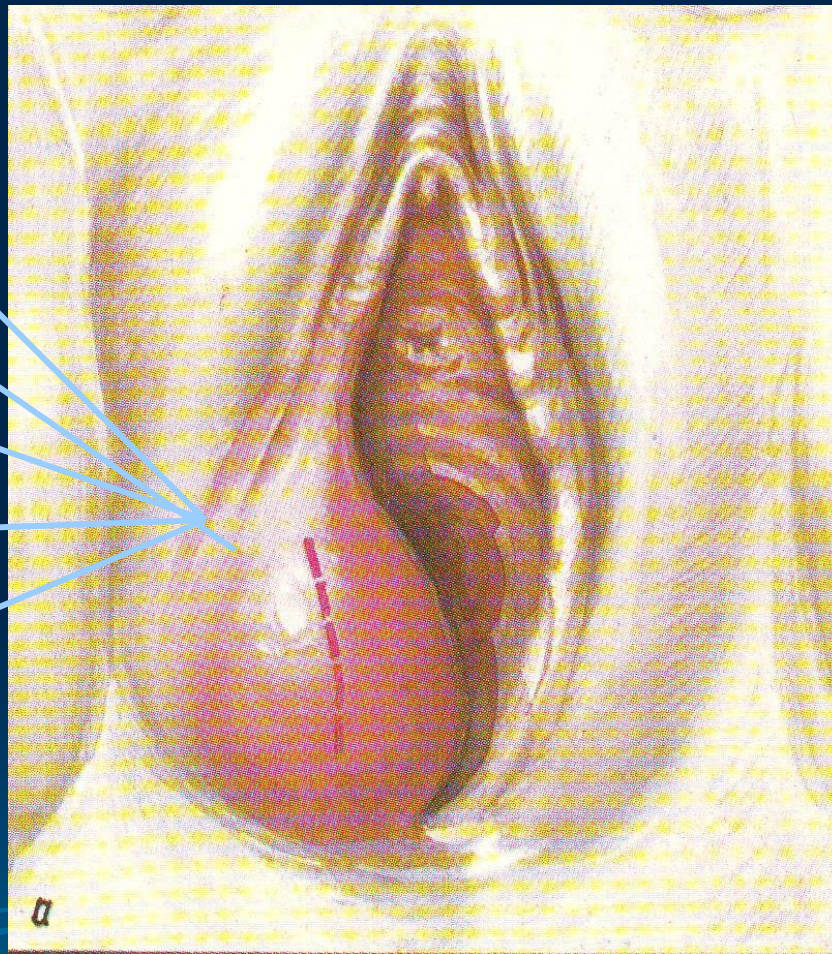
Дене $\uparrow t$

Жүрген
кезде ауыру

Мазасы болмау

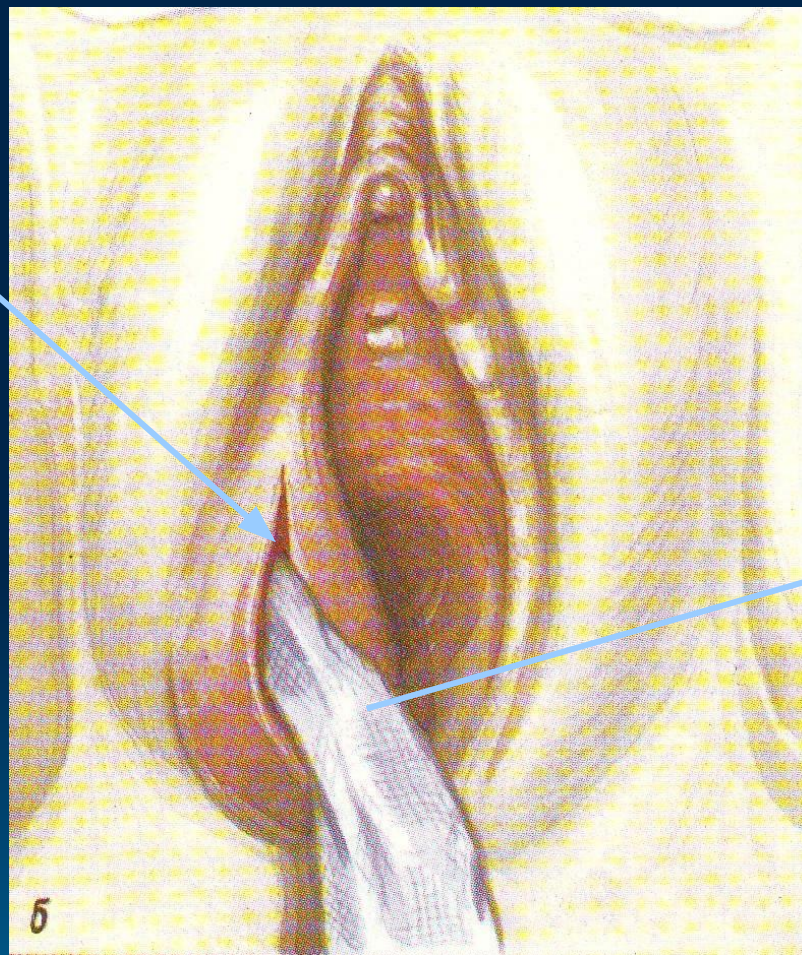
Әлсіздік

Ісінудің болуы



Бартолиниттің емі

Абсцессті ашу



Дренаждау

Қынаптың микроэкожүйесі – жалпы биологиялық қасиеті бар экологиялық жүйе

- мүшенің анатомиялық құрылымы мен қызметінің ерекшеліктері
- қынаптың шырышты қабатының гистологиялық құрылымы
- қынаптың сұйықтықтың биологиялық және биохимиялық қасиеті
- қынаптың микрофлорасы және оның метаболиттері
- Қынаптың экожүйесінің әрекетінің біркелкі жүруі эндокринді, иммунды жүйелермен, организмдегі алмасу процесінің ерекшеліктерімен, сыртқы орта мен экзогенді әсерлермен реттеледі.

Қынаптың экожүйесі



Қынаптық ақкір құрамы:

- трансудат (лейкоциттер және басқа формалық элементтерден)
- цервикалды шырыш
- жатыр қуысынан және жатыр түтіктерінен бөлінулер
- қынаптық немесе цервикалды эпителияның эксфолирленген клеткалары
- бактериялар
- вульвадан, қынаптың кіреберісінің үлкен бездері және скиний бездерінен бөлінулер

Кольпит – қынаптың шырышты қабатының қабынуы

90 %

Бактериалды вагиноз
-gardnerella
-associated
-anaerobic vaginitis
-non-specific vaginitis

Кандидозды вульвовагинит
candida albicans
75% жағдай

Трихомониаз
trichomonas
vaginilis

Клиникалық көрінісі

“шіріген балық” иісімен бөлінулер

Вульваның ісінуі және гиперемия
“ірімшік” тәрізді бөліну, қышу, ауыру, диспареуния

Жағымсыз иісті бөліну
Вульваның ісінуі және гиперемия.
Диспареуния

10 -нан 30% жағдайларда вагиниттер аралас флорамен шақырылады.

Вагиниттің этиологиясын анықтауда қиындық тудыратын факторлар:

- дәрігер-лаборанттың білімінің жеткіліксіздігі
- зерттейтін материалда микроорганизмнің аз болуы
- инфекцияның аралас түрінің болуы

Жиі емдеуді микробиологиялық тестер қорытындысын алмай тұрып бастауға тура келеді, немесе алынған қорытынды вагинитті анықтауға мүмкіндік бермейді.

Вагиниттің даму факторлары және ақкірдің пайда болуы

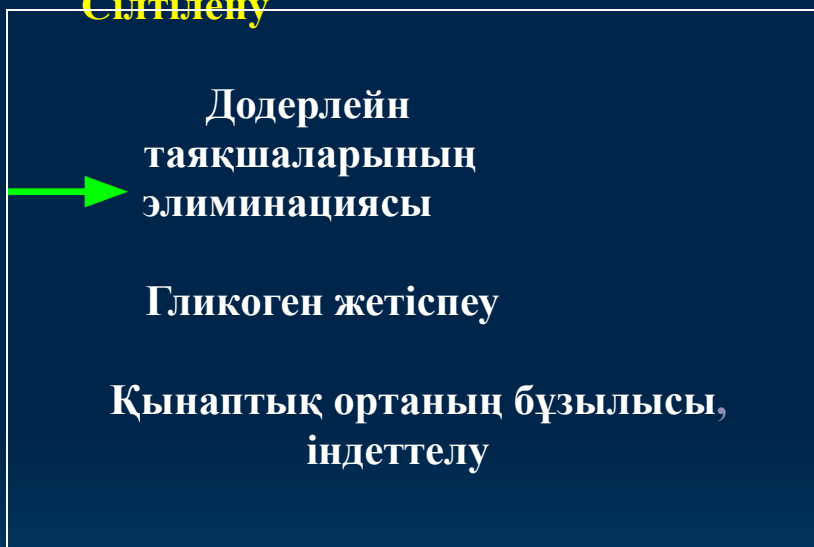
Төмендейтін

Менструалды қан
цервикалды канал шырышы

Эндогенді

Эстрогендер
және
гестагендердің

Сілтілену



Ятрогенді

Антибиотиктер
Спринцтеу
Пессарий

Экзогенді жоғарылайтын

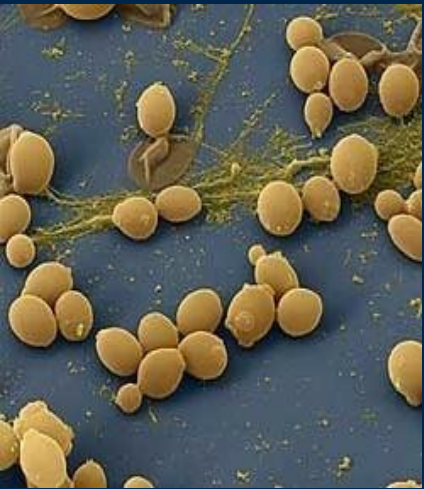
Механикалық зақымдалу (тампон енгізу, сексуалды қатынаста)
Спринцтеу, механикалық контрацептивтер, массивті індеттелу

Кандидозды вульвовагинит



Кандидозды вульвовагинит

- Вульва мен қынаптың аурулары ішінде - 30-45%
- Әйелдің медициналық көмекті қажет етуінің кеңінен таралған түрі



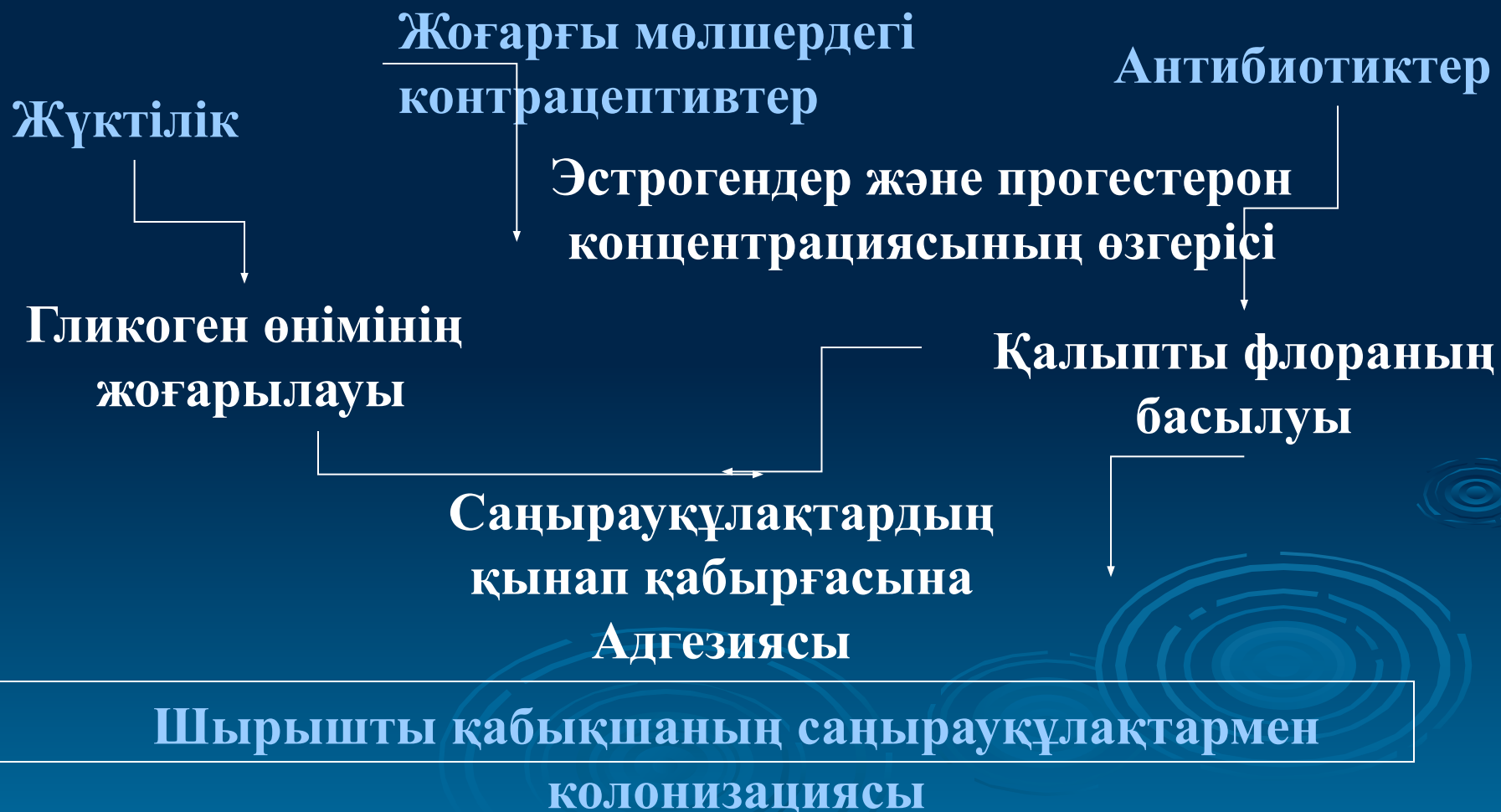
75% әйелдерде өмірінді 1 рет КВ дамыған және 5% әйел бұл аурудың рецидивті түрімен ауырады

Жүктілік кезінде таралуы 45% жетті

80-90% жағдайда КВ *Candida albicans* шақырылады. Қалған жағдайларда КВ *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis* и *Saccharomyces cerevisiae* шақырылады.

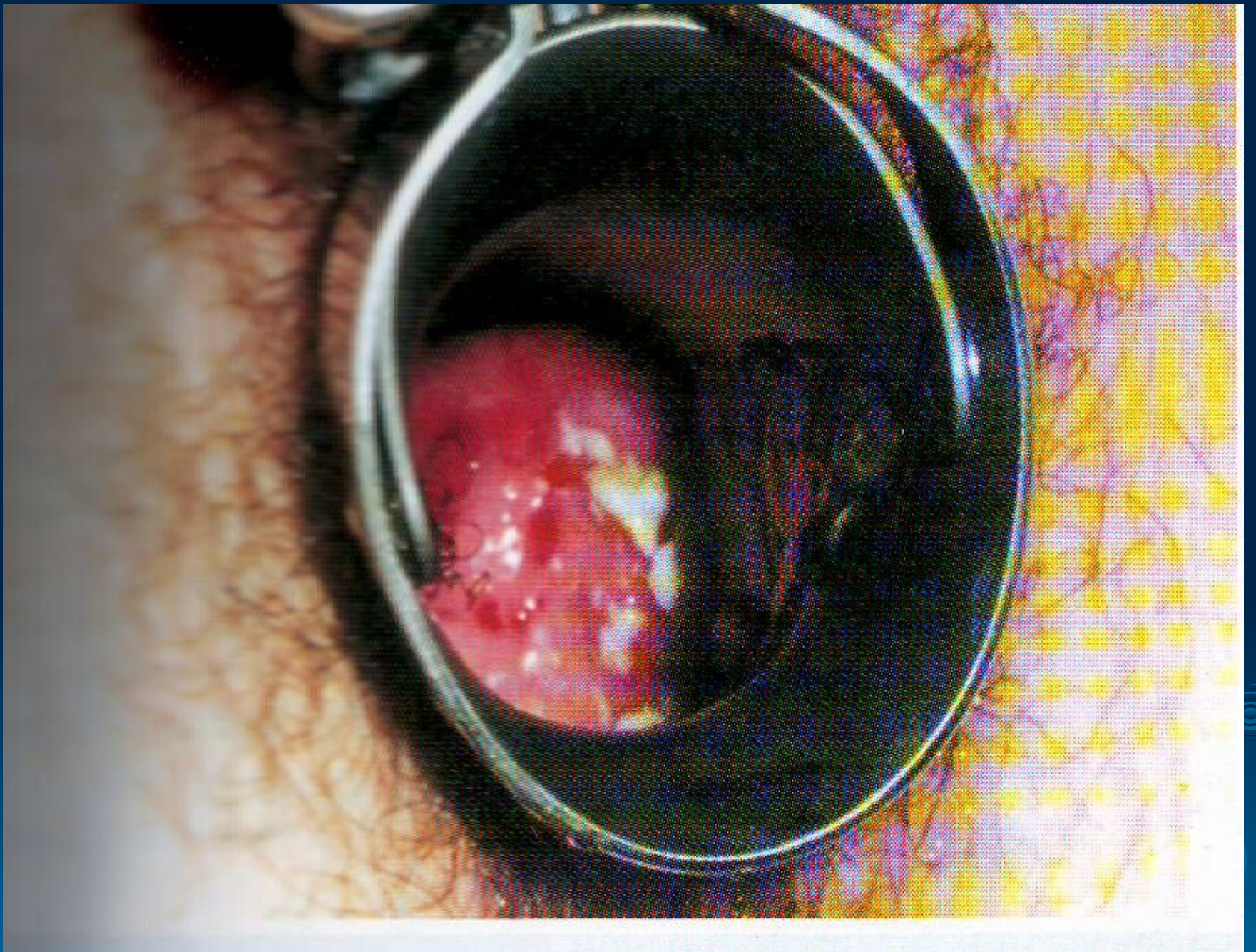
Кандидозды вульвовагиниттің патогенезі

Candida albicans қынаптың қалыпты флорасының компоненті болып табылады.



Кандидозды вульвовагиниттің клиникасы

- Қынаптан көп мөлшерде немесе аздаған ірімшік тәрізді бөлінулер
- сыртқы жыныс мүшелердің қышуы және ашуы
- тәуліктің екінші жартысында, сулы процедурадан, жыныстық қатынастан, көп жүргеннен , етеккір кезінде, қышудың қозуы



Диагностикасы

- Қынаптан бөлінген жағындының микроскопиясы (препаратты нативті және Грам бойынша бояу)
- Культуралды әдіс (тұқымын, түрін, санын анықтауға мүмкіндік береді, саңырауқұлаққа қарсы препараттарға сезімталдығын және басқа микроорганизмдермен колонизациясын анықтайды)
- Экспресс-әдістер (басқа флораны анықтауға мүмкіндік бермейді)

Трихомониаз 21,1%



Трихомониаз

Қоздырғышы - Trichomonas vaginalis, қозғалмалы микроорганизм 4-5 аяқшалары бар – вагиниттің қоздырғышы ретінде үшінші орын алады.

Жыл сайын бүкіл дүние жүзінде 170-180 млн. адам ауырады.

Трихомониаз жыныс жолымен беріледі, 30-80% әйелдердің жыныстық жұбында кездеседі

Трихомонадалар – ЖЖЖА басқа қоздырғыштарға «транспортты зат» болып табылады.

Қауіп факторлары

- Темекі тарту
- Жыныстық жұптың көп болуы

**20-50% әйелдерде трихомониаз
симптомсыз өтеді.**



*Трихомониаз қазанақ қуығының мерзімінен ерте
жарылуының және мерзімінен ерте босанудың қауіп
факторы болуы мүмкін*

Трихомониаз клиникасы

- Қынаптан көбікті жағымсыз иісі бар бөлінулер
- Қынап аймағындағы қышу және қызару
- Диспареуния
- Дизурия
- Жатыр мойнында нүктелі дақты бөртпелер
- Қынаптың рН жоғарылауы

Аурудың симптомдары және клиникалық көріністері жеткілікті болмағандықтан, олардың негізінде дұрыс диагноз қою мүмкін емес.

Трихомониаз диагностикасы

- Нативті препараттардың микроскопиясы
- Грам бойынша немесе басқа бояулармен боялған жағындының микроскопиясы
- Сұйық қоректік ортада культуралды (бактериологиялық) диагностика

Зерттеу уақыты:

Емдеуге дейін және емдеуден 10-14 күннен кейін көрсетулері бойынша

Бактериалды вагиноз (БВ)

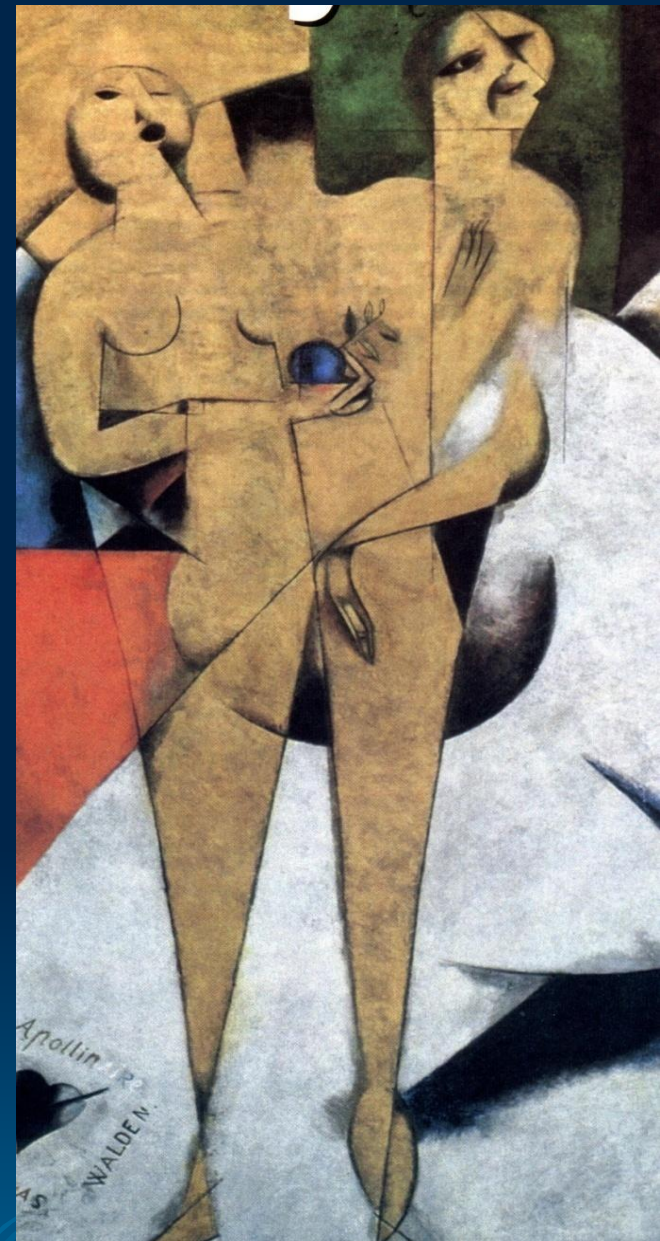
23 - 44,6%

- *Бактериалды* - полимикробты флорамен шақырылады
- *Вагиноз* – вагиниттен айырмашылығы қабыну реакциясы болмайды
- БВ негізінде – қынаптың микрофлорасының балансының бұзылысы, дисбактериоз болады



СТА жалпы фонында қалыпты қынаптық микрофлораның құрамынан тұратын микроорганизмдердің қатысуымен өтетін қынаптық инфекцияның жоғарылағаны байқалады.

Жыныс мүшелерінің қалыпты флорасы кейбір жағдайларда көптеген бактериалды этиологиялы аурулардың қоздырғышы болып табылады, олар анада, нәрестеде және жаңа туған балада ауыр инфекциялық патологияның дамуының тікелей себебі болып табылады.



Қынаптың микрофлорасының өзгерісіне әсер ететін және БВ дамуына әсер ететін факторлар

Экзогенді

- антибиотиктер, цитостатиктер, кортикостероидтар, антивирусты, саңырауқұлаққа қарсы препараттармен терапия, сәулелендіру (сәулелі терапияда)
- жыныс мүшелерінің жеке гигиенасының бұзылысы
- жиі және шектен тыс қынаптық душтар, спринцтеу
- даму ақаулары және босану кезіндегі жыртылудан кейінгі деформациялық тыртықтар, хирургиялық шаралар және/немесе сәулелі терапия
- Нупен, қынап қабырғасының кистасы немесе полипі
- қынапта, жатырда бөгде зат, қынаптық тампондар, немесе диафрагмалар, пессарии, ЖІС және т.б.
- спермицидтер

Қынаптың микрофлорасының өзгерісіне әсер ететін және БВ дамуына әсер ететін факторлар

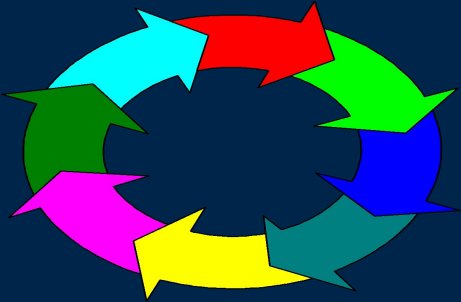
Эндогенді

- жасқа байланысты гормоналды өзгерістер (операция, менопауза кезінде) жүктілік патологиясында, түсіктен, босанудан кейінгі (гормоналды стресс)
- жергілікті иммунитет жүйесіндегі бұзылыстар
- қынаптық микроорганизмдер арасындағы қынаптық антибиоз немесе антагонизм бұзылыстары
- Лактобацилла шығаратын H_2 O_2 - концентрациясының төмендеуі, H_2 O_2 – қынаптық сұйықтықта азаюы
- Қынаптың шырышты қабатының гипо- немесе атрофиясы, содан қынаптық эпителияның клеткаларының рецепторларының бұзылыстары
- БВ байланысты, асқазан-ішек жолындағы резервуар ретінде микроорганизмдердің жиналуы

Бактериалды вагиноз (БВ) – аминді (бактериалды) вагинит – гарднереллез

Не болып жатыр





Гормоналды статус

**Жергілікті иммунитет
Ерекшеліксіз қорғанысы**

Жыныс жүйесінің қалыпты функциясы

Ацидофилді бактериялардың метаболизм өнімдері

Нормоценоз

Қынап эпителиясының құрылысы және функциясы

Биохимиялық құрамы ВЖ



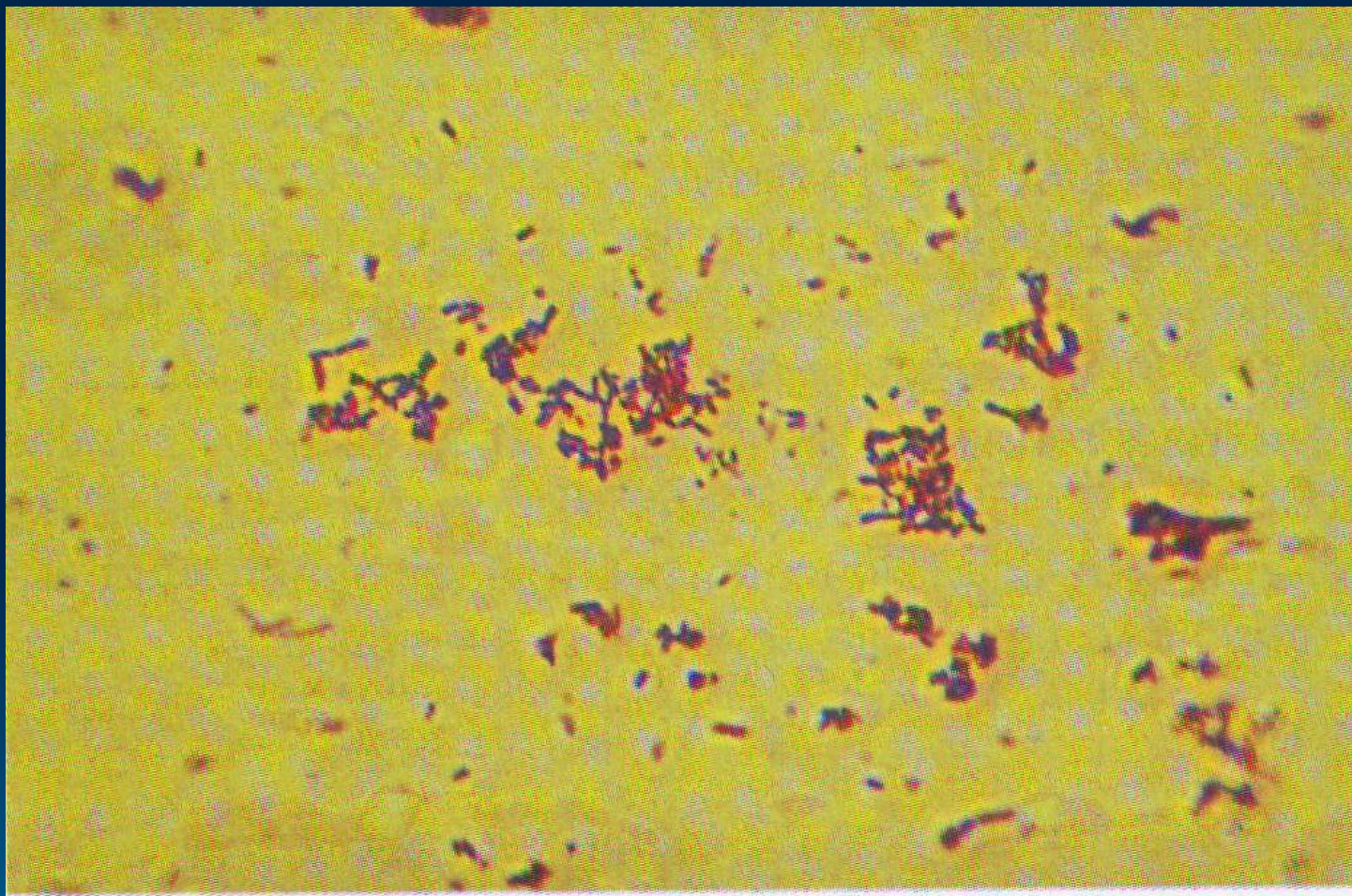
БВ патогенезі



БВ кезіндегі қынаптық экожүйе айырмашылығы

- H_2O_2 лактобактерий санының азаюы және жоғалуы
- 10^{11-12} микроорганизмдер қынаптық сұйықтықтың 1 граммында болады
- анаэробтар:аэробтар қатынасы= 100:1 - 1000:1
- *Gardnerella vaginalis* 60% - 75%
- *Mobiluncus sp.* 50% - 70%
- *Mycoplasma hominis* у 60% - 75% сексуалды белсенді әйелдерде

Лактобацилланың атипті коккты формасы



БВ диагностикасы

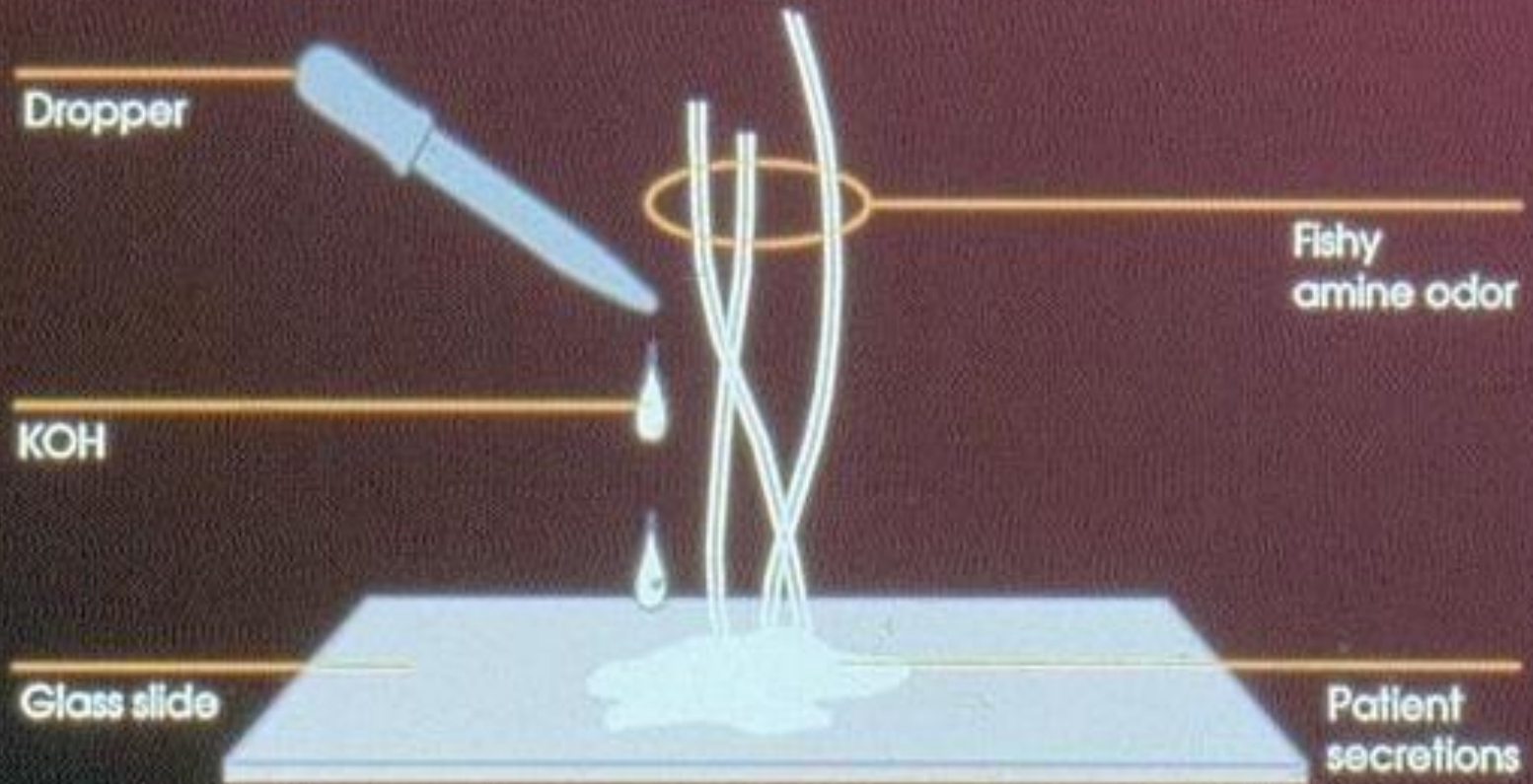
- Ақ түсті гомогенді бөлінулер
 - Бөліну жағымсыз иісті
 - рН 4,5 - 7,5
 - Аминотест оң болуы
 - «Кілттік клеткалардың» болуы
 - Қынаптың шырышты қабатында қабыну реакциясының болмауы
- БВ патогномониялық симптомдары жоқ

БВ тән бөлінулер сипаты

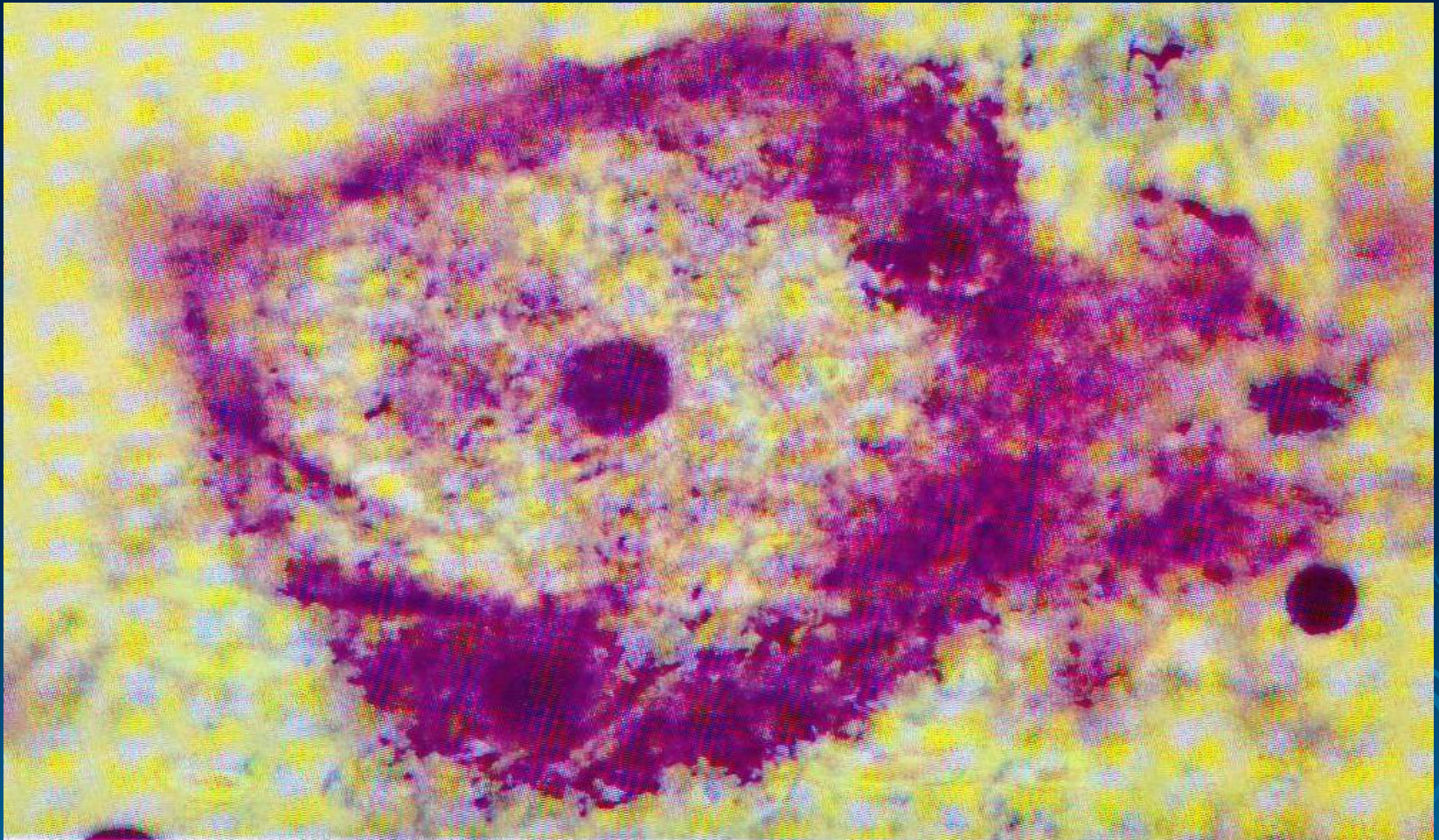
- Ақ немесе сұр түсті көп мөлшерде бөліну
- Газ көпіршіктерінің болуы
- Жабысқақ және созылатын
- Жағымсыз иісті



Amine Test



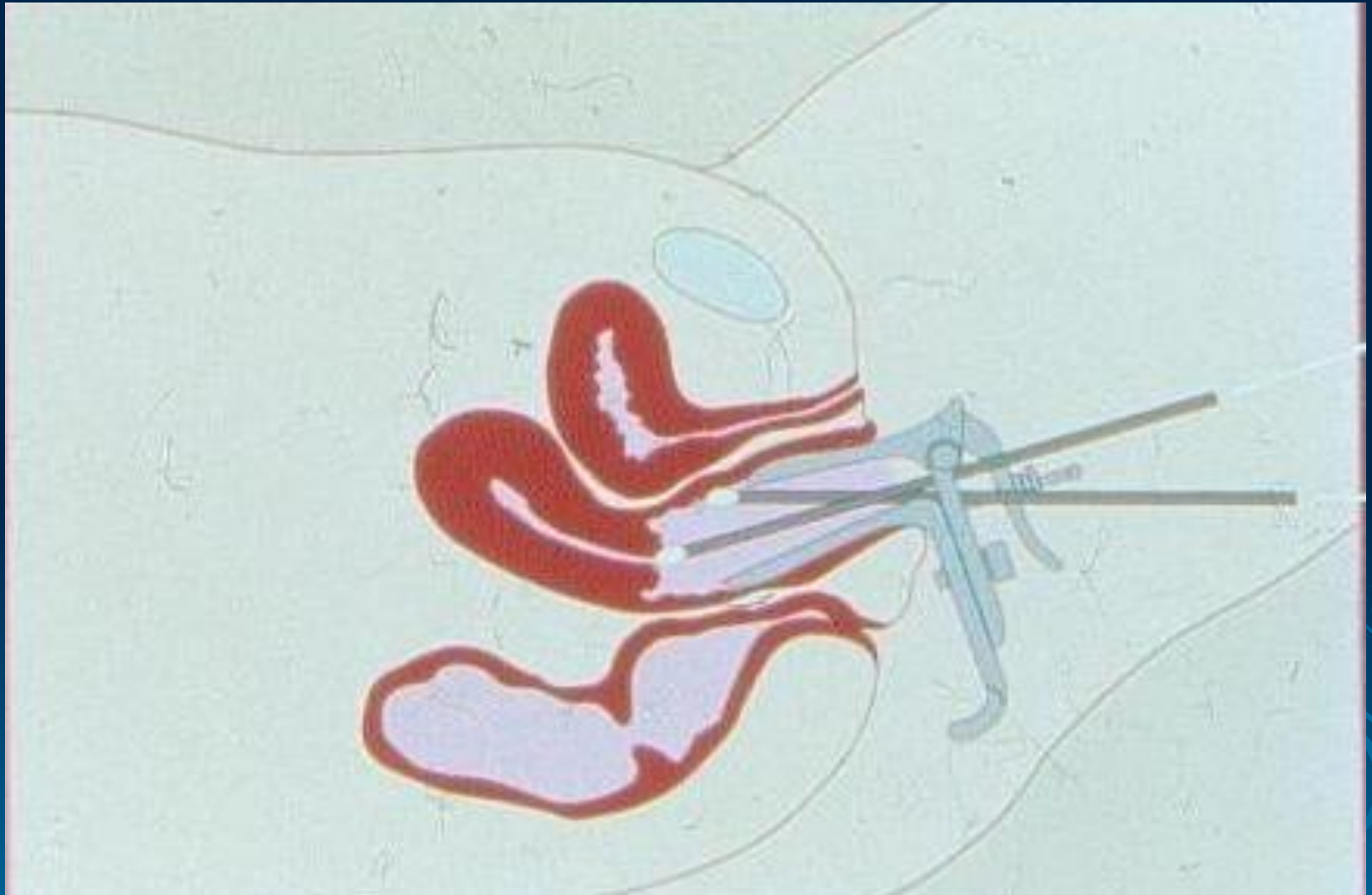
**«Кілттік жасушалар» - бактериямен
жабылған, эпителияның жетілген
жасушалары**



Қынап инфекциясын анықтау алгоритмі



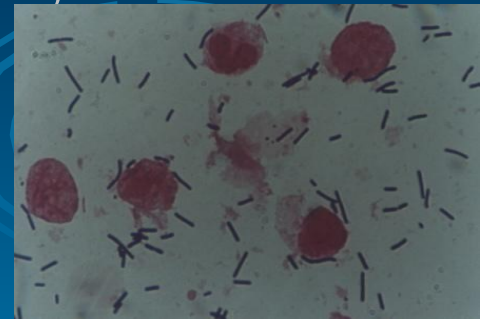
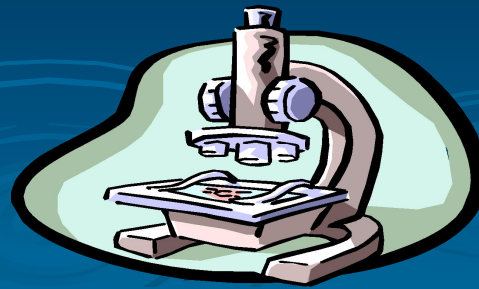
Жағынды алу



Экспресс-диагностика

Уретра, қынап, цервикстан жағындының микроскопиясы

- Ылғалды жағынды (20% КОН ертінді, 0,9% NaCl ертіндісі): трихомонад, псевдомицелия, *Mobiluncus* sp., лейкоцитозды аанықтау үшін;
- Қара аймақтың микроскопиясы: ақшыл трепонеманы анықтау;
- Боялған жағындының микроскопиясы (метилен көгі, Грам бойынша, жасыл тұрақты және т.б.): гонококк, трихомонада, саңырауқұлақты анықтау, қынап биоценозын, лейкоциттердің функционалды белсенділігін анықтау;
- Иммунофлюоресцентті микроскопия: хламидий, уреоплазма, микоплазма, саңырауқұлақтарды, вирустарды анықтау



БВ емі – 2 этапты:

1-ші этап (5 – 7 күн)

- 5-нитроимидазол тобының препараттары**
 - метронидазол**
 - тинидазол**
 - орнидазол**
- Клиндамицин (2% далацин-вагиналды крем)**
- Линкомицин**
- Левомецетин**

Қосарланған препараттар:

- Клион-Д (метронидазол+миконазол *āā* 100 мг)
- Гиналгин (метронидазол 0,25г+хлорхинальдол 10г+ лимон қышқылы 0,02 г)
- Нео-Пенотран(метронидазол 0,5г+миконазол 0,1г)
- Тержинан (тернидазол 200 мг + неомицин 100 мг + нистатин 100000 ЕД + преднизолон 3 мг)
- Полижинакс (неомицин + полимиксин В *āā* 35000 МЕ + нистатин 100000 ЕД)
- Макмирор комплекс 500 (нифурател 500 мг + нистатин 200000 ЕД)

Қосымша терапия

- Десенсибилизациялық терапия
- Жүйелі энзимотерапия (*вобэнзим, вобэ-мугос*)
- Иммунотерапия (*КИП, кифферон, кипацид*)
- Ішек дисбактериозын коррекциялау

Лактофлораның трансплантациясы

2-ші этап (5 – 7 күн)

- Лактобактерин
- Ацилакт
- Бифидумбактерин
- Бифидин
- Ішек дисбактериозын емдеу

Жатыр мойнының эрозиясы /шынайы/ - бұл жатыр мойнының қынаптық бөлігінің эпителиалды жабындысының дефектісі

Жатыр мойны эрозиясының этиологиясы:

- Қабыну генез;
- Гормоналды генез;
- Туа пайда болу.

Клиникасы:

- Көп мөлшерде ақкір;
- Кейде жанасқан кезде қан ағулар.

Диагностикасы:

- Айналармен қарау;
- Жай және кеңейтілген кольпоскопиямен нысаналы биопсия;
- Онкоцитологияға жағынды алу
- Цервикалды каналдан алынған жағындыны бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу.

Эндометрит – жатырдың шырышты қабатының қабынуы

- Эндометрит жатырішілік шаралардан кейін дамиды:
 - ЖІС енгізу,
 - Жатыр қуысын қырғаннан кейін (түсік);
 - Бала жолдасының қалдықтарын қолмен бөлу және шығару;
 - Ұзақ сусыз кезең.

Сальпингит – жатыр түтіктерінің қабынуы

Сальпингоофорит (аднексит) - жатыр қосалқыларының қабынуы

Тамырлардың кеңеюі

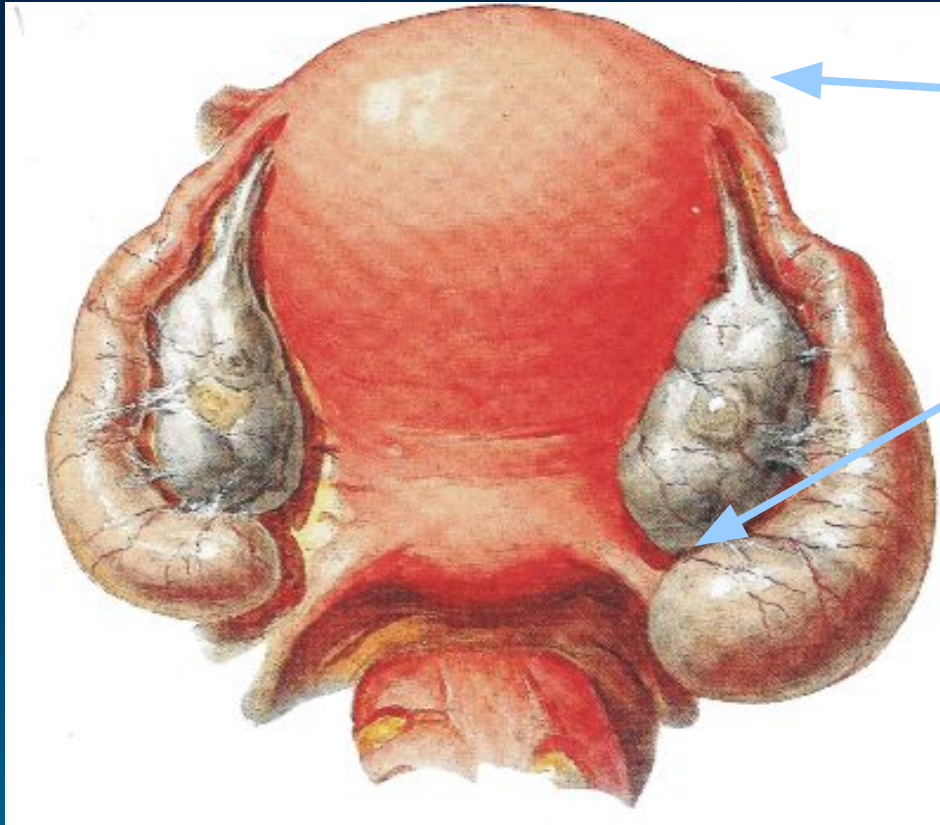
→ Шырыштың ісінуі → Түтік өзегіне дегі сұйықтық



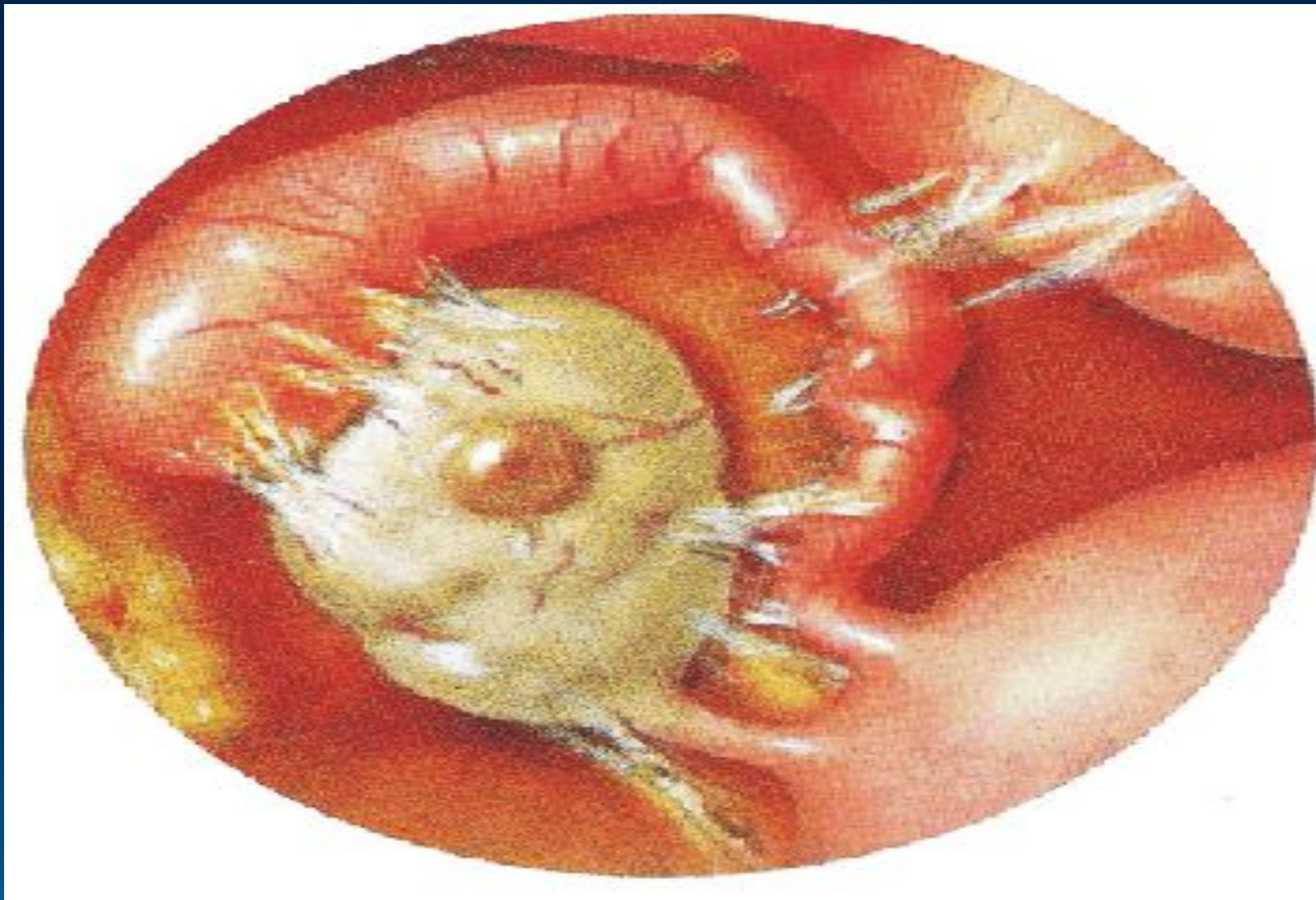
Түтіктің
Интерстициалды және
ампулярлы бөлімінің жабысуы

Гидро-
сальпинкс

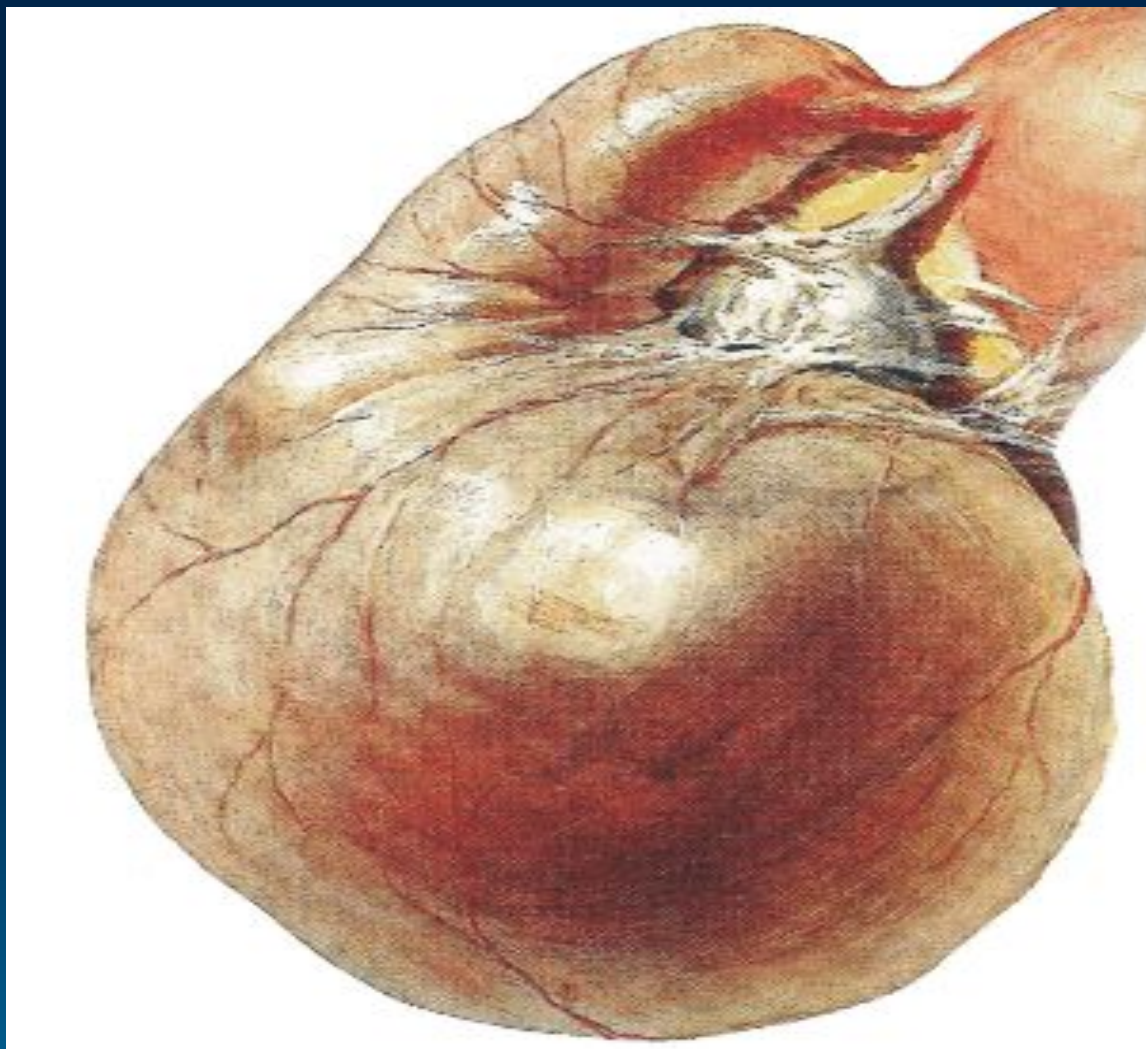
Пио-
сальпинкс



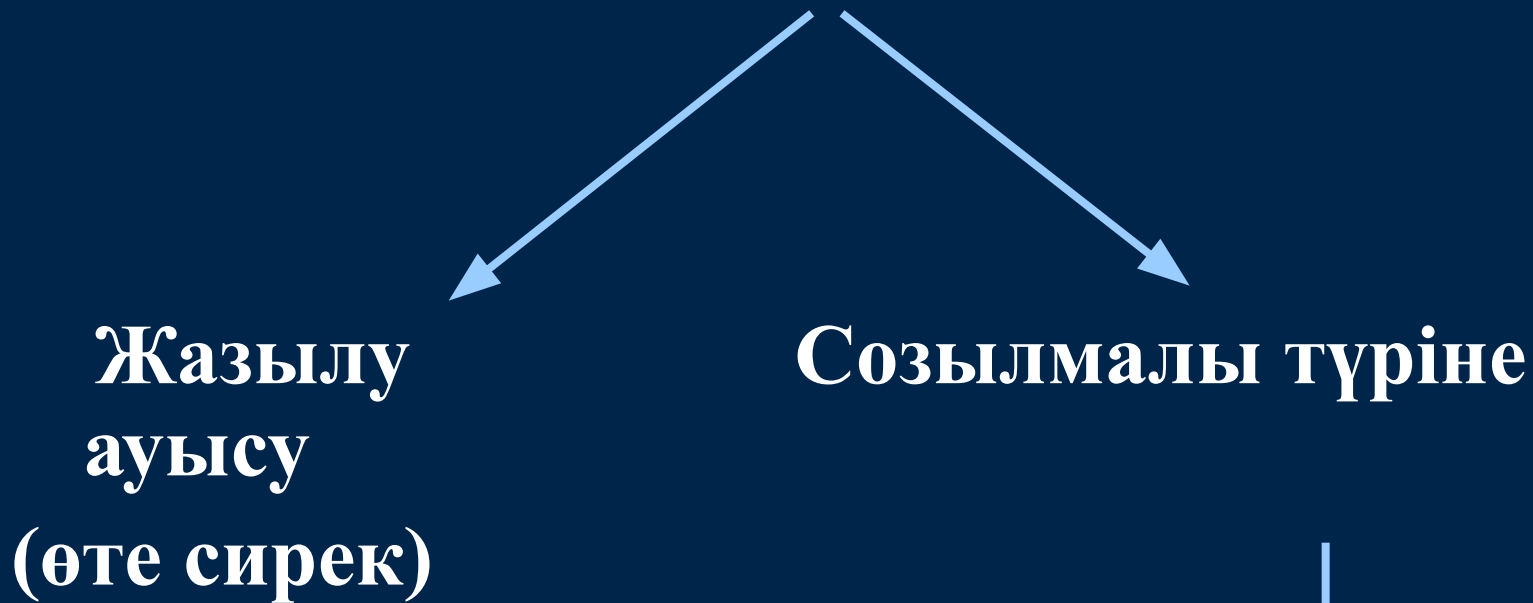
Гидросальпинкс



Пиосальпинкс



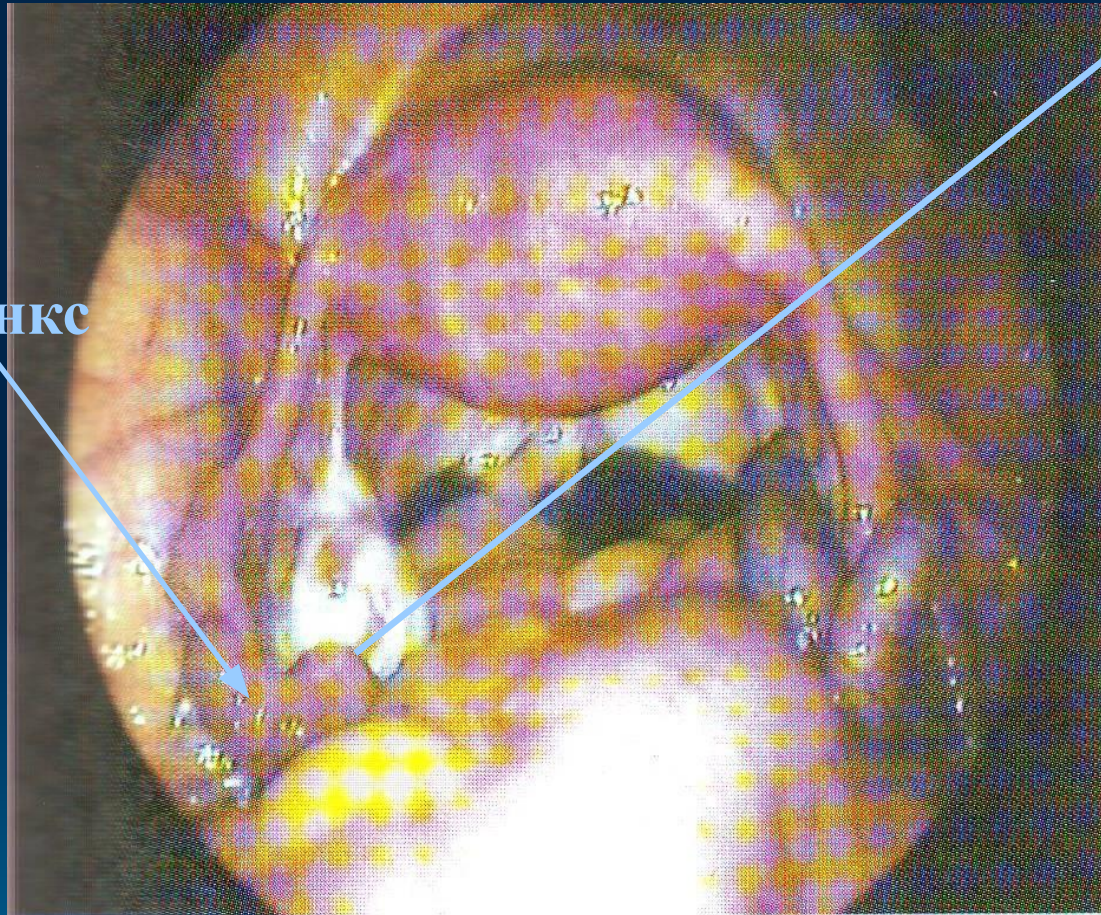
Қосалқылардың қабынуының аяқталуы:



Өршудің ағымының 2 механизмі:

1. *Қоздырғыштың белсенді типі бойынша.*
Клиникасында дене температурасының жоғарылауы, іштің төменгі жағындағы ауру сезімі, іріңді бөлінулер, лейкоцитоз солға ығысумен, жұмырланған қосалқылар анықталады.
2. *Қоздырғыштың емес, организмнің аутосенсибилизация типі бойынша.*
Клиникасы: шаршағыштық, дене температурасының жоғарылауынсыз, ауру сезімінсіз көңіл-күйдің тез өзгеруі, жалпы жағдай бұзылыстары, лейкопения.

Лапароскопиялық көрініс



Гидросальпинкс

Жатыр
түтігінің
өткізбеуі



Түтіктік
бедеулік

Параметрит – жатыр маңындағы клетчатканың қабынуы

Параметриттің жіктелуі:

- Алдыңғы
- Артқы
- Оң жақты панметрит
- Сол жақты

Клиникасы:

↑ t, қалшылдау, іштің төменгі жағындағы ауру сезімі, алдыңғы параметритте зәр шығарудың бұзылысы, артқы параметритте тенезм және нәжісте шырыштың болуы, ЭТЖ жылдамдауы, пальпация кезінде инфилтрат жатыр қабырғасынан жамбас сүйектеріне дейін анықталады.

Аяқталуы:

Айығу, іріңнің қуыққа, тік ішекке пупартты байламға ағуы.

Пельвиоперитонит – жамбас іш пердесінің қабынуы, кіші жамбас мүшелерінің қабынуынан кейінгі екiнiшiлiк түрiнде дамиды

□ Таралу жолдары:

- 1. Гематогенді;**
- 2. Лимфогенді;**
- 3. Интраканаликулярлы.**

Пельвиоперитонит

Пельвиоперитониттің ағымының 2 сатысы бар:

1. **Ашық – 24 сағат - жоғары температура, қалшылдау, жүрек айну, құсу, метеоризм, ішек атониясы, қынаптық тексеруде кіші жамбастан шығатын ауру сезімді конгломерат анықталады.**
2. **Жабық – бірнеше күннен 2-3- ай.- дене температурасы төмендейді, сұйықтық сіңіп кетеді, кейде ірінді процесс – дуглас аймағының абсцесінің белгілері пайда болады, ол дренажды түтікпен кольпотомияны қажет етеді.**

Пельвиоперитонит аяқталады

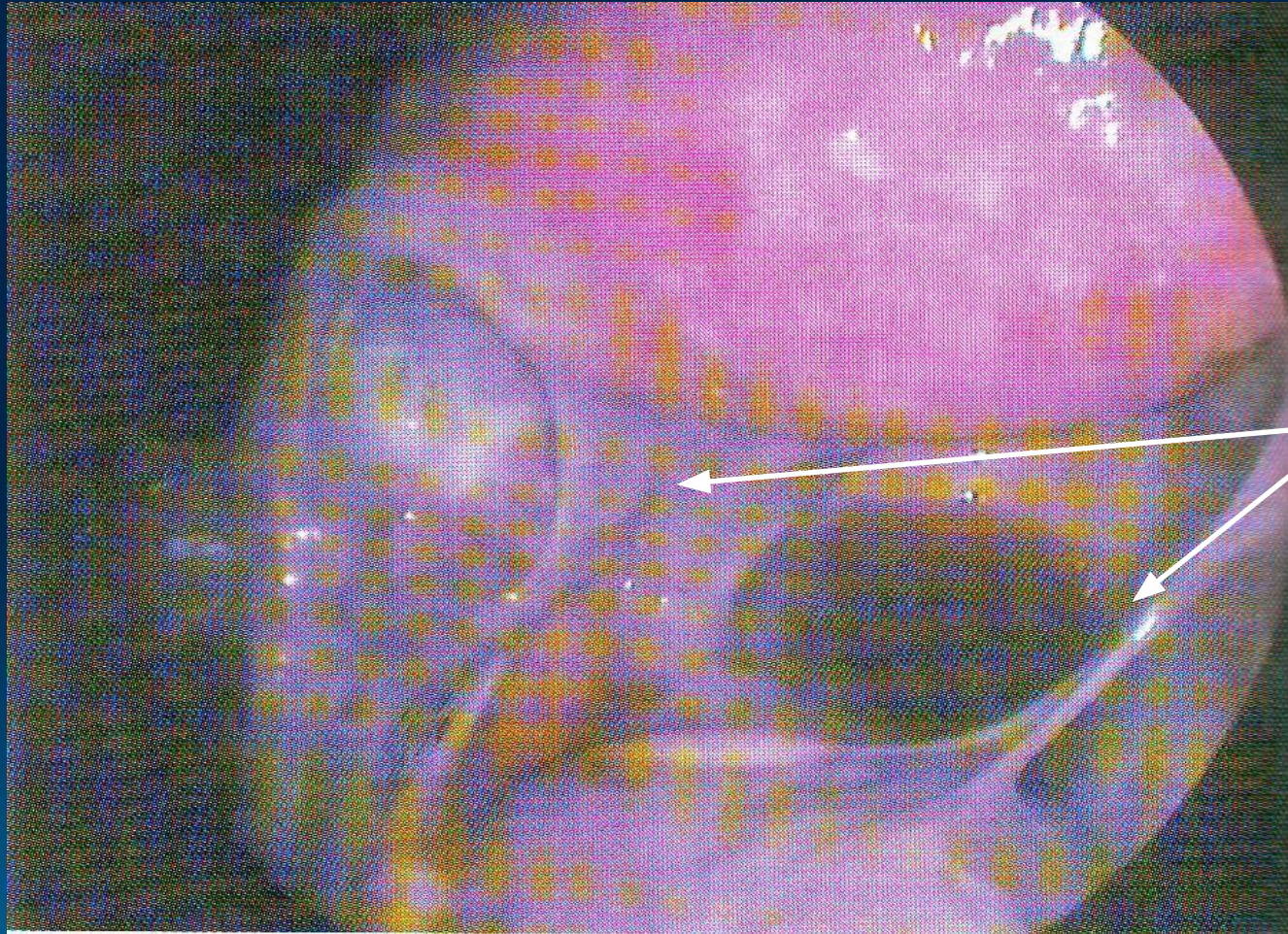


Кіші жамбас
мүшелерінде
жабысқақ процесі
дамиды

Іріндіктің түзілуі



Инфекциядан кейінгі кіші жамбас мүшелерінің сипаты- жабысқақ процесс және жатыр түтіктерінің өткізбеуі



жабысула

СОЗ

- Цилиндрлі эпителияға троптылығы (бартолинит, эндоцервицит, эрозия, эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, перитонит);
- Билатералды зақымдалуы;
- Көп ошақты болуы.

Хламидиоз

- **C.trochomatis** клетка ішілік циклда дамиды;
- Хламидиймен қабыну аурулары еркектерде, әйелдерде және жаңа туған балаларда да кездесуі мүмкін (конъюнктивит, отит, пневмония);
- Жиі бедеуліктің себебі;
- Антибактериалды препараттарға төзімділік.

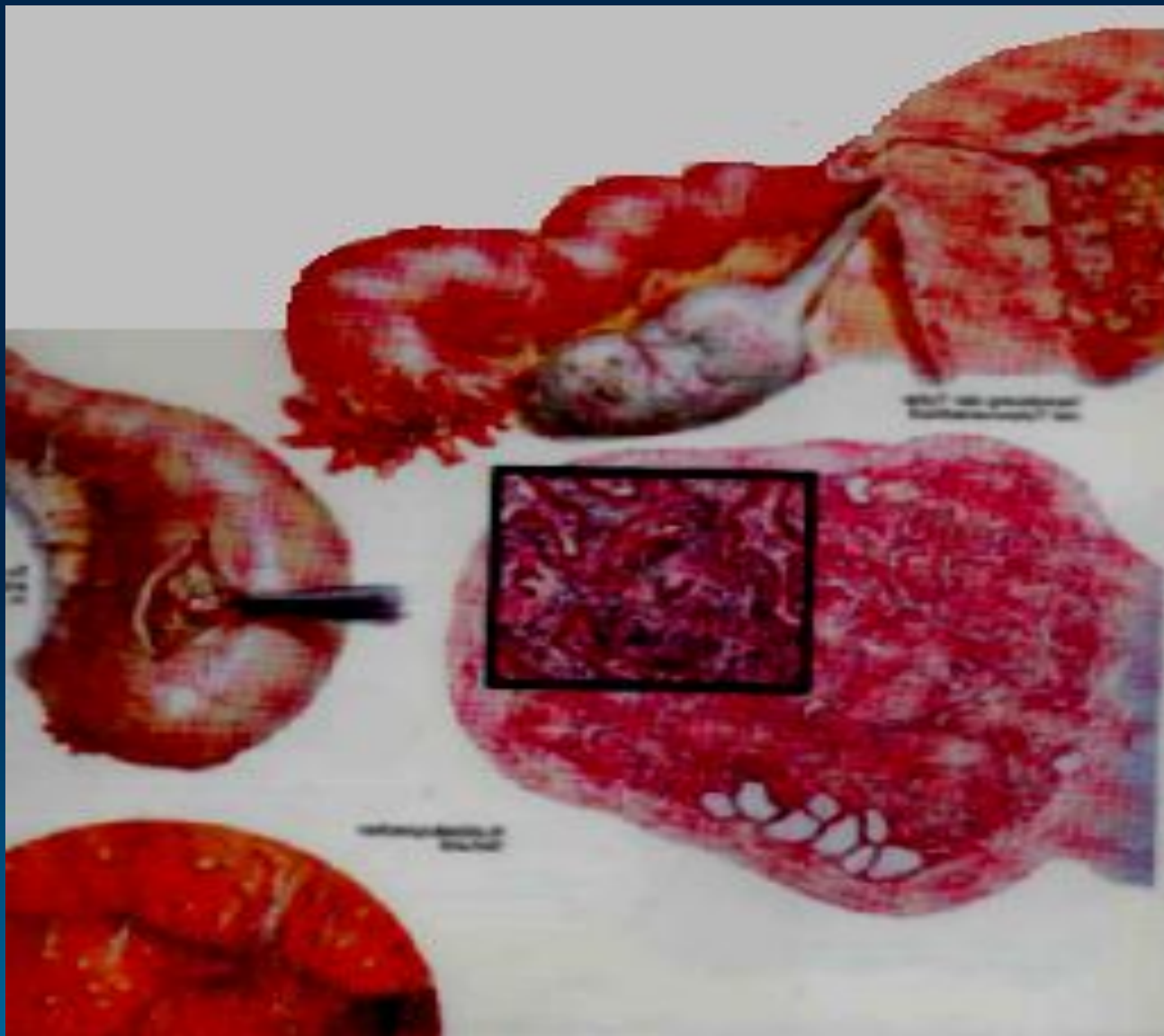
Әйел жыныс мүшелерінің туберкулезі:

- Сирек кездеседі;
- Жиі аналық бездің, жатыр қосалқыларының тbc кездеседі;
- Жиі екіншілік процесс, бірінішілік ошағы басқа жерде болады;
- Клиникасы зақымдалуға байланысты: ошақты, инфилтративті, казеозды, тыртықты-жабысқақ.

Әйел жыныс мүшелерінің туберкулезі



Әйел жыныс мүшелерінің туберкулезі



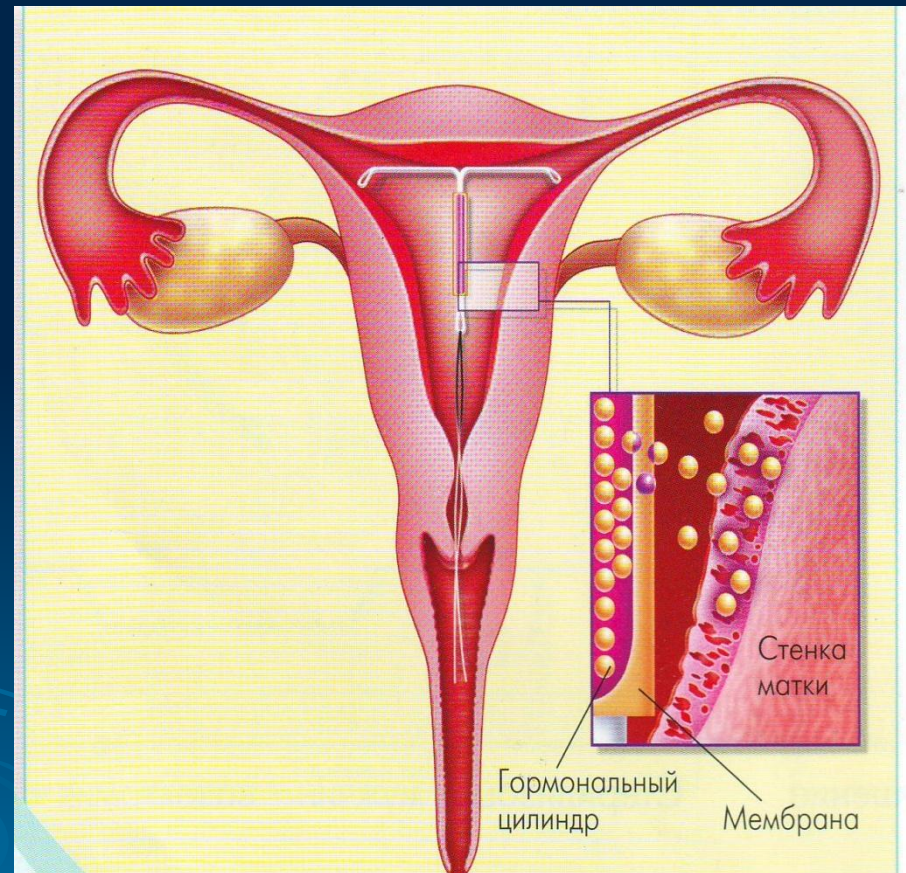
ӘЖМҚА алдын алу және төмендету жолдары:

□ Санитарлы-ағарту жұмыстары;



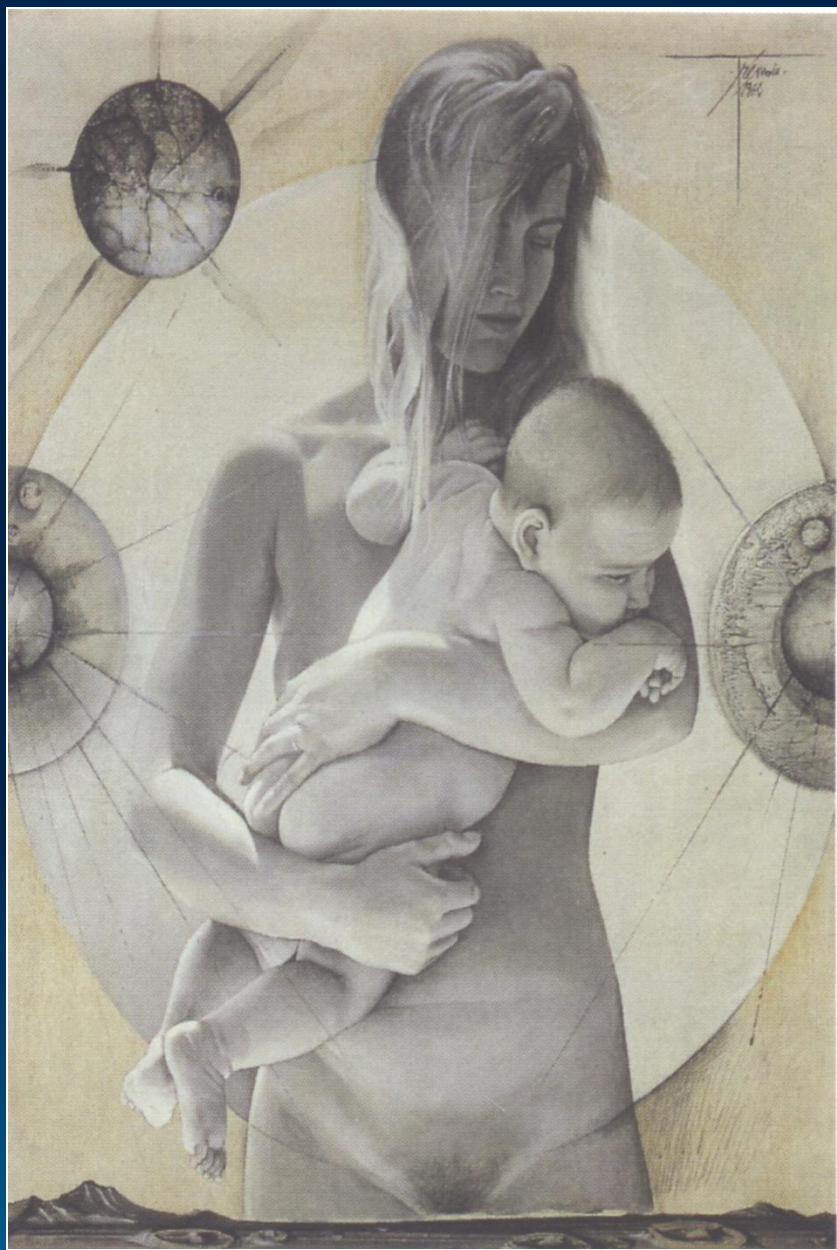
ӘЖМҚА алдын алу және төмендету жолдары:

- Түсіктердің алдын алу;



ӘЖМҚА алдын алу және төмендету жолдары:

- **Мини-түсік, антигестаген, простагландиндер көмегімен жүктілікті үзу;**
- **Қоздырғышына байланысты рационалды комплексті антибактериалды терапия;**
- **Ерте реабилитация - физиотерапия;**
- **Жатыр ішілік шаралардың алдында қынаптың санациясы;**
- **Жыныстық жұпты емдеу;**
- **Созылмалы ӘЖМҚА ауруларды «Д» есепке алу.**



**«...Әйел
денсаулығы,
немесе дені сау
әйел – бұл дені
сау жанұя, бүкіл
ұлт денсаулығы.
(В.Пикуль, 1987)**