

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

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
учебной дисциплины**

ОП. 14 ОСНОВЫ АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

специальность

34.02.02 МЕДИЦИНСКИЙ МАССАЖ

(для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)

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

2023

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

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

ТЕМА 1.

ВВЕДЕНИЕ. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ. СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО – ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1.

«ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ. СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ»

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

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

Акушерство неразрывно связано с гинекологией.

Гинекология — это наука о заболеваниях женских половых органов.

Т 1.1 Исторические аспекты развития акушерства и гинекологии, вклад отечественных и зарубежных ученых в развитие акушерства и гинекологии.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСТВА В РОССИИ

Акушерскую помощь в Древней Руси оказывали старейшие в семье женщины. В период феодализма развитие акушерства резко затормозилось, из-за гнета христианской и исламской религий. В России наука акушерства получила своё начало и развитие значительно позже, чем в других европейских странах. Первый акушер, о котором упоминается в летописях, был англичанин Якоб (при Иоанне Грозном), славившийся как "умеющий очень искусно лечить женские болезни".

Первым представителем научного акушерства в России был **П.З. Кандоиди** (1710-1760), по его предложению Сенат в 1754г. издал указ "О порядочном учреждении бабичьева дела в пользу общества". На основании указа основана первая школа «бабичьего дела» в Москве и Санкт-Петербурге, преподавательский состав состоял из профессора и его помощника - акушера.

Первыми преподавателями в повивальных школах были немцы **Иоганн Эрзамус** в Москве и **Андрей Линдеман** в Санкт-Петербурге, не владевшие русским языком и читавшие лекции при помощи переводчиков. В этих школах проходили подготовку женщины - повивальные бабки, акушерки. Основу обучения составлял только теоретический курс. Обучение было малоэффективным, так как в большинстве это были женщины, не имевшие

никаких медицинских знаний. За 20 лет Эрзамусом подготовлено всего 35 акушеров-повитух.

Нестор Максимович Максимович-Амбодик (1744-1812) - первый русский профессор повивального искусства, считается одним из основоположников научного акушерства. После окончания Петербургской госпитальной школы он направлен на медицинский факультет Страсбургского университета и в 1775 г. защитил докторскую диссертацию. Н.М. Максимович-Амбодик организовал преподавание бабичьего дела на русском языке и высоком для своего времени уровне: приобрел акушерский инструментарий, лекции сопровождал демонстрациями на фантоме и у постели рожениц. Он написал первое российское руководство по акушерству "Искусство повивания или наука о бабичьем деле" и одним из первых в России он применил акушерские щипцы.

Во второй половине XVIII столетия Москва и Петербург становятся центрами российской акушерской науки.

Вильгельм Михайлович Рихтер (1768-1822) с его деятельностью связано начало преподавания акушерства как отдельной дисциплины на медицинском факультете Московского университета. В 1786г. В.М. Рихтер направлен за границу (Берлинский и Геттингенский повивальные институты) для стажировки и защиты докторской диссертации с целью «приготовления себя к кафедре акушерства в Московском университете».

Слабым местом преподавания акушерства было то, что студентам преподавался только теоретический курс, так как не было клиник, а система обучения предусматривала практическую стажировку только после окончания университета.

Важным событием явилось открытие в 1846г. факультетских клиник Московского университета. Отныне клинический метод преподавания стал основой всего учебного процесса. Клиника предназначалась для 30 родильных коек. Первым директором клиники стал М.В. Рихтер (младший), а затем с 1851г. **Владимир Иванович Кох** (1820-1884), немец по происхождению, но первый из профессоров, кто стал читать лекции по акушерству на русском языке. Заслуга В.И. Коха заключается в том, что при нем изменился метод преподавания, стал практическим, носящим клинический характер. Студенты занимались на фантомах, допускались к производству элементарных акушерских приемов в родильной комнате, были обязаны приходить на ночные дежурства. Под руководством В.И. Коха защищено 4 докторских диссертации на русском языке (до этого они писались на немецком или латинском языках).

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГИНЕКОЛОГИИ В РОССИИ

Введение эфирного (1846) и хлороформного (1847) наркоза, начало профилактики родильной горячки (1847), а также развитие учения об антисептике и асептике открыли широкие возможности для акушерской и гинекологической практики. Все это вместе с достижениями в области морфологии и физиологии женского организма способствовало успешному

развитию гинекологии и выделению ее в середине XIX в. в самостоятельную медицинскую дисциплину.

В России первые гинекологические отделения были открыты в Петербурге (1842) и Москве (1875). Начало хирургическому направлению в российской гинекологии положил **Александр Александрович Китер** (1813-1879) - талантливый ученик Н.И.Пирогова. В течение 10 лет (1848-1858) А.А.Китер руководил кафедрой акушерства с учением о женских и детских болезнях в Петербургской медико-хирургической академии; он написал первый в России учебник по гинекологии "Руководство к изучению женских болезней" (1858) и произвел первую в стране успешную влагалищную операцию удаления матки, пораженной раком (1842).

Большой вклад в развитие оперативной гинекологии и оперативного акушерства внес **Антон Яковлевич Крассовский** (1821-1898). Он первым в России произвел успешные операции овариотомии (овариэктомия) и удаления матки и постоянно совершенствовал технику этих оперативных вмешательств, предложил оригинальную классификацию форм узкого таза, четко разделив понятия "анатомически узкий таз" и "клинически узкий таз", и разработал показания для наложения акушерских щипцов, ограничив их неоправданное применение при узком тазе.

На базе Петербургской медико-хирургической академии он впервые в России организовал широкую клиническую подготовку акушеров-гинекологов, ввел систему последипломного усовершенствования в этой области. Его "Курс практического акушерства" долгое время служил основным руководством для отечественных акушеров-гинекологов. А.Я. Крассовский организовал первое в России Петербургское акушерско-гинекологическое научное общество (1887) и первый в этой области "Журнал акушерства и женских болезней" (1887).

Владимир Федорович Снегирев (1847-1916) считается родоначальником научной гинекологии в России. В 1870г. он с отличием окончил медицинский факультет Московского университета, а в 1873г. состоялась публичная защита его докторской диссертации «К вопросу определения и лечения позадиматочного кровоизлияния». В этой работе впервые была поднята проблема диагностики и лечения крайне запутанного в то время заболевания - внематочной беременности.

По инициативе Снегирева гинекология впервые стала преподаваться как самостоятельная дисциплина. По его же инициативе была открыта первая гинекологическая клиника (1889) и гинекологический институт для усовершенствования врачей (1896), руководителем которого Снегирев состоял до конца жизни. Из многочисленных трудов Снегирева основные посвящены вопросам маточных кровотечений, овариотомий, операций фибромы, перевязки маточных артерий и др.

Снегирев был блестящим хирургом, он предложил ряд новых операций и оперативных приемов и вместе с этим уделял большое внимание консервативным методам лечения женских болезней. Для Снегирева и его

школы характерно изучение целостного организма женщины и его связи с окружающей средой, а не только отдельных заболеваний половой сферы.

1900 г. – Русский акушер профессор Центрального научно-исследовательского института акушерства и гинекологии в Ленинграде Василий Строганов предложил использовать хлороформ и в дальнейшем разработал классический метод консервативного лечения эклампсии. Метод Строганова признан во многих странах мира, что позволило снизить летальность от эклампсии в 5 раз.

Каким же медицинским арсеналом владели врачи того времени и какую помощь они оказывали беременным и роженицам?

Георгий Андреевич Соловьев (автор известного «индекса Соловьева»), на основании изучения скорбных листков (истории болезни) того времени, вспоминал: «Акушерская патология и помощь при этом в виде наложения щипцов, поворота на ножки при поперечном положении плода, краниотомия практиковались широко и особенно часто применяли отделение последа. Такая патология, как предлежание плаценты, после предварительной тампонады влагалища заканчивалась обычно поворотом плода на ножку, иногда с наложением акушерских щипцов на последующую головку. При выпадении пуповины занимались ее вправлением». При эклампсии, или «родимце», как ее тогда называли, применяли влажные обертывания, сухие банки на грудь, пиявки, поворот на ножку или акушерские щипцы для ускорения родов. Очень своеобразно велись ранения половых путей – даже при глубоких травмах, вплоть до некроза, делали смягчительные спринцевания, прикасались адским камнем, прикладывали примочки из гулярдовой воды или тертую морковь. В 1921г. Георгий Андреевич Соловьев восклицал: «Дело прошлое, а в подходящих случаях при назначении этих немудреных микстур я сам видел в старые годы улучшение и даже полное выздоровление, чего объяснить не мог и не могу теперь».

Исключительное место в истории Московской акушерской клиники и Российской акушерской школы занимает профессор **Александр Матвеевич Макеев** (1829-1913). Он впервые ввел в клинику понятие асептики и антисептики. Будучи великолепным организатором, он произвел перепланировку акушерской клиники, впервые разделил ее на два отделения физиологическое (чистое) и обсервационное (грязное); строго следил за тщательным соблюдением правил асептики медицинским персоналом, запретил акушеркам, принимающим роды, сиделкам при роженицах ходить в послеродовые отделения; ввел индивидуальные средства антисептики для рожениц (кружки для спринцевания, подкладные судна).

Стала проводиться санобработка помещений с применением антисептиков. Резко сократились случаи гнойно-септических заболеваний – основного бича той поры. Профессор А.М. Макеев усовершенствовал акушерский фантом французской фирмы «Шваб», который в то время считался лучшим в мире и использовался для обучения студентов и врачей. Фирма «Шваб» выставила после фантом Макеева на нескольких российских и международных выставках.

Видным представителем Петербургской акушерской школы был **Мартын Исаевич Горвиц**, основавший в 1870г. Мариинский родильный дом, в котором сам являлся директором. М.И. Горвиц прожил недолгую жизнь, но за нее опубликовал 31 фундаментальную научную работу по вопросам дисменореи, неправильных положений матки, онкогинекологии, воспалительной гинекологии. Под его редакцией в 1883г. в России вышел учебник по акушерству **Карла Шредера**, который выдержал 4 издания.

В 1879г. в Санкт-Петербурге начал свою деятельность первый в России Повивальный институт с родильным отделением, преобразованный в 1895г. в Императорский акушерско-гинекологический институт, ныне НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН. Институт носит имя **Дмитрия Оскаровича Отта** (1855-1929) далеко не случайно, при нем институт приобрел европейскую и мировую известность. Профессор Д.О. Отт обладал великолепной хирургической техникой, он разработал и внедрил новые акушерские и гинекологические операции, новые инструменты, осветительные зеркала, операционные столы.

Наряду с Петербургской и Московской акушерской школами, в России сложились и другие сильные школы: Казанская, Харьковская, Вильнюсская.

Николай Николаевич Феноменов (1855-1918) был профессором Казанского университета. Он был выдающимся акушером-практиком, им было выполнено более 2000 чревосечений, он же предложил ряд модификаций акушерских операций - перфорации подлежащей головки, декапитации плода, клейдотомии; изобрел и усовершенствовал ряд акушерских инструментов и, в частности, щипцов Симпсона (Симпсона - Феноменова). Им издано руководство "Оперативное акушерство" Н.Н.Феноменова является классическим трудом и в настоящее время.

Создателем Казанской школы врачей акушеров-гинекологов считают **Викторина Сергеевича Груздева** (1866- 1938), который в январе 1890г. в 34-летнем возрасте выиграл конкурс на заведование кафедры у 12 профессоров (при тайном голосовании 18 «за» и 4 «против») и заведовал кафедрой почти 40 лет. Им был выпущен учебник акушерства и гинекологии «Курс акушерства и женских болезней» (1919-1922), он стоял у истоков онкогинекологии и генетики в России. В.С. Груздевым подготовлено 12 докторов наук, среди которых были такие выдающиеся акушеры, как **Михаил Сергеевич Малиновский** (1880-1976) и **Иван Павлович Лазаревич** (1829-1902), которые стали признанными лидерами отечественного акушерства и гинекологии с первых лет Советской власти и до 80-х гг.

И.П. Лазаревич (1829-1902) профессор Харьковского университета. Ему принадлежат оригинальные исследования по нервной регуляции матки, обезболиванию родов, оригинальное двухтомное "Руководство по акушерству"(1892). Большой вклад внесен Лазаревичем в разработку прямых акушерских щипцов. Труды Лазаревича сделали его имя известным не только в России, но и за рубежом. Он был поборником женского образования,

основал Повивальный институт в Харькове, подготовивший много, а акушеров для Юга России.

Невозможно в рамках одной лекции рассказать обо всех выдающихся представителях отечественной школы акушеров-гинекологов, внесших своими трудами неоценимый вклад в развитие российской и мировой науки, **назовем лишь некоторых из них:**

- **В.М. Флоринский** (1824-1891) - автор «Введения в гинекологию»;
- **К.Ф. Славянский** - автор «Частной патологии и терапии женских болезней»;
- **В.В. Строганов** (1857-1938) - автор методики лечения эклампсии, получившей мировое признание;
- **К.К. Скробанский** (1874-1946) - автор фундаментальных трудов по физиологии и патологии яичников, оперативному лечению рака матки, обезболиванию родов;
- **Г.Г. Гентер** (1881-1937) - автор классических трудов по акушерству - «Учебник акушерства» и «Акушерский семинарий» в трех томах;
- **Н.И. Побединский** (1861-1923) - автор «Краткого учебника акушерства» и множества работ по вопросам кесарева сечения, узкого таза, эклампсии и др.;
- **А.П. Губарев** (1855-1931) - автор клинического руководства «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии»;
- **Л.И. Бубличенко** (1875-1958) - автор трехтомного издания «Послеродовая инфекция».

Т 1.2 Основные принципы организации акушерско-гинекологической помощи в нашей стране, перспективы ее развития.

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.

Т 1.3 Цели и задачи акушерско – гинекологической помощи.

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

Задача акушерско-гинекологической службы - забота о всемирном укреплении здоровья женщины во все периоды жизни.

Основными задачами современного акушерства являются:

- оказание высокотехнологичной и квалифицированной помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде,
- наблюдение и уход за здоровыми,
- оказание квалифицированной акушерской помощи больным и недоношенным детям.

Одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения является улучшение состояния здоровья детей и матерей.

Т 1.4 Структура, организация работы подразделений акушерско – гинекологической помощи.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

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

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

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

Женские консультации входят в состав родильных домов.

К основным учетным документам относятся:

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

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

Основными задачами женской консультации являются:

- профилактика гинекологических заболеваний;

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

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

АКУШЕРСКИЙ СТАЦИОНАР

В акушерском стационаре оказывается помощь беременным, роженицам и родильницам.

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

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

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

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

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

Гинекологический стационар имеет приемное отделение, палатную часть, перевязочную, манипуляционную, физиотерапевтический кабинет, столовую, буфетную, комнаты персонала, санитарные узлы и другие помещения. В состав отделения для оказания хирургической помощи входят

предоперационные, малые и большие операционные, наркозные, стерилизационные, палаты интенсивной терапии и др.

СВЯЗЬ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ С ДРУГИМИ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Родильный дом поддерживает постоянную связь с общими поликлиниками и больницами, диспансерами различного профиля, а также детскими поликлиниками и стационарами.

Формы совместной работы весьма разнообразны.

Нередко женская консультация, а также акушерский и гинекологический стационары не имеют возможности произвести некоторые лабораторные исследования. Требуется обращение в крупные лечебно-диагностические центры.

Основные формы работы с противотуберкулезный диспансером: направление женской консультацией в диспансер женщин с подозрением на туберкулез легких или других органов, а также сообщение о наступившей беременности у женщин, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере, консультативное решение вопроса о вынашивании беременности, особенностях наблюдения и лечения, сообщение о состоявшихся родах и выписке родильницы из стационара.

Аналогичная связь с онкологическим и кожно-венерологическим диспансерами.

Особое значение имеет установление связи с детской консультацией и детской больницей.

Женская консультация сообщает детской поликлинике о всех женщинах со сроками беременности 30—32 недели. Это позволяет врачам и медицинским сестрам детской поликлиники знакомиться заблаговременно с условиями быта, соблюдением правил гигиены жилья, личной гигиены, обучить беременную уходу за новорожденным и подготовиться к его приему.

Акушерские стационары сообщают детским поликлиникам о дне выписки новорожденного.

Акушерские стационары своевременно переводят заболевшего ребенка в детскую больницу.

Детские больницы и поликлиники срочно сообщают акушерским стационарам о тех случаях заболеваний новорожденных на дому, возникновение которых может быть связано с пребыванием ребенка в акушерском стационаре.

Т 1.5 Роль массажа в акушерско – гинекологической практике.

Массаж при заболеваниях женской половой сферы, действуя рефлекторно на организм, оказывает регулирующее влияние на функциональное состояние центральной нервной системы.

Массаж устраняет боли, улучшает кровообращение в органах малого таза, способствует рассасыванию воспалительных процессов,

восстановлению обмена веществ, нормализации овариально-менструальной и секреторной функций, повышению тонуса мускулатуры матки, ее сократительной функции, устранению спаек, сращений, исправлению патологических положений матки.

В практике лечения женских болезней применяют гинекологический (вагинальный), вибрационный и сегментарно-рефлекторный массажи.

Гинекологический массаж назначают по поводу соединительнотканых сращений связочного аппарата матки; при хроническом воспалении труб, тазовой брюшины и клетчатки, при неправильных положениях матки, бесплодии, дисменорее и др.

ТЕМА 2.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2. «МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ»

Т 2.1 Особенности строения и функционирования репродуктивной системы женщины в различные возрастные периоды.

Возрастные, функциональные особенности половой системы женщины находятся в тесной зависимости от ряда факторов. Большое значение имеют прежде всего периоды жизни женщины.

Принято различать:

1. период внутриутробного развития;
2. период детства (от момента рождения до 9-10 лет);
3. период полового созревания (с 9-10 лет до 13-14 лет);
4. подростковый период (от 14 до 18 лет);
5. период половой зрелости, или детородный (репродуктивный), возраст от 18 до 40 лет; период менопаузы (от 41 года до 50 лет);
6. период старения, или постменопаузы (с момента стойкого прекращения менструальной функции).

Во внутриутробном периоде происходит закладка, развитие и созревание всех органов и систем плода, в том числе и половой системы. В этом периоде происходят закладка и эмбриональное развитие яичников, которые являются одним из важнейших звеньев в регуляции функции половой системы женского организма после рождения.

В течение внутриутробного периода разнообразные факторы (интоксикации, острые и хронические инфекции, ионизирующая радиация, медикаментозные средства и пр.) могут оказывать повреждающее воздействие на эмбрион или плод. Эти факторы могут *вызывать пороки развития различных органов и систем, в том числе и половых органов*. Такие врожденные отклонения развития половых органов могут приводить к нарушению характерных для женского организма функций.

Пороки внутриутробного развития, которые возникают под воздействием перечисленных выше факторов, могут сопровождаться повреждением различных звеньев регуляции менструального цикла. В результате этого у девочек в период полового созревания могут возникать различные нарушения менструальной, а в дальнейшем и детородной функции.

В период детства наблюдается относительный покой половой системы. Только в течение нескольких первых дней после рождения девочки у нее могут возникнуть явления так называемого полового криза (кровянистые выделения из влагалища, нагрубание молочных желез). Это происходит под влиянием прекращения действия гормонов плаценты, что наступает после родов.

В детстве происходит постепенный рост органов половой системы, однако при этом сохраняются типичные для этого возраста особенности: преобладание размеров шейки матки над размерами тела матки, извитые маточные трубы, отсутствие зрелых фолликулов в яичниках и др. В период детства отсутствуют вторичные половые признаки.

Период полового созревания характеризуется относительно быстрым ростом органов половой системы и в первую очередь матки (преимущественно ее тела). У девочки этого возраста появляются и развиваются вторичные половые признаки: формируется скелет женского типа (особенно таза), происходит отложение жира по женскому типу, отмечается рост волос вначале на лобке, а затем и в подмышечных впадинах.

Наиболее ярким признаком периода полового созревания является наступление первых менструаций. У девочек, проживающих в средней полосе, первые менструации появляются в возрасте 11-13 лет. В дальнейшем в течение приблизительно года менструации могут иметь нерегулярный характер, а многие менструации протекают без овуляции (появление яйцеклетки).

Начало и становление менструальной функции происходит под влиянием циклических изменений нервной системы и желез внутренней секреции, а именно яичников. Гормоны яичников оказывают соответствующее влияние на слизистую оболочку матки, вызывая в ней характерные циклические изменения, т. е. менструальный цикл.

Подростковый период известен еще под названием переходного, так как в это время происходит переход к наступлению периода половой зрелости - расцвету функции органов половой системы женщины.

Период половой зрелости является наиболее продолжительным в жизни женщины. Вследствие регулярного созревания фолликулов в яичниках и овуляции (выходение яйцеклетки), а также с последующим развитием желтого тела в женском организме создаются все необходимые условия для наступления беременности. Регулярные циклические изменения, наступающие в центральной нервной системе, яичниках и матке, что внешне проявляется в виде регулярных менструаций, является основным показателем здоровья женщины детородного возраста.

Период менопаузы характеризуется переходом от состояния половой зрелости к прекращению менструальной функции и наступлению старости. В этот период у женщин нередко развиваются различные расстройства менструальной функции, причиной которых могут быть возрастные нарушения центральных механизмов, регулирующих функцию половых органов.

Период старения характеризуется полным прекращением менструации, общим старением женского организма.

Частота заболеваний половых органов у женщин тесно связана с возрастными периодами их жизни.

Так, *в период детства* сравнительно часто возникают воспалительные заболевания наружных половых органов и влагалища.

В период полового созревания часто встречаются маточные кровотечения и другие нарушения менструальной функции.

В период половой зрелости чаще всего встречаются воспалительные заболевания половых органов, а также нарушение менструального цикла различного происхождения, кисты половых органов, бесплодие. В конце детородного периода возрастает частота доброкачественных и злокачественных опухолей половых органов.

В период менопаузы реже встречаются воспалительные процессы половых органов, но значительно повышается частота опухолевых процессов и нарушений менструальных функций (климактерические кровотечения).

В период постменопаузы чаще, чем раньше, встречаются опущения и выпадения половых органов, а также злокачественные опухоли.

Возрастная специфичность заболеваний женских половых органов в основном определяется анатомо-физиологическими особенностями женского организма в отдельные периоды жизни.

Строение

Органы, расположенные снаружи от полости малого таза и доступные осмотру, относятся к **наружным половым органам**. Границей между ними и внутренними половыми органами является девственная плева.

Лобок — самый нижний участок передней брюшной стенки, располагающийся над лобковым сочленением, с обильно развитой подкожной жировой клетчаткой, покрытый волосами. У большинства женщин верхняя граница волосяного покрова горизонтальная. Несколько выше границы волосистости располагается изогнутая книзу лобковая борозда. Книзу лобок переходит в большие половые губы.

Большие половые губы — две толстые кожные складки, покрытые волосами, с потовыми и сальными железами. Внутренняя поверхность больших половых губ лишена растительности, нежна, похожа на слизистую оболочку.

Пространство между большими половыми губами называется **половой щелью**. Кзади большие половые губы сходятся, образуя **заднюю спайку**, спереди - **переднюю**. В толще больших половых губ располагается жировая клетчатка, богатая венозными сосудами. В глубине больших половых губ сзади находятся большие железы преддверия (**бартолиновы**).

Малые половые губы — кожные складки, расположенные кнутри от больших половых губ. Покрывающая их кожа похожа на слизистую оболочку, бледно-розового цвета, часто пигментирована, лишена волосяного

покрова и жировой ткани, богата сальными железами, эластической тканью, венозными сосудами и нервными окончаниями. Кзади малые половые губы сливаются с большими половыми губами. Кпереди каждая малая половая губа делится на 2 ножки. Верхняя пара ножек обеих губ, соединяясь над клитором, образует **крайнюю плоть**; нижняя пара, соединяясь под клитором, образует его **уздечку**.

Клитор — непарный орган, аналог мужского полового члена, образуется двумя пещеристыми телами, расположенными на нисходящих ветвях лобковых костей. Под симфизом ножки клитора сливаются, образуя тело клитора с хорошо выраженной головой. Клитор окружен белочной оболочкой, состоит из кавернозной ткани. Кожный покров его очень богат нервами и нервными окончаниями. Ниже клитора по средней линии расположено наружное отверстие мочеиспускательного канала, длина которого составляет 3—4 см.

Ниже наружного отверстия уретры расположено входное отверстие во влагалище.

Девственная плева представляет собой соединительнотканную перепонку, покрытую снаружи и изнутри многослойным плоским эпителием. В ее толще проходят эластические волокна, мышечные пучки. Форма ее самая разнообразная: кольцевидная, полулунная, лопастная, решетчатая. Надрывается плева (но не всегда) при первом половом сношении, а разрушается в родах. На ее месте остаются неправильной формы образования, похожие на сосочки.

Преддверие влагалища спереди ограничено клитором, с боков — внутренней поверхностью малых половых губ, сзади — задней спайкой. В преддверии влагалища располагаются венозные сплетения — **луковицы преддверия**. В преддверие влагалища открываются мочеиспускательный канал, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия. В центре расположен вход во влагалище, окруженный девственной плевой.

Внутренние половые органы.

Влагалище — легко растяжимая мышечно-фиброзная трубка длиной около 10 см. Оно несколько изогнуто, выпуклость обращена кзади. Верхним своим краем влагалище охватывает шейку матки, а нижним — открывается в преддверие влагалища.

Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются между собой. Шейка матки вдается в полость влагалища, вокруг шейки образуется желобообразное пространство — свод влагалища. В нем различают задний свод (более глубокий) и передний (более плоский). Передняя стенка влагалища в верхней части прилежит к дну мочевого пузыря и отделена от него рыхлой клетчаткой, а нижней соприкасается с мочеиспускательным каналом. Верхняя четверть задней стенки влагалища покрыта брюшиной (прямокишечно-маточное углубление); ниже задняя стенка влагалища прилежит к прямой кишке.

Стенки влагалища состоят из трех оболочек: наружной (плотная соединительная ткань), средней (тонкие мышечные волокна, перекрещивающиеся в различных направлениях) и внутренней (слизистая оболочка, покрытая многочисленными поперечными складками).

Матка — непарный полый мышечный орган, располагающийся в малом тазу между мочевым пузырем (спереди) и прямой кишкой (сзади). Длина матки колеблется от 6,0 до 7,5 см, из которых на шейку приходится 2,5—3 см. Ширина в области дна — 4—5,5 см, толщина стенок — 1—2 см. Матка имеет форму сплюсненной спереди назад груши. В ней различают дно, тело и шейку.

Дно матки — верхняя часть, выступающая выше уровня вхождения в матку маточных труб. Тело матки имеет треугольные очертания, суживаясь постепенно по направлению к шейке. Шейка — продолжение тела. В ней различают влагалищную часть и верхний отрезок, непосредственно примыкающий к телу.

На фронтальном срезе полость матки имеет вид треугольника с основанием, обращенным к дну матки, и вершиной — к шейке. В области углов основания в полость матки открываются маточные трубы. Вершина треугольника полости матки продолжается в канал шейки матки. На границе между телом матки и шейкой располагается небольшой отдел — перешеек матки, из которого во время беременности формируется нижний сегмент матки.

Во влагалище канал шейки открывается наружным зевом. Это отверстие бывает круглым (у нерожавших) или поперечно-овальным (у рожавших).

Стенка матки состоит из трех основных слоев. **Наружный** слой (perimetrium) представлен висцеральной брюшиной, сросшейся с маткой и являющейся ее серозной оболочкой. **Средний слой** (miometrium) — мышечная оболочка, составляющая главную часть стенки. **Внутренний слой** (endometrium) является слизистой оболочкой, покрытой мерцательным эпителием, не имеющей складок. Она пронизана простыми трубчатыми железами.

От боковых поверхностей дна матки с обеих сторон отходят **маточные трубы**. Это парный трубчатый орган длиной 10-12 см. Трубы заключены в складку брюшины, составляющую верхнюю часть широкой маточной связки и носящую название «брыжейка трубы».

Маточная труба имеет следующие отделы: маточная часть расположена в толще стенки матки, перешеек, находящийся в складке брюшины, и ампула маточной трубы — латеральная расширенная часть трубы, следующая за перешейком. На нее приходится около половины протяжения трубы. Конечное воронкообразное расширение трубы называется воронкой трубы. Края воронки снабжены многочисленными отростками неправильной формы — (бахромки). В проксимальном направлении труба соединяется с полостью матки. Просвет канала трубы, чрезвычайно узкий в интерстициальной части (1 мм), по направлению к воронке постепенно расширяется до 6—8 см.

Снаружи труба покрыта серозной оболочкой. Под ней располагается соединительнотканная оболочка, содержащая сосуды и нервы. Под соединительнотканной оболочкой находятся мышечная оболочка (гладкие мышцы), состоящая из двух слоев: продольного и циркулярного. Следующий слой стенки маточной трубы представлен слизистой оболочкой с продольными складками. Чем ближе к воронке, тем складки выражены сильнее.

Яичник — парный орган, является женской половой железой. Это овальное тело длиной 2,5 см, шириной 1,5 см, толщиной 1 см. В нем различают две поверхности и два полюса. Верхний край яичника, несколько закругленный, обращен к маточной трубе. Один полюс яичника соединен с маткой собственной связкой. Второй полюс обращен к боковой стенке таза. Свободный край яичника смотрит в брюшную полость. Другим краем яичник прикрепляется к заднему листку широкой связки. Под эпителиальным покровом расположена белочная оболочка. Этот слой без резкой границы переходит в мощный корковый слой.

К верхнему трубному концу яичника прикрепляется яичниковая фимбрия, а также треугольной формы складка брюшины — связка, подвешивающая яичник, спускающаяся к яичнику сверху от пограничной линии и заключающая яичниковые сосуды, и нервы.

Т 2.2 Общее представление о методах исследования в акушерстве, об обеспечении инфекционной безопасности пациентки и персонала.

МЕТОДЫ АКУШЕРСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Обследование беременных начинается с опроса – сбора анамнеза.

I. ОПРОС БЕРЕМЕННОЙ

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

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

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

У беременной надо спросить об операциях, травмах, гемотрансфузии.

Собирается **аллергологический и эпидемиологический анамнезы**.

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

Далее выясняется **половой анамнез** (со скольких лет живет половой

жизнью, предохраняется или нет, способ предохранения).

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

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

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

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

Затем следует выяснить **течение настоящей беременности, жалобы**.

II. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО СИСТЕМАМ И ОРГАНАМ

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

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

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

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

Мочевыделительная система — симптом Пастернацкого.

III. НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

1. ИЗМЕРЕНИЕ ТАЗА (пельвеометрия)

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

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

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

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

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

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

Измерение проводится сантиметровой лентой.

3.ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА.

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

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

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

4. ВЫСЛУШИВАНИЕ СЕРДЦЕБИЕНИЯ ПЛОДА

Выслушивание сердцебиения плода производится акушерским стетоскопом со второй половины беременности.

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

При поперечном положении плода — на уровне пупка.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ ПРЕДСТОЯЩИХ РОДОВ

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

Срок беременности определяют:

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

Первородящая ощущает шевеление в 20 недель беременности,

повторнородящая — в 18 недель (считать по календарю);

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

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

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

Т 2.3 Правила подготовки пациентки к акушерским исследованиям.

Подготовить женщину к гинекологическому осмотру должна медицинская сестра.

Пациентке необходимо рассказать ход и необходимость обследования, получить ее согласие. Перед исследованием женщина должна провести гигиеническую обработку половых органов, надеть чистое белье. Необходимо попросить пациентку принести с собой чистую салфетку и сменную обувь. Женщинам, которые не в состоянии самостоятельно выполнить гигиенические процедуры помогает медицинская сестра. Такой пациентке под таз подкладывают судно, раздвигают колени, поливая теплую воду на область промежности тупфером аккуратно, чтобы избежать

повреждения слизистой оболочки, проводят обработку наружных половых органов, кожи внутренней поверхности бедер, области ануса. Гигиеническую обработку проводят в направлении от лона к области ануса. Перед исследованием пациентка должна опорожнить мочевой пузырь и кишечник. При запорах женщине ставят очистительную клизму.

Перед проведением гинекологических мазков пациентка подготовиться к процедуре с помощью медицинской сестры. Взятие мазка – это забор биологического материала для лабораторного анализа. Гинекологический мазок берут для оценки состояния половых путей женщины. Для подготовки к мазку на микрофлору следует: минимум за два дня до сдачи исключить половые контакты; не принимать ванну за сутки до анализа, ограничиться душем; в день сдачи анализа не выполняют гигиенические процедуры половых органов; за 2-3 часа до взятия мазка не рекомендуется мочиться, так как можно смыть из уретры необходимый для исследования материал.

Подготовка к мазку на скрытые инфекции заключается в: запрете использования вагинальных свеч, тампонов, мазей перед анализом; отказа от спринцевания; воздержании от половых контактов в течение одного–двух дней до сдачи анализа; запрете использования средств интимной гигиены накануне и в день процедуры. При наличии воспалительного заболевания, сопровождающегося обильным выделением секрета, необходимо сначала провести лечение и только после полного выздоровления сдавать мазок.

Перед проведением гинекологического УЗИ, медсестра должна объяснить пациентке принципы подготовки. Необходимо соблюдение диеты, которая включает в себя отказ от продуктов, повышающих газообразование, такие как жирные мясо или рыба, наваристые бульоны, молочная продукция, белый хлеб, сладкое. Нежелательно употреблять перед исследованием блюда с выраженным вкусом – соленые, острые, жареные, копченые и пряные. Необходимо прекратить прием спиртных напитков и спиртосодержащих продуктов, отказаться от газированных напитков. В меню желательно включить постные супы, нежирные виды мяса и птицы, гречневую, рисовую, овсяную каши. За несколько часов до УЗИ необходимо обеспечить наполнение мочевого пузыря. Для этого в течение 2–3 часов можно воздержаться от мочеиспускания или за 60–90 минут до процедуры в привычном темпе выпить 0,8–1 литра чистой негазированной воды.

Перед рентгенологическим исследованием органов малого таза для того, чтобы результаты были диагностически значимыми медсестра обязана подготовить женщину и объяснить, что за несколько дней запрещается интимная близость, за неделю отменяются спринцевания и использование препаратов, которые могли бы нарушить баланс микробов влагалища. Отменяются все вагинальные свечи, таблетки и кремы. Двое суток до исследования нужно соблюдать диету, при которой из рациона исключаются продукты, провоцирующие излишнее газообразование в кишечнике. Между последним приемом пищи и рентген-исследованием должно пройти не менее 12 часов. Накануне процедуры пациентке назначается препарат-

энтеросорбент, а также очистительная клизма. При необходимости, врач может назначить процедуру санации.

Перед гистероскопией медицинская сестра проводит беседу и объясняет пациентке необходимость соблюдения подготовки к обследованию:

- за неделю до процедуры исключить половую жизнь;
- перед обследованием удалить волосы на лобке, половых губах и промежности;
- утром, в день обследования провести тщательный туалет наружных половых органов;
- последний прием пищи рекомендуется не позднее, чем в 22:00, накануне гистероскопии;
- непосредственно перед самой манипуляцией необходимо опорожнить мочевой пузырь.

Перед проведением диагностического мероприятия – **кольпоскопии**, так же нужно придерживаться некоторых правил, о которых медицинская сестра должна оповестить женщину:

- перед процедурой следует воздержаться от применения вагинальных свечей, спринцевания и применения лекарственных средств на гормональной основе;
- воздержаться от интимной близости, чтобы не изменять внутреннюю микрофлору влагалища;
- не использовать тампоны во время менструаций;
- непосредственно перед процедурой кольпоскопии произвести тщательную гигиену наружных половых органов и надеть чистое белье.

Также медсестре необходимо проинформировать пациентку о том, что после процедуры необходимо в течение 3-х суток носить ежедневные прокладки. Это обусловлено тем, что при продвижении кольпоскопа внутри полости может произойти незначительное повреждение слизистой и кровеносных сосудов, находящихся на поверхности. Поэтому есть вероятность возникновения незначительного кровотечения, чаще всего проявляющегося мажущимися выделениями. Также они могут выходить специфического оттенка зеленого или темного тона, не сопровождаясь определенным запахом. Такое возможно и является нормой после процедуры.

Во время инструментальных исследований медсестре необходимо получить согласие на выполнение диагностического мероприятия, проинформировать женщину о том, как вести себя при выполнении манипуляций. Так же медсестра обязана подготовить все необходимые инструменты и материал для проведения диагностического исследования и ассистировать врачу во время его выполнения.

Т 2.4 Микрофлора влагалища в норме и при патологии.

В соответствии с характером мазка различают **четыре степени чистоты влагалищного содержимого:**

I степень чистоты. В мазке определяются единичные лейкоциты (не более 5 в поле зрения), влагалищные бациллы (палочки Дедерлейна) и плоский эпителий. Реакция кислая.

II степень чистоты. В мазке определяются лейкоциты (не более 10-15 в поле зрения), наряду с палочками Дедерлейна определяются единичные кокки, эпителиальные клетки. Реакция кислая.

III степень чистоты. В мазке 30-40 лейкоцитов, влагалищные бациллы не определяются, преобладают различные кокки. Реакция слабощелочная.

IV степень чистоты. Влагалищных бацилл нет, много патогенных микробов вплоть до специфических - гонококков, трихомонад и др. Реакция щелочная.

I-II степени чистоты считаются нормой. Все виды оперативных и инструментальных вмешательств в гинекологии должны проводиться при наличии таких мазков. III-IV степень чистоты сопутствуют патологическому процессу и требуют лечения.

Т 2.5 Диагностика беременности.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

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

Предположительные признаки:

- изменения со стороны ЦНС;
- тошнота, рвота;
- изменение вкуса;
- пигментация по типу «маски» беременной, сосков и околососковых кружков, по белой линии живота.

Вероятные признаки:

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

Диагностика поздних сроков беременности основывается на достоверных признаках:

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

Т 2.6 Определение положения и предлежания плода на муляже.

Определение положения плода в матке. Положение плода в матке определяют по следующим характеристикам: положение; членорасположение; предлежание; позиция; вид позиции.

Положение плода — это отношение его продольной оси к продольной оси матки. Различают продольное, поперечное и косое положение плода. У 99,5 % беременных плод расположен продольно.

Членорасположение плода — это отношение конечностей и головки плода к его туловищу. При нормальном сгибательном типе членорасположения плод имеет форму овоида, когда головка согнута и конечности приведены к туловищу.

Предлежание плода — это отношение крупной части плода ко входу в малый таз. При продольном положении плода различают головное предлежание, при котором ко входу в малый таз обращена головка, и тазовое предлежание, при котором ко входу в таз обращен тазовый конец плода.

Позиция плода — это отношение его спинки к левой (первая позиция) или правой (вторая позиция) стенке матки.

Вид позиции плода — это отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка плода обращена к передней стенке, определяют передний вид, если к задней стенке — задний.

Пальпацию живота проводят в положении беременной лежа на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Медицинский сотрудник встает справа от беременной лицом к ней. Последовательно применяют четыре приема наружного акушерского исследования (приемы Леопольда—Левицкого).

Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится в ее дне. Для этого ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы сближают и осторожным надавливанием вниз определяют уровень стояния дна матки и расположенную в ней часть плода.

Второй прием служит для определения позиции плода и вида позиции. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки, пальпацию частей плода проводят поочередно. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка плода, а с противоположной — мелкие части (ручки и ножки).

Третий прием применяется для определения предлежащей части и ее отношения ко входу в малый таз. Раскрытой ладонью правой руки, расположенной над симфизом, охватывают предлежащую часть, большой палец находится с одной стороны, а остальные — с другой.

Головка определяется в виде плотной округлой части. При тазовом предлежании плода пальпируется объемная мягкая часть, не имеющая округлой формы и четких контуров.

Четвертый прием дополняет третий. Медицинский сотрудник становится спиной к лицу женщины и ладони обеих рук располагает в нижнем отделе матки справа и слева. Скользя пальцами вглубь по направлению к полости малого таза, он уточняет характер предлежащей части плода и уровень ее стояния по отношению ко входу в малый таз: над входом, во входе в малый таз или в полости малого таза.

Т 2.7 Выслушивание сердцебиения плода на муляже.

При наружном акушерском исследовании проводят аускультацию (выслушивание) сердечных тонов плода акушерским стетоскопом.

Исследование проводится в положении беременной лежа на спине с вытянутыми ногами. Акушерский стетоскоп плотно прижимают к брюшной стенке, постоянно передвигая до точки, где сердцебиение плода выслушивается наиболее отчетливо. Как правило, эта точка находится на той стороне живота, куда обращена спинка плода.

Необходимо подсчитать количество сердечных ударов в 1 мин. В норме частота сердечных тонов плода равна в среднем 120—140 уд. /мин. Одновременно определяют частоту пульса у беременной для того, чтобы не принять его за сердцебиение плода.

В настоящее время используют объективные методы регистрации сердцебиения плода с учетом изменений его ритма и частоты сердечных тонов плода в ответ на шевеление или родовые схватки. Широко применяется в акушерской практике **метод кардиотокографии плода**, позволяющий непрерывно регистрировать ЧСС плода и одновременно записывать сокращения матки и его движения.

Т 2.8 Обучение пациенток правилам измерения базальной температуры и ее графической записи.

Во время менструального цикла происходят волнообразные колебания базальной температуры, т.е. внутренней температуры тела, измеренной в естественных отверстиях (во рту, прямой кишке, влагалище и т.п.) при определенных, непременно одинаковых условиях. В гинекологии для определения базальной температуры тела наиболее широко используют изменение утренней ректальной температуры. Изучение этой температурной кривой считают одним из методов функциональной диагностики и называют температурным тестом. При сравнении ректальной температуры с аксиллярной выяснено, что ректальная температура на несколько десятых градуса выше аксиллярной, а после овуляции эта разница составляет 1-1,5 °С.

Кроме прямой кишки, измерять базальную температуру можно также во рту или во влагалище с обязательной 5-минутной экспозицией.

Методика измерения базальной (ректальной) температуры:

1. Измерение проводят ежедневно, в том числе и в дни менструации в течение не менее двух менструальных циклов (за исключением варианта аменореи).

2. Утром, после не менее чем 6-часового сна, в одно и тоже время, до приема пищи, не вставая и не садясь в постели.

3. Измерять базальную температуру необходимо всегда одним и тем же термометром.

3. Медицинский термометр готовят заблаговременно, перед введением смазывают вазелином во избежание травматизации прямой кишки.

Градусник (на глубину 3-4 см) вводят в анальное отверстие. Время измерения – 5-10 мин.

4. При измерении базальной температуры тела следует соблюдать полный покой.

5. Полученные температурные данные регистрируются в специальной карточке в виде графика.

График базальной температуры

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 1
«МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ.
ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ»

Смотреть теоретическое занятие № 2 «Методы исследования в акушерстве и гинекологии. Диагностика беременности»

ТЕМА 3.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3 «ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»

Т 3.1 Физиология беременности.

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

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

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

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

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

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

В результате сложного процесса деления и дифференциации клеток формируется плод, плацента, плодный пузырь и околоплодные воды.

ПЛОД ОКРУЖЕН ТРЕМЯ ОБОЛОЧКАМИ:

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

- хорион (ворсинчатая) — плодовая оболочка.

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

ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ИМЕЮТ БОЛЬШОЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ:

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

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

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

Плодовая поверхность плаценты покрыта гладкой, блестящей водной оболочкой.

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

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

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

В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ ПЛОДА ПРИНЯТО РАЗЛИЧАТЬ 2 ПЕРИОДА:

1) **эмбриональный или зародышевый** — от момента оплодотворения до 8 недель беременности;

2) **фетальный или плодовый** — от 8 недель беременности до родов.

Несмотря на то что эмбриональный период длится всего 2 месяца, он является самым важным и самым уязвимым в жизни плода, так как в это время у зародыша происходит формирование всех его основных органов и

систем — органогенез. В этот период зародыш очень чувствителен к воздействию неблагоприятных факторов.

Т 3.2 Физиологические изменения в организме беременной.

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

Видимые:

Изменения в центральной нервной системы (ЦНС)

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

Внешние изменения со стороны кожи и слизистой.

Пигментация на коже:

- на лице по типу «маски беременной» - переносица, вокруг глаз, щеки;
- сосков и околососковых кружков;
- по белой линии живота.

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

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

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

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

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

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

Мочевыделительная система - отмечается частота мочеиспускания. В сутки здоровая беременная выделяет 1200 - 1600 мл мочи, причём 950 - 1200 мл днём, остальное ночью.

Изменения со стороны обмена веществ:

Белковый, углеводный и жировой обмен усиливаются.

Потребность в витаминах повышается.

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

Изменения со стороны половой системы.

Наружные половые органы не изменяются.

Влагалище: слизистая синюшного цвета, складчатость усиливается.

Матка: за беременность увеличивается в 500 раз за счет гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон.

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

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

Т 3.3 Диагностика ранних и поздних сроков беременности.

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

Предположительные признаки:

- изменения со стороны ЦНС;
- тошнота, рвота;
- изменение вкуса;
- пигментация по типу «маски» беременной, сосков и околососковых кружков, по белой линии живота.

Вероятные признаки:

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

Диагностика поздних сроков беременности основывается на достоверных признаках:

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

Т 3.4 Факторы, оказывающие отрицательное воздействие на развитие плода и течение беременности.

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

Хотя плацента является защитным барьером для плода, доказано, что через нее проходят многие химические вещества: ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода, угарный газ, хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфий, хинин, атропин, антибиотики, сульфаниламидные

препараты, сердечные средства и другие вещества. Многие из этих веществ действуют на плод токсически даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

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

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

Т 3 5 Режим питания беременной.

Рациональное питание - одно из основных условий благоприятного течения и исхода беременности и нормального развития плода.

Питание беременной женщины должно быть полноценным, то есть в нем должно быть достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов. Для восполнения дефицита витаминов очень полезны ягоды, овощи и фрукты с мякотью. Цитрусовыми фруктами увлекаться не стоит, поскольку они могут спровоцировать аллергию у мамы и будущего ребенка.

Полезно принимать в пищу черный хлеб, хлеб с отрубями и т.д.

Крупы: гречневая, рисовая, овсяная, содержащие много клетчатки, способствуют эффективной работе кишечника и препятствуют запорам, являясь основой правильного питания для беременных женщин.

Очень часто при развитии беременности у матери наблюдается той или иной степени выраженности дефицит железа. У многих даже развивается физиологическая анемия, которая проходит после родов, но не у всех. Для профилактики анемии полезно принимать в пищу говяжью или телячью печень, красное мясо, костный мозг. Полезны и зеленые яблоки, в которых помимо железа содержится и витамин С, в сочетании с которым железо усваивается значительно лучше.

Правильное питание для беременных подразумевает под собой адекватное погашение дефицита белков и других веществ за счет качественной пищи с оптимальным соотношением основных компонентов, частый, дробный прием пищи, употребление специальных витаминных комплексов.

Прибавка массы тела во время беременности для женщин с нормальным весом должна соответствовать 11,5кг, для женщин с дефицитом веса 12,5кг, для полных 10,5кг.

Режим питания беременной женщины.

- сытный завтрак,
- легкий второй завтрак,
- сытный обед,
- менее сытный ужин,
- за 2 часа до сна, стакан простокваши или кефира.

В течение дня беременной женщине нужно правильно распределять употребляемые блюда и продукты. Мясо, рыбу, яйца нужно есть в первой половине дня на завтрак и обед, а молочные и растительные продукты во второй половине дня на полдник и ужин.

Т 3.6 Общее представление о патологическом течении беременности, об обеспечении инфекционной безопасности пациентки и персонала.

I. ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Гестозы беременных — это заболевания, связанные с развитием беременности.

Возникновение гестозов объясняют нейроэндокринной теорией.

Классификация гестозов:

1. Ранние гестозы (I половина беременности, чаще до 12 недель):

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

2. Поздние гестозы (II половина беременности):

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

1. РАННИЕ ГЕСТОЗЫ

Рвота беременных — наиболее распространенная форма раннего гестоза беременной.

Причины: нарушение обмена веществ, изменение реакции организма беременной на раздражение, исходящее из внешней и внутренней среды.

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

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

Слюнотечение (птиализм) — чрезмерное выделением слюны.

Причины: нарушение взаимодействия ЦНС и внутренних органов в результате перенесенных инфекционных заболеваний, интоксикации, воспалительных процессов в эндометрии, медабортов, экстрагенитальной патологии.

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

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

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

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

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

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

Уже через несколько часов после инструментального удаления плодного яйца состояние больной улучшается, у нее появляется аппетит, начинает удерживаться пища и вскоре наступает полное выздоровление.

Лечение направлено на регулирование взаимоотношений между корой головного мозга и его подкорковыми отделами. Седативная терапия, инфузионная терапия, противорвотные средства, витаминотерапия.

2. ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

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

Диагноз водянки беременных ставят при наличии скрытых и видимых отеков.

Скрытые отеки выявляются следующими тестами:

- положительный симптом кольца;
- увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели;
- патологическая прибавка массы тела (за неделю не должна превышать 250—300 г).

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

изменений в сердце, почках, печени и других органах не наблюдается.

Лечение: показана госпитализация в ОПБ. Необходимо назначить диету: стол № 7 с ограничением соли до 3—4 г в сутки и жидкости до 1 литра. Назначают разгрузочные дни (яблочный, творожный), следует нормализовать объем циркулирующей крови (ОЦК) с последующим назначением мочегонных (лазикс, гипотиазид).

Б) Нефропатия беременных характеризуется *триадой симптомов: отеки, повышение артериального давления и белок в моче.*

При атипичной форме бывают выражены два из перечисленных симптомов.

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

Лечение нефропатии беременных должно быть комплексным, дифференцированным в зависимости от стадии заболевания:

- обеспечение строгого лечебно-охранительного режима;
 - нормализация деятельности ЦНС;
 - гипотензивная терапия;
 - уменьшение проницаемости стенок сосудов;
 - борьба с отеками;
 - улучшение микроциркуляции и дезинтоксикация путем введения белковых препаратов, плазмы и кровозаменителей.
- Дети, рожденные женщинами, страдавшими поздними гестозами, относятся к группе высокого риска и нуждаются в соответствующей помощи.

В) Преэклампсия - это переходная стадия от нефропатии к эклампсии, присоединение к клинике гестоза признаков нарушения мозгового кровообращения: головная боль, ухудшение зрения, боли в эпигастрии, тошнота, рвота, осиплость голоса, затруднение носового дыхания, заложенность носа, сонливость.

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

Клиническая картина: на фоне симптомов нефропатии беременных появляются головная боль, нарушение зрения, боль в подложечной области. Иногда возможны рвота, бессонница, подавленное настроение. Нарушаются функции органов кровообращения, почек, печени и обмена веществ. Нарастают гипоксия тканей и ацидоз.

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

Лечение: беременная нетранспортабельна.

После уточнения диагноза - срочное родоразрешение независимо от срока беременности.

Неотложная помощь: вызвать врачебную бригаду, контакт с веной (введение реополиглюкина). Затем госпитализация в ПИТ (палату интенсивной терапии), индивидуальный пост.

Г) Эклампсия - это судорожный синдром с потерей сознания, развивающийся вследствие снижения мозгового кровотока, отека мозга и развития мелкоочаговых кровоизлияний в его вещество.

Припадок состоит из: предсудорожного периода; тонических, клонических судорог, разрешения или коматозного состояния.

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

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

Во время припадков могут возникнуть прикусывание языка, переломы, ушибы. Иногда наблюдаются анурия, аспирационная пневмония, психозы. Беременная может погибнуть даже во время первого припадков.

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

Эклампсию следует дифференцировать от эпилепсии, истерии и др.

Лечение. Неотложная помощь. Во время припадков повернуть голову на бок для предотвращения аспирации рвотными массами. Как только появится первый вдох - удаляют слюну из полости рта, обеспечивают вдыхание кислорода. При нарушении дыхания рекомендуется перейти на вспомогательное дыхание или искусственную вентиляцию легких (только врач!).

Далее проводится комплексное медикаментозное лечение, показано быстрое бережное родоразрешение.

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

Туалет больной при поступлении, влагалищное исследование, катетеризацию, инъекции и другие манипуляции следует проводить под легким эфирным или фторотановым наркозом. Больная находится в ПИТе, где устанавливается индивидуальный пост (анестезиолог, акушер-гинеколог, акушерка, медсестра-анестезистка).

После родов женщины, перенесшие эклампсию, нуждаются в особо внимательном отношении и в последующем длительном наблюдении в женской консультации.

II. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Внематочная беременность – беременность вне полости матки

Чаще бывает трубная, реже яичниковая, брюшная.

Причины

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

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

Выделяют:

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

Клиническая картина

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

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

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

Затем сосуды тромбируются, боль утихает.

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

При разрыве маточной трубы отмечается:

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

Диагностика — пункция заднего свода влагалища.

Лечение комплексное:

- экстренная операция – удаление маточной трубы;
- борьба с шоком, кровотечением;
- общеукрепляющая терапия;
- десенсибилизирующая терапия;
- гемостимулирующая терапия;
- физиотерапия.

2. Выкидыш или аборт - это прерывание беременности до 22 недель.

Аборты бывают самопроизвольные и искусственные.

Самопроизвольный аборт происходит без всякого вмешательства, вопреки желанию женщины.

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

Бывает прерывание беременности по медицинским, социальным показаниям.

Различают следующие **клинические стадии** самопроизвольного аборта.

I. Угрожающий аборт

Клиника:

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

Лечение в гинекологическом отделении:

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

Курс лечения 10—14 дней.

II. Начавшийся аборт

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

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

III. Аборт в ходу

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

Лечение. Выскабливание полости матки.

IV. Неполный аборт

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

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

Лечение. Выскабливание полости матки.

V. Полный аборт

Клиника: плодное яйцо полностью вышло из матки. Болей нет. Выделения

кровянистые, мажущие. При влагалищном исследовании — наружное отверстие цервикального канала пропускает палец, матка небольшая, плотная.

Лечение. Диагностическое выскабливание полости матки.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

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

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

При наружном акушерском исследовании, пользуясь приемами Леопольда, можно определить, что ВСДМ выше предполагаемого срока беременности, предлежащая часть высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается. Помощь в диагностике оказывает УЗИ.

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

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

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

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

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

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

Т 3.7 Влияние ЛФК на течение беременности.

Положительное влияние физических упражнений на течение беременности, родов и послеродового периода общепризнано.

Гипокинезию считают существенным фактором риска по ряду патологических состояний беременной и плода.

Общие задачи ЛФК при беременности:

- улучшение общего обмена веществ; укрепление мышц брюшного пресса, спины, тазового дна, нижних конечностей; сохранение подвижности тазобедренных и других суставов;
- обучение беременной правильному дыханию и произвольному расслаблению мышц;
- улучшение работы сердечно-сосудистой системы, легких, кишечника; активизация кровообращения и устранение застойных явлений в малом тазу и нижних конечностях;
- обеспечение достаточного насыщения кислородом артериальной крови матери и плода; психомоторная подготовка к родам.

При занятиях с беременными можно использовать практически все средства ЛФК: физические упражнения (гимнастические, спортивно-прикладные упражнения, игры), аутогенную тренировку и массаж; элементы закаливания с привлечением природных факторов (свет, воздух, вода); регламентация режима дня.

ЛФК рекомендуется всем женщинам с нормально протекающей беременностью. К занятиям привлекаются все беременные начиная с первых дней взятия на учет и до момента родов, но после консультации врача для выявления возможных противопоказаний и индивидуализации программы ЛФК.

При составлении комплекса лечебной гимнастики следует принять во внимание как срок беременности, так и функциональные возможности организма и сопутствующие нарушения здоровья. Как правило, в комплекс лечебной гимнастики при беременности включают общеукрепляющие динамические упражнения для рук, туловища, ног, улучшающие обмен веществ, а также дыхательные упражнения и специальные упражнения для укрепления брюшного пресса, длинных мышц спины и мышечно-связочного аппарата нижних конечностей, повышения эластичности мышц промежности. Обязательно используют специальные упражнения на расслабление.

Схема занятия включает вводную, основную и заключительную части.

Вводная часть состоит из упражнений, активизирующих основные мышечные группы: варианты ходьбы, простые движения в суставах верхних и нижних конечностей.

Основную часть процедуры лечебной гимнастики составляет более индивидуализированный комплекс, в который входят дыхательные упражнения в различных исходных положениях; упражнения, направленные на укрепление различных мышечных групп (живота, спины, нижних конечностей, тазового дна) и на повышение растяжимости мышц промежности и приводящих мышц бедра; имитирующие работу мышц при потугах.

Заключительная часть состоит из простых упражнений, сходных с таковыми вводной части, а также упражнений на расслабление.

Т 3.8 Возможности применения массажа.

Делать массажные движения можно в области:

- головы;
- плечевого пояса;
- спины;
- рук и ног.

Какие виды массажа разрешены:

- **Классический массаж спины.** Он особенно важен в период 2 и 3-ого триместра, когда нагрузка на позвоночник резко увеличивается.
- **Шейно-воротниковый массаж.** Данный вид можно применять в любой период беременности, для снятия усталости и расслабления мышц позвоночного столба.
- **Массаж головы.** Благодаря приятным, мягким движениям в области головы можно убрать боль, стресс, повысить эмоциональную стабильность, что не менее важно в перинатальный период.
- **Лимфодренажный массаж** рук и ног позволяет улучшить движение лимфы, снять отечность.

Проводить процедуру в области живота и груди не рекомендуется.

Многие женщины переживают за свой внешний вид, но оставаться красивой можно и в период ожидания ребенка. Для этого можно использовать массаж лица. Данная процедура способствует:

- разглаживанию мелких мимических морщинок;
- улучшению тонуса кожи;
- поддерживает свежесть и приятный цвет лица;
- убирает отечность и мешки под глазами;
- помогает в борьбе с кожными высыпаниями;
- усиливает кровоток и движение лимфы.

Беременным женщинам **можно делать скульптурный и поддерживающий массаж лица.** Его также можно проводить в домашних условиях самостоятельно. Во время перинатального периода нет ограничений в техниках лицевого массажа, можно воспользоваться любым.

Благодаря процедуре можно добиться положительного эффекта:

- улучшение работы кровеносной системы;
- нормализация лимфатического движения в брюшной полости, тазобедренной области и ногах;
- усиление иммунитета;
- снятие отечности и повышенного мышечного тонуса, за счет чего снижается давление матки на плод;
- установление нормальной работы желудочно-кишечного тракта;
- снятие физической и эмоциональной усталости;

- повышение эластичности кожных покровов;
- устранение бессонницы, нервного напряжения в стрессовых ситуациях.

Массаж полезен не только женщинам, но и их будущим малышам, ведь эта **процедура усиливает циркуляцию крови**, что способствует лучшему насыщению клеток кислородом. Приятные, расслабляющие движения **снимают усталость, стресс, восстанавливают эмоциональное состояние женщины.**

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 4

«ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД»

Т 3.9 Общее представление о физиологическом и патологическом течении родов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Роды — сложный физиологический процесс, возникающий в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной и состоящий в изгнании плода и элементов плодного яйца из матки при сроке не меньше 22 недель.

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

Предвестники родов

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

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

Периоды родов

Различают 3 периода родов.

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

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

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

I ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

I период родов характеризуется **истинными схватками** — это регулярные, произвольные сокращения мышц матки, которыми роженица не может управлять. У первородящей I период родов длится 10—12 часов, у повторнородящих — 8—10 часов.

Разница во времени зависит от разного механизма раскрытия шейки

матки.

У первородящих:

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

У повторнородящих:

- 1) сглаживание шейки матки.
- 2) одновременное раскрытие внутреннего и наружного зевов.

При полном раскрытии шейка матки она раскрывается на 10 см. После полного раскрытия отходят околоплодные воды, если этого не происходит, плодный пузырь вскрывают.

Искусственное вскрытие плодного пузыря называется амниотомией.

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

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

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

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

Прием и санитарная обработка роженицы

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

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

3) Проводится сбривание волосяного покрова с подмышечных впадин и с наружных половых органов, ставится очистительная клизма, роженица принимает душ. Роженица одевается в стерильную рубашку, ей выдается стерильная подкладная.

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

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

6) Из приемного отделения роженица переводится в предродовую палату родильного отделения, где выясняют жалобы, оценивают состояние роженицы, следят за пульсом и АД, продвижением головки, выслушивают сердцебиение плода, проводят туалет наружных половых органов, готовят роженицу к «влагалищному исследованию».

Роды проходят по определенному биомеханизму.

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

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

В биомеханизме родов выделяют 4 момента:

I момент — сгибание головки.

II момент - внутренний поворот головки.

III момент-разгибание головки.

IV момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

II ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ ПЛОДА

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

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

ВЕДЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

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

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

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

С момента прорезывания головки акушерка начинает оказывать пособие по защите промежности.

ПЕРВЫЙ ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

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

Профилактика офтальмобленнореи

Веки новорожденного протирают сухими тампонами от наружи кнутри. Затем нижнее веко оттягивается и на слизистую наносится 2 капли 20% раствора сульфацила натрия, это же проводят со вторым глазом. Через 2 часа профилактику повторяют. Для этих целей вместо натрия сульфата

можно использовать 1% тетрациклиновую мазь. Кроме этого, новорожденным девочкам в половую щель капают 1% раствор нитрата серебра.

Двухмоментная обработка пуповины

I момент. На расстоянии 10 см от пупочного кольца пуповину обрабатывают спиртом, накладывают зажим Кохера, выше на 2 см накладывают второй зажим, третий зажим накладывают у половой щели. Между 1 и 2 зажимами ножницами пересекают пуповину, культю обрабатывают раствором иодоната и накладывают марлевую повязку.

Новорожденного показывают матери и уносят на пеленальный столик, над которым располагается мощная лампа. Благодаря исходящему от лампы теплу ребенок не переохлаждается, так что можно спокойно заниматься вторым этапом обработки пуповины. Салфеткой, смоченной в спиртовом растворе, аккуратно протирают пуповину, затем это же место протирается сухой салфеткой. На пуповину накладывается скоба Роговина, а примерно через 1,5 см от этой скобы производится отсекание пуповины. Ранку обрабатывают слабым раствором «марганцовки», а потом накладывают на нее повязку.

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

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

III ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД

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

Послед включает плаценту, пуповину и оболочки.

В последовом периоде выделяют 2 фазы: ·

последовые схватки вызывают I фазу периода - отделение плаценты; за тем, за счет потуг проходит II фаза — выделение последа.

ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение последового периода начинается с катетеризации мочевого пузыря.

Период ведется выжидательно.

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

ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ:

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

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

Отделившийся послед захватывается за пуповину, вторая рука принимает послед.

ОСМОТР ПОСЛЕДА

1. Осмотр на целостность оболочек.

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

2. Осмотр плодовой стороны, сосудистого рисунка, он должен закончиться в пределах плаценты, если сосуд вышел за пределы, следует искать там дополнительную дольку.

3. Осмотр материнской стороны.

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

Т 3.10 Причины развития патологического течения родов.

Выделяют три основные причины патологических родов:

1. аномалии родовой деятельности,
2. аномалии положения и предлежания плода,
3. аномалии костей таза и мягких тканей родовых путей.

Другие причины — многоводье, многоплодие, стремительные роды, выпадение пуповины, преждевременная отслойка плаценты, разрыв матки, задержка частей плаценты в матке, выворот матки и послеродовое кровотечение.

Еще одна причина — внутриутробная гипоксия.

Т 3.11 Варианты течения родов при наиболее часто встречающихся патологиях.

Аномалии родовой деятельности - это нарушения сократительной активности матки, которые приводят к патологическому течению родового акта, увеличению числа оперативных вмешательств, возникновению осложнений у матери и новорождённого.

Классификация:

- Патологический прелиминарный период.
- Слабость родовой деятельности:
 - а) первичную;
 - б) вторичную;
 - в) слабость потуг.
- Чрезмерная родовая деятельность.
- Дискоординированная родовая деятельность.

Патологический прелиминарный период - это нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности схваткообразные боли внизу живота, в области крестца и поясницы. Они продолжаются более 6 часов, нарушается ритм сна и бодрствования (за счёт болей), что ведёт к утомлению женщины, отсутствует готовность организма к родам.

Слабость родовой деятельности - это родовая деятельность с регулярными схватками, но они короткие, редкие, слабые, без тенденции к учащению, усилению и удлинению и неэффективны (т.е. не приводят к открытию шейки матки).

Чрезмерная родовая деятельность характеризуется наличием *частых, сильных и длительных схваток*. При наличии таких схваток роды могут закончиться в течение 1-3 часов. То есть роды принимают стремительный характер.

Дискоординированная родовая деятельность - нарушение координации сокращений между различными отделами матки.

Т 3.12 Кесарево сечение.

Кесарево сечение - хирургическая операция, предназначенная для извлечения плода и последа через разрез брюшной стенки (лапаротомия) и матки (гистеротомия), когда роды через естественные родовые пути по каким-либо причинам невозможны или сопровождаются различными осложнениями для матери и плода.

При наличии осложнений, роды могут закончиться операцией кесарево сечение, которое проводят строго по показаниям: абсолютным и относительным:

Абсолютные показания:

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

и неподготовленных родовых путях матери.

Относительные показания:

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

Операцию кесарево сечение проводят в плановом и экстренном порядке, при отсутствии признаков явной или скрытой инфекции и наличии жизнеспособного (живого) плода.

При внутриутробной гибели плода, проводят плодоразрушающую операцию.

Т 3.13 Пред- и послеоперационный период.

Предоперационный период – время от момента поступления больного в стационар до начала операции.

Цель: Свести до минимума риск предстоящей операции и уменьшить вероятность развития послеоперационных осложнений.

Задачи:

1. Установить диагноз путем всестороннего обследования;
2. Определить показания, срочность и характер операции;
3. Подготовить больную к операции.

Послеоперационный период – время от окончания операции до полного выздоровления. Различают *ранний* послеоперационный период – время после операции и до выписки; и *поздний* послеоперационный период – время после выписки до выздоровления.

Т 3.14 Роль массажа.

Массаж после операции – это лечебно-восстановительная процедура, которая является неотъемлемой частью любой реабилитации после оперативного вмешательства.

Массаж позволяет укрепить здоровье, вернуть утраченные функции и быстрее вернуться к привычному образу жизни. Кроме этого, процедура позволяет избежать целого перечня последствий, которые часто возникают на фоне отсутствия правильной программы реабилитации после операции.

Т 3.15 Физиология и патология послеродового периода.

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

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

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

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

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

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

Влагалищная трубка суживается и восстанавливается только через 30—40 дней после родов. Месячные появляются через 2—2,5 месяца после родов. У кормящих матерей менструации появляются позже, почти у 50 % - на 4—5-й месяц после родов.

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

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

ВЕДЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

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

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

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

Шесть часов после родов родильница находится на строгом постельном режиме.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Сестринская проблема — кормление новорожденного

Перед каждым кормлением ребенка необходимо:

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

Медсестра должна проследить за сцеживанием и помочь родильнице.

Выписка из роддома производится на 4-5-е сутки после родов, но зависит это и от ребенка.

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

В детскую поликлинику сообщают сведения о новорожденном.

ГИГИЕНА РОДИЛЬНИЦЫ ДОМА И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ

Первой из медицинских работников в домашних условиях родильницу посетит медсестра детской поликлиники (первые 3 дня после родов). Она должна не только обратить внимание на новорожденного, но и на состояние родильницы, гигиену жилища, отношение мужа, родственников.

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

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

Необходимо чаще и больше бывать на свежем воздухе, тщательно проветривать помещение. Не позволять курить и не держать животных в комнате, где находится ребенок.

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

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

И здесь медсестра должна решать эту проблему.

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

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Послеродовая инфекция представляет собой раневую септическую инфекцию.

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

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

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

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

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

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

IV этап — генерализованная септическая инфекция (сепсис).

ПОСЛЕРОДОВАЯ ЯЗВА

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

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

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

ЭНДОМЕТРИТ (МЕТРОЭНДОМЕТРИТ)

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

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

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

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

Лечение. Повышение общей реактивности родильницы и противовоспалительное лечение.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОГРАНИЧИВАЮЩИЕСЯ ПОЛОСТЬЮ МАЛОГО ТАЗА

Пельвеоперитонит.

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

получают серозный экссудат.

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

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

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

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

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ.

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

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

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

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

У ряда больных развивается отек легких, пневмония.

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

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

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

Классификация:

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

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

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

После опорожнения железы инфильтрат сохраняется.

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

Лечение:

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

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

В III стадии — оперативное лечение.

Т 3.16 Факторы, оказывающие отрицательное воздействие на течение послеродового периода.

1. Недостаток витаминов и микроэлементов
2. Послеродовая инфекция
3. Расхождение швов после Кесарева сечения
4. Отеки и тромбозы
5. Нарушение физиологического режима
6. Психологический стресс и депрессия

Т 3.17 Влияние ЛФК на течение послеродового периода.

Задачами лечебной гимнастики в послеродовом периоде являются:

- Улучшение периферического кровообращения, особенно в зоне малого таза
- Активизация обмена веществ
- Стимуляция сокращений матки,
- Регуляция перистальтики кишечника и опорожнения мочевого пузыря
- Укрепление мускулатуры передней брюшной стенки
- Стимуляция лактации
- Улучшение эмоционального состояния, сна и аппетита

Т 3.18 Возможности применения массажа.

Приступать к послеродовому массажу можно через 3-4 недели после рождения ребенка.

Лечебный послеродовой массаж **способствует** тому, что улучшает эластичность и сократительную функцию мышечных волокон. Грамотный массаж, выполненный профессионалом, способствует восстановлению мышц передней брюшной стенки. Другие группы мышц расслабляются, что способствует снятию напряжения и устраняет чувство усталости.

Положительный эффект лечебный массаж оказывает и на суставы, укрепляет их сумочносвязочный аппарат. Это немаловажный эффект,

необходимый в послеродовой период для позвоночного столба, на который во время беременности оказывались сильные нагрузки из-за тяжести плода и увеличения общего веса женщины. Массаж также влияет на подкожно-жировой слой, ускоряет обменные процессы, что способствует уменьшению объема живота и его подтягиванию.

Прежде чем приступать к массажу, необходимо убедиться, что у молодой мамы нет никаких проблем, **противопоказаний**. Если ее психоэмоциональное состояние нестабильно, отмечается рвота, тошнота, головокружение, лихорадочное состояние и не только, имеются какие-то аллергические реакции, острые заболевания вен, например, тромбозы и т. д., ни в коем случае послеродовой массаж выполнять нельзя, потому что это может усугубить ситуацию. Нужно привести себя в порядок, устранить все эти причины, и только после этого, записываться на лечебный послеродовой массаж.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 2
«ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
БЕРЕМЕННОСТИ»

Смотреть теоретическое занятие № 3 «Физиологическое и патологическое течение беременности»

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 3
«ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ И ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.
ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД»

Смотреть теоретическое занятие № 4 «Физиологическое и патологическое течение родов. Послеродовый период»

ТЕМА 5

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 6

«МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ»

Т 5.1 Менструальный цикл.

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

С появлением месячных девочка становится девушкой, и она способна к зачатию, но не готова.

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

Овариальный цикл представлен двумя фазами:

- фолликулярная фаза;
- лютеиновая фаза.

Менструальный цикл представлен тремя фазами:

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

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

Фазы менструального цикла:

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

В этот период происходят процессы:

- рост и развитие фолликулов;
- секреция эстрогенов яичниками;
- рост желез эндометрия.

2 — лютеиновая или секреторная фаза — продолжается от момента овуляции до момента начала месячных (продолжительность — 12-16 дней). В эту фазу наблюдается высокий уровень прогестерона, что

создаёт благоприятные условия для имплантации зародыша. Базальная температура высокая (больше 37°C).

В этот период происходят процессы:

- в яичнике «расцветает» жёлтое тело, секретирующее прогестерон;
- клетки желез эндометрия секретируют гликоген, гликопротеиды, липиды и муцин;
- спиральные артерии становятся более извитыми.

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

Т 5.2 Уровни его регуляции.

Регуляция менструального цикла:

1. Иерархическая регуляция (гипоталамус — гипофиз — яичники — матка).
2. Саморегуляция (яичники — гипоталамус — гипофиз).

Менструальный цикл контролируют гипофизарные гонадотропины (ФСГ и ЛГ).

Эндокринную функцию передней доли гипофиза регулирует гипоталамический гонадолиберин.

В свою очередь, гормоны яичника (эстроген, прогестерон), регулируют синтез и секрецию гонадотропинов гипофиза (ФСГ и ЛГ) и гипоталамического гонадолиберина.

Т 5.3 Причины, факторы, способствующие развитию нарушений менструального цикла: гипоменструальный синдром, гиперменструальный синдром, ювенильные и климактерические кровотечения.

Расстройства менструального цикла нужно расценивать как результат заболевания всего организма.

Факторами расстройств менструального цикла являются:

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

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

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

I. ГИПОМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Гипоменструальный синдром характеризуется *гипоменореей, олигоменореей и опсоменореей (уменьшение, укорочение и урежение менструаций).*

АМЕНОРЕЯ

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

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

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

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

Патологическую аменорею делят на:

- первичную патологическую аменорею;
- вторичную патологическую аменорею.

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

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

Патологическая аменорея обусловлена поражением любого из регулирующих звеньев менструального цикла.

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

Лечение проводится в зависимости от выявленного уровня поражения.

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

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

II. ГИПЕРМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Гиперменструальный синдром характеризуется гиперменореей, полименореей, пройоменореей (увеличение, удлинение, учащение менструации).

Причины:

- гипофункция яичников;
- истощение, нарушение обмена;
- гиповитаминоз;
- заболевания крови (тромбоцитопения);
- опухоли внутренних половых органов (миома матки);
- воспалительные процессы женских половых органов;
- патологические перегибы матки.

Понижается сократительная способность матки, замедляется регенерация (восстановление) эндометрия, застой крови в области малого таза.

Лечение зависит от причины, вызвавшей нарушение, и заключается в лечении основного заболевания (противовоспалительное лечение, коррекция процессов свертывания крови, гормональное лечение, оперативное — при опухолях).

Симптоматическое лечение заключается в назначении гемостатических препаратов (викасол, препараты кальция) и сокращающих средств (маммофизин).

III. ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Дисфункциональные (ановуляторные) маточные кровотечения связаны с нарушением или неустановившимися функциональными отношениями в системе гипоталамус — гипофиз — яичники.

Причины:

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

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

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

При осмотре девочки обычно астеничного телосложения, кожные покровы бледные, отмечается тахикардия, снижение АД.

При осмотре наружных половых органов видны признаки инфантилизма (оволосение по мужскому типу, большие половые губы не прикрывают малые).

Дисфункциональное маточное кровотечение в климактерическом периоде называется климактерическим кровотечением.

С целью ***диагностики*** проводят ***тесты функциональной диагностики: отмечается монофазная базальная температура и «симптом зрачка»***

В периоде половой зрелости и в климактерическом периоде ***с диагностической и лечебной целями проводят*** раздельное диагностическое выскабливание слизистой шейки матки и тела матки с обязательным гистологическим исследованием для исключения злокачественного процесса.

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

Основные принципы:

- остановка кровотечения;
- предупреждение рецидива;
- регуляция функции яичников.

При ювенильных кровотечениях назначают:

- кровоостанавливающие препараты;
- сокращающие средства;
- общеукрепляющее лечение;
- витаминотерапию;
- средства, повышающие свертываемость крови и стимулирующие кроветворение;

▪ гормональные препараты назначают с целью остановки кровотечения и дальнейшей регуляции менструальной функции.

При климактерическом кровотечении после получения результатов гистологического исследования проводят:

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

Т 5.4 Принципы лечения и реабилитации.

Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушение менструальной функции могут свидетельствовать как о гинекологических, так и об экстрагенитальных заболеваниях.

При нарушении менструальной функции уточняют его характер.

Если у больной уже наступила менопауза, нужно выяснить, как протекал переходный период. Следует уточнить, в каком возрасте наступила менопауза.

Выяснить характер менструации во время настоящего заболевания и даты последней менструации.

Медицинская сестра берет мазки на цитологическое исследование, гонорею, степень чистоты влагалища, также готовит набор инструментов и assisteрует врачу при диагностическом выскабливании.

Нарушение менструального цикла может сопровождаться кровотечением и болями.

Болезненные спазмы (дисменорея) во время менструации можно купировать нестероидными препаратами (НПВП), такие как ибупрофен, напроксен или ацетаминофен. Оральные контрацептивы помогают урегулировать менструальный цикл или убрать сильное кровотечение. Агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) иногда используют для лечения серьезных кровотечений.

Большое значение придается *санитарно-просветительной работе*: беседы о гигиене менструального цикла, гигиене половой жизни, гигиене климактерического периода.

Правильное и своевременное выполнение назначений врача – важное звено в лечении нарушений. Пациентки должны быть проинформированы, что данное заболевание требует длительного, дисциплинированного лечения.

После выписки из стационара женщина становится **на диспансерный учет в женскую консультацию**. В женской консультации медицинская сестра должна помочь пациентке составить режим дня, объяснить применение диеты с обязательным содержанием витаминов, белков, железа и высокой калорийностью. Необходимо рекомендовать ей гимнастические упражнения.

Особое внимание требуют девочки с ювенильным кровотечением. Здесь надо отрегулировать время учебы и отдыха, исключить лишние нагрузки.

Необходимо провести с пациентками беседу об осложнениях при нарушении менструального цикла (бесплодие, вторичная анемия, злокачественные новообразования, воспалительные заболевания).

Т 5.5 Патология полового созревания.

1. Преждевременное половое развитие

Характеризуется появлением менструаций и вторичных половых признаков в течение первых 8-10 лет жизни девочек, а патология может развиваться по типу как органического поражения, так и функциональных расстройств.

Клиника преждевременного полового развития по женскому типу заключается в:

- раннем появлении женских вторичных половых признаков;

- менструации;
- неврологической симптоматике (задержка интеллектуального развития, патологические рефлексy).

Преждевременное половое развитие по женскому типу может быть связано с наличием гормонально - активной опухоли яичника или фолликулярной кисты.

Преждевременное половое развитие по мужскому типу при врожденном АГС связано с генетически обусловленной дисфункцией коры надпочечников, что приводит к повышенной продукции андрогенов.

Клиника:

- нарушения строения НПО видны при рождении (увеличение клитора, что затрудняет определение пола новорожденного);
- телосложение девочки необычное (широкие плечи, узкий таз, короткие конечности);
- вторичные половые признаки появляются в 6-7 лет и развиваются по мужскому типу (низкий голос, оволосение по мужскому типу, увеличение клитора);
- менструации отсутствуют;
- молочные железы не развиты;
- размеры матки отстают от нормы.

Лечение:

- витаминотерапия;
- эстроген –гестагенные препараты;
- при АГС гидрокортизон, дексаметазон.

2. Задержка полового развития

Клиника:

- недоразвитие вторичных половых признаков в 13-14 лет;
- аменорея или нерегулярные менструации;
- гипоплазия матки;
- уменьшение размеров яичников.

Лечение:

- режим;
- применение эстрогенов, прогестерона.

Профилактика:

- предупреждение инфекционных заболеваний в раннем детстве;
- санитарно - просветительные мероприятия.

Т 5.6 Бесплодие.

Брак считают бесплодным, если беременность не наступает в течение одного года регулярной половой жизни без контрацепции. Бесплодие встречается в 10 — 15% всех браков; при этом женское бесплодие бывает в 60—70%, мужское — в 30—40% случаев. При бесплодии беременность не наступает вследствие нарушения процессов зачатия. Бесплодие не следует смешивать с невынашиванием беременности.

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

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

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

Причины:

Основными причинами женского бесплодия являются следующие заболевания:

- ЗППП;
- воспалительные процессы;
- наличие спаек в маточных трубах и других частях половых органов;
- злокачественные или доброкачественные опухоли;
- гормональные проблемы;
- кисты;
- несовместимость партнеров.

Диагностика бесплодия

Если у женщины, живущей половой жизнью, ни разу не наступала беременность, бесплодие считают **первичным**, если в прошлом была хотя бы одна беременность - **вторичным**.

Обследование и лечение женщин, страдающих бесплодием, проводит врач-гинеколог.

Выявление причин бесплодия у женщин:

1. Начинают с тщательного **сбора анамнеза** (выясняют возраст родителей при ее рождении, течение беременности у матери, особенности детородной и менструальной функции у близких родственников по линии матери и отца, заболевания, перенесенные в детстве, в период полового созревания и после начала половой жизни);
2. Затем проводят объективное **гинекологическое исследование**;
3. **Характер менструального цикла** оценивают с помощью менструального календаря, графика базальной (ректальной) температуры, цитологического исследования влагалищных мазков;
4. При нарушениях менструального цикла, **проводят исследование органов репродуктивной системы с целью выяснения уровня поражения**;
5. Большое значение имеет определение содержания в организме половых и гонадотропных гормонов.
6. При нормальных показателях ритма и характера менструаций следует **исследовать состояние маточных труб и брюшины малого таза**

для исключения так наз. трубно-перитонеального (спаечный процесс в малом тазу) фактора бесплодия.

С этой целью применяют:

а) пертубацию,

б) гистеросальпингографию (ГСГ),

в) лапароскопия позволяет диагностировать также синдром неовулировавшего фолликула (см. выше).

г) Применение гистероскопии (ГС) дает возможность оценить особенности слизистой оболочки тела матки, выявить полипы, миому или внутренний эндометриоз матки.

Лечение

Лечение бесплодия у женщин зависит от вызвавшей его причины.

При выявлении нескольких факторов, приводящих к бесплодию, вначале устраняют наиболее значимый:

1) В первую очередь должны быть устранены анатомические изменения маточных труб, шейки и тела матки.

2) Затем корректируют нарушения овуляции *гормональными препаратами.*

3) В настоящее время *при отсутствии эффекта от консервативной терапии* широко применяют *пластические операции на маточных трубах*, которые при своевременном проведении дают хороший эффект.

Щадящим методом оперативного лечения анатомических изменений матки, маточных труб, яичников и тазовой брюшины являются *методы эндоскопической хирургии.*

4) При неэффективности оперативного лечения или невозможности его проведения вследствие тяжелого поражения маточных труб на всем их протяжении, а также в случае отсутствия обеих маточных труб при наличии неизмененных яичников в ряде мед. учреждений применяют *экстракорпоральное оплодотворение* (в специальную среду, содержащую изъятую из организма женщины яйцеклетку, добавляют приготовленную из спермы мужа суспензию сперматозоидов), затем культивируют оплодотворенную яйцеклетку и переносят зародыш в полость матки.

Прогноз

Прогноз зависит от причины бесплодия и своевременности начала лечения. Во многих случаях возможно восстановление детородной функции.

Профилактика

Профилактика бесплодия у женщин направлена в основном на:

- предупреждение абортов,
- предупреждение воспалительных заболеваний половых органов,
- предупреждение инфекций, передаваемых половым путем,
- большое значение имеют здоровый образ жизни,
- правильный режим питания,
- соблюдение гигиены половой жизни.

Т 5.7 Роль гинекологического массажа при данной патологии.

Массаж при заболеваниях женской половой сферы, действуя рефлекторно на организм, оказывает регулирующее влияние на функциональное состояние центральной нервной системы.

Массаж устраняет боли, улучшает кровообращение в органах малого таза, способствует рассасыванию воспалительных процессов, восстановлению обмена веществ, нормализации овариально-менструальной и секреторной функций, повышению тонуса мускулатуры матки, ее сократительной функции, устранению спаек, сращений, исправлению патологических положений матки.

В практике лечения женских болезней применяют гинекологический (вагинальный), вибрационный и сегментарно-рефлекторный массажи.

Гинекологический массаж назначают по поводу соединительнотканых сращений связочного аппарата матки; при хроническом воспалении труб, тазовой брюшины и клетчатки, при неправильных положениях матки, бесплодии, дисменорее и др.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 4
«МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО
ЦИКЛА. ЖЕНСКОЕ БЕСПЛОДИЕ»

*Смотреть теоретическое занятие № 6 «Менструальный цикл.
Нарушения менструального цикла. Женское бесплодие»*

ТЕМА 6

РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА МУЖЧИНЫ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 7 «РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА МУЖЧИНЫ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ»

Т 6.1 Анатомия и физиология репродуктивной системы мужчины.

Мужские половые органы

Половые органы подразделяют на внутренние и наружные.

К внутренним мужским половым органам относятся:

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

К наружным половым органам относятся:

- половой член,
- мошонка.

Мужские половые органы (железы) — **яички** — лежат вне таза, в кожно-мышечном мешковидном образовании, **в мошонке**.

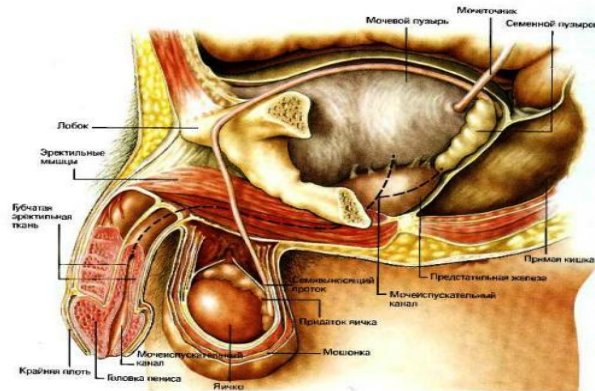
Яичко или семенник, парная половая железа, вырабатывает мужские половые клетки — сперматозоиды и половой гормон — тестостерон (андростерон).

К одному краю к яичку прилегает его придаток, от которого тянется семявыносящий проток длиной 45—50 мм.

В головку придатка из яичка проходят 10—12 очень тонких выносящих канальцев. По этим канальцам из яичка выносятся семя.

С наступлением половой зрелости в семенных канальцах яичка образуются мужские половые клетки — сперматозоиды. При половом возбуждении сперматозоиды вместе с секретом придатков движутся по семявыводящему каналу к семенным пузырькам. Секрет придатков разжижает среду. В момент наибольшего полового возбуждения в задний отдел мочеиспускательного канала выбрасываются сначала выделения предстательной железы, которая охватывает с обеих сторон мочеиспускательный канал при его выходе из мочевого пузыря. Затем сперматозоиды, а затем выделения семенных пузырьков.

Сперма — это секрет предстательной железы и семенных пузырьков со



сперматозоидами.

При каждом половом акте выделяется от 1 до 6 мл спермы.

Сперма извергается через наружное отверстие мочеиспускательного канала, которое открывается на головке полового члена.

Половой член (penis) состоит из 3 пещеристых тел, головки и корня. Во время полового возбуждения происходит обильное заполнение пещеристых тел кровью, они становятся упругими, наступает эрекция (напряжение) полового члена.

Кожа полового члена у основания головки образует складку — крайнюю плоть. Она может быть легко сдвинута назад. Фимоз — сужение крайней плоти.

В яичках синтезируются все стероиды, но преобладает синтез тестостерона, который является основным гормоном, ответственным за развитие вторичных половых признаков, потенцию и поведенческие реакции.

Влияние факторов окружающей среды

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

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

Т 6.2 Аномалии и пороки развития мужской половой системы.

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

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

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

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

Семенные пузырьки

Изолированный порок развития одного из семенных пузырьков встречается очень **редко**. Может иметь место **слияние обоих семенных пузырьков** в один. Другой вид порока — **недоразвитый**, т. е. малый, семенной пузырек, нередко сопровождающийся недоразвитием или даже отсутствием яичек в мошонке.

Клиника

- Обычно такие больные имеют женоподобный вид;
- ненормально малые другие половые органы: предстательную железу и половой член.

Значительно реже бывает **удвоение семенного пузырька**, каждая из половин которого имеет свой выводной проток.

Другие аномалии развития семенного пузырька заключаются в **ненормальном строении его** (сужение, резкая извитость и т. д.) или **неправильном расположении**, что создает препятствие для нормального опорожнения семенных пузырьков, а это, в свою очередь, может привести к постоянным болям в области крестца, промежности, значительно усиливающимся к моменту семяизвержения.

В конце концов, **развивается хронический везикулит** — воспаление одного семенного пузырька или обоих, что порой заканчивается бесплодием.

К счастью, пороки развития семенных пузырьков возникают очень редко и при одностороннем поражении не вызывают тяжелых последствий.

Предстательная железа

Среди аномалий этого органа наиболее часто встречается **недоразвитие предстательной железы**, что обычно **сочетается с недоразвитием полового члена, яичек и семенных пузырьков**.

Если при этом затронуты обе доли предстательной железы, то мужчина может иметь женоподобную внешность. **Очень редко** наблюдается **полное отсутствие предстательной железы** от рождения.

Клиника

- нарушение мочеиспускания и функции половых органов;
- ночное недержание мочи (реже и дневное);
- ослабление эрекции;
- значительное уменьшение количества семени, извергаемого во время полового акта.

При появлении вышеперечисленных расстройств больной должен обратиться к врачу-урологу.

При урологическом обследовании пороки развития предстательной железы легко диагностируются, и своевременно начатое **лечение гормонами**, стимулирующими развитие этого органа (пролан, простатокрин и др.), существенно улучшает состояние больного.

Мочеиспускательный канал

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

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

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

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

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

Жалобы на:

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

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

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

Если гипоспадия не была своевременно ликвидирована путем операции, больные, став взрослыми, предъявляют врачу жалобы на боли при

эрекции и половом сношении, а порой даже на **невозможность полового акта** в связи с искривлением полового члена.

При локализации наружного отверстия мочеиспускательного канала на половом члене в его средней части или ближе к мошонке больные часто обращаются к врачу в связи с отсутствием детей, что вызвано извержением семени вне влагалища женщины. Мочеиспускание хотя и совершается необычно (моча выделяется под углом к половому члену, с разбрызгиванием), долгое время не вызывает беспокойств больного. Кроме того, многие из них стесняются обращаться к врачу по этому поводу, скрывая свой порок.

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

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

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

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

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

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

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

Половой член

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

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

Клиническая картина

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

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

В случаях присоединения воспалительного процесса появляются:

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

Лечение

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

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

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

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

Он чаще встречается у детей и подростков.

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

Клиника

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

Тактика

Вправление головки в крайнюю плоть, противопоказано!

Необходимо:

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

Лечение

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

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

Другой порок развития полового члена — **короткая уздечка**, которая нередко способствует фимозу.

Основные **жалобы** чаще возникают в юношеском и взрослом возрасте:

- выражаются в искривлении головки при эрекции,
- болях при половом сношении, во время которого может наступить разрыв уздечки со значительным кровотечением. В последнем случае необходимо наложить давящую повязку и срочно обратиться к хирургу или урологу.

Лечение заключается **в рассечении уздечки в поперечном направлении и сшивании в продольном, что приводит к ее удлинению.**

Оперативное лечение фимоза и короткой уздечки дает хорошие результаты и не сопровождается снижением половой функции мужчины. Наоборот, иногда эти два порока развития являются причиной половых расстройств (из-за неприятных или болезненных ощущений при сношении), которые исчезают после оперативного лечения.

Яичко

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

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

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

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

наблюдается в 5—6 раз реже, чем односторонний.

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

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

Клиника

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

Осложнениями пахового крипторхизма могут быть:

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

Диагностика крипторхизма и опухоли неопустившегося яичка:

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

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

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

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

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

Крипторхизм распознается чаще всего по отсутствию в мошонке одного или обоих яичек. Если яичко находится в паховом канале, то в паховой области можно прощупать округлое мягкое образование.

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

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

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

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

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

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

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

У детей первых 2 лет жизни возможно самоизлечение.

Т 6.3 Основные симптомы и синдромы, принципы диагностики и лечения патологий: эректильная дисфункция, боли в области малого таза, расстройства мочеиспускания.

Эректильная дисфункция - неспособность мужчины поддерживать достаточный уровень эрекции для осуществления полноценного полового акта. Второе название патологии – импотенция.

Эректильная способность – залог мужской уверенности. Ухудшение сексуальной жизни приводит к психоневротическим расстройствам, апатии и даже депрессии. Согласно статистическим данным, с эректильной дисфункцией сталкивается каждый 10-й мужчина. А в настоящее время ситуация еще более серьезна – частота ранней импотенции возрастает.

Причины

Воздействие негативных факторов неминуемо сказывается на половой жизни мужчины. Эректильную дисфункцию провоцируют наркомания, алкогольная зависимость, психопатологии. Среди эндокринных факторов подобная дисфункция сопровождает сахарный диабет и недостаточность половых желез. Анатомические нарушения тоже не редкость – встречаются Болезнь Пейрони, фиброзные отложения и склеротические изменения кавернозных тел пениса. В некоторых случаях к сексуальной несостоятельности ведут заболевания спинномозговые патологии, полинейропатии и нарушения мозгового кровообращения.

Однако современная медицинская практика показывает, что причины эректильной дисфункции чаще всего обусловлены неудовлетворительным состоянием сосудов, кровоснабжающих половой член. Провокаторами этого

процесса выступают атеросклеротические поражения, гипертоническая болезнь и диабетическая микроангиопатия. Поэтому пациенту с эректильной дисфункцией показано комплексное обследование для выявления первопричины.

Признаками, указывающими на начальные стадии сексуальных нарушений, у взрослых мужчин являются:

- периодическое или регулярное исчезновение эрекции в разгар полового акта;
- преждевременная эякуляция;
- отсутствие оргазма;
- отсутствие эякуляции;
- отсутствие эрекции, несмотря на явное возбуждение;
- резкое снижение либидо;
- неспособность совершить половой акт с партнершей;
- регулярное предпочтение физиологическому сексу самоудовлетворения.

Диагностика

Первый врач, которого должен посетить мужчина с подобными жалобами, это андролог. Специалист проведет осмотр, соберет анамнез, а при необходимости – назначит консультации других врачей (уролог, сексолог, венеролог) и комплекс диагностических исследований. Для выявления причин эректильной дисфункции проводят:

- психотерапевтическое тестирование;
- обследование на инфекции с половым путем передачи;
- общеклиническое исследование крови и мочи;
- оценка секрета простаты;
- ультразвуковые исследования;
- доплерографию;
- кавернозографию;
- магнитно-резонансную и компьютерную томографию органов малого таза, центральных отделов нервной системы.

Лечение

Вид лечения и характер терапии подбирает андролог, ориентируясь на провоцирующие факторы:

- при психологических нарушениях показан прием специфических препаратов и психотерапевтическое консультирование;
- при эндокринных сбоях – заместительная или супрессорная гормональная терапия;
- при расстройствах неврологического характера – комплексное лечение с привлечением невролога в условиях стационара и т.д.
- при патологическом нарушении кровоснабжения полового члена – назначаются лекарственные препараты, рекомендуется санаторно-курортное лечение и физиотерапевтические процедуры.
- в тяжелых и запущенных случаях сосудистых патологий – может

применяться хирургическое лечение для восстановления нормальной анатомии пениса.

Одним из вариантов данной патологии является **хирургическое лечение**, которое заключается во внедрении силиконового имплантата в кавернозные тела члена.

Боли в области малого таза

Тазовая боль — это любая боль ниже пупка или в промежности.

Боль эта может быть вызвана различными **причинами**: заболеваниями кишечника, мочевого пузыря и мочевыводящих путей, почек, женских или мужских половых органов.

Острая тазовая боль служит сигналом для срочного обращения к врачу. При боли в области прямой кишки, возникающей при дефекации или сразу после нее, стоит обратиться к проктологу; боль, связанная с мочеиспусканием — повод обратиться к урологу.

Синдром хронической тазовой боли — длительно существующая тазовая боль, имеющая интенсивность от легкой до невыносимо сильной. Постоянная мучительная боль способствует появлению депрессии, выраженной тревоги и сильных переживаний.

Хронические тазовые боли у мужчин и у женщин ухудшают качество жизни, поскольку длятся долгое время (от шести месяцев и более) и не позволяют вести привычный образ жизни.

Расстройства мочеиспускания

Затруднение мочеиспускания у мужчин отмечается при заболеваниях уретры и мочевого пузыря, поражении предстательной железы, некоторых других андрологических патологиях и онкологических процессах.

Возникает остро или развивается постепенно, как правило, сочетается с другими дизурическими расстройствами.

Для определения причины затруднений микции проводят опрос, внешний осмотр, пальцевое ректальное исследование, назначают аппаратные и лабораторные обследования.

Лечение включает медикаментозную терапию, физиотерапию, местные методики, иногда – хирургические вмешательства.

Т 6.4 Особенности сестринского процесса при данной патологии.

Сестринский процесс при патологиях репродуктивной системы мужчины сводится к последовательному выполнению следующих этапов:

1. **Обследование пациентов.**
2. **Оценка состояния больного и выявление потребностей (постановка сестринского диагноза).**
3. **Планирование сестринского процесса.**
4. **Организация и осуществление сестринского процесса.**
5. **Сестринский анализ эффективности выполнения сестринского процесса (анализ проблем пациента и рекомендации по профилактике и**

реабилитации после заболевания).

I этап сестринского процесса при патологиях репродуктивной системы мужчины начинается с клинического обследования и направления на выяснение индивидуальных особенностей анамнеза жизни и болезней пациента. Особенности сбора информации о пациенте медицинской сестрой представлены на рис.2, приложение. Опрос по системам и правильная оценка полученных данных во многих случаях позволяет поставить предварительный диагноз и оказать первую доврачебную помощь. Среди общих сведений важное значение имеют возраст мужчины, поскольку функции половых органов, а также анатомическое строение подвергаются возрастным изменениям. Выяснение профессии больного и условия труда способствуют уточнению причин тех или иных патологических явлений. Андрологический анамнез собирается по стандартному плану: становление половой и репродуктивной функции. Его необходимо собирать с учетом особенности типа высшей нервной деятельности пациента. Так, мужчины с сильным уравновешенным типом высшей нервной деятельности не предъявляют жалоб вообще, только тактичная беседа выясняет проблемы больного. Мужчины с сильным неуравновешенным типом высшей нервной деятельности эмоционально воспринимают всю новую информацию, а неудачно поставленный перед больным вопрос может вызвать возникновение депрессивных состояний. Определенный диалог должен складываться с мужчиной со слабым типом высшей нервной деятельности. Эти мужчины не терпят боли, раздражительны, очень внушаемы.

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, половых органов, брюшной стенки, перкуссию и аускультацию живота у андрологических больных. Оценка состояния сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем позволит своевременно выявить сопутствующие экстрагенитальные заболевания. В норме у мужчины температура тела в подмышечной впадине должна быть не более 37 град. С. Степень повышения температуры обычно находится в зависимости от интенсивности обусловившего ее подъема заболевания. При несоответствии данных температуры и состояния больного производится сравнительное измерение периферической и полостной температуры, измеряемой в прямой кишке. При этом одновременно 2 термометра помещаются в подмышечные впадины, а третий - в прямую кишку. Продолжительность измерения - 5 минут. Данные измерения записываются в виде графика. Объективное обследование мужчины включает использование специальных андрологических, лабораторно-инструментальных и других методов.

Относительно обследования репродуктивной системы женщины, обследование мужчин намного проще. В репродуктивной системе мужчин

нет циклических ежемесячных изменений, а значит, весь материал для анализов может быть взят буквально сразу. Почти все органы мужской половой сферы доступны осмотру и пальпации (лат. *palpatio* - исследование ощупыванием органов), поэтому нет необходимости для установления диагноза в отношении фертильности выполнять сложные высокотехнические операции, как у женщин. Обследование мужчин начинается с исследования спермы. Если патологии не выявлено, то на данном этапе других исследований у мужчины не проводят.

Наиболее доступным является сбор спермы с помощью мастурбации в пластмассовые контейнеры с широким горлом, но не металлические или резиновые. Если забор спермы осуществляется не в лаборатории, то доставлять ее для исследования необходимо не позже 2 часов после сбора и хранения при температуре тела. Обязательным требованием перед сдачей спермы является половое воздержание не менее 2 дней, но не более 7 дней.

Результатом обследования спермы является так называемая спермограмма, которая включает информацию об объеме спермы, общем количестве сперматозоидов и лейкоцитов, а также сведения о количестве активноподвижных и нормальных по строению сперматозоидов.

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

II этап сестринского процесса при патологиях репродуктивной системы мужчины заключается в формировании сестринского диагноза (диагностика состояния больного и выявление проблем и потребностей пациента). Сестринский диагноз - это те проблемы, которые могут быть выявлены или предупреждены сестрой самостоятельно, не требуя активного вмешательства врача, и будет называться сестринским диагнозом. Все проблемы пациента подразделяются на медицинские проблемы и проблемы, связанные с обеспечением потребностей больного. Для обеспечения потребностей больного медицинской сестре необходимо знать «индивидуальную норму». Таким образом, необходимо следить за изменениями, которые выходят за пределы нормы для данного человека. Проблемы пациента могут захватывать различные сферы деятельности - физическую, психическую, эмоциональную, духовную и социальную. Отклонения от индивидуальной нормы и будут формировать сестринский диагноз.

При формировании сестринского диагноза следует обратить внимание на последовательность постановки диагнозов - на первом месте самая глобальная проблема, затем по мере их значимости для пациента. После выполнения этого момента необходимо перейти к этапу выяснения потенциальных проблем, отталкиваясь от настоящих. Правильно выявленные проблемы пациента позволят нам четко и последовательно составить план сестринского процесса.

III этап - составление плана сестринского процесса. Медицинская сестра составляет план своих действий и оформляет в карте сестринского процесса (рис.3, приложение), содержащей сестринский диагноз, цели (краткосрочные и долгосрочные), план действий, оценку эффективности лечения. Этап составления плана сестринского процесса плавно переходит в

IV этап - организация и осуществление сестринского процесса. План действия, составленный ранее, поможет сестре решить сначала наиболее главные проблемы для пациента (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.

Т 6.5 Роль массажа.

Массаж – одно из средств, которое не наносит организму никакого вреда. Массажные приемы укрепляют организм, способствуют его нормальному функционированию, поднимают общий тонус и т. п.

При различных заболеваниях очень часто применяют массаж. Его обязательно назначают при лечении заболеваний нервной системы (неврозы, невриты, невралгии), кровеносной (в том числе при болезнях кроветворных органов), дыхательной и мочеполовой систем, пищеварительного тракта, связок, сухожилий, суставов и др. Кроме этого, массаж улучшает состояние кожи: удаляет отжившие клетки эпидермиса, усиливает действие сальных и потовых желез, способствует выведению из организма продуктов распада и шлаков. В результате массажа улучшается движение крови, лимфы, межтканевой жидкости, уменьшаются или совсем исчезают застойные явления, усиливается обмен веществ. После сеанса массажа человек чувствует себя бодрым и отдохнувшим.

Массаж применяется при различных заболеваниях мужской половой сферы: хроническом уретрите, куперите, катаральных формах простатита, атонии простаты, сперматорее, везикулите, травматическом воспалении яичка и его придатков.

ТЕМА 7.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. БЕСПЛОДИЕ МУЖЧИНЫ

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 8

«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. БЕСПЛОДИЕ МУЖЧИНЫ»

Т 7.1 Заболевания мужских половых органов: воспалительные заболевания головки полового члена и предстательной железы.

Баланопостит

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

Баланопостит- сочетание баланрита и постита.

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

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

Клиническая картина.

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

Общие симптомы воспаления и интоксикации не выражены.

Баланопостит может **осложниться** фимозом или парафимозом.

Лечение

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

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

Простатит

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

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

Заболевание чаще развивается как:

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

Различают острый и хронический простатит.

Клиническая картина

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

При гнойном простатите появляются:

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

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

Он сопровождается:

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

Необходимо провести ректальное исследование.

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

Лечение

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

Абсцесс предстательной железы вскрывают через стенку прямой кишки или промежность.

При хроническом простатите лечение комплексное, длительное.

Т 7.2 Мужское бесплодие - причины, диагностика, лечение и профилактика данной патологии.

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

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

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

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

Причины

Бесплодие у мужчин связано, как правило:

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

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

Клинически нарушение сперматогенеза проявляется:

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

Наиболее часто при бесплодии у мужчин выявляют:

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

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

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

Различают **истинную и ложную азооспермию**. При истинной азооспермии, сперматозоиды в яичках не образуются, это наблюдается при

отсутствии или недоразвитии яичек, двустороннем крипторхизме, эндокринных расстройствах.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Лечение бесплодия у мужчин направлено на:

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

Применяют общеукрепляющую терапию, по показаниям противовоспалительные и гормональные средства.

При непроходимости семявыносящих путей и варикоцеле иногда проводят оперативное вмешательство.

Прогноз зависит от причины, вызвавшей бесплодие.

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

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

Большое значение имеет исключение употребления алкоголя.

Т 7.3 Клиническая фармакология при патологии репродуктивной системы мужчины.

Мужчинам, проходящим обследование по поводу бесплодия в браке, у которых были выявлены жалобы, данные анамнеза, объективные признаки, результаты лабораторных или инструментальных исследований, позволяющие диагностировать снижающие фертильность заболевания, показано лечение, направленное на восстановление способности к зачатию естественным путем. При этом необходимо учитывать фертильность женщины, вероятность сохранения у нее шансов зачатия естественным путем в ожидаемые сроки излечения мужа и при наличии показаний рассматривать для преодоления бесплодия в браке внутриматочные инсеминации (ВМИ) или ВРТ.

При ВМИ обработанная в лабораторных условиях сперма помещается в полость матки с целью наступления беременности. ВРТ представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных гамет, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства). Противопоказания и ограничения к применению ВРТ и ВМИ сформулированы в Клинических рекомендациях (протоколе лечения) «Вспомогательные репродуктивные технологии и искусственная инсеминация». Показаниями к применению ВРТ у бесплодных мужчин являются: необъяснимое бесплодие (бесплодие у мужчин с нормозооспермией при отсутствии женских факторов бесплодия), бесплодие, при котором невозможно применение других методов лечения, бесплодие, не поддающееся лечению в течение 12 месяцев с момента установления диагноза, более высокая вероятность преодоления бесплодия при использовании ВРТ по сравнению с другими методами, необходимость проведения преимплантационного генетического тестирования, ВИЧ инфицирование у дискордантных пациентов.

ВРТ позволяют сохранить репродуктивную функцию мужчинам, которым предстоит снижающее фертильность лечение: оперативное вмешательство, химиотерапия, лучевая терапия. С целью сохранения репродуктивной функции мужчины может проводиться криоконсервация сперматозоидов спермы, полученной путем мастурбации, а также криоконсервация сперматозоидов, полученных оперативным путем и криоконсервация сперматозоидов в тестикулярной ткани.

Т 7.4 Роль массажа.

Лечение бесплодия у мужчин зачастую включает массаж живота и яичек. Парный половой орган обеспечивает выработку стероидов и спермы.

Цели проведения массажа, в том числе живота, у мужчин: повышение продукции тестостерона; улучшение качества спермы, например, подвижности мужских половых клеток; нормализация кровотока; лечение эректильной дисфункции.

Подготовительный этап включает обертывание яичек тёплым полотенцем. Манипуляция расслабляет мышцы и позволяет приступить непосредственно к сеансу массажа различными тактиками: Лёгкое массирование производится при помощи больших пальцев. Пациент во время сеанса не должен испытывать боль. Специалист выполняет постукивания по яичкам, контролируя интенсивность надавливания.

Важно! Яички очень чувствительны к внешнему воздействию. Массаж должен быть аккуратным и бережным. Появление боли указывает на необходимость снижения интенсивности движений. Несмотря на многочисленные положительные эффекты, наблюдаемые при массаже живота, существуют противопоказания к применению метода.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 5
«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА И
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. БЕСПЛОДИЕ МУЖЧИНЫ»

Смотреть теоретическое занятие №8 «Воспалительные заболевания полового члена и предстательной железы. Бесплодие мужчины»