

Семей Мемлекеттік медицина университеті.

СӨЖ

Тақырыбы: Қыздардағы гонорея.
Потогенезінің, клиникасының, емінің
ерекшеліктері.
Трихомониаз. Микоплазмоз.

406 Пед.фак.

Гонорея – гонококктармен шақырылатын,
венерологиялық ауру.

Жыныс мүшелерінің арнайы қабыну ауруларының ішінде
науқастардың 5 – 25 % кездеседі.

Соңғы жылдары гонореямен ауырған 18-19 жастағы
әйелдер саны 35 рет, ал 15-17 жастағылар арасында 46
рет өсті.

Гонореямен ауырған қыздардың орташа жасы 16.4 тең.

Этиология.

Қоздырғышы – гонококк. 1879 жылы Нейссер ашқан. Диплококк, кофе дәніне не бұршаққа ұқсас, шеттері ішіне қарай кіріп орналасқан. Сыртынан 3 қабатты цитоплазматикалық мембрана қаптап жатады.

Цитоплазмасында рибосома, мезасомалар, ДНК жіпшелері, ядролы вакуолі бар.

Гонококк сыртқы ортаға төзімсіз: кебіруге, УФ сәулеге, жоғары температураға, күміс, мыс, хлоргексидин тұзына, этил спиртіне төзімсіз.

Гонококктар



Гоноккоқтың ультра құрылымы.



Эпидемиология.

Гонорея негізінен жынысты жолмен беріледі.

Жас қыздарда жыныссыз жолмен жұғады. Инфекция тасмалдаушы анасы, туысқандары немесе күтіп жүрген персонал болуы мүмкін.

Инфекция бір төсекте жатқанда, жеке бас гигиенасының заттары ортақ болғанда (өке, орамал және т.б), ойыншықтар арқылы жұғуы мүмкін.

Жас балаларға ауру 97% тұрмыстық жағдайда жұғады.

Жіктелуі.

- Асқынусыз жүретін несеп – жыныс жүйесінің төменгі бөліктерінің гонореясы.
- Асқынумен жүретін несеп – жыныс жүйесінің гонореясы.
- Несеп – жыныс жүйесінің жоғарғы бөліктерінің және кіші жамбас мүшелерінің гонореясы.
- Басқа мүшелер гонореясы.

Қыздардағы гонорея ағзасының анатомо-физиологиялық ерекшеліктеріне байланысты клиникалық ағымы өзгеше болады. Бұл ерекшеліктер ағзаның иммунореактивтілігімен, аналық бездің эндокриндік қызметінен қарағанда қалқанша бездің гормондарының басымдылығымен байланысты.

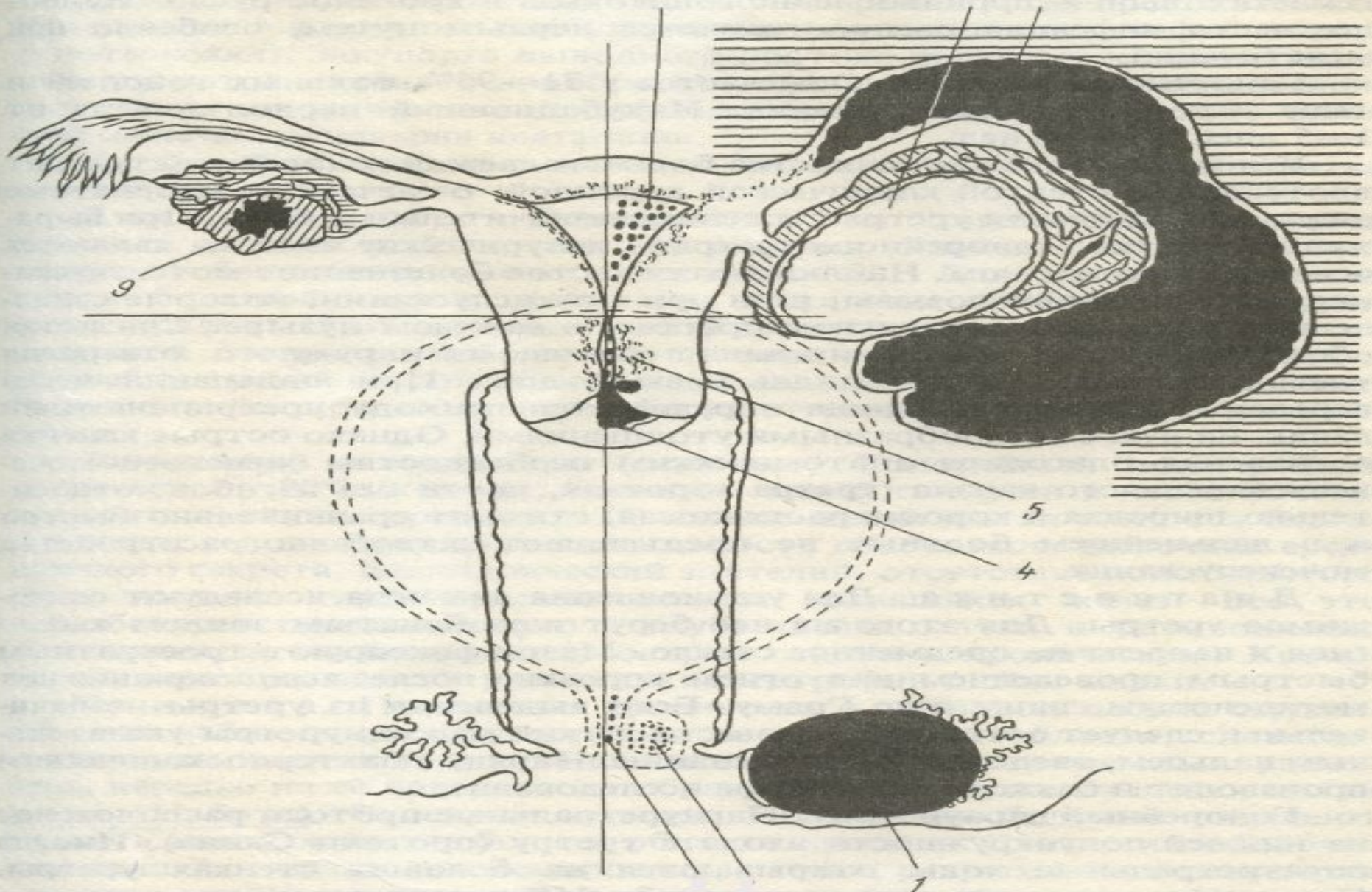
Қыздарда созылмалы гонореяның ағымы циклдылығымен ерекшелінеді: ремиссия мен рецидив кезектесіп жүреді. Рецидивтар әр түрлі уақыт аралығында қайталанып тұрады. Алғашқы рецидивтар емделгеннен кейін 1-3 аптадан кейін көрініс береді, кеш рецидивтер 3-6 айдан кейін байқалады.

Рецидив кезіндегі реинфекция ошақтары болып қынап кіреберісіндегі, уретра, мойын каналы бездері табылады. Жедел инфекциялық аурулар созылмалы гонорейяны асқындыра түседі. Жедел инфекциядан кейін қыздарда шырышты бөліністер пайда болады, оның құрамында гонококктарды табуға болады. Қыздардағы гонорейяның ағымы мен клиникалық ерекшелігі ағза реактивтілігі, қоздырғыш штаммы, жүргізілген емнің радикалдығымен ғана емес, сонымен қатар қыздың жасы мен қабыну процессінің орналасу ерекшелігімен байланысты.

Кейбір жағдайларда гонорея симптомсыз жүруі мүмкін, осыған байланысты қауіп қатер топтарында скринг-диагностика кеңейеді. Аурудың созылмалылығы нәтижесінде жүйке, эндокринді, жүрек-қан тамыр жүйесінде бұзылыстар байқалады.

Зақымдалуына байланысты гонореялы уретрит, парауретрит, бартолинит, эндоцервицит, проктит, эндометрит, сальпингоофарит, оофаритті ажыратады.

Гонарея ошақтарының типті орналасуы.



Гонореялы уретрит.

Жедел гиперемия, уретра еріндерінің ісінуімен және іріңді бөліністермен сипатталады. Науқастар зәр шығару кезінде ашу сезімінің пайда болуына, кіші дәретке қайта-қайта баруына шағымдалады. Кейде зәрді ұстай алмуы байқалады. Уретриттің жедел белгілері 1-2 аптадан кейін қайтады, бірақ гиперемия сақталады, кейін ол көкшіл түстенеді. Уретраның шырышты қабатында кондилломатозды өсінділер пайда болады.

Гонореялы вагинит.

Вагиниттің негізгі белгісі болып қынаптан бөлінетін қою іріңді бөліністер боып табылады. Жедел жағдайда вагиноскопия кезінде қынаптың ісінгенін, гиперемияланғанын, әсіресе күмбезінде көруге болады. Созылмалы жағдайда ошақты гиперемия байқалады, іріңді налеттар болады. Көбіне созылмалы түрінде қынап қабырғасында көптеген қызыл түсті дін тәрізді түзілістер көрінеді. Бұл ауру ұзақ уақытқа созылады және емге төзімді болып келеді. Бұл гонококктардың қынаптың шырыш асиы және бұлшық ет қабатына еніп, ол жерде капсулаланған инфекциялық ошақтарды түзуімен байланысты.

Емі.

- Антибактериальды терапия.
- Иммунотерапия.
- Жергілікті ем.
- Физиотерапевтикалық ем.

Антибактериальды ем. Негізгі антибиотиктар ішінде пенициллин топтарын қолданады. Сонымен қатар Макролидтер, аминогликозидтер, тетрациклиндер, рефампициндер,сульфаниламидтті препараттар қолданылады.

Балаларда көбінесе бензилпенициллинді қолданады. Препаратты 50-200 Б (жасына байланысты) әр 4 сағат сайын,5-7 күн тағайындайды.

Ампициллин:0.5 г – тәулігіне 4 рет береді.

Ампиокс:0.5 г – тәулігіне 4 рет береді.

Оксациллин:0.5 г – тәулігіне 5 рет береді.

Трихомониаз.

Трихомониаз – қынаптық трихоманадамен шақырылатын, инфекциялық ауру.

Трихомониаз жынысты жолмен жұғады. Қыздарға анасынан инфицирленген босану жолдрынан және науқас анасымен бір төсекте ұйықтайтын болса жұғады.

Клиника.

- Сұйық көпіршікті сұр-сары түсті бөліністер.
- Сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы және ашуы.
- Вульва мен қынаптың ісінуі, гиперемиясы, аздап қансырау.
- Іріңді бөліністер.
- Жағымсыз иістер.

Емі.

Трихоманиазды емдеуде ең тиімді препарат метранидазол (трихопол, флагил) болып табылады.

Ем схемасы: 1-ші күні 0.5 г-2 рет
2-ші күні 0.25 г-3 рет ,интервал 8 сағат, қалған 4 күн бойы 0.25 г-2 рет беріледі.

Микоплазмоз.

Микоплазмалар – ауыз қуысының шырышты қабатында, тыныс жолдарында, төменгі жыныс мүшелерінде кездесетін ұсақ микроорганизімдер.

Қабыну аурулары кезінде олар қынапты, жатыр мойынын, эндометридi, жатыр түтіктерiн зақымдайды.

Микоплазмалар жынысты жолмен таралады және гонорея, трихоманиаз ауруларында кездеседі.

Клиника.

Клиникасы сальпингит, кольпит, цервицисттікіне ұқсас болады. Соған қарамастан микоплазмалармен шақырылған инфекция көбіне латентті, жасырын өтеді.

Емі.

Ең тиімдісі антибиотиктер болып табылады:

-тетрациклин

-мономицин

-канамицин

-леомецитин

-ланкомицин