

Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары

Әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары қазіргі таңдағы негізгі медициналық проблеманың бірі болып табылады және бала табатын жастағы әйел денсаулығына айқын әсер етеді, амбулаторлы науқастардың 60-65% және стационардағы науқастардың 30-35% кұрайды. Әлемнің барлық елдерінде бала туатын жастағы әйелдер арасында жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының 13% өскені және ЖІК бар әйелдерде 25% өскені анықталады, қабыну этиологиялық тубоовариальды түзілістің 3 есе өскені анықталады. Қабыну ауруларының көбеюіне урбанизацияның өсуі, халықтың қарқынды миграциясы, жыныстық мінез-құлықтың өзгеруі, проституция жоғарылауы әсер етеді. Соңғы онжылдықта трансмиссивті аурулардың яғни жыныс жолдары арқылы берілетін аурулардың жиілігі өсті.

- 99% микробтар жыныстық жол арқылы түседі
- лимфогенді жол арқылы да түсуі мүмкін – бұл ең алдымен ішектен;
- гематогенді жол – негізінен – туберкулез, гениталийдегі инфекция ошағы – екіншілік болғанда, ал біріншілік инфекция ошағы – экстрагенитальды орналасқанда;
- ұзына бойы – мысалға қабынған аппендикулярлы өсіндіден, колит кезінде және ішек патологиясы кезінде
- интраканаликулярлы жол спецификалық инфекция кезінде гонококтарда

**Барлық қабыну ауруларының себебі
микробтар болып табылады**

Микроағзалар жыныс жолдарда үнемі болады, бірақ белгілі бір жағдайларда олар вирулентті болып жыныс жолдарының қабыну ауруларын туғызуы мүмкін.

Олардың белсенуіне бөгет болып табылады

- 1) Физиологиялық қорғау механизмдері: физиологиялық десквамация және беткей жасушалардың цитолизі**
- 2) Жасуша деңгейінде спецификалық емес антимикробты механизмдер (полиморфтыядролық лейкоциттер және макрофагтар көмегімен фагоцитоз)**
- 3) Гуморальдық факторлар плазмалық ақуыз трансферинге байланысады, көптеген микробтардың өсуіне қажет опсониндер, жасушалардың фагоцитарлы белсенділігін жоғарылататын, лизоцим пептид антимикробты белсенділікке ие.**

- 4)Цервикальды кілегейдің құрамында антибактериальды заттар бар лизоцим плазмаға қарағанда 100 есе көп, ішек таяқшасына, гонококктарға, қарапайым герпес вирусына, кандида саңырауқұлақтарына антиденелер**
- 5)Эндо метрий – функциональды қабаттың сылынуы. Лейкоциттер – базальды қабатты инфильтрациялайды.**
- 6)Жыбыр эпителийі бар жатыр түтіктерінің перистальтикасы**

Жыныс мүшелерінің инфицирленуіне жағдай жасайтын факторлар:

- 1) Физиологиялық – етеккір, mensis кезінде жыныстық қатынас, қорғаныш барьерлері бұзылған кезде, қан кетумен, гестозбен, босану жолдарының жарақатымен асқынған босану**
- 2) Ятрогендік: өздігінен болған және криминальды түсіктер, медициналық түсіктер – аспирация жолымен болған**
- 3) Жатырішілік манипуляциялар – зондтау, нистероскопия, гистеросальпингография, пертубация, гидротубация**

4)ЖІК теріс әсері, енгізгеннен кейін 2 тәулікте жатыр қуысының микробты тұқым себуі кенеттен тез өседі. ЖІК жатыр қуысында простогландиндердің өндірілуіне себепші болады, бұл жатырдың қабынуын туғызады және үнемі жиырылуына алып келеді. ЖІК жіптері инфекцияның қынаптан жоғары жатқан бөлімдерге таралуына алып келеді.

5)Жатыр қосалқыларының іріңді ауруларына іш қуысы мен кіші жамбас мүшелеріне жасалған хирургиялық манипуляциялар жиі себеп болады.

Осы заманғы этапта жыныс мүшелерінің қабыну ауруларының ағымының ерекшеліктері:

- **симптомдардың азбілінуі**
- **көбінесе аурудың өршуін салқын тию, физиологиялық күш түсу, экстрагенитальды инфекция ретінде қабылдайды**
- **аллергиялық реакциялардың пайда болуы, дисбактериоз**
- **клиникалық түрлерінің ағымының өзгерісі, көбінесе пельвиоперитонит немесе перитонит дамуымен жүретін жедел түрі анықталады.**

-Қабынулық тубоовариальды түзілістердің көбеюі, іріңді параметрит дамуы

-Созылмалы ағымда иммунитет төмендейді, зат алмасу бұзылады

-Созылмалы ағымда біріншілік қоздырғыш ролі екінші жаққа ауысады.

Қоздырғышы бойынша:

Спецификалық және спецификалық емес

Топографиялық типі бойынша:

**Сыртқы және ішкі, жоғарғы және төменгі
бөлімді**

Клиникалық ағымы бойынша:

**Жедел (2-3 апта), жеделдеу (6 аптаға дейін),
созылмалы (6 аптадан жоғары)**

Қабыну ауруларының классификациясы

Вульвит – сыртқы жыныс мүшелерінің қабынуы. Біріншілік және екіншілік вульвитті ажыратады.

Біріншілік вульвит жарақаттанған аймақтың инфицирленуінен болады. Сыртқы жыныс мүшелеренің жарақаттануы қант диабетінде, гельминтозда, әртүрлі тері ауруларында пайда болады.

Екіншілік вульвит сыртқы жыныс мүшелерінің патогенді микроорганизмдерімен инфекцияланғанда, яғни кольпит, цервицит, эндометрит кезінде қынап арқылы бөліністердің ағу нәтижесінде болады.



Клиника. Жедел және созылмалы вульвитті ажыратады. Жедел вульвитте сыртқы жыныс мүшелеренің жайылмалы қызаруы және ісінуі, сонымен қатар ірінді бөліністер, шап қыртыстар аймағындағы ісінулер, кейде шап лимфа түйіндерінің ұлғаюы, жиі жағдайда сыртқы жыныс мүшелерінің айналасындағы қышынуға, ашуға жиі жалпы әлсіздікке шағымданады. Созылмалы ағымда бұл белгілер жасырын түрде болып, тек қышыну, ашу, қызару болады.

Диагностикасы:

- анамнезі бойынша
- гинекологиялық зерттеу нәтижелері бойынша
- вульвадағы бөліністі бактериологиялық, бактериоскопиялық зерттеу
- кольпоскопия

Емі.

- төсек режимін сақтау
- жыныстық қатынастан сақтану
- күніне 2-3 рет сыртқы жыныс мүшелерін ромашка тұнбасымен, калий перманганатының жылы ерітіндісімен жуыну, бор қышқылының 2-3% бор ерітіндісімен де жуынуға да болады.
- бактериялы, саңырауқұлақты, паразитарлы вульвитте – полижинакс, тержинан бір таблеткадан ұйықтар алдында қынапқа енгізу. Емнің ұзақтығы 10 күн.
- егер екіншілік вульвиттің қоздырғышы кандида болса, гинопеварил, микогал – 1 балауыздан (150 мг) түнге, 3 күн бойы, рецидивте 1 балауыздан күніне 2 рет 7 күн бойы, және де сыртқы жыныс мүшелеріне крем түрін жағу. Жоғарғы нәтижелі емді орунгалды 100 мг-нан 2 рет күніне 6-7 күн бойы, сосын 3-6 еттекір бойы циклдің бірінші күндері 1 капсуладан қабылдағанда ккруге болады.
- вульваның қатты қышуы болса 5% анестезин майын қолдануға болады.

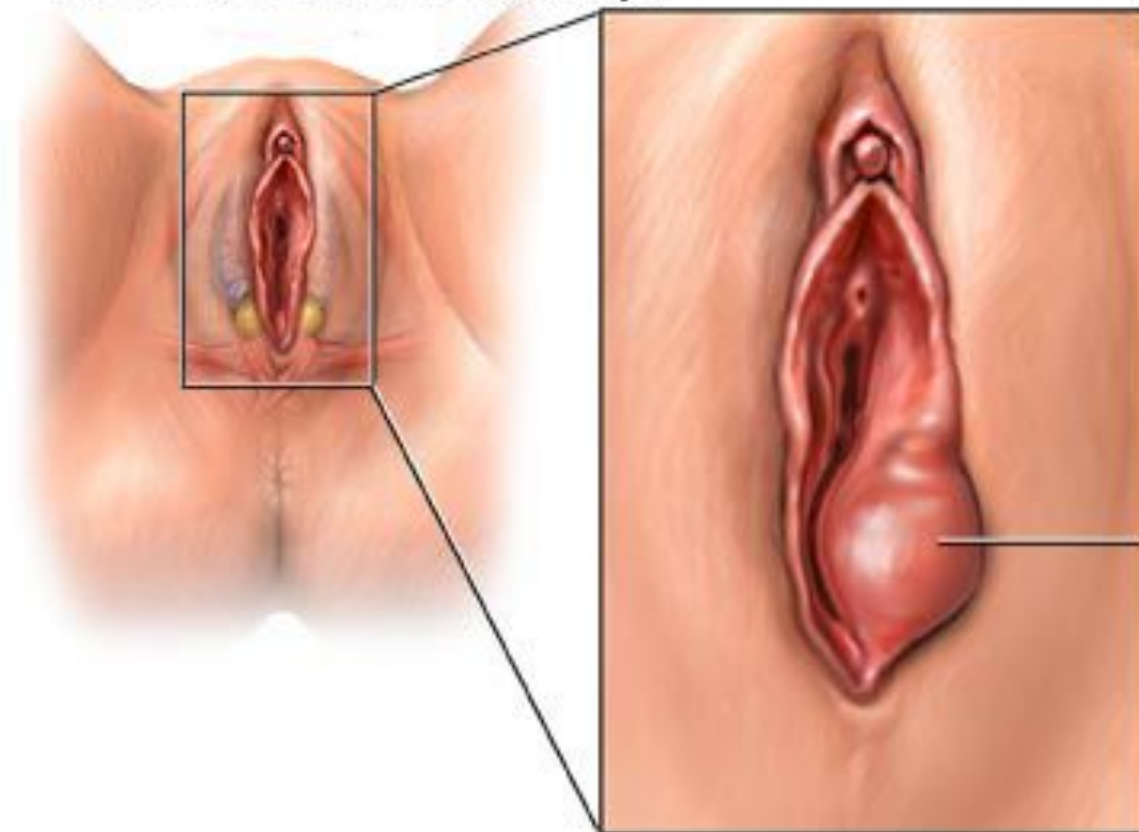
Бартолинит – қынап кіреберісінің үлкен бездерінің қабынуы.

Қоздырғыштары: жиі стафилококк, стрептококк, ішек таяқшасы, протей, сирек жағдайда – гонококк, трихоманада және т.б. микроорганизмдер

Клиникасы:микробтар бездердің шығарушы өзегін зақымдайды (каналікулит), сонымен қоса безді. Каналикулитте науқастың жалпы жағдайы өзгермейді. Бездің шығарушы өзегінің айналасы ісініп, қызарып, үстінен басқанда өзектен іріңді тамшылар шығады. Өзек бітелген кезде бездің псевдоабсцессі дамиды. Псевдоабсцесс дамыса, науқастар жалпы әлсіздікке, сыртқы жыныс мүшесі айналасындағы жағымсыз сезімге шағымданады. Дене қызуы субфебрильді болады.

Үлкен жыныс мүшелерінің ортаңғы және төменгі үштен бір бөліміндегі ісіну мен қызару болады, пальпация кезінде ауырсыну, жергілікті температура жоғарылауы, жұмсақ тіндер ісінуі байқалады. Псевдоабсцесс үлкен жыныс ернінің ішкі және сыртқы жаққа томпайып, кіші жыныс ерніне тарап, қынап кіреберісін бітейді. Жыныс ерінінің ішкі беткейіндегі шығарушы өзекте ақшыл қызыл түсті дақ пайда болады. Микробтардың бездің паренхимасы мен жұмсақ клетчаткаға тарауы шынайы абсцесстің дамуына алып келеді. Науқас жағдайы күрт нашарлайды. Қарағанда ауырсынатын, ісік тәріздес түзіліс анықталады, ірің көп мөлшерде жинақталса флюктуация дамиды.

**Бартолиновы железы в основа-
нии больших половых губ**



**Киста барто-
линовой
железы**

Емі.

Каналикулиттің жедел сатысында антибактериальды ем және мұзбен көпіршік қойылады, мұзды 1 сағатқа 30 минут демалыспен 3-4 рет қояды. Жалпы жағдай жақсарғанда патологиялық ошақ аймағына уф-сәуле, увч, немес сантиметрлі диапазонды микротолқындар тағайындалады.

Псевдоабсцесс түзілген жағдайда операция жасалады. Қынап кіреберісінің үлкен безінің өзегін ашып кілегейін айналдырып қынаптың кілегейіне тігеді (марсупиализация). Бартолинит ұайталанса немесе ретенциялық киста түзілсе безді өзегімен энуклеация жасайды.

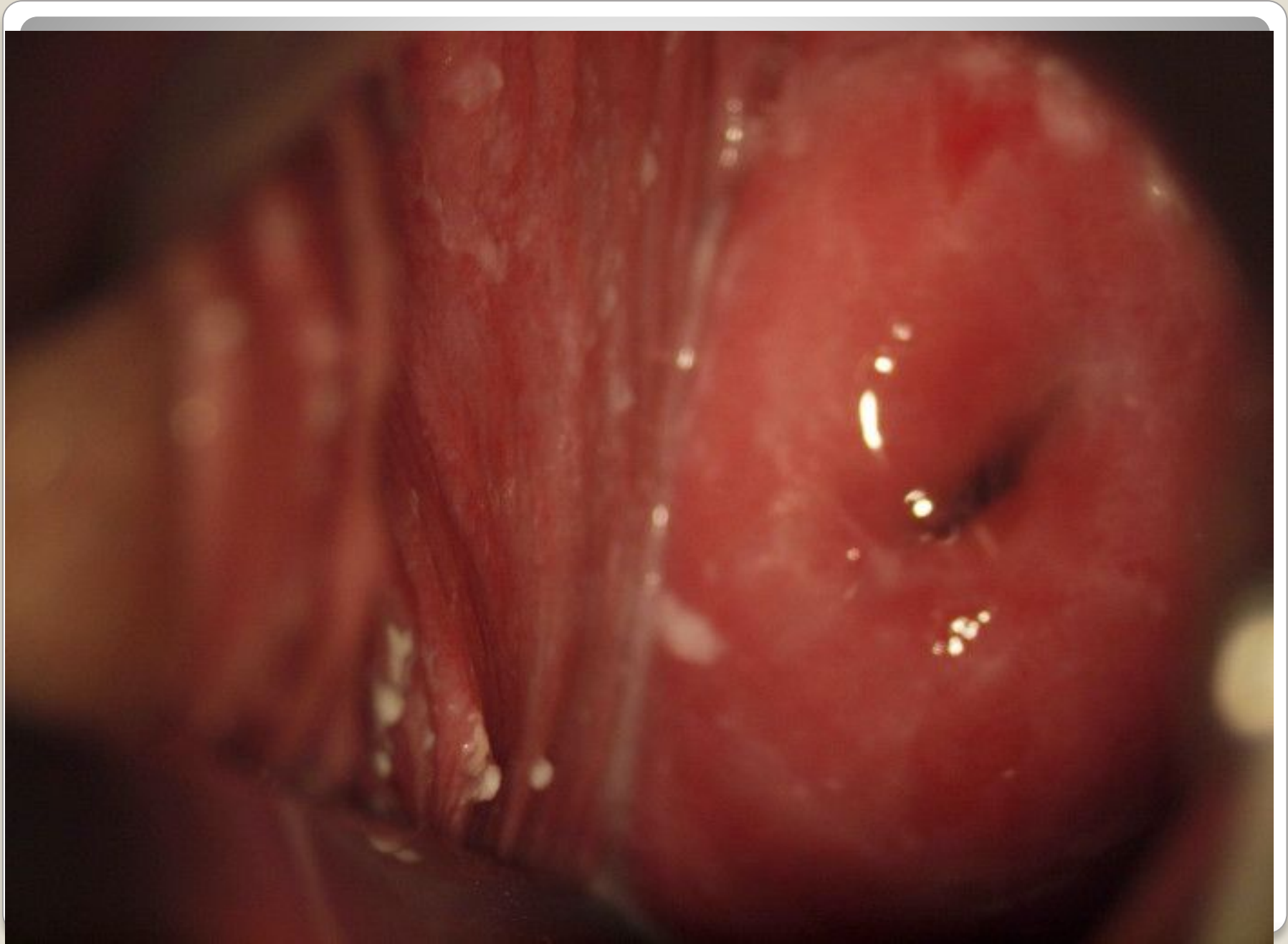
Кольпит – қынаптың кілегей қабатының қабынуы.

Қоздырғыштары – стафилококк, стрептококк, ішек таяқшасы және т.б. Жиі жағдайда аралас инфекция.

Арудың ағымына қарай; жедел, жеделдеу, созылмалы. Клиникасына қарай жай және гранулезді.

Клиника. Кольпиттің негізгі симптомы серозды-іріңді бөлініс. Науқас қынап және вульва аймағындағы ашуға, қышынуға, жыныстық қатынасқа түсе алмауға, зәр шығарғанда ауырсыну және ауыруға шағымданады. Созылмалы түрінде бұл белгілер айқын болмайды.

Диагностикасы айнамен қарау арқылы негізделеді. Жедел сатысында қынаптың кілегейі ісініп, қызарып, қанағыш болады. Ірінді немесе серозды жамылғылармен жабылда.ы Ауыр ағымда эпителийде ақшыл қызыл түсті дұрыс емес формалы дефекттер немесе нүктелі инфильтрация анықталады. Созылсмалы ағымда кілегей қабаттың ісінуі айқын емес, бөліністер аз. Бактериоскопиялық, бактериологиялық зерттегенде қоздырғыштар табылады.



Емі комплексті: жалпы және жергілікті болады.

Жергілікті емде ромашка, шалфей, антисептик ерітінділерімен (калий перманганаты, фурациллин, диогсидин, хлоргексидин) жыныс мүшелерін жуу және шаю 3-4 тәулік бойы. Стафилококкты кольпитте қынапты шаю үшін хлорофилипт (бір ас қасық 1% спирт ерітіндісін 1 литр суға), сонымен қатар қынаптық тампондар (2% майлы ерітінді). Қынапқа галаскорбан, облепиха майы мен ылғалданған тампонды енгізу.

Диагностикасы айнамен қарау арқылы негізделеді. Жедел сатысында қынаптың кілегейі ісініп, қызарып, қанағыш болады. Іріңді немесе серозды жамылғылармен жабылда. Ауыр ағымда эпителийде ақшыл қызыл түсті дұрыс емес формалы дефекттер немесе нүктелі инфильтрация анықталады. Созылсмалы ағымда кілегей қабаттың ісінуі айқын емес, бөліністер аз. Бактериоскопиялық, бактериологиялық зерттегенде қоздырғыштар табылады.

- **Бактериальды вагиноз:** қынап дисбактериозы, микробиоценоз бұзылысы.
- Гинекологиялық патологиясы бар репродуктивті жастағы әйелдердің 10-35% кездеседі. Қалыпты жағдайда қынап рН 3,8-4,2. Дисбактериоз кезінде (антибиотиктерді қолдану, иммундық бұзылыстар, гормональды бұзылыстар) қынап құрамының рН 4,5 жоғары болады, гарднерелла сияқты облигатты-анаэробты микроағзалар көбеюіне ыңғайлы орта қалыптасады.
- Аурудың негізгі көрінісі жаман, “балық” иісті көп мөлшерде бөліністердің болуы, бірақ қабыну белгілері болмайды (ісік, гиперемия)

Диагностика. Диагнозды қою үшін 3-4 критерий болуы қажет:

Жыныс жолдарынан спецификалық бөліністер (басында сұйық консистенциялы, кейіннен сары-жасыл түсті, қою, жабысқақ);

Жұғындыда «негізгі» жасушалар (эпителийдің қабыршақтанған жасушалары, грамтеріс таяқшалармен жабылған)

Қынап рН 4,5 жоғары;

Қынап құрамының оң амниотесті (бөліністерді 10% гидроокиси калий ерітіндісімен араластырғанда «шіріген» балық иісінің күшеюі).

- **Емі 2 этаптан тұрады:** 1 – қынаптың физиологиялық ортасын қалпына келтіру, микрофлораның облигатты-анаэробты компонентін жою, жалпы және жергілікті иммунитет коррекциясы. 2 – қынаптық қалыптың микрофлорасын қалпына келтуі.

Емді метронидазол қабылдаудан бастайды 250мг күніне 2-3 рет 7-10 күн бойы, тиберал 500 мг күніне 2 рет 5 тәулік, клиндамицин қынаптық гел ретінде күніне 1 рет 7 күн бойы немесе құрамында метронидазол бар балауыздар (флагил, трихопол, нео-пенатран). Сонымен қоса 100 мл 2-3% сүт немесе бор қышқылымен қынапқа инстиляциялар қолданылады 1 апта бойына.

Екінші этап – эубиотиктерді жергілікті қолдану (лактобактерин, бифидумбактерин, бифидин). Сонымен қоса – солкотриховак, вагилак препараттарын қолданады.

Эндометрит – жатырдың кілегей қабығының қабынуы.

Бұл аурудың дамуына жатырішілік манипуляциялар (диагностикалық қыру, түсіктен кейінгі асқынулар, босанудан кейінгі асқынулар, жатырішілік контрацепция) әсер етеді. Жатырдың функциональды және базальды қабығы зақымданады. Қабыну процессі ошақты немесе кілегей қабығын толық алыпжатуы мүмкін. Ауыр эндометритте қабыну процессіне бұлшықетті қабығы да қосылуы мүмкін.

Клиникасы. Ауру жедел басталып дене қызуы көтеріліп, іштің төменгі жағындағы және шап аймағындағы ауырсыну, жыныс жолдарынан кілегейлі іріңді, жағымсыз иісті бөліністер болады. Гинекологиялық зерттегенде қынаптан серозды- іріңді бөліністер. Цервикальды канал жиі ашық болады. Жатыр ұлғайған, жұмсақ консистенциялы, пальпацияда ауырсынады, көбінесе бүйір беттері.



Диагностикасы. Анамнезін, клиникалық көріністерін, бактериоскопиялық және бактериологиялық белгілерін ескере отырып қойылады.

Жалпы қан анализінде лейкоцитоз, ЭТЖ-ның жоғарылауы. Ультрадыбыстық зерттеу жүргізіледі. М-эхоның қалыңдауы, жатыр қуысында газдың көпіршіктері.

Емі. Төсек режимі. Іштің төменгі жағына салқын қою. Антибактериальды ем. Дезинтоксикациялық ем. Жалпы әлдендіретін ем. Десенсибилизациялық ем.

Жатыр қуысын хлоргексидин, фурацилиннің салқын ерітіндісімен ағынды дренаж арқылы жуу.

Созылмалы эндометрит. Қабыну аурулары ұзақ ағымда болғанда жатырдың бұлшықетті қабатына да өтеді. Осы кезде бұлшықет клеткалары дәнекер тініне ауысады. Созылмалы эндометрике әкелетін жатырлық қан кетуге байланысты жасалған қырулар, босанудан кейінгі және түсіктерден кейінгі эндометритті дұрыс емдемегеннен болады, сонымен қатар кесар тілігінен кейінгі тігістер мен жатыршілік контрацепция ұзақ тұру салдарынан да болады.

Клиника. Жиі эндометриттің белгісі ұзақ және көпмөлшерлі етеккір (гиперполименорея), сирек-ациклдік қан кетулер. Бөліністер кілегейлі-ірінді түрде болады. Іштің төменгі жағындағы, сегізкөздегі және бел аймағындағы тұрақты ауырсыну. Бимануальды зерттегенде жатырдың ұлғаюы және тығыздалуы, қазғалғыштығы шектелген. Бұл кезде үйреншікті түсіктер дамиды.

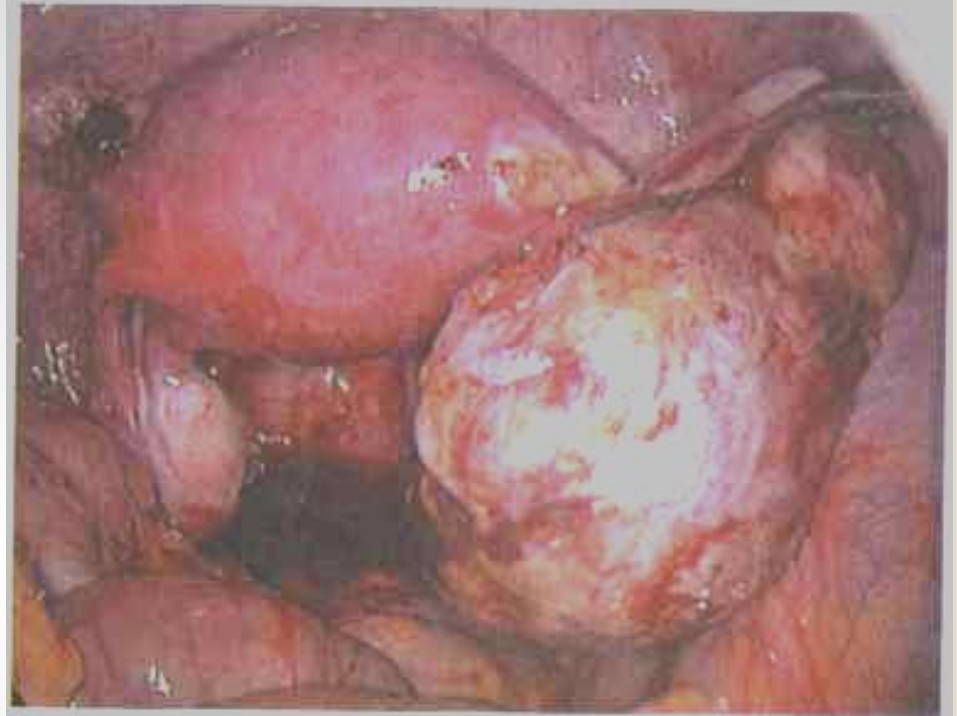
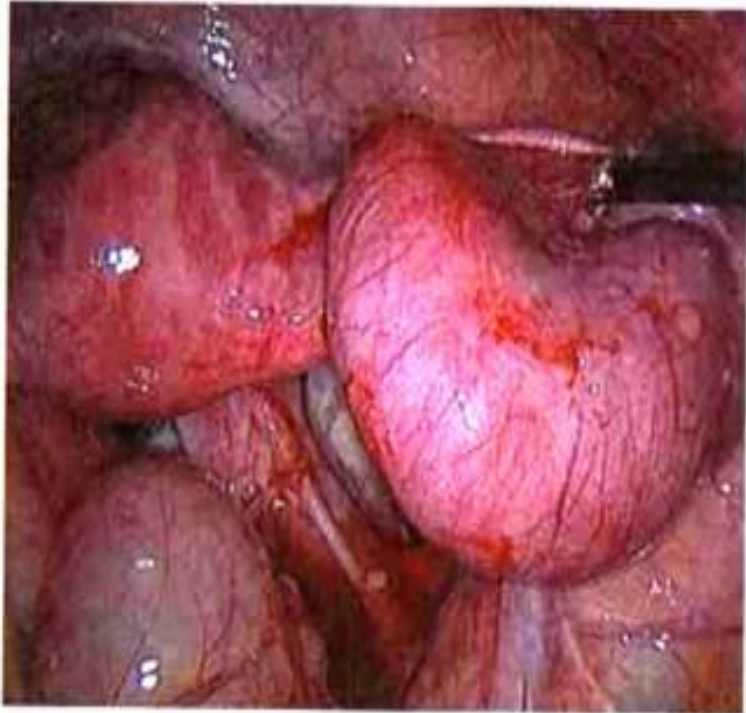
Диагностика. Анамнезі негізінде, аурудың клиникалық көріністері негізінде, эхографиялық зерттеу негізінде, эндометрий құрамын гистологиялық зерттеу негізінде қойылады.

Емі. Комплексті ем тағайындалады, оның құрамына физиобальнеотерапия, ол гемодинамиканы жақсартады және эндометрий мен аналық безінің функциясын күшейтеді. Қосымша ультрадыбыс, электрофорез, емдік балшық, озокерит, параферит, радон сулары (ванналар). Аналық безінің гипофункциясы болса гормонотерапия тағайындалады. Десенсебилизациялық және жалпы әлдендіретін ем тағайындалады. Жатырлық қан кету болса симптоматикалық қан кету терапиясы жүргізіледі. Жатыр қуысын антисептиктермен жуу немесе ағынды дренаж қоюға болады.

Сальпингофарит – жатыр қосалқыларының қабынуы. Көбінесе қынаптан, жатыр қуысынан инфекцияның өрлемелі түрде жайылуы нәтижесінде дамиды. Сонымен қатар жанасып жатқан мүшелерден немесе гематогенді жолмен таралады. Қабыну алғашында жатыр түтігінің кілегейіне, сосын басқа да қабаттарына таралады. Жатыр түтігінде жинақталған экссудат қабырғаларының бір біріне жабысып қуысын бітейді. Егер жатыр түтігінің қуысы толығымен жабылса қап тәрізді түзіліс пайда болады (сактосальпинкс). Жатыр түтігінде серозды сұйықтық жиналса гидросальпинкс деп атайды, ол екі жақты немесе бір жақты болуы мүмкін. Микроағзалардың вируленттігі жоғарылап, организм қорғаныш күші төмендесе, сұйықтық іріңге айналып пиосальпинкс дамиды.

Түтіктегі сұйықтық көбейген жағдайда іштің төменгі жағындағы ауырсыну болады.

Егер түтіктің ампулярлы шетінде аналық безбен жабысқақтық пайда болса тубоовариальды түзіліс пайда болады.



Клиника. Сальпингофарит жедел, жеделдеу, және созылмалы болады. Сальпингофариттің жедел түрінде белдегі және іштің төменгі жағындағы ауырсыну, дене қызуының жоғарылауы, дизуриялық және диспепсиялық бұзылыстар. Шеткі қанда: ЭТЖ-ның жоғрылауы, лейкоцитоз, лейкоцитарлы формуланың солға ығысуы, альбуминоглобулинді коэффициенттің төмендеуі. Пальпацияда іштегі ауырсыну, бұлшықеттік қорғаныш симптомы. Егер процесс оң жақтық болса клиникасы жедел аппендицит белгілерімен ұқсас болады.

Созылмалы ағымында қосалқылар тығыздалған, қозғалысы шектелген, аздап үстінен басқанда ауырсынады. Созылмалы сальпингофарит ұзаққа созылып, жиі өршу береді. Өршудің себебі екіншілік инфицирлену, салқындау, шаршау т.б.

Диагностикасы. Анамнезі негізінде, аурудың клиникалық ерекшелігіне байланысты, объективті зерттеулер нәтижесінде, лабораториялық және қосымша зерттеулерге сүйеніп жиі диагнозы қойылады.

Гидросальпинкс, пиосальпинкс пен тубоовариальды түзілістер кезінде эхоскопия жақсы мәлімет береді.

Жатыр қосалқыларының жедел ағымды түрін аппендицитпен, ал созылмалы ағымды түрін түтіктік түсікпен екішеу керек.

Қосалқыларының жедел қабынуын аналық без ісіктерінің аяқшаларының айналып кетуінен ажырату қиындыққа соқтырады. Аналық без ісіктерінің аяқшаларының айналып кетуінде ауру бірден басталып, анамнезінде қосалқылардың қабынуы болмайды, қосалқыларда дөңгелек формалы, басқанда ауырсынатын ісіктік түзіліс анықталады.

Параметральды қабыну инфильтраты сальпингоофоритке қарағанда тығыз консистенциялы, инфильтрат кіші жамбас қабырғаларына өткен, қынаптың кілегейі инфильтрат астында қозғалмайды.

Емі. Жедел сальпингоофарит стационарда емделеді.

Қатаң төсек тәртібі, жеңіл сіңірілетін тамақ. Ішек пен зәр шығару функциясын қадағалау. Микрофлора сезімталдығына қарай антибиотик тағайындалады. Бактериологиялық зерттеу нәтижесі келгенге дейін кең спектрлі антибиотик тағайындалады. Анаэробты флораға күмән туса метронидазол тағайындалады. Дене қызуы қалыптасып, ішперденің тітіркену симптомдары жойылғаннан 5 күнге дейін антибиотиктердің тағайындаймыз. Дезинтоксикациялық ем. Десенсибилизациялық ем. Дәрумендер. Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар. Иммуномодуляторлар. Микроциркуляцияны жақсартатын препараттар. Тубоовариальды түзіліс анықталса пункция жасау арқылы түзіліс құрамын шығарып, жуып, антибиотиктер тағайындаймыз. Егер түзіліс құрамын тазартқаннан кейін науқас жағдайы жасқсармаса оперативті емге көшеміз.

Жеделдеу сатысында ағзаның қорғаныш қасиетін жақсарту мақсатында аутогемотрепия, алоэны, полидәрумендерді, ультрадыбысты сәулелендіру, кальциймен, магниймен, мырышпен электрофорез тағайындалады.

Созылмалы сальпингоофарит емі әйелдер кеңесінде жүргізіледі.

Антибактериальды ем бұл сатыда жүргізілмейді.

Трихомониоз – қынаптың трихомонадпен қоздырылатын инфекциялық ауруы. Адамда трихомонадтың тек үш түрі кездеседі қынаптық, ішектік, ауыз қуысындағы. Жыныс мүшелері мен зәр шығару жолдары тек қынаптық трихомонадтермен зақымдалады. Трихомониаз жыныс қатынасы арқылы беріледі. Асептика ережелерін сақтамаған кезде медициналық қызметкер қолы арқылы және жеке бас гигиенасының заттары арқылы жұғуы мүмкін. Қыздарға жұғуы – ұрықтық, яғни инфекцияланған босану жолдары арқылы шыққанда, сонымен қатар контактілік жол арқылы ауру анасының жыныс жолдарындағы белгісінің енуінен, егер қызымен бір төсекте ұйықтаса.

Клиника. Жедел, жеделдеу, және торпидті (азсимптомды) түрін, созылмалы тромониоз (ауру ұзақтығы 2 жылдан көп) және симптомсыз трихомониоз (тұрақты және транзиторлы трихомонадотасымалдаушылық) ажыратады. Инкубациялық кезеңі 3-5 күннен 20-30 күнге созылады. Аурудың негізгі белгісі сыртқы жыныс мүшелерінде қышу мен сұр-сарғыш түсті көп мөлшердегі сұйық көпіршікті бөліністер. Қараған кезде қынап пен вульва кілегейі ісінген, қызарған, сұйық іріңді бөліністермен, ұсақнүктелік қанкетулермен жабылған.

Диагноз анамнезі, шағымдары, клиникасы және патологиялық материал микроскопиясында трихомонад анықталуы негізінде қойылады.

Ем.

Міндетті түрде ерлі-зайыптылар бірге ем алу. Ем алу кезінде келесі бақылау айларында жыныстық қатынасты шектеу. Негізгі трихомонадқа қарсы препарат – метронидазол. 1 курсқа 5 грамм қолданылады.

Әр түрлі схемалар қолданылады.

1. 0,25 г 2 рет күніне 10 күн бойы
2. 0,5 г 2 рет күніне 5 күн бойы
3. 4 күн 0,25г 3 рет күніне келесі 4 күн 0,25г 2 рет күніне
4. Бірінші күн 0,5г 2 рет, екінші күні 0,25г 3 рет, келесі күндері 0,25г 2 рет.

Емделу критерийлері: жұғындыда трихомонадтың болмауы 3 етеккір циклі бойына.

Жыныс мүшелерінің туберкулезі.

Жыныс мүшелеріне инфекция гематогенді немесе лимфогенді біріншілік туберкулез ошақтарынан таралады. Қабыну ауруларыны арасында жиілігі 10-11%.

Жіктелуі.

1. Жатыр қосалқыларының туберкулезі, белсенділік белгілері бар (VA, VB диспансерлік тіркеу тобы)

Клиникалық түрлері:

A) аздаған анатомио-функциональды өзгерістермен

B) айқын анатомио-функциональды өзгерістермен

B) Туберкулема

Процессті ағымы бойынша ажыратады (жедел, жеделдеу, созылмалы); таралуы бойынша (жатыр, жатыр мойны, вульва, қынап, ішперде, асцит); фазалары бойынша (инфильтрация, сорылу, әктену, тыртықтану) бациллошығаруы бойынша (BK+, BK-)

2) Жатыр туберкулезі, белсенділік белгілері бар (VA, VB топтар)

A) ошақтық эндометрит

B) Эндометрийдің толығымен зақымдалуы

B) метрозэндометрит

3) Жатыр мойны, вульва, қынап туберкулезі

Диагностика.

Анамнезі мен шағымдары негізінде.

Рентгенологиялық әдіс.

Туберкулинодиагностика.

Емі.

Туберкулезге қарсы препараттарды қолданады (изониазид, этамбутол. Этионамид, трептомицин, ПАСК), биостимуляторлар (лидаза, әйнектәрізді денешік), физиоєм (цинк электрофорезі немесе натрий тиосульфаты).

Пельвиоперитонит кіші жамбас іш пердесінің қабынуы.

Қоздырғыштары – микробтар ассоциациясы: патогенді және шартты патогенді, аэробты және анаэробты микрофлора; гонококктар, хламидий, стрептококк, стафилококк, микоплазма, эшерихи, энтерококк, протей, бактероидтар. Пельвиоперитонит екіншілік қабыну процесі болып табылады, себебі жатыр және қосалқыларының қабынуының, пиосальпинкс немесе пиовардың асқынуының нәтижесінде пайда болады. Тарау жолдары – каналикулярлы, лимфогенді, гематогенді. Экссудаттың түріне қарап серозды, фиброзды және ірінді пельвиоперитонит деп ажыратылады. Серозды-фиброзды формасында жабысқақа поцесі дамып, қабынудың тез шектелуі болады. Ірінді пельвиоперитонитте жатыр артындағы қуыста ірің жиналады.

Клиникасы. Ауру дене температурасына 39С-қа дейін көтерілуінен жедел басталады, қалтырау, пульстың жиілеуі, іштің төменгі жағындағы ауырсыну, іштің үрілуі, жүрек айну, кейде құсу да болады. Объективті зерттегенде: тілі ылғал, ақ жамылғымен жабылуы мүмкін. Іштің төменгі бөлігі үрілген, Щеткин Блюмбергсимптомы оң, ішек перистальтикасы әлсіреген болады. Гинекологиялық зерттегенде іштегі ауырсыну, артқы күмбездің ауырсынуы ригидтілігі анықталады. Жатырдың артындағы инфильтрат, қынаптың артқы күмбезінің ісінуі болады. Шеткі қанда лейкоцитоз, лекоцитарлы формуланың солға ығысуы, ЭТЖ жоғарылауы, белок пен электролит өзгерісі.

Диагностикасы. Толық жиналған анамнез негізінде, клиникалық көрінісіне, лабораториялық негізінде қойылады. Сонымен қатар артқы күмбезге пункция жасау, пунктатты бактериологиялық зерттеу жүргіземіз. Ультрадыбысты зерттеу мәлімет бермейді.

Емі. Стационарда жүргізіледі. Төсек режимі, бас жағын көтеру, іштің төменгі жағына салқын қою. Антибактериальды ем: жартылай синтетикалық пеницилиндер, аминогликозидтер, цефалоспориндер, В-лактамыдар, метронидазол. Дезинтоксикациялық ем (реополиглюкин, глюкоза, гемодез) және десенсибилизациялық ем. Су электролиттік алмасуды қышқыл сілті жағдайды қалыптастыру, физиотерапевтикалық шаралар, қынаптың артқы күмбезіне пункция жасау, құрамын анықтап дәрілік заттарды енгізу.

Инфекции передаваемые половым путем

ХЛАМИДИЯЛЫҚ ИНФЕКЦИЯ

- Урогенитальды хламидий инфекциясы – жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға жататын ауру. Қоздырғышы – *Chlamidia trachomatis* – облигатты клеткаішілік паразит, өзіне тән даму циклі бар: элементарлы денешіктер – ретикулярлы денешіктер. Элементарлы денешіктер қоздырғыштың инфекционды түрі болып табылады және клеткадан тыс өмір сүруге бейім. Ретикулярлы денешіктер вегетативті инфекционді емес түрі болып саналады. Хламидиялардың көбею циклі 48-72 сағат элементарлы денешіктердің клеткаға кіруінен бастап, бұзылған жасушадан жаңа элементарлы денешіктер шығып қасында орналасқан жаңа жасушаларды зақымдайды.
- Жүктілік кезінде хламидиоз жиілігі 3,4 -21%.
- Хламидиялық инфекцияның негізгі клиникалық белгісі цервицит, каналдан, уретрадан, парауретральды бездерден ірінді-кілегейлі бөліністер.Өрлемелі инфекцияда эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, перигепатит, периаппендицит, перисигмоидит дамуы мүмкін. Іш пердесінде дамып келе жатқан қабыну процессін Фитц-Хью-Куртис синдромы деп атайды. Бедеулік құрылымында 70-75%, ал жатырдан тыс жүктілік құрылымында 50% құрайды.

- 70-80% инфицирленген адамдарда хламидияның симптомсыз түрінің болатыны анықталған.
- Инфекция жыныстық жолмен беріледі. Инкубационды кезең 5-7 күн.
- Хламидиялық инфекция кезінде босану мерзімінен бұрын босанумен, босануға дейін қағанақ қабының жарылуымен, ҚІҰДК (күрсақішілік ұрық амуы кідіруі), ФПЖ дамуымен асқынады.
- Хламидиялық инфекция кезінде эхографиялық ұрықтың күрсақішілік жұқтыруына күмәндануымыз керек егер де бала жолдасының мерзімінен бұрын жетілуі, суаздық, жіңішке бала жодасы анықталса.
- 50-60% жағдайда генитальды хламидиоз жүкті әйелдерде босану кезінде баласына жұғады. Жаңа туған нәрестелерде іріңді-кілегейлі конъюктивит дамиды(20% жағдайда), немесе пневмония (10% жағдайда). Сонымен қоса хламидиялық назофарингиттер, гастроэнтериттер сипатталған.

Қарапайым герпес вирусы

- Генитальды герпес жыныс жолдары арқылы берілетін аурулардың ішінде ең жиі таралғаны және гениталийдің жаралық зақымдануының жиі себебі. Жиілігі: Европада 10-20% жүктілер серопозитивті ВПГ-2-ге, Ресейде – 31%, АҚШ-та – 2,4-20,0 1000 жүктілікке серопозитивті ВПГ-2-ге және 1,8 1000 жүктіге ВПГ-1-ге.
- Генитальды герпес – емделмейтін вирусты инфекция, қоздырғышы 2 типті қарапайым герпес вирусы, кейде 1 типті (яғни лабиальды герпес). Көбінесе біріншілік зақымдану жүктілік кезінде болады. Қауіптілігі: жүктілік кезінде ұрыққа құғу қаупі және АИВ инфицирленуге жоғары қауіп.
- Инфицирлену жолдары: жыныстық жол арқылы. Вирус ағзаға зақымдалған тері мен кілегей қабат арқылы енеді. Жүйке талшықтары арқылы жүйке ганглийлеріне енеді, ол жерде өмір бойы латенция жағдайына өтеді. Периодты түрде рецидивтер болады. Рецидивтер көбінесе ВПГ-2 кезінде байқалады, ВПГ 1-ге қарағанда. Рецидивтер бөртпемен және бөртпесіз болуы мүмкін.



Клиника: Инкубационды кезең - 2-10 күн. Көбінесе генитальды герпес атипиялық түрде өтеді, сондықтан 5 науқастың 4-уі өзінде инфекция барын білмейді. Генитальды герпестің атипиялық ағымына вульводиния, вульвовагиниттер, эндометриттер, сальпингоофорит, проктит, уретрит, цистит, қышу, ісіну, сыртқы гениталий және перианальды аймақтың жарылуы жатады. Генитальды герпестің атипиялық түріне нейропатия, тазовый ганглионеврит жатады. Біріншілік зақымдану жыныс еріндері, қынап және жатыр мойны аймағында ауырсынатын, қышитын көпіршіктер және жаралар түрінде білінуі мүмкін. Дизуриямен, қынаптан бөліністермен, шаптық лимфоаденитпен сипатталады.

Инфекцияның жалпы белгілері – әлсіздік, миялгия, бас ауруы, қызба. Бөртпелер 2-3 аптаның ішінде жазылады. Вирус бөртпе шыққаннан бастап 11-14 күн бойы бөлінеді. Рецидивтер 1 аптаға созылады. Рецидив ұзақтығы қандағы иммуноглобулин деңгейіне, жынысқа, иммундық статуска, инфекцияның біріншілік белгілердің ауырлығына байланысты болады.

Диагностика. Вирус идентификациясы жаңа жұғындыда (72 сағаттан аз) генитальды герпестің біріншілік эпизодында. Серологиялық зерттеулер – қанда антиденелерді иммуноферментті анықтау жедел түрін (иммуноглобулин М) және созылмалы түрін (иммуноглобулин G) түрін анықтауға береді. Өршу кезінде иммуноглобулин G титрі 4 есеге үлкейеді.

ПЦР-диагностика генитальды герпес кезінде өте мағлұматты.

Анамнезінде герпестің клиникасы бар болса жүктілік кезінде вирусологиялық зерттеулер жүргізу қажет емес. Цервикальды кілегейде ҚГВ-на антиген анықтау үшін ПЦР-диагностика тек 38-39 аптада жүргізіледі, вирусқа қарсы терапияны тағайындау және босандыру тәсілі туралы сұрақты шешу үшін, сонымен қоса жүктілік кезінде герпестің біріншілік білінуі болса.

Емі. Жүктіліктен тыс кезде ацикловирмен жүргізіледі 200мг күніне 5 рет. Валацикловирмен 500 мг 2 рет күніне, фамцикловирмен 250 мг 3 рет күніне, панавирмен по 5 мл көктамырға екі рет 24-48 сағат интервалмен (суммарлы доза 10 мл), вальтрекс 200 мг 3 рет күніне, галавит 0,1 мг б/е күнделікті алғашқы 10 күндер, ары қарай 0,1 күнара, курс 25 инъекция. Жергілікті Зовиракс, ацикловир, панавир кремдері қоданылады өршу кезінде. Сонымен қоса иммунотерапия жүргізіледі.

ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

ДДҰ мәліметтері бойынша ЦМВ инфекциясы 40-100% адамдарда кездеседі, людей, бала туатын жастағы әйелдер арасында – 90%, біріншілік ЦМВ – 1%. Қазіргі таңда бұл Еуропада кеңінен таралған туа пайда болған вирусты инфекция. Көбінесе симптомсыз өтеді, жаңа туған нәрестелерде 90% жағдайда клиникалық белгілері болмайды. Батыс Еуропада 1000 босануға 3-5 туа пайда болған ЦМВ инфекциясы келеді. Жұқтыру кез-келген жаста болуы мүмкін.

Жұғу жолдары және қауіп факторлары. ЦМВ ағзаның бүкіл сұйықтықтарының құрамында болады және солармен бірге сыртқа шығады, сондықтан жұғу жыныстық жол арқылы және тұрмыстық контакт арқылы. ЦМВ сілекей бездеріне айқын тропизмге ие, сондықтан көбінесе сүйіскенде беріледі. ЦМВ-инфекциясының 2 көтерілу толқыны байқалады: біріншісі – 3-жаста және екіншісі – жыныстық жетілу кезеңінде. ЦМВ гемотрансфузия мен мүше трансплантациясы кезінде беріле алады. Вирус сыртқы ортада тұрақсыз және қарапайым антисептиктер әсерінен тез өледі.

ЦМВ инфекции диагностикасы биологиялық ортада вирус анықталуына негізделген. ПЦР әдіс вирус ДНК аз ғана мөлшерін анықтауға сезімтал. Үлгілер мұрыннан, жатыр мойнынан, уретрадан, несептен қаннан, жас сұйықтығынан алынуы мүмкін. Алайда вирустың анықталуы инфекцияның сипатын көрсетпейді біріншілік не созылмалы екенін, сондықтан қандағы антиденелер титрін серологиялық анықтау қажет - Ig M и G. Ig M анықталуы біріншілік инфекцияны, вирус реактивациясын немесе вирустың жаңа штаммдарымен реинфекцияны көрсетеді. Ig G аз ғана мөлшері бұрын бастан өткізген инфекцияны көрсетеді, бірақ қазіргі кезде инфицирленуге көрсетпейді.

Клиника: инкубационды кезең – 3-8 апта. Инфекция симптомы субфебрильді дене қызуы, қалтырау, ринофарингит белгілері, жөтел, бұлшықеттік және бас ауруы, лимфаденопатия. Сирек, бірақ қатты асқыну гепатит, интерстициальды пневмония және менингоэнцефалит. Сауығу біріншілік белгілерден кейін бірнеше аптадан кейін. Рецидивтері симптомсыз. Жүктілік кезінде біріншілік инфицирлену қаупі 1%.

- **Клиника: инкубационды кезең – 3-8 апта. Инфекция симптомы субфебрильді дене қызуы, қалтырау, ринофарингит белгілері, жөтел, бұлшықеттік және бас ауруы, лимфаденопатия. Сирек, бірақ қатты асқыну гепатит, интерстициальды пневмония және менингоэнцефалит. Сауығу біріншілік белгілерден кейін бірнеше аптадан кейін. Рецидивтері симптомсыз. Жүктілік кезінде біріншілік инфицирлену қаупі 1%.**

