

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/60403>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

Содержание

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты воспалительных заболеваний, приводящие к женскому бесплодию 5

1.1. Этиология, патогенез и клиника воспалительных заболеваний 5

1.2. Диагностика бесплодия 23

1.3. Современные способы лечения воспалительных заболеваний 28

Выводы по 1 главе 43

Глава 2. Роль медицинской сестры в профилактике бесплодия у женщин репродуктивного возраста 45

2.1. Характеристика базы исследования 45

2.2. Анализ результатов исследования и их обсуждение 48

2.3. Роль медсестры в профилактике бесплодия 51

Выводы по 2 главе 54

Заключение 55

Список литературы 57

Введение

Диагноз бесплодие предполагается, если при постоянных интимных контактах (половой акт через день) и отсутствии предохранения у пары в течение года не происходит зачатие. Такое состояние ежегодно встречается у четверти пар, лишь 15% начинают лечиться от бесплодия. К сожалению, каждая 20-я пара так и остается бесплодной, несмотря на терапию.

Бесплодие в 4 из 10 случаев связано с мужским фактором, еще столько же занимает женское бесплодие, а 20% всех случаев имеют смешанную природу.

Сейчас же бесплодный брак является важной проблемой мирового масштаба.

Российские медики бьют тревогу: в стране уровень бесплодных пар репродуктивного возраста на 2% превысил 15-процентный уровень, что по критериям ВОЗ считается угрозой национальной безопасности страны. Помочь может разве экстракорпоральное оплодотворение.

Основные причины бесплодия сегодня – воспалительные процессы женской сферы, эндометриоз, доброкачественные образования в яичниках и онкологические заболевания женских половых органов.

Влияет на репродуктивное здоровье и частая смена половых партнёров. Сексуальная революция привела к тому, что у будущих родителей целый букет воспалительных заболеваний, которые потом становятся причинами бесплодия. Всё больше становится пар, в которых половые заболевания, отражающиеся на репродуктивной функции, есть и у мужчины, и у женщины.

Воспалительные заболевания — частая причина бесплодия и невынашивания беременности, они занимают значительный удельный вес в структуре материнской и перинатальной смертности, поэтому вопрос их профилактики и лечения достаточно актуален.

Воспалительные заболевания репродуктивной системы угрожают женщинам на протяжении всей жизни.

Зачастую таким болезням уделяют недостаточно внимания, в то время как они являются одной из ведущих причин бесплодия, уступая лишь гормональным нарушениям.

Проблема исследования: углубленное изучение истории природы бесплодия, анализ лечения и профилактики воспалительных заболеваний.

Объект исследования: деятельность сестринского персонала.

Предметом исследования являются особенности профилактики бесплодия у женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования: показать практическую значимость роли медицинской сестры в профилактике бесплодия.

Задачи:

1. Проанализировать литературные источники по вопросам воспалительных заболеваний, приводящие к женскому бесплодию.

2. Изучить роль медицинской сестры в профилактике бесплодия.

3. Оценить теоретические знания и практические навыки медицинского персонала в предупреждении бесплодия.

Гипотеза: в настоящее время существуют необходимость совершенствовать и активизировать профилактическую деятельность медсестер в связи с низким уровнем информированности населения о причинах, приводящих к бесплодию.

Методы исследования: анализ литературы, логический, социологический, статистический.

Практическая значимость: состоит в возможности использования материалов для дипломного исследования в практике работы, а также при изучении акушерства и гинекологии студентами, для формирования целостного представления понятия «бесплодие», роль медсестры в профилактике бесплодия.

Глава 1. Теоретические аспекты воспалительных заболеваний, приводящие к женскому бесплодию

1.1. Этиология, патогенез и клиника воспалительных заболеваний

Сальпингит — это острый или хронический одно или двусторонний воспалительный процесс в маточных (фаллопиевых) трубах. В соответствии с данными различных авторов он обнаруживается приблизительно у 90% женщин.

В изолированном виде заболевание встречается относительно редко (в 30%). Чаще сальпингит протекает в сочетании с воспалительным процессом в яичниках (сальпингоофорит или аднексит). В числе всех больных сальпингитом около 70% составляют женщины в возрасте 25 лет и моложе, из них 75% — нерожавшие.

Несмотря на то, что методы диагностики и лечения постоянно совершенствуются, тенденции к уменьшению частоты этой патологии в структуре гинекологических болезней не отмечается уже на протяжении многих лет. Более того, у женщин часто выявляются формы с подострым, хроническим и стертым течением.

Сальпингиты могут вызываться возбудителями различных видов и классов патогенных и условно патогенных микроорганизмов — бактерий, вирусов, грибов и простейших. В зависимости от причинного фактора заболевание условно подразделяют на:

1. Неспецифический сальпингит, который вызывается в основном эпидермальным или золотистым стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой или энтерококком, грамположительными анаэробными микроорганизмами, не образующими споры (пептококки и пептострептококки), дрожжевым грибом и некоторыми др. Как правило, поражение носит односторонний характер.
2. Специфический сальпингит — чаще двусторонний, обусловлен, преимущественно, инфекционными возбудителями, передающимися половым путем. Специфический сальпингит является наиболее частой причиной бесплодия. Его вызывают хламидия, трихомонада, микоплазма, уреаплазма, гонококк, цитомегаловирус, вирус простого герпеса II типа, папилломавирусная инфекция, микобактерия туберкулеза (очень редко).

Особенно часто воспалительные процессы вызываются множественной смешанной микробной флорой (полимикробной ассоциацией), например, стафилококками с кишечной палочкой, гонококками с хламидиями, энтерококками со стафилококками и стрептококками, клостридиями с пептострептококками, кишечной палочкой с энтеробактериями и протеем и т. д.

Для каждого типа инфекции характерны свои пути заражения и особенности механизма развития воспалительного процесса. Например, для гонококка свойственными являются гнойный характер и двухстороннее поражение.

Факторы, способствующие проникновению инфекции и развитию воспалительного процесса в трубах очень variabelы. Основные из них:

1. Рано начатая половая жизнь, и характер полового поведения, индикатором которого, в определенной степени, служат возраст и семейное положение. Так, незамужние женщины, которые ведут активную половую жизнь, подвергаются значительно большему риску, по сравнению с семейными женщинами того же возраста, вследствие наличия большого числа половых партнеров.
2. Использование средств внутриматочной контрацепции (риск возрастает в 3-9 раз). Этот риск объясняется возможностью инфицирования во время ее введения, бактериальным распространением по нитям, которые свисают в полость влагалища, нарушением при менструации процессов отделения эпителия, подавлением различных факторов местного иммунитета (фагоцитоз и др.), возникновением микроскопических эрозивных

дефектов слизистых оболочек и воспалительной реакции соединительной ткани вокруг спирали.

3. Травматические повреждения во время родов и послеродовый период.

4. Хирургические вмешательства, лечебные и диагностические манипуляции на шейке матки, в ее полости или на органах малого таза — медицинский или криминальный (особенно) аборт, диагностическое выскабливание, вагинальная миомэктомия, гистероскопия и гистеросальпингография и др., кесарево сечение, диагностическая и лечебная лапароскопия, хирургические операции на органах брюшной полости и малого таза.

5. Воспалительные процессы в кишечнике (аппендицит, колит), длительно текущие хронические воспалительные заболевания мочеполовых путей (оофорит, эндометрит, цистит, пельвиоперитонит).

6. Наличие хронических очагов инфекции в организме.

Факторами, способствующими активизации инфекционного возбудителя, являются:

- снижение общей иммунной защиты организма в результате частых стрессовых состояний, нерационального питания, нервно-психических переутомлений и нарушения сна;
- наличие эндокринных заболеваний, особенно сахарного диабета, и обменных нарушений (ожирение);
- асоциальный образ жизни — алкоголизм, употребление наркотических средств, незащищенные половые акты;
- половые акты во время менструаций;
- несоблюдение гигиены наружных половых органов и чрезмерно частые гигиенические спринцевания;
- переохлаждение.

Развитие воспалительной реакции, вызванное инфекционными возбудителями, вначале происходит в слизистой оболочке маточной трубы, куда они проникают восходящим путем из влагалища через канал шейки матки по поверхности ее слизистой оболочки. Перемещение большинства микроорганизмов происходит, в основном, со сперматозоидами, которые способствуют преодолению бактериями и вирусами слизистой пробки. Трихомонады способны перемещаться самостоятельно посредством своих жгутиков. Другие пути распространения инфекции — это гематогенный (наиболее характерно для туберкулезной микобактерии), лимфогенный, контактный (нисходящий) или смешанный. Контактный путь инфицирования происходит при наличии воспалительных процессов в органах, находящихся в анатомической близости с маточными трубами (аппендицит, некроз жировой подвески, болезнь Крона, сигмоидит, дивертикулит или перфорация дивертикула, перитонит, цистит и т.д.).

Микроорганизмы размножаются и в результате своей жизнедеятельности вызывают нарушение микроциркуляции и повреждение клеток в поверхностном слое слизистой оболочки, что приводит к воспалению, отеку и формированию спаек в просвете трубы. Эти факторы, а также дальнейшее распространение воспаления на мышечную и серозную оболочки обуславливают:

- сужение просвета и деформацию маточной трубы;
- слипание в области ее ампулярного отдела в результате вытекания воспалительной жидкости и формирования спаек вокруг него;
- скопление серозной жидкости (гидросальпинкс) с одновременным растяжением стенок трубы и нарушением ее перистальтики.

Постепенно фаллопиева труба превращается в расширенное (мешковидное) образование — сактосальпинкс. Впоследствии (при определенных условиях) происходит, иногда очень быстро, нагноение серозного содержимого — гнойный сальпингит.

В зависимости от клинического течения различают острую и хроническую формы заболевания.

Чаще развивается у женщин в возрасте 20 – 24-х лет. Он проявляется острыми, но чаще давящими или тупыми, постепенно нарастающими пульсирующими болями в нижних отделах живота с одной или обеих сторон, в зависимости от локализации процесса. Боли отдают в поясничную, крестцовую, копчиковую зоны, иррадиируют также в паховую (или паховые) область, верхние отделы внутренней поверхности бедра, в прямую кишку.

Острое течение заболевания сопровождается диспареунией, дизурическими явлениями, симптомами общей интоксикации — общим недомоганием и слабостью, ознобом, повышением температуры до 38-38,5°C, головной болью, желудочно-кишечными расстройствами (тошнота, возможна рвота, чувство дискомфорта в области желудка и кишечника, вздутие живота, позывы на акт дефекации, жидкий стул).

Патологические выделения из половых путей при остром процессе, как правило, обильные, нередко сопровождаются жжением, зудом и болезненным мочеиспусканием. Характер выделений — серозный, гнойный, серозно-гнойный, кровянистый. Обычно он зависит от типа возбудителя, например, в случае трихомониаза выделения жидкие и пенистые, а при гонококковой инфекции — гнойные.

Диагностика осуществляется на основании клинической симптоматики. При вагинальном исследовании определяются выделения, увеличение (в различной степени) маточной трубы. Последняя резко болезненная, имеет «тестоватую» консистенцию, границы ее нечеткие.

Если воспалению маточной трубы сопутствует начальное развитие пельвиоперитонита, возможны умеренное напряжение мышц нижних отделов брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины, вагинально определяемое выбухание стенки дугласова пространства (при появлении воспалительного выпота в малом тазу). При ультразвуковом исследовании определяются утолщение стенок придатков, наличие жидкости в их просвете и в пространстве за маткой.

Дополнительными являются клинический анализ крови и мочи, клиническое и микробиологическое исследования мазка из цервикального канала, а также данные анамнеза заболевания — предшествующие аборты, роды, половой акт во время менструации, диагностические и лечебные манипуляции и т. д. При затруднениях в постановке диагноза проводится диагностическая лапароскопия.

Хронический сальпингит.

Проявляется стойкими неинтенсивными, но почти постоянными ноющими и тупыми болями в нижних отделах живота, а также тазовыми болями. Болевые ощущения усиливаются во время полового акта, а также до начала, во время или в конце менструаций и часто сопровождаются иррадиацией в пояснично-крестцовую и паховую области. Интенсивность тазовых болей зависит от выраженности и характера спаечного процесса. Очень часто интенсивность болезненности не соответствует степени патологических изменений.

Менструации, как правило, обильные и со сгустками, но иногда могут быть скудными. Общее состояние удовлетворительное, иногда возможно незначительное повышение температуры не более 37,2°C. Выделения чаще всего отсутствуют или они скудные слизисто-гнойного характера. Кроме того, у многих женщин отмечаются отсутствие либидо, оргазма, диспареуния, иногда — рези при мочеиспускании, зуд в области промежности и учащение актов дефекации.

При вагинальном исследовании отмечаются скудные выделения, незначительная болезненность при попытке смещения шейки матки, умеренно болезненная утолщенная маточная труба (или трубы) с относительно четкими границами и ограниченной подвижностью. Изменения показателей клинических анализов крови отсутствуют, иногда возможно незначительное ускорение СОЭ.

Хронический процесс обычно развивается после перенесенного нелеченого или невылеченного острого сальпингита или в результате присоединения суперинфекции. Но в последние годы, в связи с развитием форм микроорганизмов, устойчивых к антибиотикам, воспаление часто протекает в стертой форме или сразу приобретает хроническое течение с рецидивами и ремиссиями.

При проведении УЗИ выявляются увеличенная маточная труба с жидкостью в просвете, утолщение ее стенок, наличие спаечного процесса, ограничивающего подвижность придатков, нередко — свободная жидкость в полости малого таза.

Обострение может быть обусловлено дополнительной инвазией микроорганизмов или активизацией имеющейся инфекции, спровоцированной вышеперечисленными способствующими факторами или сопутствующими инфекционными заболеваниями.

Обострение проявляется теми же симптомами, что и острый процесс, но их выраженность значительно меньше: несколько увеличиваются выделения, увеличиваются частота, длительность и интенсивность болей, отсутствуют ознобы, температура не превышает 37,5-38°C, появляются длительно сохраняющиеся раздражительность, повышенная утомляемость и т. д.

Осложнение в виде гнойного сальпингита развивается чаще всего после перенесенной гонореи. Его признаки — высокая температура, ознобы, обильные выделения гнойного характера, нарастание болевых ощущений в животе с постепенным распространением их на область мочевого пузыря, поясничную область, прямую кишку. В редких случаях гнойный воспалительный процесс в маточных трубах развивается постепенно без симптомов интоксикации и с болями низкой интенсивности.

Левосторонний сальпингит может быть причиной острого аппендицита, воспаления кишечника в области илеоцекального угла, пельвиоперитонита и разлитого гнойного перитонита, формирования спаечного процесса и острой или хронической кишечной непроходимости. Правосторонний сальпингит также иногда способствует нарушению функции толстого кишечника, развитию спаечного процесса и кишечной непроходимости, воспалению в сигмовидной кишке (сигмоидит).

Беременность при сальпингите сопряжена с высокой вероятностью ее патологического течения и осложнения в родах, инфицированием плода и ребенка, а хронические и стертые формы заболевания — это наиболее частая причина самопроизвольных абортов, невынашивания беременности, трубной

беременности, а двухсторонний сальпингит в 20% и более приводит к полному бесплодию. Кроме того, хронические сальпингиты часто являются причиной физического и психологического дискомфорта, аднексита и нарушений менструального цикла, гнойных осложнений в трубах и яичниках, пельвиоперитонита и разлитого гнойного перитонита.

Термин «оофорит» образован от греческого слова *oophoron*, обозначающего яичник, и окончания – *itis*, обозначающего воспаление. Таким образом, оофорит – заболевание яичников воспалительной природы. Чаще всего поражается не только яичник, но и прилегающая к нему маточная труба. Такое состояние называется «сальпингоофорит», или «аднексит». Изолированное воспаление яичника обычно развивается на фоне аппендицита.

Оофорит вызывают микроорганизмы, преимущественно стрептококки, стафилококки, гонококки, кишечная палочка, хламидии и микобактерии туберкулеза, а также неспецифические анаэробные возбудители. Чаще всего они попадают в придатки восходящим путем из влагалища через полость матки и трубы. Реже регистрируется распространение инфекции по кровеносным и лимфатическим сосудам из других органов. Такой путь наиболее характерен для возбудителей туберкулеза. Во влагалище и полость матки микробы попадают наиболее часто во время аборта и других манипуляций, в том числе при использовании внутриматочной контрацепции.

Доказано, что главной причиной оофорита являются возбудители гонореи и хламидиоза – заболеваний, передающихся половым путем.

Факторами риска этого заболевания являются хронические стрессы, алкоголизм, недостаточное питание, беспорядочные половые связи, раннее начало половой жизни. Повышают риск развития болезни сахарный диабет, ожирение, анемия, инфекции мочевыводящих путей.

Факторами развития хронического оофорита являются эндогенная интоксикация и вторичное снижение активности иммунной системы, возникающие при затяжном течении острого воспаления. Важное значение имеют нарушения микроциркуляции и реологических свойств крови.

Нарушение гормональной функции яичников приводит к дисбалансу всей регуляторной системы женщины. В результате возникают гормональные расстройства, в частности, гиперэстрогения.

При переходе острого воспаления в хроническое приобретают значение аутоиммунные механизмы.

Организм начинает вырабатывать антитела против ткани яичников. Такие нарушения, особенно в сочетании с хламидиозом, приводят к истощению овариального резерва. При этом резко уменьшаются перспективы экстракорпорального оплодотворения как метода лечения бесплодия.

Гонококки, хламидии, микобактерии туберкулеза чаще вызывают двухсторонний оофорит, а стафилококки, стрептококки и кишечная палочка – односторонний процесс.

Клиническое течение оофорита определяется возбудителем болезни и силой иммунитета женщины, а также эффективностью и своевременностью лечения. Различают острое и хроническое течение болезни. Острый оофорит.

Проявляется сильной болью внизу живота и в крестцовой области, часто иррадиирующей («отдающей») в прямую кишку. Часто возникают тошнота, рвота, вздутие живота, запор. Во многих случаях отмечается повышение температуры тела до 39°C, головная боль, слабость. Появляются гнойные или сукровично-гнойные выделения из канала шейки матки.

При обследовании определяется болезненность внизу живота. При распространении воспаления на брюшину появляется напряжение мышц живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При двуручном исследовании можно прощупать увеличенные резко болезненные придатки. В крови наблюдаются неспецифические «воспалительные» изменения – лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение скорости оседания эритроцитов.

Подобные симптомы сохраняются до 10 дней, после чего процесс заканчивается выздоровлением или переходит в хроническую стадию.

Осложнения острого оофорита – пельвиоперитонит, абсцесс в прямокишечно-маточном углублении, пиосальпинкс. Все эти состояния вызывают резкое ухудшение состояния больной и требуют немедленного лечения.

Хронический оофорит.

Может быть исходом острого или с самого начала иметь длительное течение с чередованием эпизодов ремиссии и обострения. Переходу острого воспаления в хроническую форму способствует неправильное лечение, снижение реактивности организма, высокая патогенность возбудителя. Обострение возникает обычно 3-5 раз в год.

Хронизация сопровождается воспалительной инфильтрацией яичников и труб, развитием в них

соединительной ткани, образованием гидросальпинкса (скопления жидкости в маточной трубе).

Кровоснабжение яичников ослабевает, в них развиваются дистрофические изменения, в результате значительно снижается выработка эстрогенов.

В период ремиссии женщину может ничего не беспокоить. Иногда отмечаются ноющие боли внизу живота, в паховой области, иррадиирующие в прямую кишку и крестец. Болевой синдром чаще всего вызван образованием спаек вокруг яичников и маточных труб. Спаечный процесс является одной из причин бесплодия при оофорите. Женщин беспокоит раздражительность, бессонница, депрессивные состояния, вегетативные нарушения. Характерен предменструальный синдром (усиление

Список литературы

1. Актуальные вопросы оказания помощи парам бездетного брака: клинические и организационно-методические аспекты / В.А. Божедомов, И.М. Рохликов, А.А. Третьяков, Н.А. Липатова, И.В. Виноградов, Е.Л. Никонов / кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ФППО ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России / Андрология и генитальная хирургия, № 4, 2013, стр. 7-15.
2. Баисова Б.И. Гинекология/Б.И. Баисова под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432с.
3. Вебер В.Р., Чуваков Г.И., Лапотников В.А. Основы сестринского дела; Медицина - Москва, 2013. - 299 с.
4. Дифференциальная диагностика различных форм бесплодия в амбулаторных условиях: пособие для врачей акушеров-гинекологов / Н.Г. Мишиева, Т.А. Назаренко, Э.Р. Дуринян, Л.В. Дубницкая, И.Е. Корнеева. - М.: «День серебра», 2013. - 24 с.
5. Карр Б. Руководство по репродуктивной медицине / Б.Карр, Р. Блепуэлл, Р. Азиз. Пер. с англ. Под общей редакцией д. м.н., проф. И. В. Кузнецовой. — М.: Практика, 2015. — 832 с.
6. Киселева Е. Е. Социологические исследования социальной обусловленности репродуктивного здоровья современной женщины // Молодой ученый. — 2015. — № 16. — С. 382–384.
7. Кулаков В.И. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению/В.И. Кулаков, Т.А. Назаренко, Н.И. Волков под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 784с.
8. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела. Теория и практика. В 2 частях. Часть 2; Феникс - Москва, 2013. - 118 с.
9. Манухина И.Б. Гинекология/И.Б. Манухина, Г.М. Савельева под ред. В.И. Кулакова - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1088 с. - Прил. CD.
10. Назарова С. К., Хасанова М. И., Абдупаттаева К. О., Миркаримова М. Б. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения // Молодой ученый. — 2014. — № 5. — С. 151-153.
11. Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2013. - 283 с.
12. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник / В.Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 904 с.
13. Радзинский В. Е. Репродуктивное здоровье / В. Е. Радзинский. — М.: РУДН, 2011. — 728 с.
14. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии; Феникс - Москва, 2014. - 230 с.
15. Хачкурузов С.Г. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности / С.Г. Хачкурузов. - М.: Медпресс-информ, 2017. - 30 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/60403>