

Сестринский процесс при уходе за больными с воспалительными заболеваниями женских половых органов

В структуре гинекологических заболеваний ВЗОМТ занимают первое место, составляя 60-65 %. Наибольший пик заболеваемости наблюдают у лиц в возрасте от 15-24 лет; после 30 лет частота ВЗОМТ значительно уменьшается, что может быть обусловлено как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в канале шейки матки. Острое начало воспалительного процесса в современных условиях наблюдают редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению. Медицинская сестра должна знать основные проявления ВЗОМТ, первую помощь при неотложных состояниях, принципы терапии.

Под воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) понимают весь спектр воспалительных процессов верхнего отдела репродуктивного тракта у женщин. Эти воспалительные процессы могут быть представлены как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любым их сочетанием.

Возбудители ВЗОМТ

- Возбудители ИППП:
 - N, gonorrhoeae в 40-50 %;
 - C. Trachomatis в 30 %;
 - Trichomonas vaginalis
 - Ureaplasma urealyticum;
 - представители рода *Mycoplasma*
- Неспорообразующие гр.(-) бактерии – фузобактерии, бактероиды.
- Грамм (+) анаэробные микроорганизмы – пептострептококк, клостридии.
- Аэробные гр.(-) бактерии ;
- Аэробные гр.(+) бактерии ;

Пути распространения инфекции

- Восходящий (в большинстве случаев) – через канал шейки матки, полость матки, маточные трубы в брюшную полость.
- Лимфогенный.
- Гематогенный,
- Контактный – по брюшине из первичного патологического очага

Основные клинические проявления ВЗОМТ

1. болезненность в нижних отделах живота, в области придатков матки с иррадиацией в область промежности, поясничный и крестцовый отделы.
2. Бели: слизисто-гнойные, реже слизистые.
3. Дизурия.
4. Частая дефекация (как проявление дисфункции прямой кишки).
5. Диспареуния.

6. Повышение температуры тела.
7. Общая утомляемость, слабость

Острое начало воспалительного процесса в настоящее время наблюдается редко. Как правило, имеет место постепенное развитие, нередко без выраженных клинических проявлений, приводящее к хроническому течению.

ВЗОМТ часто протекает бессимптомно, длительное время, оставаясь нераспознанным, в связи, с чем клиническая диагностика представляет значительные трудности, поэтому лабораторные и инструментальные методы носят определяющий характер.

Критерии диагностики ВЗОМТ

- Минимальные критерии:
 - болезненность при пальпации нижней части живота;
 - Болезненность в области придатков
 - болезненные тракции шейки матки
- Дополнительные критерии:
 - температура тела выше 38 °;
 - патологические выделения из шейки матки или влагалища;
 - лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы (смещение влево), повышение СОЭ и содержания С-реактивного белка;
 - лабораторное подтверждение цервикальной инфекции, вызванной гонококками, трихомонадами, хламидиями.
- Определяющие критерии
 - патоморфологическое подтверждение эндометрита при биопсии эндометрия;
 - утолщение маточных труб, наливание в брюшной полости свободной жидкости или тубоовариального образования по данным УЗИ;Отклонения, соответствующие ВЗОМТ, обнаруженные при лапароскопии.

Дифференциальная диагностика

- Внематочная беременность
- Острый аппендицит
- Эндометриоз
- Перекрут кисты яичника

Этапы лечения ВЗОМТ

1. Первый – устранение этиологического фактора, т.к. при наличии повреждающего агента не происходит завершения заключительной фазы воспаления – регенерации (острая и подострая фазы).
2. Второй – восстановление морфофункционального потенциала тканей и устранение последствий вторичных повреждений (метаболических нарушений и последствий ацидоза), восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата тканей (хронический процесс).

Алгоритм лечения ВЗОМТ должен учитывать все звенья патогенеза.

Этиотропная терапия (острая и подострая фазы)

- Госпитальный (парентеральный путь введения препаратов)
- Амбулаторный (пероральные формы препаратов).

Смешанные генитальные инфекции и ВЗОМТ:

- амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки + офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки или доксициклин 100 мг 2 раза в сутки 14 дней.

ВЗОМТ в сочетании с кандидозом:

- Перорально: флуконазол 150 мг однократно или 50 мг 1 раз в день в течение 7 дней.

Неспецифические ВЗОМТ.

- Перорально: офлоксацин 400 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 2 раза в день 14 дней.

ВЗОМТ на фоне хламидийной инфекции. Перорально: кларитромицин 250 мг 2 раза в сутки, джозамицин 1-2 г/сут в 2-3 приема.

ВЗОМТ на фоне герпетической инфекции. Перорально: валацикловир в дозе 500 мг 2 раза в сутки с последующим переходом на 500 мг в сутки однократно в течение 3 месяцев и более.

Ферментотерапия

Препараты протеолитических ферментов потенцируют действие антибиотиков: «Вобензим» перорально по 3-5 драже 3 раза в сутки, не менее 10 дней

Иммуномодулирующая терапия (хроническая фаза)

Показания:

- Длительное течение хр. рецидивирующего процесса;
- Микст-инфекции (при отсутствии эффекта от предыдущей терапии).

Применяют препараты: «Галавит» , «Иммуномакс», «Циклоферон» , «Ликопид».

Метаболическая терапия

Она направлена на усиление тканевого обмена и устранение последствий гипоксии. Назначают:

- Актовегин по 1 др. 2 раза в день, 25 дн.
- витамин Е 200МЕ 2 раза в сутки внутрь
- Аскорбиновая к-та 0,1 г 3 раза в сутки
- Метионин 0,5 3-4 раза в сутки внутрь
- Глутаминовая к-та 1 г 2-3 р/сут внутрь.

Показания для стационарного лечения:

- Высокая вероятность для срочного хирургического вмешательства
- Беременность
- Неэффективность или невозможность проведения амбулаторного лечения
- Тяжелое состояние больной
- Тубоовариальный абсцесс
- Пельвиоперитонит
- Наличие иммунодефицита
- Возникновение ВЗОМТ после гинекологических вмешательств

Вульвиты и вагиниты

Вагинальные инфекции относятся к числу наиболее частых воспалительных заболеваний женских половых органов. В репродуктивном возрасте вагиниты в 40-50 % случаев обусловлены бактериальными инфекциями, в 20-25 % - грибами рода *Candida*, а также инфекциями,

передающимися половым путем и вирусами. У 15-80% женщин вагинит обусловлен 2 и более возбудителями (смешанная инфекция).

Вагиниты и вульвиты подразделяют на:

- Специфические (вызванные ИППП – трихомонады, хламидии, ВПГ, ВПЧ и др.);
- Неспецифические (вызванные неспецифической инфекцией – кокковой флорой, кишечной палочкой, протеем).

По клиническому течению вульвиты подразделяют на :

- острый
- хронический

На основании *этиологического фактора*:

- первичный
- вторичный

Первичный вульвит чаще выявляют у девочек. Причинами его возникновения могут являться:

- химические, термические и механические воздействия;
- несоблюдение гигиены;
- аллергические реакции, в т.ч. на парфюмерные и косметические средства, гигиенические прокладки;
- опрелость;
- наличие свищей;
- гельминтозы

Вторичные вульвиты, как правило, возникают в результате обильных выделений из влагалища при вагините, эндоцервиците и эндометрите.

Клиническая картина.

При остром течении заболевания возникают: боли, жжение и зуд в области НПО, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании, обильные выделения, общее недомогание, иногда повышение температуры.

При осмотре в острой стадии выявляют:

- Гиперемию и отечность в области вульвы;
- Серозно-гнойные или гнойные налеты;
- Склеивание малых половых губ;
- Образование язв;
- Увеличение паховых лимфатических узлов

Лабораторно-инструментальные исследования: микроскопическое и бактериологическое исследование отделяемого вульвы.

Лечение:

1. Немедикаментозное – в острой стадии ограничение двигательной активности, половой покой, в редких случаях половой покой. Местное лечение – подмывания дезинфицирующим р-ром фурациллина, калия перманганата. При уменьшении болезненности и переходе вульвита в п/острую стадию показаны теплые сидячие ванночки (38-39 ° С) с настоем ромашки, шалфея, эвкалипта 2-3 раза в день по 10-15 мин в комплексе с основной терапией.
2. Медикаментозное:

- общая и местная антибактериальная терапия (мазь эритромициновая, тетрациклиновая, крем с изоконазолом), при выявлении ИППП – а/бактериальная терапия в соответствии с выделенным возбудителем.
- Общеукрепляющая терапия (поливитамины, адаптогены),
- десенбилизирующая терапия (дифенгидрамин, лоратадин, клемастин),
- седативная терапия (препараты валерианы).

Вагиниты

Этиологическими факторами их возникновения являются:

- Инфекции;
- Аллергические реакции (на спермициды, антисептические свечи, таблетки);
- Химические агенты (концентрированные р-ры для спринцевания);
- Физические факторы (инородное тело);
- Анатомические (выпадение стенок влагалища и матки);
- Эндогенные (снижение иммунитета, нарушения функции яичников, щитовидной железы, поджелудочной, ЖКТ);
- Экзогенные (использование ВМК, стрессовые воздействия, экологические факторы, санитарно-гигиенические факторы).

Клиническая картина вагинита типична. При остром вагините беспокоят различные по характеру, количеству выделения, зуд, жжение, дискомфорт во влагалище, внизу живота, дискомфорт при мочеиспускании, нарушение сна и общего самочувствия, раздражительность. Жалобы больных зависят от степени выраженности воспалительной реакции. При переходе острого вагинита в хронический основным симптомом являются выделения из половых путей (творожистые, серозные, гнойные).

При объективном исследовании определяют гиперемию вульвы, вагины, аногенитальной области, их отечность.

Лабораторные исследования

- Определение pH содержимого влагалища.
- Микроскопия отделяемого влагалища с окраской мазков по Грамму.
- Бактериологическое исследование отделяемого влагалища.

Забор материала рекомендуется производить из заднего свода влагалища.

Лечение

Лечение сводится к ликвидации основных и способствующих развитию патологии факторов.

Методы лечения

- Санация влагалища и вульвы;
- Антибактериальная терапия;
- Лечение сопутствующих заболеваний;
- Прекращение половых контактов до полного выздоровления;
- Обследование и лечение партнера;
- Соблюдение гигиены.

Антибактериальная терапия назначается с учетом выявленной микрофлоры и ее чувствительности к антимикробным препаратам.

При ассоциации с анаэробами используют сочетание с метронидазолом. При трихомонадном вагините назначают препараты метронидазола (2 г внутрь однократно или по 600 мг/сутки в течение 7 дней и таблетки метронидазол + миконазол 100 мг + 100 мг в течение 8-10 дней во влагалище).

При первичном эпизоде кандидозного вагинита применяют клотримазол по 100 мг/сутки в течение 7 дней, миконазол в аналогичной дозе, нистатин по 1-2 млн ЕД 7-14 дней. При рецидивирующем кандидозном вагините показано лечение системными антимикотиками (флуконазол, кетоконазол) в сочетании с местным лечением. Если причиной вагинита являются коринебактерии, применяют антибиотики группы тетрациклинов, макролиды.

При выявлении хламидий назначают антибиотики широкого спектра действия (тетрациклины, макролиды, фторхинолоны). Местно используют свечи с хлоргексидином или тернидазол + неомицин + нистатин+ преднизолон («Тержинан») или неомицин + полимиксин В+ нистатин («Полижинакс»).

После курса антибактериальных препаратов с целью восстановления микрофлоры влагалища показаны пробиотики в течение 10-14 дней

Бартолинит

Бартолинит – воспаление большой (бартолиновой) железы преддверия влагалища

Классификация:

- По клиническому течению
 - острый
 - хронический
 - ложный абсцесс
 - истинный абсцесс

Этиология и патогенез

Причины бартолинитов:

- Специфические возбудители (гонококки, трихомонады);
- Неспецифические возбудители

Механизм развития заболевания: При попадании инфекции в выводной проток бартолиновой железы развивается воспаление с выделением слизисто-гнойного секрета. Отек наружного отверстия протока приводит к его облитерации, задержке секрета железы в ее протоках с образованием ретенционной кисты. При проникновении инфекции в паренхиму железы и окружающую клетчатку развивается истинный абсцесс. При инфицировании и нагноении содержимого кисты образуется ложный абсцесс. При переходе воспалительного процесса в хроническую форму стенки выводного протока железы неравномерно уплотняются, что характерно для каналикулита, чаще наблюдаемого при гонорейной инфекции.

Клиническая картина

Жалобы:

- болезненность в области средней трети большой половой губы;
- повышение температуры тела;

Осмотр (большие половые губы в области железы):

- гиперемия
- отечность

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ:

- Физиопроцедуры (на 3-4 день заболевания): УВЧ, УФО
- Прикладывание льда к наружным половым органам.
- Медикаментозная терапия: антибиотики широкого спектра действия, фторхинолоны, тетрациклины, растворы антисептиков (хлоргексидин, калия перманганат).
- Хирургическое лечение не показано при кисте и абсцессе бартолиновой железы.

Экзо и эндоцервициты

Экзоцервицит - это инфекционно-воспалительное заболевание влагалищной части шейки матки.

Эндоцервицит - это инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки канала шейки матки.

Причины:

- Специфические возбудители (хламидии, гонококки, трепонемы, микобактерии, вирусы папиллом человека, цитомегаловирус и др.)
- Неспецифические возбудители (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка);
- Механическая травма;
- Физические и химические воздействия;
- Системные заболевания

Клиническая картина : Жалобы:

- дискомфорт и зуд в области вульвы,
- выделения из половых путей – слизистые или гнойные
- тупая боль внизу живота.

Осмотр шейки матки в зеркалах:

- гиперемия влагалищной части шейки матки;
- отечность тканей экзоцервикса и наружного отверстия канала шейки матки;
- мелкие кровоизлияния слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- Изъязвления эпителия слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Лабораторно- инструментальные исследования:

- микроскопия мазков отделяемого влагалища
- ЦПР и ИФА для выявления возбудителей инфекций;
- бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого из шейки матки и влагалища
- чувствительность к антибиотикам
- цитологическое исследование мазков-отпечатков с экзо- и эндоцервикса и переходной зоны;

- расширенная кольпоскопия;

Лечение

1. Купирование воспалительного процесса
2. Устранение факторов, поддерживающих рецидивирующий характер заболевания.
3. Восстановление нормальной микрофлоры влагалища.
4. Этиотропная терапия.