

М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті

Кафедрасы: *№2 Акушерия және гинекология*

Тақырыбы:

Жыныс мүшелерінің арнамалы және бейарнамалы қабыну аурулары

Орындаған: *Нуркен Абай 727*

Ақтөбе 2015ж

Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары 1 ден 8 жасқа дейінгі қыз балалар арасындағы гинекологиялық патологияның арасында бірінші орынға ие. Барлық аурулардың 65%.

Қыз балалардың жыныс мүшелерінің қабыну аурулары болашақта етеккір, репродуктивті және жыныстық функциясының бұзылуына алып келуі мүмкін. 1 мен 8 жас аралығындағы қыз балаларда қабыну процесі қынап пен сыртқы жыныс мүшесінде дамиды.

Этиологиясы.

Қыз балалардағы вульвовагинит қоздырғышы арнамалы (гонококк, туберкулез микобактериясы, күл таяқшасы), немесе бейарнамалы (шартты патогенді аэробтар мен анаэробтар, хламидиялар, саңырауқұлақтар, вирустар, қарапайымдылар) инфекция болып табылады. Арнамалы қоздырғыштарды жұқтыру жолдары әр алуан. Ерте жаста тұрмыстық берілу жолы басым болады (гигиена ережелерінің бұзылуы). Жыныстық қатынаста болған жасөспірім қыздарда, қоздырғыш жыныс арқылы берілуі мүмкін. Микотикалық вульвовагинит әр түрлі жаста пайда болуы мүмкін, әсіресе ерте балалық және пубертатты кезеңдерде. Аурудың ең жиі қоздырғышы *Candida* тұқымдастығының саңырауқұлақтары болып табылады. Ауруға беймдейтін факторлар: иммунодефицит, гиповитаминоз, антибиотиктармен емдеу, эндокринды бұзылыстар. Вирусты вульвовагинит сирек кездеседі.



Классификация:

I. Инфекциялық.

1. Бейарнамалы вульвовагинит.
2. Арнамалы вульвовагинит:
 - гонорейялық;
 - туберкулезды;
 - күлдік.

II. Біріншілік инфекциялық емес вульвовагиниттер.

1. Қынаптағы бөгде денемен шақырылған вульвовагинит.
2. Құрт инвазиясымен шақырылған вульвовагинит.
3. Онанизммен шақырылған вульвовагинит.
4. Ағза реактивтілігінің өзгерісімен шақырылған вульвовагинит:
 - зат алмасу бұзылыстары;
 - дисметаболикалық нефропатия;
 - аллергиялық аурулар;
 - ішек дизбактериозы;
 - несеп жолдарының аурулары;
 - жедел вирустық инфекция;

Клиникасы.

Қыз балаларда вульвовагинит жедел түрде басталады, кейде созылмалы ағыммен көрініс табуы да мүмкін.

Жедел вульвовагинит кезінде науқастар жыныс жолдарынан іріңді бөліністерге, қышуға және кіші дәреттен кейінгі күшейетін сыртқы жыныс мүшелерінің аймағындағы ашып ауырсынуға шағымданады.

Ауру созылмалы түрге ауысқан кезде гиперемия мен экссудация азайып, ауырсыну бәсеңдейді.

Бұл кезде негізгі шағымдар, іріңді бөліністер мен қышыну болып қалады.

Диагностика.

Вульвовагинит диагностикасы кезінде анамнез және науқас шағымдарына көңіл бөлеміз. Қарау кезінде санның ішкі бетіне таралатын вульва гиперемиясы мен ісінуіне мән береміз. Ауру созылмалы түрге өткен кезде гиперемияның орнын пигментация басады. Қынап кіреберісінің кілегей қабаты мацерацияға ұшырап, эрозиялар мен ұсақ жаралар пайда болуы мүмкін. Жыныс жолдарынан бөліністер серозды – іріңді, іріңді, егер қынап ішінде бөгде дене болатын болса қан аралас болады. Диагностика кезінде қосымша зерттеу әдістері қолданылады. Вагиноскопия қынап пен жатыр мойнының зақымдалуын және оның дәрежесін, сонымен қатар егер де қынапта бөгде дене болса оны да анықтауға мүмкіндік береді. Нативті жұғынды мен Романовский – Гимзе бойынша боялған жұғындының микроскопиясы, жұғындыдағы лейкоциттердің көп мөлшерде болуын, сонымен қатар гонококктарды, трихомонадаларды, саңырауқұлақтарды анықтайды.

Арнамалы қоздырғыштарды ПЦР арқылы анықтайды.

Вульвовагиниттің клиникалық көріністері аурудың қоздырғышына байланысты өзгеріп отырады.

- ❖ Трихомонадты вульвовагинит, ақшыл немесе жасыл – сарығыш түсті көп мөлшерде келетін бөліністермен ерекшелінеді.

Кейде бөліністері көбіктеніп жыныс мүшелерінің айналасындағы тіндерді тітіркендіреді.

Ауру вульваның қышынуымен және уретрит көріністерімен қатар жүреді. Бөліністер қан аралас болуы мүмкін.

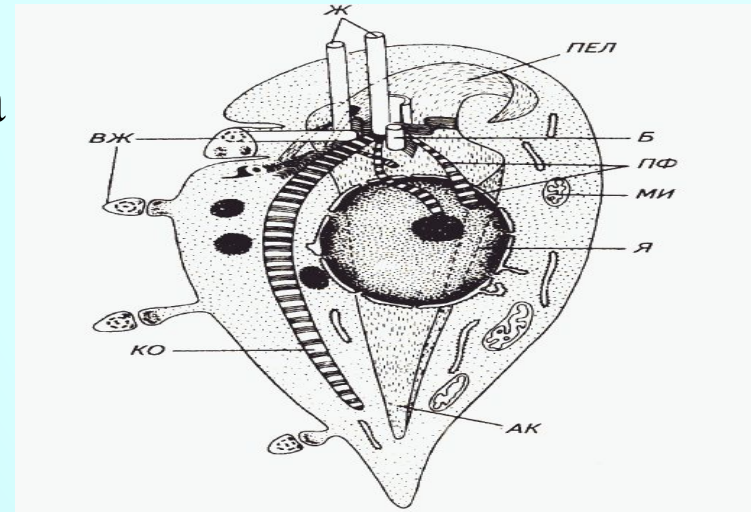
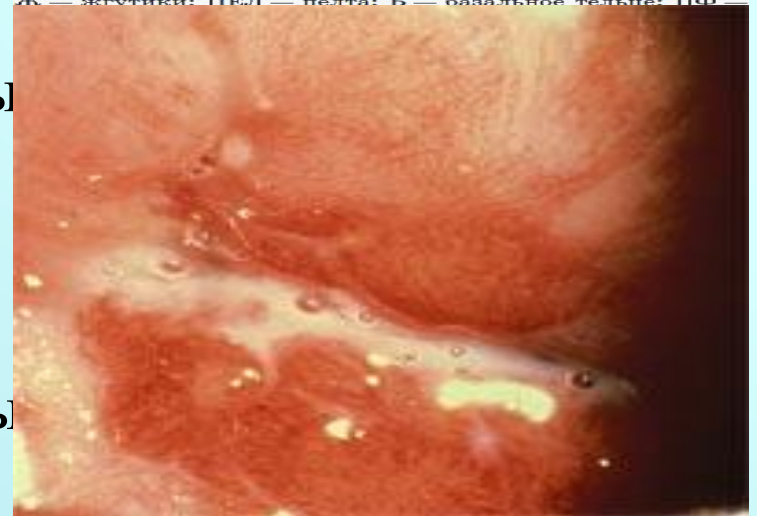


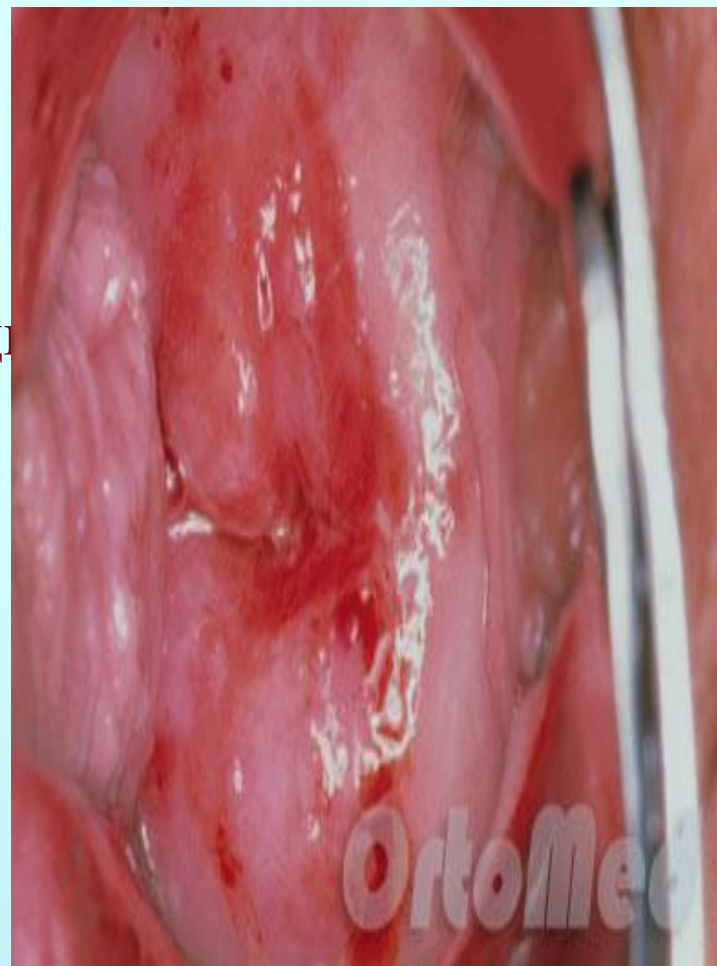
Рис. 10. Строение трихомонады:
АК — акостиль; КО — кокса; ВЖ — возвратный жгутик;
Ж — жгутики; ПЕЛ — пелла; Б — базальное тельце; ПФ — парацистостом.





- ❖ Микотикалық зақымдану кезінде вульва гиперемияланған, ісінген, ақшыл түсті жабындылармен. Жыныс жолдарынан бөліністер ірімшік тәрізді болып келеді. Бұл кезде жиі уретрит пен цистит қатарласып жүреді.

- ❖ Хламидиялармен қоздырылған вульвовагинит көп жағдайда жиі рецидив беретін созылмалы түрге ауысады. Басты симптомы вульваның қышуы болып табылады. Вульва гиперемияға ұшырайды. Вагиноскопия кезінде цервицит, петихиалды қан кетулерді және жатыр мойны эрозиясын анықтайды. Жыныс жолдарынан бөліністер кілегейлі аз мөлшерде болады, сирек жағдайда іріңді бөліністер болады.



- ❖ Герпетикалық вульвовагинит, гиперемияланған вульвадағы ұсақ көпіршектермен көрініс береді. Көпіршіктердің ішіндегі сұйықтық алғашында мөлдір түсті болады, бірақ екіншілік инфекция қосылғаннан кейін ол іріңді сұйықтыққа айналады. 5-7 күннен кейін көпіршектер жарылып эрозия мен жаралар пайда болады. Ауру басында вульва аймағында айқын ауырсыну және қышу пайда болады. Сонымен қатар жалпы симптомдар пайда болады: бас ауруы, қалтырау, дене қызуының көтерілуі.



- ❖ Гонорейалық вульвовагинит, торпидті, рецидивті және симптомсыз болуы мүмкін, бірақ көп жағдайда жедел басталуы тән. Зақымдалу көп ошақты болып келеді, қынап (100%), несеп жолдары (60%), тік ішек (0,5%). 1-3 күндік инкубациялық кезеңнен кейін көп мөлшерде іріңді бөліністер, сыртқы жыныс мүшелерінің жайылмалы гиперемиясы пайда болады. Қыз балалар зәр шығару кезіндегі ауырсынуға шағымданады. Жыныс жолдарынан бөліністері іріңді, қою, жасыл түсті, кілегей қабатқа жабысып құрғаған кезде қабыршақтанады.

Емі.

Біріншіден гигиена талаптарын дұрыс орындау қажет. Балаға тәтті тағамдарды беруді азайту, тағамдарға көкөністерді көбірек қосу. Ем амбулаторлы жағдайда жүргізіледі.

Жергілікті ем:

- шөптер тұнбасымен жыныс мүшелерін өңдеу (ромашка, календула, шалфей, мята, крапива, зверобой);
- қынапты антисептикалық ерітінділермен жуып-шаю (3% сутек тотығы ерітіндісі, 0,5% диоксидин ерітіндісі, фурацилин 1:5000, этакридин лактат 1:5000, 3% лизоцим ерітіндісі);
- вульваны ультрофиолетпен өңдеу.