ШАДРИНСКИЙ ФИЛИАЛ

ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

**СБОРНИК ЛЕКЦИЙ**

**для самоподготовки студентов медицинского колледжа**

специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

МДК 02.01.04. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии

Шадринск 2018

Сборник лекций для самоподготовки студентов медицинского колледжаспециальности 34.02.01 «Сестринское дело» по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. МДК 02.01.04. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии / О.В. Антропова. – Шадринский филиал ГБПОУ КбМК. - Шадринск, 2018. - 128 с.

Сборник лекций для студентов и преподавателей медицинского колледжапредназначен для лучшего усвоения изучаемого материала по профессиональному модулю 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. МДК 02.01.04. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии и рациональной организации времени студентов на теоретическом занятии.

© Антропова О.В., 2018

© Шадринский филиал

ГБПОУ КбМК, 2018

**Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение | 4 |
| Тема 1. Организация акушерско-гинекологической и неонаталогической помощи в Российской Федерации. Репродуктивное здоровье населения в России. Современные представления об анатомо-физиологических особенностях женского организма. | 5 |
| Тема 2. Методы исследования в акушерстве. Ведение физиологической беременности. | 21 |
| Тема 3. Физиологические роды. Физиологическое течение послеродового периода. Современные перинатальные технологии. | 30 |
| Тема 4. Особенности сестринского процесса при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода. | 45 |
| Тема 5. Сестринский процесс в гинекологии. Особенности сестринского процесса при воспалительных заболеваниях женских половых органов, бесплодии. | 54 |
| Тема 6. Особенности сестринского процесса при нарушениях менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы. Особенности сестринского процесса при доброкачественных и злокачественных заболеваниях гениталий. Факторы рискам возникновения онкологических заболеваний. | 79 |
| Тема 7. Диспансерное наблюдение при гинекологических заболеваниях. Консервативные методы лечения гинекологических больных. | 100 |
| Тема 8. Особенности сестринского процесса при оперативных методах лечения гинекологических больных. Предоперационная подготовка и послеоперационный уход. | 113 |
| Тема 9. Особенности сестринского процесса при неотложных состояниях в гинекологии. | 120 |
| Список использованных источников и литературы | 126 |
| Приложение. Задания для самостоятельной работы студентов | 128 |

**Введение**

Современный период характеризуется углубленным развитием всех областей медицины, в том числе акушерства и гинекологии. Медицинская сестра, как и любой другой представитель медицинской специальности, ежедневно сталкивается с проблемами женщин, будь то здоровая женщина, гинекологическая больная или беременная. Возникает необходимость дать гигиенический совет, порекомендовать метод контрацепции или консультацию узкого специалиста акушерского профиля. Грамотная медицинская сестра знает свои обязанности и чувствует свою ответственность перед обществом. Медицинская сестра должна оказать помощь всем, кто обращается за ней - любой женщине, независимо от ее социального статуса и расы.

Важнейшей целью является сохранение здоровья женщин и новорожденных, предупреждение заболеваний. Медицинская сестра принимает активное участие в решении этих сложных проблем. Она с успехом может работать в стационарах акушерско-гинекологического профиля: гинекологическом отделении (операционные сестры), в родильных домах (детские сестры, сестры - анестезисты). Для оказания квалифицированной помощи сестры должны быть компетентны во всех вопросах акушерства и гинекологии.

Сборник лекций предназначен для реализации требований профессиональной образовательной программы ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. МДК 02.01.04. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии по специальности СПО: 34.02.01 Сестринское дело в части освоения основного вида профессиональной деятельности: выполнение сестринского ухода в акушерстве и гинекологии.

**Тема 1. Организация акушерско-гинекологической и неонаталогической помощи в Российской Федерации. Репродуктивное здоровье населения в России. Современные представления об анатомо-физиологических особенностях женского организма**

**Вопросы для изучения:**

1. Подразделения акушерско-гинекологической службы.
2. Нормативные документы. Родовые сертификаты.
3. Основы этики и деонтологии в акушерской практике.
4. Репродуктивное здоровье населения в России.
5. Анатомия наружных и внутренних половых органов.
6. Физиология женской половой сферы.
7. Анатомо-физиологические особенности женщины в разные периоды жизни.

**1. Подразделения акушерско-гинекологической службы**

Акушерство **-** (от фр. Accucher) – помогать в родах - это область клинической медицины, изучающая физиологию, патологию процессов, связанных с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также разрабатывающим методы профилактики и лечения осложнений беременности и родов, родовспоможения.

Гинекология **(**от латинского gyne – женщина, logos- наука) – область клинической медицины, изучающая физиологию и болезни женской половой системы и разрабатывающая методы профилактики, диагностики и лечения.

Неонатология - раздел медицины, который изучает новорожденных, их рост и развитие, их заболевания и патологические состояния.

**Акушерско-гинекологическая помощь -** лечебно-профилактическая помощь, оказываемая женщинам при беременности, родах, гинекологических заболеваниях, в вопросах планирования семьи, а также при профилактическом наблюдении.

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» изложен и утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н)

**Акушерско-гинекологическая помощь** женщинам оказывается в рамках первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «акушерство и гинекология».

Порядок оказания медицинской помощи женщинам включает в себя два основных этапа:

* амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами в женской консультации, медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов;
* стационарный, осуществляемый в родильных и гинекологических отделениях.

Женская консультация создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в амбулаторных условиях.

Гинекологическое отделение является структурным подразделением медицинской организации - осуществляет оказание медицинской помощи женщинам с заболеваниями органов репродуктивной системы в стационарных условиях, а так же оказание медицинской помощи в связи с искусственным прерыванием беременности.

Родильный дом (отделение) создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение в составе медицинских организаций с целью оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период, а также медицинской помощи новорожденным.

Перинатальный центр является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением в составе медицинской организации. Федеральный перинатальный центр также может являться структурным подразделением образовательных и научных организаций, осуществляющих медицинскую деятельность.

Центр оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовой период, новорожденным детям, а также гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

Акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи организуется с целью оказания неотложной медицинской помощи и проведения реанимационных и лечебных мероприятий женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, в том числе во время транспортировки, и является структурным подразделением перинатального центра и родильного дома.

Центр охраны материнства и детства является самостоятельной медицинской организацией - оказывает медицинскую помощь детям, в том числе новорожденным, а также женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период и гинекологическим больным по сохранению и восстановлению репродуктивной функции.

Центр охраны здоровья семьи и репродукции создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации - оказывает медицинскую помощь женщинам в период беременности, в послеродовом периоде и гинекологическим больным по сохранению и восстановлению функции репродуктивной системы.

Центр охраны репродуктивного здоровья подростков создается как самостоятельная медицинская организация или как структурное подразделение медицинской организации - осуществляет профилактическую и организационно-методическую работу и оказывает консультативную, лечебно-диагностическую, реабилитационную и социально-психологическую помощь подросткам (в возрасте от 10 до 17 лет включительно), направленную на сохранение и укрепление их репродуктивного здоровья.

Отделение акушерского ухода для беременных женщин является структурным подразделением медицинской организации, и создается в больницах, имеющих в своем составе акушерские стационары, перинатальных центрах и (или) родильных домах. Отделение оказывает медицинскую помощь в стационарных условиях женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений. Отделение предназначается для проведения курса лечения, направленного на предупреждение осложнений беременности, а также проведения оздоровительных мероприятий женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, нуждающимся в медицинской помощи и социальном уходе.

Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации создается как структурное подразделение медицинской организации - оказывает медико-социальную помощь женщинам в период беременности и в послеродовом периоде.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) - структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, осуществляющее доврачебную первичную медико-санитарную помощь в сельской местности.

**2. Нормативные документы. Родовые сертификаты**

В статье 37 Федерального Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» говорится, что медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

* этапы оказания медицинской помощи;
* правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
* стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
* рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

* медицинских услуг;
* лекарственных препаратов (с указанием средних доз);
* медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
* компонентов крови;
* видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания.

Статьями главы 6 цитируемого приказа регламентируется и гарантируется охрана здоровья матери и ребенка, а так же вопросы семьи и репродуктивного здоровья.

Клинический протокол медицинской организации - нормативный документ, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации в медицинской организации.

Родовой сертификат - программа, созданная в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Основным нормативным документом, где подробно отражаются все вопросы является приказ Минздравсоцразвития от 28.11.2005 № 701 (ред. от 08.05.2009) «О родовом сертификате».

Родовой сертификат («красный лист») - финансовый документ, который имеет утвержденную законом сумму, которая впоследствии выплачивается медицинскому учреждению.

Женщина наделяется правом передачи его любому родильному дому или женской консультации, которая больше понравилась. Причем неважно, в каком районе или городе страны он находится.

Утвержденный документ на 2018 год схож с бланком больничного листа. Он красного цвета и состоит из шести частей, это:

* корешок
* талон № 1
* талон № 2
* талон № 3.1
* талон № 3.2
* родовой сертификат.

Корешок (или регистрационная часть) - подтверждение факта выдачи, предназначен для медицинского учреждения, в котором был выдан женщине.

Адресат талона № 1 - Фонд социального страхования, адресант - медицинское учреждение. Талон предназначен исключительно для оплаты работы медицинского персонала той консультации, в которой женщина наблюдалась более трех месяцев. Талон рассчитан на сумму 3000 рублей.

Талон № 2 предназначен для роддома. Медицинское учреждение получит денежную сумму, если роды состоялись и были успешны. Талон рассчитан на сумму 6000 рублей. В случае если родоразрешение было на платной основе, талон не заполняют.

Если при родах погиб ребенок или мать, никакие выплаты производиться не будут.

Талон № 3.1 и 3.2 направляются в детскую поликлинику. Первый предназначен для медицинского учреждения, в котором наблюдается ребенок первые полгода. Второй талон направляется в учреждение, которое оказывало медицинские услуги в течение второго полугодия жизни ребенка. Талон рассчитан на сумму 2000 рублей, то есть стоимость одного полугодия составляет 1000 рублей.

Сам документ позволяет женщине выбрать детское медицинское учреждение. Она получает его при выписке из родильного дома. Лист содержит информацию о дате родах, весе, росте малыша, а также там фиксируется факт оказания медпомощи женщины во время беременности и при родах.

В 2018 году сумма денежного размера родового сертификата составляет 11 000 рублей, выплачивается из федерального бюджета. Часть средств идет на поощрения в виде доплат медицинским работникам, часть - на приобретение медикаментов и оборудования.

Для получения родового сертификата необходимо:

* постоянно наблюдаться у гинеколога;
* находиться на учете в течение минимум 12 недель.

Ели женщина игнорирует визиты к врачу на протяжении более трех месяцев, велика вероятность, что ей в получении листа откажут.

Документ не подлежит восстановлению, однако в случае утраты, порчи или смене данных, у женщины есть способы восстановить. Женщине следует посетить женскую консультацию, выдавшую документ. Это относится и к смене фамилии. Данные, указанные в родовом сертификате и данные паспорта будут разниться, а значит, признается недействительным. В таком случае нужно обратиться в учреждение, выдавшее его и внести соответствующие изменения. При внесении поправок необходимо заверить изменения подписью должностного лица, печатью и прописанной формулировкой «Исправленному верить».

Заполнять сертификат самостоятельно нельзя. Это должностная обязанность уполномоченных сотрудников медицинского учреждения.

Выдается родовой сертификат женской консультацией, в которой женщина наблюдается у специалиста.

Если беременность многоплодная, выдается на 28-ой неделе. Во всех остальных случаях срок выдачи - от 30-ти недель беременности.

Чтобы получить сертификат следует подготовить ряд документов:

* паспорт либо иной документ удостоверяющий личность (обязательно)/свидетельство о рождении (лицам, не достигшим 14-летнего возраста);
* полис обязательного медицинского страхования (ОМС);
* страховое свидетельство государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

Родовой сертификат - документ, который гарантирует беременной женщине оказание необходимой помощи, а медицинскому учреждению - финансирование со стороны государства за качественное выполнение профессиональных обязанностей.

**3. Основы этики и деонтологии в акушерской практике**

Этика в медицине - нормы, охватывающие вопросы взаимоотношения с пациентами и их родственниками, с коллегами, поведение в быту, высокие моральные качества.

Медицинская деонтология - часть этики, включающая нормы и принципы поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Основные постулаты этики и деонтологии в акушерской практике

1. Уровень знаний медработника должен быть выше уровня знаний, заложенных в технике, медработник постоянно должен учиться

2. Пациент хочет иметь дело с медработником, который для него оказался бы личностью большего масштаба, чем он сам. Скромность и опрятный вид должны быть неотъемлемыми чертами внешнего облика медработника.

3. Акушеру-гинекологу и акушерке приходится сталкиваться с множеством психологических проблем, касающихся беременности, менструального цикла, всей половой деятельности женского организма, а иногда и очень сложных вопросов любви, половой жизни, брака, регулирования рождаемости.

4. Специфика акушерско-гинекологической работы:

* необходимо установить тесный контакт с пациенткой во время первой беседы, отношение к пациентке как к личности;
* руководствуясь принципами морали и этики врач акушер-гинеколог и акушерка должны принимать решение как с учетом собственного понимания ценностей, так и с выяснением их понимания женщиной и другими заинтересованными лицами (муж, родители, родственники); при общении с ними медработник обязан быть выдержанным, приветливым, наблюдательным, умеющим находить выход из трудных ситуаций, работа с родственниками очень важна;
* внешний вид медработника и манера его поведения должны быть доброжелательными;
* в ряде случаев необходима психопрофилактическая подготовка пациенток;
* медработнику приходится решать сложные проблемы пациентки, связанные с беременностью, если беременность противопоказана, в таких случаях беременная не всегда следует совета врача, акушерки, поэтому от медработника требуется выдержка, такт, психологическое умение разговаривать с беременной и ее родственниками;
* медработник должен быть отличным специалистом;
* следует остерегаться ятрогений; средний младший медицинский персонал не должен обсуждать диагноз, лечение, исход заболевания, давать объяснения, касающиеся операций и их результатов - по этим вопросам информацию дает врач;
* медработник обязан хранить врачебную тайну (кроме случаев оговоренных в законодательстве).

5. Все работники акушерско-гинекологических стационаров должны следовать принципам деонтологии. Назначения врача неукоснительно выполняются. Успех работы во многом зависит от слаженности действий, правильного понимания взаимоотношений врач - средний персонал - младший персонал, врач-врач, от взаимовыручки и взаимопомощи.

**4. Репродуктивное здоровье населения в России**

Репродуктивное здоровье - состояние полного физического, умственного и социального благополучия в производстве потомства и психосексуальных отношениях в семье.

Проблема репродуктивного здоровья была и остается одной из самых острых в медицине. Приоритетной задачей современной медицины в России является сохранение репродуктивного здоровья нации.

Немаловажное значение для улучшения демографической картины имеет репродуктивное здоровье женщин.

Проблемы репродуктивного здоровья женщин в России следующие:

* рост числа заболеваний с хроническим и рецидивирующим течением (болезней системы кровообращения, нервной системы, мочеполовых органов, инфекционных болезней);
* рост числа злокачественных заболеваний, при этом у женщин ведущее место занимают злокачественные опухоли репродуктивной системы;
* рост числа заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП), сифилиса и СПИДа, ВИЧ-инфекций беременных как результата наркомании.

Так же немаловажное значение для улучшения демографической картины имеет и репродуктивное здоровье мужчин.

В последнее время отмечается увеличение числа мужского населения с заболеваниями репродуктивной системы.

К факторам, оказывающим негативное влияние на репродуктивный потенциал мужчин, относят следующие:

* генетические или наследственные;
* приобретенные (зависящие от образа жизни): табакокурение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ, несоблюдение норм питания, стресс, различные заболевания органов мочеполовой системы и, прежде всего, инфекции, передающиеся половым путем.

Следует отметить, что наличие инфекционно-воспалительных заболеваний мужской репродуктивной системы, приводит к нарушениям эндокринной функции половых желез, значительно снижая репродуктивный потенциал мужчины. Это, в свою очередь, играет определяющую роль в формировании репродуктивных нарушений у женщины, уменьшая вероятность зачатия ребенка и резко увеличивая риск осложнений беременности и ее самопроизвольного прерывания. Не менее больший риск представляют для здоровья мужчины низкий уровень физической активности, сидячая офисная работа, неправильное питание, которые в совокупности приводят к ожирению и метаболическому синдрому и вызывают серьезные психофизиологические проблемы, сказываясь на состоянии репродуктивной функции мужчин. По данным ряда исследований в России, частота бесплодия в браке достигает 16 % и не отмечается тенденции к его снижению.

Причинами бесплодия в России являются стрессовые и психологические факторы, раннее вступление в половую жизнь и высокая распространенность поведенческих факторов риска, особенно среди молодежи.

Таким образом, проблема репродуктивного здоровья может быть решена при условии ликвидации факторов, оказывающих негативное влияние на репродуктивную систему человека. А значит, информированность и грамотное использование контрацепции позволит предупредить нежелательную беременность и заражение инфекциями, передающимися половым путем, своевременная диагностика и лечение этих заболеваний дадут возможность минимизировать отрицательное влияние инфекционно-воспалительных процессов на репродуктивную функцию как женщин, так и мужчин. Планирование и тщательная подготовка будущих родителей к беременности, ведение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек способствуют благоприятному течению беременности и родов, рождению здорового ребенка. А в целом, забота о своем здоровье, в том числе его составляющей - репродуктивном здоровье, должна стать нормой и культурой поведения каждого человека и всего общества.

**5. Анатомия наружных и внутренних половых органов**

Женские половые органы анатомически подразделяются на наружные и внутренние.

К наружным половым органам относятся: лобок, большие половые губы, малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия – бартолиновы железы. Границей между наружными и внутренними половыми органами является девственная плева. Наружные половые органы в совокупности носят название вульва.

К внутренним половым органам относятся: влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Лобок (лобковое возвышение, или лонный холм) представляет собой небольшое треугольное возвышение, богатое подкожным жиром. Верхней границей лобка является поперечная кожная борозда (надлобковая складка), внизу лобок сливается с большими половыми губами, по сторонам граничит с паховыми складками.

У взрослой женщины лобок покрыт волосами в форме треугольника с основанием вверху и вершиной, направленной вниз. Рост волос на лобке обусловлен деятельностью яичников и коры надпочечников. Недостаточное оволосение либо мужской тип роста волос на лобке (форма ромба, протянутая в сторону пупка) может свидетельствовать о недостаточной функции яичников и недоразвитии половых органов.

Преддверие влагалища - часть женской вульвы (наружных половых органов), которую составляют: клитор, девственная плева или ее остатки, малые и большие железы преддверия, отверстие мочеиспускательного канала, вход во влагалище, задняя спайка больших половых губ. Преддверие влагалища непосредственно участвует в половом акте. Благодаря секрету (смазке), который выделяют малые и большие железы преддверия, женщина получает весь спектр ощущений во время полового акта.

Строение преддверия влагалища

Преддверие влагалища располагается между малыми половыми губами:

* сверху оно ограничено клитором;
* ниже клитора расположено отверстие мочеиспускательного канала;
* возле уретры у основания малых половых губ присутствуют две протоки бартолиновых желез;
* по всей поверхности преддверия влагалища располагаются протоки многочисленных малых желез;
* ниже отверстия уретры открывается вход во влагалище;
* вход во влагалище у девственниц окружает девственная плева, у живущих половой жизнью женщин – ее остатки;
* в толще преддверия влагалища присутствует большое количество сосудов и нервных окончаний;
* снизу преддверие влагалища ограничено нижней спайкой половых губ.

Клитор выдается в виде небольшого (в невозбужденном состоянии) бугорка в переднем углу половой щели.

По своему строению клитор имеет головку, пещеристые тела. Соединение малых половых губ сразу же над головкой клитора создает подобие капюшона. Благодаря многочисленным нервным окончаниям клитор является одной из основных эрогенных зон женщины.

Большие половые губы - две продольные складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Спереди большие губы переходят к концу лобка, сзади они сходятся и образуют заднюю спайку. Кожа на наружной поверхности губ покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы. Пространство между большими половыми губами называется половой щелью. В норме большие половые губы прикрывают малые.

В толще половых губ заложены большие железы преддверия –бартолиновы железы. Пространство между задней спайкой (спереди) и заднепроходным отверстием (сзади) и паховыми складками с боков называется акушерской промежностью.

Шов промежности - линия, идущая от задней спайки до заднего прохода.

Малые половые губы - вторая пара продольных кожных складок. Спереди они раздваиваются и образуют две пары ножек. Передняя пара соединяется над клитором, задняя - под ним.

Девственная плева является границей между внутренними и наружными половыми органами женщины. Она представляет собой небольшую, очень эластичную складку слизистой оболочки (соединительнотканная перепонка) с отверстием (отверстиями) для выхода менструальной крови. После первого полового сношения происходит разрыв девственной плевы, сопровождающийся кровотечением из разрушенных сосудов.

Влагалище (лат. vagina - ножны, футляр) - это внутренний половой орган женщины, мышечно-эластичное трубчатое образование, расположенное в малом тазу между мочеиспускательным каналом и мочевым пузырем спереди, и прямой кишкой сзади. Его верхняя граница располагается на уровне шейки матки, которую оно охватывает, внизу оно открывается в преддверие влагалища отверстием влагалища. У девственниц это отверстие закрыто девственной плевой. Относительно матки влагалище образует угол, открытый спереди. Между передней и задней стенкой влагалища, в результате их соприкосновения, полость влагалища имеет щелевидную форму.

Влагалище - это полая трубка длиной 9 - 10 см, имеет 4 стенки - 2 боковые, переднюю и заднюю. Стенки влагалища достаточно эластичны и постоянно увлажнены, что способствует совершению полового акта. Можно выделить 3 основных слоя стенок.

Внутренний (слизистая оболочка), состоит из тканей многослойного плоского эпителия, клетки которого расположены слоями, образуя многочисленные поперечные складки. Отвечает за регенерацию поврежденных участков влагалища. Складки придают эластичность и позволяют влагалищу растягиваться. Складки наиболее выражены в детородном возрасте.

Средний слой (гладкомышечный слой) представляет собой мышечную массу, она связывает наружную часть влагалища и стенки матки. Пучки мышц ориентированы преимущественно продольно, но представлены и пучки циркулярного направления. В своей верхней части мышцы влагалища переходят в мускулатуру матки. В нижнем отделе влагалища они становятся более прочными, постепенно вплетаясь в мышцы [промежности](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B6%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C). Наибольшая концентрация мышц возле промежности; во время родов они отвечают за расширение диаметра влагалища, что необходимо для нормального процесса рождения ребенка.

Наружный слой (адвентициальный слой) состоит из соединительной ткани с элементами мышечных и эластических волокон. Является основой для питания двух предыдущих - он сосредотачивает в себе минералы и вещества, которые необходимы для роста мышц и регенерации эпителия; также, к нему крепятся волокна мышц.

Нервных окончаний в стенках влагалища очень мало, поэтому во время сношения оно не обеспечивает женщине наслаждения. Эту функцию исполняет вульва.

Стенки влагалища здоровой женщины обычно бледно-розового цвета, беременность делает его темнее. Температура во влагалище не всегда находится на одном уровне: она повышается во время овуляции, беременности, а также может сигнализировать о воспалительных процессах половых органов.

Во время сношения и родов влагалище расширяется.

Стенки влагалища выстланы железами, выделяющими слизь беловатого цвета с характерным запахом. Она имеет слабокислую реакцию. Кислая реакция (рН 4,0 - 4,5) обусловлена присутствием молочной кислоты.

Микрофлора влагалища представляет собой множество бактерий, присутствующих у каждой женщины на слизистой оболочке внутренних половых органов.

Стенки влагалища вместе с шейкой образуют 4 свода, имеющие соответствующие стенкам названия.

Задний свод самый глубокий, из него берут содержимое на степень чистоты влагалища, которых всего 4.

Матка (лат. uterus) - это репродуктивный непарный гладкомышечный полый орган. Матка расположена в средней части полости малого таза, мочевой пузырь лежит спереди, а прямая кишка сзади. Она очень подвижна, поэтому относительно других органов может находиться в разных положениях.

Матка имеет грушевидную форму, которая уплощена спереди и сзади, длиной 8 см. В верхней части матка по бокам имеет ответвления – фаллопиевы трубы, которые переходят в яичники. Позади расположена прямая кишка, а спереди мочевой пузырь.

Матка состоит из нескольких частей.

Дно матки – это верхняя часть, имеющая выпуклую форму и располагающаяся выше линии отхождения маточных труб.

Тело матки (составляет 2/3), в которое плавно переходит дно. Имеет конусообразный вид. Книзу сужается и образует перешеек. Это полость, ведущая к шейке матки.

Шейка матки – имеет цилиндрическую форму, состоит из перешейка, цервикального канала и влагалищной части.

Цервикальный канал, имеет наружное и внутреннее отверстие (зев).

Наружный зев имеет круглую или овальную форму у нерожавших и щелевидную форму у рожавших.

Размеры и масса матки индивидуальны. Средние значения ее веса у девушек и нерожавших женщин достигают 40 – 50 г.

Полость матки имеет форму треугольника основанием кверху, боковые углы переходят в маточные трубы, а вершина - в цервикальный канал. Секрет желез матки представляет чистую прозрачную слизь, которая заполняет цервикальный канал, как пробка.

Строение стенки матки. Стенка матки состоит из трех слоев: периметрий, миометрий и эндометрий.

Периметрий **-** серозная оболочка (внутренний слой стенки матки). На большом протяжении передней и задней поверхностей и дна матки она плотно сращена с миометрием; на границе перешейка брюшинный покров прикрепляется рыхло.

Миометрий **–** мышечная оболочка (средний слой стенки матки)- наиболее толстый слой маточной стенки, состоит из трех слоев гладких мышечных волокон с примесью волокнистой соединительной ткани и эластических волокон:

* наружный продольный (подсерозный) - с продольно расположенными волокнами и в небольшом количестве с круговыми волокнами плотно сращен с серозным покровом;
* средний круговой - является самым мощным слоем, наиболее сильно развит в области шейки матки: он состоит из колец, расположенных в области трубных углов перпендикулярно к их оси, в области тела матки в круговом и косом направлениях; этот слой содержит большое количество сосудов, преимущественно венозных, поэтому его еще называют сосудистым слоем.
* внутренний продольный (подслизистый) - самый тонкий, с продольно идущими волокнами.

Эндометрий **–** слизистая оболочка- образует внутренний слой стенки матки. Состоит из слоя цилиндрического эпителия, выстилающего поверхность и железы, и собственной пластинки соединительной ткани, связанной с миометрием. Она пронизана простыми трубчатыми железами, которые открываются на поверхность эпителия, самые глубокие их части достигают миометрия. Среди секреторных клеток рассеяны группки реснитчатых цилиндрических клеток. Эндометрий состоит из двух слоев:

* поверхностный - толстый слой, называемый функциональным;
* и глубже расположенный - базальный слой.

Яичники - парные органы репродуктивной системы женщин (правый яичник и левый яичник). Они находятся по боковым сторонам полости малого таза. Здоровый яичник – яйцевидной (миндалевидной) формы, немного сплющен спереди назад, имеет синевато-розоватый цвет. Весит яичник около 5 - 10 грамм, в длину имеет 25 - 55 мм, в ширину – 15 - 30 мм, толщина приблизительно 20 мм. Размеры яичников меняются с возрастом женщины.

Крепится яичник в малом тазу при помощи нескольких связок. Две основные – это связка, подвешивающая яичник, и короткая брыжейка, которая идет от широкой связки матки.

Строение яичника.

Яичник имеет несколько оболочек: зародышевый эпителий, белочную оболочку, паренхиму яичника, состоящую из коркового (наружного) мозгового (внутреннего) слоев.

1. сверху яичник покрыт однослойным зародышевым эпителием.
2. затем идет плотная белочная оболочка, состоящая из соединительной ткани - она составляет строму яичника, в изобилии содержащую эластичные волокна.
3. паренхима яичника делится на наружный и внутренний слои:
* внутренний слой называют мозговым веществом, в нем в рыхлой соединительной ткани находятся кровеносные и лимфатические сосуды.
* снаружи находится плотное корковое вещество яичника - здесь находятся везикулярные яичниковые фолликулы (именуемые также граафовыми пузырьками) и зреющие первичные фолликулы, самые маленькие по размеру.

Строение фолликула.

Зрелый фолликул содержит внутри себя жидкость (фолликулярная жидкость) и сверху покрыт оболочкой – текой, достигает в диаметре 2 см. Внутри располагается зернистый слой, где находится яйценосный бугорок с яйцеклеткой. Готовый к овуляции фолликул располагается на краю яичника.

Маточные трубы имеют длину 10 - 12 см, просвет (ширина, диаметр) - 0,5 - 1 см. Они отходят в стороны от тела матки практически горизонтально. На конце трубы воронка, закрывающаяся фимбриями (бахромками). Труба имеет три отдела:

* интерстициальная часть - в толще стенки матки;
* перешеечная - средний отдел;
* ампулярная - конечный отдел (воронка).

В ампулярном отделе трубы происходит оплодотворение. Воронка трубы расположена в непосредственной близости от яичника, в котором зарождается яйцеклетка и выходит в определенный день менструального цикла, чтобы встретиться со сперматозоидом.

Заканчиваются трубы маточной частью, там, где они переходят в этот мышечный орган. Стенки труб различаются по своему строению – наружный слой представляет собой серозную оболочку (брюшина), средний состоит из продольного и кругового слоя мышц, а внутренний – это слизистая, собранная в бороздки и покрытая цилиндрическим мерцательным эпителием (реснички которого мерцают в сторону матки), с помощью которого яйцеклетка продвигается в полость матки.

**6. Физиология женской половой сферы**

Женская половая система обладает четырьмя специфическими функциями: менструальной, половой, детородной и секреторной.

Менструальным циклом называются ритмически повторяющиеся сложные изменения в половой системе и во всем организме женщины, подготавливающие ее к беременности. Изменения во время менструального цикла наиболее выражены в органах половой системы, особенно в яичниках и слизистой оболочке матки. Важная роль в регуляции менструального цикла принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе. Под влиянием рилизинг-факторов гипоталамуса в передней доле гипофиза происходит выработка гонадотропных гормонов, стимулирующих функцию половых желез: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и лютеотропного (ЛТГ). ФСГ способствует созреванию фолликулов в яичниках и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона. ЛГ стимулирует развитие желтого тела, а ЛТГ – выработку гормона желтого тела (прогестерона) и секрецию молочных желез. В первую половину менструального цикла преобладает выработка ФСГ, во вторую половину – ЛГ и ЛТГ. Под влиянием этих гормонов происходят циклические изменения в яичниках.

Яичниковый цикл. Этот цикл составляют три фазы:

* развитие фолликула – фолликулярная фаза;
* разрыв созревшего фолликула – фаза овуляции;
* развитие желтого тела – лютеиновая (прогестероновая) фаза.

В фолликулярной фазе яичникового цикла происходит рост и созревание фолликула, что соответствует первой половине менструального цикла.

Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей яйцеклетки, покрытой снаружи блестящей оболочкой и окруженной клетками лучистого венца. Яйцеклетка попадает в брюшную полость и далее в маточную трубу, в ампулярном отделе которой происходит оплодотворение. Если оплодотворения не произошло, то через 12 – 24 часов яйцеклетка начинает разрушаться. Овуляция происходит в середине менструального цикла.

Фаза развития желтого тела (лютеиновая) занимает вторую половину менструального цикла. На месте разорвавшегося фолликула после овуляции образуется желтое тело, продуцирующее прогестерон. Под его влиянием происходят секреторные превращения эндометрия, необходимые для имплантации и развития плодного яйца. Если произошло оплодотворение и наступила беременность, то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности и носит название желтого тела беременности.

Маточный цикл. Этот цикл сводится к изменениям в слизистой оболочке матки и имеет одинаковую продолжительность с яичниковым. В нем различают две фазы – пролиферацию и секрецию с последующим отторжением функционального слоя эндометрия. Первая фаза маточного цикла начинается после того, как заканчивается отторжение (десквамация) эндометрия при менструации. Фаза пролиферации эндометрия совпадает с фолликулярной фазой яичникового цикла. Фаза секреции занимает вторую половину менструального цикла, совпадая с фазой развития желтого тела.

**7. Анатомо-физиологические особенности женщины в разные периоды жизни**

Период полового созревания девочки. Период полового созревания занимает около 10 лет. Его возрастными границами являются 7(8) - 17(18) лет. В течение этого времени, помимо созревания репродуктивной системы, заканчивается физическое развитие женского организма: рост тела в длину, формирование телосложение и распределение жировой и мышечной ткани по женскому типу. Физиологический период полового созревания протекает в строго определенной последовательности.

В препубертатном периоде (7 - 9 лет) отмечается скачок роста, появляются первые признаки женской фигуры: округляются бедра, начинает формироваться женский таз, утолщается слизистая оболочка влагалища. В 1-ю фазу пубертатного периода (10 - 13 лет) начинается увеличение молочных желез, оволосение лобка. Этот период завершается первой менструацией - менархе (в возрасте около 13 лет), которая совпадает с окончанием быстрого роста тела в длину. Во 2-ю фазу пубертатного периода (14 - 17 лет) молочные железы и половое оволосение завершают развитие, последним заканчивается оволосение подмышечных впадин, которое начинается в 13 лет. Менструальный цикл становится нормальным (двухфазным), прекращается рост тела в длину и окончательно формируется женский таз.

Половая зрелость наступает к 16 - 18 годам, когда весь организм женщины окончательно сформирован и готов к зачатию, вынашиванию беременности, родам и вскармливанию новорожденного.

Период половой зрелости. Период половой зрелости, или репродуктивный период, занимает около 30 лет - с 16 - 18 до 45 лет. В этот период у женщины функционирует двухфазный менструальный цикл. Его физиологический механизм очень сложен. В упрощенном виде его можно представить следующим образом. В подкорковой зоне головного мозга происходит пульсирующая секреция специальных химических веществ (нейросекретов), которые по кровеносной системе попадают в переднюю долю гипофиза - вырабатываются два вида так называемых гонадотропных гормонов: лютеинизирующий гормон (ЛГ) и фолликулостимулирующий гормон (ФСГ). Эти гормоны, попадая в кровь, действуют на яичник, стимулируют рост фолликула, в котором начинают вырабатываться половые гормоны (эстрогены) и происходит созревание яйцеклетки. Повышение продукции ЛГ и ФСГ в середине менструального цикла (II - 15-и день) приводит к разрыву фолликула и выходу яйцеклетки в брюшную полость (1-я фаза цикла). На месте фолликула; возникает желтое тело, в котором начинается продукция гормона желтого тела прогестерона (2-я фаза цикла). Под действием эстрогенных гормонов в слизистой оболочке матки происходят восстановление и рост клеток эпителия функционального слоя слизистой оболочки матки (1-я фаза цикла). После овуляции и начала продукции гормона желтого тела (прогестерона) в слизистой оболочке матки появляются железы, которые заполняются секретом (2-я фаза цикла, 15 - 28-й день).

Если оплодотворение не наступило, то происходит увядание желтого тела, уменьшается, а затем прекращается выработка прогестерона. Это приводит к омертвению функционального слоя слизистой оболочки матки, и она начинает отторгаться - начинается менструация. В это время в результате изменения концентрации в крови половых гормонов яичников вновь начинаются очередной процесс выработки нейросекретов в передней доле гипофиза, развитие нового фолликула и созревание очередной яйцеклетки в яичнике. Все эти сложные процессы регулярно происходят в организме здоровой женщины в течение всего периода половой зрелости. Менструальный цикл — циклические изменения в репродуктивной системе женщины от 1-го дня предыдущей менструации до 1-го дня очередной менструации. Нормальная продолжительность менструального цикла 21 - 35 дней.

Климакс, климактерий, климактерический период - это физиологический период в жизни женщины, который выражается сначала в прекращении детородной функции, а затем и менструальной, т.е. характеризуется угасанием функции половой системы, происходящим на фоне общих возрастных изменений

Климактерий - период жизни, продолжающийся около 25 - 30 лет, является переходной ступенью от репродуктивного периода к старости.

Средний возраст наступления климакса у женщин соответствует 50 - 52 годам. У одних женщин возможно более раннее начало климакса - «ранний климакс», у других - позднее (после 55-ти лет) называется «поздний климакс». Может быть ранний хирургический климакс, вследствие патологии и удаления обеих яичников.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) в 1980 году предложила классификацию климакса, в зависимости от выработки женских половых гормонов:

* пременопауза (предменопауза),
* менопауза,
* постменопауза.

Пременопауза (первая фаза) – период климактерических изменений менструальной функции, который клинически характеризуется нарушением продолжительности и ритма менструального цикла, снижением гормональной функции яичников.

Менопауза (вторая фаза) начинается с прекращением менструации.

Постменопауза (третья фаза) характеризуется полным или почти полным прекращением гормональной функции яичников и развитием возрастной атрофии половых органов.

К преждевременному развитию климакса относят наступление его до 40 лет.

По течению различают климакс физиологический (естественный) и патологический.

Физиологический климакс - протекает без выраженных патологических симптомов, с постоянным угасанием менструальной функции и проявляющимися различными признаками, которые не вызывают симптомов болезни. Многие женщины в период менопаузы никаких субъективных жалоб не предъявляют, и он проходит у них бессимптомно.

В понятие патологически протекающего климакса включаются два наиболее типичных проявления переходного периода: дисфункциональные маточные кровотечения и климактерический синдром.

Вопросы для повторения:

1. Расскажите о структуре акушерско-гинекологической службы.
2. Дайте понятие о родовых сертификатах.
3. Дайте понятие о репродуктивном здоровье населения.
4. Перечислите наружные половые органы женщины.
5. Перечислите внутренние половые органы женщины.
6. Расскажите о физиологии женской половой сферы.
7. Расскажите об анатомо-физиологических особенностях женщины в разные периоды жизни.

**Тема 2. Методы исследования в акушерстве. Ведение физиологической беременности**

**Вопросы для изучения:**

1. Принципы и методы обследования беременных в женской консультации.
2. Принципы и методы подготовки беременной и её семьи к родам.

**1. Принципы и методы обследования беременных в женской консультации**

Проведение у беременной женщины определенного комплекса исследований дает возможность прогнозировать течение беременности и родов, возможные осложнения и, следовательно, своевременно поводить коррекцию, направленную на снижение степени риска развития заболеваний у нее и плода

Принципы обследования (диспансеризации) беременных в женской консультации:

* ранняя постановка на учет по беременности до 12 недель беременности;
* ранний охват беременных диспансерным наблюдение;
* своевременное обследование беременных;
* патронаж к беременным;
* своевременная госпитализация женщины в период беременности и родов.

Базовый спектр обследования беременных женщин регламентирован в Приложении № 5 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н.

Методы обследования беременной.

Сбор субъективных данных.

Объем обследования в первую явку: сбор субъективных и объективных данных, назначаются консультации узких специалистов, дополнительные методы лечения.

Опрос. Субъективное обследование беременной начинается с заполнения паспортной части Индивидуальной карты беременной (Ф № 111/у). Выясняют фамилию, имя, отчество, возраст.

При сборе социального анамнеза необходимо указать место работы, профессию, условия труда и быта, вредные привычки, социальный статус (замужем, не замужем). Возраст и здоровье мужа.

Изучив анамнез жизни беременной, необходимо выяснить какие болезни она перенесла в детстве, перенесенные операции, гемотрансфузии, не было ли контакта с больными туберкулезом, не болела ли гепатитом и венерическими заболеваниями, соматические заболевания на данный период жизни. Имеются ли в семье наследственные болезни. Наблюдались ли у беременной аллергические реакции на пищевые продукты и медикаменты.

После сбора анамнеза жизни переходят к акушерско-гинекологическому анамнезу. Начинают с уточнения менструальной функции: в каком возрасте начались менструации, установились сразу или через промежуток времени, продолжительность цикла и самой менструации, болезненные, безболезненные, обильные или скудные, дата последней менструации.

Далее фиксируют внимание на сексуальной и секреторной функции. Интересуются тем, с какого возраста женщина живет половой жизнью, и живет ли в настоящее время. Предохранялась ли от беременности, если да, то каким способом. Было ли оно эффективным. Секреторная функция во время беременности усиливается.

Гинекологические заболевания, перенесенные до беременности, так как они могут повлиять на течение беременности и родов, поэтому необходимо знать какое лечение она принимала (например: эрозия шейки матки и ее хирургическое лечение - диатермокоагуляция).

Особенно важной частью опроса является выяснение данных о репродуктивной функции: количество и течение предыдущих беременностей, их исход (роды, аборты), осложнения и оперативные вмешательства, послеродовые заболевания, состояние новорожденного (масса тела, пол, рост).

Опрос завершается получением подробных данных о течении настоящей беременности.

Жалобы беременных.

При физиологически текущей беременности наблюдаются изменения системах и органах, направленные на создание условий для развития плода. В связи с этим беременная может предъявлять жалобы на отсутствие менструаций, появление пигментации на лице, изменение цвета соска, около соскового ореола, средней линии живота на коричневый, на продольные растяжки кожи. Иногда женщины указывают на повышение или снижение аппетита, вкусовые прихоти и обонятельные извращения. У беременных снижается либидо. Может наблюдаться повышенное количество выделений из половых путей. Жалобы со стороны нервной системы: сонливость, эмоциональная лабильность (плаксивость, раздражительность).

При патологически протекающей беременности женщина может предъявлять массу других жалоб, соответствующих определенной патологии.

Медицинский работник должен уметь детализировать жалобы. Определить время возникновения, зависимость от времени суток и т. д.

Объективное исследование.

После окончания опроса приступают к объективному исследованию, которое проводится в строгой последовательности, начиная с общего и заканчивая специальным акушерским исследованием.

Общее исследование включает в себя измерение массы тела, роста, температуры, наличие отеков. Проводится оценка телосложения, состояния кожных покровов, видимых слизистых оболочек, молочных желез, формы живота. При нормальном течении беременности форма живота - продольный овоид. Форма меняется при многоводии (округлая), при многоплодии - неправильная, при поперечном положении - поперечный овоид («лягушачий» живот). При осмотре молочных желез определяют форму сосков. В норме соски должны быть вытянутыми. Особенностями конституции могут быть втянутые и плокие соски.

Исследование по системам и органам проводят по общепринятой схеме. Записывают цифры артериального давления, пульс, частоту дыхания, и указывают функцию кишечника и выделительную.

Специальное акушерско-гинекологическое исследование.

Наружное акушерское исследование.

В первой половине беременности - это исследование таза (пельвиометрия, оценка ромба Михаэлиса, индекса Соловьева), во второй половине беременности необходимо производить измерение окружности живота (ОЖ), высоты стояния дна матки (ВДМ), пальпировать живот с целью определения положения, позиции, вида и предлежания плода, выслушивать сердцебиение плода, определять предполагаемую массу плода.

Изучение таза начинается с оценки ромба Михаэлиса. Верхним углом является надкрестцовая ямка, находящаяся над остистым отростком 5 поясничного позвонка. Нижний угол - верхушке копчика, боковые углы – задне - верхним остям подвздошных костей. При правильной форме таза ромб имеет форму квадрата поставленного на один из углов. Диагнональ ромба в среднем равна 11 см. Если форма таза патологическая, то и форма ромба меняется.

Размеры таза измеряются в положении беременной лежа на кушетке, инструментом, который называется тазомер. Выделяют следующие наружные размеры таза: три поперечных размера и один прямой. Поперечные размеры таза: distantia spinarum - расстояние между передними верхними остями подвздошной кости (25 – 26 см), distantia cristarum - расстояние между наиболее удаленными точками гребня подвздошной кости (28 – 29 см). Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 – 32 см). Четвертый размер - прямой, называется conjugata externa - наружная коньюгата - расстояние между серединой верхнего края симфиза до верхнего угла ромба Михаэлиса (20 - 21см).

Непосредственному измерению недоступны размеры малого таза. Истинная коньюгата, которая является основной характеризующей - это расстояние от середины верхнего края лона до наиболее выступающей точки мыса. Ее можно определить различными способами.

1 способ – это определение истиной коньюгаты по наружной коньюгате. От величины наружной коньюгаты отнять 9 см = 11см. Это нормальная величина истиной коньюгаты.

2 способ – это определение истиной коньюгаты по диагональной коньюгате. Диагональна коньюгата – это расстояние, от середины нижнего края лона до наиболее выдающейся точки мыса. В норме мыс при влагалищном исследовании не достижим (диагональная коньюгата = 13см). Для определения истинной коньюгаты от 13 см нужно отнять 1,5 или 2 см. Если индекс Соловьева (окружность лучезапястного сустава измеренная сантиметровой лентой) = 15 см, то кости таза тонкие и вычитаем 1,5 см, если индекс больше 15см, то кости толстые и нужно вычесть 2 см. Наиболее точную информацию дает рентгенопельвиометрия, УЗпельвиометрия, магниторезонансная пельвиометрия. Их применяют при наличии патологии со стороны таза.

После измерения размеров таза определяют высоту стояния дна матки и окружность живота. Эти данные имеют значение для определения срока беременности и предполагаемой массы плода. С помощью приемов Леопольда-Левицкого (пальпация живота) определяют положение, позицию, вид и предлежание плода. Знание расположения плода в полости матки, позволяет определить точку наилучшего выслушивания сердцебиения.

К наружным методам исследования также относят осмотр наружных половых органов, при котором оценивают степень их развития, тип оволосения, наличие патологических образований, высоту промежности, состояние преддверия влагалища.

Внутренние методы исследования: зеркальное, забор мазков на микрофлору, двуручное влагалищно-брюшно-стеночное (бимануальное) исследование.

Целью зеркального исследования является визуальное исследование состояния шейки матки и слизистой влагалища, состояния его сводов. При осмотре в зеркалах также выясняют наличие патологических образований на шейке матки и слизистой влагалища, характер выделений из цервикального канала.

Двуручное влагалищное исследование производится для того, чтобы определить положение, размеры, консистенцию, форму, чувствительность матки и придатков.

Все выше перечисленные методы исследования относятся к обязательным методам исследования, т.е. тем, которым подвергается каждая женщина, обратившаяся в женскую консультацию, в том числе и беременная.

Составляется гравидограмма – графическое изображение изменения физикальных данных женщины и плода в соотвествствие со сроками беременности.

Дополинительные методы исследования.

Дополнительные методы исследования – это те, которые позволяют уточнить диагноз, определить функциональное состояние органов и систем.

При беременности необходимы следующие дополнительные методы исследования:

* общие клинические анализы: крови, мочи (каждую явку), кал на яйца глист;
* RW, ВИЧ (три раза за беременность);
* маркеры гепатитов;
* группа крови, рузус – фактор;
* кровь на токсоплазмоз;
* кровь на сахар (в 36 недель);
* коагулограмма (в 36 недель)
* мазок на стафиллококк
* мазок на сальмонеллез
* ЭКГ (36 - 37 недель)
* УЗИ
* консультация узких специалистов (терапевт, окулист, отоларинголог, стоматолог, педиатр)

По показаниям могут производиться и другие исследования: титр антител при наличии ЗППП, биохимический анализ крови.

Методы исследования плода.

За состоянием плода в настоящее время можно проследить начиная с двух – трех недель гестации и до самого рождения.

Одним из показателей состояния плода является шевеление. Первое шевеление плода ощущается самой женщиной (первородящей на сроке 20 недель, повторнородящей в 18 недель). Шевеление можно определить пальпаторно во второй половине беременности. Необходимо проводить тест на шевеление плода. При наличии гипоксии или других неблагоприятных влияний на плод, шевеления могут урежаться или учащаться.

Сердцебиение, также как шевеление, является диагностическим критерием оценки состояния плода. Оно выслушивается акушерским стетоскопом. Точкой наилучшего выслушивания сердцебиения будет та, которая соответствует проекции сердца. Частота сердечных сокращений от 120 до 160 в минуту. (в среднем 140 в минуту). Сердцебиение плода должно быть ясным и ритмичным. Аппаратом УЗИ «Малыш» сердцебиение можно выслушать уже с 14 - 16 недель. Сердечную деятельность можно регистрировать с помощью ЭКГ, ФКГ, кардиотокографии.

Кардиотокография – это одновременная запись сердечной деятельности плода и сократительной деятельности матки.

Все эти методы являются не инвазивными, т.е. производятся без нарушения целостности тканей. К этой же группе исследований относят ультра звуковое исследование (УЗИ) репродуктивной системы беременной и внутриутробного состояния плода. Плод с помощью влагалищного датчика аппарата УЗИ можно обнаружить в полости матки уже с двух недель беременности. За беременность женщина подвергается УЗИ скринингу троекратно. Идеальным считается УЗИ: первый раз - при постановке на учет, второй раз – до 22 недель, третий раз – перед родами. При исследовании можно определить наличие или отсутствие уродства плода, срок беременности, состояние плаценты, количество околоплодных вод, строение матки, яичников. При наличии на матке послеоперационных рубцов, их морфологическое состояние.

Амниоскопия – метод, основанный на визуальном исследовании состояния околоплодных вод с помощью оптического аппарата (амниоскоп). Производство возможно только в том случае, если канал шейки матки «пропускает» аппарат. Оценивается количество вод, их прозрачность и окраска. При желтухе плода (гемолитическая болезнь плода-ГБП) – воды будут желтушными, при гипоксии – зелеными, при гибели плода – черными.

Доплерометрия, доплерография – УЗИ движения крови в сосудах плода, плаценты, матки. Возможна фотографическая регистрация кровотока в сосудах.

Инвазивные методы исследования. Амниоцентез – пункция амниотической полости с целью извлечения околоплодных вод. Околоплодные воды извлекаются для определения их химического состава при подозрении на врожденные уродства, генетическую патологию у плода. Исследование проводится под контролем УЗИ.

Кордоцентез – метод исследования плода, основанный на исследовании крови плода, извлеченной с помощью пункции пупочной вены плода под контролем УЗИ. Применяется при подозрении на ГБП и генентические заболевания.

В редких случаях используются такие методы исследования как биопсия хориона (при подозрении на злокачественную опухоль), биопсия кожи плода (при подозрении на альбинизм, ихтиоз).

Определение срока беременности.

Определить срок беременности и дату родов можно:

* по объективным данным: величина матки и окружности живота;
* по дате последней менструации;
* по первому шевелению плода;
* по первой явке в женскую консультацию.

Величина матки в различные сроки беременности:

* 1 месяц (4 недели) - с куриное яйцо;
* 2 месяца (8 недель) – с гусиное яйцо (женский кулак);
* 3 месяца (12 недель) – с головку новорожденного, при пальпации через переднюю брюшную стенку дно матки определяется на уровне лона;
* 4 месяца (16 недель) – дно матки определяется через переднюю брюшную стенку, на середине расстояния между лоном и пупком;
* 5 месяцев (20 недель) – на 2 поперечных пальца (п/п) ниже пупка;
* 6 месяцев (24 недели) - на уровне пупка;
* 7 месяцев (28 недель) – на 2 п/п выше пупка;
* 8 месяцев (32 недели) - на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком;
* 9 месяцев (36 недель) - у реберных дуг;
* 10 месяцев (40 недель) – головка плода опускается в таз, при этом снижается высота стояния дна матки до уровня 8 месячной беременности – на середину расстояния между пупком и мечевидным отростком.

Определение срока родов по дате последней менструации.

Чтобы определить предполагаемую дату родов можно использовать дату последней менструации. От первого дня последней менструации отсчитать три месяца назад и прибавить 7 дней – это и будет дата родов. По шевелению плода. К дате первого шевеления у первородящей прибавить 20 недель = дата родов, у повторнородящих к дате первого шевеления плода + 22 недели = дата родов.

**2. Принципы и методы подготовки беременной и её семьи к родам**

В настоящее время разработаны методы воздействия с целью формирования готовности беременной и ее семьик родам.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам разработана и внедрена отечественным ученым И. З. Вельвовским и А. П. Николаевым. Широко пропагандируется за рубежом как «русский метод».

Психологическая подготовка к родам.

Роды являются нормальной, естественной функцией организма женщины, но они служат тяжелым испытанием для беременной, как в физическом, так и в психологическом плане. Неподготовленная женщина подходит к родам с отрицательными эмоциями, непониманием и чувством беспомощности. На этом фоне у нее появляется страх, она острее воспринимает боль. Соответствующая дородовая подготовка способна уменьшить или полностью снять эти отрицательные явления.

Что касается участия или присутствия мужа на родах, то установлено, что роды проявляют взаимоотношения супругов. Если во время родов имеет место эмоциональная близость и взаимопонимание, то впоследствии они укрепляются и усиливаются, что позитивно сказывается на супружеских отношениях. Возникший разлад во время родов может привести в дальнейшем к ухудшению отношений, между супругами.

Тщательное клиническое изучение родов позволило установить причину первых импульсов, не являющихся физиологическими. Страх, напряжение, боль - три зла, которые не нормальны, и их вполне можно избежать. Сохранившееся до родов чувство страха, приводит к раздражению симпатической нервной системы, порочный круг «страх-напряжение-боль», замыкается.

Если в дородовом периоде женщина проходит обучение, она готова к тому, что произойдет с ней в родах, и начинает воспринимать роды как нормальную физиологическую функцию.

Беременным рекомендуется заниматься аутотренингом: женщина, лежа на ковре или сидя на стуле, поглаживает живот и убеждает себя. «Я отдыхаю, мне удобно и хорошо так лежать (или сидеть). Отдыхает все мое тело, малышу спокойно и хорошо». Будущая мать должна сказать ребенку, что-нибудь ласковое, нежное. Продолжением может быть: «Я жду своего ребенка спокойно и радостно. Ребенок совершенно здоров. Он появится на свет во время. Все будет легко и благополучно».

В некоторых лечебных учреждениях акушерского профиля практикуется внутриутробное воспитание детей. Ребенок в утробе матери способен реагировать на звуки. Если, во чреве матери, он слушает спокойную музыку, его состояние становится спокойным. После рождения, при прослушивании этой же мелодии, плачущий ребенок успокаивается, как и раньше, в утробе матери. Состояние плода зависит от физиологических чередований периода активности и отдыха матери.

Кроме аутотренинга психологическая подготовка к родам проводится в виде специальных занятий в «Школе матерей», которые начинаются с 30 недель беременности. Женщинам рассказывают об изменениях, которые происходят в организме беременной, о течении беременности и родов, о том какое питание необходимо для беременной, на какие гигиенические рекомендации необходимо обратить серьезное внимание. Курс по психопрофилактической подготовке к родам включает 4 - 6 занятий и проводится специально обученным медперсоналом.

Физическая подготовка к родамзаключается в регламентации образа жизни и режима дня, в использовании природных и искусственных физических факторов, занятиях специальной гимнастикой, профилактике гнойно-септических осложнений (санация хронических очагов инфекции лор органов, органов мочевыделительной и половой системы, кариозных зубов).

Ультрафиолетовое облучение (УФО) в летнее время может быть в виде загорания в утренние часы (не более 10 - 15 минут), в зимнее время УФО можно проводить в солярии стационара или женской консультации. Ультрафиолетовое облучение способствует усвоению витамина «Д», необходимого для правильного формирование скелета ребенка и является антенатальной профилактикой рахита. Важными физическими факторами являются вода и воздух, в виде воздушных ванн (аэротерапия). Также необходимы прогулки на свежем воздухе. Они снимают стресс, приносят чувство глубокого умиротворения, после них крепче сон.

Большое значение имеют специальные гимнастические упражнения для тренировки мышц тазового дна, брюшного пресса и диафрагмы. Они проводятся в кабинете ЛФК и специально разработаны отечественными учеными с учетом срока беременности. На протяжении всей беременности запрещены упражнения с бегом и прыжками.

Зарубежные авторы рекомендуют упражнения: поза полулотоса, березка, кошка, кобра, каратэ. Темп упражнений плавный. Во время упражнений необходимо делать перерывы. Во второй половине рекомендуются упражнения в положении лежа.

В настоящее время известна профилактическая подготовка к родам по Николаеву-Ламазу, где первостепенное внимание уделяется тренировке нервно - мышечного аппарата. Когда наступит время рожать, женщина, пройдя такую тренировку, сознательно и спокойно расслабит те группы мышц, которые не принимают участия непосредственно в схватках. Это позволяет ей экономить силы, контролировать свое состояние и убережет от разрывов промежности.

На специальных занятиях по физической подготовке беременных (ФПБ) к родам женщин обучают приемам самообезболивания и тому, как правильно тужиться, во время второго периода родов.

Приемов самообезболивания четыре. Первый – это глубокое и ровное дыхание во время схватки, 2 - поглаживание живота от лона вверх и в стороны, 3 - прижатие болевых точек, соответствующих передним верхним остям крыла подвздошной кости, 4 – массаж пояснично - крестцового ромба согнутыми в кулаки руками. Приемы используются в той последовательности, в которой назывались.

**Таким образом, основные принципы подготовки** беременной к родам заключаются в следующем:

* выработать у женщины сознательное отношение к беременности, научить воспринимать роды как физиологический процесс;
* создать хороший эмоциональный фон и уверенность в благоприятном течении беременности и завершении родов;
* воспитать у беременной умение мобилизовать свою волю для преодоления страха перед родами.

Вопросы для повторения:

1. Назовите основные принципы обследования беременных в женской консультации.
2. Перечислите методы обследования беременных в женской консультации.
3. Назовите основные принципы подготовки беременной к родам.
4. Перечислите методы подготовки беременной к родам.

**Тема 3. Физиологические роды. Физиологическое течение послеродового периода. Современные перинатальные технологии**

**Вопросы для изучения:**

1. Физиологическое течение родов, послеродового периода.
2. Особенности течения периодов родов и ведение.
3. Акушерское пособие в родах.
4. Оценка состояния новорожденного.
5. Первичный туалет новорожденного, доврачебная помощь.
6. Прикладывание к груди.
7. Особенности и принципы ведения раннего послеродового периода. Наблюдение и уход за родильницей и новорожденным.
8. Анатомо-физиологические процессы, происходящие в организме родильницы.
9. Основные проблемы родильниц.
10. Принципы послеродового наблюдения и ухода за родильницей.
11. Современные перинатальные технологии.

**1. Физиологическое течение родов, послеродового периода**

Роды являются сложным физиологическим процессом, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод. Обычно роды наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39 – 40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию. Такие роды называются своевременными.

К концу беременности в организме женщины возникают многочисленные изменения, совокупность которых приводит к развязыванию родовой деятельности.

Роды включают в себя 3 периода:

1 период – период раскрытия шейки матки;

2 период – период изгнания (потужной);

3 период – последовый период.

С момента возникновения регулярной родовой деятельности и до окончания родов женщина называется роженицей.

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги.

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается 6 - 8 недель. Делится на ранний и поздний.

Ранний послеродовой период начинается с момента рождения последа, длится от 2 часов после родов до суток.

Поздний послеродовой период начинается с суток и продолжается 6 - 8 недель после родов.

**2. Особенности течения периодов родов и ведение**

Клиническое течение родов.

Период раскрытия. Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев.

При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется маточным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточного зева полость матки и влагалище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10 – 12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь.

Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шеечный канал, способствуя по степенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при не полном раскрытии – ранним.

Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждевременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в периоде изгнания.

Период изгнания.

Второй период родов – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию предлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.

На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется врезыванием предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. Это состояние называется прорезыванием предлежащей части плода, оно завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположному позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды.

Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 часов, у повторнородящих – от 20 минут до 1 часа.

Последовый период.

Третий период родов – последовый – начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В последовом периоде под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа. Изгнание последа осуществляется под влиянием потуг.

После рождения последа матка сильно сокращается, в результате чего происходит пережатие маточных сосудов в области плацентарной площадки и остановка кровотечения. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 250 мл, нередко она составляет лишь 50 – 100 мл. Такая кровопотеря считается физиологической. Кровопотеря от 250 до 400 мл называется пограничной, а свыше 400 мл – патологической.

С момента окончания последового периода завершается родовой процесс и женщина называют родильницей.

Продолжительность последового периода колеблется от 5 – 10 минут до 2 часов. Общая продолжительность физиологических родов у первородящих составляет в среднем 10 – 12 часов, у повторнородящих – от 8 до 10 часов.

**3. Акушерское пособие в родах**

Прием родов заключается в оказании акушерского пособия.

При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода.

Акушерское пособие в родах заключается в следующем.

1. Регулирование продвижения врезывающейся головки. С этой целью во время врезывания головки, стоя справа от роженицы, располагают левую руку на лобке роженицы, концевыми фалангами четырех пальцев осторожно надавливают на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку располагают таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, а большой и четыре остальных пальца располагались по сторонам от Бульварного кольца (большой палец - на правой большой половой губе, четыре - на левой большой половой губе). В паузах между потугами осуществляют так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т. е. менее растянутые ткани Бульварного кольца, низводят в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

2. Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого времени роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолевать потугу.

Правой рукой продолжают удерживать промежность, а левой захватывают головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводят с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождаются лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шеи через головку. Если снять пуповину не удается, ее пересекают между зажимами Кохера.

3. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1 - 2 потуг рождаются плечевой пояс и весь плод. Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же, как при рождении головки, поэтому надо очень тщательно проводить защиту промежности в момент рождения плечиков.

При прорезывании плечиков оказывают следующую помощь: переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры; после этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

4. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, и приподнимают туловище плода кпереди. В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.

**4. Оценка состояния новорожденного**

После рождения проводится обсушивание новорожденного, осмотр и оценка состояния.

После рождения необходимо немедленно обтереть ребенка, поменяв первую влажную пеленку па сухую. Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорожденного в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, ее невозможно избежать. Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребенка снижается до 36°С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.

Оценка состояния новорожденного

После обсушивания необходимо оценить состояние ребенка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:

* + наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов - оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 секунд после родов;
	+ выявление врожденных дефектов и признаков заболеваний – позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;
	+ определение степени зрелости ребенка и наличие задержки внутриутробного развития.

Спонтанное дыхание в течение 30 секунд после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении.

Первый осмотр новорожденного желательно проводить непосредственно после рождения, на груди у матери, с целью исключения тяжелой патологии и контроля адаптации ребенка. Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям, зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется. Если состояние ребенка удовлетворительное, после осушивания кожи, его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть теплой пеленкой.

Масса тела при рождении фиксируется при первом измерении в течение первых часов после родов. Низкой массой тела при рождении считают показатель менее 2500 г.

**5. Первичный туалет новорожденного, доврачебная помощь**

Первичный туалет новорожденного осуществляется акушеркой, принимавшей роды, возможно, совместно со специально обученным медицинским сотрудником (детской медсестрой). Они обязаны.

Проверять дыхание младенца и цвет кожных покровов каждые 15 минут в течение 1-го часа и каждые 30 минут в течение 2-го часа в послеродовом периоде. Если кожа становится цианотичной или у него появляется затруднение дыхания (< 30 или > 60 в минуту) - необходимо дать кислород через маску и срочно вызвать неонатолога;

Измерять температуру тела ребенка электронным термометром через 30 минут после родов и перед переводом в послеродовую палату, если температура менее 36,5°С - необходимо сменить пеленку, шапочку и носочки на теплые, принять дополнительные меры для согревания новорожденного (дополнительное укрывание одеялом вместе с матерью, обогревательная лампа над кроватью, где находятся мать и ребенок, и т. п.).

Осуществлять уход за глазами. Профилактическое закладывание мази в глазки новорожденного (тетрациклиновой или эритромициновой в индивидуальной упаковке) проводится в конце 1-го часа после рождения, дополнительно закладывать мазь в половую щель девочек не требуется.

Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорожденного рекомендуется использовать:

* 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
* мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).

Не рекомендуется использовать раствор нитрата серебра, который может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных. В

настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата альбуцид.

Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии (увеличение крови в организме) и полицитемии (увеличивание содержание эритроцитов (красных кровяных телец) в крови), которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии (повышение содержания уровня билирубина в крови). Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту, но не позднее 10 минут после рождения ребенка. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой и больше ничем не обрабатывается. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается. Во время проведения данной процедуры ребенок находится в кожном контакте с матерью.

Вторичная обработка пуповинного остатка. Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надежным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим Кохера, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см. При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потертость. После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.

Специальная обработка кожи, удаление смазки, обмывание не требуются (кроме случаев сильного загрязнения кровью или меконием).

Кожа новорожденного покрыта первородной смазкой (vemix caseosa), защищающей кожу в период внутриутробного развития. Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется. Если кожа ребенка загрязнена кровью или меконием (первородный кал), следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным теплой водой. Обмывание ребенка под краном в родильном зале не рекомендуется.

Осмотр неонатолога рекомендуется в конце 2-го часа, после чего ребенка переодевают в чистую и сухую одежду (распашонки и ползунки) или пеленают. Тугое пеленание не рекомендуется.

Взвешивание и измерение ребенка проводится к концу 2-го часа с соблюдением всех правил тепловой защиты.

**6. Прикладывание к груди**

Первое прикладывание к груди. Сразу же после рождения здоровый ребенок инстинктивно начинает поиск пищи. В течение нескольких часов жизни новорожденный бодрствует, активен и готов к кормлению. Ребенок может быть менее активным, если матери во время родов были назначены седативные или обезболивающие лекарственные препараты. Очень важно обеспечить полноценное общение матери и ребенка сразу после родов.

Для того чтобы первое кормление было успешным, необходимо:

* + принимая роды, нужно свести объем медицинского вмешательства к минимуму;
	+ по возможности избегать применения лекарственных средств, проникающих через плаценту и вызывающих сонливость у ребенка;
	+ предоставить матери и ребенку возможность общаться друг с другом;
	+ помочь ребенку найти грудь, правильно приложив его, если мать находится под влиянием седативных средств или очень устала.

После родов необходимо обеспечить ребенку контакт с матерью «кожа к коже» - новорожденного переворачивают на животик и кладут на живот к матери, затем обоих накрывают теплым покрывалом, чтобы мама не замерзала. Телесный контакт – обязательное условие для полноценного развития ребенка, которое можно поставить в один ряд с потребностью в пище и воде. Особенно важен контакт кожа к коже непосредственно после рождения, так как ребенок находится в стрессе, ослаблен от родов и уязвим перед бактериями нового мира.

Разлучать ребенка с матерью следует только при крайней необходимости.

Необходимые процедуры (взвешивание, вторичная обработка пуповинного остатка, пеленание ребенка) рекомендуется проводить после первого прикладывания ребенка к груди, после того, как он получит первые капли молозива.

Рождение ребенка и первые минуты, и часы сразу после рождения, требуют от матери большого физического и эмоционального напряжения. Консультирование и помощь в родильном зале по вопросам грудного вскармливания сразу после рождения ребенка закладывают основы правильного вскармливания ребенка в последующем. От того, как быстро и правильно ребенок будет приложен к груди в родильном зале, зависит отсутствие многих проблем с грудным вскармливанием в дальнейшем. Необходимо предоставить в доступной форме информацию о важности грудного вскармливания, особенно раннего прикладывания к груди, частоте кормлений, правилах прикладывания ребенка к груди и при первых признаках готовности малыша к кормлению - помочь в первом прикладывании.

Оказывая медицинскую помощь матери и ребенку, персонал не должен забывать об эмоциональном состоянии матери.

Сразу после рождения ребенка:

* + поздравьте мать с рождением ребенка и спросите о первых ощущениях и переживаниях, спросите, как она себя чувствует, и приободрите ее.
	+ убедите родившую женщину, что в первые сутки не должно быть ощущения, что грудь полная - это не означает, что в груди нет молока, молозиво вырабатывается в небольшом объеме, а «зрелое» молоко появится в течение нескольких дней.
	+ помогите приложить ребенка к груди, обратите внимание на признаки правильного прикладывания (вывернутая нижняя губа, полный захват ареолы соска, нос прижат к груди).

Во время первых кормлений грудью мать может почувствовать болезненные сокращения матки и увеличение объема кровянистых выделений. Это нормальный процесс, обусловленный окситоцином, который способствует не только выделению молока, но и сокращению матки. В дальнейшем кормление грудью способствует остановке послеродовых кровянистых выделений.

**7. Особенности и принципы ведения раннего послеродового периода. Наблюдение и уход за родильницей и новорожденным**

Ранний послеродовый период начинается с момента рождения последа и продолжается 2 часа. В этот период родильница находится в родзале, за ней ведется постоянное наблюдение с целью профилактики кровотечения, возникновения тяжелых поздних гестозов, признаков инфицирования. После нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер и акушерка внимательно следят за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролируют состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следят за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производят осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а максимальная физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

Наблюдение за родильницей в родильном блоке в течение 2 часов после

родов:

* оценка общего состояния родильницы, жалоб после рождения последа и каждые 20 - 30 минут;
* измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение (палату);
* наблюдение за состоянием матки каждые 20 - 30 минут;
* контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20 - 30 минут;
* прикладывание ребенка к груди родильницы и проведение первого кормления;
* вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом родильницы в послеродовое отделение (палату);
* опорожнение мочевого пузыря родильницы перед переводом в послеродовое отделение через 2 часа после родов.

Наблюдение и уход за новорожденным – смотри выше.

**8. Анатомо-физиологические процессы, происходящие в организме родильницы**

В это время происходит обратное развитие (инволюция) половых органов женщины и изменения в других органах и системах, возникшие в связи с беременностью и родами.

Исключение составляют молочные железы, их функция достигает максимального развития в послеродовом периоде.

Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в половой системе женщины, особенно в матке. После рождения последа матка принимает шаровидную форму, дно ее располагается на уровне пупка, ее длина составляет 15 см, масса - 1 кг. В дальнейшем матка постепенно уменьшается в размерах, ВСДМ (высота стояния дна матки) над лоном ежедневно уменьшается на 1,5 - 2 см (приблизительно на 1 поперечный палец). На 3-й день после родов дно матки определяется на 2 пальца ниже пупка, на 4-й - на 3 пальца, на 5-й - располагается на середине между пупком и верхним краем лонного сочленения, на 7-й день - на 3 пальца выше лона, на 8-й - на 2 пальца выше лона, на 10-й день дно матки находится на уровне верхнего края лонного сочленения, в связи с чем матка через переднюю брюшную стенку не определяется.

Заживление обширной раневой поверхности и восстановление слизистой оболочки матки происходят постепенно и полностью завершаются к концу послеродового периода. Процесс заживления внутренней поверхности матки сопровождается образованием раневого секрета - лохий. Они состоят из элементов крови - эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в стадии распада и обрывков децидуальной (отпадающей) оболочки.

Первые 3 - 4 дня лохи кровянистые; с 4 - 5-го дня - слизисто-кровянистые; с 7 - 8-го дня - серозные.

В первые три дня после родов лохи выделяются в значительном количестве, их количество уменьшается к 6 - 7-му дню послеродового периода.

Процесс формирования шейки матки происходит в течение 2 - 3 недель послеродового периода. Вначале формируется и закрывается внутренний зев, это происходит к 10-му дню, а к концу 3-й недели после родов происходит закрытие наружного зева.

К 6 - 7-му дню послеродового периода исчезает нередко возникающий в процессе родов отек наружных половых органов, заживают надрывы шейки матки, влагалища и промежности, восстанавливается тонус мышц и фасции тазового дна. Постепенно возвращаются в исходное положение маточные трубы, яичники, связочный аппарат матки и яичников. В яичниках происходит обратное развитие желтого тела беременности, у не кормящих грудью женщин через 6 - 8 недель возобновляется регулярный менструальный цикл. У женщин, кормящих новорожденного грудью, восстановление менструального цикла происходит по-разному.

Мышцы передней брюшной стенки в 1 -е сутки послеродового периода остаются растянутыми, нередко выявляются расхождения прямых мышц живота (диастаз). Постепенно тонус скелетной мускулатуры у женщин в послеродовой период восстанавливается. Этому способствуют гимнастические упражнения, рекомендуемые родильницам в послеродовом периоде.

К концу послеродового периода исчезает пигментация на лице, по белой линии живота, на сосках и околососковых кружках.

Акромегалия (увеличение концевых частей тела), которая появлялась у некоторых беременных в виде увеличения носа, ушей, стоп, пройдет через 1 - 2 недели после родов.

У родильниц после родов отмечается физиологическая брадикардия (урежение пульса) в связи с гипертрофией левого желудочка сердца, к концу послеродового периода пульс нормализуется.

Самостоятельный стул появляется на третьи сутки после родов, так как нормализуется перистальтика кишечника.

Молочные железы после родов увеличиваются, выделяется молозиво, а на третьи сутки появляется молоко. Выделение молока из молочных желез называется лактацией, это явление продолжается у женщин до 1 года, в течение этого времени рекомендуется кормить ребенка материнским молоком.

Нормальным питанием для новорожденных является грудное молоко матери. Только грудное вскармливание обеспечивает правильное развитие ребенка. Заболеваемость и смертность среди детей, вскармливаемых грудным молоком, значительно ниже, чем у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Доношенных детей кормят по требованию. Перед каждым кормлением родильница моет руки темой водой с мылом. Соски обмывает кипяченой водой. О достаточном количестве молока свидетельствует хорошее самочувствие ребенка, спокойный сон.

**9. Основные проблемы родильниц**

После родов у родильницы могут возникнуть проблемы (патологические состояния) неинфекционной природы и проблемы связанные с инфекцией.

1. Проблемы связанные с кормлением ребенка грудью и лактацией:

* + - аномалии развития соска – маленький, плоский, втянутый;
		- трещины сосков;
		- болезненное нагрубание молочной железы на 3 - 4 день, связанное с началом лактации;
		- гипогалактия, т.е. малое количество или отсутствие молока;
		- воспаление молочной железы (мастит).

2. Проблемы, связанные с обратным развитием половых органов.

* болезненное сокращение матки, особенно у повторнородящих, которые усиливаются при кормлении грудью;
* замедленное обратное развитие матки.

3. Воспалительные заболевания.

4. Гнойно - септические послеродовые заболевания.

Это заболевания, которые наблюдаются после родов и до конца 6 недель после родов. Они связаны с беременностью и родами и обусловлены инфекцией.

Главную роль среди возбудителей играет ВБИ: стафилококки, эшерихия коли, протеи, синегнойная палочка, аэробная флора, очень вирулентны и устойчивы к антибиотикам.

У родильниц могут возникнуть проблемы: запор, геморрой, задержка мочеиспускания, депрессия после родов.

**10. Принципы послеродового наблюдения и ухода за родильницей**

В послеродовый период ежедневно измеряется температура тела 2 раза в сутки, пульс, АД - 2 раза в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль за состоянием швов на промежности.

Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин.

При выписке родильнице лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2-х лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.

После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.

Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5 - 7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутрикожные швы не снимаются.

Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза.

**11. Современные перинатальные технологии**

ВОЗ и детский фонд Организации Объединенных Наций ЮНИСЕФ были предложены к внедрению современные перинатальные технологии (СПТ), направленные на создание условий для физиологической адаптации и развития новорожденных с момента рождения.

К СПТ относятся следующие технологии:

1. Физиологическое ведение родов с минимальным вмешательством.

2. Демедикализация родов - женщина поступает в родильный дом без использования неприятных процедур (бритья, клизмы, катетеризации). Отдается предпочтение немедикаментозным методам обезболивания, активному поведению в родах.

3. Семейно-ориентированные (партнерские) роды - ориентированы на практику родоразрешения, основанную на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи. В этом есть свои большие плюсы: партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.

4. Для более комфортного пребывания роженицы в роддоме создаются индивидуальные родовые залы.

5.Ранний неограниченный контакт матери и ребенка и совместное пребывание матери и ребенка в послеродовой палате в родильном доме. Родильница имеет возможность сразу после родов прижать к груди своего ребенка в первые минуты его жизни. Этот ранний контакт «кожа к коже» важен и для матери, и для ребенка - «пусковым моментом» материнского инстинкта являются роды и первый контакт матери с ребенком, который настраивает женщину на духовное общение, любовь и привязанность к ребенку. У ребенка же при контакте «кожа к коже», «глаза в глаза» происходит запечатление образа матери, что впоследствии будет служить основой для формирования привязанности к ней. Посредством такого раннего контакта «кожи к коже» обеспечивается и первичная контаминация ребенка родственными в антигенном отношении организму ребенка микроорганизмами кожи матери, стабилизируется работа дыхательной и сердечно-сосудистой систем новорожденного. Эта тактика является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.

6.Раннее начало грудного вскармливания и поощрение прикладывания к груди по требованию ребенка. В послеродовый период именно как можно более раннее прикладывание обеспечивает становление адекватной лактации. Опасность для успешной лактации представляет «предлактационное кормление», то есть кормление младенца смесью до его первого прикладывания к груди. Оно приводит к недополучению важного для ребенка молозива и к «путанице сосков» в дальнейшем. Поэтому ребенок прикладывается к груди матери впервые 30 минут после родов.

Согласно рекомендациям ВОЗ, женщинам, кормящим грудью, не рекомендуется использование любых оральных средств, имитирующих грудь (сосок, пустышек). Организация в послеродовом отделении обучения, консультирования и практической помощи в решении проблем, возникающих при грудном вскармливании.

При обучении женщин правилам грудного вскармливания подчеркивается важность прикладывания по требованию. Как доказано исследованиями, именно свободное вскармливание приводит к более высокой продукции грудного молока, к положительной динамике нарастания массы тела новорожденных и значительно большей ферментативной активности самого женского молока. Кроме того, данная тактика приводит к снижению таких проблем, как лактостаз и нагрубание молочных желез.

Следует подчеркнуть и важность раннего прикладывания ребенка как дополнительного фактора профилактики послеродового кровотечения.

7.Ограничение рутинных мероприятий и процедур у новорожденных. Замена средств профилактики гонобленореи. Отказ от ежедневной рутинной обработки глаз и пуповинного остатка.

Осмотр врачом ребенка проводится в той палате, где находятся мама и ребенок. Рекомендуется свободное пеленание. Тугое пеленание способствует нарушению микроциркуляции, аспирации и развитию аспирационной пневмонии. Тугое пеленание приводит к блокированию движений диафрагмы, снижению вентиляции легких, снижению циркуляции крови и затрудняет грудное вскармливание. Для обеспечения свободного пеленания разрешено использовать домашнее белье, поддерживать адекватную температуру в помещении.

8. Сухое ведение пуповинного остатка. При первичном туалете новорожденного на пуповину накладывается стерильная скобка или резинка, выше скобки пуповина отсекается после обработки антисептиком (спирт 70%). Для последующего ухода за пуповинным остатком не требуется стерильных условий. Не рекомендуется обработка пуповинного остатка каким-либо антисептиком (раствор анилиновых красителей, раствор калия перманганата), дальнейшая его обработка не требуется, достаточно содержать его сухим и чистым, предохранять от механического загрязнения, не травмировать при пеленании или использовании одноразовых подгузников с тугой фиксацией. В случае загрязнения пуповинный остаток и кожу вокруг пупочного кольца промывают чистой водой и осушают чистой ватой или марлей.

9.Поддержание тепловой цепочки при проведении всех лечебно-профилактических мероприятий, в том числе использование «метода кенгуру». Поддержание тепловой цепочки является профилактикой гипотермии новорожденных – это комплекс мероприятий, выполняемых в течение родов и в первые дни после рождения с целью минимизации потерь тепла у всех новорожденных.

Основные компоненты тепловой цепочки:

Теплый родильный зал (операционная) или палата совместного пребывания матери и ребенка. Оптимальная температура воздуха 25 - 27°С. Все пеленки, распашонка, шапочка, одеяльце для ребенка согреваются.

Сразу после рождения ребенок обсушивается сухой теплой пеленкой, выкладывается на живот матери, ему надевают шапочку, носочки. Мать и ребенок укрываются теплой пеленкой или одеяльцем.

Осуществляется контакт «кожа к коже» с целью согревания ребенка и колонизации микрофлорой матери. Через 30 минут измеряется температура тела ребенка, которая в норме должна быть 36,5 - 37,5°С. Оптимальная длительность такого контакта - до двух часов.

Раннее начало грудного вскармливания.

Отсрочка взвешивания и купания ребенка.

Свободное пеленание ребенка, так как тугое способствует потере тепла вследствие нарушения микроциркуляции.

Круглосуточное совместное пребывание с матерью.

При необходимости транспортировка осуществляется в теплых условиях.

Реанимационные мероприятия проводятся в теплых условиях.

Постоянное обучение медицинского персонала и семьи навыкам физиологического ухода, вскармливания и поддержания тепловой цепочки у новорожденных и детей раннего возраста.

10. Ранняя выписка. Время пребывания родильницы и новорожденного в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать четырех, в отдельных случаях - пяти суток. Как показывает мировой опыт, выписывать новорожденного можно и с не отпавшим пуповинным остатком.

Опасность длительного пребывания в стационаре в том, что к третьему дню отмечается повышенная колонизация матери и особенно ребенка госпитальными штаммами микроорганизмов, обладающих высокой устойчивостью к антибактериальным препаратам и дезинфицирующим средствам, вирулентностью и токсигенностью. К шестому дню бывают колонизированы практически все матери и новорожденные, что приводит к значительному нарушению формирования нормальной эндомикроэкологической системы новорожденного и ослабляет защитные силы матери.

Вопросы для повторения:

1. Дайте понятие о физиологическом течении родов.
2. Дайте понятие о физиологическом течении послеродового периода.
3. Расскажите о течении периодов родов и их ведении.
4. Расскажите об акушерском пособии в родах.
5. Расскажите, как проводится оценка состояния новорожденного.
6. Расскажите, как проводится первичный туалет новорожденного.
7. Расскажите, как проводится прикладывание к груди.
8. Расскажите об особенностях и принципах ведения раннего послеродового периода.
9. Расскажите, как проводится наблюдение и уход за родильницей и новорожденным.
10. Расскажите об анатомо-физиологических процессах, происходящих в организме родильницы.
11. Перечислите основные проблемы родильниц.
12. Расскажите о принципах послеродового наблюдения и ухода за родильницей.
13. Расскажите о современных перинатальных технологиях.

**Тема 4. Особенности сестринского процесса при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода**

**Вопросы для изучения:**

1. Основные виды осложнений беременности: невынашивание беременности, внематочная беременность, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гестозы, анемия.
2. Особенности сестринского процесса при осложнениях беременности.
3. Основные виды осложнений при патологическом течении родов: кровотечения в последовом периоде, разрыв тела матки, промежности, шейки матки.
4. Особенности сестринского процесса при осложнениях родов.
5. Основные виды осложнений при патологическом течении раннего послеродового периода: кровотечения в раннем послеродовом периоде, гнойно-септические заболевания.
6. Особенности сестринского процесса при патологическом течении раннего послеродового периода.

**1. Основные виды осложнений беременности: невынашивание беременности, внематочная беременность, предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гестозы, анемия**

**Невынашивание беременности – это самопроизвольное прерывание ее в период от зачатия до тридцать седьмой недели.** Различают несколько видов невынашивания: самопроизвольный выкидыш (аборт) и преждевременные роды. Самопроизвольным выкидышем считается прерывание беременности от начала до 22 недель включительно. Если он произошел до 12 -14 недель, то речь идет о раннем выкидыше, если после - то о позднем прерывании беременности. После 22 недель плод уже считается жизнеспособным, поэтому далее говорят о преждевременных родах.

Привычное невынашивание беременности - наличие в анамнезе у женщины подряд 2 и более самопроизвольных прерываний беременности (выкидыш) или двое и более преждевременных родов.

**Внематочная (эктопическая) беременность** - это беременность, при которой плодное яйцо имплантируется и развивается не в полости матки.

**В зависимости от места имплантации плодного яйца различают:**

* трубную беременность (98 - 99%): в ампулярном или в истмическом или в интерстициальном отделе трубы;
* яичниковую беременность (0,1 - 0,7%): интрафолликулярную, эпиофоральная;
* брюшную беременность (0,3 – 0,4%);
* шеечную беременность;
* беременность в рудиментарном роге матки (0,1 – 0,9%).

При физиологической беременности плацента располагается в области тела матки, развиваясь чаще всего в слизистой оболочке задней ее стенки. Более редко является прикрепление детского места на передней стенке матки и еще реже – в области дна. Прикрепляясь в нормальных условиях в области тела матки, плацента своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на 7 см и более.

Предлежание плаценты – состояние, при котором происходит прикрепление плаценты в области нижнего сегмента над внутренним зевом, прикрывая его в той или иной степени. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

Классификация. Полное или центральное предлежание - плацента полностью перекрывает внутренний зев шейки матки, и неполное - область внутреннего зева частично перекрыта плацентой или спускается только ее край.

По другой классификации различают 4 вида предлежания плаценты:

* полное или центральное предлежание плаценты - внутренний зев полностью прикрыт плацентарной тканью;
* частичное (боковое) предлежание плаценты - внутренний зев частично покрыт плацентарной тканью; плацента опускается примерно на 2/3 внутреннего зева;
* краевое предлежание плаценты - возле внутреннего зева определяется лишь край плаценты;
* низкое прикрепление плаценты - локализуется в области нижнего сегмента, но ее край не доходит до внутреннего зева.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – состояние, при котором плацента отслаивается во время беременности или в родах до рождения плода.

Классификация:

* отслойка с наружным, или видимым, кровотечением;
* отслойка с внутренним, или скрытым, кровотечением;
* отслойка со смешанным кровотечением (наружным и внутренним).

Выделяют частичную (прогрессирующую или непрогрессирующую) и полную отслойку нормально расположенной плаценты.

Довольно часто беременность сопровождается различными патологическими состояниями.

Гестоз при беременности – осложнение гестационного периода. Оно развивается во время вынашивания ребенка, при родах или в первые дни после них. Гестоз сопровождается выраженным нарушением работы жизненно важных органов. В основе этого состояния лежит нарушенное приспособление организма женщины к беременности. В результате каскада реакций возникает спазм сосудов во всех тканях, нарушается их кровоснабжение, развивается дистрофия. Поражаются нервная система, сердце и сосуды, плацента и плод, почки и печень.

Гестозы принято разделять на «чистые» и «сочетанные». К «чистым» относят гестозы, которые возникают у беременных женщин, которые ранее никакими заболеваниями не страдали.

Гестоз делят на формы в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра:

* О10: гипертензия (высокое давление), существовавшая до беременности и осложнившая течение вынашивания, родов, послеродового периода;
* О11: существовавшее раньше высокое давление с присоединением протеинурии (белка в моче);
* О12: появление при беременности отеков и белка в моче при нормальном давлении;
* О13: развитие при беременности высокого давления при отсутствии белка в моче;
* О14: возникшая при беременности гипертония в сочетании с большим количеством белка в моче;
* О15: эклампсия;
* О16: неуточненная гипертензия.

Анемия – клинико-гематологический симптомокомплекс, характеризующийся уменьшением количества эритроцитов, и гемоглобина в единице объема крови. В понятие анемии входят заболевания различной природы, но наиболее часто они связаны с недостатком железа, и поэтому, называются железодефицитными анемиями.

**2. Особенности сестринского процесса при осложнениях беременности**

Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение и ранняя диагностика возможных осложнений беременности. Этапность оказания медицинской помощи женщинам при осложнениях беременности, определена в приложении № 5 приказа Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (с изменениями на 17 января 2014 года).

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) проводится трехкратно: при сроках беременности 11 - 14 недель, 18 - 21 неделю и 30 - 34 недели.

При сроке беременности 11 - 14 недель беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую экспертный уровень пренатальной диагностики, для проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка.

При сроке беременности 18 - 21 неделя беременная женщина направляется в медицинскую организацию, осуществляющую пренатальную диагностику, в целях проведения УЗИ для исключения поздно манифестирующих врожденных аномалий развития плода.

Динамическому наблюдению подлежат все беременные, начиная с первой явки по поводу беременности Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель.

На первом приеме особое внимание уделяют сбору общего и репродуктивного анамнеза женщины.

Уточняют жалобы пациентки, и проводит оценку пренатальных факторов риска: выявляются профессиональная вредность, неблагоприятные социально-бытовые факторы, нарушения развития плода и заболевания в антенатальном периоде, детском, подростковом и зрелом возрасте, наличие экстрагенитальной, гинекологической патологии, отягощающих наследственных факторов. Выясняются нарушения овариальноменструальной функции. Уточняется число беременностей, их течение, исходы.

Направляют пациентку на лабораторные и инструментальные методы исследования.

За женщинами, у которых в анамнезе имеются факторы риска осложнений беременности акушерка более внимательно относится к женщине и ведению беременности, которая включает в себя регулярные медицинские обследования и своевременную медицинскую помощь.

При наблюдении за беременной женщиной, акушерка определяет проблемы женщины, помогает в их решении, создает мотивацию на благополучный исход беременности, обучает профилактическим мероприятиям для сохранения беременности.

Акушерка заподозрив осложнение беременности информирует врача или обеспечивает госпитализацию, оказывает доврачебную помощь, грамотно выполняет назначения врача.

Акушерка разъясняет женщине и убеждает ее, в том, что большое значение для благополучного исхода беременности имеет регулярное наблюдение и своевременная диагностика развивающихся осложнений.

С целью своевременного обращения к врачу акушерка рассказывает пациентке о первых признаках осложнений беременности.

Беременные женщины должны быть информированы акушеркой о необходимости обращения к врачу во время беременности при появлении болей внизу живота и пояснице; при возникновении кровянистых выделений из половых путей.

При риске развития осложнений беременности акушерка дает рекомендации о соблюдении лечебно-охранительного режима - исключение физических нагрузок и стрессовых ситуаций, обеспечение психологического климата в семье, соблюдение постельного режима и полового покой.

Акушерка так же объясняет значение проводимого лечения, обучает пациентку правильному приему лекарственных препаратов, контролирует выполнение назначений врача.

Акушерка проводит с женщиной беседы о соблюдении здорового образа жизни, правил личной гигиены (уход за телом, ротовой полостью, молочными железами, наружными половыми органами), о правильном рациональном питании.

Если после проведенных мероприятий риск развития осложнений беременности сохраняется, то необходимо стационарное лечение. Поэтому акушерка убеждает пациентку лечь в стационар и получить необходимое лечение для сохранения беременности.

**3. Основные виды осложнений при патологическом течении родов: кровотечения в последовом периоде, разрыв тела матки, промежности, шейки матки**

Физиологически протекающая беременность никогда не сопровождается кровотечением.

Кровотечение в последовом периоде это кровотечение до рождения последа. Частота кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах колеблется от 2,5 до 8%. В 20 - 45% случаев акушерские кровотечения являются причиной гибели женщин.

Классификация. Кровопотерю в последовом и раннем послеродовом периодах можно подразделить на:

физиологическую - до 10% ОЦК (менее 0,5% массы тела), т.е. менее 500 мл;

патологическую - превышающую 10% ОЦК (более 0,5% массы тела), т.е. 500 мл и более;

массивную - превышающую 25 - 30% ОЦК (более 1% массы тела), т.е. 1000 мл и более.

Кровотечение в последовом периоде может быть обусловлено нарушением отделения плаценты, частичным плотным прикреплением или истинным приращением плаценты, нарушением выделения последа, вызванным гипотонией матки или ущемлением последа вследствие спазма шейки матки, разрывами мягких родовых путей.

Кровотечение, обусловленное нарушением отделения плаценты или частичным плотным ее прикреплением, характеризуется обильными кровяными выделениями в период, когда вся плацента находится в полости матки.

Кровотечение при разрывах мягких родовых путей характеризуется появлением ярких кровяных выделений сразу после выделения последа. Несмотря на кровотечение, матка плотная, хорошо сократившаяся; введение сокращающих матку средств не прекращает и не уменьшает кровопотерю.

На сегодняшний день разрыв тела матки встречается очень редко. Это связано со своевременной диагностикой патологии и в родильном доме, и во время беременности в женской консультации. Тем не менее, такой разрыв иногда встречается и может привести к тяжелым последствиям для матери и плода, вплоть до летальных исходов.

В зависимости от того, произошел или еще нет разрыв стенки матки, появляется определенная симптоматика. Симптомы осложнения возникают во втором периоде родов, и связано это с наличием препятствия для прохождения плода. Во время разрыва отмечается беспокойное состояние роженицы, она жалуется на чувство страха, сильные непрекращающиеся боли в животе и пояснице, и все это происходит на фоне введения обезболивающих и расслабляющих мускулатуру матки препаратов. Родовая деятельность при этом может быть сильной, а схватки частыми, интенсивными, болезненными; в свою очередь вне схваток матка не расслабляется. У повторнородящих женщин тем не менее родовая деятельность может быть выражена недостаточно. Визуально же отмечается выраженное перерастяжение матки, особенно истончается область нижнего сегмента, а при его ощупывании женщина чувствует боль. При полном открытии маточного зева граница между телом матки и нижним сегментом (контракционное кольцо) смещается до уровня пупка, при этом матка несколько изменяет свою форму и напоминает песочные часы. Отмечается также болезненное мочеиспускание, часто учащенное, отсутствие же мочеиспускания свидетельствует о сдавлении мочевого пузыря. При несоответствии размеров головки плода и размеров таза матери отмечается высокое стояние головки над входом в малый таз. Хочется отметить, что симптомы разрыва у неоднократно рожавших женщин не столь ярко выражены, как у первородящих. Родовая деятельность в таких случаях, как правило, не носит бурный характер, симптоматика угрожающего разрыва нарастает постепенно на фоне слабой родовой деятельности.

Симптоматика разрыва шейки матки очень индивидуальна (зависит от порога болевой чувствительности каждой женщины). Но в первую очередь признаки патологии зависят от степени разрывов шейки матки.

Степени разрывов шейки матки. В зависимости от тяжести разрыва выделяют три степени:

* первая степень - длина разрыва 2 см;
* вторая степень - длина разрыва превышает 2 см, но не доходит до сводов влагалища;
* третья степень - разрыв шейки доходит до сводов влагалища и переходит на него.

Разрыв шейки матки I степени обычно протекает бессимптомно. Более глубокие разрывы проявляются кровотечением, которое начинается сразу после рождения ребенка. Массивность кровотечения зависит от размера вовлеченного в разрыв сосуда, поэтому кровотечение может быть как незначительным, так и достаточно обильным. При этом необходимо всегда помнить, что небольшое наружное кровотечение не обязательно свидетельствует о неглубоком разрыве, например, доходящем до свода влагалища, кровотечение может быть внутренним в околоматочную клетчатку. Разрыв шейки матки встречается значительно чаще у первородящих (27,6 %), тогда как у повторнородящих женщин намного реже (5,3 %).

Растяжимость тканей имеет свои пределы. Предлежащая часть плода, продвигаясь по родовому каналу и достигнув тазового дна, сильно давит на промежность, растягивая ткани. Если ткани не эластичны, воспалены или рубцово изменены (имеются рубцы после предыдущих родов), часто возникает разрыв промежности. Иногда он возникает при неправильной защите промежности акушеркой.

Разрывы промежности бывают трех степеней:

I степень - небольшие разрывы кожи промежности;

II степень - разрывы кожи промежности сочетаются с разрывом мышц тазового дна (в основном это мышца, поджимающая задний проход);

III степень - в процесс вовлекаются сфинктер прямой кишки (круговая мышца, замыкающая прямую кишку), прямая кишка.

Разрыв промежности III степени относится к тяжелому виду акушерской травматизации.

**4. Особенности сестринского процесса при осложнениях родов.**

**Кровотечения в последовом периоде**

Причинами кровотечения в последовом периоде родов являются:

* + - * нарушение отделения и выделения последа из матки;
			* травмы мягких тканей родовых путей;
			* наследственные и приобретенные нарушения гемостаза.

При подозрении на кровотечение тактика сводится к следующему:

* мобилизация свободного персонала (не оставляя пациентку одну, позвать на помощьакушера-гинеколога);
* оценка объема кровопотери;
* оценка состояния и контроль жизненно - важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания);
* катетеризация 2 периферических вен для начала инфузии кристаллоидов в отношении 3:1 к объему кровопотери и утеротоников (лекарственные средства, регулирующие функцию матки: окситоцин и его производные, простагландины);
* ведения карты интенсивной терапии;
* катетеризация мочевого пузыря - мочевой пузырь должен быть пустым;
* согревание женщины (накрыть одеялом, поменять влажные простыни на сухие);
* определение группы крови, Rh-фактора, взятие крови для анализа на совместимость.

При разрыве тела матки, промежности, шейки матки необходимо тщательно осмотреть родовые пути и восстановить целостность шейки матки или влагалища и промежности.

При диагностировании разрыва матки экстренно приступают к ампутации или экстирпации матки.

**5. Основные виды осложнений при патологическом течении раннего послеродового периода: кровотечения в раннем послеродовом периоде, гнойно-септические заболевания**

Послеродовое кровотечение – клинически значимая кровопотеря, составляющая 500 мл и более при родах через естественные родовые пути, 1000 мл и более при операции кесарева сечения.

Клиническая классификация:

* раннее послеродовое кровотечение - в первые 24 часа после родов;
* позднее послеродовое кровотечение - по истечении 24 часов до 42 дней послеродового периода.

Послеродовые гнойно-септические заболевания - инфекционные заболевания - заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами, возникающие в течение 42 суток с момента родов. Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, дизентерия и др.), к группе послеродовых заболеваний не относят.

Для послеродовых гнойно-септических заболеваний характерна полиэтиологичность. Различные клинические формы послеродовой инфекции могут быть вызваны различными микроорганизмами. В то же время послеродовое заболевание нередко связано с полимикробной инфекцией.

В качестве возбудителей могут быть аэробы: энтерококки, кишечная палочка, клебсиелла, стрептококки группы В, стафилококки.

Различают инфекцию экзогенную, занесенную в половой тракт извне при различных манипуляциях и вмешательствах, и эндогенную, то есть вызванную собственными микробами женщины.

В отечественной литературе наиболее принята классификация послеродовых инфекционных заболеваний С. В. Сазонова – А. В. Бартельса, согласно которой различные формы послеродовой инфекции родовых путей рассматриваются как отдельные этапы единого динамически протекающего инфекционного процесса.

Авторы выделяют 4 этапа распространения инфекции.

1- й этап - ограниченная форма инфекции, она не распространяется за пределы матки, к этой форме относятся послеродовые язвы и послеродовой эндометрит (эндомиометрит), гонорейная послеродовая инфекция;

2- й этап - определяется местными проявлениями инфекционного воспалительного процесса, распространяющегося за пределы раны, но остающегося локализованным: метрит параметрит сальпингоофорит пельвиоперитонит метротромбофлебит тромбофлебит вен таза, тромбофлебит бедренных вен (ко второму этапу относятся только ограниченные, не распадающиеся тромбофлебиты); при распространении инфекции со стороны послеродовой язвы возникают вульвиты. кольпиты, паракольпиты и т. п. (эти же заболевания могут возникнуть и в результате нисходящей инфекции);

3- й этап - инфекция по тяжести близко стоит к генерализованной: разлитой перитонит септический эндотоксиновый шок анаэробная газовая инфекция (гангрена), прогрессирующий тромбофлебит;

4- й этап - генерализованные формы общей септической инфекции: сепсис (без видимых метастазов, с метастазами), септицемия и септнкопиемия, бактериальный шок.

Так же к послеродовым инфекционным заболеваниям относят - послеродовый мастит.

В указанную классификацию не включены редко встречающиеся, так называемые токсемические заболевания: дифтерия послеродовых ран и столбняк, отличающиеся рядом характерных особенностей.

**6. Особенности сестринского процесса при патологическом течении раннего послеродового периода**

Сестринский процесс при кровотечениях в раннем послеродовом периоде – смотри выше.

Основной задачей сестринского процесса при гнойно-септических заболеваниях раннего послеродового периода должно быть укрепление сопротивляемости организма родильницы, мобилизация всех его защитных сил на борьбу с инфекцией.

С это точки зрения важно значение имеют покой, правильное питание, надлежащий уход и общее медикаментозное лечение. Все эти мероприятия относятся к общей неспецифической терапии гнойно-септических заболеваний раннего послеродового периода. Покой наряду с благоприятным условиями для заболевшего органа является профилактикой дальнейшего распространения инфекции. Охранительный режим положительно воздействует также на центральную нервную систему.

Постельный режим необходим и при поверхностных формах инфекций при всех местных процессах в полости таза.

Пища должна быть разнообразной легко усваиваемой и содержать при небольшом объеме не меньше 2000 ккал в день. Следует таким больным давать бульоны, сахар до 200 г в день, сливочное масло, сливки, вареную рыбу, творог. Полезно обильное питье в виде чая, щелочных вод, морса, фруктовых соков. Надо помнить больного нужно кормить не ожидая, пока она сама попросит.

Важным разделом лечения является бактериальная терапия направлена на борьбу с возбудителем инфекции. С этой целью назначают антибиотики.

Особое значение в комплексе с терапией приобретают контроль за гемодинамическим показателем и рациональной инфузионной терапий. В первую очередь необходимо производить возмещение жидкости с целью улучшения микроциркуляции и дезинтоксикации организма.

Вопросы для повторения:

1. Расскажите о невынашивании беременности.
2. Расскажите о внематочной беременности.
3. Расскажите о предлежании плаценты при беременности.
4. Расскажите о преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты при беременности.
5. Расскажите о гестозе при беременности.
6. Расскажите об анемии беременных.
7. Расскажитеоб особенностях сестринского процесса при осложнениях беременности.
8. Расскажите о кровотечениях в последовом периоде.
9. Расскажите о разрыве тела матки, промежности, шейки матки.
10. Расскажитеоб особенностях сестринского процесса при осложнениях родов.
11. Расскажите о кровотечениях в раннем послеродовом периоде.
12. Расскажите о гнойно-септических заболеваниях в раннем послеродовом периоде.
13. Расскажитеоб особенностях сестринского процесса при патологическом течении раннего послеродового периода.

**Тема 5. Сестринский процесс в гинекологии. Особенности сестринского процесса при воспалительных заболеваниях женских половых органов, бесплодии**

**Вопросы для изучения:**

1. Основные методы обследования гинекологических больных.
2. Дополнительные методы обследования гинекологических больных.
3. Современные технологии в методике обследования гинекологических больных.
4. Воспалительные заболевания женских половых органов.
5. Бесплодие.

**1. Основные методы обследования гинекологических больных**

Исследование половой системы женщины должно начинаться со сбора анамнеза, пальпации и перкуссии органов брюшной полости, а так же применения специальных методов обследования.

При расспросе гинекологической больной медицинский работник должен помнить, что некоторые из задаваемых им вопросов носят интимный характер. Все это требует от него большого такта и высокой культуры. Внешний вид и спокойное поведение, сочувственное и внимательное отношение к больной, умение внушить, что он стремится оказать ей помощь, терпеливое выслушивание ее жалоб и заявлений, умение тактично направить рассказ в необходимом направлении - вот те условия, которых необходимо придерживаться в течение всей беседы с больной.

Жалобы гинекологических больных немногочисленны: боли, бели, нарушение менструальной, репродуктивной и сексуальной функций. При сборе анамнеза следует обращать внимание на возраст больной, условия труда, быта, питания, перенесенные заболевания, здоровье мужа. С особым вниманием необходимо отнестись к изучению менструальной функции (возраст первой менструации, периодичность, интенсивность, продолжительность, дата последней менструации и т.д.), эта часть анамнеза должна быть собрана с особой полнотой и вдумчивостью. После этого оцениваются половая, секреторная, детородная функция, а также функции соседних органов. Опрос заканчивается выяснением истории настоящего заболевания.

Общее объективное исследование включает оценку конституции и фенотипа женщины, проведение осмотра молочных желез. Особое внимание обращают на пальпацию, перкуссию и аускультацию живота.

Специальное гинекологическое исследование начинается с осмотра наружных половых органов. При этом обращают внимание на оволосение в области лобка и больших половых губ, возможные патологические изменения (отечность, опухоли, атрофия, пигментация и др.), высоту и форму промежности (высокая, низкая, корытообразная), ее разрывы и их степень, состояние половой щели (сомкнута или зияет), опущение стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании). При раздвигании половой щели необходимо обратить внимание на окраску слизистой оболочки вульвы, осмотреть состояние наружного отверстия уретры, парауретральных ходов, выводных протоков больших желез преддверия влагалища, а также на характер влагалищного отделяемого. После осмотра наружных половых органов следует осмотреть анальную область (наличие трещин, геморроидальных узлов и др.).

Вид и состояние наружных половых органов, как правило, соответствуют возрасту. У рожавших женщин обращают внимание на состояние промежности и половой щели. При нормальных анатомических соотношениях тканей промежности половая щель сомкнута и слегка раскрывается только при резком натуживании. При нарушении целости мышц тазового дна половая щель зияет даже при легком напряжении, стенки влагалища опускаются.

Слизистая оболочка входа во влагалище здоровой женщины имеет розовый цвет. При воспалительных заболеваниях она может быть гиперемирована, иногда с наличием гнойных налетов. Во время беременности вследствие застойного полнокровия слизистая приобретает синюшную окраску, интенсивность которой нарастает с увеличением срока беременности.

Затем приступают к исследованию с помощью зеркал, которое имеет особенно большое значение в гинекологии для выявления патологических изменений влагалища и шейки матки. Осмотр с помощью влагалищных зеркал является обязательной частью каждого гинекологического обследования, так как многие патологические состояния на шейке матки и во влагалище не сопровождаются определенной симптоматикой. Он позволяет оценить состояние слизистой влагалища (цвет, складчатость, опухолевые образования), его глубину. На шейке матки определяют форму наружного маточного зева, наличие воспалительных изменений, опухолевых образований (полипы, экзофитная форма рака и др.), характер выделений из цервикального канала.

Влагалищное (бимануальное) исследование проводят путем введения II и III пальцев во влагалище.

Кистью второй руки со стороны брюшной стенки по определенным правилам выполняют пальпацию органов малого таза. При этом определяют ширину входа во влагалище, состояние промежности, мышц тазового дна, длину влагалища, глубину влагалищных сводов, длину и состояние влагалищной части шейки матки, тела матки (положение, величину, консистенцию, подвижность, болезненность, форму и др.) и придатков (маточных труб и яичников). Это исследование может также дать представление о состоянии стенок таза (костные экзостозы).

Для получения наиболее полных сведений необходимо придерживаться определенной последовательности. Исключаются заболевания уретры, выясняется ее состояние (утолщена, уплотнена, болезненна). Оценивается емкость влагалища, выраженность складчатости слизистой оболочки, состояние его стенок.

Следующий этап - исследование влагалищной части шейки матки. Нормальная ее величина примерно соответствует размеру ногтевой фаланги большого пальца руки.

У рожавших женщин шейка матки цилиндрической формы, у нерожавших - конусовидной. Консистенция тканей шейки плотноватая. Существенное значение имеет состояние наружного зева (в норме он закрыт).

После этого обследуют матку: определяют ее форму, величину, консистенцию, смещаемость, чувствительность при пальпации и движении.

Затем диагностируют состояние придатков матки. Для этого исследующие пальцы поочередно переводят в боковые своды. Неизмененные придатки матки можно пропальпировать у худощавой женщины и при хорошем расслаблении передней брюшной стенки.

Если пальпируют придатки, то обращают внимание на их величину, форму, четкость контуров, характер поверхности, консистенцию, подвижность и чувствительность.

После обследования придатков переходят к исследованию параметриев. Обычно ткани параметрия пальцами не ощущаются. При воспалительных заболеваниях половых органов клетчатка может быть отечной, резко болезненной, в некоторых случаях она уплотняется (после перенесенного в прошлом воспаления). Оценивать состояние параметриев необходимо при злокачественных новообразованиях, так как метастазирование при раке шейки матки происходит по лимфатическим путям к лимфатическим узлам на боковых стенках таза. При этом клетчатка уплотняется, а шейка матки подтягивается кверху или к одной из боковых стенок таза.

Некоторые изменения могут быть выявлены и в крестцово-маточных связках (при хронических воспалительных процессах с преобладанием рубцово-спаечных изменений). Связки (позади матки) пальпируются утолщенными, укороченными, резко болезненными. Движения матки, особенно кпереди, вызывают резкую болезненность.

Ректальное исследование проводят II пальцем правой руки и несколькими пальцами левой (ректоабдоминальное). Оно помогает определить состояние шейки матки, паравагинальной и параректальной клетчатки, установить изменения в прямой кишке (сужение, сдавление опухолью, инфильтрацию стенок и др.). К этому исследованию прибегают также у больных, не живших половой жизнью (при сохраненной девственной плеве). Ректовагинальное исследование выполняют введением II пальца во влагалище, а III - в прямую кишку. Это комбинированное исследование целесообразно применять при подозрении на патологические изменения параметральной клетчатки и в прямокишечно-маточном пространстве.

**2. Дополнительные методы обследования гинекологических больных**

К дополнительным методам исследования гинекологических больных относят: лабораторные методы, тесты функциональной диагностики, инструментальные методы, рентгенологические методы, эндоскопические методы

Исследование шеечной слизи. В течение нормального менструального цикла физико-химические свойства слизи и количество секрета подвержены характерным изменениям (от 60 мг/сутки в раннюю фолликулиновую фазу до 700 мг/сутки в период овуляции). К этому же периоду увеличивается активность некоторых ферментов слизи и появляется ее текучесть, связанная с уменьшением вязкости. На изменении секреции и преломляющей силы шеечной слизи основаны феномены зрачка, папоротника, натяжения шеечной слизи.

Феномен зрачка. Тест связан с изменениями количества слизи в зависимости от гормональной насыщенности организма и тонуса шейки матки. На 8 - 9-й день менструального цикла появляется стекловидная прозрачная слизь в расширившемся наружном отверстии канала шейки матки. При направлении луча света наружный зев с выступающей каплей слизи кажется темным и напоминает зрачок. Количество секретируемой слизи и диаметр наружного зева прогрессирующе увеличиваются, достигая максимума к овуляции, а затем уменьшаются до минимальных показателей в позднюю лютеиновую фазу.

Тест оценивают по трехбалльной системе:

1 балл (+) - наличие темной точки - ранняя фолликулиновая фаза;

2 балла (++) - наличие темной точки размером 0,2 - 0,25 см - средняя фолликулиновая фаза;

3 балла (+++) - наличие темной точки размером 0,3 - 0,35 см - овуляция (максимальная продукция эстрогенов).

После овуляции с уменьшением секреции эстрогенов симптом зрачка постепенно ослабевает и исчезает к 20 - 23-му дню менструального цикла.

Феномен папоротника (тест арборизации). Тест основан на способности шеечной слизи при высушивании образовывать кристаллы. Причиной кристаллизации считают изменения физико-химических свойств слизи под воздействием эстрогенов (взаимодействие натрия хлорида с полисахаридами, коллоидами и муцином, рН слизи).

Материал для анализа забирают анатомическим пинцетом, который вводят в канал шейки матки на глубину 0,5 см. Полученную каплю слизи переносят на предметное стекло и высушивают. Оценку проводят под микроскопом при малом увеличении. Уже при оценке «2 балла» (++) виден четкий рисунок листа, «3 балла» (+++) - кристаллы образуют крупные листья, отходящие под углом 90°, с толстыми стеблями. При полноценной функции желтого тела в лютеиновую фазу цикла феномен папоротника постепенно исчезает.

Натяжение шеечной слизи. Тест основан на изменении этого показателя в течение менструального цикла. Максимум совпадает с максимальной продукцией эстрогенов при овуляции. Слизь для анализа набирают путем введения корнцанга в канал шейки матки. Затем инструмент извлекают и определяют натяжение при осторожном разведении браншей. Слизь растягивается в нить, длину которой измеряют в сантиметрах. Чем выше продукция эстрогенов, тем длиннее нить слизи.

Тест оценивают по трехбалльной системе:

1 балл (+) - длина нити до 6 см;

2 балла (++) - длина нити 8 - 10 см;

3 балла (+++) - длина нити 15 - 20 см.

При оценке «3 балла» отмечается максимальная продукция эстрогенов в организме (в период овуляции). В лютеиновую фазу цикла натяжение слизи снова уменьшается.

Кольпоцитология (цитологическое исследование отделяемого влагалища). Кольпоцитологическое исследование клеточного состава влагалищных мазков основано на циклических изменениях эпителия влагалища (влагалищные циклы). Они характеризуются степенью созревания эпителия, в результате в мазке определяются парабазальные (овальные с крупным ядром) и промежуточные клетки (веретенообразные с прозрачной цитоплазмой и везикулярным ядром, имеющим четкий хроматиновый рисунок). Из верхних слоев эпителия происходят поверхностные клетки. Это крупные полигональные клетки с бесструктурным (пикнотическим) ядром. Они появляются при максимальном разрастании эпителия, которое наблюдается при повышении эстрогенной стимуляции организма.

Количественное соотношение клеток в мазке и их морфологическая характеристика являются основой гормональной цитодиагностики.

Методика исследования заключается в следующем. Материал забирают с боковых частей свода верхней трети влагалища, так как они наиболее чувствительны к гормональному воздействию. При взятии мазка нельзя грубо манипулировать, так как исследованию подлежат клетки, отделившиеся от стенок влагалища. Несоблюдение этого правила приводит к тому, что в мазок попадают клетки из нижних слоев эпителия, наличие которых трактуется как гормональная недостаточность. При анализе мазка следует учитывать возраст больной и день менструального цикла. За 2 - 3 дня до исследования необходимо прекратить все влагалищные манипуляции и рекомендовать женщине воздержаться от половой жизни. Используют преимущественно полихромные методы окраски.

В клеточном составе влагалищных мазков различают четыре степени эстрогенной насыщенности организма.

В первом типе мазка (первая реакция) определяются базальные клетки с крупными ядрами. Эпителиальные клетки других слоев отсутствуют. Могут встречаться лейкоциты. Такая картина мазка отражает значительную эстрогенную недостаточность.

Во втором типе мазка (вторая реакция) просматриваются преимущественно парабазальные клетки с крупными ядрами. Среди них могут быть отдельные клетки промежуточного и базального слоев. Лейкоциты единичные или отсутствуют. Картина отражает среднюю степень эстрогенной недостаточности.

В третьем типе мазка (третья реакция) представлены преимущественно клетки промежуточного слоя с ядрами средней величины, иногда встречаются поверхностные клетки. Такой тип мазка характеризует незначительную эстрогенную недостаточность.

В четвертом типе мазка (четвертая реакция) обнаруживаются преимущественно большие и плоские, хорошо очерченные клетки поверхностного слоя с маленьким (пикнотическим) ядром. Мазок свидетельствует о достаточной эстрогенной насыщенности.

Измерение базальной температуры. Тест основан на гипертермическом эффекте прогестерона. Последний оказывает непосредственное воздействие на центр терморегуляции, расположенный в гипоталамусе. Поэтому при повышении секреции прогестерона во вторую половину нормального менструального цикла отмечается повышение базальной температуры на 0,4 - 0,8ºС. Стойкий двухфазный тип температуры свидетельствует о произошедшей овуляции и наличии функционально активного желтого тела.

Температуру измеряют одним и тем же термометром утром натощак, не поднимаясь с постели, в течение 10 минут. Полученные данные изображают графически. При всех вариантах нормальных изменений базальной температуры в фолликулиновую фазу цикла она ниже 37°С, а после овуляции повышается до 37,1 - 37,3ºС, редко до 37,6ºС.

Чаще всего перед началом подъема температуры отмечается кратковременное ее снижение (0,3 - 0,4°С), что по времени соответствует овуляции. За 1 - 2 дня до начала менструации базальная температура вновь снижается.

Зондирование матки. К зондированию матки прибегают в тех случаях, когда нужно уточнить данные, полученные при двуручном гинекологическом исследовании. Маточный зонд изготовлен из гибкого металла длиной 25 см, диаметром 3 мм. На поверхности зонда нанесена шкала, разделенная на сантиметры. Вершина зонда закруглена в виде пуговки. На расстоянии 7 см от пуговки зонда на нем часто есть небольшое утолщение, обозначающее длину полости нормальной матки у молодой женщины. Зондирование проводят для того, чтобы установить положение и направление полости матки, ее длину, в также характер рельефа эндометрия.

Кольпоцентез. Пункцию заднего свода проводят в стационаре в тех случаях, когда необходимо выяснить наличие или отсутствие свободной жидкости в полости малого таза (чаще всего в заднем заматочном пространстве) и определить ее характер.

Полученный пунктат осматривают, определяя его характер, цвет, прозрачность. Проводят бактериоскопическое и цитологическое исследование мазков, а иногда делают и биохимическое исследование.

Инцизия из половых органов (биопсия). Биопсию проводят в тех случаях, когда необходимо изучить гистологическую картину патологического образования в области наружных половых органов, влагалища, на влагалищной части шейки матки. Биопсия является наиболее важным методом диагностики ракового поражения: она обязательно должна применяться в случаях, когда возникает подозрение на раковый процесс.

Материал для биопсии может быть взят из шейки матки методом откусывания специальным инструментом типа конхотома.

Диагностическое выскабливание стенок полости матки проводят обычно для определения характера поражения: слизистый, плацентарный полип, раковые разрастания и др.

Эндоскопические исследования.

Кольпоскопия - это усовершенствованный метод визуального исследования шейки матки, влагалища и наружных половых органов с помощью специального аппарата - кольпоскопа.

Цервикоскопия – это эндоскопический метод диагностики патологии цервикального канала, основанный на непосредственной визуализации эндоцервикса с помощью оптических систем. Для выполнения цервикоскопии используют различные цервископы. Как правило, этот метод сочетается с кольпоскопией.

Вульвоскопия - это визуальное исследование вульвы с помощью кольпоскопа.

Гистероскопия - метод визуального осмотра внутренней поверхности матки с помощью эндоскопа при увеличении в 3,5 раза. Она может быть жидкостной, газовой и баллонной. Перед гистероскопией проводят общее обследование больной, включающее общие анализы мочи и крови, анализ крови на сахар, фонокардиаграмму (ФКГ), ЭКГ, мазки из влагалища на степень чистоты.

Независимо от методики гистероскопии осмотр начинают с общего обзора полости матки. При диагностике внутриматочной патологии у женщин репродуктивного возраста с двухфазным менструальным циклом следует учитывать фазу цикла.

Лапароскопия - осмотр органов брюшной полости и малого таза оптическим инструментом, введенным в брюшную полость через отверстие в передней брюшной стенке.

Кульдоскопия - осмотр органов малого таза с помощью оптической системы, введенной через отверстие заднего свода влагалища в прямокишечно-маточное углубление брюшной полости.

Рентгенологические методы исследования.

Рентгенологическое исследование без применения контрастного вещества в гинекологической практике применяют редко, и тем не менее оно позволяет получить важную информацию.

Рентгенодиагностика с введением контрастного вещества включает несколько методов.

Цервикогистерография. Сущность методики состоит во введении контрастного вещества в канал шейки матки с помощью специального конусовидного наконечника, обеспечивающего герметичность закрытия шейки, а затем проводят рентгенологическое исследование.

Цервикографию проводят при обследовании бесплодных женщин и привычном невынашивании с подозрением на истмико-цервикальную недостаточность.

Гистеросальпингография (ГСГ) - это простой и доступный метод исследования, позволяющий изучить состояние полости матки и маточных труб.

Чрезматочная тазовая флебография. Метод позволяет получить объективную и достоверную информацию о венозном сплетении передней и задней стенок матки, что создает возможность диагностики опухолевидных образований матки и яичников.

Биконтрастная рентгенопельвиография. Метод является сочетанием газовой пельвиографии и гистеросальпингографии.

Рентгенотелевизионная гистеросальпингография. Этот метод позволяет визуально контролировать заполнение полости матки и маточных труб контрастным веществом, проводить избирательные рентгеновские снимки и получать более четкие представления о характере тонуса матки и его изменениях в процессе исследования, а также расширяет диагностические возможности в распознавании патологии матки и маточных труб.

Рентгенофункциональная гистеросальпингография с видеозаписью - метод, позволяющий более детально оценить не только анатомические, но и функциональные нарушения при трубном бесплодии.

Компьютерная томография. Метод компьютерной томографии - современный высокоинформативный метод рентгенодиагностики, основанный на получении тонкого среза (толщина 8 мм) при прохождении строго ограниченного пучка рентгеновских лучей через тело человека при перемещающемся вокруг исследуемого объекта рентгеновском излучателе. Информация с детекторов поступает в компьютер, где в течение нескольких минут происходит обработка дезинтегрированных данных с каждой индикаторной точки выделенного слоя. Результаты обработки хранятся на съемных магнитных дисках машинной памяти и могут быть реализованы.

Фистулография - это рентгенологическое исследование свищей, которое в гинекологической практике используют редко.

Рентгенография черепа. Метод используют при обследовании гинекологических больных, особенно для распознавания нейроэндокринной патологии. При исследовании удается получить информацию о форме, размерах, контурах и структуре костей черепа.

Ультразвуковые методы исследования (УЗИ)

В настоящее время ультразвуковая диагностика занимает лидирующее место в гинекологии. Диагностическое исследование включает три метода - допплеровский, прозвучивания и отражения. В гинекологии применяют метод отражения (импульсный эхометод), при котором используется импульсный ультразвук.

Трансвагинальная эхография. Метод представляет собой современное направление ультразвукового сканирования в гинекологии.

Радиоизотопное исследование.

Радиоизотопное исследование является высокоинформативным методом для дифференциальной диагностики рака эндометрия, а также позволяет получить важные данные о степени выраженности пролиферативных процессов в эндометрии. Он основан на способности тканей, находящихся в состоянии пролиферации, накапливать радиоактивный фосфор быстрее и в большем количестве, чем в состоянии покоя. Этот метод используют как скрининг-обследование, а также как метод контроля.

Радиоиммунологический метод. Определение гормонов радиоиммунологическим методом проводят путем взятия крови из вены утром натощак трижды в зависимости от фазы менструального цикла.

Лабораторная диагностика

Бактериоскопическое исследование. Цель исследования - диагностика и контроль за проведением лечения воспалительных заболеваний женской половой сферы. При этом исследуют выделения из бокового свода влагалища и шейки матки, из уретры и прямой кишки, вестибулярных желез; мазки рекомендуется брать до двуручного или инструментального исследования.

Бактериоскопическую диагностику выполняют путем одновременного исследования мазков, окрашенных метиленовой синью, бриллиантовой зеленью и по Граму (последний метод окраски является дифференциально-диагностическим).

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища:

I степень - чистая культура влагалищных бацилл, клетки плоского эпителия, реакция кислая;

II степень - кроме влагалищных палочек встречаются единичные лейкоциты, кокки, много эпителиальных клеток, реакция кислая;

III степень - влагалищных бацилл много, преобладают другие виды бактерий, много лейкоцитов, реакция слабощелочная;

IV степень - влагалищных бацилл нет, очень много патогенных микробов и лейкоцитов, эпителиальных клеток мало, реакция слабощелочная.

Следует подчеркнуть, что III и IV степень чистоты соответствует патологическим процессам, является противопоказанием для выполнения всех плановых гинекологических манипуляций и операций без предварительной санации.

Бактериологическое исследование. Метод посевов выделений мочеполовой системы или пунктата при экссудативных формах воспалительных заболеваний тазовых органов используют для выявления микрофлоры.

При бактериологическом исследовании используют различные питательные среды с учетом необходимости выявления аэробной и анаэробной микрофлоры.

Цитологическая диагностика. Цитологическое исследование применяют не только для оценки гормональной функции яичников, но и при диагностике фоновых, предопухолевых процессов и злокачественных опухолей гениталий.

Наиболее современными методами, относящимися к специальным, являются фазовоконтрастная и люминесцентная микроскопия.

Для цитологических исследований используют соскобы, получаемые металлическими или деревянными шпателями, а в последнее время одноразовым инструментарием.

**3. Современные технологии в методике обследования гинекологических больных**

К современным технологиям в методике обследования гинекологических больных относят:

* кольпоскопию;
* гистероскопию;
* лапароскопию;
* ультразвуковое исследование;
* гистеросальпингографию;
* магнитно-резонансную томографию;
* компьютерную томографию;
* полимеразную цепную реакцию.

Полимеразная цепная реакция. Данный метод исследования является незаменимым в диагностике различных заболеваний половых органов. Для проведения такого исследования проводится забор биологического материала: мазка из влагалища, крови, мочи. С помощью такого высочувствительного метода обнаружения инфекционных возбудителей удается обнаружить даже минимальные количества ДНК возбудителя. ПЦР высокоэффективна для обнаружения бактерий (уреаплазмы, микоплазмы), простейшие (хламидии), вирусы (вирус папилломы человека, цитомегаловирус), грибков (кандиды). Обнаружение таких инфекций необходимо в диагностике различной патологии женских половых органов.

Таким образом, объем обследования пациенток с гинекологическими заболеваниями весьма обширен, позволяет выявить нарушение в любых органах и тканях.

**4. Воспалительные заболевания женских половых органов**

В структуре гинекологической заболеваемости воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место и составляют 60 - 70% гинекологических больных, которые обращаются в женские консультации. Чаще всего это неспецифические воспалительные процессы, причиной которых, в основном, являются стафилококки, кишечная палочка, стрептококки, вирусы, а также различные микробные ассоциации. Иногда воспалительный процесс связан с внедрением гриба молочницы, лучистого гриба и других возбудителей. Чаще всего в очагах воспаления инфекция бывает смешанной.

Диагностика осуществляется с помощью бактериологического исследования влагалищных мазков, посева гноя, полученного путем пункции или вскрытия гнойных образований.

Воспалительные заболевания не только влияют на общее состояние больной и снижают трудоспособность, но и вызывают бесплодие, нарушения менструальной функции, могут даже привести к летальному исходу.

Различные заболевания женщины со стороны внутренних органов, переохлаждение, снижение иммунитета, перегрузки организма могут осложнить течение воспалительных заболеваний женских половых органов.

Воспаление выражается изменениями в тканях в виде нарушения кровообращения, отека, лейкоцитоза и лимфоцитоза, в результате чего изменяется общее состояние организма - повышается температура, появляются боли, ухудшается самочувствие, изменяется состав крови.

Очень часто воспалительные процессы провоцируют различные оперативные вмешательства на женских половых органах (выскабливания полости матки, пункции, взятие биопсии и т.д.).

Все воспалительные процессы могут протекать в острой, подострой и хронической форме.

Исход зависит от полноты проведенной терапии и соблюдения общего и полового режима.

Для современного течения воспалительного процесса характерно отсутствие четко выраженной клинической картины и склонность к длительному хроническому течению с частыми обострениями. Лишь у части больных наблюдается выраженная острая стадия, у остальных заболевание начинается и протекает без четких симптомов с преобладанием болевого синдрома. Преимущественно воспалительными процессами поражаются придатки матки (82 - 86%).

Все воспалительные процессы половых органов делятся:

* на воспаления наружных половых органов;
* воспаления внутренних половых органов.

Воспаления наружных половых органов.

Вульвит - это воспаление преддверия влагалища. Он может быть первичным и вторичным.

Первичный вульвит чаще возникает у девочек при травме или же при нарушении гигиены содержания половых органов (девочку не подмывают после мочеиспускания, дефекации, или же она пользуется общими предметами гигиены (мыло, мочалка, полотенце, общая постель).

Способствуют возникновению вульвита перенесенные инфекционные заболевания, нежный эпителиальный покров.

Вторичным вульвитом чаще страдают женщины, переболевшие воспалительными процессами внутренних половых органов.

Вульвит протекает в острой и хронической формах. При остром вульвите появляются покраснение половых губ, клитора, гнойные выделения, отек тканей, зуд. Иногда это сопровождается появлением острых кондилом (разрастание тканей).

Хронический вульвит сопровождается гиперемией, зудом, жжением, иногда - гипертрофией губ.

Диагноз вульвита ставится на основании анамнеза, жалоб и данных гинекологического осмотра.

Лечение острого вульвита заключается в постельном режиме, туалете наружных половых органов - подмывание и ванночки в растворе ромашки 2- 3 раза в день с последующим смазыванием 2 - 3%-ным раствором борной кислоты. Можно применять примочки с раствором фурацилина (1:5000) или отвара и настоя эвкалипта (10,0:200,0), по 1 чайной ложке на стакан воды, меняя салфетки 3 - 4 раза в день (3 - 4 дня).

При сильном зуде вульву смазывают 5%-ной анестезиновой мазью.

При вульвите, вызванном специфической микрофлорой, назначают фуразолидон с антибиотиками, снотворные средства.

При сочетании вульвита с воспалительным заболеванием внутренних органов проводится одновременно и лечение основного заболевания. У девочек необходимо поднимать сопротивляемость организма путем назначения общеукрепляющего лечения.

Профилактика вульвитов заключается в соблюдении гигиенических мероприятий, своевременном и полноценном лечении экстрагенитальной и генитальной патологии.

Бартолинит -воспаление большой железы преддверия. При воспалении микробы проникают в выводные протоки большой железы преддверия, вызывая в ней воспалительные процессы. Вокруг наружного отверстия выводного протока (в верхней трети складки между большой и малой половой губой) отмечается гиперемия, окруженная воспалительным валиком. В результате закупорки выводного протока образуется ложный абсцесс. Больная жалуется на резкую болезненность при пальпации и раскрытии половой щели. Кожа гиперемирована, синюшна, отечна. Температура субфебрильная. Абсцесс может вскрываться самостоятельно в области половой губы или же, при закупорке протока, продолжает развиваться. Тогда состояние больной ухудшается, температура нарастает, болезненность и отек в области половой губы увеличиваются. Ближайшие лимфатические узлы болезненные и увеличенные. В этих случаях прибегают к хирургическому лечению - вскрытию абсцесса.

В начальной стадии показано применение холода с целью ограничения воспалительного процесса, антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

При самостоятельном вскрытии абсцесса раневую поверхность промывают 3%-ным раствором перекиси водорода и местно применяют повязки с мазью Вишневского.

В редких случаях при рецидивирующих бартолинитах прибегают к вылущиванию бартолиниевой железы оперативным способом.

Воспалительные заболевания внутренних половых органов

Кольпит- это воспаление слизистой оболочки влагалища. Он вызывается смешанной флорой. Больные жалуются на резкую болезненность при половом сношении, чувство жжения во влагалище, обильные бели. Слизистая влагалища гиперемирована, отделяемое серозно-гнойное.

Выделяют старческийкольпит, возникающий в периоде менопаузы, когда на фоне снижения эстрогенов в организме слизистая атрофируется, складки сглаживаются, появляется гиперемия; слизистая легко травмируется, инфицируется. В результате этих изменений возникают боль, бели, язвочки.

С целью лечения неспецифического кольпита назначают спринцевания или ванночки растворами фурацилина, с последующим введением тампонов со стрептоцидовой или синтомициновой эмульсией или влагалищных свечей (бетадин). Процедура делается на ночь в течение 15 - 20 дней. Утром тампон извлекается.

При кольпитах специфической этиологии (грибки) с успехом применяются: гинопеварил, овидон, противогрибковые антибиотики (нистатин, леворин), боракс, 1%-ный раствор метиленового синего, канестен. Лечение проводят в течение 2 - 3 менструальных циклов.

При старческих кольпитах после спринцевания стенки влагалища смазывают 3%-й перекисью водорода и ставят тампоны с рыбьим жиром, преднизолоновой мазью или мазью Вишневского.

Воспалительные заболевания матки

Эндоцервицитвозникает в результате поражения стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, энтерококками, микоплазмой и другими возбудителями. Способствуют эндоцервициту разрывы шейки матки во время родов, абортов и прочих вмешательств.

Жалоб больная почти никогда не предъявляет, но при осмотре отмечаются гиперемия вокруг наружного зева, шейка матки утолщается. При раскрытии цервикального канала с помощью зеркала в нем также обнаруживают гиперемию и обильные выделения слизи.

В острой стадии назначают спринцевания теплым раствором 30%-ного натрия хлорида или 2 - 3%-ным раствором натрия гидрокарбоната и сульфаниламидные препараты. Хороший эффект дает применение свечей с бетадином.

В хронической стадии назначают ванночки из протаргола или колларгола, электрофорез с цинком.

Эндоцервицит, сопровождающийся обильными белями, нередко приводит к развитию эрозии шейки матки,которая часто также не вызывает жалоб у больной, но иногда могут быть жалобы на контактное кровомазание (при половом сношении).

При осмотре в зеркалах видна гиперемированная шейка матки в каком-либо месте. Диагноз уточняется с помощью кольпоскопии, когда удается увидеть ярко-красное пятно с четкими границами. Характер патологии определяется состоянием эпителия. При гистологическом исследовании ткани, взятой путем биопсии из эрозированной поверхности, выявляется ткань слизистой без эпителия. При подозрении на атипические клетки проводят цитологическое исследование.

Лечение эрозии шейки матки проводится в течение двух недель консервативными методами аналогично лечению эндоцервицита. Рекомендуют тампоны с мазью каланхое, облепиховым маслом, рыбьим жиром, маслом шиповника.

Если в течение двух недель нет эффекта от консервативной терапии, из эрозированной поверхности берут биопсию и при отсутствии атипических (раковых) клеток проводят электрокоагуляцию шейки матки. При сочетании эрозии шейки матки с разрывами ее (энтропион) показана пластическая операция шейки матки.

Метроэндометрит *-* воспаление слизистого и мышечного слоев матки. Способствуют метроэндометриту внутриматочные вмешательства (выскабливания матки, послеродовые осложнения, полипэктомия и пр.). При этом поражается функциональный и базальный слои эндометрия и тесно связанный с ними мышечный слой.

Больная жалуется на боли в низу живота, повышается температура, ухудшается общее состояние. При влагалищном исследовании матка несколько увеличена, очень болезненна при пальпации и смещении. При исследовании общего анализа крови отмечается лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Лечение проводится с применением холода в острой стадии, антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, метронидазола, болеутоляющих и десенсибилизирующих средств, витаминотерапии.

Аднексит (сальпингоофорит) - воспаление маточных труб и яичников. Возбудителями этого заболевания может быть как неспецифическая, так и специфическая микрофлора. Чаще всего процесс распространяется восходящим путем из матки, реже - переходит из соседних органов (прямая кишка, мочевой пузырь, червеобразный отросток).

Процесс может быть острым, подострым и хроническим, одно- и двусторонним. Как правило, маточные трубы и яичники поражаются вместе. При развитии гнойного процесса в маточной трубе и запаивания выхода из нее образуется опухоль трубы (пиосальпинкс). Может образоваться гнойник в яичнике (пиовариум).

При остром аднексите симптоматика очень разнообразна. Нарушается общее самочувствие больной: повышается температура, появляются озноб, недомогание, головная боль, сухость во рту, тошнота, рвота. Из местной симптоматики отмечаются боли нарастающего характера и интенсивности, которые локализуются в подвздошных областях и иррадиируют в крестец, поясницу, бедро. Выделения из влагалища могут быть различными - от серозных до гнойных и кровянистых. Может наблюдаться нарушение менструального цикла. Нередко при недостаточном лечении процесс может перейти в хронический. В этих случаях маточные трубы становятся непроходимыми и жалобы больной сводятся к бесплодию.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза и объективных данных. При гинекологическом исследовании сбоку от матки пальпируются увеличенные болезненные придатки. Для уточнения диагноза необходимо выявить возбудителя заболевания и определить его чувствительность к антибиотикам.

Лечение при острых и подострых воспалительных процессах придатков матки проводится только в стационарных условиях, так как это единственный способ предупредить переход в хроническую стадию, которая может привести к развитию бесплодия, невынашиванию, внематочной беременности.

Лечение должно быть направлено на восстановление всех жизненных функций организма, особенно на повышение защитных и адаптационных механизмов.

Для ликвидации воспалительного процесса, с учетом чувствительности, успешно применяют антибиотики (цеприн, цепролет, таривид и др.). Хороший эффект дает чередование аутогемотерапии с внутривенным введением 10%-ного раствора хлористого кальция или глюконата кальция, а также пирогенала и биохиноля с витамином В6 и В12

В более спокойной стадии назначаются физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия.

Для повышения реактивности организма назначают помимо аутогемотерапии инъекции алоэ, ФИБСа, поливитамины, по показаниям - дезинтоксикационную терапию. В дальнейшем лечение больных с гинекологическими заболеваниями проводится на грязевых и бальнеологических курортах.

При гнойных сальпингитах прибегают к хирургическому лечению.

Параметрит- воспаление околоматочной клетчатки, чаще всего возникает в послеродовом периоде, реже – при заболеваниях матки и придатков или после гинекологических операций.

Учитывая анатомические особенности тазовой клетчатки, процесс приобретает разлитой характер, без четких границ. Чаще всего параметрит развивается в результате воздействия стафилококков и стрептококков. Образовавшийся инфильтрат может нагнаиваться и самостоятельно прорываться как во влагалище и прямую кишку (наиболее благоприятный исход), так и в брюшную полость, что может привести к развитию пельвиоперитонита и перитонита.

Симптомы параметрита разнообразны - от нарушения общего состояния (недомогание, повышение температуры, озноб) до выраженной локальной симптоматики (боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, бедро, крестец, затруднения при мочеиспускании и дефекации).

Течение параметрита длительное, с рецидивами, приводящее к образованию спаечного процесса в малом тазу, загибу матки и другим осложнениям.

Диагноз ставится на основании анамнеза и данных гинекологического исследования, при котором задний свод выпячивается, болезненный, сзади или сбоку от матки определяется инфильтрат, малоподвижный, умеренно болезненный, при отсутствии изменений со стороны матки и придатков.

Лечение в начальной стадии состоит в создании постельного режима, общеукрепляющей терапии, применении холода, антибиотиков, электропроцедур, влагалищных тампонов с мазью Вишневского, лечебных микроклизм.

При гнойном расплавлении клетчатки основным методом лечения является кольпотомия (своевременное и рациональное вскрытие гнойника через влагалище). В произведенный крестообразный разрез вставляется дренажная трубка, через которую происходит отток содержимого и вводятся антибиотики.

Пельвиоперитонит *-* воспаление любого участка тазовой брюшины, ограниченное малым тазом. Причинами развития пельвиоперитонита являются воспалительные заболевания матки, придатков, а также соседних с ними органов, повреждения матки (перфорация во время выскабливания или введения в полость матки различных предметов с целью прерывания беременности). Различают серозный и гнойный пельвиоперитонит. Симптомами острого пельвиоперитонита являются высокая температура (до 39 - 40°С), озноб, частый, напряженный пульс (до 100 ударов в минуту). Язык сухой, обложен серым налетом, живот вздут, не участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации, больше в гипогастральной области.

Общее состояние средней тяжести, редко тяжелое. В крови: анемия, лейкоцитоз, повышенное СОЭ.

Лечение пельвиоперитонита направлено, в первую очередь, на локализацию процесса, снятие интоксикации, подавление жизнедеятельности микробов, уменьшение болевых ощущений. С этой целью назначается строгий постельный режим, высококалорийное питание, приподнятое положение верхней половины тела с целью ограничения процесса.

Парентеральное питание должно содержать растворы натрия хлорида, калия, белковые жидкости, глюкозу с витаминами. На низ живота назначают холод (1 - 1,5 часа лед на живот с часовым перерывом), болеутоляющие и снотворные препараты, внутривенное введение 5 - 10 мл 10%-ного раствора хлорида кальция, антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности к ним. Если, несмотря на проведенное лечение, улучшение не наступает и процесс переходит в гнойный, предпочтение отдается хирургическому методу (доступ к гнойнику возможен как со стороны влагалища, так и через переднюю брюшную стенку), так как процесс может распространиться на всю брюшную полость и принять разновидность разлитого перитонита.

Гинекологический сепсис -это патологическое состояние, обусловленное непрерывным или периодическим поступлением в кровь стафило-, стрептококков и других микроорганизмов из очага гнойного воспаления, послеоперационной раны и т.д.

Различают пиемию(в крови и тканях имеются очаги инфекции), септицемию(токсины вызывают дегенеративные изменения в тканях) и септикопиемию(смешанная форма, характеризующаяся наличием метастатических абсцессов в различных органах и тканях).

Если при пиемии и септицемии клиника выражена повышением температуры, ознобом, тахикардией, то при септикопиемии клиника развивается бурно и нередко приводит к септическому (бактериальному) шоку, когда на фоне выраженной интоксикации резко падает артериальное давление, снижается количество выделяемой мочи вплоть до анурии, усиливаются одышка, тахикардия, что может привести к острой сердечно-сосудистой недостаточности и даже к летальному исходу.

Объективно у такой больной появляются изменения со стороны паренхиматозных органов, развивается желтуха, увеличивается СОЭ, лейкоцитоз, анемия, изменения в моче (появляются гиалиновые мембраны).

Лечение должно заключаться в нормализации водного, минерального и белкового обмена. Назначают сердечные средства, витамины, болеутоляющие препараты, десенсибилизирующую терапию. Питание должно быть полноценным, легкоусвояемым. Местно проводится терапия основного заболевания с обязательным применением антибиотиков широкого спектра действия.

Специфические воспалительные заболевания женских половых органов возникают в тех случаях, когда возбудителем этих заболеваний является специфическая микробная флора: трихомонады, хламидии, гонококки, туберкулезная палочка и т.д.

Трихомоноз- инфекционное заболевание, которое вызывается влагалищными трихомонадами. Трихомонады очень неустойчивы во внешней среде, поэтому основным путем заражения является половой. Очень часто трихомонады сочетаются с гонококками. Они могут поражать влагалище, мочеиспускательный канал, выводные протоки больших желез преддверия, матку, шеечный канал, придатки матки с развитием соответствующей клинической картины.

Наиболее часто встречается трихомонадный кольпит. Больные жалуются на обильные бели пенистого характера с резким неприятным запахом, зуд. Течение болезни часто принимает хронический характер с обоюдным заражением половых партнеров. При осмотре в зеркалах - на стенках влагалища обильные точечные красные гранулемы, перерождающиеся в остроконечные кондиломы. Выделения пенистые, гнойные.

Диагноз ставится на основании жалоб, гинекологического осмотра и данных бактериоскопического исследования мазка.

В острой стадии показано спринцевание настоем ромашки или шалфея, или фурацилина (1:5000) с последующим введением во влагалище шариков или порошка с осарсолом, борной кислотой и глюкозой.

При хронической стадии показано промывание влагалища раствором фурацилина (1:6000) и введение тампонов с бораксом (бура с глицерином) на 12 часов в течение 20 дней. Одновременно назначается метронидазол (трихопол, флагил) по схеме. Очень эффективен при трихомонозе тинидазол. В этих случаях не всегда назначается местное лечение. Одновременно нужно лечить обоих партнеров.

Гонорея**.** Возбудителем гонореи является гонококк, который жизнеспособен только во влажной среде и поэтому вне человека он быстро погибает. Исходя из вышесказанного, можно считать, что основным путем передачи инфекции является половой путь. Частота заболевания гонореей после трихомоноза занимает второе место.

Для гонореи характерна многоочаговость, и поэтому все женщины, обращающиеся в акушерско-гинекологическое, дерматовенерологическое и урологическое учреждения с жалобами на наличие воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, должны быть комплексно обследованы на наличие гонококка. Учитывая нередкую бессимптомность течения гонореи во всех случаях бесплодия или преждевременного прерывания беременности необходимо исключить наличие гонококка.

Диагноз ставится на основании комплекса клинико-лабораторного обследования, включающего изучение данных анамнеза, осмотра и лабораторного исследования (как микроскопического, так и бактериологического).

Для того чтобы получить хороший мазок, отделяемое берут из различных участков половых органов только после тщательной очистки исследуемого очага ватными тампонами, смоченными 2%-ным раствором борной кислоты, или просто сухой, но стерильной ватой.

Мазки необходимо брать из мочеиспускательного канала, канала шейки матки, прямой кишки, отверстия мочеиспускательного канала, больших желез преддверия. Для этого нужно предварительно со стороны влагалища помассировать железы. Для клиники гонореи очень характерна многосимптомность. Явные симптомы обычно появляются через 3 - 4 дня после заражения. Больные жалуются на жжение и зуд в области наружных половых органов, обильные разъедающие выделения, боли при мочеиспускании в начале мочеиспускания или в конце, боли при дефекации. Часто развивается бартолинит (обычно двусторонний).

Объективно можно увидеть резкую гиперемию и раздражение вокруг отверстия мочеиспускательного канала, анального отверстия, в области наружных половых органов. При гинекологическом исследовании выражены явления кольпита, эндоцервицита, выделения гноевидные.

Часто инфекция распространяется восходящим путем и развивается метроэндометрит, аднексит (двусторонний).

В результате поражения маточных труб происходит запаивание обоих концов их, образуется гидросальпинкс, переходящий в пиосальпинкс. Эти явления приводят к непроходимости маточных труб и бесплодию.

В запущенных случаях может развиться пельвиоперитонит и разлитой перитонит.

Лечение гонореи предусматривает воздействие на инфекцию антибиотиками, повышение реактивности организма путем применения иммунотерапии (гоновакцина, молоко, пирогенал) и местное воздействие на пораженный орган.

Принципы лечения больных гонореей не отличаются от лечения больных с воспалительным процессом септической этиологии.

В последнее время успешно применяются такие средства, как заноцин, обладающий хорошей переносимостью, безопасностью, сохраняющий нормальную кишечную, вагинальную и уретральную микрофлору, не нарушающий иммунитет. Он хорошо сочетается с антибиотиками (пенициллинами и цефолоспаринами), метронидазолом. Он позволяет сократить сроки лечения ввиду высокой чувствительности к нему возбудителей (94% случаев). Хороший эффект при лечении гонореи дают кирин, роцефин (по назначению врача).

Профилактика гонореи заключается в сокращении случайных связей, применении контрацептивов, тщательном обследовании всех больных, страдающих рецидивирующими воспалительными заболеваниями женской половой сферы, бесплодием, а также в планомерном обследовании медицинского персонала и своевременной изоляции и лечении больных гонореей.

Сифилис- хроническое венерическое инфекционное заболевание, вызываемое бледной спирохетой. Заражение сифилисом происходит обычно половым путем. Однако возможен и бытовой сифилис в результате инфицирования при пользовании общими с больными предметами обихода.

Клиническая картина.Местные проявления сифилиса локализуются на коже женских наружных половых органов, слизистой оболочке влагалища и шейки матки. На месте первичного поражения развиваются единичная или множественные язвы с буро-красным дном, ровными краями, инфильтрированным плотным основанием (твердый шанкр), иногда без изъязвленной поверхности.

При поражении женских наружных половых органов вскоре появляются уплотненные безболезненные лимфатические узлы в паховой области, а затем и характерная сифилитическая сыпь на всем теле.

Твердый шанкр на шейке матки может образовываться на фоне ранее существовавшей эрозии, и тогда на ней появляются белые налеты, шейка матки увеличивается вследствие инфильтрации и отека, становится буро-красной. При этом на наружных половых органах появляется папулезная сыпь. Паховый лимфаденит при этом не наблюдается. Твердый шанкр на стенках влагалища встречается редко, локализуется в верхней трети влагалища и сопровождается паховым лимфаденитом.

Диагностика*.* Распознавание сифилиса основывается на данных подробного анамнеза, объективного и лабораторного исследований.

При обнаружении подозрительных на сифилис поражений необходимы исследования крови на реакцию Вассермана, мазки из отделяемого язв, в которых обнаруживается бледная спирохета.

Лечение*.* При сифилисе женских половых органов проводится общее противосифилитическое лечение. С целью повышения иммунитета применяется успешно ликопид в комплексе с антибиотиками (цефтриаксоном).

Профилактика сифилиса сводится к общественным мероприятиям и личным профилактическим мерам.

Туберкулез половых органов женщины.Туберкулез половых органов является одной из локализаций общего заболевания туберкулезом, вызываемой туберкулезной палочкой Коха. Возбудитель попадает в половые органы из первичного очага гематогенным, лимфогенным путем или по продолжению с пораженной брюшины. Часто процесс протекает бессимптомно и активизируется после абортов, родов, неспецифических воспалительных процессов и т.д.

Основной локализацией процесса в половых органах являются маточные трубы, реже - матка и другие органы.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза, объективных данных и лабораторных методов (цитология, гистология, рентгенология и др.). В клинике туберкулез, протекая бессимптомно, нередко приводит к бесплодию, что является основной жалобой больных.

Лечениебольных туберкулезом половых органов включает этиотропную терапию и применение средств патогенетического воздействия. Ведущее место занимает специфическая химиотерапия, состоящая из трех этапов: основного курса тремя препаратами в течение 5 - 6 месяцев, дополнительного:

* двумя препаратами в течение до 6 месяцев и поддерживающей,
* одним двумя препаратами прерывисто до 2лет.

С этой целью применяются стрептомицин, оказывающий активное влияние на микробактерии туберкулеза, изониазид, фтивазид, салюзид, ПАСК, рифампицин, этамбутол, а также тибон, пиразинамид, циклосерин, канамицин, имеющие меньшую активность.

Для изменения токсического действия и побочных эффектов при химиотерапии туберкулеза половых органов необходимо параллельное применение десенсибилизирующих средств, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, а также комплекса медикаментозных средств, применяемых для улучшения функции печени.

С целью патогенетического воздействия целесообразно назначение кортикостероидов (преднизолона), декариса, силенина. К хирургическому лечению прибегают редко.

В профилактике заболевания туберкулезом большое значение принадлежит своевременному выявлению, изоляции и полноценному лечению больных туберкулезом и обследованию контактных с ними людей.

Среди других специфических воспалительных заболеваний женских половых органов придается большое значение хламидиозу, миксоплазмозу и вирусной инфекции. Возбудители этих заболеваний вызывают поражения различных отделов половой системы, а также мочевой системы.

Клиническая картина этих заболеваний очень схожа между собой и нередко напоминает неспецифические воспалительные заболевания. Они обычно распространяются половым путем и поэтому представляют определенную эпидемиологическую опасность.

Для лечения этих заболеваний применяют: антибиотики, эубиотики и противомикотические препараты. Так, хороший эффект при лечении хламидиоза дают гиповеварил, дифлюкан, заноцин и другие препараты.

При хронической и рецидивирующей инфекцииназначают иммунотерапию: иммунофан, Т-активин, миелоид. Очень эффективным средством для лечения этого ряда заболеваний являются интерферон, особенно при локальном его применении, вильпрафен, спирамицин. Из антибиотиков предпочтение отдается антибиотикам тетрациклинного ряда. Лечение необходимо проводить обоим половым партнерам.

Вирус простого герпесавызывается одноименным вирусом и передается половым путем, причем источником инфекции могут быть не только больные с клинически выраженными симптомами, но также носители простого герпеса.

Характерным признаком вируса простого герпеса является появление отдельных или множественных везикул на гиперимированной отечной слизистой оболочке пораженного участка. Через 2 - 3 дня везикула вскрывается и образуется язва, заживающая в течение 2 - 4 недель без образования рубцов. Высыпанию везикул и образованию язв сопутствуют зуд, боль, жжение. Этому может сопутствовать ухудшение общего состояния, субфебрилитет и увеличение регионарных лимфатических узлов. Характерно возникновение рецидивов заболевания, которым обычно предшествуют переохлаждение, переутомление, стрессы, половые сношения.

Диагноз ставят на основании анамнеза, гинекологического осмотра и лабораторного исследования (мазки, кровь).

Лечениепредставляет определенные трудности в связи с рецидивами, с одной стороны, и недостатком специфических препаратов - с другой. Обычно назначают препараты, воздействующие на поднятие иммунитета, а также местное лечение (антибиотики, сидячие ванночки с ромашкой и др.). Применяют герпетические вакцины. В последние годы хороший эффект при лечении вируса простого герпеса дают такие препараты, как ликопид, вильпрафен, миелоид и др.

Кандидоз (кандидомикоз)- заболевание слизистой влагалища, распространяющееся по продолжению на матку и придатки. Возбудители заболевания - дрожжеподобные грибы, которые попадают в организм женщины как экзогенным путем (при половых сношениях), так и из кишечника. Развитию кандидомикоза способствует снижение иммунитета.

Жалобы на зуд, бели жидкие или с творожисто-крошковатыми включениями и неприятным кислым запахом. Влагалище гиперимировано, с налетами грибка и слущившихся клеток эпителия и лейкоцитов.

Диагноз уточняется результатами исследования мазка, в котором обнаруживаются грибки.

Лечениепроводят противогрибковыми препаратами (леворин, нистатин) в виде свечей и внутрь (в таблетках). Лечить необходимо обоих половых партнеров. Можно также проводить дополнительно местное лечение спринцеваниями (танин, 2%-ный раствор соды, буры с глицерином).

**5. Бесплодие**

О бесплодном браке говорит отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения контрацептивных средств.

Бесплодие может быть мужским и женским.

Мужское бесплодие проявляется неспособностью к оплодотворению независимо от возможности совершить половой акт. Причиной мужского бесплодия может быть: азооспермия (отсутствие сперматозоидов), аспермия (отсутствие эякулята), некроспермия (отсутствие подвижных сперматозоидов).

Если подвижность сперматозоидов составляет менее 50%, можно также говорить о мужском бесплодии.

Женское бесплодие бывает первичным и вторичным. Первичное бесплодие характеризуется отсутствием беременности в анамнезе. Вторичным бесплодием называется такое состояние, когда у женщины были беременности, закончившиеся родами, абортами ранних или поздних сроков, внематочные беременности, а затем в течение одного года и более регулярной половой жизни без применения контрацептивов беременность

не наступала.

Причиной женского бесплодия могут быть как заболевания половой сферы, так и экстрагенитальная патология (хронические инфекции и интоксикации, производственные вредности и т.д.). Бесплодие у женщины могут вызывать нарушения обмена веществ, плохое питание, авитаминозы, постоянное нервное напряжение и психосоматические расстройства и так далее. Часто бесплодие у женщин обусловлено воспалительными заболеваниями матки и придатков, половым недоразвитием. В результате перенесенного воспалительного процесса маточные трубы становятся непроходимыми в результате запаивания маточного или ампулярного отделов и сперматозоиды с яйцеклеткой не могут проникнуть в маточную трубу. Наличие воспалительных процессов в брюшной полости (аппендицит) нередко приводит к образованию спаек, в результате чего яйцеклетка после овуляции не может попасть в маточную трубу.

Определенное место в женском бесплодии занимают новообразования тела матки (миомы). Эндоцервицит, эрозия шейки матки снижают возможность зачатия. Изменение состава шеечной слизи также препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки. При нарушении менструальной функции с ановуляторными циклами ввиду отсутствия овуляции не созревает яйцеклетка, что также делает невозможным наступление беременности. Эта картина часто наблюдается при инфантилизме. Наличие различных врожденных пороков развития половых органов (отсутствие яичников, двурогая или двойная матка и пр.) могут являться причиной бесплодия. И, наконец, у некоторых половых партнеров может наблюдаться биологическая несовместимость, в результате которой беременность не наступает.

Симптоматология заболеваний, обусловливающих женское бесплодие, во многом определяется патологическими изменениями не только половой системы, но и других систем организма.

Так, при воспалительных процессах во внутренних половых органах одним из симптомов являются боль и бели, при миоме матки - кровотечение и так далее. Эндокринное (гормональное) бесплодие занимает второе место по частоте после трубного, в его основе лежит изменение регуляции и овуляторной функции яичников и, как было уже сказано, связано с ановуляторными циклами, при которых не происходит овуляции. В этих случаях клиника может быть очень разнообразна: аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, гипоменструальный синдром и так далее.

Статистикой доказано, что если при первичном бесплодии причиной чаще всего являются гормональные нарушения (в 3 раза чаще), то при вторичном бесплодии это воспалительные процессы половых органов (на первом месте по частоте - трубное бесплодие).

Диагностика бесплодия. Исходя из этого, проводится диагностика бесплодия. При бесплодном браке обследование начинают с мужчины, особенно если речь идет о первичном бесплодии. С этой целью исследуется сперма у мужчины. Перед исследованием семени мужчину необходимо предупредить о 5 - 7-дневном воздержании от полового акта. На период обследования запрещается употребление спиртных напитков. Нельзя применять презерватив, так как он содержит тальк и лишает сперматозоиды подвижности. Можно рекомендовать прерванное сношение, при котором сперму нужно получить в сухой чистый стакан. Сперму в теплом состоянии (необходимо в зимнее время хорошо завернуть стакан) в течение одного часа доставляют в лабораторию. Иногда исследование спермы необходимо повторить.

Если исследования позволяют исключить мужское бесплодие, обследуют женщину.

Учитывая, что причиной первичного бесплодия чаще являются гормональные нарушения, обследование начинают, соответственно, с гормональных исследований. Так, после тщательно собранного анамнеза и гинекологического осмотра обследуют функцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и далее приступают к обследованию функции яичников по тестам функциональной диагностики.

Если гормональная функция больной не нарушена, исследуется проходимость маточных труб.

При вторичном бесплодии диагностическое исследование начинают, как правило, с методов диагностики проходимости маточных труб.

Самым доступным методом является метод пертурбации(продувание маточных труб). Он проводится с 17-го по 21-йдень менструального цикла. Перед продуванием труб в течение3 дней больная получает прогестерон (по 1 мл 1%-ногораствора) для снижения сократительной деятельности матки.Затем, после подготовки наружных половых органов спомощью специального наконечника, введенного в шеечныйканал и соединенного с аппаратом, нагнетающим воздух,в полость матки вводят воздух под давлением, следя за подъемомдавления по стрелке. Если трубы проходимы, то придавлении 100 - 160 мм рт. ст. появляется характерный звуктрубы, определяемый аускультативно, и боль в подреберье(френикус-симптом).

Недостатком метода является невозможность определить, какая труба непроходима и локализация непроходимости.

Более точным методом исследования является гистеросальпингография (ГСГ). Подготовка к исследованию и сроки его проведения те же, что и при пертурбации. После подготовки наружных половых органов с помощью шприца в полость матки вводится контрастное вещество в теплом виде.

Для создания контраста пользуются как масляными, так и водными растворами. После введения контрастной массы маточный наконечник фиксируют пулевыми щипцами. Производят 3 снимка (сразу после введения, через 20минут и через 24 часа). Трубы проходимы, если в брюшной полости через сутки имеется хорошая «размазанность» контрастной массы (контуры матки и труб не видны). При непроходимости маточных труб рентгеновский снимок позволяет уточнить локализацию непроходимой трубы. Если маточные трубы хорошо проходимы, необходимо произвести гормональное обследование больной.

Лечение бесплодия. Лечение проводится в зависимости от выявленной патологии. Так, при непроходимости маточных труб методом выбора являются гидротубации (введение в полость матки под давлением лекарственной смеси из лидазы, гидрокортизона, антибиотиков на физиологическом растворе). Курс лечения – 5 - 6 процедур через день в межменструальном периоде. Можно повторить 3 курса с последующей ГСГ для уточнения результата проведенного лечения. Обычно гидротубации сочетают с физиотерапевтическим лечением.

При выявлении эндокринного бесплодия лечение заключается в проведении необходимой гормонотерапии на фоне общеукрепляющего лечения с целью создания овуляторных циклов. С целью восстановления овуляторных циклов успешно применяются препараты: кломифен, клостильбегид, пергонал, парлодел и др. Применение их в течение 1 - 3 циклов вызывает овуляцию и делает возможным наступление беременности.

Одновременно должна проводиться терапия, направленная на укрепление организма и борьбу с экстрагенитальной патологией.

Искусственное осеменение.К методам лечения женского бесплодия относится искусственное осеменение – введение спермы в половые пути женщины с целью наступления беременности. Сперму можно ввести в задний свод влагалища, но этот способ наименее эффективен, поскольку влагалищное содержимое может неблагоприятно действовать на сперматозоиды.

Второй способ - введение спермы в канал шейки матки, также не очень результативен из-за того, что сперма может погибнуть в содержимом шеечного канала.

Наиболее эффективен способ внутриматочного введения спермы.

Все эти способы применяются после тщательного обследования и установления проходимости маточных труб и двухфазности менструального цикла.

Осеменение можно проводить спермой мужа, а также спермой другого донора (при мужском бесплодии). Во всех случаях нужно тщательное обследование донора и подтверждение абсолютного его здоровья и хорошей наследственности.

В последние годы у нас для лечения бесплодия применяют экстракорпоральное оплодотворение и трансплантацию эмбриона (оплодотворение яйцеклетки вне организма и пересадка делящихся эмбрионов в полость матки). Уже имеются тысячи детей в мире, родившиеся при помощи применения этой уникальной методики.

Все женщины, носящие беременность с помощью применения вышеописанных методик, нуждаются в постоянном, тщательном наблюдении врача, акушера-гинеколога и корректировке течения беременности в необходимых случаях.

Профилактика бесплодиязаключается в своевременном предупреждении бесплодия. Она должна начинаться еще в детском возрасте с предупреждения воспалительных заболеваний половых органов, которые нередко возникают на фоне перенесенных детских инфекций (скарлатина, паротит, корь, краснуха и др.), влияющих на формирование полового аппарата у девочек. Своевременное выявление воспалительных заболеваний половых органов и излечение их избавляет женщину в последующем от возможных осложнений.

Необходимо широко проводить большую санитарно-просветительную работу среди женщин по разъяснению вреда абортов и опасности возникновения воспалительных заболеваний в матке и ее придатках, вреда венерических заболеваний, которые могут явиться причиной бесплодия.

Вопросы для повторения:

1. Перечислите и охарактеризуйте основные методы обследования гинекологических больных.
2. Перечислите и охарактеризуйте дополнительные методы обследования гинекологических больных.
3. Перечислите и охарактеризуйте современные технологии в методике обследования гинекологических больных.
4. Дайте классификацию и охарактеризуйте воспалительные заболевания женских половых органов.
5. Дайте понятие о бесплодии, приведите классификацию.

**Тема 6. Особенности сестринского процесса при нарушениях менструального цикла. Нейроэндокринные синдромы. Особенности сестринского процесса при доброкачественных и злокачественных заболеваниях гениталий. Факторы рискам возникновения онкологических заболеваний**

**Вопросы для изучения:**

1. Особенности проявлений нарушений менструального цикла.
2. Нейроэндокринные синдромы.
3. Предопухолевые и доброкачественные заболевания гениталий.
4. Злокачественные опухоли женских половых органов.Факторы рискам возникновения онкологических заболеваний.

**1. Особенности проявлений нарушений менструального цикла**

Менструальный цикл составляет промежуток между двумя менструальными кровотечениями (от первого дня предыдущего до первого дня последующего цикла), во время которого происходит периодическая смена фаз роста и созревания фолликула, заканчивающегося овуляцией и образованием и развитием желтого тела.

Нарушения менструального цикла возникают при повреждении нейрогуморальной регуляции цикла и должны рассматриваться как результат заболевания целостного организма. В свою очередь расстройства менструальной функции могут вызывать нарушения состояния других органов и систем.

Этиология нарушений может быть различной и включать как наследственные факторы, так и острые и хронические генитальные и экстрагенитальные заболевания. При этом один и тот же фактор может вызвать сразу несколько нарушений менструального цикла.

В патогенезе нарушений менструальной функции обычно выделяют то звено в нейрогуморальной регуляции, которое вызывает наиболее выраженную клинику. Так, причиной нарушения цикла могут быть изменения в гипоталамусе, гипофизе, щитовидной железе, надпочечниках и яичниках.

Несмотря на множество предложенных классификаций в нарушении менструальной функции наиболее приемлемой является классификация, основанная на клиническом симптомокомплексе. На этом основании все нарушения можно условно разделить на две большие группы: аменореи и дисфункциональные маточные кровотечения.

Классификация нарушений менструальной функции.

I. Аменорея - отсутствие менструаций 6 месяцев и более. Циклические нарушения, при которых менструации изменяются так:

1. Изменение количества крови, выделяющейся во время менструации:

а) увеличение (гиперменорея);

б) уменьшение (гипоменорея).

2. Нарушение продолжительности менструаций:

а) затяжные (полименорея);

б) укороченные (олигоменорея).

3. Нарушение ритма менструаций:

а) частые (пройменорея);

б) редкие (опсоменорея).

II. Циклические расстройства, выражающиеся в ослаблении, укорочении и урежении менструаций, характеризуются гипоменструальным синдромом. Удлинение и усиление менструации носят название меноррагии.

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения.

К ним относятся ановуляторные и дисфункциональные маточные кровотечения (ациклические).

IV. Болезненные менструации (альгодисменорея).

Аменорея может быть физиологической и патологической.

Физиологическойназывается аменорея у девочек до периода менархе (наступление менструации), при беременности, лактации, в климактерическом периоде, в старческом возрасте.

Патологическаяаменорея возникает при заболеваниях как всего организма, так и отдельных частей ЦНС и периферических органов и эндокринных желез. Следует выделить аменорею военного времени, которая связана с чрезмерными психическими потрясениями и алиментарным фактором.

Нарушения менструальной функции.

В зависимости от уровня поражения различают аменореи гипоталамические, гипофизарные, надпочечниковые, яичниковые и маточные.

Аменорея может быть первичная (полное отсутствие менструаций на протяжении предшествующей жизни) и вторичная (прекращение ранее бывших менструаций).

Проявлениями гипоталамической и гипофизарной аменореи, помимо отсутствия менструаций, служат нарушение обмена веществ (ожирение), гирсутизм (оволосение), вегетативно-сосудистые нарушения (гипо- и гипертония и др.).

Яичниковая аменорея чаще всего связана с врожденным отсутствием или недостаточностью функции яичников. Это часто сочетается с общим и генитальным инфантилизмом.

Одним из проявлений этого вида аменореи является синдром Шерешевского-Тернера (дисгенезия гонад), когда у девочки, вследствие каких-либо нарушений в развитии половой системы (воздействия вредных факторов, неполный набор хромосом и т.д.), нет месячных, отсутствуют вторичные половые признаки, мужской тип развития, короткая шея, низкий рост, грубый голос, рост волос по мужскому типу. Часто эта патология сочетается с другими пороками развития, умственной отсталостью.

Другой разновидностью яичниковой формы гипоменструального синдрома является синдром Штейна-Левенталя(синдром склерокистозных яичников), когда в организме увеличивается количество мужских половых гормонов (андрогенов) и в результате этого фолликулы кистозно видоизменяются, овуляция прекращается и развивается гипоменструальный синдром, сопровождающийся опсоменореей (гипоменструальный синдром, который может длиться более 36 дней) или аменореей, гирсутизмом (избыточный рост терминальных волос у женщин по мужскому типу), ожирением. Вторичные половые признаки при этой патологии развиты хорошо, телосложение по женскому типу.

Маточная форма аменореиможет быть связана с аномалией развития или же с повреждением эндометрия во время внутриматочных вмешательств (повреждение базального слоя эндометрия во время выскабливания полости матки), а также при туберкулезе половых органов.

Для диагностики необходимо прежде всего установить уровень повреждения в системе нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

При исключении повреждений на уровне гипоталамуса, гипофиза, надпочечников у больной обследуют функцию яичников по тестам функциональной диагностики.

Лечение проводится в зависимости от выявленных нарушений. Так, при аменорее или опсоменорее и других проявлениях гипоменструального синдрома яичникового генеза проводится терапия с целью восстановления цикла, если это представляется возможным. Для этого на фоне общеукрепляющего лечения (рациональное питание, витаминотерапия, занятия спортом, гигиена, физиотерапия и пр.) назначается заместительная гормонотерапия в зависимости от результатов проведенного исследования (эстрогены, прогестерон).

При дисгенезии гонад гормонотерапия проводится с целью развития вторичных половых признаков и улучшения общего и эмоционального состояния больной.

Лечение склерокистозных яичников заключается также в проведении гормонотерапии с целью стимуляции овуляции.

Если консервативная терапия не дает эффекта, то прибегают к хирургическому методу лечения - клиновидной резекции яичников, после которого восстанавливаются овуляторные менструальные циклы и у больной может наступить беременность.

Гиперменструальный синдром.

Гиперменструальный синдром чаще всего связан с дисфункцией яичников, вернее, с нарушением ритмической секреции гормонов яичника, а не с органическими заболеваниями половых органов или нарушением кроветворения.

Проявлением дисфункциональных маточных кровотечений может быть как гипоменорея (гипоменструальный синдром), так и меноррагия (полименорея). Это может быть следствием гипофункции яичников, развившейся на почве инфантилизма, истощения, гиповитаминоза и другой патологии.

Диагноз ставится также на основании обследования больной по тестам функциональной диагностики.

Лечение проводится в зависимости от причины, вызвавшей нарушение. При ановуляторном цикле проводят заместительную гормональную терапию, направленную на создание двухфазного овуляторного менструального цикла.

Дисфункциональные маточные кровотечения

Дисфункциональными маточными кровотеченияминазывают маточные кровотечения в пубертатном, репродуктивном периоде и периоде пременопаузы, обусловленные нарушением функционального состояния системы гипоталамус – гипофиз - яичники. Они могут быть овуляторными и ановуляторными.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения возникают ациклично с интервалами 1,5 - 6 месяцев, продолжаются обычно более 10 дней. Они наблюдаются преимущественно в периоды становления и увядания репродуктивной системы: в пубертатном периоде (ювенильные кровотечения) и в пременопаузе. Это связано с изменениями в гормональном выбросе и с возрастными изменениями нейросекреторных структур гипоталамуса.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения могут возникать также в репродуктивном периоде в результате расстройства функции гипофизарной зоны гипоталамуса при стрессах, инфекциях, интоксикациях.

Ювенильными кровотечениямичаще всего страдают девочки в возрасте 12 - 18 лет после перенесенных инфекционно-токсических заболеваний. Особенно неблагоприятное действие оказывает тонзилогенная инфекция. Определенную роль играют психические травмы, физические перегрузки, неправильное питание (гиповитаминозы).

При ювенильных кровотечениях нарушается выработка эстрогенов, низкий уровень прогестерона, в результате чего развивается длительное кровотечение. Этому кровотечению способствует плохое сокращение матки, не достигшей еще окончательного развития.

Ювенильные дисфункциональные маточные кровотечения наблюдаются чаще в первые два года после менархе. Состояние больной зависит от степени кровопотери и тяжести анемии. Характерны слабость, отсутствие аппетита, утомляемость, головная боль, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия.

Диагноз основан на типичной клинической картине, подтвержденной тестами функциональной диагностики. Осматривают девочку с помощью детских влагалищных зеркал или вагиноскопа с осветительной системой. Двуручный осмотр производится через прямую кишку (после очистительной клизмы).

Лечение ювенильных кровотечений включает два этапа: остановку кровотечения и профилактику рецидива кровотечения. И тот, и другой этапы осуществляются с помощью применения гормонов. На первом этапе одновременно проводится общеукрепляющее лечение, гемотрансфузии. Затем с помощью заместительной гормональной терапии создается искусственно менструальный цикл (эстрогены и прогестерон) на фоне витаминотерапии (B и С). В случаях анемии проводится антианемическое лечение.

Профилактика ювенильных кровотечений включает закаливание организма с раннего возраста, занятия физической культурой, полноценное питание, разумное чередование труда и отдыха, предупреждение инфекционных болезней, своевременная санация очагов инфекции.

Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном

периодевстречаются не очень часто. Их клиника определяется степенью кровопотери и анемии.

Диагноз ставится на основании осмотра и тестов функциональной диагностики.

Лечение гормональное (нон-овлон, овидон, норколут и др.).

Дисфункциональные маточные кровотечения в периоде менопаузы (пременопаузальные) встречаются у женщин в возрасте 45 - 55 лет и являются довольно частой генитальной патологией. Симптомами этой патологии являются затянувшиеся кровотечения, часто приводящие к анемии. Учитывая большую частоту сопутствующих заболеваний и обменно-эндокринных нарушений (гипертоническая болезнь, гипергликемия, ожирение и др.), эти кровотечения в пожилом возрасте протекают тяжелее, чем в другие возрастные периоды.

Диагноз нередко бывает затруднен, так как в этом возрасте (45 - 55 лет) у женщин возрастает частота возникновения аденомиоза, миомы, полипов матки, аденокарциномы, которые также могут приводить к кровотечениям. Нередко в период пременопаузы дисфункциональные маточные кровотечения сочетаются с эндометриозом матки и, гораздо реже, с гормоноактивными опухолями яичников.

С целью выявления внутриматочной патологии производят раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием. Используют также метод гистероскопии и гистерографии.

Лечение проводится в. зависимости от результатов, полученных при гистологическом исследовании. При отсутствии злокачественных новообразований проводят лечение гормонами.

При гиперпластических процессах применяют криотерапию (жидкий азот).

Во всех остальных случаях показано оперативное лечение в объеме, зависящем от диагноза.

Своевременный осмотр и проведенное полноценное лечение являются главным направлением в профилактике заболеваний раком.

Овуляторные дисфункциональные маточные кровотечения. Эта патология является довольно редкой среди всех дисфункциональных маточных кровотечений.

Овуляторные кровотечения репродуктивного периода делят на межменструальные маточные кровотечения (кровотечение в дни, соответствующие овуляции) и кровотечения, обусловленные персистенцией желтого тела (после задержки 4 - 6 недель умеренные кровянистые выделения).

Диагноз подтверждает наличие овуляции на основании тестов функциональной диагностики и УЗИ, когда определяется персистирующее желтое тело, нередко кистозно измененное.

Лечение заключается в раздельном выскабливании цервикального канала и полости матки с целью гемостаза. Затем назначается комбинированная гормонотерапия эстроген - гестагенными препаратами (нон-овлон, овидон, бисекурин и др.).

**2. Нейроэндокринные синдромы**

Нейроэндокринные гинекологические синдромы имеют общий патогенез – нарушения гипоталамо-гипофизарной системы как важнейшего звена в регуляции специфических функций женского организма. Однако каждый из этих синдромов при наличии общего патогенеза, характеризуется преобладанием симптомов, определяющих специфические проявления синдрома. К нейроэндокринным синдромам относятся:

* адреногенитальный синдром (АГС);
* синдром поликистозных яичников (СПКЯ);
* гиперпролактинемия;
* предменструальный синдром (ПМС);
* климактерический синдром (КС);
* посткастрационный синдром;
* послеродовый гипопитуитаризм (синдром Шихана).

Адреногенитальный синдром и синдром поликистозных яичников объединяют клинические проявления гиперандрогении. В организме женщины половые гормоны синтезируются в яичниках и коре надпочечников из единой субстанции — холестерола под влиянием определенных ферментов. Различия ферментных систем обеспечивают различия в синтезе стероидных гормонов надпочечников и яичников. В яичниках интенсивнее происходит образование половых гормонов — андрогенов и эстрогенов. В коре надпочечников из холестерола образуются глюкокортикоиды (кортизол) и минералокортикоиды (альдостерон, дезоксикортикостерон), а также андрогены и эстрогены.

Адреногенитальный синдром (АГС) - симптомокомплекс, развивающийся в результате дисфункции коры надпочечников. Для этой формы патологии используют также другой термин - врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН).

Адреногенитальный синдром относится к нейроэндокринным синдромам условно, т. к. эта патология является следствием хромосомной мутации, что приводит к дефициту ферментных систем, участвующих в синтезе стероидных гормонов надпочечников.

Различают следующие формы АГС:

* врожденная форма;
* пубертатная форма;
* постпубертатная форма.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой нарушение функции яичников, для которого характерна гиперандрогения и ановуляция.

Гиперпролактинемия - нарушение секреции пролактина и связанные с этим симптомокомплекс возникают как при первичном поражении пролактинсекретирующих структур, так и при других заболеваниях и приеме лекарственных препаратов.

Различают физиологическую и патологическую гиперпролактинемию. Физиологическая гиперпролактинемия наблюдается во время беременности, в период лактации. Патологическая гиперпролактинемия развивается в результате анатомических или функциональных нарушений в системе гипоталамус-гипофиз.

Клиническая картина характеризуется нарушением менструального цикла, чаще по типу олигоменореи или аменореи.

Галакторея (процесс выделения из одной иди двух грудных желез молозива, молока или молокоподобной жидкости) наблюдается у части женщин. По классификации ВОЗ различают 3 степени галактореи:

* I степень - выделение молозива из сосков при пальпации молочных желез;
* II степень - струйное выделение молока при пальпации молочных желез;
* III степень - спонтанное выделение молока.

Для пациенток с гиперпролактинемией характерно бесплодие, чаще вторичное. Головные боли, головокружения, транзиторное повышение АД отмечается у половины пациенток.

Диагностика в первую очередь направлена на выявление опухоли гипофиза. Используется рентгенокраниография, но наиболее эффективны КТ и МРТ.

Большое диагностическое значение имеет повышение уровня пролактина в крови. Исследование глазного дна и полей зрения обязательно в комплексе обследования женщин с гиперпролактинемией. Как уже отмечалось, функциональная гиперпролактинемия наблюдается у женщин с различными эндокринными заболеваниями. Поэтому важным этапом диагностики является исключение этой патологии, которое проводится совместно с другими специалистами.

Лечение: проводится с учетом формы гиперпролактинемиии. В клинической практике широко используются агонисты дофамина. Наиболее популярен парлодел (бромкриптин, бромэргон). К препаратам последнего поколения с минимальными побочными эффектами относится достинекс.

Предменструальный синдромвозникает в результате нарушения компенсаторных реакций в ответ на циклические изменения в организме. Непосредственной причиной возникновения синдрома могут быть нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла, различные соматические или инфекционные заболевания, психические травмы, патологические процессы половых органов.

Предменструальный синдром проявляется нервно-психическими расстройствами (тошнота, рвота, головная боль, раздражительность и т.д.), вегетососудистыми нарушениями (сердцебиение, потливость, нарушение чувствительности), обменно-эндокринными нарушениями (отеки, нагрубание

молочных желез, иногда - диэнцефальные кризы или аллергические реакции).

Заболевание носит циклический характер, и симптоматика нарастает с приближением срока менструации, а после нее симптомы ослабевают и исчезают.

Терапия предменструального синдрома должна быть комплексной. Общеукрепляющее лечение, психотерапия, применение транквилизаторов, седативных средств, витаминотерапия сочетаются при необходимости (в зависимости от состояния эндокринной системы) с гормонотерапией.

Терапию нужно начинать своевременно, так как она предотвращает функциональные нарушения, предупреждает прогрессирование ряда сопутствующих заболеваний, развитие климактерического синдрома в более позднем возрасте.

Климактерический синдром.Климактерический период охватывает промежуток времени между окончанием репродуктивного периода и стойким прекращением гормональной функции яичников.

Понятие климактерического синдрома включает в себя симптомокомплекс, осложняющий естественное течение климактерического периода. Он развивается на фоне общих возрастных сдвигов, к которым присоединяются патологические состояния, обусловленные гормональными изменениями.

Первые признаки климактерического синдрома появляются чаще всего в 45 - 50 лет и выражаются в приливах жара, раздражительности, головной боли, потливости, нарушениях сна, лабильности пульса и АД. Иногда у таких женщин возникают боли в области сердца, нарушения опорно-двигательного аппарата (остеопороз), психические отклонения.

Если все эти явления резко выражены, необходимо проводить лечение, так как развитие климактерического синдрома может способствовать обострению основного заболевания.

Важным компонентом комплексной терапии является соблюдение гигиенического режима, регулирование диеты, витаминотерапия (с включением токоферола, ретинола, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты).

Больным нужно назначать лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение.

Из медикаментозной терапии хороший эффект дают нейролептики (френолон, метеразин и др.), транквилизаторы.

Из гормональных препаратов назначают андрогены (тестостеронпропионат), гестагены в непрерывном режиме (депопровер, амбосекс). Гормональные препараты следует применять с учетом максимальной онкологической настороженности, учитывая, что в климактерическом периоде часто активизируются пролиферативные процессы. При любом подозрении на атипический рост необходимо немедленно исследовать больную, проведя диагностическое выскабливание полости матки с последующим гистологическим исследованием эндометрия и другие обследования на наличие этого вида патологии.

Посткастрационный синдром- это патологическое состояние, возникающее после полного удаления яичников или лучевой терапии у молодых женщин, характеризующееся симптомокомплексом с вегетососудистыми, нервно-психическими и обменно-эндокринными нарушениями.

Посткастрационный синдром возникает через 3 - 4 недели после операции и бывает наиболее выраженным впервые 6 - 12 месяцев. Он сильнее проявляется в молодом возрасте и складывается из бессонницы, плаксивости, ослабления памяти, чувства страха, утомляемости, депрессии, приливов, потливости, сердцебиения, головных болей, болей в суставах.

У таких больных наблюдается остеопороз, ожирение, нервно-психические расстройства. Соматические заболевания усугубляют течение этого синдрома.

Терапия посткастрационного синдрома направлена на повышение компенсаторных реакций организма и усиление процессов адаптации для создания определенного гомеостаза. С этой целью проводится лечение общеукрепляющими и седативными средствами, витаминотерапия. Если кастрация произведена не по поводу злокачественного новообразования, то можно назначать половые гормоны.

Послеродовый гипопитуитаризм (синдром Шихана). Послеродовый нейроэндокринный синдром.

Заболевание известно с конца XIX в., но только в 1937 г. Sheehan научно обосновал связь массивного кровотечения в родах с последующей гипофункцией передней доли гипофиза. Синдром Шихана развивается у каждой 4 женщины после кровопотери во время родов до 1000 мл, и у 2/3 женщин с массивной кровопотерей.

Патогенез. Синдром Шихана развивается вследствие некротических изменений в гипофизе, возникающих на фоне спазма в сосудах передней доли гипофиза после кровотечений или бактериального шока при родах или абортах.

К предрасполагающим факторам относятся:

* особенности кровоснабжения гипофиза во время беременности, увеличение массы передней доли гипофиза;
* гестоз;
* нерациональное использование утеротонических средств;
* после родов происходит физиологическое снижение выделения адренокортикотропного гормона (АКТГ), что также способствует ишемии гипофиза;
* повторные частые роды (с интервалом менее 2-х лет).

Клиническая картина - проявляются в различной степени гипофункции эндокринных желез - прежде всего, щитовидной, надпочечников, половых. В зависимости от недостаточности гормонов гипофиза выделяют следующие формы:

* глобальную - недостаточность тиреотропного гормона (ТТГ), гонадотропинов, АКТГ;
* частичную - недостаточность или гонадотропной, или тиреотропной, или адренокортикотропной функции;
* комбинированную - недостаточность гонадотропной и тиреотропной функции; тиреотропной и адренокортикотропной.

Выделяют 3 степени тяжести заболевания:

* легкую - пациенток с этой формой заболевания беспокоят головная боль, утомляемость, зябкость, тенденция к гипотензии;
* среднюю - снижение гормональной функции яичников (олигоменорея, бесплодие) и щитовидной железы (сухость кожи, утомляемость, гипотензия, склонность к обморокам);
* тяжелую - выраженная недостаточность гонадотропинов (стойкая аменорея, гипотрофия половых органов, молочных желез), ТТГ (микседема, сонливость, снижение памяти), АКТГ (адинамия, слабость, усиленная пигментация кожи).

Диагностика, как правило, затруднительна. Самым важным моментом в диагностике заболевания является характерный анамнез и связь начала заболевания с кровотечением или септическим шоком при родах или абортах. Гормональные исследования: различные степени снижения гонадотропинов, АКТГ, ТТГ, эстрадиола, кортизола Т3, Т4.

Лечение:

* заместительная гормональная терапия при клинических проявлениях гипофункции соответствующих желез;
* анаболические препараты;
* биостимуляторы.

**3. Предопухолевые и доброкачественные заболевания гениталий**

Опухоли представляют собой патологическое избыточное разрастание тканей, в которых клетки меняют свое качество и форму. Особенностью новообразований является способность клеток размножаться даже после прекращения воздействия факторов, вызвавших их рост.

Различают предраковые состояния и опухоли. Опухоли, в свою очередь, могут быть доброкачественными и злокачественными.

Доброкачественные опухоли не обладают способностью разрушать ткани, прорастая в них, и образовывать метастазы; они по мере роста раздвигают или сдавливают соседние ткани.

Злокачественные опухоли прорастают в соседние ткани, разрушая их, и обладают способностью распространяться по кровеносным и лимфатическим сосудам в близлежащие или отдаленные органы и ткани, образуя метастазы.

Предраковые заболевания. К предраковым заболеваниям относится ряд таких состояний, при которых в тканях и органах развиваются дистрофические процессы. Своевременная диагностика этих состояний позволяет предупредить дальнейшее перерождение тканей и развитие в них опухолей. Различают предраковые заболевания наружных половых органов, влагалища, шейки матки, эндометрия и яичников.

К предраковым заболеваниям в области влагалища и наружных половых органов относятся лейкоплакия и крауроз.

Лейкоплакияимеет вид белого пятна с перламутровым блеском, слегка возвышающегося над слизистой оболочкой. Локализация, в основном, в области малых половых губ, окружности клитора и во влагалище. Границы пятен резко очерчены. Прогрессируя, лейкоплакия утолщается и изъязвляется. Заболевание сопровождается зудом.

Краурозхарактеризуется сморщиванием и атрофией тканей наружных половых органов. Слизистая оболочка и кожа теряют эластичность, уменьшается растительность на лобке, пятна обесцвечиваются. Резко истонченная слизистая оболочка приобретает вид пергаментной бумаги. Прогрессирующая атрофия приводит к сглаживанию клитора, малых и больших половых губ, резко суживается вход во влагалище. Больную беспокоят зуд, затруднения при мочеиспускании, дефекации, половой жизни. Часто присоединяется вторичная инфекция.

Нередко крауроз и лейкоплакия сочетаются и тогда прогноз становится менее благоприятным, так как процесс может переродиться в злокачественную опухоль.

Лечение предраковых состояний наружных половых органов и влагалища представляет определенные трудности. Оно должно быть направлено на общеукрепляющие мероприятия (соблюдение режима труда и отдыха, гимнастику, диету с исключением острых блюд и спиртных напитков), применение десенсибилизирующей терапии, транквилизаторов. Местно применяют 10%-ную анестезиновую и 2%-ную димедроловую мазь, 2%-ную резорциновую примочку, 0,1%-ный раствор гистамина. Применяют также новокаиновую блокаду.

К фоновым процессам шейки маткиотносятся: полип, эрозия шейки матки, эктропион шейки матки. Фоновые процессы - это патологические состояния врожденного или приобретенного характера, на фоне которых при определенных условиях развивается рак шейки матки.

Полипы шейки маткиизолированного, цервикального происхождения редко наблюдаются и чаще растут из эндометрия.

Эрозия шейки маткипредставляет собой изъязвление влагалищной части шейки матки.

Эктропиончасто развивается на фоне некачественно восстановленного разрыва шейки матки во время родов.

Диагноз ставится на основании осмотра шейки матки в зеркалах, кольпоскопии, пробы Шиллера (при смазывании шейки матки 2%-ным раствором Люголя пораженные участки шейки матки не окрашиваются), цитологического исследования, биопсии.

Лечение фоновых заболеваний шейки матки может быть консервативным и хирургическим.

Консервативноелечение предусматривает снятие воспалительного процесса, улучшение трофики тканей (ванночки, жировые тампоны, гормональные мази).

При отсутствии атипических клеток прибегают к коагуляционному, криохирургическому или хирургическому методу вплоть до ампутации шейки матки.

К предраковым заболеваниям эндометрия относят аденоматоз, аденоматозные полипы и атипическую гиперплазию эндометрия.

Проявлением гиперпластических процессов в эндометрии чаще всего являются кровотечения.

Диагноз ставится на основании тщательно собранного анамнеза, гинекологического осмотра, а также цитологического исследования аспирата из полости матки, гистероскопии.

Выявление гиперпластических процессов является настораживающим моментом, особенно в периоде менопаузы.

Такие больные относятся к группе «риска», их ставят на диспансерный учет, постоянно обследуются и им своевременно проводится лечение.

Лечение заключается в применении средств, восстанавливающих нарушения нейрогуморальной регуляции менструальной функции под контролем тестов функциональной диагностики у женщин в молодом возрасте. С этой целью применяются синтетические прогестины (нон-овлон, инфенкундин, бисекурин и др.). У женщин в периоде менопаузы необходимо произвести раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки с последующим гистологическим исследованием соскоба и затем провести лечение андрогенами (метилтестостерон, тестенат, сустанон-250 и др.). При отсутствии эффекта от консервативной терапии прибегают к кастрации или хирургическому методу.

Доброкачественные опухоли женских половых органов. Среди доброкачественных опухолей наиболее часто встречаются миомы матки и кисты яичников, а также кисты вульвы и влагалища.

Кисты вульвы и влагалища локализуются чаще всего в области складки между большой и малой половой губой у выходного протока большой бартолиновой железы или в верхней части боковой стенки влагалища.

Они представляют собой гладкостенное образование эластической консистенции, безболезненное при пальпации.

Обычно больная жалуется на затруднения при ходьбе.

Лечение хирургическое (вылущивание кисты).

Миома матки. Миома матки является очень распространенной патологией женских половых органов и представляет собой доброкачественное новообразование. Опухоль происходит из мышечной и соединительной тканей, очень богата кровеносными сосудами.

В зависимости от места разрастания миоматозного узла различают следующие виды миомы:

* субсерозные (подбрюшинные) узлы, когда происходит разрастание новообразования в направлении серозного слоя матки;
* интерстециальные (внутристеночные) узлы, когда происходит рост миоматозного узла в толще маточной стенки;
* субмукозные (подслизистые) узлы, когда происходит рост узла в полость матки;
* атипичные формы узлов (позади шейки матки, забрюшинно, межсвязочно и т.д.).

Миомы матки отличаются большим разнообразием клинического течения. Наиболее часто встречающимся симптомом миомы матки является нарушение менструальной функции (маточные кровотечения в виде мено- и метроррагии или скудные продолжительные мажущиеся кровянистые выделения).

Следующей по частоте является боль в низу живота и в пояснично-крестцовой области с иррадиацйей в бедро. Боли носят разнообразный характер (от временного, во время месячных, до постоянных).

Диагностика миомы матки проводится с помощью гинекологического осмотра, зондирования и диагностического выскабливания полости матки. Опухоль обычно плотной консистенции, различной формы, часто бывают множественные узлы.

Если диагностика затруднена, применяют дополнительные методы исследования (УЗИ, пельвиографию, ГСГ и др.).

Лечение может быть консервативным и оперативным. Консервативная терапия направлена на замедление роста опухоли и снижение тяжести клинического течения заболевания. Консервативное лечение проводится в тех случаях, когда клиника не очень резко выражена и миома не имеет склонности к быстрому росту. В этих случаях проводится гормонотерапия синтетическими прогестинами с учетом тестов функциональной диагностики и эффективности лечения. Консервативное лечение противопоказано при миомах матки, превышающих по размеру матку в 16 недель беременности; с наличием подслизистых узлов и полипозом эндометрия; с явлениями злокачественного перерождения или омертвения (некроза) узлов; с явлениями быстрого роста, сдавливающих соседние органы и нарушающих их функцию; при обильных кровотечениях и болях; при перекручивании ножки узла, а также при сочетании миомы с другими патологическими процессами в женских половых органах.

Во всех этих случаях прибегают к хирургическому методу лечения. Операция может проводиться консервативно в случаях, когда женщина молодая и не имеет детей: вылущиваются миоматозные узлы. В остальных случаях объем операции состоит в надвлагалищиной ампутации матки.

Кисты яичников. Доброкачественные опухоли яичников очень разнообразны по своему происхождению, форме и клинике. Чаще всего встречаются кисты желтого тела, фолликулярные кисты, дермоидные кисты.

Клиническая картина опухоли яичников может протекать бессимптомно. Но чаще симптоматика кист яичника определяется болями в нижних отделах живота, особенно если киста достигает больших размеров и сдавливает соседние органы. Киста может быть на ножке и при перекруте ножки кисты наступает ее омертвение (некроз) вследствие нарушения кровоснабжения. Почти все кисты яичников являются гормонозависимыми опухолями. Они вырабатывают повышенное количество эстрогенов и могут вызывать гиперпластические процессы в матке, что, в свою очередь, вызывает ациклические маточные кровотечения.

Диагностика основывается на анамнезе, гинекологическом осмотре и дополнительных методах обследования.

Лечение заключается в немедленном хирургическом вмешательстве, сразу же после выявления любого новообразования яичников.

Эндометриоз – доброкачественное гормонально-зависимое заболевание, которое характеризуется разрастанием и функционированием эндометрия (слизистой оболочки матки) за пределами слизистой матки.

Классификация эндометриоза.

По расположению очагов эндометриоз подразделяется на:

* генитальный – поражаются половые органы, при этом болезнь может затрагивать только мышцу матки – тогда говорят о внутреннем эндометриозе (аденомиозе), а также другие половые органы: маточные трубы, яичники, шейку матки, влагалище, наружные половые органы – это наружный эндометриоз.
* экстрагенитальный – очаги эндометриоза находятся в мочевом пузыре, кишечнике, почках, легких, пупке, глазах, послеоперационных рубцах.

Эндометриоз может быть в виде узлов, инфильтратов без четких контуров или кист, заполненных густой коричневой жидкостью (их еще называют шоколадными кистами).

Точная причина возникновения эндометриоза не известна. Есть несколько теорий возникновения данного заболевания.

Эмбриональная теория: эндометриоз развивается из смещенных участков ткани зародыша, из которых в процессе эмбрионального развития образуются женские половые органы и в частности эндометрий на необычном месте.

Теория эндометриального происхождения: эндометриоз возникает из элементов эндометрия, которые врастают в стенку матки, ткань яичников или маточные трубы. Этому способствуют гормональные нарушения и хирургические операции (аборт, выскабливание полости матки, кесарево сечение и т.д.).

Имплантационная теория: обрывки эндометрия, который отторгается во время менструации, забрасываются в маточные трубы, а через них попадают в брюшную полость, где они крепятся к брюшине, яичникам, кишечнику, мочевому пузырю и другим органам.

Гормональная теория: эндометриоз возникает за счет нарушения уровня половых гормонов в крови.

Метапластическая теория: перерождение одного вида ткани в другой.

Теория ретроградной менструации.

К факторам риска возникновения эндометриоза относятся:

* аборты, выскабливания полости матки и другие внутриматочные операции;
* наследственная предрасположенность;
* гиперплазия эндометрия – разрастание клеток слизистой оболочки матки (эндометрия);
* кисты яичников;
* повышенный уровень женских половых гормонов – эстрогенов;
* нарушение обмена веществ, приводящее к ожирению.

Характерна цикличность симптомов, то есть они связаны с менструациями. Активность очагов эндометриоза наступает перед и во время месячных. После окончания менструаций вся симптоматика исчезает. К ним относятся.

Нарастающие боли перед менструациями и прекратившиеся боли с началом их (на 1-2-3-й день) характерны для эндометриоза. Вначале боли носят не очень интенсивный характер. По мере развития процесса интенсивность болей усиливается и они становятся невыносимыми. Женщин госпитализируют с острым аппендицитом, острым воспалительным процессом, кишечной коликой, почечной коликой и т.д. Боли становятся распирающими, охвачен весь низ живота, поясница. Боль не устраняется анальгетиками, обезболивающими свечами и т.д., иногда приходится прибегать к наркозу. С каждым циклом характер болей нарастает. Боли связаны с растяжением капсулы очага, а прекращение их связано с резорбцией содержимого.

Появление кровянистых выделений перед менструацией (мажущие, темного «шоколадного» цвета). Они особенно характерны для аденомиоза матки. У очагов эндометриоза имеются мелкие ходы, через которые выделяется их содержимое. После окончания месячных эти выделения также могут быть, но реже.

Нарастающая анемия, так как менструальные кровопотери становятся более значительными. Матка плохо сокращается, потеря крови значительная. В течении года у женщины может выявиться анемия, которая уже существует как диагноз.

Общее состояние женщин перед менструацией страдает. Появляются головные боли, нервозность, ухудшение настроения, снижется работоспособность, бессонница. Женщина боится болей.

Тазовые ишалгии, поясничные боли. Предменструальные боли постепенно приводят к нарушениям иннервации, воспалительным процессам со стороны тазовых нервных сплетений. Ишалгии, люмбаго, радикулиты очень характерны для этих больных.

По мере миграции эндометриоза в близлежащие органы появляется клиника и симптоматика со стороны близлежащих органов малого таза. Чаще всего это стреляющие боли в прямой кишке при прорастании эндометриоза в стенку прямой кишки. Может быть даже стенозирование прямой кишки. Может быть стенозирование мочевого пузыря и устьев мочеточников. Появляются расстройства мочеиспускания, цисталгии. Затем может развиться гидронефроз, пиелонефрит.

Малые формы эндометриоза иногда протекают бессиптомно. Например эндометриоз шейки матки. Развивается часто после коагулирования эрозии шейки матки. Клетки эндометрия мигрируют на несвойственное место - шейку матки. Видны петехии, точечные кровоизлияния, которые могут кровоточить перед менструацией.

Эндометриоидные «шоколадные» кисты яичников как правило начинаются с бессимптомного течения. В последствии возникают боли справа или слева внизу живота, в области придатков. Можно обнаружить опухолевидное образование, которое в силу своей цикличности может увеличиваться перед менструацией и несколько уменьшаться после ее окончания.

Позадишеечный эндометриоз или эндометриоз заднего свода влагалища проявляет себя тоже предменструальной кровоточивостью. Пальпаторно определяется бугристое утолщение в заднем своде. Оно не связано связанно с маткой, а находится в клетчатки заднего свода, и которое тоже уменьшается после менструации и увеличивается за неделю - 10 дней до менструации.

Таким образом, симптомы при эндометриозе зависят от того органа, который поражен.

Приаденомиозе – прорастании эндометрия в стенку матки – женщины предъявляют следующие жалобы:

* перед началом и после окончания менструации в течение 3–5 дней происходят темно-коричневые выделения из половых путей;
* нарушение менструального цикла – менструации длятся 7 дней и более и являются очень обильными;
* боли в нижней части живота перед началом менструации и во время нее.

При эндометриозе промежности или влагалищана слизистой оболочке имеются округлые синюшные очаги, которые перед менструацией увеличиваются, а во время нее из них выделяется темная кровь.

При эндометриозе шейки маткина ее поверхности присутствуют красные очаги до 2 – 5 мм в диаметре, которые перед менструацией становятся сине-багровыми, увеличиваются в размерах, а в дни менструации кровоточат.

При эндометриозе яичников могут формироваться эндометриоидные кисты или эндометриоидная ткань находится в толще яичника. Возникают постоянные боли внизу живота, которые накануне и во время менструации становятся сильнее и могут отдавать в поясницу, крестец или прямую кишку.

При эндометриозе мочевого пузыря в дни менструации появляется кровь в моче и боли внизу живота.

Если развивается эндометриоз кишечника, то возникают боли в области прямой кишки, внизу живота или пояснице и происходит выделение крови из прямой кишки в дни менструации, может быть понос или запор.

Приэндометриозе пупка или послеоперационных рубцов в их области находятся опухолевидные образования, а в дни менструации возникает боль и начинает выделяться темная кровь из очагов эндометриоза.

Если возникаетэндометриоз легких, то в дни менструации бывает кровохарканье.

Установить диагноз эндометриоза может врач акушер-гинеколог. Если очаг эндометриоза располагается не в области половых органов, может потребоваться консультация уролога, проктолога, пульмонолога, хирурга и других специалистов.

Лечение должно быть комплексным, в высокой степени индивидуальным и очень продолжительным. Оно должно проводиться с учетом возраста, локализации и степени распространенности, а также тяжести заболевания.

Для терапии используют гормональное лечение (синтетические прогестины) по схеме, назначенной врачом.

В ряде случаев, когда консервативное лечение не дает эффекта, прибегают к хирургическим методам лечения (иссечение эндометриоидной ткани).

Профилактика состоит в регулярных профилактических осмотрах (два раза в год) и своевременном выявлении группы «риска» с предрасположенностью к возникновению опухолей. Всякая опухоль яичников потенциально злокачественна, поэтому выявление и полноценная медицинская помощь при любом новообразовании яичников и матки являются очень надежной мерой предупреждения развития злокачественных опухолей.

Большая роль в борьбе со злокачественными новообразованиями принадлежит смотровым кабинетам, где при осмотре всех контингентов женщин выявляется любая патология женских половых органов; они своевременно направляются к врачу-гинекологу и им проводится полноценное обследование и лечение.

**4. Злокачественные опухоли женских половых органов. Факторы рискам возникновения онкологических заболеваний**

Из злокачественных опухолей женских половых органов чаще всего встречаются рак шейки и тела матки и рак яичников, реже - рак вульвы и влагалища.

Достоверные причины развития онкологии не известны. Но существует множество теорий и исследований, которые подтверждают влияние определенных факторов на частоту возникновения патологии.

Женские половые органы относятся к органам, которые чувствительны к гормональному фону. Любые колебания абсолютной величины или взаимного соотношения половых гормонов определяет развитие гиперпластических процессов. Поэтому можно выделить следующие причины развития опухолей у женщин.

Состояния, связанные с гиперэстрогенией. Увеличение концентрации эстрогенов приводит к выраженному усилению деления гормонозависимых клеток. При влиянии на эндометрий развивается его гиперплазия, в яичниках могут образовываться кисты.

Наследственность может увеличивать шанс развития опухоли.

Использование гормональных препаратов производит двоякий эффект. С одной стороны, комбинированные оральные контрацептивы уменьшают риск онкологии матки и яичников, но увеличивают шансы на опухоль груди. Заместительная гормональная терапия у женщин в менопаузе направлена на снижение количества карцином матки, но также увеличивает шансы развития карциномы молочной железы.

Раннее начало половой жизни, частая смена партнеров, нетрадиционные сексуальные отношения способны привести к инфицированию вирусом папилломы человека (ВПЧ). Его 16, 18 типы приводят к развитию рака шейки матки.

Любые формы гормонального сбоя, которые проявляются в виде бесплодия, раннего начала менструаций, раннего или очень позднего климакса. В эту группу можно отнести частые аборты, особенно если была прервана первая беременность.

Особенности питания, связанные с употреблением большого количества простых углеводов, недостатком витаминов и растительной пищи. Для женщин с таким образом жизни характерно наличие лишнего веса. В жировой ткани происходит дополнительное образование эстрогенов, что приводит к развитию гиперэстрогении и вытекающим из нее последствиям.

Курение, злоупотребление алкоголем сказывается на состоянии сосудистой системы, повреждает печень. А она является главным органом, обеспечивающим утилизацию половых гормонов. Также известно о непосредственном онкогенном воздействии компонентов табачного дыма.

Рак вульвы и влагалища наблюдается у женщин в менопаузе, ранее страдавших лейкоплакией или краурозом, или сочетанием этих патологий. Беспокоят бели, зуд, иногда - боли. Диагноз ставится после биопсии, цитологического и гистологического исследований. Лечение проводится методом сочетанной лучевой терапии.

Рак шейки матки - наиболее часто встречающаяся патология среди злокачественных опухолей женской половой системы.

Предрасполагающим фактором являются эрозия шейки матки или эрозированный эктропион.

Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки.

При экзофитной форме шейка матки напоминает кочан цветной капусты, при дотрагивании до этого образования появляются кровянистые выделения.

При эндофитной форме шейка приобретает форму бочонка, вследствие прорастания опухоли в толщу шейки матки; может изъязвляться.

При смешанной форме эти две клинические картины комбинируются.

Метастазирует рак шейки матки по лимфатическим путям в регионарные лимфатические узлы малого таза, клетчатку малого таза. Реже метастазы распространяются гематогенным путем.

Классификация рака шейки матки:

* стадия 0 - раковые клетки обнаруживаются локально, в одном месте;
* стадия 1 - поражена только шейка матки;
* стадия 2 - имеется инфильтрация параметрия, или верхней части влагалища, или опухоль переходит на тело матки;
* стадия 3 - инфильтрация переходит на стенки малого таза с поражением регионарных лимфатических узлов;
* стадия 4 - переход опухоли на мочевой пузырь, или прямую кишку, или же имеются метастазы в отдаленные органы (печень, легкие, кости и т.д.).

Ведущим симптомом рака шейки матки являются контактные кровянистые выделения, бели и боли в нижних отделах живота, а также ухудшение общего самочувствия. При распространении процесса на соседние органы появляется соответствующая симптоматика со стороны этих органов (нарушение мочеиспускания, дефекации и т.д.).

Диагностика должна основываться на анамнезе, объективных данных, а также данных кольпоскопии, цистоскопии, гистологии; проводится проба Шиллера.

Для лечения рака шейки матки применяют хирургический, комбинированный и сочетанный лучевой методы лечения. Выбор метода определяется степенью распространенности процесса и общим состоянием больной. Так, при стадии 0 показана круговая диатермоэксцизия шейки матки (удаление поврежденной ткани шейки матки) с последующим тщательным гистологическим исследованием всей удаленной ткани.

Во всех остальных стадиях производится расширенная экстирпация (хирургическая операция полного удаления органа) матки с придатками (по методу Вертгейма-Губарева); причем в 1 стадии хирургический метод сочетают с лучевой терапией; во 2 - сочетанная лучевая терапия; в 3 - только сочетанная лучевая терапия, а в 4 - лечение полиативное симптоматическое, направленное на улучшение состояния и ликвидацию экстремальных ситуаций (непроходимость кишечника и т.д.).

Рак тела матки обычно встречается в более старшем возрасте, после 50 лет. Чаще им страдают нерожавшие или малорожавшие женщины. Процесс, как правило, возникает на фоне гиперпластических изменений в эндометрии и сочетается с нейроэндокринными расстройствами.

Классификация рака тела матки:

стадия 0 - единичные атипические клетки, найденные в эндометрии при гистологическом исследовании;

стадия 1 - опухоль ограничена телом матки;

стадия 2 - распространение опухоли на шейку матки;

стадия 3 - распространение опухоли на параметральную клетчатку и влагалище;

стадия 4 - распространение процесса за пределы таза, прорастание в мочевой пузырь и прямую кишку или отдаленные метастазы.

Клинически рак тела матки проявляется жидкими водянистыми белями (лимфорея), позже выделения приобретают вид «мясных помоев» с резким неприятным запахом. Основным симптомом являются кровянистые выделения в менопаузе. Могут быть схваткообразные боли или боли постоянного характера. При прорастании опухоли в соседние органы появляются симптомы нарушения функции этих органов (запоры или поносы, кровь в кале и моче, затрудненное мочеиспускание и др.).

Диагностика рака тела матки основывается на общих жалобах, данных общего и гинекологического осмотра, а также на методах дополнительного исследования больных (цистоскопия, гистологическое исследование при аспирации и диагностическом выскабливании полости матки).

Метод лечения рака тела матки выбирается в соответствии с характером и степенью распространения патологического процесса с учетом общего состояния больной и патогенетического варианта. Применяются методы хирургического, комбинированного, сочетанного лучевого и гормонального лечения.

Хирургический метод используется преимущественно при поверхностном росте опухоли, при отсутствии метастазов в лимфатические узлы. Операция проводится в объеме удаления матки, придатков, лимфоузлов с клетчаткой.

Комбинированное лечение (операция и лучевая терапия; операция и гормонотерапия или все вместе) проводится преимущественно у больных со 2 стадией. При 3 стадии комбинированное лечение предусматривает и предоперационную лучевую терапию с целью остановить распространение метастазов. В 4 стадии, так же, как и при раке шейки матки, лечение паллиативное.

Гормонотерапия может быть методом выбора при противопоказаниях к хирургическому и лучевому лечению. Применяют прогестины.

Рак яичников. Рак яичников бывает первичный, вторичный и метастатический.

Классификация рака яичников:

* стадия 1 - опухоль в одном яичнике;
* стадия 2 - опухоль в двух яичниках, матке и маточной трубе;
* стадия 3 - поражение яичников и тазовой брюшины, лимфатических узлов и сальника; асцит;
* стадия 4 - прорастание опухоли в соседние органы (мочевой пузырь, прямую кишку), диссеменация опухоли по брюшине, отдаленные метастазы.

Клиническая картина рака яичников разнообразна. Симптомы заболевания зависят от типа и характера опухоли, от распространенности процесса. Часто жалобы появляются не сразу, а лишь при перекруте опухоли или сдавлении ею соседних органов, асците. Появляются ухудшение общего состояния, слабость, головокружение, похудание, быстрая утомляемость, потливость, постоянные ноющие боли в низу живота, иногда - маточные кровотечения.

Диагностика в начальных стадиях также затруднена, и опухоль зачастую выявляется лишь при гинекологическом осмотре. Уточняется диагноз с помощью дополнительных методов обследования (УЗИ, рентгенологический, эндоскопия и др. методы).

Лечение рака яичников проводится с помощью хирургического вмешательства (удаление матки с придатками), лучевой терапии, сочетанной и комбинированной терапии, химиотерапии (применение препаратов, воздействующих на опухолевые клетки - тио-тэф, бензотеф, циклофосфан, сарколизин и др. препараты).

Профилактика злокачественных новообразований заключается в проведении профилактических осмотров два раза в год среди женщин старше 25 лет. Такие осмотры ставят цель своевременного выявления с помощью современных методик (кольпоскопия, УЗИ и др.) патологических новообразований и лечения их, что позволяет значительно снизить смертность от злокачественных опухолей.

При выявлении опухоли у больной о ней немедленно сообщают в онкологический диспансер, который занимается дальнейшим лечением и реабилитацией больной.

Вопросы для повторения:

1. Расскажите об особенностях проявлений нарушений менструального цикла.

2. Расскажите о нейроэндокринных синдромах.

3. Расскажите о предопухолевых и доброкачественных заболеваниях гениталий.

4. Перечислите факторы рискам возникновения онкологических заболеваний и расскажите о злокачественных опухолях женских половых органов.

**Тема 7. Диспансерное наблюдение при гинекологических заболеваниях. Консервативные методы лечения гинекологических больных**

**Вопросы для изучения:**

1. Консервативные методы лечения гинекологических больных.
2. Диспансерное наблюдение при гинекологических заболеваниях.

**1. Консервативные методы лечения гинекологических больных**

Консервативные методы лечения гинекологических больных – это нехирургическая терапия, которая осуществляется биологическими, физическими и химическими методами и направлена на облегчение, снятие или устранение симптомов и проявлений того или иного гинекологического заболевания, патологического состояния или иного нарушения жизнедеятельности.

К биологическим и химическим методам относят следующее.

Фармакотерапия (медикаментозная терапия) – лечение лекарственными средствами. Целью фармакотерапии является коррекция тех или иных нарушений жизнедеятельности организма, а так же восстановление или улучшение пораженных заболеваний органов и систем.

Различают следующие виды фармакотерапии:

* этиотропная терапия – направлена на устранение причины болезни (например, лечение проивомикробными препаратами воспалительных инфекционных гинекологических заболеваний);
* патогенетическая терапия – направлена на устранение или подавление механизмов развития болезни (например, лечение экстрагенитальной патологии - антигипертензивные средства, сердечные гликозиды, антиаритмические);
* симптоматическая терапия – направлена на устранение или ограничение отдельных проявлений болезни (например, болеутоляющие, жаропонижающие, противокашлевые препараты);
* заместительная терапия – это препараты, которые используются при дефиците естественных биогенных веществ - они не устраняют причины заболевания, но могут обеспечивать нормальную работу организма: ферментные препараты (например, панкреатин, панзинорм и т.д), гормональные лекарственные средства (инсулин, тиреодин); препараты витаминов (например витамин Д при рахите);
* профилактическая терапия – проводится с целью предупреждения заболевания: противовирусные средства (например, ремантадин при эпидемии гриппа); дезинфицирующие препараты, противотуберкулезные средства, вакцинация также относится к группе профилактической терапии.
* химиотерапия – это лечение какого-либо инфекционного, паразитарного заболевания, либо злокачественных опухолей с помощью ядов и токсинов, губительно воздействующий на инфекционный агент – возбудитель заболевания, на паразитов и на клетки злокачественных опухолей и метастатические образования;
* фитотерапия – это метод лечения различных заболеваний с использованием лекарственных растений и комплексных препаратов из них;
* иммунотерапия - лечение иммунологическими препаратами и препаратами, которые воздействуют прицельно на иммунную систему: препаратами антител или сывороток, иммуномодуляторы и иммуностимуляторы природного и искусственного происхождения, антигены или аллергены.

Физиотерапия – физиологическое и лечебное действие природных и искусственно создаваемых физических факторов на организм человека. В большинстве случаев эти методы являются вспомогательными: гидротерапия, массаж, лечебная физкультура, воздействие на организм при помощи звуковых и электромагнитных излучений (ретгенотерапия, лазеротерапия, электрофорез, [магнитотерапия](https://medside.ru/magnitoterapiya), УВЧ-терапия и т.д.).

К консервативным методам лечения гинекологических больных так же относится соблюдение определенного образа жизни: режим, диетотерапия.

Для достижения эффекта в лечении гинекологических больных необходимо соблюдение лечебного режима, особенности которого определяет врач для каждого больного индивидуально. Постельный режим должны соблюдать больные с острыми воспалительными процессами половых органов и обострениями хронических процессов. Больным почти со всеми гинекологическими заболеваниями течение острой стадии рекомендуется воздержание от половой жизни. При инфекционных заболеваниях женских половых органов требуется, помимо соблюдения общего режима, соблюдать и специфический, который должен касаться половой жизни. Физический труд, даже домашняя работа, поднятие тяжестей также противопоказаны.

Гинекологические больные не нуждаются в какой-то особой диеты. Но часто болезни половой сферы сопровождаются нарушением функции соседних органов. Пациентки иногда жалуются на нарушения со стороны кишечника, чаще запоры, поэтому функцию толстой кишки нужно регулировать, в частности, соответствующей диетой: пища должна быть богата клетчаткой, содержать достаточное количество овощей и фруктов, следует употреблять сухофрукты, курагу, инжир, чернослив. Если такое питание не приводит к упорядочению деятельности желудочно-кишечного тракта, прибегают к применению слабительных средств (сенны, крушины) или очистительных клизм.

Лечение теплом и холодом. Лечение холодом используют при необходимости создания локальной гипотермии тканей. Действие холода вызывает сужение сосудов и обеспечивает противовоспалительный, гемостатический эффект. Чаще холод применяют для рефлекторного сокращения матки при маточных кровотечениях, после выскабливания стенок полости матки.

При заболеваниях почек, мочевого пузыря и кишечника использования холода противопоказано.

В гинекологической практике применяют и термотерапию - лечение теплом. Воздействие тепла снижает тонус гладкой мускулатуры матки, маточных труб, и тем способствует уменьшению болевых ощущений. Самый простой способ термотерапии - грелка.

Противопоказаны тепловые процедуры при острых воспалительных процессах, кровотечениях из половых путей, опухолях половых органов.

Для местного рассасывающего и болеутоляющей действия используют согревающие компрессы.

Одним из наиболее распространенных методов лечения воспалительных процессов влагалища и шейки матки являются спринцевания и орошения влагалища. Лечебный эффект дает механическое, химическое и термическое действие воды или лечебного раствора на стенки влагалища. При спринцевании используют меньшее количество раствора, время процедуры меньше и меньше давление, создаваемое на стенки органа, чем при орошении.

Следует помнить, что спринцевание - лечебная, а не гигиеническая процедура, ее проводят только по определенным показаниям.

Цель вагинального спринцевания - растворение и механическое вымывание из влагалища патологического содержимого, местное воздействие лекарственных веществ на стенки влагалища и шейку матки, чем достигается санация (очищение) влагалища. Тепловое воздействие раствора на шейку матки способствует рассасыванию воспалительных инфильтратов в малом тазу. Показаниями к проведению процедуры являются воспалительные заболевания влагалища и шейки матки (кольпит, эндоцервицит), эрозия шейки матки, воспалительные процессы придатков матки, хронический пельвиоперитонит с наличием спаек, параметрит в стадии рассасывания.

Спринцевание противопоказаны при маточных кровотечениях, острых воспалительных процессах, при беременности, особенно при угрозе ее прерывания, а также во время менструации.

Для процедуры используют кружку Эсмарха емкостью 2 л. В кружку наливают лечебный раствор (раствор фурацилина, хлоргексидина биглюконата, ротокана, рекутана, румазолона, настой ромашки, календулы, шалфея, коры дуба, раствор питьевой соды или морской соли). Его температура должна быть 37 -38°С при теплых спринцевания и 40 - 45°С при горячих. Большим и указательным пальцами левой руки разводят половые губы и вводят наконечник в влагалище на глубину 8 - 10 см. Продолжительность процедуры не менее 10 минут. Лечение проводят ежедневно, на курс – 5 - 20 процедур.

Орошение или ирригация - процедура, которая заключается в промывании влагалища большим количеством жидкости (10 - 12 л). Осуществляется с обтурацией (закупоривание) выходу из влагалища специальным устройством с двумя отверстиями, через один из которых вода поступает в вагину, а через другой вытекает, поэтому создается определенное давление на ее стенки. Для орошения используется минеральная вода. Этот метод в основном назначают при санаторно-курортном лечении.

Вагинальные ванночки применяют, когда необходимо создать условия для длительного воздействия небольшого количества лечебного раствора на шейку матки и стенки влагалища. Они показаны при кольпите, эндоцервиците, эрозии шейки матки.

Техника вагинальной ванночки. Во влагалище вводят двустворчатое зеркало Куско, раскрывают его и фиксируют в раскрытом состоянии. Наливают лечебный раствор. Первую порцию сразу сливают, наливают следующую. Больная придерживает зеркало так, чтобы раствор не выливался. Продолжительность процедуры – 10 - 15 минут. Раствор выливают. После ванночки вводят тампон с лечебной мазью или линиментом.

Для лечения вульвитов у девочек и у больных пожилого возраста, особенно при диабете, кольпитов в острой стадии используют сидячие ванночки с настоями лекарственных растений: ромашки, шалфея, календулы или раствором фурацилина. Температура ванночки не должна превышать 38 - 40°С.

Вагинальные тампоны. Тампоны используют для длительного воздействия на шейку матки лекарственных веществ, преимущественно на жировой основе. Показаниями являются наличие эрозии шейки матки, эндоцервицит, кольпит, трофической язвы шейки матки или влагалища при выпадении матки. Основные вещества, применяемые для лечения тампонами: эмульсия синтомицина, масло шиповника, мазь Вишневского, тетраборат натрия с глицерином, рыбий жир, мазь из солкосерилом. В условиях санаторно-курортного лечения используют тампоны с лечебными грязями.

Тампоны изготавливают из ваты, перевязывают марлевой полоской длиной 10 см, чтобы можно было без затруднений извлечь тампон за свободный конец. Можно использовать тампакс. Тампон пропитывают большим количеством лекарственного вещества, назначенный врачом.

Перед введением тампона целесообразно провести вагинальную ванночку или спринцевания для удаления патологического содержимого влагалища, чтобы мазь или линимент, которым пропитан тампон, влияли непосредственно на слизистую влагалища. Тампон остается во влагалище на 12 - 24 часов, После чего больная сама, потянув за марлевую полоску, вынимает его. Введение тампонов проводят ежедневно или через день.

Лечебные клизмы – применяют с целью воздействия теплом на органы малого таза, или введение лекарственных препаратов через прямую кишку.

Влагалищные присыпки. Показания: трихомонадные кольпиты. Присыпку применяют после обработки влагалища тампонами с фурациллином. Присыпают порошок при помощи резиновой груши. Применяют смесь осарсола с борной кислотой и глюкозой.

Фармакологические способы лечения.

**Фармакотерапия** – основной метод консервативного лечения в гинекологии. Выбор лекарственных средств и способ их введения зависит от индивидуальных особенностей пациентки. Для медикаментозного лечения в гинекологии применяют в основном антибактериальные, кровоостанавливающие, обезболивающие средства, иммуномодуляторы, биостимуляторы.

Обезболивающие средства применят для симптоматического лечения при болях после операции, заболеваниях с выраженным болевым синдромом (онкология, альгодисменорея, эндометриоз, воспалительных заболеваниях малого таза (ВЗОМТ). При этом используют наркотические (морфин, промедол) и ненаркотические анальгетики (анальгин, аспирин, парацетамол), спазмолитики (но-шпа, папаверин), местные анестетики (лидокаин, анестезин) и их сочетания. Препараты с седативным эффектом (валериана, пустырник, димедрол, диазепам) усиливают действие анальгетиков. Своевременное обезболивание является профилактикой болевого шока, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

При кровотечениях применяют:

* препараты, повышающие свертываемость крови (в/м викасол, дицинон, этамзилат, внутрь листья крапивы, водяной перец, в/в и внутрь препараты кальция);
* средства, действующие на сократительную способность матки (в/в и в/м метилэргометрин, окситоцин, в/м питуитрин, эрготал);
* до остановки кровотечения местно – гемостатическую губку, аминокапроновую кислоту (АКК), пленки с фибриногеном.

Адекватное лечение кровотечения является профилактикой геморрагического шока, нарушений гемодинамики, способствует скорейшему восстановлению сил организма;

Антибактериальная терапия носит общий и местный характер, используется с профилактической (после операции) и лечебной целью (ВЗОМТ, инфицированный аборт). Целью является предупредить генерализацию инфекционного процесса, уничтожение микроорганизмов в очаге. Для общего воздействия препараты вводят в/в, в/м, внутрь, местно – в полость матки, брюшную полость, влагалище, уретру, прямую кишку, на слизистые шейки матки и т.д. Антибактериальная терапия (а/б терапия) проводится по общим принципам с учетом возбудителя, его чувствительности, адекватными дозировками, с профилактикой кандидоза и коррекцией дисбактериоза кишечника и половых путей.

Принципы антибактериальной терапии:

* до начала а/б терапии необходимо сделать посев из очага инфекции для определения виду возбудителя и его чувствительности к антибиотикам;
* до получения результата бактериологического исследования (посева) назначают антибиотики широкого спектра действия, после определения вида возбудителя возможна замена препарата с учетом чувствительности данного штамма к антибиотикам;
* перед введением а/б обязательно проведение пробы на индивидуальную чувствительность пациентки к данному препарату;
* а/б необходимо вводить, строго придерживаясь назначений врача относительно дозы, времени введения для поддержания стабильной концентрации препарата в организме в течение всего курса лечения;
* недостаточная дозировка или преждевременное прекращение введения препарата может привести к переходу острого процесса в хронический или к рецидиву заболевания;
* при сочетании а/б необходимо учитывать их совместимость;
* длительность лечения одним а/б не должна превышать 7 - 10 дней;
* при длительном применении а/б могут возникать нарушения нормальных соотношений в микробоценозе половых путей, что приводит к активизации грибковой флоры, поэтому следует назначать и противогрибковые препараты;
* при использовании а/б возможны аллергические реакции, в таком случае введение препарата немедленно прекращают, вызывают врача, оказывают соответствующую помощь;
* во время назначения а/б необходимо следить за функциональным состоянием печени и почек.

Антисептики (хлоргексидин, димексид, борная кислота, протаргол) – применяют в виде растворов для спринцеваний, орошений, влагалищных и сидячих ванночек, обработки мочеполовых путей, порошки для присыпок, влагалищные тампоны и свечи, ректальные клизмы;

Биостимуляторы (тканевая терапия) – лечение препаратами животного или растительного происхождения (алоэ, ФиБС, гумизоль), которые активизируют обмен веществ, сопротивляемость организма.

Ферментные препараты (химотрипсин, лидаза) используют для лечения ВЗОМТ, спаечного процесса внутрь и местно.

Инфузионная терапия показана с целью дезинтоксикации при ВЗОМТ, в послеоперационном периоде, восстановления ОЦК при кровопотере, для улучшения реологии крови, парентерального питания в виде кристаллоидных и коллоидных растворов, альбумина, аминокислот.

Иммунотерапияприменяется для устранения вторичного иммунодефицита, который имеет место у больных с ВЗОМТ. Средства для иммунокоррекции:

* специфичесая иммунотерапия – сыворотки, вакцины;
* неспецифическая иммунотерапия (аутогемотерапия) – направлена на повышение общей сопротивляемости и неспецифической реактивности организма.

Химиотерапия – применение медикаментозных средств, оказывающих цитотоксическое (повреждающее) влияние на опухоль.

Гормонотерапия используется при лечении нарушений менструального цикла (НМЦ), эндометриозе, злокачественных заболеваниях женских половых органов (ЖПО). Применяют истинные гормоны, их синтетические аналоги и вещества с гормоноподобным действием.

Принципы рациональной гормонотерапии:

* лечение гормонами назначает только врач;
* перед назначением гормонов проводят тесты функциональной диагностики и определение уровня эндогенных гормонов в крови и моче больной;
* в период лечения контролируют его эффективность с помощью оценки тестов функциональной диагностики;
* большие дозы гормонов угнетают функцию эндокринных желез, малые – стимулируют, поэтому дозу препаратов выбирают в зависимости от цели гормонотерапии;
* при гормонотерапии необходимо строго следовать схеме и дозировке, так как резкая отмена препарата может дать нежелательный эффект;
* для усиления эффекта необходима витаминотерапия.

Фитотерапия – используют препараты на основе природного сырья (настои, отвары, настойки лекарственных растений).

Физиотерапия в гинекологии. Одним из важных компонентов комплекса лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий при гинекологических заболеваниях являются физические методы воздействия на организм - физиотерапия. Физические факторы оказывают противовоспалительный, рассасывающий, бактериостатический и дегидратирующий эффект.

Разнообразные лечебные факторы, применяемые для лечения больных, разделяют:

* на природные - климатотерапия, лечение светом, теплом и холодом, лечение водными факторами (гидротерапия), грязями, минеральной водой;
* и искусственные, полученные путем преобразования одного вида энергии в другой - массаж, лечение с помощью специальных аппаратов.

Назначать физиотерапевтические процедуры следует, соблюдая определенные требования, а именно:

* патогенетическое обоснование применения того или иного лечебного фактора;
* максимально раннее начало использования физиотерапии и последовательное ее применение на всех этапах лечения, профилактики и реабилитации;
* последовательность в назначении одного или различных физических факторов;
* систематический врачебный контроль за реакцией организма больного и своевременное коррекция физиотерапевтических процедур;
* четкий контроль за противопоказаниями к физиотерапии с учетом онкологической настороженности;
* учета возраста больного и наличия патологии внутренних органов для предупреждения чрезмерной нагрузки на организм;
* назначать физиопроцедуры желательно в первые дни после менструации, на время месячных лечение прекращают;
* целесообразно назначать одновременно разные по действию процедуры: местного, рефлекторного и общего действия;
* недопустимо одновременное назначение тепловых и охлаждающих процедур;
* на время получения физиотерапевтического лечения болей следует рекомендовать применение контрацепции для предупреждения внематочной беременности.

Искусственные физические факторы.

Электротерапия включает методы лечения электромагнитным полем и его составляющими. В основе действия этих факторов лежит поглощение энергии тканями с последующим развитием физико-химических процессов, определяющих конечный терапевтический эффект. Методы электролечения разделяют на контактные и дистантные.

К методам лечения с помощью электрического тока относятся:

* действие непрерывного электрического тока - гальванизация (имеет спазмолитическое, миорелаксирующий, противовоспалительное, седативное и трофический эффекты);
* электрофорез с медицинскими препаратами (определяется действием веществ, которые вводят);
* действие импульсного тока - электростимуляция (мионейростимулирующий эффект);
* электросон (седативный, обезболивающий, спазмолитический, трофический эффекты);
* диадинамотерапия (ДДТ) (мионейростимулирующий, обезболивающий, сосудорасширяющий эффекты);
* действие переменного тока - амплипульстерапия (мионейростимулирующий, трофический, обезболивающий, сосудорасширяющий эффекты);
* местная дарсонвализация (местный вазореактивний, противовоспалительный, трофический эффекты);
* влияние электромагнитных полей: СВЧ-терапия (миорелаксирующий, противовоспалительный, иммунокорригирующий эффекты);
* действие переменного электрического поля - УВЧ терапия (миорелаксирующий, противовоспалительный, сосудорасширяющий эффекты);
* магнитотерапия (седативный, иммунокорригирующий эффекты);
* индуктотермия (миорелаксирующий, противовоспалительный, обезболивающий эффекты).

Светотерапия - использование с лечебной целью света оптического диапазона, к которому принадлежит видимое, инфракрасное и ультрафиолетовое (УФ) излучение. Лечебное действие световой энергии определяется длиной волны и интенсивностью излучения. Видимое излучение через зрительный анализатор действует на нервную систему, активирует микроциркуляцию и улучшает трофику тканей, облучают.

Инфракрасное излучение имеет тепловое воздействие, вызывает терморегуляторную реакцию поверхностной сосудистой сети. Выделение тепла усиливает тканевый обмен, это приводит к изменению проницаемости сосудов, снижение мышечного тонуса, рассасывания воспалительного очага, активации иммунитета. Основными эффектами являются противовоспалительное, трофическое и спазмолитическое действие.

Действие ультрафиолетового излучения (УФ) определяется длиной волны. УФ-излучения с длиной волны 320 - 400 нм вызывает образование меланина в базальном слое эпидермиса, стимулирует клеточный иммунитет. Средняя длина волны (275 - 320 нм) вызывает снижение возбудимости и проводимости нервных волокон. Излучение с этой длиной стимулирует образование витамина У имеет анальгезирующий, противовоспалительный и витаминообразующий эффекты. Излучение с длиной волны 180 - 240 нм обладает бактерицидным и микоцидним эффектами.

Лазерное излучение обладает противовоспалительным действием, при местном воздействии ускоряется смена фаз воспалительного процесса. Излучение лазера улучшает микроциркуляцию тканей, является мощным иммуномодулирующим мембраностабилизующим и биостимулирующим средством.

Механотерапия включает в себя различные виды массажа, использование изменения атмосферного давления (баротерапия) и ультразвука.

Массаж - метод дозированного механического воздействия на тело человека и его внутренние органы с помощью специальных приемов, которые выполняет человек, обладающий этим методом. Для лечения больных с патологией половых органов применяют также гинекологический массаж, который должен выполнять только специалист, в совершенстве владеющий этим методом. Метод заключается в непосредственной механическом воздействии на матку и ее придатки, что способствует восстановлению подвижности, повышению мышечного тонуса матки, улучшению гемолимфоциркуляции и укреплению связочного аппарата половых органов.

Баротерапия - использование атмосферного давления с лечебной целью. Можно использовать гипербарический режим (повышение давления) и гипобарический режим (снижение давления). Повышение атмосферного давления приводит к расширению артериол, усилению кровообращения, способствует улучшению оксигенации тканей и нормализует их трофику. Гипербарическая оксигенация стимулирует активность дыхательного центра.

Ультразвуковая терапия - это использование с лечебной целью колебаний частотой 800 кГц-3 МГц.

Санаторно-курортные методы лечения. Санаторно-курортное лечение включает в себя климатотерапию, грязелечение, бальнеотерапию, теплотерапию и др. Курортные природные физические факторы повышают иммунологическую реактивность организма, активизируют обмен веществ, обладаю десенсибилизирующим и противовоспалительным действием, уравновешивают процессы в ЦНС, нормализуют менструальную и секреторную функции.

Климатотерапия. Климат - это многолетний погодный режим определенной местности. К понятию «климатотерапия» входит лечебно-профилактическое воздействие на организм воздуха, морских купаний, солнечных лучей.

Аэротерапия - лечение воздухом используют в виде прогулок, общих воздушных ванн. Лечебными факторами являются повышение оксигенации организма, стимуляция функции дыхательной, сердечно-сосудистой, центральной нервной системы, опорно-двигательного аппарата, что важно для женщин, условия труда которых связаны с гиподинамией, которая приводит к застойным явлениям в органах малого таза.

Купание в море (талассотерапия) - имеют общеукрепляющее и тонизирующее воздействие на организм женщины благодаря действию трех основных факторов морской воды: термического, механического (гидромассаж), химического (в морской воде содержатся ионы калия, натрия, магния, кальция, фтора, брома, йода). Положительное влияние также имеет физическая нагрузка при плавании.

Гелиотерапия - воздействие прямых солнечных лучей повышает сопротивляемость организма к неблагоприятным факторам внешней среды, обладает обезболивающим и фибролитичным влиянием. Основная биологическая роль в действии на организм принадлежит ультрафиолетовому излучению, которое вызывает фотохимические реакции, имеющие как местный (эритема с последующей пигментацией данного участка), так и общее воздействие.

Противопоказана климатотерапия, в частности, солнечные ванны, больным с опухолями половых органов, склонным к маточным кровотечениям, с нарушением функции коры надпочечников и щитовидной железы, при органических заболеваниях сердца и нервной системы.

Лечение климатическими факторами показано женщинам с хроническими воспалительными заболеваниями половых органов вне стадии обострения, при бесплодии, генитальном инфантилизме, аменореи и гипоменструальном синдроме, истощении и малокровии, после перенесенных операций на половых органах как последний этап реабилитации.

Бальнеотерапия - лечение ваннами. Основной эффект обеспечивают физико-химические и биологические свойства минеральных вод, в частности их химический, термический и механический эффекты.

При лечении больных гинекологическими заболеваниями чаще используют хлоридно-натриевые, йодобромные, сероводородные и радоновые воды.

Сероводородные воды показаны при хронических воспалительных процессах женских половых органов, инфантилизме, гипофункции яичников, некоторых формах бесплодия. Противопоказаниями к бальнеотерапии являются острые и подострые процессы гениталий, туберкулез половых органов. Лечение сероводородными ваннами проводят на курортах Немиров и Синяк (Украина), Мацеста, Сочи (Россия).

Радоновые ванны имеют анальгезирующее и противовоспалительное действие, снижают уровень эстрогенов, нормализуют функцию щитовидной железы. Противопоказаны они при наличии спаечного процесса в малом тазу, фибромиоме матки, генитальном эндометриозе.

Грязелечение - один из основных методов санаторно-курортного лечения, который широко используется в гинекологии. Химические и физические свойства лечебных грязей имеют десенсибилизирующее, рассасывающее и противовоспалительное действие, улучшают функцию яичников, реологические свойства крови и энергетическое обеспечение организма. Основными курортами где применяют грязелечение, является Бердянск, Евпатория, Саки, Славянск, Сергеевка.

Показаниями к применению грязей: хронический вульвит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингит и сальпингоофорит, периметрит, параметрит, аменорея, связанная с гипофункцией яичников, инфантилизм, трубное бесплодие, состояние после пластических операций на половых органах.

Противопоказания: острые воспалительные процессы гениталий, доброкачественные и злокачественные новообразования половых органов, нарушения менструальной функции с гиперэстрогенией, эндометриоз, предраковые и фоновые заболевания половых органов.

Грязи используют в виде тампонов, компрессов, аппликаций, общих и местных грязевых и гряземинеральных ванн.

В гинекологической практике часто применяют как теплоносители озокерит и парафин. Озокерит - минерал, который является производным нефти и содержит церезин, парафин и другие смолы, минеральные масла. Имеются данные о наличии в его составе эстрогенных гормонов.

Применение озокерита стимулирует регенеративные процессы в соединительной ткани, оказывает противовоспалительное, десенсибилизирующее, иммунокорригирующее действие.

Парафин - смесь природных углеводородов, полученная в результате перегонки нефти. Раздражая механорецепторы кожи, он улучшает микроциркуляцию, усиливает фагоцитоз, активирует регенеративные процессы.

**Хирургическое лечение** применяется в тех случаях, когда консервативная терапия малоэффективна или не представляется возможной.

**2. Диспансерное наблюдение при гинекологических заболеваниях**

На сегодняшний день существует 2 методики для профилактики заболеваний: диспансеризация (ей подлежит все население) и диспансерное наблюдение, которое распространяется на отдельные категории взрослого населения.

Основное назначение диспансерного осмотра (диспансеризации) – определение группы здоровья каждого человека, выявление условий возникновения и дальнейшего прогресса заболевания.

Задача диспансерного наблюдения состоит в том, чтобы следить за изменением самочувствия лиц с хроническими заболеваниями, организовать для больных регулярный медицинский осмотр, амбулаторное или стационарное лечение.

Методики профилактической работы медицинских учреждений и регулярный осмотр всех граждан и диспансерное наблюдение за лицами с хроническими заболеваниями – взаимосвязаны и основаны на двух основополагающих документах:

Приказ Минздрава РФ от 3 февраля 2015 г. № 36ан «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (дополнен 9 декабря 2016 г.). В этом документе формулируется принцип распределения по группам здоровья в итоге диспансерного осмотра - начиная со II группы организуется наблюдение за здоровьем граждан в профилактических кабинетах;

Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения».

Диспансерное наблюдение – это регулярный контроль за изменением состояния взрослого пациента, его осмотр и обследование по плану, амбулаторное лечение. Ему подлежат граждане, стоящие на учете у какого-либо медицинского специалиста из-за состояния своего здоровья. В соответствии с этими показателями на диспансерный учет ставятся лица:

* с определенными хроническими заболеваниями (неинфекционными и инфекционными);
* с высоким риском развития заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти;
* перенесшие тяжелые болезни и нуждающиеся в реабилитации;
* страдающие функциональными расстройствами.

ОМС предусматривает для таких больных бесплатные консультации врача, анализы и обследования, амбулаторное и стационарное лечение. При этом медицинский работник обязан информировать граждан, находящихся на учете, о порядке и периодичности диспансерного наблюдения, а также проводить диспансерный прием на дому, если гражданин не в состоянии сам посетить лечебное учреждение.

Диспансеризация в гинекологии- это активное выявление больных женщин на ранних стадиях заболевания.

Всех женщин можно разделить на четыре группы:

1) больные, требующие лечения - включает больных со злокачественными заболеваниями на время лечения, женщин с доброкачественными новообразованиями (миома, опухоли яичников), требующих оперативного лечения; всех больных с острыми воспалительными процессами любой локализации; больных с нарушением менструальной функции, климактерическим синдромом, опущением и выпадением половых органов при необходимости оперативного лечения; больных с бесплодием на время лечения.

2) больные, нуждающиеся в регулярном наблюдении и осмотрах, но в настоящее время не требующие лечения - включает женщин с бессимптомными миомами матки, не требующими лечения, с опущением и выпадением стенок влагалища при наличии противопоказаний к операции, больных, заканчивающих лечение по поводу злокачественных новообразований, больных, переведенных из первой группы после оперативного или консервативного лечения

3) практически здоровые женщины - включает женщин с опущением стенок влагалища I степени, неосложненным климактерическим периодом, при бесплодии неустановленного генеза, при нефиксированных отклонениях в положении матки, с остаточными явлениями воспалительных процессов придатков матки без обострения и нарушения функции;

4) совершенно здоровые женщины.

Таким образом, диспансерному наблюдению подлежат женщины, больные с хроническими воспалительными процессами органов малого таза, нарушениями менструального цикла, миомами матки, опухолями придатков, опущением и выпадением половых органов, фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки и тела матки.

Схемы динамического наблюденияпри гинекологических заболеваниях определены в приказе Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

**Вопросы для повторения:**

1. Расскажите о консервативных методах лечения гинекологических больных.
2. Расскажите о диспансерном наблюдении при гинекологических заболеваниях.

**Тема 8. Особенности сестринского процесса при оперативных методах лечения гинекологических больных. Предоперационная подготовка и послеоперационный уход**

**Вопросы для изучения:**

1. Основные оперативные методы лечения в гинекологии.
2. Предоперационная подготовка к гинекологическим операциям.
3. Особенности сестринского процесса при ведении послеоперационного периода.

**1. Основные оперативные методы лечения в гинекологии**

Гинекологические операции проводятся с целью лечения и диагностирования различных заболеваний органов малого таза и мочеполовой системы. Основная задача врача - не только избавить женщину от болезни, но и сохранить ее детородные функции, что порой требует от хирурга колоссальных сил и умений.

По времени выполнения оперативных вмешательств различают: плановые, экстренные, отсроченные операции.

В зависимости от вида оперативного вмешательства операции в гинекологии могут быть большими и малыми.

Малые оперативные вмешательства.

Малые операции - процесс, который длится быстро как под общим, так и под местным наркозом, не имеет долгого восстановительного периода. Реабилитация состоит из приема иммуностимуляторов и тщательного соблюдения интимной гигиены. Не требуют полостного разреза брюшной полости; инструменты, которыми проводятся иссечения, вводятся во влагалище. Основные виды малых операций:

* медицинский аборт;
* биопсия;
* конизация маточного зева;
* гистероскопия;
* выскабливание в маточной полости;
* цервикоскопия;
* диатермокоагуляция.

Медикаментозное прерывание беременности (аборт) - операция, которая проводится исключительно в первом триместре беременности. Может быть вакуумным, операционным и медикаментозным. Операционный аборт - наиболее сложная процедура, так как имеет ряд побочных эффектов вплоть до полного удаления матки по причине некачественно проведенной процедуры с занесением инфекции.

Выскабливание (малое оперативное вмешательство) проводится после аборта для удаления остатков крови и эндометрия либо с целью получения клеток слизистой оболочки матки для дальнейшего ее исследования. Показания к выскабливанию - подозрение на эндометриоз (воспаление стенок маточной полости), новообразования в матке, инфекционные заболевания маточного зева. Выскабливание может быть проведено только в первой фазе менструального цикла. Время проведения – 15 - 30 минут. Используется местная анестезия.

Биопсия - забор клеток или мягких тканей маточной полости. Проводится при подозрении на онкологическое новообразование. За несколько суток до проведения процедуры рекомендуется воздержаться от половой близости, использования тампонов и оральных средств контрацепции. Не употреблять пищу за 8 - 10 часов до процедуры.

Конизация - имеет лечебную и диагностическую цель при обнаружении патологических процессов в цервикальном канале. Виды процедуры: петлевая (наиболее распространенная), лазерная и ножевая. Проводится в первые несколько суток после менструации. Время – 10 - 15 минут. Возможные осложнения - небольшой болевой синдром, незначительные влагалищные выделения после процедуры. Специальная подготовка к проведению процедуры отсутствует.

Цервикоскопия - диагностика с применением гистероскопа. Цель - изучение цервикального канала. Проводится при наличии маточных или вагинальных кровотечений, подозрении на эндометриоз и полипы.

Процедура гистероскопии - применяется для изучения маточной полости и фаллопиевых труб. В большинстве случаев проводится с применением анестезии. Возможные побочные эффекты - чувство дискомфорта и слабо выраженная боль, влагалищные выделения.

Диатермокоагуляция - процедура прижигания маточной эрозии, которая образовывается на шейке. Проводится без наркоза. Время – 15 - 20 минут. Во время прижигания женщина может испытывать дискомфорт, ярко выраженный болевой синдром отсутствует.

Большие оперативные вмешательства.

Большие гинекологические операции - процедуры, представляющие собой проведение полостных операций с длительным периодом восстановления в условиях больничного стационара. Проводятся только под общим наркозом, длятся несколько часов. Используются при тяжелых заболеваниях органов малого таза и мочеполовой системы. Основная опасность большой операции - риск частичного или полного бесплодия. Виды вмешательства:

* лапароскопия - введение в брюшную полость хирургического инструмента через несколько проколов в районе пупка;
* лапаротомия - полостной разрез проводится от паховой зоны до пупка;
* влагалищные операции - не требуют полостного разреза.

Лапароскопия применяется в большинстве случаев, так как не требует разреза брюшной полости, значит реабилитационный период пройдет значительно легче и быстрее. Показания к проведению данной процедуры обширны: маточная миома, склеротические патологии яичников, внематочная беременность, врожденные и приобретенные пороки развития мочеполовой системы, заболевания органов малого таза в хронической стадии, наличие спаечных процессов.

Проводить лапароскопию запрещено при наличии таких осложнений, как внутреннее кровотечение, нестабильное артериальное давление, спайки в брюшной полости, вызванные недавними хирургическими операциями. Учитывая специфику процедуры, а именно - введение иглы вслепую, возможен ряд осложнений, которые вызваны неопытностью хирурга или патологическим расположением органов малого таза. Иглой можно ранить стенки брюшной полости и мочевого пузыря, проколоть кишечник. Не исключен вариант термического ожога кишок или надпочечников.

Лапаротомия проводится с разрезом от паха до пупка. Показания к проведению: кисты на яичниках, маточные узловые соединения, воспалительные процессы в матке, вызванные инфекциями (в большинстве случаев необходимо полное удаление органа), осложнения во время родов (проводится кесарево сечение). Лапаротомия используется для удаления околоплодного яйца во время внематочной беременности, если существуют противопоказания к проведению лапароскопии.

Лапаротомия имеет ряд побочных эффектов. Учитывая необходимость полостного разреза для прямого доступа к органу, существует высокий риск занесения инфекции либо повреждения соседних органов малого таза с обильным кровотечением. Забеременеть после лапаротомии возможно. Сроки планирования зачатия после операции зависят от успешности ее проведения.

Удаление матки и придатков.

Самой сложной гинекологической операцией является удаление матки - гистерэктомия. Показание к проведению - наличие онкологического новообразования злокачественного характера в шейке матки (либо ее полости), сложная форма эндометриоза, миома. К гистерэктомии прибегают только в самых крайних случаях, когда нет шансов успешно использовать медикаментозное лечение. Матка в зависимости от области ее поражения опухолью может быть удалена частично либо со всеми придатками женских половых органов. После удаления матки забеременеть невозможно, будут отсутствовать месячные и овуляция. Возможность ведения половой жизни сохраняется, но либидо может быть снижено.

Женщины, которым была проведена гистерэктомия, крайне тяжело переносят ее последствия не только в физическом плане, но и в моральном аспекте. Нередко возникают депрессивные состояния, корректировка которых требует вмешательства психолога.

Миомэктомия - большая операция, которая проводится с целью удаления доброкачественного новообразования. Маточное тело сохраняется, удаление касается только фиброматозных узловых образований. Данное хирургическое вмешательство может проводиться женщинам только в молодом возрасте. Детородные функции сохраняются. Проводится процедура под общим наркозом.

Оофорэктомия - полное удаление яичника. Показания к проведению - киста на яичнике с опущением матки с и влагалища либо их полное выпадение. По возможности хирург оставит часть яичника, чтобы в дальнейшем женщина имела возможность зачать ребенка. Оофорэктомия в возрасте от 40 лет и старше подразумевает удаление всего яичника, пораженного кистой.

Вмешательство без полостного разреза.

Вагинальный метод хирургических операций проводится с целью лечения различных гинекологических заболеваний и для исправления пластических дефектов влагалища и органов мочеполовой системы. Основное преимущество метода - отсутствие необходимости в полостном разрезе брюшной полости; но в некоторых ситуациях операции влагалищные сочетаются с лапароскопией, например, при опущении матки. Плюсы метода:

* отсутствие косметических дефектов - шрамов и рубцов;
* быстрый реабилитационный период после операции;
* деликатность и аккуратность в проведении, которая снижает риск повреждения соседних органов мочеполовой системы и занесения инфекции.

Показания к проведению: миома, недержание мочи, воспалительные процессы на стенках влагалища, установка синтетического импланта, частичное удаление кисты яичника. Влагалищные виды операции проводятся с целью исправления пластических и косметологических дефектов - сшивание стенок, исправление внешнего вида половых губ, создание влагалищного прохода, дефлорация (разрыв девственной плевы хирургическим способом).

Фаллопиевы трубы и девственная плева

Для полного либо частичного удаления маточных труб и восстановления их функционирования проводится туботомия и тубэктомия. Операция по туботомии назначается при внематочной беременности. Часть маточной трубы разрезается, яйцеклетка извлекается, место ее закрепления промывается антисептическим раствором. Целостность стенок восстанавливается путем их сшивания рассасывающимися медицинскими нитками с применением специальной иглы, которая не оставляет микроскопических проколов. Детородная функция женщины сохраняется в полном объеме.

Тубэктомия проводится при наличии внутреннего кровотечения в брюшной полости. После разреза врач удаляет сгустки крови, чтобы добраться до фаллопиевой трубы. Две части трубы между местом разрыва зажимаются специальными кольцами, поврежденную часть фаллопиевой трубы отрезают и заново сшивают.

Девственная плева, которая выполняет защитную функцию и разрывается при первой половой близости, может иметь патологическую природу, когда ее природный разрыв невозможен. В таких случаях проводится ее хирургическое рассечение. Процедура подразумевает разрез плевы с помощью скальпеля от середины до основания. Кровеносные сосуды прижигаются для предупреждения кровотечения. На края плевы, которые растягиваются, накладывается медицинский кетгут. Швы не нужно снимать, нить сама рассосется и будет отвергнута организмом.

Гинекология - крайне деликатная медицинская отрасль. Только от опытности врача будет зависеть сохранение детородных возможностей женщины после проведения хирургических операций. Полостные вмешательства используются в крайне редких случаях, так как они всегда несут в себе риск осложнений и полного бесплодия.

Чтобы лечение гинекологических заболеваний было быстрым и легким, обращаться за медицинской помощью необходимо при обнаружении первых признаков болезни. Проходить осмотр у гинеколога раз в полгода необходимо всем женщинам, но если в анамнезе ближайших родственниц были случаи заболеваний мочеполовой системы, посещения врача должны быть чаще.

**2. Предоперационная подготовка к гинекологическим операциям**

Большое значение имеет правильная подготовка гинекологической больной к операции.

Перед проведением любой операции пациентке необходимо пройти осмотр у гинеколога и полное клиническое обследование, которое включает:

* клинические анализы мочи и крови;
* анализ крови на группу и резус фактор;
* биохимический анализ крови;
* мазки на влагалищную флору;
* осмотр терапевта (рентген грудной клетки, ЭКГ);
* анализ крови на ВИЧ, СПИД, гепатит;
* УЗИ органов малого таза.

Перед большим оперативным вмешательством за 3 - 5 дней до операции женщина должна придерживаться специального рациона питания, который исключает продукты, вызывающие чрезмерное скопление газов. Количество мясных блюд, специй и соусов должно быть строго ограничено. Газированные напитки и алкоголь запрещены. Вечером можно употреблять продукты только в жидком виде либо в консистенции пюре.

Непосредственно перед операцией:

* психологическая подготовка пациентки;
* ограничение приема пищи (не ужинать, утром не принимать пищи и воды);
* вечером и утром перед операцией очистительная клизма;
* санитарная обработка (бритье);
* душ вечером и утром перед операцией;
* на ночь перед операцией назначают снотворные и седативные средства).

**3. Особенности сестринского процесса при ведении послеоперационного периода**

Послеоперационный период длится с момента окончания операции и до выздоровления больной. После полостных операций женщине необходимо в течение нескольких дней наблюдаться у врача в условиях больничного стационара. Крайне важно соблюдать постельный режим и придерживаться диеты. Процесс восстановления зависит от того, насколько успешно и легко прошла операция.

В этом периоде чрезвычайно важным является уход за больной, и в этом основная роль принадлежит медсестре. После выведения из наркоза больная переводится в палату интенсивной терапии, где постоянно находится медсестра. В этой палате больная пребывает 2 - 3 суток, а затем при не осложненном течении послеоперационном периоде ее переводят в общую палату. Больная в первые часы после операции находится в горизонтальном положении, постель до перевода пациентки, согревается с помощью грелок. На область послеоперационной раны кладут пузырь со льдом в течение одних суток (через 1 - 2 часа его снимают на 15 - 20 минут).

В первые часы после операции медсестра тщательно следит за состоянием больной (пульс, ЧДД, АД, состояние повязки (не промокает ли кровью), выделениями из влагалища). В палате интенсивной терапии должны быть: дыхательная аппаратура, ларингоскоп, кардиостимулятор и т.д. Нужно помнить что послеоперационная боль отрицательно влияет на течение после операционного периода. Врач назначает обезболивающее средство впервые 2 суток (промедол, баралгин и т.д.).

Если через 2 суток боль не уменьшилась необходимо выяснить причину. Внимание медсестры должно быть уделено мочевыделению: в первые сутки после операции если мочеиспускание отсутствует, мочу выводят катетером не реже двух раз в сутки, через 8 - 10 часов после операции, но лучше стимулировать мочеиспускание (теплое судно, орошение НПО и т. д.). В первые часы после операции для утоления жажды, губы смазывают салфеткой, через 10 - 12 часов дают теплую воду, минеральную воду. На следующий день питье до 1,5 - 2 литров, особенно больным с обширными вмешательствами и кровопотерей (для профилактики тромбозов). К концу первых суток активное поведение (сгибание ног, перемена положения тела, для профилактики пневмонии - дыхательная гимнастика, вибрационный массаж). На 2-й день больной разрешают сидеть, на 3-й день - вставать, ходить. В обязательности медсестры входит наблюдение за функцией кишечника. На 3-е сутки больной назначают очистительную клизму (гипертоническую), на 2 - 3 сутки восстанавливается перистальтика кишечника, начинают отходить газы. Питание начинают со 2-х суток (нежирный бульон, чай, сухари, яйцо всмятку), 3- и сутки - кефир, отварная курица, протертый суп. На 1 - 5 сутки меняют повязки на ране, швы обрабатывают спиртом, йодом. На 7 - 8сутки - снимают швы, но после проведения гинекологического исследования. Выписывают на 11 - 14 сутки.

Пациентка после малой операции восстанавливается всего за несколько дней. Во время реабилитации врачи рекомендуют некоторым женщинам принимать иммуностимуляторы, соблюдать правила гигиены.

**Вопросы для повторения:**

1. Перечислите и расскажите об основных оперативных методах лечения в гинекологии.
2. Расскажите о предоперационной подготовке к гинекологическим операциям.
3. Расскажите об особенности сестринского процесса при ведении послеоперационного периода.

**Тема 9. Особенности сестринского процесса при неотложных состояниях в гинекологии**

**Вопросы для изучения:**

1. Гинекологические заболевания, требующие неотложной помощи.
2. Особенности сестринского процесса принеотложных состояниях в гинекологии.

**1. Гинекологические заболевания, требующие неотложной помощи**

Неотложные состояния в гинекологии можно разделить на пять групп:

* внутренние кровотечения;
* наружные кровотечения;
* воспалительные заболевания женских половых органов;
* перекручивание труб, яичниковых кист, придатков и их опухолей;
* повреждения женских половых органов.

Неотложные состояния в гинекологии могут быть обусловлены:

* + - * кровотечением (неполный аборт, внематочная беременность, апоплексия яичника);
			* опухолью половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы, некроз миоматозного узла);
			* воспалительными заболеваниями (пиосальпинкс, пиовар, пельвиоперитонит);
			* экстрагенитальными заболеваниями (острый аппен­дицит, непроходимость кишечника, острый панкреатит и т. д.);
			* осложнением, возникшим после проведения оперативных вме­шательств (кровотечение, инфекция и т. д.);
			* коматозными состояниями, обусловленными различными причинами.

Состояния, требующие неотложной помощи, проявляются обычно следующими симптомами: болью, напряжением мышц живота, симптомами раздражения брюшины, тошнотой, рвотой, кровотечением, обморочным состоянием, шоком (т. е. картиной «острого живота).

В гинекологической практике симптомы острого живота наиболее часто возникают при разрыве трубы, содержащей плодное яйцо, апоплексии яичника, перекруте ножки кисты или опухоли яичника, некрозе миоматозного узла, неполном аборте, нагноении придатков матки.

Внутренние кровотечения Большое место во внутренних кровотечениях занимает внематочная беременность. Она является самой частой причиной «острого живота» в гинекологии и может протекать по трем вариантам: трубный аборт, разрыв трубы, ненарушенная трубная беременность.

Трубный аборт. При этой патологии оплодотворенное яйцо имплантируется в слизистую оболочку ампулярной части трубы. При росте плода происходит раздражение слизистой, что вызывает перистальтическое сокращение трубы и выталкивание плода в брюшную полость. Кровотечение и кровопотеря незначительные. Женщина испытывает боль внизу живота, головокружение, слабость. Одновременно она отмечает иррадиацию болей в надплечья и боковые поверхности шеи. Могут быть кровянистые выделения из влагалища. Типична задержка менструации на срок от 6 до 8 недель. При осмотре отмечается бледность кожного покрова и слизистых труб. Тахикардия. Незначительное падение АД. Болезненность при ощупывании нижней части живота, усиливающаяся при перкуссии и легкой пальпации. Может быть отмечен феномен перемещающейся тупости. При влагалищном исследовании отмечают увеличение матки и находят кровянистые выделения. У некоторых больных можно определить выпячивание какого-либо свода.

Разрыв трубы. При имплантации оплодотворенного яйца в средней части трубы или ее шейки его рост приводит к разрыву трубы, для которого характерны следующие клинические проявления:

* внезапно возникшие боли внизу живота с иррадиацией в эпигастральную область и надплечья;
* бледность, холодный пот, заостренные черты лица, поверхностное дыхание, тошнота, рвота;
* частый пульс плохого наполнения, падение АД, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки;
* болезненность при смещении шейки матки.

Ненарушенная трубная беременность характеризуется задержкой менструации на 6 - 8 недель и нечетко выраженными болями внизу живота.

Апоплексия яичника (самопроизвольный его разрыв) чаще встречается у девушек и у молодых женщин в виде разрыва корпуса желтого тела перед выходом яйцеклетки в свободную брюшную полость. Заболевание начинается появлением внезапных острых болей в одной из половин нижней части живота. Больные отмечают ощущение дурноты, иногда доходящей до обморока. Они жалуются на зябкость, жажду, мельканье в глазах, головокружение. Кровопотеря обычно незначительная. Состояние удовлетворительное. Пульс несколько учащен. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижней части. При дифференциальной диагностике внутреннего кровотечения генитального происхождения следует думать также о кровотечении из разорванного беременного рудиментарного рога матки, о разрывах оболочки миомы ее стенки и кисты эндометрия.

Наружные кровотечения. Здесь на первое место следует поставить неполный аборт. Если имеет место промедление с направлением в гинекологический стационар, то у больной развивается клиническая картина острой анемии, геморрагического шока. Диагностика не представляет никаких трудностей.

В практике встречаются так же следующие виды кровотечений: ювениальные и климактерические, кровотечения из подслизистых фибромиом и прогрессирующих карцином шейки матки. Больные с такими кровотечениями нуждаются в аналогичной помощи.

Воспалительные заболевания женских половых органов. К жизнеугрожающим воспалительным процессам в малом тазу женщины принадлежат пиосальпинкс и пиоовар, а также прорвавшийся тубоовариальный абсцесс. Вследствие развития перитонита быстро возникает клиническая картина «острого живота». Диагностика не представляет каких-либо трудностей, так как у большинства больных выявляются все признаки перитонита, а в анамнезе они постоянно подчеркивают часто повторяющиеся воспалительные заболевания придатков. Могут быть очень выраженными местные симптомы, включая перитонеальные явления при гонорейной инфекции. Наряду с сильными болями внизу живота возникают задержка стула и газов, а также неудержимые позывы к мочеиспусканию. Живот увеличен и напряжен. Из-за сильной болезненности при ощупывании и ярко выраженного защитного напряжения мышц передней брюшной стенки установить патологические проявления трудно. Очень сложно бывает отличить острый аппенцидит от аднексита. О первом свидетельствуют больше односторонние находки: неопределенное начало болезни с тошнотой, рвотой и болями в эпигастрии (симптом Кохера). Начало заболевания с высокой лихорадкой, ознобом и болями в пояснице обычно ближе к началу менструации указывает на острый аднексит. Причем ярко выраженная болезненность выявляется прямо над симфизом. Со временем она уменьшается. При остром аппендиците максимальная болезненность при ощупывании выявляется в правой подвздошной области. Здесь же регистрируются ярко выраженные симптомы раздражения брюшины. Острая картина болезни с признаками перитонита может наблюдаться также как следствие инфицирования опухоли матки или ее придатков, при перекручивании ножки кисты яичника или его опухоли. Обычно аднекситу предшествуют простуда и длительный гинекологический анамнез.

Перекручивание труб, яичниковых кист, придатков и их опухолей. Очень часто картина «острого живота» вызывается перекручиванием ножки кисты опухоли яичника, гораздо реже - заворотом яичника или трубы. По данным литературы, у 15 - 30% больных с опухолями яичника наблюдается картина более или менее выраженного перекрута его ножки. Даже у неизмененного яичника может наступить перекрут его ножки с последующим некрозом. Особенно тяжело поставить такой диагноз у девочек. Перекрут ножки опухоли, соответственно органа, происходит из-за воздействия извне, как, например, при внезапной перемене положения тела. Клинические признаки проявляются остро. Их выраженность и интенсивность зависят от того, как быстро и полно прерывается кровоснабжение в ножке. Перекручивание сопровождается сильными схваткообразными болями внизу живота, иногда боли бывают столь сильными, что наступает шок. Через брюшную стенку удается прощупать только значительных размеров кисты (опухоли). Наблюдаются случаи, при которых отмечается постепенное усиление болей внизу живота и объем опухоли увеличивается медленно. Здесь при перекруте ножки происходит только перекрытие просвета вены с ее нежными стенками, а артериальное кровоснабжение продолжает осуществляться. При внезапном перекрытии просветов вены и артерии (перекрут ножки на 360°) наступают приступообразные, в основном в виде колик, боли в нижней половине живота с тошнотой, рвотой и коллапсом. На этом фоне может развиться клиника бактериально-токсического перитонита. Отмечается ярко выраженное напряжение передней брюшной стенки и здесь же - положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Известны случаи, при которых очень быстро к трагическому исходу приводил тяжелый септический шок, осложняющий завороты труб, придатков и их опухолей. При проведении дифференциальной диагностики следует исключить следующие нозологические формы: острую кишечную непроходимость (странгуляционные формы), острый аппендицит, вскрывшийся пиосальпинкс, инвагинацию, перфорацию язвы 12-перстной кишки и желудка. В редких случаях может встречаться перекрут субсерозной миомы матки, при этом наступает ее некроз. Клиническая картина идентична картине перекрута кисты яичника.

Повреждения женских половых органов. Жизнеугрожающими повреждениями половых органов женщины являются прежде всего последствия вмешательств в полости матки. К этому принадлежат манипуляции, например, кюреткой при аборте, а также при диагностическом выскабливании при маточном кровотечении. Любая перфорация матки при аборте и после криминальных вмешательств требует немедленной лапоратомии. Так как наружная половая щель и влагалище надежно защищены костным кольцом малого таза и рефлекторными защитными движениями мышц бедер, их повреждения происходят очень редко. Если они и возникают, то обычно это бывает следствием полового акта, изнасилования и прямого повреждения. Во время полового акта повреждения наступают вследствие приложения больших усилий, чем это необходимо, при регидной девственной плеве и инфантильных гениталиях или при аномалиях в развитии женских наружных половых органов. Кровотечения при дефлорации могут быть особенно сильными, если существуют нарушения в системе свертывания крови. Особенно сильными бывают кровотечения при открытых повреждениях клитора. К типичным травматическим повреждениям наружных половых органов у девушек и у женщин принадлежат колотые ранения. При такого рода ранениях могут повреждаться влагалище, толстая кишка, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь, прямая кишка. Очень важно изучение хода раневого канала. Значительная кровопотеря и стресс приводят к развитию шока.

**2. Особенности сестринского процесса при неотложных состояниях в гинекологии**

Дифференциально-диагностические признаки неотложных состояний.

Сбор анамнеза – расспрос:

* возраст больной - в климактерическом периоде и постменопаузе, а также у молодых девушек и женщин, не живущих половой жизнью, сразу же можно исключить заболевания, связанные с беременностью и, как правило, с воспалительными процессами, поскольку у этих больных воспаление придатков матки наблюдается редко; они могут быть связаны с аппендицитом или туберкулезом;
* больная может сообщить, что у нее имеется периодически обостряющееся заболевание: аппендицит, почечная колика, воспаление придатков и т. д.; если больная оперирована по поводу аппендицита, этот диагноз сразу же исключают;
* иногда больная, перенесшая операцию по поводу трубной беременности, указывает, что ее состояние почти такое же, как было тогда, что может навести на мысль об эктопической беременности в оставшейся трубе; на это же может указывать и длительное лечение по поводу бесплодия;
* изучение менструальной функции женщины (срок последней менструации, имеется ли задержка, ее продолжительность, была ли она обычной); при наличии кровянистых выделений - выяснение, когда они появились, имеется ли болезненность: при задержке менструации и появлении обильного кровотечения и болей можно предполагать неполный аборт; скудные кровянистые выделения, появляющиеся в срок, несколько раньше или позже ожидаемой менструации, наводят на мысль о внематочной беременности, прерывающейся по типу трубного аборта; наличие обильных менструаций и появление межменструальных кровотечений заставляют думать о подслизистой миоме матки;
* перенесенные операции в анамнезе - многократные операции, перенесенные больной в прошлом, могут привести к спаечной болезни, которая может проявиться очередным болевым приступом; при этом операция не показана;
* последовательность и длительность развития симптомов заболевания.

Осмотр больной и объективное исследование.

Общее состояние и положение в постели:

* при внутрибрюшном кровотечении больная вялая, адинамичная, лежит «пластом», лицо бледное, губы цианотичные, пульс частый мягкий, артериальное давление снижено;
* при кишечной непроходимости больная неспокойна, чаще лежит на боку с коленями, подтянутыми к животу;
* при остром панкреатите больная все время меняет положение из-за сильных болей, стараясь найти наиболее удобную позу;
* при перекруте ножки опухоли общее состояние, как правило, мало нарушено; артериальное давление держится на нормальных цифрах, пульс учащается рефлекторно из-за болей, нередко повышается температура тела.

Исследование пульса: частый пульс - признак анемии, кровотечения, перитонита. При ряде заболеваний (острый аппендицит, болевая форма апоплексии яичника) пульс в начальной стадии может оставаться нормальным. Если частота его не соответствует температуре тела, то можно думать о перитоните.

Одышка - часто сопровождает внутрибрюшное кровотечение и острый живот.

Нарушение функции ЦНС (затемнение сознания или бред) - может быть обусловлена кровопотерей или тяжелой интоксикацией.

Температура тела - не всегда соответствует тяжести состояния и может меняться в зависимости от ряда факторов. При внематочной беременной она, как правило, нормальная или субфебрильная, при аппендиците субфебрильная, при перитоните высокая.

Боли - возникают вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры полых органов, в результате нарушения кровообращения в тех или иных органах. Следует выяснить локализацию и иррадиацию болей, оценить их постоянство, интенсивность, характер и начало.

По характеру и интенсивности болом нередко можно судить о том, какое заболевание имеет место (табл. 1).

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Причина болей | Характер болей |
| прервавшееся трубная беременность с пораженной стороны | схваткообразные боли внизу живота, боли по типу трубного аборта |
| разрыв трубы | острые внезапные боли с пораженной стороны, потеря сознания |
| перекрут ножки опухоли яичника | резкие внезапные боли внизу живота, часто сопровождаются тошнотой и рвотой |
| некроз миоматозного узла | постепенно нарастающие боли |
| острый аппендицит | боли в правой подвздошной области; иногда начинаются в эпигастрии, а затем локализуются в правой подвздошной области |
| перфоративная язва | интенсивные внезапные кинжальные боли |
| почечная колика | острые приступообразные боли в боковых отделах живота (больная мечется в постели), иррадиация по внутренней поверхности бедер в пах, половые органы |
| непрходимость кишечника | острые схваткообразные боли, ослабевающие при давлении на живота |
| тромбоз мезентериальных сосудов | резкие боли по всему животу |
| перитонит | боли различной интенсивности и локализации |

\*Источник: [1]

Кровотечение - наружное может быть обусловлено абортом, подслизистой миомой или аденомиозом матки, дисфункцией яичников, распадом злокачественных опухолей, внутренние кровотечения у большинства больных связаны с трубной беременностью, реже с апоплексией яичника. Совсем редко они обусловлены экстрагенитальным заболеванием, но этому, как правило, предшествует травма. Если симптомы внутрибрюшного кровотечения возникают у женщины детородного возраста, то, прежде всего, следует думать о прервавшейся трубной беременности.

Рвота - появляется в результате раздражения нервных окончаний париетальной брюшины и брыжейки (аппендицит, перекрут ножки опухоли яичника, кишечная непроходимость). Тошноту следует расценивать как симптом, равнозначный рвоте. Как правило, при острых хирургических заболеваниях, внематочной беременности, аппендиците, перекруте ножки опухоли имеет место однократная рвота. При неукротимой рвоте следует заподозрить пищевую токсикоинфекцию. Мучительная повторная рвота чаще всего служит признаком острого панкреатита.

Расстройство стула - может сопровождать перекрут ножки опухоли яичника или аппендицит. Частый жидкий стул в большинстве случаев связан с желудочно-кишечными заболеваниями (колит, дизентерия).

Дизурические явления - при остром аднексите может иметь место частое болезненное мочеиспускание вследствие вовлечения в процесс мочевого пузыря. Миоматозный узел, исходящий из передней стенки матки, нередко механически раздражает мочевой пузырь и вызывает учащенное мочеиспускание. При прервавшейся внематочной беременности также может наблюдаться учащенное или болезненное мочеиспускание.

Симптомы раздражения брюшины - при положительном симптоме Щеткина – Блюмберга (резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания) надо выяснить, в чем его причина, и при нарастании явлений раздражения брюшины произвести пробное чревосечение.

Симптом мышечной защиты - при апоплексии яичника он значительно слабее, чем при аппендиците. При апоплексии яичника нередко можно пальпировать правые придатки, тогда как при аппендиците напряжение мышц в этой области таково, что пальпировать придатки не удается.

Пальпация и бимануальное исследование (влагалищное и ректальное): позволяют определить состояние брюшной стенки, размеры и границы опухоли, если она выходит за пределы малого таза, бимануальное исследование дает представление о состоянии внутренних половых органов.

Лабораторные методы исследования.

Подсчет количества лейкоцитов в динамике - нарастание содержания лейкоцитов свидетельствует в пользу острого аппендицита. При остром воспалении придатков матки также может иметь место выраженный лейкоцитоз, однако почасового нарастания его не происходит.

Для диагностики важно не столько наличие отдельных симптомов, сколько выявление их в комплексе с другими признаками болезни, развитие их в определенной очередности. Сочетание отдельных, хотя и неспецифических симптомов приобретает черты специфичности: кровянистые выделения из половых органов являются симптомом ряда гинекологических заболеваний, но если при этом имеются указания на обмороки, то диагноз внематочной беременности становится почти очевидным.

Первая помощь:

* до установления диагноза запрещается применять спазмолитики и анальгетики;
* если установлен диагноз, при котором требуется операция, больную следует экстренно госпитализировать;
* необходимо сократить формальные процедуры, предшествующие поступлению больной в стационар, и немедленно доставить ее в операционную;
* наличие срочных показаний к операции часто не дает возможности провести детальное предоперационное обследование и подготовку, однако при любых обстоятельствах определение группы крови и резус-принадлежности обязательно;
* при тяжелом состоянии больной для успешности терапии одновременно в срочном порядке следует проводить как анестезиологические, так и реанимационные мероприятия.

**Вопросы для повторения:**

1. Перечислите и расскажите о гинекологических заболеваниях, требующих неотложной помощи.

2. Расскажите об особенности сестринского процесса при неотложных состояниях в гинекологии.

**Список использованных источников и литературы**

**Обязательные для подготовки к занятию литературные источники**

1. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, И. Б. Манухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: Y\Библиотека:\ Электронный библиотечный фонд ШМК\Учебники\Акушерство и гинекология
2. Дзигуа, М. В. Физиологическое акушерство: учебник / М. В. Дзигуа. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: Y\Библиотека:\ Электронный библиотечный фонд ШМК\Учебники\Акушерство и гинекология
3. Дзигуа, М. В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учеб. пособие для студ. сред. проф. учеб. заведений [Электронный ресурс.] / М. В. Дзигуа. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа: Y\Библиотека:\ Электронный библиотечный фонд ШМК\Учебники\
4. Дуда, В. И. Акушерство: учебник для студ. сред. проф. учеб. заведений [Электронный ресурс.] / В. И. Дуда, Вл. И. Дуда, О. Г. Дражина. - 2-е изд., испр. - М.: Оникс 21 век, 2012. - Режим доступа: Y\Библиотека:\Электронный библиотечный фонд ШМК\Учебники\Акушерство и гинекология
5. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве / под ред. В. И. Кулаков, В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. - М.: ГОЭТАР-Медиа, 2012. - Режим доступа: Y\Библиотека:\ Электронный библиотечный фонд ШМК\Учебники\ Акушерство и гинекология
6. Сборник лекций для самоподготовки студентов медицинского колледжаспециальности 34.02.01 «Сестринское дело» по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. МДК 02.01.04. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии / О. В. Антропова. – Шадринский филиал ГБПОУ КбМК. - Шадринск, 2018. - 90 с.

**Рекомендуемые для подготовки к занятию литературные источники**

1. Акушерство [Электронный ресурс]: учебник / Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Курцер М. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432952.html Год издания2015
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html. Год издания2015](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html.%20%D0%93%D0%BE%D0%B4%20%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F2015)
3. **А**кушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Каптильный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко; под ред. А. И. Ищенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440094.html Год издания 2016](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440094.html%20%D0%93%D0%BE%D0%B4%20%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%202016)
4. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427583.html

Год издания 2014

1. Гинекология. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424070.html Год издания 2013](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424070.html%20%D0%93%D0%BE%D0%B4%20%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%8F%202013)

**Интернет-источники**

1. Информационно-правовой портал Гарант. ру.: [Электронный ресурс] / Информационно-правовой портал Гарант. ру. – Электрон. ст. – режим доступа к ст.: <http://www.garant.ru/>
2. Книги по акушерству и гинекологии: [Электронный ресурс] / Мединвайт. ком. – Электрон. ст. – режим доступа к ст.: <https://meduniver.com/Medical/Book/15.html>
3. Московское общество акушеров - гинекологов: [Электронный ресурс] / В наших руках будущее. – Электрон. ст. – режим доступа к ст.: <http://moag.pro/>
4. Сообщество студентов Кировской ГМА: [Электронный ресурс] / информационный центр. – Электрон. ст. – режим доступа к ст.: http://vmede.org/index.php

**приложение**

**Задания для самостоятельной работы студентов**

**Подготовить реферат на предложенные темы.**

1. Деятельность медицинской сестры в улучшении сохранения репродуктивного здоровья населения.
2. Гигиена женщины. Гигиена менструального цикла.
3. Методы положительного воздействия на развитие и воспитание плода.
4. Влияние вредных факторов на плод.
5. Психопрофилактическая подготовка к родам.
6. Гигиена и диететика беременной.
7. Принципы естественного вскармливания.
8. Особенности гигиены родильницы.
9. Принципы реабилитации родильницы в родильном доме, женской консультации.
10. Послеродовая контрацепция.
11. Режим дня и питания беременной.
12. Профилактика раннего токсикоза.
13. Профилактика позднего гестоза.
14. Анемия и беременность.
15. Сердечнососудистые заболевания и беременность.
16. Грипп и беременность.
17. Пиелонефрит и беременность.
18. Многоплодная беременность.
19. Тазовые предлежания плода.
20. Гепатиты и беременность.
21. ВИЧ и беременность.
22. Узкий таз.
23. Мастит.
24. Хламидиоз.
25. Вирус простого герпеса.
26. Туберкулез половых органов.
27. Вирус папилломы человека. Специфическая профилактика вируса папилломы человека.
28. Ювенильные дисфункциональные маточные кровотечения.
29. Кровотечения репродуктивного периода.
30. Климактерические кровотечения.
31. Альгодисменорея.
32. Предменструальный синдром.
33. Климактерический синдром.
34. Ретенционные кисты.
35. Цистаденомы.
36. Фоновые заболевания шейки матки.
37. Эндометриоз. Миома тела матки.