

«Сестринский уход в акушерстве»

Лекция №1.

Тема: История развития акушерства и гинекологии. Структура акушерской – гинекологической помощи и роль медсестры. Особенности организации сестринского ухода в акушерстве и гинекологии

План:

1. Принципы, цели и задачи акушерско-гинекологической службы
2. Подразделения акушерско-гинекологической службы
3. Особенности организации сестринского процесса в акушерстве и гинекологии

1. 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. Такое единство диктуется единой связью тех изменений в организме женщины, которые происходят при беременности, во время родов, в послеродовом периоде и при гинекологических заболеваниях. Нередко осложнения беременности и родов являются причиной последующих гинекологических заболеваний, а предшествующие гинекологические заболевания могут повлечь за собой патологическое течение беременности и родов.

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

Основные задачи акушерско-гинекологической службы:

1. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.
2. Оказание лечебной акушерско – гинекологической помощи населению прикрепленной территории.
3. Внедрение новых технологий и методик.
4. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении пациенток со стационарами и другими лечебно – профилактическими мероприятиями.
5. Оказание помощи по планированию семьи.
6. Проведение гигиенического воспитания и формированию ЗОЖ.
7. Оказание социально – правовой помощи женщинам.

2. Подразделения акушерско-гинекологической службы

Группы учреждений, оказывающих помощь женщинам:

1. ЛПУ: амбулаторно – поликлинические, стационарные.
 - Женская консультация
 - Акушерско – гинекологические отделения родильных домов, либо многопрофильных больниц
 - Родильные дома
 - Перинатальные центры
 - НИИ акушерства и гинекологии
2. Оздоровительные.
 - Санатории для беременных
 - Медико – генетические консультации
 - Смотровые кабинеты поликлиник
 - Центры планирования семьи и репродукции,
3. Воспитательные.

Структура и организация работы женской консультации, показатели оценки деятельности, оценочные уровни показателей.

Строится по участковому принципу – у 1 участкового акушера – гинеколога 2000 – 2500 женщин. Выездные ЖК. Профилактика! Диспансеризация. Ведение родов. Гинекологические консультации.

Структура:

1. Регистратура
2. Кабинеты участковых акушеров – гинекологов
3. Кабинеты по профилактике беременности
4. Кабинеты психопрофилактической подготовки к родам
5. Физиотерапевтический кабинет
6. Манипуляционная
7. Кабинеты для приема терапевта, онкогинеколога, дерматовенеролога, стоматолога
8. Кабинет юриста
9. Операционная для проведения амбулаторных операций
10. Диагностическое отделение

Показатели работы ЖК:

1. Своевременность взятия беременных под наблюдение: $\text{число беременных, поступивших под наблюдение до 12 недель} * 100\% / \text{число беременных, поступивших под наблюдение в текущем году}$. СУП = 80 – 90% (стремиться к 0).

2. Исходы беременности:

А) частота беременных с родами в срок: $\text{число беременностей с родами} * 100\% / \text{общее число законченных беременностей}$. СУП = 90 %

Б) Частота беременностей, закончившихся преждевременными рода: $\text{число беременностей с преждевременными родами} * 100\% / \text{общее число законченных беременностей}$. СУП = 3-5%.

В) Частота беременностей с абортами: число беременностей с абортами * 100% / общее число беременностей. СУП = 5-8%.

3. Частота обследования беременных терапевтом: число беременных, осмотренных терапевтом * 100% / общее число законченных беременностей. СУП = 70-90%.

4. Среднее число посещений ЖК беременными: общее число посещений до родов / число беременных, родившихся. СУП = 14.

5. Удельный вес женщин, родивших вне родильного дома: число родивших вне родильного отделения * 100% / число принятых родов всего + родившихся вне роддома. СУП = 0,5 – 1 % (стремиться к 0).

6. Удельный вес нормальных родов: число нормальных родов * 100% / число принятых родов всего + родивших вне роддома. СУП = 35-45%.

7. Удельный вес многоплодных родов: число многоплодных родов * 100% / число принятых родов всего + родивших вне роддома. СУП = 1-2%.

8. Недоношенность: число недоношенных * 100% / число родившихся живыми. СУП = 5-7%.

9. Мертворожденность: мертвые * 1000 / живые + мертвые. СУП = 7-10 по краю

10. Заболевания новорожденных, родившихся с весом 1000 и более: число больных детей + заболевшие * 1000 / число живых. СУП = 120 – 130.

11. Перинатальная смертность: число родившихся мертвыми + умершие до 1 недели * 1000 / живые + мертвые. СУП = 17-20.

Родильный дом

Основное учреждение со стационарной помощью – родильный дом. Бывают: самостоятельные, объединенные, специализированные.

Структура родильного дома:

1. Приемно – смотровой блок.
2. Физиологическое акушерское отделение.
3. Обсервационное акушерское отделение.
4. Отделение патологии беременности.
5. Палаты для новорожденных в составе каждого акушерского и отделений патологии.
6. Гинекологическое отделение (для консервативного и хирургического лечения, обратное, по профилю).
7. Лабораторно – диагностическое отделение.

Основные задачи:

Оказание стационарной квалифицированной медицинской помощи женщинам в период беременности, родов, послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными во время пребывания их в стационаре.

Показатели оценки деятельности:

А. Показатели, оценивающие активность медицинской помощи:

1. частота обезболивания родов

2. частота кесаревых сечений
3. Частота сделанных противотуберкулезных прививок.

Б. Показатели, характеризующие здоровье матери:

1. частота осложнений родов
2. частота послеродовых заболеваний у родильниц
3. материнская смертность

В. Показатели, характеризующие здоровье новорожденного:

1. заболеваемость новорожденных
2. часть новорожденных с низкой массой до 2500 г
3. смертность новорожденных.
4. перинатальная смертность
5. ранняя неонатальная
6. мертворождаемость

3. Особенности организации сестринского ухода в акушерстве и гинекологии

Клиническая практика медицинской сестры с высшим образованием в акушерских и гинекологических отделениях сводится к последовательному выполнению следующих этапов сестринского ухода:

Обследование пациенток.

Оценка состояния больной и выявление потребностей (постановка сестринского диагноза).

Планирование сестринского ухода.

Организация и осуществление сестринского ухода.

Сестринский анализ эффективности выполнения сестринского ухода (анализ проблем пациентки и рекомендации по профилактике и реабилитации после заболевания).

I этап.

Обследование пациенток.

Сестринский уход начинается с клинического обследования и выяснения индивидуальных особенностей анамнеза жизни и болезни пациентки.

Опрос по системам и правильная оценка полученных данных во многих случаях позволяет поставить предварительный диагноз, оказать первую доврачебную помощь. Среди общих сведений важное значение имеет возраст, поскольку функции половых органов, а также анатомическое строение их подвергаются возрастным изменениям. Выяснение профессии больной и условий труда способствует уточнению причин тех или иных патологических явлений. Гинекологический анамнез собирается по стандартному плану: становление менструальной, половой и репродуктивной функций. Необходимо особое внимание уделить планированию семьи — способу контрацепции, проблемам планирования беременностей и т.д.

Сбор жалоб и выяснение анамнеза заболевания необходимо проводить, с учетом особенности типа высшей нервной деятельности пациентки. Так, женщины с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности

не предъявляют жалоб вообще, и только тактичная беседа выясняет проблемы больной. Женщины с сильным неуравновешенным типом высшей нервной деятельности эмоционально воспринимают всю новую информацию, а неудачно поставленный перед больной вопрос может вызвать депрессивные состояния. Определенный диалог должен складываться с женщиной со слабым типом высшей нервной деятельности. Не всякая жалоба, предъявляемая ею, имеет отношение к гинекологической патологии, эти женщины не терпят боли, раздражительны, очень внушаемы. При предъявлении жалоб на боли должна быть произведена качественная и количественная оценка болей.

Объективное обследование позволяет составить общее представление о состоянии организма, выявить сопутствующие заболевания и такие расстройства отдельных органов и систем, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов. Медицинская сестра должна уметь провести пальпацию лимфатических узлов, молочных желез, брюшной стенки, перкуссию и аускультацию живота у гинекологических больных. Оценка состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем позволяет своевременно выявить сопутствующие экстрагенитальные заболевания.

Температура тела. В норме у небеременной женщины температура тела в подмышечной впадине должна быть не более 37°C , во время родов в течение 1 суток — не более $37,5^{\circ}\text{C}$. Степень повышения температуры обычно находится в зависимости от интенсивности обусловившего ее подъем заболевания. При несоответствии данных температуры и состояния больной производится сравнительное измерение периферической и полостной температуры, измеряемой в прямой кишке или реже во влагалище. При этом одновременно 2 термометра помещаются в подмышечные впадины, а третий — в прямую кишку. Продолжительность измерения — 5 мин. Ректальную температуру измеряют также и больным с подозрением на наличие ановуляторного цикла. В подобных случаях температура измеряется ежедневно в течение одного или двух менструальных циклов одновременно утром перед подъемом с постели на левом боку. Данные измерения записываются в виде графика.

Объективное обследование женщины включает использование специальных гинекологических, дополнительных лабораторных и инструментальных и других методов. Ниже подробно описаны современные исследования, применяемые в акушерстве и гинекологии.

На данном этапе в стационаре на медицинскую сестру возложена работа по организации необходимого исследования, по подготовке больной к исследованию. Заканчивается I этап сестринского ухода сестринским анализом данных в сравнении с нормативными показаниями.

II этап. Формирование сестринского диагноза (диагностика состояния больной и выявление проблем и потребностей пациента).

Сестринский диагноз — это те проблемы, которые могут быть выявлены или предупреждены сестрой самостоятельно, не требуя активного вмешательства врача. Все проблемы пациента можно подразделить на медицинские

проблемы и проблемы, связанные с обеспечением потребностей больной. Медицинские проблемы обычно связаны с изменениями в состоянии здоровья и подробно изложены ниже. Потребности человека — это определенные действия, необходимые для обеспечения здоровья и хорошего самочувствия каждого из нас. Это основные потребности: дышать, есть, пить, выводить из организма шлаки, одеваться и раздеваться, спать и отдыхать, поддерживать определенную температуру тела, поддерживать чистоту, ухаживать за собой, избегать опасностей, общаться с другими, сообщать о своих потребностях, иметь религиозные верования, работать, развлекаться, приспособляться.

Для обеспечения потребностей больной медицинской сестре необходимо знать «индивидуальную норму». Например, показатель гемоглобина равный 112 г/л и эритроцитов 3,7 мм/мкл в III триместре беременности является нормой, а у небеременной женщины требует лечения анемии. Таким образом, необходимо следить за изменениями, которые выходят за пределы нормы для данного человека.

Проблемы пациентки могут захватывать различные сферы деятельности — физическую, психическую, эмоциональную, духовную и социальную, отклонения от индивидуальной нормы и формировать сестринский диагноз. Проблемы в физической сфере формируют следующие сестринские диагнозы: нарушение функций дыхания; нарушение функции пищеварения; нарушение и дискомфорт при мочеиспускании и дефекации; ограничение самообслуживания, нарушение сна и отдыха; сниженная способность поддерживать оптимальную температуру тела; ограничение подвижности. В психоэмоциональной сфере часто встречаются такие проблемы пациенток, как: сниженная способность избегать опасности; нарушение мыслительной деятельности; эмоциональная неустойчивость (чувство страха, беспокойство, состояние переживания несчастья); снижение вербальной коммуникации; неподчинение рекомендациям; болевой синдром; сниженная самооценка собственного состояния здоровья; сниженная способность сообщать о своих потребностях; сниженные способности к самообучению; неспособность осознать происходящее. Духовная сфера включает в себя потребность иметь религиозные верования. Проблемы могут возникнуть в результате переживаний, связанных с неспособностью выполнять религиозные ритуалы; конфликта с иной религиозной культурой.

Проблемы в социальной сфере проявляются в сниженной способности работать; социальной самоизоляции; проблемами в сфере отношений; снижением индивидуальной адаптации; стрессовой ситуации.

Дополнить этот список можно проблемами, связанными с состоянием репродуктивной системы: нарушение репродуктивной функции; неудавшаяся беременность; нарушение функции соседних органов за счет доброкачественной опухоли матки, альгодисменорея; кровотечение из половых органов; ПМС; послеродовая депрессия (беспокойство, психоз) и т. д.

Умение адаптировать больного к данной ситуации — один из секретов успеха действий сестер милосердия.

При формировании сестринского диагноза следует обратить внимание на последовательность постановки диагнозов: на I — самая глобальная проблема, затем — по мере их значимости для пациента. Грамотно выявленные проблемы пациента позволят последовательно составить план сестринского ухода.

III этап — составление плана сестринского ухода

Медицинская сестра планирует свои действия и в карте сестринского наблюдения, делает соответствующие отметки.

Карта сестринского ухода

Проблема	Цели		План действия	Оценка
	Краткосрочные	Долгосрочные		
Настоящие:				
1. ...				
2. ...				
Потенциальные				
1. ...				
2. ...				

IV этап — организация и осуществление сестринского ухода. План действия, составленный ранее, поможет сестре решить сначала главные проблемы для пациентки (краткосрочные), а затем перейти к проведению профилактических мероприятий по предупреждению потенциальных осложнений.

V этап — анализ эффективности проводимого лечения и сестринского вмешательства.

Оценка эффективности деятельности медицинских работников может проводиться по мере необходимости как во время лечения в стационаре, так и в день выписки. Анализ достигнутых целей, выявление причин, повлекших к неудаче, позволяет провести коррекцию плана сестринских вмешательств. Клинический пример. В родильный дом поступила верующая пациентка с диагнозом: беременность 30 недель, осложненная гестозом второй половины беременности и центральным предлежанием плаценты.

При поступлении женщина предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей, мелькание мушек перед глазами, общую слабость. Женщина возбуждена, не подчиняется медицинскому персоналу, просит связаться с религиозной общиной. При объективном осмотре в приемном покое: пульс 96 ударов в минуту слабого наполнения и напряжения, артериальное давление 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, 20 в минуту. Слизистые — бледные, кожные покровы холодные на ощупь. Состояние плода: сердцебиение 150 ударов в минуту, шевеление — 8 в

минуту. Кровопотеря на момент поступления — 500 мл. Мочеиспускание в норме. Воды не отходили.

Переходим к формированию сестринского диагноза. На первом месте стоит самая глобальная проблема, затем последовательно проблемы по мере убывания значимости для пациентки.

Пример формулировки сестринского диагноза:

1. Кровотечение из половых путей во время беременности при центральном предлежании плаценты. Нарушение гемодинамики. Внутриутробная гипоксия плода 1-й степени. Беспокойство, связанное с возникновением осложнений. Эмоциональная неустойчивость. Повышенная потребность в совершении религиозных культов.

Теперь последовательно переходим к формированию потенциальных проблем, исходя из настоящих. Кровотечение может привести к развитию ДВС-синдрома, тяжелой степени геморрагического шока, материнской смертности и внутриутробной гибели плода. Беспокойство и эмоциональная неустойчивость мешают установить контакт с больной, что может привести к таким проблемам, как сниженная самооценка собственного состояния, неспособность осознать происходящее и неподчинение рекомендациям.

Формулировка потенциальных проблем будет такой:

1. Высокий риск развития тяжелой степени геморрагического шока и ДВС-синдрома. Высокий риск материнской смертности. Высокий риск внутриутробной гибели плода.
2. Сниженная самооценка собственного состояния.
3. Неподчинение рекомендациям.

Правильная формулировка проблем пациента позволит нам четко и последовательно составить план сестринского ухода. Попробуем это сделать для нашей пациентки.

Беременная женщина с кровотечением из половых путей попала с геморрагическим шоком 1 степени и внутриутробной гипоксией плода в стационар, где ей должны оказать специализированную медицинскую помощь. На этом этапе медицинская сестра при неотложных состояниях сразу вызывает врача и начинает выполнять его назначения. Затем переходим к решению проблем пациента, связанных с беспокойством по поводу возникших осложнений в течении беременности. Медицинская сестра с высшим образованием должна провести беседу, используя психологические приемы (повторения последней фразы больного, сочувствия, несогласия, постановки цели). Проблему с эмоциональной неустойчивостью легко решить назначением настоев трав (валерианы, пустырника) и слабых седативных препаратов. Снижение самооценки собственного состояния требует объяснения больной необходимости соблюдения постельного режима.

Высокий риск возникновения тяжелой степени геморрагического шока и ДВС-синдрома можно предотвратить своевременно организовав специализированную медицинскую помощь (помощь врачу в устранении причины кровотечения, организация операционной, возмещение объема

циркулирующей крови, осуществление инфузионной терапии) и сестринское наблюдение (контроль за АД, пульсом, объемом кровопотери, гематокритом, гемоглобином, за свертывающей системой крови - уровнем протромбина, фибриногена, тромбоцитов, временем свертывания и т. д.).

Возникновение неспособности осознавать происходящее и длительное сохранение этого состояния может привести к развитию психоза или депрессивного состояния, следовательно, медицинская сестра должна вызвать психолога и, если требуется, психиатра. А неподчинение рекомендациям, как правило, возникает при отсутствии контакта с врачом, эмоциональном возбуждении, непонимании цели назначения того или иного препарата или исследования. Эта проблема быстро решается при доверительной беседе с пациенткой.

В карте планирования сестринского ухода запись будет такой:

- вызвать врача;
- заказать операционную и осуществить транспортировку больной на каталке;
- выполнить назначения врача;
- в личной беседе выяснить проблемы пациента и наметить совместный план их решения;
- провести беседу о необходимости соблюдения постельного режима;
- проводить контроль за АД, Ps, объемом :кровопотери, НЬ, гематокритом, за свертывающей системой крови (уровнем протромбина, фибриногена, тромбоцитов, временем свертывания, ретракцией сгустка);
- связаться с религиозной общиной и обеспечить с ней контакт, объяснить по требованию больной цель назначения того или иного препарата и предупредить о возможных побочных действиях;
- проводить в динамике оценку психо-эмоционального состояния женщины и уровень самооценки.

В графу «цели» академическая сестра выносит информацию о сроках выполнения намеченного мероприятия. Дата исполнения долгосрочных целей (контрольные анализы крови, мочи и т. д.) может быть вынесена в карту динамического наблюдения. Графа «оценка» содержит информацию о выполненном обследовании.

Контрольные вопросы:

1. Принципы акушерско-гинекологической службы РФ
2. Цели и задачи акушерско-гинекологической службы РФ
3. Подразделения акушерско-гинекологической службы РФ
4. Структура женской консультации
5. Показатели деятельности женской консультации
6. Структура роддома
7. Показатели деятельности роддома
8. Особенности организации сестринского ухода в акушерстве и гинекологии

Основная литература:

1. Акушерство. Курс лекций / Под ред. А.Н. Стрижакова. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408551.html>

Дополнительная литература:

1. Широкова Н.В. Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] / Широкова Н.В., 2013
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424865.html>

Лекция № 2.

Тема: Физиология и анатомия репродуктивной системы женщин. Охрана репродуктивного здоровья населения. Планирование семьи.

План:

1. Анатомия и физиология репродуктивной системы женщин
2. Менструальный цикл
3. Охрана репродуктивного здоровья населения
4. Планирование семьи

1. Анатомия и физиология репродуктивной системы женщин.

Функциональное состояние репродуктивной системы женщины определяется периодами жизни, среди которых принято различать следующие:

- Антенатальный (внутриутробный) период: в процессе эмбрионального развития первыми закладываются половые железы (начиная с 3—4 недель внутриутробной жизни). К 6—7 неделе развития эмбриона заканчивается стадия формирования гонад. С 10 недели образуются гонады женского типа. На 20 неделе в яичниках плода формируются примордиальные (первичные) фолликулы. К моменту рождения яичники морфологически сформированы.

- Период детства (предпубертатный) —до 10 лет;-Период полового созревания (пубертатный)-от 10 до 16 лет: в этом периоде начинает устанавливаться менструальный цикл, и в 12 —13 лет приходит первая менструация (менархе). Менструальный цикл при этом может быть нерегулярным и ановуляторным, а через 1 год, как правило, он становится регулярным и овуляторным.

- Период половой зрелости, или репродуктивный (от 18 до 45 лет);-Климактерический период: от 45 -50 лет и может длиться 2-3 года. В климактерическом периоде происходит постепенное угасание активности репродуктивной системы: нерегулярность цикла; ановуляторные циклы. Если климактерический период сопровождается выраженными нейро-вегетативными расстройствами, то в этом случае он называется климактерическим синдромом.

- Период менопаузы—с момента стойкого прекращения менструаций до 70 лет.-Старческий период (сенильный) —после 70 лет и далее. Женские половые органы подразделяют на наружные, доступные визуальному осмотру, и внутренние, которые находятся в полости малого таза. К наружным половым органам относят лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие и малые железы преддверия, девственную плеву и промежность. Они выполняют защитную и сексуальную функции, а также принимают участие в родовом акте.

Внутренние половые органы

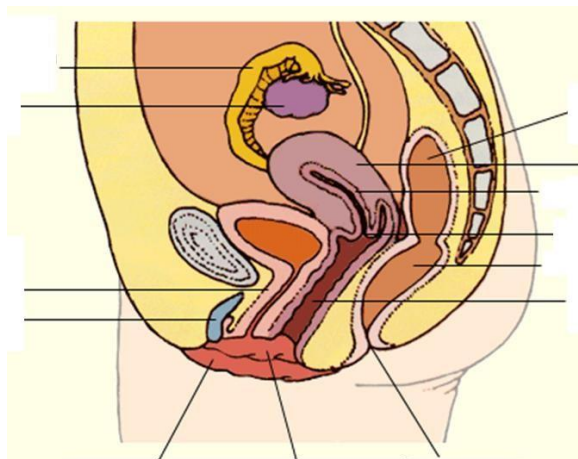


Рис. 1 Женский таз (сагиттальный разрез)

Влагалище (colpos,vagina) представляет собой трубку длиной около 8–10 см, соединяющую полость матки с наружными половыми органами. Стенка влагалища состоит из слизистого, мышечного и соединительнотканного слоев. Слизистая оболочка на передней и задней стенках влагалища имеет складки, покрыта многослойным плоским эпителием и обильно снабжена кровеносными сосудами и эластическими волокнами. Наружная оболочка состоит из рыхлой соединительной ткани. До начала половой жизни выходное отверстие влагалища закрыто складкой слизистой оболочки –девственной плевой. После первого полового контакта происходит ее разрыв(дефлорация). В состав экосистемы влагалища в норме входят лактобациллы и бифидобактерии, создающие в его полости кислую среду, которая обладает бактерицидными свойствами Матка(uterus,hyster)– полый мышечный орган, предназначенный для вынашивания плода. Кпереди от матки лежит мочевой пузырь, кзади –прямая кишка.

Матка делится на несколько отделов: дно, тело, перешеек (во время беременности он растягивается и превращается в нижний сегмент матки) и шейку матки. Шейка матки (cervix)образована гладкой мускулатурой, идущей в круговом направлении. Через шейку матки проходит цервикальный канал, который имеет 2 отверстия: одно открывается в полость матки и называется внутренним зевом шейки матки, а другое –открывается в полость влагалища и называется наружным зевом шейки матки. Внутренний и наружный зев шейки матки являются биологическим барьером для

проникновения инфекции к внутренним половым органам. Цервикальный канал заполнен слизистой пробкой, которая обладает бактерицидными свойствами и препятствует восходящему пути распространения инфекции

Стенка матки состоит из 3-х слоев:

1. Внутренний слой (эндометрий) – это слизистая оболочка, выстланная цилиндрическим эпителием с большим количеством желез. В строении эндометрия выделяют 2 слоя: базальный и функциональный. В функциональном слое эндометрия происходит ряд последовательных изменений, позволяющих матке подготовиться к беременности. Если беременность не наступает, то функциональный слой эндометрия отторгается и выходит из полости матки – менструация. Оставшийся базальный слой обеспечивает восстановление и рост функционального слоя эндометрия.

2. Средний слой стенки матки (миометрий) является самым мощным и образован тремя слоями гладкой мускулатуры, идущими в разных направлениях и взаимно переплетающихся друг с другом. Такое строение миометрия позволяет матке растягиваться при беременности и сокращаться во время родов. Механизм остановки кровотечения из матки обусловлен тем, что волокна миометрия сокращаются и пережимают сосуды, проходящие между ними, а также включается механизм тромбообразования. Но это возможно только при условии, что полость матки полностью опорожнена.

3. Наружный слой стенки матки (периметрий) образован серозной оболочкой (брюшиной), которая покрывает всю матку, кроме шейки. Маточные трубы (tubae uteri) служат для передвижения плодного яйца в матку. Они имеют цилиндрическую форму, длина 8–18 см, диаметр просвета 2–4 мм.

Маточные трубы соединяются с полостью матки в области ее углов.

Яичник (ovarium) – парная железа, по форме представляющая собой овальное, сплющенное с боков тело массой 5–6 г. Располагается в полости малого таза по бокам от матки на собственных связках. Яичники покрыты белочной оболочкой, состоящей из соединительной ткани и эпителия. На разрезе в яичнике различают мозговое и корковое вещество. Мозговое вещество состоит из рыхлой соединительной ткани, в которой проходят кровеносные сосуды и нервы. В корковом веществе яичника присутствует большое количество фолликулов. У половозрелой женщины фолликулы находятся в разной степени созревания и имеют различную величину. У новорожденной девочки в яичнике содержится от 40 000 до 200 000 первичных незревших фолликулов. Их созревание начинается со времени наступления половой зрелости (12–15 лет). Однако в течение всей жизни у женщины созревает не более 500 фолликулов, остальные рассасываются. Маточные трубы, яичники и их связочный аппарат называются придатками матки (adnexa uteri). Связочный аппарат позволяет внутренним половым органам находиться в определенном положении в полости малого таза.

2. Менструальный цикл

Менструальный цикл (овариально-менструальный цикл) МЦ — это комплекс циклических процессов в организме женщины, наиболее выраженных в репродуктивной системе, и направленных на возможность наступления беременности.

Продолжительность менструального цикла определяется от первого дня одной до первого дня следующей менструации и составляет в норме от 21 до 35 дней (у подростков в течение 1,5-2 лет после менархе продолжительность цикла может быть более вариабельной – от 21 до 40-45 дней). Такой цикл называется нормопонирующим. Разновидностью нормопонирующего цикла является идеальный цикл продолжительностью 28 дней. Укорочение менструального цикла (менее 21 дня) называется антепонацией (антепонирующий цикл), удлинение (более 35 дней) – постпонацией (постпонирующий цикл).

Продолжительность нормальной менструации составляет в среднем 3-5 дней (в норме – от 3 до 7 дней), а средняя кровопотеря – 50-70 мл (в норме – до 80 мл).

Менструальный цикл условно подразделяют на яичниковый и маточный циклы.

Яичниковый (овариальный) цикл подразумевает циклические процессы, происходящие в яичниках под воздействием гонадотропных и релизинг-гормонов. Циклические изменения в организме женщины носят двухфазный характер.

Первая (фолликулиновая, фолликулярная) фаза цикла определяется созреванием фолликула и яйцеклетки в яичнике, после чего происходит его разрыв и выход из него яйцеклетки – овуляция.

Вторая (лютеиновая) фаза связана с образованием желтого тела.

Одновременно в циклическом режиме в эндометрии последовательно происходят регенерация и пролиферация функционального слоя, сменяющаяся секреторной активностью его желез, заканчивающиеся десквамацией функционального слоя (менструация). Циклические процессы в эндометрии представляют собой последовательно сменяющие друг друга фазы маточного цикла.

Выделяют 5 уровней, на которых происходят изменения во время менструального цикла:

1 уровень—кора головного мозга(импульсы от внешней среды)

2 уровень—гипоталамус (выработка нейросекретов, активирующих выработку гормонов гипофиза).

3 уровень—гипофиз: в нем вырабатываются гормоны, влияющие на функцию половых желез (гонад), поэтому называются гонадотропными гормонами. К ним относятся:

ФСГ (фолликулостимулирующий гормон) —стимулирует рост фолликула и яйцеклетки в его полости;

ЛГ (лютеинизирующий гормон) —стимулирует рост желтого тела в корковом слое яичника;

Пролактин. Последние 3 гормона вырабатываются в передней доле гипофиза. В задней доле гипофиза вырабатывается гормон окситоцин—участвует в процессе овуляции и сокращения матки во время родов. Кроме гонадотропных гормонов в регуляции менструального цикла участвуют гормоны щитовидной железы.

4 уровень—яичники: под влиянием гонадотропных гормонов в корковом слое яичников происходит двухфазный яичниковый цикл (овуляторный): фолликулиновая фаза и лютеиновая фаза. Впервой, фолликулиновой фазе происходит созревание фолликула и в его полости созревает яйцеклетка. Стенка фолликула вырабатывает женские половые гормоны эстрогены.

На 11-13 день цикла происходит овуляция - разрыв зрелого фолликула и выход зрелой яйцеклетки в брюшную полость.

С 14 дня начинается вторая фаза яичникового цикла —лютеиновая (фаза желтого тела). Желтое тело—это гормональная структура, вырабатывающая прогестерон. Прогестерон подготавливает функциональный слой эндометрия к прикреплению плодного яйца.

Если беременность наступает, то желтое тело продолжает существовать и активно вырабатывать прогестерон, который необходим для нормального течения беременности. Если беременность не наступает, то желтое тело подвергается обратному развитию и превращается в рубчик – белое тело. Белое тело гормонально не активно.

Эстрогены и прогестерон —относятся к половым гормонам и влияют на органы-мишени: молочные железы, влагалище и матку.

5 уровень — под действием половых гормонов в эндометрии происходит маточный цикл, имеющий 4 последовательных фазы:

- 1) Регенерации – восстановление функционального слоя эндометрия
- 2) Пролиферации – рост функционального слоя эндометрия
- 3) Секреции – накопление питательных веществ в функциональном слое эндометрия
- 4) Десквамации – отторжение функционального слоя эндометрия при отсутствии беременности. В организме женщины вырабатывается небольшое количество мужских половых гормонов (андрогенов), которые влияют на формирование мышечной массы.

3. Охрана репродуктивного здоровья населения.

Важной составляющей понятия "здоровье" является репродуктивное здоровье. Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), также подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней. Таким образом, репродуктивное здоровье означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность решать, когда и как

часто это делать. Это предусматривает право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным по цене и приемлемым методам планирования семьи и/или к иным, избранным ими методам регулирования рождаемости, которые не противоречат закону. Это означает также и право доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине безопасно перенести беременность и роды, и обеспечивающим наилучшую возможность родить здорового ребенка. Понятие "репродуктивное здоровье" включает в себя и сексуальное здоровье — состояние, позволяющее человеку в полной мере испытывать половое влечение и реализовывать его, получая при этом удовлетворение.

Согласно изложенным выше определениям, охрана репродуктивного здоровья — это совокупность факторов, методов, процедур и услуг, которые оказывают поддержку репродуктивному здоровью и содействуют благосостоянию семьи или отдельного человека, путем профилактики и решения проблем, связанных с репродуктивным здоровьем.

В современных социально-экономических условиях, которые характеризуются высоким уровнем заболеваемости и общей смертности населения, снижением рождаемости и ухудшением здоровья детей, проблемы охраны репродуктивного здоровья населения приобретают особую значимость. В этом свете репродуктивное здоровье включает в себя:

- безопасное и эффективное предохранение от нежелательной беременности;
- безопасное прерывание беременности;
- возможность доступа и выбор безопасных для здоровья методов и средств контрацепции;
- безопасная беременность и уход до родов, в период родов и после родов;
- лечение бесплодия;
- лечение заболеваний репродуктивной сферы;
- лечение заболеваний, передающихся половым путем

4. Планирование семьи

Регулирование рождаемости — одна из важных задач каждого государства и основной фактор обеспечения нормальных условий существования будущих поколений людей на Земле. Наряду с угрозой перепроизводства населения на планете существует другая проблема — увеличение бездетных семей, поэтому вопросы планирования семьи должны быть поставлены в поле зрения медицинских работников, в том числе и медицинских сестер с высшим образованием. Согласно определению ВОЗ, «планирование семьи — это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения здоровых и желанных детей».

Существует тесная взаимосвязь между возрастом, состоянием здоровья женщины и ее репродуктивной функцией. Так, беременность и роды у женщин с экстрагенитальной патологией могут привести к материнской и высокой перинатальной смертности.

Таким образом, здоровье будущих поколений тесно связано с планированием семьи и выбором оптимального срока зачатия. Специалист сестринского дела с высшим медицинским образованием может давать рекомендации супругам, планирующим беременность, ориентируясь на следующие положения:

- благоприятный возраст матери для осуществления репродуктивной функции составляет 19-35 лет;
- интервал между родами должен быть не менее 2-2,5 лет;
- зачатие допустимо через 2 месяца после перенесенного острого инфекционного заболевания супругами;
- целесообразно зачатие рекомендовать осенью и зимой (снижается процент спонтанных мутаций и риск иммунного конфликта);
- женщина должна быть выведена за 2 месяца до зачатия из зоны контакта с химическими веществами I и II класса опасности;
- супругам за два месяца до планируемой беременности следует полностью отказаться от вредных привычек (алкоголь, курение, наркотики);
- у женщины, страдающей хроническим соматическим заболеванием, беременность допустима лишь при наступлении стойкой ремиссии и отсутствии обострения в течение 1-5 лет (в зависимости от характера заболевания);
- беременность работницам, подвергающимся воздействию неблагоприятных факторов, можно рекомендовать после развития стойкой адаптации (1-2 года работы на производстве).

Показания к медико-генетическому консультированию

Известно, что здоровье будущего ребенка зависит от многих причин: наследственности, состояния здоровья родителей, воздействия факторов окружающей среды, особенности течения беременности и родов.

Следует отметить существенный вклад наследственности в нарушение репродуктивной функции. Почти все потери до конца 2-й недели жизни — после оплодотворения и 75% потерь до конца 4-й недели связаны с хромосомными aberrациями. Среди плодов, погибающих в более поздние сроки (до завершения стадии эмбриогенеза), 35% имеют врожденные пороки развития. Число выживших новорожденных с хромосомной патологией или врожденными пороками развития составляет 6%.

В связи с вышеизложенным, медицинская сестра должна пропагандировать обязательное медико-генетическое консультирование в целях профилактики рождения неполноценного ребенка по следующим показаниям:

1. наличие наследственной патологии у супругов и их ближайших родственников;
2. отягощенный акушерский анамнез (мертворождения, привычное невынашивание, рождение детей с пороками развития и наследственными заболеваниями);

3. указание на воздействие мутагенных и антенатальных повреждающих факторов (инфекции, медикаменты, ксенобиотики, радиация, вредные привычки) в I триместре беременности;

4. возраст матери старше 35 лет;

5. гинекологические заболевания у матери (НМЦ, пороки развития гениталий, нарушение половой дифференцировки).

Следует иметь в виду, что пренатальная диагностика помимо определения полового хроматина и кариотипирования включает проведение ультразвукового исследования, амниоцентеза и хориоцентеза оптимально в сроки 16-20 недель беременности, а также определение альфа-фетопротеина в сыворотке крови беременных женщин. Если диагностируются хромосомная патология плода или врожденные пороки развития, то проводится перинатальный консилиум и решается вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям.

Контрольные вопросы:

1. Общая характеристика женской половой системы
2. Периоды жизни женщины
3. Наружные половые органы
4. Внутренние половые органы
5. Менструальный цикл и его регуляция
6. Фазы менструального цикла
7. Факторы репродуктивного здоровья населения
8. Планирование семьи – определение

Основная литература:

1. Акушерство. Курс лекций / Под ред. А.Н. Стрижакова. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009 <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408551.html>

Дополнительная литература:

1. Широкова Н.В. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] / Широкова Н.В., 2013 <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424865.html>

Лекция № 3.

Тема: Современные методы исследования в акушерстве и гинекологии.

План:

1. Современные методы исследования в акушерстве
 - А) неинвазивные
 - В) инвазивные
2. Специальные методы гинекологического исследования.
 - А) Обязательные специальные методы гинекологического исследования

- В) Дополнительные методы исследования гинекологических больных
- Бактериоскопическое исследование мазков из урогенитального тракта
 - Тесты функциональной диагностики
 - Инструментальные методы исследования
 - Рентгенологические методы исследования в гинекологии
 - Ультразвуковое исследование в гинекологии
 - Компьютерная томография

1. Современные методы исследования в акушерстве

Развитие современных медицинских технологий позволяет проводить оценку состояния плода на протяжении всей беременности, с первых дней от оплодотворения яйцеклетки до момента рождения.

В зависимости от анамнестических данных, характера течения беременности и ее срока, результатов осмотра беременной женщины, после определения целесообразности, планируется использование различных методов исследования состояния плода. Предпочтение отдается неинвазивным методикам.

А) Неинвазивные методы.

1. Определение уровня альфа – фетопротеина. Проводится в рамках скрининговых программ для выявления беременных женщин группы повышенного риска врожденных и наследованных заболеваний плода и осложненного течения беременности. Исследование проводят в период с 15-й по 18-ю неделю беременности. Средние цифры уровня альфа – фетопротеина в сыворотке крови беременных составляют при сроке 15 недель -26нг/мл; 16 недель – 31 нг/мл; 17 недель – 40 нг/мл; 18 недель – 44 нг/мл. Уровень альфа – фетопротеина в крови матери повышается при некоторых пороках развития у плода и патологическом течении беременности. Уровень альфа – фетопротеина увеличен и при многоплодной беременности. Понижение уровня этого белка может наблюдаться при болезни Дауна у плода.

2. Ультразвуковая диагностика. В настоящее время ультразвуковая диагностика во время беременности является наиболее доступным, наиболее информативным и в тоже время безопасным методом исследования состояния плода. Ультразвуковые приборы, позволяют получать двухмерное изображение с высокой разрешающей способностью, могут быть оснащены специальными приставками, позволяющими проводить доплерометрическое исследование скорости кровотока в сердце и сосудах плода. Наиболее совершенные из них дают возможность получения цветного изображения потоков крови на фоне двухмерного изображения.

При выполнении ультразвукового исследования в акушерской практике может использоваться как трансабдоминальное, так и трансвагинальное сканирование.

Выбор типа датчика зависит от срока беременности и целей исследования.

При беременности целесообразно проведение трехкратного скринингового ультразвукового исследования:

1) при первом обращении женщины по поводу задержки менструации с целью диагностики беременности, локализации плодного яйца, выявления возможных отклонений в его развитии, анатомического строения матки;

2) при сроке беременности 16-18 недель, с целью определения темпов развития плода, их соответствия сроку беременности, а также выявления возможных аномалий развития плода, для своевременного использования дополнительных методов пренатальной диагностики или постановки вопроса о прерывании беременности;

3) при сроке 32-35 недель с целью определения состояния, локализации плаценты и темпов развития плода, их соответствия сроку беременности, членорасположения плода перед родами, его предполагаемой массы.

Наиболее информативным методом ультразвукового исследования при беременности ранних сроков является трансвагинальное сканирование; трансабдоминальное сканирование используется только при наполненном мочевом пузыре с целью создания «акустического окна».

Ультразвуковое исследование во II и III триместрах позволяет получить важную информацию о строении практически всех органов и систем плода, количестве околоплодных вод, развитии и локализации плаценты, и диагностировать нарушения их анатомического строения.

В настоящее время разработаны таблицы органометрических параметров плода в зависимости от срока беременности практически для всех органов, костных образований, которые нужно использовать при возникновении малейших подозрений на отклонение в его развитии.

С разработкой и совершенствованием ультразвуковой диагностической аппаратуры появилась возможность неинвазивного измерения скорости кровотока в сосудах плода, пуповины и в маточных артериях.

Кардиотокография – непрерывная, современная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте. В настоящее время КТГ является ведущим методом наблюдения за характером сердечной деятельности, который из-за своей простоты в проведении, информативности и стабильности получаемой информации практически полностью вытеснил из клинической практики фоно – и электрокардиографию плода. КТГ может быть использована для наблюдения за состоянием плода, как во время беременности, так и во время родового акта. Непрямая (наружная) КТГ используется во время беременности и в родах при наличии целого плодного пузыря.

Регистрация частоты сердечных сокращений производится ультразвуковым датчиком, работающим на эффекте Доплера. Регистрация тонуса матки осуществляется тензометрическими датчиками. Датчики крепятся к животу женщины специальными ремнями: ультразвуковой в области стабильной регистрации сердечных сокращений, тензодатчик – в области дна матки. Прямая КТГ используется только при нарушенной

целостности плодного пузыря. Частота сердечных сокращений регистрируется при помощи игольчатого спиралевидного электрода, вводимого в подлежащую часть плода, что позволяет регистрировать не только частоту сердечных сокращений плода, но и производить запись его ЭКГ, расшифровка которой может быть произведена при помощи специальных компьютерных программ.

Наибольшее распространение получило использование КТГ в III триместре беременности и в родах у женщин группы высокого риска. Запись КТГ следует проводить в течение 30-60 мин с учетом цикла «активность - покой» плода, принимая во внимание, что средняя продолжительность фазы «покоя» плода составляет 20-30 мин. Анализ кривых записи КТГ производят только в фазе «активности» плода.

В) Инвазивные методы

Широкое применение инвазивные внутриматочные вмешательства во время беременности получили с появлением ультразвуковой диагностической техники, имеющей высокую разрешающую способность, обеспечивающую относительную безопасность их выполнения. Все инвазивные процедуры проводятся с соблюдением правил асептики, в условиях операционной.

1. Биопсия хориона проводится разными методами. В настоящее время применяется аспирационная трансцервикальная или трансабдоминальная пункционная биопсия хориона в I триместре беременности и трансабдоминальная пункционная биопсия хориона во II триместре. Аспирация ворсин хориона проводится под ультразвуковым контролем с помощью, введенного в толщу плаценты специального катетера или пункционной иглы. Основным показателем для проведения хорионбиопсии является пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний плода.

2. Амниоскопия также относится к инвазивным методам исследования. С помощью эндоскопа, введенного в шейный канал, можно дать оценку количеству и качеству околоплодных вод. Уменьшение количества вод и обнаружение в них мекония рассматривается как неблагоприятный диагностический признак. Метод прост, однако он выполним не у всех беременных женщин, а только в тех случаях, когда шейный канал может «пропустить» инструмент. Такая ситуация складывается в самом конце беременности, и то не у всех женщин.

3. Амниоцентез – пункция амниотической полости с целью аспирации амниотической жидкости проводится с использованием трансабдоминального доступа под ультразвуковым контролем. Пункцируют в месте наибольшего «кармана» амниотической жидкости, свободного от частей плода и петель пуповины, избегая травматизации плаценты. Аспирируют в зависимости от целей диагностики 10-20 мл амниотической жидкости. Амниоцентез применяется для выявления аномалий пола плода, адреногенитального синдрома, связанных с полом наследственных

заболеваний, галактоземии, определение тяжести несовместимости по системе АВО, Rh- фактору, кистознофиброза поджелудочной железы, гликогенозов, синдрома Марфана, фенилкетонурии, синдрома Тей-Сакса; для диагностики степени зрелости легкого плода.

4. Кордоцентез – пункция сосудов пуповины плода с целью получения его крови. В настоящее время основным методом получения крови плода является трансабдоминальный пункционный кордоцентез под ультразвуковым контролем. Манипуляция проводится во II и III триместрах беременности. Кордоцентез используется не только с целью диагностики патологии плода, но и для его лечения. При гемолитической болезни плода методом кордоцентеза осуществляют заменное переливание крови плоду.

5. Биопсия кожи плода – получение образцов кожи плода аспирационным или щипцовым методом под ультразвуковым или фетоскопическим контролем в целях пренатальной диагностики гиперкератоза, ихтиоза, альбинизма и др.

6. Биопсия печени – получение образцов ткани печени плода аспирационным методом с целью диагностики заболеваний связанных с дефицитом специфических энзимов печени.

7. Биопсия тканей опухолевидных образований – проводится аспирационным методом для получения образцов тканей солидного строения или содержимого кистозных образований, для диагностики и выбора тактики ведения беременности.

8. Аспирация мочи при обструкционных состояниях мочевыводящей системы – пункция полости мочевого пузыря или лоханок почек плода под ультразвуковым контролем с целью получения мочи и ее биохимического исследования для оценки функционального состояния почечной паренхимы и выяснения вопроса о необходимости антенатальной хирургической коррекции.

2. Специальные методы гинекологического исследования

А) К обязательным специальным методам гинекологического исследования относятся:

1. Осмотр наружных половых органов. Оценивается форма лобка, характер его оволосения (женский, мужской, смешанный) состояние подкожно – жирового слоя. Осматривают внутренние поверхности бедер (наличие гиперемии, пигментации, кондилом, варикоэнозрасширенных вен и др.), малые и большие половые губы (величина, наличие отека, язв, опухолей, степень смыкания половой щели), промежность (высокая, низкая, наличие старых разрывов, рубцов, свищей), определяют степень опущения стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании), осматривают область заднего прохода (выявляют геморроидальные узлы, трещины, кондиломы, язвы, выпадение слизистой прямой кишки, др.). Для осмотра преддверия влагалища разводят половые губы большим и указательным пальцами левой руки, обращают внимание на цвет, состояние

слизистой оболочки(пигментация, изъязвления), характер влагалищного отделяемого. Проводят осмотр клитора (форма, величина, аномалии развития), осмотр уретры (состояние слизистой, наличие полипов, характер выделений из уретры), осмотр парауретральных ходов и выводных протоков больших желез преддверия влагалища(наличие воспаления, гнойные пробки), осмотр девственной плевы или ее остатков.

2. Исследование с помощью влагалищных зеркал.

Для осмотра используют: створчатые (Куско), ложкообразные (Симпса) и пластинчатые зеркала.С помощью влагалищных зеркал осматривают шейку матки и слизистую влагалища. При этом обращают внимание на состояние стенок влагалища (характер складчатости, цвет слизистой оболочки, наличие изъязвлений, разрастаний и др.), состояние сводов влагалища и шейки матки (величина, форма – цилиндрическая, коническая; форма наружного отверстия цервикального канала); наличие патологических состояний (разрывы, выворот слизистой, эрозия, эндометриоз и др.); характер влагалищных выделений. Берут мазки из уретры и цервикального канала на урогенитальные инфекции.

3. Влагалищное исследование.

При влагалищном (одноручном) исследовании определяют: состояние мышц тазового дна, больших вестибулярных желез (воспаление, киста и др.); состояние уретры (уплотнение, болезненность, а при наличии воспаления в ней, получают выделения путем выдавливания); состояние влагалища (объем, складчатость, наличие патологических изменений – пороки развития, рубцы, стеноз, инфильтраты); особенности сводов влагалища (глубину, болезненность, выпячивание, укорочение сводов, ригидность, болезненность стенок влагалища; состояние влагалищной части шейки матки: величина(гипертрофия, гипоплазия), форма (коническая, цилиндрическая, рубцово – деформированная и др.),поверхность (гладкая, бугристая), консистенция(обычная, размягченная при беременности, плотная при раке и др.); положение по проводной оси таза(отклонена кзади, кпереди, вправо, влево); опущена – наружный зев располагается ниже спинальной плоскости или приподнята – наружный зев выше спинальной плоскости); состояние наружного зева (закрыт или открыт, округлой или щелевидной формы), подвижность(чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалении, запущенном раке), болезненность при смещении или безболезненна.

Бимануальное влагалищное исследование (двуручное влагалищно – брюшно-стеночное исследование). Определяют положение матки, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность матки, состояние придатков матки. Гинекологическое исследование проводится на гинекологическом кресле.

Осмотр и пальпацию молочных желез осуществляют в положении стоя и лежа в I фазу менструального цикла. При этом обращают внимание на размер, степень развития, симметричность, изменения кожи и наличие отделяемого из сосков. У 40% гинекологических больных зафиксированы

различные заболевания молочных желез. Появление коричневых или кровянистых выделений из сосков указывает на определенную вероятность рака молочной железы.

В) Дополнительные методы исследования гинекологических больных.

Бактериоскопическое исследование мазков из урогенитального тракта.

Подготовка: женщину предупреждают, что перед взятием мазков нельзя спринцеваться и нежелательно мочиться. Мазки берут при строгом соблюдении правил асептики и антисептики до влагалищного исследования в стерильных перчатках. Для каждого мазка – свои стерильные инструменты, рекомендуется пользоваться одноразовыми инструментами (шпатели, щеточки). Стекла маркируют специальным карандашом «U», «C», «V».

Техника взятия мазков.

1. В первую очередь берут мазки из уретры, предварительно помассировав ее пальцем, введенным во влагалище. Первую порцию выделений снимают ватным шариком, затем на глубину 1,5 -2 см вводят ложечку Фолькмана (или одноразовый утеробраш). Легким поскобливанием собирают материал из уретры и наносят в виде кружка на предметное стекло с пометкой «U».

2. Затем вводят влагалищные зеркала; обнажают шейку матки. Ложечкой Фолькмана другим концом или одноразовым утеробрашем собирают материал из цервикального канала и наносят на предметное стекло с пометкой «C» в виде штриха.

3. Желобоватым зондом или шпателем или браншей пинцета из заднего свода влагалища производится забор материала и тонким слоем в виде штриха наносится на предметное стекло с пометкой «V». Мазки из заднего свода влагалища берутся на степень чистоты. Мазки из «U» и «C», исследуют на гонорею и микрофлору урогенитального тракта.

Различают 4 степени чистоты влагалища:

1 степень чистоты: реакция среды кислая. Большое количество лактобацилл (палочки Додерлейна) и клетки плоского эпителия. рН – кислая(4,0-4,05).

2. степень чистоты: реакция среды кислая. Число лактобацилл меньше, чем при I степени. Встречаются отдельные кокки, лейкоциты. Много эпителиальных клеток. рН – кислая (5,0-5,5). Норма -1 и 2 степени чистоты влагалища.

3 степень чистоты: реакция среды щелочная. Лактобацилл мало. Преобладают другие виды бактерий, главным образом кокки. Много лейкоцитов – более 15-20 в поле зрения. РН – слабощелочная (6,0 – 6,5).

4 степень чистоты: реакция среды щелочная. Лактобациллы отсутствуют. Очень много патогенных микробов (кокки, трихомонады и др.). Много лейкоцитов – 40-60 в поле зрения. Эпителиальных клеток мало. РН – щелочная (6,5). III и IV степень чистоты – соответствуют патологическим процессам.

Тесты функциональной диагностики.

Для определения гормональной функции яичников и определения эстрогенной насыщенности организма используются тесты функциональной диагностики. К ним относятся: измерение базальной температуры, исследование шеечной слизи, кольпоцитология, симптом «зрачка», симптом «папоротника», растяжение шеечной слизи.

1. Измерение базальной температуры.

Тест основан на гипертермическом воздействии прогестерона на центр терморегуляции, расположенный в гипоталамусе.

Температуру измеряют в прямой кишке одним и тем же термометром вводя его на 3-4 см, утром, натощак не вставая с постели в течение 8 минут, после не менее 6 –ти часов сна, ежедневно в течение 2-3 менструальных циклов.

Полученные данные изображают графически. В норме кривая двухфазная. Нормальный менструальный цикл имеет хорошо различимые термические фазы: 1 – гипотермическую (ниже 37°C, которая соответствует фолликулярной фазе). 2 – гипертермическую (37,2.°C которая соответствует лютеиновой фазе). Температура повышается на 0,4-0,8°C во вторую фазу цикла под действием прогестерона. Следовательно, овуляция произошла, и образовалось желтое тело, которое и начало вырабатывать гормон прогестерон. Отсутствие подъема температуры во вторую фазу цикла или значительные размахи температуры как в первую, так и во вторую половину цикла с отсутствием стабильного подъема свидетельствуют об ановуляции (отсутствии овуляции – выхода зрелой яйцеклетки в брюшную полость).

2. Исследование шеечной слизи.

Метод основан на том, что в течение нормального менструального цикла физико-химические свойства слизи подвержены характерным изменениям. Количество секрета колеблется от 60-90 мг/сутки в раннюю фолликулиновую фазу, до 600-700 мг/сутки в период овуляции. Количество слизистого секрета зависит в основном от эстрогенной насыщенности организма. Наименьшее количество секрета наблюдается перед менструацией, наибольшее - в период овуляции. К моменту овуляции увеличивается активность ферментов слизи и появляется ее текучесть, что связано с уменьшением вязкости слизи.

Симптом «зрачка».

Основан на изменении количества и вязкости слизи в цервикальном канале под действием гормонов. При осмотре шейки матки в зеркалах в момент овуляции наружный зев выглядит темным и напоминает зрачок. При эрозии, эндоцервиците, деформации шейки матки тест не характерен. Оценку производят по трехбалльной системе: небольшая точка или полоса – 1 балл(+), 0,2 – 0,25 см – 2 балла(++), 0,3 – 0,35 см – 3 балла(+++). После произошедшей овуляции с уменьшением секреции эстрогенов симптом «зрачка» постепенно ослабевает и исчезает к 20-23 дню менструального

цикла. Слабовыраженный феномен «зрачка» в течение менструального цикла свидетельствует о гипоэстрогении, сохранение его в течение цикла на высоком уровне – о гиперэстрогении.

Натяжение шеечной слизи.

Слизь забирают пинцетом, который вводят в канал шейки матки. Натяжение определяется при осторожном разведении браншей пинцета после его извлечения. Длину слизистой нити измеряют в сантиметрах и оценивают по трехбалльной системе: до 6 см - 1 балл (+), 8-10 см - 2 балла (++) , более 12 см - 3 балла(+++) максимальная длина нити бывает в период овуляции. Метод основан на уменьшении вязкости и появлении текучести в зависимости от эстрогенной вязкости слизи и появлении текучести в зависимости от эстрогенной насыщенности организма.

Симптом «папоротника»

Основан на способности шеечной слизи при высушивании подвергаться кристаллизации, интенсивность которой изменяется во время менструального цикла и зависит от гормональной активности яичника.

Материал забирают анатомическим пинцетом, который вводят в канал шейки матки на глубину 0,5 см. Полученную каплю, слизи переносят на предметное стекло и высушивают. Оценку производят под микроскопом при увеличении в 10 раз по трехбалльной системе: Мелкие кристаллы с нечетким рисунком в виде отдельных стеблей – 1 балл(+), четко выраженный лист с ясным рисунком - 2 балла(++), грубые кристаллы, складывающиеся в «листья папоротника», где ветви отходят под углом 90°С – 3 балла(+++). В фазу овуляции наблюдается выраженный симптом «папоротника», в лютеиновую фазу цикла симптом постепенно исчезает, перед менструацией кристаллизация слизи отсутствует – 0 баллов(-).

Инструментальные методы исследования.

Биопсия эндометрия.

Материал для исследования рекомендуется брать на 21-24 день цикла путем вакуум аспирации или методом выскабливания полости матки. Полученный соскоб фиксируют и отправляют на гистологическое исследование. При появлении кровотечения в климактерическом периоде забор материала, производится вне зависимости от фазы менструального цикла. В постменопаузе при появлении кровянистых выделений производится раздельное диагностическое выскабливание полости матки.

Биопсия шейки матки

Производится при подозрении на предраковые и злокачественные процессы шейки матки после предварительной кольпоскопии.

Биопсия шейки матки заключается в иссечении скальпелем клиновидного участка, включающего как всю измененную, так и неизменную ткань при патологических процессах шейки матки, влагалища, вульвы и наружных половых органов. В асептических условиях шейка матки обнажается при помощи зеркал, на обе стороны участка, подлежащего удалению, накладывают пулевые щипцы. Скальпелем клиновидно иссекают кусочек ткани с последующим наложением рассасывающегося шва на рану.

Полученный материал помещают в контейнер с 10% раствором формалина и направляют в лабораторию. Ткань для исследования можно также получить при конусовидной диатермоэксцизии, эксцизии с помощью - лазера или радионож. В онкостационаре конхотомом производится биопсия шейки матки, если визуально видны экзофитные разрастания в виде «цветной капусты».

Проба с пулевыми щипцами:

К этому методу прибегают в тех случаях, когда в брюшной полости обнаруживают подвижную опухоль и необходимо уточнить связь опухоли с половыми органами. В асептических условиях обнажают шейку матки и на переднюю губу накладывают щипцы. После чего удаляют зеркала и во влагалище вводят указательный и средний пальцы, а левой рукой через переднюю брюшную стенку отодвигают кверху нижний полюс опухоли. Одновременно помощник потягивает за пулевые щипцы, смещая матку книзу. При этом ножка опухоли, исходящей из половых органов, становится более доступной для пальпации.

Если опухоль исходит из половых органов, то щипцы при перемещении опухоли втягиваются во влагалище, причем при опухоли матки перемещение щипцов выражено больше, чем при опухоли придатков. Если опухоль исходит из других органов брюшной полости, щипцы не изменяют своего положения.

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки применяется в гинекологической практике для выяснения состояния эндометрия и слизистой цервикального канала и является одним из видов биопсии. Его производят при маточном кровотечении, вызывающем подозрение на злокачественную опухоль, при подозрении на остатки плодного яйца, плацентарный полип, гиперплазию и полипоз эндометрия, а также для определения причины нарушения менструального цикла.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Показания: подозрение на прервавшуюся внематочную беременность, апоплексию яичника, наличие свободной жидкости в полости малого таза, воспалительные заболевания, сопровождающиеся образованием экссудата в Дугласовом пространстве. Производится в стационаре, врачом. Подготовка: перед операцией опорожнить мочевой пузырь и кишечник. Пункцию производят иглой длиной 10-12 см, надетой на 10 – миллиметровый шприц.

Гистероскопия – метод визуального осмотра внутренней поверхности матки с помощью гистероскопа. Существует диагностическая и оперативная гистероскопия. Гистероскопия может служить для диагностики внутриматочной патологии, а также для операционных вмешательств в полость матки. Гистероскопия – оперативное вмешательство, проводимое в зависимости от показаний в стационаре. В плановом порядке необходимо полное обследование женщины в женской консультации: клинический анализ крови; кровь на сахар; гемостазиограмма; биохимия крови; ЭКГ;

заключение терапевта; группа крови, Rh- фактор; кровь на RW, СПИД, гепатиты; мазок на флору. Гистероскопия выполняется с отдельно – диагностическим выскабливанием.

Подготовка больных к гистероскопии:

1. Подготовка желудочно – кишечного тракта (накануне поставить очистительную клизму). Исследование проводят натощак.
2. Бритье наружных половых органов.
3. Опорожнение мочевого пузыря перед исследованием.
4. Время проведения диагностической гистероскопии- чаще на 5-7 день менструального цикла. При кровотечении, в период перименопаузы и постменопаузы, время проведения не имеет значения.

Показания: нарушения менструального цикла, кровянистые выделения в постменопаузе, подозрения на следующие заболевания: подслизистая миома матки, аденомиоз, рак эндометрия, аномалии развития матки, внутриматочные синехии, остатки плодного яйца в полости матки, инородное тело в полости матки, перфорацию стенок матки, а также уточнение места расположения внутриматочной спирали, бесплодие, невынашивание беременности, осложненное течение послеродового периода, контрольное обследование полости матки после операций на матке.

Противопоказания: инфекционные заболевания, острые воспалительные заболевания половых органов, тяжелые заболевания сердечно – сосудистой системы, печени, почек, органов дыхания, эндокринной системы в стадии декомпенсации, 3-4 степень чистоты влагалища, маточные кровотечения, беременность, стеноз шейки матки, распространенный рак шейки матки.

Обезболивание: оптимальный вариант обезболивания – внутривенный наркоз. Допустимо использование масочного наркоза закисью азота.

Рентгенологические методы исследования в гинекологии

Гистеросальпингография – это контрастное изображение полости матки и маточных труб с помощью рентгенографии.

Показания к проведению гистеросальпингографии: пороки развития матки, аденомиоз, полипы эндометрия, рак эндометрия, внутриматочные синехии, рубец на матке, бесплодие – для определения проходимости маточных труб. Время проведения исследования: 5-7 день менструального цикла. В настоящее время применяют водорастворимые йодсодержащие неионные рентгеноконтрастные вещества.

Подготовка к исследованию: накануне вечером и утром – очистительная клизма, туалет наружных половых органов, перед началом процедуры – опорожнить мочевой пузырь, за 2 часа до процедуры – ввести спазмолитики и седативные препараты. Необходимым условием проведения исследования является 1-2 степень чистоты влагалища. При 3-4 степени чистоты влагалища – санация влагалища. Исследование проводят в оборудованном рентгеновском кабинете, лучше под мониторным контролем. Пациентка находится на рентгеновском столе с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

Инструментарий и материалы: ложкообразные зеркала, пулевые щипцы, канюля или специальный наконечник, шприц 10мл, водорастворимое контрастное вещество, 70% спирт, корнцанг, ватные тампоны.

Методика: после обработки наружных половых органов и влагалища спиртом шейку матки фиксируют пулевыми щипцами, в цервикальный канал помещают канюлю и через нее постепенно вводят 10-20 мл контрастного вещества. Сначала вводят небольшое его количество, для заполнения полости матки и производят рентгеновский снимок, затем вводят еще 5-7 мл для контрастирования маточных труб, и вновь делают рентгенограмму. При отсутствии или неполноценном изображении труб на снимке вводят дополнительную порцию контрастного вещества. Отсроченную рентгенограмму выполняют пациенткам с бесплодием для оценки распределения контраста в малом тазу.

Маммография – рентгенография молочных желез без применения контрастных веществ. У женщин репродуктивного возраста маммография выполняется в первую фазу менструального цикла, у женщин в постменопаузе – в любой день цикла. Маммография является лучшим и недорогим методом визуализации молочных желез. Она позволяет исключить анатомические изменения в них, наличие опухоли, а также оценить состояние железистой и фиброзной ткани.

Показания: подозрение на опухоль молочной железы по данным физикального обследования и клиники; скрининговое обследование женщин 1 раз в год - после 40 лет; рак молочной железы. Противопоказаний нет. При беременности необходимо использовать свинцовый фартук.

Методика: рентгеновский снимок при скрининге выполняется в косо́й проекции, при подозрении на опухоль – в косо́й и боковой проекциях с направлением пучка излучения под углом 45° для первой и второй проекций. При подозрении на рак молочной железы во время укладки. При подозрении на рак молочной железы для оценки степени распространения процесса выполняют рентгенографию мягких тканей подмышечных областей.

Ультразвуковое исследование в гинекологии.

Ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) является неинвазивным инструментальным методом исследования. Метод доступен и высокоэффективен, играет ведущую роль в комплексе диагностических методов.

Метод основан на том, что разные ткани имеют различную эхоплотность, поэтому в разной степени поглощают и отражают ультразвуковые волны. При патологии изменяется толщина, структура и консистенция ткани. Это позволяет получать четкие представления о характере изменений.

Существует 2 подхода при УЗИ исследовании малого таза:

1. Трансабдоминальный - через переднюю брюшную стенку при наполненном мочевом пузыре.

Подготовка: за 1 – 1,5 часа до исследования необходимо выпить 800 – 1000 мл жидкости и не мочиться до УЗИ, не рекомендуются соки, молоко,

газированная вода. За 2 – 3 дня до УЗИ нельзя употреблять в пищу продукты, вызывающие газообразование (виноград, квашеная капуста и т. д.). В это время следует принимать активированный уголь. Взять с собой пеленку и полотенце.

2. Трансвагинальный - используется влагалищный датчик.

Подготовка: туалет наружных половых органов, взять с собой пеленку и 2 презерватива, исследование проводится при опорожненном мочевом пузыре. В последние годы получило признание трансвагинальное УЗИ с использованием контрастного вещества - гидросонография, ультрасоногистерография. Гидросонография позволяет провести дифференциальную диагностику полипов и гиперплазии эндометрия, полипов и субмукозных узлов миомы матки, четко определить локализацию и уточнить размеры внутриматочных образований.

Развиваются перспективные направления. Обеспечивающие более точную диагностику патологии матки - внутриматочная ультрасонография и трехмерная эхография. Для определения функционального состояния органов малого таза используют метод ультразвуковой доплерометрии. Допплерография позволяет объективно оценить степень гемодинамических нарушений в артериях, кровоснабжающих матку при различных гинекологических заболеваниях. Широко используется в акушерстве как основной скрининговый метод диагностики состояния развивающегося плода в матке в различные сроки беременности.

Компьютерная томография

Метод компьютерной томографии (КТ) был разработан А. Хаунсфилдом в 1968 г. Метод основан на свойстве различных тканей организма человека при попадании тонкого луча рентгеновского излучения с различных направлений поглощать эти лучи в различной степени.

Поскольку разные ткани и органы человека имеют различные значения коэффициента поглощения, то по соотношению этих коэффициентов для нормальных и патологических тканей можно судить о наличии патологического процесса. Разработан коэффициент абсорбции для каждого органа и ткани в норме и при патологии, которые измеряется в единицах Хаунсфилда. Минимальная величина патологического очага, определяемого с помощью КТ, составляет 0,5 -1 см. Метод широко используется в онкогинекологии и общей онкологии

Контрольные вопросы:

1. Неинвазивные методы исследования в акушерстве, общая характеристика
2. Инвазивные методы исследования в акушерстве, общая характеристика
3. Определение уровня альфа – фетопротеина
4. УЗИ диагностика в акушерстве
5. Кардиотокография – общая характеристика, методика проведения

6. Биопсия хориона, общая характеристика, показания, противопоказания
7. Амниоскопия, общая характеристика, показания, противопоказания
8. Амниоцентез, общая характеристика, показания
9. Кордоцентез, общая характеристика
10. Специальные методы исследования в гинекологии
11. Осмотр наружных половых органов
12. Исследование с помощью влагалищных зеркал
13. Влагалищное исследование
14. Бактериоскопическое исследование мазков из урогенитального тракта
15. Тесты функциональной диагностики, общая характеристика
16. Инструментальные методы исследования в гинекологии, общая характеристика
17. Рентгенологические методы исследования в гинекологии
18. Ультразвуковое исследование в гинекологии
19. Компьютерная томография в гинекологии

Основная литература:

1. Акушерство. Курс лекций / Под ред. А.Н. Стрижакова. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408551.html>

Дополнительная литература:

1. Широкова Н.В. Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] / Широкова Н.В., 2013
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424865.html>

Лекция № 4.

Тема: Основные синдромы в акушерстве и гинекологии, принципы диагностики и лечения.

План:

1. Основные синдромы в акушерстве и гинекологии.
2. Синдром белей – этиология, клинические симптомы, диагностика, принципы лечения;
3. Синдром тазовых болей у женщин – принципы диагностики и лечения;
4. Синдром бесплодия – классификация, этиология, принципы диагностики и лечения;
5. Синдром аменореи - этиология, принципы диагностики и лечения;
6. Синдром кровотечений из половых органов - этиология, принципы диагностики и лечения.

1. Основные синдромы в акушерстве и гинекологии.

Учитывая специфику постановки сестринского диагноза, выделяют основные синдромы, встречающиеся в акушерстве и гинекологии, и мы представим алгоритмы диагностического поиска и принципы синдромной терапии. К основным синдромам в акушерстве и гинекологии относятся:

1. синдром белей – этиология, клинические симптомы, диагностика, принципы лечения;
2. синдром тазовых болей у женщин – принципы диагностики и лечения;
3. синдром бесплодия – классификация, этиология, принципы диагностики и лечения;
4. синдром аменореи - этиология, принципы диагностики и лечения;
5. синдром кровотечений из половых органов - этиология, принципы диагностики и лечения.

2. Синдром белей

Бели — это общий симптом, характеризующийся патологическими выделениями из половых путей женщины. Они наблюдаются у 1/3 больных. Различают вульварные бели - продуцируемые слизистой оболочкой преддверия влагалища, влагалищные, маточные, трубные, шейные выделения.

Причины белей: могут быть выявлены при сборе анамнеза и физикальном обследовании. К ним можно отнести: воспалительные и инфекционные заболевания наружных и внутренних половых органов, включая сексуально-трансмиссионные заболевания; эндокринные заболевания; последствия массивной антибиотикотерапии: частые спринцевания и влагалищные души; внутриматочная контрацепция; фоновые заболевания и последствия травматических повреждений шейки матки; злокачественные новообразования женских половых органов; влияние неблагоприятных факторов окружающей среды; урогенитальные и кишечно-влагалищные свищи и т. д.

Симптомы: повышенное количество выделений из половых путей, часто сопровождающееся неприятным запахом.

Диагностика. Для правильной оценки характера выделений необходимо собрать анамнез, произвести тщательное объективное обследование, выполнить определенные лабораторные исследования. Важно знать физиологические и патофизиологические механизмы появления выделений. В большинстве случаев на основании простых диагностических мероприятий можно поставить точный I диагноз.

Анамнез. При сборе анамнеза следует обратить внимание на возраст больной, соматические заболевания, связь белей с характером половой жизни, сопутствующие симптомы, методы контрацепции, особенности личной гигиены. Сведения о ранее наблюдавшихся выделениях из влагалища

и их лечении также имеют определенное значение и могут свидетельствовать о предшествующей неправильной диагностике, неадекватном лечении, невнимании больной к своему состоянию или новом заболевании.

Объективное обследование в данной ситуации лучше всего производить в период наиболее выраженных выделений без предварительного подмывания половых органов и лечения выделений, а также не ранее чем через 3 недели после приема антибактериальных препаратов. Помимо осмотра внутренних поверхностей бедер (наличие воспалительных изменений, отека, эскориаций, изъязвлений), осмотра устья уретры и выводных протоков больших желез преддверия влагалища, общепринятого бимануального и ректального исследования следует особое внимание обратить на осмотр наружных половых органов.

Клинико-лабораторная диагностика патологических выделений обязательно должна включать: смыв и мазок содержимого влагалища на трихомонады; грам-мазок на гонококки и грибы; исследования на хламидиоз, микоплазмоз.

Кроме того, по показаниям проводятся бактериологическое исследование нативного материала (посевы в аэробных и анаэробных условиях); газожидкостная хроматография; диагностика вирусных инфекций (герпетической, папилломавирусной); биопсия (при новообразованиях); серологические исследования (для диагностики сифилиса, герпетических поражений, венерических лимфогранулем).

Принципы лечения: тщательная оценка, точная диагностика и своевременное адекватное начало лечения являются гарантией высококачественной и эффективной медицинской помощи. Лечение выделений из влагалища должно быть строго индивидуальным и учитывать возраст пациентки.

Антибактериальная терапия. Проводится исключительно при установленной инфекционной этиологии заболевания и включает применение оральных или парентеральных и местнодействующих препаратов (антибиотики, метронидазол, тинидазол, зоверакс и др.). Точная этиологическая диагностика способствует выбору антибиотиков соответствующего спектра действия. При бактериальном вагинозе (дисбактериозе влагалища) парентеральный или оральный прием антибиотиков нецелесообразен.

Десенсибилизирующие препараты (димедрол, пипольфен, хлористый кальций).

Местнодействующие противовоспалительные средства (полижинакс, пимафуцин, клотримазол, бонафтон, спринцевания с раствором фурацилина 0,02%, тампоны с 2% масляным раствором хлорфиллипта и др.).

Создание оптимально приближенных к норме условий внутренней среды во влагалище путем повышения кислотности (инстилляций слабыми растворами молочной или борной кислоты).

Гормональная терапия (местного и общего действия) у лиц пожилого возраста (овестин, фторокорт, лоринден и т. д.).

Применение лекарственных трав (влагалищные орошения, сидячие ванночки: отвар ромашки (10 г на 1 л), настой листа шалфея (14 г на 1 л), отвар эвкалиптового листа (6 г на 1 л)).

Физиотерапевтические процедуры при упорных хронических заболеваниях (местная дарсонвализация, электрофорез цинка или йода, УВЧ-терапия, лечение микроволнами сантиметрового — СМ В и дециметрового — ДМВ диапазона с помощью вагинального излучателя и др.).

Восстановление нормальной микрофлоры влагалища путем местного применения биологических бактериальных препаратов (эубиотиков).

Общеукрепляющее лечение (аутогемотерапия, гамма-глобулин, элеутерококк и др.), витаминотерапия (С, Е, А, В_р В₆).

Обязательное лечение половых партнеров при инфекционно-воспалительных заболеваниях, передающихся половым путем. На период лечения рекомендуется половое воздержание.

3. Синдром тазовых болей у женщин

Тазовые боли — боли, ощущаемые женщиной в нижней части живота, выше и медиальнее паховых связок, в надлобковой области и/или промежности.

Синдром болей в области таза у женщин по их этиологическому принципу может быть обусловлен гинекологической патологией (инфекционно-воспалительные заболевания внутренних гениталий, доброкачественные и злокачественные новообразования женских половых органов, эндометриоз, дисменорея, овуляторный синдром, овариоварикоцеле, рубцово-спаечный процесс в малом тазу, дефект связочного аппарата, апоплексия яичника) и акушерскими осложнениями (внематочная беременность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, самопроизвольный выкидыш, разрыв матки, дискоординированная родовая деятельность и т. д.).

Тазовые боли могут иметь и экстрагенитальное происхождение, возникая в области желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, брюшины, позвоночника. Боли могут быть следствием иррадиации из других областей тела или сами иррадиировать в эти области.

Принципы диагностики. Боль оценивают с точки зрения ее интенсивности, локализации, длительности, времени возникновения и иррадиации.

При сборе анамнеза обязательно устанавливается связь болевого синдрома с фазами менструального цикла, особенностями половой жизни, применением внутриматочной контрацепции, перенесенными заболеваниями и осложнениями беременности, наличием или отсутствием каких-либо выделений из половых путей и признаков беременности.

Физикальное обследование позволяет уточнить наличие или отсутствие внутреннего кровотечения, стадии геморрагического шока, исключить симптомы раздражения брюшины, связанные с аппендицитом, кишечной непроходимостью, панкреатитом, холециститом и т. д. С этой целью

необходимо обращать внимание на общее состояние больной, ее положение, цвет кожных покровов, температуру, частоту дыхания, пульса, артериальное давление, произвести пальпацию, аускультацию и перкуссию живота.

При влагалищном исследовании проводится топическая диагностика источника болевого синдрома, выявляются патологические отклонения от нормы со стороны женских половых органов. В случае беременности следует установить ее срок, состояние внутриутробного плода, характер родовой деятельности и степень раскрытия шейки матки.

Во всех ситуациях выраженного болевого синдрома больную необходимо госпитализировать в стационар, где есть возможность круглосуточно развернуть операционную. Следует провести полный объем лабораторных, в том числе и биохимических исследований. Кроме того, по показаниям выполняется эхография органов таза, пункция заднего свода влагалища, ирригоскопия, внутривенная урография, диагностическая лапароскопия, фетальный мониторинг, гистерография, гистероскопия, и больная консультируется с хирургом, терапевтом, урологом.

Принципы лечения синдрома тазовых болей зависят от характера причины, которая их вызвала, и требуют индивидуального подхода к больной, в зависимости от сложившейся ситуации.

При выявлении клиники метроэндометрия, аднексита, параметрита и пельвиоперитонита назначается комплексное противовоспалительное лечение, дезинтоксикационная инфузионная терапия, удаляется внутриматочная спираль. Разрыв тубоовариального абсцесса, развитие инфекционно-токсического шока, разлитого перитонита и абсцесс бартолиновой железы требуют срочного оперативного лечения в условиях септикологического гинекологического отделения.

Если болевой синдром сопровождается одновременно клиникой внутреннего кровотечения, то это свидетельствует о разрыве трубы при внематочной беременности, разрыве яичника при апоплексии или опухоли яичника. В такой ситуации показана срочная лапароскопия и параллельно проводится борьба с геморрагическим шоком.

Болевую форму апоплексии яичника без клинических признаков нарастающего внутреннего кровотечения можно лечить консервативно под круглосуточным наблюдением дежурного персонала. В этом случае назначают покой, холод на низ живота и препараты гемостатического действия: 12.5% раствор этамзилата (дицинона) по 2 мл 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно: 0,025% раствор адроксона по 1 мл в сутки подкожно или внутримышечно: витамины. 10% раствор кальция хлорида по 10 мл внутривенно.

Некроз фиброматозного узла, перекрут ножки узла или опухоли яичника, рождающийся субмукозный узел тоже являются срочным показанием к оперативному лечению.

Синдром тазовых болей, возникающий во время каждой менструации (альгодисменорея), купируется назначением спазмолитиков, нестероидных противовоспалительных анальгетиков (анальгин, аспирин и др.),

ингибиторов синтеза простагландинов (ибупрофен, индометацин и др.). После выяснения этиопатогенеза альгодисменореи подключается гормональное лечение, рассасывающая терапия, иглорефлексотерапия, гомеопатические средства, физиотерапевтические процедуры.

Болевой синдром во время беременности требует срочной госпитализации и проведения дифференциальной диагностики между невынашиванием и преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

В последнем случае показано срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения. При клинике угрожающего и начавшегося прерывания маточной беременности назначается срочный постельный режим, спазмолитики, токолитики (магния сульфат, алуцент, партусистен, гинепрал), седативные препараты, а до 14—16 недель беременности — туринад, прогестерон или хорионический гонадотропин.

Чрезмерно сильные боли в процессе родового акта могут привести к развитию болевого шока, а так как они обусловлены дискоординированной родовой деятельностью или угрозой разрыва матки, то всегда решается вопрос в пользу производства операции кесарева сечения под интубационным наркозом.

4. Синдром бесплодия

Бесплодие - неспособность зрелого организма производить потомство.

По определению ВОЗ, бесплодным считается тот брак, в котором у жены в течение одного года не возникает беременностей при регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции, при условии, что супруги находятся в детородном возрасте.

Бездетный брак помимо бесплодия супругов включает также и отсутствие детей в связи с невынашиванием и мертворождением.

В сугубо социальном плане бесплодие, как и бездетность, обуславливают общее снижение рождаемости в стране, уменьшение народонаселения и трудовых резервов.

Социально-психологический аспект данной проблемы выражается в душевных переживаниях супругов, психосексуальных расстройствах, семейных конфликтах, антисоциальном поведении, развитии комплекса неполноценности. Немалый процент дисгармонии браков и полного их расторжения связан с отсутствием детей.

Биологическая сторона бездетного брака заключается в преждевременном старении организма, повышенной заболеваемости, увеличении онкопатологии. В медико-генетическом отношении проблема бесплодия также заслуживает большого внимания, так как ряд причинных факторов бесплодия генетически закрепляется в рождающемся поколении, не исключается также увеличение частоты наследственной патологии в процессе лечения бесплодия и невынашивания беременности.

При частоте бесплодных браков, достигающей 12—18%, эта проблема приобретает важное государственное значение. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодных браков. Различают мужское бесплодие, женское, смешанное и неясного генеза, или «необъяснимое» бесплодие.

Классификация женского бесплодия:

Первичное бесплодие характеризуется отсутствием беременности в течение 1—2 лет с начала половой жизни.

Вторичное — характеризуется отсутствием беременности при регулярной половой жизни без применения противозачаточных средств после одной или нескольких беременностей (включая внематочную), окончившихся родами, абортom или оперативным вмешательством.

Абсолютное — возможность беременности полностью исклю- [чена в связи с крайней степенью гипоплазии или отсутствием матки, яичников, маточных труб, аномалиями развития половых органов» и др.

Относительное — беременность возможна при устранении причин, вызвавших бесплодие (лечение воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструального цикла и др.).

Выделяют следующие основные формы женского бесплодия:

1. Трубно-перитонеальное.
Приблизительно у 60—70% женщин, страдающих бесплодием, наблюдается патология маточных труб или спаечный процесс в области малого таза. Чаще всего бесплодие развивается в результате воспаления маточных труб (гонококковые, хламидийные, микоплазменные, бактериоидные и другие сальпингиты, туберкулез половых органов). После перенесенного сальпингоофорита главным образом нарушается транспортная функция маточных труб с последующим развитием бесплодия. Кроме этого, трубное бесплодие может быть обусловлено анатомо-функциональными изменениями (врожденные аномалии, генитальный эндометриоз).
2. Эндокринное бесплодие. Эта форма бесплодия является собирательным понятием, поскольку речь идет о многих эндокринных заболеваниях, имеющих различные причины, патогенез и клиническую картину. Для эндокринного бесплодия характерны расстройства функций в системе гипоталамус — гипофиз — яичники, а также изменения в сопряженных эндокринных железах (щитовидной, надпочечниках), приводящие к нарушению процесса овуляции.

Мужские факторы бесплодия в браке: патология семенной жидкости; врожденные аномалии; инфекция придаточных пазух; варикоцеле; эндокринные причины; психосексуальные расстройства.

Сочетанное бесплодие может быть вызвано иммунологическими факторами, урогенитальной инфекцией, психосексуальными расстройствами и факторами неясного генеза.

Диагностика бесплодия: в условиях специализированного амбулаторного приема осуществляется первый этап обследования супружеской пары. На этом этапе следует проводить: снимок турецкого седла с описанием; консультацию окулиста (поля зрения); сахарную кривую; анализ суточного количества мочи на содержание 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов; цитологию влагалищных мазков в течение 2 мес. (8 мазков); измерение ректальной температуры в течение 2—3 мес.; консультацию эндокринолога; спермограмму мужа; гистеросальпингографию (через 3—10 дней после окончания менструации); кимографическую пертубацию (в середине менструального цикла).

Второй этап обследования проводится в гинекологических отделениях стационаров, оснащенных лапароскопами и гистероскопами, имеющих возможности гистологического исследования биоптатов эндометрия и яичников, брюшины и маточных труб, а также проведения гормональных исследований.

5. Синдром аменореи

Аменорея — отсутствие менструации у женщин, достигших 16—18 лет (первичная аменорея), или прекращение ранее бывших менструаций на 6 и более месяцев (вторичная аменорея).

Первичная аменорея чаще всего обусловлена дисгенезией гонад (синдром Шерешевского-Тернера), синдромом Свайера, тестикулярной феминизацией, врожденным андреногенитальным синдромом, гипогонадотропным гипогонадизмом, врожденным отсутствием матки и т. д.

Вторичная аменорея является симптомом нейро-обменно-эндокринных синдромов, синдрома персистирующей аменореи-галактореи, синдрома поликистозных и резистентных яичников, синдрома истощения яичников, психических травм, образования кист в полости матки, опухолей гипофиза, надпочечника, гипотиреоза и т. д. Физиологическая аменорея связана с препубертатным возрастом, с периодом беременности, лактации и менопаузы.

Ложная аменорея развивается у больных с анатомическими дефектами (заращение девственной плевы, атрезия цервикального канала и т. д.).

Принципы диагностики: для выяснения причины развития аменореи возможно осуществить полное обследование больной в амбулаторных условиях, и только в отдельных случаях на завершающих этапах показана госпитализация в специализированные отделения гинекологической эндокринологии. Большое внимание следует уделить росту, телосложению больной, характеру отложения жира в подкожной клетчатке, степени вирилизации, данным бимануального исследования. Из дополнительных методов обследования определяют кариотип, гормональный профиль, делают рентгеновский снимок черепа, турецкого седла, ЭКГ, эхографию органов малого таза и надпочечника, осматривают глазное дно и поля зрения, исследуют функцию щитовидной железы, надпочечников, исключают туберкулез и сахарный диабет, проводят биопсию гонад путем

диагностической лапароскопии. Кроме того, больная нуждается в консультации смежных специалистов: генетика, эндокринолога, терапевта, невропатолога, окулиста, фтизиатра и психиатра.

Принципы лечения: при первичной аменорее в случае отсутствия вторичных половых признаков следует начинать лечение эстрогенными гормонами в течение 2—4 месяцев, затем в течение 5—6 месяцев назначается циклическая гормональная терапия (эстрогены + прогестерон). В последующем больная должна получать трехмесячные курсы циклической гормональной терапии 2 раза в год. Хирургическому лечению подлежат больные с первичной аменореей, у которых обнаружен кариотип 46, ХУ, атрезией и аплазией влагалища, значительной гипертрофией клитора. После хирургической коррекции больным также проводится гормональное лечение. Во всех случаях лечение следует начинать с психотерапии, оно должно быть комплексным этиологически и патогенетически обусловленным.

При вторичной аменорее первый этап лечения должен быть направлен на регуляцию массы тела, нормализацию психоэмоциональной сферы, ликвидацию нейро-обменно-эндокринных нарушений, улучшение мозговой гемодинамики. На втором этапе лечения предусматривается коррекция нарушений в сложной системе гипофиз—яичник—надпочечники—щитовидная железа с использованием различных вариантов гормональной терапии. На третьем этапе показана при необходимости терапия, направленная на стимуляцию овуляции с целью восстановления репродуктивной функции. Хирургическое лечение показано при синдроме поликистозных яичников, опухолях гипофиза и надпочечника, еинехиях полости матки.

Следует подчеркнуть, что больные с аменореей страдают комплексом неполноценности, часто впадают в депрессию, испытывают моральные травмы в связи с конфликтами в семье и бесплодием в браке. Все это требует от академической сестры с высшим образованием углубленного изучения проблем пациентки и их решения с помощью психотерапевтов и психологов.

6. Синдром кровотечений из половых органов

Кровотечения из половых путей являются частым симптомом многих гинекологических заболеваний, осложнений беременности и родов. Очень часто они сопровождаются болевым синдромом и постгеморрагической анемией, что приводит к потере трудоспособности, а иногда заканчивается летальным исходом.

Причины кровотечений можно условно разделить на две группы:

1. Кровотечения, не связанные с беременностью.

Они могут быть органического и функционального характера. Органический характер кровотечений обусловлен травматическим повреждением, полипами и эрозиями шейки матки, эндометриозом, миомой матки, гиперпластическими процессами эндометрия, воспалительными заболеваниями, раком шейки матки и тела матки, хориоэпителиомой. Дисфункциональные маточные кровотечения

связаны с нарушениями в системе гипоталамус—гипофиз.— яичник, чаще возникают в период полового созревания и в перименопаузальном возрасте.

Соматические заболевания, сопровождающиеся нарушениями системы гемостаза, также могут вызвать маточные кровотечения, что требует проведения полноценного дифференциального диагноза.

2. Кровотечения в связи с беременностью, родами и послеродовым периодом.

Здесь уместно вспомнить, что физиологическая беременность никогда не сопровождается кровотечением из половых путей, которое в норме возникает только после рождения последа и не должно превышать 200—250 мл. В связи с этим появление любого кровотечения из половых путей во время беременности и в родах является «сигналом тревоги» и диктует необходимость немедленной госпитализации для выяснения его причины. Чаще всего это кровотечение связано с внематочной беременностью, пузырьным заносом, самопроизвольным выкидышем, криминальным абортom, перфорацией матки во время искусственного аборта, предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

В родах кровотечение может возникнуть из-за разрыва матки и мягких родовых путей, патологии прикрепления и отделения последа, гипотонии матки, нарушения системы гемостаза.

В послеродовом и послеабортном периодах кровотечение обусловлено остатками тканей плодного яйца или плаценты, субинволюцией матки, метрэндометритом, гематометрой.

Принципы диагностики. В гинекологической практике для выяснения причины, вызвавшей кровотечение из половых путей, необходимо обратить внимание на характер менструальной функции, акушерский анамнез, тщательно осмотреть в зеркалах влагалище и шейку матки, определить источник кровотечения. Из дополнительных методов диагностики показана кольпоскопия, биопсия шейки матки, диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, возможно под контролем гистероскопа, пункция заднего свода, эхография органов малого таза, общий анализ крови, исследование системы гемостаза и функции печени, проведение тестов функциональной диагностики, определение уровня гормонов в крови.

В акушерской практике производится фетальный мониторинг, ультразвуковое исследование с целью уточнения локализации плаценты и наличия ретроплацентарной гематомы. В родах тщательно осматриваются родовые пути, производится ручное отделение последа и ручное обследование полости матки, обязательным является исследование системы гемостаза (время свертывания, протромбин, фибриноген, тромбоциты, тромбоэластография, коагулограмма крови, тромбиновый тест, тромбиновое

время, спонтанный лизис сгустка, этаноловый тест, протаминеульфатный тест и т. д.).

В послеродовом и послеабортном периоде проводится эхография органов малого таза, диагностическое выскабливание полости матки, посев выделений из матки, общий анализ крови, а для диагностики перфорации матки — диагностическая лапароскопия.

Принципы лечения.

Если причиной кровотечения в гинекологической практике являются органические процессы, то это требует, как правило, выполнения радикальных операций — надвлагалищной ампутации или экстирпации матки. Иногда достаточно производства диатермотонизации или диатермокоагуляции шейки, полипэктомии, выскабливания полости матки или зашивания разрывов.

Дисфункциональные маточные кровотечения останавливаются хирургическим способом с помощью выскабливания полости матки. Этот метод особенно оправдан в перименопаузальном возрасте, т. к. позволяет одновременно с остановкой кровотечения исключить рак тела матки. При ювенильных кровотечениях проводится симптоматическая кровеостанавливающая терапия, назначаются утеротонические средства (окситоцин, питуитрин, метилэргометрия и др.), а при неэффективности используется метод гормонального гемостаза эстрогенами или синтетическими прогестинами.

На ранних сроках беременности маточные кровотечения являются показанием к производству выскабливания полости матки, а постановка диагноза внематочной беременности диктует необходимость выполнения срочной лапаротомии. Мажущие скудные выделения при предлежании плаценты дают право на пролонгирование беременности до срока жизнеспособности плода, но при строгом постельном режиме и постоянном наблюдении медперсонала. Появление более значительных выделений при предлежании плаценты и любого незначительного кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты на любом сроке беременности являются срочным показанием к производству операции кесарева сечения.

Кровотечение в I и II периоде родов, если оно не обусловлено разрывом шейки матки, является признаком неполного предлежания плаценты, разрыва матки или преждевременной отслойки плаценты, а в очень редких случаях связано с кровотечением из сосудов пуповины из-за разрыва оболочек при плевиевом прикреплении пуповины. Все вышеперечисленные ситуации требуют срочного оперативного родоразрешения в зависимости от акушерской ситуации (кесарево сечение, акушерские щипцы и т. д.).

При кровотечении в III и раннем послеродовом периоде необходимо срочно произвести операцию ручного отделения последа или ручного обследования полости матки, ушить разрывы шейки матки и влагалища, ввести утеротонические средства в вену. При безэффективности этих

операций выполняется лапаротомия и производится экстирпация матки с трубами. Если развивается ДВС- синдром, то дополнительно перевязываются подчревные артерии и назначаются препараты, корригирующие систему гемостаза (нативная и свежезамороженная плазма, взвесь эритроцитов, теплая донорская кровь, антигемофильная плазма, криопреципитат, фиброин, контрикал, горд оке, трасилол и т. д.).

Кровотечения в послеабортном и позднем послеродовом периоде требуют интенсивной антибактериальной терапии, производства операции выскабливания полости матки, а иногда и выполнения радикальных операций.

Во всех случаях кровотечения из половых путей необходимо проводить общеукрепляющую и антианемическую терапию, снять страх и вселить уверенность пациента в выздоровлении.

Контрольные вопросы:

9. Общая характеристика синдромов в акушерстве и гинекологии
10. Синдром белей – этиология.
11. Синдром белей – клинические симптомы, принципы диагностика.
12. Синдром белей – принципы лечения.
13. Синдром тазовых болей у женщин – принципы диагностики.
14. Синдром тазовых болей у женщин – принципы лечения.
15. Синдром бесплодия – классификация.
16. Синдром бесплодия – этиология.
17. Синдром бесплодия – принципы диагностики.
18. Синдром бесплодия – принципы лечения.
19. Синдром аменореи – этиология.
20. Синдром аменореи – принципы диагностики.
21. Синдром аменореи – принципы лечения.
22. Синдром кровотечений из половых органов - этиология, принципы диагностики.
23. Синдром кровотечений из половых органов – принципы лечения.

Основная литература:

1. Акушерство. Курс лекций / Под ред. А.Н. Стрижакова. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970408551.html>

Дополнительная литература:

2. Широкова Н.В. Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] / Широкова Н.В., 2013
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424865.html>

