**Преподаватель Трифонова О.М.**

**Дисциплина «Сестринская помощь в акушерстве и гинекологии», очно-заочное отделение**

**Задание для группы В2-2**

**1.Составить конспект по теме: Сестринская помощь при воспалительных заболеваниях женских половых органов, бесплодии, нарушениях менструального цикла, используя материал лекции.**

**Воспалительные заболевания половых органов** (ВЗПО) у женщин занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии и составляют 60-65% обращаемости в женские консультации. Рост числа ВЗПО во всех странах мира является следствием изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета. Актуальность проблемы воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в том, что они часто приводят к таким последствиям, как невынашивание, бесплодие, нарушения менструального цикла, внематочная беременность, хронические тазовые боли. Следует обратить внимание на омоложение воспалительных заболеваний и особенности течения в настоящее время - они встречаются в возрасте от 15 до 24 лет, протекают малосимптомно и принимают хроническое течение.

**Этиология.** Воспалительные процессы вызываются самыми разнообразными возбудителями, на первом месте возбудители инфекций, передающихся половым путем (гонококки, хламидии, трихомонады, микоплазмы, уреаплазмы), второе место занимают грибы Candida, вирусы (вирус генитального герпеса, папилломы человека, иммунодефицита человека), а далее патогенная аэробная и анаэробная микрофлора (стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, клебсиеллы, протей, клостридии, синегнойная палочка, энтеробактерии). В возникновении ВЗПО важную роль играют ассоциации (сочетание) микроорганизмов, то есть смешанной микрофлорой.

В половых путях существует множество **уровней биологической защиты** от возникновения инфекционных заболеваний. К **первому** относится сомкнутое состояние половой щели. **Второй:** наличие девственной плевы до наступления половой жизни. **Третий:** свойства влагалищной микрофлоры - создание кислой среды, губительной для многих микроорганизмов. В норме влагалищная микрофлора представлена грамположительными и грамотрицательными аэробами, включая лакто- и бифидобактерии (палочки Дедерлейна), которые создают естественный барьер для патогенной инфекции. Расщепляя гликоген, содержащийся в поверхностных клетках влагалищного эпителия, до молочной кислоты, лактобактерии создают кислую среду. **Четвертый:** в цервикальной слизи, которая заполняет канал шейки матки, содержатся биологически активные вещества в высокой концентрации. Цервикальная слизь затрудняет проходимость для инфекционных агентов и, следовательно, снижают риск воспалительных заболеваний. Распространению инфекции также препятствуют отторжение функционального слоя эндометрия во время менструации вместе с попавшими туда микроорганизмами. Безусловно, существенная роль принадлежит состоянию иммунных сил организма женщины. Общие инфекционные заболевания, эндокринные нарушения, прием цитостатиков, сопровождающиеся снижением иммунитета, нарушают общие защитные механизмы.

**Пути распространения инфекции:** наиболее частый восходящий путь передачи инфекции, но не исключаются такие пути, как нисходящий (из брюшной полости), гематогенный и лимфогенный (из хронических очагов инфекции). Распространение инфекции из нижних отделов половых путей в верхние может быть пассивным и активным. К пассивному относится распространение через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость, а также гематогенный или лимфогенный путь. Микроорганизмы могут также активно транспортироваться на поверхности двигающихся сперматозоидов и трихомонад.

**Распространению инфекции** в половых путях способствуют:

• различные внутриматочные манипуляции (зондирование, гистероскопия, внутриматочные методы контрацепции, искусственное прерывание беременности – аборт);

• менструация, во время которой микроорганизмы легко проникают из влагалища в матку, вызывая восходящий воспалительный процесс;

• операции на органах брюшной полости и малого таза;

• очаги хронической инфекции, обменные и эндокринные нарушения, недостаточность или несбалансированность питания, переохлаждения, стрессы и др.

После проникновения инфекции в очаге поражения происходят деструктивные изменения с возникновением воспалительной реакции. Наряду с местными проявлениями воспалительной реакции, характеризующейся пятью признаками (краснота, припухлость, повышение температуры, болезненность и нарушение функций) могут возникать общие реакции: лихорадка, реакции крови с развитием лейкоцитоза, повышением СОЭ, явления интоксикации организма.

**Классификация.** 1. В зависимости от *вида возбудителя* ВЗПО делятся на **неспецифические** и **специфические** (гонорея, туберкулез, хламидиоз, трихомониаз, герпетическая и папилломавирусная инфекция, сифилис, аногенитальные бородавки, контагиозный моллюск). Они вызваны специфическими микроорганизмами трихомонадами, гонококками, вирусами, микоплазмами, хламидиями (инфекции, передающиеся половым путем). Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки, стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиеллы, протей, вирусы, то есть те, что не вызывают специфического воспалительного процесса.

*2.По локализации* патологического процесса различают воспалительные заболевания **нижнего** (вульвит, бартолинит, кольпит-вагинит, эндоцервицит, цервицит) и **верхнего**  (эндомиометрит, сальпингит, оофорит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит) **отделов половых органов**, границей между которыми является внутренний маточный зев. Существует разделение женских половых органов на наружные и внутренние (граница – девственная плева), поэтому могут выделять воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов. К первым относятся вульвит, бартолинит, кондиломы наружных половых органов, все остальные локализации – заболевания внутренних половых органов.

3.По *клиническому течению* воспалительные процессы разделяют на:

• **острые** с выраженной клинической симптоматикой;

•**подострые** со стертыми проявлениями;

• **хронические** (с неустановленной давностью заболевания или давностью более 2 месяцев) в стадии ремиссии или обострения.

**Воспалительные заболевания нижнего отдела** имеют сходную симптоматику: зуд, жжение, болезненность или дискомфорт, выделения различного характера, что обусловлено видом возбудителя, при осмотре имеются гиперемия и отечность. Общая симптоматика, как правило, не выражена. Из них чаще встречаются вульвит, бартолинит, вульвовагинит, вагинит, цервицит. Их диагностика не вызывает обычно затруднений и включает осмотр наружных половых органов, пальпацию паховых лимфоузлов, исследование в зеркалах, бактериоскопическое и бактериологическое исследование, обследование на инфекции, передаваемые половым путем, обследование полового партнера, кольпоскопию. Во время обследования и лечения не рекомендуется половая жизнь.

*Вульвит* - воспаление наружных женских половых органов. По клиническому течению данное заболевание может протекать в острой и хронической формах. Острый вульвит проявляется отеком тканей половых органов, покраснением паховых складок, гнойными выделениями, иногда увеличением паховых лимфатических узлов. Нередко вульвит сочетается с острыми кондиломами, расположенными в области половой щели и заднего прохода (остроконечными кожными образованиями).Больных беспокоят зуд и жжение наружных половых органов, гнойные выделения, боли в половых органах при движении.

Хронический вульвит характеризуется зудом, жжением, покраснением, но все эти проявления менее выражены, чем при остром процессе.

Лечение комплексное. Включает применение местных антисептических средств, а также общеукрепляющих препаратов. Целесообразно проведение лечения сопутствующих заболеваний (диабета, гельминтозов).

*Бартолинит* – воспаление большой железы преддверия влагалища. Проникновение микробов в паренхиму железы ведет к возникновению абсцесса. Абсцесс наиболее часто вызывается смешанной микробной флорой. Клинически данное заболевание проявляется повышением температуры тела, отмечается припухлость большой и малой половых губ, их резкая болезненность. Возможно самопроизвольное вскрытие абсцесса с выходом гноя наружу, при этом общее самочувствие и состояние улучшаются, температура снижается, однако вскоре возникает повторное нагноение вследствие наличия в железе возбудителя воспалительного процесса. Для лечения такого состояния главным является вскрытие и удаление гноя из образовавшегося абсцесса хирургическим путем. Одновременно назначаются антибиотики и антисептические препараты местно.

*Вульвовагинит* – воспаление в области наружных половых органов и влагалища. Чаще всего это заболевание возникает у девочек 3- 8 лет или у женщин в старческом возрасте. Возникновению вульвовагинита у девочек способствуют острые инфекционные процессы (корь, скарлатина, дифтерия), различные эндокринные нарушения, нарушения питания, хронические заболевания носоглотки. Проявляется данное заболевание слабовыраженными симптомами – гиперемией и скудными выделениями. Диагноз может быть поставлен после тщательного осмотра и исследования отделяемого вульвы и влагалища. Лечение направлено на устранение причины заболевания: проводятся обработка очагов инфекции дезинфицирующими растворами, антибактериальная, противогрибковая и противовирусная терапия.

*Кольпит или вагинит* - воспаление слизистой оболочки влагалища. Неспецифический кольпит может быть вызван стафилококком, кишечной палочкой, стрептококком, а специфический – грибами рода кандида, трихомонадами. Нередко вагинит возникает в результате смешанной инфекции. Основным признаком неспецифического кольпита являются серозно-гноевидные бели - выделения, которые характерны как для острой, так и для хронической стадии заболевания. При остром кольпите женщину беспокоят зуд и жжение, дискомфорт в области влагалища, усиление неприятных ощущений и жжения во время менструации. При осмотре слизистая влагалища отечна и гиперемирована. В хронической стадии эти проявления практически отсутствуют.Точный диагноз вагинита возможно поставить после исследования мазков из влагалища для определения характера возбудителя заболевания, что в дальнейшем определяет терапию. При специфических вагинитах вид возбудителя можно предположить по клиническим проявлениям. Кандидозный вагинит характеризуется неприятными ощущениями во влагалище при ходьбе, половом акте, зудом, который усиливается вечером и ночью, типичными серовато-белыми творожистыми выделениями, яркой гиперемией слизистой оболочки влагалища и половых губ. Нередко можно увидеть творожистые налеты на слизистой влагалища, поверхностные эрозии, мелкие пузырьки. Для трихомонадного вагинита характерны зуд, пенистые гноевидные выделения с неприятным запахом. Лечение заключается в применении местных дезинфицирующих растворов (влагалищные ванночки) и в туалете наружных половых органов. Целесообразно применять специальные вагинальные свечи, в состав которых входят противовоспалительные, антибактериальные и противогрибковые препараты. Не следует забывать о лечении полового партнера, иммунокоррегирующей терапии и восстановлении нормальной микрофлоры влагалища.

*Цервицит (экзоцервицит), эндоцервицит, истинная эрозия шейки матки* – воспалительные заболевания влагалищной части шейки матки. Основными клиническими симптомами являются бели слизисто-гнойного характера, реже тянущие боли внизу живота. При истинной эрозии отмечаются контактные кровянистые выделения, при осмотре участок ярко-красного цвета чаще вокруг наружного зева шейки матки. Лечение сходно с лечением воспаления влагалища.

**Воспалительные заболевания верхнего отдела** женских половых органов или органов малого таза представлены эндометритом, сальпингитом, сальпингоофоритом, реже наблюдаются осложненные формы - параметрит (воспаление околоматочной клетчатки), пиовар, пиосальпингс или гидросальпингс, тубоовариальное образование, пельвиоперитонит, которые требуют хирургического лечения. Клиническая картина наиболее частых форм имеет сходную симптоматику и проявляется при острых, подострых и обострениях хронических воспалительных процессов:

• болями различного характера и интенсивности внизу живота и в области придатков матки;

• иррадиацией болей в поясницу, крестец, промежность, паховую область;

• белями (выделения слизисто-гнойные, гнойные, сукровичные, кровянистые);

• частыми позывами к мочеиспусканию и дефекации;

• общими симптомами: повышением температуры тела, лихорадкой, недомоганием, слабостью, повышенной утомляемостью, снижением аппетита, головной болью, мышечными болями;

• болезненностью в области матки или ее придатков при бимануальном исследовании.

Хроническое течение заболеваний верхнего отдела женских половых органов характеризуется нарушением менструального цикла, периодическими болями, особенно после переохлаждения, физической нагрузки, бесплодием, невынашиванием беременности. Диагноз заболевания ставится на основании жалоб и анамнеза, данных бимануального исследования, клинико-лабораторных данных (общий анализ крови, общий анализ мочи, мазки на микрофлору, бактериологическое обследование и на ИППП, биохимия и С-реактивный белок крови), УЗИ, гистологического исследования эндометрия (проводится при хроническом эндометрите путем вакуум-аспирации эндометрия). Лечение включает три этапа: стационарный, амбулаторный, санаторно-курортный. При острых, подострых и обострениях хронических воспалительных заболеваний терапия начинается в стационаре, то есть показана госпитализация, и состоит из антибактериальных и противовоспалительных препаратов, инфузионной (дезинтоксикация) и иммунокоррегирующей терапии, профилактики дисбактериоза и улучшения метаболических процессов в воспаленном органе. В настоящее время существуют антибиотики широкого действия, которые воздействуют сразу на несколько групп патологических микроорганизмов. Подбор антибактериального препарата и его дозы строго индивидуальны. На втором этапе амбулаторно продолжается иммунокоррегирующая и метаболическая терапия, предупреждение спаечного процесса, физиолечение. Третий этап подразумевает санаторно-курортное лечение, лечение сопутствующих заболеваний и контрацепцию. Лечение хронических воспалительных процессов вне обострения проводится в амбулаторных условиях антибиотиками во время менструации (считается естественной провокацией), а также препаратами с целью коррекции иммунитета и гормональных нарушений, профилактики дисбактериоза.

Воспаление матки и ее придатков относится к наиболее часто встречающимся заболеваниям половой сферы. *Эндометрит* представляет собой инфицирование внутренней поверхности матки патологическими микроорганизмами и развитие воспалительного процесса в эндометрии (слизистый слой) матки. Заболевание может быть вызвано бактериями, вирусами, паразитами, грибами, микоплазмами и другими микроорганизмами. Возникновению этого заболевания способствуют беспорядочная половая жизнь, осложненные аборты, роды, диагностическое выскабливание матки, длительное применение внутриматочных методов контрацепции. Для симптомов острого эндометрита характерно: повышение температуры до 37-39 ° С, боли внизу живота и в паховых областях, слизисто-гнойные выделения, иногда с неприятным запахом, головная боль, слабость, нарушение сна, аппетита, сухость во рту. Стертая форма протекает без выраженной клинической симптоматики. В настоящее время отмечается увеличение частоты стертых форм (протекающих бессимптомно). При двуручном исследовании определяется слегка увеличенная и болезненная матка мягкой консистенции.

*Сальпингоофорит* – воспаление маточных труб с одновременным воспалением яичников. Сальпингит – воспаление маточных труб, оофорит – воспаление яичников. Как правило, данные заболевания отдельно редко встречаются, а чаще протекают в виде сальпингоофорита. У 2/3 больных воспалительный процесс с маточной трубы переходит на яичник. Данное заболевание вызывается разнообразной микрофлорой (стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, гонококками, микобактериями туберкулеза и др.). Возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего при беспорядочной половой связи, с осложненными родами или абортами; а также нисходящие путем – из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка) или гематогенным путем. Острое воспаление проявляется болью в низу живота и в поясничной области, высокой температурой, ознобом, расстройствами мочеиспускания, нередко нарушениями функции яичников. В острой стадии придатки матки отечны и болезненны. Процесс начинается со слизистой оболочки трубы, затем переходит на мышечную оболочку и ее серозный покров. В результате складки внутренней оболочки маточных труб спаиваются, возникает их непроходимость. В трубах могут накапливаться жидкость, гной и кровь, образуется гидросальпингс, пиосальпингс – скопление серозно-гнойного воспалительного экссудата, может быть как односторонним, так и двусторонним. Воспаленная маточная труба спаивается с яичником, образуя единое воспалительное образование. Образование гноя в маточной трубе приводит к расплавлению ткани яичника с развитием тубоовариального воспалительного образования. При гнойном расплавлении основное лечение хирургическое.

Последствия ВЗ женских половых органов включают **бесплодие и нарушения менструальной функции.** *Бесплодие* - неспособность пары в детородном возрасте зачать ребёнка при регулярной половой жизни без использования контрацептивов в течение одного года (половые контакты не реже, чем 2 раза в неделю). У [человека](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA) различают абсолютное бесплодие, предопределённое неизлечимыми изменениями в половом аппарате мужчины или женщины и относительное, причины которого могут быть устранены. Бесплодие называют первичным, если беременности никогда не было, и вторичным, если раньше у женщины была хотя бы одна беременность, чем бы она не закончилась (родами, внематочной беременностью, выкидышем, искусственным абортом).

**Причинами женского бесплодия** могут быть:

1) Непроходимость или отсутствие маточных труб, является результатом воспаления труб или стерилизации женщины (перевязки или пересечения маточных труб). Отсутствие маточных труб наблюдается после хирургического удаления трубы, например, в связи с внематочной (трубной) беременностью или гнойным процессом в ней (пиосальпинкс). Спаечный процесс в малом тазу является следствием операций, воспалительного процесса, эндометриоза. При сочетании трубного и перитонеального фактора говорят о трубно-перитонеальном бесплодии.

2) Эндокринные (гормональные) нарушения  могут быть следствием патологии яичников (их истощения, синдрома поликистозных яичников, резистентных яичников) и других эндокринных органов, изменения обменных процессов, психического стресса. В основе эндокринного бесплодия лежит поломка механизма овуляции (ановуляция).

3) Патология или отсутствие [матки](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B0_%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D1%89%D0%B8%D0%BD%D1%8B), которая может быть врождённой (внутриматочная перегородка, двурогая матка, удвоение матки и др.) и приобретённой (удаление или рубцы на матке после операций, миома матки, эндометрит, аденомиоз, полипоз, гиперплазия эндометрия). Это так называемое анатомическое бесплодие.

4) Иммунологическое бесплодие связано с наличием у женщины антител к сперматозоидам (антиспермальных антител), то есть иммунологической несовместимости пары. Самым надёжным подтверждением такой формы бесплодия является ситуация, при которой супружеская пара в течение длительного времени не может достичь беременности, но после развода у каждого из бывших супругов быстро появляются дети в новых семьях.

Сочетание у женщины нескольких причин бесплодия получило название «сочетанного бесплодия». Сочетанное бесплодие надо отличать от «комбинированного», при котором и мужчина, и женщина имеют проблемы с репродуктивным здоровьем. Обследование и лечение бесплодия у женщин зависит от его клинической формы и часто требует длительного времени и затрат.

**Расстройства менструальной функции** у женщин представлены следующей патологией: аменорея, альгодисменорея, гипоменструальный и гиперменструальный синдромы, аномальные (дисфункциональные) маточные кровотечения. Причины, приводящие к развитию нарушений менструальной функции у женщины, чрезвычайно многообразны:

1) аномалии развития половых органов (врожденные нарушения) или новообразования: например, миома (опухоли) матки;

2) воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины;

3) нарушение гормональной функции организма женщины;

4)  заболевания внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, гепатит, заболевания почек, крови);

5) тяжелые интоксикации различными ядами.

*Аменорея -* отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более у женщин старше 18 лет. Различают *первичную аменорею* – полное отсутствие менструаций у женщины на протяжении предшествующей жизни и *вторичную аменорею* – прекращение менструаций после того как они уже были.Помимо этих видов аменореи можно выделить ложную аменорею – отсутствие менструаций при наличии циклических процессов в матке и яичниках при врожденных пороках развития половых органов (например, заращении или отсутствии влагалища, заращении маточного зева, девственной плевы) и истинную аменорею, основной причиной которой являются нарушения системы гормональных взаимодействий «гипоталамус – гипофиз – яичники – матка». В зависимости от уровня поражения в этой системе можно выделить аменорею гипоталамическую, гипофизарную, яичниковую и маточную.

Причинами развития гипоталамической аменореи могут быть психогенные факторы, алиментарные, перенесенные нервные и психические заболевания, хронические интоксикации организма, опухолевые процессы в гипоталамусе). Гипофизарная аменорея может возникать при гипофункции всей передней доли гипофиза, продуцирующей кроме гонадотропных гормонов соматотропин, адренокортикотропный гормон, тиреотропин.

К гипофизарной аменорее приводит синдром Шехана. Данный синдром возникает после родов или абортов, осложнившихся обильной кровопотерей или сепсисом. При болезни Иценко – Кушинга, обусловленной поражением гипоталамо-гипофизарной области, также отмечается нарушение менструальной функции в виде аменореи. Данное заболевание встречается в возрасте 20—40 лет, часто после патологических родов. Сопровождается значительным ожирением, гипертонией, повышенным количеством волос на теле.

Яичниковая аменорея возникает при отсутствии нормальной гормональной функции яичников, в то время как функция гипофиза и гипоталамуса сохранена в полном объеме. Причиной может быть врожденное нарушение в структуре яичников в виде синдрома Шерешевского – Тернера (дисгенезии гонад), реже встречаются хромосомные нарушения в чистом виде и смешанная форма хромосомных нарушений, а также повреждение ткани яичников в детстве или во внутриутробном периоде (вследствие хронической интоксикации матери, инфекционных заболеваний детского возраста). Появление нарушений в структуре яичников бывает после полового созревания в результате перенесенных воспалительных заболеваний или хронических интоксикаций, опухолей яичника, склеротических и кистозных изменений.

Маточная аменорея характеризуется поражением эндометрия, что может быть результатом инфекционно-воспалительного процесса, травматизации при родах и аборте, внутриматочного введения лекарственных растворов. Лечение зависит от причины аменореи и подбирается врачом-гинекологом строго индивидуально.

*Альгодисменорея* (альгоменорея, дисменорея) – болезненная менструация встречается от 8 до 80 % . Обычно за 1—2 дня до менструации и в первые 2 дня месячных возникают приступообразные или ноющие, распирающие боли внизу живота. Могут наблюдаться общее недомогание, депрессия, раздражительность, сонливость, потливость, тошнота, рвота, диарея, головная боль, обморочные состояния, слабость, боль в суставах. Так же, как и аменорея, альгодисменорея может быть первичной и вторичной. Первичная встречается у молодых девушек астенического телосложения (худых), эмоциональных и неуравновешенных (легковозбудимых, плаксивых), склонных к обморокам и характеризуется возникновением боли спустя 1—1,5 года после первой менструации и по времени совпадают со временем установления регулярного менструального цикла. Вторичная альгодисменорея практически всегда считается признаком эндометриоза тела матки, а хронических воспалительных заболеваний придатков матки, подслизистых узлов в миометрии и наблюдается у женщин более старшего возраста (старше 30 лет).

*Аномальные* (*дисфункциональные) маточные кровотечения*, то есть патология, обусловленная нарушением ритмической секреции гормонов яичника и не связанная с беременностью, органическими заболеваниями половых органов, нарушением кроветворения или системными заболеваниями организма. В зависимости от изменений в яичнике и матке маточные кровотечения могут быть ановляторными (при отсутствии нормальной овуляции) и овуляторными. Ановуляторные кровотечения встречаются у девушек в период полового созревания, а у женщин в климактерический период и носят название в первом случае ювенильные, во втором - климактерические.В основе ановуляторных циклов лежит нарушение созревания фолликула в яичнике, возможное его обратное развитие, особенно после гибели яйцеклетки в фолликуле, уменьшается количество синтеза эстрогенов яичниками и наступает ацикличное менструальноподобное кровотечение (метроррагия). Овуляторные кровотечения чаще наблюдаются в репродуктивном возрасте и называются кровотечения репродуктивного возраста (19-45 лет), характеризуются обильностью, продолжительностью, цикличностью (меноррагия).

Лечение дисфункциональных маточных кровотечений должно быть направлено на остановку кровотечения и на нормализацию менструального цикла (у девушек и женщин детородного возраста). Лечение ювенильных кровотечений начинается с гормонального гемостаза, после этого назначают терапию для нормализации функции яичников. При развитии анемии необходима антианемическая терапия, гормональная терапия проводится длительно.Тактика лечения женщин с маточными кровотечениями в репродуктивном и климактерическом периоде зависит от причины, используется лечебно-диагностическое выскабливание полости матки. После выскабливания применяют гормональные препараты с учетом возраста пациентки.Обязательной в лечении женщин в этом периоде является коррекция обменно-эндокринных нарушений, прежде всего лечение ожирения, коррекция повышенного содержания сахара в крови и гипертензии.

*Гипоменструальный синдром проявляется*  гипоменореей (скудные месячные), которая сочетается с короткими (олигоменорея) и редкими менструациями с длительными промежутками до 3 месяцев и больше. Причины данного синдрома могут быть следующими:а) пониженная функция яичников;б) недостаточное половое развитие;в) врожденные аномалии развития половых органов;г) острые и хронические инфекционно-воспалительные процессы;д) нарушения деятельности желез внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников и др.);е) авитаминоз (недостаточное поступление витаминов и минеральных веществ);ж) грубое выскабливание полости матки (во время аборта, диагностическом выскабливании при дисфункциональных маточных кровотечениях).Лечение гипоменструального синдрома направлено на устранение основной причины.

*Гиперменструальный синдром* характеризуется полименореей (длительные менструации более 7 дней), гиперменореей (обильные менструации) и укорочением менструального цикла до 21 дня и менее. Причинами могут быть подслизистые опухолевые узлы в матке, полипы, внутренний эндометриоз, гиперпластическая слизистая оболочка матки, воспалительные процессы внутренних половых органов, нарушения кровообращения (венозный стаз, варикозные изменения, гипертония), заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушение функции эндокринных желез, психические заболевания, вредные влияния окружающей среды, психоэмоциональные стрессы. Лечение гиперменструального синдрома заключается в лечении основного заболевания.

**2.Письменно ответить на контрольные вопросы:**

1) Перечислить возможные пути передачи при воспалительном процессе.

2) Описать клинические проявления а) острого вульвита; б) острого эндометрита.

3) Охарактеризовать характер выделений при трихомонадном вагините и кандидозном вагините.

4) Назвать последствия воспалительных заболеваний женских половых органов.

5) Указать отличие между менорагией и метроррагией.

6) Перечислить клинические формы бесплодия.

**3.Составить конспект по теме: Сестринская помощь при доброкачественных и злокачественных опухолях женских половых органов, используя материал лекции.**

Среди заболеваний женских половых органов значительное место занимают опухоли, которые развиваются в организме при определенных условиях. **Опухоль** представляет собой патологическое разрастание ткани, состоящей из качественно изменившихся клеток, утративших свою нормальную форму и функцию. По причинам возникновения и характеру течения опухоли подразделяются на доброкачест­венные и злокачественные. **Доброкачественные опухоли** растут из тканей половых органов, не прорастают окружающие ткани и не распространяются (не метастазируют) по крови и лимфе в другие органы. Для них характерны медлен­ный рост и наличие капсулы, покрывающей опухоль. Болезненные явления, связанные с ростом доброкачественной опухоли, возникают вследствие давления опухоли на граничащие с нею органы. **Злокачественные опухоли** редко развивается в здоро­вом органе. Их возникновению предшествуют предопухолевые заболевания, длительно и вяло текущие, чаще всего воспалительного характера. Длительное хроническое течение этих заболеваний вы­зывает неправильное разрастание ткани и может при­вести к развитию рака. Раком называются злокачественные опухоли, развивающиеся из клеток эпителия. Другие злокачественные опухоли -- саркомы развиваются из клеток мышечной и соединительной ткани. Злокачественных опухоли растут быстрее, прорастают окружающие ткани и метастазируют по крови и лимфе в другие отдаленные органы.

**Фоновые и предраковые (предопухолевые) заболевания** - заболевания с длительным хроническим течением, которые создают фон для развития рака, но в первом случае риск озлокачествления минимальный, во втором – значительно возрастает. К таким заболеваниям относят эрозии шейки матки, полипы шейки и тела матки, раз­личные доброкачественные опухоли и хронические вос­палительные заболевания женских половых органов. Довольно распространенным заболеванием женских половых органов является **киста,** которая не является истинной опухолью, лишь внешне ее напоминает и считается опухолевидным образованием. Простые кисты образуются в результате накопления жидкости в по­лости. Кисты образуются в любом отделе женских половых органов. Наиболее часто встречаются фолликулярные кисты яичников и кисты бартолиновых желез. Кисты могут достигать боль­ших размеров, сдавливать соседние органы, вызывая в них нарушения и боли. Иногда киста подвижна, рас­полагается на ножке, которая при физи­ческих напряжениях может перекрутиться. Лечение кист женских половых органов в основном оперативное.

После знакомства с общими понятиями рассмотрим виды опухолевых заболеваний женских половых органов различной локализации.

**Опухоли вульвы** (наружных половых органов) **и влагалища.** Фоном для их возникновения являются хронические воспалительные заболевания – вульвит, вагинит, вульвовагинит, кондиломы. Среди доброкачественных опухолей встречаются фибромы, миомы, липомы, которые требуют, как и большинство опухолей, хирургического лечения с последующим гистологическим исследованием. Предраковые заболевания представлены лейкоплакией влагалища и вульвы, склерозированием вульвы. [Рак вульвы](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A0%D0%B0%D0%BA_%D0%B2%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%B2%D1%8B&action=edit&redlink=1) на фоне этих заболеваний возникает в 20-50 % случаев.
Склерозирование и лейкоплакия женских наружных половых органов возникают обычно в период менопаузы (прекращения менструаций). При склерозе выражены процессы атрофии, которые проявляются сухостью кожи, выпадением волос, потерей эластичности, сморщиванием и лёгкой травматизацией кожных покровов. Лейкоплакия характеризуется процессами гиперкератоза (избыточного ороговения). На наружных половых органах появляются типичные бляшки белесоватого цвета, окружённые валиком, различной величины. Лейкоплакия может быть изолированной или диффузной (распространённой). **Клиническая картина** этих заболеваний развивается постепенно и малозаметно для больных. Начальный симптом – зуд в области наружных половых органов. Зуд чаще всего появляется по ночам и ослабевает в дневное время. Процессы атрофии начинаются с симметричного поражения малых половых губ, клитора, после чего заболевание распространяется на другие участки наружных половых органов. Наблюдается депигментация кожи и прилегающих слизистых оболочек, они становятся белесоватыми, блестящими. Сморщивание тканей наружных женских половых органов приводит к суживанию входа во влагалище. **Лечение** таких больных включает воздействие лазерным лучом на пораженную область продолжительностью 4 – 5 минут в нескольких точках, на курс 12 – 16 процедур (эффективно устраняет зуд, нормализует сон и психоэмоциональное состояние); иглоукалывание; ультразвук; фонофорез с глюкокортикоидами; фотодинамическое лечение. Для наружного лечения назначаются мази и кремы, в состав которых входят гормоны. Аппликации кремов на область вульвы проводятся 1 – 2 раза в день. Показано введение 0,5 % раствора новокаина в подкожную клетчатку вульвы. В особо тяжелых случаях — операция [экстирпации вульвы](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D0%BA%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%BF%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%B2%D1%83%D0%BB%D1%8C%D0%B2%D1%8B&action=edit&redlink=1).

**Злокачественные заболевания** – это рак вульвы и влагалища, встречается редко, примерно в 1-5% случаев всех злокачественных новообразований гениталий у женщин в возрасте после 65 лет. Рак вульвы преимущественно располагается в области больших и малых половых губ, клитора, задней спайки и развивается в виде узловой, инфильтративной, язвенной или полиповидной формы. На начальной стадии появляется зуд и жжение наружных половых органов, дискомфорт, чувство инородного тела, отмечается изъязвление с возможной кровоточивостью, далее присоединяются боли. Лечение рака наружных половых органов проводится в условиях онкологического стационара с применением комбинированного хирургического (вульвэктомия с удалением регионарных лимфоузлов) и лучевого метода терапии. Рак влагалища формируется из многослойного плоского эпителия и проявляется в виде двух основных форм: экзофитная - характеризуется наличием папилломатозного образования; эндофитная или инфильтративная - растет вглубь тканей, может изъязвляться. При раке влагалища женщину беспокоят бели и кровянистые выделения. По мере роста опухоли отмечаются боли во влагалище и внизу живота, нарушение работы соседних органов, расположенных в малом тазу — мочевого пузыря, уретры и прямой кишки. Саркома влагалища относится к редким формам и встречается у девочек в возрасте до 5 лет. Этот вид опухоли обладает выраженной злокачественностью, быстро растет и инфильтрирует органы и ткани расположенные в полости малого таза. Основным методом лечения злокачественных опухолей влагалища является радиотерапия с применением наружного и внутриполостного облучения. Диагностика заболеваний вульвы и влагалища проводится во время гинекологического осмотра наружных половых органов, исследования в зеркалах, кольпоскопии и биопсии с гистологическим и цитологическим исследованием подозрительных тканей.

**Заболевания шейки матки.** К фоновым заболеваниям шейки матки относят заболевания с длительным хроническим течением, которые создают фон для развития рака шейки матки. Выделяют следующие группы, возникшие в результате 1) гормональных изменений; 2) воспалительных процессов; 3) травматических повреждений. К первой группе принадлежат псевдоэрозии (эктопия цилиндрического эпителия, эндоцервикоз), полипы, лейкоплакия, эндометриоз. Псевдоэрозия-участок на влагалищной части шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием. Различают эктопию врожденную и эктопию, возникшую вследствие гормональных изменений. При осмотре выглядит в виде ярко-красного пятна. Полипы шейки матки представляют собой разрастание слизис­той оболочки канала шейки матки. Возникновение полипов может быть связано как с гормональными нарушениями, так и с воспалительными процессами. Полипы бывают одиночными или множественными. Они имеют округлую форму и гладкую поверхность. Цвет полипов зависит от характера покрывающего эпителия – красного при расположении на его поверхности цилиндрического эпителия, розового или бледно-розового, если полип покрыт плоским многослойным эпители­ем. Лейкоплакия - ороговение плоского многослойного эпителия шейки матки (гиперкератоз). Лейкоплакия имеет белесый цвет, иногда с перламутровым оттенком. При осмотре шей­ки матки с помощью зеркал лейкоплакия определяется в виде тонкой белой пленки, кото­рая снимается с поверхно­сти шейки матки. Локализация лейкоплакии может быть различной; кроме шейки матки, она иногда располагается на сводах влагалища. Эндометриоз - заболевание, для которого характерно расположение ткани, подобной эндометрию, за пределами его нормального расположения. Встречается эндометриоз шейки матки в виде образования, напоминающего «глазок» синеватого цвета. Большая часть этих заболеваний шейки матки протекает бессимптомно или сопровождается выделениями слизистого, кровянистого характера. К воспалительным заболеваниям шейки матки относятся цервицит, эндоцервицит, истинная эрозия, папиллома. Цервицит (воспаление влагалищной части шейки матки) и эндоцервицит (воспаление шеечного канала) характеризуются выделениями слизисто-гнойными, реже тянущими болями внизу живота. При осмотре отмечается гиперемия всей шейки или в области наружного зева. При истинной эрозии на шейке матки появляется участок дефекта (отсутствие) многослойного плоского эпителия, эрозированная поверхность, которая легко кровоточит. Заживление этого участка цилиндрическим эпителием приводит к образованию псевдоэрозии. Папиллома - сравнительно редкая форма поражения шейки матки, вызванная вирусом папилломы человека. На влагалищной части ее определяются папилломатозные разрастания в виде розеток, внешне сходные с экзофитной формой рака. Папиллома имеет розовый или белый цвет, четко отграничена от окружающей ткани. Папилломы сравни­тельно часто подвергаются злокачественному превращению. Травматические повреждения в результате разрывов шейки матки в родах, при абортах ведут к деформации, вывороту слизистой оболочки шеечного канала, вследствие чего возникает посттравматическая эктопия или эктропион - выворот слизистой оболочки канала шейки матки красного цвета. С целью диагностики фоновых заболеваний шейки матки учитывают жалобы пациентки, проводят осмотр шейки в зеркалах, кольпоскопию, берут мазки на бактериоскопическое и цитологическое исследование, делают биопсию с поврежденного участка, выскабливание шеечного канала. Лечение зависит от вида заболевания и включает как медикаментозное (противовоспалительное, гормональное), так и хирургическое (различные способы коагуляции, пластику при травматических повреждениях).

**Предраковые заболевания шейки** матки представлены дисплазией, лейкоплакией с атипией, эритроплакией, аденоматозом (встречается реже). Дисплазия - пролиферация многослойного плоского эпителия шейки матки с появлением атипии и нарушением его «слоистости». Дисплазия является самой частой формой предрака шейки матки (в 40-64% развивается рак). Различают легкую, умеренную и тяжелую дисплазию (неоплазию). Прилегкой дисплазии  наблюдается поражение до 1/3 толщины эпителиального слоя). Средняя степень дисплазии характеризуется поражением до 2/3 толщи многослойного плоского эпителия. При выраженной дисплазии гиперплазированные клетки базального и парабазального слоев занимают более 2/3 эпителиального слоя. Лейкоплакия - патологический процесс ороговения многослойного плоского эпителия. Отмечается развитие гиперкератоза, возникает ороговение промежуточных клеток и беспорядочное расположение базальных клеток с явлениями атипии. При гинекологическом осмотре лейкоплакия имеет вид белого пятна, спаянного с подлежащей тканью или плотных белесоватых бляшек на фоне неизмененной слизистой оболочки. Эритроплакия - патологический процесс, при котором происходит значительное истончение эпителиального покрова. Отмечается атрофия поверхностного и промежуточного слоев плоского многослойного эпителия, которая сопровождается гиперплазией базального и парабазального слоев с атипией клеточных элементов. Клинически проявляется в виде ярко-красных участков с четкими, но неровными границами, окруженными нормальной слизистой оболочкой. Лечение предраковых состояний хирургическое – конизация или ампутация шейки.

**Рак шейки матки** - наиболее распространенное злокачественное заболевание у женщин. При этом обращает на себя особое внимание рост числа больных раком шейки матки среди женщин моложе 40 лет, с особенно заметным повышением заболеваемости в группе женщин до 29 лет, составляющим 2,1% в год. Наиболее существенная роль в его развитии отводится вирусу папилломы человека 16 и 18 серотипов, являющихся вероятной причиной возникновения рака шейки матки в 41% и 16% случаев соответственно. В группу риска также входят женщины с ранним началом половой жизни, частой сменой полового партнера, многорожавшие, делавшие аборты, курящие, имеющие фоновые или предраковые заболевания шейки матки. Рак на ранних стадиях течет бессимптомно и только при распространении опухолевого процесса появляются такие симптомы, как бели, кровомазание, контактные кровотечения, дискомфорт при половом акте, боли внизу живота. Лечение рака шейки матки зависит от стадии заболевания и включает оперативные, лучевые методы.

Диагностика предраковых заболеваний и рака шейки матки включает основные и дополнительные методы обследования:

1.**Анамнез и исследование в зеркалах,**  бимануальное исследование.

2.**Цитологический метод исследования.**  С этой целью производится забор мазков с поверхности шейки матки и из цервикального канала с периодичностью 1 раз в 2 года. Достоверность цитологического исследования составляет 89% - 98%.

3. Кольпоскопия - метод осмотра эпителия шейки матки через оптическую систему с увеличением в 15 - 20 раз, позволяющий обнаружить атипические картины и выполнить пробу Шиллера - последовательное окрашивание эпителия шейки матки 3% раствором уксусной кислоты и раствором Люголя.

4. Прицельная биопсия с гистологическим исследованием.

Дополнительные методы обследования:

1.Бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого цервикального канала и влагалища.

2. Диагностика генитальных инфекций.

З.Гормональное исследование гонадотропных гормонов гипофиза и половых гормонов.

4.Ультразвуковое исследование органов малого таза.

5. **Клинико-лабораторное обследование:** общий анализ крови, анализ крови на глюкозу, RW, ВИЧ, HbsAg, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма.

**Заболевания тела матки.** Фоном служат хронический эндометрит, доброкачественные опухоли матки, эндометриоз. К доброкачественным опухолям матки относится **миома матки** - самая распространенная опухоль у женщин. По различным оценкам, она возникает у каждой второй-четвертой женщины в течение репродуктивного периода, преимущественно после 30 лет. Это доброкачественная, гормонозависимая мышечная опухоль узловатой формы. В группе риска женщины с поздним наступлением менархе, нарушениями менструального цикла, поздним половым дебютом, наличием абортов, нерожавшие, отягощенной наследственностью. По количеству узлов различают одиночную и множественную миому. По расположению узлов в матке выделяют подслизистую (субмукозную), межмышечную (интерстициальную, интрамуральную), подбрюшинную (субсерозную), межсвязочную (интралигаментарную) и шеечную миому. Наиболее часто (95 %) встречается межмышечная миома с расположением узла (узлов) в области дна и тела матки. Подслизистые узлы встречаются относительно редко, иногда они имеют тонкую ножку и могут опускаться из матки в [шейку матки](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A8%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%B0_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BA%D0%B8) или во [влагалище](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BB%D0%B0%D0%B3%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%89%D0%B5); в этом случае говорят о «рождающемся» узле миомы. По течению миома бывает симптомной и бессимптомной. Бессимптомное течение более характерно для небольшой одиночной или множественной миомы с межмышечным и подбрюшинным расположением. Наиболее типичными симптомами миомы матки являются менструальные кровотечения (меноррагии), чувство давления и боли внизу живота. Меноррагии более характерны для подслизистых миом. При росте миомы менструации постепенно становятся более обильными и продолжительными, нередко приводя к развитию анемии. Чувство тяжести или давления внизу живота более характерно для межмышечной и подбрюшинной миомы, особенно при больших размерах узлов. Боли, как правило, возникают во время менструаций и носят схваткообразный характер, но могут быть постоянными. Боли также могут иметь внезапный режущий характер, что отмечается при очень редком осложнении — перекруте ножки подбрюшинного узла. К более редким симптомам миомы матки относят бесплодие и нарушение функции соседних органов: мочевого пузыря и прямой кишки. Для диагностики миомы матки наиболее информативным методом является [ультразвуковое исследование](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), а так же используются гистероскопия, гистеросальпингография, диагностическое выскабливание. В некоторых случаях для дифференциальной диагностики миомы матки и опухоли [яичника](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA) применяют лапароскопию или [магнитно-резонансную томографию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F). Лечение миомы матки может быть консервативное (симптоматическое, гормональное) и хирургическое. До недавнего времени [гистерэктомия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%8D%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%93%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%8D%D0%BA%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F) была единственным методом лечения симптомной миомы. В настоящее время гистерэктомия применяется все реже, уступая место более современным, малотравматичным и высокоэффективным методам. [Эмболизация маточных артерий](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%87%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%B0%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B9) - современный метод лечения миомы матки, принцип которого состоит в прекращении кровотока по маточным артериям, и замещении узлов миомы соединительной тканью. Метод заключается в проведении катетера через бедренную [артерию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%8F) в маточную артерию и блокировании в ней кровотока с помощью эмболизационного материала. ФУЗ-аблация миомы - метод лечения миомы, основанный на нагревании тканей узлов высокоинтенсивым фокусированным [ультразвуком](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA), после применения которого наступает некроз узлов. Показания для хирургического лечения: большие размеры матки, превышающие характерные для 12 недель беременности; перекрут ножки субсерозного узла, некроз опухоли, выраженный болевой синдром; быстрый рост опухоли - две и более недель беременности за 6 месяцев; сдавление соседних органов - мочеточников, мочевого пузыря, кишечника; маточные кровотечения, сопровождающиеся анемией; сочетание миомы с рецидивирующей или атипической гиперплазией эндометрия, опухолью яичников.  **Эндометриоз**- это доброкачественное заболевание, при котором происходит разрастание ткани, похожей на эндометрий, за пределами полости матки. Клетки эндометрия распространяются в мышечный слой матки, на шейку матки, маточные трубы, яичники, брюшину, в мочевой пузырь, кишечник. В редких случаях (если они попадают в ток крови) клетки оседают в легких, почках, гортани, послеоперационных рубцах и других частях тела, удаленных от матки. За несколько дней до менструации и во время ее появляются боли внизу живота различной степени – вплоть до полной потери трудоспособности. Боли могут проявиться также в кишке, крестце, ягодицах, ногах, спине. Иногда имеются головные боли и головокружения, расстройство мочеиспускания. Характерны мажущие кровянистые выделения до и после менструации. При поражении эндометриозом любого звена половой системы (матка, маточные трубы, яичники, тазовая брюшина) может наступить бесплодие. Диагностика и лечение включает те же методы, что и при миоме матки.

К **злокачественным заболеваниям матки** относятся злокачественные опухоли, возникшие из клеток эпителиальных тканей - рак эндометрия или из клеток соединительной ткани – саркома. Чаще встречается рак матки (около 30% всех злокачественных опухолей у женщин) и наблюдается в возрасте от 40 до 60 лет. Возникновению злокачественных опухолей предшествуют хронические заболевания, полипы, чрезмерное разрастание или атрофия эндометрия. [Гиперплазия](http://med-zabolevaniya.ru/giperplaziya-matki.html) и атрофия эндометрия чаще всего встречается у женщин пожилого возраста. Следует помнить, что затяжное течение доброкачественных опухолей может привести к перерождению в злокачественные новообразования. В начальной стадии заболевания симптоматика выражена слабо, поэтому о заболевании многие женщины даже не подозревают. В более поздних стадиях могут появиться [выделения](http://med-zabolevaniya.ru/zheltye-vydeleniya.html). Вначале они выглядят как бели, однако позже приобретают специфический гнилостный запах и цвет мясных помоев. В некоторых случаях могут появиться кровянистые выделения, а также боли периодического или постоянного характера. При прогрессировании заболевания женщина худе­ет, теряет аппетит, плохо спит, становится неуравнове­шенной, нару­шаются функции кишечника, мочевого пузыря и по­чек, могут образовываться свищи. Для диагностики используются [ультразвуковое исследование](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5), гистероскопия, гистеросальпингография, раздельное диагностическое выскабливание, томография. Лечение предопухолевых и злокачественных новообразований тела матки зависит от стадии заболевания, возраста пациентки и включает оперативные методы, лучевую терапию, химиотерапию, медикаментозные методы или их сочетание.

**Заболевания яичников.** Фоном для развития опухолей служат хронические воспалительные процессы, кисты, кистозные изменения яичников. В группу риска входят женщины с отягощенной наследственностью, нарушениями менструального цикла, оперированными яичниками, курящие. Опухоли яичников представляют собой объемные образования, растущие из ткани яичника, и называются кистомы. Часто встречающееся заболевание: стоит на втором месте среди новообразований женских половых органов. Опухоли яичников могут быть доброкачественными и злокачественными (первичный рак), доброкачественные опухоли с течением времени могут озлокачествляться (вторичный рак), что может приводить к неблагоприятному прогнозу. Не исключается метастатический рак яичников, при котором первоначальный очаг располагается в желудке, кишечнике, молочной железе. Из яичника злокачественное образование дает метастазы в другой яичник, легкие, печень, головной мозг, позвоночник. Опухоли яичников наблюдаются в различные возрастные периоды жизни женщин и составляют 8% всех гинекологических заболеваний. Существует проблема ранней диагностики опухолей яичников, так как они могут протекать бессимптомно. **К ранним симптомам опухолей яичников** (доброкачественных и злокачественных) относятся: болевые ощущения, обозначаемыми больными лишь как «потягивание» в нижних отделах живота, преимущественно односторонние, или чувство тяжести внизу живота. Могут быть постоянные или периодические боли в животе без определенной локализации, иногда в подложечной области или подреберье. Заболевание может проявляться впервые внезапными острыми болями в результате перекрута ножки опухоли или разрыва ее капсулы. К числу относительно ранних, но редких симптомов заболевания относится расстройство мочеиспускания или функции кишечника в результате давления даже небольшой опухоли яичника, расположенной впереди или позади матки. Злокачественные опухоли яичников сопровождаются такими симптомами, как ухудшение общего состояния, быстрая утомляемость, повышение температуры тела, похудание, вздутие кишечника, накопление асцита. По мере роста опухоли или при нарастании асцита увеличивается живот, развивается одышка. Рак яичников встречается в любом возрасте, но чаще в возрасте 40-60 лет. Он составляет 20% всех опу­холей яичников. Для выявления опухолей яичников проводится бимануальное исследование, ультразвуковое исследование органов малого таза, анализ крови на опухолевые маркеры, компьютерная томография, диагностическая лапароскопия, биопсия опухоли с последующим исследованием биоптата. Для исключения метастазирования опухоли рекомендуется обследование желудочно-кишечного тракта, рентгенография легких, позвоночника, маммография. Основной метод лечения – оперативный, при озлокачествлении и метастазировании опухоли дополнительно используется химиотерапия. Чем раньше начато лечение, тем положительнее эффект, так как рак в ранних ста­диях практически излечим.

**Опухоли маточных труб** встречаются крайне редко.

Главной задачей профилактики злокачественных заболеваний женских половых органов является лече­ние фоновых и предопухолевых заболеваний. Неоценимую роль в их выявлении играют профилактические осмотры, которые нужно проходить два раза в году. В предупреж­дении рака большое значение имеют правильный режим питания, труда и отдыха, соблюдение личной гигиены, гигиены половой жизни.

**4. Прорешать тесты для закрепления:**

1. К истинным опухолям не относится

А) миома

Б) киста

В) кистома.

2. С целью диагностики рака шейки матки важно использовать

А) бактериологическое исследование

Б) осмотр шейки матки с помощью зеркал

В) биопсию шейки матки.

3.К фоновым заболеваниям шейки матки относится

А) псевдоэрозия шейки матки

Б) дисплазия шейки матки

В) вульвовагинит.

4. Для лейкоплакии характерно появление на шейке матки

А) ярко-красного пятна

Б) белесоватых участков

В) образований в виде «цветной капусты».

5. Для диагностики заболеваний шейки матки используют

А) гистероскопию

Б) ультразвуковое исследование

В) кольпоскопию.

6. Ранним симптомом рака шейки матки является

А) контактное кровотечение

Б) появление болей

В) жжение во влагалище.

7. Эндометриоз - это заболевание, связанное

А) с разрастанием эндометрия за пределами его нормального расположения

Б) с гиперплазией эндометрия

В) с гипоплазией эндометрия.

8. При субмукозной миоме матки узлы располагаются

А) в мышечном слое

Б) под серозной оболочкой

В) под слизистой оболочкой.

9. Субмукозная миома в основном сопровождается

А) нарушением функции яичников

Б) нарушением функции соседних органов

В) нарушением менструального цикла.

10. Показанием для оперативного лечения миомы матки является

А) возраст пациентки более 45 лет

Б) гиперполименорея (маточные кровотечения)

В) бессимптомная миома матки.

11. Опухоли яичника протекают чаще

А) бессимптомно

Б) с приступами болей

В) с нарушением менструального цикла.

12. Наиболее вероятное осложнение опухоли яичника

А) перекрут ножки опухоли

Б) нагноение опухоли

В) давление на матку.

13. Лечение опухоли яичника

А) консервативное

Б) хирургическое

В) физиотерапевтическое.

**5.К первому практическому занятию готовить тему: Планирование семьи. Методы контрацепции. Занятие в 3 корпусе.**