

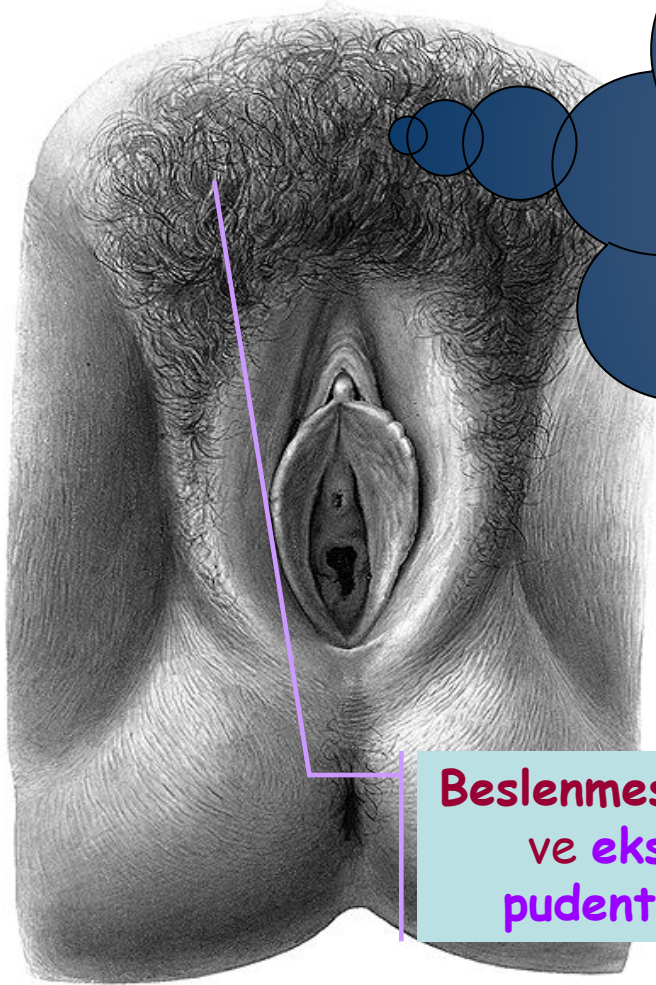
«Семей қаласының Дүйсенбі Калматаев
атындағы
мемлекеттік жоғарғы медицина колледжі»
ШЖҚ КМК

Пән : «Акушерия мен гинекологиядағы
мейіргер ісі»
ТАҚЫРЫП: ӘЙЕЛ ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ
ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ.

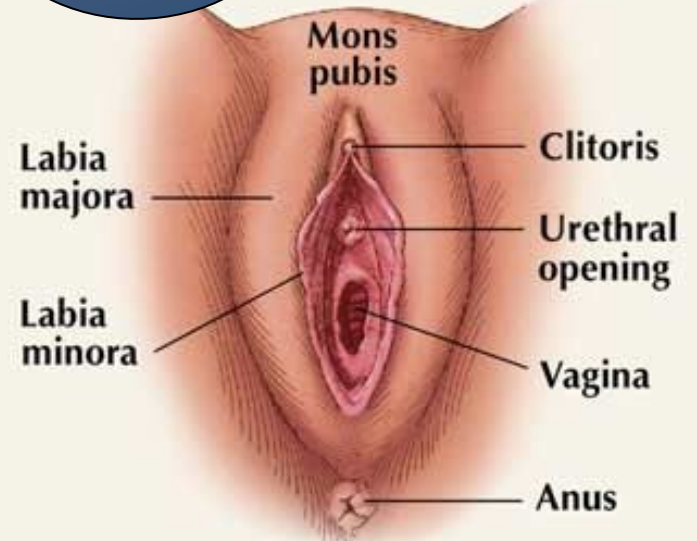
Оқытушы: Нургазинова Н. М

Vulva

Mons pubis: esas olarak **yağ dokusundan** oluşan **kılla kaplı** bir bölgedir. Normal pubik kıllanma ters üçgen şeklindedir



Beslenmesi: internal ve eksternal pudental arter



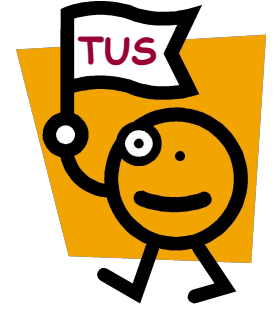
Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары

•

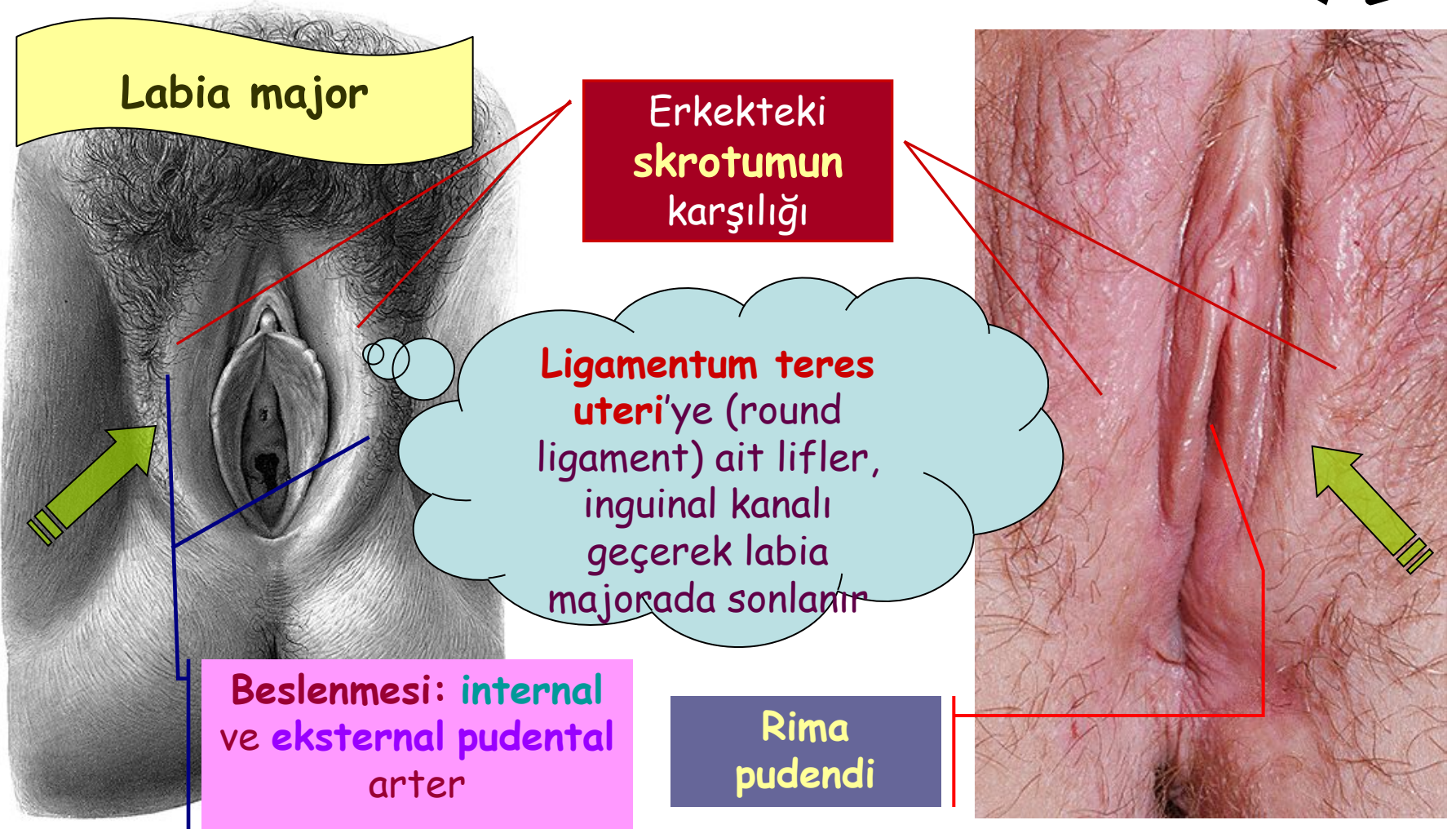
•

- Гинекологиялық аурулардың 60-75% қабыну аурулары құрайды (әйелдер консультациясына қаралғандардан алынған мәліметтер бойынша). Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары пайда болғанда әйел мүшелерінің және жүйелерінің функциялары жиі бұзылады. Өтіп кеткен жүзжылдықтың аяқ жақтарында В. Ф. Снигеревпен әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары әйел организмнің барлығы
- патологиялық процеске ұшырататыны айтылған.
- Қабыну процесстеріне арнамалы және бейарнамалы этиологиялы деп ажыратады. Бейарнамалы қабыну процессін стафилококктар, ішек таяқшасы, стрептококктар, көк ірінді таяқшалармен қоздырылады, екінші топты - трихомонадтар, гонококктар, кандидалар, вирустар, микоплазмалар, хламидиялар қоздырады.

Jinekolojik Anatomi



VULVA



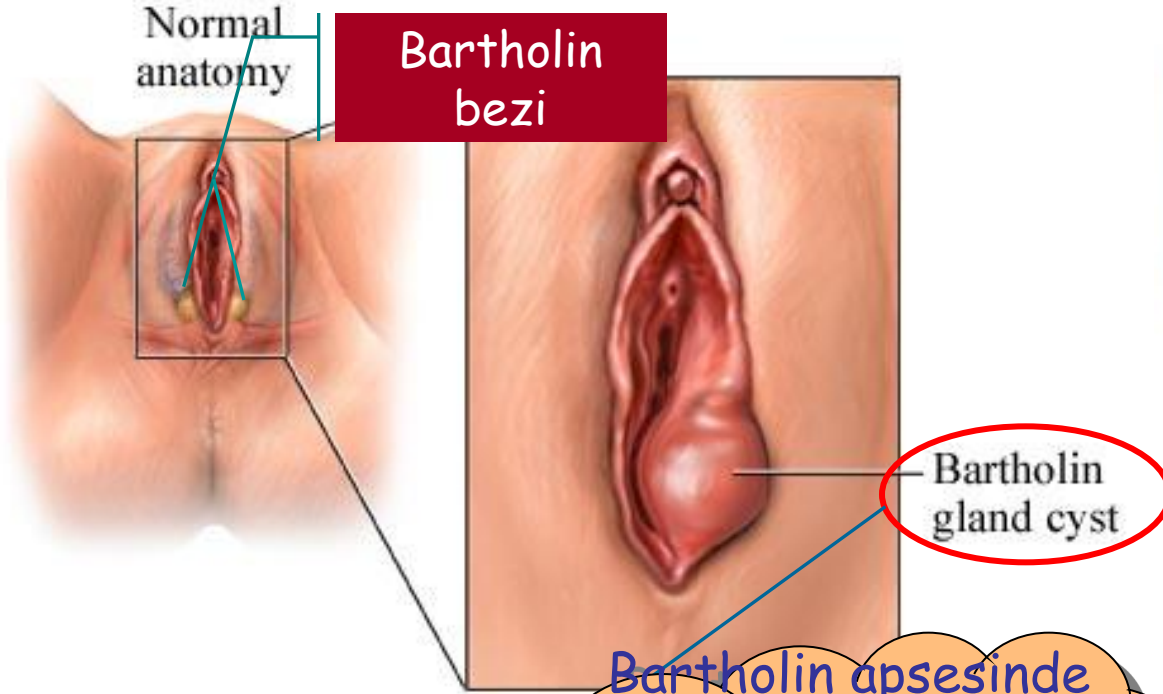
- негізгі қоздырғышы стрептококк болып табылады. Бірақ қазіргі уақытта жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының қоздырғыштары ішінде антибиотикке төзімділік штаммаларын тез шығаратын шартты патогенді стафилококктар және грамм теріс бактериялар әсіресе ішек таяқшасы кең орын алған. Стрептококктармен, анаэробты бактериялармен соның ішінде спора түзбейтін анаэробтармен (бактеросустар***) және көкірің таяқшасымен қоздырылатын аурулар сирек кездеседі.
- Әйел жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының этиологиялық структурасының өзгеру себептері сан алуан. Емдік практикада антибиотиктерді кең қолдану қабыну процесін тудыратын микроб флорасының өзгерісіне алып келді. Бұл препараттар әсеріне төзімді микробтар пайда болды, микроорганизмдердің биологиялық қасиеттері айтарлықтай өзгерді, сыртқы ортада ұзақ өмір сүруі қасиеті және вируленттігі жоғарылады. Сонымен қатар диагностикалық техниканың жаңартылуы қабыну процесінің жиі ***асты себепін табуға мүмкіндік береді (вирустар, микоплазмалар, кандидалар т.б.).
- Қазіргі уақытқа дейін септикалық этиологиялы жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының

- Қабыну патогенді қоздырғыш әсеріне қарсы және қоздырғыш микробты иммобилизациялауға оны жоюға организммен шығаруға бағытталған организмнің қорғаныштық - бейімделу реакциясы. Қабыну процесінің даму ағымын жедел, жеделдеу және созылмалы деп ажыратады, бірақ бұлай дифференциалдау барлық уақытта мүмкін болмайды. Созылмалы қабыну процесі өз кезегінде жиі өршулермен өтеді немесе жыныс мүшелерінің тыртықтық-жабысқақтық өзгерісі түрінде жүреді. Қабыну реакциясының маңызды звеносы дәнекер ткані болады. Бұлар алдымен қан тамыр өткізгіштігін жоғарылататын, тонусын өзгертетін, микроциркуляцияны реттейтін биологиялық активті заттар және гистамин, серотонин құрамына кіретін мес клеткалар. Қабыну реакциясына қатысатын клеткалық элементтерге қорғану тосқауылын құрайтын нейтрофилдер, гистиоциттер, фибробласттар жатады. Қабыну ошағында күрделі биофизикалық өзгерістер жүреді: қан айналым бұзылысы, ткандік ыдырау өнімдерінің жиналуы, ацидоз дамиды, нуклеинді қышқылдар, лейкотоксиндер түзіледі, кең мөлшерде серотонин, гистамин ацетилхолин бөлінеді, олар қантамыр өткізгіштігін арттырады. Әйел жыныс мүшелері тканіндегі жергілікті қабыну реакциясының түзілуі қоздырған микроб түрінде, науқастың жалпы жағдайына және организмнің иммунологиялық реактивтілігіне байланысты. Жиі қабыну аурулары инфекциялық текті болады. Сирек олар өнеркәсіп факторларымен байланысты механикалық, химиялық, термиялық және эндогенді әсерлер нәтижесінде дамиды. Дегенмен бұл кезде де ошаққа жиі микробты фактор қосылып қабыну инфекциялық көрініс алады. Зақымдаушы агент түрінде байланыссыз (инфекция, иондаушы радиация, механикалық травма және т.б.) қабыну ошағының клеткалық және субклеткалық құрылымында ткань зақымдалуына (альтерация) ДНК жалпы өзгерістер анықталады. Кез-келген зақымдаушы фактор әсерінен дамиды қабыну реакциясын тізбекті биохимиялық реакциялар түрінде жүретін екі фазаға ажыратады. Бірінші фаза - тез (тез арада). 530 минут өтеді және серотонин, гистамин, ацетилхолин және басқа биохимиялық активті заттар ферментативті түзілуі нәтижесінде дамиды веналар өткізгіштігі бұзылысымен суреттеледі. Екінші фаза - баяулаған, 1-8 сағат, кейде 1-7 тәулік ішінде дамиды кининдер, жоғары молекулалы глобулиндердің және басқа брадикинин тәрізді заттардың капиллярларға әсері нәтижесінде қантамыр өткізгіштігінің өзгеруімен байланысты болады. Қабыну процесі дамуы кезінде кейбір авторлар үшінші кезеңде ажыратады, оның құрылымына қан ұйыту жүйесінің фибринолитикалық комповеналар өткізгіштігі бұзылысымен суреттеледі. Екінші фаза - баяулаған, 1-8 сағат, кейде 1-7 тәулік ішінде дамиды кининдер, жоғары молекулалы глобулиндердің және басқа брадикинин тәрізді заттардың капиллярларға әсері нәтижесінде қантамыр өткізгіштігі өзгеруімен байланысты болады. Қабыну процесі дамуы кезінде кейбір авторлар үшінші кезеңде ажыратады, оның құрылымына қан ұйыту жүйесінің фибринолитикалық компоненттерінің белсендірілуімен, тромбоциттер агрегациясымен, фибрин полимеризациясымен, тромб түзілуімен және микроциркуляция бұзылысынан кейін фибринолизбен байқалатын гоностазды қалыпқа келтіретін факторлардың араласуымен болады.

Жыныс мүшелерінің төменгі бөлімінің созылмалы нейрогуморальды аурулары және арнамалы емес этиологиялы қабыну процестері.

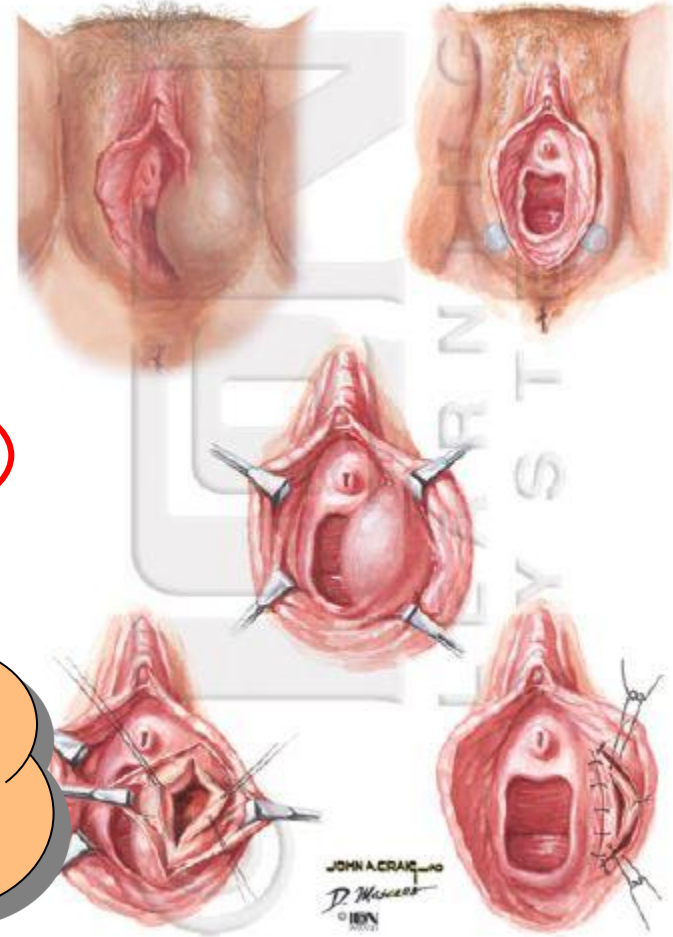
- *Вульвит*
- *Вульвит* - әйелдің сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы. Біріншілік және екіншілік вульвит деп ажыратады. Біріншілік вульвит травма әсерінен дамып ол келесі травма алған жердің инфекциялануымен жүреді. Травма кезінде диабетте, гельминтозда, зәр ұстамау, тері ауруларында (пиодермия, фурункулез және басқаларында (вульвит, вульвовагинит) кездесетін сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы бейімдеуі мүмкін.
- Екіншілік вульвит әйелдерде кіші жыныс мүшелерінде қабыну процесі болғанда дамиды. Қынаптан, жатыр мойнының патологиялық бөліністердің ағуы вульваның эпителиальды жабындысын бұзып, сонымен микробтың енуіне қолайлы жағдай жасайды (стафиликокктар, ішек таяқшасы, стрептококктар және т. б.), вульвит дамуына бейімдеуші факторға аналық бездер гипофункциясы жатады. Клиникасы жедел және созылмалы вульвитті ажыратады. Жедел вульвит тканьдер ісінуімен, диффузды гиперемиямен, іріңді бөліністермен, шап қатпары мен санның ішкі бетінің гиперемиясымен, кейде сыртқы жыныс мүшелерінен лимфа келіп ағатын шап лимфа түйіндерінің ұлғаюымен жүреді. Сирек емес вульвит тік ішекте және жыныс қуысында орналасатын жедел кондилломалармен бірігіп келеді.

Vulva



Vulvanın en sık non-neoplastik tümörü

Bartholin apsesinde sıklıkla etken: *C. trachomatis* ve *N. gonore*



- Науқастар сыртқы жыныс мүшелерінің ашуына және қышуына шағымданады, әсіресе зәрге шыққаннан кейінгі, ірінді бөліністерге, қозғалыс кезіндегі ауырсынуға. Вульваның ішек таяқшасымен зақымдалғанда бөліністері сұйық және жағымсыз иіспен, сарғыш-жасыл түсті, ал стафилакокк зақымдалғанда бөліністері қою және сары-ақшыл түсті. Созылмалы вульвит қышумен, ашумен, гиперемиямен сипатталып, бірақ аурудың байқалуы беткей сипатта болады.
- *Диагностика.* Диагнозы анамнез мәліметтеріне (өндірістік шаңдар әсері, жыныстық гигиена бұзылуы, химиялық және физикалық әсер ету), шағымдарына, гинекологиялық қарау нәтижесіне, вульвадан бөлінген бөліністерді бактериологиялық және бактериоскопиялық зерттеу мәліметтеріне негізделіп қойылады. Диагноз кольпоскопия кезінде дәлелденеді

- *Емі.* Комплексті болып құрамына жергілікті және жалпы әлдендіргіш заттар кіреді. Фонында вульвит дамиды қосалқы ауруларын (диабет, іріңді зақымдану, гельминтоз, цервицит) емдеу көрсетілген.
- *Жедел вульвитте төсектік режим сақтау және жыныстық қатынастан бас тарту қажет, жылы (36-37°C) калия перманганаты ерітіндісімен (1:10000), ромашканың жылы тұнбасымен (1 ас қасық ромашкаға стакан қайнаған су құйып, 20 минут қоямыз), 2-3% борқышқылы ерітіндісімен сыртқы жыныс мүшелерінің тәулігіне 2-3 рет туалетін жүргізу. Фурациллин ерітіндісімен (1:5000) сіңірілген таңғышты қолдануға болады, 3-4 рет тәулігіне; қышу күшті болса, вульваны 5% анестезин майымен майлаймыз. Шартты-патогенді микробтармен қоздырылған вульвитте жергілікті фуразолидонды сульфат М полимексинмен лактоза қосып ұнтақта тағайындайды. Жеделдеу ағымда перманганат калиймен немесе ромашка тұнбасымен отырған ваннасын жасау тағайындалады. Тәулігіне 2-3 рет 10 минуттан.*
- *Болжамы: қолайлы.*
- *Профилактика.* Жеке басының гигиенасын сақтау, жалпы ауруларын, кольпит және цервицитті емдеу.

- ***Бартолинит.***
- Бартолинит - қынап кіреберісінің үлкен безінің қабынуы. Стафилакокктармен, ішек таяқшасымен, стрептококктармен, протеймен, сирек гонококктармен, трихомонадтармен, микоплазмалар және басқа микроорганизмдермен қоздырылады.
- ***Клиника.*** Микробтар бездің шығару өзегін зақымдауы мүмкін (каналликулит), сонымен бірге бездің өзегінде каналликулитте (жиі этиологиясы гонорея) әйелдің жалпы жағдайы аз зардап шегеді. Бездің сыртқы шығару өзегінің сыртқы тест айналасында қызыл түсті валик анықталады: өзекті қысқан кезде іріңді тамшы шығады, оны бактериоскопиялық зерттеуге алады. Шығару өзегінің бітелуі кезінде бездің жалған абсцессі дамиды. Жалған абсцессте үлкен жыныс еріндерінің ортаңғы және теменгі үштен біріндегі шекарада овоид пішінді ісіну, гиперемия, көгеру пайда болады. Ісіну үстіндегі тері қозғалмалы. Жалпы абсцесс үлкен жыныс ернінің сыртқы жиі ішкі бетінің ісінуін тудырып, кіші жыныс ерніне таралып қынапқа кіруді жабады. Дене қызуы субфебрильде жүрген кезде ауырсыну байқалады.

- *Емі.* Каналикулиттің жедел сатысында антибактериальды ем және мұзбен көпіршік тағайындалады, мұзды 1 сағатқа 30 минут демалыспен 3-4 рет қоямыз. Жалпы жағдайы жақсарғанда патологиялық ошақ аймағына УФ-сәуле, УВЧ немесе сантиметрлә диапазонды микротолқындар тағайындайды. Жалған абсцессте операция жасалады: қынап кіреберісінің үлкен безінің шығару өзегін ашады, кілегей қабатын айналдырып, оны вульва кілегейіне тігеді. Операциядан кейінгі бірінші күні жарақаттың тез жазылуына көмектесетін магниттік ем тағайындалғаны тиімдірек. Бұндай комплексті ем операциядан кейінгі кезеңде антибиотик тағайындамауға мүмкіндік бергі бездің функциясын сақтап және рецидив санын төмендетеді.

- Микробтың без паренхамасына және қоршаған клетчаткаға енуі қынап кіреберісінің үлкен безінің шынайы абсцессі дамуына әкеледі. Абсцесс жиі аралас микрофлорамен тудырылады.
- *Клиника.* Наукастың жалпы жағдайы ауыр, дене қызуы жоғары, біртіндеп ұлғаятын үлкен және кіші жыныс еріндерінің ісінуі байқалады, өткір ауырсыну болады, әсіресе жүргенде, абсцессті пальпация қатты ауырсынуды тудырады. Ірің көп жиналғанда флюктуация анықталады. Абсцесстің өздігінен ашылуы мүмкін: бұл кезде жалпы жағдайы жақсарады, дене қызуы төмендейді, бірақ кейін рецидиві болады.
- *Емі:* қынап кіреберісінің үлкен безінің шынайы абсцессінде жедел оперативтік араласуды талап етеді. Үлкен жыныс ернінің бетінің сыртқы аумағының ісіну үстінен іріңдіктің төменгі полюсіне дейін крест тәрізді тілік жасаймыз, кейін дренаждаймыз ол қынапқа микроб түсіп шектейді. Бір мезетте антибиотиктер тағайындалады. "Салқын" сатысында безді өзегімен бірге энуклеация жасауға барамыз.

- ***Кольпит.***
- Кольпит - қынаптың кілегей қабатының қабынуы. Арнамалы емес кольпит стафилакоккпен, ішек таяқшасымен, стрептококкпен қоздырылуы мүмкін. Сирек емес кольпитті аралас инфекция, сонымен қатар трихомонадтар тудырады. Кольпит дамуына бейімдеуші факторларына қосалқылардың созылмалы қабынулары кезінде байқалатын аналық безінің эндокриндік функциясының төмендеуі, пубертатты және қартайған жаста эпителиальды жабындының бүтіндігінің бұзылуы. Жатыр мойны каналынан патологиялық бөліністің болуы қынапты екіншілік қабыну процесіне ұшыратады. Қабыну реакциясы ошақты және диффузды болады жиі жатыр мойнының қынаптық бөлігіне және вульваға тарайды.
- *Клиника.* Кольпиттің негізгі бөлінісіне ауруды жедел және созылмалы сатысына тән серозды - іріңді бөліністің болуы тән. Жедел кольпитте науқастар қынап вульва аймағындағы қышуға және ашуға шағымданды, зәрге шыққанда ауырсыну мен ашу күшейеді. Созылмалы сатысында бұл белгілер басылады.

- *Диагностика.* Көтергіш және қасық тәрізді айна көмегімен қынапты қарағанда аурудың жедел қынаптық гиперемиясы байқалады, ал серозды немесе ірінді жабындымен жабылады, тигенде қансырайды. Ауыр ағымда ашық-қызыл түсті дұрыс емес пішінді эпителий дефектісі немесе беткей орналасатын қынаптың емізікше қабатының нүктелі инфильтрация аймақтары байқалады. Кольпиттің созылмалы сатысында кілегейлі қабаттың гиперемиясы әлсіз болады, ауырсыну көлемі азаяды. Кольпоскопиялық зерттеу қынаптың кілегей қабатының өзгергіш дәл анықтауға және диагноз қоюға мүмкіндік береді. Қынаптың, уретраның, жатыр мойны, үлкен бездер шығару өзегінің бөліністерін бактериоскопиялық кейде бактериологиялық зерттеулері қабыну процесінің этиологиялық сұрағын шешуге мүмкіндік береді.

- *Емі.* Арнамалы емес кольпитте жергілікті және жалпы ем жүргізіледі. Жергілікті емде сыртқы жыныс мүшелерінің туалетінде және қынапты перманганат калий, ромашка, цинк сульфаты ерітінділерін және спринцерлеуге негізделген. Қынапқа галоспоргинмен, облепиха майымен қаныққам тампонды енгізеді. Қабыну белгілерінің айқын белгілерінде немесе емге резистентті болғанда кей жағдайларда жергілікті антибиотиктер қолданылуы мүмкін, бірақ алдымен микроб флорасының сезімталдығын тексеріп алынады, гормондар (эстроген, прогестерон) физиоёммен қоса (ультрадыбыс, диодинамикалы, синусоидты, модулданған тоқтар, озокерит, балшықтар), витаминдер (А, В, С, Р және т.б.) десенсибилизациялаушы препараттар қолданылады. Міндетті түрде емді қажет ететін ілеспелі гинекологиялық аурулар: осыған байланысты қынап эпителиіндегі гликоген деңгейі қалыпқа келеді және қалыпты қынаптық флора дамиды.

- ***Атрофиялық кольпит.***
- Менопауза кезінде дамиды. Науқастар көк аралас бөлініске кейде сыртқы жыныс мүшесінің қышуына шағымданады. Кольпоскоп көмегімен айна арқылы қарағанда атрофияланған бозғылт кілегей қабатта жиі күмбез аймағында және қынаптан қаптал қабырғасында жарықтар, эпителиальдық жабындыдан айырылған аймақтар анықталынады, олар тиген кезде оңай қансырайды. Қынап инфицирленгенде диффузды немесе жергілікті гиперемия, сұрғылт жабындылар, ірінді бөліністер анықталынады.
- ***Емі.*** Үлкен айна көмегімен қынап қабырғаларын ұқыппен ашады және ромашка тұнбасымен спринцевание жасайды немесе қынапты сутегінің асқан тотығымен өңдейді. Осыдан кейін қынапқа антибактериальды препаратпен және синестролмен таленол салады. Ем апта бойы немесе одан көп жүргізшеді.

- ***Вагинизм.***

- Вагинизм - неврогенді ауру, **bulbacavernosus, levafore** және алдыңғы құрсақ қабырғасы бұлшық еттерінің құрыспалы жиырылуы әсерінен жыныстық өмір мүмкін болмайтын жағдай. Вагинизм вульваның, қынаптық қабыну процесінен кейін және неврогенді ауру түрінде - күштеп жыныстық қатынасқа түсу әсерінен дамыған, ер адамның импотенциясы кезінде дамуы мүмкін. Бұлшық еттердің бұлай жиырылуы әсіресе жас әйелдерде гинекологиялық тексеру кезінде болуы мүмкін.
- Кольпит және вульвит кезінде қабынуға қарсы ем жүргізіледі, неврогенді түрлі ауруда -психотерапия, гипноз, күйеуінің импотенциясын емдеу керек.

- ***Эндоцервицит.***

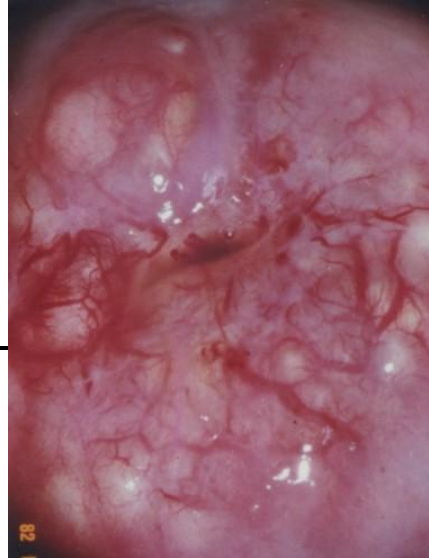
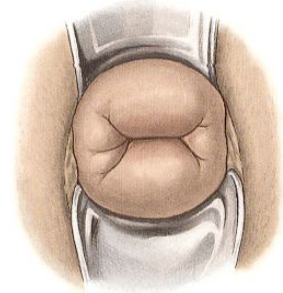
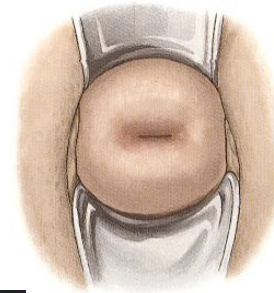
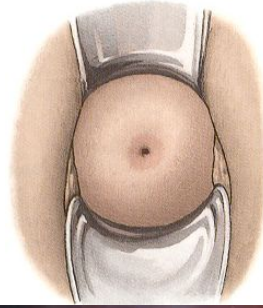
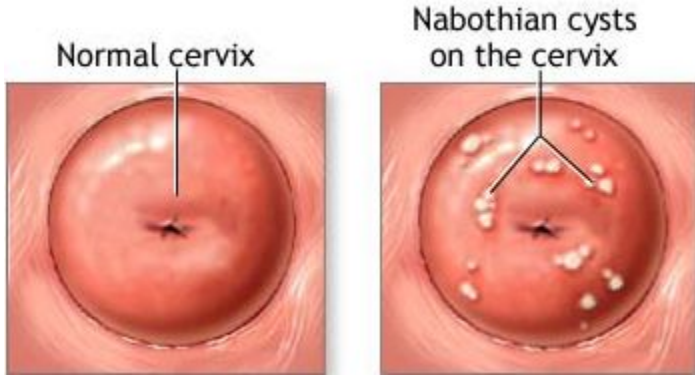
- Эндоцервицит - жатыр мойны каналының кілегейлі қабатының қабынуы. Қоздырғыштары стафилакокктар, стрептококктар, ішек таяқшалары, энтерококктар, гонококктар, вирустар, кондидалар болып табылады. Эндоцервициттің дамуына босану, аборт кезінде жатыр мойнының жыртылуы және жыныс жүйесінің басқа бөлiністерінің аурулары (кольпит, сальпингоофарит, жатыр мойнының псевдоэрозиялар) бейімдеуші болады.

- **Клиника.** Жедел сатысында науқастар кілегейлі - іріңді немесе іріңді бөліністерге кейде іштің төменгі бөлігіндегі және белдегң сыздап ауырғандыққа шағымданады. Дене қызуының көтерілуі жиі болмайды. Айна көмегімен сыртқы жатыр каналы айналасы гиперемияланғаны және жатыр мойнынан ылайлы бөліністер анықталынады (лейкоциттер жинағы). Созылмалы сатысында аурулар шағымданбайды, сирек жыныс жолдарынан кілегейлі сипаттағы бөлініс болады. Ауру ұзаққа созылса жатыр мойны гипертрофияланып, жиі жалған эрозия дамиды.
- **Диагностика.** Клиникалық суреті мен кольпоскопия мәліметтеріне сүйеніп қойылады. Жиі өзгерген жерден алынған биоптатты морфологиялық және цитологиялық зерттеуге аламыз.
- **Емі.** Жедел сатысында антибиотиктер немесе сульфаниламидті препараттар, эвкалиптпен немесе натрий бикорбонаты ерітіндісімен 2%, созылмалы түрінде 5% спринцерлеу, протаргол, колларголмен ванночкалар, цинкпен электрофорез (эндоцервикальды) тағайындайды. Жатыр мойны жыртылысы фонында дамыған эндоцервицитке қабынуға қарсы емнен кейін жатыр мойнына пластикалық операция жасау қажет. Араласу сипаты жатыр мойны травмасының ерекшелігіне байланысты.
- **Болжамы:** қолайлы.

- *Жатыр мойнының шынайы эрозиясы.*

- Шынайы эрозия - жатыр мойнының қынаптық бөлігіндегі эпителиальды жабындының белгілі бір аймағында болмауы, ол сирек кездеседі және әсіресе үлкен жастағы әйелдерде қабыну процесте ұқыпсыз тексерулер көп қабатты жазық эпителийдің десквамациясына әкеліп гинекологиялық зерттеу кезінде анықталатын жатыр мойнының шынайы эрозиясының пайда болуына алып келеді. Шынайы эрозия салыстырмалы көп уақыт болмайды (10 күндей) кейін уақытта көп қабатты жазық эпителиймен жойылады. Шынайы эрозия дұрыс емес шеңбер пішінді, ашық-қызыл түсті, тиген кезде жеңіл қансырағыш, көп қабатты жазық эпителийдің төменгі деңгейінде орналасады: кейде шеттерінде **тумен***** эпителийдің шетін анықтаймыз: түбінде дәнекер ткань көптеген субэпителиальды қан тамырлармен толған, ісінген, айқын ұсақ клеткалы инфильтрациямен. Шынайы эрозия толық эпителиймен жойылуы мүмкін немесе цилиндрлі эпителиймен жабылып псевдоэрозия түзіледі

Serviks



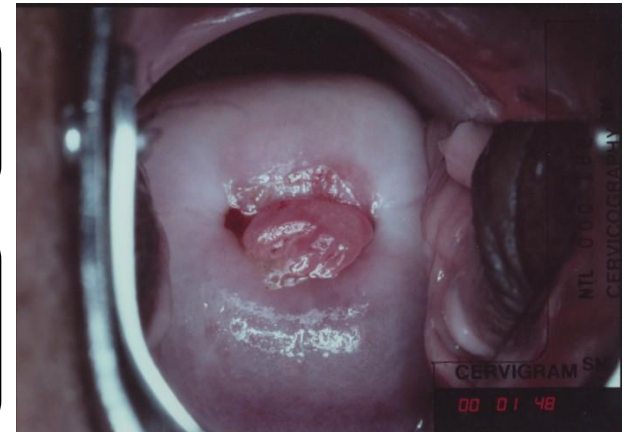
Nabothi kisti, kronik servisitinin bulgusudur

Servikte en sık rastlanan neoplastik oluşum: **polip**

Ureterler uterin arterleri **vajen lateral forniksi civarında** (servikse 1,5 cm mesafede) çaprazlar

Servikte 2 farklı epitel yer alır:

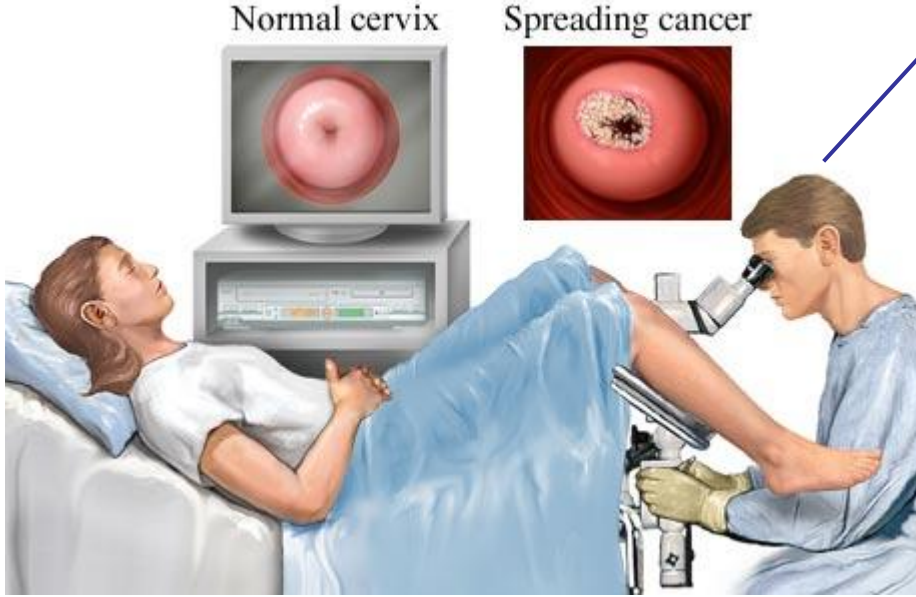
1. Porsiyö vaginalisin büyük kısmını örten **skuamöz**,
2. Endoservikal kanalı örten **kolumnar** epitel



- *Диагностика.* Клиникалық көрінісіне, кольпоскопия, цитологиялық зерттеулердің мәліметтеріне негізделеді. Жиі жатыр мойнының көп өзгерген жерінен алынған биоптатты морфологиялық зерттеу жасаймыз. Егде жастағы әйелдерде жатыр мойны рагін жоққа шығару қажет.
- *Емі.* Шынайы эрозияда бейімдеуші ауруларды емдеуге бағытталады. Жергілікті облепиха майымен, балық майымен тампон қойылады, бикорбонат натрийдің 2% ерітіндісімен спринцерлейміз.
- *Болжамы:* қолайлы.



Biyopsi

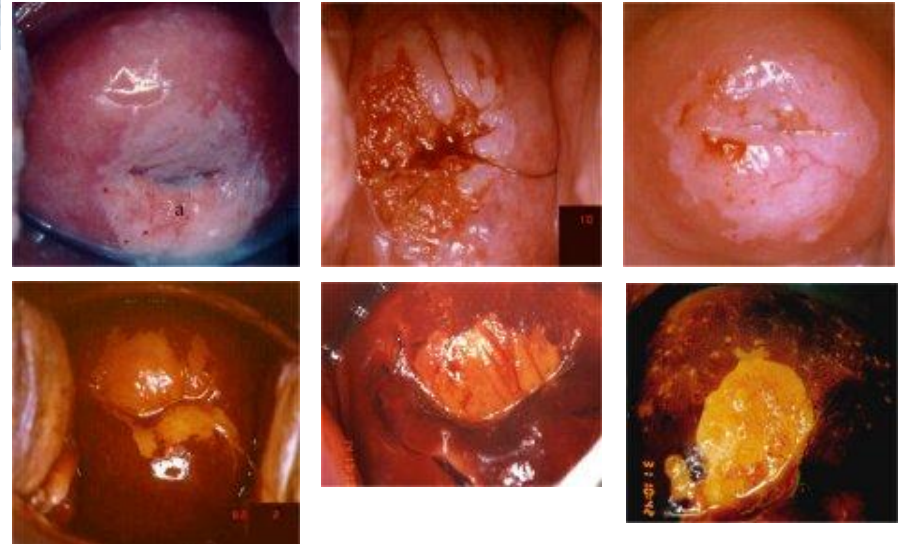


- Kolposkopi, servikal biyopsi alınacak bölgenin belirlenmesinde faydalı.
- Biyopsi sırasında lezyonun belirlenmesi amacıyla **%3-5 asetik asit** veya **lugol** solusyonu (**Schiller testi**) kullanılır

Schiller testinde skuamöz epitelin **lugol** solusyonunu tutup tutmadığına bakılır.

Matür skuamöz epiteldeki **glikojen** boya ile reaksiyona girerek epiteli boyayı tutmasını sağlar

Boya tutmayan alanlardan biyopsi yapılır
Kolumnar epitel boyayı tutmaz

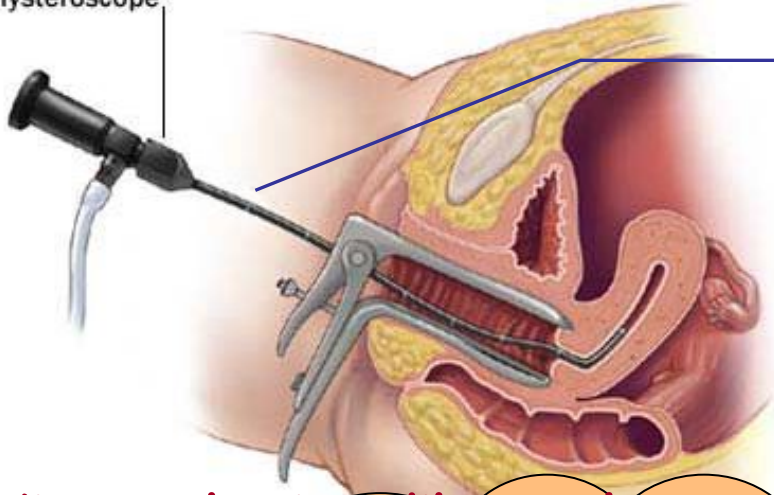




Histeroskopi



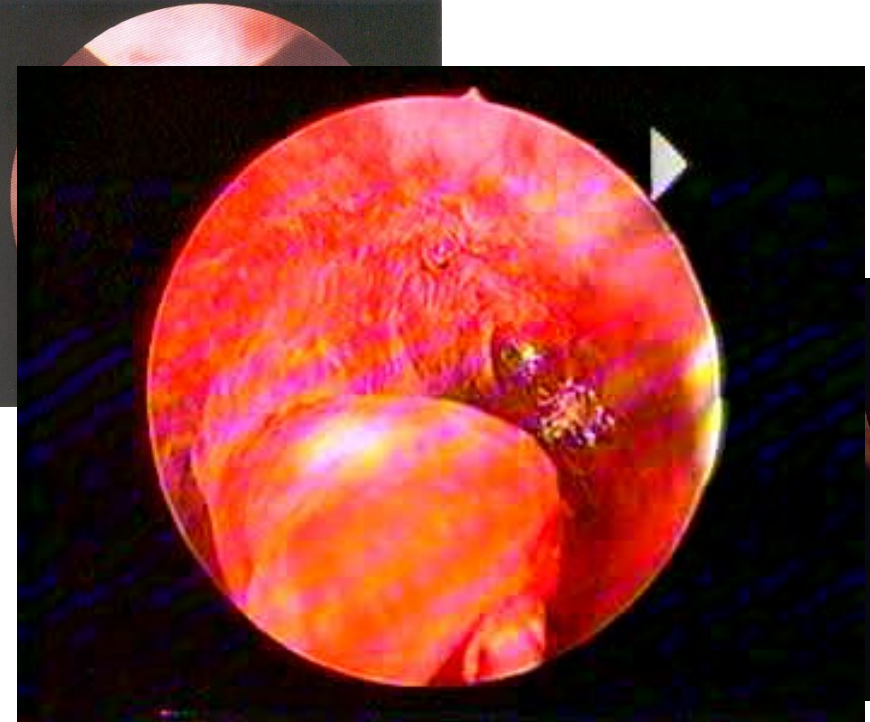
Hysteroscope



Histeroskopi
Uterin kavitenin gözlenmesi için geliştirilmiş bir tekniktir.

Histeroskopi endikasyonları:

- Endometrial polip
- Submuköz myom
- Uterin septum
- İntrauterin sineşi
- İntrauterin kayıp RIA



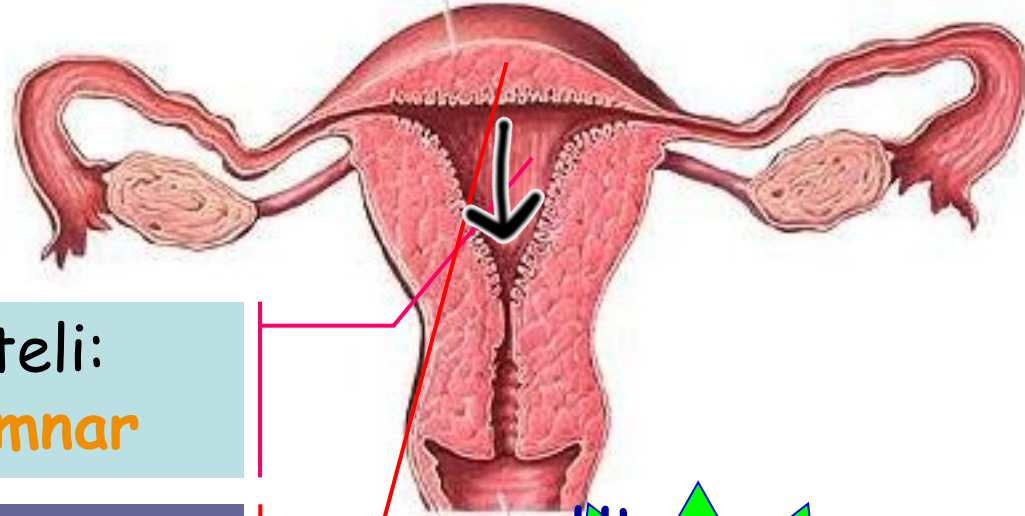
Жыныс мүшелерінің жоғары бөлімінің арнамалы емес этиологиялы қабыну аурулары.

- *Эндометрит.*

- Эндометритке (жатырдың кілегей қабатының қабынуы) асқынған аборттар, босанулар, жатыр қуысын диагностикалық қыру, гистеросальпингография және басқа да жатыр ішілік араласулар дамуына бейімдейді. Эндометриттің дамуына бейімдеуші факторлар ішіндегі маңызды орынды жатыр ішілік контрацептивтер алады. Бұл жағдайда жатырдың кілегей қабатының функционалды және базальды қабаты зақымданады. Қабыну процесі бүткіл кілегей қабатқа тарауы мүмкін немесе ошақтық сипатта болады. Эндометриттің ауыр түрінде процеске диффузды және ошақты түрдегі зақымдануы болып бұлшық етке тарайды. Эндометрия морфологиялық зерттеу кезінде көптеген плазматикалық клеткалардан және лимфоидты элементтерден, аз мөлшердегі лейкоциттер мен гистиоциттерден тұратын қабыну инфильтраты анықталады

Uterusun Katları

- Seroza: **perimetrium**
- Muskularis: **myometrium**
- Mukoza: **endometrium**



Endometrium epiteli:
siliyalı yüksek kolumnar

- Myometriumda kas lifleri en yoğun: **fundus**; servikse doğru yoğunluk azalır.
- Ayrıca **iç kısımlarda**, dışa oranla; **ön ve arkada** yanlara oranla daha fazla kas bulunur.

Uterus ve tüpte silier aktivite yönü: **servikal os'a** doğrudur

- **Клиника.** Дене қызуының көтерілуі, іштің төменгі бөлігіндегі және шап аймағынағы ауырсынуға, кілегейлі-іріңді сұйық кейде жағымсыз иісті (ішек таяқшасы) бөлініске шағымдалады; эндометрийдің эпителиальды жабындысының кейбір аймақтары десквамацияланып нәтижесінде іріңдіге қанды бөлініс қосылады. Патологиялық өзгерген эндометрийдің ажырауының бұзылысы менструация кезіндегі гиперполименорея симптомымен сипатталады. Қынап арқылы зерттегенде жұмсақ консистенциялы әлсіз ауырсынатын жатырды анықтаймыз. Функционалды қабаттың тлеуінен, ондағы микробтар сыртқа шығарылып нәтижесінде кейде өздігінен жазылу болады. Жиі қабыну процесі лимфатикалық капиллярлар және қан тамырлар арқылы бұлшық ет қабатқа (эндометрит) және қоршаған *****остшел** қабатына тарайды.
- **Диагностика.** Ауруды анықтау қиындықтар тудырмайды. Анамнездік мәліметтер (жатыр ішілік араласулар, кілегей асты түйін некрозы), дене қызуының көтерілуі, зерттеу кезінде жатырдың ауырғандығы, іріңді бөліністер және менструальды циклдің бұзылысы дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді. Жатыр қуысындағы түзілісті бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу микробтық флораны анықтауға мүмкіндік береді (антибиотикотерапия). Гематологиялық көрсеткіштердің өзгеруі қабыну процесін көрсетеді

- **Емі.** Жедел эндометритте төсектік режим, іштің төменгі бөлігіне салқын қою, антибиотиктер мен сульфаниламидтер (дозасы индивидуалды процестің ауырлығына, аурудың ұзақтығына, антибиотикке сезімталдығына байланысты) ауырсынуды басатын (натрий салицилаты, ацетилсалицил қышқылы, амидопирин, анальгин және басқалар). седативті (пустырник тұнбасы, бром камфора, валериана экстрактісі және тұнбасы) және десенсибилизациялаушы (димедрол 0,05 г) заттар, қан тамыр қабырғасы өткізгіштігін қалыпқа келтіретін витаминдер (рутин 0,002 г 3 рет тәулігіне, аскорбин қышқылы 0,25 г 4 рет тәулігіне 3-4 апта бойы) тағайындалады; қанды бөліністерде жатырды жиырылтатындар (эрготал 0,001г тәулігіне 2-3 рет, хинин 0,15г тәулігіне 3 рет).

- ***Созылмалы эндометрит.***
- Ұзақ уақыт дамығанда қабыну процесі бұлшық ет қабатына тарайды; бұл кезде бұлшық ет ткані дәнекер тканьмен алмастырылады (эндомиометрит). Жатыр тығыздау болады, ұлғайған. Бөліністер кілегейлі-ірінді болады. Іштің төменгі бөлігіндегі, сегізкөзде, белде ауырсыну болады, жиі ұзақ және көлемді менструация (гиперполименорея), сирек ациклді қан кету. Жатырды жабатын іш перденің және көрші органдардың қабынуы (периметрит) әсерінен жатырдың қозғалғыштығы тежеледі.
- ***Диагностика.*** Анамнездік мәліметтер, клиникалық көріністер, сонымен қатар жатыр қуысының түзілістері мен эндометрийден алынған жақынды дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді. Созылмалы эндометритке жиі ұзаққа созылған сальпингоофарит бірігіп жүреді. Жатырды диагностикалы қыруда лейкоциттер жинағы және басқа да қабыну реакцияларының белгілері анықталады.

- **Емі.** Созылмалы пиелонефриттегі негізгі емдік фактор болып физиобальнеотерапия, оны кіші жамбас мүшелерінің гемодинамикасын жақсарту үшін тағайындаймыз, функциясы төмендеген эндометриймен аналық бездің қызметін стимуляциялау үшін, сонымен қатар организмнің иммунологиялық реактивтілігін жоғарылату үшін тағайындаймыз. Жиі преформирленген физикалық факторлар (сантиметрлі диапазондағы микротолқындар, УВЧ магниттік аймақ, импульстік режимдегі ультрадыбыс, магний мен цинкпен электрофорез) қолданылады; эффективті емдік гряздар, озокерит, парафин, сульфидтік және радонды сулар (ванна, орошения). Аналық бездер гипофункциясы бірігіп *** гормонотерпия тағайындалады. Сонымен бірге аскорутин, димедрол, супрастин, пипольфен, седуксен. Менструация кезінде кең спектрлі антибиотиктер тағайындалады.

Sonohisterografi



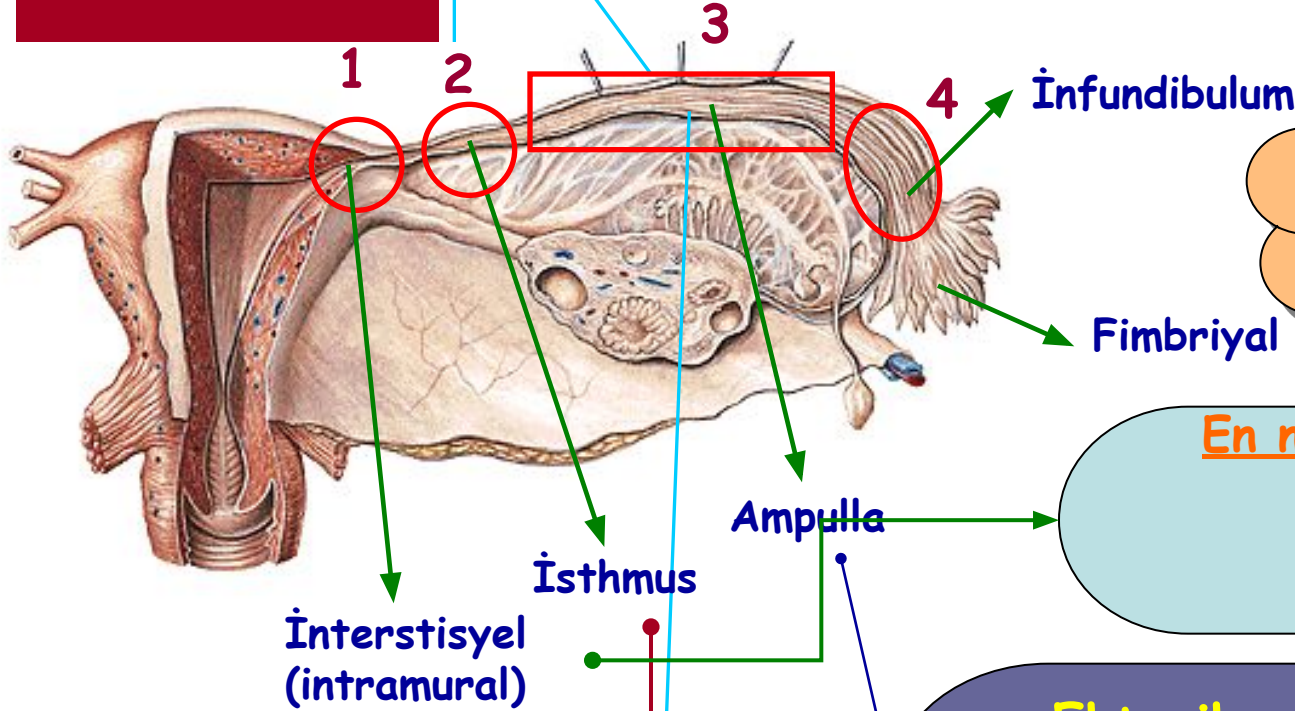
Uterin **kaviteye** ait patolojilerin değerlendirilmesinde kullanılır

Ultrason eşliğinde uygulanır
Kavite **sıvı** ile şişirilir

- ***Сальпингоофарит.***
- ***Сальпингоофарит*** - жатыр қосалқыларының қабыну ауруы - жыныс жүйесінің қабыну аурулары ішіндегі ең жиі кездесетіні: өрлеме жол арқылы, инфекция қынаптан, жатыр қуысынан жиі асқынған босануда және аборттардан кейін тарайды, сонымен қатар құлдилау – көрші органдардан (соқыр ішек, тік және сигма тәрізді ішектен) немесе гематогенді жолмен.
- Қабыну процесі кілегей қабаттан басталып, жатыр түтігінің басқа қабаттарына да тарайды. Қабыну процесі әсерінен жиналған экссудат жатыр түтігі қуысында жиналып құрсақ қуысына төгіліп жиі түтік айналасында жабысқақ процесін тудырады, ол оның ампуласы мен түтіктің жатырлық бөлігінің тесігін бітеп тастайды. Түтіктер өткізгіштігі жойылуы **ка***нықты** қабынулық түзілістің дамуына әкеледі. Түтік қуысында серозды сұйықтық жиналуын гидросальпинкс деп аталады. Гидросальпинкс бір жақты және екі жақты болады. Сальпингиттің ауыр ағымында және микроорганизмдердің вируленттігі жоғары болғанда түтікте іріңді түзіліс пайда болып түтікте іріңді түзіліс пайда болып пиосальпинкс пайда болады. Пиосальпинксте кіші жамбаста ішектермен, шарбы маймен, қуықпен жабысқақтар түзіледі. Науқастардың 2/3 қабыну процесі түтіктен аналық безге өтеді (сальпингоофарит).

Tuba Uterina

Periton ile kaplı



Tuba uterina ektopik gebeliklerin en sık yerleşim yeri

En nadir tubal ektopik gebelik
En geç rüptür
En dar bölüm

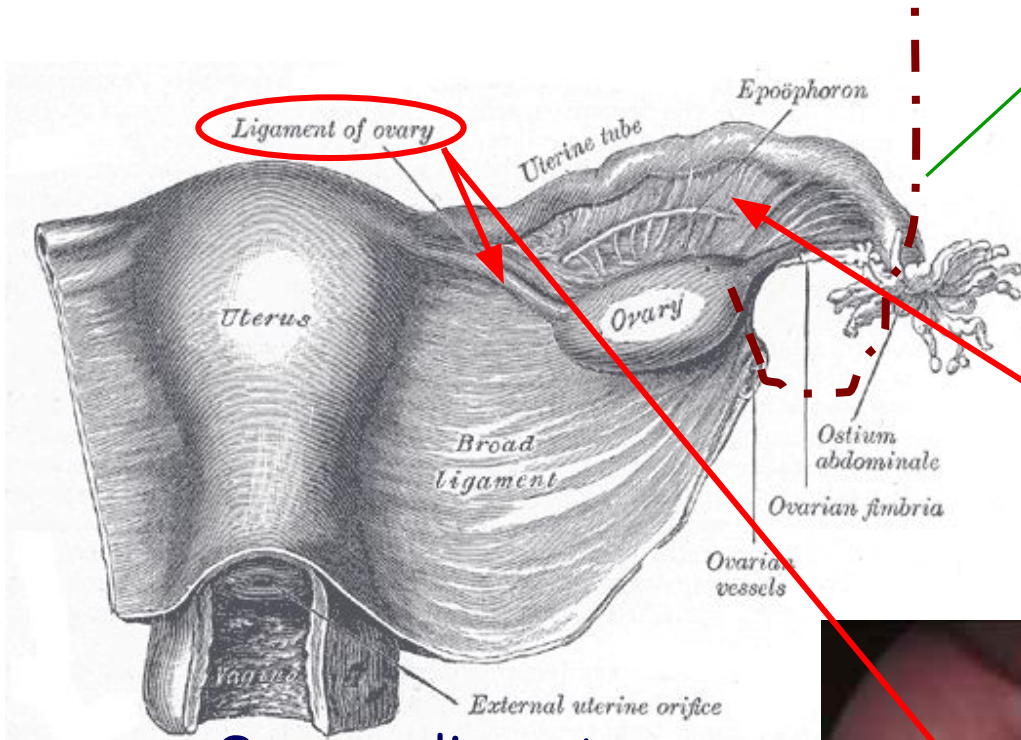
Ektopik gebeliklerin en sık geliştiği yer
Fertilizasyonun geliştiği yer

Tubal ektopik gebeliklerin en erken rüptüre olduğu yer

Tuba uterina: **Müllerian kanaldan** gelişir.

- **Клиника.** Сальпингоофарит басталуы жедел, жеделдеу және созылмалы болады. Жедел сальпингоофаритке белдегі және іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, қандағы өзгерістер қабыну процесіне тән, жатыр жалғамалары, мен оны қоршаған тканьдердің инфильтрациясы және экссудация процесінің болуы тән. Жедел сальпингоофарит симптомдар әртүрлі дәрежеде байқалуы мүмкін, ол қоздырғыш вируленттілігіне және организм реактивтілігіне байланысты. Ауырғандық сезімінің интенсивтілігі қабыну процесінің іш пердеде жаралу деңгейіне байланысты. Іш перде қаншалықты қабыну процесіне ұшыраса ауырсыну реакциясы соншалықты айқын. Жатыр қосалқыларының ұлғаю деңгейі гиперемиясына, экссудациясына, тканьдердің лейкоциттермен инфильтрациясына сонымен қатар қоршаған тканьдер патологиялық процеске ұшырауына байланысты. Кейде сальпингоофарит клиникасы белгісі беткей етуі мүмкін, ал бұл кезде қосалқыларда айқын өзгерістер тіпті іріңдеуге дейін жүріп жатады. Басқа жағдайда қабыну процесі ауыр етіп айқын клиникалық көріністермен э-әсіресе пиосальпинкс кезінде байқалады. Жоғары температура, қалтырау, іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауырсыну, іш перденің тітіркену симптомы, қан жағынан айқын өзгерістер болуы байқалады (лейкоциттер санының көбеюі, лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы, ЭТЖ жоғарлауы).
- Созылмалы сатыдағы процеске қабыну процесіне байланысты қосалқылардың ығысуынан олардың ауырсынуы, қозғалысының шектелуі, тығыздану тән. Жатыр қосалқыларының әсіресе рецидив беретін. Созылмалы қабынуында ереже бойынша нервті, эндокринді, қан тамыр, ас қорыту және зәр шығару жүйесінде функцияларының бұзылысымен жүреді. Созылмалы сальпингоофарит ұзақ етеді, жиі өршумен. Өршу қоздырғыштың патогендік қасиетінің жоғарлауымен немесе екіншілік инфицирленумен кейде дене салқындауымен, дене қызуымен, шаршаумен, гриппті басынан өткізумен және басқа да организмді әлсірететін бейарнамалы факторлармен байланысты. Қабыну процесінің ұзақ уақыт болуына байланысты бұндай наукастарда түтіктік бедеулік пайда болады.

Overin Bařları



Lig. suspansorium ovarii (infundibulopelvik ligament) içinden **ovaryan arter**, ven ve sinir geçer.

Mezoovaryum, overin **peritoneal bağıdır**

Ovaryan ligament
(**lig. ovarii proprium**)
+ round ligament
= **gubernakulum**



- *Диагностика.* Жатыр қосалқыларының қабынуы диагнозы анамнез мәліметтеріне, аурудың клиникалық көріну ерекшеліктеріне, жатыр қосалқысының екі жақты немесе бір жақты ұлғаюына гематологиялық көрсеткіштер өзгерісіне негізделіп қойылады. Кейде созылмалы қабыну процесінің өршу себебін анықтау қиындықтар туғызады. Кейбір ауруларда өршу аэробы немесе реинфекция активтенуінен байланысты болса, келесі науқастарда бейарнамалы факторлардың әсерінен тығыз байланысты болады.
- Жатыр қосалқыларының жедел қабынуы сатысын аппендицитпен дифференциация жасау қажет, аурудың созылмалы ағымында - түтіктік аборттан екшеу - жатыр қосалқыларының жедел қабынуын аналық безі ісігінің аяқшасының айналып кетуімен дифференциация жасау қиындықтар туғызады. Аналық без ісігінің айналып кетуіне аурудың кенеттен басталуы, анамнезінде қосалқыларының қабыну процесі жоқ болуы тән және қосалқылары аймағында ісік тәрізді дөңгелек формасы түзіліс, қозғағанда ауырсынады. Параметральды қабыну инфильтраты сальпингоофариттен тығыз консистенциялы болуымен ерекшеленеді: инфильтрат кіші жамбас қабырғасына өтеді, қынаптың кілегей қабаты инфильтрат астында қозғалыссыз

- *Емі.* Аурудың жедел сатысында жедел эндометрит емімен бірдей жедел сатысында УВЧ-терапия, кальций, магний, цинкпен электрофорез жасалады. Организмнің қорғаныштық функцияларын күшейту үшін аутогемотерапия, алоэ, фибс инъекциясы, поливитаминдер жүргізіледі. Қажеті бойынша дезинтоксикациялық терапия тағайындайды (гемодез, реополиглюкин, 0,85 % натрий хлориді ерітіндісі, 5% глюкоза ерітіндісі, плазма). Жедел және жеделдеу қабыну процестерін стационарда емдейді. Созылмалы сальпингоофаритті саябыр сатысында емдеудің негізгі мақсаты жансыздандыру және фибринолитикалық әсерге жету, сонымен бірге эндокринді, нервтік, қан тамыр және басқа да жүйелер қызметін қалыпқа келтіру. Созылмалы сальпингоофаритті саябыр сатысында және басынан өткізілген қабыну белгілерінің қолдың белгілері аутоинфекция активтігі белгілері болмаса емді әйелдер консультациясында жүргізіледі. Аурудың клиникалық көрінуіне байланысты преформирленген физикалық факторлар тағайындалады. Сантиметрлік немесе дециметрлік диапазондағы микротолқындарды жиі өршуі болатын науқастарға тағайындаған тиімді, ал тұрақты ауырсынуы симптомы барларға - диадинамикалық немесе синусоидальды модулирленген тоқтарды, амидопиринмен электрофорез, ультрадыбыс қолданған тиімді.
- Жабысқақ процесінің айқын болуы протеолитикалық ферментпен немесе медиймен электрофорез тағайындауға көрсеткіш. Ремиссия сатысындағы аналық бездердің гормональды активтігі бұзылысын гормональды немесе гормональды емес препараттармен коррекция жүргізіледі. Бұл сатыда антибактериальды ем жүргізілмейді, өйткені аурудың созылмалы түрінде микробтардың ролі минималды немесе болмайды

- *Болжамы.* Жиі қолайлы, бірақ қабыну процесі кіші жамбастың іш пердесіне тарап ауру ағымын ауырлатуы мүмкін. Жатыр жалғамаларының қабынулы қапшықты түзілісі (пиосальпинкс, аналық без абсцессі, тубоовариальды түзіліс). Жатыр қосалқыларының қапшықты түзілісі бар науқастар хирургиялық емді қажет етеді. Араласу көлемі сұрағы операция кезінде шешіледі. Жиі іріндеген қапшықты түзілісті алып тастайды. Науқастарды операцияға дайындық өзіндік ерекшеленіп 7-10 күнге созылады. Операция алдында сульфаниламидтер мен антибиотиктер енгізілмейді, өйткені түзілістегі капсула дәрілік заттардың енуіне кедергі болады. Плазма, альбумин, реополиглюкин, глюкоза құю кең қолданылады. Антигистаминді препараттар тағайындалады. Сонымен бірге науқастар симптоматикалық терапия - жүрек дәрілерін, витаминдер қабылдайды.
- Кейде қабыну процесі жатырдан және қосалқылардан жатырды жауып тұрған іш пердеге өтеді (периметрит). Периметриттің үш формасын ажыратады: экссудативті және жабысқақты. Жедел сатысында бұл формалардың клиникалық симптомдары ұқсас. Науқастарда дене қызуы көтеріледі, шөлдеу және тілінің құрғауы, жалпы мазасыздық, бас ауру, пульс жиілеуі, іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, іштің алдыңғы қабырғасының керілуі пайда болады. Қынап арқылы зерттегенде жатырды қоршап тұрған инфильтрат анықталады. Пальпация кезінде жатыр ауырсынады, инфильтрат тұйық эластикалы консистенциялы, ауырсынады.

- ***Пельвиоперитонит.***

- Пельвиоперитонит - кіші жамбас іш пердесінің қабынуы - стафилакокктармен, ішек таяқшасымен, стрептококктармен, гонококктармен және басқа аэробты және анаэробты микробтармен немесе аралас инфекциямен қоздырылуы мүмкін. Пельвиоперитониттің пайда болуына организмнің қорғану қызметі бейімделеді. Кіші жамбас іш пердесінің қабынуы - жатыр және қосалқылардың қабынуынан, пиосальпинкс, пиовардан кейінгі асқыну ретінде екіншілік қабыну процесі ретінде дамиды. Экссудаттың түріне байланысты серозды-фиброзды және іріңді жамбастың перитонит ажыратады. Серозды-фиброзды түріне жабысқақ процесі дамуы және ол қабынудың салыстырмалы шектелуі тән. Іріңді пельвиоперитонитте ірің жатырдың артқы бұрышында жиналады.

- ***Клиникасы.*** Ауру жедел басталады дене қызуы 39°C дейін көтерілуі, пульс жиілеуі, іштің төменгі бөлігіндегі қатты ауырсыну пайда болып, Щеткин - Блюмберг симптомы оң мәнді болады. Жиі жүрек айну, құсу, зәрге шыққанда және дефекацияда ауырсыну. Қанда лейкоцитоз, лейкоцитарлы формула солға ығысады, ЭТЖ жоғарлайды. Қынап арқылы зерттегенде қатты ауырсынуға байланысты және алдыңғы іш перденің керілуінен зерттеу қиындық тудырады. Қынаптың артқы күмбезі арқылы омпайып шығып тұратын кіші жамбастағы жатыр артында инфильтрат анықталады.

- ***Диагностика.*** Аурудың клиникалық көріністеріне және қынаптың артқы күмбезін томпайтып тұратын жатыр артындағы инфилтраттың бауына негізделеді. Пельвиоперитониттің қоздырғышын анықтау үшін қынаптың артқы күмбезі арқылы жасалған іш қуысының пункциясы арқылы алынған сұйықтықты микроскопиялық зерттейміз.
- ***Емі.*** Уақытында және дұрыс жүргізілген емде жоғарыдағы симптомдар тез арада бәсеңдейді немесе біртіндеп жойылады. Процесс үдегенде жалпы жағдайы нашарлайды да, перитонит дамуы мүмкін.

- ***Болжамы:*** көп жағдайда пельвиоперитонит сауығуымен аяқталады. Сирек жағдайда инфекция вирулентті болғанда және организмнің қорғаныштық қасиеті төмендегенде диффузды перитонит дамуы мүмкін. Пельвиоперитониттің ерекше түрі пиосальпинкс, пиовар тесілгенде, ауруханалық емес аборт кезіндегі жатыр перфорациясы кезінде, түтіктің жүктілік кезінде гематома іріңдеуінен дамиды іш перденің тік ішек-жатырлық қалтасының абсцесі. Аурудың басталуы пельвиоперитонитке ұқсас іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, дене қызуы көтерілуі, қалтырау, алдыңғы іш қабырғасы бұлшық еттерінің тітркенуі және басқалары. Наукастың жалпы жағдайы нашарлайды, пельвиоперитонит симптомдары күшейеді. Ректовагинальды зерттегенде қынаптың артқы күмбезін томпайтып тұратын жартылай шар тәрізді инфильтрат анықталады. Инфильтрат кіш жамбастың қаптал қабырғасына өтпейді. Инфильтрат консистенциясы аурудың барысында тығыздау, ал ірің пайда болғанда флюктуация анықталады. Ішек таяқшасымен тудырылатын пельвиоперитонитте экссудат серозды-іріңді иісі нәжіс тәрізді болады; стафилакоккты және стрептококкты инфекцияға іріңді және серозды іріңді экссудат тән. Жатырдың артқы гематомасы іріңдегенде іріңде қан қосындысы болады.
- Анамнездік мәліметтер (қабыну процесінің ұзақтығы, ауруханадан тыс аборт жасалуы, жатырдан тыс жүктілік белгілері), сонымен қатар қынаптық зерттеудің және артқы күмбез пункциясының нәтижелері дұрыс диагноз қоюға мүмкіндік береді

- **Параметрит**
- **Параметрит** - жатыр маңындағы клетчатканың қабынуы. Параметрит қоздырғышы стафилакокктар, стрептококктар, ішек таяқшалары, анаэробты инфекция болып табылады. Параметрит дамуына бейімдеуші факторға (жүктілік емес кезінде) жатыр мойны кеңеуі, диагностикалық қырулар, жатыр мойнына операциялар, жатыр ішілік спираль енгізу, жатыр қабырғасының зақымдалуы мен асқынуы, интралигаментарлы орналасқан ісікті алып тастау осының бәрі инфекцияның параметральды клетчаткаға өтуіне қолайлы жағдай туғызады. Микробтар оған әртүрлі жолдармен енуі мүмкін, бірақ ең жиі жатырдан лимфатикалық қан тамыр арқылы енеді. Кіші жамбастың клетчаткасының топографиясына байланысты қапталдық параметрит жиі кездеседі, ол кезде қабыну процесі жоғарыдан кең жалғаманың жоғарғы бөлігімен, төменнен - кардиальды жалғамалардың төменгі бөлігімен, қапталдан - кіші жамбас қабырғаларымен шектеледі. Қапталдық параметритте инфильтрат жатырдың қапталдық қабырғасы қасында орналасып және жамбастық қаптал күмбезі тегістеледі және инфильтрат астындағы кілегей қабаты қозғалғыштығын тез жоғалтады.

- Алдыңғы параметритте инфильтрат жатырдың алдынан алдыңғы күмбезді тегістеп анықтайды: инфильтрат қуықтық клетчаткаға және іш перденің алдыңғы қабырғасына тарауы мүмкін. Жатыр мен тік ішек арасындағы клетчатка қабынуы артқы параметрит ретінде қаралады. Инфильтрат тік ішекті тығыз қоршап алып кейде қуысының тарылуына әкеледі. Кіші жамбастың клетчаткасының қабынуын пельвиоцеллюлит деп аталады. Параметрит ағымында 3 сатыны ажыратады: инфильтрация, экссудация және экссудаттық тығыздалуы. Қабынудың бастапқы сатысында қан тамырлар кеңуі, периваскулярлы ісік және клетчатканың ұсақ клеткалы инфильтрациясы байқалады. Экссудация сатысында қан тамырлардан лейкоциттер мен қанның формалық элементтері шығады, инфильтрат жамбас қабырғасына дейін жетеді. Егер де экссудат іріңдесе, іріңді параметрит пайда болады, ірің тесіп шығады, жиі тік ішекке немесе қуыққа. Қабыну процесі қуыққа немесе тік ішекке тараса цистит және простатит белгілері пайда болады. ЭТЖ мен лейкоциттер көлемі ұлғаяды, лейкоцитарлық формула солға ығысады. Қабыну экссудаты фибриногенмен бай болады. Фибриноген фибринге айналғанды инфильтрат тығыздау болады.

- **Клиника.** Параметриттің ерте клиникалық белгісі іштің төменгі бөлігіндегі ауырсыну, инфильтрат пайда болғаннан кейін; ауырсыну тұрақты түрде болып сегізкөзбен белге тарайды. Кейін дене қызуы көтеріледі 38-39 °С дейін, пульстің жиілеуі, бас ауруы, шөлдеу, ауыз қуысының құрғалуы анықталады. Қынап арқылы тексергенде жатырдың қатты ауырсынуы анықталады. 3-4-ші күні жатырдың солға немесе жоғарыға көтерілуі анықталады. Жатырды инфильтраттан ажырату мүмкін емес. Ол тығыз, қозғалмайтын, сегізкөз-жатырлық жалғама анықталмайды. Процесс таралған кезде науқас мәжбүр қолын алады.
- Параметральды клетчатка іріңдегенде жалпы жағдайы нашарлайды, дене қызуы септикалық сипатта, қалтырау пайда болады, лейкоцитоз, нейтрофильдердің солға ығысуы, ЭТЖ бірден жоғарылауы болады. Параметральды инфильтраттың іріңдеуі және іріңдіктің қуыққа тесілуі зәрді зерттеу мен цистоскопия көмегімен диагностикаланады. Іріңдіктің тік ішекке жарылуында нәжісте ірің анықталуы мен ректоскопия мәліметтеріне сүйеніп қойылады. Параметриттің дифференциальды - диагностикалық маңызды белгісі болып зақымдалған жақтың мықын сүйегінің алдыңғы жағының үстінен перкуторлы дыбыстың тұйықталуы естілуі.
- **Диагностика.** Анамнез мәліметтеріне (түсіктің болуы, босануы, жатыр ішілік араласу, гинекологиялық операциялар) және ректовагинальды зерттеулерге негізделеді. Жиі параметритті экссудативті пельвиоперитониттен екшеу кажет (3 табл).
- **Емі.** Инфильтрат іріңдегенде іріңдіктің ең төменгі тесігінен қынап күмбезі арқылы пункция жасаймыз. Іріңнің шығуы абсцессті ашуға және параметридi дренаждауға көрсеткіш болады.
- **Болжамы.** Қолайы.

Пельвиоперитонит пен параметриттің екішеу - диагностикалық белгілері

Белгілері	Пельвиоперитонит	Параметрит
Эксудат қасиеттері		
орналсауы	Жоғары жатыр денесі тұсында	Төмен, жатыр мойны тұсында
шектері	Төменінен және қапталынан белгілі, жоғары жағынан түсініксіз	керісінше
Жамбас сүйектеріне қатынасы	жетпейді	Тікелей жамбас сүйектеріне өтпейді, оларға жанасады
Қынап күмбезіне қатынасы	Күмбездің кілегей қабаты еркін ығысады	Қозғалғыштығы шектелген
консистенция	Баяу тығыздалады	*ез каталды
Клиникалық белгілері		
Ауырғандық іш перденің тіткену белгілері (метеоризм, жүрек айну, құсу)	Біршама болады	Онша емес, болмайды
пульс	жиілеген	Температура + С сәйкес
температура	Орташа, тұрақсыз	Тұрақсыз

- **Қабыну процестерін емдеу.** Пельвиоперитонит пен параметриттің емі комплексті және индивидуальды болуы тиіс. Ем негізгі жалпы әлдендіргіш, антибактериальды, десенсибилизациялаушы, дезинтоксикациялық және симптоматикалық заттар сонымен қатар физиотерапевтикалық процедуралар құрайды; кейде хирургиялық араласуларға барамыз. Емді стационарлық жағдайда жүргіземіз, аурудың басында ем қабыну процесін тез тұрақтандыруға, пульсін, артериялық қан қысымын, ішек функциясын және қызметін қалыпқа келтіруге бағытталады. Ішек перистальтикасын қоздыруға гипертониялық клизмалар, прозерин және басқа заттар қолданылады. Ішек парезін ликвидациялағаннан кейін бөлшек дозадағы жоғарыкалориялы тағамдар (5-6 рет тәулігіне), қышқыл сусындар (клюквалық морс, лимонмен шай), бауыр қызметі бұзылғанда творог тағайындайды. Ауыз қуысын санациялау жүргізіледі. Анемия кезінде темір препараттарын қолданылады.

- **Антибактериальды терапия.** Қоздырғышқа әсер ету мақсатында антибиотиктер, сульфаниламидтер, нитрофурандар қолданылады. Тәуліктік және курстық дозалар процесс ауырлығына, препараттарды көтере алушылығына антибиотикограммаға қаралып тағайындалады. Алғашында кең спектрлі антибиотиктер қолданылады кейін (сезімталдығын) микробтық флораның антибиотикке сезімталдығын анықтағаннан кейін ең эффективті препарат тағайындалады. Ем эффективті болмаған кезде немесе 5-7 күн ішінде эффект болмаса, антибиотикті ауыстырамыз. Аурудың ауыр түрінде ішінде аэробты және анаэробты инфекцияға әсер ететін антибактериальды препараттар қолданған тиімді (гентамицин пенициллинмен немесе метронидазолмен бірге, ұзақтығы 15-20 күндей). Дисбактериоз бен кандидоздың дамуын алдын алу үшін нистатин тағайындаймыз (250000 бірлік тәулігіне 4 рет) немесе леворин (200000 бірлік тәулігіне 4 рет).

- **Десенсибилизациялаушы заттар.** Қабыну процесі ұзаққа созылса, антигистаминді препараттар тағайындаймыз: димедрол (0,05г тәулігіне 2 рет), супрастин (0,025г тәулігіне 2-3 рет).
- **Дезинтоксикациялық терапия.** Интоксикациямен күресу үшін интоксикация айқындылығын, диурезін, ісіктер болуын қандағы электролиттер (калий, натрий) бақылауымен 2-3 литр көлемдегі сұйықтық құю) гемодез, реополиглюкин, глюкозоновокаин қосындысы, глюкоза, натрий хлоридінің изотопиялық ерітіндісі) тағайындалады.
- **Симптоматикалық емі.** Ауырсыну болған кезде беладонна мен анальгин балауызын тағайындаймыз. Қабынудың жедел сатысында және іш перденің тітркену белгілері болған кезде іштің төменгі бөлігіне мұз қоямыз 3 күн бойы (тәулігіне 2 сағаттан 1 сағат үзіліспен).
- **Физиотерапиялық ем.** Аурудың жеделдеу сатысында бастап қолданылады (медий, цинк, калиймен электрофорез). Созылмалы сатысында парафин, озокерит, балшықтар және бальнеотерапия.

- ***Хирургиялық ем.*** Экссудат түрін және кейінгі оперативтік араласуды шешу үшін қынаптың артқы күмбезінің пункциясын жүргіземіз. Іріңді анықтағанды оны шприцпен сорып алып кейін антибиотиктер жібереміз. Бұндай емдер жатыр артындағы абсцессте және артқы параметрит іріңдегенде жүзеге асырылады. Артқы күмбездің кейде қынаптың артқы қабырғасының ығып тұруында шұғыл түрде артқы күмбезді ашып, дренаж қою керек. Бұл әдіс жақсы нәтиже береді. Процесс жеделдеу сатыға өткенде физикалық факторлар әсер етуді бастайды (УФ сәуле, УВЧ). Созылмалы сатыда электрофорез медиймен және цинкпен, ультрадыбыс балшықпен емдеу. Пиосальпинкс, пиовара, тубовариальды іріңді қабынудың тесілуі нәтижесінде дамитын перитонитте, сонымен қатар жиі өршитін консервативті емге көнбейтін қабыну процесінде хирургиялық ем көрсеткіш болады. Оперативтік араласудың (зақымдалған қосалқыларды, жатырды қосалқыларымен алып тастау) аурудың сатысына байланысты. Жас әйелдерде бұндай араласулар аянышты түрінде жүру қажет; егде жаста радикальды операция жасау қажет.

- **Қабыну аурулардың профилактикасы.** Күресу негізінде ауруханадан тыс аборттармен күресу жатыр. Әйелдер арасындағы күнделікті санитарлық-ағарту жұмысын жүргізудің маңызы зор. Сыртқы жыныс мүшелерінің және қынаптың қабыну процесстерінде жедел белгілер толық жайылғанша жұмыстан босату қажет, бірақ емді толық жазылғанша амбулаторлық жағдайда жүргізу қажет. Жатыр мен жатыр қосалқыларындағы, параметридегі жедел және жеделдеу қабыну процессі кезінде ем негізінен стационарда 2-4 аптаға дейін жүргізіледі, содан кейін әйелге еңбекке жарамсыз қағазын беріп оның әрі қарай емімен еңбекке жарамдығы туралы сұрақты шешетін (еңбек жағдайы, жұмыстың сменалығы, амбулаторлық жағдайда еңбекті жалғастыру мүмкіндігі, санаторлық-курорттық ем керектігі есепке алынады). Әйелдер консультациясына жолдайды. Аурудың созылмалы сатысында, әсіресе қабыну процесінің жиі өршуінде ауыр физикалық күштеме, вибрациямен, салқындаумен, жоғары температурамен байланысты жұмыстар қарсы көрсеткіш болады. Бұл топтағы науқастар репродуктивті функциямен еңбекке жарамдылығын қалыпқа келтіруге бағытталатын ұзақ уақыт реабилитацияны қажет етеді.

Назар аударғандарыңызға

рахмет!!!

