**Уральская государственная академия ветеринарной медицины**

# **Контрольная работа**

**по предмету: «Акушерство»**

##### **на тему: «Вестибуловагинит»**

Содержание:

Введение

1. Краткий обзор литературы
2. Анализ результатов курации

2.1 Сведения о больном животном

2.2 Этиология

2.3 Патогенез

2.4 Общий осмотр животного

2.5 Исследование патологического очага, лабораторные исследования

2.6 Диагноз

2.7 Течение и прогноз

2.8 Лечение

2.9 Результат лечения

2.10 Профилактика

Библиографический список

История болезни

**Введение**

Интенсификация воспроизводства животных и получение от них продукции высшего качества - основные задачи зоотехнической и ветеринарной науки.

Важная роль в решении этих вопросов принадлежит акушерству, гинекологии.

Основными факторами, предрасполагающими к возникновению акушерско-гинекологических болезней у животных, являются: неполноценное кормление, одностороннее обильное скармливание концентрированных или же недоброкачественных кормов.

Основными причинами болезней органов размножения воспалительного характера являются условно патогенные микроорганизмы (стафилококки; стрептококки и т.д.). Микроорганизмы попадают в половые органы животных из внешней среды при нарушении санитарно-гигиенических условий ухода, содержания и эксплуатации животных, воспалительных процессах в других органах (гематогенным и лимфогенным путем), а так же при механических травмах.

Воспаление наружных половых органов возможно у животных всех видов. Обычно поражение одного участка наружных половых органов распространяется на смежные отделы, и ветеринарный специалист имеет дело с вестибуловагинитом чаще, чем отдельно с вестибулитом или вагинитом.

**1. Краткий обзор литературы**

**Определение и этиология**

Вестибуловагинит – болезнь, возникающая в результате травм (во время родов, родовспоможения, вагинальном исследовании и др.) и инфицирования различной микрофлорой (стрептококками, стафилококками и др.). Кроме того, воспаление может развиваться по тканевому продолжению вследствие распространения воспалительного процесса со смежных органов (шейка матки и др.). А так же специфические возбудители - возбудители инфекционного фолликулярного вестибулита, пузырьковидной сыпи преддверия влагалища, кампилобактериоза, трихомоноза, либо последствия инфекционного ринотрахеита, хламидиоза, микозов и других заразных болезней. (по данным Варганова и др.).

Заболевание сопровождается гиперемией, кровоизлияниями, эрозией, язвами, образуются пузырьки, сыпи и появляется сильная болезненность слизистой оболочки преддверия влагалища и влагалища. По характеру процесса различают серозный, катаральный, гнойный, флегмонозный, дифтиретический и некротический вестибуловагиниты. Иногда наблюдаются смешанные формы. По течению выделяют острые и хронические вестибуловагиниты.

**Симптомы:**

Острый серозный вестибуловагинит отличается серозным наличием серозного экссудата; слизистые оболочки гиперемированы, отечны, с точечными или полосчатыми кровоизлияниями. Для острого катарального воспаления характерно отделение слизистого мутного вязкого экссудата в соединительную и мышечную ткани, для гнойного - белого, желтого или желто-бурого экссудата. Животное беспокоится, расчесывает корень хвоста, изгибает спину, тужится; вагинальные исследования сопряжены с болезненностью.

Острый флегмонозный вестибуловагинит характеризуется распространением гнойного экссудата в подслизистую соединительную ткань с образованием абсцессов в паравагинальной клетчатке, участков некроза и распада тканей. У корня хвоста скапливаются корочки гнойного экссудата. Животное угнетено, отсутствует аппетит, температура тела повышена, часто развиваются пиемия и септикопиемия.

Острый дифтеритический вестибуловагинит сопровождается выделением гнилостной жидкости бурого цвета с примесью крови и частичек некротизированной ткани. Слизистая оболочка влагалища землисто-серого цвета, припухшая, неравномерно плотная, болезненная; на участках распада и отторжения омертвевших тканей образуются глубокие язвы. Животное угнетено, аппетит отсутствует, температура тела высокая, наблюдаются тенезмы (тщетный позыв к мочеиспусканию и дефекации).

При некротическом вестибуловагините по данным Гончарова В.П., на слизистой оболочке обнаруживают язвы. Вульва, преддверие влагалища и влагалище отечны и сильно болезненны. При дефекации и мочеиспускании животное прогибает спину и стонет. Иногда вестибуловагинит осложняется возникновением флегмоны. При этом в межмышечной и подслизистой тканях образуются одиночные и множественные абсцессы. В полостях влагалища и преддверия содержатся гнойно-ихорозные массы с примесью некротических тканей.

При хронических катаральном и гнойно-катаральном вестибуловагинитах слизистая оболочка пораженных органов бледная с синюшным оттенком, утолщена, с плотными узелками, изъязвлениями. Из вульвы выделяется жидкий или густой слизисто-гнойный экссудат. На почве гнойного, флегмонозного и дифтеритического вестибуловагинита часто образуются спайки, мощные рубцовые разращения, которые вызывают сужение влагалища.(Студенцов А.П., 1968)

Инфекционный фолликулярный вестибуловагинит характеризуется покраснением и опуханием слизистой оболочки преддверия влагалища и образованием на ней плотных гладких узелков с просяное зерно. Располагаются они рядами или группами вокруг клитора.

Пузырьковая сыпь преддверия влагалища сопровождается большим числом мелких красных пятнышек и узелков в нижнем углу вульвы, вокруг клитора и на верхушках складок слизистой оболочки преддверия влагалища. Узелки превращаются в гнойные пузырьки и вскрываются, а на их месте образуются эрозии и язвы.

Характерной особенностью трихомонозного вестибуловагинита являются множественные узелки на слизистой оболочке преддверия влагалища и влагалища с шероховатой поверхностью. При пальпации влагалища создается ощущение терки. Микроскопия влагалищной слизи обнаруживает трихомонад. Самки абортируют или остаются неоплодотворенными.

При кампилобактериозном (вибриозном) вестибуловагините в начале болезни возникают гиперемия, отечность, точечные и полосчатые кровоизлияния слизистой оболочки в глубине влагалища и скопление кровянистой слизи около шейки матки.

Под слизистой оболочкой в области клитора и в других местах обнаруживаются слегка возвышающиеся плотные и некровоточащие участки с неровными краями (узелки).

**Диагноз:**

Диагноз устанавливают на основании данных анамнеза, результатов клинического осмотра и данных лабораторных исследований. Для лаб. исследования делают мазок из влагалища, а так же исследуют кровь. Практически по данным лабораторных исследований можно выявить возбудителя вестибуловагинита и степень тяжести процесса. Изменения картины крови и данные цитологического исследования представлены в таблице 1.

Табл. 1. Изменения при вестибуловагините

При легкой и средней тяжести вестибуловагинита каких-либо существенных изменений крови в клеточном составе вагинальных мазков не происходит. Картина крови характеризуется только умеренной лимфоцитопенией (количество лимфоцитов понижено на 36% от нижней границы нормы). Во влагалищном мазке обнаруживают единичные лейкоциты.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Степень заболевания | Картина крови | Цитологическое исследование |
| Легкий и средний вестибуловагинит | умеренная лимфоцитопения (количество незначительно лимфоцитов понижено) | Во влагалищном мазке обнаруживают единичные лейкоциты. |
| Тяжелый вестибуловагинит | лейкоцитоз, моноцитоз, слабо выражены признаки анемии и лимфоцитопении. | В мазке много лейкоцитов, лимфоцитов и гистиоцитов, увеличен размер ядра и количество ядерного хроматина, большое количество воспалительного экссудата |

По мере усугубления вестибуловагинита отмечается лейкоцитоз, моноцитоз, слабо выражены признаки анемии и лимфоцитопении. В мазке много лейкоцитов, лимфоцитов и гистиоцитов, увеличен размер ядра и количество ядерного хроматина. Находят большое количество воспалительного экссудата. При эндометрите картина крови характеризуется лейкоцитозом, лимфоцитопенией, нейтрофильным сдвигом ядра влево. С усилением воспалительного процесса данные отклонения в количественном составе крови значительно увеличиваются, и развивается моноцитоз. Во влагалищном мазке присутствует воспалительный экссудат и клетки эпителия эндометрия.

**Лечение:**

При лечении воспалительных процессов наружных половых органов преследуют главные две цели:

1. Сохранение жизни и работоспособности больного животного.

2. Восстановление его плодовитости.

Поэтому лечение должно предусматривать устранение воспалительного и предотвращение его дальнейшего распространения.

По мнению Белова А.Д., 1990 необходимо использовать консервативное лечение воспалительного процесса по Оливкову. Больное животное изолируют. Очищают корень хвоста, вульву от грязи, корочек экссудата. Полость влагалища промывают теплым раствором фурацилина 1:5000, риванола 1:1000 или 2%-ным раствором двууглекислой соды т. д. Язвочки прижигают 5%-м раствором йода. Полезна тампонада влагалища 10%-й водной настойкой чеснока, кашицей лука или чеснока с экспозицией от 20 мин до 8 ч в зависимости от индивидуальной реакции животного к данному препарату. Затем слизистую оболочку влагалища смазывают мазью или в него вводят ватно-марлевый тампон, пропитанный мазью: 5— 10%-ной ихтиоловой, 5—10%-ной стрептоцидной, 2%-ной ксероформной, 1 — 10%-ной синтомициновой, 2— 3%-ной йодоформной, мазью Вишневского. Мазь предварительно подогревают до 30—35°С. (Гончаров В.П.)

При некротическом вагините по данным Белова А.Д., 1990 используют консервативно – оперативное лечение по Оливкову, при этом проводят щадящее иссечение некротизированных участков. Дополнительно назначают симптоматическое лечение, применяют внутримышечные инъекции антибиотиков и внутривенные — сульфаниламидных препаратов.

При вагините трихомонозного происхождения применяют 8—10% раствор ихтиола (на глицерине), водные растворы йода в разведении 1:1000, трипафлавин в разведении 1:1000, 3% перекись водорода. При наличии заболеваний матки (гнойный эндометрит) назначают внутримышечно синестрол в дозе 2,0 трехкратно через день.

**2.** **Анализ результатов курации**

**2.1** **Сведения о больном животном**

Овца. Ярка. Возраст 8 месяцев. Порода «Прекос». Вес 24 кг., Инвентарный № 14.

Животное поступило в клинику 8 октября 2007г., выбыло13 октября 2007г. Владелец – ЗАО «Москаленский ГПЗ», ферма №3, посёлок Майский.

ANAMNESIS VITAE:

Животное содержится в типовом помещение. Отары разделены по полу и возрасту.

Рацион:

Сено 0,5 кг.

Солома 0,5кг

Овёс 300г

Вода вволю, моцион ежедневный.

ANAMNESIS MORBI:

На момент поступления в клинику наблюдалось: истечения из половой щели серозного характера, частое мочеиспускание, беспокойство. Температура не повышена - 38,9 С. В области вульвы и под ней рана. Область хвоста, половых органов и промежности загрязнена каловыми массами, постоянно мокнущими. На лечение в клинику животное поступило 8 октября 2007г., со следующими клиническими признаками: Угнетение, температура тела повышена – 39,9С. Акт мочеиспускания частый, при этом наблюдается беспокойство, животное выгибает спину (болезненность). Вульва отечна, слизистая влагалища покрасневшая, имеются в небольшом наложения гноя. Раны (в количестве двух) покрыты гнойной мокнущей корочкой. Лечение в хозяйстве не проводилось.

**2.2 Этиология:**

В данном случае по данным клинического осмотра, можно заключить, что причиной возникновения вестибуловагинита является травматическое повреждение области наружных половых органов, вследствие чего развилось серозное, а затем и гнойно – катаральное воспаление.

**2.3 Патогенез:**

В результате ранения произошло нарушение целостности слизистой оболочки наружных половых органов, вследствие чего произошло проникновение банальной, либо микрофлоры. В результате механической травмы наблюдается процесс альтерации, а в результате проникновения микроорганизмов началось продуктивное воспаление. Рассмотрим патогенез болезни по стадиям:

1. Альтерация (от лат. Alteracio – повреждение) – повреждение ткани, проявляющееся дистрофическими, некротическими и атрофическими изменениями.

2. Экссудативное воспаление характеризуется преобладанием комплекса сосудистых изменений, реакцией микроциркуляторного русла и в начале артериальной, а затем, венозной гиперемии.

Патогенез серозного воспаления связан с альтерацией: в результате воспалительной гиперемии и выпота жидких составных частей, белков крови, миграции лейкоцитов и диапедеза эритроцитов в воспалительном очаге образуется серозный экссудат с продуктами клеточного и тканевого расплавления.

Воспалительные участки органа увеличиваются в объёме(tumor), серозный экссудат сдавливает и раздражает нервные рецепторы, появляется боль(dolor), нарушается функция органа(function leasa), повышается местная температура (color), наблюдается покраснение (rubor). В случае отсутствия своевременного лечения и продолжающееся контаминации патологического очага, серозное воспаление переходит в гнойно – катаральное.

Патогенез гнойно-катарального воспаления связан с повреждающим действием гноеродных факторов на нервно – сосудистый аппарат и физико-химические параметры в очаге воспаления, вызывающим нарушение состава крови, активную эмиграцию лейкоцитов и лимфоцитов, омертвение и слущивание покровного эпителия. Лейкоциты, а также лимфоциты и макрофаги выделяют активные кинины, антибактериальные и анти токсические соединения (агглютинины, преципитины и др. антитела). Экссудат содержит повышенное количество белков и ферментов (липазы, амилазы), который на ряду с фагоцитозом вызывают лизис тканей и образование гноя. Слизистая оболочка набухшая, покрасневшая с полосчатыми кровоизлияниями.

**2.4 Общий осмотр животного:**

Угнетение, температура тела незначительно повышена – 39,9С. Акт мочеиспускания частый, при этом наблюдается беспокойство, животное выгибает спину (болезненность). Вульва отечна, на ней имеются наложения гноя (не большого количества).Раны(в количестве двух) покрыты гнойной мокнущей корочкой.

**2.5 Исследование патологического очага, лабораторные исследования:**

*1. Вагинальное исследование с помощью влагалищного зеркала: Для овец используют малое влагалищное зеркало*

**Техника подготовки влагалищного зеркала**:

- Стерилизация кипячением.

- Фломбирование: На ножницы накручиваем спиртовой тампон, поджигаем.Зетем берем горизонтально в левую руку влагалищное зеркало и обводим его горящим тампоном на ножницах.

а) Медленно, сначала, нижнюю браншу, затем верхнюю.

б) Переворачиваем верх ногами влагалищное зеркало и повторяем написанное под буквой а).

в) Влагалищное зеркало берем вертикально и обжигаем по кругу, уделяя внимание изгибам.

г) Орошаем влагалищное зеркало физ. раствором, чтоб на нижней бранше было небольшое его количество. Влагалищное зеркало приготовлено к работе.

Обрабатываем наружные половые органы отрезком бинта смоченного в теплом растворе перманганата калия(1:5000).Удаляем засохшие гнойные корочки на ране.

Вводим влагалищное зеркало вертикально во влагалище, переворачиваем в горизонтальное положение и открываем.

**Результаты осмотра:**

Слизистая влагалища отечна, гиперемированна, ярко красная с полосчатыми кровоизлияниями. Наблюдаются наложения гноя не большого количества. Влагалищная часть шейки матки дряблая с кровоизлияниями. Шейка матки закрыта.

*2.Мазок отпечаток для цитологического исследования*

Берем предметное стекло и прикладываем к вульве, предварительно раздвинув ее пальцами (исследуем в гинекологических перчатках).

Окрашиваем по Грамму:

 - Фиксируем над горелкой.

 - Генцианвиолет -2 мин

- Смываем водой. Раствор Люголя -1 мин

- Спирт -30 сек.

- Смываем водой. Карболовый фуксин – 2 мин.

- Подсушиваем над горелкой. Наносим одну каплю эмерсионного масла. Смотрим под микроскопом.

**Результаты цитологического исследования:**

Незначительное количество лейкоцитов- 4 клетки. Имеется наличие грамм «+» микрофлоры (кокки) и грамм «-» микрофлоры.

*3.Гематологическое исследование*

Картина крови характеризуется только умеренной лимфоцитопенией (количество лимфоцитов понижено).

- СОЭ (метод Панченкова) -0,7мм/ч (норма 0,5-1,0мм/ч);

- Гемоглобин (по методу Сали)-9,2г/100мл (норма 9,0-13,3г/100мл);

- Количество эритроцитов-8,0млн/мкл (норма 7,0-12,0);

- Количество лейкоцитов- 9,0 тыс/мкл (норма- 6,0- 14,0);

- Цветной показатель-0,8 (норма-0,5-1,7)

Исследование кала и мочи прилагается на специальных бланках в истории болезни, патологических примесей и отклонений от нормы нет.

**2.6 Диагноз**

Диагноз гнойно-катаральный вестибуловагинит поставлен на основании клинических признаков, результатов вагинального, гематологического и цитологического исследования.

**2.7 Течение и прогноз**

В данном случае болезни течение гнойно – катарального вестибуловагинита острое, как осложнение острого серозного воспаления.

Прогноз благоприятный для жизни и сомнительный в отношении воспроизводства, так как есть опасность перехода процесса на шейку матки, что создаст неблагоприятные условия для оплодотворения.

**2.8 Лечение**:

Консервативное лечение по Оливкову подразумевает воздействие на патологический очаг на местном и общем уровнях.

В качестве местных препаратов мы применяли:

1. Область наружных половых органов обмываем бинтовой салфеткой смоченной в теплом растворе перманганата калия(1:2000), удаляем с раневой поверхности корочки присохшего гнойного экссудата.

2. Во влагалище вводили тампон с ихтиоловой мазью (мазь ихтиоловая 10%).В течение 6 дней (вечером). В качестве местного антисептического средства.

3. Для заживления раны использовали в качестве антисептического и дезинфицирующего средства «Чеми спрей для животных» аэрозоль -торговое название,.( действующее вещество терамицин).

В качестве антибактериального средства ля воздействия на очаг на общем уровне применяли:

4. Антибиотик «тетрациклин» с новокаином во внутреннюю поверхность бедра 1мл. в течение 6 дней однократно в течение 6 дней. Фармакологические свойства:Тетрациклин - бактериостатический антибиотик из группы тетрациклинов. Нарушает образование комплекса между транспортной РНК и рибосомой, что приводит к подавлению синтеза белка. Активен в отношении грамположительных микроорганизмов: Staphylococcus spp. (в т.ч. Staphylococcus aureus, включая продуцирующие пенициллиназу штаммы), Streptococcus spp. (в т.ч. Streptococcus pneumoniae), Listeria spp., Bacillus anthracis, Clostridium spp., Actinomyces israelii; грамотрицательных микроорганизмов: Haemophilus influenzae, Haemophilus ducreyi, Bordetella pertussis, большинства энтеробактерий: Escherichia coli, Enterobacter spp., включая Enterobacter aerogenes, Klebsiella spp., Salmonella spp., Shigella spp., Yersinia pestis, Bartonella bacilliformis, Vibrio cholerae, Vibrio fetus, Rickettsia spp.,

**2.9 Результат лечения:**

Лечение дало положительные результаты, животное выздоровело.

**2.10 Профилактика:**

Строго соблюдать санитарно-гигиенические условия и правила ведения родов, естественного и искусственного осеменений и гинекологических процедур. Содержать в чистоте помещения и самих животных, своевременно и качественно проводят дезинфекции, изоляцию больных и их рациональное лечение на ранней стадии.

**Библиографический список:**

1. Студенцов А.П., «Ветеринарное акушерство и гинекология», 3 изд., М., 1961; Губаревич Я.Г., Вагинит, в кн.: Ветеринарная энциклопедия, т. 1, М., 1968г;

2. «Краткий справочник ветеринарного фельдшера», Л-М., 1960 г.

3. Гончаров В.П., Карнов В.А. «Профилактика и лечение гинекологических заболеваний»/ - М.: Россельхозиздат, 1981г. - с.93 – 95.

4. Варганов А.И., Чупраков В.Г., Созинов В.А. Лекарственные средства в ветеринарной акушерско-гинекологической практике.- Киров,2003.-с.243-247.

5.Субботин В.М., Субботина С.Г., Александров И.Д. «Современные лекарственные средства в ветеринарии». Ростов – на – Дону: «Феникс», 2000г.

6. Болезни овец и коз. Изд. 3-е,переработанное и дополненное.М., «Колос», 1973г.

7. Ветеринарное акушерство, гинекология и биотехника размножения. Изд. 7-е,переработанное и дополненное.М., «Колос», 2000г., с 438, 413.

8. Захаров П.Г, Захаров Е.П, Петров Н.И. Практические рекомендации по воспроизводству животных.- Ярославль, 2004г. С 9-12.

9. Рзаев Ч.А. Патоморфологические изменения в половых органах овец.//Ветеринария. 1971- №11- с. 89-91.

10. Материалы открытых интернет – источников.