**Министерство здравоохранения Республики Татарстан**

Государственное автономное образовательное учреждение

среднего профессионального образования Республики Татарстан

**«Нижнекамский медицинский колледж»**

Курсовая работа

**Специальность 060501 Сестринское дело**

Развитие миомы у не рожавших женщин

Якимова Алина Владимировна

Руководитель Маркина Н. А.

Нижнекамск 2015г.

**Содержание**

Введение

1. Анатомия матки

1.1 Миома матки

.2 Диагностика

.3 Методы лечения миомы

.4 Профилактика заболевания

. Организация сестринского процесса

Заключение

Список используемых источников

**Введение**

Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов, состоящая из мышечной и соединительной ткани. По их соотношению опухоль именуется как фибромиома (больше соединительнотканных волокон) или миома. Частота миомы у женщин предменопаузального периода составляет 30-35%. Возникает опухоль в возрасте 20-40 лет, проявляет себя обычно к 35-40 годом. В последнее время отмечается рост регистрации миом в молодом возрасте - частота операций по поводу миом у женщин до 30 лет составляет более 5 %.

Проблема лечения больных с миомой матки продолжает оставаться актуальной проблемой в современной гинекологии, в виду высокой частоты этой патологии (20-30%), а также в связи с ее отрицательным влиянием на репродуктивную систему и общее состояние здоровья женщины. Патогенетически обоснованной концепцией лечения этого заболевания является комбинированное воздействие - хирургическое и медикаментозное. Поэтому, несмотря на появление новых оперативных технологий (использование эндоскопической техники, минилапаротомии, эмболизации маточных артерий, лазеров, электро- и криохирургии), гормональная терапия пока не утратила своей значимости.

Для этого в настоящее время широко применяются агонисты гонадотропин-рилизинг-гормонов (a-ГнРГ), гестагены, андрогены, антиандрогены.

Консервативную, в частности гормональную терапию миомы матки нельзя рассматривать как альтернативу хирургическому лечению опухоли. Если есть показания для оперативного лечения миомы, то необходимо производить вмешательство, не тратя время и средства на лечение, которое либо вовсе не поможет больной, либо дает временное улучшение.

**Цель работы:** изучить роль сестринского процесса при организации ухода и лечения миомы матки.

**Задачи:**

Изучить анатомические особенности матки.

Изучить понятие миомы, ее классификацию, показания к оперативному лечению.

Изучить принципы современного лечения с использованием новых технологий в хирургии

Исследовать роль сестринского процесса на примере сестринской карты пациентки с миомой матки.

**Гипотеза:** предполагается, что сестринский процесс играет большую роль при организации ухода за пациентками в послеоперационном периоде.

**Объект исследования:** сестринский процесс.

**Предмет исследования:** сестринский процесс в послеоперационном периоде.

миома матка сестринский лечение

**1. Анатомия матки**

Развитие матки начинается в ранние сроки. Вначале формируется шейка, затем тело матки, которые разграничиваются на 4-5 месяце. Особенно интенсивный рост отмечается на 6 месяце и в конце внутриутробного периода. К 27-28 неделе завершается гистогенез миометрия, пролиферативные изменения заканчиваются к 32 неделе (см. рис №1).



Рис. 1. Маточная труба, яичник, придатки яичника.(Из Золотко А.П. «Антатомический атлас»)- матка; 2 - интерстициальная часть маточной трубы; 3 - собственная связка яичника; 4 - истми-ческая часть маточной трубы; 5 - пароофорон; 6 - брыжейка маточной трубы; 7 - эпоофорон; 8-ампулярная часть маточной трубы; 9 - воронка маточной трубы; 10-маточная артерия; II - вольфов ход; 12 - широкая связка; 13 - круглая связка матки; 14 - яичник; 15 - пузырчатообразный придаток.



Рисунок 2 - 3. а - вид спереди; б - вид сбоку - дно матки; 2 - тело матки; 3 - перешеек; 4 - надвлагалищная часть шейки матки- 5 - влагалищная часть шейки матки; 6 - передняя губа; 7 - задняя губа; 8 - влагалище; 9 - полость матки; 10 -периметрии; 11 - миометрий; 12 - эндометрий; 13-канал шейки матки- 14 - внутренний зев-15 - наружный зев; 16 - передний свод влагалища; 17 - задний свод влагалища

Матка (см. рис № 1 - 3) представляет собой полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. Размеры матки значительно изменяются в различные возрастные периоды.

Длина матки у нерожавших женщин 7-8 см, у рожавших - 8-9 см, ширина на уровне дна 4-5 см, переднезадний размер 2,5 см, толщина мышечной стенки около 1,2 см. Масса матки колеблется от 30 до 100 г. Матка состоит из тела и шейки, между которыми выделяется перешеек.

В норме тело матки и шейка находятся под углом, открытым кпереди. В теле матки различают дно, переднюю и заднюю стенки, правое и левое ребра. Шейка матки длиной обычно не более 3 см, имеет коническую форму у нерожавших и цилиндрическую у рожавших женщин. Шейка делится на две части: надвлагалищную и влагалищную.

Полость матки имеет форму треугольной щели, длина которой около 7-8 см. Стенка матки представлена тремя слоями: внутренним - слизистой оболочкой (эндометрий); средним - мышечным (миометрий), который представляет собой густое сплетение обильно кровоснабженных пучков гладкой мускулатуры, и наружным - серозным (периметрии). В миометрий различают наружный слой, направление которого преимущественно продольное, средний, где направление циркулярное и косое, и внутренний - с продольным расположением волокон. Считают, что в теле матки более развит циркулярный, а в шейке - продольный слой.

От дна матки в области ее верхнего угла справа и слева отходят маточные трубы, направление которых сначала горизонтальное. По мере приближения к нижним полюсам яичника они несколько смещаются кпереди так, что, огибая верхний его край, полностью закрывают яичники собой и своей брыжейкой.

Длина трубы в среднем 10-12 см. Различают четыре основных ее отдела. Маточная, или интерстициальная, часть трубы является внутристеночной, самой узкой; длина ее обычно не превышает 2 см. Перешеечная часть - короткий отрезок, образующийся после выхода трубы из стенки матки. Стенка трубы в этом месте толще, чем на всем остальном ее протяжении. Ампулярный отдел - наибольшая часть (длиной около 8 см) - представляет собой постепенно расширяющийся отрезок трубы, достигающий в поперечнике 1 см. Фимбриальная часть - самый широкий конечный отдел трубы с множеством выростов (фимбрий), окаймляющих брюшное отверстие трубы. Стенка маточной трубы делится на четыре слоя: серозную оболочку, непостоянную подсерозную - рыхлую соединительнотканную, мышечную, состоящую из наружного, внутреннего продольного пучков и среднего циркулярного, и слизистую, которая образует в просвете трубы продольно расположенные складки.

Яичник, как и маточная труба, - парный орган. Располагается в углублении париетальной брюшины, называемом яичниковой ямкой. Форма яичника овоидная, он как бы сплюснут спереди назад. Та сторона яичника, которая обращена в полость таза, называется внутренней поверхностью, противоположная - наружной. Размеры его в норме около З\*2\*1,5 см.

Посредством собственных связок, представляющих собой плотные фиброзно-гладкомышечные тяжи, проходящие между листками широкой маточной связки, яичники прикрепляются к углу матки. С помощью подвешивающих связок они фиксируются к боковым стенкам таза. Эти связки представляют собой складки брюшины, натянутые между боковыми стенками таза, поясничной фасцией и верхним (трубным) концом яичника.

Физиологическое положение матки, труб и яичников обеспечивается подвешивающим, закрепляющим и поддерживающим аппаратами, объединяющими брюшину, связки и тазовую клетчатку. К подвешивающему аппарату относятся собственные связки яичников и широкие связки матки, подвешивающие связки яичников. Широкие маточные связки представляют собой фронтально расположенную дупликатуру брюшины, соединяющуюся с передней и задней поверхностью матки и направляющуюся к боковым стенкам таза, где она переходит в париетальную брюшину. Часть широкой маточной связки является брыжейкой маточной трубы. Между листками широкой связки заложен слой рыхлой клетчатки, разделенный фасциальной пластиной на два отдела: верхний, практически лишенный сосудистых пучков, и нижний с развитой артериальной и венозной сетью, а также с проходящим здесь мочеточником.

Эта часть широкой связки, а точнее скопление переплетенных между собой фасциальных гладкомышечных волокон, клетчатки с сосудами и нервами носит название главной, или кардинальной.

Под передним листком широкой связки от передней поверхности матки по направлению к внутреннему отверстию пахового канала проходит круглая маточная связка, представляющая собой парный тяж. Она состоит из соединительнотканных и гладкомышечных волокон, которые по существу являются продолжением мышечного слоя матки. Длина ее в среднем 10- 15 см, толщина 3-5 см. Круглые связки проходят через внутренние отверстия паховых каналов, постепенно истончаются и, выходя из пахового канала, полностью разветвляются в подкожной жировой клетчатке. В круглых связках проходит артерия круглой связки матки, отходящая от нижней надчревной артерии. Собственная связка яичника представляет собой короткий парный, но достаточно плотный фиброзно-гладкомышечный тяж, соединяющий нижний (маточный) конец яичника с маткой. Подвешивающаяся связка яичника - также парное образование, начинающееся от латеральной части широкой маточной связки в области трубного конца яичника и трубы и переходящее в брюшину боковой стенки таза в области крестцово-позвоночного сочленения, в ней проходят яичниковые артерия и вена.

К закрепляющему аппарату относятся кардинальные, крестцово-маточные, пузырно-маточные и пузырно-лобковые связки. Они представляют собой «зоны уплотнения», являющиеся скоплением переплетенных между собой плотных фасциальных пучков.

Эти скопления составляют основу связок и тесно соприкасаются с париетальной и висцеральной фасциями таза. Особое значение имеют кардинальные и крестцовоматочные связки. Кардинальные связки составляют среднюю часть «зоны уплотнения», являющейся наиболее мощной в системе закрепляющего аппарата. Они состоят из мощных соединительнотканных, эластических и гладкомышечных волокон с большим количеством артериальных и особенно венозных сосудов, проходящих в их основании.

Крестцово-маточные связки образованы преимущественно гладкомышечными и фиброзными волокнами и составляют заднюю часть «зоны уплотнения». От задней поверхности шейки матки, дугообразно охватывая с боков прямую кишку, они направляются к париетальному листку тазовой фасции на передней поверхности крестца.

В подбрюшинном этаже таза имеется ряд висцеральных клетчаточных пространств, которые играют существенную роль при хирургических вмешательствах на половых органах.

Внутренние половые органы кровоснабжаются за счет сосудов, отходящих от внутренней подвздошной артерии и яичниковой артерии.

Яичниковая артерия ответвляется непосредственно от аорты, чуть ниже места отхождения почечной артерии, направляется вниз и кнаружи, перекрещивая брюшной отдел мочеточника. Затем она вступает в подвешивающую связку яичника, располагаясь кнаружи от мочеточника, и подходит к воротам яичника, давая две ветви - яичниковую и трубную.

Маточная артерия чаще всего отходит от внутренней подвздошной. Располагаясь латерально от мочеточника, она достигает основания параметрия и здесь перекрещивается с ним, а далее идет в медиальном направлении к боковой поверхности матки на уровне внутреннего зева. В месте пересечения с мочеточником маточная артерия почти всегда отдает мочеточнику артериальную веточку. Далее от этой артерии отходят несколько мелких ветвей к мочевому пузырю, где они анастомозируют с пузырными артериями.

Маточная артерия проходит вдоль бокового края матки, отдавая более мелкие горизонтальные ветви к матке. Толщина маточной артерии и степень ее извилистости находятся в, прямой зависимости от физиологического состояния матки и возраста женщины. На уровне трубного угла артерия отдает ветвь, снабжающую дно, трубную и яичниковую ветви, которые анастомозируют с ветвями яичниковой артерии. Анастомозы располагаются, как правило, на границе верхней и средней трети тела матки. Слияние сосудов осуществляется без видимого изменения их просвета, что и не позволяет точно определить место анастомоза.

От маточной артерии отходит влагалищная артерия. Направляясь вниз, она разветвляется в передней и задней поверхностях шейки матки и в верхнем отделе влагалища. Разветвление артериальных сосудов в матке имеет определенное направление: в области перешейка - горизонтальное и дугообразное, в теле - преимущественно косое (снаружи внутрь и снизу вверх). От внутренней половой артерии отходят промежностная артерия и задняя артерия половых губ. Продолжением внутренней половой артерии является артерия клитора, которая делится на глубокую, снабжающую ножки клитора, и тыльную артерии клитора.

Маточные вены образуют узкопетлистое тонкостенное сплетение, расположенное по ходу маточных артерий. Вены среднего отдела образуют маточную вену, впадающую во внутреннюю подвздошную. Мелкие вены данного отдела широко анастомозируют с венами нижнего отдела (влагалищно-маточное сплетение), собирающими венозную кровь от шейки матки и влагалища. Это сплетение, сливаясь с венами боковых и нижних отделов мочевого пузыря, образует мощное пузырно-влагалищное сплетение. Последнее располагается книзу от мочеточников, в основании параметрия. Его коллектором является внутренняя подвздошная вена.

Симпатическая иннервация половых органов осуществляется нижнепередними отделами нижнего подчревного сплетения, образующего большое маточное сплетение. Достигнув задней поверхности прямой кишки, это сплетение делится на два параллельно идущих подчревных сплетения. Сюда же присоединяются нервные волокна из крестцового сплетения, собирающиеся в тазовый нерв и далее направляющиеся к матке и мочевому пузырю. При непосредственном вхождении нервных стволов в половые органы они образуют сплетения, заложенные в соединительнотканных капсулах.

На матке сплетения густо расположены в области шейки и в параметрии у ребер матки.

Скопления ганглиозных клеток, соединительнотканных и нервных волокон вокруг шейки матки выделяются в отдельный шеечный узел. Кроме того, значительное число мелких сплетений концентрируется на передней поверхности шейки матки, боковой стенке влагалища и в области треугольника мочевого пузыря. Вокруг прямой кишки мелкие нервные сплетения не образуют скоплений и распределяются равномерно.

Чувствительные нервы, идущие к наружным половым органам, берут начало из крестцового сплетения, образуя половой нерв. Он выходит из полости таза через большое седалищное отверстие и через малое седалищное отверстие проникает в седалищно-прямокишечную ямку. Далее он направляется кпереди и, проходя около седалищного бугра, снабжает двигательными волокнами поверхностные мышцы промежности и урогенитальную диафрагму. Чувствительные волокна полового нерва заканчиваются в коже промежности и наружных половых органов.

**1.1 Миома матки**

Миома матки представляет собой доброкачественную опухоль. Как правило, ее размер увеличивается под влиянием половых гормонов, а с прекращением менструации она уменьшается практически до полного исчезновения. Характеризуется миома наличием своеобразных узлов, размер которых может варьироваться от нескольких миллиметров до десятков сантиметров.

**Виды миом**

В развитии миомы матки выделяют ряд стадий:

Образование активной зоны роста в миометрии с ускорением метаболических процессов.

Интенсивный рост опухоли без признаков дифференцировки.

Экспансивный рост с признаками дифференцировки опухолевой ткани.

Активные зоны роста располагаются обычно вокруг тонкостенных сосудов и характеризуются высоким обменом веществ. Разделяют миомы в соответствии с тканевым составом (миомы, фибромы, ангиомиомы) и по активности метаболических процессов (простые и пролиферирующие). Простые миомы характеризуются медленным ростом, без выраженных пролиферативных процессов. В пролиферирующих миомах митотическая активность повышена, но атипических клеток миометрия не имеется. Для этой разновидности опухоли характерен быстрый рост.

Миоматозные узлы развиваются преимущественно в теле матки (95%). Реже в шейке (5%). Рост миомы может начинаться подбрюшинно (субсерозная миома), внутри миометрия (интерстициальная миома), и в глубоких слоях миометрия (субмукозная миома).

Соответственно этому рост миомы происходит в брюшную полость, полость матки или межмышечно.

Чаще узлы опухоли располагаются по средне линии матки, в области углов, реже по боковым стенкам (интралигаментарная миома). Пролиферирующие миомы чаще наблюдаются при межмышечной и подслизистой локализации.

В большинстве случаев миома развивается множественно, возникая в различных зонах миометрия одновременно или последовательно. Вокруг миоматозных узлов формируется псевдокапсула из мышечных, фиброзных элементов, брюшного и слизистого покровов.

Активные зоны роста могут перемещаться из миометрия стенок матки в зону растущего узла, что способствует развитию больших субмукозных или субсерозных (нередко на одной ножке узлов).

**Симптомы**

В большинстве случаев миома протекает без ярко выраженных симптомов, однако имеются некоторые характерные особенности, по которым можно определить заболевание:

· сбой менструального цикла;

· периодические боли внизу живота и в области поясницы;

· излишне сильные кровотечения в процессе менструации;

· дискомфорт при половом контакте.

С подобными симптомами женщина может прожить несколько лет, не догадываясь о существовании проблемы. Как правило, миома обнаруживается случайно при гинекологическом осмотре. Однако в некоторых случаях проявление симптомов настолько сильное, что доставляет массу неудобств.

**Крупная опухоль может спровоцировать серьезные осложнения:**

· запоры;

· частое мочеиспускание;

· анемию;

· проблемы с зачатием.

Немаловажное значение имеет месторасположение миомы: если узел сдавливает маточную трубу, нарушает овуляцию - проблема может стать причиной возникновения бесплодия. Если же миома не совсем погружена в стенку матки, может возникнуть перекручивание части, соединяющей опухоль с самой маткой. В таком случае велика вероятность воспаления и разрыва миомы. Внешними признаками подобного процесса являются кровотечение, резкие боли в животе и сильное повышение температуры тела.

**Причины развития миомы**

· наследственность (иногда миома наблюдается у каждой представительницы женского пола, входящей в состав семьи);

· бесплодие;

· болезни, связанные с неправильным обменом веществ;

· аборты;

· облучение ультрафиолетом;

· воспаление половых органов;

· неправильные способы контрацепции.

Стоит отметить, что риск образования миом у нерожавших женщин гораздо выше, причем небольшая опухоль может значительно увеличиваться в размерах, если женщина не успела родить до тридцати лет. Интересным фактом является то, что недавно ученые выявили прямую зависимость между частыми стрессами и возникновением миомы матки.

**.2 Диагностика**

Диагноз ставят после осмотра гинеколога и проведения УЗИ. Полученные данные позволяют точно определить, где конкретно расположены опухоли и оценить их реальные размеры. Чем раньше определяется заболевание, тем проще и легче миома поддается лечению. В запущенных случаях, когда женщина в течение длительного периода не обращалась к специалисту, могут развиться различные осложнения, такие как сильные кровотечения или нагноения, приводящие к удалению детородного органа! Таким образом, представительницам женского пола настоятельно рекомендуется посещать гинеколога и проходить необходимые обследования как минимум раз в полгода.

Методы лечения миомы условно классифицируются на две основные группы: консервативный метод и оперативный. Самым популярным способом консервативного метода является гормональная терапия, помогающая остановить развитие опухоли и значительно уменьшить ее размеры. Такая методика подходит для небольших опухолей, протекающих без выраженных проявлений. В данном случае необходим тщательный и постоянный контроль за состоянием пациентки: она должна регулярно посещать гинеколога и проводить ультразвуковые исследования. Эффективными считаются гормоны, прекращающие функцию яичников. Обычно их назначают при небольших размерах миом представительницам предклимактерического возраста. То есть, если женщина находится в ожидании менопаузы, ей выписываются препараты, позволяющие создать искусственный климакс и прекратить менструации.

В случае, если представительница женского пола планирует беременность, но при этом есть вероятность роста миомы, возможно только оперативное лечение. Если все-таки назначаются консервативные методы, необходимо постоянное наблюдение во избежание роста опухоли.

**1.3 Методы лечения миомы**

**При консервативном лечении следует исключить:**

· загар (в том числе и искусственный, получаемый в соляриях и студиях загара)

· тепловые процедуры

· гормональные препараты

· спирали, предохраняющие от беременности

Консервативные методы лечения включают в себя и негормональные способы, позволяющие привести в норму различные нарушения:

· соблюдение здорового образа жизни (правильное питание, регулярные физические упражнения, исключение вредных привычек, здоровый сон);

· прием необходимых витаминов;

· налаживание половой жизни.

Гормональные способы, как правило, назначаются в качестве подготовки к будущей операции. В случае, если оперативное вмешательство не происходит в течение полутора месяцев после гормонального лечения, рост опухоли может возобновиться.

**Факторы, свидетельствующие о необходимости операции:**

· стремительный рост размеров узлов;

· обильное кровотечение;

· систематические сильные боли;

· регулярные запоры;

· частое мочеиспускание;

· бесплодие;

· увеличенные размеры матки.

Молодым женщинам, желающим в будущем родить ребенка, специалисты настоятельно рекомендуют не затягивать с операцией. Самым щадящим методом в данном случае является миомэктомия.

**Что такое миомэктомия и гистерэктомия?**

Оперативный метод не всегда представляет собой удаление детородного органа. Операция, при которой удаляется исключительно миома, а сама матка сохраняется, именуется лапороскпей или миомэктомией <http://femidoc.ru/?page=pages&id=80&name=Laparoskopiya>. Она может проводиться разнообразными способами, выбор определяется женским возрастом, расположением узла и размером матки. Как правило, способ миомэктомии назначается нерожавшим девушкам. Однако пациентка должна быть предупреждена о возможном появлении новых узлов. При миомэктомии на животе женщины производятся небольшие проколы, вводится камера, позволяющая получить изображение на мониторе. При такой операции матка практически не повреждается, а в будущем возможна благополучная беременность. К тому же, метод миомэктомии позволяет избежать рубцов и сокращает период нахождения в стационаре. Однако миомэктомия невозможна, если опухоль имеет слишком большие размеры. В данном случае необходимо проводить гистерэктомию, представляющую собой операцию по удалению матки. Обычно этот метод назначается женщинам зрелого возраста.

Некоторых представительниц женского пола пугает одна только мыль о возможном удалении органа. Это связано с распространенным мнением о потере привлекательности и изменении внешнего облика, а также страхом ускоренного старения организма. Стоит отметить, что это просто миф: удаление матки никак не влияет на внешность и процесс старения.

**Другие способы лечения миомы**

В последнее время широко применяются и такие методы лечения, как эмболизация маточных артерий и дистанционная аблация. Первый способ представляет собой операцию, при которой происходит своеобразное «закупоривание» сосудов, которые питают узлы миомы. Опухоль, оставшаяся без «подпитки» постепенно начинает угасать, в следствие чего узел отделяется от органа. Подобный процесс весьма болезнен, поэтому пациентке необходимо оставаться в стационаре около двух суток для обезболивания.

Сам процесс длится от 15-20 минут и дольше: все зависит от состояния миомы. Уже спустя несколько месяцев после операции миома значительно уменьшается в размере. Такая методика лечения может быть применена при любых размерах опухоли, однако исключением являются ситуации с подозрением на злокачественную опухоль. Также операция противопоказана при существовании аллергической реакции на используемое вещество, почечной недостаточности и воспалительных процессах. Нерожавшим женщинам тоже следует быть осторожными с данной процедурой. Особенно в группу риска попадает старшая возрастная группа. Эмбализацию нельзя назвать самым верным и подходящим способом лечения, ведь это только один из способов, позволяющих решить проблему.

Дистанционная аблация представляет собой тепловое воздействие на миому с помощью ультразвука и томографии. Результатом процедуры должно стать полное разрушение миомных клеток. Такой метод считается безболезненным, выполняется он без применения наркоза. Однако есть и отрицательные стороны: не все опухолевые узлы поддаются воздействию луча ультразвука, к тому же, имеется огромное количество предостережений и противопоказаний к данной процедуре.

Таким образом, установить верный способ лечения может только квалифицированный врач, в связи с чем не рекомендуется откладывать визит в больницу!

**.4 Профилактика заболевания**

Конечно же, любое заболевание проще предотвратить, чем заниматься лечением. В качестве профилактики развития миомы матки рекомендуется:

· исключить аборты (прерывание беременности провоцирует формирование миомы);

· проводить своевременное и верное лечение гинекологических заболеваний;

· избегать чрезмерного времяпрепровождения на солнце или в солярии, особенно представительницам зрелого возраста;

· проводить коррекцию гормональных нарушений;

· стараться спланировать первые роды до 25 лет;

· исключить спирали, используемые в качестве контрацептива;

· регулярно посещать гинеколога;

· устраивать активный отдых с физическими нагрузками (обычные движения ног и упражнения для мышц живота помогают избавиться от застоя в органах);

· наладить половую жизнь (специалисты склоняются к мнению, что гармоничная половая жизнь является профилактикой опухолевых заболеваний);

· носить одежду, соответствующую погодным условиям (ношение коротких юбок или тонких колгот в морозное время года могут привести к развитию цистита и разнообразных воспалений);

· не сидеть на сырой земле или на холодных поверхностях;

· исключить частое ношение синтетического белья (синтетика не позволяет коже дышать, что приводит к развитию и размножению опасных бактерий);

· следить, чтобы не замерзали и не промокали стопы ног и область ягодиц (в этом помогут теплые колготы и обувь на плотной подошве);

· стараться исключать всевозможные стрессовые ситуации.

**2. Организация сестринского процесса**

**Сестринская карта пациента**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование лечебного учреждения | НЦРМБ |
| Дата и время поступления | 27.04.15 |
| Дата и время выписки | 31.04.15 |
| Отделениегеникологическое |  |
| Палата | 3 |
| Проведено койко-дней |  |
| Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть) |
| Группа кровиIII | Резус принадлежностьRh(-) |
| Побочное действие лекарствотрицает |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество Халилова Альбина Ураловна |
| 2.Полж | 3. Возраст23год |
| 4. Постоянное место жительства: город, село |
| 5.Место работы, профессия или должность: повар |
| 6.Кем направлен пациент: участковымакушером |
| 7.Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет,через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке |
| 8.Врачебный диагноз:миома матки |
| **I этап: сбор данных** |
| **Субъективное обследование:** |
| Причина обращения:обильные выделения, кровянистые выделения из половых путей,сильная боль внизу живота,слабость, быстрая утомляемость |
| Мнение пациента о своем состоянии: беспокойство |
| Ожидаемый результат: | положительный |
| Источник информации (подчеркнуть): пациент, семья, медицинские документы,медперсонал |
| **Объективное обследование:** |
| Жалобы пациента: |  |
| в настоящий момент довольно обильные, кровянистые выделения из половых путей с 25.04.15сильная боль внизу живота, слабость, быструю утомляемость |
| История болезни: |  |
| когда началась:в течение трех недель |
| как началась появилась слабость, боли внизу живота, обильные выделения |
| проводимые исследования: не проводилось |
| лечение, его эффективность: не лечилась |
| История жизни: |  |
| условия, в которых рос и развивался (бытовые условия)удовлетворительные |
| условия труда, профессиональные вредности, окружающая средаотрицает |
| перенесенные заболевания, операцииветряная оспа, ОРВИ |
| аллергический анамнез: отрицает |
| особенности питания (что предпочитает) |
| **Духовный статус:** |
| Образ жизни (культура, верования, развлечения, отдых, моральные качества)любит читать |
| **Социальный статус:** |
| Роль в семье, на работе(ресторане) незамужем |
| Финансовое положение: работает поваром в ресторане |
| Наследственность (наличие у кровных родственников следующих заболеваний: сахарный диабет,высокое давление, заболевания сердца, инсульт, ожирение, туберкулез, кровотечения, анемия, заболевания желудка, заболевания почек, заболевания щитовидной железы)отрицает |
| **Физиологические данные:** |
| Сознание: (ясное, сопор, ступор, кома, бред, галлюцинации) |
| Общее состояние пациента: (удовлетворительное,средней тяжести,тяжелое, крайне тяжелое) |
| Положение в постели: (активное, пассивное, вынужденное) |
| Рост156 см |  |
| Вес 62 кг |  |
| Температура 36,6º С |  |
| Состояние кожи и слизистых:сухие | Тургор, влажностьсухие |
| Цвет: (гиперемия зева, бледность, цианоз, желтушность) норм. |
| Дефекты (пролежни) | да, нет |
| Отеки | да, нет |
| Лимфоузлы паховые(увеличены) |
| Возможность пациента общаться: | да, нет |
| Речь: нормальная, отсутствует, нарушена |
| Зрение: нормальное, снижено, отсутствует |
| Слух: нормальный, снижен, отсутствует |
| **Дыхательная система:** |  |
| Изменение голоса | да,нет |
| ЧДД | 20 в минуту |
| Дыхание (глубокое, поверхностное) |
| Дыхание ритмичное | да, нет |
| Характер одышки: экспираторная, инспираторная, смешанная |
| Экскурсия грудной клетки: симметричность | да, нет |
| Кашель | да, нет |
| Мокрота | да, нет |
| Запах (специфический) | да, нет |
| **Сердечно - сосудистая система:** |  |
| Пульс | частота пульса92 удара в минуту |
|  | ритмритмичный |
|  | наполнениеполный |
|  | напряжениетвердый |
|  | величинабольшая |
| АД | Левая рука 150/70 мм ртст |
|  | Правая рука 140/70 мм ртст |
| **Желудочно - кишечная система:** |  |
| Аппетит: не изменен, снижен, отсутствует, повышен |
| Глотание: нормальное,затрудненное |
| Съёмные зубные протезы: | да, нет |
| Язык обложен: | да, нет |
| Рвота: | да, нет |
| Характер рвотных масс: |
| Стул оформлен, запор, понос, недержание (примеси, слизь, кровь, гной) |
| Живот: |  |
| Обычной формы | да, нет |
| Увеличен в объеме: (метеоризм, асцит) нет |
| Ассиметричен | да, нет |
| **Костно-мышечная система:** |  |
| Деформация скелета | да, нет |
| Деформация суставов | да, нет |
| Атрофия мышц | да, нет |
| **Мочевыделительная система:** |
| Мочеиспускание: свободное, затруднено, болезненно, учащено, задержка, недержание, олигурия |
| Цвет мочи: желтый, коричневый, ярко-желтый, гематурия, прозрачный, мутный, хлопья, песок |
| **Эндокринная система:** |
| Характер оволосения: мужской, женский |
| Распределение подкожно-жировой клетчатки: мужской, женский |
| Видимое увеличение щитовидной железы: | да, нет |
| Признаки акромегалии: | да, нет |
| **Нервная система:** |
| Сон: нормальный, бессонница, беспокойный |
| Принимает снотворные препараты: | да, нет |
| Тремор: | да, нет |
| Нарушение походки: | да, нет |
| **Основные потребности человека (нарушенные подчеркнуть):** |
| Дышать |  |
| Есть |  |
| Пить |  |
| Выделять |  |
| Двигаться |  |
| Поддерживать температуру тела |  |
| Спать |  |
| Отдыхать |  |
| Одеваться и раздеваться |  |
| Быть чистым |  |
| Избегать опасности |  |
| Общаться |  |
| Иметь жизненные ценности |  |
| Работать (играть, учиться) |  |
| **Оценка состояния пациента:**удовлетворительное,средней тяжести, тяжелое  |
| **Сестринский диагноз: тянущая боль внизу живота,выделения,слабость** |

**II этап. Постановка сестринских проблем**

|  |  |
| --- | --- |
| Настоящие | Потенциальные |
| 1. боль внизу живота | 1.К перерождению в злокачественную опухоль |
| 2.обильные,кровянистые выделения из половых путей | 2. развитие анемии |
| Приоритетные |
| 1.боли внизу живота 2.обильные,кровянистые выделения из половых путей |

**Дневник наблюдения за пациентом**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | 27.04 | 28.04 | 29.04 | 30.04 | 31.04 |
| Дни пребывания в стационаре | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Режим | общ | общ | общ | общ | общ |
| Диета | 15 | 15 | 15 | 15 | 15 |
| Общее состояние | Уд. | Уд. | Уд. | Уд. | уд. |
| Отдых, сон | бессоница | 3 ч | 3 ч | 6 ч | 6 ч |
| Гигиена | N | N | N | N | N |
| Аппетит | понижен | понижен | понижен | понижен | N |
| Стул | офор | офор | офор | офор | офор |
| Диурез | 2 л | 2 л | 1,5 л | 1,5 л | 1,5 л |
| Жалобы | Гол.боли. | Слабость, бессон | Слабость бессо | слабость | слабость |
| Сознание | ясное | ясное | ясное | ясное | ясное |
| Настроение | - | - | - | + | + |
| Объём движения | Огр. | Орг. | Акт. | Акт. | Акт. |
| Кожные покровы | чист | чист | чист | чист | чист |
| Боль | В об. | В об. | нет | нет | нет |
| Отеки | + | + | + | нет | нет |
| Пульс | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| Артериальное давление | 90/60 | 90/55 | 110/80 | 115/75 | 110/80 |
| ЧДД | 22 | 22 | 20 | 20 | 20 |
| Температура | 38,6 | 36,7 | 36,5 | 36,0 | 36,0 |

**Лабораторно-инструментальные исследования**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Название исследования | Дата | Лабораторн. | Инструменталь. | Правила подготовки |
| Гинекологический осмотр |  |  | + | гинеколог использует для обследования обе руки и пальпирует органы малого таза для выявления признаков миомы или других патологических изменений. |
| Вагинальное ультразвуковое исследование |  |  | + | Обследования женских половых органов. Мочевой пузырь, матка и яичники визуализируются с помощью ультразвуковых волн |
| гистероскопия или лапароскопия  |  |  | + | Гистероскопия (эндоскопическое исследование матки) представляет собой метод, который используется для обследования полости матки с помощью оптических инструментов и камер (гистероскопа). При лапароскопии брюшная полость обследуется с помощью оптического инструмента (лапароскопа). |
| Общеклиническое исследование крови |   | + |  | 1.В конфидециальной обстановке предоставить пациенту (или членам его семьи) в доступной форме основную информацию о сути предстоящего исследования. 2. Получить согласие пациента на проведение исследования. 3. Предупредить о нежелательности курения перед взятием анализа. 4. Предупредить о необходимости проведения исследования утром натощак. |
| Общий клинический анализ мочи  |   | +  |   | 1. В конфидециальной обстановке предоставить пациенту (или членам его семьи) в доступной форме основную информацию о сути предстоящего исследования. 2. Получить согласие пациента на проведение исследования. 3. Если у пациентки менструация, предупредить о необходимости закрыть влагалище тампоном. 4. Обучить пациента технике гигиенической процедуры (подмывания) утром перед исследованием. 5. Если пациент находится на постельном режиме, выполнить процедуру подмывания. 3-5 дней при правильном ведении  |

**Карта сестринского процесса. (III этап-планирование.**

**IVэтап-реализация плана ухода. V этап-оценка. )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сестринский диагноз  | Цели | Планирование | Реализация плана ухода | Оценка |
|  | краткосрочные | долгосрочные |  |  |  |
| Боли внизу живота | Боли утихнут в течение 3 дней. | К моменту выписки пациент отметит исчезновение боли внизу живота. | Пастельный режим,покой,наблюдение за функциональным состоянием,выполнение назначения врача | Измерение ад,пульса,чд,введение обезболивающих средств по назначению врача | через 3дня боли внизу живота прекратились цель достигнута. |
| Обильные,кровянистые выделения | Кровянистые выделения исчезнут через 5 дней | К моменту выписки пациент отметит исчезновение обильных, кровянистых выделении | Пастельный режим, покой, наблюдение за функциональным состоянием, применения пузыря со льдом, выполнение назначения врача | Введение кровоостанавлива-ющих средств по назначению врача | Цель достигнута. |

**Эпикриз**

Пациентка Халилова Альбина Ураловна находится на лечении с 27.05.14. по 31.05.14 г. с клиническим диагнозом миома матки.

После сестринского обследования была выявлена приоритетная сестринская проблема:боли внизу живота, обильные, кровянистые выделения

Были поставлены цели, составлен план ухода за данной пациенткой. После проведения операции состояние пациентки улучшилось в результате реализации планирования. Цели были достигнуты :боли внизу живота прекратились, исчезновение обильных, кровянистых выделении из полости матки.

Была сделана Радикальное хирургическое лечение. Для достижения долгосрочных целей по реабилитации на дому пациентке рекомендовано:

1) Противовоспалительная терапия с целью профилактики послеоперационных осложнений : Ампициллин 1,0\*3 раза в/м №7

) С целью профилактики атонии кишечника и мочевого пузыря: Прозерин 0,05% - 1мл\*2раза в день.

) Соблюдение диеты и питьевого режима, а также применение гормональных средств и препаратов;

4) Своевременное обращение к участковому врачу;

5)Воздержание от половой жизни в течении 1 месяца после операции;

) Исключение приема алкогольных напитков.

**Заключение**

Работа медсестры имеет свои особенности. Прежде всего, она предполагает процесс взаимодействия с пациентами. Этика - важная составляющая часть в данной профессии.

Эффект лечения пациентов во многом зависит от отношения медицинских сестер к самим пациентам. Выполняя процедуру, помним заповедь Гиппократа «Не навреди» и делаю все, чтобы ее выполнить. В условиях технического прогресса в медицине и все большего оснащения больниц и поликлиник новыми изделиями медицинской техники.

Роль инвазивных методов диагностики и лечения будет возрастать. Это обязывает медицинских сестер скрупулезно изучать имеющиеся и вновь поступающие технические средства, осваивать инновационные методики их применения, а так же соблюдать деонтологические принципы работы с пациентами на разных этапах лечебно-диагностического процесса.

Миома матки- довольно часто встречаемая доброкачественная опухоль. Лечение миомы может осуществляться как консервативным, так и хирургическим путем. Консервативное лечение направлено на уменьшение размеров опухоли, прекращение ее роста и может быть использовано до проведения хирургической операции. Хирургическое лечение миомы матки остается ведущим, несмотря на успехи консервативного лечения.

Оперативные вмешательства по поводу миомы матки составляют 45% абдоминальных вмешательств в гинекологии. При этом лечение очень важен в послеоперационном периоде сестринский уход. В настоящее время имеется тенденция к снижению числа радикальных оперативных вмешательств при миоме матки и расширению показаний к органосохраняющим операциям.

Сохранение матки, помимо сохранения репродуктивной и менструальной функций, позволяет предотвратить нарушение деятельности органов малого таза и способствует профилактике их опущения.

**Список используемых источников**

1.Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. Л.: Медицина, 1989. - 456 с.

.Вихляева Е. М., Василевская Л. Н. Миома матки. М.: Наука, 1981. - 320 с.

.Вишневская Е. Е., Бохмап Я. В. Ошибки в онкогинекологической практике: Справочное пособие. - Минск, 1994. - 142 с.

.Краснова И. А., Бреусенко В. Г., Каппушева Л. М., Евсеев А. А., Кулешов А. Н., Тюменцева М. Ю. Современные принципы диагностики и оперативного лечения миомы матки // Акушерство и гинекология, 2003, №2, с. 45-50.

.Ландеховскии Ю. Д., Фадеев И. Е. Отраслевой стандарт (протокол) ведения больных миомой матки // Акушерство и гинекология, 2002, №5, с. 39-43.

.Костючек Д.Ф., Рыжова Р.К. Жигулина Г.А., Кан А.В., Рукояткина Е.А. Практикум по неотложной помощи в гинекологии СПб, СПбГМА им. И.И.Мечникова, 2005. - 96с.

.Лысак Л.А. Практические навыки и умения медсестры акушерского и гинекологического профиля. Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. - 46 с.

.Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. - 352 с.

.Савицкий Г. А., Савицкий А. Г. Миома матки. Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. СПб, 2000. - 248 с. 10.Селезнева Н. Д. // Оперативная гинекология / Под ред. B. И. Кулакова. Н. Новгород, 1997. - С. 157- 188.