

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ

Кафедра: АКУШЕРИЯ ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ

СӨЖ

Тақырыбы: **ӘЙЕЛ ЖЫНЫСМҮШЕЛЕРІНІҢ
АРНАЙЫ ЕМЕС ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ**

Орындаған: Қанатбаева Д.Қ
Тобы: ЖМ13-46-01
Қабылдаған:

Алматы 2016 ж.



ЖОСПАР

- 1.Жіктелуі.
- 2.Вульвит.
- 3.Бартолинит.
- 4.Кольпит.
- 5.Бактериялық вагиноз.
- 6.Эндоцервит.



ЖІКТЕЛУІ

- **Қабыну процесінің орналасуына байланысты:**

- Сыртқы жыныс мүшелерінің қабыну аурулары;
- Ішкі жыныс мүшелерінің қабыну аурулары.

- **Қабыну процесін туғыздыратын қоздырғыштарға байланысты:**

- Жыныс мүшелерінің спецификалық аурулары;
- Жыныс мүшелерінің спецификалық емес аурулары.

- **Жыныс мүшелерінің бейспецификалық аурулары:**

- Стафилококк;
- Стрептококк;
- Ішек таяқшасы;
- Энтерококк;
- Candida саңырауқұлағы;
- Хламидия;
- Микоплазма;
- Уреаплазма;
- Клабсиеллалар;
- Протей;
- Трихомонадалар және т.б.

ЖЫНЫС ЖОЛДАРЫНЫҢ ТӨМЕНГІ БӨЛІКТЕРІНІҢ ҚАБЫНБАЛЫ АУРУЛАРЫ

- **Вульвит** (vulvitis) – сыртқы жыныс ағзаларының (вульваның) қабынуы. Репродуктивті жастағы әйелдерде вульвит негізінен екіншілік болып, кольпит, эндоцервицит, аднекситпен бірге көрінеді. Біріншілік вульвит ересектерде гигиенаны сақтамағанда, диабет, термиялық, механикалық, химиялық әсерлерден пайда болады.





КЛИНИКАСЫ

Жедел вульвит кезінде, науқастардың негізгі шағымы сыртқы жыныс ағзасы маңындағы қышу, ашу (жжение). Кей жағдайларда жалпы әлсіздікке шағымданады. Ауру вульваның қызаруымен (гиперемия), іріңді немесе іріңді-серозды бөліністермен, шап лимфа түйіндерінің үлкеюімен көрінеді.

- *Созылмалы түрінде жоғарыдағы клиникалық көріністері азайып, негізінен қышу мен ашыту сезімі ғана мазалайды.*

ДИАГНОСТИКАСЫ

- Анамнез,
- Анализ,
- Шағымы,
- Гинекологиялық тексеріс,
- Вульвитті анықтауда қосымша әдістерге сыртқы жыныс ағзасынан бактериологиялық және бактериоскопиялық зерттеу жасалады,
- Диагнозды дәлелдеу үшін кольпоскопия жасалады.





Е М І

- Негізгі қабынуды шақырып тұран патологияны жою. Қынапты өсімдіктер жиынтығымен (түймедақ, календула, шалфей, зверобой) , антисептиктер ертінісімен (диоксидин, мирамистин, хлоргексидин, калий пермаганаты) шаю.



- Комплексті әсер көрсететін антибиотктерді пайдалану. Олар көптеген патогенді микроорганизімдерге, саңырауқұлақтарған, трихомонадаларға эффекивті болып келеді. Оларға: полижинакс, тержинан, нео-пенотран, макмирор жатады. Бұларды жергілікті түрде тағайындайды. Қабыну көріністері азайғанда, репаративті процесстерді жылдамдату үшін А, Е витамині бар майлар (мазь) тағайындалады. Олар: солкосерил, актовегин, итмұрын майы және т.б.
- Сыртқы жыныс мүшелері аумағында айқын қышу белгілері мазаласа, антигистаминді препараттарды тағайындайды. Олар: димедрол, супрастин, тавегил және т.б)

БАРТОЛИНИТ

- **Бартолинит** (bartholinitis) –қынап кіреберісіндегі үлкен бездің қабынуы. Бұл аумақтағы қабыну тез арада бездің шығару өзгін бітеп, абсцесс дамуына алып келеді.





КЛИНИКАСЫ



- Жалпы жағдайы төмендейді;
- Температураның жоғарылауы 39 С;
- Қалтырау;
- Бас ауру;
- Қараған кезде қынап кіріе берісі және үлкен, кіші жыныс еріндерінде қызару, ауырсынбалы түзіліс қынап кіреберісін жауып тұрғаны байқалады;
- Ірің көп жиналғанда – флюктуация байқалады.



Е М І

- Бартолинит кезінде қоздырғышқа сезімтал антибиотик тағайындайы;
- Жергілікті қабынуға қарсы майлар (левомеколь) жағып, мұз басып, қабыну белгілерін азайтуға болады;
- Қабынудың жедел түрінде физиоєм арқылы (УВЧ) емдеуге де болады;
- Абсцесс болса, бартолин безін хирургиялық жолмен ашып, ішіндегі іріңдікті сыртқы шығару көрсетілген (марсупиализация).

КОЛЬПИТ

- **Кольпит** (colpitis) – қынаптың шырышты қабатының қабынуы. Бұл репродуктивті жастағы әйел, қыздардағы ең жиі кездесетін қабыну ауруларының бірі.



КЛИНИКАСЫ



- Аурудың жедел сатысында науқас қынаптағы қышу, ашыту, жыныс жолдарынан іріңді-серозды бөліністердің бөлінуіне, сонымен қатар жыныстық қатынас кезінде қынаптағы ауырсыну сезіміне (диспареуния) шағымданады;
- Гинекологиялық зерттеу кезінде қынаптың гиперемияланып қызаруын, бір затты тигізгенде қанап, іріңді бөліністерімен болатыны көрінеді;
- Дерттің ауыр түрінде шырышты қабаттың эрозиясы және жарасы (язва) пайда болады.



КЛИНИКАСЫ

- Ауру созылмалы түріне өткенде қышу және ашу сезімдері аса мазаламай, науқасты тек периодты түрде қынаптан бөлінетін іріңді -серозды бөліністер ғана мазалайды. Кольпиттің диагностикасы үшін кольпоскопия арқылы зерттеу кезінде қабынудың белгілерін көреміз.

Е М І



- кольпит емі комплексті түрде өту керек. Бір жағынан ем инфекцияға қарсы бағытталған болса, екінші жағынан қосымша аурулармен күресу болу керек. Негізгі орынды инфекцияға қарсы антибиотиктер тағайындау;
- Қынапты диоксидин, хлоргексидин ертінділерімен шаю күніне 2-3 реттен артық емес жүргізілуі керек. Ұзақ уақыт (3-4 күннен көп) шаю қынаптағы қалыпты микрофлораға кері әсерін тигізетінін ұмытпау керек;
- Антибиотик терді жергілікті вагинальді таблетка, жақпамай, гель түрінде қолданылады. Қазіргі уақытта кольпитті емдеуде кең қолданыс тапқан кең спектрлі әсер көрсететін (антимикробтық, саңырауқұлаққа қарсы) -тержинан, полижинакс, нео-пентран, макрипор секілді препараттар қолданылады.

БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗ

БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗ – қынаптық флораның лактобацилладан шартты патогенді аэробты микроорганизмге ауысатын қабынбалық емес клиникалық синдром.

- Гинекологиялық патологиясы бар репродуктивті жастағы әйелдердің 10-35% кездеседі;
- Бактериялық вагиноз кезінде лактобактериялардың саны күрт төмендейді;
- рН өседі 5,0- тен 7,5-ге дейін.





БАКТЕРИЯЛЫҚ ВАГИНОЗ

- Бактериялық вагиноз – патогендік қоздырғыштар табылмаған жағдайда, туыт жасындағы әйелдерде қынап бөлінділерінің көп болуына жиі себеп болатын телімсіз үдеріс. Бұл қынап жүйесінің дисбиозы, ол лактобацилалардан емес, Mobilincus, микоплазма, гарнелл ассоциацияларынан тұратын аурудың түрі. Қоздырғыш – Gardnerella Vaginalis – қынапта көп шоғырланатын, қозғалмайтын ұсақ көп түрлі бактериялар.
- Дені сау туыт жасындағы әйелдердің қынабындағы микроценозда лактобактериялар басты орын алады, олар әйелдің иммундық жүйесін шырықтырады, қынап эпителий жасушаларына жабысу үшін басқа микроорганизмдермен бәсекелес бола алады, қынап ішінде сүт қышқылының жоғары шоғырланған түрінің қышқыл ортасын құрады, сутегі асқынтотығын түзу қасиеттеріне ие.
- Бактериялық вагиноз дамуының қауіп факторларына жыныстық серікті жиі ауыстыру, жатырішілік контрацептивтерді пайдалану, несеп-жыныс қабыну аурулары, ішек дисбиоценозы жатады.



КЛИНИКАСЫ

- Біркелкі крем тәрізді сұр қынаптық сұйықтық бөлінеді, қынап қабырғасына жабысып, шіріген балық сияқты иіс шығады;
- қынап аймағында ашу,қышу;
- жыныстық қатынас кезінде жайсыздық орын алады.



Е М І



- *Метронидазол - 250 мг 2-3 рет күніне(7-10 дней);*
- *гиналгин, хлорхинальдин, клион Д – 1 свеча қынапқа;*
- *эубиотиктар (лактобактерин, бифидумбактерин, бифидин) –5мл қайнаған суға лактоза қосып ерітеді, 2,5-3 дозада қынапқа күніне 2 рет енгізеді.*

ЭНДОЦЕРВИЦИТ

- **Эндоцервицит** (endocerviicitis) – жатыр мойынының цервикальді каналының қабынуы. Жатыр мойының травмасы кезінде, мысалы: босану, аборт, диагностикалық қыру жүргізгенде пайда болуы мүмкін.





КЛИНИКАСЫ

- Ауру жедел сатысында науқас жыныс жолдарынан шырышты-іріңді, іріңді бөліністерге, кей кездерде іштің төменгі бөлігінің тартып ауруына шағымданады.
- Жатыр мойынын айнамен қарауда (гинекологиялық зерттеу кезінде) және кольпоскопия кезінде: сыртқы аран маңындағы қызару (гиперемия), кей кездерде эрозия пайда болуы, серозды іріңді бөліністерді байқауға болады.
- Созылмалы цервицит кезінде жатыр мойынының қатаюы, шамалы түрде кисталардың пайда болуымен сипатталады.

ДИАГНОСТИКА



- Айнамен қарау
- Кольпоскопия
- Бөлінділерді бактериологиялық зерттеу





Е М І



- Жедел сатыдағы эндоцервицитті емдеу микроорганизім сезімталдылығына байланысты антибиотик тағайындау болып табылады. Емдеу жалпы жүргізіледі. Бұл кезде жергілікті ем қолдануға болмайды. Себебі жатыр мойынындағы инфекция жатыр ішіне немесе одан жоғары көтеріліп кету қауіпі бар.



Пайдаланылған әдебиеттер:

1. Проф. Г.М.Савельева, проф. В.Г. Бреусенко. Гинекология.- 2015.
2. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. — 2007.
3. Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия.— М., 1995.
4. Калитеевский П. Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов.— М., 1987.