



I Тарау. Қыз балалардың әртүрлі жас кезеңдеріндегі репродуктивті денсаулығын болжамдау және бағалауға арналған қазіргі таңдағы халықаралық стандарттар

Балалар емханасындағы педиатр, гинеколог және балалар уролог-андрологының негізгі міндеттері алдын алу, ерте диагностика және неонаталдық кезеңнен 17 жасқа дейін репродуктивті жүйе қалыптасуындағы бұзылыстарды тиімді жою, ұрпақты болу болжамын анықтау, балалар мен жасөспірімдерде клиникалық маңызы бар мәліметтерді репродуктивті денсаулық паспортына тіркеу, балалар емханаларында мамандар мен денсаулық сақтау объектілерінің мектеп дәрігерлерімен және ересектерге арналған емдеу-профилактикалық мекемелерімен (әйелдерге кеңес беру, отбасын жоспарлау орталықтары, перинаталдық орталықтар және т.б.) сабақтастығын жүзеге асыру болып табылады. Балалар мен жасөспірімдерге медициналық көмек көрсетудегі басты әрекет- репродуктивті бұзылыстарға ұқыптылықпен мән беру. Репродуктивті жүйенің бұзылысының дамуына болжам болатын кез келген ұқыптылықпен анықталған симптомдар мен аурулар, гинеколог пен уролог - андролог кеңесіне көрсеткіштер ретінде қаралу керек.

Гинеколог немесе балалар уролог-андрологінің қызметтік міндеті профилактикалық және кеңестік - диагностикалық көмек көрсету болып табылады.

Жасөспірімдерге көрсетілетін міндеттерге, репродуктивті мінез-құлық сұрақтарына, түсік тастау профилактикасына, түсік тастаудан кейінгі

репродуктивті жүйенің реабилитациясына, қалаусыз жүктіліктерден сақтану жолдарына кеңес беру жатады. Жасөспірім кездегі репродуктивті денсаулықты паспорттау рәсімдемесіне (әйелдерге кеңес беру орталығының, отбасың жоспарлау орталығының, жастар денсаулығын сақтау орталығының, перинатальдық орталығының, жастар достық орталығының талаптарына сәйкес) бас дәрігер және бөлім меңгерушісі, балалар уролог-андрологі, гинеколог, психолог, венеролог, эндокринолог жауапты.

Қыз баланы гинекологқа профилактикалық тұрғыдан жолдамамен тексерілуге негіз болатын көрсеткіштер:

- Мектепке бару, 11-15 жас аралығы, 15 жастан бастап жыл сайын.
- Етеккірдің басталуы (шағымдар болмаса да).
- Құрсак қуысындағы ауырсыну сезімдері (кез келген жаста).
- Іштің формасының өзгеруі.
- Жыныстық жетілу белгілерінің пайда болуы (сүт безінің ұлғаюы, түктердің пайда болуы) 8 жасқа дейін.
- Екіншілік жыныстық жетілу белгілерінің болмауы.
- 14-15 жастан асқанымен етеккірдің болмауы.
- Етеккірдің циклының бұзылуы, 3 айдан артық кідіруі.
- Зәр анализінің патологиялары (бактериурия, лейкоцитурия).
- Сыртқы жыныс мүшелерінің құрылымдық бұзылыстары, яғни сыртқы гениталий әйел жынысына тән емес.
- Семіздіктің II-III дәрежелері, жыныстық жетілу кезінде дене салмағының жеткіліксіздігі.
- Ер адам типіне тән түктену.
- Физикалық дамудың кідіруі.
- Лапаротомиядан кейінгі жағдай: аппендицит, перитонит және т. б.
- Созылмалы тонзиллиттің декомпенсирленген формасы.

- Ревмокардит.
- Эндокрин жүйесі аурулары, аллергиялық-инфекционды ауруларымен ауыратын қыз балалар.
- Сексуалды зорлау белгілері.

Қыз балалардың жыныстық және физикалық дамуының жастық ерекшеліктері

Өмірдің маңызды сәттерінде денсаулығының жағдайы мен дамуының ерекшеліктерін анықтау жас кезеңдерінің жіктемесін қолдануды талап етеді. Адамның биологиялық дамуының әр сатысының индивидумның генетикалық және филогенетикалық ерекшеліктерінің дамуымен анықтайтын шартты шектеулері бар. Бұл шартты шектеулер әйел өмірінің әр түрлі мерзімдік кезеңдерінің пайда болу себебі болуы мүмкін. (№1 кесте.)

№1 кесте.

Баланың жас кезеңдері

Кезең аталуы	Жас аралығы	Осы жасқа сәйкес ерекшеліктері
Жаңа туылған нәрестелік кезең	1- 28 күн	Уызбен жаңа туылған нәрестені емізу кезі. Бойының ұзына бойы жылдам өсе бастауы. Жиі дене салмағының төмендеуі.
Сәбилік кезең	28 күн - 1 жыл	Тұрақты сүтпен емізе басталуы. Алғашқы сүт тістерінің шыға бастауы (6 айдан бастап). Барынша өсу процессінің интенсивтілігінің жоғарлауы, дене қалпының түзу қалпына келуі, отырып-тұруы, алғашқы қадамдардың қалыптасуы. Қоршаған ортаға деген танымдылық-қызығушылық туындауы, еліктеу.

		Сәбилік дыбыстар, өзіндік сөйлеудің қалыптасуы.
Ерте балалық шақ	1-3 жас	Алғашқы тістердің толығымен өсіп шығуының бітуі. Өсу процессінің интенсивтілігінің бәсеңдеуі. Суреттерді тани алуы, қиялдау, жансыз заттарды жанды деп елестету. Сөйлей алу қабілеті ересектердей.
Біріншілік балалық шақ	4-7 жас	Бой өсуінің кідірісінен кейінгі өсу процессінің жоғарылап, бірден бойының ұзаруы. Тұрақты тістердің шыға бастауы. Алғашқы жыныстық диморфизмнің пайда болуы мен ұл немесе қыз екенін түсіне бастауы. Айналасындағы заттарды игере бастауы. Этика негізін және көпшілікте қалай ұстау керектігін түсіне бастауы. Талпыныстың пайда болуы.
Екіншілік балалық шақ	8-11 жас	Тұрақты тістердің одан әрі шығуы (ақыл тістерінен басқа). Екіншілік жыныстық жетілудің басталуы мен өсу процессінің активтенуі. Санасы логикалық ойлау қабілетіне ауысады. Социалды адаптация болады. Зер салу мен бағытталған есте сақтау қабілетінің дамуы.
Жеткіншектік кезең	12-15 жас	Пубертатты спурт-екіншілік, нағыз бой өсу процессінің басталуы. Жыныстық жетілу мен бойының ұзына бойы өсуі. Бүкіл дене мүшелерін қамтитын үлкен морфофункционалды дамуда ілгерілулер. Абстракты ойлау қабілетін сөзбен жеткізе

		алуы. Интеллектуалды интенсивті дамуы (өз өзіне анализ жасау мен тәрбиелеу), жоғары жыныстық идентификация мен эмоционалды тұрақсыздық
Жасөспірімдік кезең	16-20 жас	Интенсивті өсу процессі мен ағзаның қалыптасуының тоқтауы (дифинитивті кез). Тұлға болып қалыптаса бастауы, өзіндік өмірге деген көзқарасының қалыптасуы. Көбіне социалды активтілігі деструктивті көріністе беріледі.

Гормондардың жас ерекшелік динамикасы жайында заманауи білімді негізге ала отырып, келесі кестеде (№2-кесте) қыздар мен ұл балалардағы репродуктивті жүйесінің қалыптасуының жіктелуін ұсынады. Репродуктивті жүйенің даму бұзылыстарын анықтау мақсатында қыз баланың дамуының негізгі заңдылықтары жайында ақпаратты білу, дәрігер үшін дұрыс зерттеу алгоритмін қолдануға мүмкіндік береді.

Жыныс бездерінің дұрыс эмбриогенезі кезінде урогениталды жотаның мезенхимасында жыныс бауларында эпителиалды тізбектерінің арасында орналасатын біріншілік ұрық жасушалары оогонияларға бастау береді. Оогония, белсенді бөлінуін жалғастыра отырып, эмбриогенездің 8-12 аптасына қарай 6-7 миллионға дейін ұлғаяды, ал кей зерттеушілердің нәтижелеріне сүйенсек, миллиард жасушаға дейін ұлғаю мүмкіндігі бар.

Біріншілік және екіншілік фолликулдардың белсенді түзілуі көбінесе әйелдің жыныс мүшесіндегі ұрықтың құрсақшілік дамуы кезіндегі 18-25 апталарында өтеді. Бұл мерзімде аналық без жасушасының морфологиялық өзгерісі әр түрлі болады. I реттік овоцитпен косарлана бірге жүретін, дамуы әр түрлі дәрежедегі фолликулдар жиынтығы - аналық без жасушасының қыртысты

		Сәбилік дыбыстар, өзіндік сөйлеудің қалыптасуы.
Ерте балалық шақ	1-3 жас	Алғашқы тістердің толығымен өсіп шығуының бітуі. Өсу процессінің интенсивтілігінің бәсеңдеуі. Суреттерді тани алуы, қиялдау, жансыз заттарды жанды деп елестету. Сөйлей алу қабілеті ересектердей.
Біріншілік балалық шақ	4-7 жас	Бой өсуінің кідірісінен кейінгі өсу процессінің жоғарылап, бірден бойының ұзаруы. Тұрақты тістердің шыға бастауы. Алғашқы жыныстық диморфизмнің пайда болуы мен ұл немесе қыз екенін түсіне бастауы. Айналасындағы заттарды игере бастауы. Этика негізін және көпшілікте қалай ұстау керектігін түсіне бастауы. Талпыныстың пайда болуы.
Екіншілік балалық шақ	8-11 жас	Тұрақты тістердің одан әрі шығуы (ақыл тістерінен басқа). Екіншілік жыныстық жетілудің басталуы мен өсу процессінің активтенуі. Санасы логикалық ойлау қабілетіне ауысады. Социалды адаптация болады. Зер салу мен бағытталған есте сақтау қабілетінің дамуы.
Жеткіншектік кезең	12-15 жас	Пубертатты спурт-екіншілік, нағыз бой өсу процессінің басталуы. Жыныстық жетілу мен бойының ұзына бойы өсуі. Бүкіл дене мүшелерін қамтитын үлкен морфофункционалды дамуда ілгерілулер. Абстракты ойлау қабілетін сөзбен жеткізе

		алуы. Интеллектуалды интенсивті дамуы (өз өзіне анализ жасау мен тәрбиелеу), жоғары жыныстық идентификация мен эмоционалды тұрақсыздық
Жасөспірімдік кезең	16-20 жас	Интенсивті өсу процессі мен ағзаның қалыптасуының тоқтауы (дифинитивті кез). Тұлға болып қалыптаса бастауы, өзіндік өмірге деген көзқарасының қалыптасуы. Көбіне социалды активтілігі деструктивті көріністе беріледі.

Гормондардың жас ерекшелік динамикасы жайында заманауи білімді негізге ала отырып, келесі кестеде (№2-кесте) қыздар мен ұл балалардағы репродуктивті жүйесінің қалыптасуының жіктелуін ұсынады. Репродуктивті жүйенің даму бұзылыстарын анықтау мақсатында қыз баланың дамуының негізгі заңдылықтары жайында ақпаратты білу, дәрігер үшін дұрыс зерттеу алгоритмін қолдануға мүмкіндік береді.

Жыныс бездерінің дұрыс эмбриогенезі кезінде урогениталды жотаның мезенхимасында жыныс бауларында эпителиалды тізбектерінің арасында орналасатын біріншілік ұрық жасушалары оогонияларға бастау береді. Оогония, белсенді бөлінуін жалғастыра отырып, эмбриогенездің 8-12 аптасына қарай 6-7 миллионға дейін ұлғаяды, ал кей зерттеушілердің нәтижелеріне сүйенсек, миллиард жасушаға дейін ұлғаю мүмкіндігі бар.

Біріншілік және екіншілік фолликулдардың белсенді түзілуі көбінесе әйелдің жыныс мүшесіндегі ұрықтың құрсақшілік дамуы кезіндегі 18-25 апталарында өтеді. Бұл мерзімде аналық без жасушасының морфологиялық өзгерісі әр түрлі болады. I реттік овоцитпен косарлана бірге жүретін, дамуы әр түрлі дәрежедегі фолликулдар жиынтығы - аналық без жасушасының қыртысты

кабатының функционалды бірлігі болып саналады. Милы қыртыс негізінен байланыстырушы болып саналады және мезенхиманың біріншілік гонадасының қалдығы болып табылады.

№2 кесте.
дәрежесі.

Әйелдің репродуктивті жүйесінің негізгі құрылу

Кезең атаулары	Жастық интервал
Жатыршілік кезең, соның ішінде: Эмбрионалды кезең Ұрықтық кезеңі	Ұрықтанудан бастап 35 күнге дейін; 8,5 – 9 апталықтан туғанға дейін;
Жаңа туылған нәрестелік кезең	Туылған күннен 28 күнге дейін;
Сәбилік кезең	28 күннен 1 жылға дейін;
Балалық кезең, соның ішінде: Ерте балалық шақ кезеңі Орта балалық шақ кезеңі Кеш балалық шақ кезеңі	1 жастан 3 жасқа дейін; 3 жастан 6 жасқа дейін; 6 жастан 8 жасқа дейін;
Жыныстық жетілу кезеңі, соның ішінде: Препубертатты кезең Пубертатты кезең:	8 жастан бастап алғашқы етеккір келгенге дейін (ұл балаларда 12 жасқа дейін);
I фаза – Жеткіншектік кезең	Етеккір келгеннен бастап 15 жасқа дейін (ұл балаларда 13 жастан 16 жасқа дейін);

II фаза- Жасөспірімдік кезең	16 жастан 19 жасқа дейін (ұл балаларда 17 жастан 21 жасқа дейін);
------------------------------	---

Құрсақішілік өмірдің 26-28 аптасында оогонийдың бөлінуі көбінесе тоқтайды, ал сол сәтте аналық без жасушасының қыртысында ешқандайда біріншілік жыныс жасушасының ұрығы болмайды.

Қыздардың әртүрлі жас кезеңдеріне байланысты репродуктивті жүйе құрылымының топографиясы мен физиологиясының өз ерекшеліктері бар. Неонаталдық кезеңде аналық без сопақша пішінде болып, олардың ұзындығы 1,5-2 см тең, ал қалыңдығы 0,1- 0,35 см құрап, құрсақ қуысында орналасады және беті тегіс болып табылады. Жатыр ұзындығы шамамен 3 см. Жатыр мойны мен жатыр денесінің ұзындығының қатынасы 3:1 тең, ал олардың арасындағы бұрыш айқын емес. Жатырдың салмағы 4 г. Өмірнің 10 - шы күні эстроген әсерінің барлық көріністері жоғалады. Қынаптың шырышты қабаты жұқарып, эпителий қабаттарының саны 2-4-ке дейін төмендейді. Негізгі жасуша түрі- базальді және парабазальді. Жатыр мойны шырышы секрециясын тоқтатып, сүт бездері тегістеледі. Балалық шақ кезеңі 8 жасқа дейін созылады. Өмірнің бірінші жылында жатырдың мөлшері кішірейеді. Өмірдің алғашқы жылының соңында жатырдың ұзындығы- 2,5 см, салмағы 2,3 г. Өмірінің 4- жылында жатыр салмағы 2,8 г жетеді. Жатыр және жатыр мойны қатынасы өзгереді: ол бірінші жылдың соңында 2:1; 4 жаста - 1,7: 1; 8 жаста - 1,4: 1; 3-4 жас шамасында жатыр кіші жамбасқа түседі. 5-6 жасқа дейін аналық без өлшемдері айтарлықтай өзгермейді, сондай-ақ салмағы 0,53-ден 1,01 дейін артып, 8 жаста олардың салмағы 1,5г жетеді. Гипоталамуста өте аз мөлшерде РГ ЛГ бөлінеді. Гипофизде ФСГ, ЛГ түзіліп өндіріле бастайды. Балалық шақтан бастап гипофиз және аналық без өздерінің морфологиялық дамуын аяқтап, белсенді эндокриндік бездерге қалыптасады. Жыныстық жетілу кезеңі 10 жылға жуық уақыт алады. Жас шамасы бойынша шекарасы 7 (8) - 17 (18) жас аралығы. Осы уақыт ішінде, репродуктивті жүйенің жетілуінен басқа, әйел

денесінің физикалық дамуы аяқталады: бойы өсіп , түтікті сүйектердің өсу аймақтарының оссификациясы аяқталады. Дене бітімі қалыптасып, май және бұлшық ет тіндері денеге таралып әйел типтес болады.

Гипоталамо-гипофизарлы–аналық без жүйесінің пісіп жетілуінің үш кезеңін ажыратады. *Алғашқы кезең* препубертатты кезең (7-8 жас), бұл кезең гипоталамикалық құрылымдардың нейросекрециясының әсерінен гонадотропиндердің секрециясымен және олардың босатылуымен сипатталады. Гонадотропиннің босатылуы әр 5-7 күнде ациклді түрінде, эпизодтық сипатқа ие болып, эстроген секрециясы төмендейді. Пубертатты кезеңде бойдың өсуінің «секіруі» басталады, дене бітімінің феминизациясының алғашқы белгілері орын алады. Май ұлпасының таралуы салдарынан санның ұлғаюы және дөңестенуі болып, әйел жамбасы қалыптасады. Қынаптың эпителий қабатының саны артып, аралық типтегі жасушалар пайда болады.

Екінші кезең – пубертатты кезеңнің бірінші фазасы (10-13 жас). Осы кезеңде тәуліктік циклдіктің қалыптасуы және гонадотропиндердің өндірілуінің артып, ол аналық без гормондарының секрециясын жоғарылатады. Бұл кезең менархенің ерте басталуымен аяқталады. Пубертатты кезеңінің (жылдарының) бірінші фазасында сүт бездерінің өсуі басталады - телархе; қынап эпителийінің жасушаларында ядролардың пикнозы басталып, қынаптың флорасы өзгереді. Лактобацилла пайда болады; қасағаның түктенуі орын алады (11-12 жас) - пубархе. Бұл кезең алғашқы етеккірдің басталуымен аяқталады – менархе .Осы процесс дененің ұзына бойы жылдам өсуімен аяқталады (шамамен 13 жас).

Үшінші кезең – пубертатты кезеңнің екінші фазасы (жасына сәйкес). Гонадотропиндердің циклдік сипаты қалыптасады, ол ЛГ және ФСГ-ның салыстырмалы түрде монотонды болып табылатын жоғары (овуляциялық) өндірілумен сипатталады. Циклдық сипаттағы гипоталамустың, гипофиз және аналық бездердің нейросекрециясына ие болады, етеккір циклы – овуляциялық сипатқа ие.

Пубертатты кезеңнің екінші фазасында (14-17 жас) бездер мен түктену даму аяқтайды, соңынан 13 жасынан басталатын қолтық асты түктену аяқталады. Етеккір циклы овуляторлы сипатқа ие болып, дененің өсуі тоқтап, әйел жамбас астауы толық қалыптасады.

Әр аймақта қыздарда менархенің орташа жасы, 12,5-тен 13 жас аралығын құрайды. Физиологиялық өзгерістер 10- 15 жасқа дейін созылады. Алғашқы етеккір - менархе сүт бездерінің дамуы басталғаннан кейін 2 жылдан соң және қолтық асты түктенуінен кейінгі 6 айда пайда болады.

Балалардың репродуктивті жүйесінің бұзылыстарының дамуындағы қауіп-қатер факторлары:

- Бедеулік, түсік немесе көтереалмаушылық, эндокринді, жүйелі және гинекологиялық аурулар;
- 35 жасында немесе оданда жоғары жас шамасында анасының көтеруі;
- Қоршаған ортаның эмбриотоксикалық және тератогенді факторлары, кәсіби қауіптер, темекі шегу, спиртті ішімдікке әуестену, таксикомания және ата-анасының нашакорлыққа тәуелді болуы;
- Гормональдық терапия қолдану;
- Жүктілік кезіндегі эклампсия және преэклампсия, екі қабат әйелдердегі қант диабеті;
- Мезгілінен бұрын босану;

Ананың жүктілігінің патологиялық бағыты көптеген жолдармен баланың репродуктивті жүйесінің жағдайын анықтай алады. Патогендік фактордың (токсикоз, преэклампсия, дәрілік заттарды қолдану, соматикалық патология, кәсіби қауіптер) және гестация жасының әрекет етуінің ұзақтығы маңызды рөл атқарады. Осылайша, зақымдаушы факторлардың ұзақ мерзімді әсері, аналық без, сыртқы және ішкі жыныс артта құрылымдық функционалды

саралауды анықтау аденогипофиздің функционалдық жағдайын тежелу, бүйрек үсті безінің қыртысының әкелуі, қалқанша, және, осылайша, босанғаннан кейінгі кезеңде осы органдардың патологиясы алдын ала шешуге құқылы мүмкін. Созылмалы инфекциялар және интоксикациялар, эмбриогенездің ерте сатыларындағы радиация (6 аптаға дейін) гонад агенезиясын тудырып, бұл бастапқы ұрық жасушаларының өліміне әкелуі мүмкін.

Келесі қауіпті кезең - жана туған және нәресте кезеңі. Бұл кезеңде нәресте организмінің нейроэндокринді, метаболизмдік және иммундық деңгейлері сыртқы өмірге бейімделеді. Бала кезінен бастап дене салмағының максималды өсуі байқалады.

Аралас тамақтандыру үлгісіне ауысқанда, иммунологиялық және метаболитикалық стресс кезінде баланың организмі өзінің қорғаныс жүйелерін біріктіруге тырысады. Осы кезеңде ауруларда сусыздану үрдісі байқалады, бұл өз кезегінде өсуді тоқтатуға әкеледі. Пассивтік гуморалды иммунитеттің төмендеуі, сондай-ақ организмнің тағамдық сезімталдығына иммундық жауаптың басым болуы. Ағзадағы қолайсыз ауытқулар гомеостазды реттеу жүйесіне кейде қайтымсыз зиян келтіре алады.

Еңбек уақытының ұзақтығы (ұзақ сусыз кезең), босану жәрдемақысы, жеткізілім түрі (тәуелсіз немесе қисарлы секция), Аpgар шкаласы бойынша балы, босанғаннан кейінгі кезеңде (еңбек кезеңі) және ерте неонаталды кезеңде (1 апта өмір) бала туу мен босану кезіндегі диагностика, емшек сүтімен емізу және ана лактацияның сипаты, БЦЖ егу уақыты, кіндіктің түсу уақыты, перзентханадан шыққан кезде баланың және ананың жағдайы. Кеш неонаталды кезеңде (1 айға дейін) босану жарақаттарының көрінісі, асфиксия, шала туылу, нәрестенің гемолитикалық аурулары, жедел жұқпалы және жұқпалы емес аурулар, сондай-ақ, жасанды тамақтануға ерте ауысуы ескеріледі. Дегенмен, ерте балалық кезеңде өсу жылдамдығының баяулауы байқалады, ол анаболиялық процестердің басымдылығы кезінде байқалады. Осы жас кезеңінде барлық биометриялық көрсеткіштердің желілік (изометриялық) өсуі көрініс береді. Осы жастағы балалар көптеген жергілікті микробтық агенттерге

иммундық жауапты дамытады, ол Т-лимфоциттердің көмекші функциясын, жергілікті иммунитеттің жеткіліксіздігімен байланысты. Бұл жастағы аздаған ми дисфункцияларының көрінісі яғни, сөйлеуді кешіктіру секілді невротикалық реакциялар болуы мүмкін. Осы кезеңде қауіпті жағдай өсу гормонының жеткіліксіздігі. Инфекциялар жиі иммундық стресстің белгісі болып табылады.

Орта балалық шақ кезеңінде бірінші «кеңеюдің» басталуы, бас ми жарты шарларының өзара дифференциациясы, ОЖЖ процестерінің күші мен ұтқырлығының артуы орын алады. Иммундық жүйенің дамуы осы жастағы балаларда әлі аяқталмағанына қарамастан, иммундық жүйенің көптеген көрсеткіштері ересектердікіне сәйкес келеді, сондықтан IgE деңгейі жоғарылайды.

Орта және кеш балалық шақта эмоциялық стресс пен орталық жүйке жүйесінің тез шаршауы қауіпті жағдай болып саналады. Жиі инфекция және созылмалы соматикалық аурулар баланың өсуінің кідіруіне әкелуі мүмкін. Созылмалы инфекция және интоксикация, ақыл-ой және физикалық жарақат, аллергиялық жағдайлардың барлығын орталық жүйке жүйесінің дисфункциясына әкелетін созылмалы стресс ретінде қарастыруға болады.

Ерте және кеш постнаталды даму кезеңдерінде, гипотрофия немесе паратрофия, психомоторлық дамудың бұзылыстарын, қайталанған жұқпалы аурулар мен рахит, анемия және диатездерді дистрофиялық тіннің трофикасының бұзылыстары түрінде қарастыру қажет.

Баланың туылған сәтінен қазірге дейінгі өмір салтын нақтылау, тамақтану ерекшелігі, мүмкін болатын жағымсыз экзо және эндогенді әсерлер, түрлі физикалық, психологиялық, эмоционалды жүктемелері, жұқпалы жедел және созылмалы экстрогениталды аурулардың дамуы мен мінездемесі, жарақаттар мен асқынулары, операциялық көмектер, туберкулезбен ауыратын науқастармен қарым қатынасы, АИТВ және басқа да қауіпті аурулармен басқа да ауруы жеке биологиялық анамнезінде қарастырылады.

Бала үшін жыныстық жетілу кезеңі, әсіресе қыз балаларда, өміріндегі ең ұзақ сыни кезеңдердің бірі болып саналады. Осы жас тобындағы балаларда

гонадотропин синтезі реактивтеледі, жүйке талшықтарының миелинизация процесі аяқталады, лимфоидты тіңдердің массасы төмендейді, сонымен қатар, тимус инволюциясы жүреді, көптеген агенттерге қарсы күшті және әлсіз иммундық жауаптың қалыптасуы және жыныстық гормондардың иммундық жүйеге әсері активтенеді. Жыныстық жетілу кезеңінің физиологиялық ерекшеліктері барлық соматикалық функциялардың эндокриндік және вегетативтік реттелуінің айқын тұрақсыздығымен сипатталады.

Жасөспірімдік кезең адам өмірінің ең күрделі сатыларының бірі болып табылады және оның калай өтетіні көптеген факторларға байланысты болады, олардың ішінде маңызды рөлді биологиялық (жыныстық жетілу, денсаулық), әлеуметтік (қоғамдық өмірдің тұрақтылығы, ең жақын ортаның қолдауы), әлеуметтік - психологиялық (ата-анасымен және референттік топпен байланыс, эмоционалдық күйін дамыту, әсіресе эмпатия) және психологиялық факторлар (когнитивті ортадағы өзгерістер және жасөспірімнің тұлға ретінде өсуі) алады.

Жасөспірімдердің психикалық статусында дерексіз ойлау, жеке бағдардың қалыптасуы байқалады.

Психосексуалдық дамуы, керісінше, сексуалды құштарлық, сексуалды мінез-құлық және жасөспірімнің тәрбиелену ерекшелігі қалыптасатын қоршаған ортаға тікелей тәуелді. Бұл этаптың ерекшелігі ағза деңгейінде болатын процесстің интенсивтілігі кардиалды трансформацияларға әкеледі, олар әрқашан тұлғаның әлеуметтік-психологиялық өзгерістерінде жасөспірімдердің санасына бірден, тез әсер етпейді. Ортаның жаңа жағдайына сай келмеу сезімі және өзі туралы бұрыннан қалыптасқан сезім қайшылықтары салдарынан өз-өзіне деген сенімсіздік және дискомфорт пайда болады. Петерсон бойынша қалыпты дамып келе жатқан балаларда да пубертатты кезеңде кардиалды-психикалық өзгерістер болады, нәтижесінде оларда депрессивті симптомдар және дезадаптивті мінез-құлық даму дәрежесі жоғарылайды. Дезадаптация шектен тыс ашықтықпен (экстроверттік), коммуникациялық қиындықтарда тұрақтылық бұзылу сезімі және өзін ұстауында жоғары бақылаумен көрінеді. Пайда болған стресстік жағдайлар регуляция тұрақтылығын біршама қиындатады. Сол

себептен, психоэмоционалды жүктемені, стресстік жағдайларды, вегетативті бұзылыстарды, ауыр психикалық жарақаттардың болуын және әсер ету мерзімін анықтау керек.

Керісінше, «Мен» түсінігінің әртүрлі аспектілерінде көрініс табатын іс-әрекеттерге сәйкес физикалық өзгерістерді іздестіру жасөспірімнің ағымдағы өзгерістерге бейімделуіне ықпал етеді. Қалыпты жыныстық даму кезінде тек 18 жасқа қарай жасөспірімдік кезеңнің тапсырмаларынан нәтижелі өткенде ғана жасөспірімнің адаптация деңгейі жоғарылайды.

Стресстік жағдайлар, оның ішінде психоэмоционалды жыныстық жетілуді тежеуі немесе жаңадан қалыптасқан етеккірді тежеп, қыз балаларда аменореяға әкелуі мүмкін. Мысалы, жыныстық дамудың тежелуіне психикалық және физикалық декомпенсирленген жүктемелердің, жиі спорттық жарыстың, жасөспірімдердің ұзақ уақыт депрессияға ұшырауы үлкен роль атқарады. Эмоционалды күштемелермен, қорқыныш қанға норадреналин және кортикостероидтардың бөлінуіне, қандағы кант деңгейінің өзгеруіне, гипоталамо-гипофизарлық, аналық бездік, бүйрекүсті безі функциясының бұзылысына әкеледі. Бұл кезеңнің қауіпті жағдайларына: ретардация немесе физикалық дамудың акцелерациясымен көрінетін жыныстық даму тежелісін, қыздарда гиперандрогения, мінез-құлықтың парадоксальді типі, психосоматикалық аурулардың көрінуі, эндокринді, аутоиммунды, гинекологиялық жүйе бұзылыстары жатады. Ерте жыныстық қатынас, жыныстық жолмен берілетін инфекциялардың, ерте жүктіліктің, алкоголь, никотиннің токсикалық әсерлері де маңызды болып табылады. Өткен ғасыр балаларына қарағанда қазіргі жасөспірімдер зиянды әдеттерге құштар. Сол себептен көпшілігі анонимді анкетада алкогольді сусындарды, токсикалық, психотропты заттарды немесе ауыр наркотикалық заттарды қолданатынын жасырмайды. Сонымен қатар сұрастыру кезінде бұл ақпараттар медициналық қызметкер мен жасөспірімнің жеке құпиясы болып табылады. Наркотикалық заттарға тәуелділікті анықтаудың қосымша белгілері:

- Жарық интенсивтілігіне байланыссыз көз қарашығының ұлғаюы немесе кішіреюі.
- Түсініксіз сөйлеу немесе масайған жүріс (ауыздан алкаголь иісі байқалмайды).
- Тітіркенгіштік, агрессивтілік.
- Ұйқысыздық.
- Кез келген нәрсеге қызығушылығы төмендеуі.
- Жоғары қаржылық сұраныстың көбеюі.
- Тері асты көбейген ине іздері.
- Өрқашан жеңі ұзын киімдерді киюі.

Сұрау кезінде физикалық даму тежелуіне және репродуктивті жүйенің құрылуына әсер ететін эндокриндік және созылмалы соматикалық ауруларды (калқанша без аурулары, қант диабеті, бүйрекүсті безінің қыртысты қабатының тума дисфункциясы, бауыр аурулары, асқазан-ішек жолдары аурулары, созылмалы тонзиллит және т.б.) анықтау қажет. Жыныстық дамудың кезеңінің ерекшелігіне байланысты арнайы анамнезді жан-жақты меңгеру қажет. Жасөспірім жасын және екіншілік жыныстық белгілердің пайда болу реттілігін анықтау керек. Қыздарда менархе жасын, ритм және ұзақтығын, етеккір айқындылығын, жалпы және етеккір кезіндегі жағдайын (күсу, жүрек айну, іштің төменгі бөлігінің ауырсынуын және иррадиациясын) анықтаудың маңызы зор. Дене салмағының артуы және семіздіктің I дәрежесі ерте менархеге, ал дене салмағының аз болуы және семіздіктің II-IV дәрежесі кеш менархеге немесе қыздарда біріншілік аменореяға әкеледі. Етеккірдің бұзылысы анықталған жағдайда ауытқудың пайда болу уақытын, дамуына әкелген себебін анықтайды, бұзылыс түрін (метроррагия, меноррагия, полименорея, олигоменорея немесе аменорея) сипаттайды және жүргізілген ерте терапия (симптоматикалық, гормоналді, физикалық факторлар) эффективтілігін бағалайды. Жатырдан қан кеткен науқастарда мұрыннан, тіс жегінің қанауына мән береді, қан жасау жүйесі және бауырдың ауруларына, туысқандарында гемостаз жүйесінің

бұзылуына әкелетін кез-келген қан ұю жүйесі ауруларының болуын анықтайды. Геморрагиялар медикаментозды ем салдарынан ятрогенді асқынулар нәтижесінде пайда болуы мүмкін. Антибиотиктер, антигистаминдік препараттар, антипростагландиндер, седативті препараттар және транквилизаторлар тромбоциттердің бөлінуін тежейді және олардың агрегациясын бұзады.

Жасөспірімнен сұрастыру барысындағы ең маңызды элемент, ол жасөспірімнің сенімділігі. Яғни, сұхбат барысындағы әңгіменің тек дәрігер мен науқастың арасында құпия болып қалуына деген сенімділік сезімін тудыру.

Қыздардың гинекологиялық тексеру әдістері келесі тәртіппен жүргізіледі:

- Анамнезді жинау.
- Қарап баға беру. Екіншілік жыныстық жетілуінің даму деңгейін бағалау.
- Іштің пальпациясы.
- Сыртқы жыныс мүшелерін қарап тексеру, уретраның сыртқа ашылуын және анус аймағын тексеру.
- Ректо - абдоминалды тексеру.

Медициналық көрсеткіштер болған жағдайда, тексерудің қосымша әдістері жасалады:

- Вагиноскопия.
- Қынапты және жатыр қуысын зондтау.
- Аспирациялық биопсия.
- Эндоскопиялық тексеру әдісі: гистероскопия, лапароскопия.
- Рентгенографиялық және рентгеноконтрасты зерттеу әдістері.
- Ультрадыбыстық зерттеу.
- Диагностиканың зертханалық әдістері.

Қыздарды тексеру шағымдар мен аурудың анамнезін жинаудан басталады. Бұл процедураны схема бойынша қыздар мен ата-аналардан, бір –бірінен бөлек жүргізген жақсырақ. Отбасылық тарихқа, ата-ананың жасына және

денсаулығына, жүктілік және босану кезеңіне назар аудару қажет. Отбасылық анамнездің деректеріне аса көңіл бөлген дұрыс болады. Жаңа туған және ерте балалық кезеңінде баланың қандай аурулары бар екенін мұқият анықтаңыз, созылмалы ауруларға байланысты диспансерлік есепте тұрғандығын анықтап, қыздың денесінің жалпы реакциясына назар аударыңыз. Бұрынғы соматикалық аурулары туралы ақпарат алу - температуралық реакциясына, ұйқысына, тәбеті мен мінез-құлқына баға беру қажет. Қоршаған орта жағдайларын, өмір сүру жағдайларын, тамақтану, күн тәртібін бағалау. Мүгедектік, физикалық, психологиялық және эмоциялық стрессті, топ пен отбасындағы қарым-қатынасты бағалау. Жарақаттардың болуын және олардың асқинуын, хирургиялық араласуын, туберкулезбен ауыратын науқастармен, ЖИТС және басқа да әлеуметтік қауіпті аурулармен байланысын анықтау.

Жыныстық жетілу кезеңінде ерекше назар аудару қажет: екіншілік жыныстық жетілу жасына, олардың реттілігіне, етеккірдің келу уақытына, олардың реттілігіне, ұзақтығына, бөлінген қан мөлшеріне, дененің жалпы жағдайына (жүрек айнуы, іштің төменгі бөлігінің ауырсынуына, иррадиациясына). Егер етеккір циклі бұзылса, онда мыналарды анықтаңыз: бұзылыстың пайда болу жасы. Етеккір бұзылысының түрі (аменорея, олигоменорея, опсоменорея,). Бұзылыстардың себептері мен тиімділігін бағалау. Қан ұю бұзылысының болуы: көгерудің пайда болуы, мұрыннан, қызыл иектен қан кету.

Жалпы тексеру: Қыздарды зерттеу кезінде педиатрияда қолданылатын әдістер пайдаланылады: - пациенттің сырт пішінін бағалау, пульсті өлшеу, қан қысымын өлшеу, дене температурасын өлшеу; дене салмағын, бойын, дене бітімін, майлы тіннің дамуын, оның таралу ерекшеліктерін бағалау; - жыныстық жетілуді, шаштың сипаты, тері түсін бағалау.

Сүт безінің даму дәрежесін негізге ала отырып жыныстық жетілу дәрежесін – Ма, қолтық асты түктену – Ах, шап аймағының түктенуі – Р, етеккір циклін –

Ме деп бағалайды. Екінші жыныстық жетілу көріністерінің дәрежесін бағалау үшін 4 баллдық жүйесін қолданады.

- **МА о Ах о Р о Ме о** – сүт бездерінің дамуы, қолтық асты және шап аймағында түктенудің және етеккірдің болмауы.
- **МА 1 Ах 1 Р 1 Ме 1** – кеуде клеткасының жоғарғы бетіне емшек ұшымен конус түзе отырып сүт безі бөлінеді, жалпы қарау кезінде көлемді емшек ұшы шеңбері, шап және қолтық асты аймағының сирек түктенуі байқалады.
- **МА 2 Ах 2 Р 2 Ме 2** – сүт безі едәуір үлкейгеннің әсерінен емшек ұшы мен емшек ұшы шеңбері де едәуір ұлғаяды және конустәрізденеді, орталық аймағынан басталатын қолтық асты және шап аймағының түктенуі, етеккір циклінің ретсіз келуі болады.
- **МА 3 Ах 3 Р 3 Ме 3** – сүт безі шеңбер пішіндес, емшек ұшы емшек ұшы шеңбері аймағына жоғары орналасқан, қолтық асты аймағы мен шап аймағының қалың түктенуі, етеккірдің уақытында келуі көрінеді.

Сүт бездері гормонға тәуелді және репродуктивті жүйенің бір бөлігі және жыныстық гормоны мен пролактиннің басты нысаны болып табылады, сол себепті сүт безінің қалыптасуына ерекше көңіл бөліну керек. Сүт безін жалпы қарау кезінде бездің сыртқы немесе ішкі квадранттарын дәйекті пальпациясын етбетімен жату немесе тұрған қалыпта жүргізу қажет. Сүт безінің құрылымы мен мөлшеріне (гипоплазия, гипертрофия, трофикалық өзгерістер), сүт безінің бөліндісінің болуы немесе болмауына, оның түсіне, консистенциясына (құрамына) назар аудару керек. Сүт бездерінің пальпациясы арқылы фиброзды - киста мастопатия диагнозын анықтауға болады.

8 жасқа дейінгі қыздарда екінші жыныстық жетілу көріністері байқала бастаса, уақытынан бұрын жыныстық жетілуге алып келеді. 13 жасқа дейін екінші жыныстық жетілу көріністері болмаса және 15 жасқа дейін етеккір келмесе жыныстық жетілу уақытынан кеш дамуы мүмкін. Қыздардың екінші

жыныстық жетілуінің дұрыс дамуына ерекше көңіл бөлуіміз керек. Ең алғаш сүт безінің дамуы, кейін жыныстық түктену, кезекте етеккір циклі басталады.

Жалпы қараудан кейін гинекологиялық тексеру жүргізіледі. Емделуге дейін науқас ішектің және мочевинаны босатуы керек. 3 жасқа дейінгі қыздарды индикаторды өзгеретін үстелде, ал 3 жастан асқан қыздарды гинекологиялық креслода жүргізеді. Алғашқы қарау кезінде анасының немесе жақын адамдарының рұқсатымен және қатысуымен жүргізіледі.

Қыздық перденің арғы жағынан өтіп қынаптың артқы тесігін және вульваны қараудан кейін қыздан бактериоскопиялық зерттеуге мазок (жағынды) алады. Бұл көрсеткіштерге сәйкес қынаптан микробиологиялық зерттеуге жағынды алып, оның антибиотикке сезімталдығын анықтайды. Хламидиоз, микоплазма, уреоплазма, цитомегаловирус, герпес және жыныстық қатынас арқылы жұғатын бсқада да вирустарды ПТР – диагностика жүргізу мақсатында цервикалды өзекше мен қыздық перденің арғы бетінен жағынды алады.

Гинекологиялық тексеру ішкі жыныс мүшелерін тексеру арқылы аяқталады. Ректо-абдоминалды тексеру стерильді қолғапта, тік ішекке саусақпен жүргізіледі. Тексеру алдында ішектің тазаруын қадағалаған дұрыс.

Гинекологиялық жалпы қарау ректо – абдоминалды зерттеу мен ішкі жыныс мүшелерін қараумен аяқталады. Жалпы қарау кезінде стерильді қолғап қажет, яғни саусақты тік ішекке енгізу арқылы жүргізіледі. Кішкентай қыздардың тік ішегін қарау кішкентай саусақпен іске асырылады. Ішектерді тазалап болғаннан сон жалпы қарауды бастайды.

Кольпоскопия. Колпоскопиялық микроскопия. Колпоскопия - кольпоскоптың көмегімен жоғарғы деңгейде мәлімет беретін, жатыр мойнындағы өзгерстерді үлкейтіп, нақты көрсететін және дәл көздеп ет кесіп алуға көмектесетін құнды тәсіл. Әдістің ешқандай зияны жоқ және науқасты мазаламайтын, ауыртпайтын қасиеттері бар. Кольпоскопияның екі түрі бар: жай кольпоскопия және кеңейтілген кольпоскопия. Кольпоскопияның кеңейтілген

түрінде химиялық заттар (сарғыш және көкшіл түсті бояулар) пайдаланады. Кольпоскопияның 160 – 280 есе үлкейтіп көрсетуі кольпомикроскопия деп аталады.

Вагиноскопия – түрлі айналар мен оптикалық аппарат Вагиноскоптың көмегімен жатыр мойнымен және қынапты тексеру әдісі. Вагиноскопия төмендегі көріністер болған жағдайда ғана жүзеге асырылады:

- жыныстық жолдардан қан кету;
- сыртқы жыныс мүшелерінің жарақаттары;
- қабынуға қарсы терапия арқылы бақылана алмайтын жыныс жолдарынан бөлінетін бөлініс;
- сыртқы және ішкі жыныс мүшелерінің аномалиясы;
- лейкоплакия;
- гипоменструктуралық синдром;
- ерте жыныстық қатынас;
- жыныстық жетілудегі кешігу;
- аменорея I;
- аменорея II;
- жыныс мүшелерінің ісіктері мен ісік тәрізді құрылымдары;
- эндометриоз;
- дисменорея;
- жыныс мүшелерінің туа біткен кемістіктері;

166548-

Лапароскопия – құрсақ қуысы мен кіші жамбас аймағындағы мүшелерді оптикалық құрылғы лапароскоп арқылы зерттеуге мүмкіндік беретін құнды әдіс. Лапароскопия әдісін жасауға көріністер: жатыр ісігі, жатырдың аномалиясы, ХУ кариотипті науқастардағы гонаданы алып тастау кезінде жүргізіледі.

Рентгендік зерттеу әдісі. Нейроэндокриндік ауруларды диагностикалау мақсатында, сондай-ақ жыныстық жетілудің кешігуін немесе мүлдем болмауының себебін анықтау мақсатында рентгендік зерттеу әдісін қолданады.

Рентгендік зерттеу әдістеріне гистографияны жатқызады, яғни суда еритін рентгеноконтрастты заттарды қолдана отырып (уроттраст, верографин, веропраст) жасайды. Бұл әдіс жатыр қуысының пішіні мен мөлшерін, жатыр ісіктерінің болуы немесе болмауын тексеруге, сондай-ақ созылмалы жыныстық дамудың диагнозына анықтауға көмектеседі.

Вагинография – қынаптың аномалиясын немесе қынаптың атрезиясын анықтау үшін қолданатын рентгенологиялық зерттеу әдісі болып табылады. Жүргізу тәсілі : алдымен қыздық пердеге пункциялық инені енгізіп, сол арқылы суда еритін рентгеноконтрастты сұйықтықты жібереді. Ерітінді қынапқа еніп рентгенограммада анық көріне бастайды.

Компьютерлік томография - бұл тек жыныс мүшелерінің ісіктері, жыныс мүшелерінің эндометриозы, микропропактиноманы ғана анықтамай, сонымен қатар бүйрек үсті безінің микроісіктерін диагностикалауға мүмкіндік беретін әдіс

Ультрадыбыстық зерттеу – ең қол жетімді және мүлдем зиянсыз тексеру әдісі. Оны көптген гинекологиялық кеселдерді диагностикалау және оның ағымын бақылау үшін емханалық жағдайда да және стационарлық жағдайда да қолдануға болады. УДЗ кезінде тексеруге қол жетімді барлық ағзалардың өлшемдері өлшенеді, олардың құрылымы мен етеккір циклінің фазасына сәйкестігі байқалады. УДЗ алғашында тек етеккір күндерінен басқа, менструалдық циклдің кез келген күні өткізуге болады.

Бактериологиялық зерттеулер – қынаптан бөлінетін бөліндіні зерттеу барлық қыздарға жүргізу қажет. Бөліндіні зондпен немесе катетермен алынады.

Гормоналды зерттеу әдістері. Қыздардағы, әсіресе жасөспірім жасындағы аналық бездердің эндокринді функциясын бағалау үшін функционалды диагностика сынақтары қолданылады. Бұл менструальды функцияның қалыптасуы және оның бұзылуы туралы нақты ақпарат беретін қарапайым, қол жетімді әдіс.

Кольпоцитологиялық зерттеу - тексеру барысында қынаптың бүйір жағынан жағынды алынады. Егер етеккір 3 күнде 1 рет келетін болса зерттеуді етеккір циклі кезінде бірнеше рет жасайды.

Температураның негізгі өлшемдері - бірнеше ай бойы етеккір циклінің қалыптасуы, циклдің жеке фазаларының ұзақтығы, овуляцияның болуы немесе болмауы туралы ақпарат ала аласыз.

Эндометрийді диагностикалық қыру – жыныстық жетілуі айқын көрінетін бойжеткен қыздарға жасалынады. Жатыр мойны шырышының сапасын бағалау оның созылуын, кристалдануын, дәйектілігі мен рН мәнін анықтауды қамтиды. Кристалдану «қатпар симптомы» ауамен кептірілген, жатыр мойнының шырышты қабығының микроскопының көмегімен тексеріледі.

Функционалды сынақтар. Гестагенді сынаманы аменорея кезіндегі эндометрийдің реактивтілігін анықтау мақсатында анықталады. Дәрілік формасы (дюфастон, утрожестан) және оны 1 мл – 1% прогестеронның майлы ерітіндісімен 6-8 күн бойы енгізеді.

Эстроген - гестагендермен тест эндометрияның ауруларын немесе зақымдалуын растау мақсатында, эстроген тапшылығы деңгейін анықтайды. Микрофолинді 7 күн бойы бір рет 0,1 мг дозада (бір уақытта 2 таблетка) қабылданады, содан кейін алдыңғы үлгідегі схемаға сәйкес гестагендерді алу үшін жалғастырады. 2-4 күн өткеннен кейін, етеккір сияқты реакция басталуы керек.

Гонадотропин – рилизинг гормонына сынама - гипофиздің гонадотропин гормонын синтездеу қабілетін анықтау мақсатында жүргізілетін сынама болып табылады. Бұл сынаманы жүргізу үшін бір реттен 10 мкг Gn-Pr (дипелин, бусерелин) немесе 150 мкг бусерелинді енгізеді. 30', 60' и 90' интервалын сақтай отырып венозды қан айналымда қанның LH ның құрамын анықтайды. Инъекциядан 30 минуттан кейін LH секрециясының жоғарылауы 2 еседен артық гипофиздің жеткілікті функционалды қабілетін көрсетеді.

Гонадотропин сынаамасы – бастапқы және қайталама аменореяда аналық бездердің функционалдығын бағалау. УДЗ ға сәйкес Е 2 бастапқы деңгейін және аналық бездердің деңгейін анықтайды, тәулігіне 300 мкм енгізіңіз, 3-5 рет. Оң сынақ қан мен несепте Е 2 жеткілікті деңгейде, функционалдық диагностика сынақтары арқылы эстрогенизациялық белгілердің пайда болуы, аналық бездерді 2 есе және одан да көбейту арқылы ескеріледі. Бақылаудың мүмкін болатын гиперстимуляциясын өткізіп алмау үшін бақылау күн сайын орындалады

Кломифен сынаамасы – гипофиздегі гонадотропты гормондардың резервін анықтау үшін кломифенмен бірге алынған сынама қолданылады. Кішкентай мөлшердегі препарат гонадотропиндердің секрециясын күшейтеді және овуляцияны ынталандырады. Эндогенді эстрогендердің денесінде шағын, бірақ жеткілікті деңгейде кломифенде эстрогенді әсер береді, эстрогеннің жоғары деңгейі антиэстрогенді әсерге ие. Кломифен күніне 50 мг-ден 5 цикл бойынша 5 күнде тағайындайды. Өткізу күндерінде қан плазмасында LH, FSH деңгейінің қалыпты ұлғаюымен оң тәжірибе және LH, FSH 3-5 күн ішінде есірткіні шығарғаннан кейінгі секреция деңгейінің жоғарылауы. Гонадотропиндердің құрамындағы кломипеннің қабылдау күндерінде ғана гипофиздің резервтерінің жеткіліксіз екенін көрсетеді және олардың жоғарылауы репродуктивтік жүйенің функциясының гипоталамикалық реттелуін арттырады.

Қыздарда гиперандрогения көзін анықтау үшін дексаметазонмен сынама жүргізіледі. Кіші дексаметазонды сынама - десаметазонды 3 күн бойы әр 6 сағат сайын 0,5 мг-ға тағайындайды. Қабылдаудан екі күн бұрын және препарат алынып тасталған күннен бастап, күнделікті зәрдегі Т, 17-ONP, DEA немесе 17-CS мазмұны қан плазмасында анықталады. Бұл параметрлердің бастапқы 50-75% -дан аз болғанымен, үлгі андрогенді адреналды шығуын көрсететін позитивті болып саналады, үлгінің азаюы 30-25% төмен андрогенттердің аналық шығуын көрсетеді. Егер кішкентай десаметазонды сынама теріс болса, онда үлкен десамитазон үлгісі қабылданады, дистаметазон 2 мг 3 күн сайын 6

сағаттан бір рет қабылданады. Қадағалау шағын үлгіге ұқсас түрде жүзеге асырылады. Теріс тест бүйрек үсті бездерінің вирустық ісігі бар екенін көрсетеді.

Цитогенетикалық зерттеу - жыныстық бездердің туа біткен кемістіктерін диагностикалау үшін жыныстық хроматинді зерттеу жүргізеді. Шпатель арқылы шырышты қабықтың ішкі аймағынан қырып алған жасушаның ядросындағы Х хроматинді анықтайды. Жыныстық хроматиннің құрамы қалыптыда 16-28% болады.