**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение**



**ЧЕЛЯБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

|  |
| --- |
| ул. Больничная, д.18, г. Челябинск, 454092. Тел/факс (351)232-40-03. E-mail:chbmk@mail.ru |

**Учебно-методическое пособие**

**для самоподготовки студентов**

ПМ 02 Участие в лечебно-диагностическом и  
реабилитационном процессах

МДК 02.01 Сестринская помощь при нарушениях здоровья. Раздел:

Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии

специальность 34.02.01 Сестринское дело

**Тема: Неотложные состояния в гинекологии**

Челябинск

2017 год

Обсуждено: на заседании Утверждено:

ЦМК «Акушерское дело» Зав.учебно-

Председатель методическим центром

……Бадаева Н.Я. ………Кожевина Л.И.

Протокол № от « »…2017 года. « »………. 2017 года.

Составитель: преподаватель первой квалификационной категории дисциплины «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии» Трифонова О.М.

Рецензент: преподаватель высшей квалификационной категории Челябинского медицинского колледжа Бадаева Н.Я.

**Содержание**

1.Пояснительная записка

2.Методические указания

3.Требования к результатам освоения дисциплины

4. Неотложные состояния в гинекологии

4.1Внематочная беременность

4.2Апоплексия яичников

4.3Наружные кровотечения из половых путей

4.4Перфорация матки

4.5Нарушение кровоснабжения миоматозного узла

4.6Перекрут ножки опухоли яичника

4.7Острые воспалительные заболевания

5. Доврачебная помощь

6.Тест-контроль с эталоном ответов

7.Приложения

8.Рекомендуемая литература

**Пояснительная записка**

Раздел: Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии» изучается в профессиональном модуле ПМ 03 Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.

Создание учебно-методического пособия диктуется необходимостью приобретения минимальных, но важных знаний по ургентным состояниям в гинекологической практике, способствует самостоятельному последовательному знакомству, изучению и закреплению учебного материала. Будущим специалистам, планирующим работу в женской консультации, центрах планирования семьи и вспомогательных репродуктивных технологий, в акушерско-гинекологических стационарах, на скорой помощи, полезны сведения об основных состояниях и заболеваниях, требующих оказания экстренной помощи в гинекологии. Исходя из требований к результатам освоения модуля, обучающийся долженуметь распознать причину данного состояния, проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригаде, в чем ему поможет работа с предлагаемым пособием. В нем представлена основная информация об экстренных ситуациях в гинекологии. В пособие включены алгоритмы оказания помощи при наиболее частых состояниях, контрольные вопросы к каждой патологии.

Учебный материал предназначен в помощь студентам медицинских колледжей для самостоятельного изучения темы.

**Методические указания**

Уважаемые студенты!

Предлагаемое Вашему вниманию учебно-методическое пособие представляет собой дополнение к лекционному курсу по дисциплине «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии» и содержит основные сведения о возможных неотложных состояниях в гинекологии.

По усмотрению и указанию преподавателя Вам рекомендуется использовать данное пособие для самостоятельной подготовки к семинару по указанной теме, для реферативных сообщений и выступлений на занятии. Предложенным учебным материалом Вы сможете воспользоваться при подготовке к промежуточной и итоговой аттестации по окончанию изучения профессионального модуля ПМ 02, 03 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», «Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях». Для проверки усвоения знаний Вам предлагаются контрольные задания, тест-контроль с эталонами ответов. Лучше и эффективнее усвоить материал Вам помогут электронные презентации. Основной целью создания учебно-методического пособия было стремление составителя облегчить Ваш труд и повысить его эффективность.

**Требования к результатам освоения дисциплины**

В результате освоения дисциплины обучающийся должен  
**иметь практический опыт:**  
оказания доврачебной помощи при неотложных состояниях;  
**уметь:**

проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию жизнедеятельности организма при неотложных состояниях самостоятельно и в бригаде;  
оказывать помощь при воздействии на организм токсических и ядовитых веществ самостоятельно и в бригаде;  
проводить мероприятия по защите пациентов от негативных воздействий при чрезвычайных ситуациях;  
действовать в составе сортировочной бригады;

**знать:**   
причины, стадии и клинические проявления терминальных состояний;  
алгоритмы оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;  
классификацию и характеристику чрезвычайных ситуаций;  
правила работы лечебно-профилактического учреждения в условиях чрезвычайных ситуаций;

**обладать** **общими компетенциями:**

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться   
с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий   
в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ОК 14. Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей).

**обладать** **профессиональными компетенциями:**

ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

**При изучении материала следуйте рекомендациям преподавателя!**

***Перед изучением материала повторите следующие вопросы:***

1. Сбор анамнеза.

2. Известные общепринятые методы исследования.

3. Понятия «перфорация», «опухоль», «шок», «воспаление».

4. Лабораторные методы исследования.

5. Анатомические особенности женской репродуктивной системы.

**Приступайте к изучению материла по данной теме.**

Повышение уровня организации гинекологической помощи, развитие широкой сети лечебных учреждений и профилактические осмотры женского населения способствуют своевременному выявлению и лечению больных с различными гинекологическими заболеваниями. Реже стали встречаться гигантские опухоли матки и придатков. Благодаря улучшению качества диагностики и быстрой госпитализации женщины очень редко умирают от внематочной беременности. Но, несмотря на успехи профилактики и терапии гинекологической патологии, вопросы оказания скорой помощи при острых заболеваниях не теряют актуальности. Оказание неотложной помощи в большой мере зависит от профессиональной подготовки медицинского персонала.

Неотложные состояния в гинекологии выражаются в синдроме «острого живота». Острый живот - клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или малого таза, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.  
Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу. Несмотря на различные причины, симптоматика острого живота в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок); тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала; симптомы раздражения брюшины. Своевременная диагностика и эффективная помощь при данной патологии очень важна в связи с высоким риском развития угрожающих жизни состояний.

Гинекологические заболевания, протекающие с симптомокомплексом «острый живот», делят на 3 группы:

1.Заболевания, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением (эктопическая/внематочная беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты/опухоли яичника). При этих заболеваниях нарушение общего состояния больной протекает по типу острой кровопотери.

2. Заболевания, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут ножки и нарушение питания миоматозного узла). Общая реакция организма при этих заболеваниях вначале выражается нарушением гемодинамики, коллапсом, а в более поздние часы – интоксикацией, обусловленной некрозом тканей.

3.Острые воспалительные процессы внутренних половых органов, при которых развивается перитонит (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальное воспалительное образование). При этих заболеваниях превалируют общие реакции организма в виде интоксикации и нарушений водно-электролитного обмена.

К неотложным состояниям относят также заболевания, которые сопровождаются наружным кровотечением из половых путей: рак шейки матки, рождающийся субмукозный узел миомы матки, дисфункциональные маточные кровотечения, а также самопроизвольные аборты, травмы женских половых органов. Медицинская сестра должна уметь оказать неотложную медицинскую помощь при данных состояниях.

Рассмотрим наиболее частые причины неотложных состояний в гинекологии.

**Внематочная беременность**

Внематочная (эктопическая) беременность - беременность, при которой оплодотворённая яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки.

В России эктопическая беременность занимает третье место среди причин материнской смертности, что составляет 5%. Показатель летальности при внематочной беременности в России в три раза выше, чем в США. Наиболее часто внематочную беременность наблюдают у женщин 20–35 лет. Однако в последние годы отмечают выраженный рост числа эктопической беременности среди женщин старше 35 лет. Трубную беременность встречают у 98–99% пациенток; яичниковую у 0,1– 0,7%; брюшную в 0,3–0,4% случаев, беременность в рудиментарном роге матки в 0,1–0,9%.

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Основная классификация эктопической беременности основана на локализации плодного яйца.

Частые формы:

■ Трубная беременность:

❑ в ампулярном отделе;

❑ в истмическом отделе;

❑ в интерстициальном отделе.

Редкие формы:

■ Яичниковая беременность:

❑ развивающаяся на поверхности яичника;

❑ развивающаяся интрафолликулярно.

■ Брюшная беременность:

❑ первичная (имплантация в брюшной полости происходит первоначально);

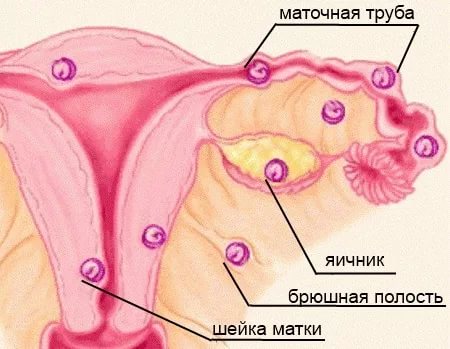
❑ вторичная.

■ Беременность в рудиментарном роге.

■ Межсвязочная беременность.

■ Шеечная беременность.

■ Многоплодная беременность (беременность, развивающаяся в полости матки, и эктопическая беременность).



### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины, ведущие к развитию внематочной беременности, многообразны: воспалительные заболевания придатков матки, нарушение сократительной деятельности маточных труб, половой инфантилизм (недоразвитие – трубы длинные, тонкие, извитые), эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта и т.д. Риск эктопической беременности значительно повышается при 2 и более абортах в анамнезе. Имплантация оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки чаще происходит из-за структурных или функциональных нарушений маточных труб, при которых замедляется продвижение плодного яйца, и протеолитические ферменты, обеспечивающие его погружение в функциональный слой эндометрия, выделяются до того, как оно достигло полости матки. В редких (генетически обусловленных) случаях отмечается преждевременный выброс протеолитических ферментов плодным яйцом, что приводит к имплантации выше полости матки (чаще в трубе).

### КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Подавляющее большинство эктопических беременностей — это трубная беременность. Принято различать следующие клинические формы трубной беременности:

■ прогрессирующая;

■ нарушенная:

❑ по типу трубного «аборта» (внутреннего разрыва плодовместилища);

❑ по типу разрыва трубы (наружного разрыва плодовместилища).

Клинические проявления прогрессирующей беременности крайне скудны: на фоне задержки менструации возможны тянущие боли в гипогастрии.

При нарушенной эктопической беременности клиническая картина и состояние пациентки зависят от варианта прерывания, интенсивности и величины кровопотери. Говоря о болевом синдроме, следует отметить, что боль носит резкий приступообразный характер, особенно в одной из подвздошных областей, иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности. При кровопотере более 400–500 мл появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только её повреждением, но и раздражением брюшины излившейся из повреждённых сосудов кровью. Возникают затруднённое мочеиспускание, позывы на дефекацию, иногда диарея.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика эктопической беременности должна быть максимально ранней. Оптимальный вариант - выявление прогрессирующей эктопической беременности. Это позволяет снизить кровопотерю, количество осложнений, а также использовать органосохраняющие методы лечения.

Основные жалобы больных с эктопической беременностью:

■ задержка менструации (73%);

■ кровянистые выделения из половых путей (71%);

■ боли различного характера и интенсивности (68%);

■ тошнота;

■ иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра.

Объективное обследование: внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желёз, тошноту, извращение вкуса. Отмечают цианоз преддверия влагалища, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличивается в размерах, размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется жёлтое тело беременности, иммунологическая реакция на беременность положительная. Постановка диагноза прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки затруднена. При прогрессирующей эктопической беременности состояние, как правило, удовлетворительное. Жалобы могут отсутствовать.

При нарушенной эктопической беременности может отмечаться бледность кожных покровов и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД снижено. Температура тела нормальная или повышенная. При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно определяют притупление звука в отлогих частях. Симптом Щёткина–Блюмберга слабо выражен.

При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен. Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и пальпации заднего свода. Иногда (почти в 50%) пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки тестоватой консистенции.

### ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мировой «золотой» стандарт диагностики эктопической беременности:

■ анализ крови на β-Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности;

■ УЗИ - отсутствие в полости матки трофобласта и обнаружение его вне полости.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня β-субъединицы ХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 5-й акушерской недели беременности. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветную допплерометрию. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца по данным УЗИ. Эндоскопическое исследование не входит в «золотой» стандарт, так как лапароскопическое исследование не может обнаружить в трубе беременность раннего срока, потому что малые размеры плодного яйца не приводят к видимой деформации маточной трубы.

Основные критерии ультразвуковой диагностики внематочной беременности:

■ неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости - 26,9%;

■ неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости - 16%;

■ эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (сердцебиение определяется) - 12,9%;

■ эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) - 6,9%.

Прогрессирующая трубная беременность

При сборе анамнеза уточняют характер менструального цикла, число и исход предшествующих беременностей, применявшиеся методы контрацепции, оценивают риск внематочной беременности.

Признаки прогрессирующей внематочной беременности:

- содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока

-увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности

-в области придатков пальпируют опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании.

Отрицательный качественный тест ХГЧ в моче не исключает возможности эктопической беременности. Достоверно определение ХГЧ количественным методом.

Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, так как прерывание ее происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.

Разрыв маточной трубы

Для разрыва маточной трубы характерна яркая клиническая картина. Внезапно у больной наступает острый приступ боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, кратковременная потеря сознания, снижение артериального давления. Пульс становится слабого наполнения и частым. Френикус – симтом положительный, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови. Возникают симптомы раздражения брюшины. Состояние больной обусловлено величиной кровопотери.

В боковых отделах живота определяется притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечается резко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы. При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса). Обычно определяется незначительное увеличение матки, пальпация ее и движения резко болезненны. Через боковой свод влагалища в области придатков определяется опухолевидное образование тестоватой консистенции без четких контуров. Задний свод уплощен или слегка выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода влагалища резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после приступа возникают темно-кровянистые выделения ( в первые часы могут отсутствовать). Через несколько часов после приступа боли из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может временно стабилизироваться, или улучшиться, но по мере увеличения внутреннего кровотечения развивается картина тяжелого коллапса и шока.

Информативным диагностическим тестом, выполняемым в стационаре, служит кульдоцентез, с помощью которого можно подтвердить наличие свободной крови в брюшной полости. Полученная при пункции кровь имеет темный цвет, содержит мягкие сгустки и не свертывается, что отличает ее от крови, полученной из кровеносного сосуда ( кровь алого цвета с быстрым образованием сгустков). Если в результате пункции кровь не получена, то это еще не отвергает диагноз внематочной беременности, так как возможно неправильное выполнение пункции или отсутствие крови в позадиматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза.

Трубный аборт

Клиника трубного аборта складывается из сочетания объективных и субъективных признаков беременности и симптомов ее прерывания. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние. Возникают скудные темно-кровянистые выделения из половых путей, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывает резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, является достаточно характерным признаком. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадиматочной гематомы и анемией, возникают симптомы раздражения брюшины.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика нарушенной трубной беременности на поликлиническом этапе не должна занимать много времени: при наличии признаков острого живота задача медицинского работника - срочно госпитализировать больную. Огромное значение имеет выявление прогрессирующей эктопической беременности. Если эктопическая беременность не будет диагностирована амбулаторно и женщина не направляется в стационар, прерывание беременности может произойти вне лечебного учреждения, что может угрожать жизни и здоровью пациентки.

Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют

1) с маточной беременностью ранних сроков

2) с дисфункциональным маточным кровотечением (ДМК)

3) с хроническим воспалением придатков матки.

Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с:

1. апоплексией яичника
2. перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки
3. разрывом печени и селезенки
4. перекрутом ножки кисты или опухоли яичника
5. острым аппендицитом
6. острым пельвиоперитонитом.

Беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта необходимо дифференцировать:

1. с самопроизвольным абортом
2. с обострением хронического сальпингоофорита
3. с ДМК
4. с перекрутом ножки опухоли яичника
5. с острым аппендицитом.

Проводя дифференциальный диагноз с маточным выкидышем, необходимо помнить, что самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже ( между 8 и 12 нед.) Весьма ценным диагностическим методом является лапароскопия.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение эктопической беременности проводят строго в стационаре. В настоящее время оперативное лечение является общепринятым. Лечение должно быть комплексным. Оно складывается из следующих этапов:

1. операция
2. борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей
3. ведение послеоперационного периода
4. реабилитация репродуктивной функции.

При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей показано экстренное оперативное вмешательство: лапаротомия, удаление маточной трубы, проведение мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей.

В последние годы для оперативного лечения прогрессирующей трубной беременности и трубного аборта используют лапароскопию. Необходимое условие для проведения лапароскопических операций - удовлетворительное состояние больной при стабильной гемодинамике. Удаление маточной трубы производят у пациенток, не заинтересованных в детородной функции или при невозможности выполнения пластической операции. С целью сохранения органа производят сальпинготомию или резекцию трубы. Преимуществом лапароскопии является значительное уменьшение операционной травмы, отсутствие или менее выраженный спаечный процесс, хороший косметический эффект. При лапароскопии значительно меньше затрачивается время на операцию, снижается койко-день, быстрее восстанавливается трудоспособность. Не исключается в последнее время консервативно-выжидательная тактика в лечении внематочной беременности с использованием таких медикаментозных препаратов, как метотрексат, простогландины.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины, перенесшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства.

Реабилитация должна включать следующие направления:

1. борьба с анемией
2. физиотерапия - улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов заживления
3. восстановление двухфазного менструального цикла
4. поддержка нормобиоценоза влагалища
5. иммуномодуляция
6. репродуктивное планирование.

Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через 3 месяца после органосохраняющих операций.

### ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

На уровне женской консультации выявляют женщин группы риска:

■ с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки;

■ с дисфункцией яичников;

■ с трубно-перитонеальным бесплодием;

■ с наличием в анамнезе внематочной беременности.

Данной группе необходимо проводить профилактические мероприятия.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Что такое внематочная беременность?

2.Классификация внематочной беременности по ее локализации?

3.Распознавание прогрессирующей внематочной трубной беременности?

4.Отличие клинической картины прервавшейся внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы и по типу трубного аборта?

5.Задача: В приемный покой гинекологического отделения доставлена женщина 29 лет с подозрением на прервавшуюся внематочную беременность. При сестринском исследовании медицинская сестра получила следующие данные: в момент обследования в женской консультации, куда обратилась по поводу задержки менструации, появилась внезапная острая боль внизу живота, слабость, головокружение, потемнело в глазах. Объективно общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, холодный пот. АД 80/50, 80/60 мм рт. ст., пульс 100 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Разработайте тактику сестринской помощи.

**Апоплексия яичника**

Апоплексия яичника - внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целости его ткани и кровотечением в брюшную полость. Длительное время апоплексия яичника обозначалась различными терминами: гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты жёлтого тела, инфаркт яичника, разрыв яичника.

Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится до 2,5%.



КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от клинической картины различают следующие формы апоплексии яичника:

■ Болевая (псевдоаппендикулярная), для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры.

■ Анемическая, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущим симптомом является внутреннее кровотечение.

■ Смешанная, когда симптомы двух предыдущих форм выражены в равной степени.

Поскольку различная степень кровотечения наблюдается во всех случаях апоплексии яичника, то разделение на вышеуказанные формы весьма условно. В связи с этим более целесообразно клинические формы апоплексии яичника классифицировать в соответствии с тремя степенями тяжести заболевания, определяемыми характером и выраженностью патологических симптомов и величиной кровопотери.

В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов апоплексию яичника классифицируют как:

■ Лёгкую (кровопотеря составляет 100-150 мл).

■ Среднюю (кровопотеря составляет 150-500 мл).

■ Тяжёлую (кровопотеря более 500 мл).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Апоплексия может возникнуть вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, чему способствуют гиперемия, варикозно расширенные, скле-розированные сосуды, хронические воспалительные процессы придатков матки, мелкокистозные изменения яичников.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания давления и растяжения овари-альной капсулы. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой разрыв (диаметр до 1 см) может привести к обильному кровотечению.

Апоплексия яичника может возникать в различных фазах менструального цикла. Реже всего в первой фазе, когда фолликулы ещё в стадии созревания и бедны сосудами, чаще в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела. Самый частый источник кровотечения - жёлтое тело или его киста. Не исключается возможность разрыва жёлтого тела во время беременности. Апоплексия наблюдается, как правило, у женщин в возрасте 20-36 лет, несколько чаще в правом яичнике (ввиду его большей васкуляризации).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и наличием сопутствующих патологий. Апоплексия яичника всегда сопровождается кровотечением и болью. Иногда в дни перед приступом больные отмечают слабые тупые боли или «покалывание» в одной из паховых областей, что можно связать с небольшими внутрияичниковыми кровоизлияниями или усиленной гиперемией и отёком яичника. Обычно заболевание начинается остро (часто после полового акта), с появления внезапных, иногда очень сильных («пронзающих») болей внизу живота с преимущественной локализацией на стороне поражённого яичника. Вначале боли могут возникнуть только во время физического напряжения. При прогрессировании заболевания боли сохраняются и в покое. При осмотре больной отмечаются напряжение передней брюшной стенки, выраженные симптомы раздражения брюшины. Внезапное развитие приступа имеет место у подавляющего большинства больных.

Ведущие симптомы апоплексии яичника:

■ боли внизу живота и пояснице

■ кровянистые выделения из половых путей, обычно быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;

■ кровотечение в брюшную полость с развитием анемии.

Провоцирующие моменты:

■ физическое напряжение;

■ половое сношение;

■ травмы.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее информативными в диагностике являются УЗИ и лапароскопия. УЗИ - метод выбора в диагностике апоплексии яичника, так как является неинвазивным, безопасным методом, отражающим структуру как неизменённых, так и повреждённых яичников. Эхографическую картину поражённого яичника (размер, структура) следует оценивать в соответствии с фазой менструального цикла и с учётом состояния второго яичника. При апоплексии поражённый яичник обычно несколько увеличен или нормальных размеров. Характерно наличие жидкостного включения гипоэхогенной или неоднородной структуры (жёлтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объемной трансформации яичника. Наряду с этим визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений от 4 до 8 мм в диаметре. Наибольшей диагностической точностью (98%), а также возможностью оперативного лечения обладает лапароскопия, которая выполняется в стационарных условиях. При клинико-лабораторном обследовании анемия различной степени выраженности выявляется у каждой четвертой больной, могут быть снижены показатели гематокрита от 18 до 25, у некоторых больных отмечается лейкоцитоз от 9500 до 15 000/л. Результаты исследования показали, что показатели свертывания крови и фибринолитическая активность крови у подавляющего большинства женщин находятся в пределах нормы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клиника апоплексии яичника развивается по типу острых заболеваний брюшной полости. Поэтому апоплексию яичника необходимо дифференцировать с другими причинами острого живота (нарушенной трубной беременностью, перекрутом ножки кисты яичника, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью, перфоративной язвой желудка, острым панкреатитом и т.д.). Все указанные состояния требуют немедленной госпитализации, поэтому задача медицинского работника при подозрении на апоплексию яичника направить женщину в стационар, где и будет проведена основная дифференциальная диагностика.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение апоплексии яичника выполняется только в условиях стационара. Недопустимо наблюдение больной с подозрением на апоплексию яичника в условиях женской консультации, даже дневного стационара. При подозрении на апоплексию яичника показана госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке. Цели лечения - остановка кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидация последствий кровопотери.

В зависимости от состояния больной и прогрессирования кровопотери возможно консервативное или хирургическое лечение. Важный момент в лечении больных с апоплексией яичника - максимально щадящая тактика. Основанием для такого подхода служит понимание исключительной важности яичника как эндокринного и генеративного органа, что диктует необходимость сохранения любой по величине функционирующей его части

Консервативное лечение можно проводить только в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины, перенесшие апоплексию яичника, нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации по месту жительства.

Программа реабилитации предусматривает несколько компонентов:

■ Антианемическая терапия.

■ Физиотерапия, направленная на улучшение кровотока, процессов репарации.

■ Гормональная терапия-приём КОК до полугода.

■ Поддержка нормобиоценоза влагалища.

■ Иммуномодулирующая терапия.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика апоплексии яичников заключается в своевременном лечении и купировании нарушений репродуктивной системы, которые приводят к данному заболеванию (хронического воспаления придатков матки, отклонений от нормальной двухфазной функции яичников).

Большое значение имеет профилактика кровоизлияния в уже имеющуюся кисту яичника. Клиницисты предлагают трёхэтапное ведение больных с кистами яичников:

■ динамическое наблюдение в течение 3 месяцев;

■ противовоспалительная (рассасывающая) терапия, по показаниям применение гормональных препаратов (КОК или агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов, способствующие регрессу этих образований);

■ пункция кистозного образования под контролем трансвагинальной эхографии.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Клинические формы апоплексии яичника?

2.Классификация апоплексии яичника по степени тяжести?

3.Цели и виды лечения при данной патологии?

4.Что включает в себя программа реабилитации после апоплексии яичника?

**Наружные кровотечения из половых путей**

КЛАССИФИКАЦИЯ

Наружные кровотечения из половых путей могут быть двух видов:

* Маточные кровотечения;
* Кровотечения из наружных половых органов.

Маточные кровотечения у 25% больных обусловлены органическими причинами, а у остальных – следствие функциональных расстройств в системе гипоталамус-гипофиз-яичники (дисфункциональные маточные кровотечения - ДМК). ДМК чаще встречают в начале репродуктивного периода, тогда как органические расстройства, в том числе опухоли полового тракта, учащаются с возрастом.

Причиной кровотечения из наружных половых органов могут быть травмы, послеоперационные осложнения после экстирпации матки, онкологические заболевания.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Маточные кровотечения могут быть обусловлены следующими заболеваниями:

* миома матки;
* аденомиоз;
* самопроизвольный аборт;
* ДМК;
* трофобластическая болезнь;
* рак шейки матки;
* рак яичников;
* шеечная беременность.

ДИАГНОСТИКА

Женщине, обратившейся к врачу с маточным кровотечением, необходимо провести обследование по следующему плану:

* жалобы и анамнез;
* общеклиническое обследование с включением гемостазиограммы для исключения коагулопатий и выявления анемии;
* биохимический анализ крови с определением общего белка, билирубина, функциональных проб печени, АЛТ, АСТ, остаточного азота, мочевины и креатинина показан при подозрении на системное и онкологическое заболевание;
* трансвагинальное УЗИ;
* определение β - ХГЧ у женщин репродуктивного возраста при маточном кровотечении;
* раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопа.

Обильное маточное кровотечение – показание к экстренной госпитализации.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Больные предъявляют жалобы на кровотечения из половых путей различной интенсивности, которые могут быть связаны с менструальным циклом или носить ациклический характер. В зависимости от длительности и интенсивности кровотечения могут возникать симптомы анемизации и гиповолемии: слабость, головокружение, тахикардия, возможно снижение АД. Также возникают специфические признаки заболевания, ставшего причиной кровотечения (например, при начавшемся выкидыше – признаки беременности, при распадающейся опухоли – симптомы раковой интоксикации и т.д.)

**Миома матки**

Кровотечение при миоме матки обусловлено:

* понижением сократительной способности матки вследствие развития опухоли;
* увеличением поверхности слизистой матки при подслизистом росте узла;
* сопутствующим нарушением функции яичников.

Одним из вариантов миомы, который может быть причиной метроррагии, является рождающийся субмукозный узел. При рождении субмукозного узла происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, при этом узел заполняет весь канал шейки матки, а затем рождается во влагалище. Данные влагалищного исследования позволяют установить правильный диагноз и определить положение ножки узла.

**Аденомиоз**

Кровотечение при аденомиозе (эндометриозе матки) обусловлено разрастанием эндометриоидной ткани в мышечном слое тела матки, которые нарушают сократимость матки, а главное, поражают сосуды, лежащие близко к миометрию. Основной метод диагностики при аденомиозе – УЗИ, при котором в стенке матки обнаруживаются мелкие «кистозные» эхоструктуры. Диагностическое выскабливание стенок полости матки и гистологическое исследование соскоба эндометрия для диагностики аденомиоза не информативно, так как очаги эндометриоза расположены в толще миометрия, а при выскабливании мы получаем только функциональный слой эндометрия. Гистологическое подтверждение аденомиоза возможно только при удаленной матке.

Дополнительными методами исследования являются: гистероскопия и гистеросальпингография (ГСГ).

* Гистероскопия наиболее информативна на 5-7-й день менструального цикла. Обычно на фоне тонкого бледно-розового эндометрия хорошо видны устья эндометриоидных желез (крипты) тёмно-красного цвета различной формы и величины, из них может выделяться тёмная кровь. Выполнение гистероскопии и биопсии эндометрия при маточном кровотечении, обусловленном аденомиозом, имеет большее значение для диагностики сопутствующей патологии полости матки.
* ГСГ проводят в плановом порядке водорастворимыми контрастными веществами на 5-8-й день менструального цикла, когда эндометрий в ранней стадии пролиферации не препятствует проникновению контрастного вещества в эндометриоидные очаги, сообщающиеся с полостью матки. На рентгенограммах контрастное вещество располагается за пределами контура полости матки (законтурные тени), причем тени имеют вид лакун, дивертикулов и канальцев. При маточном кровотечении ГСГ не проводят.

**Самопроизвольный аборт до 12 недель беременности**

Причины самопроизвольного прерывания беременности разнообразны: генетические причины, сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические инфекции, инфантилизм, эндокринные нарушения, ранний токсикоз беременных и т.д. Различные патологические состояния могут приводить к гибели плодного яйца, которое затем изгоняется из полости матки как инородное тело. В некоторых случаях возникают усиленные сокращения матки, которые изгоняют жизнеспособное плодное яйцо.

Самопроизвольный аборт сопровождается схваткообразными болями внизу живота и кровотечением. К кровотечению приводят следующие стадии аборта:

* начавшийся аборт;
* аборт в ходу;
* неполный аборт;
* полный аборт.

Установление диагноза, как правило, не представляет трудностей. При гинекологическом исследовании выявляют, что матка увеличена соответственно сроку беременности или несколько уменьшена (при изгнании плодного яйца). Состояние шейки матки зависит от стадии аборта.

При начавшемся аборте:

* возникает частичная отслойка плодного яйца от стенок матки;
* появляются кровянистые выделения;
* шейка матки укорочена;
* зев приоткрыт;
* появляются схваткообразные боли внизу живота.

При аборте в ходу:

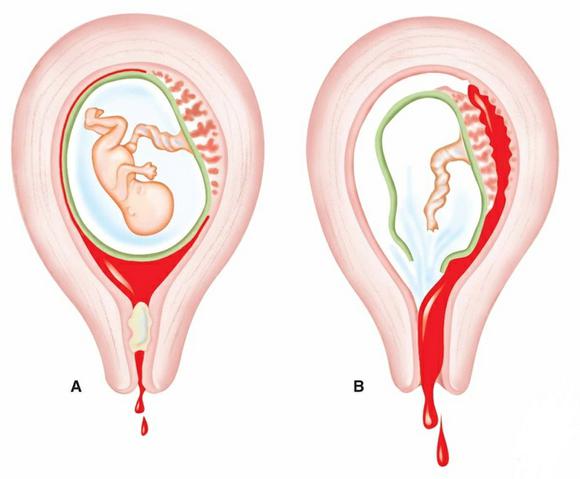
* шейка матки пропускает палец;
* за внутренним зевом можно определить плодное яйцо;
* иногда плодное яйцо находится в канале шейки матки;
* обильное кровотечение;
* схваткообразные боли внизу живота.

При неполном аборте:

* плод изгоняется из полости матки;
* в полости матки остается часть хориона и децидуальная оболочка;
* кровянистые выделения умеренные;
* шейка матки приобретает обычную консистенцию;
* зев приоткрыт;
* схваткообразные боли внизу живота носят менее интенсивный характер, но полностью не прекращаются.

При полном аборте:

* в редких случаях при малом сроке беременности плодное яйцо полностью изгоняется из матки;
* тело матки сокращается;
* шейка матки приобретает обычную конфигурацию;
* наружный зев закрывается.

А-начавшийся самопроизвольный аборт

В-неполный самопроизвольный аборт

**Дисфункциональное маточное кровотечение**

ДМК – аномальное маточное кровотечение, не связанное с опухолью, воспалением или беременностью. Это наиболее распространенный вид аномального маточного кровотечения, который диагностируют методом исключения. Чаще всего оно бывает в начале и в конце репродуктивного периода жизни: более 50% случаев ДМК приходится на женщин старше 45 лет и 20% - на девочек-подростков. Хотя ДМК встречают и в овуляторных в ановуляторных циклах, более 70% случаев сопровождается ановуляцией (отсутствием овуляции). При ановуляции кровотечение обычно обусловлено неконтролируемой стимуляцией эндометрия эстрогенами и возникает на фоне гиперплазии эндометрия. Сначала происходит пролиферация эндометрия под воздействием эстрогенов, а затем он частично и неравномерно отслаивается; при этом нарушается регулярность менструаций, увеличивается их продолжительность и иногда объем. В овуляторных (с наличием овуляции) циклах ДМК обычно связано с нарушением лютеиновой фазы. Данные анамнеза и результаты общего осмотра не позволяют различить аномальные маточные кровотечения с гиперплазией эндометрия и без неё.

**Трофобластическая болезнь**

Трофобластическая болезнь – понятие, объединяющее «родственные» опухоли, развивающиеся из плаценты (хориона) и, следовательно, связанные с беременностью:

* пузырный занос (частичный или полный);
* хорионкарциному;
* трофобластическую опухоль плацентарной площадки.

Эти опухоли различаются по способности к инвазивному росту и метастазированию. Учитывая сложность дифференциальной диагностики, опухоли, развивающиеся в исходе пузырного заноса и характеризующиеся инвазивным ростом или метастазами, принято объединять термином «трофобластические опухоли». Деструирующему (деструкция – разрушение, нарушение) пузырному заносу и хорионкарциноме могут предшествовать пузырный занос, самопроизвольный или искусственный аборт, нормальная или внематочная беременность. Полный и частичный пузырный занос различают на основании результатов гистологического исследования и определения кариотипа.

Хорионкарцинома – одна из наиболее злокачественных опухолей женских половых органов. Диагностика хорионкарциномы основывается на данных клинических, лучевых (УЗИ, допплерографии, ангиографии, МРТ и КТ), гистологичеких (биоптата эндометрия) и гормональных методов (определение β-субъединицы ХГЧ) исследования.

**Рак шейки и тела матки, рак яичников**

Маточное кровотечение при раке шейки матки и тела матки, раке яичников может быть обусловлено прорастанием опухолью сосудов, частичным распадом опухоли. При гистологическом подтверждении злокачественного новообразования обследование пациенток включает общеклинические методы исследования, позволяющие оценить величину кровопотери и состояние пациентки.

**Шеечная беременность**

Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей. Считают, что ее рискповышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана (внутриматочные спайки), миома матки и ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение). В диагностике имеют значение ультразвуковые признаки шеечной беременности:

1) отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо

2) гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань) и неоднородность миометрия

3) матка в виде песочных часов

4) расширение канала шейки матки

5) плодное яйцо и/или трофобласт в канале шейки матки

6) закрытый внутренний зев.

ЛАБОРАТОРНО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основной метод диагностики причин маточного кровотечения у женщин репродуктивного возраста и особенно в пременопаузе – раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки, проведённое под контролем гистероскопии. Эта малая гинекологическая операция позволяет определить предварительный диагноз, основываясь сразу на нескольких параметрах (на размерах и конфигурации полости матки, на количестве и характере соскоба, на гистероскопической картине до и после выскабливания), и самое главное получить материал для гистологического исследования, который является наиболее достоверным подтверждением.

Раздельное диагностическое выскабливание не проводят в случаях, когда в анамнезе менее 6 месяцев назад было диагностическое выскабливание с гистологическим заключением о состоянии тканей полости матки и канала шейки матки, либо пациенткам, у которых маточное кровотечение обусловлено приемом гормональных препаратов при отсутствии ультразвуковых признаков гиперпластических процессов эндометрия. Кроме того, необходимо ограничивать произведение раздельного диагностического выскабливания при ювенильном кровотечении (используют гормональный гемостаз). При обильном маточном кровотечении гистероскопию и раздельное диагностическое выскабливание проводят не только с диагностической, но и лечебной целью (хирургический гемостаз).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

При дифференциальной диагностике маточных кровотечений необходимо исключить кровотечения из наружных половых органов. Для уточнения диагноза достаточно гинекологического осмотра с помощью зеркал. Цель дифференциальной диагностики при маточном кровотечении – выявление заболевания, обусловившего данное кровотечение, так как именно от этого будет зависеть дальнейшая тактика ведения этих пациенток.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Основная цель - остановка маточного кровотечения. Возможны консервативный (негормональный и гормональный) и хирургический гемостаз в зависимости от состояния больной и основного заболевания, приведшего к маточному кровотечению.

Консервативные методы выполняют только при наличии гистологической картины эндометрия в течение последних 6 месяцев либо при ювенильных кровотечениях.

Гормональный гемостаз

С целью гормонального гемостаза применяют комбинированные оральные контрацептивы, эстрогены, гестагены, реже – антигонадотропины, в отдельных случаях – агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов (Гн-РГ). Для остановки кровотечения очень эффективно применение внутриматочного контрацептива, выделяющего левоноргестрел (например, внутриматочная система Мирена), который оказывает местное воздействие на эндометрий.

Негормональный гемостаз

С целью негормонального гемостаза применяют ингибиторы фибринолиза (этамзилат), утеротоники (окситоцин, демоокситоцин), фитотерапию. По показаниям проводят антианемическое лечение.

Хирургическое лечение проводят в условиях стационара.

Особенности лечения при миоме матки

У пациенток с маточным кровотечением, обусловленным миомой матки, с целью остановки кровотечения проводятся как хирургические, так и консервативные методы. Хирургический гемостаз (выскабливание стенок полости матки) оказывается достаточно эффективным. В дополнение можно использовать негормональные медикаментозные средства, с особой осторожностью применяют утеротоники ввиду возможного развития нарушения кровоснабжения миоматозного узла. Гормональный гемостаз с использованием больших доз эстрогенов также нежелателен во избежание негативного влияния на рост узлов. Гормональный гемостаз с применением прогестагенов не показан у больных с анемией, так как вначале вызывает расслабление матки и может привести к усилению маточного кровотечения. Возможно назначение агонистов Гн-РГ в качестве предоперационной подготовки с последующим выполнением консервативной миомэктомии. При продолжающемся кровотечении может встать вопрос об удалении матки. При диагностике рождающегося субмукозного узла также показана срочная операция.

Особенности лечения при аденомиозе

Больным с маточным кровотечением, обусловленным аденомиозом, показано, в основном, консервативное лечение, которое включает негормональный и гормональный гемостаз. Хирургический гемостаз (выскабливание стенок полости матки) в данном случае малоэффективен.

При диффузной форме аденомиоза к хирургическому лечению прибегают при III - IV степени распространения процесса, также при сочетании аденомиоза с миомой матки, опухолями яичников, атипической гиперплазией эндометрия. Больные подлежат оперативному лечению в объёме гистерэктомии (удаление матки). При узловой форме аденомиоза также показано оперативное лечение, причём у женщин репродуктивного возраста возможны консервативные, органосохраняющие операции.

Особенности лечения при самопроизвольном аборте

При оказании помощи пациенткам с самопроизвольным абортом надо учитывать заболевания, которые ему предшествовали. Женщины нуждаются не только в операции удаления плодного, но и в лечении того заболевания, которое послужило причиной самопроизвольного аборта. При обильном кровотечении необходимо срочное удаление остатков плодного яйца из матки и выскабливание её стенок для удаления хориона и децидуальной оболочки. В очень редких случаях при атонических кровотечениях после аборта приходится прибегать к удалению матки. Больные с полным абортом не нуждаются в выскабливании.

Особенности лечения при дисфункциональном маточном кровотечении

При лечении больных с ДМК выделяют консервативные и хирургические методы лечения. Консервативные методы включают гормональный гемостаз, гемостатические средства, утеротоники, антианемические препараты. Схема терапии зависит от возраста больной, интенсивности кровотечения, выявленной патологии эндометрия и пожеланий самой пациентки. Женщинам репродуктивного возраста до назначения медикаментозной терапии показана гистероскопия и биопсия эндометрия. Исключение составляют юные, нерожавшие женщины с впервые возникшим кровотечением, у которых при УЗИ толщина эндометрия не превышает 6 – 8 мм.

Особенности лечения при трофобластической болезни

* хирургическое лечение (по жизненным показаниям);
* гормональное лечение;
* химиотерапия.

Особенности лечения при раке шейки матки, тела матки, раке яичников

У онкологических больных, направляемых в стационар для неотложной помощи с маточным кровотечением, применяют как консервативные (негормональные медикаментозные препараты), так и хирургические методы.

Особенности лечения при шеечной беременности

Показано хирургическое лечение.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

При кровотечении (появление алой крови) при трофобластической болезни и эктопической беременности необходимо проводить оперативное лечение в стационаре. Показана госпитализация при маточной беременности, так как невозможно прогнозировать динамику кровотечения. По той же причине госпитализации подлежат пациентки с распадающимися опухолями, осложнившимися кровотечением.

При миоме матки и аденомиозе необходимость операции определяется объёмом кровопотери, госпитализация необходима при массивной кровопотере (визуальная оценка скорости наружного кровотечения, признаки гиповолемии), а также при рождении субмукозного узла, требующем оперативного лечения.

Хирургическое лечение в стационаре включает: раздельное диагностическое выскабливание стенок полости матки под контролем гистероскопа, косервативную миомэктомию, надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки (гистероэктомию).

**Кровотечения из наружных половых органов**

Причины кровотечения из наружных половых органов:

* травмы;
* послеоперационные осложнения (кровотечение из культи влагалища после экстирпации матки);
* злокачественные заболевания вульвы и влагалища.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пациентки предъявляют жалобы на кровотечение из половых путей различной интенсивности, как правило, не связанные с менструальным циклом. Женщины обычно указывают на возможную причину возникшего кровотечения: травма, предшествующая гинекологическая операция, онкологическое заболевание.

**Травмы наружных половых органов**

При ушибах в области наружных половых органов (НПО) образуются обширные гематомы. После изнасилования или бурного полового сношения происходят глубокие разрывы влагалища вплоть до разрыва сводов, проникающие в брюшную полость. Такие разрывы сопровождаются обильным кровотечением. Наиболее тяжелые травмы возникают при аномалиях развития влагалища. У таких больных возможны одновременные тяжелые повреждения уретры и прямой кишки, что также сопровождается обильным кровотечением. При ранении НПО во время падения на острые предметы необходимо, согласно хирургическим правилам осуществить первичную обработку и ушивание раны.

**Послеоперационные осложнения (кровотечение из культи влагалища после экстирпации матки)**

В послеоперационном периоде больные могут обращаться за медицинской помощью в связи с кровотечением из половых путей после перенесенной экстирпации матки, особенно лапароскопическим доступом. Диагностика кровотечения из культи влагалища не представляет трудностей при осмотре с помощью зеркал. При подтверждении диагноза больную немедленно направляют в стационар.

**Злокачественные заболевания вульвы и влагалища**

Крайне редко по неотложной помощи поступают больные с онкологическими заболеваниями, сопровождающимися кровотечением. Как правило, это пациентки с 4 стадией заболевания. Кровотечение обусловлено прорастанием сосудов опухолью и ее распадом. Помощь таким пациенткам оказывают в условиях стационара.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

* общеклинические методы, включая определение гематокрита и гемостазиограммы
* специальное гинекологическое исследование с помощью зеркала.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика проводится с кровотечением из матки, что подтверждают при осмотре наружных половых органов, при осмотре с помощью зеркал, уточняя локализацию и причину кровотечения.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Цели лечения - остановка кровотечения, которое проводят только в условиях стационара. У больных с кровотечением из наружных половых органов применяются хирургические методы ( гемостатические швы и ушивание разрывов) и дополнительные консервативные методы (гемостатические, антианемические и антибактериальные препараты).

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С НАРУЖНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Женщины с наружным кровотечением из половых путей нуждаются в экстренной госпитализации в гинекологический стационар:

* при маточном обильном кровотечении
* при маточном необильном, но длительном кровотечении
* при кровотечении из наружных половых органов
* при кровотечении, сопровождающемся анемией
* при образовании гематомы.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

После остановки наружного кровотечения их половых путей дальнейшее ведение пациенток зависит от основного заболевания, которое является причиной кровотечения. Женщины, относящиеся к диспансерным группам (миома матки, эндометриоз), должны продолжить лечение основной патологии. Эпизод кровотечения указывает на необходимость усиления терапии или решения вопроса об оперативном лечении.

Женщины после самопроизвольного аборта нуждаются в тщательном наблюдении и реабилитационной программе. Необходимо провести обследование, направленное на выявление этиологически значимых инфекционных агентов, изучить иммунный статус больной, состояние эндокринной системы. С учетом результатов обследования проводят реабилитацию, включающую:

* гормонотерапию, направленную на нормализацию эндокринных функций и контрацепция (не менее 6 месяцев);
* деблокирование иммунной системы (проведение провокационных проб, аутогемотерапии по общепринятым схемам ) и иммунокоррекцию;
* лечение возбудителей хронических воспалительных заболеваний;
* нормализацию микробиоценоза влагалища.

При ДМК важно обследовать женщину для выявления гормональных нарушений и провести мероприятия,улучшающие циклические процессы в яичниках.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика наружного кровотечения из половых путей заключается в своевременной диагностике и лечении основного заболевания, которое к нему привело.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Какая патология приводит к маточному кровотечению?

2.Какие методы исследования используются для подтверждения аденомиоза?

3.Чем проявляет себя неполный самопроизвольный аборт?

4.С чем связаны кровотечения из наружных половых органов?

5.Задача: Медицинская сестра осуществляла внеплановый патронаж к беременной женщине в возрасте 30 лет. У беременной имелись жалобы на схваткообразные боли внизу живота и обильные кровянистые выделения из половых путей. Беременность первая, желанная, встала на учет по беременности. Срок беременности 16 недель. В анамнезе бесплодие в течение 5 лет. Последнюю неделю появились незначительные тянущие боли внизу живота, которым не придала значения. Сегодня боли усилились, возникло кровотечение. Со слов женщины родился плод. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 90 ударов в 1 мин., АД 100/60, 100/60 мм. рт. ст. Из половых путей наблюдается обильное кровотечение. Составьте план действий медицинской сестры.

6.Задача: В гинекологическое отделение поступает пациентка 44 лет с дисфункциональным маточным кровотечением. Жалобы на кровотечение из половых путей, слабость, головокружение. Такое кровотечение возникло впервые, началось 10 дней назад после трехнедельной задержки менструации и продолжается до настоящего времени. Возможность беременности отрицает. Менструации с 12 лет, по 3-4 дня, через 30 дней, регулярные до настоящего времени, безболезненные. Родов -2, абортов -3, без осложнений. При бимануальном исследовании матка чуть больше нормальной величины, плотная, подвижная, безболезненная. Маточные трубы, яичники не определяются, своды свободные. Выделения кровянистые, обильные. Разработайте тактику сестринской помощи.

**Перфорация матки**

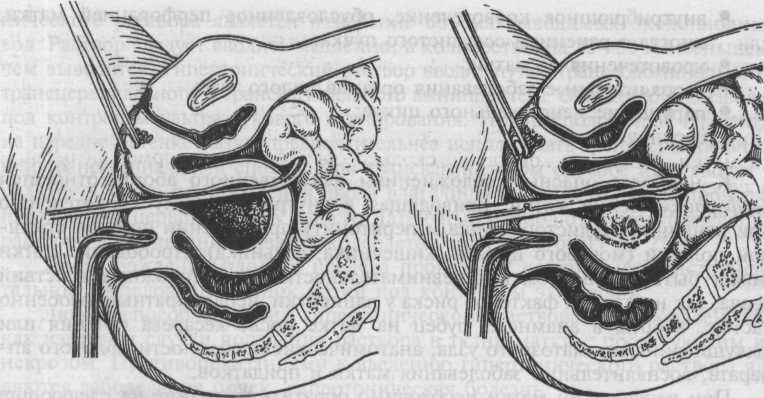
Перфорация матки – ятрогенное заболевание, заключающееся в травматическом повреждении стенки матки. Перфорация матки как следствие внутриматочных вмешательств выявляют у 1% больных. У 0,7% данная травма возникла вследствие внутриматочных манипуляций (искусственного аборта, диагностического выскабливания, гистероскопии), у 0,3% при введении внутриматочного контрацептива. По некоторым данным частота перфорации составляет от 0,3 до 4,8% всех абортов.

Даже начинающий врач акушер-гинеколог редко травмирует стенки здоровой матки. Основной причиной прободения матки является структурная неполноценность эндометрия и миометрия вследствие воспалительного процесса.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от степени повреждения стенки матки различают следующие виды перфорации:

* полная, при которой происходит сквозное повреждение стенки матки с проникновением в брюшную полость. Может быть неосложненная (без повреждения органов малого таза и брюшной полости) и осложненная (с травмами кровеносных сосудов, кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки)
* неполная без проникновения в брюшную полость, но возможно ранение кровеносных сосудов матки.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В большинстве случаев повреждение матки происходит в тот момент, когда женщина находится в состоянии наркоза, поэтому диагноз перфорации должен быть установлен до предъявления жалоб - в момент произведения перфорации. О перфорации матки следует думать в тех случаях, когда инструмент внезапно уходит на большую глубину, не встречая сопротивления стенок матки. Внимательное отношение врача ко всем манипуляциям при проведении аборта почти полностью исключает возможность не заметить перфорацию стенки матки.  
Основные жалобы:

* резкие боли в нижних отделах живота;
* мажущие кровянистые выделения из половых путей;
* подъем температуры до 37,5 °С.

Наиболее опасна перфорация матки кюреткой и абортцангом, имеющими острые края, при которой наиболее часто встречаются повреждения внутренних органов. Перфорация расширителем Гегара наименее опасна, так как он имеет закруглённый конец, и вероятность повреждения внутренних органов минимальна. Однако травма матки в области внутреннего зева, нанесенная расширителем, может вызвать интенсивное кровотечение из повреждённых маточных сосудов. В практике встречают случаи, когда перфорационное отверстие прикрыто каким-нибудь соседним органом малого таза или брюшной полости (например, большим сальником), в этом случае клиническая картина перфорации имеет стёртые клинические симптомы.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

При подозрении на полную перфорацию матки оптимальным диагностическим методом служит лапароскопия, которую выполняют в стационарных условиях. Лапароскопическое исследование позволяет выполнить тщательную ревизию органов малого таза и брюшной полости для выявления их повреждений и степени внутрибрюшного кровотечения. В некоторых случаях диагностическая лапароскопия переходит в лечебную.  
При удовлетворительном состоянии больной диагностическую помощь может оказать УЗИ. Оно позволяет выявить свободную жидкость в брюшной полости, в некоторых случаях и степень повреждения стенки матки.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Целью лечения является устранение перфорационного отверстия в матке.

Лечение перфорации матки проводится только в стационарных условиях. Основной метод лечения хирургический. В случае отсутствия клинических (тахикардия, снижение артериального давления, симптомы раздражения брюшины) и ультразвуковых признаков внутреннего кровотечения возможно проведение консервативного лечения в условиях стационара.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ  
При подозрении на перфорацию матки показана немедленная госпитализация в гинекологический стационар.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины с рубцом на матке после перфорации должны быть поставлены на диспансерный учет по месту жительства и получить реабилитационную терапию: профилактику спаечного процесса в послеоперационном периоде, противовоспалительное лечение с учетом антибиотикограммы, иммунокоррекцию, последующую нормализацию микробиоценоза влагалища, гормонотерапию с целью планирования семьи.  
В последующем оптимальный срок наступления беременности через 1 год после операции, необходимый для завершения формирования рубца на матке.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика заключается в осторожном и бережном выполнении внутриматочных манипуляций, соблюдении условий и техники оперативного вмешательства на матке. Для снижения риска перфорации матки необходимо соблюдать следующие правила:

■ Тщательно собрать анамнез для выявления изменений анатомии матки.

■ Соседние органы должны быть опорожнены.

■ Перед выполнением аборта обязательное бимануальное исследование для уточнения положения матки.

■ Не измерять длину полости матки зондом, достаточно определить направление цервикального канала.

■ Расширители вводить, соблюдая последовательность номеров, чуть выше внутреннего зева.

■ Если введение расширителя не удается, ввести спазмолитики в шейку матки и через некоторое время повторить попытку, не прилагая усилий.

■ Использовать кюретки от большего номера к меньшему по мере сокращения и уменьшения объема полости матки.

■ Выполнять движения строго по средней линии, следя за направлением цервикального канала.

■ Глубину введения кюретки контролировать левой рукой через переднюю брюшную стенку, для этого пулевые щипцы должен держать ассистент.

■ После аборта выполнить контрольное бимануальное исследование.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Когда возможна перфорация матки?

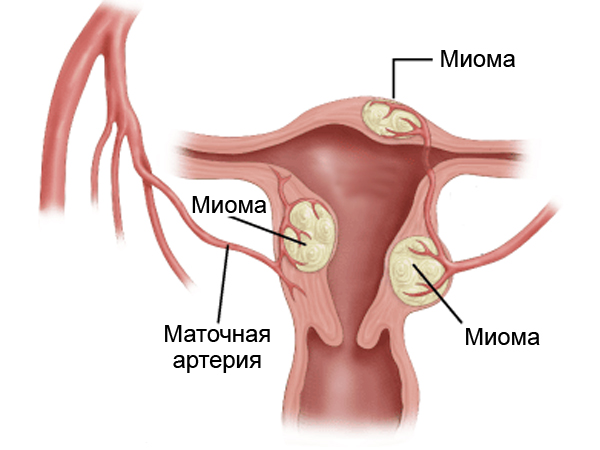
2.Классификация данного осложнения?

3.Какие методы лечения используют при перфорации матки?

4.В чем состоит профилактика перфорации?

**Нарушение кровоснабжения миоматозного узла**

Частота некроза миомы матки, по данным статистики, составляет около 7%. Узлы опухоли особенно часто некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде. Субсерозные узлы обычно связаны с телом матки широким основанием, но иногда растут непосредственно под брюшиной, соединяясь с маткой тонкой ножкой. Такие узлы подвижны и иногда подвергаются перекручиванию. Нарушение кровоснабжения в миоматозных узлах объясняют, в основном, механическими факторами (перекрут, перегиб, сдавление опухоли).   
Некроз узла - наиболее частое осложнение миомы матки и возникает вследствие нарушения его питания, а также в результате ишемии, венозного застоя, множественного тромбообразования в межмышечных узлах опухоли. Предрасполагающий фактор - увеличение размеров миоматозных узлов в процессе увеличения матки во время беременности.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническим проявлением изменений гемодинамики матки являются симптомы повышения тонуса миометрия, легкой возбудимости матки, наличие болей (тянущих, ноющих, спастического характера). При присоединении септических осложнений возможна клиника пельвиоперитонита. Инфицирование миоматозных узлов представляет большую опасность вследствие реальной возможности разлитого перитонита и генерализованной инфекции (сепсис).

Клинические проявления зависят от степени нарушения кровоснабжения узла. При больших размерах миоматозных узлов либо при миоматозном узле на ножке отмечают:

* боли внизу живота
* субфебрильную температуру
* при влагалищном исследовании определяют увеличенную болезненную матку.

Другим осложнением является перекрут ножки подбрюшинного миоматозного узла, при котором возникают симптомы острого живота:

* боль
* рвота
* повышение температуры тела.

Некроз миомы обычно сопровождается:

* острыми болями в животе
* напряжением передней брюшной стенки
* возможным повышением температуры тела
* при влагалищном исследовании определяют наличие в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковое сканирование вместе с допплерографией позволяет поставить точный диагноз только при некрозе узла. При этом миоматозный узел содержит кистозные полости, участки разной эхогенности, нарушен кровоток внутри узла и близлежащих участков миометрия.  
В крови определяют повышенное количество лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и увеличение СОЭ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА  
Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

* апоплексия яичника (болевая форма);
* внематочная беременность;
* острый аппендицит;
* острые воспалительные заболевания придатков матки, особенно с осложненными формами (гнойные тубоовариальные образования, пиосальпникс, пиовар).

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дифференциальную диагностику и лечение нарушения кровоснабжения миоматозного узла осуществляют в стационаре. Показана экстренная госпитализация в стационар больной с подозрением на нарушение питания в узле миомы. Лечение заключается в удалении некротизированного (ишемизированного) узла или в удалении матки (по показаниям). Немедикаментозные методы лечения не проводят. При обнаружении выраженных признаков некроза узла во время операции возможна инфузия (внутривенное введение) антибиотиков цефалоспоринового ряда.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

После оперативного лечения пациентки нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации в амбулаторно-поликлинических условиях.  
Реабилитация должна включать:

* лечение послеоперационной анемии (при ее наличии);
* профилактику спаек (физиотерапия);
* нормализацию биоценоза влагалища;
* противовоспалительную и иммуномодулирующую терапию (по показаниям).

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика нарушения кровоснабжения узла миомы матки заключается в своевременной диагностике миомы матки, регулярном диспансерном наблюдении и обследовании пациенток с миомой матки, рациональном лечении (консервативная терапия, направленная на ограничение роста узлов), выявлении показаний к хирургическому лечению в плановом порядке.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Клинические проявления нарушения кровоснабжения миоматозного узла?

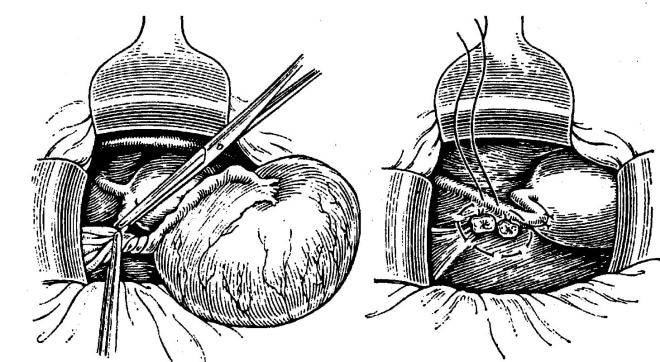
2.Какие методы диагностики подтверждают данную патологию?

3.Основной метод лечения при нарушении питания миоматозного узла?

**Перекрут ножки опухоли, кисты яичника**

Перекрут ножки опухоли или кисты яичника - осложнение опухоли (кисты) яичника, при котором происходит ее ротация вокруг своей оси, приводящая к сдавлению сосудов. Перекрут придатков матки в структуре острых гинекологических заболеваний не слишком частая (7%), но опасная патология. Данная патология может быть связана с резкими движениями, переменой положения тела, физическим напряжением, половым актом. Осложнение чаще возникает у девочек и девушек или во время беременности и в послеродовом периоде.

В момент ротации перекручиваются ветви маточной артерии, питающие яичник, и яичниковая артерия вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступают некроз, асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину. Наиболее часто встречают перекрут ножки опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутой воронкотазовой связки, собственной связки яичника и мезоовария. В ножке кистомы проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы.



Хирургическая ножка представляет собой образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит перерастянутая маточная труба.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Перекрут ножки опухоли яичника бывает полным (на 360°, 720°) или частичным (на 180°).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При полном перекруте ножки опухоли клиника проявляется картиной острого живота. Характерные клинические симптомы:

* Внезапное возникновение резких болей, часто после полового акта, активного занятия спортом.
* Напряжение передней брюшной стенки.
* Положительный симптом Щеткина - Блюмберга.
* Тошнота или рвота в 50%.
* Парез кишечника, задержка стула, реже диарея.
* Дизурические расстройства.
* Кровянистые выделения из половых путей (в 21% случаев).
* Повышение температуры тела.
* Частый пульс.
* Бледность кожных покровов и слизистых.
* Холодный пот.
* При влагалищном исследовании у 90% больных определяют образование тугоэластической консистенции не более 7-8 см, резко болезненное при исследовании.

Трудности в диагностике возникают при частичном перекруте ножки опухоли, у беременных, пожилых больных и девочек, когда клиническая картина менее выражена.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковая диагностика у 87 % больных позволяет выявить наличие опухоли в яичнике.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Учитывая клинику острого живота при полном перекруте ножки опухоли яичника, дифференциальний диагноз чаще всего необходимо проводить с нарушенной внематочной беременностью, с острым аппендицитом. При подозрении на перекрут ножки опухоли необходимо в максимально короткие сроки обеспечить экстренную госпитализацию больной. Амбулаторное наблюдение и лечение таких больных недопустимо.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение осуществляют только в стационаре. При лечении больных с указанной патологией применяют хирургические методы. Немедикаментозные и консервативные медикаментозные методы лечения неприемлемы.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Наблюдение и реабилитация женщин после оперативного лечения перекрута ножки опухоли яичника должны производиться в женской консультации. Программа реабилитации предусматривает несколько компонентов:

* Физиотерапия, направленная на улучшение кровотока, процессов репарации (заживления).
* Гормональная терапия - прием КОК до полугода для оптимальной функции яичника.
* Поддержка нормобиоценоза влагалища.
* Иммуномодулирующая терапия.

Прогноз зависит от оперативного доступа, разновидности выполненной операции при условии своевременной госпитализации. Наступление маточной беременности при использовании эндоскопического доступа и резекции яичника отмечено у 75%.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия:

* На уровне амбулаторно-поликлинического звена ежегодные гинекологические осмотры всех женщин с обязательным УЗИ органов малого таза.
* Плановая госпитализация с целью удаления неосложненной опухоли яичника.
* Ранняя госпитализация и своевременное оперативное вмешательство при подозрении на перекрут ножки опухоли яичника.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Что входит в анатомическую ножку опухоли яичника?

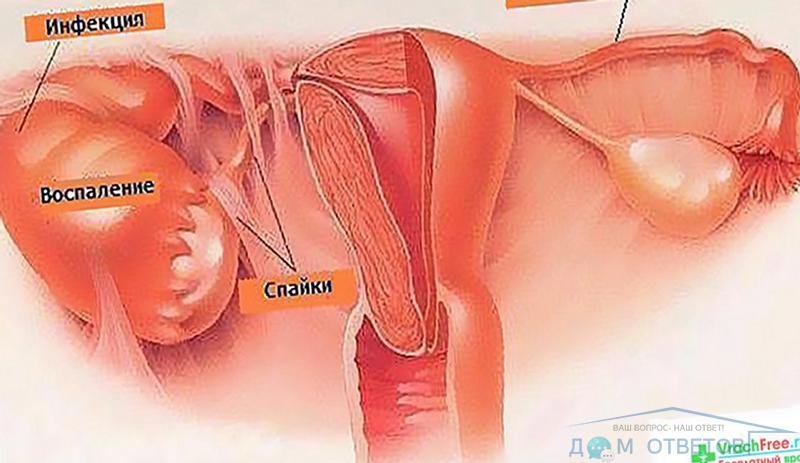
2.При каких состояниях клиническая картина нечетко выражена?

3.В чем состоит профилактика перекрута ножки опухоли яичника?

4.Задача: Пациентка 40 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой гинекологического отделения с предварительным диагнозом: Подозрение на перекрут ножки опухоли правого яичника. Больную беспокоят резкие, нарастающие боли в животе, которые иррадиируют в правую паховую область и бедро, тошнота и рвота. Объективно: положение больной вынужденное, состояние средней тяжести, лицо бледное. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 ударов в мин., ритмичный. Живот вздут, напряжен, резко болезненный при пальпации. Разработайте тактику сестринской помощи.

# Острые воспалительные заболевания придатков матки

Воспалительные заболевания женских половых органов - наиболее распространённая патология половых органов. Острые воспалительные заболевания органов малого таза занимают второе место в структуре гинекологической заболеваемости и составляют 40-65%. Стёртость и атипичность клинической картины вызывает определённые сложности в правильной постановке диагноза. Острое начало заболевания встречают у 46% больных, латентное и стёртое течение - у 64%.



КЛАССИФИКАЦИЯ

Выделяют следующие формы острых воспалительных заболеваний придатков матки:

■ острый катаральный сальпингит;

■ острый гнойный сальпингит;

■ острый сальпингоофорит с формированием тубоовариальных образований;

■ острый гнойный сальпингит и пельвиоперитонит.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наиболее характерные клинические проявления заболевания:

■ тазовые боли (97,8%);

■ повышение температуры, лихорадка (74,5%);

■ симптомы раздражения брюшины (34,8%);

■ тошнота, сухость во рту, рвота, озноб, слабость, болезненное мочеиспускание (34,8%);

■ вздутие кишечника (40,5%).

Диагностика острых воспалительных заболеваний придатков матки основывается на анамнестических данных: репродуктивный возраст, предрасполагающие факторы (половое поведение, длительное использование внутриматочного контрацептива, перенесённые осложнения в родах и др.), а также субъективных и объективных данных. К симптомам острого живота приводят следующие осложнения:

■ Разрыв тубоовариальных абсцессов с последующим развитием перитонита, межпетлевых абсцессов.

■ Перфорация абсцесса в смежные тазовые органы с формированием генитальных свищей.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковое сканирование при острых воспалительных заболеваниях придатков матки используют в качестве скрининг-метода. При аднексите (воспалении придатков матки) отмечают увеличение яичников (чаще двустороннее), болезненность при воздействии датчиком. Воспалительное поражение маточных труб визуализируют при УЗИ только в случае возникновения осложнений (гидросальпинкс, пиосальпинкс). Несомненную ценность имеют широко известные лабораторные признаки острого воспаления (общий анализ крови, гематокрит, биохимические показатели, кислотно-основное состояние, прокальцитонин). В последнее время с диагностической и лечебной целью шире стали применять лапароскопию.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Острые воспалительные заболевания придатков матки сопровождаются клиникой острого живота, в связи с чем их следует дифференцировать

■ с аппендицитом, при котором преобладают расстройства пищеварительного тракта (тошнота, рвота, жидкий стул и др.);

■ с разрывом эндометриоидной кисты яичника или кисты жёлтого тела;

■ с нарушенной или ненарушенной внематочной беременностью;

■ болезнью Крона (хронический воспалительный процесс в желудочно-пищеварительном тракте на любом участке от полости рта до ануса);

■ раком сигмовидной кишки.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Впервые возникшие и осложненные варианты острых воспалительных заболеваний придатков матки должны быть пролечены в стационаре; это снижает количество хронических форм заболевания и предотвращает тяжелые осложнения. Цели лечения:

■ профилактика рецидива заболевания;

■ сохранение и восстановление менструальной и генеративной функции у женщин репродуктивного возраста;

■ повышение качества жизни женщин перименопаузального возраста.

Женщины с подозрением на острые воспалительные заболевания придатков матки нуждаются в госпитализации в гинекологический стационар по экстренным показаниям. Обьем оперативного вмешательства при острых воспалительных заболеваниях придатков матки:

* эвакуация патологического выпота и санация брюшной полости растворами антисептиков (фурациллин 1:5000, 0,05% раствор хлоргексина) или 0,9% раствором натрия хлорида, содержащим антибиотики или препараты имидазола (100%);
* рассечение спаек между маточными трубами, яичниками, окружающийми их тканями (86%);
* вскрытие гнойных тубоовариальних образований, эвакуация гноя, санация полости патологических образований (37%);
* удаление тубоовариального образования (25%);
* экстирпация матки с маточными трубами (1%).

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Пациенткам с перенесёнными острыми воспалительными заболеваниями придатков матки показано:

* диспансерное наблюдение по месту жительства;
* обследование на инфекции, передаваемые половим путем;
* определение иммунореактивности организма;
* физиотерапевтическое лечение для улучшения кровообращения;
* лечение возбудителей острых воспалительных заболеваний придатков матки;
* иммуномодулирующая терапия;
* нормализация микробиоценоза влагалища.

У женщин с нереализованной репродуктивной функцией желательна контрольная лапароскопия через 3-6 месяцев после органосохраняющих операций. При адекватной комплексной терапии прогноз благоприятный.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика острых воспалительных заболеваний придатков матки заключается в своевременном выявлении и обследовании женщин группы риска:

■ с воспалительными заболеваниями нижнего отдела половых органов;

■ с внутриматочными вмешательствами (медицинский аборт, выскабливание стенок полости матки, введение внутриматочного контрацептива, гистеросальпингография);

■ с множественными сексуальными контактами.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1.Частота острых воспалительных заболеваний органов малого таза?

2.Клинические проявления острого воспаления придатков матки?

3.Цели лечения и показания к госпитализации?

4.В чем заключается профилактика острых воспалительных заболеваний придатков матки?

**Доврачебная помощь при неотложных состояниях в гинекологии:**

* вызвать врача акушера-гинеколога;
* обеспечить физический и эмоциональный покой;
* при нарушенной внематочной беременности и апоплексии яичника создать положение Тренделенбурга (положение лежа на спине под углом 45 градусов с приподнятым по отношению к голове тазом);
* временно положить холод на низ живота через пеленку;
* не поить, не кормить;
* при сниженных цифрах артериального давления необходимо собрать капельницу для внутривенного введения с физиологическим раствором и обеспечить контакт с веной (по жизненным показаниям для поддержания объема циркулирующей крови);
* следить за состоянием (пульсом, артериальным давлением, частотой дыхательных движений, сознанием);
* по назначению врача провести забор анализов и готовить пациентку к экстренному оперативному лечению;
* вне стационара вызвать бригаду скорой помощи для срочной госпитализации в гинекологическое отделение;
* категорически запрещается: теплая грелка на низ живота; вводить анальгетики и спазмолитики; давать слабительные средства; ставить очистительные клизмы.

****

положение Тренделенбурга

**После изучения изложенного материала проверьте свои знания, выполняя тестовые задания.**

1.Выберите синоним названия внематочная беременность

А.регрессирующая

Б.эктопическая

В.индуцированная

Г.замершая

2.Продолжите выражение внематочная беременность – это беременность, при которой …..

3.Определите наиболее частую локализацию внематочной беременности

А.брюшная

Б.шеечная

В.трубная

Г.яичниковая

4.Внезапная резкая «кинжальная» боль внизу живота характерна

А.при прогрессирующей внематочной беременности

Б.при разрыве маточной трубы

В.при трубном аборте

Г.при самопроизвольном аборте в ходу

5.На наличие внутреннего кровотечения при прервавшейся внематочной беременности указывают

А.головокружение, слабость

Б.бледность, холодный пот

В.гипотония, частый пульс

Г.все перечисленное

6.Для диагностики прервавшейся внематочной беременности используют

А.вакуум-аспирацию эндометрия

Б.пункцию брюшной полости через задний свод влагалища

В.зондирование матки

Г.выскабливание полости матки

7.Назовите другие методы диагностики при внематочной беременности

8.Восстановите последовательность действий медицинской сестры при поступлении пациентки с прервавшейся внематочной беременностью

А.переложить на каталку, переодеть

Б.измерить артериальное давление

В.срочно вызвать врача

Г.выполнять назначения врача

9.Установите соответствие названой патологии с ее формами

А.апоплексия яичника

Б. внематочная беременность

В.дисфункциональное маточное кровотечение

Г.самопроизвольный аборт

1.полный, неполный

2.ювенильное, репродуктивного возраста

3.трубная, яичниковая

4.болевая, анемическая

10.Перечислите симптомы апоплексии яичника….

11.Как называется кровотечение, которое не связано с беременностью и заболеваниями матки……

12.Чем может быть вызвано маточное кровотечение

А.травмой наружных половых органов

Б.раком шейки матки

В. миомой матки с наличием субмукозного узла

Г.послеоперационным состоянием после удаления матки

13.Неполная перфорация матки – это перфорация

А.без проникновения в брюшную полость

Б.с проникновением в брюшную полость

В.с ранением кишечника

Г.без ранения кишечника

14.Нарушение питания миоматозного узла сопровождается

А.болевым синдромом

Б.маточным кровотечением

В.отечным синдромом

Г.гипертензией

15.При подозрении на некроз миоматозного узла показано

А.УЗИ и наблюдение в женской консультации

Б.экстренная госпитализация в гинекологическое отделение

В.амбулаторное обследование и плановая госпитализация

Г.консультация и лечение в хирургии

16.Установите соответствие клинических симптомов неотложному состоянию

А.боли внизу живота, повышение температуры, озноб

Б.внезапная резкая боль внизу живота с иррадиацией в задний проход, после задержки менструации, слабость, головокружение

В.боли внизу живота с иррадиацией в бедро, тошнота, вздутие живота

Г.внезапные боли внизу живота в момент предполагаемой овуляции, слабость, бледность

1.перекрут ножки опухоли яичника

2.апоплексия яичника

3.острый воспалительный процесс придатков матки

4.прервавшаяся внематочная беременность

17.При поступлении пациентки с неполным самопроизвольным абортом медицинская сестра готовит набор инструментов

А.для выскабливания полости матки

Б.для вакуум-аспирации

В.для зондирования

Г.для пункции

18.Для точной диагностики неотложных состояний в гинекологии большое значение имеет

А.определение уровня гормонов в крови

Б.лапароскопия

В.клинико-лабораторное обследование

Г.бимануальное исследование

19.Предоперационная подготовка перед экстренной операцией не включает

А.очистительную клизму, душ

Б.обеспечение контакта с веной

В.взятие анализов крови

Г.катетеризацию мочевого пузыря

20.Перечислите острые воспалительные заболевания придатков матки…..

21.Восстановите последовательность клинических форм самопроизвольного аборта

А.неполный аборт

Б.аборт в ходу

В.начавшийся аборт

Г.полный

22.Роль профилактических осмотров состоит в выявлении

А.апоплексии яичника

Б. перфорации матки

В.опухоли яичника

Г.травмы наружных половых органов

23.Госпитализация пациентки с выявленной прогрессирующей внематочной беременностью проводится

А.немедленно

Б.после прерывания беременности

В.по желанию женщины

Г.в плановом порядке

24.Приведите примеры неотложных состояний с выраженным болевым синдромом….

25.Доврачебная помощь при неотложных состояниях исключает

А.вызов врача

Б.придание удобного положения

В.введение анальгетиков

Г.подготовку системы для инфузионной терапии.

**При возникновении затруднений при выполнении контрольных заданий вернитесь к изложенному материалу.**

**После решения тестового контроля и ситуационных задач сверьте свои результаты с эталоном.**

**Приложение**

**Эталоны ответов к задачам и тестовому контролю.**

1.Внематочная беременность

Тактика сестринской помощи заключается в следующем: срочно по телефону или через третье лицо вызвать врача в приемный покой, лаборанта; уложить пациентку на кушетку (каталку), по возможности опустить головной конец для предупреждения гипоксии мозга; успокоить, переодеть; измерить АД, температуру, подсчитать пульс с целью контроля за состоянием пациентки; подготовить пациентку и все необходимое для гинекологического осмотра; приготовить все необходимое для обеспечения контакта с веной (стерильные перчатки, жгут, антисептик для обработки места вкола, стерильные марлевые шарики, ангиокат, капельную систему, шприцы, иглы, физиологический раствор); кратковременно до прихода врача положить пузырь со льдом для уменьшения кровотечения; выполнять назначения врача по обследованию и подготовке к экстренной операции, так как лечение прервавшейся внематочной беременности хирургическое.

2.Неполный самопроизвольный аборт

Медицинская сестра срочно вызывает бригаду «скорой помощи», до ее приезда укладывает женщину, успокаивает ее, контролирует кровопотерю, общее состояние, пульс, АД, ЧДД, на низ живота можно положить холод или груз для временного уменьшения кровотечения, дать сладкий горячий чай, укрыть одеялом. По прибытию «скорой помощи» помочь в транспортировке пациентки до машины, женщина подлежит госпитализации в гинекологическое отделение, где будет проведено инструментальное удаление остатков плодного яйца.

3.Дисфункциональное маточное кровотечение

Тактика сестринской помощи заключается в следующем: срочно вызвать врача в приемный покой, лаборанта; уложить пациентку на кушетку (каталку), по возможности опустить головной конец для предупреждения гипоксии мозга; успокоить, переодеть; измерить АД, температуру, подсчитать пульс с целью контроля за состоянием пациентки; подготовить пациентку и все необходимое для гинекологического осмотра; приготовить также все необходимое для обеспечения контакта с веной (стерильные перчатки, жгут, антисептик для обработки места вкола, стерильные марлевые шарики, ангиокат, капельную систему, шприцы, иглы, физиологический раствор); кратковременно до прихода врача положить пузырь со льдом для уменьшения кровотечения; выполнять назначения врача по обследованию и подготовке к выскабливанию полости матки, которое проводится при впервые возникшем кровотечении в репродуктивном возрасте с лечебной (остановка кровотечения) и с диагностической целью (цитологическое и гистологическое исследование соскоба).

4.Перекрут ножки опухоли яичника

Тактика сестринской помощи заключается в следующем: срочно по телефону или через третье лицо вызвать врача в приемный покой, лаборанта; уложить пациентку на кушетку (каталку) для придания удобного положения, переодеть; измерить АД, температуру, подсчитать пульс с целью контроля за состоянием пациентки; провести беседу с целью психологической поддержки; подготовить пациентку и все необходимое для осмотра врача; выполнять назначения врача по обследованию и подготовке к экстренной операции, так как перекрут ножки опухоли яичника является показанием для оперативного лечения.

5.Тестовый контроль

1.Б

2.плодное яйцо локализуется за пределами полости матки

3.В

4.Б

5.Г

6.Б

7.определение ХГЧ, УЗИ, лапароскопия

8.В А Б Г

9.А-4 Б-3 В-2 Г-1

10.внезапная боль внизу живота справа или слева, симптомы внутреннего кровотечения, реже кровянистые выделения из половых путей

11.дисфункциональное (аномальное) маточное кровотечение

12.В

13.А

14.А

15.Б

16.А-3 Б-4 В-1 Г-2

17.А

18.Б

19.А

20. острый сальпингит; острый оофорит; острый сальпингоофорит с формированием тубоовариальных образований; пиосальпингс, пиовар, пельвиоперитонит.

21.В Б А Г

22.В

23.А

24.апоплексия яичника, прервавшаяся внематочная беременность, перфорация матки, перекрут ножки опухоли яичника, некроз миоматозного узла, рождение субмукозного миоматозного узла.

25.В

**Рекомендуемая литература**

1. Внематочная беременность. Гриф УМО по медицинскому образованию. Сидорова И.С., Гуриев Т.Д. 2007 г. Издательство: Практическая медицина

2.Гинекология (клинические лекции с компакт-диском). Под редакцией О.В.Макарова. Москва, “ГЭОТАР-Медиа”, 2010 г.

3.Гинекология. Дуда В.И., Дуда В.И., Дуда И.В., 2008г. ООО «Издательство АСТ».

4.Гинекология. Курс лекций. Гриф УМО по медицинскому образованию. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Буданов П.В., Баев О.Р. 2009 г.

5.Гинекология. Национальное руководство. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г. Издательство: Гэотар-Медиа.

6.Гинекология. Учебник. Гриф Министерства здравоохранения, 2009 г. Василевская Л.Н., Грищенко В.И., Щербина Н.А., Юровская В.П. Издательство: Феникс.

7.Гуськова Н.А. «Акушерство», справочник – Москва, 2008 г.

8.Крылова Е.П. «СД в акушерстве и гинекологии», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2000 г.

9.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2007 г.

10.Славянова И.К. «СД в акушерстве и гинекологии», Ростов-на-Дону, «Феникс», 2001г.