

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АКУШЕРКИ ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ЯИЧНИКОВ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 акушерское дело
4 курса группы 03051528
Халиловой Халиды Нураддиновны**

Научный руководитель
преподаватель Бухарина С.А.

Рецензент
Заведующий отделением
анестезиологии и реанимации
ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»
перинатальный центр
Полтев Ю. Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	8
ГЛАВА 1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	10
1.1 Строение и функция яичников	10
1.2 Этиология и патогенез доброкачественных опухолей яичников.....	11
1.3 Клиника и классификация доброкачественных опухолей яичников.....	12
1.4 Диагностика доброкачественных опухолей яичников.....	14
1.5 Особенности лечения доброкачественных опухолей яичников	18
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СТАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ	22
2.1 Материалы и методы исследования.....	22
2.2 Результаты исследования.....	22
2.3 Выводы по результатам исследования	Ошибка! Закладка не определена.
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	33
ПРИЛОЖЕНИЕ	35

ВВЕДЕНИЕ

Доброкачественные опухоли яичников – группа патологических дополнительных образований овариальной ткани, возникающих в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки.

Актуальность исследования. Заболеваемость доброкачественными опухолями яичников неуклонно растет и является одной из главных причин ухудшению здоровья женщин среднего возраста в экономически развитых странах. В России доброкачественные опухоли яичника занимают 2-е место среди всех опухолей женских половых органов, причем отмечается увеличение заболеваемости в трудоспособном возрасте. Достаточно сказать, что до 15% чревосечений в гинекологических отделениях выполняется по поводу кист яичников.

Проблема доброкачественных опухолей яичников является одной из актуальных задач современной гинекологии. Ранние стадии заболевания, как правило, протекают, бессимптомно, что служит причиной поздней диагностики. Они встречаются в любом возрасте, но преимущественно после 40 лет. В последние годы отмечается снижение возраста среди пациенток с опухолями яичников.

К настоящему времени выявлено множество факторов, влияющих на возникновение и развитие доброкачественных опухолей яичников: возраст, изменение уровней гормонов в течение жизни, возраст начала менструации, перенесенные инфекционные заболевания.

Среди других факторов – присутствие у женщин гинекологических заболеваний, продолжительность менструального цикла менее 24 дней, расстройства менструальной функции, позднее менархе.

Таким образом, особенно велика доля риска возникновения опухолей яичников при хронических воспалительных процессах гениталий, патологии менструальной функции, оперативных вмешательствах в малом тазу. Именно этим группам женщин необходимо уделять большее внимание при

формировании групп риска по данной патологии для диспансерного наблюдения.

Цель исследования – изучение клиники, диагностики, определение особенностей профессиональной деятельности акушерки при оперативном лечении доброкачественных опухолей яичников.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературные источники по изучаемой теме.
2. Изучить виды лечения доброкачественных опухолей яичников.
3. Провести анализ статистических данных и медицинской документации пациенток с опухолями яичников по данным женской консультации и акушерского стационара.
4. Разработать материалы для санпросветработы акушерки с гинекологическими пациентками.

Объект исследования – этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика и лечение доброкачественных опухолей яичника.

Предмет исследования – профессиональная деятельность акушерки при оперативном лечении доброкачественных опухолей яичников.

Методы исследования: метод научно-теоретического анализа медицинской литературы, анализ статических данных, метод сравнения, изучение и обобщение.

Структура работы соответствует логике исследования и состоит из введения, 2-х глав, заключения, списка литературы и приложений. Во введении обосновывается актуальность темы, ставятся цели, задачи. Глава 1 посвящается изучению этиологии и патогенеза заболевания, факторам риска, классификации и клинической картине проявления доброкачественных опухолей яичника. Во 2 главе проводится анализ исследовательской работы, раскрывается роль акушерки при проведении реабилитации при доброкачественных опухолях яичников. В заключении приводятся выводы по проделанной работе.

ГЛАВА 1. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

1.1 Строение и функция яичников

Яичник представляет собой парный орган массой 5-8 г, который выполняет функцию образования и созревания женских половых клеток (яйцеклетки). В яичнике различают две свободные поверхности: медиальную и латентную. Поверхности яичника переходят в выпуклый свободный край, а спереди – в брыжеечный край. На этом крае находится узкая борозда, которая называется - ворота яичника, через который в орган входят сосуды и нервы. Так же в яичнике различают верхний трубный конец, обращенный к маточной трубе, и нижний маточный конец, соединенный связкой с маткой. К трубному концу органа прикрепляется наиболее крупная яичниковая бахромка маточной трубы.

Яичник расположен в полости малого таза по обеим сторонам матки. Его топография зависит от положения матки и ее величины. Орган фиксируется собственной и подвешивающей связкой яичника. Собственная связка идет от маточного конца яичника к латентному углу матки, располагаясь между листками широкой связки. Подвешивающая связка является складкой брюшины, простирается от стенки малого таза к яичнику. Брюшина образует у заднего края органа брыжейку яичника, с помощью которой орган прикреплен к заднему листку широкой связки матки.

Поверхности яичника покрыты однослойным зародышевым эпителием, под которым располагается плотная соединительнотканная белочная оболочка. Далее расположена паренхима органа, в ней выделяют корковое и мозговое вещество. В корковом веществе много фолликулов, содержащих в яйцеклетки. По мере роста первичные яичниковые фолликулы перерастают в зрелые везикулярные яичниковые фолликулы, или граафовы пузырьки,

достигающие поверхностного слоя органа. Во время овуляции стенка фолликула разрывается, и яйцеклетка выходит в брюшинную полость, где бахромками трубы направляется в маточную трубу, а далее оттуда попадает в полость матки. После овуляции на месте фолликула развивается желтое тело, которое в дальнейшем атрофируется, и превращаются в белое тело.

Выработка половых гормонов и яйцеклеток начинается со времени первой менструации. Эти процессы продолжаются на протяжении всего репродуктивного возраста.

Основные функции половых желез:

Гормональная – выработка женских половых гормонов.

Генеративная – образование яйцеклеток.

Вегетативная – формирование первичных и вторичных половых признаков.

Развитие придатков матки начинается на втором месяце беременности и продолжается до начала менструального периода. Работа желез заключается в подготовке организма женщины к зачатию и вынашиванию плода. Если нет оплодотворения, цикл воспроизводится заново. Это продолжается на протяжении всего менструального периода.

1.2 Этиология и патогенез доброкачественных опухолей яичников

Считается, что все опухоли яичников являются результатом дисгормональных заболеваний. Этиология и патогенез развития опухолей яичников очень многообразные и не достаточно изучены, основной причиной считается повышение продукции гонадотропинов. Механизм возникновения опухоли состоит в уменьшении уровня овариальных эстрогенов и первичном ослаблении функции яичников. Происходит так же компенсаторное повышение концентрации гонадотропинов гипофиза.

При повышении секреции ФСГ в яичниках возникает вначале диффузная, а далее очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которая может закончиться образованием опухоли яичника. В возникновении опухолей имеет большое значение изменение чувствительности тканей к действию гормонов. Кроме того, снижение функции эпифиза может служить причиной возникновения гиперпластических процессов в яичниках.

В развитии опухолей яичников большое значение имеют следующие факторы риска: генетическая предрасположенность, нарушение менструальной функции, бесплодие, раннее либо позднее наступление менархе, так же сопутствующие заболевания, как и ранняя до 45 лет или поздняя - после 50 лет менопауза, миома матки, генитальный эндометриоз, хроническое воспаление придатков матки, сексуальные расстройства.

1.3 Клиника и классификация доброкачественных опухолей яичников

Клиника кист яичника характеризуется появлением болезненности и тяжести внизу живота, а в дальнейшем в некоторых случаях может появиться асцит. Его появление больные отмечают как быстрое увеличение живота. А так же женщины детородного возраста жалуются на первичное или вторичное бесплодие. При появлении асцита и диссеминации опухоли появляются жалобы на общую слабость и похудение.

При бимануальном исследовании в полости малого таза справа или слева от матки, определяется опухоль овоидной формы, исходящая от того или другого яичника. Иногда пальпируются две опухоли, при поражении обеих яичников. Опухоль имеет тугоэластичную консистенцию, иногда неравномерную. При пальпации через задний свод ощущается мелкая бугристость если имеются сосочковые выросты на брюшине дугласова

кармана. Если разрастаний по поверхности капсулы опухоли нет, то опухоль гладкая, но имеет выпуклости, в отличие от псевдомуцинозной кисты, у которой всегда не ровная поверхность. Подвижность папиллярных кист часто всего ограничена из-за интралигаментарного расположения. Матка расположена на уровне лонного сочленения, определяется с трудом и, полностью не контурируется.

Эвертирующая форма папиллярной кисты, сопровождается появлением значительного асцита серозного характера. Если асцитическая жидкость темная, то опухоль яичника несет злокачественный характер.

Фибромы яичников обычно встречаются у женщин близком к менопаузе, а чаще в менопаузе, реже они появляются у молодых женщин и у девушек.

Почти всегда не большие отличаются медленным ростом и развиваются в течение 10 лет и более. Чаще всего поражается один яичник (95%), редко - одновременно оба. Фиброид второго яичника чаще всего бывает небольших размеров, при бимануальном исследовании пальпировать его не удастся. Фиброзный узел можно обнаружить только при УЗИ или во время операции. Протекает бессимптомно, и женщина не подозревает о её наличии. Симптомов нет до тех пор, пока не достигнет значительных размеров и не начнёт давить на соседние органы. Почти у 50% больных выясняется анемия и нередко асцит.

Клинически протекает с явлением асцита, а реже - кахексия и гидроторакса. Так же отмечаются боли, вздутие живота, чувство неловкости в груди, диспноэ. В 25-30% случаев фиброма яичника сочетается с миомой матки, которая может вызвать менометроррагию. У женщин репродуктивного возраста при наличии фибромы яичника иногда даже при двухстороннем поражении яичников может наступить беременность.

Для клиники кисты желтого тела характерна локализация опухоли сбоку и спереди от матки, которая в большинстве случаев оттесняется кистой книзу и сзади. Развитие параовариальных кист происходят бессимптомно и

обнаруживаются случайно при гинекологическом осмотре. Реже женщину могут беспокоить не сильные боли и дизурические явления, которые вызываются давлением кисты на мочевой пузырь.

Гранулезоклеточные опухоли встречаются у женщин всех возрастов: от грудного возраста и до глубокой старости. Следует отметить, что почти у всех девочек при таком диагнозе отмечается преждевременное половое созревание. И появление маточных кровотечений у больных, находящихся в менопаузе, через различные, более или менее длительные промежутки времени после начала менопаузы. В репродуктивном возрасте при наличии аменореи может быть положительная реакция на гонадотропные гормоны.

Опухоли Бреннера обычно возникают в одном яичнике. Характеризуется следующими клиническими признаками: аменорея, вслед за которой появляется оволосение по мужскому типу. При гинекологическом исследовании обнаруживается некоторая гипертрофия клитора, так же уменьшение размеров матки и наличие опухоли в одном из яичников. Опухоль чаще бывает подвижная, почти безболезненная компактная, сохраняющая форму яичников, иногда с неровной, бугристой поверхностью

Международная классификация опухолей яичников представлена в приложении 1.

1.4 Диагностика доброкачественных опухолей яичников

Диагностика доброкачественных опухолей яичника начинается со сбора анамнеза. Все медицинские обследования и вмешательство проводится только с согласия больного. Больного необходимо уведомить о необходимости обследования, перечислить предполагаемые методы диагностики и оформить письменное информированное согласие пациента на обследование.

Сбор анамнеза начинается со сбора общих сведений о пациентке: паспортные данные, возраст, место жительства, наличие (отсутствие) направления в стационар, страховой полис.

Одним из главных пунктов сбора анамнеза являются жалобы пациентки: характер болей и кровотечений, нарушение менструальной и репродуктивной функции, генитальный зуд, имеются ли у женщины сексуальные расстройства, нарушение функции смежных органов (мочевого пузыря и прямой кишки). Также жалобы, связанные с сопутствующей соматической патологией (головные боли, высокое АД, оценки психоэмоционального состояния).

Следующим пунктом мы расспрашиваем историю настоящего заболевания: начало и продолжительность развития заболевания, динамику симптомов, лечебные мероприятия проводимых ранее, эффекты от них

Так же нам необходимо узнать история жизни: аллергические заболевания наследственные факторы, , травмы, вредные привычки, операции, переливание крови и кровезаменителей.

Далее гинекологический анамнез: менструальная и половая функция, методы контрацепции, репродуктивная функция (число родов, аборт, выкидышей, внематочных беременностей, бесплодие в анамнезе, кесарево сечение, привычное не вынашивание). А так же перенесенные ранее акушерско – гинекологические заболевания и операции с детализацией их течение, методов лечения (в т.ч. гормональных) и исходов.

После сбора анамнеза переходят к объективному обследованию пациентки. Осмотр пациентки позволяет нам выявить сопутствующие заболевания. Во - первых необходимо определить общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести или тяжелое. Далее отметить положение пациентки: активное, пассивное или вынужденное. Отмечают характер оволосения: мужской, женский или избыточное оволосение.

Оценивают состояние кожных покровов и видимых слизистых: обычной окраски, бледные, желтушные.

Всем гинекологическим пациенткам проводится осмотр и пальпацию молочных желез. Этот метод считается наиболее простым выявления опухоли.

Пальпация живота является следующим этапом осмотра.

Определяют: состояние передней брюшной стенки, тонус мышц, напряжение мышц, болезненность при пальпации (в каких отделах живота), симптом раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга).

Положительный симптом указывает на острую патологию брюшной полости, которая требует немедленного обследования и лечения.

Осмотр наружных половых органов.

Осмотр позволяет выявить гормональные нарушения, воспалительные процессы и инфекционные заболевания, аномалии развития, опухоли.

Сначала оценивается характер оволосения (женский, мужской, смешанный), который указывает на гормональные нарушения в случае выраженного изменения.

Затем определяют наличие или отсутствие патологии (опухоли, покраснения, кондиломы, признаки инфантилизма).

Осмотр преддверия влагалища проводят разведя половые губы большим и указательным пальцами левой руки. При этом обращают внимание на цвет слизистой оболочки, характер выделений (слизистые, гнойные, наличие запаха и т.д.), осматривают клитор, уретру.

Несмотря на технический прогресс, диагностическое мышление на основе влагалищно- и ректоабдоминального исследования не утратило важности. Выявить опухоль и определить ее величину, консистенцию, подвижность, чувствительность, расположение по отношению к органам малого таза, характер поверхности опухоли можно двуручном гинекологическом осмотре. Пальпируется опухоль, достигшая определенных размеров.

Для определения доброкачественной опухоли яичников в современной медицине применяют ЦДК (цветное доплеровское картирование).

Особенно на ранних стадиях по индексу пульсации, ИР (индекс резистентности) и по кривым скоростей кровотока в яичниковой артерии, можно заподозрить малигнизацию опухолей. При ЦДК доброкачественным эпителиальным опухолям яичников свойственна умеренная васкуляризация в капсуле, перегородках и эхогенных включениях, индекс резистентности не превышает 0,4.

РКТ и МРТ используют для быстрой и качественной диагностики опухолей яичников.

Эндоскопические методы исследования (лапароскопия) широко используются для диагностики и лечения опухолей яичников. Хотя лапароскопия не всегда позволяет определить внутреннюю структуру и характер образования, с ее помощью можно диагностировать небольшие опухоли яичника, не приводящие к объемной трансформации яичников, "непальпируемые яичники".

Лапароскопическая интраоперационная диагностика опухолей яичников имеет большую ценность. Точность лапароскопической диагностики опухолей составляет 96,5%.

Дополнительные методы исследования у пациенток с объемными образованиями яичников позволяют не только определить оперативный доступ, но и составить представление о характере объемного образования, и от этого зависит выбор метода оперативного лечения (лапароскопия-лапаротомия).

Феминизирующие опухоли яичника при двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании определяются как односторонние образования диаметром от 4 до 20 см (в среднем 10-12 см), плотной или тугоэластической консистенции (в зависимости от доли фиброзной или текаматозной стромы), подвижные, гладкостенные, безболезненные.

Гранулезоклеточная опухоль имеет четкую капсулу, на разрезе - выраженную дольчатость и желтый цвет, очаговые кровоизлияния и поля некроза. У текомы капсула обычно отсутствует: на разрезе видно солидное

строение, ткань с желтоватым оттенком вплоть до интенсивного желтого цвета. Очаги кровоизлияния, кисты не типичны. В большинстве случаев текомы односторонние и редко малигнизируются. Диаметр колеблется от 5 до 10 см.

На эхограммах феминизирующие опухоли визуализируются в виде одностороннего образования округлой формы с преимущественно эхо позитивным внутренним строением и эхо негативными включениями, нередко множественными. Диаметр опухоли 10-12 см.

При ЦДК визуализируются множественные зоны васкуляризации как в самой опухоли, так и по ее периферии. Внутренние структуры образования имеют вид пестрой мозаики с преобладанием венозного кровотока. В режиме спектрального доплеровского исследования кровотоков в опухолях яичника имеет невысокую систолическую скорость и низкую резистентность $IP < 0,4$.

1.5 Особенности лечения доброкачественных опухолей яичников

От возраста, гистотипа опухоли и репродуктивного статуса не посредственно зависит лечение доброкачественных опухолей яичника. Во время операции у женщин репродуктивного возраста необходимо максимально сохранить ткани яичника и профилактике ТПБ (трубно-перитонеальное бесплодие). Для того, что бы избежать рецидива у пациенток в перименопаузе необходимо провести радикальное лечение. Так же для полной социальной реабилитации пациентки и возвращение больных к обычной жизни необходимо правильно выбрать тактику ведения заболевания.

При обнаружение доброкачественной опухоли яичника необходимо удалить опухоль. Доброкачественных опухолях могут повлечь за собой ряд осложнений - перекрут "ножки" опухоли, нагноение содержимого опухоли, разрыв капсулы кистомы, инфицирование, кровотечение. Для

предотвращения выше перечисленных осложнений необходимо привести операцию по удалению опухоли так как самостоятельно не излечивается.

Хирургическая тактика и объем операции в отношении доброкачественных опухолей яичников определяется репродуктивным статусом женщины, возрастом и гистотипом образования. Обычно проводится удаление пораженного яичника (оофорэктомия) или аднексэктомия. У пациенток репродуктивного возраста допустимо выполнение клиновидной резекции яичника с экстренной гистологической диагностикой и ревизией другого яичника. В перименопаузе, а также при двусторонней локализации доброкачественных опухолей яичников удаление придатков производится вместе с удалением матки (пангистерэктомия). Доступом выбора при доброкачественных опухолях яичников в настоящее время является лапароскопический, позволяющий уменьшить операционную травму, риск развития спаечного процесса и тромбоза и улучшить репродуктивный прогноз.

С целью отделения здоровой ткани от больной используют лапароскопический доступ, который позволяет прецизионно визуализировать и идентифицировать ткани. Современные технические возможности визуального контролируемого введения первого троакара, дооперационное УЗИ сводят риск осложнений введения первого троакара к минимуму, хотя и не редуцируют их совсем. Лапароскопический доступ, в постменопаузе позволяет уменьшить риск послеоперационных осложнений, так же тромбоза, уменьшить сроки нетрудоспособности. Малоинвазивная хирургия позволяет обеспечить высокое качество жизни и быстрое возвращение к нормальной социальной активности.

Противопоказания к лапароскопии и лапароскопическим операциям зависят от многих факторов и в первую очередь от уровня подготовки и опыта хирурга, оснащённости операционной эндоскопическим, общехирургическим оборудованием и инструментарием. Выделяют абсолютные и относительные противопоказания.

Абсолютные противопоказания:

1. геморрагический шок;
2. заболевания сердечнососудистой и дыхательной системы в стадии декомпенсации;
3. некорригируемая коагулопатия;
4. заболевания, при которых недопустимо располагать пациентку в положении Тренделенбурга (последствия травмы головного мозга, поражения сосудов головного мозга и т.д.);
5. острая и хроническая печёночнопочечная недостаточность;
6. рак яичника и РМТ (исключение составляет лапароскопический мониторинг в процессе химиотерапии или лучевой терапии).

Относительные противопоказания:

1. поливалентная аллергия;
2. разлитой перитонит;
3. выраженный спаечный процесс после перенесённых ранее операций на органах брюшной полости и малого таза;
4. поздние сроки беременности (больше 16–18 недель);
5. подозрение на злокачественный характер образования придатков матки.
6. имеющиеся или перенесённые менее чем 4 недели назад острые инфекционные и простудные заболевания;
7. степень III–IV чистоты влагалищного содержимого;
8. неадекватно проведённое обследование и лечение супружеской пары к моменту предполагаемого эндоскопического обследования, планируемого по поводу бесплодия.

Лапароскопия, как и любой вид хирургического вмешательства, может сопровождаться непредвиденными осложнениями, представляющими угрозу не только здоровью, но и жизни пациентки.

Специфическими осложнениями, характерными для лапароскопического доступа считают:

1. экстраперитонеальную инсуффляцию газа;
2. повреждения сосудов передней брюшной стенки;
3. повреждения органов ЖКТ;
4. газовую эмболию;
5. повреждения магистральных забрюшинных сосудов.

Для профилактики осложнений при проведении лапароскопии:

1. необходим тщательный отбор больных для лапароскопической операции с учётом абсолютных и относительных противопоказаний;
2. опыт хирурга эндоскописта должен соответствовать сложности хирургического вмешательства;
3. оперирующий гинеколог должен критически оценивать возможности лапароскопического доступа, понимая пределы разрешающей способности и ограничения метода;
4. необходима полноценная визуализация оперируемых объектов и достаточное пространство в брюшной полости;
5. следует использовать только исправные эндохирургические инструменты и оборудование;
6. необходимо адекватное анестезиологическое пособие;
7. нужен дифференцированный подход к методам гемостаза;
8. скорость работы хирурга должна соответствовать характеру этапа операции: быстрое выполнение рутинных приёмов, но тщательное и медленное выполнение ответственных манипуляций;
9. при технических сложностях, серьёзных интраоперационных осложнениях и неясной анатомии следует перейти к немедленной лапаротомии.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СТАТИЧЕСКИХ ДАННЫХ И МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ

2.1 Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», в период с 15 декабря 2018 г. по 20 мая 2019 г. Проведен анализ медицинской документации и статистических данных отделения оперативной гинекологии ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», женской консультации городской поликлиники №4 г. Белгорода. Для проведения исследования нами было изучено 50 историй болезни гинекологического отделения и проанализированы статистические данные ЖК городской поликлиники №4 г. Белгорода.

Методы исследования:

1. Метод научно-теоретического анализа медицинской литературы.
2. Анализ статических данных.
3. Метод сравнения, изучения и обобщения

2.2 Результаты исследования

Первоначально проведен анализ статистических данных распространенности и структуры доброкачественных опухолей яичников. Выявлено, что с диагнозом «Доброкачественные опухоли яичника» встречается:

- в России 15 случаев на 100 тыс. женщин
- в Европе 12 случаев на 100 тыс. женщин

- в Америке 13 случаев на 100 тыс. женщин
- в Африке 30 случаев на 100 тыс. женщин.

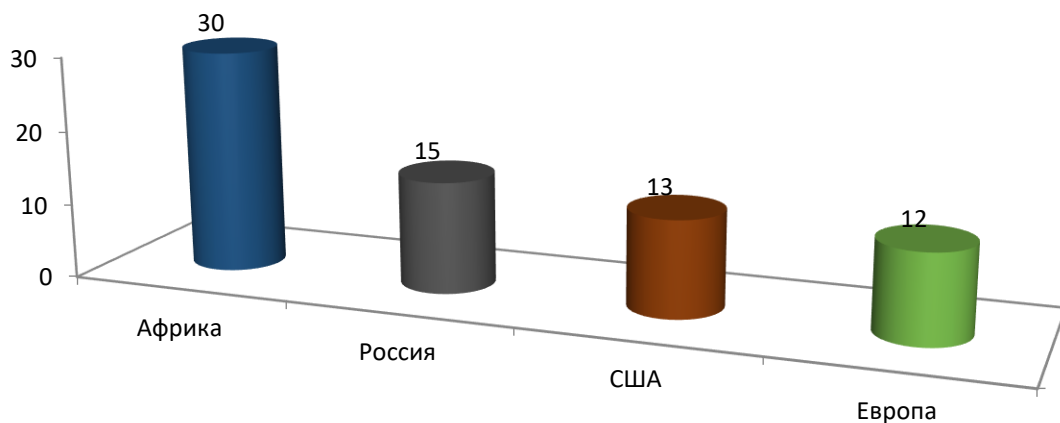


Рис.1. Мониторинг мировой статистики

Проведен анализ статистических данных гинекологических операций проведенных за 2016, 2017, 2018 года ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (Рис. 2.).

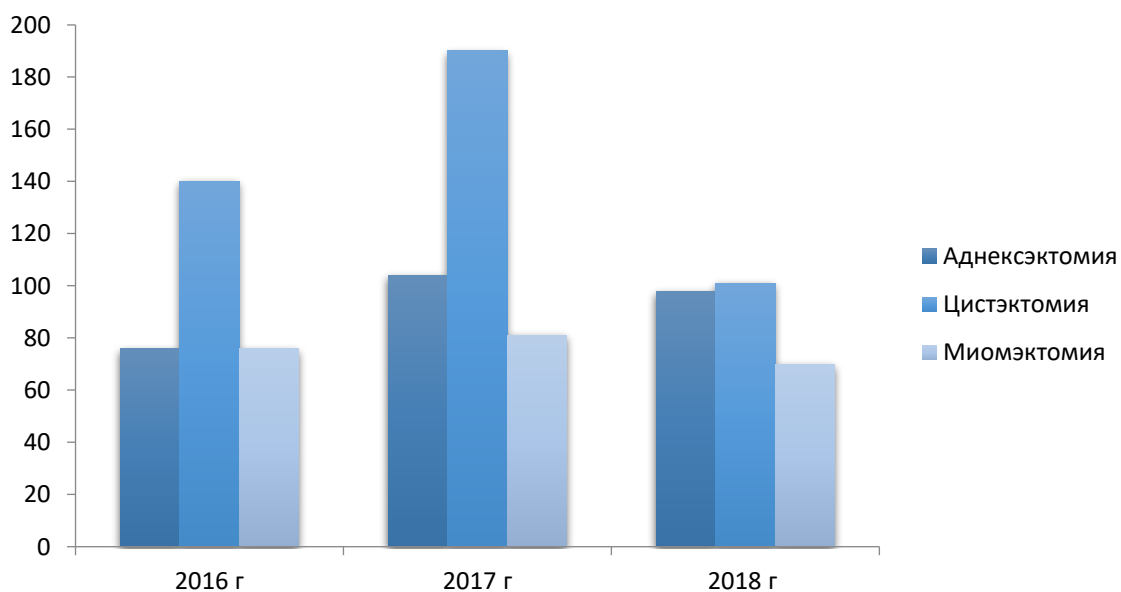


Рис. 2. Статистика гинекологических операций проведенных за 2016, 2017, 2018 года

Выявлено, что по сравнению с аднекэктомией и миозэктомией большую численность операций имеет цистэктомия за 2016, 2017, 2018 года.

В 2016 году из 3490 операций 140 операций это цистэктомия. В 2017 году 190 операций из 3537 цистэктомия, а в 2018 году 101 операций из 3397(Рис.3.).

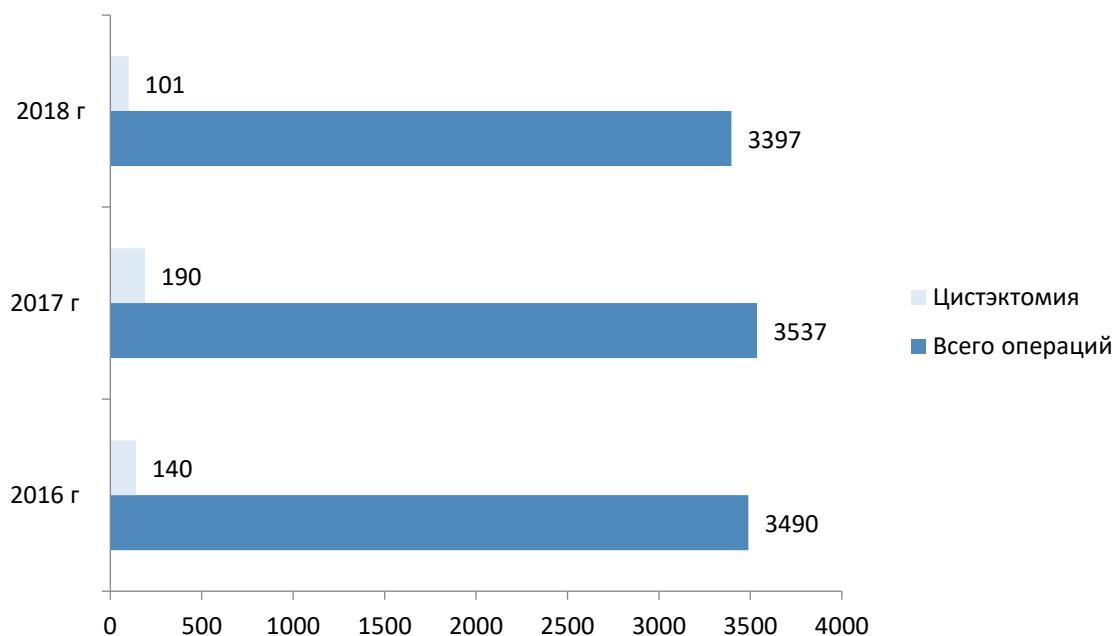


Рис.3. Анализ оперативной работы гинекологического отделения

При анализе журналов диспансерного наблюдения женской консультации поликлиники №4 г. Белгорода получены следующие данные.

В 2016 году поступило на диспансерный учет 42 женщин, были оздоровлены 31 пациентка, и осталось состоять на учете 12 пациенток.

За 2017 год на диспансерный учет поступило 83 пациентки, были оздоровлены 88 пациенток, и осталось состоять на учете 7 пациенток.

В 2018 году на диспансерный учет поступило 80 пациенток, были оздоровлены 84 пациентки, и осталось состоять на учете 3 пациентки.

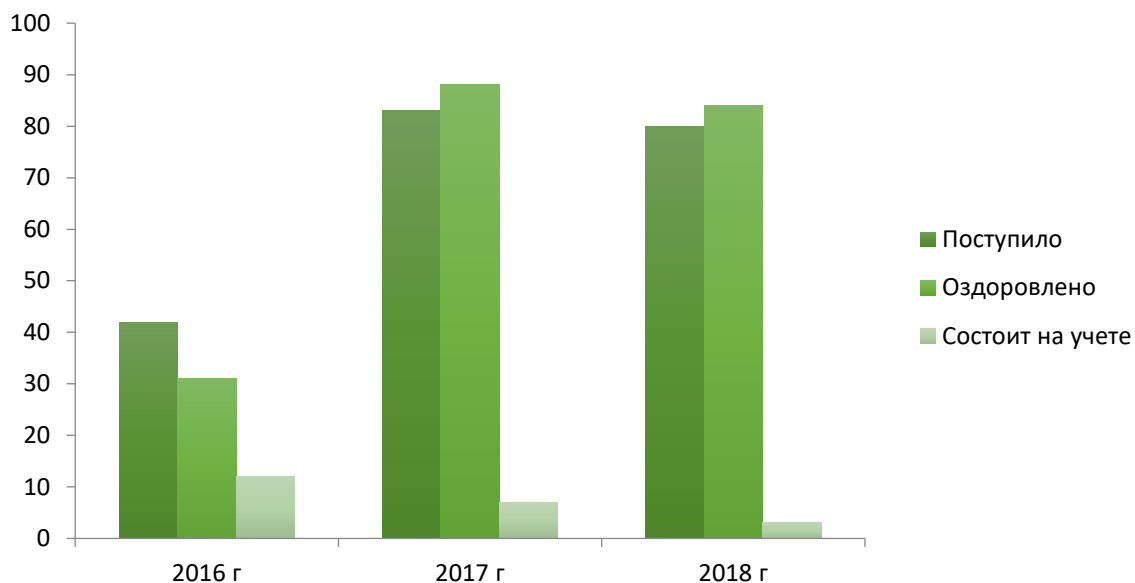


Рис. 4. Динамика диспансерного наблюдения в группе пациенток с опухолями яичников

Далее представлены результаты анализа историй болезни по данным ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Социально-биологические показатели:

Оценены возрастные показатели пациентов, полученные данные отражены на диаграмме (Рис. 5.).

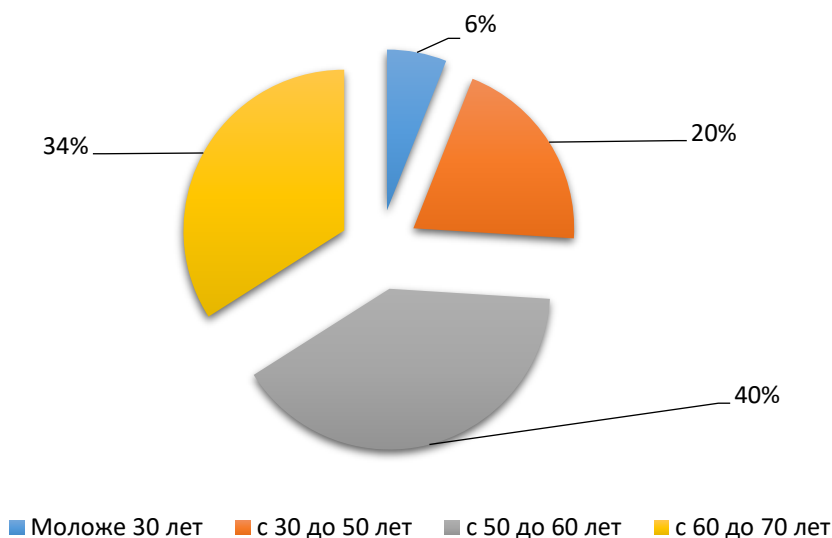


Рис.5. Возрастные группы пациентов

Выявлено, что:

- моложе 30 лет 3 пациентки, что составляет 6%;
- от 30 до 50 лет - 10 пациенток, что составляет 20%;
- от 50 до 60 лет - 20 пациенток, что составляет 34%;
- от 60 до 70 лет - 17 пациенток, что составляет 40 %.

Изучены места проживания пациентов и получены следующие данные (Рис. 6.)

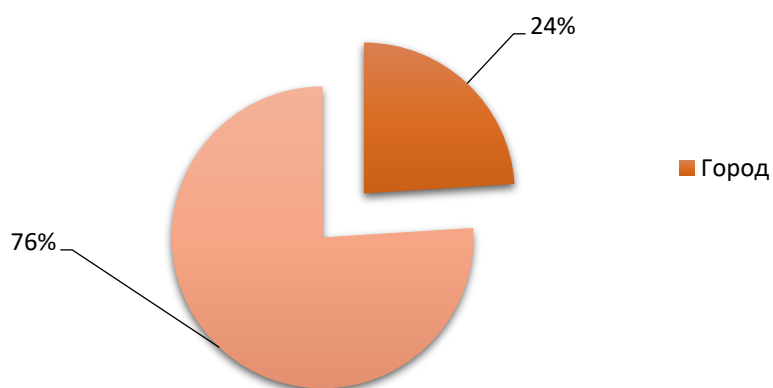


Рис. 6. Место проживание пациентов

Выявлено, что 24% женщин жители города, а 76% женщин жители села.

На рисунке 7 представлена информация о месте работы пациенток.

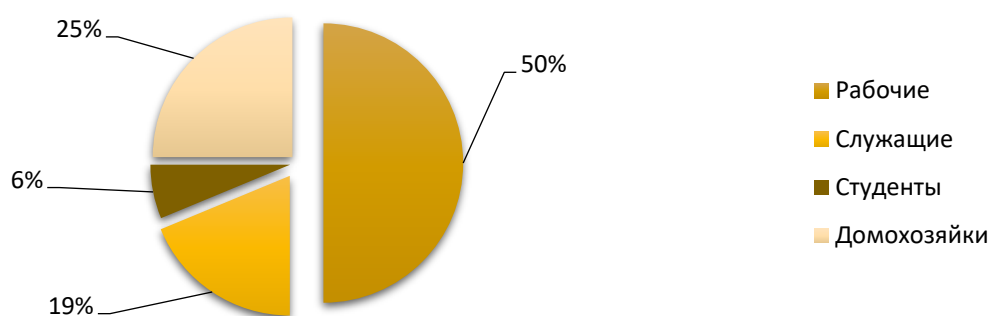


Рис.7. Место работы пациентов

Таким образом, было выявлено, что 24 пациенток рабочие, что составляет 50%; 9 пациентов служащие, что составляет 19%; 3 пациентов являются студентами, что составляет 6%; 12 пациентов домохозяйки, что составляет 25%.

Анализ статистических данных взятых из ЖК о состоянии на диспансерном учете представлены на рисунке 8.

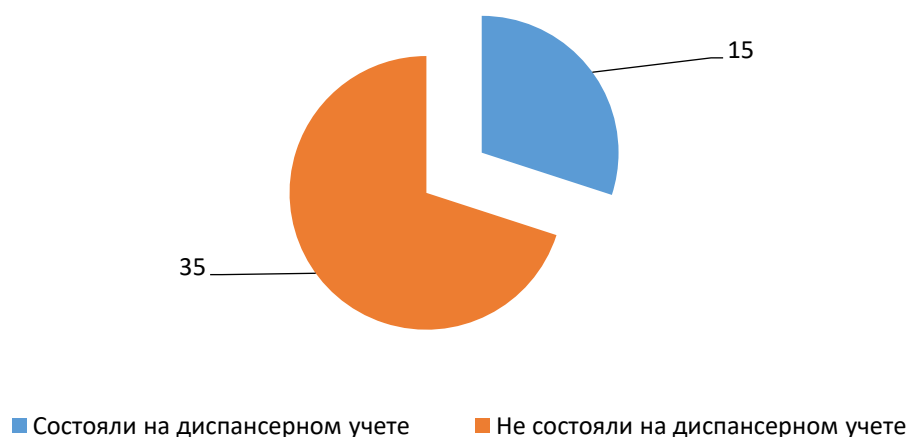


Рис. 8. Наблюдение в диспансерной группе по месту жительства

Выяснено, что из 50 женщин на диспансерном учете стояли только 35 женщин, остальные 15 не состояли на диспансерном учете.

Изучив 50 медицинских карт гинекологических больных было выяснено, что все пациентки были прооперированы (Рис.9.).

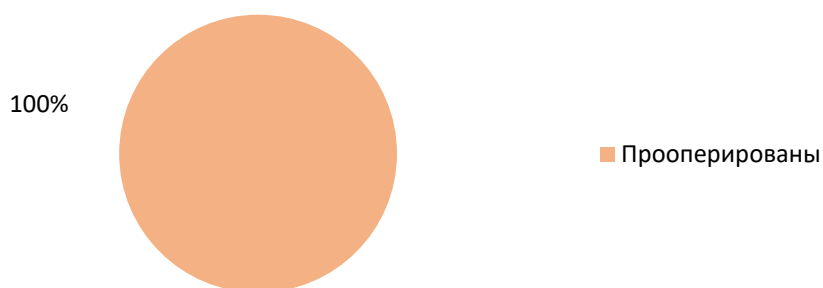


Рис.9. Вид лечения

Изучен, объём оперативного вмешательства гинекологических больных (Рис.10.).

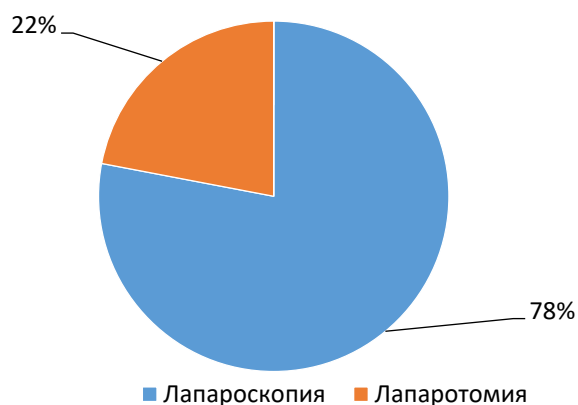


Рис.10. Вид операции

Выявлено, что у 78% женщин была лапароскопия, а у 22% лапаротомия.

По данным медицинской документации выявлен объем операции (Рис.11.).

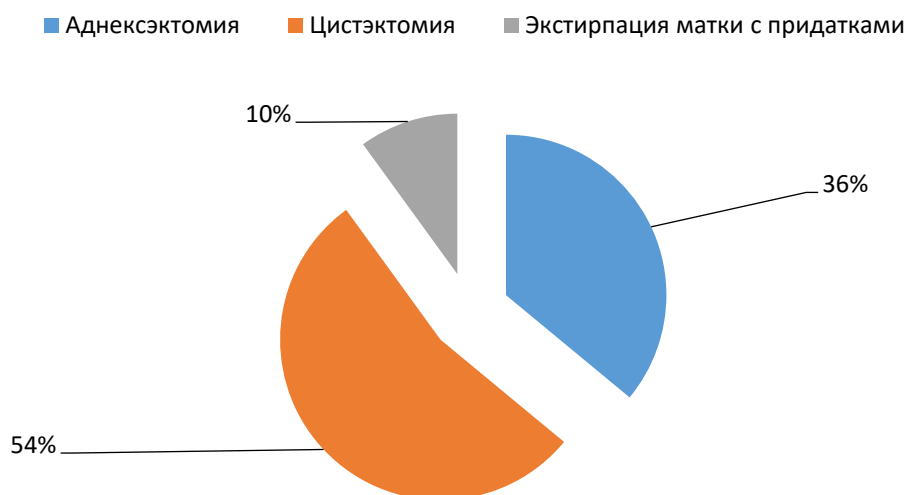


Рис.11. Объем операции

Выявлено, что аднексэктомия проводилось в 36% случаев, цистэктомия проводилось в 54 % случаев, и экстирпация матки с придатками в 10 % случаев.

Рассмотрены все виды оперативных вмешательств, полученные данные отражены на диаграмме (Рис. 12.).

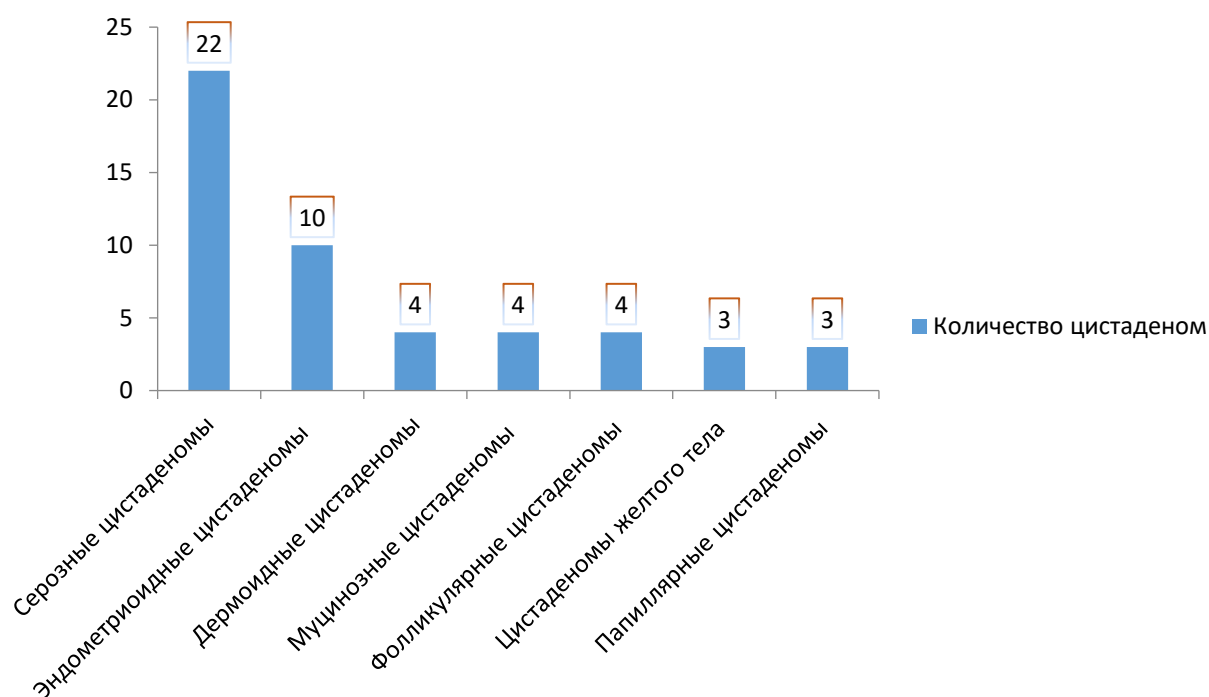


Рис. 12. Виды проведенных операций в исследуемой группе

Таким образом, нами выявлено, что:

- серозные цистаденомы выявлены у 22 женщин;
- эндометриоидные цистаденомы выявлены у 10 женщин;
- дермоидные цистаденомы выявлены у 4 женщин;
- муцинозные цистаденомы выявлены у 4 женщин;
- фолликулярные цистаденомы выявлены у 4 женщин;
- цистаденомы желтого тела выявлены у 3 женщин;
- папиллярные цистаденомы выявлены у 3 женщин.

В процентном соотношении результаты выглядят следующим образом (Рис.13.).

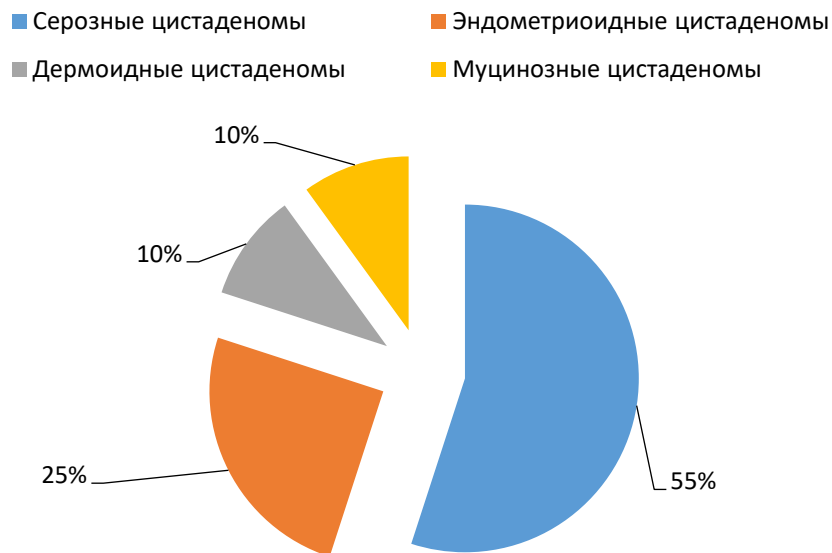


Рис.13. Процентное соотношение различных видов цистаденом

Изучены возможные осложнения доброкачественных опухолей пациентов гинекологического отделения (Рис.14.).

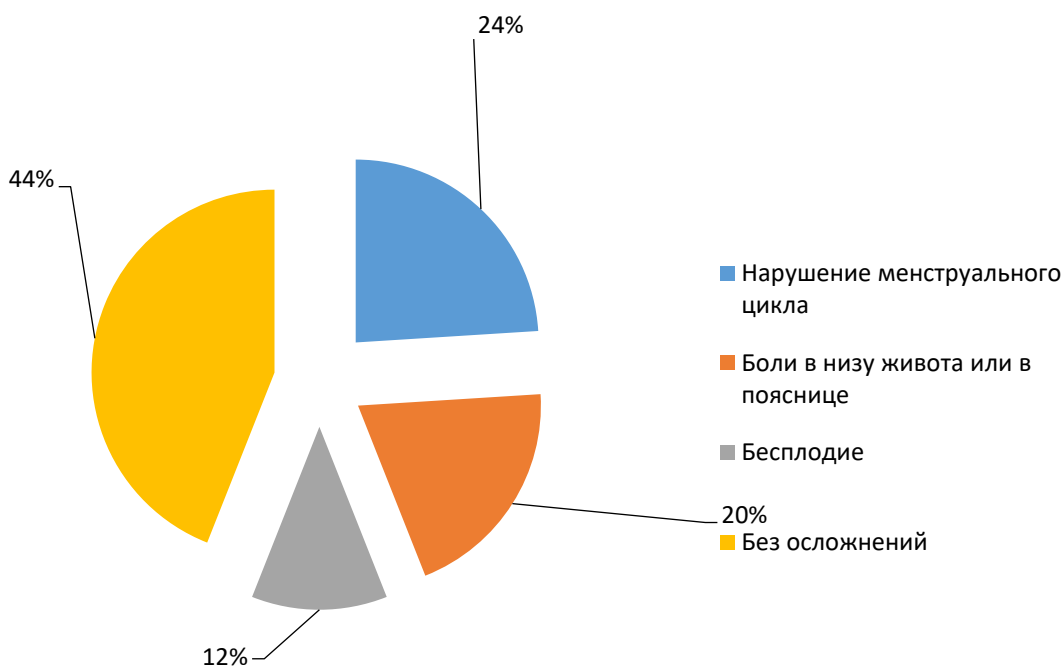


Рис.14. Осложнения доброкачественных опухолей.

Выявили, что у 36% женщин нарушение менструального цикла, у 20 % бесплодие и у 44% без осложнений. Существуют такие осложнения как: кровянистые выделения в менопаузе, дизурические явления, запоры, увеличение живота, перекрут ножки кисты, разрыв кисты, но в нашей исследуемой группе выше перечисленных осложнений не встретилось.

Рассмотрев, документацию течения послеоперационного периода, полученные данные отразим (Рис. 15.)

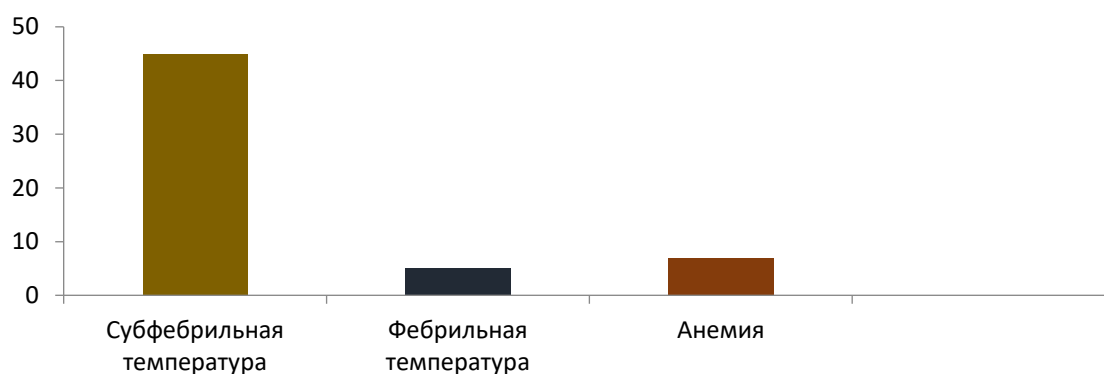


Рис.15. Течение послеоперационного периода

Выявлено, что у 45 женщин в послеоперационном периоде была субфебрильная температура, а у 5 женщин фебрильная температура. Из 50 женщин у 7 пациенток была анемия легкой степени.

Выписка женщин после операции проводилось у 90 % женщин до 8 суток, и у 10% до 10 суток (Рис.16.).

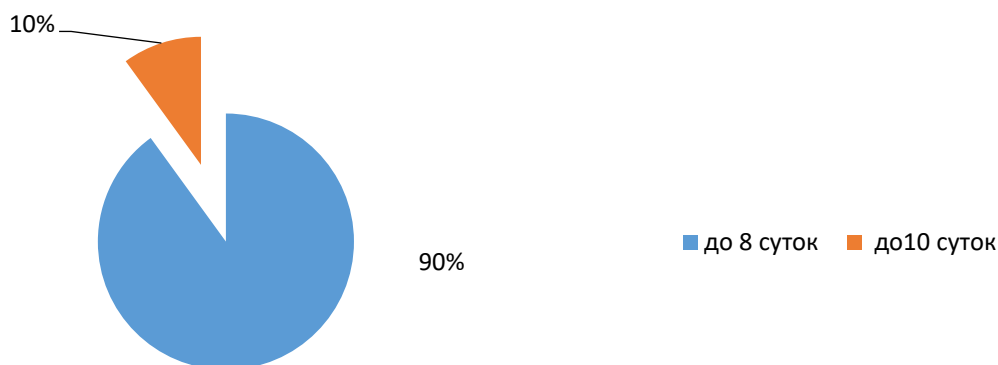


Рис.16.Сутки выписки

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе провели исследование профессиональной деятельности акушерки при оперативном лечении доброкачественных опухолей яичника. Провели теоретический анализ литературы и статистических данных по теме дипломной работы. На основании этого мы выяснили, что доброкачественная опухоль яичника (ДОЯ) – группа патологических дополнительных образований овариальной ткани, возникающих в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки. Проанализировали клинику, этиологию, патогенез, классификацию ДОЯ.

Провели анализ статистических данных распространённости кист яичника среди пациентов ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа». Выявили, что основную группу пациентов составляют женщины от 50 до 60 лет. Так же, было выяснено, что большая часть женщин являются жительницами сельской местности и имеют различные специальности. Далее выявили, что все пациентки были прооперированы и большинство пациенток выписаны своевременно. Для информирования пациенток о возможных осложнениях и факторах риска развития опухолей яичников, а ,главное, о важности диспансерного наблюдения и своевременного посещения врача акушера-гинеколога, нами разработана памятка для пациенток.

На основании проведенного нами исследования были даны следующие рекомендации: вести здоровый образ жизни, своевременно проходить диспансерное наблюдение, посещать врача акушера-гинеколога 1 раз в 6 месяцев.











СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисова К.Н., Волков Н.И., Пшеничникова Т.Я. //Акуш. и гин. 2014.- №3.-С. 19-23.
2. Адамян Л.В., Алексеева М.Л., Андреева Е.И. Диагностическая значимость определения антигена СА-125 у гинекологических больных //Акуш. и гин.2011.- №12.- С.57-58.
3. Байрамова Г.Р. Бактериальный вагиноз//Практическая гинекология. Клинические лекции. Под ред. Акад.РАМН В.И.Кулакова и проф. В.Н. Прилепской. М.: МЕ Дпрессинформ, -2011. С. 189-200.
4. Бальтер С.А. Диагностика злокачественных новообразований. М., 2012.-С. 232-235.
5. Блинников О.И., Дронов А.Ф., Киселева И.А. //Всероссийская конф. по гинекологии детей и подростков, 2-я: Тезисы. М.,- 2013. С. 143.
6. Богданова Е.А., Волков Н.И., Киселева И.А. //Вестн. акушера-гинеколога.- 2013.-№ 4.-С. 24-25.
7. Богданова Е.А., Киселева И.А., Уварова Е.В. //Конференция Ассоциации гинекологов-ювенологов, 1-я: Тезисы. М., -2015.- Вып. 1. С. 16.
8. Богинская Л.Н., Бреусенко В.Г., Жилкин Г.В. и др. //Эндоскопия в гинекологии. /Под ред. Г.М. Савельевой. М., -2011.3.
9. Боровиков В.П. Программа Statistica для студентов и инженеров. М.:КомпьютерПресс,- 2011. С.102-301.
10. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. Л.:Ленинград, -2013. -324 с.
11. Боярский К.Ю. //Пробл. репрод. 1996.- № 4. - С. 57-62.
12. Винницкая А.Б. Диагностика злокачественных опухолей яичников в ранних стадиях // в кн.: Опухоли яичников. Иркутск, 2015. - С. 90-96.
13. Волков Н.Н., Савицкий Г.А., Артемов В.В. //Всероссийская науч.-практ. конф.: Оперативная лапароскопия и оперативная гистероскопия в лечении женского бесплодия.- Воронеж,2013. С. 18-19.

14. Волков Н.Н., Тарасова М.А., Кузнецова Д.В. //Актуальные вопросы физиологии и патологии репродуктивной функции женщины /Под. ред. Э.К. Айламазян. СПб.,2014. - С. 41-42.
15. Габуня Р.И., Лабицкий И.И., Бальтер С.А. // Диагностика злокачественных новообразований.- М.,2013. С. 151-161.
16. Глазунов М.Ф. Опухоли яичников.- J1. Медгиз,2016.
17. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Медиа Сфера,2016. - 460 с.
18. Глыбина Г.М., Коколина В.Ф. //Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков,- Ереван,2017. С. 29-31.
19. Губина О.В. Особенности клинического течения и лечения пограничных опухолей яичников: Автореф. Дисс. канд. мед. наук М.,2016.
20. Губина О.В., Казаченко В.П., Карселадзе А.И. и др. Морфоультразвуковые сопоставления в диагностике пограничных опухолей яичников. // Ультразвуковая диагностика.2014.- № 2. - С. 22 - 27.

ПРИЛОЖЕНИЯ



*Имеются ли у Вас
следующие ЖАЛОБЫ:*

-  *неясные, неопределенные боли,*
-  *увеличение живота,*
-  *крованистые выделения,*
-  *нарушение функции мочевого пузыря
и кишечника*
-  *потеря аппетита*
-  *похудение*
-  *слабость, утомляемость*
-  *снижение работоспособности*
-  *одышка*
-  *повышение температуры.*

Если ДА то необходимо:

-  *обратиться в поликлинику по месту
жительства*

А для профилактики необходимо:

-  *своевременно приходить
диспансеризацию*
-  *посещать врача-гинеколога 2 раза в
год, даже, если Вас ничего не
беспокоит*

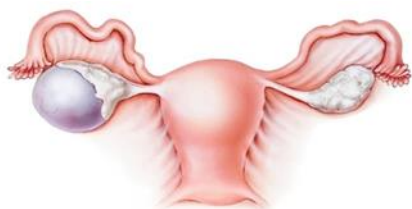
Факторы риска:

1. *Злокачественные опухоли репродуктивной
системы в анамнезе*
2. *Менархе до 12 лет (начало месячных)*
3. *Менопауза в 50 лет и старше*
4. *Хроническое воспаление придатков*
5. *Первичное бесплодие*
6. *Операции по поводу доброкачественных
образований в яичниках*
7. *Отягощенная наследственность по раку
органов репродуктивной системы*
8. *Ановуляторные маточные кровотечения*
9. *Сахарный диабет, ожирение*
10. *Отсутствие половой жизни в
репродуктивном возрасте*
11. *Гинекологические заболевания (миома,
эндометриоз и др.)*
12. *Первая беременность после 30 лет*

Доброкачественные опухоли яичников
– объемные новообразования, формирующиеся из ткани яичника на фоне неконтролируемого деления клеток, которые достигают больших размеров и могут перерасти в злокачественные новообразования.

Осложнения:

- ✚ перекрут "ножки" опухоли
- ✚ нагноение содержимого опухоли
- ✚ разрыв капсулы кистомы
- ✚ инфицирование
- ✚ кровотечение.



Статистика
Доброкачественные новообразования яичника - встречается примерно у 30-40% женщин, которые обращаются на прием к гинекологу с целью профилактического осмотра.