

*Қ. А. Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ – Түрік Университеті*

*Шымкент медицина институты
“Дипломнан кейінгі білім беру” - факультеті
“Акушерлік – гинекология” - кафедрасы*

Тақырыбы: *Қыздар мен жасөспірімдерді тексеру әдістері*

Қабылдаған: Туганбаева А.Т.

*Орындаған: Жанболатқызы Г
Тобы: АГҚ-701*

Шымкент-2017ж

Жоспары:

Кіріспе

Негізгі бөлім:

- 1. Қыз балалар мен жасөспірімдердің гинекологиялық тексеру әдістерінің ерекшелігі

Қорытынды

Қолданылған әдебиеттер

Гинекология

- ▶ - бұл әйел туралы ғылым, әйелдердің әр түрлі жас кезеңіне байланысты ағзасында болатын қалыпты жұмыстарын, ауруларын зерттеп оқытады.
- ▶ Әйелдердің әр түрлі жастағы денсаулығы мықты болуы үшін аурулардың алдын алуын оқытатын ғылым.

- Қазіргі кезде гинекология саласында қыз балалар мен жасөспірімдерге дұрыс диагноз қою үшін тексеру әдістері көп.
- Анамнез жинау: шағымдары, (*anamnesis vitae*), (*anamnesis morbi*).
- Объективті қарау әдістері (сыртқы қарау, іш пальпациясы, сүт бездерін пальпациялау, бимануалды тексерулер)
- Инструменталды (арнайы техника көмегімен)
- Лабораториялық зерттеулер.

Арнайы (гинекологаялык) зерттеу.

Сыртқы жыныс мүшелерін қараудан басталады.

қасаға аймағындағы түктену , патологиялық өзгерістеріне (ісіну, ісік, атрофия, пигментация және т.б.),

аралықтық пішініне және биіктігіне (биік, аласа) оның жыртылуына, жыныс өзегінің жағдайына (жабық немесе ашық), жыныс саңылауын ашқан кезде вульваның кілегей қабатының түйне, уретраның сыртқы саңылауының жағдайына, парауретралды жолдарға, қынап кіреберісінің үлкен бездерінің шығару өзектеріне, қынаптың бөлінісіне көңіл аудару керек.

Сыртқы жыныс мүшелерін қарап болғаннан кейін аналды аймақты қарау керек (жарылу, геммороидалды түйіндер және т.б

Шағымдары:

- ▶ Бөлінділерге
- ▶ ауру сезіміне
- ▶ қан ағу
- ▶ жыныс жүйесі жұмысының бұзылысы
- ▶ сыртқы жыныс мүшелерінің қышынуы

Бөлінділер .

- ▶ Жыныс мүшелер безінің секреторлы жұмысының бұзылуының нәтижесінде пайда болады. Бұл гинекологиялық аурулардың ішіндегі ең жиі кездесетін симптом. Бөлінділер этиологиялық себептері әр алуан:

1. Гениталды тұрғыдан:

- ▶ Гениталия аймағындағы жұқпалы аурулар нәтижесінде
- ▶ Жыныс ағзаларының дұрыс емес құрылысы (жыныс қуысының ашық болуы) (мысалға: қынап шырышты қабығының жыныстық қуысқа бұлтиып шығып тұруы.) Ол жерде орналасқан бездерден патологиялық шырыштың шығуына әкеледі.

- ▶ Жаңадан пайда болған түзіліс
- ▶ Жатырдың және жатыр мойнының гиперпластикалық үрдістері.
- ▶ химиялық, термиялық әрекеттер (ыстық сумен, маргенцтің қою ерітіндісімен шаю нәтижесінде.)

Паразитарлы себептері:

- ▶ трихомониаз, глисті инвазии және т.б..
- ▶ Саңырауқұлақты аурулар (кандидоз).

Түтіктік бөлінділер:

- ▶ - жатыр түтіктерінің безді эпителиалды төсеніштерінің, тамырларының трансудациясы және секрециясы нәтижесінде пайда болады. Түтіктердің кез келген қабынуна жауап ретінде патологиялық шырыш бөлінеді. Алғашқы кезде қабынуға жауап болып ісіну, гиперемия, ауру сезімі, температура, шырыш кейін сулы, ал одан кейін іріңді сипат алуы мүмкін.

Ауру сезімі

- ▶ Эндо және экзогенді факторлардың әсеріне байланысты. Ауру сезімін инфекциялық қоздырғышқа қатысты жауап деп тануға болады. Көбінесе ауру сезімі шаншып іштің төменге жағында, белде болады. (қабыну үрдісі кезінде)

Ауру сезімі

- ▶ Жедел, приступ тәрізді;
- ▶ Ауру толғақ тәрізді сипатта болуы мүмкін;
- ▶ Ауру түнде және тістелейтін болуы мүмкін.

Қан кету.

- ▶ Қан кету гениталді және экстрагениталды факторлердің әсерінен болуы мүмкін.
- ▶ Гениталды себептеріне: етеккір бұзылыстарының барлық түрлері жатады. Бұндай қан кетулер циклді (циклге байланысты) немесе ациклді болуы мүмкін.

Жыныстық дамудың екіншілік жыныстық белгілерінің реттілігі мен айқындылығын бағалау барысында

Л.Г. Тумилович

модификациясымен Tanner әдісі қолданылады. ОЛ Ма (сүт бездері), Р (қасаға түктері), Ах (қолтық асты түктері), Ме (етеккір қызметі) формуласымен көрсетілді.

Сүт безінің дамуы:

Ma0 – сүт безі үлкеймеген, емізігі кішкене, пигментсіз;

Ma1 – емізік айналасы ісінген, диаметрі ұлғайған, емізік пигментациясы айқын емес;

Ma2 – сүт безі конус пішінді, көкірек айналасы пигменттелмеген, емізігі өспеген;

Ma3 – «жасөспірім кеудесі» дөңгелек пішінді, емізік айналасы пигменттелген, емізігі өскен.

Ma4 – «ересек кеуде» дөңгелек пішінді. Түктердің даму сатысы:

P0Ax0 – қасағада және қолтықтастында түктері жоқ;

P1Ax1 – біркелкі түзу түктер;

P2Ax2 – түктері қалыңдау және ұзындау, қасаға мен қолтық астының орта бөліктерінде орналасқан;

P3Ax3 – қалың, бұйра түктер қасаға үшбұрышында және жыныс ернеулерінде; қолтық асты шұңқыры бұйраланған түктермен;

Етеккір қызметі:

Me0 – етеккірдің болмауы;

Me1- тексеру кезеңіндегі менархе (± 1 ай);

Me2 – ретсіз, ауырсынулы, бұзылысты етеккір;

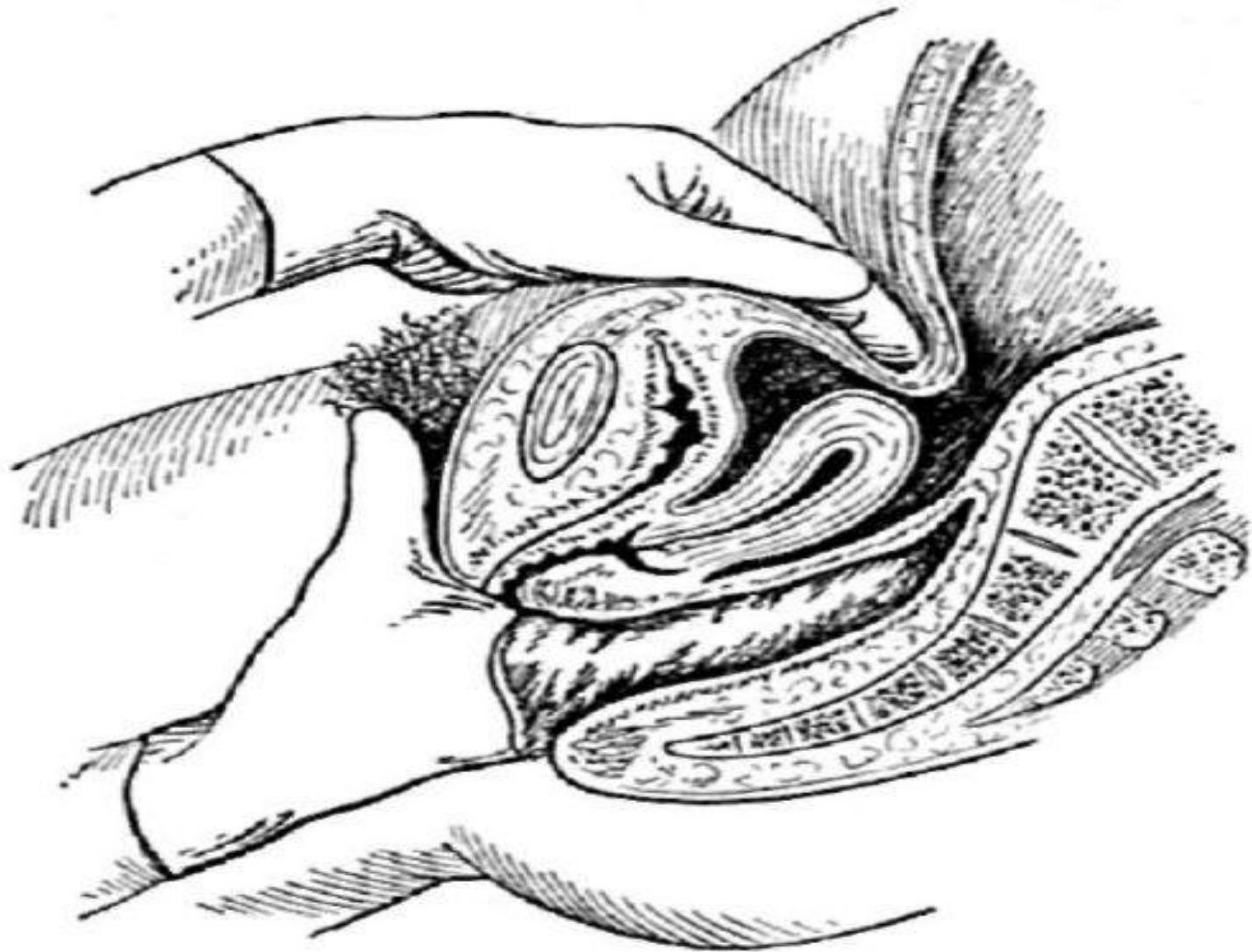
Me3 – ретті етеккір. Әр белгінің балл бойынша өзіндік шкаласы бар

Қыздарда жыныстық түктенудің дамуы

Дәрежесі	Қасағалық түктену (P)	Қолтықастылық түктену (A)	Сүт безі (Ma)	Етеккір (Me)
0	Болмайды	Болмайды	Пубертатқа дейін	жоқ
1	Үлкен ерін және қасаға аймағында бірең сараңтік түктер.	Қолтық асты ойысында бірең сараңтік түктер.	Бездердің ісінуі, ареоланың ұлғаюы.	Тексеру барысында менархенің болуы.
2	Үлкен ерін және қасаға аймағында ирелеңдеген түктер.	Қолтық асты ойысында орталықтанған түктер.	Без бен ареоланың контурының бөлінуінсіз ұлғаюы.	Ретсіз етеккір
3	Қасағалық түктену ересектер сияқты, бірақ аралық пен санның ішкі жағына таралмаған.	Интенсивті түктену	Ареола мен емшек ұшының екіншілік төмпешікпен шығуы.	Ретті етеккір
4	Қасағалық түктену санның ішкі жағына таралған.	Интенсивті түктену	Сүт безі ересектердікі сияқты.	Ретті етеккір

Арнайы зерттеулер:

- ▶ ректалды тексеру. Бұл жағдайда гинеколог мынадай бес сұраққа жауап беру керек: көлемі, пішіні, консистенциясы, қозғалғыштығы, жатыр және жатыр қосалқыларының ауру сезімталдығы.



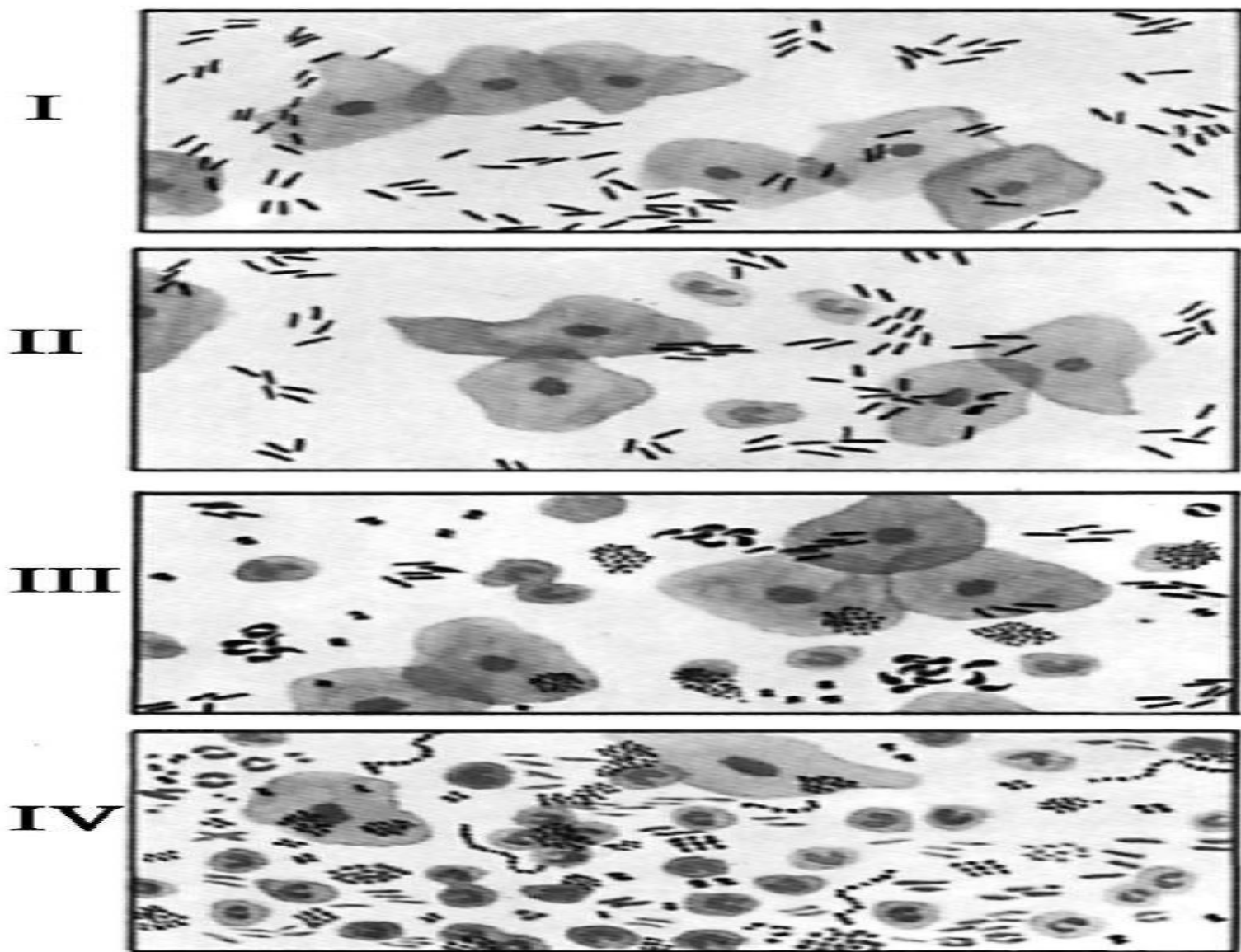
Арнайы әдістер:

- ▶ Қынаптан, цервикалды каналдан, уретрадан флораға алынған жағындылар.

Қынаптың 4 тазалық дәрежесі

- ▶ 1 дәрежесі: құрамында Дедерлейн таяқшасы, Гр - және Гр + кокқардың көп емес мөлшері, лейкоциттердің болмауымен сипатталады..
- 2 дәрежесі: құрамында Дедерлейн таяқшалары көп емес, Гр - және Гр + кокқтар флорасы, лейкоциттер болуымен сипатталады.
- 3 дәрежесі: құрамында Дедерлейн таяқшалары жоқ, лейкоциттер көп мөлшерде, кокқтар флорасы және арнайы патологиялық қоздырғыштардың болуымен сипатталады.
- ▶ 4 дәрежесі: құрамында Дедерлейн таяқшалары жоқ, лейкоциттер көп мөлшерде, кокқтар флорасы және арнайы патологиялық қоздырғыштардың көп болуымен сипатталады.

Қынаптың тазалық деңгейі



УДЗ

- ▶ Бұл зерттеу әдісі дәрігерге кіші жамбас астауындағы ағзалар туралы, қатерлі ісік диагностикасы, қабыну аурулары, пісіп жетілу аномалиялары туралы көптеген мәліметтер береді.

- ▶ **Эндоскопиялық әдістерге:**
- ▶ **диагностикалық
лапароскопия**

Гормоналды зерттеу

- ▶ Бұл әдісті етеккір бұзылысы болғанда, гирсутизмде, эндокринді жүйе ауруларында қолданады. Осы мақсатта қандағы гормон мөлшерін анықтайды.

Қорытынды

Осы көптеген зерттеу әдістері арқылы дұрыс диагноз қойып, емдеу шараларын жүргізіп, жетіліп келе жатқан балалар мен жасөспірімдер денсаулығын нығайтуға жол ашылды

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- Детская и подростковая гинекология. Гуркин Ю.А.: (Руководство для врачей). – М: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.
- Кулаков В.И., Уварова Е.В. Стандартные принципы обследования и лечения детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями по лового развития. - М, 2004.
- Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детского и подросткового возраста. - М., 2005.
- «Стандартные принципы обследования и лечение детей и подростков с гинекологическими заболеваниями и нарушениями полового развития». – Уварова Е.В., «Триада-Х», 2008.
- Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. - М: «Медпресс-информ», 2003. – 538 стр.

- Дедов И.И., Петеркова В.А. Детская эндокринология. - М: «Универсум-Паблшинг», 2006.-595стр.
- Дедов И.И., Петеркова В.А., Безлепкина О.Б. Синдром Шерешевского-Тернера у детей. – М, 1998.- 31стр.
- Дедов И.И., Петеркова В.А. Справочник детского эндокринолога. – М «Литерра», 2011.-524стр.
- Арстанбекова А.Е. Истинное преждевременное половое развитие: диагностика, лечение. – Астана, 2007. – 20 стр.
- Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Алгоритмы диагностики и лечения гипоталамо-гипофизарных заболеваний. – М, 2011 – 28 стр.
- Блунк В. Детская эндокринология. – М.: «Медицина», 1981 - 303стр.
- Kaplowitz P.B., Oberfield S.E.: Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: implications for evaluation and treatment. Drug and Therapeutics and Executive Committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. Pediatrics 1999, 104(4Pt 1): 936–41.
- Kettyle William M. Endocrine pathophysiology / William M. Kettyle, Ronald A. Arky. – Philadelphia– New York: Lippincott-Raven, 1998. – P. 99–288.
- Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология: Руководство для врачей.— М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 696с.
- Sizonenko P. C. Endocrinology in preadolescents and adolescents// Am. J. Dis. Child. 1988. Vol. 132. - P. 704 - 712.
- Левенець С.О., Верхошанова О.Г., Перевозчиков В.В. Рівень пролактину та його корекція у дівчат із передчасним телархе// Здоровье женщины.– 2007.–1 (29).–С 134–139.
- Дзенис И. Г. Особенности заболеваемости репродуктивной системы у девочек дошкольного возраста // Вопросы охраны материнства и детства.- 1992.-№ 45.

Ғаламтор:

- <http://ansya.ru/health/tairip-1-iz-balalar-men-jasspirim-iz-balalara-akusherlik-ginek/pg-3.html>
- <http://adilet.zan.kz/kaz/docs/V050003502>
- <http://allrefrs.ru/4-4978.html>

НАЗАР АУДАРҒАНДАРЫҢЫЗҒА РАХМЕТ!!!

