



Гинекологиялық ауруларды тексеру әдістері

402 топ студенті
Жумабекова Айдана

Науқасты объективті зерттеу организмнің тұтастай жағдайын **жалпы зерттеу** және **арнайы зерттеуден** тұрады.

Жалпы зерттеу дене бітімінің типін анықтаудан басталады.

Себебі ол организмнің нервтік, эндокриндік және басқа да жүйелерімен тығыз байланысты.

Қалыпты дене бітімінің типтері:

1. Инфантинді
2. Гиперстетикалық
3. Интер сексуалды
4. Астеникалық



Арнайы зерттеу сыртқы жыныс мүшелерін қараудан басталады. Қараған кезде қасаға аймағындағы түктену айқындалады.

Қынап арқылы зерттеу – қынапқа 2 және 3-ші саусақты енгізу арқылы жүргізіледі. Бұл кезде қынапқа кіру еніп аралықтың, жамбастың, бұлшық еттердің жағдайын, қынаптың ұзындығын, күмбездің тереңдігін, жатыр мойнының, қынап пен жатыр денесінің және қосалқыларының жағдайын анықтау мүмкін болады.

Кольпоскопия-
оптикалық аспап.
Кольпоскоп арқылы
жатыр мойнының
жағдайын бағалау
әдісі.

Ректальді зерттеу – 2 саусақпен жүргізіледі. Ол жатыр мойнынан паравагинальді және параректальді клетканың жағдайын анықтауға және тік ішектегі өзгерісті анықтауға көмектеседі.

Жатырды зондтау – жатырлық зонд арқылы жүргізіледі. Ұзындығы 20-25 см, ұшы дөңестеліп, қалындаған стержннан тұрады. Зондтау арқылы жатыр қуысындағы деформация даму ақауларын, жатыр қуысының ұзындығын анықтауға болады.

Артқы күмбез арқылы іш қуысын пункциялау - 12 см қалың инемен жүргізіледі. Бұл зерттеуді жатырдан тыс жүктілік және жатыр қосалқыларының қабынуы арқылы өлшеу диагностикалық мақсатында жүргізіледі.

Аспирациялық биопсия – браун шприці көмегімен жасалады. Оның ұшына арнайы қасық енгізіледі. Оны жатыр мойнының каналына кеңейтіп жатыр қуысына енгізіледі. Асперация жолымен жатыр түбі бұрыштары және басқа бөлімдеріне тез бөлінетін эндометритті алады, оны заттық шыныға салып басқа шынылық жеңіл қимылмен жағынды жасайды және зерттейді.

Кальпография – қынаптың көлемі, пішіні, сыйымдылығы, даму ақаулары немесе атризиясын анықтауға мүмкіндік береді.

Эндоскопиялық зерттеу – пальпоскопия жарықтандырғыш прибормен жабдықталған венокулярлы және монопулярлы лупа көмегімен қынапты және жатыр мойнын, қынап бөлігін қарау. Ол 30 есе үлкейтіп көрсетеді.

Етеккір циклінің бұзылысы

Етеккір тұрақтылығы мен ұзақтылығының бұзылысы:

1. Аменорея – 15 жасқа дейінгі етеккірдің келмеуі.
2. Аменорея – 4-6 ай мерзіміндегі етеккірдің келмеуі.
3. Олигоменорея – етеккір ұзақтығы 25 күннен аз.
4. Полименорея – етеккір ұзақтығы 35 күннен көп.

Аменорея



Циклды бұзылыстар (реттелмеген етеккір циклының болуы)

- Етеккір кезінде қан шығынының өзгеруі (Етеккір кезінде қан шығыны 50 мл жуық)
- Етккір ұзақтығының өзгеруі (қалыпты етккір ұзақтығы 3-6 күн)
- Етеккір циклы ұзақтығынан өзгеруі (21-35 күн)

The background is a solid blue gradient. In the corners, there are decorative white line art elements resembling electronic circuit boards or neural network connections, with small circles at the end of the lines.

**Әйел жыныс
мүшелерінің қабыну
аурулары.**

Гинекологиялық аурулар ішінде қабыну аурулары жиілігі 60-65%.
Жатыр қосалқыларының жедел қабыну аурулары 20-24 жас аралығында жиі кездеседі. 24-25 жас аралығында созылмалы процесс оның салдарының жиілігі жоғары (бедеулік).

Төменгі жыныс мүшелерінің қабыну аурулары спецификалық емес
вагинит, вартолинит, кандидоз, кольпит, вульвиит.

Спецификалық емес вагинит

Шартты патогенді микроорганизмдермен шақырылатын қыныптың инфекциялық қабыну аурулары.

Жіктелуі:

- Жедел
- Жеделдеу
- Созылмалы

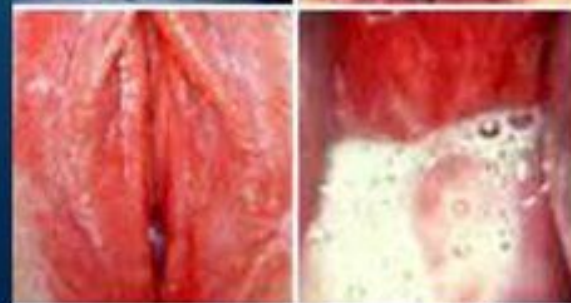
Клиникасы:

Әйелді тексеру барысында қынаптың кілегейлі қабатының аздығының зақымдалуы. Іріңді жабындымен сиппатайтын шырышты қабаттың қолдануымен жүретін эрозиядан соң ауыр процессін байқауға болады. Аурудың негізгі белгісі болып іріңнің көпіршікті, сулы жағымсыз иісті бөліністер болып табылады.

Екінші негізгі симптомы: бөлінісінің тітіркендіруі мен пайда болған қышыну мен дизуриялық бұзылыстар.

Емі:

қабынуға қарсы этотроптық дәрілер, қосалқы ауруларды емдеу, жыныстық қатынасын тоқтату, жыныстық партнерын емдеу.

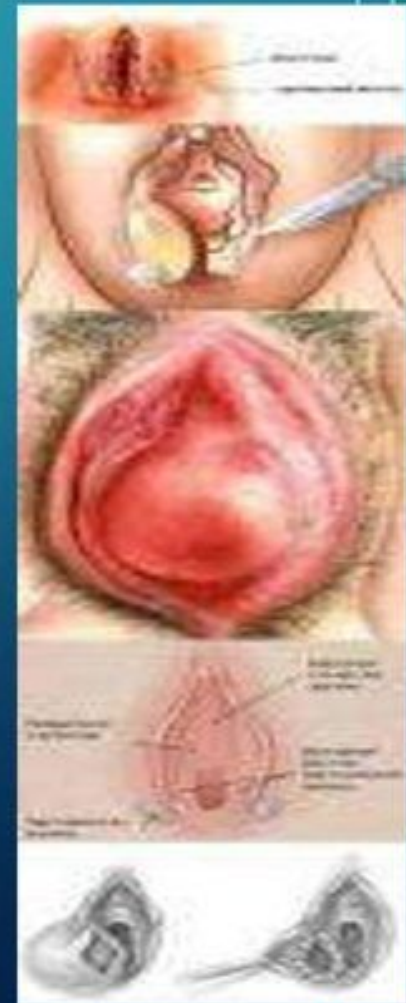


Бортолинит

Бұл қынап кіреберісінің үлкен безінің қабынуы. Инфекция без арқылы өтіп, өзекті қабындырып бітейді, ісіндіреді.

Клиникасы: үлкен жыныс аймағында отырғанда, жүргенде қатты ауырсыну сезімі пайда болады. Әлсіздік, тахикардия. Қарап тексергенде: ісініп, қызару.

Емі: антибактериалдық, іріңге-хирургиялық ем. Абцессті жарақаттарды антисептикалық өңдеу.



Вульвит

Сыртқы жыныс ағзаларның қабынуы. Репродуктивті жастағы әйелдерде вульвит негізінен екіншілік болып, кольпит эндоцервицитпен көрінеді.

Біріншілік вульвит ересектерде гигиенаны сақтамағанда, диабет термиялық, механикалық әсерлерден болады.

Клиникалық көрінісі:

жедел вульвит кезінде науқастың шағымы сыртқы жыныс ағзасында қышу, ашу болады. Ауру вульваның қызаруы мен ірінді немесе ірінді-серозды бөліністермен шап лимфа түйіндерімен үлкейуі мен көрнеді.

Емі:

Негізгі қабынуды шақырып тұрған патологияны жою.

1. Қынапты өсімдіктер жиынтығымен (түймедақ, календула, шалфей), антисептиктер ерітіндісімен (диоксидин, мирамистин) шаю.
2. Комплексі әсер көрсететін **антибиотиктерді** пайдалану.
3. Сыртқы жыныс мүшелер аумағында айқын қышыну белгілері мазаласа **антигистаминді** препараттарды тағайындау. Олар димедрол, супрастин.

Кольпит

Қынаптың шырышты қабатының қабынуы. Бул репродуктивті жастағы әйел, қыздардағы ең жиі кездесетін қабыну аурулары.

Клиникалық көрінісі:

Аурудың жедел сатысында науқас қынаптағы қышу, ашыту, жыныс жолдарының іріңді-серозды бөліністерінің бөлінуінен, жыныстық қатынас кезінде қынаптағы ауырсыну кезінде шағымданады. Гинекологиялық зерттеу кезінде қынаптың гипремиялық қызаруын, бір затты тигізгенде қынап, іріңді бөліністер болады.

Емі:

Комплексті ем.

Қынапты диоксидин, хлоргиксидин ерітінділерімен шаю. Антибактериялды емнен кейін қынап қалыпты микрофлорасын қалыптастырып қалпына келтіру үшін эубиотиктер тағайындалады. Олар бифидумбактерин, лактобактерин.

Мерез

Мерез — жұқпалы созылмалы ауру. Ол тек адамда ғана болады. Көбінесе жыныстық жақындасу арқылы жұғады. Кейде осы аурумен ауырып жүрген адаммен сүйіскенде, сол адам пайдаланған орамал, қасық, шанышқы, қылдырық, ерін бояуы, темекі арқылы да жұғуы мүмкін. Мерез қан берген адамның қаны, ананың емшек сүті арқылы да жұға береді. Аурудың көзге көрінетін алғашқы белгісі — қатты шанкр.

Ауру белгісі пайда болғаннан кейінгі бір апта ішінде жара маңайындағы бездер үлкейіп ісе бастайды. Бірақ, ол жанға батып ауырмайтындықтан, сырқаттың оған көңіл аудармауы да мүмкін.

Ауру жұққаннан кейін бір жарым-екі айдың ішінде де сырқаттың жалпы көңіл-күйі пәлендей өзгере қоймайды, бірақ, аздаған әлсіздік, буындардың сырқырауы, дене қызуының ептеп көтерілуі байқалады.

Мерез жазылмайтын ауру емес, одан айығудың кепілі — шипагерлерге уағында көрініп, жазылғанша үзбей емделу.



Соз

Соз— ең зиянды жұқпалы жыныс ауруларының бірі.

Создың қоздырғышы — Neisserie тобына жататын гонококк. Ересек адамдарға ауру жыныстық қатынас кезінде, ал балаларға дерт ата-анасынан (мыс., босану кезінде) жұғады

Аурудың жасырын кезеңі бір күннен 2 — 3 аптаға дейін созылуы мүмкін. Ауру еркектерде үрпіден, әйелдерде жатыр мойнынан басталады. Ер адам Соз ауруына шалдыққанда, гонококк ағзаға өткеннен кейін қабыну процесі жүреді. Науқастың денесі күйіп, қышына бастайды, кіші дәретке отырғанда ауырсынады. 1 — 2 күннен кейін несепке іріңді зат араласып, кіші дәретке отырғанда қуық қатты ашып ауырып, үрпі қызарып, ісінеді. Созбен ауырғанда дұрыс ем қабылдап, толық жазылып кетпесе, еркек те, әйел де бедеулікке шалдығады.

Емі:

антибиотиктер, сульфаниламидтер беру; иммунотерапия, физиотерапия тағайындалады. Ауру қайталанбау үшін жеке бастың гигиенасын сақтап, диета ұстау қажет; науқас адам арнайы ауруханада емделіп, дәрігердің бақылауында болады.