**Доклад**

**Аднексит: диагностика, профилактика, лечение**

1. Аднексит. Общая информация

**Аднексит** – **Сальпингоофорит** (от греч. **sálpinx**, родительный падеж **sálpingos** – труба и новолат. **oophoron** – яичник) – одно- или двухстороннее воспаление придатков матки (яичников и маточных труб), вызываемое различными микроорганизмами. Заболевание вызывается болезнетворными микробами – стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, гонококками, туберкулезной палочкой и др.; иногда оно возникает при введении в полость матки различных химических веществ (напр., йода, спирта) с целью прерывания беременности.

Аднексит бывает острым и хроническим. Хронический аднексит – самое распространенное гинекологическое заболевание, для которого характерны частые рецидивы.

Чаще всего воспалительный процесс захватывает трубу и яичник и распространяется на тазовую брюшину. Изолированное поражение органов происходит очень редко. Заболевание может быть локализовано как с одной стороны придатков, так и с обеих сторон одновременно. Несвоевременное лечение аднексита может привести к возникновению слипания маточных труб, образованию спаек. В последствие это грозит непроходимостью фаллопиевых труб, бесплодию, нарушением гормонального фона и менструального цикла, ранним климаксом.

2. Причины возникновения

аднексит яичник воспаление придаток

Аднексит возникает при проникновении в маточные трубы, а затем и в яичники стафилококков, стрептококков, кишечной палочки, гонококков, микобактерий туберкулёза и других патогенных микроорганизмов. Микробы могут попасть в придатки матки из влагалища и матки во время аборта, особенно криминального (внебольничного), родов, половых сношений, а также по кровеносным и лимфатическим сосудам из других органов и тканей, например, при туберкулезе, ангине и воспалительных процессах во внутренних органах. Развитие аднексита провоцируют факторы, снижающие защитные функции организма: переохлаждение, переутомление, нервно-психическое напряжение; известную роль играют нарушения правил личной гигиены. Кокки и кишечная палочка попадают из матки восходящим путём, а микобактерий туберкулёза – с током крови из лёгких и других органов.

Болезнетворные микроорганизмы попадают в маточные трубы восходящим путем из матки и аднексит влагалища, спускаются из брюшной полости или с лимфой и кровью переносятся из очагов инфекции, расположенных в других органах. Возбудителями заболевания могут стать гонококки, хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, кишечная палочка, стафилококки, энтерококки, стрептококки, вирусы, грибки, другая патогенная микрофлора или же их сочетание.

Аднексит может быть спровоцирован переутомлением, ослабленным иммунитетом, купанием в холодной воде и др. Откладывать лечение аденексита (даже легко протекающих вагинитов и вульвитов) нельзя из-за возможных осложнений. Острое воспаление придатков матки может возникнуть на фоне общего инфекционного заболевания, вследствие ослабления иммунитета. При этом происходит попадание возбудителя в область малого таза из очага инфекции, которым может быть воспаленная гайморова пазуха или гнойные миндалины.

Передача инфекции может произойти и половым путем, особенно если половой контакт происходил во время менструации, сразу после аборта или другого внутриматочного вмешательства. Часто возникновение острого аднексита или обострение хронического аднексита возникает после аборта, который является сильнейшим стрессом для организма.

Причиной обострения уже существующего хронического воспаления придатков может послужить переохлаждение, отсутствие нормального питания, стрессы и постоянное переутомление. «Спусковым крючком» для аднексита служат: переохлаждение, секс без барьерных методов контрацепции и во время менструаций, несоблюдение правил личной и половой гигиены, хронические инфекции, переутомление, запоры, гиподинамия, эндометриоз, заболевания желудочно-кишечного тракта… Провоцируют развитие болезни роды, любые внутриматочные вмешательства: аборт, гистеросальпингография (исследование полости матки и маточных труб), диагностическое выскабливание матки.

Возбудители попадают в придатки разными путями (или одновременно несколькими):

* восходящим – из влагалища в цервикальный канал, затем в полость матки, маточные трубы и яичники;
* нисходящим – из сигмовидной или слепой кишки по брюшине;
* лимфогенным – с током лимфы;
* гематогенным – с током крови.

Развитие воспалительного процесса приводит к нарушению целостности эпителиального покрова маточных труб, инфильтрации их стенок; они спаиваются с яичниками в единое воспалительное образование. Течение сальпингоофорита острое, подострое или хроническое с наклонностью к рецидивам.

3. Признаки

Выраженность проявлений аднексита зависит от степени распространенности воспаления, от возбудителя, от состояния организма, в частности, его иммунитета.

**Острый аднексит** проявляется общими симптомами, напоминающими простуду: высокая температура, озноб, недомогание, тошнота, рвота, головная боль, а также симптомами специфическими: ноющими, периодическими (иногда постоянными) болями в нижних отделах живота, которые могут отдавать в поясницу, прямую кишку, в бедро. Кроме того, появляются нервозность, раздражительность, бессонница, депрессия.

При тяжелом течении сальпингита, высокой вирулентности микроорганизмов появляется гнойное содержимое в трубе и возникает пиосальпинкс. При пиосальпинксе в малом тазу образуются спайки с кишечником, сальником, мочевым пузырем. Гнойный процесс может захватывать и расплавлять все большие области малого таза, распространяясь на все внутренние гениталии и близлежащие органы. У 2/3 больных воспалительный процесс с маточной трубы переходит на яичник (сальпингоофорит).

Для острого сальпингоофорита характерны боли внизу живота и в пояснице, повышение температуры, дизурические и диспепсические явления, изменения крови, присущие воспалительному процессу, выраженные в той или иной степени процессы экссудации и инфильтрации в области придатков матки и окружающих тканей. Симптомы острого сальпингоофорита могут быть выражены в различной степени, что обусловлено вирулентностью возбудителя и реактивностью организма. Выраженность болевых ощущений связана с обширностью распространения воспалительного процесса по брюшине. Чем больше вовлекается в воспалительный процесс брюшина, тем более выражена болевая реакция. Степень увеличения придатков матки зависит от выраженности гиперемии, экссудации, инфильтрации тканей лейкоцитами, а также от вовлечения в патологический процесс окружающих тканей.

В современных условиях острый сальпингоофорит все чаще имеет стертую клиническую картину, в то время как в придатках наблюдаются выраженные изменения, вплоть до нагноения. В других случаях воспалительный процесс протекает тяжело с резко выраженными клиническими проявлениями, особенно при пиосальпинксе. Наблюдаются высокая температура, озноб, резкая боль внизу живота, симптомы раздражения брюшны, выраженные изменения со стороны крови (увеличение количества лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ).

Острый сальпингоофорит лечится антибиотиками (предпочтительнее фторхинолонами третьего поколения), так как нередко он сопровождается пельвиоперитонитом, то есть воспалением тазовой брюшины. Доказана эффективность пролонгированного офлоксацина, причем офлоксацин применяется в комплексе с тинидазолом или препаратами метронидазола. Схемы терапии пациенток с воспалением придатков матки, включающие комбинацию антибактериальных средств и нитроимидазолов, хорошо известны и апробированы.

При нетяжелой форме острого сальпингоофорита назначается антибактериальная терапия перорально в течение 5–7 дней (в зависимости от возбудителя): комбинация пенициллинов и ингибиторов b-лактамазы или тетрациклины, или макролиды, или фторхинолоны (ципрофлоксацин по 500 мг 2 раза в день или офлоксацин 800 мг однократно в день 10–14 дней), также назначаются перорально производные нитроимидазола (метронидазол по 500 мг 3 раза в день; орнидазол по 500 мг 3 раза в день), противогрибковые средства (например, флуконазол 150 мг однократно) и антигистаминные препараты. Дополнительное лечение при нетяжелой форме острого сальпингоофарита включает применение нестероидных противовоспалительных средств, препаратов рекомбинантных интерферонов (интерферон α-2β или интерферон α по 500 000 ME 2 раза в день в свечах 10 дней), поливитаминные препараты.

При тяжелом течении острого сальпингоофорита назначается также антибактериальная терапия в течение 7–10 дней: цефалоспорины III, IV поколений (цефотаксим, цефтриаксон, цефепим по 0,5–1 г. 2 раза в день внутривенно) или комбинация пенициллинов и ингибиторов β-лактамазы (амоксициллин + клавулановая кислота по 1,2 г 3 раза в день внутривенно), или фторхинолоны, или аминогликозиды, или карбапенемы (имипенем / циластатин или меропенем 500–1000 мг 2–3 раза в день внутривенно), или линкозамиды (линкомицин по 600 мг 3 раза в день внутривенно); причем, во время антибактериальной терапии оценка клинической эффективности комбинации препаратов проводится через 3 дня, при необходимости производят смену препаратов через 5–7 дней. Также назаначаются противогрибковые средства (перорально флуконазол 150 мг однократно), производные нитроимидазола (метронидазол по 500 мг 2 раза в день внутривенно), коллоидные, кристаллоидные растворы (внутривенно капельно реополиглюкин 400 мл, реоглюман 400 мл, глюкоза 5% раствор 400 мл), витамины.

Дополнительное лечение при тяжелой форме острого сальпингоофорита включает иммуноглобулины человека (иммуноглобулин человеческий нормальный внутривенно в дозе 0,2–0,8 г/кг массы тела), препараты рекомбинантных интерферонов (интерферон α-2β по 500 000 ME 2 раза в день ректально в свечах 10 дней), индукторы интерферонов (например, метилглукамина акридонацетат по 250 мг внутримышечно через день 10 дней), методы гравитационной хирургии крови (плазмаферез, введение внутривенно озонированного 0,9% раствора натрия хлорида), лапароскопию, ревизию и санацию полости малого таза, промывание полости малого таза озонированным 0,9% раствором натрия хлорида.

**Хронический аднексит** обычно развивается из недолеченного острого. Периоды его обострения характеризуется ухудшением общего самочувствия, повышением температуры до 37–38°, слабостью.

**Симптомы хронического сальпингоофорита**: боли тупого, ноющего характера внизу живота, в паховых областях, не редко во влагалище. Характерны отраженные боли, возникающие по ходу тазовых нервов, интенсивность боли не соответствует характеру изменений в половых органах. Хронический сальпингоофорит сопровождается периодическими обострениями. Женщины, страдающие хроническим воспалением придатков матки, часто прибывают в угнетенном психологическом состоянии. Второй симптом хронического аднексита – нарушения менструального цикла. Это связано с изменениями функции яичников, возникшими в результате воспаления. Формируется гипофункция яичников, это ведет к снижению уровня женских половых гормонов. Месячные как правило обильные, болезненные, возможны выделения со сгустками. Происходит сбой менструального цикла, менструации начинают приходить нерегулярно, так же увеличиться их продолжительность. Однако в некоторых случаях отмечается противоположная картина: выделения становятся скудными, продолжительность менструации сокращается. Нарушения половой функции, полового влечения. Появление боли при половых контактах. Обострения провоцируют:

* стресс,
* переутомление,
* переохлаждение,
* смена климата,
* наличие общего заболевания и т.п.

У 35–40% женщин на фоне хронического аднексита возникает расстройство половой функции, отсутствие полового влечения. У многих нарушается функция органов пищеварения, например, колит, и мочевыделения (пиелонефрит, цистит, бактериурия).

Если хронический аднексит длится долго, может возникнуть бесплодие, связанное обычно с непроходимостью маточных труб, которая появляется из-за спаивания трубы в результате длительного воспаления.

При хроническом аднексите при влагалищном исследовании находят увеличенные придатки матки.

4. Осложнения

1. Наиболее частым и важным является бесплодие, наступающее с частотой 20%.
2. В 6–10 раз увеличивается частота внематочной беременности: после первого эпизода -6%, второго – 12%, третьего – 22%.
3. Хронические тазовые боли встречаются в 17–24% случаев.

Последствия сальпингита, часто требующие хирургического лечения: пиогидросальпинкс, тубоовариальные абсцессы, спайки между органами малого таза.

5. Первая помощь

При остром воспалении придатков необходимо вызвать врача. До его приезда не следует принимать обезболивающие препараты, поскольку это может «смазать» клиническую картину заболевания и затруднить диагностику, и в результате привести к развитию осложнений. Но первая помощь при приступе аднексита должна включать в се­бя применение спазмолитиков (но-шпа, но-шпалгин, платифиллин), антибио­тиков (ровамицин, цефтриаксон, ципрофлоксацин). Чтобы снять боли, приложите холод к надлобковой области. Греть ее нельзя – это провоцирует распространение воспаления.

Перед тем как оказывать первую помощь, убедитесь, что это не аппендицит или другая хирургическая или гинекологическая патология (внематочная беременность, апоплексия или разрыв кисты яичника), при которой вышеуказанные мероприятия противопоказаны.

6. Диагностика

**Аднексит** может быть поставлен на основании жалоб пациентки и по результатам диагностических исследований: двуручного гинекологического исследования, исследования мазков мочеиспускательного канала, влагалища и шейки матки, микробиологического исследования содержимого маточных труб и брюшной полости, а также УЗИ.

Для диагностики сальпингоофорита и определения его стадии врачи используют:

1. гинекологическое исследование в зеркалах
2. анализ крови: общий, биохимический, коагулограмму
3. общий анализ мочи
4. мазок выделений из влагалища на флору и ее чувствительность к антибиотикам
5. мазок на онкоцитологию
6. исследование на инфекции, передающиеся половым путем
7. УЗИ половых органов, в некоторых случаях – КТ или МРТ

Для выявления гнойных образований и осмотра маточных труб вместе с проведением внутриполостного лечения при воспалении придатков используется **лапароскопия** (современный метод хирургии, в котором операции на внутренних органах проводят через небольшие (обычно 0,5–1,5 см) отверстия, в то время как при традиционной хирургии требуются большие разрезы. Проводится обычно на органах внутри брюшной или тазовой полостей) – самый эффективный метод диагностики острого аднексита.

Чтобы определить проходимость маточных труб и степень патологического процесса проводится рентгенологическое исследование матки и придатков с введением контрастного вещества (гистеросальпингография).

Кроме того, при нарушениях менструального цикла проводят функциональные тесты (измерение ректальной температуры, определение симптома зрачка и натяжения цервикальной слизи).

Исследования крови позволяют определить аднексит по лейкоцитозу, повышению количества белка, лейкоцитурии, бактериурии, что связано с поражением уретры и мочевого пузыря.

Конечный диагноз основывается на данных анамнеза (осложнённое течение абортов или родов, беспорядочная половая жизнь, туберкулёз лёгких и пр.), особенностях клинической картины заболевания и результатах инструментально-лабораторного исследования.

При подозрении на **гонорею** (инфекционное заболевание, вызываемое бактерией Neisseria gonorrhoeae, передаваемое половым путем и характеризующееся поражением слизистых оболочек мочеполовых органов. Относится к венерическим заболеваниям), проводят специальное обследование, для выявления туберкулёзного сальпингофорита применяют гистеросальпингографию, посевы менструальной крови, введение туберкулина и другие методы.

7. Лечение

Воспаление придатков необходимо лечить, поскольку в противном случае оно может привести к осложнениям.

**Лечение острого аднексита.**

При лечении острого аднексита женщина должна быть госпитализирована, ей показан физический и психический покой. Тяжелые формы острого воспаления придатков должны лечиться только в больнице. Назначаются антибиотики широкого спектра действия в виде внутримышечных или внутривенных инъекций, обязательно назначаются лекарства, угнетающие рост анаэробов. Для снятия симптомов общей интоксикации применяют внутривенное капельное введение растворов, витамины. В случае развития перитонита или образования гнойных мешочков в области маточных труб производится оперативное лечение. Сейчас в медицине практикуют лапароскопические операции, при которых через 2–3-сантиметровый разрез на передней брюшной стенке с помощью специального прибора – лапароскопа – выполняется необходимый объем вмешательства. Обычно назначаются обезболивающие, противовоспалительные, десенсибилизирующие препараты, но главная роль в лечении аднексита принадлежит антибиотикам, причем предпочтение отдается антибиотикам длительного периода полураспада и выведения. Также применяются иммуномодуляторы. При оказании первой помощи возможно использовать холод на надлобковую область. В этом случае нагрев противопоказан, использовать грелку нельзя.

При тяжелой степени заболевания, грозящего развитием сепсиса, показаны антибиотики в различных сочетаниях, препараты для бактерицидного воздействия на анаэробную флору (внутривенно или перорально). Для интоксикации используют инфузионное лечение. При гнойных формах воспаления проводится лапароскопия, при которой удаляют гной и проводят орошение места воспаления антибиотиками и антисептиками. Для лечения острого аднексита используют пункцию сводов влагалища и местное введение антибиотиков. Случается, что заболевание запущено настолько, что консервативное лечение уже неэффективно, тогда придатки приходится удалять хирургическим путем.

Когда острые симптомы аднексита сняты, назначают физиотерапию (вибромассаж, ультразвук, электрофорез с магнием, калием, цинком на низ живота), а также биостимуляторы. Эти методы уменьшают экссудацию тканей, оказывают рассасывающее и обезболивающее действие, способствуют уменьшению образования спаек.

Надо помнить, что если не лечить острый аднексит, он может перейти в хроническое воспаление, лечение которого длится долго. Оно чревато различными серьезными заболеваниями, включая эндометриоз и бесплодие, а его частые рецидивы могут привести к неврозам, снижению трудоспособности, а также полового влечения, и, как следствие, к возникновению конфликтных ситуаций в семье.

При обострениях хронической болезни возможно и желательно назначение курса антибиотиков, который может сопровождаться назначением препаратов, обладающих иммуномодулирующим эффектом. Необходим прием поливитаминов, общеукрепляющих средств, препаратов, обладающих антиаллергическим эффектом. Назначаются анальгетики, иглорефлексотерапия, психотерапия, точечный массаж. В периоды ремиссии рассасывающая терапия (грязевые тампоны, свечи, ультразвук, магнитотерапия, электрофорез йода, цинка, меди) и физиотерапия. Санаторно – курортное лечение также благоприятно сказывается на пациентках. В настоящее время при лечении хронических аднекситов для удлинения периода ремиссии используют гормональные контрацептивы, они назначаются на 6–8 месяцев, а иногда и на более длительный срок. При выраженном болевом компоненте, обширном рубцово-спаечном процессе в малом тазу и формировании в области придатков жидкостных мешочков (гидро- и пиосальпинксов) показано оперативное лечение. Производится рассечение и удаление спаек, восстановление проходимости маточных труб, удаление гнойных и жидкостных образований, которые появились в результате перенесенного воспаления. Восстановление проходимости маточных труб не означает нормализацию их функции, риск бесплодия при выраженном спаечном процессе в малом тазу даже после удачно проведенной операции остается высоким. Кроме того, эффективны парафинолечение, лечебные грязи (озокерит), ванны и влагалищные орошения с хлоридно-натриевыми, сульфидными минеральными водами, а также курортное лечение, разумеется, в стадии стойкой ремиссии.

Обострения обычно возникают при охлаждении, переутомлении, во время менструации, после оперативного вмешательства (например, выскабливания слизистой оболочки тела матки). При этом усиливаются боли, повышается температура, менструации становятся обильными, продолжительными, а иногда и резко болезненными. Это приводит к ухудшению самочувствия и потере трудоспособности, иногда длительной. Возникающие при воспалении спайки нарушают проходимость маточных труб, что может стать в дальнейшем причиной внематочной беременности или бесплодия. При длительном (обычно более 2–3 лет) течении аднексита могут развиться нейроэндокринные нарушения. Они проявляются повышенной возбудимостью, раздражительностью, быстрой утомляемостью, ожирением или резким похуданием, а также расстройством функций яичников, что приводит к нарушению менструального цикла и бесплодию. Стойкое выздоровление и предупреждение многочисленных расстройств возможно лишь при длительном и систематическом лечении, а это, в свою очередь, нередко требует от больной большой выдержки и терпения.

Для лечения хронического аднексита широко используют лекарства, эффективны физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение, лечебная гимнастика и др. Усилению защитных функций организма способствуют легкие физические упражнения (вне обострений), пребывание на свежем воздухе, полноценное, богатое витаминами (овощи, фрукты) питание. При обострении болезни (появление болей внизу живота, ухудшение самочувствия и др.) важно как можно быстрее обратиться к врачу и строго соблюдать его рекомендации. Нельзя прерывать назначенный им курс лечения и самостоятельно принимать лекарства. В период лечения следует предохраняться от беременности, а если она возникает, не допускать аборта, т.к. это может усугубить заболевание. Для профилактики обострений необходимо избегать переохлаждения (не сидеть на сырой земле, камнях, в сырой одежде после купания, особенно во время менструации, и др.). Для перенесших аборт и роды разработаны специальные гигиенические рекомендации по предупреждению аднексита.

При аднексите назначается специальная диета.

8. Беременность при аднексите

Осложнения могут возникнуть с зачатием ребенка. Длительное воспаление маточных труб и яичников приводит к развитию плотной соединительной ткани, которая замещает погибшие клетки. В результате и без того очень тонкий просвет трубы (всего 1-2 мм в диаметре) может легко «зарасти» соединительной тканью, и труба станет непроходимой для яйцеклетки. В таких условиях встреча сперматозоида и яйцеклетки не происходит, поэтому и оплодотворение невозможно. Кроме этого, в процессе воспаления поражаются и клетки, выстилающие внутреннюю поверхность маточных труб. Они способствуют продвижению яйцеклетки по трубе, к тому же многие микроорганизмы, например хламидии и микоплазмы, могут внедриться в эти клетки и своей жизнедеятельностью нарушить их функционирование. Поэтому пораженные клетки маточных труб не могут «доставить» яйцеклетку от яичника к матке. В результате таких изменений формируется бесплодие, может возникнуть внематочная беременность.

Было ли у женщины до беременности воспаление придатков, можно судить по результатам анализов, проводимых до беременности, а также по наличию следующих жалоб: умеренные, возникающие периодически, тупые, тянущие, ноющие боли внизу живота, усиливающиеся при охлаждении, а также нарушения менструального цикла, который становится нестабильным – с задержками, межменструальными выделениями. Боль обычно ощущается внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище. Нередко ее интенсивность не соответствует характеру изменений в половых органах, т.е. воспалительные изменения в органах могут быть минимальными или в результате лечения они могут быть ликвидированы, а боль, как остаточное явление, сохраняется длительное время. Такое состояние может продолжаться долго, без четко выраженного начала и конца заболевания. К признакам хронического воспаления придатков матки и самой матки относятся и патологические выделения из половых путей – более или менее обильные, порой с неприятным запахом.

В течение беременности. Воспалительный процесс в яичниках может приводить к нарушению их работы, при этом овуляция – выход яйцеклетки из яичника – не наступает вовсе (в этом случае беременность невозможна) или же наступает с опозданием. Так, если в норме овуляция бывает в середине цикла, то при хроническом сальпингоофорите, в результате нарушения выработки гормонов яичников, она наступает позже положенного, почти перед менструацией. На месте яйцеклетки после овуляции образуется особая железа – желтое тело. Эта железа вырабатывает гормоны прогестероны, которые обеспечивают начало беременности, являются основным поддерживающим фактором в первом триместре. При хроническом сальпингоофорите овуляция происходит несвоевременно, и желтое тело работает неполноценно, вырабатывая недостаточное количество прогестерона. Этот фактор зачастую служит причиной угрозы прерывания беременности в первом триместре.

Как уже говорилось, основной причиной внематочной беременности также является воспалительный процесс. В его результате происходит разрастание соединительной ткани и сужение просвета маточных труб. Кроме этого, нарушается работа ресничек мерцательного эпителия – клеток, покрывающих изнутри просвет маточных труб и способствующих продвижению яйцеклетки в полость матки.

Надо сказать, что при внематочной беременности тест на беременность часто бывает положительным, женщина может испытывать такие же субъективные ощущения, как и при маточной беременности (тошнота, головокружение и т.п.). Поэтому, зная о наличии у себя хронического сальпингоофорита и подозревая беременность, необходимо как можно раньше обратиться к доктору для исключения внематочной беременности.

Свое отрицательное влияние воспалительный процесс может проявить на различных сроках беременности.

Так, повреждение внутренних слоев матки приводит к изменению системы защиты внутри матки. Внутренний слой матки, стараясь защититься от факторов агрессии (микробов, вирусов, вызвавших воспаление), воспринимает эмбрион так же, как чужеродный агент, происходит отторжение эмбриона, выкидыш. Если все-таки плодному яйцу удается прикрепиться, то в большинстве случаев это происходит в нижних отделах матки, то есть формируется низкое прикрепление или предлежание плаценты. Эти состояния, в свою очередь, служат факторами риска по возникновению кровотечения во время беременности. Хронический воспалительный процесс может приводить к изменению антигенной структуры инфицированных клеток эндометрия: организм начинает вырабатывать антитела к собственным клеткам, то есть происходит разрушение клеток собственного организма. Указанный процесс является наиболее частой причиной развития синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Одним из симптомов данного осложнения является образование тромбозов. Во время беременности возникновение микротромбозов в области плаценты приводит к отслойке плаценты, внутриутробной задержке роста плода, развитию гестоза – осложнения беременности, часто проявляющегося появлением белка в моче, отеков, повышением артериального давления.

В условиях хронического воспалительного процесса половых органов на фоне беременности происходит сбой в иммунной системе, которая служит для распознавания и выведения из организма чужеродных веществ. Клетки крови, участвующие в иммунном ответе, оказывают токсическое действие на развитие эмбриона и формирование плаценты.

Все перечисленные нарушения в организме, возникающие при воспалительном процессе гениталий, могут приводить к следующим патологиям:

* анэмбрионии, т.е. отсутствию эмбриона в плодном яйце;
* неразвивающейся, или замершей, беременности (при этом происходит гибель эмбриона);
* самопроизвольным выкидышам на различных сроках беременности;
* преждевременным родам;
* внутриутробной гибели плода;
* инфицированию плода.

Внутриутробное инфицирование возможно, если во время беременности происходит активация воспалительного процесса. На ранних сроках беременности внутриутробное инфицирование может приводить к формированию различных пороков развития плода, на более поздних – к синдрому задержки роста плода. Такой малыш после родов хуже адаптируется, порой требует дополнительного лечения. Поэтому новорожденным, чьи мамы страдали хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, особенно – передающимися половым путем, проводят дополнительное исследование на эти инфекции.

Во время родов. Воспалительные заболевания различных отделов половой системы могут оказывать отрицательное влияние и на течение родов. Одним из наиболее частых осложнений в родах является преждевременное или раннее излитие околоплодных вод.

Большинство микроорганизмов обладают набором особых ферментов, которые способны повлиять на плодные оболочки и привести к несвоевременному излитию околоплодных вод. Если в норме воды изливаются, когда схватки уже идут полным ходом, шейка матки полностью или почти полностью открыта, то при наличии воспалительных поражений воды могут излиться до начала схваток. При этом возможно развитие слабости родовой деятельности; кроме того, длительный безводный промежуток является предрасполагающим фактором для инфицирования матки, плодных оболочек. Многоводие, которое зачастую сопровождает воспалительные процессы, также приводит к развитию первичной или вторичной слабости родовой деятельности. В этой ситуации матка чрезмерно растянута, не может хорошо сокращаться во время родов. Затяжные роды на фоне преждевременно излившихся околоплодных вод, а также необходимость применения родостимуляторов при развитии слабости родовой деятельности в конечном итоге отрицательно сказываются на состоянии новорожденного.

После родов. Воспалительный процесс половых органов не проходит бесследно и в послеродовый период. Повышается вероятность развития послеродового эндомиометрита, который проявляется недостаточным сокращением матки, повышением температуры, появлением болей внизу живота, усилением кровянистых выделений, появлением характерных зловонных выделений. Такое состояние требует лечения в стационаре.

Таким образом, хронический воспалительный процесс, протекающий чаще всего в скрытой форме, приводит к выраженным изменениям иммунной системы, системы гемостаза (свертывающей системы крови) и к грозным осложнениям во время беременности, в родах и в послеродовый период.

Во время вынашивания малыша всем женщинам, страдавшим до беременности воспалительными заболеваниями гениталий, проводят исследования для исключения инфекций, в том числе и передающихся половым путем. При выявлении тех или иных возбудителей производят соответствующее лечение.

Всем женщинам, страдающим хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, проводят лечение, направленное на профилактику кислородной недостаточности (гипоксии) плода, назначают препараты, улучшающие кровообращение в плаценте.

Каждая женщина должна с особой ответственностью подойти к планированию беременности. Обследование до беременности и ликвидация очагов воспаления помогут избежать осложнений во время беременности, в родах и в послеродовый период.

9. Диета при аднексите

Диета при аднексите способствует укреплению резистентности организма к действию патогенных агентов, улучшает процессы метаболизма в патологическом очаге, способствует извлечению экстрагенитальных заболеваний, сопутствующих хроническим воспалительным заболеваниям половых органов. От того, какую форму принимает заболевание, зависит питание.

В период обострения аднексита (и в подострой стадии) рекомендуется гипоаллергическая диета, ограничение количества углеводов (в первую очередь за счет сладких блюд) и поваренной соли. Калорийность пищевого рациона должна составлять не более 2300 ккал в сутки (белков 100 г., жиров 70 г., углеводов 270–300 г.). При остром аднексите запрещаются редька и все бобовые культуры, бисквитные и кремовые кондитерские изделия, шоколад. Исключить надо любые соленья, маринады, копчености, консервы, горчицу, перец и приправы. Количество жидкости нужно довести до 1,5–2 л в день. Подойдут клюквенные морсы, соки, некрепкий зеленый чай, несладкий компот из сухофруктов. Ну а от кофе и какао на время болезни придется отказаться.

При хроническом аднексите запретов меньше. В период стойкой ремиссии аднексита специальной диеты не требуется, однако больные должны соблюдать принцип рационального питания – в целях обеспечения организма необходимыми количествами белка и энергетических компонентов пищи. При выборе пищевого режима учитывают индивидуальные потребности больной, ее возраст, степень энергозатрат. Полностью придется отказаться от маринадов и консервов, копченостей (начиная от рыбы, грудинки и заканчивая копченой и даже полукопченой колбасой). Соленья, например огурцы или квашеная капуста, разрешены в небольшом количестве: 70–100 г. в день. Из соусов под запретом кетчуп. Зато все приправы и пряности допустимы, даже жгучий перец. Жареные блюда можно себе позволить не чаще двух раз в неделю.

Обязательны к употреблению продукты, содержащие витамин С. Это все цитрусовые, черная смородина, сладкий перец, киви. Много этого витамина содержится в гранатовом соке. Сок разбавляйте холодной кипяченой водой 1:2. Во время болезни после каждого приема пищи нужно выпивать по полстакана.

10. Лечебная физкультура при аднексите

В задачи ЛФК при воспалении придатков входит:

* устранение остаточных явлений воспалительного процесса
* улучшение окислительно-восстановительных процессов
* улучшение кровообращения, дыхательной функции
* устранение застойных явлений в области малого таза
* профилактика гипотрофии мышц брюшного пресса и тазового дна
* укрепление мышцы брюшного пресса и тазового дна
* улучшение общего тонуса организма

**11. Комплекс упражнений при воспалении придатков в первом периоде**

1. И.П. – лежа на спине, ноги на ширине плеч, руки вдоль туловища. Поднять руки через стороны – сделать вдох, затем опустить – выдох. Повторить 2–4 раза. Темп медленный.
2. И.П. – то же самое. Поднимая руки вперед перед грудью и опуская их в исходное положение, сжимать пальцы в кулаки и разжимать. Повторить 20 раз. Темп средний, дыхание свободное.
3. И.П. – то же самое. Поднять плечи вверх – сделать вдох, вернуться в исходное положение – выдох. Повторить 2–4 раза. Темп медленный.
4. И.П. – то же самое. Выполнять круговые движения в голеностопных суставах по часовой и против часовой стрелки. Повторить 8–10 раз в каждую сторону. Темп средний. Дыхание свободное.
5. И.П. – то же самое. Сделать свободный вдох и выдох. Повторить 4 раза. Темп медленный.
6. И.П. – то же самое. Развести носки в стороны, затем повернуть вовнутрь с полным поворотом всей ноги в тазобедренных суставах, при этом не отрывая ног от постели. Повторить по 4–6 раз в каждую сторону. Темп медленный, дыхание свободное.
7. И.П. – то же, руки сцеплены в «замок». Поднять руки над головой – сделать вдох, опустить – выдох. Повторить 4 раза. Темп медленный.
8. И.П. – то же, ноги вместе. Развести прямые ноги в стороны, при этом не отрывая их от постели, затем соединить. Повторить 4–6 раз. Темп медленный, дыхание свободное.
9. И.П. – то же самое. Скользить руками вверх по туловищу к подмышечным впадинам – сделать вдох, затем вниз до исходного положения – выдох. Повторить 2–4 раза. Темп средний.
10. И.П. – то же самое. Поочередно сгибать ноги, при этом не отрывая их от постели (скользя стопой по постели). Повторить по 4–6 раз каждой ногой. Темп медленный, дыхание свободное.
11. И.П. – то же, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, стопы у ягодиц, руки согнуты в локтях и опираются на них. Поднять таз, опираясь на стопы, голову и локти, – сделать вдох, затем опустить – выдох. Повторить 3 раза. Темп медленный.
12. И.П. – то же самое. Повернуть голову направо и без остановки налево. Повторить по 2–4 раза в каждую сторону. Темп средний, дыхание свободное.
13. Отдых, полностью расслабив все мышцы, – 30–60 секунд.
14. И.П. – то же, руки вытянуты перед грудью, ладони соединены. Развести руки в стороны – сделать вдох, затем соединить – выдох. Повторить 3–4 раза. Темп средний.

Во втором и третьем периодах лечебная физкультура при аднексите направлена на сокращение мышц брюшного пресса, а также укрепление мышц тазового дна и перемещение органов в полости малого таза. Лечебная гимнастика при воспалении придатков проводится из исходных положений лежа на спине, на боку, на животе, стоя, стоя на четвереньках, на гимнастической стенке.

12. Особенности занятий ЛФК при хроническом аднексите

ЛФК показана при хронических воспалительных процессах, в том числе андексите.

Противопоказания: выраженные обострения, воспаления, повышение температуры, ускоренное СОЭ, явления раздражения брюшины, кровотечения и др.

У ряда больных встречаются стойкие пояснично-крестцовые боли, которые ограничивают двигательную активность. ЛФК, массаж, занятия физкультурой ведут к увеличению крово- и лимфотрка, ликвидируют застойные явления, улучшают гибкость позвоночника и суставов, укрепляют мускулатуру. Для борьбы со слабостью брюшного пресса и атоническими запорами используют ЛГ в исходном положении лежа и на четвереньках, упражнения с гантелями, набивными мячами, у гимнастической стенки и дыхательные упражнения («дыхание животом»).

ЛГ проводится в стационаре и после выписки в домашних и санаторно-курортных условиях: включают также прогулки, ходьбу на лыжах, езду на велосипеде, плавание, игры, бег и др.

При болевом синдроме следует избегать применения парафина (озокерита), грязей, сульфидных и хлоридных натриевых вод, поскольку они могут усилить боль, так как приток крови становится больше, а отток нарушается. Включают гинекологический массаж, общий классический массаж, ЛФК, плавание, солнечные и воздушные ванны, бег в сочетании с ходьбой, езду на велосипеде, гимнастику, игры в воде и др.

Радоновые ванны показаны больным с миомой матки, мастопатией, гипертиреозом, эндометриозом.

При бесплодии показаны ультразвук в импульсном режиме, вибрационный массаж поясницы, приводящих мышц бедра и нижнего отдела живота, сульфидные ванны и влагалищные орошения или электростимуляция, сауна (баня) и др.

13. Профилактика аднексита

Профилактика аднексита, в первую очередь, необходима женщинам в период после аборта, тем, у кого выявлены ИППП, использующим внутриматочные спирали, перенесшим операции на репродуктивных органах. Они должны по мере возможности избегать факторов, которые могут спровоцировать появление острого аднексита и рецидивов хронического. К ним относятся:

* переохлаждения,
* половые инфекции,
* стрессы,
* злоупотребление острой пищей и алкоголем.

Профилактика **сальпингоофорита** направлена на предупреждение возможности занесения возбудителей инфекции во время родов и абортов. Профилактика гонорейных и туберкулёзных сальпингоофоритов проводится по общим правилам борьбы с этими заболеваниями.

Важнейшая мера профилактики – использование современных методов контрацепции. Если по каким-то причинам контрацепция подвела, следует прибегать к нетравматичному аборту – мини-аборту или медикаментозному прерыванию беременности.

Категорически не рекомендуется половая жизнь в период менструаций, когда организм наиболее восприимчив к различным инфекциям.

Профилактикой же развития **хронического аднексита** является своевременное лечение острой формы заболевания. Особенно это характерно для таких ЗППП, как хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз.

Размещено на Allbest.ru