



VI Тарау. Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары

Біздер жүргізген зерттеулерге сәйкес қыздар мен жасөспірімдердің гинекологиялық ауруларының ішінде кездесу жиілігі бойынша етеккір қызметінің бұзылыстарынан кейін екінші орында жыныс мүшелерінің қабыну аурулары тұр (74% құрайды).

Әдебиеттердегі мәліметтер бойынша 8 жасқа дейінгі қыздардың гинекологиялық ауруларының құрылымында вульвиттер мен вульвовагиниттер 25 – 70% ға дейін кездеседі. Бұған қыз баланың қынабы мен вульвасының физиологиялық ерекшеліктері әсер етеді. Қыз балалардың қынабы мен вульвасын қаптайтын эпителий 5-8 қабаттан тұрады, және құрамында гликоген тым аз және қыртыстанбайды, сондықан ересек әйелдердің қынабындағыдай қышқыл ортаны қамтамасыз ететін лактобактериялардың дамуына мүмкіндік жоқ. Лактобациллалар жасөспірім кезеңде пайда бола бастайды. Қанда эстроген концентрациясының жоғарылауы, қынап эпителиіне гликоген жиналуының артуы және қынап эпителиінің қыртыстану дәрежесінің ұлғаюына байланысты лактобациллалар саны да көбейеді.

Қыз баланың қынабында шартты – патогендік микроағзалар болады, және қынап ортасы сілітілі болады. Көбінесе суық тию және жұқпаның созылмалы ошақтары сияқты аурулардан кейін пайда болатын балалар ағзасының реактивтілігінің кез келген төмендеуі қыз баланың ағзасы мен қынап микрофлорасы арасындағы тепе – теңдіктің бұзылуына әкеледі. Ағза иммунитетінің айтарлықтай төмендеуі кезінде шартты – патогендік флора патогендік қасиеттерге ие болады. Бұл жағдайда қынапқа патогенді флора көбінесе ауыз -мұрын – тамақ, ішек, тері арқылы оңай енеді. Гигиена

ережелерін сақтамаған жағдайда патогендік микроағзалар қынапқа қол, киім арқылы, лас су қоймаларында шомылу кезінде енуі мүмкін. Вульвовагиниттер қынаптың сыртқы шырышты қабатының қабынуы кезінде туындайды, мысалы, күйік, экссудативтік диатез, бөгде зат енгізу кезінде. Қынаптың шырышты қабаты мен ондағы микроағзалар арасында орналған тепе – теңдік бұзылады да, қынапта қабыну үрдісі жүреді.

Вульвагинит

Әйел сыртқы жыныс мүшелерінің және қынаптың қабыну ауруы.

МКБ 10 бойынша код:

N76 вульва мен қынаптың басқа да қабыну аурулары.

N76.0 жедел вульвовагинит

N76.1 жеделдеу және созылмалы вульвовагинит

N76.2 Жедел вульвит

N76.3 Жеделдеу және созылмалы вульвит

N76.4 Вульва абсцессі

N76.5 қынаптың жаралануы

N76.6 Вульваның жаралануы

N76.8 Басқада нақтыланған қынап пен вульваның қабыну аурулары

N77.0 Жұқпалы және паразитарлы ауруларда вульваның жаралануы; герпесвирусты инфекцияда (A60.0) немесе туберкулезде (A18.1).

N77.1 Жұқпалы және паразитарлы аурулардағы вагинит, вульвовагинит, вульвит; кандидозда (B37.3), герпесвирусты инфекция (A60.0), аскаридозда (B80).

N77.7 Вульва және қынап кандидозы

N77.8 Қынап пен вульваның басқа рубрикаларда жіктелген ауруларда жаралануы

A18.0 Жыныс мүшелерінің туберкулезі

A51.0 Жыныс мүшелерінің біріншілік мерезі

A54.0 Периуретральды немесе қосалқы бездердің абсцессінсіз несеп жыныс жолының төменгі бөлігінің гонококкты инфекциясы

A56.0 Несеп жыныс жолы төменгі бөлігінің хламидиялық инфекциясы

A59.0 Урогенитальды трихомоноз

A60.0 Жыныс мүшелерінің герпестік инфекциясы

A63.0 Аногенитальды сүйелдер

A64.0 Анықталмаған, жыныстық қатынас арқылы берілетін аурулар

B80.0 Глистті инвазия кезіндегі вульвовагинит

Эпидемиологиясы

1 және 9 жас аралығындағы қыз балалардың гинекологиялық ауруларының құрылымында қабыну үрдісі ең жиі орналасуы вульва мен қынап болып табылады.

Бұл жас кезеңінде жыныс мүшелерінің барлық ауруларының ішінде вульвовагиниттің кездесу жиілігі 65% - ды құрайды. Жасөспірім қыздарда Candida тұқымдастығына жататан саңырауқұлақтармен шақырылған вульвовагинит 25% жағдайда кездеседі, ал бактериялық вагиноз барлық қабыну ауруларының 12% құрайды.

Негізгі топты стафилокок – стрептококкты инфекция және ішек таяқшасы тудыратын бактериялық арнайы емес вульвовагиниттер құрайды.

Бактериялық вульвовагиниттердің арнайы қоздырғышы болмайды, қынапқы алғаш сырттан түскен шартты патогенді микроағзалармен шақырылады, бұл жағдайда қынапқа түскен флора патогенді түрге айналып, қабыну үрдісін тудырады.

Балалық шақта қынаптық микрофлораны факультативті анаэробтар, қатаң анаэробтар және микроаэрофильдер құрайды.

Профилактика

Инфекция ошағын (ауыз қуысының және мұрын жұтқыншақтың созылмалы аурулары, пиелонефриттер, тіс жегі) дер кезінде емдеу және санациялау.

Антисептиктерді, антибиотиктерді және гликостероидтарды негізсіз қолданудың алдын алу.

Денені шынықтыру (спортпен айналысу, су процедуралары).

Қыздардағы арнайы вульвовагиниттің алдын алу жүктілікті жоспарлауда басталу қажет, жүктілердегі инфекцияны адекватты диагностикалау және дер кезінде ем жүргізу, дені сау ұрпақтың дүниеге келуін қамтамасыз етеді.

Скрининг

Балабақшалар мен мектептерде профилактикалық қараулар жүргізу. Қауіп қатер тобына келесі балалар енгізіледі:

- Жеке бас және интимді гигиена дағдыларын білмейтін қыз балалар;
- Әлеуметтік жағдайы нашар және толық қанды емес жанұя балалары;
- ЖҚБА бар анадан туылған қыз балалар;
- Жыныстық зорлауға тап болған қыздар;
- Жүйелі және соқылмалы аурулармен, атопиялық дерматитпен ауыратын қыз балалар.

Жіктелуі

Вульвовагиниттердің жіктелуі, бірнеше принциптерге негізделеді.

Жас ерекшелігіне байланысты бөлінеді:

- Нәрестелік кезеңдегі вульвовагинит (0- 12 ай);
- Балалық кезеңдегі вульвовагинит (1 жастан 8 жасқа дейін);
- Препубертатты кезеңдегі вульвовагинит (8 жастан менархега дейін)
- Пубертатты кезеңдегі вульвовагинит (менархеден бастап)

Клиникалық ағымы бойынша:

- Жедел
- Созылмалы
 - өршу сатасындағы
 - ремиссия сатысындағы

нықталған микроағзалардың патогенділігі және түрлік құрамы бойынша:

- Арнайы емес вульвовагинит (шартты патогенді микроағзалармен шақырылатын бактериялық):
 - мұрын, құлақ, тамақтың созылмалы қабыну ауруларының, тыныс алу және несеп бөлу жүйелері ауруларының, ішек дисбактериозы фонында дамидын вульвовагинит.
- Атопиялық вульвовагинит (аллергиялық генезді):
 - Жүйелі экстрагенитальды аурулар фонында (қант диабеті, гепато – холецистит, лейкоз, гиперкортицизм);
 - Аналық без қызметінің төмендеу фонында дамидын вульвовагинит
- Бактериялық вагиноз (арнайы емес вагинит):
 - Вульваның және қынаптың механикалық, химиялық, термиялық зақымдану фонында;
 - Глистты инвазия фонында;
 - Бөгде дене фонында;
 - Жалпақ қызыл теміреткі фонында;
 - Вульваның склеродермиясы және дистрофиясы фонында;
- Арнайы вульвовагиниттер келесі ауруларда дамиды:
 - Соз ;
 - Урогенитальды трихомоноз;
 - Урогенитальды хламидиоз;
 - Урогенитальды микоплазмоз;
 - Туберкулез;
 - Саңырауқұлақты инфекция (Candida тұқымдастығына жататын саңырауқұлақ);
 - Генитальды герпес;
 - Папилломавирусты инфекция;
 - Балалық шақтың вирустық инфекциясы (қызылша, скарлатина, дифтерия, желшешек).

Этиологиясы және патогенез

Жыныс мүшелерінің арғайы емес қабыну ауруларының дамуында маңызды орынды қыз бала ағзасы қорғаныс жүйесіне күштеме түсіретін бірнеше факторлардың алатын орны ерекше: иммунитеттің әлсіреуі, анасының босану жолдарының дисбиозы, нәрестенің қалыпты адаптация кезеңінің бұзылуы, баланың шырышты қабаттарында микробиоценоз тұрақталуының бұзылысы, ЖРВИ мен жиі науқастану, мұрынжұтқыншақтың лимфоидты аппаратының гипертрофиясы. Бала денсаулығына қолайсыз экологиялық жағдай, тағам сапасының өзгеруі айтарлықтай әсер етеді.

Қыз балалардағы арнайы емес вульвовагиниттердің өршуі 82 % жағдайда экстрагенитальды патологияның өршуі фонында туындайды. Қанның жүйелі аурулары, экссудативті диатез, гломерулонефрит, цистит, пиелонефрит, энтеробиоз вульвовагиниті бар қыздардың анамнезінде бірдей жиілікте кездескен. 5-8% жағдайда вульвовагинит кант диабеті, тиреотоксикоз және эндогенді семіздікпен қосарланған.

Созылмалы мұрынжұтқыншақ ауруымен ауыратын балалардың вульвовагинитпен жиі ауыратыны анықталған.

Босану алдында және нәрестелік кезеңде қынаптың шырышты қабаты 3-4 қабат жалпақ эпителийдің аралық түрінен тұрады. Дегенмен нәрестеге ана-плацентарлы қанайналым арқылы немесе ана сүті арқылы өткен эстроген және прогестерон әсерінен, қынаптың эпителий жасушалары гликоген өндіруге қабілетті болып, лактобактериялардың өмір сүруіне мүмкіндік береді. Неонатальды кезеңнен 3-4 күн өткенде ғана, эпителийдің десквамациясы күшейгенде және мойындық шырыш бұлыңғырланғанда, қынаптан лактобациллаларды, бифидобактерия, коринебактерия және бірен саран кокктық элементтерді анықтауға болады.

Лактофлораның өмір сүру барысында жинақталған сүт қышқылы нәрестелердегі қынап ортасын қышқыл етеді (рН=4,0-4,5). Бифидобактериялар да лактобактериялар тәрізді, қынаптың шырышты қабатын патогенді және шартты патогенді микроағзалардан және олардың токсиндерінен қорғап, IgA ыдырауына тосқауыл болып, лизоцимнің түзілуі мен өндірілуін ынталандырады. Нәресте ағзасының резистенттілігін анадан плацента арқылы нәрестеге өткен IgG қамтамасыз етеді. Қыз бала туылған соң 10 күн ішінде эстроген деңгейі төмендейді. Дәл осы кезеңде эстрогеннің элиминациясы, жыныстық криз тудырып, нәрестелердің 10%-да етеккір тәрізді бөлініс болады. Қынаптың эпителий жасушалары пролиферация және гликоген өндіру қабілетін жоғалтады. Өмірінің алғашқы бір айының соңында қыз баланың жұқа және тез жараланғыш қынаптық эпителийі тек қана базальды және парабазальды жасушалардан тұрады. Қынаптық реакциясы сілтілі болып, Рн 7,0-8,0 дейін жоғарылайды. Лактобактериялар мен бифидобактериялар жоғалады.

Клиникалық көрінісі және симптомдары

Вульвовагиниттердің клиникалық көрінісі:

1. Жыныс жолдарынан бөлініс

- Ірінді
- Қан аралас
- Ірінді-қанды
- Ірімшік тәрізді
- Сүт тәрізді

2. Вульваның гиперемиясы және ісінуі

3. Дискомфорт (күйдіру, ашу сезімі)

4. Ауру сезімі

5. Дизурия

6. Вульваның және қынаптың қышуы

Жедел вульвовагинит анық клиникалық көрініспен, ал созылмалы вульвовагинит әлсіз клиникалық көрініспен өтеді.

Вульвовагиниттің клиникалық ағымының әртүрлі жастарда өту ерекшелігі жоқ.



Диагноз және ұсынылатын клиникалық зерттеу тәсілдері

Диагноз клиникалық көрініс сипатына негізделіп қойылуы мүмкін. Диагнозды нақтылау үшін келесі зерттеу әдістері жүргізілуі қажет:

➤ Физикалық тексеру:

- Гинекологиялық тексеру;
- Ректоабдоминальды тексеру;
- Жыныс жолдарынан бөлінген бөліністі визуальдық бағалау;

➤ Зертханалық және аспаптық тексеру:

- қанның жалпы талдауы;
- жалпы несеп талдауы;
- Ничепоренко бойынша несеп талдамасы;
- Вагиноскопия, вульвоскопия;
- Ультрадыбыстық зерттеу;
- Қынаптық бөліністі микроскопиялық зерттеу;

- Флораның антибиотиктер мен макрофагтарға сезімталдығын анықтау мақсатында қынаптық бөліністі микробиологиялық зерттеу;
- ЖҚБА ПТР диагностикасы;
- Серологиялық зерттеу;
- Перинальды қатпардан алынған жағындыны және нәжісті глист жұмыртқасына зерттеу.

Дифференциялық диагностика

Вульвовагинитке күдіктенген жағдайда, дифференциялық диагностиканы жатыр мойнының ауруларымен және қынаптың даму ақауларымен жүргізеді.

Басқа мамандар кеңесіне көрсеткіш

Жүргізілген емге көнбейтін вульвовагиниттер. Созылмалы арнайы емес вульвовагиниттерде педиатр, отоларинголог, стоматолог және нефролог кеңесі қажет.

Емдеу

Арнайы емес бактериялық вульвовагинитті емдеуді негізгі жұқпа ошағын(ауыз қуысының және мұрын жұтқыншақтың созылмалы аурулары, пиелонефриттер, тіс жегі) ликвидациялаудан бастау керек.

Ем құрамында:

- Антисептикалық ерітінділермен қынаптың инстилляциясы;
- Бөлінген микрофлораның антибиотктерге сезімталдығын ескере отырып, антибактериялық терапия;
- Антимикотикалық терапия;
- Эубиотиктерді қолдану;
- Десенсибилизациялық терапия;
- Иммуномодуляторларды тағайындау (көрсеткіш бойынша);
- Адаптогендер тағайындау;
- Витаминоминеральды комплекс

Емнің мақсаты

Қабыну үрдісін ликвидациялау, ауру симптомдарын жою және қынап микробиоценозын қалпына келтіру.

Госпитализацияға көрсеткіш.

Созылмалы вульвовагиниттің өршуі.

Медикаментозды емдеу.

Ем вульвовагиниттің даму себебіне байланысты жүргізіледі. Қынапта бөгде денелердің болу нәтижесінде туындайтын вульвовагинитті емдеуді бөгде затты алудан бастайды. Содан соң қынапты антисептикалық ерітіндімен жуады.

Энтеробиозбен шақырылған вульвовагинитті емдеуді антигельминтті терапиядан бастаған тиімді. Сонымен қатар қынапты антисептикалық ерітіндімен жуады.

Емге қиын берілетін, созылмалы түрде өтетін бейарнамалы вульвовагинит болып табылады. Ол көбінесе ЖРВИ, тұмау және басқада инфекциялық аурулардан кейін өршиді. Бейарнамалы бактериялық вульвовагинитті емдеуді созылмалы инфекция ошағын санациялаудан бастау керек. Ем жергілікті және жалпы түрде жүргізілуі тиіс. Жергілікті ем – антисептикалық ерітінділермен (нитрофурал, октенисепт, диоксидин, инстиллагель, сульфациетамид, бензидамин) катетр арқылы қынапты жуу, құрамында антибиотик бар таяқшаларды қынапқа енгізу, гексикон 0,5-1 балауыздан күнінен 2 рет 10 күн бойы қынапқа енгізу, сыртқы жыныс мүшелеріне жақпа маймен аппликациялар. Антибиотикотерапия құрамында міндетті түрде антимикотикалық, антигистаминді препараттар, зубиотиктер мен пробиотиктер болуы тиіс. Сонымен қатар иммуномодуляторлар: α2 ИФН бар балауыздар тікішекке тәулігіне 2 рет 20 күн бойы тағайындалады, вульва аймағын ультракүлгін сәуле және жарықпен емдеу.

Бактериялық вагинозда препарат мөлшері мен емдеу ұзақтығын нәресте жасы мен салмағын ескере отырып, тағайындайды. Емді антипротозойлық препараттарды антимикотикалық препараттармен бірлестіре отырып тағайындайды. Метронидазол 250 мг-нан тәулігіне 2 рет және 500 мг тәулігіне

қынапқа 5-7 күн немесе 2 % клиндамицин кремі 5 мг-нан қынапқа 3-6 күн тағайындалады.

Микотикалық вульвовагинит емінің негізін антимикотикалық препараттар құрайды. Емнің ұзақтығы емнің әсеріне байланысты. Флуказанол 12 жасқа дейінгі балаларға 3-12 мг/кг тәулігіне, 12 жастан жоғары балаларға 50-150 мг бір рет немесе тәулігіне 50 мг-нан 3 күн тағайындалады немесе натамицин 1 балауыздан 6 күн.

Созылмалы өршуші жүйелі кандидозда препараттарды ішке қабылдау және қынапқа енгізу комбинациясында ем жүргізіледі; клотримазол 1 балауыздан 7 күн бойы, немесе бутоканазол 1 мөлшерде бір рет, немесе натамицин 1 балауыздан 6 күн, немесе эконазол 1 балауыздан 3 күн, немесе сертаканазол 1 балауыздан бір рет.

Инфекционномикотикалық вульвовагинитті емдеуде құрамында тернидазол, неомицин сульфаты, нистатин және преднизалонның микроөлшері бар тержинан препараты немесе құрамында 100 мг метронидазол, 100 мг миконазол бар КлионД 100 немесе құрамында неомицин, полимиксин В, нистатин бар полижинакс препараты қолданылады. Препараттарды тәулігіне 1 рет қынапшіне 10 күн бойы қолданады.

Арнайы қоздырғыштар анықталған жағдайда (хламидия, соз, трихомониаз) емді қоздырғыштар сезімтал болған антибактериялық препараттармен жүргізеді, сонымен қатар ауру қыз баланың жанұясының басқа мүшелерін де тексеруден өткізу керек.

Трихомонадты вульвовагинитті емдеуде антипротозойлы препараттарды жергілікті және жалпы тағайындайды. Метронидазол таблеткаларын мөлшерін баланың жасын ескере отырып (1-5 жас аралығында 80 мг-нан тәулігіне 2-3 рет, 6-10 жас 125 мг-нан 2-3 рет, 11-14 жас 250 мг-нан 2-3 рет) 10 күн бойы қабылдайды. Жасөспірім қыздар ересектер мөлшерінде қабылдайды. Созылмалы өршуші трихомониазда вакцинотерапия жүргізген тиімді: солкотриховак 0,5 мл 2 апталық интервалмен 3 инъекция б/е, содан соң 1 жылдан соң 0,5 мл бір рет б/е егу.

Создық вульвовагинитті емдеуді дерматовенеролог жүргізу керек. Мектеп жасына дейінгі барлық қыздар гонорейямен емделгеннен кейін 1 ай көлемінде ауруханада жатады. Бұл мерзімде 3 рет провокация және 3 рет егу жасалады (әр 10 күнде). Создан айығу критерийлері – калыпты клиникалық көрініс және 3 провокациядан кейін қайталанған зертханалық зерттеу нәтижелерінің теріс мәнді болуы. Таңдау антибиотигі цефтриаксон б/е бір рет 0,125 мг (дене салмағы <45 кг балаға) және 0,25 мг (дене салмағы >45 кг балаға), альтернативті препарат – спектиномицин 40мг/кг есеппен б/е бір рет тағайындалады. Гоновакцинамен иммунотерапияны аурудың жиі өршуінде және антибактериялық терапияның тиімсіздігінде жүргізіледі. 3 жасқа дейінгі балаларға гоновакцинамен иммунотерапия жүргізілмейді.

Хламидиялық және микоплазмалық вульвовагинит. Урогенитальды хламидиозды емдеу антибактериялық, антимикотикалық, ИФН, иммунокорректорлар препараттармен комплексті жүргізілуі тиіс.

Антибиотиктер:

- Азитромицин дене салмағы 50 кг дейінгі балаларға – 20 мг/кг алғашқы күні және 10 мг/кг тәулігіне емнің 2-5 күндері, дене салмағы 50 кгнан жоғары қыздарға емнің 1-ші тәулігінде 1,0 гр, 2-5 күндері 0,5 гр тәулігіне немесе
- Джозамицин 14 жастан асқан жасөспірімдерге 500мг-нан тәулігіне 3 рет, 14 жастан кіші қыз балаларға препарат еритін таблетка солжотаб түрінде тәулігіне 40-50 мг/кг есеппен 2-3 қабылдауға, емдеу курсы 7-10 күнге тағайындалады немесе
- Рокситромицин 12 жасқа дейінгі балаларға тәулігіне 5-8 мг/кг, 12 жастан жоғары балаларға 150 мг-нан тәулігіне 2 рет, 7-12 күнге тағайындалады немесе
- Кларитромицин 12 жасқа дейінгі балаларға тәулігіне 7,5 мг/кг, 12 жастан жоғары балаларға 125-250 мг-нан тәулігіне 2 рет, 7-12 күнге тағайындалады немесе

- Мидекамицин 12 жасқа дейінгі балаларға 20-40 мг/кг-нан тәулігіне 2 рет, 12 жастан жоғары балаларға 400 мг-нан тәулігіне 3 рет, 7-14 күнге тағайындалады немесе
- Доксоцилин (тек 8 жастан жоғары қыз балаларға тағайындалады). 8-12 жас аралығындағы қыз балаларға емнің алғашқы тәулігінде 4 мг/кг, 2-7-ші тәулікте 2 мг/кг-нан тәулігіне 2 рет, 12 жастан жоғары қыздарға емнің алғашқы тәулігінде 200 мг ішке, 2-7-ші тәулікте 100 мг-нан тәулігіне 2 рет тағайындалады.

Кандидоз дамуының алдын алу мақсатында антимикотикалық препараттар тағайындалады. Иммундық бұзылыстарды коррекциялау үшін кипферон немесе α2 ИФН 1 балауыздан тәулігіне 1 рет тікішекке, 10 күнге тағайындалады.

Антибактериялық препараттарды қолданғаннан кейін, ішек микрофлорасын қалпына келтіру үшін бактисубтил, хилак-форте т.б. препараттар тағайындалады.

Жүйелі энзимотерапия: Вобэнзим 1 жасқа дейінгі балаларға тәулігіне 6 кг салмаққа 1 дражеден, 12 жастан асқан қыздарға 3 дражеден тәулігіне 3 рет, 3-6 аптаға тағайындалады.

Айығу критерийі – антибиотикотерапиядан кейінгі 21 тәулікте алынған жағындыда Аг болмауы және АД титрінің оң мәнді динамикасы.

Герпесвирусты вульвовагинит емінің негізі – вирусқа қарсы препараттармен жүйелі емдеу: ацикловир 500 мг-нан тәулігіне 5 рет немесе валацикловир 500 мг-нан тәулігіне 2 рет, 5 күнге тағайындалады. Жергілікті антивирустық жақпалар 5-10 күнге тағайындалады.

Атопиялық вульвовагинит кезінде тиімді емнің маңызды құрамдас бөліктері – аллергиямен байланысты үзу, гипоаллергиялық диетаны ұстану, аллергологтың тағайындамаларын орындау. Баланың тағамының құрамын реттеу, құрамында облигатты аллергиялар бар тағамдарды (балық, жұмыртқа, цитрус, шоколад, бал, құлпынай т.б.), гистамин өндірілуін ынталандырушы тағамдарды (етті және балықты сорпалар, қуырылған, кептірілген тағамдар, ащы тағамдар, ірімшік, ашытылған тағамдар, маринадталған өнімдер) және

гистамин тәрізді өнімдерді (кызанак, грек жаңғағы) шектеу керек. Антигистаминді препараттар 2 апталық емдеу курсына: цетиризин 6 айдан 6 жасқа дейінгі балаларға тәулігіне 5 мг-нан немесе 5 мл ерітінді түрінде немесе фексофенадин 12 жастан бастап 120-180 мг/тәулігіне тағайындалады. Сонымен қатар, аллергия симптомын нашарлататын, ішек дисбактериозында емдеу қажет. Пиодермия тәрізді асқыну туындаған жағдайда, антибактериялық терапия жүргізу керек. Аурудың созылмалы сатысында жергілікті емді зақымдалу ошағында метаболизм мен микроциркуляцияны жақсартатын препараттармен (1% танин ерітіндісі, емен қабығының қайнатпасы, 0,1 % бетаметазон жақпа майы), эпителизациялаушы және кератопластикалық препараттар (5% актовегин жақпа майы, солкосерил, декспантенол, құрамында А дәрумені бар жақпа майлар) тағайындалады.

Хирургиялық ем

Артқы жабысқақ және кіші жыныс еріндерінің толық жабысуында оперативті ем жүргізіледі.

Еңбекке жарамсыздық мерзімі

7 күннен 14 күнге дейін. и

Ары қарай жүргізу

Емдеу барасында қарау және қынаптан жағындыны 3-ші және 7-ші күндері алады. Бактериялық бейарнамалы вульвовагиниттен айығудан кейін, ем аяқталған соң 30, 60, 90 күннен соң бақылау мақсатында қарау жүргізіледі. Профилактикалық қарау жылына 1 рет жүргізіледі.

Пациентке арналған ақпарат

Вульвовагинит қайталануының алдын алу мақсатында, әсіресе көпшілік орындарда, жыныс мүшелері гигиенасы ережелерін қатаң сақтау қажет. Мектеп жасына дейінгі қыз балалардың сыртқы жыныс мүшелерін сабынмен жуу, вульва және аралық терісінің қорғаныс қасиетін бұзып, дерматит және вульвиттің өршуін тудыру мүмкін. Құрамында лактобактериялар бар препаратты жергілікті қолдану қауіпсіз. Қыз балалар аралық және жамбас қатпарларын толық жаппайтын, синтетикалық матадан тігілген ішкіімдерді кимегені абзал.

Инфекция ошағын (ауыз қуысының және мұрын жұтқыншақтың созылмалы аурулары, пиелонефрит, тіс жегі) және глистті инвазияны дер кезінде санаңиялау қажет. Антисептикалық, антибактериялық препараттарды және глюкокортикоидтарды негізсіз қолданудан аулақ болу және дене шынықтыру мен айналысу.

Бактериялық вульвовагинит

Бактериялық вульвовагинит жиі коктық флора, протей, ішек таяқшасымен шақырылады. Ол жедел басталып, қабыну кезеңдерімен немесе торпидті өтуі мүмкін. Бактериялық вульвовагинитте қығалған сарғыш түсті бөлініс бөлініп, вульваның, шап аралығының және жыныс еріндерінің гиперемиясы байқалады.

Диагностика.

- Толық клиникалық тексеру, қанның жалпы талдауы, жалпы несеп талдауы, Ничепоренко бойынша несеп талдамасы.
- Гинекологиялық тексеру;
- Вагиноскопия, вульвоскопия;
- Ректоабдоминальды тексеру;
- Ультрадыбыстық зерттеу;
- Жыныс жолдарынан бөлінген бөліністі визуальдық бағалау;
- Қынаптық бөліндіні микроскопиялық зерттеу;
- Флораның антибиотиктер мен макрофагтарға сезімталдығын анықтау мақсатында қынаптық бөліндіні микробиологиялық зерттеу;
- ЖҚБА ПТР диагностикасы;
- Перианальды қатпардан алынған жағындыны және нәжісті глист жұмыртқасына зерттеу.

Емдеу. Бактериялық вагиноздың этиотропты және патогенетикалық негізгі емі – ректальды енгізілетін интерферон препараттары. Туындау себебіне қарамастан вагиниттер мен вульвовагиниттерді емдеудің перспективті әдістері ретінде құрамында тірі бифидобактериялар мен ацидофильдік лактобактериялар бар препараттарды ректальды 10-14 күн бойы енгізіледі. Бұл препараттар монотерапия түрінде де, басқа препараттармен қосарланып та

тағайындалады. Жергілікті құрамында антибиотиктер бар жакпалар қолданылады.

Жергілікті емдеумен бірге созылмалы жұкпалар ошағын санациялау және аллергияға қарсы препараттар тағайындау қажет. Емдеу ұзақтығы патологиялық үрдістің ағымына қарай реттеліп отырады.

Балалар гинекологының қайта тексеру жиілігі: емдеу барысында 3-7-ші күндері, ем аяқталғаннан кейін 30 күннен соң.

Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинит

Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинит – қынапқа ішек таяқшасының немесе энтерококктың түсуінен туындайтын қабыну үрдісі. Острицалардың аналықтары жұмыртқасын салу үшін ішектен шығып, баланың перианальды терісін теседі де, соның салдарынан қышу және ауырсыну сезіледі. Острицалар көбінесе қынапқа қабынуды қоздыратын ішек таяқшасын немесе энтерококк енгізеді.

Ата – анасын мұқият сұрау барысында баланың ұйқы тыныштығының бұзылуы, оның сыртқы жыныс мүшелерінің қышуына шағымдалуының анықталуы – диагнозды нақтылайды. Кейде қыздар сыртқы жыныс мүшелеріндегі ауырсыну салдарынан айқайлап, жылап оянады. Мұқият тексеру кезінде терісіндегі немесе нәжістегі острицаны анықтауға болады.

Сыртқы жыныс мүшелерін тексеру кезінде анальдік қатпарлардың қалыңдауы, оның гиперемиясы көзге түседі. Қынаптық бөліндінен ішек таяқшалары, энтерококк және ішек флорасының басқа түрлері анықталады. Мұндай жағдайда острицалардың жұмыртқасын анықтау үшін перианальдік қатпардан жағынды алып, зерттеледі.

Емдеу. Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинитті емдеу барысында 7 күн күнделікті анос айналасын және сыртқы жыныс мүшелерін жуу керек, құрамында патогенді флора сезімтал антибиотигі бар суппозиторийлерді ректальды енгізу қажет. Сонымен қатар энтеробиозды да емдеу қажет. Антигельминтті терапия мақсатында пирантел, пиперазин, адипинат препараттары тағайындалады. Антигельминтті терапияны бір айдан

соң қайталау керек. Бала гигиенасындағы кемшіліктерге және бүкіл отбасының энтеробиоз жұқтыру қаупі бар екеніне ата-анасының назарын аудару қажет және де баланың сыртқы жыныс мүшелерін күнделікті жуу қажеттілігі туралы қатан тәртіптегі нұсқау берілу қажет.

Қынапта бөгде дене болуы нәтижесінде туындайтын вульвовагинит

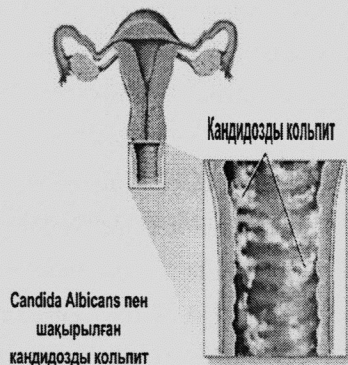
Қынапта бөгде денелердің болуы нәтижесінде туындайтын вульвовагинит кезінде ата-аналар қыздарында қанды-іріңді бөліністер болатынына шағымданады. Бұл құм, киім жібі, дәретхана қағазының бөлігі, сондай ақ ұсақ заттар (түйреуіш, қаламның ұшы, шаштүйреуіші) болуы мүмкін, оны балалар острицалар салдарынан болатын вульва қышуы кезінде жыныс мүшелерін қасу барысында енгізуі мүмкін. Қынапқа бөгде заттарды енгізу 8 жасқа дейінгі қыздарда жиі кездеседі. Бөгде заттың болуы қынап қабырғасында қабыну үрдісін тудырады. Бөгде заттың енгізілуі әдетте жасырын болып қалады немесе кейде балалар ол туралы ұмытып кетеді де, тек іріңді бөліністердің бөлінуі баланы дәрігерге қаралуға мәжбүрлейді. Көп мөлшердегі бөліністердің болуы бұт терісінің мацерациясы және пиодермиясына әкеледі.

Қыз балаға ректоабдоминальдік тексеру жүргізу және вагиноскопия жасау арқылы, түйіршіктеніп ыдырап жатқан, қынаптағы бөгде денені анықтауға болады. Қолмен басып қараған кезде қатты бөгде денемен жарақаттану және түйіршіктену тұтастығының бұзылуына байланысты бөліністер күшейеді. Дифференциалық диагностиканы жас қыздарда жиі кездесетін және қанды-іріңді бөліністермен білінетін жүзім тәріздес қынап саркомасымен (мезенхимадан өсетін қатерлі ісік) жүргізеді.

Емдеу. Қынапта бөгде дене болуы нәтижесінде туындаған вульвовагинитті емдеуде ең алдымен бөгде денені алып тастау қажет. Бөгде денені міндетті түрде наркозбен алу қажет. Бұл шара қатты ауыртады, сонымен қатар, баланың мазасыздығы бөгде денені басқа ұлпаларды зақымдамай, абайлап алуға мүмкіндік бермейді. Көп жағдайда бөгде денені тік ішекке саусақты тығу арқылы алуға болады. Қынаптағы затты саусақтың ұшымен ақырын итеру кейде бөгде затты қынап кіреберісіне алып келуге мүмкіндік береді. Осы жерде

Қынаптық бөлініні микроскопиялық зерттеуде спора мен мицелланың көп мөлшері анықталады.

Кандидозды вульвовагинит



Candida Albicans пен шақырылған кандидозды кольпит

Емдеу. Қынап пен вульваның кандидозын емдеу құрамында полиен тобының антибиотиктерімен (нистатаин, леворин, амфотерицин В, пимафуцин), имидазол туындыларымен (клотримазол, кетоконазол, миконазол, бифоназол, изоконазол), триазол (флуконазол), батрафенмен жүргізіледі. Бұл препараттар крем, жақпа май, қынаптық таблетка түрінде тағайындалады. Жасөспірім қыздарда кандидозды вульвовагинитті емдеуде дифлюканды бір рет 150 мг мөлшерінде қабылдаған тиімді.

Трихомонадты вульвовагинит

Трихомониаз – несеп-жыныс мүшелері ауруларының ең көп тараған түрі және жыныстық қатынас арқылы берілетін аурулардың арасында бірінші орынды алады. Қазіргі уақытта трихомонадалардың 50 астам түрі белгілі. Адам ағзасында тек астам түрі белгілі. Адам ағзасында тек 3 түрі паразиттік тіршілік етеді: урогениталдық, ауыз және ішектік. Трихомонадалар жасөспірім қыздарда сирек кездеседі. Ауру қыздарға жеке бас гигиена ережелерін сақтамаған жағдайда және науқас анадан босану жолдары арқылы жұғуы мүмкін.

Клиникасы. Сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы және ашуы, жиі зәр шығару, іріңді көпіршікті бөліністердің болуы. Вульваны карап тексеру және вагиноскопия кезінде кейде майда эрозиялар немесе майда нүктеленіп қан құйылумен бірге болатын диффуздық немесе ошақтық гиперемия байқалады.

Диагностика. Балалар трихомониазының диагностикасында ИФА және ПТР қолданылады.

Емдеу. Трихомонадты вульвовагинитті емдеуде антипротозойлы препараттарды жергілікті және жалпы тағайындайды. Метронидазол таблеткаларын мөлшерін баланың жасын ескере отырып (1-5 жас аралығында 80 мгнан тәулігіне 2-3 рет, 6-10 жас 125 мгнан 2-3 рет, 11-14 жас 250 мгнан 2-3 рет) 10 күн бойы қабылдайды. Жасөспірім қыздар ересектер мөлшерінде қабылдайды. Созылмалы өршуші трихомониазда вакцилотерапия жүргізген тиімді: солкотриховак 0,5 мл 2 апталық интервалмен 3 инъекция б/е, содан соң 1 жылдан соң 0,5 мл бір рет б/е егу.

Жатыр және қосалқыларының қабыну аурулары

Сальпингит – жатыр түтіктерінің қабынуы, жиі жатыр түтігі өткізгіштігінің бұзылысына алып келеді.

Гидросальпинкс – жатыр түтігінің жатырлық бөлігі мен ампуласының бітелуінеде жатыр түтігіне сұйықтықтың жиналуы.

Пиосальпинкс - жатыр түтігінің жатырлық бөлігі мен ампуласының бітелуін дамытушы сальпингитте жатыр түтігіне іріңнің жиналуы.

Тубоовариальді түзіліс – құрамында жатыр түтігі және аналық безі бар қабынған конгломерат.

Эпидемиологиясы. Қыз балалардағы ішкі жыныс мүшелерінің қабыну аурулары балалар гинекологиясының өзекті мәселелерінің бірі. Негізінен патологиялық үрдіске жатыр түтіктері жиі, ал аналық бездер сирек шалдығады. Қыз балалардағы гинекологиялық аурулардың құрылымында сальпингит 18% да кездеседі.

Кіші жамбас қуысы мүшелерінің қабынуына ықпал етуші факторлар:

- Созылмалы инфекция ошақтары (тонзиллит);
- Суықтау;
- Жедел респираторлы вирусты инфекция;
- Ағза иммунитетінің әлсіреуі.

Жіктелуі. АХЖ 10 бойынша жіктелуі:

- Сальпингиттер және оофориттер (жатыр түтігі және аналық без абсцесі, тубоовариальды абсцесс, пиосальникс, сальпингоофоритті қоса);
- Жедел сальпингит және оофорит;
- Созылмалы сальпингит және оофорит (гидросальпинкс);
- Негізделмеген сальпингит және оофорит;
- Жатыр мойнынан тыс жатырдың қабыну аурулары (эндометрит, миометрит, метрит, пиометра, жатыр абсцесі);
- Жатырдың жедел қабыну аурулары;
- Жатырдың созылмалы қабыну аурулары;
- Негізделмеген жатырдың қабыну аурулары.

Этиология және патогенез. Қыз балаларда кіші жамбас қуысы мүшелерінің қабыну ауруларының этиологиялық факторы болып келесі микроағзалар табылады:

- *Esherichia coli*;
- *Staphylococcus aureus*;
- *Mycoplasma gondii*;
- *Bacteroides*;
- *Chlamydia trachomatis*.

Туберкулездік зақымдалу мүмкіндігін естен шығармау керек. Жас қыздарда ересек әйелдерге қарағанда, кіші жамбас мүшелерінің қабыну үрдісі екіншілік дамиды. Сальпингит құрсақ қуысы мүшелерінің қабыну үрдісі жатыр түтігіне таралғанда дамуы мүмкін. Қыздарда жиі сальпингит ірінді аппендициттен кейін дамиды. Сонымен қатар, ірінді аппендициттен кейін тубоовариальды түзіліс пайда болуы мүмкін. Құрсақ қуысы мүшелері арасында инфекцияның

таралуына қыз балаларда ішастардың толық дамымауы септігін тигізеді, нәтижесінде жедел қабыну үрдісі шектелмей, көршілес мүшелерге де тарайды, мысалы, жедел аппендицит.

Сонымен қатар, сальпингит жатыр түтігі немесе аналық без кистасының бұралуынан, жатыр түтігіндегі қан айналымның бұзылысы нәтижесінде де дамуы мүмкін.

Қыз балаларда эндометриттің дамуына суықтау және стрестік жағдайлардың әсерінен, созылмалы инфекция ошағының болуынан (созылмалы тонзиллит, колит, вульвовагинит) ағзаның реактивті қасиеттерінің төмендеуі, жыныс жолдарынан ұзақ уақыт қанды бөліністердің болуы, сонымен қатар жатыршілік және гигиеналық шалаларды сақтамауда жұққан ЖКБА алып келеді.

Клиникалық көрінісі және симптомдар. Сальпингитке келесі симптомдар тән:

- Іштің төменгі жағының бір жақты немесе екі жақты ауырсынуы;
- Бөліністер;
- Етеккір қызметінің гипер немесе гипоменорея типті бұзылысы;
- Жедел сальпингиттің клиникалық көрінісі:
- Ауру интенсивтілігінің жедел өсуі;
- Дене қызуының жоғарылауы;
- Лейкоцитоз;
- ЭТЖ жоғарылауы;
- Метеоризм, ішастардың тітіркену симптомы.

Эндометрит кезінде қыз баланы жыныс жолдарынан бөлініс, гиперполименорея, іштің төменгі жағындағы ауырсыну, дене қызуының жоғарылауы мазалайды.

Диагноз және ұсынылатын клиникалық зерттеулер.

Кіші жамбас мүшелерінің қабыну ауруларына күдіктенгенде жүргізілетін диагностикалық минимум:

- Термометрия (дене температурасын әр 3 сағатта өлшеу);
- ЖҚА;

№5 Кесте Этиологиялық агентке байланысты
вulьвовагиниттердің айырмашылығы

Дифференциялық белгі	Кандидоз	Трихомониаз	Гонорея	Аралас инфекция
Инфекциялық агент	Candida albicans	Қынаптық трихоманада	Нейсерия гонокогы	Хламидия, микоплазма гоминис, вирустар
Жұғу жасы	неонаталды кезең, 12 жастан кейін	неонаталды кезең, 10 жастан кейін	мектепке дейінгі және постпубертатты кезең	мектепке дейінгі және постпубертатты кезең
Аурудың басталуы	латентті	латентті	жедел	жедел
Жедел фазадағы шағымы	вulьваның қышуы, қынаптың ашығып күйдіруі	сыртқы жыныс мүшелерінің қышуы, зәр шығару кезінде ауру сезімі, ашу	зәр шығару кезінде ауру сезімі, тенезмдер	қышу, ашу, вulьва аймағында ауырсыну, дизурия
Несеп бөлу жолдарының үрдіске қатысуы	сирек	50% жағдайда	85% жағдайда	80% жағдайда
Тік ішектің үрдіске қатысуы	жоқ	50% жағдайда	10% жағдайда	сирек
Үрдіске басқа мүшелердің қатысуы	ауыз қуысы, аран	жоқ	жоқ	конъюнктивит, стоматит

- С реактивті белокты анықтау;
- Иммундық статусты бағалау;
- Қынаптық бөліндіні флораға тексеру;
- ЖКБА ПТР диагностикасы;
- Гинекологиялық тексеру;
- Кіші жамбас мүшелерін УДЗ;
- Кіші жамбас мүшелерін МРТ.

Сальпингит және оофоритте ректоабдоминальді зерттеу кезінде жатыр қосалқылары аймағында пальпация кезінде ауырсыну (жедел қабыну үрдісінде), жатыр қосалқылары аймағында жабысқақтар (созылмалы үрдісте) анықтауға болады. Тубоовариальді түзілісте жатыр қосалқылары аймағында азқозғалмалы, айқын шекарасы жоқ, пальпацияға сезімтал түзіліс анықталады. Эндометрит кезінде пальпацияға сезімтал болуы мүмкін, көлемі біршама ұлғаяды, жұмсақ консистенциялы болады.

Емдік диагностикалық лапароскопияға көрсеткіш:

- Оң мәнді перитонеальді симптом;
- Тубоовариальды түзілістің болуы;
- Нәтижесіз консервативті терапия.

Дифференциалды диагноз

Жедел қабыну үрдісінде дифференциялық диагнозды жедел аппендицитпен, аналық без кистасы аяқшасының бұралуы, жатыр түтігі және жатыр қосалқыларының бұралуы, етеккір қанының агуының бұзылысына алып келетін қынаптың даму ақауларымен, жедел пиелонефритпен жүргізу керек.

Созылмалы қабыну үрдісінде дисменореямен, эндометриозбен, кіші жамбас көктамырларының варикозды кенеюімен, жатыр қосалқыларының көлемді түзілістерінен ажырату керек.

Ішек дисбактериозының қосарлануы	бар	жоқ	жоқ	сирек
Аллергиялық компонент	айқын	айқын	әлсіз	тұрақты емес
Бөлініс сипаты	ірімшік тәрізді	көп мөлшерде, ірінді, көпіршікті	ірінді, қою жасыл түсті	сулы, аз мөлшерде, емге төзімді
Бөліністің исі	ірімшікті	ихорозды	тән емес	иіссіз болуы мүмкін немесе бактериялық ассоциацияның ерекшелігіне тән иіс
Жалпы жағдайы	қышу және аллергия әсерінен жалпы жағдайдың нашаларуы	тітіркенгіш	интоксикация белгілері, тітіркенгіш, ұйқысыздық, тәбеттің төмендеуі, субфебрилитет	жайсыздық
Негізгі емдік препарат	дифлюкан, клотримазол, леворин	тиберал, метронидазол, атрикан	пенициллин, спектиномицин	сумамед, заноцин