

ЖЫНЫС МҮШЕЛЕРІНІҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ

Біздер жүргізген зерттеулерге сәйкес қыздар мен жас-өспірімдердің гинекологиялық ауруларының ішінде кездесу жиілігі бойынша етеккір қызметінің бұзылыстарынан кейін екінші орында жыныс мүшелерінің жұқпалы-қабыну аурулары түр (17% кұрайды).

Әдебиеттердегі мәліметтер бойынша 8 жасқа дейінгі қыздардың гинекологиялық ауруларының кұрылымында вульвиттер мен вульвовагиниттер 25-70%-ға дейін болады (3, 44, 45, 46). Бұған қыз балалар қынабы мен вульва физиологиялық ерекшеліктері әсер етеді. Қыздардың бұл мүшелерін қаптайтын жалпақ эпителий бірнеше қабаттан тұрады (5 – 8) олардың кұрамында гликоген тым аз және қыртыстанбайды, сондықтан ересек әйелдердегідей қышқыл ортаны кұрайтын сүт-қышқылы ашу таяқшаларының дамуына мүмкіндік жоқ. Лактобациллалар жасөспірімдік кезеңде пайда бола бастайды. Қанда экстрогендер деңгейінің жоғарылауы, қынап эпителиіне гликоген жиналу және оның қыртыстану дәрежесінің ұлғаюымен сәйкес лактобациллалар саны да көбейеді.

Қыз баланың қынабында шартты-патогендік микроағзалар болады (эпидермалды стафилококк), сілтілік реакциясы бар. 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. Ағзаның қорғаушы күшінің айтарлықтай төмендеуі кезінде шартты-патогендік флора патогендік қасиеттерге ие болады. Бұл жағдайда қынапқа патогендік

флора көбінесе ауыз-мұрын-тамақ, ішек, тері арқылы оңай енеді. Балалардың вирустық індеттері ағзаның иммундық қорғанысын төмендетіп қана қоймай, теріде және қынап пен вульва шырыштарында бөртпе ретінде шығуы мүмкін. Бұл жағдайларда қабыршықтану кезеңінде қынаптан бөліністер шығып, вульва және сыртқы жыныс мүшелер терісінің гиперемиясы пайда болады. Гигиена ережелерін сақтамаған жағдайда патогендік микроағзалар қынапқа қол, киім арқылы, кір су қоймаларында шомылу кезінде енуі мүмкін. Вульвовагиниттер қынаптың сыртқы шырышты қабатының бұзылыстары кезінде туындайды, мысалы, күйік, экссудативтік диатез, бөгде денені енгізу кезінде. Қынаптың шырышты қабығы мен ондағы микроағзалар арасында орналған тепе-теңдік бұзылады да, қынапта және оның бөліністері құрамында лейкоциттердің саны көбейеді.

Вульвовагинит жұқпалы және жұқпалы емес болып бөлінеді. Жұқпалы вульвовагинитке бактериалдық, трихомонадалық, микоздық, вирустық, (хламидиялық, герпестік, микоплазмалық, адамның папиллома вирусы, уреоплазмалық), дисбактериоздық және де энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинит жатады. Жұқпалы емес вульвовагинитке химиялық және механикалық тітіркену (күйік, қынаптағы бөгде дене, онанизм) салдарынан болған зат алмасудың бұзылыстары (экссудативтік диатез) нәтижесінде туындайтын вульвовагинит жатады.

Эстроген секрециясының жоғарылауы эстрогенге тәуелді мүшелердің эпителиінің жетілуіне әкеледі, с.і. қынап пен вульва. Жетілген эпителиде сүт-қышқылы ашу таяқшаларының, Кандида туысына жататын саңырауқұлақтардың, трихомонадалардың тіршілігі үшін гликоген жеткілікті дәрежеде болады. Сондықтан трихомонадалық және саңырауқұлақтық вульвовагиниттер қыздарда жаңадан туылған және жасөспірімдік кезеңде байқалады.

Клиника. Вульвовагинит кезінде қыздарды қынаптан шыққан бөліністер, қышу, кейде сыртқы жыныс мүшелерінің ауырсынулары мазалайды.

Диагностика. Баланы тексеру кезінде тек жыныс мүшелерінің жағдайына ғана емес, сонымен қатар созылмалы қабыну ошақтарын, пиодермия, экссудативтік диатез және т.б. анықтау үшін ауыз-мұрын-жұтқыншақтың, бронхлардың, асқазан-ішек жолдарының, терінің созылмалы індеттірінің болуына назар аудару керек.

Гинекологиялық тексеру кезінде гиперемияның болуы және қынаптың шырышты қабатының, вульваның ісінуі, кейде бүт терісінің қажалуы анықталады. Перианальдік аймақ терісінің жағдайын бағалап, қынаптан шыққан бөліністер сипатын анықтау және жыныстық жапсарлар терісі мен қынаптың шырышты қабатында бөртпелердің болуын тексеру керек. Ректоабдоминальдік зерттеу көп жағдайда тік ішектің алдыңғы қабырғасы арқылы қынаптағы бөгде денені қолмен басып анықтауға мүмкіндік береді. Қынаптың зақымдану дәрежесін вагиноскопия немесе жарық түсіруші балалар айнасымен қынапты тексеру арқылы анықтайды. Науқастарда тұтас қынабының немесе төменгі бөлігінің гиперемиясы анықталады, кейде қабырғаларында петехиалдық бөртпелер немесе ірімшік тәрізді бөліністер байқалады. Тек қынап қабырғаларын ғана емес, жатыр мойнын тексеріп, оның эпителий қабатының жағдайын анықтау қажет.

Вагиноскопия арқылы ректоабдоминальдік әдіспен анықталмайтын жұмсақ бөгде денені көруге болады (мақта, мата бөлшектері, жіп, қағаз т.б.), микроскопия мен зерттеудің басқа да түрлері үшін қынаптың артқы күмбезінен немесе цервикальдік каналдан материал алуға болады.

Ультрадыбыстық зерттеу, микроағзалар колониясының түрлері мен санын және олардың антибиотиктерге төзімділік дәрежесін анықтаумен бірге жүргізілетін қынаптық сүртіндіні бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу, имму-

нофлюоресценция, иммуноферменттік талдау, полимераздік тізбектік реакция, иммунологиялық зерттеу сияқты қосымша әдістер вульвовагиниттің себебін анықтауға мүмкіндік береді.

Қынап сүртіндісінен лейкоциттер мен жиірек үлкен көлемде коккалық микрофлора анықталады. Көру аймағындағы 20 және одан да көп лейкоциттердің болуы, сондай-ақ, қынаптан бөлінетін екпелерде микроағзалар колониясы санының айтарлықтай жоғарылауы (10 КОЕ-ден жоғары) қабыну үрдісінің белгілері болып саналады. Сондай-ақ микроағзалардың антибиотиктерге төзімділігі неғұрлым жоғары болса, қоздырушының патогенділігі де соғұрлым жоғарылайтынын естен шығармау керек.

Ағзаың аллергияция дәрежесін бағалау үшін перифериялық базофилдердің дегрануляциясын анықтайды және қынаптан шайылып алынған шырлы жасушаларды санайды (10).

Бактериалдық вульвовагинит

Бактериалдық (спецификалық емес) вульвовагинит жиі коктық флора, протей, ішек таяқшаларынан туындайды. Ол жедел басталып, қабыну кезеңдерімен немесе онсыз торпидтік ағымда өтуі мүмкін. Бактериалдық вульвовагинит кезінде қынаптан сарғыш түсті бөліністер шығып, вульваның, бүт терісінің, жыныстық жапсарлардың гиперемиясы байқалады. Бөксе терісі, жыныстық жапсарлардың айналасында пиодермия элементтері, қынап қабырғаларында гиперемия ошақтары болуы мүмкін.

Диагностика. Сыртқы жыныстық мүшелер мен тері қабатын тексеру. Вагиноскопия. Қынап бөліністерінің микроскопиясы. Қынап бөліністерінің флорасын және оның антибиотиктерге сезімталдығын анықтау мақсатында бактериологиялық екпелер жасау. ПТР көмегімен қынаптық бөліністерді зерттеу. Энтеробиозға перианалдық қатпар қы-

рындысын зерттеу. Қанның клиникалық талдауы. Зөрдін жалпы талдауы.

Емдеу. Қынапты өлсіз зарарсыздандырғыш ерітіндімен тазалау (калий перманганаты, риванол, хлоргексидин биглюконат) немесе катетер арқылы физиологиялық ерітіндімен, артынша микрофлора сезімталдығын ескере отырып, антибиотикалық суппозиторийлер немесе таяқшаларды интравагиналды енгізу. Жыныстық жапсарлар терісіне «Бактробан» кремі немесе антибиотик жақпасы жағылады. Ем 7-10 күн бойы микробиологиялық зерттеу нәтижесі алынғанша жүргізіледі. Бактериалдық вагинозды емдеудің этиотроптық және патогенетикалық негізгі құралы – интравагиналды және ректалды енгізілетін интерферон препараттары (реаферон, виферон) болып табылады. Туындау себебіне қарамастан вагиниттер мен вульвовагиниттерді емдеудің перспективті әдістері ретінде құрамында тірі бифидобактериялар мен ацидофильдік лактобактериялар (соңғысын кандидозды вульвовагинит кезінде қолдану ұсынылмайды) бар препараттың 2,5-5 дозасын интравагиналды немесе ректалды 10-14 күн бойы енгізу болуы мүмкін. Бұл препараттар монотерапия түрінде де, басқа емдеу әдістерімен үйлесімде де тағайындалады. Олардың тиімділігі құрамында рекомбинантты а2-интерфероны бар жұмсақ дәрілік заттар мен ерітінділер қолданған кезде айтарлықтай артады. Кіші жыныстық жапсарлар синехиясы кезінде құрамында эстриол бар крем қолданылады.

Жергілікті емдеумен бірге созылмалы жұқпалар ошағын санация жасау және аллергияға қарсы препараттар тағайындау қажет. Жалпы нығайтушы терапия айтарлықтай ұзақ уақыт бойы жалғасып, шынықтырушы шаралармен және дене шынықтыруымен қатар жүргізілуі керек.

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

Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинит

Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинит – әдетте қынапқа ішек флорасының енуінен туындаған қабыну үрдісі. Острицалардың аналықтары жұмыртқасын салу үшін ішектен шыққан кезде, бала терісін теседі де, соның салдарынан қышу және ауырсыну сезіледі. Острицалар көбінесе қынапқа қабынуды қоздыратын ішек таяқшасын немесе энтерококк енгізеді. Осы екі микроағзалардың үйлесуінен туындайтын аралас індет теболуы мүмкін.

Ата-анасынан мұқият сұрау барысында баланың ұйқы тыныштығының бұзылуы, оның сыртқы жыныстық мүшелері мен терісінің қышуына шағымдарының анықталуы – диагнозды нақтылау болып табылады. Кейде қыздардың сыртқы жыныс мүшелеріндегі ауырсыну салдарынан айғайлап, жылап оянады. Мұқият тексеру кезінде терідегі немесе нәжісіндегі острицаны байқауға болады.

Сыртқы жыныстық мүшелерді тексеру кезінде анальдік қатпарлардың қалыңдауы, оның гиперемиясы көзге түседі. Қынаптан шығатын екпелерде ішек таяқшалары, энтерококк және ішек флорасының басқа түрлері анықталады. Мұндай жағдайда острицалардың жұмыртқасына перианальдік қатпардан қырынды алған дұрыс.

Емдеу. Энтеробиоз нәтижесінде туындайтын вульвовагинитті емдеу барысында 7 күн күнделікті қынапты шаю, анус айналасын және сыртқы жыныс мүшелерін жуу керек, құрамында канамицин немесе патогендік флора сезімтал келетін басқа антибиотигі бар суппозиторийлер енгізу керек. Осы шаралармен қатар энтеробиоз терапиясын да жүргізу қажет. Бұл мақсатпен пирантел, пиперазина адипинат және басқа да острицаларды жоятын препараттарды тағайындайды. Антигельминтті терапияны бір айдан кейін қайталау қажет. Бала гигиенасындағы кемшіліктерге және бүкіл отбасының энтеробиоз жұқтыру қаупі бар екеніне ата-анасының назарын аудару қажет және де баланың сыртқы жыныстық мүшелерін

күнделікті жуу қажеттілігі туралы қатаң тәртіптегі нұсқау берілуі керек.

Қынапта бөгде дене болу нәтижесінде туындайтын вульвовагинит

Қынапта бөгде денелердің болу нәтижесінде туындаған вульвовагинит кезінде ата-аналары қыздарында қанды-іріңді бөліністер болатынына шағымданады. Бұл құм, киім жібі, дәретхана қағазының бөлігі, сондай-ақ ұсақ заттар (түйреуіш, қаламның ұшы, шаштүйрегіш) болуы мүмкін, оны балалар острицалардың салдарынан болатын вульва қышуы кезінде жыныс мүшелерін қасу арқылы енгізуі мүмкін. Қынапқа бөгде заттарды енгізу 8 жасқа дейінгі қыздарда жиі кездеседі. Бөгде заттың болуы қынаптың шырышты қабатының қабыну өзгерістерін тудырады. Бөгде заттың енгізілуі әдетте жасырын болып қалады немесе кейде балалар ол туралы ұмытып кетеді де, тек іріңді (сирек емес қанды ірің түрінде) бөліністердің шыға бастауы баланы дәрігерге алып келеді. Көп мөлшердегі бөліністердің болуы бүт терісінің мацерациясы және пиодермиясына әкеледі.

Қыз балаға ректоабдоминальдік зерттеу 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. Диагнозды анықтау үшін вагиноскопия жасау немесе балаларға арналған қынап айнасының көмегімен тексеру жүргізу керек. Дифференциалдық диагностиканы жас қыздарда жиі кездесетін және қанды-іріңді бөліністермен білінетін жүзім тәріздес қынап саркомасымен (мезенхимадан өсетін қатерлі ісік) жүргізеді. Және де бұл ауыр қатерлі ісік ауруына шалдыққанда қынапта жүзім тәрізді өспелер

көрінеді, олар жарылған кезде қанды-іріңді бөліністер шығады.

Емдеу. Қынапта бөгде дене болу нәтижесінде туындаған вульвовагинитті емдеуде ең алдымын – бөгде денені алып тастау. Бөгде денені міндетті түрде наркозбен алу керек. Бұл емдеу шарасы 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 ұшына итеріп әкелуге мүмкіндік береді. Осы жерде оны қысқышпен ұстап, үлкен болса бөліп, не майыстырып шығарып алуға болады. Түйреуіш, шашты түйрегіш сияқты заттар қынап қабырғасына тереңінен кіріп кеткеннен, оларды алу өте қиынға соғуы мүмкін екенін естен шығармау керек. Құм, мақта, не мата бөлшектерін қатты су ағысымен жуып шығаруға болады. Қынапқа 20 мл шприц жалғанған резина катетері енгізіледі. Шприцке әлсіз зарарсыздандыратын сұйықтық не физиологиялық ерітінді құяды да қатты су ағысымен қынапқа енгізеді. Және де сұйықтық ағыны оның барлық бөлігін шайып, бөгде затты сұйықтық ағынымен жуылып кетуі үшін қынапқа кіргізген катетердің ұшын ақырындап айналдырып отыру керек.

Бөгде зат алынғаннан кейін қынап зарарсыздандыратын ерітіндімен жуылады. Қабыну үрдісін емдеуге әдетте екі-үш күн бойы қынапты жуып-тазалау көмектеседі.

Атопиялық вульвовагиниттер

Атопиялық вульвовагиниттер экссудативтік диатез, аллергия ауруларымен сырқат қыздарда байқалады. Қабыну үрдісі кейде жазылып, кейде қабынып әлсіз ағымда өтеді. Жыныс мүшелерін тексеру кезінде аздаған ағару, жұқару, шырышты қабықтың «құрғауы», ошақтық вульва гиперемиясы байқалады. Қынапта жиі шартты патогендік флора

анықталады. Экссудативтік типтегі қыздар конституциясы тыныс жолдары, ішек жолдары, зәр шығару-жыныс мүшелерінің вирустық және вирусты-бактериялық талаурап қабынуына бейім. Және де инфекциялық талаурап қабынуды реактивтік талаурап қабынудан ажырату қиынға түседі.

Диагностика. Атопияның болуын анықтау үшін вагиналды ағыстағы шырлы жасушалар санын және перифериялық қандағы базофилдердің дегрануляциясын анықтау ұсынылады. Жуынды су алу үшін қыз бала қынабына 2 мл дистилляцияланған су құйылады да, қынап ішіндегісі түтікшеге сорып алынып, зерттеуге жіберіледі. Қандағы базофилдердің дегрануляциясының 14%-дан жоғарылауы және жуынды судан алынған сүрітіндіде шырлы жасуша санының өсуі (көру аймағында 1-2 жасушадан астам) ағза сенсбилизациясын көрсетеді.

Аллергиямен зардап шегетін баланың иммундық статусын зерттеу белгілі бір қиындықтар туғызады. Аллергиялық аурулар кезінде иммунологиялық көрсеткіштері сырқаттану сатысы, жұқпалы үрдістің болуы және басқа да себептерге байланысты азаюы немесе көбеюі мүмкін.

Емдеу. Атопиялық вульвовагинитті емдеу тиімділігін қамтамасыз ететін негізгі факторлар аллергиямен байланысты тоқтату және аллергияның пайда болуын күшейтетін себептерді жою болып табылады. Бала рационнан құрамында облигатты аллергиялы бар (балық, жұмыртқа, цитрус, шоколад, бал, құлпынай және т.б.), гистаминолибераторлар (ет және балық сорпасы, қуырылған, кептірілген, ашты тамақтар, ірімшік, жұмыртқа, бұршақ тұқымдас, ашытылған, суға салынған, тұздалған тағамдар, шоколад) және гистамин тәрізді заттарды (томаттар, грек жаңғағы) алып тастап, баланың дұрыс тамақтануына назар аудару қажет.

Аллергиялық аурулар, зәр шығару-жыныс мүшелерінің індеттері және иммунограмма көрсеткіштерінің төмендеуінің үйлесуі иммунокорректорларды тағайындауға көрсеткіш

болып табылады. Шартты-патогендік флора әсерінен ас субстрат гистидинінен гистаминнің пайда болуының жоғарылауы, тағамның айналуының бұзылуы, қабынған ішек сілемейлі қабатының аллергендерді сіңіруінің күшеюіне байланысты аллергияның күшеюіне ықпал ететін ішек дисбактериозын емдеу қажет. Ішек дисбактериозы және кандидозының алдын алуды антибиотиктік терапия курсы кезінде және терапия аяқталғаннан кейін 10 күн бойы бифидум-бактеринмен жүргізуге болады. Қабылдау тәртібі: күніне 2-3 рет 3-5 дозадан.

Антигистаминдік препараттардың мөлшерлеуі жас ерекшеліктеріне байланысты тағайындалады. Жергілікті емдеу фитопрепарат қайнатпалары және тұнба ванналарымен (түймедақ, емен қабығы, қырмызы) – әсер етуіне қарай антигистамин препараттары және біраз эстроген қосылған сыртқы жыныстық мүшелерге арналған, висмут, мырыш жақпаларымен жүргізіледі.

Микоздық вульвовагинит

Микоздық вульвовагиниттің қоздырғышы Кандида туысына жататын ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар болып табылады, олардың 80 астам түрі бар. Науқастар арасында Кандиданың кеңінен таралған түрі – альбиканс. Кандида туысына жататын саңырауқұлақтар шартты патогенді микроағзалар болып саналады. Олар адамның терісі мен шырышты қабығында болады және өздерін микозды қоздырушы немесе қалыпты микрофлора өкілі ретінде ұстайды. Қынап және вульва кандидозының дамуына, оның созылмалы ағымына, саңырауқұлаққа қарсы терапияға тұрақтылығына ықпал ететін қауіп-қатер факторлары – иммунодефициттік жағдай; ішек пен қынаптың дисбактериозы; кандидоздың трихомоноз, хламидиоз, герпес вирустарымен қозған инфекциялармен үйлесуі; тиімсіз антибактериалдық терапия болып табылады. Кандидоздық вульвовагинит науқастарынан бөлі-

нетін Кандида альбиканс штамдары сау адамдардан бөлінетін штамдардан айқын патогендік және аллергиялық әрекет шақыратын қасиеттерімен ерекшеленетіні анықталған.

Клиникалық картинасы мен диагностикасы. Науқастар жыныстық жолдардан бөлінетін ірімшік тәрізді ақшыл бөліністерге, сыртқы жыныстық мүшелердің ашуына және қышуына шағымданады. Гинекологиялық тексеру кезінде қынап қабырғасы мен вульва терісінде ақ, ірімшік тәрізді қабыршақ байқалады. Қынап шырыштысы сүрітіндісінің микроскопиясы кезінде спора мен псевдомицелидің көп көлемі анықталады.

Емдеу. Қынап пен вульва кандидозын емдеу құрамында полиен тобының антибиотиктері бар препараттармен (нистатин, леворин, амфотерицин-В, пимафуцин), имидазол туындыларымен (клотримазол, кетоконазол, миконазол, бифоназол, изоконазол), триазол (флуконазол), батрафенмен жүргізіледі.

Қыздардың вульвовагинит кандидозы кезінде крем, жақпамай, вагиналдық таблетка түрінде клотримазолды («Макмирор комплекс» жақпамайы) пайдаланады. Пимафуцинді ерітінді немесе вагиналдық таблетка түрінде 6-10 күн бойы күніне 1-2 мәрте интравагиналды қолданады. Емдеу тиімділігі жеткіліксіз болса күніне 2-4 мәрте 50 мг пимафуцин дәрісін ішумен толықтырады.

Жасөспірім қыздарды емдеуде бір рет 150 мг дозасында дифлюкан (флуконазол) препаратын қабылдаған ыңғайлы.

Кандидоздың созылмалы түрін емдеу барысында оның дамуына ықпал ететін жоғарыда аталған қауіп-қатер факторларын анықтау және жоюға баса назар аудару керек.

Трихомонадалы вульвовагинит

Трихомониаз – зәр шығару-жыныстық мүшелер ауруларының ең көп тараған түрі және жыныстық қатынас арқылы жұғатын індеттер арасында бірінші орын алады.

Қазіргі уақытта трихомонадалардың 50 астам түрлері белгілі. Адам ағзасында тек 3 түрі паразиттік тіршілік етеді: урогениталдық, ауыз және ішектік. Аурудың жыныстық қатынас арқылы жүгу жолдары жыныстық қатынаста болған бойжеткен және жасөспірім қыздарға тән. Трихомонадалар жасөспірімдік кезеңдегі қыздарда сирек анықталады. Сонымен қатар індетті асептика ережелерін сақтамаған жағдайда медициналық қызметкерлердің қолы арқылы немесе алдында науқас адам қолданған жеке туалет заттары арқылы (губка, сүлгі, түнгі горшок, жататын орын және т.б.), яғни, тұрмыстық жағдайда жұқтыруы мүмкін. Балалар туылған кезде трихомонозбен ауыратын анасының туу жолдары арқылы жұқтыруы да мүмкін.

Клиникасы. Қыз балаларда трихомонадалы вульвовагиниттің клиникалық белгілері ересектердегі сияқты болады (қышу, сыртқы жыныс мүшелерінің ашуы, кейде жиі зәр шығарғысы келу, ірінді көбікті бөліністер). Вульваны тексеру мен вагиноскопия кезінде кейде майда эрозиялар немесе майда нүктеленіп қан құйылумен бірге болатын диффуздық (жедел сатысы) немесе ошақтық (созылмалы сатысы) гиперемия байқалады.

Диагностика. Балалар трихомониазының диагностикасында дақылдау әдісі және ПТР-диагностикасын қолдану арқылы екі-үш рет зерттеу, сонымен қатар зақымдану көзін анықтау және тексеру маңызды орын алады.

Емдеуі. Трихомониазды емдеу кезінде қыздар 10 күн бойы метронидазол (1-5 жас аралығында 80 мг -нан күніне 2-3 рет, 6-10 жасында – 125 мг-нан күніне 2-3 рет, 11-14 жас аралығында – 250 мг-нан күніне 2-3 рет) препаратын қабылдауы керек. Жасөспірімдік кезеңде трихомонадалы вульвовагиниттің өздігінен емделіп кету мүмкіндігін атап өткен жөн. Жасөспірім қыздар метронидазолды ересектерде трихомониазды емдеу үшін қабылданған кесте бойынша қабылдайды. Сондай-ақ трихомонадалы вульвовагинитті емдеу

кезінде Орнидазол (тиберал) препаратын 500 мг-нан күніне 2 рет 5 күн бойы қолдану да тиімді болып табылады. Бұл препарат тек трихомониаз ғана емес амеба, лямблия, анаэробты бактериялармен туындаған індеттерді емдеу кезінде де белсенді. Трихомониазды емдеу кезінде Тинидазол (фазижин), Тенонитразол (атрикан-250), Ниморазол (наксоджин) препараттарын қолдану да тиімді. Құрамында тернидазол, неомицин, нистатин, преднизолон бар Тержинан (вагиналды таблеткалар) препараты трихомонадалардан ғана емес, гарднерелла, пиогендік бактериялар мен кандидадан пайда болған вагиниттерге бағытталған.

Кешенді терапия кезінде антипротозойды препараттарды қабылдаумен қатар әлсіз зарарсыздандырғыш заттардың қолданылуымен қынап тазаланып жуылады, құрамында метронидазол, нифурантел (макмирор), хлорхинальдол және басқа трихомонадаларға қарсы құралдары бар вагиналды препараттар тағайындалады. Трихомониаздың созылмалы және торпидтік формалары кезінде ерекшеленбейтін иммунотерапия (пирогендік препараттар, биоендік стимуляторлар және т.б.), дәрумендік терапия, протеолитиялық ферменттер (биозим, вобэнзим және т.б.) қолданған дұрыс.

Жыныстық қатынаста болмаған қыздарда кіші жамбас мүшелерінің қабыну аурулары казуистика болып табылады. Бұл категориядағы науқастарда көп жағдайда жатыр қосалқыларының қабынуы екінші сипатта, яғни жатыр түтікшелері мен аналық бездерге індеттің берілуі қабыну үрдісінен зақымданған мүшеден гематогендік немесе лимфогендік жолмен жүреді.

Қыздардың жатыр қосалқыларының қабынуының жиі кездесетін себебі тоқ ішек аурулары, әсіресе аппендицит болып табылады. Бұл күрт тәрізді өсінді мен жатыр қосымшасының арасындағы тығыз анатомиялық байланыспен түсіндіріледі. Осыған орай аппендикстің қабыну үрдісі жатыр қосалқыларына да әсер етуі жиі кездеседі. Кейде жатыр

қосалқыларының қабынуы өткерілген аппендэктомиядан бірнеше айдан соң пайда болады, мұны себепші сәттен (тоңу, экстрагениталдық инфекция, иммунитеттің төмендеуі) кейін пайда болған жасырын ағымдағы қабыну үрдісінің жүруімен түсіндіруге болады. Балалық кезде туберкулездік этиологиядағы жатыр қосалқыларының қабыну үрдістері кездесуі мүмкін екенін естен шығармаған жөн.

Жыныстық өмір сүретін, жыныстық серіктерін жиі ауыстыратын, сыртқы жыныс жолдарының жұқпалы ауруларына шалдығуы кезінде (өзгеше және ерекшелігі жоқ вульвовагиниттер) індет кіші жамбасқа өршімелі жолмен енуі мүмкін. Жетілген өткір фомадағы сальпингиттер, сальпингоофориттер, емделмеген кезде және иммунитет төмендеген жағдайда жатыр қосалқыларының тубоовариалдық ісіктеріне айналып, пиовар, пиосальпинкс, тубоовариальдік абсцесс, жамбас перитонитіне қабынуы мүмкін.

Қабыну үрдісі асқынған формасының клиникалық белгілері дене қызуының айтарлықтай көтерілуі, жиі зәр шығару, жүрек айну, құсу, іштің төмен жағының ауруы сияқты белгілермен сипатталады. Ректоабдоминальдік зерттеу кезінде жатыр қосалқыларының аймағында ауырсындыратын ісіктер және жатырдың қозғалған кезде ауырсынуы анықталады. Жатыр артында, көбінесе оң жағында әр түрлі көлемдегі және формадағы ауырсындыратын ісіктер байқалады. Ісік консистенциясы біркелкі емес, кейбір жерлерде тығыз немесе тығыз-эластикалық, үстіңгі қабаты көбінесе тегіс емес. Қабынған ісік тәрізді жылжымайтын қасиетке ие. Операция барысында кейде аппендикспен жабысқан жатыр қосалқысының іріңді тубоовариалдық ісіктері жиі анықталады. Сондықтан қыз балаларға аппендицит диагнозы қойылғанда жатыр қосалқыларының жағдайын анықтау үшін міндетті түрде гинеколог кеңесі қажет. Аппендицитке операция жасалынған кезде жатыр қосалқыларының қабыну өзгерістерін уақытылы анықтау үшін кіші жамбас мүше-

лерінің ревизиясы қажет. Жатыр қосалқыларында қабыну ісіктері пайда болуына байланысты операция жасалынған кезде күрт тәрізді өсіндіні тексеру керек, өзгерістер анықталған жағдайда аппендэктомия жасау керек.

Жыныс мүшелерінің вирустық аурулары таралған патологиялар қатарына жатады, бірақ олардың кездесу жиілігі нақты анықталмаған, алайда бұл көрсеткіштің, әсіресе жастар арасында жоғарылап келе жатқаны туралы мәлімет бар (26). Сонымен қатар, бұл аурулар белгілі диагностикалық және терапевтік қиындықтар туғазады. Вирустық аурулар 2-3 жасқа дейінгі балаларды жиі зақымдайды, бұл иммундық әсер етудің тұрақсыздығы мен оның бұзылуына байланысты болады. Жаңадан туылған сәбилердің 0,5-5%-ында туа біткен індет кездеседі. Қазіргі уақытта кеңінен таралған індет ретінде «отбасылық хламидиоз» рөлі белсенді талқылануда. Ата-аналары урогенитальдік хламидиозбен ауыратын балалардың шамамен 30-35%-ында осы ауру анықталады және көбіне – оның экстрагенитальдік формасы орын алады. Індеттің жеке гигиена заттары арқылы тұрмыстық жолмен берілуі мүмкін. Қоздырушы бөліністер (ірің, сілемей, жас, сперматозоидтар) арқылы беріледі және 50 С дейін қыздырғанда тез өледі; бөлме температурасында 1 ай бойы сақталуы мүмкін. Баяндалған жайттарға байланысты вирустық індетті анықтауға мүмкіндік беретін зертханалық диагностиканың жоғары ақпараттық әдістерін (ПТР, ИФА, дақылдау және т.б.) қолданған аса маңызды болып саналады. Емдеу диагностикалық тестілердің мәліметтері бойынша жүргізіледі.