

**ФГБ ПОУ «КИСЛОВОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНЗДРАВА РОССИИ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

учебной дисциплины

**ОП. 14. ОСНОВЫ УКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И
АНДРОЛОГИИ**

специальность

34.02.02. МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ

(для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)

**Квалификация - медицинская сестра по массажу /
медицинский брат по массажу**

2022

Одобрены цикловой методической комиссией дисциплин лечебно-диагностического профиля

Протокол № 10 от 06.06.2022
Председатель ЦМК Е.Г.Гринь

Учебно-методические материалы для студентов разработаны в соответствии с рабочей программой учебной дисциплины ОП. 14 Основы акушерства, гинекологии и андрологии по специальности 34.02.02. Медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)

Организация – разработчик: федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Кисловодский медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Разработчик: Чемеринская Лоана Асхатовна, преподаватель высшей квалификационной категории, ФГБ ПОУ «Кисловодский медицинский колледж» Минздрава России

ТЕМА: ВВЕДЕНИЕ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ. СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Акушерство — это наука, изучающая женщину во время беременности, родов и в послеродовом периоде, а также наука о новорожденном.

Акушерство изучает физиологическое течение этих процессов, патологическое их течение; диагностику, лечение, профилактику осложнений.

Акушерство неразрывно связано с гинекологией.

Гинекология — это наука о заболеваниях женских половых органов.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

С незапамятных времен в России женщины, оказывающие помощь роженице, назывались повитухами, среди которых встречались большие мастерицы своего дела, но были и люди случайные, не умелые, не образованные, подменявшие ремесло дикими обрядами, заговорами, заклинаниями. Есть предположение, что они приглашались в большинстве случаев только при трудных родах. В легких случаях они приглашались уже после родов для перевязки пуповины и повития (пеленания) младенца.

С одной стороны, это диктовалось известным суеверием — стремлением скрыть роды от «дурного глаза», с другой — соображениями экономии. Лишь в городах и только состоятельная женщина могла получить квалифицированное родовспоможение от приглашенных врачей-иностранцев. Акушерки и врачи, практиковавшие в больших городах, были почти исключительно иностранцы.

Впервые Петр I издал некоторые законоположения, касающиеся деятельности бабок-повитух. С распространением в России просвещения и ростом общей культуры увеличился спрос на разумную акушерскую помощь, стала ощущаться потребность в подготовке отечественных акушеров.

Из-за недостатка денежных средств «бабичьи» школы в Петербурге и Москве были открыты только в **1757 году**. В результате царившего иностранного засилья в то время не смогли проявить своих способностей многие талантливые русские люди.

Отцом русского акушерства считается **Нестор Максимович Максимович-Амбодик**. Он преподавал акушерство на русском языке в Повивальном институте при Петербургском воспитательном доме, где обучались повивальные бабки с **1781-1800 гг.**

Н.М.Максимович-Амбодик в **1784 г.** опубликовал первое на русском языке руководство «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле» в шести частях с атласом. Это обширное руководство по полноте, научности, современности и оригинальности до середины XIX века считалось лучшим

пособием для врачей и акушеров. Он одним из первых применил акушерские щипцы, первым стал преподавать акушерство на русском языке и при обучении практическому акушерству ввел фантом.

Н.М. Максимовичу-Амбодику принадлежит большая роль в создании медицинской терминологии.

Вера Ильинична Бодяжина (1905- 1987) —заслуженный деятель науки РСФСР, видный советский педагог, автор учебников по акушерству и гинекологии для медицинских училищ и вузов, на которых воспитано целое поколение средних медицинских работников и врачей.

Большой вклад в развитие отечественного акушерства и гинекологии внесли такие учёные как руководитель кафедры акушерства и гинекологии медико-хирургической академии г.Петербурга **А.Я. Красовский**, профессор Харьковского университета **И.П.Лазаревич**, профессор Казанского университета **В.С.Груздев**, профессор Центрального НИИ акушерства и гинекологии **В.В.Строганов**.

Из года в год родильная помощь улучшалась количественно и качественно. Вместо единичных родильных приютов выросла огромная сеть родильных домов с постоянным круглосуточным дежурством врачей, возросло количество акушеров как в городе, так и, особенно, в селе. Коренным образом изменились **обязанности акушеров**:

- оказывают помощь женщинам в родах;
- проводят санитарно-просветительную работу;
- выполняют патронаж беременных, родильниц и детей раннего возраста;
- осуществляют меры профилактики осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний;
- участвуют в проведении массовых профилактических осмотров.

СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Принципы, цели и задачи акушерско-гинекологической службы

Основные принципы организации акушерско-гинекологической службы в нашей стране — общедоступность, бесплатность, стопроцентный охват всех, нуждающихся в этой помощи, профилактическая направленность, систематическое повышение качества медицинской помощи в соответствии с современными достижениями науки.

Акушерская и гинекологическая помощь оказывается врачом акушером-гинекологом, акушерками, фельдшерами, медицинскими сестрами в учреждениях с единым административным, научным и методическим руководством.

Основная цель акушерско-гинекологической службы — сохранение репродуктивного здоровья населения, профилактика абортов и рождение здоровых детей.

Задача акушерско-гинекологической службы -забота о

всемирном укреплении здоровья женщины во все периоды жизни.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация является ведущим звеном в системе медицинских учреждений, оказывающих акушерско-гинекологическую помощь. Женские консультации входят в состав родильных домов.

В основу работы консультации положен принцип диспансерного наблюдения за состоянием здоровья женщины.

Работа женской консультации строится по территориально-участковому, однако беременная или гинекологическая больная имеет право обратиться к любому доктору не по участку.

Женские консультации входят в состав родильных домов.

К основным учетным документам относятся:

- индивидуальная карта беременной и родильницы;
- обменная карта беременной и родильницы;
- медицинская карта амбулаторного больного;
- а также ряд контрольных карт, талонов, журналов и т.д.

В число помещений женской консультации входят: вестибюль-гардеробная, регистратура, кабинеты акушеров-гинекологов, терапевта, стоматолога, оториноларинголога, окулиста, манипуляционная, процедурная, кабинет физиопсихологической подготовки беременных к родам, хирургический кабинет (для кольпоскопического обследования, производства биопсий, введения ВМС, диатермокоагуляции, мини-абортов), кабинет УЗИ, физиотерапевтический, кабинеты заведующего женской консультацией, старшей акушерки и др. Обязательно в женской консультации имеется комната единой стерилизации инструментария и предметов ухода.

Основными задачами женской консультации являются:

- профилактика гинекологических заболеваний;
- предупреждение абортов;
- раннее выявление гинекологических заболеваний и оказание гинекологическим больным квалифицированной лечебной помощи
- большое значение имеют профилактические гинекологические осмотры, целью которых является активное выявление женщин, нуждающихся по состоянию здоровья в лечении или систематическом наблюдении акушера-гинеколога.
- работа по выявлению предраковых и раковых заболеваний у женщин и их профилактика;
- осуществление мероприятий по планированию семьи;
- профилактика материнской и перинатальной смертности (с 28 нед. до 7-го дня жизни);
- санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни.

-патронажное посещение беременных, родильниц и гинекологических больных.

В практике работы женских консультаций широкое распространение получила **организация «школ матерей» и «школ отцов»**. Заслуживает внимания опыт проведения в ЗАГСх и дворцах бракосочетания бесед с молодоженами по планированию семьи.

АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

В акушерском стационаре оказывается помощь беременным, роженицам и родильницам.

Акушерский стационар состоит из приемного отделения, родильного, послеродового и отделения новорожденных, а также отделения патологии беременных.

Приемное отделение состоит из двух частей, изолированных одна от другой. Перед ними имеется комната-фильтр, в которой решается вопрос, в какую часть приемного отделения госпитализировать роженицу: физиологическое отделение (для неинфицированных пациенток), наблюдательное отделение (для инфицированных).

В состав родильного отделения входят палата интенсивной терапии и операционная с предоперационной.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

Гинекологические отделения функционируют в составе родильных домов и **предназначены для стационарного лечения гинекологических больных — как хирургического, так и консервативного**. Гинекологическое отделение родильного дома обычно располагается на отдельном этаже.

Гинекологический стационар имеет приемное отделение, палатную часть, перевязочную, манипуляционную, физиотерапевтический кабинет, столовую, буфетную, комнаты персонала, санитарные узлы и другие помещения. В состав отделения для оказания хирургической помощи входят предоперационные, малые и большие операционные, наркозные, стерилизационные, палаты интенсивной терапии и др.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика ранних сроков беременности производится на основании выявления предположительных и вероятных признаков.

Предположительные признаки:

- изменения со стороны ЦНС;
- тошнота, рвота;
- изменение вкуса;

- пигментация по типу «маски» беременной, сосков и околососковых кружков, по белой линии живота.

Вероятные признаки:

- прекращение менструации;
- выделение молозива из молочных желез;
- цианоз слизистой влагалища;
- изменение матки по размерам, форме, консистенции;
- биологические и иммунологические реакции на беременность.

Диагностика поздних сроков беременности основывается на достоверных признаках:

- прощупывание частей плода;
- выслушивание сердцебиения плода;
- ощущение женщиной шевеления плода;
- определение движения плода;
- дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенологическое исследование, кардиотокография).

МЕТОДЫ АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ОПРОС БЕРЕМЕННОЙ

Опрос начинается с **паспортной части** (социальный анамнез). Выясняется, зарегистрирован ли брак, если нет, то почему. Выясняются условия труда, быта, материальное положение.

В анамнезе жизни выясняются заболевания, перенесенные в детстве и во взрослом состоянии.

При выявлении **наследственных факторов** следует обратить внимание на психические заболевания, гемофилию, эндокринную патологию, мертворождаемость, уродства. Выясняют, не было ли многоплодной беременности.

У беременной надо спросить об операциях, травмах, гемотрансфузии.

Собирается **аллергологический и эпидемиологический анамнез**.

Сбор сведений о **менструальном анамнезе** начинается с вопроса о начале менструации, установилась ли сразу, по сколько дней, через сколько, количество теряемой крови, болезненность. Уточняется первый день последней менструации.

Далее выясняется **половой анамнез** (со скольких лет живет половой жизнью, предохраняется или нет, способ предохранения).

Акушерский анамнез собирается очень подробно, в хронологическом порядке выстраиваются все беременности, их течение, осложнения (роды, выкидыши, аборты).

Очень тщательно собирается **гинекологический анамнез** (заболевания, лечение, диспансерное наблюдение).

Необходимо уточнить **вредные привычки** беременной (курение, алкоголь, наркотики).

В конце опроса выясняется **здоровье мужа** (исключить туберкулез, венерические заболевания, связь с радиацией), **вредные привычки мужа**.

Затем следует выяснить течение настоящей беременности, жалобы.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ И ОРГАНАМ

Начинается с **оценки телосложения** (правильное, неправильное), питания (удовлетворительного, неудовлетворительного, повышенного). **Проводится антропометрия.**

Оценивается **цвет кожных покровов**, обращается внимание на пигментацию.

Осмотр молочных желез. Оценивают их развитие, строение соска (коническая, цилиндрическая форма; выпуклый, плоский, втянутый). При пальпации железа мягкая, безболезненная, при надавливании на сосок выделяется молозиво.

Сердечно-сосудистая система — подсчет пульса, измерение АД, выслушивание сердца.

Мочевыделительная система — симптом Пастернацкого.

НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. ИЗМЕРЕНИЕ ТАЗА (пельвеометрия)

Проводится инструментом тазомером: измеряются три поперечных размера и один прямой.

Distantia spinarum — расстояние между передне-верхними остями гребней подвздошных костей (25—26 см).

Distantia cristarum — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28-29 см)

Distantia trochanterica — расстояние между большими вертелами бедренных костей (30—31 см)

2. ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА (ОЖ) И ВЫСОТЫ СТОЯНИЯ ДНА МАТКИ (ВСДМ)

Измерение окружности живота (ОЖ) и высоты стояния дна матки проводится после 12 недель беременности, когда матка выходит из малого таза.

Измерение проводится сантиметровой лентой.

3. ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА.

С их помощью определяют расположение плода в матке, метод проводится путем пальпации.

Членорасположение плода — это отношение головки и конечностей к туловищу плода.

В норме — ножки согнуты и прижаты к туловищу, ручки согнуты и прижаты к груди, головка согнута, подбородок прижат к груди.

4. ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

Выслушивание сердцебиения плода производится акушерским

стетоскопом со второй половины беременности.

При головном предлежании сердцебиение выслушивается **ниже пупка, при тазовом — выше пупка.**

При поперечном положении плода — на уровне пупка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ ПРЕДСТОЯЩИХ РОДОВ

Так как точно срок беременности определить трудно, необходимо знать несколько данных и сопоставить их, сделать вывод.

Срок беременности определяют:

- по первому дню последней менструации (по календарю);
- по первой явке в женскую консультацию (более достоверно, если явка ранняя до 12 недель беременности);
- по шевелению плода.

Первородящая ощущает шевеление в 20 недель беременности, повторнородящая — в 18 недель (считать по календарю);

- по декретному отпуску (он выдается в 30 недель беременности);
- по ВСДМ (I прием Леопольда):

Для определения даты предстоящих родов используют формулу: от первого дня последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.

В настоящее время с большой точностью определяют срок беременности по УЗИ.

ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность является нормальным физиологическим процессом, во время которого в организме женщины происходят существенные изменения. Мать в широком смысле слова является окружающей средой для будущего ребёнка, и благоприятные условия организма матери, естественно создают возможности для его роста и нормального развития. В женском организме всё предназначено для воспроизводства потомства. Половые органы выполняют функцию деторождения, молочные железы - функцию питания новорожденного.

Как же наступает беременность? При половой жизни во влагалище женщины попадает семенная жидкость, вырабатываемая мужскими половыми железами. Она содержит большое количество мужских половых клеток- сперматозоидов. Эти клетки, благодаря своему строению, обладают подвижностью.

Сперматозоид состоит из головки, шейки и хвоста. Головка несёт ядро генетической информации, шейка выделяет энергию для движения, хвост направляет движение вперёд.

Зрелая яйцеклетка состоит из протоплазмы и ядра. Поверхность покрыта блестящей прозрачной оболочкой.

Через канал шейки матки сперматозоид проникает в полость матки, а затем в маточные трубы, где происходит встреча с яйцеклеткой, которая выделилась в середине менструального цикла(в овуляцию) из фолликула яичника в брюшную полость и попала в маточную трубу.

Несколько сперматозоидов окружают яйцеклетку, затем происходит разрыв оболочек их головок, и содержимое изливается наружу; выделяющийся при этом фермент, используется для размягчения плотной оболочки яйцеклетки, обеспечивая доступ одного сперматозоида внутрь яйцеклетки, при этом их ядра сливаются. **Этот процесс называется зачатие или оплодотворение. С момента оплодотворения начинается беременность.**

ПЛОД ОКРУЖЕН ТРЕМЯ ОБОЛОЧКАМИ:

-децидуальная (материнская) образовалась из функционального слоя слизистой матки.

- хорион (ворсинчатая) — плодовая оболочка.

-амнион (водная) - плодовая оболочка. Эта оболочка представляет собой замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами. Их к концу беременности 1—1,5 л.

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ИМЕЮТ БОЛЬШОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ:

- создают условия для свободного развития плода и его движений;
- играют роль в обмене веществ плода;
- защищают нежный организм плода от неблагоприятных внешних воздействий;
- предохраняют пуповину от сдавлений;
- во время родов плодный пузырь, заполненный водами, способствует нормальному периоду раскрытия;
- поддержание постоянной температуры внутри.

ПЛАЦЕНТА — важнейший орган, при помощи которого совершается дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. По внешнему виду она похожа на округлую, толстую, мягкую лепешку. Диаметр составляет 15-18 см, толщина - 2—3 см, вес 500—600 г. Имеет две поверхности: материнскую, прилегающую к стенке матки, и плодовую, обращенную внутрь, в полость амниона.

Материнская поверхность плаценты серовато - красного цвета, разделена на дольки (их 15-18).

Плодовая поверхность плаценты покрыта гладкой, блестящей водной оболочкой.

От матери к плоду через плаценту поступает кислород, питательные вещества, гормоны.

По мере старения в плаценте появляются твёрдые включения—отложения кальция - кальцинаты.

ПУПОВИНА — представляет собой шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена, несущие кровь от плода к плаценте и обратно. Средняя длина — 50 см. По пуповинным артериям течёт венозная кровь от плода к плаценте; по пуповинной вене притекает к плоду артериальная кровь, обогащенная кислородом в плаценте.

В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИНЯТО РАЗЛИЧАТЬ 2 ПЕРИОДА:

- 1) **эмбриональный или зародышевый** — от момента оплодотворения до 8 недель беременности;
- 2) **фетальный или плодовый** — от 8 недель беременности до родов.

Несмотря на то что эмбриональный период длится всего 2 месяца, он является самым важным и самым уязвимым в жизни плода, так как в это время у зародыша происходит формирование всех его основных органов и систем — органогенез. В этот период зародыш очень чувствителен к воздействию неблагоприятных факторов.

ВЛИЯНИЕ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ НА ПЛОД

На плод и его развитие большое влияние оказывают вредные факторы внешней среды, лекарственные препараты, никотин, алкоголь, наркотики.

Хотя плацента является защитным барьером для плода, доказано, что через нее проходят многие химические вещества: ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода, угарный газ, хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфий, хинин, атропин, антибиотики, сульфаниламидные препараты, сердечные средства и другие вещества. Многие из этих веществ действуют на плод токсически даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

Патогенные микробы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, могут проникнуть к плоду; через плаценту переходят вирусы — возбудители гриппа, кори, краснухи и др. заболеваний.

Основные исходы вредного влияния: выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, мертворождаемость, уродства.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

В связи с беременностью в организме женщины возникают физиологические изменения. Их делят на **видимые и невидимые**.

Видимые:

Изменения в центральной нервной системы (ЦНС):

сонливость, плаксивость, раздражительность, бессонница; •тошнота, рвота; •изменения обоняния; •изменения вкусовых ощущений; •изменения слухового восприятия.

Внешние изменения со стороны кожи и слизистой.

Пигментация на лице по типу «маски беременной», сосков и околососковых кружков, по белой линии живота.

У некоторых женщин на животе появляются **рубцы беременности, свидетельствующие о недостаточной эластичности кожи.** Свежий рубец багрово-синего цвета, а затем он приобретает белесоватый цвет.

Изменение в области пупка. В 32 недели беременности пупок втянут, а в 40 недель — выпуклый или сглажен.

Молочные железы увеличиваются, кровоснабжение усиливается. Из молочных желез при надавливании на сосок уже в ранние сроки беременности удастся выдавить капельки молозива.

Изменения со стороны сердца: появляется новый плацентарный круг кровообращения (второе сердце). К концу беременности происходит гипертрофия левого желудочка, увеличивается объём циркулирующей крови. Со стороны пульса и АД изменений нет (в норме 100/70 — 120/80 мм рт. ст.). Иногда у беременных развивается варикозное расширение вен.

Органы дыхания — расширяется грудная клетка, диафрагма смещается вверх, в 36 недель отмечается самое высокое стояние дна матки, у беременной появляется одышка.

Органы пищеварения — кишечник смещается вверх и по бокам матки, что нарушает перистальтику кишечника, и появляются запоры. Желудок смещается вверх, сдавливается, вследствие этого происходит заброс пищи в пищевод и возникает изжога.

Мочевыделительная система — увеличивается частота мочеиспускания.

Эндокринная система — в ранние сроки в яичнике развивается желтое тело беременности, которое продуцирует прогестерон, после 12 недель беременности плацента забирает на себя эти функции. Овуляция в яичнике прекращается.

Изменения со стороны обмена веществ:

Белковый, углеводный и жировой обмен усиливаются.

Потребность в витаминах повышается.

За беременность женщина увеличивается в массе на 10-12 кг.

Наружные половые органы не изменяются.

Влагалище: слизистая синюшного цвета, складчатость усиливается.

Матка: за беременность увеличивается.

Маточные трубы к концу беременности свисают по боковым стенкам матки. Связочный аппарат натягивается и поддерживает матку в вертикальном положении.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БЕРЕМЕННОЙ И ИХ РЕШЕНИЕ

В связи с беременностью возникает много проблем, и медсестра, ведя сестринский процесс, должна выявить их и решать вместе с беременной, мужем, семьей беременной.

Для беременной предлагается особая диета — молочно-растительная, богатая витаминами, минеральными солями, ограничивается прием соли до 3—4 граммов в сутки и жидкости до 1—1,5 литров. Исключаются пряности, жареная пища, алкоголь, следует не злоупотреблять сладостями, печеными изделиями. Исключаются шоколад, цитрусовые. В связи с нарушением потребности — выделять, необходимо ввести в рацион овощи, фрукты. Рекомендуются потреблять свеклу, морковь, подсолнечное масло, сливу, свежий кефир. Надо нормализовать стул, добиться, чтобы он был ежедневным.

Такая проблема, как тошнота, рвота, характерная для начала беременности, должна быть решена. Надо обратить внимание на режим дня, своевременный прием пищи 4—5 раз в день. Утром, не вставая с постели, принять легкий завтрак, выпить минеральной воды. Хорошо, если эту заботу проявит муж или кто-либо из родственников.

К 36 неделям беременности, появляется одышка. Беременную следует успокоить, объяснить, что приближаются роды, через 10—12 недель дно матки начнет опускаться и дышать станет легче. В эти дни надо уменьшить нагрузку, медленней ходить, больше находиться на свежем воздухе.

Медсестре придется решать проблему общения беременной в связи с нарушением со стороны ЦНС, надо объяснить мужу, родственникам, что плаксивость, раздражительность, нервозность беременной связаны с особенностями ее состояния, и надо быть терпимыми к ней, избегать ссор, окружать ее вниманием, заботой, скоро эти изменения пройдут (обычно к 12—14-й неделям беременности).

Студентам надо настоятельно советовать взять академический отпуск, а работающим женщинам реализовать право на освобождение от ночных смен, дополнительной работы, тяжелого труда, вредного производства.

ПАТОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Гестозы беременных — это заболевания, связанные с развитием беременности.

Классификация гестозов

По сроку возникновения: ранние и поздние.

Ранние гестозы (I половина беременности):

- рвота беременных;
- слюнотечение;
- неукротимая рвота беременных.

Поздние гестозы (II половина беременности):

- водянка беременных;
- нефропатия беременных;
- преэклампсия;
- эклампсия.

РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

Рвота беременных — наиболее распространенная форма раннего гестоза беременной.

Клиническая картина: рвота возникает до 5 раз в сутки, натощак или связана с приемом пищи и неприятными запахами; общее состояние значительно не нарушено.

Лечение: амбулаторное или стационарное под контролем динамики массы тела беременной и при повторных исследованиях мочи на ацетон. Частое дробное питание, полоскание рта вяжущими средствами, рекомендуют частую смену окружающей обстановки (прогулки).

Слюнотечение (птиализм) — чрезмерное выделением слюны.

Клиническая картина: количество выделяемой слюны до 1 литра в сутки и более, психика беременной угнетена, мацерация кожи вокруг рта и слизистой губ, снижен аппетит, бледные кожные покровы, ухудшение самочувствия, похудание, признаки обезвоживания.

Лечение: в стационаре. Психический и физический покой, общеукрепляющая терапия. Атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Кожу лица смазывают вазелином. Полоскание полости рта раствором ментола, настоем шалфея, ромашки.

Неукротимая рвота беременных — наиболее тяжелая форма раннего гестоза — приводит к выраженному ухудшению общего состояния беременной.

Клиническая картина: рвота может повторяться более 10 раз в сутки, возникает в любое время суток.

В результате обезвоживания и голодания у больной нарушается обмен веществ. Чрезмерная рвота приводит к прогрессирующей потере массы тела, которая может достигать 7—15 кг и более и составить 10—15 % от исходной массы тела, развивается сухость кожных покровов, учащается пульс, снижается артериальное давление, появляется запах ацетона изо рта. Резко уменьшается количество мочи, в ней появляются белок, цилиндры, ацетон.

При отсутствии лечения или его неэффективности может наступить **коматозное состояние** и смерть больной. В условиях стационара отсутствие эффекта от лечения является показанием для прерывания беременности.

Уже через несколько часов после инструментального удаления плодного яйца состояние больной улучшается, у нее появляется аппетит,

начинает удерживаться пища и вскоре наступает полное выздоровление.

Лечение. Седативная терапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, витаминотерапия.

СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ РАННИМ ГЕСТОЗОМ

Сестринский уход предполагает строгое **соблюдение лечебно-охранительного режима, создание больной эмоционального покоя.** Чрезвычайно важным является **отсутствие в палате больных с подобным заболеванием.**

Палата должна хорошо проветриваться, не иметь посторонних запахов.

Пациентке необходима помощь в **поддержании гигиенического состояния кожи, наружных половых органов, полости рта.** Следует ежедневно менять нижнее белье, заниматься профилактикой мацерации кожи лица в области губ при слюнотечении.

Если больная способна удерживать пищу, следует при выборе продуктов **учитывать ее желания и даже прихоти.** Пищу необходимо подавать больной в постель, небольшими порциями, часто, до 6—8 раз в сутки. Нередко больная с чрезмерной рвотой не способна удерживать не только пищу, но даже жидкость.

Таким больным кроме интенсивной инфузионной терапии, назначают **питательные клизмы** из бульона, молока, и др. Перед введением питательной клизмы ампулу прямой кишки освобождают с помощью очистительной клизмы. Вводить питательную смесь следует медленно, подогрев до 39—40°C, что улучшает всасывание.

У больных ранним токсикозом чрезвычайно важно **контролировать диурез.** Необходимо измерить не только количество выделенной мочи, но и рвотных масс. Медсестра должна отметить также характер рвоты: пищей или без нее, с примесью желчи, крови и т.д.

Основной сестринской проблемой является беспокойство беременной о дальнейшем развитии беременности, о будущем ребенке.

Медсестра должна информировать пациентку о ее заболевании, вселить в нее уверенность в благополучном исходе, так как рвота беременных и слюнотечение обычно излечиваются до 12 недель беременности.

Если у беременной с неукротимой рвотой беременных пришлось по медицинским показаниям прервать беременность, то следует объяснить ей, что последующая беременность будет благоприятной, если пациентка правильно проведет реабилитационный период и будет находиться под наблюдением медицинских работников.

ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Водянка беременных — характеризуется развитием отеков. Накопление жидкости обусловлено нарушением водно-солевого обмена и повышением проницаемости капилляров.

Диагноз водянки беременных ставят при наличии скрытых и видимых отеков.

Скрытые отеки выявляются следующими тестами:

- положительный симптом кольца;
- патологическая прибавка массы тела (за неделю не должна превышать 250—300 г).

При водянке вначале возникает пастозность, а затем отечность стоп и голеней. В дальнейшем отеки распространяются на бедра, переднюю стенку живота, на туловище и лицо. **Масса тела беременной быстро нарастает. Артериальное давление остается нормальным, белок в моче отсутствует, изменений в сердце, почках, печени и других органах не наблюдается.**

Лечение: показана госпитализация в ОПБ. Необходимо назначить диету: стол № 7 с ограничением соли до 3—4 г в сутки и жидкости до 1 литра. Назначают разгрузочные дни (яблочный, творожный).

Нефропатия беременных характеризуется **триадой симптомов: отеки, повышение артериального давления и белок в моче.** При атипичной форме бывают выражены два из перечисленных симптомов.

Диагноз ставится на основании клинических данных, лабораторного обследования, консультаций терапевта и окулиста.

Лечение:

- обеспечение строгого лечебно-охранительного режима;
- нормализация деятельности ЦНС;
- гипотензивная терапия;
- уменьшение проницаемости стенок сосудов;
- борьба с отеками;
- улучшение микроциркуляции и дезинтоксикация путем введения белковых препаратов, плазмы и кровозаменителей.

Преэклампсия — это переходная стадия от нефропатии к эклампсии.

Причины: неправильное лечение позднего гестоза или его отсутствие, несоблюдение режима и диеты при нефропатии беременных.

Клиническая картина: на фоне симптомов нефропатии беременных появляются головная боль, нарушение зрения, боль в подложечной области.

Осложнения: переход в эклампсию, кровоизлияние в жизненно важные органы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, асфиксия плода.

Лечение: беременная нетранспортабельна.

После уточнения диагноза — срочное родоразрешение независимо

от срока беременности, в зависимости от условий и ситуации (акушерские щипцы или кесарево сечение).

Неотложная помощь: дать рауш-наркоз, вызвать врачебную бригаду, Затем госпитализация в ПИТ (палату интенсивной терапии).

Эклампсия — это судорожный синдром с потерей сознания, развивающийся вследствие снижения мозгового кровотока, отёка мозга и развития мелкоочаговых кровоизлияний в его вещество. Припадок начинается с фибриллярного подергивания мышц лица, затем появляются тонические судороги, переходящие в клонические судороги.

После приступа больная находится в **коматозном состоянии**. затем постепенно приходит в сознание. О приступе не помнит, жалуется на головную боль, слабость, разбитость. Приступы судорог могут повторяться, носить каскадный характер.

Число припадков от 1—2 до 10 и выше. Каждый припадок продолжается 1—2 мин. Сознание возвращается постепенно, иногда может возобновиться новый припадок, когда больная еще не пришла в сознание. **Наиболее часто припадки бывают во время родов и в конце беременности, редко — после родов.**

Боль, шум, свет, любой раздражитель может вызвать новый припадок.

Беременная может погибнуть даже во время первого припадка.

Причины гибели: кровоизлияние в мозг, асфиксия, отек легких, остановка сердечной деятельности.

Лечение. Неотложная помощь. Во время припадка между коренными зубами необходимо ввести роторасширитель, шпатель или рукоятку ложки, обтянутую марлей, чтобы избежать прикусывания языка. Затем языкодержатель, чтобы не было западения языка, повернуть голову на бок для предотвращения аспирации рвотными массами. Как только появится первый вдох — удаляют слюну из полости рта, обеспечивают вдыхание кислорода.

Далее проводится комплексное медикаментозное лечение, показано быстрое бережное родоразрешение.

Эклампсию (преэклампсию) лечит врач. Если припадок начался дома, следует срочно вызвать врачебную бригаду и до ее приезда начать оказание помощи.

Туалет больной при поступлении, влагалищное исследование, катетеризацию, инъекции и другие манипуляции следует проводить под легким эфирным или фторотановым наркозом. Больная находится в ПИТе,

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Внематочная беременность

Чаще бывает трубная, реже яичниковая, брюшная.

Причины

Внематочная беременность возникает в результате нарушения функции маточной трубы, в результате анатомических изменений из – за:

- воспалительных заболеваний;
- медицинских аборт;
- опухолей;
- эндометриоза;
- аппендэктомии;
- оперативных вмешательств на органах малого таза.

Выделяют:

- 1) прогрессирующую трубную беременность;
- 2) прервавшуюся по типу трубного аборта;
- 3) прервавшуюся по типу разрыва маточной трубы.

Клиническая картина

В организме происходят изменения, характерные для беременности, отмечаются предположительные и вероятные признаки беременности.

При трубном аборте: плодное яйцо частично или полностью отслаивается и изгоняется через ампулярный отдел маточной трубы в брюшную полость. При этом появляется приступообразная боль в одной из подвздошных областей, иррадиирующая в прямую кишку, крестец, бедро. Головокружение, обморок.

В брюшную полость изливается небольшое количество крови, может быть наружное кровотечение.

Затем сосуды тромбируются, боль утихает.

Плодное яйцо может изгоняться неоднократно, длительное время. В промежутках между приступами, больная ощущает ноющие боли и давление на прямую кишку.

При разрыве маточной трубы отмечается:

- сильное внутреннее кровотечение;
- шок;
- острая анемия
- резкие боли внизу живота иррадиирующие в прямую кишку;
- потеря сознания, головокружение;
- бледность, цианоз, холодный пот;
- пульс частый, слабый, не наполненный;
- АД понижено;
- живот вздут, болезненный при пальпации;
- положительный симптом Щёткина – Блюмберга.

Диагностика — пункция заднего свода влагалища.

Лечение комплексное:

- экстренная операция – удаление маточной трубы;
- борьба с шоком, кровотечением;

- общеукрепляющая терапия;
- десенсибилизирующая терапия;
- гемостимулирующая терапия;

2. Выкидыш или аборт - это прерывание беременности до 28 недель.

Аборты бывают самопроизвольные и искусственные.

Самопроизвольный аборт происходит без всякого вмешательства, вопреки желанию женщины. Если самопроизвольные аборты повторяются, говорят о привычном выкидыше.

Искусственным абортом называется преднамеренное прерывание беременности. Если прерывание проведено не в соответствии с законом, говорят о криминальном аборте.

Бывает прерывание беременности по медицинским, социальным показаниям.

Различают следующие **клинические стадии** самопроизвольного аборта.

I. Угрожающий аборт

Клиника:

- схваткообразные боли внизу живота;
- кровянистые выделения отсутствуют или незначительны;
- при влагалищном исследовании наружный зев закрыт, матка соответствует сроку беременности.

Лечение в гинекологическом отделении:

- строгий постельный режим;
- лечебно-охранительный режим;
- диета обычная (**исключить пряности, горькое, соленое, жареное**);
- половой покой;
- спазмолитики (но-шпа, свечи с папаверином);
- витамин Е;

Курс лечения 10—14 дней.

II. Начавшийся аборт

Клиника: схваткообразные боли и кровянистые выделения более выражены, что говорит о начавшейся отслойке плодного яйца.

Лечение следует продолжить, если нет эффекта — выскабливание полости матки.

III. Аборт в ходу

Клиника: кровотечение усиливается. При влагалищном исследовании: канал шейки матки раскрыт, в нем отслоившееся плодное яйцо. Беременность сохранить невозможно.

Лечение. Выскабливание полости матки.

IV. Неполный аборт

Клиника: кровотечение. Часть плодного яйца вышла, а часть осталась в полости матки.

При влагалищном исследовании канал шейки матки пропускает палец, величина матки не соответствует сроку беременности (она меньше).

Лечение. Выскабливание полости матки.

V. Полный аборт

Клиника: плодное яйцо полностью вышло из матки. Болей нет. Выделения кровянистые, мажущие. При влагалищном исследовании — наружное отверстие цервикального канала пропускает палец, матка небольшая, плотная.

Лечение. Диагностическое выскабливание полости матки.

Медсестре необходимо успокоить пациентку, объяснить ей поведение после выписки из стационара, методы контрацепции, гигиену половой жизни, вселить уверенность в благополучном исходе.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Предлежание плаценты — осложнение беременности, при котором плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки и является предлежащей частью.

Клиника. Жалобы на кровянистые выделения, возникшие среди полного покоя, без видимых причин, обычно ночью.

Тактика медсестры. Уложить беременную, вызвать врачебную бригаду, успокоить женщину, наладить контакт с веной (полиглюкин, 5%-ный раствор глюкозы, физраствор), кровоостанавливающие (викасол, хлористый кальций), определение группы крови, госпитализировать на носилках в ОПБ.

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — это отслойка, произошедшая до III периода родов, чаще она бывает во второй половине беременности, может быть в I или II периодах родов.

Причины: поздние гестозы беременных, гипертоническая болезнь, запоздалое вскрытие плодного пузыря, короткая пуповина, травма.

Клиника: жалобы на кровянистые выделения (при центральном механизме отслойки наружной кровопотери может не быть), резкие распирающие боли в животе, слабость, обморочное состояние; при значительной отслойке — признаки геморрагического шока: холодный пот, бледность, дыхание учащается, тахикардия, пониженное АД.

При наружном акушерском исследовании матка напряжена, плотной консистенции, асимметрична. Части плода не прощупываются. Сердцебиение плода не прослушивается.

Тактика медсестры. Уложить беременную, успокоить, вызвать врачебную бригаду, контакт с веной (введение кровезаменителей), кровоостанавливающие препараты. В дальнейшем госпитализация в роддом на носилках.

ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Роды — сложный физиологический процесс, возникающий в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной и состоящий в изгнании жизнеспособного плода и элементов плодного яйца. Срок беременности должен быть не меньше 22 недель.

С началом родовой деятельности женщина называется **роженица**, а с окончанием ее — **родильница**.

Предвестники родов

Они появляются за 7-10 дней до родов, то есть заканчивается подготовка организма беременной к родам:

- опущение ВСДМ, беременной становится легче дышать;
- опущение предлежащей части ко входу в малый таз;
- беременная теряет в весе, т.к. организм готовится к родам и изгоняет лишнюю жидкость;
- из цервикального канала отходит слизистая пробка в связи с приоткрытием наружного зева;
- появление ложных схваток (болезненные ощущения, иногда схваткообразные, нерегулярные, они не приводят к раскрытию шейки матки).
- пупок сглаживается или выпячивается;
- «зрелая» шейка матки определяется при влагалищном исследовании (она укорочена, размягчена, располагается по центру влагалища, шейный канал пропускает палец).

Периоды родов

Различают 3 периода родов.

I период — раскрытие шейки матки. Начинается с первой истинной схватки и заканчивается полным раскрытием шейки матки.

II период — изгнание плода (потужной). начинается с полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением последнего плода.

III период — последовый. Начинается с момента рождения последнего плода и заканчивается рождением последа.

I ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ.

I период родов характеризуется **истинными схватками** — это регулярные, произвольные сокращения мышц матки, которыми роженица не может управлять. У первородящей I период родов длится 18—20 часов, у повторнородящих — 10—12 часов.

Разница во времени зависит от разного механизма раскрытия шейки матки.

У первородящих:

- 1) сглаживание шейки матки;
- 2) раскрытие внутреннего зева, затем наружного.

У повторнородящих:

- 1) сглаживание шейки матки.

2) одновременное раскрытие внутреннего и наружного зевов.

При полном раскрытии шейка матки она раскрывается на 10 см. После полного раскрытия отходят околоплодные воды, если этого не происходит, плодный пузырь вскрывают. **Искусственное вскрытие плодного пузыря называется амниотомией.**

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева, называется — **своевременное.**

Излитие вод при не полном раскрытии маточного зева, называется — **раннее.**

Излитие вод до начала регулярной родовой деятельности называется — **преждевременное.**

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

Прием и санитарная обработка роженицы

1) При поступлении роженицы в фильтр приемного отделения решается вопрос о приеме ее в физиологическое или наблюдательное отделение (не обследована, не дообследована, длительный безводный период, температура выше 37,5°, острое респираторное заболевание, хроническая инфекция и т.д.).

2) Роженица полностью раздевается, осматривается на педикулез, сыпь на коже, гнойничковые высыпания.

3) Проводится сбривание волосяного покрова с подмышечных впадин и с наружных половых органов, ставится очистительная клизма, роженица принимает душ, соски и околососковые кружки обрабатываются 1% раствором бриллиантового зеленого, а ногтевые ложа на руках и ногах — раствором иодоната. Роженица одевается в стерильную рубашку, ей выдается стерильная подкладная.

4) В приемном отделении на роженицу заводится история родов. Проводится сбор анамнеза, объективное обследование по системам и органам, наружное акушерское исследование, наблюдают за родовой деятельностью, выделениями.

5) Там же берут кровь на группу, резус-фактор, СПИД, свертываемость крови, мочу на белок.

6) Из приемного отделения роженица переводится в предродовую палату родильного отделения, где ведется сестринский процесс средним медицинским работником (сбор информации, выявление проблем, постановка целей, способ их решения, желаемый результат). Выясняют жалобы, оценивают состояние роженицы, следят за пульсом и АД, продвижением головки, выслушивают сердцебиение плода, проводят туалет наружных половых органов, готовят роженицу к «влагищному» исследованию.

Главная сестринская проблема — боль при схватке, следует напомнить роженице методы обезболивания, которые она изучала на занятиях по физиопсихопрофилактической подготовке к родам в женской консультации.

Роды проходят по определенному биомеханизму.

Биомеханизм родов — это совокупность сгибательных, вращательных, разгибательных и поступательных движений плода, которые он совершает, проходя через родовые пути матери под воздействием биологических процессов, происходящих в организме матери.

На головке ведущая линия - стреловидный шов, **ведущая точка** - малый родничок.

В биомеханизме родов выделяют 4 момента:

I момент — сгибание головки.

II момент - внутренний поворот головки.

III момент-разгибание головки.

IV момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

II ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ ПЛОДА.

Вскоре после своевременного излития околоплодных вод начинаются потуги, которые характеризуют II период родов. Он длится от 15 минут до часа.

Потуги — это регулярные непроизвольные сокращения мышц матки, брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна, которыми роженица может управлять.

ВЕДЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

Первородящая до прорезывания головки, а повторнородящая — до врезывания находится в предродовой палате, где она тужится на кровати под наблюдением и руководством акушерки (медсестры), вспоминая занятия по физиопсихопрофилактической подготовке к родам. **Необходимо следить за состоянием роженицы, ее жалобами, пульсом, АД, продвижением головки, сердцебиением плода, выделениями, потужной деятельностью.**

При переводе в родзал роженица снимает с себя всю одежду, в родзале ей выдают пакет для роженицы (стерильные косынка, рубашка, бахилы).

На кровать Рохманова стелится стерильный разовый пакет для приема родов. Роженица лежит на спине, ноги у нее согнуты и разведены, ступнями она упирается в ногодержатели, руками тянет на себя ручки стола, как вожжи, головной конец кровати приподнят, роженица тужится.

Медсестра готовит стол для родов, моет руки одним из способов, одевает стерильную одежду и ведет роды. С момента прорезывания головки медсестра начинает оказывать пособие по защите промежности.

ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

Первый туалет новорожденного начинается с отсасывания слизи из ротика и носика электроотсосом или резиновым баллоном.

Профилактика офтальмобленнореи

Веки новорожденного протирают сухими тампонами от наружи кнутри. Затем нижнее веко оттягивается и на слизистую наносится 2 капли 30% раствора сульфацила натрия, это же проводят со вторым глазом. Через 2 часа профилактику повторяют.

Двухмоментная обработка пуповины

I момент. На расстоянии 10 см от пупочного кольца пуповину обрабатывают спиртом, накладывают зажим Кохера, выше на 2 см накладывают второй зажим, третий зажим накладывают у половой щели. Между зажимами ножницами пересекают пуповину, культю обрабатывают раствором иодоната и накладывают марлевую повязку.

Новорожденного показывают матери и уносят на пеленальный столик.

После окончания родов производят II момент обработки пуповины.

Медсестра обрабатывает руки, одевает стерильные перчатки. Обрабатывается остаток пуповины от пупочного кольца на 2 см спиртом и накладывается скобка

Роговина при помощи зажима или пластмассовый зажим на пуповину на границе кожи и пуповины. Ножницами отсекается пуповина на 2 см выше зажима. Культия обрабатывается 5% раствором перманганата калия и накладывается сухая марлевая салфетка.

Проводится антропометрия новорожденного (масса, окружность головы, окружность груди, длина). Проводится туалет новорожденного стерильным растительным маслом, удаляется избыток сыровидной смазки, остаток крови и слизи.

На руки надевают браслеты из медицинской клеенки и медальон, где указываются фамилия, имя и отчество матери, дата и время рождения новорожденного, масса, длина, пол. Проводится пеленание новорожденного и сверху надевается клеенчатый медальон, на котором также указаны все данные, аналогичные указанным в браслетках.

III ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

III период родов начинается с момента рождения последнего плода и заканчивается рождением последа. Он характеризуется последовыми схватками и потугами. Последовые схватки роженица обычно не ощущает. Длительность последового периода -15-20 минут.

Послед включает плаценту, пуповину и оболочки.

В последовом периоде **выделяют 2 фазы**: последовые схватки вызывают

I фазу периода - отделение плаценты;

после ее отделения за счет потуг проходит II фаза — выделение последа.

ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение последового периода начинается с катетеризации мочевого пузыря.

Период ведется выжидательно.

Медсестра наблюдает за признаками отделения плаценты, которые говорят о завершении I фазы.

ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:

- **Признак Шредера** — матка уплотняется и отклоняется к правому подреберью.
- **Признак Альфельда** — удлинение наружного отрезка пуповины на 10 см.
- **Признак Довженко** — при глубоком вдохе и выдохе пуповина не втягивается в половую щель.
- **Признак Кюстнера-Чукалова** — при надавливании ребром ладони над лоном наружный отрезок пуповины не втягивается в половую щель.

При наличии признаков отделения плаценты роженицу просят потужиться — послед рождается.

Отделившийся послед захватывается за пуповину, вторая рука принимает послед.

ОСМОТР ПОСЛЕДА

1. Осмотр на целостность оболочек.

Медсестра берет послед за пуповину, расправляет оболочки и осматривает их.

2. Осмотр плодовой стороны, сосудистого рисунка, он должен закончиться в

пределах плаценты, если сосуд вышел за пределы, следует искать там дополнительную дольку.

3. Осмотр материнской стороны.

Плаценту выворачивают на материнскую сторону и оценивают целостность долек; размеры, толщину плаценты, изменения на ней.

ОЦЕНКА НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

В качестве основных показателей жизнедеятельности новорожденного избраны: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, живость рефлексов, цвет кожных покровов.

ПАТОЛОГИЯ РОДОВ

Существует несколько **причин, осложняющих нормальное течение родов.**

Например:

- не правильное положение и предлежание плода;
- многоводье;
- многоплодие;
- слабость родовых сил...

Проводя тщательное наблюдение и обследование беременной женщины, мы имеем возможность предвидеть возникновение патологии.

Медицинская сестра должна уметь распознать основные виды акушерской патологии, чтобы оказать своевременную доврачебную помощь в родах.

Кесарево сечение проводят строго по показаниям: абсолютным и относительным:

Абсолютные показания:

- абсолютно узкий таз;
- клиническое несоответствие размеров таза женщины и головки плода;
- полное предлежание плаценты;
- угрожающий или начинающийся разрыв матки;
- ПОНРП при не подготовленных родовых путях и кровотечении;
- тяжёлая экстрагенитальная патология;
- грубые рубцовые изменения шейки матки и влагалища;
- выраженное варикозное расширение вен влагалища и вульвы;
- тяжёлый гестоз, при неэффективности консервативного лечения и неподготовленных родовых путях матери.

Относительные показания:

- возраст первородящей (старше 30 лет), в сочетании с акушерской патологией;
- беременность после длительного бесплодия;
- переносенная беременность, в сочетании с акушерской патологией;
- тазовое предлежание, возраст первородящей (старше 30 лет), в сочетании с акушерской патологией;

Операцию проводят при отсутствии признаков явной или скрытой инфекции и

наличии жизнеспособного (живого) плода.

При внутриутробной гибели плода, проводят плодоразрушающую операцию.

Операцию кесарево сечение проводят в плановом и экстренном порядке.

ТЕМА: ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и длится 6—8 недель после родов.

Он делится на **ранний послеродовой период** — с момента рождения последа, два часа после родов и до суток.

Поздний послеродовой период — от суток до 6—8-й недели после родов.

В течение послеродового периода происходит обратное развитие всех органов и систем — **инволюция**.

Выделения после родов — лохии в первые 3—4 дня кровянистые, на 5—6-й день — слизисто-кровянистые, с 7-го дня — серозные. Полное восстановление слизистой матки заканчивается к 20-25 дню после родов, а функция матки полностью восстанавливается через 40-60 дней.

После рождения последа дно матки находится на уровне пупка, ежедневно за счет сокращения матки, дно понижается на 1-2 см, к 7—8 дню после родов матка находится в малом тазу. Внутренний зев закрывается к 7-му дню после родов, наружный — к 10-му. Шейка формируется, наружное отверстие рожавшей женщины имеет щелевидную форму.

Влагалищная трубка суживается и восстанавливается только через 30—40 дней после родов. Месячные появляются через 2—2,5 месяца после родов. У кормящих матерей менструации появляются позже, почти у 50 % - на 4—5-й месяц после родов. Следует иметь в виду, что беременность может наступить в послеродовом периоде и без появления месячных.

Связочный аппарат к концу послеродового периода восстанавливается, маточные трубы занимают горизонтальное положение.

Молочные железы еще более увеличиваются, на третьи сутки после родов появляется молоко. Отделение молока называется лактацией.

ВЕДЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Два часа после родов родильница находится под тщательным наблюдением в родзале. Необходимо осмотреть шейку и влагалище для исключения травм с помощью широких послеродовых зеркал, шейку следует осматривать с помощью корнцангов. После этого осматривают наружные половые органы с помощью ватных тампонов. При наличии разрывов акушерка накладывает швы, а медсестра-анестезистка по назначению врача проводит обезболивание. Чаще всего это внутривенный кратковременный наркоз.

Обращают внимание на состояние родильницы, цвет кожных покровов, выясняют жалобы, подсчитывают пульс, измеряют АД, температуру, следят за внутренней и наружной кровопотерей, проводят наружный массаж матки. С целью профилактики кровотечения на низ живота кладут пузырь со льдом.

Через 2 часа после родов родильницу на каталке переводят в послеродовое отделение.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И РЕШЕНИЕ СЕСТРИНСКИХ ПРОБЛЕМ

Шесть часов после родов родильница находится на строгом постельном режиме.

Основная проблема — невозможность помочиться в связи с тем, что она лежит, боится боли.

Следует рефлекторно вызвать акт мочеиспускания (включить воду, подать теплое судно, полить теплой водой наружные половые органы, накрыть родильницу, огородить ширмой).

Необходимо помочь родильнице умыться, накормить ее после родов; проследить за ее первым вставанием.

Здоровая родильница не нуждается в специальной диете после родов, кормление ребенка грудью требует лишь умеренного увеличения калорийности пищи и количества выпиваемой жидкости. Родильницам рекомендуются молочные продукты (молоко, кефир, творог, сметана, сливочное масло, простокваша, сыр), а также овощи и фрукты, мясо нежирных сортов, рыба. Следует исключить из питания консервы, пряности, алкоголь, ограничить употребление цитрусовых. Пища должна быть легкоусвояемой, свежеприготовленной, вкусной. Принимать пищу следует 3-4 раза в сутки перед кормлением ребенка.

В акушерском стационаре родильница принимает пищу в палате, пользуясь прикроватной тумбочкой. Медперсонал контролирует количество и качество продуктов, передаваемых родильнице родственниками. Передаваемые продукты хранятся в холодильнике, непортящиеся продукты - в целлофановых мешочках в тумбочках. Родильнице категорически запрещается курить.

При соблюдении принципа раннего вставания родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов по мере необходимости, медсестра должна объяснить, как проводить туалет, и следить за этим.

Родильницам, имеющим швы на промежности, туалет наружных половых органов проводится в смотровом кабинете.

Во время пребывания в родильном доме родильнице часто меняют белье. Рубашка меняется ежедневно. Стерильная подкладная меняется 3—4 раза в день и по мере надобности.

Смена постельного белья проводится не реже одного раза в 4 дня.

Два раза в сутки родильнице измеряют температуру, ежедневно контролируют пульс и АД.

Если температура тела повышается, необходимо сообщить об этом врачу и после осмотра перевести родильницу в наблюдательное отделение.

Первые трое суток у родильницы отсутствует стул, если его нет и далее — это уже сестринская проблема, кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы или назначения слабительного.

С первых суток послеродового периода и до выписки родильниц учат выполнять комплекс упражнений лечебной гимнастики. Необходимо при выполнении гимнастических упражнений следить за самочувствием родильницы. Перед гимнастикой следует проветрить помещение, проводить ее следует в течение 5—15

минут.

Здоровая родильница находится в палате со своим ребенком, медсестра отделения новорожденных помогает ей и учит ухаживать за ребенком.

Сестринская проблема — кормление новорожденного

Перед каждым кормлением ребенка необходимо:

- помыть руки с мылом;
- обмыть молочную железу водой из-под крана с мылом и осушить полотенцем;
- первые и последние дозы молока необходимо сцедить руками;
- сделать массаж молочной железы подушечками пальцев рук;
- найти участок уплотнения и больше его помассировать;
- затем указательным пальцем надавливать область околососкового кружка, добиваясь эффекта сцеживания.

Медсестра должна проследить за сцеживанием и помочь родильнице.

Выписка из роддома производится на 5-е сутки после родов, но зависит это и от ребенка.

Перед выпиской родильница получит обменную карту, в которой отмечают особенности течения родов и послеродового периода. Эта карта сдается в женскую консультацию, куда родильнице рекомендуется обратиться через 10 дней после родов.

В детскую поликлинику сообщают сведения о новорожденном. При выписке также дается справка о рождении ребенка для регистрации в ЗАГСе.

ГИГИЕНА РОДИЛЬНИЦЫ ДОМА И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ

Первой из медицинских работников в домашних условиях родильницу посетит медсестра детской поликлиники (первые 3 дня после родов). Она должна не только обратить внимание на новорожденного, но и на состояние родильницы, гигиену жилища, отношение мужа, родственников. Главная сестринская проблема — недостаток знаний родильницы и практических умений в уходе за новорожденным, кормлении, уходе за молочными железами, гигиене послеродового периода.

Дома следует следить за чистотой своего тела, ежедневно принимать душ, тщательно мыть руки и молочные железы перед кормлением ребенка. Следить за чистотой помещения. Стричь коротко ногти, не покрывать их лаком. Ежедневно 2 раза в день подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом и вытирать их специально выделенным полотенцем. Менять постельное белье не реже 1 раза в неделю, носить лифчик для поддержания молочных желез, бандаж.

Ванна разрешается не раньше, чем через 3—4 недели после родов.

Необходимо чаще и больше бывать на свежем воздухе, тщательно проветривать помещение. Ухаживать за ребенком и привлекать мужа к уходу за ним; воспитывать у мужа инстинкт отцовства. Не позволять курить и не держать животных в комнате, где находится ребенок.

Соблюдать правильный режим труда и отдыха. Избегать поднятия тяжести и работы, связанной с тяжелыми физическими нагрузками. Спать необходимо не менее 8 часов в сутки и отдыхать днем. И обязательно заниматься физическими упражнениями.

Половую жизнь рекомендуется начать через 6—8 недель после родов. Интервалы между родами должны быть не менее двух лет, так как риск заболеваний и осложнений со стороны матери и плода возрастает.

И здесь медсестра должна решать эту проблему.

Надо порекомендовать супружеской паре обратиться за советом в Центр планирования семьи, где предложат для предохранения после родов механические методы (презерватив).

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Послеродовая инфекция представляет собой раневую септическую инфекцию.

Различают инфекцию: 1) **экзогенную**, занесенную извне. Это руки медперсонала или самой женщины, инструменты, она может передаваться капельным путем (кашель, чихание), через воздух при значительном его загрязнении; 2) **эндогенная** инфекция вызывается собственными микробами женщины (микрофлора полости зева, кариозные зубы и т.д.).

Классификация

Септическую послеродовую инфекцию следует рассматривать как единый, динамически развивающийся процесс, при котором между отдельными клиническими формами нет резкой границы, и одна форма заболевания может переходить в другую.

Согласно классификации различают **четыре этапа распространения инфекции.**

I этап — ограниченная форма септической инфекции; она не распространяется за пределы матки (послеродовая язва и послеродовой эндометрит).

II этап — инфекция вышла за пределы матки, но ограничена полостью малого таза (пельвеоперитонит)

III этап — инфекция вышла за пределы малого таза, но не стала генерализованной (разлитой перитонит)

IV этап — генерализованная септическая инфекция (сепсис).

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА

Заболевание возникает в результате инфицирования разрывов промежности, трещин, ссадин преддверия влагалища и шейки матки.

Пораженные участки слизистой покрыты грязно-серым налетом, ткани вокруг гиперемированы, несколько отечны.

Лечение. Снять швы, если они есть, и лечить как гнойную рану 3—4 дня: обрабатывание перекисью водорода, дренирование гипертоническим раствором хлорида натрия, после того как рана очистится — мазовые повязки.

ЭНДОМЕТРИТ (МЕТРОЭНДОМЕТРИТ)

Обычно заболевание начинается на 2—3-й день после родов. Процесс захватывает эндометрий, в более тяжелых случаях и миометрий.

Жалобы на головную боль, боль внизу живота и пояснице, слабость, недомогание, чувство жара, иногда озноб.

Температура повышается. При пальпации матка увеличена, мягкая, болезненная, подвижная.

Выделения из матки гнойные, обильные, иногда с гнилостным запахом.

Лечение. Повышение общей реактивности родильницы и

противовоспалительное лечение.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕСЯ ПОЛОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Пельвеоперитонит.

Клиника. Наблюдаются высокая температура, резкое учащение пульса, тошнота, рвота, задержка газов, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, т.е. клиника мало отличается от общего перитонита. Постепенно процесс благодаря образованию спаек ограничивается, рвота прекращается, восстанавливается функция кишечника и начинает ясно определяться выпот внизу живота. Для уточнения диагноза проводят пункцию заднего свода, получают серозный экссудат.

Лечение консервативное. Антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия, десенсибилизирующая терапия.

ОБЩИЙ ПЕРИТОНИТ начинается обычно рано, иногда на 2—3-й день после родов. В брюшной полости образуется выпот (серозный, серозно-фибринозный или гнойный). Повышается температура, резко учащается пульс, сильные боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов.

Лицо родильницы — осунувшееся, язык и губы сухие, покрыты налетом, живот резко вздут, болезнен, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Лечение: оперативное вмешательство — лапаротомия, непосредственное введение антибиотиков в брюшную.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ.

СЕПСИС проявляется в виде следующих форм: **1) Септецемия** — общее заражение крови. **2) Септикопиемия** — появление гнойных очагов в органах.

Наиболее постоянные симптомы — озноб и температура до 39-40°.

Довольно часто при сепсисе поражается нервная система: припадки судорог, нарушение психики, бредовое состояние.

Изменяется цвет кожных покровов: они резко бледные с цианотичным или сероватым оттенком, иногда желтушные. Очень рано развиваются нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (снижение АД, тахикардия).

У ряда больных развивается отек легких, пневмония.

Нередко при сепсисе отмечается поражение печени: увеличиваются ее размеры, изменяется консистенция, появляется болезненность. Часто наблюдается содружественное поражение печени и почек: анурия, олигурия, почечная недостаточность.

Лечение. Больных с сепсисом следует направлять в крупные городские и областные стационары, в которых может быть обеспечено круглосуточное врачебное наблюдение и оказана высококвалифицированная помощь и сестринский уход.

ПОСЛЕРОДОВОЙ МАСТИТ- воспалительный процесс молочной железы инфекционного характера, развивающийся в основном в послеродовом периоде.

Классификация:

- начальная стадия;
- инфильтративная стадия;
- гнойная стадия.

Клиника. Озноб и температура до 38—39°. Молочная железа увеличена в размерах, болезненна, наружные покровы гиперемированы.

При пальпаторном исследовании в области пораженного квадранта отмечается болезненность и уплотнение.

После опорожнения железы инфильтрат сохраняется.

При неблагоприятном течении процесса уплотнение становится резко ограниченным, в одном из участков уплотненной ткани появляется размягчение с флюктуацией.

Лечение:

В I стадии — холод к железе, активное сцеживание, иммобилизация железы в приподнятом состоянии.

Во II стадии — антибиотикотерапия, при начинающемся рассасывании инфильтрата - УФО, компрессы с мазью Вишневского.

В III стадии — оперативное лечение: широкий и глубокий разрез с соединением всех соседних гнойных полостей в одну общую полость, которую дренируют марлевым тампоном, смоченным гипертоническим раствором.

ТЕМА: МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Методы обследования гинекологической больной состоят из:

- сбора анамнеза;
- объективного обследования по системам и органам;
- специального гинекологического исследования;
- обследования пациенток с помощью дополнительных методов.

СБОР ИНФОРМАЦИИ

Сбор информации необходим для выявления сестринских проблем пациентки.

Опрос производится по определенному плану.

Паспортные данные (социальный анамнез). Особое значение имеют возраст, семейная жизнь, условия труда и быта.

Жалобы, с которыми больная обращается, являются субъективными симптомами заболевания. Наиболее частые жалобы: боли в низу живота и пояснице, выделения, в том числе и кровянистые, зуд, кровотечения, бесплодие, нарушение функций соседних органов.

Наследственность.

Выясняется наличие у ближайших родственников психических, эндокринных заболеваний, злокачественных новообразований, болезней крови и обмена веществ, сифилиса, алкоголизма.

Перенесенные общие заболевания.

Важно выяснить хронологический порядок этих заболеваний, особенность их течения, лечение, исход.

Выясняются **гемотрансфузионный анамнез и аллергологический.**

Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Выясняется характеристика менструального цикла. При нарушении менструальной функции уточняют его характер.

Половая функция.

Следует выяснить, с какого возраста женщина живет половой жизнью, уточнить методы предохранения.

Отсутствие беременности более двух лет при регулярной половой жизни без применения контрацепции дает основание считать брак бесплодным.

Детородная функция.

Необходимо выяснить, сколько было беременностей, как они протекали и чем закончились.

Гинекологические заболевания.

При сборе анамнеза следует выяснить перенесенные ранее гинекологические заболевания, поскольку настоящее заболевание может быть обострением имевшегося ранее патологического процесса.

При сборе анамнеза данного заболевания уточняют его начало, причину возникновения, его развитие.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ И ОРГАНАМ

Общий осмотр. Обращают внимание на цвет кожных покровов и слизистых.

Исследование молочных желез обязательно и при проведении профилактических осмотров здоровых женщин.

При исследовании органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевыделительной системы производят осмотр, перкуссию, пальпацию, аускультацию.

При поверхностной пальпации живота устанавливают напряжение мышц брюшной стенки (воспаление придатков матки, перекрут ножки кисты, трубная беременность).

Положительный симптом Щеткина-Блюмберга характерен для распространения воспаления придатков матки на брюшину, а также наблюдается при излитии крови в брюшную полость. При глубокой пальпации определяют наличие опухолей и инфильтратов.

При перкуссии живота устанавливают наличие метеоризма, жидкости в брюшной полости.

Аускультация живота имеет значение в диагностике гинекологических заболеваний, особенно при проведении дифференциальной диагностики опухоли и беременности (выслушивание сердцебиения плода).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Гинекологическое исследование — комплекс методов исследования половой системы женщины.

Методы гинекологического исследования делятся на основные, применяемые при обследовании всех пациенток в обязательном порядке, и дополнительные, которые применяют по показаниям, в зависимости от предположительного диагноза.

К основным методам относятся:

- осмотр наружных половых органов;
- осмотр при помощи зеркал;
- двуручное влагалищное исследование.

Дополнительные методы исследования:

- кольпоскопия;
- бактериоскопическое исследование;
- зондирование матки;
- раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и тела матки;
- биопсия;
- пункция заднего свода влагалища (брюшной полости);
- рентгенологические методы (гистеросальпингография);
- ультразвуковое исследование;

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Гинекологическое исследование проводится после опорожнения мочевого пузыря и желательно после дефекации в положении пациентки на гинекологическом кресле.

Исследование проводится в стерильных резиновых перчатках.

Визуально осматривают лобок и большие половые губы, малые половые губы, клитор, наружное отверстие уретры, девственную плеву.

ОСМОТР С ПОМОЩЬЮ ЗЕРКАЛ

Существует несколько моделей зеркал: двустворчатое зеркало Куско, ложкообразное зеркало Симпса и др.

Вводят зеркало Куско во влагалище и раскрывают, проводят осмотр шейки матки и слизистых стенок влагалища.

Необходимо отметить характер выделений (гнойные, кровянистые).

ДВУРУЧНОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Определить положение, величину, форму, консистенцию, подвижность и чувствительность матки и придатков.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Кольпоскопия позволяет прицельно осмотреть шейку матки и стенки влагалища с увеличением в 10—30 раз и более. Метод позволяет распознать предраковые состояния.

Бактериоскопическое исследование (взятие мазков на гонорею и степень чистоты влагалища-флору).

Техника взятия. Ложечкой Фолькмана берут мазок на гонорею из наружного отверстия мочеиспускательного канала, затем вводят во влагалище зеркало и берут мазок из наружного отверстия цервикального канала, затем ложечкой Фолькмана берут мазок на степень чистоты влагалища из заднего свода.

Мазки на гонорею наносятся на предметно стекло.

Зондирование матки проводится для определения длины и конфигурации полости матки, рельефа ее стенок.

Техника проведения (проводится в стационаре, врачом).

Вводятся зеркала, обрабатываются влагалище и шейка матки, на переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы и проводят зондирование.

Условия — I или II степени чистоты влагалища.

Диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала шейки матки и слизистой полости матки

Исследование соскоба дает представление о циклических изменениях эндометрия, наличии в нем патологических процессов (рак), остатков плодного яйца.

Пункция заднего свода влагалища

Пункцию заднего свода влагалища проводят при подозрении на внематочную беременность, иногда при острых воспалительных процессах с целью обнаружения крови, серозного или гнойного выпота в брюшной полости, при получении выпота необходимо собрать его в стерильный флакон для бактериологического исследования.

Биопсия

Биопсия и гистологическое исследование полученной ткани позволяют уточнить характер патологического процесса шейки матки, влагалища и наружных половых органов

Показания: для уточнения характера патологического процесса шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Перед биопсией проводят кольпоскопию, пробу Шиллера (обрабатывают пораженную ткань раствором Люголя).

Гистеросальпингография

Гистеросальпингография производится для установления проходимости маточных труб, и чаще всего применяется у женщин, страдающих бесплодием.

В полость матки вводят 2—5 мл рентгенконтрастного вещества (верографин, кардиотраст), а затем делают рентгеновский снимок.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Среди заболеваний женских половых органов воспалительные заболевания занимают первое место по частоте и встречаются у 60—65 % гинекологических больных.

Причина: инфекционные возбудители — стафилококк, стрептококк, гонококк, вирусы, кишечная палочка, микобактерии туберкулеза, трихомонады,

I. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ВУЛЬВИТ — воспаление больших и малых половых губ, часто сочетается с воспалением влагалища — **ВУЛЬВОВАГИНИТ**.

Классификация:

- 1) Первичный вульвит — изолированное воспаление вульвы.
- 2) Вторичный вульвит — возникает на фоне воспаления внутренних половых органов, в результате выделений из влагалища и шейки матки

Клиника. Жалобы на жжение, болезненность и зуд в области наружных

половых органов, липкие выделения.

При осмотре отмечают отек, гиперемия в области больших и малых половых губ, нередко и в области внутренней поверхности бедер со следами расчесов, наличие мелких язвочек с гнойным налетом.

Для уточнения диагноза необходимо произвести бактериологическое исследование выделений для установления возбудителя.

Лечение. Постельный режим, правила гигиены. Сидячие ванночки с настоем ромашки, раствором перманганата калия. После ванночки следует бережно промокнуть кожные покровы мягкой салфеткой, а затем приложить прокладку с 5 % синтомициновой эмульсией.

При выраженном зуде, отеке и болях назначают успокаивающие средства: валериана, пустырник, димедрол, наружно — гексикон (гель) для смазывания вульвы 2-3 раза в день №10.

БАРТОЛИНИТ — воспаление железы преддверия влагалища (Бартолиновой). Закупоривается проток железы в результате отека, секрет задерживается, нагнаивается, образуется абсcess, который может вскрыться самостоятельно. Воспалительный процесс может стихнуть без воспаления и прорыва.

Клиника. Сильные боли в области половой губы в положении сидя и при ходьбе, недомогание. Повышается температура, учащается пульс.

При осмотре видны отечность и гиперемия в области половых губ, при нагноении пальпируется очаг размягчения и флюктуации.

Лечение. Постельный режим в гинекологическом отделении. Пузырь со льдом местно. Назначают антибиотики. При нагноении — лечение оперативное, вскрытие гнойника, обработка 3 % раствором перекиси водорода, с целью очищения раны от гноя — дренирование (турунды с 10 % раствором натрия хлорида), после очищения раны — повязка с мазью Вишневского.

II. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

КОЛЬПИТ — воспаление слизистой оболочки влагалища. **Факторы, способствующие воспалению:**

- несоблюдение правил личной гигиены;
- несоблюдение правил гигиены половой жизни;
- длительная антибактериальная терапия;
- неправильное пользование влагалищными кольцами.

Клиника. Обильные гнойные, желтого или зеленого цвета выделения с запахом, зуд во влагалище и в области наружных половых органов. **При трихомонадном кольпите** — выделения пенистые.

Для грибковых кольпитов характерны творожистые выделения белого цвета.

Атрофический кольпит развивается в старческом возрасте на фоне снижения гормональной функции яичников и истощения слизистой влагалища.

При осмотре в зеркалах отмечается гиперемия стенок влагалища, иногда с точечными кровоизлияниями (острый кольпит) и соответствующие выделения.

Для уточнения этиологического фактора обязательно взятие мазков на гонорею

и степень чистоты влагалища.

Лечение предусматривает общее и местное воздействие.

При грибковых кольпитах:

- антигрибковые препараты (нистатин, леворин) внутрь и местно во влагалище;
- **per os** таб. флюканазол 150 мг однократно (через 10 дней можно повторить);
- флюканазол (производство Россия) = флюкостат = микосист = дифлюкан (импортное производство);
- тержинал — 1 свеча на ночь во влагалище № 10;
- ливарол — 1 свеча на ночь во влагалище № 10;
- гексикон — 1 свеча на ночь во влагалище № 10.

При трихомонадном кольпите:

метронидазол внутрь по 0,25 г 2 раза в день в течение 7—10 дней, одновременно во влагалище в виде таблеток или свечей;

фестал (для снижения нагрузки на желудок, печень);

- клион – Д 1 свеча на ночь во влагалище № 10;
- клиндацин (по схеме).

При атрофическом кольпите:

- эмульсии (стрептоцидовая, синтомициновая), нанесенными на тампон, который вводится во влагалище;
- депантенол (крем) — на тампон ввести во влагалище на 2 часа — 2 раза в день №10;
- тампон с озонированным оливковым маслом ввести во влагалище на 2 часа — 1 раза в день №10-14;

III. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТКИ

ЭНДОЦЕРВИЦИТ — воспаление слизистой цервикального канала.

Клиника. В острой стадии наблюдается общее недомогание, боли внизу живота, повышение температуры тела, обильные густые гнойные выделения из влагалища.

При осмотре в зеркалах: гиперемия и отек слизистой оболочки вокруг наружного отверстия цервикального канала шейки матки и гнойные выделения из него.

С целью диагностики обязательное проведение кольпоскопии.

Лечение:

- клион – Д 1 свеча на ночь во влагалище № 10;
- тампон с озонированным оливковым маслом ввести во влагалище на 2 часа — 1 раза в день №10-14;
- при острой стадии — антибиотики, обезболивающие средства;

ЭНДОМЕТРИТ — воспаление слизистой оболочки тела матки. Часто затрагивает и мышечный слой (**метроэндометрит**).

Клиника. В острой стадии наблюдаются постоянные ноющие боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу; недомогание, повышение температуры тела, обильные гнойные, иногда с примесью крови выделения из половых путей, связанные с некрозом участков слизистой оболочки матки.

В хронической стадии симптомы менее выражены и носят постоянный характер. Наблюдаются ациклические кровянистые выделения.

Диагноз ставится на основании данных анамнеза (связь с родами, аборт, диагностическим выскабливанием и др.).

Объективно отмечается повышение температуры, учащение пульса, при пальпации — болезненность внизу живота, гнойные выделения из влагалища.

Лечение:

- при острой стадии — госпитализация в гинекологическое отделение. Постельный режим. Холод на низ живота. Назначают антибактериальное лечение с учетом возбудителя, десенсибилизирующие средства, витамины.
- при хронической стадии — витамины, десенсибилизирующее лечение, физиотерапия.

IV. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ

САЛЬПИНГООФОРИТ (АДНЕКСИТ) — воспаление маточных труб и яичников.

Возбудителями может быть неспецифическая инфекция (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка) и специфическая (гонококк, микобактерии туберкулеза).

Клиника. Из местных симптомов следует отметить боли, бели, расстройство менструального цикла, бесплодие.

Из общих симптомов наблюдаются повышение температуры тела, озноб, недомогание, головная боль, сухость во рту, тошнота, рвота.

Объективно отмечают тахикардия, сухой язык, вздутие живота, болезненность при пальпации. Общий анализ крови показывает воспалительный процесс.

Лечение

антибактериальная терапия (антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры, сульфаниламиды);

- гипотермия (лед на низ живота и гипотермия влагалища);
- десенсибилизирующие средства;
- дезинтоксикационная терапия (инфузионная);
- витаминотерапия;
- рассасывающая терапия (биостимуляторы, ферменты);
- физиотерапия.

V. ВОСПАЛЕНИЕ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ — воспаление брюшины малого таза, развивается как осложнение воспалительных процессов в органах малого таза.

Причины: пельвиоперитонит может возникать после аборта, родов, операций на матке и придатках, а также развиваться при аппендиците, сигмоидите, кишечной непроходимости и т.д.

Клиника. Различают острый и хронический пельвиоперитонит.

При остром течении процесс локализуется в малом тазу, однако вся брюшина

реагирует на этот процесс.

Жалобы на резкие боли в животе, особенно в нижнем его отделе, тошноту, рвоту, вздутие живота, задержку газов и стула.

Значительно повышается температура тела, тахикардия.

При пальпации живота — брюшная стенка напряжена, болезненна, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Наиболее эти симптомы выражены в нижних отделах живота.

При благоприятном течении через 1—2 дня отмечается ограничение процесса благодаря образующимся спайкам, к органам малого таза подпаиваются сальник, петли кишечника. Если отграничение не происходит, развивается **разлитой перитонит**.

В процессе диагностики обязательна бактериоскопия влагалищного отделяемого для выявления возбудителя. Иногда прибегают к пункциям заднего свода влагалища.

Лечение должно быть комплексным.

- Больной необходим психический и физический покой. Тщательный уход за полостью рта, кожей. Назначают успокаивающие и снотворные средства.
- Антибактериальная терапия.
- Дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия проводится под контролем суточного диуреза).
- Десенсибилизирующая терапия.
- Витаминотерапия.
- Симптоматическое лечение.
- При угрозе распространения процесса на брюшину верхних отделов показано оперативное лечение.

VI. ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ - аномалия положения матки и стенок влагалища.

Причины. Ослабление мышц передней брюшной стенки, нарушение строения и функции мышц тазового дна (в результате разрыва промежности в родах), возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна.

Клиническая картина. Опушение и выпадение матки и влагалища характеризуются затруднениями при ходьбе, появлением чувства тяжести и болей в области крестца, нарушением функции соседних органов. **Жалобы** на учащенное, болезненное мочеиспускание, недержание мочи при напряжении (кашель, смех), запоры.

При полном выпадении матки может возникать затруднение при мочеиспускании вплоть до острой задержки мочи. Выпавшие стенки влагалища и шейки матки становятся сухими, грубыми, мозолистыми, иногда образуются кровоточащие трофические язвы (пролежни).

Лечение.

Консервативное лечение заключается прежде всего в лечении трофических язв.

Для удержания стенок влагалища и матки от выпадения используют резиновые

или пластмассовые кольца — **пессарии**. Ношение колец может приводить к инфицированию влагалища, образованию пролежней, поэтому необходимы ежедневные спринцевания и систематические осмотры.

Хирургические методы лечения.

Наибольшее распространение получили пластика передней и задней стенок влагалища с леваторопластикой.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Профилактика воспалительных заболеваний женских половых органов включает общественные мероприятия и индивидуальные меры.

Общественными мерами профилактики являются:

- проведение профилактических осмотров и постановка женщин на диспансерный учет;
- соблюдение медицинской сестрой правил асептики и антисептики при проведении различных диагностических и лечебных манипуляций;
- санитарно-просветительная работа по разъяснению правил личной гигиены женщины. Она начинается с детского возраста, медсестра отделения новорожденных еще в роддоме учит родильницу правильному уходу за новорожденным, затем это обучение продолжается при патронаже на дому и посещении детской поликлиники. Медсестра дошкольных учреждений учит родителей и детей правилам гигиены, пропагандирует здоровый образ жизни. Эту работу продолжает медсестра образовательных учреждений, проводятся беседы на темы:
 - гигиена девочки;
 - гигиена девушки;
 - гигиена менструального цикла;
- в школе начинается работа по половому воспитанию подростков, девушек и юношей. Разъясняется вред ранней половой жизни, проводятся беседы на темы: «Профилактика венерических заболеваний»; «О вреде аборта». В старших классах начинается пропаганда противозачаточных средств;
- молодым людям, вступающим в брак, рекомендуется посещать Центры планирования семьи, где продолжается санитарно-просветительная работа, подбираются противозачаточные средства;
- супружеская пара информируется о гигиене половой жизни, гигиене брака.

Мероприятиями индивидуальной профилактики являются: повседневный уход за наружными половыми органами;

- соблюдение правил гигиены во время менструации, при беременности, в послеродовом периоде и после аборта;
- предупреждение эндогенной инфекции (санация очагов хронической инфекции в организме);
- повышение сопротивляемости организма (рациональное чередование труда и отдыха, прием витаминов, профилактика простудных заболеваний и др.).

ТЕМА: МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ, ЕГО НАРУШЕНИЯ. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

Менструально — овариальный цикл — совокупность последовательно развивающихся в половой системе женщины изменений.

Менструально — овариальный цикл представлен двумя циклами: менструальным и овариальным.

Овариальный цикл представлен двумя фазами:

- фолликулярная фаза;
- лютеиновая фаза.

Менструальный цикл представлен тремя фазами:

- пролиферативная фаза;
- секреторная фаза;
- фаза десквамации.

Продолжительность менструального цикла 28 ± 7 дней (21-35 дней — в норме). В течении 2-х лет, после наступления менархе и в течении 3-х лет перед менопаузой менструальный цикл может быть не регулярным — это вариант нормы.

Фазы менструального цикла:

1 — фолликулярная или пролиферативная фаза — длится от первого дня месячных и до момента овуляции. В это время под влиянием эстрогенов (в основном эстрадиола) происходит пролиферация клеток эндометрия. Длительность фазы может варьировать. Базальная температура низкая (меньше 37°C).

2 — лютеиновая или секреторная фаза — продолжается от момента овуляции до момента начала месячных (продолжительность — 12-16 дней). В эту фазу наблюдается высокий уровень прогестерона, что создаёт благоприятные условия для имплантации зародыша. Базальная температура высокая (больше 37°C).

3 — фаза десквамации — отторжение функционального слоя эндометрия (менструация).

НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Расстройства менструального цикла нужно расценивать как результат заболевания всего организма.

Факторами расстройств менструального цикла являются:

- нервные и психические заболевания;
- нарушения питания;
- профессиональные вредности;
- общие заболевания;
- гинекологические заболевания;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- нарушения процесса полового созревания;
- возрастная перестройка в климактерическом периоде;
- заболевания органов внутренней секреции.

Клинические формы нарушений менструального цикла обусловлены уровнем поражения регулирующей системы: гипоталамус — гипофиз — яичники — матка.

Нарушения менструальной функции в зависимости от клинических проявлений делятся на следующие группы.

I. Аменорея — отсутствие менструации 6 месяцев и более.

II. Циклические нарушения:

1.Изменение количества крови

—гиперменорея — увеличение количества менструальной крови;

—гипоменорея — уменьшение количества менструальной крови.

2.Нарушение продолжительности менструации:

— полименорея — затяжная менструация, более 7 дней;

— олигоменорея - укороченная менструация менее 3 дней.

3.Нарушение ритма менструации:

—пройоменорея — частые менструации, чаще чем через 24 дня;

—опсоменорея — редкая менструация, реже чем через 35 дней.

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения.

IV. Альгодисменорея — болезненные менструации.

I. Аменорея

Аменорея — отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более. **Различают истинную и ложную аменорею.**

При ложной аменорее циклические изменения происходят, но кровь не имеет выхода из-за заращения влагалища, шейного канала или девственной плевы. В этом случае показано оперативное вмешательство.

При истинной аменорее циклические изменения отсутствуют. Истинная аменорея может быть физиологической и патологической.

Физиологическая аменорея наблюдается в детском возрасте, во время беременности, при кормлении грудью и в постменопаузе.

Патологическую аменорею делят на:

- первичную патологическую аменорею;
- вторичную патологическую аменорею.

Первичная патологическая аменорея — полное отсутствие менструаций у женщины в периоде половой зрелости, то есть нет месячных у девушки старше 15 лет.

Вторичная патологическая аменорея — прекращение менструации после раннее нормального менструального цикла, то есть отсутствие месячных у девушки, у взрослой женщины, более 6 месяцев.

Патологическая аменорея обусловлена поражением любого из регулирующих звеньев менструального цикла.

В распознавании нарушений менструальной функции особое значение имеет определение уровня поражения на основании данных анамнеза, объективного обследования и клинической картины заболевания.

Лечение проводится в зависимости от выявленного уровня поражения.

При аменорее центрального генеза рекомендуется седативная терапия, физиотерапия, витаминотерапия.

При аменорее яичникового генеза с целью развития вторичных половых признаков рекомендуется полноценное питание, витаминотерапия, гигиенический режим, занятия физкультурой, диета, направленная на снижение массы тела (при ожирении). Назначается заместительная гормональная терапия в виде циклической (эстрогенные препараты, а затем прогестерон).

II. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Дисфункциональные (ановуляторные) маточные кровотечения Причины:

- психические потрясения;
- неблагоприятные бытовые условия;
- перемена климата;
- умственное и физическое напряжение;
- инфекционные заболевания и интоксикации.

Клиника. После задержки менструации от 1—2 недель до 2 месяцев и более возникает кровотечение, которое может длиться от нескольких недель до нескольких месяцев. При этом развивается вторичная анемия, а она сопровождается слабостью, снижением работоспособности, головокружением, снижением АД.

В период полового созревания дисфункциональные кровотечения называются ювенильными. Девочки жалуются на слабость, головную боль, головокружение, сердцебиение, плохой сон, плаксивость.

Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде называется климактерическим кровотечением.

Лечение должно быть комплексным, в стационаре. Этапы лечения зависят от возраста больной.

При ювенильных кровотечениях назначают:

- кровоостанавливающие препараты;
- сокращающие средства;
- общеукрепляющее лечение;
- витаминотерапию;
- средства, повышающие свертываемость крови и стимулирующие кроветворение;
- гормональные препараты назначают с целью остановки кровотечения и дальнейшей регуляции менструальной функции.

При климактерическом кровотечении

С лечебной и диагностической целью проводят раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала шейки матки и тела матки. Соскоб отправляется на гистологическое исследование.

После получения результатов гистологического исследования проводят:

- гормонотерапию с целью регуляции менструальной функции (до 48—50 лет) или ее подавления (после 48-50 лет);
- одновременно проводят симптоматическое лечение сокращающими, гемостатическими, гемостимулирующими и седативными средствами, а также витаминотерапию.

III. АЛЬГОДИСМЕНОРЕЯ

Альгодисменорея — болезненные менструации. Боль может возникнуть до начала менструации и продолжаться до ее окончания. Иногда боли бывают очень

сильными, сопровождаются тошнотой, рвотой, снижением трудоспособности.

Причины:

- расстройства ЦНС;
- инфантилизм (недоразвитие половых органов);
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- опухоли женских половых органов;
- неправильное расположение матки (перегибы).

Лечение. Устранение причины, применяют противовоспалительное, хирургическое, гормональное лечение.

IV. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ

1. Предменструальный синдром — совокупность патологических симптомов, возникающих за несколько дней до менструации и исчезающих в течение первых дней после нее.

Жалобы на повышенную раздражительность, плаксивость, головную боль, расстройство сна, тошноту, рвоту, болезненное нагрубание молочных желез, боли в области сердца и сердцебиение, метеоризм.

Лечение. Психотерапия, седативные препараты.

2. Климактерический синдром — совокупность патологических симптомов, характерных для климактерического периода. Наблюдается у 40% женщин.

Жалобы на приливы жара, потливость, боли в области сердца, раздражительность, повышенную возбудимость, головокружение, расстройство сна.

Лечение. Психотерапия, лечебная гимнастика, водолечение, режим дня, диета с ограничением возбуждающих средств. Применяют препараты брома, валериану и др.

БЕСПЛОДНЫЙ БРАК

Брак считается бесплодным, если при продолжительности супружеской жизни более двух лет беременность не наступает.

Различают первичное и вторичное бесплодие.

Первичным бесплодием считается в том случае, если женщина, не применяя контрацептивов, не имела беременности в течение двух лет.

Вторичным называется бесплодие в течение двух лет и более после бывших ранее беременностей

Женское бесплодие наступает в результате:

- воспалительных заболеваний женских половых органов;
- абортов;
- эндокринных расстройств;
- инфантилизма;
- травм и смещения половых органов.
- в связи с заболеваниями гипофиза, щитовидной железы, надпочечников;

Мужское бесплодие возникает чаще всего в связи:

- с нарушением сперматогенеза, вследствие воспалительных заболеваний, травм, алкоголизма, нейроэндокринных расстройств.

Диагностика. При выяснении причины бесплодия необходимо обследование супружеской пары. Поскольку причины мужского бесплодия выявить проще, обследование начинают с мужа.

Для установления причин женского бесплодия необходимо полное и всестороннее обследование женщины.

Лечение основано на восстановлении нарушенной репродуктивной функции женщины и мужчины в зависимости от причины бесплодия.

ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

Профилактика бесплодия заключается в **предупреждении инфекционных заболеваний в детстве и периоде полового созревания, а также воспалительных заболеваний женских половых органов.**

Большую роль в этом играет **профилактика искусственных аборт, пропаганда современных методов контрацепции, предупреждение осложнений во время родов.**

ТЕМА: ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоли (новообразования) — избыточное патологическое разрастание тканей, состоящее из качественно измененных клеток, утративших свою нормальную форму и функцию.

Различают доброкачественные и злокачественные опухоли.

Отличия:

- **доброкачественные опухоли** не прорастают другие ткани, а по мере роста раздвигают и сдавливают окружающие ткани;
- **злокачественные опухоли** прорастают окружающие ткани, разрушают их, обладают способностью к метастазированию.

I. РЕТЕНЦИОННЫЕ КИСТЫ

Ретенционные кисты — опухолевидные образования женских половых органов. Это полость, заполненная жидким содержимым, возникает в результате задержки или избыточной секреции жидкости, соломенного цвета, подвижная, мягко эластичной консистенции.

Кисты могут встречаться во всех отделах половой системы женщины: вульве, влагалище, шейке матки, яичнике, широкой маточной связке.

Наиболее часто кисты локализуются в яичнике и над ним.

В яичниках различают:

- фолликулярные кисты;
- кисты желтого тела;
- текалютеиновые кисты.

Клиника. Ретенционные кисты яичника часто протекают бессимптомно. В случае осложнения — перекрут ножки кисты, разрыв капсулы — выражена клиника

острого живота.

Диагностика при двуручном влагалищном исследовании, УЗИ, лапароскопии.

Лечение. Небольшие ретенционные кисты могут рассасываться при противовоспалительной терапии в течение 4—6 недель, при отсутствии эффекта — резекция яичника или его удаление.

Профилактика заключается в своевременном и полноценном лечении острых воспалительных процессов внутренних половых органов.

II. ЭНДОМЕТРИОЗ

Эндометриоз — заболевание, при котором вне полости матки образуются включения, по строению и функции напоминающие слизистую оболочку матки.

По локализации различают:

- эндометриоз генитальный;
- экстрагенитальный (послеоперационных рубцов, кишечника, мочевого пузыря, конъюнктивы глаза и др.).

Очаги эндометриоза представляют собой мелкие изолированные гнезда, выстланные тканью, сходной с эндометрием, и содержащие темную коричневую жидкость.

Отличительная особенность эндометриоза — циклические превращения включений соответственно менструальному циклу.

Клиника. Эндометриоз проявляется циклически. Жалобы на боли, беспокоящие внизу живота возникают перед менструацией и проходят после окончания и нарушение менструального цикла: длительные, обильные менструации, которым нередко предшествуют скудные тёмно — кровянистые выделения из половых путей, «мазня» может быть и после менструации.

Помогают в диагностике кольпоскопия, биопсия шейки матки, гистеросальпингография, гистероскопия, лапароскопия.

Лечение может быть консервативным и оперативным. Выбор метода зависит от выраженности симптоматики, возраста и сопутствующих заболеваний.

Консервативная терапия симптоматическая (обезболивающие, кровоостанавливающие средства) и гормональная.

III. МИОМА МАТКИ

Миома матки — доброкачественная опухоль, возникающая из мышечной ткани. Она возникает чаще всего в репродуктивном периоде, чаще после 30 лет. Но в этот период она обычно бессимптомная и выявляется на профилактических осмотрах. В климактерическом периоде рост миомы ускоряется, она сопровождается симптомами. С наступлением менопаузы она перестает расти, а иногда и рассасывается. Все это говорит о гормональной зависимости опухоли.

Миома матки представляет собой узлы, заключенные в капсулу, величина их различна.

В зависимости от локализации узлы бывают:

- субмукозные (подслизистые) — растут в сторону полости матки;
- интерстициальные (межмышечные) — в толще матки;
- субсерозные (подбрюшинные).

Клиника. Жалобы на кровотечения, боли, нарушение функции соседних

органов, бесплодие.

Жалобы на недомогание, снижение работоспособности, общую слабость, головные боли, головокружения, одышку, сердцебиение, отеки, особенно во время менструации.

Величину матки при миоме чаще всего сравнивают с размерами беременной матки.

Лечение миомы матки зависит от выраженности симптоматики, сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний, а также от возраста больной.

Консервативное лечение состоит из симптоматического (гемостатическая терапия, антианемическое лечение, спазмолитики, анальгетики при болях, витаминотерапия) и гормонального.

Показания к оперативному лечению:

- меноррагии, приводящие к анемии;
- быстрый рост;
- большие размеры миомы (более 14 недель беременности);
- резко выраженный болевой синдром;
- подозрение на злокачественное перерождение;
- выраженное нарушение функций соседних органов.

Операции делятся на радикальные и консервативные.

Радикальные — надвлагалищная ампутация матки; экстирпация матки.

Консервативные — вылущивание миоматозных узлов с целью сохранения менструальной и детородной функций.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

I. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К предраковым заболеваниям наружных половых органов относятся крауроз и лейкоплакия. Эти заболевания встречаются чаще всего в постменопаузе. В 20—50% случаев на фоне этих заболеваний возникает рак.

Крауроз — заболевание, выражающееся постепенно развивающейся атрофией больших и малых половых губ и клитора, которая приводит к патологическому сморщиванию кожи и слизистой оболочки наружных половых органов.

Стадии развития крауроза:

В I стадии появляются отек, гиперемия, зуд в области наружных половых органов.

II стадия — уплощаются большие и малые половые губы, происходит атрофия клитора, кожа становится сухой, белесоватого цвета, суживается вход во влагалище.

III стадия — развивается полная атрофия и склероз наружных половых органов. На больших половых губах отсутствуют волосы, кожа и слизистые истончаются, приобретают тусклый перламутровый цвет (вид смятого пергаментного листа).

Лейкоплакия — молочно-белые пятна на слизистой оболочке

Часто крауроз и лейкоплакия сочетаются, что неблагоприятно в отношении малегнизации. Эти заболевания могут протекать бессимптомно и могут обнаруживаться только на профилактических осмотрах.

Диагноз ставится на основании клинической картины. К дополнительным

методам относятся кольпоскопия, проба Шиллера, биопсия, гистологическое исследование.

Лечение комплексное:

- туалет наружных половых органов следует совершать несколько раз в день кипяченой водой (без мыла) с добавлением гидрокарбоната натрия, настоями ромашки или календулы;
- диета молочно-растительная. Острые блюда и алкоголь запрещаются;
- гормональная терапия в инъекциях и в виде мазей, свечей;
- седативные препараты и спазмолитики.

II. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА

К предраковым заболеваниям влагалища относятся лейкоплакия и эритроплакия.

Лейкоплакия влагалища — ороговение плоского многослойного эпителия в виде белесоватой пленки или бляшки.

Эритроплакия — границы четкие, поверхность блестящая, ярко-красные пятна легко кровоточат при дотрагивании.

Для диагностики необходима биопсия.

Из методов лечения — криотерапия и хирургическое лечение.

III. ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Фоновые процессы — патологические состояния врожденного или приобретенного характера, на фоне которых возникают предрак и рак шейки матки. Развитие фоновых заболеваний связано с травмой шейки матки во время родов, гормональными нарушениями, воспалительными заболеваниями.

Эктопия (псевдоэрозия) — смещение границы цилиндрического эпителия канала шейки матки и плоского эпителия на влагалищную поверхность шейки матки.

При осмотре в зеркалах — яркая гиперемия с зернистой или бархатистой поверхностью, легко травмируется и кровоточит.

Эктропион — выворот и зияние части канала шейки матки во влагалище, бывает после родов при надрыве круговых мышц.

Лейкоплакия шейки матки имеет вид белого пятна, иногда плотных грубых бляшек.

Эритроплакия шейки матки — участки истонченного эпителия, сквозь который просвечивается подлежащая ткань красного цвета, неправильной формы, легко кровоточит.

Полип шейки матки виден в просвете шейного канала в виде дольчатых образований красного или розового цвета.

Для диагностики изменений шейки матки необходимо провести кольпоскопию, пробу Шиллера (шейку матки смазывают уксусом или йодом — поражённые участки изменяют цвет), биопсию, гистологическое исследование.

Лечение бывает консервативным и оперативным.

Консервативное лечение предусматривает снятие воспалительного процесса, улучшение трофики тканей.

Консервативное лечение начинается с дезинфицирующих влагалищных ванночек с последующим введением тампонов с эмульсией синтомицина, рыбьим жиром, облепиховым маслом и др.

Курс лечения — 10—14 дней. Если нет эффекта, то проводят **оперативное лечение** — диатермоэлектрокоагуляция. Образующийся во время коагуляции струп отторгается к 15-му дню. Полное заживление происходит через 1,5—3 месяца.

Для лечения эктропиона, лейкоплакии, эритроплакии шейки матки применяют электроконизацию - иссечение патологически измененной шейки в виде конуса с вершиной, обращенной к внутреннему зеву. Иссечь шейку матки можно при помощи углекислого лазера или криохирургического метода, используя жидкий азот.

Хирургическое лечение полипов шейки матки заключается в удалении их с иссечением ножки и последующим отдельным диагностическим выскабливанием.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

I. РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки наиболее часто встречающаяся опухоль женских половых органов, чаще всего развивается у женщин старше 40 лет, у женщин, с большим количеством родов и аборт в анамнезе, у женщин, часто меняющих половых партнёров.

Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы рака шейки матки. Чаще всего эта женщина имела фоновые заболевания шейки матки

- **Экзофитная форма** — опухоль имеет вид цветной капусты, расположенной на поверхности шейки матки, иногда больших размеров.
- **Эндофитная форма** — опухоль прорастает в толщу шейки матки, шейка увеличивается в размерах, становится бочкообразной. При распаде опухоли образуется глубокая язва в виде кратера.
- **Смешанная форма** — сочетание экзофитной и эндофитной форм.

Клиника. Характерные симптомы рака шейки матки — ациклические (контактные) кровотечения от мажущих до обильных, бели водянистые или с прожилками крови, имеющие вид мясных помоев, без запаха, возникающие нередко после поднятия тяжести. Боли — поздний симптом, при котором в процесс вовлекаются лимфатические узлы и клетчатка, с образованием инфильтрата. Боли локализуются внизу живота, в пояснице, в крестце и в прямой кишке.

При распространении процесса на мочевой пузырь и прямую кишку появляется соответствующая симптоматика.

Осмотр шейки с помощью зеркал следует производить осторожно ввиду возможности травматизации тканей и кровотечения.

Дополнительные методы исследования:

- кольпоскопия;
- проведение пробы с раствором Люголя (проба Шиллера) — при обработке шейки матки раствором Люголя на фоне тёмно — коричневой окраски неизменённых участков обнаруживают депигментированные поля, свидетельствующие об отсутствии

гликогена в эпителии;

- биопсия;
- гистологическое исследование наиболее изменённых участков ткани;
- выскабливание слизистой оболочки канала шейки матки;

Лечение зависит от стадии заболевания.

- **I стадия** — лечение комбинированное (хирургическое и лучевая терапия).

Операция — расширенная экстирпация матки с придатками и прилегающими лимфатическими узлами (операция по Вертгейму) и лучевая терапия до и после операции.

- **II стадия** — сочетанная лучевая терапия, экстирпация матки с придатками.
- **III стадия** — сочетанная лучевая терапия.
- **IV стадия** — симптоматическое лечение.

II. РАК ТЕЛА МАТКИ

Рак тела матки встречается у женщин старше 50 лет. Чаще раком тела матки страдают нерожавшие или мало рожавшие женщины с поздним наступлением менархе и менопаузы.

Клиника. Основной симптом — ациклические маточные кровотечения в репродуктивном периоде, а также кровотечения в постменопаузе. Часто отмечаются выделения типа мясных помоев, боли, чувство тяжести в нижних отделах живота.

При распространении процесса - нарушение функции соседних органов.

Диагностика: цитологическое и гистологическое исследования после раздельного диагностического выскабливания слизистой цервикального канала и слизистой тела матки.

Лечение комплексное (хирургическое, лучевое и гормональное). Объем хирургического вмешательства (экстирпация матки с придатками) зависит от стадии заболевания, возраста и общего состояния больной.

Гормонотерапия заключается в длительном (3—5 лет) внутримышечном введении 12,5% раствора оксипрогестерона капроната.

III. РАК ЯИЧНИКОВ

Рак яичников может быть первичным, метастатическим. Наиболее часто встречается метастатическая опухоль Крукенберга (метастазы из желудочно-кишечного тракта) и метастазы в яичники при раке молочной железы.

Симптоматика и выбор метода лечения зависят от проявлений основного заболевания.

Клиника. В ранних стадиях рак яичника не отличается ярко выраженной симптоматикой и только при перекруте ножки опухоли или разрыве ее капсулы могут появиться острые боли в нижних отделах живота. При распространении процесса отмечается нарушение общего состояния и функций органов малого таза. Появляются слабость, потливость, похудание, быстрая утомляемость, постоянные тупые, ноющие боли внизу живота, чувство расширения живота и увеличение его размеров вследствие асцита, одышка, запоры. Могут появиться ациклические маточные кровотечения.

Дополнительные методы исследования: рентгенопельвиография,

лапароскопия, УЗИ. Обязательно исследование желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы.

Лечение комбинированное. Оперативное — экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Химиотерапия применяется до и после оперативного лечения,

ПРОФИЛАКТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В профилактике злокачественных опухолей важнейшая роль принадлежит массовым **профилактическим осмотрам** (не реже 2 раз в год).

Женщин, больных раком желудка и молочной железы, обязательно должны осматривать гинекологи с целью раннего выявления у них метастатического рака яичников.

Для профилактики рака женских половых органов очень важно **выявление предраковых заболеваний, правильное и своевременное их лечение, активное диспансерное наблюдение больных.**

В профилактике рака женских половых органов большое значение имеет **санитарно-просветительная работа в виде бесед, лекций.**

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Одной из задач женской консультации является учет и диспансерное наблюдение гинекологических больных.

Диспансеризации подлежат женщины с такими заболеваниями, как:

- эрозия и другие фоновые заболевания шейки матки;
- крауроз и лейкоплакия наружных половых органов;
- миома матки;
- эндометриоз;
- нарушения менструальной функции;
- кисты и опухоли яичников;
- злокачественные опухоли женских половых органов;
- хронический сальпингоофорит с частыми обострениями;

Больные с перечисленными заболеваниями подлежат регулярным осмотрам.

При миоме матки осмотр необходим 1 раз в 3 месяца.

При предраковых заболеваниях наружных половых органов и влагалища осмотр — 1 раз в 3—6 месяцев, необходимо находиться на учете 5 лет.

В проведении диспансерного наблюдения **большую помощь врачу оказывает медсестра.** На каждую диспансерную больную заполняется диспансерная карта, в ней отмечаются все посещения женской консультации. В случае неявки медсестра приглашает больную на прием.

Женская консультация поддерживает связь с онкодиспансером. Женщины, у которых выявлен или заподозрен предопухолевый процесс или опухоль половых органов, должны быть направлены в специализированные онкологические стационары для обследования и лечения. **После выписки из онкологического стационара женщина ставится на учет в женской консультации и периодически направляется на консультацию в онкодиспансер.**

ТЕМА: РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА МУЖЧИНЫ

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Мужские половые органы

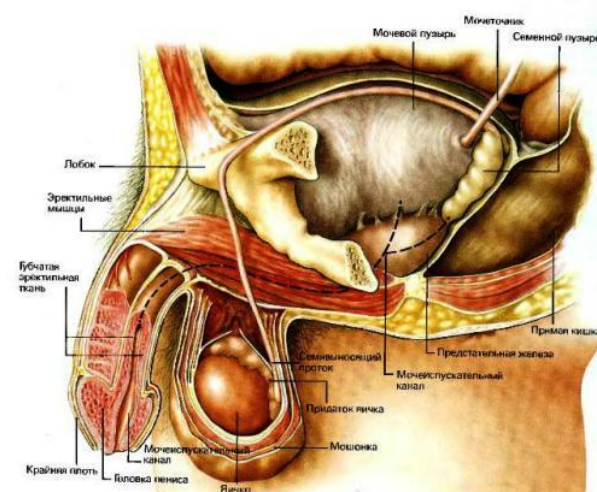
Половые органы подразделяют на внутренние и наружные.

К внутренним мужским половым органам относятся:

- яички,
- придатки,
- семявыносящие протоки,
- семенные пузырьки,
- предстательная железа,
- бульбоуретральные железы.

К наружным половым органам относятся:

- половой член,
- мошонка.



Влияние факторов окружающей среды

На репродуктивную систему и мужчин, и женщин оказывает влияние большое количество повреждающих факторов, среди которых одно из первых мест занимает **инфекция**. В последние годы увеличивается количество заболеваний, передающихся половым путем, из которых наибольшее распространение наряду с гонореей получили хламидийная и вирусная инфекции.

Психогенные факторы могут вызвать расстройство эндокринной функции регулирующих центров, что в свою очередь приводит к нарушению условий созревания половых клеток и вследствие этого к бесплодию. **Аутоиммунные заболевания** также способствуют возникновению тяжелых поражений репродуктивной системы.

Пороки развития мужских половых органов

Аномалии и пороки развития половой системы занимают основное место среди врожденной патологии.

Врожденные пороки развития, или аномалии (anomalos — ненормальность), названы так потому, что происходят во внутриутробной жизни плода. Они могут иметь место во всех органах и системах человеческого организма.

Большинство из них легко обнаруживается уже при рождении ребенка, требует своевременного и систематического не только медицинского, но и родительского ухода. В связи с этим все родители должны быть осведомлены о возможности развития различных форм таких уродств.

Необходимость в раннем выявлении аномалий объясняется опасностью развития тяжелых осложнений. Все пороки развития лечатся только хирургическим способом.

МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНЫЙ КАНАЛ

Наиболее частой формой врожденного порока развития мочеиспускательного канала является **полное или частичное расщепление задней его стенки — гипоспадия**, которая встречается у одного из 100—200 новорожденных мальчиков.

Гипоспадия распознается очень легко. Уже при первом осмотре ребенка врач выявляет данную аномалию, что позволяет ему дать соответствующие советы родителям в отношении ухода и решить вопрос о сроках оперативного лечения.

При осмотре по уровню расположения наружного отверстия мочеиспускательного канала удастся определить различные **формы гипоспадии**:

- 1) гипоспадию головки (наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается не на верхушке, а на задней поверхности головки полового члена);
- 2) гипоспадию полового члена (наружное отверстие канала открывается на разных уровнях задней поверхности тела полового члена);
- 3) гипоспадию мошоночную (наружное отверстие открывается на коже мошонки);
- 4) гипоспадию промежностную (наружное отверстие уретры открывается на промежности).

Указанные формы аномалии, **сочетаются с резким искривлением полового члена** кзади за счет рубцового тяжа на месте отсутствующей части мочеиспускательного канала и **сужением наружного отверстия мочеиспускательного канала**.

Жалобы на:

- необычное расположение наружного отверстия мочеиспускательного канала,
- искривление полового члена,
- ненормальное направление или разбрызгивание струи мочи (иногда моча выделяется веерообразно).

Дети постарше вынуждены мочиться сидя на корточках. Моча может попадать ребенку на кожу мошонки, промежности и вызывать ее раздражение. Зная это, родители должны после мочеиспускания обмывать и осушать кожу, забрызганную мочой, или приучить ребенка делать это самому.

Обычно дети тяжело переживают свое состояние, сторонятся общественных мест, где аномалия развития мочеиспускательного канала может быть обнаружена сверстниками. Поэтому в целях щажения психики ребенка нужно осторожно подходить к решению вопроса о помещении его в детский сад. В общественную баню его лучше не водить.

Если гипоспадия не была своевременно ликвидирована путем операции, больные, став взрослыми, предъявляют врачу жалобы на боли при эрекции и половом сношении, а порой даже на **невозможность полового акта** в связи с искривлением полового члена.

При локализации наружного отверстия мочеиспускательного канала на половом члене в его средней части или ближе к мошонке больные часто обращаются к врачу в связи с отсутствием детей, что вызвано извержением семени вне влагалища женщины. Мочеиспускание хотя и совершается необычно (моча выделяется под углом к половому члену, с разбрызгиванием), долгое время не

вызывает беспокойств больного. Кроме того, многие из них стесняются обращаться к врачу по этому поводу, скрывая свой порок.

Вот почему родители должны при малейшем подозрении на данную аномалию обращаться к специалистам и не откладывать сроки операции, если ее предлагают врачи.

Гипоспадия излечима только оперативным путем. Характер заболевания обычно требует выполнения операции **в несколько этапов**. Чаще всего поначалу выполняется выпрямление полового члена, а затем через некоторое время производят пластическую операцию по созданию недостающей части мочеиспускательного канала.

Первый этап операции производят в возрасте 1—2 лет, поскольку искривление полового члена мешает его нормальному развитию. Операцию пластики мочеиспускательного канала (**второй этап**) стараются выполнить в возрасте 6—8 лет, когда еще нет эрекций, которые могут привести к расхождению краев раны и к рецидиву заболевания.

Конечно, это не значит, что операции по поводу гипоспадии выполняются только в детском возрасте, они успешно производятся и взрослым.

Нередко **гипоспадия сочетается** с аномалией развития яичек — **крипторхизмом** (см. ниже), при котором яички в мошонке отсутствуют.

Такое сочетание пороков может затруднить определение пола у новорожденного. При мошоночной и промежностной формах гипоспадии расщелина мошонки с отверстием мочеиспускательного канала в глубине ее выглядит как вход во влагалище, обе половины «расщепленной» мошонки, не содержащие в себе яичек, имитируют половые губы женщины, а недоразвитый половой член подобен клитору. Это состояние напоминает **ложный мужской гермафродизм**, т. е. наличие у мужчины наружных половых органов женщины. Иногда новорожденных мальчиков с такими тяжелыми формами гипоспадии в сочетании с крипторхизмом ошибочно принимают за девочек.

При возникновении у родителей малейших сомнений в половой принадлежности ребенка необходимо срочное обращение к врачу. В настоящее время в медицине существуют способы достоверного определения пола и методы оперативного лечения, приводящие наружные половые органы в соответствие с истинным полом ребенка.

ПОЛОВОЙ ЧЛЕН

Самым частым пороком развития полового члена является **ФИМОЗ** — врожденное сужение крайней плоти, не позволяющее обнажить головку.

В раннем детском возрасте имеется так называемый **физиологический фимоз**, который постепенно самостоятельно ликвидируется. Однако в некоторых случаях этого не происходит, и тогда говорят о **врожденном фимозе**. Под узкой крайней плотью застаивается и разлагается **сmegма**, что способствует воспалительным осложнениям (баланопостит), а в дальнейшем может привести даже к раку полового члена.

Клиническая картина

Основными жалобами при рубцовом фимозе являются **нарушение мочеиспускания и невозможность выведения головки полового члена**.

Во время мочеиспускания ребенок беспокоится, тужится. Моча, попадая в препуциальный мешок, раздувает его и через суженное отверстие выходит тонкой струйкой или каплями.

В случаях присоединения воспалительного процесса появляются:

- боль в области головки полового члена и крайней плоти;
- отек и гиперемия;
- из препуциального мешка начинает выделяться гной.

Лечение

При рубцовом фимозе показано **оперативное вмешательство** — круговое иссечение листков крайней плоти.

В случае развития баланопостита лечение **начинают с консервативных мероприятий**: теплые ванночки с раствором перманганата калия или фурацилина 5-6 раз в день в течение 4—5 сут, введение в препуциальный мешок антисептических мазей.

Развитие рубцовых изменений в области наружного отверстия крайней плоти является **показанием к оперативному вмешательству**.

ПАРАФИМОЗ - это ущемление головки полового члена суженным кольцом крайней плоти.

Он чаще встречается у детей и подростков.

Если своевременно не вернуть кожу препуция в исходное положение, развивается отек тканей, ухудшающий кровоснабжение крайней плоти и головки полового члена, что может закончиться некрозом ущемляющего кольца.

Клиника

- возникает резкая болезненность в области головки полового члена;
- нарастающий отек крайней плоти, которая не закрывает головки члена, отек самой головки;
- из-за выраженного болевого синдрома и в связи с нарастающим отеком больной не может мочиться.

Тактика

Вправление головки в крайнюю плоть, противопоказано!

Необходимо:

- ввести обезболивающее средство (внутримышечно 2—5 мл 50% раствора анальгина);
- наложить влажную повязку, смоченную 0.5 % раствором новокаина, на область головки полового члена;
- экстренно госпитализировать больного в урологический стационар в положении, удобном для него.

Лечение

В ранние сроки лечение заключается в немедленном вправлении головки под наркозом.

В более поздние сроки при сильном отеке выполняют рассечение ущемляющего кольца, и обрезание крайней плоти.

К часто встречающимся порокам развития мужских половых органов относится **неопущение яичка в мошонку (крипторхизм)**.

В процессе нормального внутриутробного развития, яичко опускается из забрюшинного пространства в мошонку. При нарушении эмбриогенеза яичко может остановиться на любом участке этого пути. Такая задержка яичка называется **крипторхизмом**, который может быть:

- брюшным (задержка в брюшной полости),
- паховым (задержка яичка в паховом канале),
- односторонним,
- двусторонним.

Задержка яичка наблюдается у 3% до 14 лет и у 2% — до 21 года, а в более старшем возрасте — не выше 0,2%. Двусторонний крипторхизм наблюдается в 5—6 раз реже, чем односторонний.

Причинами несвоевременного опущения яичка являются нарушения регуляторных процессов развития в эмбриональном периоде.

Определенную роль в задержке яичка играют механические факторы, препятствующие нормальному продвижению яичка.

Клиника

- **Брюшной крипторхизм** обычно бессимптомен.
- **При паховом** бывают боли, зависящие от сдавления яичка при ходьбе и физическом напряжении. В ряде случаев паховый крипторхизм сопровождается пахово-мошоночной грыжей.

Осложнениями пахового крипторхизма могут быть:

- перекрут семенного канатика с инфарктом яичка;
- ущемление яичка в паховом канале;
- развитие в задержавшемся яичке злокачественной опухоли, что связано с недостаточной дифференцировкой клеток аномального яичка.

Диагностика крипторхизма и опухоли неопустившегося яичка:

- анамнез;
- осмотр;
- пальпация;
- радиоизотопная сцинтиграфия;
- ультразвуковое сканирование.

Оперативное лечение крипторхизма сводится к низведению яичка в мошонку и фиксации его там различными способами.

В неопустившемся яичке процесс развития нормальных сперматозоидов нарушается или полностью прекращается.

После наступления половой зрелости задержавшееся яичко начинает быстро уменьшаться в размерах — атрофироваться. Однако **самой большой опасностью является возможность развития в задержавшемся яичке злокачественной опухоли.**

Эти обстоятельства требуют того, чтобы ребенок, страдающий крипторхизмом, с момента рождения находился под систематическим наблюдением уролога. Врач контролирует результаты лечения и решает вопрос о времени оперативного лечения.

Крипторхизм распознается чаще всего по отсутствию в мошонке одного

или обоих яичек. Если яичко находится в паховом канале, то в паховой области можно прощупать округлое мягкое образование.

При неопустившемся яичке надо быть очень внимательным к жалобам детей на боли в области соответствующей половины живота и в паховой области, поскольку такими болями могут проявить себя перекрут или ущемление яичка. Чаще всего боли возникают после подъема тяжести, напряжения во время игры, при прыжках и т. д. В этих случаях следует немедленно обратиться к врачу, особенно если боли носят острый характер.

Лечение больных крипторхизмом начинают в раннем детском возрасте с назначения нескольких курсов *гормонов*.

Если эффекта нет, прибегают к операции: низведение яичка в мошонку или его удаление в случае неполноценности, что решается индивидуально после осмотра яичка, а иногда и специального срочного микроскопического исследования кусочка его ткани во время операции.

Если приходится все-таки удалять яичко, то операцию можно закончить вшиванием с оставлением в мошонке искусственного протеза из полимеров, по форме и размерам напоминающего нормальное яичко (в косметических целях).

Водянка оболочек яичка (гидроцеле) — частая аномалия у детей. *Её развитие связано* с незаращением вагинального отростка брюшины и скоплением в его полости серозной жидкости. У детей старшего возраста и взрослых *причинами* возникновения гидроцеле являются травма или воспаление.

Клиника - увеличением половины, а при двустороннем заболевании—всей мошонки.

Лечение - оперативное У взрослых и детей старшего возраста выполняют *операцию Винкельмана* - рассечение оболочек водяночной полости их сшивание в вывороченном положении вокруг яичка и придатка.

У детей первых 2 лет жизни возможно самоизлечение.

ТЕМА: ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. БЕСПЛОДИЕ МУЖЧИНЫ

БАЛАНОПОСТИТ

Балантит- это воспаление головки полового члена, а **постит-** воспаление крайней плоти.

Баланопостит- сочетание балантита и постита.

Эти заболевания являются результатом скопления содержимого препуциального мешка при фимозе, а так же возникает у лиц, не уделяющих достаточного внимания гигиеническому состоянию головки полового члена и крайней плоти.

Причиной баланопостита могут быть уретрит, рана, язва, шанкр, опухоль полового члена.

Клиническая картина.

Местные симптомы: гнойные выделения из препуциального мешка, зуд и жжение в области головки полового члена. У некоторых больных возможно наличие

язв в области головки половою члена и крайней плоти.

Общие симптомы воспаления и интоксикации не выражены.

Балапопостит может **осложниться** фимозом или парафимозом.

Лечение

При неосложненном баланопостите проводят **консервативное лечение** — осторожный, тщательный туалет головки полового члена и крайней плоти теплой водой с мылом или раствором антисептика (например, 0,1 % раствор калия перманганата) с последующей теплой ванночкой, а затем закладывание антибактериальной мази в препуциальный мешок.

При рецидивирующих баланопоститах проводят **оперативное лечение** — циркумцизию (обрезание).

УРЕТРИТ

Уретрит — воспаление мочеиспускательного канала (уретры).

Причины:

- возникает обычно в результате заражения гонореей или другими венерическими заболеваниями при половом сношении или при попадании в уретру гноеродных бактерий (например, кишечной палочки, стрептококка, пневмококка);
- трихомонады, грибы, вирусы.

Клиника:

- болезненное мочеиспускание;
- выделения из мочеиспускательного канала, слизистые или гнойные, возможно с примесью крови;
- покраснение и слипание краев его наружного отверстия;
- жжение, зуд в мочеиспускательном канале.

При появлении этих признаков следует обратиться к врачу, так как воспалительный процесс в дальнейшем может распространиться и привести к поражению придатков яичка, предстательной железы, семенных пузырьков, а также мочевого пузыря.

Профилактика: важно соблюдать правила личной гигиены, половой гигиены, своевременно лечить различные воспалительные и общие инфекционные заболевания.

ПРОСТАТИТ

Воспаление предстательной железы - самое частое заболевание половых органов у мужчин.

Его **причиной** является попадание микроорганизмов в ткань предстательной железы непосредственно, гематогенным или лимфогенным путем.

Заболевание чаще развивается как:

- осложнение воспалительных процессов в мочевых органах;
- при венерических заболеваниях (гонорея, хламидиоз, трихомониаз);
- травматических повреждениях мочеиспускательного канала;
- хронических воспалениях в других органах.

Различают острый и хронический простатит.

Клиническая картина

В начале заболевания у больных отмечается учащенное и болезненное мочеиспускание. Железа при пальпации через прямую кишку не увеличена, но болезненна.

При гнойном простатите появляются:

- задержка мочеиспускания;
- частые позывы на мочеиспускание;
- выделение мочи по каплям;
- сильные боли в прямой кишке и промежности, усиливающиеся при акте дефекации;
- температура тела повышается;
- появляются симптомы интоксикации;
- при пальпации железа плотная, увеличенная в размере и болезненная.

Абсцесс простаты, как правило, является осложнением острого простатита. Абсцессы прорываются в мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, прямую кишку, на промежность.

Он сопровождается:

- интенсивными пульсирующими болями в промежности при мочеиспускании и дефекации;
- затруднением мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи;
- повышением температуры тела до 39 — 40°C;
- ознобом;
- общей слабостью.

Необходимо провести ректальное исследование.

При пункции железы через стенку прямой кишки в шприце появляется гной.

Лечение

Больным с **острым простатитом** необходим покой. Ему назначают диету с исключением острой пищи, тепловые процедуры, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие средства (ректальные свечи).

Абсцесс предстательной железы вскрывают через стенку прямой кишки или промежность.

При хроническом простатите лечение комплексное, длительное.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ АДЕНОМА

Аденома предстательной железы — самое распространенное заболевание у мужчин.

Каждый четвертый мужчина старше 50 лет имеет признаки этой болезни.

Клиническая картина

Выделяют три стадии течения заболевания:

I — компенсация:

- появляются дизурические расстройства;
- остаточная моча в мочевом пузыре отсутствует;
- стадия длится 2 — 3 года.

II — субкомпенсация:

- в мочевом пузыре появляется остаточная моча, которая бывает мутной или с примесью крови;
- нередко развивается острая задержка мочи.

III— декомпенсация:

- хроническая задержка мочи;
- атония мочевого пузыря;
- развивается почечная недостаточность.

Самым ранним симптомом заболевания является **поллакиурия** - учащенное мочеиспускание, затем присоединятся **никтурия** — преобладание ночного диуреза над дневным, **рези** при опорожнении мочевого пузыря.

Струя мочи становится вялой.

Появляется чувство неполного опорожнения, тонкая струя мочи истекает медленно, отвесно вниз. Если такое состояние длится в течение нескольких дней, его расценивают как **хроническую задержку мочи**.

В запущенных случаях пациент не ощущает переполненного мочевого пузыря, считает, что он мочится самостоятельно, так как моча выделяется редкими каплями из уретры.

На самом деле причина этого состояния — парез наружного сфинктера мочевого пузыря. Это тяжелая стадия доброкачественной гипертрофии предстательной железы называется **парадоксальной ишурией**.

На разных стадиях аденома предстательной железы **осложняется**:

- циститом;
- уретритом;
- пиелонефритом;
- хронической почечной недостаточностью.

При неосложненной доброкачественной гипертрофии предстательной железы клинические анализы крови и мочи нормальные.

Затем в крови выявляются:

- лейкоцитоз;
- увеличенная СОЭ;
- снижение гемоглобина и количества эритроцитов;
- в анализе мочи — лейкоцитурия, свежие эритроциты.

Для своевременного выявления заболевания необходимы **дополнительные исследования**:

- пальцевое ректальное исследование;
- УЗИ предстательной железы;
- цистоскопия;
- пункционная биопсия железы через стенку прямой кишки.

Лечение

На ранних стадиях заболевания лечение начинают с **консервативных мероприятий** — которые уменьшают обструкцию мочеиспускательного канала и улучшают тонус мышечных стенок мочевого пузыря.

Большое значение имеют режим и соблюдение диеты.

На поздних стадиях заболевания при выраженности симптомов

парадоксальной ишурии единственным методом лечения является **хирургический** — **аденомэктомия**. После аденомэктомии проводится дренирование мочевого пузыря через половой член катетером в течение нескольких дней.

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Клиника

Основным симптомом заболевания является **постоянная ноющая боль** в промежности с иррадиацией в крестец, прямую кишку.

На поздней стадии болезни появляется **дизурия, при метастазировании — боли** в костях, почке, **отеки** нижних конечностей, отмечаются **слабость, ознобы, повышение температуры тела**.

Неврологические симптомы возникают при метастазах в позвоночник, спинной мозг.

Основным и объективным методом обследования является пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить увеличение и уплотнение предстательной железы.

Для диагностики определяют маркер рака предстательной железы — ПФА - простатический специфический антиген сыворотки крови. Норма 0-4 нг/мл. С 50 лет всем мужчинам сдавать кровь на ПФА.

Для уточнения диагноза необходимо определить размеры опухоли (с помощью ректальной пальпации, УЗИ предстательной железы ректальным датчиком) и провести биопсию железы под контролем УЗИ.

Лечение

Проводят **радикальную простатэктомию** — удаление предстательной железы, которое эффективно при I-II стадиях опухоли.

Ведущим методом лечения рака предстательной железы является андрогенная блокада, то есть назначаются препараты, блокирующие выработку андрогенов (мужских половых гормонов).

Выполняют кастрацию (удаление) яичек:

химическая (с помощью лекарственных препаратов блокируется выработка мужских половых гормонов, ткань яичек усыхает).

оперативное удаление яичек.

БЕСПЛОДИЕ МУЖЧИНЫ

Брак считают бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года регулярной половой жизни (половые сношения не реже одного раза в неделю) без контрацепции.

Примерно в 30% случаев бесплодный брак **обусловлен** нарушениями в репродуктивной системе обоих супругов.

Для выяснения причин бесплодного брака необходимо тщательное врачебное обследование обоих супругов, причем вначале обследуют мужчину.

Диагноз бесплодия у женщины может быть поставлен только после исключения бесплодия у мужчины и при положительной посткоитальной пробе, подтверждающей совместимость спермы и слизи шейки матки (см. ниже).

Причины

Бесплодие у мужчин связано, как правило:

- 1) **с нарушением сперматогенеза** (процесса созревания сперматозоидов в извитых семенных канальцах яичек) или
- 2) **выведения спермы** вследствие:
 - пороков развития,
 - травм,
 - воспалительных заболеваний половых органов,
 - нейроэндокринных расстройств,
 - интоксикаций (алкоголь, свинец, фосфор и др.),
 - воздействия на организм неблагоприятных факторов (ионизирующее излучение, стресс, голодание и др.).

Иногда бесплодие может быть результатом **аутоиммунизации - образования в организме мужчины антисперматозоидных антител, вызывающих склеивание и нарушение подвижности сперматозоидов.**

Клинически нарушение сперматогенеза проявляется:

- уменьшением количества или отсутствием сперматозоидов в эякуляте,
- изменением их морфологических и функциональных свойств.

Наиболее часто при бесплодии у мужчин выявляют:

- 1) **Олигозооспермию - недостаточное количество сперматозоидов в эякуляте (менее 20 млн. в 1 мл)**, которая нередко возникает при воспалительных заболеваниях яичка и его придатка (особенно часто при гонорейных орхитах и эпидидимитах), расширении и удлинении вен семенного канатика (см. Варикоцеле).

Олигозооспермия может наблюдаться также после перенесенных инф. болезней вирусной этиологии, при интоксикациях (напр., алкоголем), воздействие ионизирующего излучения, психических травмах.

- 2) Бесплодие может быть обусловлено **азооспермией - отсутствием сперматозоидов в эякуляте.**

Различают **истинную и ложную азооспермию**. При истинной азооспермии, сперматозоиды в яичках не образуются, это наблюдается при отсутствии или недоразвитии яичек, двустороннем крипторхизме, эндокринных расстройствах.

В случае **ложной азооспермии** сперматозоиды в яичках образуются, но не попадают в эякулят из-за врожденной или приобретенной (напр., в результате травмы) непроходимости семявыносящих путей.

- 3) Бесплодие может быть обусловлено **астеноспермией (понижена подвижность сперматозоидов)**,

- 4) **некроспермией (сперматозоиды нежизнеспособны)**,

- 5) **тератоспермией (нарушено строение сперматозоидов).**

Оплодотворяющая способность сперматозоидов снижается при изменении содержания белков, аминокислот, липидов, углеводов, микроэлементов, ферментов в сперме.

- 6) Нередко причиной бесплодия у мужчин является **асперматизм - отсутствие эякуляции при половом акте.**

При подозрении на бесплодие мужчину необходимо направить к урологу. **Диагностика бесплодия у мужчин основывается:**

- на данных анамнеза,

- осмотра наружных половых органов,
- микроскопического, биохимического и иммунологического исследования эякулята (спермы).

Перед исследованием эякулята рекомендуют воздержание от половых сношений в течение 3-10 дней. Эякулят, полученный при мастурбации, собирают в чистый сухой стеклянный сосуд с широким горлышком. Применять презерватив для сбора эякулята не следует, т. к. резина оказывает сперматоцидное действие.

Эякулят должен быть доставлен в лабораторию не позже чем через 1 ч после его получения; при транспортировке нельзя допускать охлаждения эякулята. Через 20-40 мин после эякуляции свернувшаяся вначале сперма разжижается, что дает возможность исследовать подвижность сперматозоидов.

Если патологических изменений в сперме не обнаруживают, исследуют совместимость спермы и слизи шейки матки.

С этой целью наиболее широко применяют *посткоитальную пробу*, или *пробу Шуварского-Симса-Хунера*, которая основана на микроскопическом исследовании слизи шейки матки через 1-2 ч после полового сношения.

При несовместимости спермы и шеечной слизи сперматозоиды в ней отсутствуют или неподвижны.

При подозрении на нарушение проходимости семявыносящих путей применяют рентгенологические методы исследования.

Лечение бесплодия у мужчин направлено на:

- восстановление сперматогенеза,
- проходимости семявыносящих путей,
- коррекцию нарушений полового акта.

Применяют общеукрепляющую терапию, по показаниям противовоспалительные и гормональные средства.

При непроходимости семявыносящих путей и варикоцеле иногда проводят оперативное вмешательство.

Прогноз зависит от причины, вызвавшей бесплодие.

В случае неэффективности или невозможности лечения (напр., при истинной азооспермии вследствие отсутствия яичек) и при желании супругов иметь детей в данном браке, по их взаимной договоренности может быть осуществлено искусственное осеменение женщины спермой донора.

Профилактика заключается в своевременном выявлении и лечении пороков развития половой системы, предупреждении венерических болезней, устранении вредных воздействий на организм в быту и на производстве.

Большое значение имеет исключение употребления алкоголя.